



УДК 616.286–07



В.А. Сміянов, Є.В. Сміянов, О.І. Сміянова

## Можливості оптимізації діагностики захворювань ЛОР-органів

Медичний інститут Сумського державного університету  
ДЗ «Лінійна поліклініка на станції Суми СТДО «Південна залізниця»

**Ключові слова:** хронічний гнійний риносинусит, викривлення носової перегородки, вазомоторний риніт, поліпозний риносинусит, аденоїдні вегетації, можливості діагностики, ендориноскопія, відеодокументування.

Риноскопія є невід'ємною частиною обстеження хворого ЛОР-лікарем, однак цей метод не завжди дає змогу отримати повну картину стану порожнини носа і носоглотки. Часто патологічний процес порожнини носа та носоглотки не виявляють через труднощі, які виникають при огляді хворих з різними варіантами анатомії порожнини носа. Окрім цього, носоглотка доступна огляду далеко не в усіх випадках, навіть при задній риноскопії [6]. Діагностика патологічних станів устя слухових труб, гіпертрофії глоткового мигдалика і задніх відділів носових раковин залишається однією з невирішених проблем ринології і потребує подальшого вивчення [5].

Ще в XIV ст. для огляду носа застосовували розгалужений пруттик, за допомогою якого розширювали ніздрі. Як джерело світла використовували свічку. Пізніше обстеження хворих проводили у темній кімнаті з одним невеликим отвором у віконниці. При огляді світло спрямовували у порожнину носа. У XVIII ст. Piolan запропонував використовувати при риноскопії носовий розширювач. Тільки в 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. Пізніше було розроблено ввігнуте дзеркало з отвором у центрі — лобовий рефлектор. Методика задньої риноскопії була запропонована професором Чермаком у 1859 р. [2].

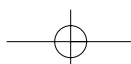
Нині порожнину носа оглядають за допомогою спеціальних дзеркал-розширювачів Гартмана, Френкеля, Килліана та ін. Зазвичай риноскопії виконують в умовах штучного освітлення лобовим рефлектором. Це дає змогу оглянути передню частину носа, передні відділи носової перегородки, передній кінець нижньої та середньої носових раковин, спільний носовий хід, частково — середній носовий хід і нюхову щілину. При патологічних процесах додаткових пазух виникає потреба у детальнішому огляді середнього носового ходу та

інших глибше розташованих ділянок порожнини носа. В таких випадках використовують дзеркало Килліана, кінець браншей якого підводять під передній відділ середньої носової раковини і, обережно відкриваючи дзеркало, відводять раковину. Проте ця маніпуляція є досить болючою, і її застосовують нечасто через складність процедури. Нерідко при захворюваннях носа і додаткових пазух носа (ДПН) має місце виражений набряк слизової оболонки носа та носових раковин, що значно ускладнює візуалізацію процесу.

Для огляду носоглотки і задніх відділів носа застосовують задню риноскопії. Маленьке горлове дзеркальце вводять в глотку за м'яке піднебіння, а спинку язика відтискують шпательом донизу. При задній риноскопії можна бачити скупчення гною в середньому носовому ході, пухлини носоглотки і порожнини носа, аденоїдні вегетації, поліпи, гіпертрофію задніх кінців носових раковин, устя слухових труб [1, 3]. Проте досягти якісної та об'єктивної візуалізації тих чи інших утворень у цих відділах носа і носоглотки не завжди вдається, внаслідок чого значна частина патологічних процесів залишається не діагностованою [2], що спричиняє певні матеріальні витрати як для пацієнта, так і для лікувального закладу.

Для детальнішого огляду порожнини носа Ф. Боццині в XVIII ст. сконструював перший «світлопровід», який став прообразом сучасних риноскопів. На початку XX ст. робилися спроби оглядати порожнину носа за допомогою бронхоскопів і цистоскопів, але прогрес в ендоскопічному дослідженні носа пов'язаний з розробкою Хопкінсом оптичних систем у 60-х роках XX ст. Професор В. Мессерклінгер вперше сформулював основні принципи ендоскопічної риносинусохірургії [7], на цій основі були розроблені ендоскопічні методи діагностики та хірургічного лікування захворювань порожнини носа і ДПН.

Головним методом діагностики в ринології залишається риноскопія. Однак наявність таких





анатомічних аномалій порожнини носа, як викривлення носової перегородки, гіпертрофія нижньої носової раковини, бульозно змінені раковини, синехії порожнини носа та ін., не дає змоги 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 спричиняє рефлекторний спазм мускулатури глотки, і задня риноскопія стає неможливою навіть при анестезії слизової оболонки [1]. Поява ендоскопічних технологій дає змогу виявити патологічні процеси порожнини носа і носоглотки, які традиційними методиками неможливо було встановити. Проте залишаються не розробленими показання і протипоказання до широкого застосування ендоскопії ЛОР-органів, методики ендоскопії при різних патологічних процесах тощо.

**Мета роботи** — накопичити необхідну кількість спостережень щодо ендоскопії всіх відділів порожнини носа, особливо середнього носового ходу, куди відкриваються співустя лобової та верхньощелепної пазух і передні вічка гратчастого лабіринту, продивитися задні кінці носових раковин, устя основної пазухи, носоглотки, устя слухових труб, глоткового мигдалика. Зробити висновки щодо застосування ендоскопічних методик в умовах поліклінічного закладу.

#### Матеріали та методи

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

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

Попередні діагнози були такі: хронічний гнійний риносинусит — у 96 пацієнтів, викривлення носової перегородки — у 47, вазомоторний риніт — у 31, поліпозний риносинусит — у 25.

Тривалість лікування до 1 року — 37 (18,59%) випадків, від 1 до 2 років — 56 (28,14%), понад 2 роки — 106 (53,27%).

#### Результати та їхнє обговорення

За результатами проведеного ендоскопічного обстеження ЛОР-органів нам вдалося верифікувати такі патологічні процеси: хронічний гній-

ний 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, чужорідні тіла порожнини носа (риноліти) — у 2 пацієнтів.

До проведення ендоскопії у пацієнтів було встановлено 4 діагнози, а після — 7, що свідчить про недостатні можливості рутинної риноскопії у хворих на ЛОР-захворювання взагалі та на хронічні патологічні процеси зокрема.

Слід зазначити велику кількість аденоїдних вегетацій, лікування яких дуже важливе, оскільки вони є одним із джерел формування місцевого імунітету порожнини носа [4].

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

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

Слід зазначити, що у деяких хворих було виявлено два та більше захворювання. 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.

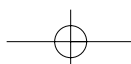
#### Висновки

1. При ендоскопічному дослідженні можна виявити значну кількість патологічних процесів задніх відділів порожнини носа і носоглотки, які не діагностуються звичайними методами дослідження.

2. Ендоскопічне дослідження показане всім хворим на хронічні патологічні процеси ЛОР-органів.

3. Відеодокументування дає змогу контролювати динаміку процесу та якість лікування.

**Перспективи подальших розвідок.** Подальше накопичення матеріалу дасть змогу диференційовано підходити до ендоскопічного дослідження ЛОР-органів при різних патологічних процесах. За відсутності необхідної апаратури слід направляти хворих до відповідних лікувальних закладів.





## Література

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

*В.А. Смянов, Е.В. Смянов, О.И. Смянова*

### Возможности оптимизации диагностики заболеваний ЛОР-органов

Приведены данные литературы относительно методов диагностики заболеваний ЛОР-органов. На основании собственного опыта показано, что применение эндориноскопии в условиях поликлиники позволяет уточнить диагнозы. Это является основанием для широкого применения данной методики в условиях поликлиники при хронических заболеваниях ЛОР-органов.

*V.A. Smiyanov, E.V. Smiyanov, O.I. Smiyanova*

### Possibilities of optimization of diagnostics of ENT diseases

The authors of the paper present the literature data related to the methods of diagnostics of ENT-diseases. Based of their own experience of endorhinocopy use in the out-patient conditions the authors showed that the quantity and quality of exacted diagnosis could be increased, that can serve as the basis for the wide application of this method for diagnosis of ENT-diseases in the out-patient conditions.

