

ГО «УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ»
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

Журнал
**вушних,
носових
і горлових
хвороб**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 5-с

жовтень
2018

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «Сучасні досягнення в оториноларингології» (1-2 жовтня 2018 р.).

Відповідальна за випуск: **Холоденко Т.Ю.**

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

Підписано до друку 17.09.2018 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 1000 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

ється консервативному лікуванні з застосуванням десенсибілізуючої терапії та ЕКС. При неефективності консервативної терапії застосовується оперативне лікування. Сюди також відносять поліпи при хворобі Самтера. Хвороба Самтера, або аспіринова тріада включає наявність ХПС, бронхіальної астми та непереносимості до протизапальних та нестероїдних препаратів (аспірин і т.д.) і зустрічається виключно у дорослих.

3) Великі ізольовані поліпи. Характерним є односторонність процесу і відсутність рецидивування. Лікування хірургічне

4) Антрохоанальний поліп. Характерний для хронічного поліпозного гаймориту і росте через *ostium accesorium* з гайморової пазухи в порожнину носа та носоглотку з однієї сторони. Лікування хірургічне, рецидивування вкрай рідко. Тому гайморотомія, що проводилась при цій патології в останні десятиріччя ХХ ст. була недоцільною.

5) Поліпи, як прояв інших соматичних захворювань. Сюди відносять поліпи при злоякісних пухлинах носа і ППН, грибковому синуситі, муковісцедозі (дитячий вік, двобічний процес, розвиток мукоцеле). В цій класифікації врахову-

ється також відношення до лікувальної тактики. При оперативному лікуванні видалені поліпи відправляються на патогістологічне дослідження.

За результатом патогістологічного дослідження поліпи поділяються на 3 типи: 1) набрякові поліпи (найчастіше); 2) фіброзно-запальний поліп (рідко); 3) залозисті поліпи (найрідше).

І накінець, у зв'язку з розвитком ендоскопічної функціональної ринохірургії, останньою з'явилась ендоскопічна 4-бальна класифікація ХПС.

Ендоскопічна класифікація ХПС:

1) ХПС з відсутністю поліпів (після хірургічного лікування або локалізується в пазусі) – 0 балів;

2) ХПС з поліпами в середньому носовому ході – 1 бал;

3) ХПС з поліпом, що вийшли за межі середнього носового ходу – 2 бали;

4) ХПС з вираженим поліпозом, коли поліпи повністю obturують носові ходи – 3 бали.

Класифікація ХС, так як і класифікація патологічних станів інших ЛОР-органів, необхідні, в першу чергу, для вибору адекватної лікувальної тактики.

© О.Г. Плаксивий, С.А.Левицька, І.В.Калуцький, О.О.Мазур, О.Л.Купчик, 2018

С.М. ПУХЛИК, І.В.ДОБРОНРАВОВА, О.В.ТИТАРЕНКО (ОДЕССА, УКРАИНА)

КОЛЛАГЕНОЗЫ В ФОНИАТРИИ

Наше внимание привлекла группа больных коллагенозами, имевших голосовую дисфункцию различной степени выраженности.

Проведено изучение состояния голосового аппарата у 18 больных (7 мужчины, 11 женщин) в возрасте от 34 до 67 лет с различными системными заболеваниями соединительной ткани с длительностью заболевания от 1 до 15 лет. Из них в 7 случаях имел место ревматизм, в 6 случаях был диагностирован ревматоидный полиартрит, в 2 – системная красная волчанка (СКВ), в 3 – болезнь Шегрена. Также под наблюдением находилось 6 пациентов с артритом перстнечерпаловидного сустава, при обследовании которых ревматическая природа заболевания не подтвердилась.

Оценивались жалобы, клинико-функциональное состояние голосового аппарата по данным непрямой ларингоскопии, микроларингоскопии, микроларингостробоскопии, аку-

стического анализа голоса (измерение времени максимальной фонации, определение степени охриплости по методике GRBAS).

Наиболее частыми жалобами, заставившими больных обратиться к фониадру, были боли в горле при фонации, прогрессирующая утомляемость голоса, часто возникающая или постоянная охриплость, напряжение при фонации, ощущение инородного тела в глоте, сухость и першение в горле.

Ларингоскопическая и стробоскопическая картины при коллагенозах отличались разнообразием, однако, обращали на себя внимание симптомы, свидетельствующие о нарушении микроциркуляции, затруднении венозного оттока, поражении соединительной ткани. Так, в 3 случаях (1 – при СКВ, 1 – при ревматизме, 4 – при ревматоидном полиартрите) определен артрит перстнечерпаловидного сустава, проявлявшийся болью в горле при фонации,

выраженной инъекцией сосудов, отеком слизистой голосовой складки на стороне поражения, гипертрофией противоположной суставу вестибулярной складки, ограничением подвижности пораженной половины гортани. При микроларингостробоскопии определялось снижение амплитуды колебаний, больше на стороне артрита, асинхронность стробоскопических колебаний, отсутствие смещения слизистой по краю голосовых складок и полного замыкания голосовой щели, отрицательный «стробоскопический комфорт». В 3 случаях при болезни Шегрена на фоне отека, бледной слизистой гортани был выражен фиброз по краю голосовых складок (*sulcus glottidis*) с соответствующей стробоскопической картиной. В 7 случаях (5 – при ревматизме, 1 – при СКВ, 1 – при ревматоидном полиартрите) определялась картина гипотонусной дисфонии на фоне явлений хронического субатрофического фаринголарингита. В 2 случаях (1 – при ревматизме и 1 – при ревматоидном артрите) органической патологии голосового аппарата обнаружено не было, а дисфонические явления расценены как фона-

стения за счет наличия отрицательного «стробоскопического комфорта». При острых формах артрита перстнечерпаловидного сустава неревматической этиологии клиническая картина была более яркой и весьма напоминала симптомы перихондрита гортани. Отмечалась резкая болезненность при попытке фонации, дисфагия, выраженная охриплость, фебрильная температура. При ларингоскопии – яркая гиперемия, инфильтрация и отечной слизистой, неподвижность голосовой складки на стороне поражения при полном отсутствии каких-либо движений в перстнечерпаловидном суставе. Стробоскопию произвести не удалось из-за отсутствия звучного голоса.

На основании проведенных наблюдений мы отметили более агрессивное течение банальных артритов гортани, наличие как органической, так и функциональной патологии гортани у больных с коллагенозами. Это позволило разработать алгоритм своевременной диагностики и лечения пациентов, снизить их инвалидизацию, что особенно актуально для лиц голосоречевых профессий.

© С.М. Пухлик, И.В.Добронравова, О.В.Титаренко, 2018

С.М. ПУХЛИК, В.В. КОЛЕСНИЧЕНКО, І.В. ДЄДИКОВА (ОДЕСА, УКРАЇНА)

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ

Сучасна отоларингологія має у своєму розпорядженні широкий вибір методик тонзилектомії, що відрізняються методом впливу на мигдалики, об'ємом крововтрати, вираженістю післяопераційного больового синдрому і тривалістю періоду відновлення. Усі методи умовно розділяють на холодні та гарячі. Холодні методи включають класичну інструментальну дисекцію, часткову тонзилектомію з використанням мікродебридера, гармонійного скальпеля та кріохірургію. Гарячі методи включають застосування електрокаутера, лазерного та радіочастотного методів.

Класична інструментальна дисекція – найбільш широко застосовувана методика, виконується як з місцевим, так і з загальним знеболенням. Больовий синдром найменш виражений, особливо у порівнянні з «гарячими» методами. Менша ймовірність вторинних кровотеч ніж при використанні електрокаутера, але відмічається більша інтраопераційна крововтрата і

більша ймовірність первинних кровотеч. Однією з переваг є економічна доступність, так як холодна інструментальна тонзилектомія не потребує коштовного обладнання. Серед переваг використання ультразвукового скальпелю відмічають меншу інтраопераційну крововтрата. Відносно імовірності вторинних кровотеч метод займає проміжне положення між класичною дисекцією та «гарячими» методами. Широкому розповсюдженню метода заважають висока коштовність обладнання та особливості технічного обслуговування апаратури. Використання мікродебридера для тонзилектомії базується на застосуванні пристрою, що обертається зі швидкістю 6000 обертів на хвилину та зрізає м'яку тканину мигдаликів «лезом» і одночасно видаляє зрізані ділянки у відсмоктувач. Даний метод можна застосовувати для часткового (інтракапсулярного) видалення мигдаликів. Кріохірургія – вплив холодом з температурними параметрами нижче порога кріостійкості тканини, що при-