

17 чоловіків. Дослідження включало: опитування скарги хворих, із використанням опитувальника Voice Handicap Index (VHI), детальний збір анамнезу хвороби та життя пацієнтів; ендоскопічне дослідження ЛОР органів, ларингостробокопічне дослідження гортані із визначенням часу максимальної фонації (ЧМФ) голосових складок, рН-метрія шлунку, фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС).

Результати дослідження. Усі 40 досліджених пацієнтів відносилися до осіб голосомовних професій (вчителі, священники, вокалісти, студенти консерваторії, екскурсоводи, тощо). Усі вони скаржилися на швидку втому та осиплість голосу, що посилювалася після голосового навантаження, зменшення витривалості голосу. Крім цього, 18-ть пацієнтів відмічали сухість, подразнення та «комки» у ділянці гортані; 14-ть пацієнтів скаржилися на больові відчуття у ділянці гортані під час та після голосового навантаження; 8-м пацієнтів відмічали задишку при голосовому навантаженні.

При об'єктивному обстеженні органічних уражень гортані не виявлено у жодної особи. Голосові складки у всіх пацієнтів були рухомі при фонації, але змикалися не на всьому протязі, утворюючи продовговату щілину на всьому протязі у 14-ти пацієнтів; трикутну у задніх відділах – у 18 пацієнтів, та у 8 змикалися на всьому протязі. Слід відмітити, що у останніх 8 пацієнтів був скорочений час максимальної фонації. При стробоскопічному обстеженні у всіх випадках відмічалася асинхронність роботи голосових складок. У 21 випадку відмічалася гіперемія та набряк слизової оболонки міжчерпаловидного простору. Дані пацієнти були скеровані

на консультацію до гастроентеролога. У 15 із них виявлено клінічні ознаки диспепсії, про які вони раніше не повідомляли, оскільки не вважали їх пов'язаними з проблемами із голосом. Зокрема, у 10 пацієнтів була періодична печія, кислі відрижки, відчуття кислоти в роті в ранішній час, схильність до закрепів і за результатами рН-метрії – виражена гіперацидність (кислий рефлюкс); у 5 хворих – гіркота у роті, гіркі відрижки, чергування закрепів із проносами, при рН-метрії – гіпоацидність (лужний рефлюкс). За даними ФЕГДС, у всіх 15 пацієнтів були ознаки різних форм езофагіту, у 5 з них відмічено дуодено-гастральний рефлюкс жовчі, як причину лужного рефлюксу. Ще у 6 осіб не було жодних скарг, які б свідчили про наявність рефлюксу на рівні стравоходу, проте результати рН-метрії свідчили про наявність у них помірної гіперацидності. Усі 40 пацієнтів пройшли курс комплексного лікування, що включало в себе: голосовий режим, фонопедичні заняття, інстиляції в гортань вітамінних препаратів. Крім цього, 21 пацієнт, у кого було діагностовано ГЕРХ, виконували відповідні рекомендації, щодо модифікації способу життя та були проліковані за стандартами лікування ГЕРХ із позитивним терапевтичним ефектом.

Висновки: Отже, при детальному обстеженні 40 пацієнтів, осіб голосомовних професій із дисфоніями у 21 (52,5%) було діагностовано ГЕРХ, тому функціональні розлади голосу можна розцінювати як один із позастравохідних проявів даної хвороби, на що слід звертати увагу лікарям-оториноларингологам та фоніатрам при комплексному обстеженні пацієнтів із дисфоніями.

© О.Є. Москалик, З.О. Гук-Лешневська, 2018

М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН, Р.В. СТОЕВ (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РОНХОПАТИЕЙ И СОАС

Введение. Из всех разнообразных расстройств дыхания во сне наиболее распространенным и актуальным на сегодняшний день является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), ранее известный как «пиквикский синдром». СОАС является синдромальным состоянием, в котором выделяют «триаду» симптомов: храп (у 95% пациентов), апноэ во сне и дневную сонливость.

Актуальность. Многочисленные мировые исследования показали, что распространен-

ность СОАС в общей популяции колеблется в пределах 3%. По данным Висконсинского исследования, при использовании строгих критериев диагностики, распространенность СОАС среди мужчин средних лет составила 4%, а среди женщин – 2%. В популяции людей старше 60 лет – 28% и 20% соответственно. От проблем, связанных с СОАС, ежегодно в мире погибает около 38 000 человек.

Привычным, т.е. почти ежедневным, храпом страдают около 40% мужчин и 24% жен-

мин. В 30-летнем возрасте храп встречается у 20% мужчин и 5% женщин, а в возрасте 60 лет – 60% и 40% соответственно. Учитывая вышеопи- санные факты можно говорить об актуальности рассмотрения данного вопроса.

Цель. Изучить особенности таких нозо- логических форм как ронхопатия и СОАС. Вы- брать правильную тактику при лечении данной патологии врачом оториноларингологом.

Материалы и методы.

Для лечения данной патологии в ЛОР- клинике ЗГМУ используется метод радиочас- тотной увулопалатопластики аппаратом CelonLab ENT.

За последние два года прооперирован 21 пациент с ронхопатией возрастом от 18 до 71 года. Среди них: женщин – 3 (14,2%), мужчин – 18 (85,5%). СОАС отмечался у 6 (28,6%), нару- шение носового дыхания – у 7 (33,3%), гипер- трофия небных миндалин II-III ст. – 1 (4,8%).

Типы хирургических вмешательств, кото- рые применялись:

- подслизистая радиочастотная термоаб- ляция (РЧТА) мягкого неба – 9,
- микроувулопалатопластика – 11,

- операции в полости носа (септопласти- ка, кристотомия, вазотомия) – 7,
- интратонзиллярная РЧТА небных минда- лин – 1,
- электроувулотомия – 1.

Полученные результаты. Использование методики радиочастотной термоабляции в борь- бе с ронхопатией позволило у (13) 61,9% пациен- нов полностью устранить явления храпа, у (8) 38,1% – значительно уменьшить их проявления. У 5 пациентов с СОАС значительно уменьши- лось количество остановок дыхания.

Выводы. Универсального метода борьбы с храпом нет. Решение требует особого подхода в каждом конкретном случае. Оперативному вмешательству всегда должны предшествовать специфические исследования, дабы исключить синдром обструктивного апноэ сна средней и тяжелой степени, что является противопоказа- нием к хирургическому лечению. Использова- ние малоинвазивных методик, таких как РЧТА, обеспечивает дозированное воздействие на гло- точные структуры и приводит к хорошему функциональному результату, что улучшает качество жизни пациентов и их близких.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, Р.В. Стоев, 2018

М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОСТНАЗАЛЬНОЙ РИНОРЕИ

Синдром постназальной ринореи (СПР) – клиническое проявление воспалительного про- цесса в верхних дыхательных путях, которое приводит к затеканию слизи по задней стенке глотки и развитию регулярного кашля, который обусловлен механической стимуляцией аффе- рентной дуги кашлевого рефлекса.

Причинами СПР служат различные забо- левания:

Болезни ЛОР-органов:

- хронический ринит – катаральный, ал- лергический, вазомоторный;
- хронический синусит – бактериальный, продуктивный, грибковый;
- искривление перегородки носа;
- хронический аденоидит, аденоидные ве- гетации;
- сумка Торнвальда.

Проблемы системы пищеварения:

- гастро-эзофагальный рефлюкс;
- дивертикулы, грыжи пищевода.

Вредные привычки: алкоголизм, курение.

Клиническая картина:

- ощущение скопления густой слизи в задних отделах полости носа и в носоглотке и стекания её по задней стенке глотки;
- сильный кашель, вплоть до рвоты, осо- бенно ночью и утром, при отсутствии патологи- ческих изменений в легких;
- отхождение слизистых сгустков оранже- во-коричневого цвета; заложенность носа;
- зуд и жжение в носоглотке;
- головная боль, слабость.

При осмотре определяются скопления слизи на дне полости носа, под задними конца- ми нижних носовых раковин. При фарингоско- пии – слизистые тяжи, тянущиеся из носоглотки за мягким небом.

Учитывая полиэтиологичность и поли- морфность клинических данных при СПР, не- обходимо проводить качественную диагности- ку заболеваний, проявляющихся этим симпто-