



УДК: 616.322-002.2-089:615.211

ОБ УСПЕШНОМ ОПЫТЕ КУПИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

А. Ю. Овчинников, Г. Е. Дженжера

OUR EXPERIENCE IN DECREASING POST-TONSILLECTOMY SYMPTOMS

А. Y. Ovchinnikov, G. E. Djenjera

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
Минздрава России»

(Зав.каф. оториноларингологии ФПДО – проф. А. Ю. Овчинников)

Городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Москва

(Главный врач – проф. В. Н. Яковлев)

Цель: сравнить эффективность и безопасность ОКИ (лизиновая соль кетопрофена) и каметон у пациентов после тонзиллэктомии.

Методы: 60 пациентов рандомизированны на две группы: 1-я группа ($n = 30$), препарат ОКИ перорально 3 раза в день – 5 дней; 2-я группа ($n = 30$), препарат каметон ингаляционно 5 раз в день – 5 дней. Нами оценивались местные и общие симптомы и жалобы пациентов, выраженные в баллах (U-критерий Манна–Уитни), а также безопасность и эффективность препаратов.

Результаты: на фоне проводимого лечения положительная динамика отмечена в обеих группах, но ОКИ оказывал значительно более выраженный анальгезирующий и жаропонижающий эффект, что выразилось в $p \leq 0,01$ на 2-м, 3-м и 4-м визите. Отек слизистой оболочки полости рта был менее выражен ($p \leq 0,05$) в 1-й группе в постоперационном периоде. Динамика остальных симптомов была сравнима.

Вывод: таким образом, лизиновая соль кетопрофена (препарат ОКИ) более эффективна для купирования воспалительных процессов в ротоглотке, в том числе и после двусторонней тонзиллэктомии.

Ключевые слова: лизиновая соль кетопрофена, тонзиллэктомия.

Библиография: 11 источников.

Objective: To compare the efficacy of ketotifen and cameton aerosol in the post-tonsillectomy period.

Methods: Sixty patients were included in the study, they were randomized in 2 groups: 1-group (age $28,5 \pm 7,01$) ($n = 30$) ketoprofen lysine salt peroral 3 t/d – 5 days and 2 group ($27,7 \pm 5,17$) ($n = 30$) Cameton aerosol 5 t/d – 5 days. Visual Analog Scale was used to assess local and common symptoms. Efficacy and safety were estimated either.

Results: Good results were noted in both groups but analgesic and antipyretic effect were significantly higher in 1-group ($p \leq 0,01$). Edema of throat mucus was lower in 1-group ($p \leq 0,05$). Dynamics of other symptoms were comparable.

Conclusions: ketoprofen lysine salt is more preferable for reducing post-tonsillectomy symptoms.

Key words: ketoprofen, tonsillectomy.

Bibliography: 11 sources.

Хронический тонзиллит занимает одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения и составляет от 2,84 до 3,5%, по данным разных авторов [4–6]. Среди заболеваний ЛОР-органов доля хронического тонзиллита составляет от 24,8 до 35% [1].

Общемедицинское значение тонзиллярной патологии обусловлено тем, что хронический тонзиллит может влиять на функцию отдаленных органов и систем. К настоящему времени описано около 100 заболеваний, в патогенезе которых определенную роль играет патология небных миндалин.



С одной стороны, современные представления о роли небных миндалин в организме подчеркивают необходимость щадящего к ним отношения и ограничения показаний к тонзиллэктомии [3].

С другой стороны, существующие методы консервативного лечения не обеспечивают продолжительной санации небных миндалин [2], что увеличивает опасность формирования осложнений. Явным недостатком консервативного лечения является необходимость регулярного проведения повторных курсов, что в условиях страховой и платной медицины приводит к многократному увеличению стоимости лечения, занимает большое количество времени у врача и больного. Необходимость ограничения использования тонзиллэктомии обусловлена также тем, что, с одной стороны, будучи далеко не безопасным методом, тонзиллэктомия не всегда приводит к желаемому результату. Шотландский аудит по тонзиллэктомии за период 1992/93 гг. выявил положительный результат в 97% случаев, однако согласно опросу больных удовлетворенность результатами операции через 6 месяцев подтвердили 75%, а через год только 45% пациентов [10]. Согласно данным аудита по тонзиллэктомии, проведенного в Англии и Уэльсе в 1997 г., 8% больных не отметили улучшения после тонзиллэктомии [8].

Поэтому, несмотря на очевидную необходимость ограничения показаний к тонзиллэктомии, она продолжает занимать ведущее место в тактике лечения больных хроническим тонзиллитом, особенно в странах с рыночными основами финансирования медицины. Так, в США ежегодно производится более 390 000 тонзиллэктомий [9]. Одним из отрицательных последствий подобной тактики является выраженный болевой синдром в интраоперационном и послеоперационном периодах. Совершенствование и поиск новых эффективных и безопасных методов обезболивания и анальгетических препаратов является одной из наиболее актуальных и окончательно нерешенных проблем хирургии. Применяемые во многих лечебных учреждениях тактики обезболивания далеки от совершенства, и многие оперированные пациенты предъявляют жалобы на сильную боль. G. Gramer et. al. [7] провели ретроспективное исследование в трех госпиталях США, в которое были включены 2065 взрослых пациентов. Авторы обнаружили недостатки в оценке боли персоналом, а также неадекватное назначение анальгетиков. Из 2542 назначений в 67,6% случаев назначали сильные опиоидные анальгетики, в 24,8% – нестероидные противовоспалительные средства, в 7,6% – трамадол. При этом, как правило, обезболивающие препараты назначали по требованию больного.

Адекватное послеоперационное обезболивание у больных после тонзиллэктомии имеет чрезвычайно важное значение, поскольку боль усиливает общую реакцию организма на операционный стресс и, помимо психологического и физического дискомфорта, может приводить к активации симпатoadреналовой системы с неблагоприятными гемодинамическими изменениями, возникновению аритмий. Для лечения таких состояний представляется привлекательным препарат ОКИ (лизиновая соль кетопрофена). Соединение кетопрофена с аминокислотой лизин позволило улучшить характеристики действующего вещества. ОКИ обладает противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим свойствами, с быстрым началом действия (уже через 15–20 мин), продолжительностью действия до 8 часов и хорошей переносимостью. Быстрое начало действия объясняется более высокой растворимостью лизиновой соли кетопрофена по сравнению с неизмененным кетопрофеном. Высокая растворимость способствует более быстрому и полному всасыванию действующего вещества, что приводит к достижению пика концентрации в плазме крови при пероральном приеме уже через 15 мин (рис. 1), тогда как обычный кетопрофен достигает максимума через 60 мин после приема [11].

ОКИ уменьшает боль за счет уникального тройного механизма анальгетического действия (периферического – за счет блокады цикла арахидоновой кислоты; двух центральных – уменьшения чувствительности рецепторов головного мозга и блокады передачи импульсов в спинном мозге).

Благодаря своему химическому составу ОКИ быстро растворяется и за счет этого почти не раздражает ЖКТ. Переносимость ОКИ по сравнению с кетопрофеном лучше в 1,6 раза [12].

Препарат ОКИ представлен в нескольких формах: для системного применения (гранулы для приготовления раствора для приема внутрь, суппозитории ректальные для детей 60 мг и взрослых 160 мг) и в местной форме в виде раствора для полоскания.

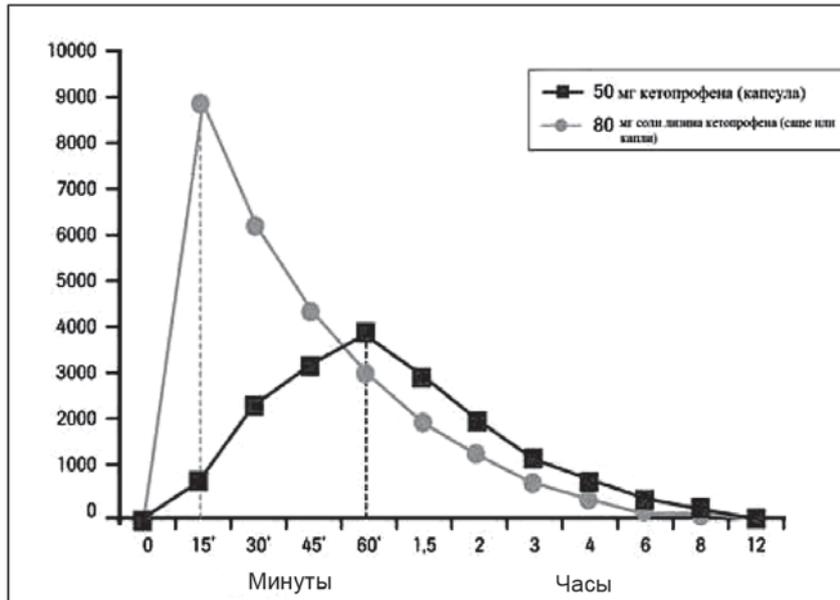


Рис. 1. Достижение пика концентрации в плазме крови лизиновой соли кетопрофена и обычного кетопрофена.

Пациенты и методы. Мы провели исследование по определению эффективности и безопасности препарата ОКИ в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших тонзиллэктомию. Было отобрано 60 пациентов, поступавших для плановой тонзиллэктомии. Возраст больных находился в пределах от 19 до 43 лет (средний возраст $28,1 \pm 6,12$ года).

В первой группе пациентов распределение по полу было следующим – 20 (67%) женщин и 10 (33%) мужчин. Возраст больных колебался в интервале от 19 до 43 лет (средний возраст $28,5 \pm 7,01$ года). Данная группа пациентов в послеоперационном периоде получала препарат ОКИ. Курс лечения – 5 дней. Режим дозирования: по одной саше три раза в день (в день операции – суппозитории ректальные по три в сутки). Вторая группа пациентов состояла из 30 пациентов. Распределение по полу было следующим: 16 (53%) женщин и 14 (47%) мужчин. Возраст больных колебался в интервале от 19 до 38 лет (средний возраст – $27,7 \pm 5,17$ года). Лечение – монотерапия препаратом каметон (антисептическое средство камфора + ментол + хлоробутанол + эвкалиптовое масло). Курс лечения – 5 дней. Режим дозирования – ингаляционно 5 раз в течение суток. Начало приема препарата (наверное, препарата, так как ОКИ назначался ректально в день операции) – первые сутки после тонзиллэктомии. Курс лечения составил 5 дней с контрольными осмотрами: в исходном состоянии – 1-й визит, в день после тонзиллэктомии – 2-й визит, на второй день – 3-й визит, третий день – 4-й визит и пятый день – 5-й. Данные, полученные в процессе исследования, фиксировали в карте пациента. Оценку симптомов проводили на каждом визите с помощью шестибальной шкалы, где 0 – отсутствие признака или нормальное значение, а 5 – максимальная выраженность признака. Жалоба пациента – боль в горле, оценивалась от 0 до 10 баллов. Эффективность лечения оценивалась на 5-м визите. Нежелательные явления фиксировали на каждом визите.

На фоне проводимого лечения положительная динамика отмечена в обеих группах, данные общих клинических симптомов представлены в таблице 1.

Среди местных клинических симптомов особое значение в проводимом исследовании уделяется оценке динамики боли в горле, которая оценивалась по 10-балльной шкале. На 2-м визите различия между 1-й и 2-й группами $p \leq 0,01$. Значение выраженности боли к 3-му визиту в первой группе уменьшилась на 24%, во второй группе на 25% ($p < 0,01$); к 4-му визиту в первой группе – на 32%, во второй – на 25,6% ($p < 0,01$); к 5 визиту соответственно – на 85 и 43,5% ($p < 0,01$) (рис. 2).

Значение геморрагического синдрома к 3-му визиту в первой группе уменьшилось на 38%, во второй группе – на 38% ($p \geq 0,05$); к 4-му визиту в первой группе – на 93%, во второй – на 90% ($p \geq 0,05$); к 5-му визиту соответственно – на 100 и 100% ($p \geq 0,05$),



Таблица 1

Динамика общих клинических симптомов пациентов 1-й и 2-й групп (M±SD)

Симптом	Визит 1 (исходно)		Визит 2 (1-й день после т/э)		Визит 3 (2-й день после т/э)		Визит 4 (3-й день после т/э)		Визит 5 (5-й день после т/э)	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Повышение температуры тела	–	–	1,8±0,46	2,3±0,47	0,7±0,44	2,0±0,41	–	0,6±0,49	–	–
	–		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$		–	
Слабость	0,1±0,37	0,2±0,40	3,0±1,57	4,6±0,49	2,4±1,10	3,8±0,71	1,1±0,92	2,4±0,67	–	0,1±0,53
	$p \geq 0,05$		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$		$p \geq 0,05$	
Интоксикация	–	–	4,0±0,86	4,0±0,86	1,4±1,54	2,4±1,59	–	1,1±0,68	–	–
	–		$p \geq 0,05$		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$		–	
Головная боль	–	–	1,2±1,25	1,4±1,47	0,5±0,82	0,7±0,94	–	0,3±0,60	–	–
	–		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \leq 0,05$		–	
Боль в мышцах и суставах	0,2±0,55	0,2±0,55	0,8±1,23	1,1±1,32	0,1±0,53	0,2±0,58	–	–	–	–
	$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		–		–	
Кашель	0,2±0,69	0,33±0,88	1,0±1,33	1,9±1,76	0,4±0,77	1,3±1,64	0,1±0,30	0,6±1,09	–	–
	$p \geq 0,05$		$p \leq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		–	

На 2-м визите различия между первой и второй группами $p \geq 0,05$. Значение гиперемии слизистой оболочки полости зева к 3-му визиту в первой группе уменьшилось на 18%, во второй группе на 11% ($p \geq 0,05$); к 4-му визиту в первой группе – на 14%, во второй – на 14% ($p \geq 0,05$); к 5-му визиту соответственно на 22 и 22% ($p \geq 0,05$).

На 2-м визите различия между первой и второй группами $p \geq 0,05$. Значение налета в зоне операции к 3-му визиту в первой группе увеличилось на 100%, во второй группе – на 100% ($p \geq 0,05$); к 4-му визиту уменьшилось в первой группе – на 21%, во второй – на 22% ($p \geq 0,05$); к 5-му визиту соответственно на 45 и 49% ($p \geq 0,05$).

На 2-м визите различия между первой и второй группами $p \leq 0,01$. Значение отека слизистой оболочки к 3-му визиту в первой группе уменьшилось на 18%, во второй группе – на 11%

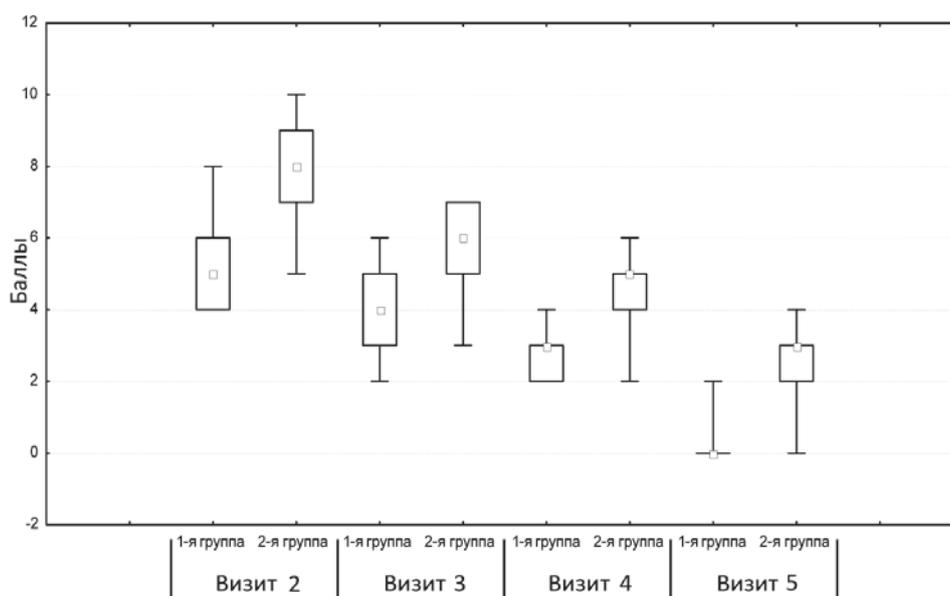


Рис. 2. Динамика значения боли в горле: (о – медиана, □ – 25–75%, T – min-max).



Таблица 2

Динамика местных клинических симптомов пациентов 1-й и 2-й группы ($M \pm SD$)

Симптом	Визит 1		Визит 2		Визит 3		Визит 4		Визит 5	
	1-я группа	2-я группа								
Геморрагический синдром	–	–	4,3±0,92	4,4±0,81	2,6±0,47	2,7±0,43	0,1±0,46	0,2±0,44	–	–
	–		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		–	
Боль в горле	–	–	5,3±1,27	8,0±1,43	4,0±1,04	5,9±1,18	2,7±0,62	4,4±1,04	0,4±0,81	2,5±0,90
	–		$p \leq 0,01$							
Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки	2,6±0,72	2,7±0,89	5±0	5±0	4,1±0,92	4,4±0,77	3,5±0,82	3,8±0,59	2,7±0,67	2,9±0,82
	$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$	
Налет в зоне операции	2,3±1,37	2,4±1,33	0,5±0,68	0,4±0,62	2,9±0,82	3,1±1,04	2,3±0,46	2,4±0,50	1,2±0,73	1,2±0,77
Пат. изменение небных миндалин	$p \geq 0,05$									
Отек слизистой оболочки	0,3±0,49	0,3±0,46	3,8±0,87	4,4±0,77	3,1±1,01	3,7±0,91	2,2±0,62	3,2±1,03	1,1±0,80	1,6±0,72
	$p \geq 0,05$		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,05$		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,05$	
Увеличение шейных лимфоузлов	0,4±0,67	0,6±0,81	0,5±0,86	0,5±0,89	0,4±0,77	0,5±0,82	0,4±0,7	0,4±0,77	0,4±0,73	0,4±0,77
	$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$		$p \geq 0,05$	

($p \leq 0,05$); к 4-му визиту в первой группе – на 14%, во второй – на 14% ($p \leq 0,01$); к 5-му визиту соответственно на 22 и 22% ($p \leq 0,05$) (табл. 2).

Нежелательных явлений в группе пациентов, принимавших ОКИ и каметон, не отмечено, все 60 пациентов оценили переносимость препаратов как очень хорошую. При оценке клинической эффективности лечения, проведенной на визите 5 во второй группе пациентов, все пациенты отметили свое состояние как значительное улучшение. При оценке клинической эффективности лечения, проведенной на визите 5 в первой группе, принимавшей ОКИ, 11 пациентов отметили свое состояние как выздоровление, а 19 – как значительное улучшение.

Таким образом, лизиновая соль кетопрофена (препарат ОКИ) может с успехом использоваться для купирования воспалительных процессов в ротоглотке, в том числе и после двусторонней тонзиллэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Т. В. Организация ЛОР-помощи в Сургутском регионе Тюменской области // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – № 2. – С. 3–4.
2. Дедикова Л. А. К вопросу о консервативном лечении хронических тонзиллитов у детей. Хронический тонзиллит у детей: сб. тр. Моск. обл. НИИ им. М. Ф. Владимирского. – М., 1959. – С. 43–49.
3. Исследование роли небных миндалин в формировании местного гуморального иммунитета в слизистой оболочке носа / Д. И. Заболотный [и др.] // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1998. – № 5. – С. 5.
4. ЛОР-заболеваемость рабочих и служащих Санкт-Петербурга по результатам профилактического медицинского осмотра / И. В. Фанта [и др.] // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – № 2. – С. 58–62.
5. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1997. – 350 с.
6. Экспериментальная модель хронического тонзиллита / А. В. Головнев [и др.] // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – № 2. – С. 111–112.
7. A drug use evaluation of selected opioid and nonopioid analgetics in the nursing facility settings / G. Gramer [et al.] // Am. Geriatr. Soc. – 2001. – Vol. 49. – P. 340–341.
8. Comparative audit of tonsillectomy / R. V. Faulconbridge [et al.] // Clin. Otolaryngol. – 2000. – Apr. – P. 110–117.
9. Rivas Lacarte M. Tonsillectomy as a major outpatient procedure. Prospective 8-year study: indications and complications. Comparison with inpatients // Acta Otorrinolaryngol. Esp. – 2000. – Apr. 51 (3). – P. 221–227.
10. The Scottish tonsillectomy audit / R. L. Blair [et al.] // Laryngol. Otol. – 1996. – P. 20–25.
11. Fatti F. Summary of product characteristics. Data on file, 1991.

Овчинников Андрей Юрьевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии ФПДО МГМСУ. 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. тел.: +7-903-120-28-01, e-mail: Lorent1@mail.ru; **Дженжера** Григорий Евгеньевич – ассистент каф. оториноларингологии ФПДО МГМСУ. 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. тел.: +79166336463, e-mail: Dr.Dzhenzhera@gmail.com