

resource]. – 2010. – Vol. 30, № 3. – Mode of access: [http://www.appliedcr.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=17](http://www.appliedcr.org.br/detalhe_artigo.asp?id=17). – Data of access: 29.03.2013.

41. Predicting the risk of lymph node involvement using the pre-treatment prostate specific antigen and Gleason score in men with clinically localized prostate cancer / M. Roach [et al.] // International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. – 1994. – Vol. 28, № 1. – P.33 – 37.

42. Ten –year outcomes of high-dose, intensity-modulated radiotherapy for localized prostate cancer / Z.A. Alicikus [et al.] / Cancer.– 2011. – Vol. 117, № 7. – P. 1429-1437.

## **ГОРТАНОГЛОТОЧНЫЙ РЕФЛЮКС У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННИМ ПАРЕЗОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

*Однокозов И. А., Хоров О.Г.*

УЗ «Гомельская областная клинич больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Актуальность.* Важной, но до конца неизученной проблемой в оториноларингологии являются односторонние парезы гортани (ОПГ). Частота возникновения ОПГ после операций на щитовидной железе (ЩЖ) составляет по разным источникам от 0,2% до 21% случаев.

Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), проявляющаяся воспалительными изменениями слизистой оболочки пищевода и их осложнениями, возникает вследствие заброса в пищевод желудочного содержимого и делится на проявления заболевания пищеводные и внепищеводные [6].

Наиболее значимым для оториноларингологов проявлением внепищеводной ГЭРБ является гортаноглоточный рефлюкс (ГГР). По данным разных авторов от 4 до 10% пациентов, обратившихся к оториноларингологу, имеют признаки ГГР.

*Цель.* Оценить ГГР у пациентов с ОПГ после операции на ЩЖ.

*Методы исследования.* Базой исследования послужил Гомельский областной фониатрический кабинет. Для изучения ГГР в исследование была включена 71 пациентка. В первую группу вошли 23 пациентки с ОПГ после операций на ЩЖ. Срок после операции составил от 2 – 7 месяцев до момента обследования. Во вторую группу – 24 пациентки с различной патологией желудочно-кишечного тракта с неэрозивной ГЭРБ,

которые были направлены в фониатрический кабинет для консультации гастроэнтерологом. В третью группу вошли 24 пациентки без проявлений ГГР, обратившихся в фониатрический кабинет для профосмотра.

Жалобы всех пациенток детализировались по отношению к ГГР и фиксировались в амбулаторной карте. Проводилась слуховая оценка голоса по схеме: охриплость, грубость, сипота голоса, тембр, атака, максимальное время фонации.

Чтобы облегчить пациентам перевод степени выраженности своих ощущений в баллы и для стандартизации тестирования, нами предложена шестибальная цвето-вербально-аналоговая шкала выраженности симптомов. Данная шкала значительно облегчает и унифицирует для пациентов конверсию степени выраженности симптомов ГГР из общепринятых терминов в баллы (от 0 – отсутствие симптома до 5 – симптом очень сильно выражен). Кроме этого баллам и степени выраженности симптомов соответствует и цветовая гамма от белого до синего цвета.

Для определения объективных симптомов ГГР использовалась шкала оценки рефлюкса (ШОР) по Belafsky с соавт. Всем пациенткам осуществлялась видеорегистрация ларингоскопической картины при помощи жесткого ларингоскопа с 70° оптикой, осветителя фирмы Briel & Kjæer тип 4914, видеокамерой PANASONIC WV-CL 110 A. Видеоизображение записывалось на портативный кассетный видеомаягнитофон BLANPUNKT RTX-260 и транслировалось на цветной видеомонитор SONY PVM-1444QM.

Для анализа видеоларингоскопическая картина просматривалась в обычном и замедленном режиме с использованием стопкадра.

Результаты и обсуждение. Из 23 пациенток первой группы с ОПГ после операции на ЩЖ ГГР был выявлен у 17 (74%). Из них у 10 (43,5%) пациенток диагноз ГГР был бесспорным (ШОР>7; ИСР>13). У 7 (30,4%) пациенток выявлено бессимптомное течение ГГР, т.е. ИСР был менее или равен 13 баллам, а ШОР – более 7 баллов.

Как и ожидалось, у всех 24 пациенток (100%) второй группы с различной патологией желудочно-кишечного тракта и с

неэрозивной ГЭРБ был выявлен ГГР (ШОР>7; ИСР>13).

Никто из 24 пациенток третьей группы, обратившихся для профосмотра, жалоб со стороны голосового аппарата и желудочно-кишечного тракта не предъявлял. У всех пациенток этой группы ИСР был менее 13. То есть субъективных признаков ГГР выявлено не было. Однако при видеоларингоскопическом обследовании с определением ШОР у двух пациенток (8,3%) выявлено бессимптомное течение ГГР с цифрами ШОР – 8 и 9 соответственно. Этим пациенткам лечение не назначалось. Рекомендовалось изменение образа жизни, питания и консультация гастроэнтеролога.

Анализируя особые отметки, мы не выявили кардинальных симптомов ГГР. Однако, три симптома заслуживают более детального изучения. Три пациентки второй группы и одна из первой группы, заполняя анкету определения ИСР, поставили 0-1 балл в графе «Желание «прочистить горло», но постоянно «гмыкали» и «покашливали» при опросе и голосовых тестах. В дальнейшем им был выставлен диагноз ГГР. У 9 пациенток (21%) из 43 с выявленным ГГР мы выявили халитоз. А у 10 (23%) из 43 с ГГР в особых отметках определялся «сдавленный голос». То есть наряду с ИСР – субъективными симптомами ГГР, с ШОР – объективными симптомами ГГР при ларингоскопии мы предлагаем исследователю обратить внимание и на три объективных симптома при голосовых тестах и осмотре: «покашливание – гмыканье», халитоз и степень сдавленности голоса.

*Выводы.* В том случае, если гортань и верхний пищеводный сфинктер иннервируются нижним и верхним гортанными нервами, а причиной ОПГ после операций на ЩЖ является травма нижнего и/или верхнего гортанного нерва, то у пациентов с ОПГ после операций на ЩЖ возможен гортаноглоточный рефлюкс, который является следствием нарушения иннервации верхнего пищеводного сфинктера. У пациенток с ОПГ после операций на ЩЖ наблюдается развитие ГГР в значительном числе случаев (74%). Динамика развития симптомов ГГР после операции на ЩЖ может быть эффективно определена в клинической практике с использованием ИСР и ШОР.