

В.О. ШКОРБОТУН^{1,2}, Я.В. ШКОРБОТУН^{1,2}

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З КІСТАМИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ СИНУСОТОМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ

¹ *Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;*

² *Державна наукова установа “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” Державного управління справами*

Кісти верхньощелепних синусів – захворювання, що зустрічається, за даними різних авторів, від 7,5 до 15,6% населення [1-3]. Необхідність хірургічного лікування виникає лише у випадках, коли кісти супроводжуються скаргами [2, 4]. Одним із напрямків підвищення ефективності хірургічних втручань, що застосовуються в лікуванні пацієнтів з цією патологією, є вдосконалення хірургічних підходів до порожнини синуса шляхом зменшення інвазивності існуючих доступів та розробки нових.

Сучасні найбільш поширені доступи до верхньощелепного синуса: сублабіальний (через передню стінку синуса), антростомія через середній носовий хід та інфратурбінальний (під нижньою носовою раковиною) [5, 6]. Кожному із зазначених варіантів доступу притаманні свої переваги та недоліки. Особливо важким є питання вибору доступу у випадках, коли локалізація та поширення патології дозволяє скористатись кількома з них із досягненням однакового клінічного ефекту, що буває досить часто. У такому разі слід розглянути і зважити інші фактори, зокрема, як обраний доступ впливає на якість життя пацієнтів як у ранньому, так і у віддаленому періодах після втручання [7].

На даний час одним із найбільш визнаних та широкоживаних в світі опитувальником для вивчення впливу на якість життя пацієнтів із захворюваннями порожнини

носа є опитувальник SNOT-22 (sinonasal outcome test) [8]. Перелік питань, які входять до цього опитувальника, з часом розширюється. Останній варіант тесту SNOT-22 розроблено у 2000 році, і він відрізняється від попередньої версії (SNOT-20) наявністю запитань, направлених на оцінювання носової обструкції та порушень нюхової і смакової функцій, як важливих складових якості життя [7].

Мета дослідження: порівняння впливу гайморотомії, виконаної різними хірургічними доступами, на якість життя пацієнтів з кістами верхньощелепного синусу

Методи і матеріали

Для виконання цього дослідження були обрані пацієнти з кістами верхньощелепного синусу – з огляду на те, що в хірургічному лікуванні цієї патології застосовуються всі вищеперераховані варіанти доступів і наявність кісти часто не спричиняє суттєвого впливу на якість життя пацієнта, а отже дозволяє виявити вплив на неї саме хірургічного втручання.

До дослідження було залучено 110 осіб, яким виконувалась ендоскопічна гайморотомія з приводу кісти верхньощелепного синусу. Ми порівняли вираженість змін якості життя, пов'язаних із застосуванням найбільш поширених малоінвазивних доступів до верхньощелепного синусу.

Всі пацієнти були розподілені на 3 групи порівняння в залежності від варіанта втручання: 1-а група – мікрогайморотомія (сублабіальний доступ) (35 осіб), 2-а група – антростомія через середній носовий хід (35 осіб), 3-я група – інфратурбінальна гаймортомія (40 осіб). Критерієм виключення з груп досліджуваних було виконання ендоскопічної гайморотомії в комбінації з іншими операціями (септопластика, етмоїдотомія, сфенотомія, фронтотомія, аденотомія та ін.).

Всі втручання виконувались під загальною анестезією, режим периопераційного знеболювання у пацієнтів не відрізнявся, а отже дозволяв порівнювати отримані результати анкетування.

Середній вік пацієнтів складав $37,5 \pm 1,4$ роки, середній розмір кіст, за даними передопераційної томографії, – $16,7 \pm 0,6$ мм. У досліджуваних групах переважали чоловіки (співвідношення чоловіків і жінок було 1,2:1), таким чином розподіл пацієнтів за статтю по групах був рівномірним.

Для оцінки якості життя пацієнтів виконувалось їх опитування з використанням анкети SNOT-22 (sinonasal outcome test 22), яка нами була перекладена на українську мову та проведено її валідацію [9]. Дослідження проводилось тричі: перше – при поступленні пацієнтів в стаціонар, друге – у ближньому післяопераційному періоді (на 3-ю добу після операції) та третє – у віддаленому післяопераційному періоді (через 4 тижні після втручання). З метою порівняння отриманих даних було обстежено і проведено анкетування під час профілактичного огляду 30 практично здорових осіб (без скарг з боку ЛОР-органів і візуальних змін), які склали групу контролю.

Статистична обробка отриманих в ході дослідження результатів здійснювалася за допомогою пакету аналізу статистичних даних SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Отримані дані опрацьовувались методами варіаційної статистики з розрахунком статистичної значимості (достовірності) відмінностей між групами контролю і групами дослідження. З цією метою використовувались методи параметричного (t критерій Стюдента), та непараметричного статистичного аналізу (критерій χ^2) [10].

Отримані результати та їх обговорення

В ході дослідження було застосовано валідовану україномовну версію опитувальника SNOT-22, що є необхідною умовою для можливості порівняння отриманих результатів із даними дослідників з інших країн. Підготовлена нами україномовна версія опитувальника SNOT-22 представлена на рис. 1.

При вивченні результатів опитування аналізувалась сума балів зміни якості життя за SNOT-22 та окремо – значення груп питань у опитувальнику, які відображають вплив на якість життя пацієнтів за відповідними симптомами: ринологічна група, група екстра назальних ринологічних симптомів, вушні/фаціальні симптоми, симптоми психологічної дисфункції та розладів сну [8].

Сумарний показник за результатами опитування SNOT 22 в групі контролю (ΣK) склав ($M \pm m$) $10,1 \pm 1,2$, що відповідає даним, представленим у літературі. Якість життя пацієнтів з кістами верхньощелепного синуса, згідно результатів анкетування, складала $12,7 \pm 1,2$ балів, що достовірно не відрізнялась від такої у контрольній групі. Сумарний показник по групах при першому опитуванні пацієнтів склав: 1-а група – $\Sigma_{\text{мікро1}} = 13,3 \pm 1,1$; 2-а група – $\Sigma_{\text{антр1}} = 11,6 \pm 1,0$; 3-я група – $\Sigma_{\text{інфр1}} = 12,9 \pm 0,9$, що відображено на рис. 2.

Аналізуючи отримані результати, було встановлено, що в ранньому періоді після гайморотомії (3-я доба) відмічається достовірне погіршення якості життя пацієнтів, причому вираженість погіршення в групах 1 та 2 була практично однаковою і складала, відповідно, $\Sigma_{\text{мікро2}} 45,3 \pm 1,3$ та $\Sigma_{\text{антр2}} 42,1 \pm 1,2$, в той час, як у пацієнтів з інфратурбінальним доступом (група 3) вона була суттєво меншою, ніж в інших двох групах – $\Sigma_{\text{інфр2}} 21,4 \pm 0,9$ ($p < 0,05$) (рис. 3).

У віддаленому післяопераційному періоді (через 4 тижні після втручання) якість життя пацієнтів суттєво поліпшилась у всіх групах порівняння і наблизилась до такої у практично здорових осіб. Разом з тим, у осіб з сублабіальним доступом (мікрогайморотомія) зміни були більшими, і сумарний бал опитування склав $\Sigma_{\text{мікро3}} = 18,3 \pm 1,3$, тоді як при ендоназальних доступах – $\Sigma_{\text{антр3}} = 15,1 \pm 1,3$ та $\Sigma_{\text{інфр3}} = 12,4 \pm 1,1$, відповідно (рис. 4).

SNOT 22

№ _____

Нижче Ви знайдете перелік симптомів і соціальних/емоційних проявів Вашого захворювання. Ми хотіли б знати більше про ці проблеми і були би вдячні за Ваші відповіді на наступні питання коли Ви будете в змозі. Немає вірних або невірних відповідей, і тільки Ви можете надати нам цю інформацію. Будь ласка, оцініть Ваші скарги, які вони були протягом останніх днів. Дякуємо Вам за участь. Не соромтесь звернутись по допомогу в разі потреби

	Визначте наскільки вираженою і значимою для Вас є вказана проблема, в момент коли Ви її відчуваєте, обведіть кружком ступінь вираженості скориставшись запропонованою шкалою	Не турбує взагалі	Дещо турбує	Невиражена проблема	Помірна проблема	Виражена проблема	Максимальна вираженість	Найбільш значимі
1	Необхідність форсованого очищення носу	0	1	2	3	4	5	0
2	Чханьня	0	1	2	3	4	5	0
3	Нежить	0	1	2	3	4	5	0
4	Кашель	0	1	2	3	4	5	0
5	Відчуття стікання слизу по задній стінці глотки	0	1	2	3	4	5	0
6	Густі виділення з носу	0	1	2	3	4	5	0
7	Відчуття «наповнення» у вусі	0	1	2	3	4	5	0
8	Запаморочення	0	1	2	3	4	5	0
9	Біль / тиск у вухах	0	1	2	3	4	5	0
10	Біль / тиск у ділянці обличчя	0	1	2	3	4	5	0
11	Труднощі із засинанням	0	1	2	3	4	5	0
12	Прокидання вночі	0	1	2	3	4	5	0
13	Недостатньо тривалий нічний сон	0	1	2	3	4	5	0
14	Відчуття втоми після сну	0	1	2	3	4	5	0
15	Швидка втомлюваність	0	1	2	3	4	5	0
16	Зниження працездатності	0	1	2	3	4	5	0
17	Зменшення концентрації	0	1	2	3	4	5	0
18	Відчуття розчарування / неспокою / дратівливості	0	1	2	3	4	5	0
19	Відчуття суму	0	1	2	3	4	5	0
20	Відчуття збентеженості	0	1	2	3	4	5	0
21	Порушення відчуття смак/запаху	0	1	2	3	4	5	0
22	Блок/ закладеність носу	0	1	2	3	4	5	0
	Всього							

Дата:

Відмітьте 5 найбільш значимих для Вас симптомів тут ↑

Рис. 1. Україномовна версія опитувальника SNOT 22

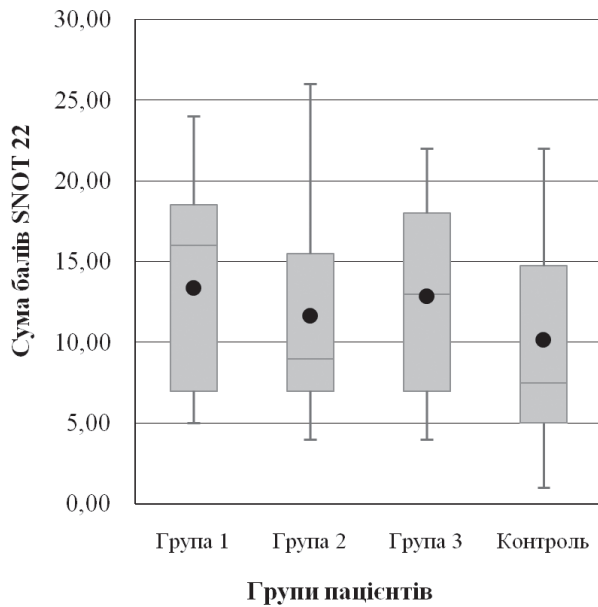


Рис. 2. Показники сумарного рахунку SNOT 22 за групами обстежуваних (вихідний рівень).

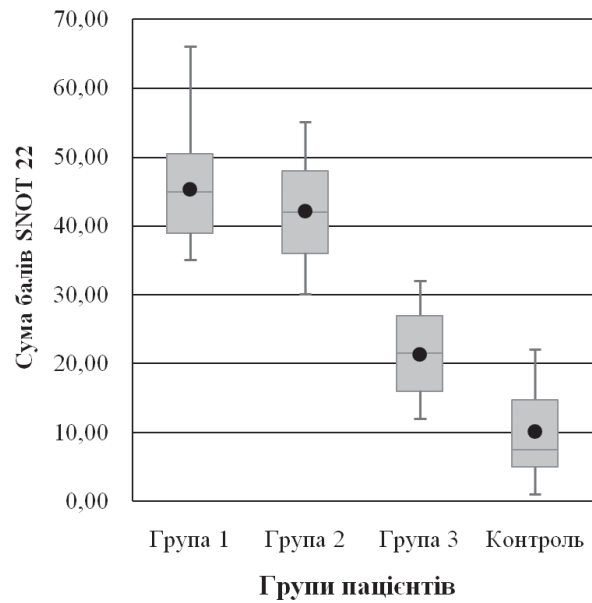


Рис. 3. Показники сумарного рахунку SNOT 22 за групами обстежуваних пацієнтів (опитування на 3-ю добу після втручання).

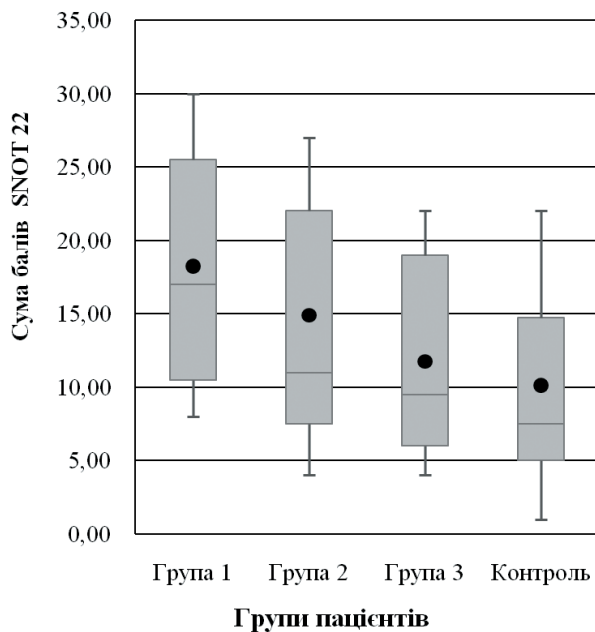


Рис. 4. Показники сумарного рахунку SNOT 22 за групами обстежуваних (опитування через 4 тижні після втручання).

Результати вивчення вираженості впливу на якість життя найбільш значимих груп симптомів (ринологічних, екстраназальних ринологічних та вушних/фаціальних) у оперованих пацієнтів представлено в табл.

Із представлених даних (табл.) можна зробити висновок, що при дослідженні

в ранньому післяопераційному періоді зниження якості життя пацієнтів після мікрогайморотомії було зумовлене вушними/фаціальними проявами (загальний бал за вказаною групою симптомів на 3-ю добу після втручання у пацієнтів 1-ї групи склав $7,3 \pm 1,9$ балів і був в 1,7 рази вище, ніж в 2-й, та в 6 разів вище – ніж в 3-й групі. За групою ринологічних симптомів найбільший вплив на якість життя відмічено у пацієнтів, яким в якості доступу було обрано антротомію через середній носовий хід ($12,3 \pm 1,7$ балів), що в 1,8 рази більше, ніж при мікрогайморотомії через передню стінку пазухи та в 2,3 рази більше, ніж при інфратурбінальному доступі.

Показники SNOT 22 тестування за критеріями психологічної дисфункції та розладів сну в групах порівняння суттєво не відрізнялись, проте були вищими, ніж вихідний рівень.

Висновки

За даними опитування (SNOT-22 анкети), інфратурбінальний доступ при гайморитомії у порівнянні з сублабіальним доступом (через передню стінку гайморової пазух) та з антростомією (через середній носовий хід) має достовірно менший вплив на якість життя пацієнтів.

Результати опитування пацієнтів за найбільш клінічно значимими групами симптомів,
на 3-ю добу після хірургічного втручання

Групи симптомів SNOT 22	Групи пацієнтів			Достовірність
	1-а група (мікрогайморотомія) n=35	2-а група (антростомія) n=35	3-я група (інфратубінальний доступ) n=40	
	M±m			
Ринологічні	6,8±1,8	12,3±1,7	5,4±1,6	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ <0,05
Екстраназальні ринологічні	7,4±1,7	6,8±1,5	2,1±1,8	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ <0,05 P ₂₋₃ <0,05
Вушні/фаціальні	7,3±1,9	4,2±1,5	1,2±2,0	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ <0,05 P ₂₋₃ <0,05

За результатами опитування SNOT 22 погіршення якості життя пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді після ендоскопічної гайморотомії з доступом через ан-

тростому відмічається переважно за рахунок ринологічних скарг, тоді як при сублабіальному доступі – за рахунок вушних/фаціальних скарг.

Література

1. Naaga JR, Boll D. Computed Tomography & Magnetic Resonance Imaging Of The Whole Body. Elsevier: Health Sciences; 2016. 2832 p.
2. Bal M, Salturk Z, Bal GC, Berkiten G, Atar Y, Sünnetçi G. Mucous Retention Cysts in the Paranasal Sinuses: A Retrospective Study. Otolaryngology Online Journal. 2016; 6(2). Available from: <https://www.alliedacademies.org/articles/mucous-retention-cysts-in-the-paranasal-sinuses-a-retrospective-study.html>.
3. Piscunov GZ. Procedures for maxillary sinus cyst removal. Russian Rhinology. 2016; 1: 57-61. doi: 10.17116/rosrino201624157-61. [Article In Russian].
4. Rahman AS, Hwang PH, Alapati R, Lin Y, Nayak JV, Patel ZM et al. Indications and Outcomes for Patients With Limited Symptoms Undergoing Endoscopic Sinus Surgery. Am J Rhinol Allergy. 2020 Jul;34(4):502-507. doi: 10.1177/1945892420912159.
5. Banashek-Meshcheryakova TV, Semenov FV. The comparative analysis of surgical approaches to the removal of cysts of the maxillary sinuses. Russian Rhinology. 2017; 25(4): 9-12. doi: 10.17116/rosrino20172549-12. [Article In Russian].
6. Karpishchenko SA, Zubareva AA, Baranskaya SV, Karpov AA. Estimation of cone-ray computer tomography data for the selection of optimal access to the maxillary sinus. Practical medicine. 2017; 6(107): 102-7. [Article In Russian].
7. Soler ZM, Jones R, Le P, Rudmik L, Mattos JL, Nguyen SA, et al. Sino-Nasal outcome test-22 outcomes after sinus surgery: A systematic review and meta-analysis. Laryngoscope. 2018 Mar;128(3):581-592. doi: 10.1002/lary.27008.
8. Rudmik L, Hopkins C, Peters A, Smith TL, Schlosser RJ, Soler ZM. Patient-reported outcome measures for adult chronic rhinosinusitis: A sys-

- tematic review and quality assessment. J Allergy Clin Immunol. 2015 Dec;136(6):1532-1540.e2. doi: 10.1016/j.jaci.2015.10.012.
9. Shkorbotun YaV, Krivorichenko OG. Comparison of the impact of endoscopic maxillary sinusotomy with different access options to patient's quality of life. Otorhinolaryngology. 2019; 1-c(2): 124-5. [Article in Ukrainian].
10. Grjibovski AM, Ivanov SV, Gorbatova MA. Descriptive statistics using statistica and SPSS software. Science&Healthcare. 2016; 1: 7-23. [Article in Ryssian].

Надійшла до редакції 07.08.2020

© В.О. Шкорботун, Я.В. Шкорботун, 2020

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З КІСТАМИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ СИНУСОТОМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ

^{1, 2}Шкорботун ВО, Шкорботун ЯВ ^{1, 2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

²Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини"

Державного управління справами

e-mail: lorkiev@ukr.net

А н о т а ц і я

Актуальність: Єдиний радикальний спосіб лікування пацієнтів з кістами навколоносових синусів – хірургічний. На даний час існують різні варіанти доступу, що застосовуються при гайморитомії, і кожен з них по різному впливає на якість життя пацієнтів.

Мета дослідження: Порівняти вплив на якість життя пацієнтів гайморитомії з різними варіантами хірургічного доступу.

Методи і матеріали: Обстежено 110 осіб, яким виконувалась ендоскопічна гайморитомія з приводу кіст верхньощелепного синусу. За обраним доступом пацієнти розподілені на 3 групи: 1-а група – мікрогайморотомія (сублабіальний доступ) (35 осіб), 2-а група – антростомія через середній носовий хід (35 осіб), 3-я група – інфратурбінальна гайморитомія (40 осіб). Для оцінки якості життя пацієнтів використали валідовану нами українськомовну версію анкети SNOT-22.

Отримані результати та їх обговорення: В ранньому періоді після гайморитомії відмічається достовірне погіршення якості життя пацієнтів, яке було більш вираженим в групах 1 та 2 і складало, відповідно, $\Sigma_{\text{мікро 2}} 45,3 \pm 1,3$ та $\Sigma_{\text{антр 2}} 42,1 \pm 1,2$, а у пацієнтів 3-ї групи воно було суттєво меншим – $\Sigma_{\text{інфр 2}} 21,4 \pm 0,9$ ($p < 0,05$). Загальний бал вушних/фаціальних симптомів на 3-ю добу після мікрогайморотомії склав 7,3 \pm 1,9 балів, що в 1,7 рази вище, ніж у пацієнтів 2-ї групи та в 6 разів вище – ніж у пацієнтів 3-ї групи. За ринологічними симптомами найбільший вплив на якість життя відмічено у пацієнтів, яким в якості доступу було обрано антростомію (12,3 \pm 1,7 балів), що в 1,8 рази більше, ніж при мікрогайморотомії та в 2,3 рази більше – ніж при інфратурбінальному доступі.

Висновки: Гайморитомія інфратурбінальним доступом у порівнянні з сублабіальним та з антростомією через середній носовий хід за даними опитування SNOT-22 відрізняється найменшим впливом на якість життя пацієнтів. У ранньому післяопераційному періоді після ендоскопічної гайморитомії з доступом через антростому відмічається погіршення якості життя пацієнтів переважно за рахунок ринологічних скарг, тоді як при сублабіальному доступі – за рахунок вушних/фаціальних скарг.

Ключові слова: SNOT-22; кіста; ендоскопічна синусотомія, якість життя, інфратурбінальний доступ.

EVALUATION THE QUALITY OF LIFE OF PATIENT'S WITH CYST MAXILLARY SINUS AFTER ENDOSCOPICAL SINUSOTOMY WITH DIFFERENT APPROACHES

^{1,2}Shkorbotun YaV, ^{1,2}Shkorbotun VV

¹State Institution of Science "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine"

State Administrative Department, Department of miniinvasive surgery, Kyiv, Ukraine;

²Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Otolaryngology, Kyiv, Ukraine

e-mail: lorkiev@ukr.net

Abstract

Topicality: The radical treatment for patients with cysts of the paranasal sinuses is only surgery. There are different approaches used for sinusotomy.

Objective: Comparison of the impact on the quality of life of patients performing maxillofacial surgery with different options for surgical approaches.

Methods and materials: 110 patients who underwent endoscopic sinus surgery for maxillary sinus cysts removing were examined. They were divided into 3 groups, according to the selected approach: 1st group – sublabial approach (35 people), 2nd group – anthrostomy through the middle nasal meatus (35 people), 3rd group – infratubinal approach (40 people). To evaluate the quality of life of patients, we used our validated Ukrainian language version of the SNOT-22 questionnaire.

Results and discussion: In the early period after maxillofacial surgery there was a significant deterioration in the quality of life of patients, which was more pronounced in groups 1 and 2 and was respectively $\Sigma_{\text{sublab}} 45.3 \pm 1.3$ and $\Sigma_{\text{antrostomy}} 42.1 \pm 1.2$ a in patients of group 3 it was significantly lower – $\Sigma_{\text{infr}} 21.4 \pm 0.9$ ($p < 0.05$). The total score of ear/facial symptoms on the 3rd day after sublabial sinusotomy was 7.3 ± 1.9 points, which is 1.7 times higher than in the second and 6 times higher than in the 3rd group. According to rhinological symptoms, the greatest impact on the quality of life of patients was observed in patients for whom anthrostomy was chose nasal approach (12.3 ± 1.7 points), which is 1.8 times more than in maxillary microsinusotomy and 2.3 times more than in infratubinal approach.

Conclusions: Infratubinal approach sinusitis compared with sublabial and anthrostomy according to the SNOT-22 survey has a smaller impact on the quality of life of patients. According to the results of the SNOT 22 survey in the early postoperative period after endoscopic maxillary sinusomy with approach through the antrostomy, there is deterioration in the quality of life of patients mainly due to rhinological complaints, while with sublabial approach – due to ear/facial.

Keywords: SNOT-22; cyst; endoscopic sinusotomy, quality of life, infratubinal approach.