



Выбор топической терапии в раннем периоде после увулопалатопластики

М.А. Рябова, д.м.н., проф., М.Ю. Улупов, к.м.н., А.Р. Фаизова, Е.А. Волчков

Адрес для переписки: Алина Рафхатовна Фаизова, a.faizova.raf@gmail.com

Для цитирования: Рябова М.А., Улупов М.Ю., Фаизова А.Р., Волчков Е.А. Выбор топической терапии в раннем периоде после увулопалатопластики. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (49): 30–32.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-49-30-32

Храп представляет значимую социальную проблему. В лечении данной патологии важное место занимает хирургия. Первая увулопалатопластика была выполнена в 1952 г. За прошедший период было разработано множество вариантов лечения – от больших резекционных операций до малоинвазивных методик. Тем не менее золотого стандарта лечения ронхопатии не существует, а количество пациентов, обращающихся к специалисту по поводу «звукового феномена», ежегодно растет. Несмотря на обширный диапазон вариантов хирургического лечения, результат в большинстве случаев зависит от адекватного послеоперационного ухода и правильно подобранной местной терапии.

Ключевые слова: ронхопатия, увулопалатопластика, топическая терапия

Введение

Сегодня ронхопатия считается распространенным патологическим состоянием, возникающим в результате избыточной вибрации структур глотки при неполной обструкции верхних дыхательных путей. В ряде случаев храп сопровождается тяжелое жизнеугрожающее состояние – синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Единого механизма развития храпа, СОАС не существует, однако благодаря многочисленным исследованиям и обзорам можно с уверенностью говорить о полиэтиологичности данного заболевания [1–3]. Междисциплинарный диагностический подход к пациентам позволил разработать необходимый перечень обследований, которым руководствуются в клинической практике врачи смежных специальностей. Говоря о диагностике СОАС, нельзя не сказать о золотом стандарте – стационарной полисомнографии под контролем медицинского персонала, которая позволяет установить точный диагноз с указанием степени тяжести, а следовательно, назначить индивидуальное адекватное лечение. В свою очередь несложная ронхопатия, или, как часто упоминается в литературе, простой храп, не имеет четких инструкций в диагностическом и лечебном планах. В связи с этим нередко на первичный прием к врачу-оториноларингологу обращаются пациенты с осложнениями после некорректного лечения или с сопутствующей патологией, развившейся в результате недооценки такого симптома, как ночное храпение. К лечению ронхопатии, СОАС необходимо подходить с максимальной ответственностью, поскольку при первичном осмотре у таких пациентов уже имеются тяжелые осложнения со стороны сердечно-

сосудистой, эндокринной, бронхолегочной, пищеварительной систем, что, несомненно, исключает применение большинства хирургических методов [4].

История хирургии храпа началась в 1952 г., когда японский хирург Такеносуке Икемацу из г. Нода успешно провел резекцию гипертрофированных тканей мягкого неба и его язычка. Позднее данная операция получила название увулопалатопластики (УПП) [5]. За период с 1960-х гг. было разработано множество вариантов хирургического лечения ронхопатии, СОАС [6–10]. Условно все операции по поводу храпа можно разделить на три большие группы:

- 1) направленные на иссечение избыточных (гипертрофированных) тканей глотки. Однако при некорректном отборе пациентов данные методики сопряжены с тяжелыми осложнениями в послеоперационном периоде;
- 2) позволяющие повысить ригидность структуры глотки. Стоит отметить, что в современной медицине именно такие методы наиболее предпочтительны, поскольку при адекватном техническом оснащении, экспериментально обоснованных режимах высок процент положительных результатов, минимально количество послеоперационных осложнений;
- 3) сочетание резекционных и малоинвазивных методов. Как известно, огромное значение после хирургического вмешательства имеет качественный уход. В научной литературе четких данных о применении местных препаратов после пластики глотки по поводу храпа нет. Между тем, собирая анамнез пациентов, перенесших подобные вмешательства, можно констатировать факт применения местных антисептиков, местных нестеро-



идных противовоспалительных препаратов в раннем послеоперационном периоде практически в 100% случаев. Одни пациенты принимали данные препараты на основании рекомендаций в выписных справках, другие назначали их себе самостоятельно [11, 12].

Цель – оценить купирование жалоб пациента при адекватном подборе топической терапии в раннем периоде после УПП.

Материал и методы

На базе кафедры оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова с января по июнь 2023 г. были обследованы 172 пациента с диагнозом риносинусита, СОАС. Из них прооперированы 77 человек.

Критерии включения: ранний послеоперационный период после нерезекционной лазерной УПП (ЛУПП), выполненной с использованием лазера с длиной волны излучения 1,55 мкм.

Критерии невключения: поздний послеоперационный период после ЛУПП, обострение хронических заболеваний ротоглотки, беременные/кормящие женщины, тяжелые сопутствующие заболевания.

Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 40 пациентов (28 (70%) мужчин и 12 (30%) женщин; средний возраст – $47 \pm 4,3$ года), которым рекомендовали использование местных антисептических препаратов в виде спрея в раннем послеоперационном периоде (по два впрыска три раза в сутки в течение семи дней). Вторую группу представляли 37 пациентов (26 (70,3%) мужчин и 11 (29,7%) женщин; средний возраст – $44 \pm 5,1$ года), которым рекомендовали применение местных нестероидных противовоспалительных препаратов в виде спрея в раннем послеоперационном периоде (по два впрыска три раза в сутки в течение семи дней).

Все пациенты находились в условиях дневного стационара в течение недели после ЛУПП. Регулярно выполнялся стандартный оториноларингологический осмотр, ежедневно оценивались жалобы на усиление храпа в раннем периоде после нерезекционной ЛУПП, ощущение инородного тела в горле, боль в горле (по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где 0 – отсутствие боли, 10 – нестерпимая боль), дислалию, затруднение дыхания в горизонтальном положении, отсутствие чувства бодрости после ночного сна (данный показатель оценивали по пятибалльной шкале, где 1 – выраженная бодрость, 5 – максимальная усталость после сна). Каждый пациент получил подробную инструкцию по применению топического препарата:

- 1) препарат применять местно, после еды;
- 2) повернуть канюлю (трубка белого цвета) в положение вертикально к флакону;
- 3) вставить канюлю в рот и направить на мягкое небо, небный язычок;
- 4) нажать на дозирочную помпу на верхней части флакона два раза, задержать дыхание во время впрыскивания;
- 5) после применения препарата не пить, воздержаться от приема пищи в течение часа.

Результаты

В первой группе при анализе жалоб в раннем послеоперационном периоде усиление звукового феномена храпа отмечали 37 (92,5%) пациентов. Однако спустя месяц после ЛУПП положительный результат оперативного лечения наблюдался у 35 (87,5%) больных. 22 (55%) пациента указывали на ощущение инородного тела в горле, 12 (30%) – на дислалию, 9 (22,5%) пациентов – на затруднение дыхания в горизонтальном положении в первые трое суток после ЛУПП. Пик болевого синдрома пришелся на третьи сутки после операции (рис. 1). Во второй группе при анализе жалоб в раннем послеоперационном периоде усиление звукового феномена храпа отмечали 36 (97,3%) пациентов, спустя 30 дней после нерезекционной ЛУПП положительный результат оперативного лечения зафиксирован у 33 (89,2%) пациентов. Ощущение инородного тела в горле наблюдалось у 15 (40,5%) пациентов, дислалия – у 7 (18,9%); затруднение дыхания в горизонтальном положении в первые трое суток после ЛУПП – у 8 (21,6%) пациентов. Пик болевого синдрома пришелся на третьи сутки после операции (рис. 2).

Обсуждение

Основным показателем эффективности местных препаратов является интенсивность послеоперационного болевого синдрома в первые семь дней. Согласно полученным данным, тенденция нарастания боли отмечалась в первые два дня после ЛУПП, максимум пришелся на третьи сутки, после чего происходило постепенное купирование болевых ощущений. К десятому дню оставались лишь элементы дискомфорта в горле. Установлено, что во второй группе, где в качестве местной терапии использовались местные нестероидные

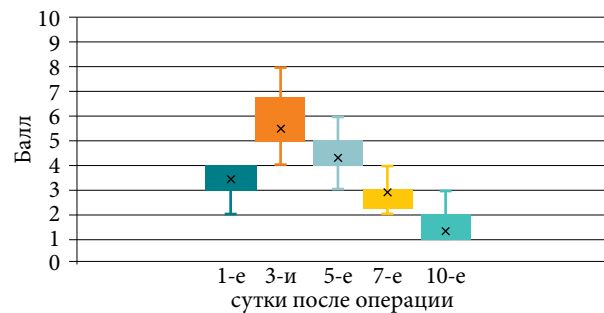


Рис. 1. Интенсивность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ в первой группе

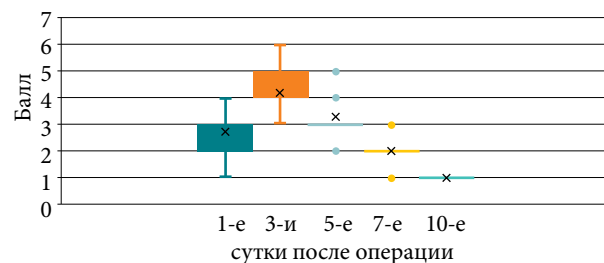


Рис. 2. Интенсивность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ во второй группе

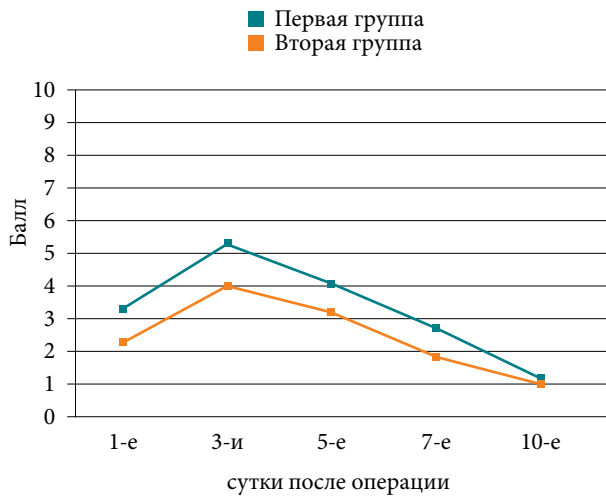


Рис. 3. Субъективная интенсивность послеоперационной боли по ВАШ

противовоспалительные препараты, болевым синдромом был менее выражен, чем в первой группе, пациенты которой применяли местный антисептик (рис. 3).

Заключение

В раннем периоде после нерезекционной ЛУПП необходимо использовать местные препараты для улучшения заживления послеоперационных ран, снижения интенсивности болевого синдрома, а также для поддержания психосоматического благополучия пациента. Показано, что местные нестероидные противовоспалительные препараты наиболее предпочтительны при выборе топической терапии в периоде после ЛУПП. ☺

Авторы выражают благодарность сотрудникам клиники оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова за предоставленные материалы. Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Лопатин А.С., Бузунов Р.В., Смушко А.М. и др. Храп и синдром обструктивного апноэ во сне. Российская ринология. 1998; 4: 17–33.
2. Wischhusen J., Qureshi U., Camacho M. Laser-assisted uvulopalatoplasty (LAUP) complications and side effects: a systematic review. Nat. Sci. Sleep. 2019; 11: 59–67.
3. Friedman M., Ibrahim H., Bass L. Clinical staging for sleepdisordered breathing. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2002; 127 (1): 13–21.
4. Князьков В.Б., Праздников Э.Н., Дайхес Н.А. Причины неудач хирургического лечения больных ронхопатией и синдромом обструктивного апноэ сна. Лазерная медицина. 2022; 26 (3–4): 38–46.
5. Князьков В.Б., Праздников Э.Н., Стаханов М.Л., Дайхес Н.А. Исторические аспекты развития лазерной палатохирургии. Обзор литературы. Лазерная медицина. 2022; 26 (2): 37–42.
6. Knyazkov V.B., Knyazkov I.V., Prazdnikov E.N., Stakhanov M.L. Method of surgical treatment of patients with rhonchopathy and obstructive sleep apnea syndrome. Patent № 2760295 of the Russian Federation. 2021.
7. Macario C., Blaine N., Evan L., et al. Laser-assisted uvulopalatoplasty for obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. Sleep. 2017; 40 (3).
8. Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Потемкин М.Н. Применение лазера TruBlue для лечения пациентов с храпом и синдромом обструктивного апноэ сна. Лазерная медицина. 2022; 26 (1): 24–29.
9. Джафарова М.З., Дайхес Н.А., Авербух В.М., Мельников А.Ю. Хирургическое лечение храпа и СОАС легкой и средней степени: эволюция методов. Российская ринология. 2018; 26 (4): 26–30.
10. Сурикова Н.А., Глухова А.С. Синдром обструктивного апноэ сна: обзор литературы. CardioСоматика. 2023; 14 (1): 67–76.
11. Карпищенко С.А., Свистушкин С.М. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты. СПб.: Диалог, 2020.
12. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Шахназаров А.Э., Муратова Е.И. Острые и хронические риносинуситы: дополнительные возможности консервативной терапии. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2018; 24 (4): 62–68.

Choice of Topical Therapy in the Early Period After Uvulopalatoplasty

M.A. Ryabova, PhD, Prof., M.Yu. Ulupov, PhD, A.R. Faizova, Ye.A. Volchkov

Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

Contact person: Alina R. Faizova, a.faizova.raf@gmail.com

Snoring is a significant social problem. Surgery plays an important role in the treatment of this pathology. The first uvulopalatoplasty was performed in 1952. Over the past period, many treatment options have been developed – from large resection operations to minimally invasive techniques. Nevertheless, there is no gold standard for the treatment of ronchopathy, and the number of patients turning to a specialist about the ‘sound phenomenon’ is growing every year. Despite the extensive range of surgical treatment options, the result in most cases depends on adequate postoperative care and properly selected local therapy.

Keywords: ronchopathy, uvulopalatoplasty, topical therapy