

*В.В. КІЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, К.А. ЛОБКО, О.Д. БОНДАРЧУК,  
О.О. СТЕЧИШИН, О.С. ЖИЖКІНА*

## **ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОНХОПАТІЮ ТА СОАС ЗА ДАНИМИ КЛІНІКИ**

*Каф. ЛОР-хвороб (зав. – проф. В.В. Кіщук) Вінницьк. Нац. мед. ун-ту  
ім. М.І. Пирогова*

Ронхопатія (хропіння) – це звуковий феномен, що виникає внаслідок вібрації м'яких тканин глотки при проходженні струменя повітря через звужені дихальні шляхи. Найчастіше людина хропе, засинаючи на спині. При цьому м'язи розслабляються, м'яке піднебіння та тканини порожнини глотки звисають і перешкоджають нормальному проходженню повітря при вдиху та видиху через ніс. Людина починає дихати ротом. На вдосі швидкий потік повітря приводить м'які тканини верхніх дихальних шляхів (ВДШ) у вібруючий стан. Вібрація сприймається органами слуху як хропіння, яке може бути передвісником і ознакою основних симптомів серйозного захворювання – зупинки дихання уві сні, або, кажучи медичною мовою, синдрому обструктивного апное під час сну (СОАС).

Актуальність вивчення патологічного хропіння обумовлена поширеністю даної патології серед населення, соціальною значущістю в процесі спілкування людей. Наслідком обструктивного порушення дихання при ронхопатії є хронічна киснева недостатність, порушення сну, циклічні коливання ритму серця, коливання артеріального тиску в легеневій артерії, посилення симпатoadреналового впливу на організм, розвиток необоротних структурних змін з формуванням серцево-судинних захворювань, раптова смерть вночі під час апное.

Близько 19% дорослого населення відносить себе до категорії тих, що хропуть. Саме по собі гучне хропіння часто викликає виражені негативні соціальні наслідки, перш за все, у сфері особистих і родинних стосунків. Крім того, на тлі хропіння розви-

вається синдром обструктивного апное уві сні (СОАС).

Ронхопатія є складною, багато в чому невирішеною медичною проблемою, що стоїть на стику декількох спеціальностей – оториноларингології, сомнології, пульмонології, кардіології, неврології, терапії, ендокринології. Згідно з даними літератури, хропіння є патологічним явищем, якщо з 7 діб пацієнт хропе протягом 5 ночей. Хропіння уві сні розповсюджене серед населення з тенденцією до неухильного зростання. Епізодично хропуть 45% дорослого населення, постійно – 25%. У віці від 30 до 35 років хропе 40% чоловіків і 20% жінок. Статистичне дослідження останніх років свідчить про те, що хропіння стало проявлятися частіше в усіх вікових та професійних категоріях, що дозволяє припустити, що не тільки вік, але й, мабуть, інші фактори біологічного і соціального характеру визначають поширеність хропіння.

На думку більшості авторів, що займаються вивченням патологічного хропіння, основною причиною ронхопатії і обструктивного порушення дихання під час сну є різні патологічні та вікові зміни з боку ВДШ і, зокрема, глотки та носової порожнини.

Серед них мають місце наступні:

- викривлення перегородки носа;
- хронічний гіпертрофічний, вазомоторний риніт;
- аденоїди;
- поліпозний синусит;
- подовжений піднебінний язичок;
- зниження тону м'якого піднебіння;
- порушення прикусу;

- гіпертрофія піднебінних мигдаликів;
- ожиріння;
- природжене звуження носових ходів та глотки.

Сприяючі фактори:

- власне сон (зниження м'язового тону);

- дефіцит сну і втома;
- прийом алкоголю;
- прийом снодійних препаратів;
- куріння;
- зниження функції щитовидної залози;

- менопауза у жінок;

- старіння.

Лікування з приводу патологічного хропіння представляє важливий розділ медицини. На сьогодні накопичено великий арсенал лікувальних засобів, починаючи від прикріплення до спини лейкопластирем мармурової чи тенісної кульки, яка заважає пацієнту перевертатися на спину, і закінчуючи радикальними методами хірургічного втручання на органах і тканинах верхніх дихальних шляхів. Тільки у США запатентовано понад 300 засобів для лікування пацієнтів з хропінням, але й досі 100%-го метод усунення хропіння відсутній.

Хірургічну допомогу хворим з обструктивним апное під час сну не слід розглядати як «останню міру» усуванні порушень сну. Хірургічне втручання може бути і першим етапом лікування пацієнтів з легким ступенем обструктивного апное уві сні (насичення оксигемоглобіну > 90%), якщо інша терапія протипоказана і пацієнт досить стабільний, з медичної точки зору, щоб перенести операцію.

**Мета дослідження** – визначити ефективність комплексного комбінованого підходу до лікування хворих з ронхопатією та СОАС, а також порівняти ефективність різних методів хірургічного втручання при ронхопатії за клінічними даними.

### **Матеріали та методи**

Під нашим спостереженням з 2002 до 2011 р. знаходилось 36 пацієнтів у віці від 26 до 65 років зі скаргами на постійне хропіння під час сну. З них було 27 чоловіків та 9 жінок. Тривалість хвороби у більшості

обстежуваних складала від 3 до 10 і більше років.

Для об'єктивізації оцінки ефективності лікування проводилось клінічне обстеження ЛОР-органів, використовувалась ендоскоп, виконувалась ринопневмометрія, визначення вмісту гемоглобіну в крові, аудіозапис сну протягом 3 годин на диктофон, а також допоміжні дослідження: ЕКГ, контроль артеріального тиску, Рґ-графія ОГК та інше.

Обстеження хворих виконувалось до лікування, одразу після нього, та через 1 і 6 міс після виписки із стаціонару.

Під час обстеження у всіх пацієнтів виявлено обструктивні порушення в порожнині носа та глотці. Так у 72,3% хворих відмічено викривлення перегородки носа у поєднанні з хронічним гіпертрофічним (44,2%) та вазомоторним ринітом (28,1%), у 23% був поставлений діагноз: хронічний поліпозний синусит. Патологія у глотці спостерігалась у 57,5% обстежуваних, а саме: хронічний тонзиліт з гіпертрофією піднебінних мигдаликів (у 20,3%); потовщення м'якого піднебіння та язичка (у 22,5%); у решти була поєднана патологія глотки.

Супутньою у пацієнтів була гіпертрофічна хвороба II стадії (у 27%), ішемічна хвороба серця (у 16%), бронхіальна астма (у 22%), ожиріння II-III ступеня (у 34%).

### **Результати**

Першим етапом лікування хворих з ронхопатією та СОАС за даними ринопневмометрії та ендоскопічного дослідження ЛОР-органів було реконструктивне хірургічне втручання в порожнині носа, направлене на відновлення чи покращання носового дихання. Це були, в залежності від показань, риносептопластика, двобічна ошадлива нижня конхотомія, ендоназальна ендоскопічна поліпотомія, двобічна нижня вазотомія носових раковин. У 9 осіб одномоментно з операцією в порожнині носа виконувалась увулотомія. У решти пацієнтів через 7 днів після першого етапу операції була проведена увулопалатофарингопластика (УПФП) в модифікації Fujita. Це втручання здійснювалось під інтубаційним наркозом в положенні пацієнта лежачи на спині. Після

уважного вивчення анатомічних особливостей будови глотки і м'якого піднебіння язичок прошивався шовковими нитками і відтягувався вперед. Виконувалась тонзилектомія (видалення мигдаликів), якщо піднебінні мигдалики не були раніше видалені. Потім скальпелем робились розрізи на передній поверхні м'якого піднебіння, відступаючи 1-2 см від краю передніх піднебінних дужок, від середньої лінії, до кореня язика. Слизова оболонка передніх дужок і прилеглих тканин висікалась ножицями. Задня дужка захоплювалась пінцетом і зміщувалась в центр, а потім відокремлювалась від піднебінно-глоткового м'яза. Утворений надлишок слизової оболонки задньої дужки висікався. Після цього захоплювався піднебінно-глотковий м'яз, зміщувався вперед і вбік та пришивався кількома вікриловими швами до піднебінно-глоткового м'яза. Потім ампутувався язичок, а клапті слизової оболонки, що утворилися на бічних стінках глотки, витягувались вперед і пришивались до краю розрізу на передній поверхні м'якого піднебіння. Якщо нижні краї клаптів не співставлялися без натягу, робились додаткові вертикальні розрізи слизової оболонки на задній стінці глотки.

Всім пацієнтам були дані чіткі рекомендації в післяопераційному періоді: під час сну забезпечувати підняте положення головного кінця ліжка, використовувати спеціальні контурні подушки для більш рівного горизонтального положення голови та тулуба, при можливості боротися з надмірною вагою (дієта, фізичні вправи), вести здоровий спосіб життя (боротьба з тютюнопалінням та вживанням алкоголю).

Слід зазначити, що післяопераційний період 82% хворих протікав без особливих ускладнень, у 18% відмічався реактивний набряк слизової оболонки ротової частини глотки та інфікування післяопераційних розрізів на м'якому піднебінні, що подов-

жувало перебування обстежуваних осіб в стаціонарі на 3-4 доби (середня кількість ліжко-днів – 12).

Через 1 міс після виписки із стаціонару пацієнти відмічали покращання загального самопочуття, нормалізацію сну та психоемоційного стану.

Хропіння, за даними аудіозапису та оцінки оточуючих хворого рідних, зникло у 76%, у решти 24% відмічалось зменшення проявів хропіння та СОАС протягом ночі, а якщо вони посилювались, то в результаті порушення режиму чи зміни положення тіла під час сну (спання на спині). За даними лабораторних досліджень, спостерігалась позитивна динаміка у показників гемоглобіну. До лікування середні значення його становили  $109,2 \pm 0,5$  г/л, тоді як через 1 міс –  $126,6 \pm 0,5$  г/л. ці зміни можуть свідчити про відновлення механізму насичення крові киснем та покращання обмінних процесів в організмі. Показники артеріального тиску у осіб із супутньою гіпертонічною хворобою мали тенденцію до зменшення: до лікування артеріальний тиск піднімався у всіх обстежуваних вище 150/90 мм рт. ст., після лікування у 90% тиск був менше зазначених даних, що свідчить про благоприємний наслідок заходів по усуненню хропіння.

Тенденція до зникнення хропіння і покращання показників крові та гемодинаміки зберігалась і у віддаленому періоді через 6 міс у 100% пацієнтів, особливо при умові дотримання рекомендацій з профілактики ронхопатії.

#### **Висновки**

1. Для вибору оптимального методу лікування хворих з ронхопатією та СОАС необхідні чіткі діагностичні критерії.

2. Комплексний підхід до лікування даної категорії хворих та профілактики ронхопатії і СОАС веде до тривалого, стійкого терапевтичного ефекту, що забезпечує покращання якості їх життя.

Надійшла до редакції 12.01.12.

© В.В. Кішук, І.В. Дмитренко, К.А. Лобко, О.Д. Бондарчук, О.О. Стечишин, О.С. Жижкіна, 2012

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
РОНХОПАТИЕЙ И СИНДРОМОМ  
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ ПО ДАННЫМ  
КЛИНИКИ**

*Кищук В.В., Дмитренко И.В., Лобко К.А.,  
Бондарчук О.Д., Стечишин О.О., Жижкина О.С.  
(Винница)*

*Резюме*

В наше время храп является важной и актуальной медицинской проблемой, что подтверждается результатами эпидемиологических исследований, распространенностью храпа среди населения и ростом числа публикаций по проблеме ронхопатии, как в отечественной так и зарубежной литературе. На базе нашей клиники в течение длительного времени проводится исследование и лечение больных с этой проблемой. Нароботан опыт проведения лечебных и профилактических мероприятий, а именно техники оперативных вмешательств и дальнейшего ведения больных.

**EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH  
SNORING AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA  
ACCORDING TO CLINIC**

*Kischuk V.V., Dmitrenko I.V., Lobko K.A.,  
Bondarchuk O.D., Stechishin O.O., Zhizhkina O.S.  
(Vinnitsa)*

*Summary*

In our time snoring is an important and actual medical problem, that is confirmed by the results of epidemiology researches, prevalence of snoring among a population and increase of amount of publications on issue of snoring, as in home so foreign literature. On the base of our clinic during great while research and treatment of patients go with this problem. Experience is turned out in relation to curative and prophylactic measures, namely technicians of operative interventions and further conduct of patients.