

медицинскую помощь. Кабинет также оказывает организационно-методическую помощь врачам оториноларингологам по вопросам фониатрии.

Выводы. Развитие фониатрии для Гродненской области крайне важно, основное значение имеет длительное отсутствие врача соответствующего направления. В связи с этим диспансерное наблюдение и профилактика лиц с заболеваниями голосового аппарата, реабилитация пациентов с нарушениями голосовой функции – приоритетные направления для фониатрии Гродненской области.

Литература:

1. Материалы и программа второй международной белорусско-польской конференции по оториноларингологии, Гродно 29-30 мая 2003. – С. 66-67.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФОНИЯМИ

Винникова А. А.

(4 курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: канд. мед. наук М. А. Криштопова
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель исследования – разработка алгоритма диагностики нарушений голоса у пациентов с дисфониями. Исследование включало 46 испытуемых, 28 женщин, 18 мужчин, средний возраст 48 лет (возрастной диапазон 18-65 лет) с жалобами на нарушение голоса. Все пациенты были обследованы по алгоритму диагностики нарушений голоса, проведено комплексное клинико-функциональное исследование голосового аппарата. Разработка и дальнейшее применение алгоритма позволили провести дифференциальную диагностику этиологии возникновения дисфоний у пациентов и произвести персонализированные лечебно-профилактические мероприятия.

Ключевые слова: дисфония, алгоритм, нарушение голоса.

Введение. Дисфония – расстройство голосообразования, при котором нарушается качество голоса (высота, сила, тембр), вследствие чего он становится неполноценным – слабым, маломодулированным, охриплым. Нарушение голоса возникает в результате органических или функциональных нарушений центрального или периферического происхождения. Дисфония является сложной, недостаточно изученной мультидисциплинарной проблемой. Известен метод диагностики нарушений голоса, заключающийся в том, что

пациенту проводят комплексное клинико-функциональное исследование голосового аппарата, включающее субъективную оценку голоса врачом-фоноатром, ларингоскопию, акустический анализ голоса и измерение аэродинамических параметров голоса, исследование жалоб пациента и оценку влияния дисфонии на качество жизни. Однако известный метод не учитывает нейрофункциональную и патофизиологическую составляющую заболевания, связанную со снижением функциональной активности (супрессией) в височной и теменных областях головного мозга, ответственных за аудиторное восприятие стимулов у пациентов с функциональной дисфонией. Более того, отсутствует алгоритм диагностики нарушений голоса у пациентов с нарушениями голоса.

Цель данного исследования – разработка и применение алгоритма диагностики нарушений голоса у пациентов с дисфонией.

Материал и методы. В это исследование были включены 46 испытуемых, 28 женщин, 18 мужчин, средний возраст 48 лет (возрастной диапазон 18-65 лет) с жалобами на нарушение голоса. Критериями включения в исследование были: дисфония; пол – мужской и женский; возраст – от 18 до 65 лет. Всем исследуемым проведено комплексное клинико-функциональное исследование голосового аппарата, включающее использование алгоритма диагностики нарушений голоса, включающее: субъективную оценку голоса, ларингоскопию, акустический анализ и измерение аэродинамических параметров голоса, исследование жалоб пациента, оценку влияния дисфонии на качество жизни и определение значения латентных периодов длиннолатентных слуховых вызванных потенциалов Р300 и негативность рассогласования (НР). Запись потенциалов Р300 и НР проводили с использованием 16-канального электроэнцефалографа с функцией исследования ВП головного мозга. Измеряли латентный период волны Р300 и НР в височных и теменных отведениях (ответственных за восприятие голоса и звуковую память). На основе результатов обследования пациентов разработан алгоритм диагностики нарушений голоса.

Результаты и обсуждение. Алгоритм диагностики нарушений голоса у пациентов с нарушениями голоса представлен на рисунке. Первым звеном является определение продолжительности дисфонии у пациента. В случае длительности нарушений голоса у пациента менее 2 недель необходимо изучить наличие клинических факторов риска: перенапряжение голосового аппарата, эпизод острой респираторной инфекции и/или аллергии, курение, сопутствующая патология верхних дыхательных путей. В случае длительности нарушений голоса более 2 недель оценивается наличие следующих факторов риска: рак гортани, курение, алкоголь, дисфагия и т. д. Например, при выявлении клинических факторов риска у пациента с жалобами на нарушение голоса, продолжающихся менее двух недель, первым этапом проводится ларингоскопия. При возникновении положительного эффекта при ограничении голосовой нагрузки и симптоматической терапии возможно продолжение лечения. Необходимо также провести повторную ларингоскопию и

определение слуховых ВП ГМ, но лишь в случае возобновления симптомов нарушения голоса. После определения ВП ГМ (P300 и HP) оцениваем риск рефрактерного или рецидивирующего нарушения голоса. Результат: P300=325 ms, HP=150 ms. Так как, по данным показателей, риск низкий, не наблюдаются симптомы нарушения голоса, можно сделать вывод о правильно подобранном лечении и необходимо продолжать его.

В зависимости от клинических факторов риска возможна дальнейшая дифференциальная диагностика этиологии дисфонии. Каждый из этапов сопровождается проведением клинко-функциональных исследований. Таким образом, возможно четкое выяснение этиологии заболевания, выбора необходимой тактики лечения и профилактики рецидивирующего или рефрактерного течения заболевания.

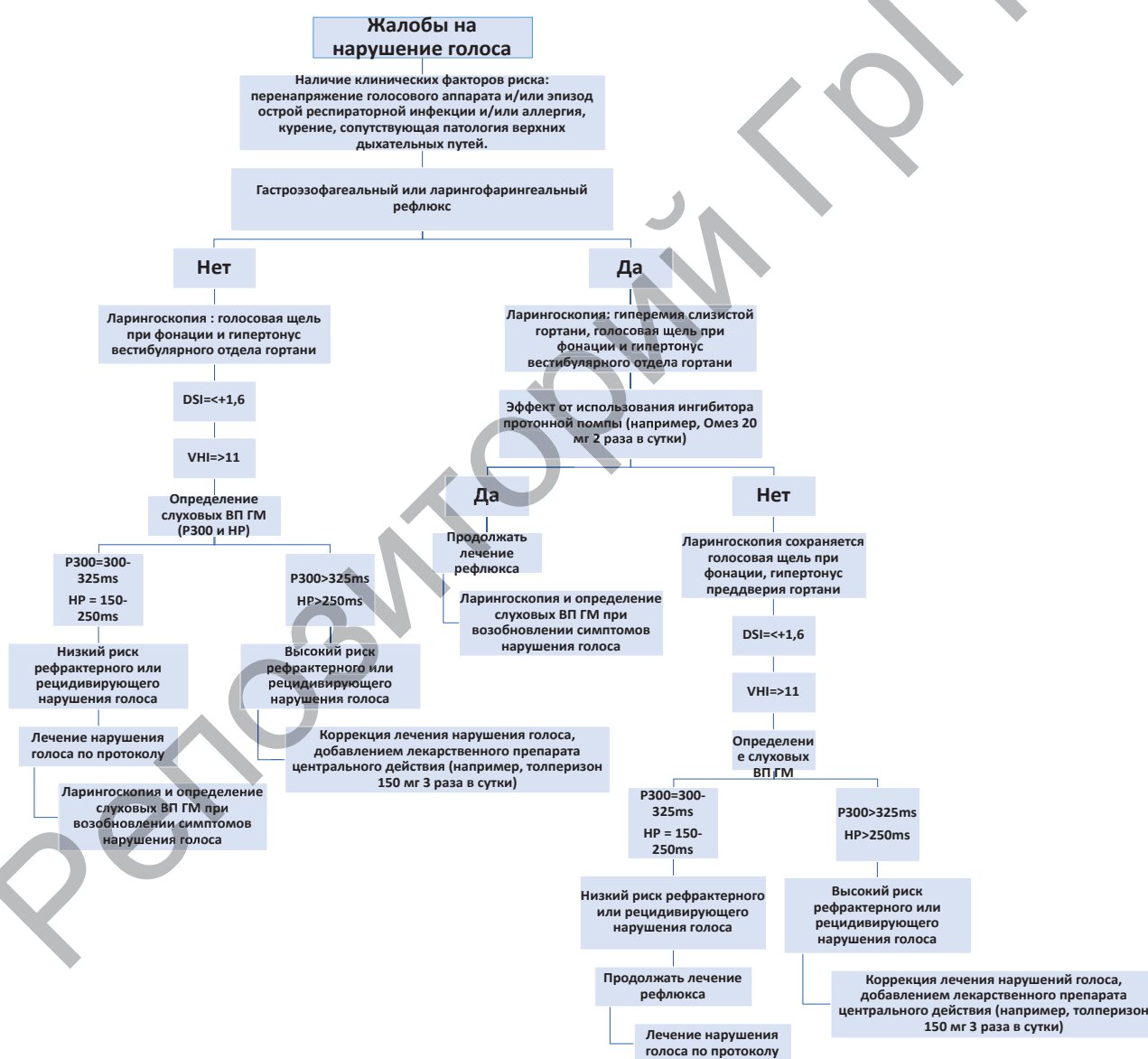


Рисунок – Алгоритм диагностики нарушений голоса

Выводы. Разработан алгоритм диагностики нарушений голоса у пациентов с дисфонией, что позволяет более точно определить причину нарушения голоса у пациентов, а также применять последовательную тактику лечения пациентов с дисфонией.

Литература:

1. Wu Z, McGoogan JM, Lauer SA, Grantz KH, Bi Q/The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application //Ann Intern Med 2020.–582 S.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

**Головач Е. Н.¹, Хоров О. Г.¹, Равданович Ю. Л.²,
Бородавко П. Н.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Введение. В связи с высоким уровнем развития современной техники реконструктивные операции на ухе стали выполняться даже при значительных разрушениях в среднем ухе у пациентов с хроническим средним отитом (ХГСО). Такая тенденция соответствует современной общемировой практике.

В этиопатогенезе заболеваний среднего уха нарушение вентиляции, как причинно-следственная проблема, занимает ключевое место. Длительное снижение давления в полости среднего уха из-за стойкой дисфункции слуховой трубы на этапе развития патологии ведет к нарушению функции эпителия среднего уха, появлению проблем с газообменом, к втяжению слабых мест барабанной перепонки (б/п) [1]. Последующие этапы формируют ретракции, холестеатому, хронический гнойный средний отит.

Отохирурги отмечают, что хорошие или высокие результаты, полученные сразу после операции и в раннем послеоперационном периоде, нередко ухудшаются в отдаленные сроки после операции [2]. Важной задачей остается сохранение достигнутых результатов хирургического лечения.

Согласно данным авторов Ю. А. Сушко, Л. Г. Розенфельд и соавт., у 2/3 пациентов с ХГСО имеется снижение силы мышц мягкого неба, что было установлено ими при пневмомиографических исследованиях [3]. Подобные данные приводит и А. В. Завадский в своих работах, указывая на то, что чем слабее сила мышц, тем в большей степени проявляется нарушение функций слуховой трубы.