

В.Ф. АНТОНІВ, Н.П. КОВАЛИК, А.П. КОВАЛИК, Т.В. АНТОНІВ, Т.І. СИДОРОВА

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ГІПЕР- ПЛАСТИЧНИМИ ВУЗЛИКАМИ ГОЛОСОВИХ СКЛАДОК

Каф. оториноларингології (зав. – проф. О.І. Яшан) Терноп. мед. ун-ту ім. І.Я. Горбачевського; каф. оториноларингології (зав. – засл. діяч науки РФ, проф. В.Ф. Антонів) фак.-ту після диплом. освіти РУДН

Однією з форм хронічного гіперпластичного ларингіту є вузлики голосових складок (вузлики «співаків») [3]. Гіперпластичні вузлики локалізуються в основному на межі передньої і середньої третин голосової складки і з'являються переважно у людей, професія яких пов'язана з голосовим перевантаженням. В більшості робіт, присвячених лікуванню осіб з даною патологією, описується ендоларингеальне видалення вузликів з голосових складок. Однак проведене лікування не завжди дає позитивний ефект і часто виникає рецидив захворювання.

Мета дослідження – розробити схему консервативного лікування хворих з гіперпластичними вузликами голосових складок в комбінації з хірургічним втручанням.

Об'єкт і методи дослідження

Для діагностики патологічних станів гортані в повсякденній роботі практичних лікарів найбільш часто застосовується непряма ларингоскопія. З появою таких потужних джерел світла, як система освітлення операційних ларингоскопів і мікроскопів, ми згадали простий та вже майже забутий спосіб дослідження навколоносових пазух – діафаноскопію і використали її для дослідження гортані. Джерело світла – світлопровід від ларингоскопа підводився до кінчної зв'язки гортані. Світло через відносно тонкий шар м'яких тканин потрапляє до просвіту нижнього відділу гортані. Підсвічену таким чином гортань можна оглянути за допомогою гортанного дзеркала (непряма ларингодіафаноскопія). Дослідження здійснюється в затемненій кімнаті. Дзеркало вводиться, як і при звичайній непрямій ларингоскопії, в ротову частину глотки і відшукується просвіт підсвіченої гортані без рефлектора та допоміжного джерела світла. На перших порах без певного досвіду знайти просвіт гортані досить важко. В подальшому, оволодівши цією методикою, можна легко проводити дане дослідження. За допомогою діафаноскопії можна отримати цінну додаткову інформацію. Світло, пройшовши через м'які

тканини, набуває червоного кольору. Голосова щілина світиться досить яскравим червоним світлом. Дещо темнішими виглядають голосові складки, краї їх чітко контуруються. Інтенсивність світіння з віддаленням від краю голосової складки назовні зменшується. Досить чітко контуруються вестибулярні складки. Цю картину можна роздивитись і під мікроскопом при невеликому збільшенні (непряма мікроларингодіафаноскопія). За допомогою діафаноскопії ми вирішували питання щодо тактики подальшого лікування хворих із «співочькими» вузликами (видалення або консервативне фонопедичне лікування). При гіперпластичних вузликах діафаноскопія дає можливість визначити внутрішню (внутрішньотканинну) межу патологічного процесу, тинь гіперпластичного вузлика чітко контуруються на фоні голосової щілини. При цьому можна чітко спостерігати його контури в товщі голосової складки і спрогнозувати глибину післяопераційної ніші. Чіткість контурів цих меж має диференціально-діагностичне значення.

Під нашим спостереженням знаходилося 77 хворих з гіперпластичними вузликами голосових складок. Захворювання частіше діагностувалося у осіб чоловічої статі (у 56 – 72,7%) ніж у жінок (у 21 – 27,3 %).

У чоловіків гіперпластичні вузлики виникали переважно у віці від 18 до 54 років, у жінок – від 20 до 42 років. Розподіл пацієнтів з гіперпластичними вузликами голосових складок за віком і статтю відображені в табл. 1.

У 17 (22,1 %) хворих вузлики були лише на одній голосовій складці. При цьому у 12 з них процес локалізувався справа, що пояснюється підвищеною активністю правої голосової складки у «правшів» [1]. При розміщенні гіперпластичних вузликів на обох голосових складках у 60 (77,9 %) осіб ми відмітили, що на одному боці вузлик був більшим, а на протилежному – меншим. На початку свого розвитку вузлики світлі і нагадують невеликі поліпи («незрілі» вузлики). В подальшому колір гіперпластичних вузликів міняється і, до деякої міри, залежить

Розподіл хворих з гіперпластичними вузликами голосових складок за віком і статтю

Стать	Кількість хворих за віковими групами							Всього
	11-20 років	21-30 років	31-40 років	41-50 років	51-60 років	61-70 років	понад 70 років	
Чоловіча	2	8	12	23	23	2	–	56 (72,7%)
Жіноча	–	4	14	3	3	–	–	21 (27,3%)
Всього	2	12	26	26	26	2	–	77 (100%)

від інтенсивності кровопостачання цього утворення, частіше вони темнокоричневого кольору («зрілі» вузлики).

При двобічних гіперпластичних вузликах ми розподіляли їх на «первинні» («зрілі») і «вторинні» («незрілі»). «Первинний» вузлик (більший) спершу з'являється на одній з голосових складок? і в результаті контакту з краєм протилежної голосової складки розвивається «вторинний» (менший) вузлик. При ларингодіафаноскопії тінь «зрілих» вузликів за інтенсивністю така ж, як і тінь краю голосової складки, або перевершує її, а тінь від «незрілих» вузликів набагато світліша за тінь краю голосової складки.

Результати та їх обговорення

Всім 17 пацієнтам з однобічним гіперпластичним вузликом спершу призначались логопедичні вправи. При цьому нами відмічено, що «незрілі» вузлики зменшувались в розмірах у понад 2 рази (10 хворих). Через півроку при дотриманні порад логопеда вузлики зникали повністю. У 7 осіб із «зрілими» вузликами ефекту від логопедичних вправ не було і у них проведено хірургічне втручання. Наші дані підтверджують дослідження Ю.С. Василенка і співавторів [2], які вказують, що у пацієнтів із щільними вузликами слід застосовувати лише хірургічне втручання. Таким чином, за допомогою ларингодіафаноскопії можна визначити показання до хірургічного втручання.

При двобічних гіперпластичних вузликах голосових складок (у 60 осіб) на першому етапі ми видаляли лише «первинний» вузол і спостерігали за хворим після операції протягом місяця. Гіперпластичні вузлики голосових складок видалялись за допомогою спеціальних гортанних щипців. При цьому вузлик захоплюється таким чином, щоб його контури повністю уміщувались в браншах наконечника щипців. Розмір наконечника підбирається індивідуально відповідно до величини вузлика. Після видалення на краю голосової складки залишалась неглибока ніша в межах епітеліального шару слизової оболонки.

Для скорочення періоду лікування після ендоларингеального видалення вузлика, а також для профілактики післяопераційного набряку і рецидиву захворювання у 38 обстежуваних застосовано ендоларингеальне введення в основу голосової складки суспензії діпроспану (1-а група). Ін'єкції препарату робились відразу після видалення вузлика з голосової складки при прямій ларингоскопії. В основу обох голосових складок за допомогою спеціального шприца з довгою голкою вводилось одноразово по 0,5 мл діпроспану. Після операції і ендоларингеального введення препарату ніяких ускладнень не спостерігалось, на другу добу після хірургічного втручання реактивні явища в гортані були мінімальними. Голос покращувався вже відразу після операції і повністю відновлювався через 2-4 дні. У 29 осіб (у 22 вузлики локалізувались на обох голосових складках, а у 7 – на одній) після ендоларингеального видалення вузлика ін'єкції діпроспану не проводились (2-а група). У хворих цієї групи після видалення вузлика реактивні явища зникали повільніше, голосова функція гортані відновлювалась через 3-4 тижні.

Для більш об'єктивної оцінки результатів хірургічного і комбінованого лікування реактивні явища, які виникали в гортані після хірургічного втручання, за інтенсивністю ми розподілили на три групи: 1) незначні – незначний набряк і пастозність країв післяопераційної рани, рухомість голосових складок в повному обсязі; 2) виражені – голосові складки набрякли, потовщені, дещо обмежені в рухах; 3) сильно виражені – голосові складки і черпакуваті хрящі набрякли, хворий відмічає біль при ковтанні, різке обмеження в рухах голосових складок.

Безпосередні результати лікування пацієнтів зі «співацькими» вузликами відображені в табл. 2.

Нами визначено, що через 1-2 міс після лікування у всіх обстежуваних 1-ї групи «вторинні» вузлики повністю зникли, а післяопераційна ніша від видалення «первинного» вузлика епітелізувалась. З 22 осіб 2-ї групи «вторинні» вузлики самостійно розсмоктались лише у 8 (36,4%),

Безпосередні результати хірургічного і комбінованого лікування хворих з гіперпластичними вузликами голосових складок

Вид лікування	Результати лікування			
	реактивні явища незначні	реактивні явища виражені	реактивні явища сильно виражені	відновлення голосової функції
	число хворих			
Комбіноване (n=38)	34 (89,5 %)	4 (10,5 %)	–	Через 2-4 дні
Хірургічне (n=29)	11 (37,9 %)	14 (48,3 %)	4 (13,8 %)	Через 2-3 тижні

у решти 14 (63,6 %) – через 5-8 міс вони були видалені хірургічним шляхом.

Проте результати лікування виявляються більш достовірними, коли їх оцінювати у віддаленому періоді. З 67 оперованих через 1-4 роки після хірургічного втручання нами обстежено 54. При цьому відмічено, що з 30 обстежених пацієнтів 1-ї групи у всіх наступило одужання, а з 24 осіб 2-ї групи воно мало місце у 17 (70,8%), а у 7 (29,2%) спостерігався рецидив захворювання.

Аналіз результатів лікування обстежуваних з гіперпластичними вузликами голосових складок показав, що ендоларингеальне введення діпроспану після хірургічного втручання сприяє

попередженню розвитку післяопераційного набряку, а також швидкому відновленню голосової функції гортані і тим самим значно скорочує післяопераційний період та перебування хворого в стаціонарі, особливо сприятливі результати лікування відмічені у віддалений період.

Висновок

Запропонована нами методика комбінованого лікування (хірургічне видалення вузликів і ендоларингеальне введення в основу голосової складки діпроспану) виявилась ефективною і може бути рекомендована для застосування в клінічній практиці при лікуванні осіб з гіперпластичними вузликами голосових складок.

1. Антонив В.Ф., Таптапова С.Л., Телелеява Л.М. Нарушение голоса и его восстановление у лиц, страдающих ларингитом Рейнке // Актуальные проблемы фониатрии: тез. докл. Международ. Симпозиума. – 1995. – Казань, 1995. – С. 3-5.
2. Василенко Ю.С., Быкова В.П., Антонова Н.А., Кочетыгов Д.М. Клинико-морфологическая ха-

- актеристика доброкачественных опухолеподобных образований голосовых складок // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – №1. – С. 24-27.
3. Чумаков Ф.И., Рогачикова Т.А. О распространенности и некоторых особенностях хронического гиперпластического ларингита // Вестн. оториноларингологии. – 2002. – №2. – С. 31-33.

Надійшла до редакції 05.05.10

© В.Ф. Антонів, Н.П. Ковалик, А.П. Ковалик, Т.В. Антонів, Т.І. Сидорова, 2011

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ УЗЕЛКАМИ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК

*Антонив В.Ф., Ковалык Н.П., Ковалык А.П.,
Антонив Т.В., Сидорова Т.И. (Тернополь, Москва)*

Резюме

Обследовано 77 больных с хроническими гиперпластическими узелками голосовых складок. В зависимости от метода лечения пациенты подразделены на две группы: у 38 после хирургического эндоларингеального удаления узлов в основание голосовых складок вводилось по 0,5 мл дипроспана (1-я группа), а у 29 этот препарат не вводился (2-я группа). Из 67 прооперированных больных через 1-4 года после лечения обследованы 54. При этом установлено, что у всех 30 лиц 1-й группы наступило выздоровление, а во 2-й группе у 17 (70,8 %) из 24, у 7 (29,2 %) наступил рецидив заболевания.

TREATMENT OF PATIENTS WITH THE CHRONIC HYPERPLASTIC NODULES OF THE VOCAL CORDS

*Antoniv V.F., Kovalyk N.P., Kovalyk A.P., Antoniv T.V.,
Sidorova T.I. (Ternopol, Moscow)*

S u m m a r y

Were examined 77 patients with the chronic hyperplastic nodules of the vocal cords. Depending on the method of treatment patients part on two groups: after the surgical endolaryngeal delete of nodules in basis of the vocal cords it was entered 38 patients for 0,5 ml of diprospani (I group), and for 29 patients – preparation was not entered (II group). After 1-4 years we are inspect 54 after operate from 67 patients (13 – lost contacts). It is thus set that from 30 inspected patients of the I group convalescence came at all, and from 24 patients of the II group convalescence is marked at 17 (70,8%), and the relapse of the disease came at 7 (29,2 %).