

## МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР–ОРГАНІВ

**І.Д. Дужий, Є.В. Сміянов, В.А. Сміянов, А.Ф. Сміянов**

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*У роботі автори наводять дані літератури стосовно методів діагностики захворювань ЛОР–органів. На підставі власного досвіду застосування ендориноскопії в умовах поліклініки показали, що уточнені діагнози вдається збільшити як кількісно, так і якісно, що є підґрунтям для широкого застосування даної методики в умовах поліклініки при хронічних захворюваннях ЛОР–органів.*

### ВСТУП

Риноскопія є невід'ємною частиною обстеження хворого лор–лікарем. Але даний метод не завжди дає повну картину стану порожнини носа і носоглотки. Часто патологічний процес порожнини носа та носоглотки залишається не виявленим через труднощі при огляді хворих з різними варіантами анатомії порожнини носа. Окрім цього, носоглотка доступна огляду далеко не у всіх випадках навіть при задній риноскопії [1]. Діагностика патологічних станів устя слухових труб, гіпертрофії глоткового мигдалика і задніх відділів носових раковин залишається однією з проблем ринології, що вимагає подальшого вивчення [2].

### ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Ще у XIV ст. для огляду носа застосовували розгалужений пруттик, за допомогою якого розширювали ніздрі. Як джерело світла використовували свічку. Пізніше почали проводити обстеження хворих у темній кімнаті з одним невеликим отвором у віконниці. При огляді світло через такий отвір спрямовувалось у порожнину носа. У XVIII ст. Piolan запропонував використовувати при риноскопії носовий розширювач. Тільки у середині XIX ст. з'явилися рефлектори. Так, у 1841 р. Гофман запропонував оглядати порожнини ЛОР–органів за допомогою дзеркала, в центрі якого була зчищена амальгама. Згодом було розроблено увігнуте дзеркало з отвором у центрі – лобовий рефлектор. Методика задньої риноскопії була запропонована професором Чермаком у 1859 р. [3].

У даний час у широкому загалі порожнина носа оглядається за допомогою спеціальних дзеркал – розширювачів Гартмана, Френкеля, Килліана та ін. Звичайно риноскопія виконується в умовах штучного освітлення лобовим рефлектором. Це дозволяє оглянути передню частину носа, передні відділи носової перегородки, передній кінець нижньої та середньої носових раковин, спільний носовий хід, частково – середній носовий хід й нюхову щілину. При патологічних процесах придаткових пазух виникає необхідність у більш детальному огляді середнього носового ходу й інших, більш глибоко розміщених ділянок порожнини носа. У таких випадках використовується дзеркало Килліана, кінець браншей якого підводять під передній відділ середньої носової раковини і, обережно відкриваючи дзеркало, відводять раковину. Але ця маніпуляція є досить болючою і застосовується у повсякденній практиці не часто через свою складність. Нерідко при захворюваннях носа і придаткових пазух носа (ДПН) спостерігається виражений набряк слизової оболонки носа та носових раковин, що значно ускладнює візуалізацію процесу.

Для огляду носоглотки і задніх відділів носа застосовується задня риноскопія. Маленьке горлове дзеркальце вводиться в глотку за м'яке піднебіння, а спинка язика відтискується шпателем вниз. При задній риноскопії можна бачити скупчення гною в середньому носовому ході, пухлини носоглотки і порожнини носа, аденоїдні вегетації, поліпи, гіпертрофію задніх кінців нижніх носових раковин, устя слухових

труб [4,5]. Все ж потрібно зауважити, що досягти якісної і об'єктивної візуалізації тих чи інших утворень у цих відділах носа і носоглотки не вдається або вдається не завжди, внаслідок чого деяка, а то й значна частина патологічних процесів залишається не діагностована [3] з відповідними моральними та матеріальними збитками як для пацієнта, так і для відповідного бюджетного закладу а в цілому – для держави.

Для детальнішого огляду порожнини носа ще у XVIII ст. Філіппо Боццині сконструював перший «світлопровід», який став прообразом сучасних риноскопів. На початку XX ст. робилися спроби оглядати порожнини носа за допомогою бронхоскопів і цистоскопів, але справжній ривок в ендоскопічному дослідженні носа пов'язаний з винаходом оптичних систем Хопкінса у 60 роках XX ст. Розроблення ендоскопічних методів діагностики і хірургічного лікування захворювань порожнини носа і ДПН пов'язане з діяльністю професора Вальтера Мессерклінгера, який вперше сформулював основні принципи ендоскопічної риносинусохірургії [6].

### НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Незважаючи на досягнення науки і техніки головним методом діагностики в ринології залишається риноскопія. Але наявність таких анатомічних аномалій порожнини носа, як викривлення носової перегородки, гіпертрофія нижньої носової раковини, бульозно порожнини носа та ін., не дозволяють достатньо детально оглянути середній носовий хід, задні кінці носових раковин, задні відділи носової перегородки, носоглотку. Нерідко відтиснення спинки язика, дотик до м'якого піднебіння і задньої стінки глотки викликають рефлексорний спазм мускулатури глотки, і задня риноскопія не вдається навіть при анестезії слизової оболонки [4]. З огляду на перелічене поява ендоскопічних технологій дозволяє розширити спектр патологічних процесів порожнини носа і носоглотки, що, за традиційними технологіями, залишалися поза зором фахівців. Проте виникає потреба дати відповідь на ряд суттєвих питань, серед яких необхідно наголосити на показаннях і протипоказаннях до широкого застосування ендоскопії ЛОР-органів, методик ендоскопії при різних патологічних процесах і т.п. Вирішити перелічені та інші питання допоможе накопичення відповідного клінічного матеріалу.

### МЕТА РОБОТИ

Накопичити необхідну кількість спостережень з ендоскопії усіх відділів порожнини носа, особливо середнього носового ходу, куди відкриваються співустя лобової та верхньощелепної пазух і передні вічка гратчастого лабіринту, продивитись задні кінці носових раковин, устя основної пазухи, носоглотки, устя слухових труб, глоткового мигдалика. На підставі статистично достовірної кількості обробленого матеріалу зробити висновки щодо застосування ендоскопічних методик в умовах поліклінічного закладу.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Нами обстежено 199 хворих у віці від 18 до 63 років з хронічними захворюваннями носа, які тривалий час діагностувалися стандартними методиками.

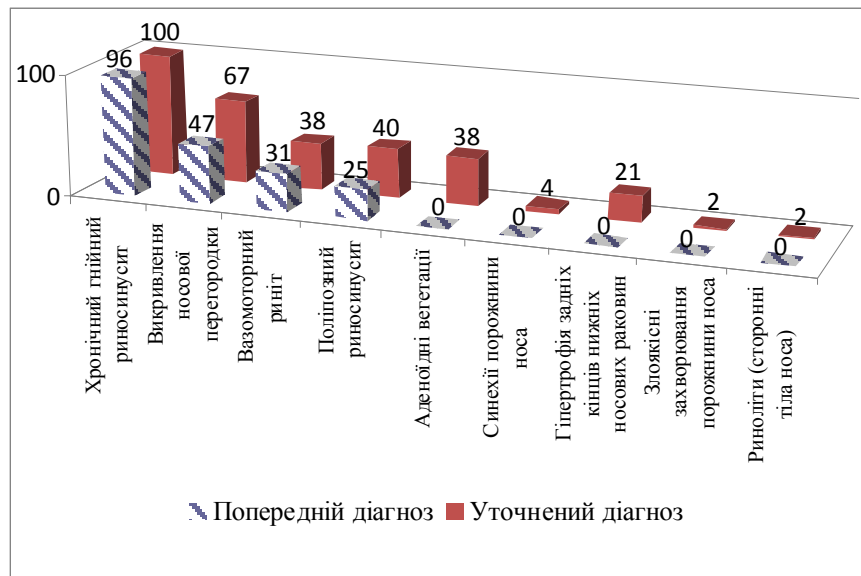
Обстеження кожного пацієнта включало: збір скарг, анамнезу, риноскопію, отоскопію, фарингоскопію, непряму ларингоскопію, рентгенографію ДПН, лабораторні методи дослідження.

Попередні діагнози, за якими хворі лікувалися попередньо, були такі: хронічний гнійний риносинусит – 96, викривлення носової перегородки – 47, вазомоторний риніт – 31, поліпозний риносинусит – 25.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До 1 року лікувалося 37(18,59%) хворих, від 1 до 2 років – 56(28,14%), більше 2 років – 106(53,27%) хворих. Внаслідок проведеного ендоскопічного обстеження

ЛОР–органів нам вдалося верифікувати такі патологічні процеси: хронічний гнійний риносинусит у 100 хворих, викривлення носової перегородки – у 67, вазомоторний риніт – у 38, поліпозний риносинусит – у 40, аденоїдні вегетації –у 38, злоякісні захворювання порожнини носа – у 2, синехії порожнини носа –у 4, сторонні тіла порожнини носа (риноліти) – у 2 пацієнтів.



Як бачимо, до проведення ендоскопії у наших пацієнтів було 4 діагнози. Обмежена їх кількість свідчить про недостатні можливості рутинної риноскопії у хворих на ЛОР–захворювання взагалі та на хронічні патологічні процеси зокрема. Так, кількість хворих на перелічені захворювання збільшилась, а саме: хронічний гнійний риносинусит – на 4, викривлення носової перегородки – на 22, вазомоторний риніт – на 8, поліпозний риносинусит – на 17.

Привертає на себе увагу «поява» таких патологічних процесів, які при традиційній риноскопії не були діагностовані: аденоїдні вегетації – у 38 хворих, злоякісні захворювання порожнини носа – у 2, синехії порожнини носа – у 4, сторонні тіла порожнини носа (риноліти) – у 2, гіпертрофія задніх кінців нижніх носових раковин – у 21.

Особливо необхідно відмітити значну кількість аденоїдних вегетацій, лікування яких є дуже відповідальною справою, оскільки вони є одним із джерел формування місцевого імунітету порожнини носа [7].

Своєчасне встановлення діагнозу злоякісних новоутворень носа та ДПН допоможе у надійному лікуванні таких хворих.

Видалення ринолітів та синехій з відповідним лікуванням гіпертрофії задніх кінців нижніх носових раковин допоможе надійній санації хронічно хворих пацієнтів.

Слід зазначити, що у деяких хворих було виявлено два та більше захворювань. Найчастіше хронічний гнійний риносинусит асоціювався з викривленням носової перегородки, поліпозним риносинуситом і аденоїдними вегетаціями. Вазомоторний риніт поєднувався з викривленням носової перегородки і гіпертрофією задніх кінців нижніх носових раковин. Синехії порожнини носа були виявлені у раніше оперованих хворих.

## ВИСНОВКИ

1 При ендоскопічному дослідженні виявляється значний відсоток патологічних процесів задніх відділів порожнини носа і носоглотки, які не діагностуються звичайними методами дослідження.

2 Ендоскопічне дослідження показано усім хворим на хронічні патологічні процеси ЛОР-органів.

3 Відеодокументування дозволяє контролювати динаміку процесу і якість лікування.

#### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Подальше накопичення матеріалу дозволить диференційовано підходити до ендоскопічного дослідження ЛОР-органів при різних патологічних процесах, а за відсутності необхідної апаратури направляти хворих до відповідних лікувальних закладів.

#### SUMMARY

*In this work authors have shown the literature information related to the methods of diagnostics of ENT-diseases. On the basis of own experience of application of endorhinology in the polyclinic, authors showed, that the specified diagnoses succeed to be increased both in number and high-quality, that is the reason for wide application of this method in the polyclinic for ENT-diseases.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шербул В.І., Кунах Т.Г., Омерова Л.М. Ендоскопічна діагностика та хірургія носоглотки // Здоров'я України.– 2008. – № 3/1. – 68 с.
2. Сміянов Є.В. Досвід використання ендоскопічних методів діагностики в умовах поліклініки / Журн. вушних, носових і горлових хвороб.– 2008. – №5. – 148 с.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – 2-е издание. – Москва: Изд-во «МИА», 2006. – 13 с.
4. Мітін Ю.В., Чорній В.С. Оториноларингологія. – Київ: ТОВ «Видавничий дім «Фармацевт Практик», 2008. – 124 с.
5. Поддубный Б.К., Белоусова Н.В. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей. – М.: Практическая медицина, 2006. – С.21–23.
6. Штаммбергер Х. Ендоскопическая диагностика и хирургия при заболеваниях придаточных пазух носа и передней части основания черепа. – Туттлінген: Браун-друк ГмбХ, ФРГ, 2005. – 3 с.
7. Пухлик С.М., Нейверт Э.Г. Аденоиды, аденоидит и аллергический ринит // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2008. – №5/2. – 68 с.

**Дужий І.Д.**, заслужений лікар України,  
д-р. мед. наук, професор;  
**Сміянов Є.В.**, здобувач;  
**Сміянов В.А.**, асистент;  
**Сміянов А.Ф.**, лікар

*Надійшла до редакції 24 січня 2009 р.*