

УДК 616.216.1-002-036.12-036.11-08

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ І ХРОНІЧНИЙ ГАЙМОРИТ

С. К. Боєнко, Д. С. Боєнко

Ринологічний центр Дорожньої клінічної лікарні на станції Донецьк Донецької залізниці

Ключові слова: приносіві пазухи, гайморит, діагностика, лікування.

Завдяки впровадженню ендоскопічних методів, останніми роками значно зросли ефективність діагностики і лікування синуситів [1, 4–8]. Доведено, що обсяги та спрямованість ендоскопічного хірургічного лікування гострих і хронічних синуситів істотно відмінні [3].

Метою нашої роботи було зіставлення результатів, обсягу та спрямованості сучасного лікування гострого і хронічного гаймориту.

Матеріали і методи

У 1999–2002 рр. ми спостерігали у ринологічному центрі 1284 хворих на гайморит. Чоловіків було 664 (51,7%), жінок — 620 (48,3%). За віком хворі розподілилися так: до 14 років — 170 (13,2%), 14–20 років — 219 (17,1%), 21–40 років — 491 (38,2%), 41–60 років — 323 (25,2%), понад 60 років — 81 (6,3%). Гострі захворювання були у 944 (73,5%) пацієнтів, хронічні — у 340 (26,5%). Однобічні процеси відзначили в 451 (35,1%) хворого, двобічні — у 833 (64,9%).

Під час діагностування гаймориту вивчали стан усіх ланок системи «порожнина носа — максиллярне співустя — верхньощелепна пазуха» [4]. Великого значення надавали вивченню функціонального стану максиллярного співустя, оцінюючи його за методом Дреттнера, який дає змогу одержувати кількісні показники цих змін. Зниження прохідності максиллярного співустя більш як на 40 см вод.ст. ми розцінювали як значне порушення функції, що вважали однією з підстав для оперативного лікування [2]. Для виявлення причини зниження прохідності максиллярного співустя широко застосовували діагностичну ендориноскопію, яку виконували риноскопом Хопкінса 0° і 30° за традиційною методикою.

У разі консервативного лікування хворих на гайморит ми передусім прагнули досягти відновлення дренажу й аерації уражених пазух [4]. Ендоскопічне хірургічне лікування хворих на гайморит було спрямоване на санацію пазух, розширення максиллярного співустя або корекцію внутрішньоносових структур. Частіше хворому вико-

нували одночасно кілька операцій різної спрямованості [3].

Результати та обговорення

За нашими даними, гайморит спостерігається майже однаковою мірою у чоловіків і жінок, частіше в осіб активного віку. Гострі процеси наявні майже втричі частіше за хронічні, двобічні — майже удвічі частіше, ніж однобічні.

Як критерії для зіставлення результатів лікування хворих на гострий і хронічний гайморит обрали рівень ефективності консервативного лікування, частоту оперативного лікування і його спрямованість (на корекцію внутрішньоносових структур (ВНС), на розширення максиллярного співустя (МС) чи на санацію верхньощелепної пазухи (ВЩП)).

Результати такого аналізу наведено в табл. 1.

Як видно, консервативне лікування виявилось ефективним для 86,1% хворих на гострий гайморит і для 41,8% хворих на хронічний. Оперативне лікування застосоване для 13,9% пацієнтів з гострим процесом і для 58,2% пацієнтів з хронічним. Таким чином, ефективність консервативного лікування хронічного гаймориту виявилась вдвічі нижчою, ніж гострого, а хірургічні втручання у разі хронічного гаймориту доводилося виконувати в 4 рази частіше, ніж у разі гострого.

Оперативне лікування включало лише корекцію внутрішньоносових структур і санацію носоглотки у 10,9% хворих на гострий гайморит та у 2,4% хворих на хронічний. Таким чином, у переважній більшості хворих на гострий гайморит, які потребували оперативного лікування, одужання можна досягти за допомогою корекції внутрішньоносових структур і/або санації носоглотки. За наявності хронічних процесів такі втручання виявилися ефективними лише в поодиноких випадках.

Розширення максиллярного співустя потребували 2,8% хворих на гострий гайморит і 51,2% хворих на хронічний. Отже, у переважній більшості пацієнтів із гострими процесами зміни в остіомеатальному комплексі мали оборотний харак-

Таблиця 1

Зіставлення результатів лікування хворих на гострий і хронічний гайморит

Критерій	Характер процесу			
	гострий, n = 944 (100%)		хронічний, n = 340 (100%)	
	абс.	віднос. (%)	абс.	віднос. (%)
Ефективність консервативного лікування	813	86,1	142	41,8
Частота оперативного лікування	131	13,9	198	58,2
Спрямованість оперативного лікування:				
корекція ВНС	103	10,9	8	2,4
корекція МС	26	2,8	174	51,2
санация ВЩП	16	1,7	104	30,6

тер, тоді як кожний другий хворий на хронічний гайморит потребував ендоскопічного хірургічного лікування.

Санация верхньощелепної пазухи виявилася потрібною 1,7% пацієнтів з гострими процесами і 30,6% пацієнтів з хронічними, тобто мікрогайморотомію доводилося виконувати кожному третьому хворому на хронічний гайморит і тільки в поодиноких випадках хворим на гострий. Таким чином, у переважній більшості прооперованих хворих з гострими процесами хірургічне лікування спрямоване на корекцію внутрішньоносових структур і санацію носоглотки, а у хворих з хронічними — на корекцію максиллярного співустя та санацію верхньощелепної пазухи. Це свідчить про те, що в разі хронічних процесів у верхньощелепних пазухах не тільки істотно збільшується,

порівняно з гострими, обсяг оперативних втручань, а й змінюється їхня спрямованість.

Висновки

Консервативне лікування хронічного гаймориту удвічі менш ефективне, ніж гострого. Хірургічне лікування хворих із хронічними процесами у верхньощелепній пазусі доводиться проводити в 4 рази частіше, ніж пацієнтів з гострими процесами.

Ендоскопічне хірургічне лікування хронічного гаймориту характеризується значно більшим, порівняно з гострими процесами, обсягом втручань й іншою спрямованістю їх. Важливим завданням під час лікування гострого гаймориту є виявлення та усунення причини порушення прохідності максиллярного співустя з метою запобігання хронічному процесу.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. *Боенко Д. С.* Роль мікрогайморотомії при леченні лиц с неопухольевими захворюваннями верхнечелюстных пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2000.— № 2.— С. 119–121.
2. *Боенко Д. С.* Прокідність максиллярного співустя та вибір оптимального методу лікування гаймориту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. — 2001.— № 3 (Додаток). — С. 20–21.
3. *Боенко С. К.* Концептуальна направленність ендоскопічних хірургічних втручань при гайморитах / С. К. Боенко, Д. С. Боенко // Рос. ринологія.— 2002.— № 2.— С. 63.
4. *Боенко С. К.* Оптимізація діагностики і консервативного лікування хворих на гайморит / С. К. Боенко, Д. С. Боенко, О. Ф. Патока // Медицина залізничного транспорту України.— 2002.— № 4.— С. 70–72.
5. *Ендоскопія* полости носа у больных с хроническим гнойным синусом / Д. К. Заболотный, И. С. Зарицкая // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.— 1999.— № 3.— С. 78.
6. *Климов З. Т.* Реконструктивные операции на крючковидном отростке решетчатой кости // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2002.— № 4.— С. 16–19.
7. *Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух* / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов.— Воронеж: Изд-во ВТУ, 1991.— 184 с.
8. *Шербул В. И.* Первый опыт применения функциональных эндоскопических хирургических вмешательств в клинике оториноларингологии главного военного клинического госпиталя МО Украины / В. И. Шербул, В. Б. Олейников // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 1999.— № 6.— С. 61–63.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ

С. К. Боенко, Д. С. Боенко

Эффективность консервативного лечения хронических гайморитов вдвое ниже, чем острых. Хирургические вмешательства при хронических процессах в верхнечелюстных пазухах приходится производить в 4 раза чаще, чем при острых. Эндоскопическое хирургическое лечение хронических гайморитов, по сравнению с острыми процессами, характеризуется значительно большим объемом вмешательств и иной их направленностью. Важной задачей при лечении острых гайморитов является выявление и устранение причин понижения проходимости максиллярного соустья, что способствует предупреждению хронизации процесса.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC MAXILLARY SINUSITIS

S. K. Boienko, D. S. Boienko

The effectiveness of conservative treatment of chronic maxillary sinusitis is 2 times lower than of the acute ones. Surgical operations with chronic processes in maxillary sinuses have to be performed 4 times more often than with the acute ones. Endoscopic surgical treatment of chronic maxillary sinusitis as compared to the acute processes is characterized by much higher volume of interventions and their different orientation. The important task in the acute maxillary sinusitis treatment is the revealing and removing of the causes of the reduction of maxillary fistula patency to prevent chronization of the process.