



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
Курбонов Шухрат Журажонович
Ташкентская медицинская академия

ДИНАМИКА СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ СИНУСИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-2-5>

АННОТАЦИЯ

Целью данного исследования явилось изучение динамики симптомов заболевания у больных с хроническим синуситом при различных хирургических вмешательствах в верхнечелюстную пазуху. Нами было проведено исследование 80 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Happy Life с 2018 по 2020 годы. Исследование показало, что операция с помощью доступа в верхнечелюстную пазуху через нижний носовой ход является более эффективной и способствует быстрой регрессии симптомов заболевания в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: хронический риносинусит, эндоскопия, симптом, верхнечелюстная пазуха, эндоназальный подход, экстраназальный подход, послеоперационный период.

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
Курбонов Шухрат Журажонович
Тошкент тиббиёт академияси

СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИДА ЎТКАЗИЛГАН ТУРЛИ ХИЛ ЖАРРОҲЛИК АМАЛЛАРИДАН СЎНГ СИМПТОМЛАР ДИНАМИКАСИ

АННОТАЦИЯ

Ушбу тадқиқотнинг мақсади сурункали риносинусит билан оғриган беморларда юқори жағ бўшлиғида ўтказилган турли хил жарроҳлик амалларида сўнг симптомлар динамикасини ўрганиш ҳисобланади. Биз Happy Life клиникада 2018 дан 2020 йилгача стационар даволанишда бўлган 80 бемор ҳисобланади. Тадқиқот шуни кўрсатдики, юқори жағ бўшлиғига пастки бурун йўли орқали жарроҳлик бўйича кириш самаралироқ ҳисобланади ва жарроҳликдан сўнгги касаллик симптомлар тез регрессияси кузатилди.

Калит сўзлар: сурункали риносинусит, эндоскопия, симптом, юқори жағ бўшлиғи, эндоназал кириш, экстраназал кириш, жарроҳликдан кейинги давр.

Shahlo Kh. Bakieva
Shukhrat J. Kurbonov
Tashkent Medical Academy

DYNAMICS OF DISEASE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CHRONIC SINUSITIS AT VARIOUS SURGICAL INTERVENTIONS IN THE MAXILLARY SINUS

ANNOTATION

The aim of this study was to study the dynamics of the symptoms of the disease in patients with chronic sinusitis during various surgical interventions in the maxillary sinus. We conducted a study of 80 patients who were hospitalized at the Happy Life clinic from 2018 to 2020. Research showed that the operation with access to the maxillary sinus through the lower nasal passage is more effective and promotes a rapid regression of the symptoms of the disease in the postoperative period.

Key words: chronic rhinosinusitis, endoscopy, symptom, maxillary sinus, endonasal approach, extranasal approach, postoperative period.

Патологические состояния верхнечелюстной пазухи (ВЧП), требующие хирургического вмешательства, характеризуются крайней вариабельностью. Зачастую причинами являются анатомические нарушения внутриносовых структур, массивный крючковидный отросток может блокировать естественное соустье, вызывая синусит [1, С. 473-480, 4, С. 42-45, 8, С. 26-31].

До недавнего времени основным способом хирургического лечения являлось наружное вскрытие пораженной пазухи с удалением патологического содержимого и слизистой оболочки,

созданием широкого сообщения с полостью носа через нижний носовой ход. На сегодняшний день оптимальным выбором лечения является эндоназальный подход со стороны остеомеотального комплекса (ОМК) [2, С. 1-464, 7, С. e304-e307].

Выбор оптимального доступа для оперативного вмешательства на ВЧП остается актуальной проблемой. Выбирая тот или иной подход, хирург должен руководствоваться видом патологии, анатомической доступностью и физиологической дозволенностью способа, и

только в последнюю очередь своими личными предпочтениями [3, С. 1226-1237, 10, С. 533].

На сегодняшний день не существует универсального доступа к ВЧП. Об этом свидетельствует недостаточная удовлетворенность результатов существующими на сегодня методами и постоянный поиск новых способов. Исходя из этого является необходимым разработка способов адекватной санации, удаление патологического содержимого, а также ревизия естественного соустья. Важным является возможность манипуляции на нижних отделах пазухи, а также высокая физиологичность предложенного метода [5, С. 143-164, 6, С. 546-554, 9, С. 257-265].

Таким образом, хирургическая патология ВЧП отличается крайним разнообразием патогенетических механизмов, что обуславливает дифференцированный подход к выбору оперативного способа лечения.

Целью данного исследования

Явилось изучение динамику симптомов заболевания у больных с хроническим синуситом при различных хирургических вмешательствах в верхнечелюстной пазухе.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование 80 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Harry Life с 2018 по 2020 годы. В исследование было включено 42 женщины и 38 мужчин в возрасте от 18 до 69 лет. Средний возраст пациентов составил $39,7 \pm 10,95$ лет. Из них 45 больных были с кистами верхнечелюстной пазухи, 35 с инородным телом верхнечелюстной пазухи. Всем больным было проведено оперативное вмешательство в верхнечелюстной пазухе. В 62 (77,5%) случаях хирургическое лечение на ВЧП произведено с одной стороны, в 18 (22,5%) случаях – с двух. Оперативное вмешательство 67 (84,55%) больным проводили в условиях местной анестезии, 13 (15,45%) – под наркозом.

В зависимости от варианта хирургического лечения все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – 55 пациентов (61 пазуха), которым выполнена эндоскопическое эндоназальное вскрытие ВЧП через нижний носовой ход (ННХ) с пластическим закрытием вновь сформированного соустья. Проведена эндоскопический осмотр естественного соустья ВЧП, которая было функционирующая во всех случаях; 2-я группа (контрольная) – 45 пациента (54 пазухи), которым выполнена эндоскопическое вскрытие ВЧП через средний носовой ход (СНХ), произведена резекция крючковидного отростка и латеризацией средней носовой раковины.

Для оценки жалоб обследованных больных была разработана анкета- опросник, которую предлагали заполнить пациентам. На основании ретроспективного анализа истории болезни с различными формами верхнечелюстного синусита и невоспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи были выделены основные симптомы, характерные для этих патологий. В анкете были указаны симптомы и степень их выраженности по бальной шкале. 0 баллов показывало отсутствие жалоб, следующие градации демонстрировали их появление и нарастание. Максимальная сумма баллов – 20. Анкетирование проводили до проведения хирургического лечения, а также через 5 и 30 дней после операции, при этом оценивали сумму баллов. Все данные были статистически обработаны на программе Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования их обсуждение.

При оценке жалоб пациентов до проведения хирургического лечения ведущим симптомом явилось стекание слизи/отделяемого по задней стенке глотки или постназальная ринорея, 56 (70%) пациентов отмечали наличие этой жалобы. 50 (63%) пациентов предъявляли жалобу на отделяемое из носа. На головную и лицевую боль указывали 12 (15%) пациентов. 21 (27,2%) пациентов отмечали дискомфорт в проекции верхнечелюстной пазухи. Слезотечение выявлено у 1 (0,08%) пациента. 10 (12% случаев) пациентов не предъявляли жалоб со стороны ЛОР-органов. Поводом их обращения к врачу-оториноларингологу явилось обнаружение изменений в проекции пазухи при проведении рентгенологического исследования при обследовании у стоматолога перед

проведением имплантации и синус-лифтинга. По данным анкетирования пациентов до оперативного вмешательства получены следующие результаты: в контрольной группе – $6,69 \pm 0,30$ баллов; в опытной группе – $6,44 \pm 0,36$ баллов.

Результаты анкетирования больных контрольной группы в пред- и послеоперационном периодах показало, что затруднение носового дыхания до операции был $0,8 \pm 0,07$, 5-е сутки после операции – $1,41 \pm 0,10$, 6 месяцев после операции – $0,15 \pm 0,07$ баллов, отделяемое из носа до операции – $1,39 \pm 0,06$, 5-е сутки после операции – $0,84 \pm 0,09$, 6 месяцев после операции – $0,18 \pm 0,04$, стекание слизи по задней стенке глотки до операции – $2,14 \pm 0,10$, 5-е сутки после операции – $0,29 \pm 0,07$, 6 месяцев после операции – $0,59 \pm 0,08$, дискомфорт в проекции верхнечелюстной пазухи до операции – $0,96 \pm 0,08$, 5-е сутки после операции – $0,67 \pm 0,05$, 6 месяцев после операции – $0,08 \pm 0,02$, головная боль до операции – $0,24 \pm 0,03$, 5-е сутки после операции – $0,08 \pm 0,02$, 6 месяцев после операции – $0,02 \pm 0,01$, нарушение обоняния до операции – $0,71 \pm 0,08$, 5-е сутки после операции – $0,36 \pm 0,08$, 6 месяцев после операции – $0,14 \pm 0,03$, слезотечение до операции – $0,06 \pm 0,01$, 5-е сутки после операции – $0,02 \pm 0,01$, 6 месяцев после операции – $0,01 \pm 0,01$, общая слабость до операции – $0,39 \pm 0,04$, 5-е сутки после операции – $0,45 \pm 0,02$, 6 месяцев после операции – $0,1 \pm 0,02$. При этом сумма баллов составила до операции – $6,69 \pm 0,30$, 5-е сутки после операции – $3,82 \pm 0,24$, 6 месяцев после операции – $1,27 \pm 0,08$ баллов.

Результаты анкетирования больных контрольной группы в пред- и послеоперационном периодах показало, что затруднение носового дыхания до операции был $0,9 \pm 0,11$, 5-е сутки после операции – $1,17 \pm 0,08$, 6 месяцев после операции – $0,13 \pm 0,04$ баллов, отделяемое из носа до операции – $1,54 \pm 0,10$, 5-е сутки после операции – $0,96 \pm 0,07$, 6 месяцев после операции – $0,21 \pm 0,05$, стекание слизи по задней стенке глотки до операции – $2,07 \pm 0,12$, 5-е сутки после операции – $0,37 \pm 0,06$, 6 месяцев после операции – $0,51 \pm 0,06$, дискомфорт в проекции верхнечелюстной пазухи до операции – $0,82 \pm 0,10$, 5-е сутки после операции – $0,53 \pm 0,07$, 6 месяцев после операции – $0,04 \pm 0,02$, головная боль до операции – $0,31 \pm 0,07$, 5-е сутки после операции – $0,11 \pm 0,04$, 6 месяцев после операции – $0,01 \pm 0,01$, нарушение обоняния до операции – $0,45 \pm 0,07$, 5-е сутки после операции – $0,29 \pm 0,06$, 6 месяцев после операции – $0,16 \pm 0,04$, слезотечение до операции – $0,04 \pm 0,02$, 5-е сутки после операции – $0,01 \pm 0,01$, 6 месяцев после операции – $0,01 \pm 0,01$, общая слабость до операции – $0,31 \pm 0,06$, 5-е сутки после операции – $0,11 \pm 0,04$, 6 месяцев после операции – $0,09 \pm 0,03$. При этом сумма баллов составила до операции – $6,44 \pm 0,36$, 5-е сутки после операции – $3,57 \pm 0,21$, 6 месяцев после операции – $1,16 \pm 0,10$ баллов.

Таким образом, ведущими симптомами при поступлении пациентов являлись постназальная ринорея, отделяемое из носа, затруднение носового дыхания и дискомфорт в проекции верхнечелюстной пазухи. Слезотечение до операции предъявляла одна пациентка, что было обусловлено аллергическим компонентом при нормальной проходимости слезоотводящих путей.

При проведении анкетирования после операции на 5 сутки отмечено усиление заложенности носа и отделяемого из носа. Характер отделяемого у послеоперационных больных приобретал слизисто-геморрагический характер, гнойного отделяемого отмечено не было. Пациенты не отмечали дискомфорт в проекции пазухи, а в случае изначального его присутствия, он регрессировал на 1-5 сутки после вмешательства. Через полгода после операции отмечен регресс симптомов во всех группах.

Вывод:

Таким образом, следует вывод, что операция с помощью доступа в верхнечелюстную пазуху через нижний носовой ход является более эффективной и способствует быстрой регрессии симптомов заболевания в послеоперационном периоде.

References / Сноски:

1. Ashman A. et al. Extended endoscopic approaches to the maxillary sinus //The Journal of Laryngology & Otology. – 2020. – Т. 134. – №. 6. – С. 473-480.
2. Fokkens W. J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020 //Rhinology. – 2020. – Т. 58. – №. Supplement 29. – С. 1-464.
3. Hong W. et al. Development of a novel continuum robotic system for maxillary sinus surgery //IEEE/ASME Transactions on Mechatronics. – 2018. – Т. 23. – №. 3. – С. 1226-1237.
4. Kryukov A. I. et al. The strategy of the of surgical treatment of the cysts in the maxillary sinus //Vestnikotorinolaringologii. – 2019. – Т. 84. – №. 1. – С. 42-45.
5. Levine C. G., Casiano R. R. Revision functional endoscopic sinus surgery //Otolaryngologic Clinics of North America. – 2017. – Т. 50. – №. 1. – С. 143-164.
6. Naros A. Fungus ball of the maxillary sinus—modern treatment by osteoplastic approach and functional endoscopic sinus surgery //Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2019. – Т. 77. – №. 3. – С. 546-554.
7. Nomura K. et al. Endoscopic modified medial maxillectomy for fungal ball of the hypoplastic maxillary sinus with bony hypertrophy //Journal of Craniofacial Surgery. – 2018. – Т. 29. – №. 3. – С. e304-e307.
8. Philpott C., Sama A. Endonasal Approaches to Maxillary Sinus //International Journal of Head and Neck Surgery. – 2018. – Т. 9. – №. 1. – С. 26-31.
9. Siu J. et al. Quantification of airflow in the sinuses following functional endoscopic sinus surgery //Rhinology. – 2020. – Т. 58. – №. 3. – С. 257-265.
10. Zhao Y. et al. Modified endoscopic inferior meatal fenestration with mucosal flap for maxillary sinus diseases //Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques. – 2018. – Т. 13. – №. 4. – С. 533.