УДК 616.22-008.5-08-001.8

Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Т.В. ВОЛКОВА

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ВІДЕОЛАРИНГОСТРОБОСКОПІЇ ПІД ЧАС КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ СТІЙКИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ДИСФОНІЯМИ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ВИРАЖЕНИМ ГІПОТОНУСОМ ГОЛОСОВОГО АПАРАТА

Лаб. проф. порушень голосу та слуху (зав. – проф. Т.В. Шидловська)
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМНУ»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)

Проблема лікування хворих з функціональними дисфоніями залишається однією з актуальних у сучасній фоніатрії та оториноларингології, зважаючи на велику розповсюдженість такої патології та не завжди достатню ефективність лікувальних заходів. Поширеність функціональних порушень голосу особливо велика серед професійних груп, діяльність яких пов'язана з систематичним голосовим навантаженням. Серед деяких з них, наприклад, викладачів середньоосвітніх шкіл така патологія вже набула ознак епідемії.

Так, В.Б. Панкова (2007) [7] вважає, що, незважаючи на успіхи сучасної медицини, у професіоналів голосу зберігається високий рівень гострих і хронічних захворювань голосового апарату, велика частка яких має професійні причини. За даними звертання у фоніатричний кабінет МНДІ вуха, горла і носа за 5 років, різні захворювання голосового апарату були виявлені у 40% педагогів, 36% вихователів дитячих садочків, 31% перекладачів та у 77% екскурсоводів [2]. Дослідивши 934 педагоги, О.С. Орлова [5] відмітила, що 53,3% з них скаржаться на втомлюваність голосу; 59,3% – мають зміни тембру голосу; 51,9% – періодичні втрати голосу, які 1 раз на рік визначаються у 35,5% з них, двічі на рік – у 9,3%, а частіше, ніж двічі на рік, – у 7,1%.

Особливо поширеними серед патології голосоутворення є функціональні порушення голосу, а з них ті форми, які характеризуються гіпотонусним станом голосового апарату. За даними І.В. Добронравової [3], в структурі ФПГ гіпотонусна дисфонія складає 60,7%, афонія – 16,1%, фонастенія – 19,6%, а гіпертонусна дисфонія – 3,6%.

Однак, зважаючи на зростаючу роль комунікацій у сучасному суспільстві, традиційний перелік професій, що відносяться до голосо-мовних, потребує розширення, а патологія голосового апарату, яка вважалася раніше переважно професійною, вже має досить значне поширення серед всього населення. Особливо гостро стоїть проблема у тих випадках, коли на фоні хронічного захворювання розвиваються стійкі дисфонії, що тяжко піддаються лікуванню, або часто рецидивуючі їх форми. На жаль, такі форми зустрічаються достатньо часто, зважаючи на пізнє звертання пацієнтів по допомогу та недостатню кількість фахівців-фоніатрів. Так, за даними Ф.П. Алекперова та співавторів [1], стійка гіпотонусна дисфонія в структурі функціональних захворювань гортані складає приблизно 70-80 %.

Запропоновано багато різних методів лікування хворих,які мають голосові розлади, однак у значної частини з них відновлення голосової функції відбувається повільно, а ефект лікування далеко не завжди буває стабільним. Переважна кількість дослідників схиляється до необхідності комплексного підходу до проблеми [1-3, 5-6, 8 та ін.].

Співробітниками лабораторії професійних порушень голосу і слуху ДУ «Інститут отоларингології НАМН України» на

протязі багатьох років проводяться дослідження у напрямку розкриття механізмів розвитку, підвищення якості ранньої діагностики та пошуку нових підходів до комплексного лікування з приводу функціональних порушень голосу [10, 12-14 та ін.]. На наше переконання, лікування при функціональних дисфоніях, особливо при хронічних, стійких та ускладнених формах, потребує комплексного підходу та індивідуалізації плану лікування [4, 9, 11, 13, 16-18 та ін.]. Однак поширеність такої патології та складність призначення лікування диктує необхідність постійного пошуку шляхів вдосконалення лікувально-профілактичних заходів

Досить часто при гіпотонусних станах гортані застосовуються препарати тонізуючої дії, біостимулятори, що на практиці далеко не завжди буває ефективним. По-перше, стимулюючі засоби можуть посилювати дискоординацію роботи голосового апарату, яка спостерігається в багатьох випадках ФПГ. По-друге, далеко не всі препарати загальновідомої стимулюючої дії тонізуюче впливають саме на голосовий апарат, зокрема – на голосові складки. Тонізуючі препарати можуть підвищити артеріальний тиск, збудливість нервової системи, збільшити тонус мозкових судин, викликати спазми та ін. Тому призначення цієї групи препаратів потребує чіткого врахування можливих побічних дій.

Існує думка, що при м'язових гіпотонусах, захворюваннях нервової системи та астенічних станах ефективним є використання вітамінів групи В. Така думка, безумовно, має підґрунтя. Однак слід зважати на обмеження – вітаміни цієї групи часто викликають алергічну реакцію, вони підвищують збудливість нервової системи, збільшують тонус мозкових судин, можуть підвищити АТ та ін. Тому призначати вітаміни цієї групи слід з обережністю.

У випадку стійких гіпотонусних функціональних дисфоній застосування вітамінів групи В могло б бути виправданим з урахуванням того, що вони нерідко розвиваються на фоні загальної астенізації та зниження м'язового тонусу голосового апарату, а також того факту, що у пацієнтів з порушеннями голосу не завжди спостерігаються виражені у значному ступені розлади мозкового кровообігу. З іншого боку, у них часто мають місце зміни функціонального стану ЦНС.

Зважаючи на певні складності використання вітамінів групи В, фармацевтична промисловість також знаходиться у пошуку таких форм препаратів, які викликали б менші побічні дії. Так, до складу багатьох полівітамінів входить зменшена доза або не повна група вітамінів В, часто в медичній практиці застосовуються провітаміни, препарати комплексного складу. На нашу думку, саме такі препарати слід розглядати в першу чергу в плані лікування хворих з гіпотонусними станами гортані.

Отже, ми вважали за доцільне розглянути питання про підключення до комплексного лікування пацієнтів з ХФПГ і вираженим гіпотонусом таких препаратів, які б сприяли підвищенню тонусу голосового апарату, але не мали можливого негативного впливу.

Метою даного дослідження є оцінка показників відеоларингостробоскопії у динаміці комплексного лікування осіб зі стійкими функціональними дисфоніями і вираженим гіпотонусом голосового апарату з використанням препаратів метаболічної та стимулюючої дії.

Для цього ми за показниками анамнезу, непрямої ларингоскопії, ларингостробоскопії відібрали групу хворих з ХФПГ, що супроводжувалися вираженим гіпотонусом голосового апарату. Також оцінювався стан церебрального кровообігу і біоелектричної активності головного мозку, щоб максимально врахувати показання та можливі протипоказання для застосування запропонованого методу комплексної терапії з приводу стійких гіпотонусних дисфоній.

Ми обрали з цією метою метаболічний препарат «Кокарніт», який містить у своєму складі нікотинамід – 20 мг, кокарбоксилазу – 50 мг, ціанокобаламін – 0,5мг, дінатрію аденозинтрифосфат тригідрат – 10 мг, гліцин, що обумовлює його «мякий» метаболічний та стимулюючий вплив.

Отже, ми обстежили 28 осіб із стійкими дисфоніями, які супроводжувалися значним зниженням тонусу голосових складок. Ми відібрали обстежуваних з такими пору-

шеннями, яких не вдалося вилікувати традиційними методиками, адже всі вони вже лікувалися за різними схемами в різних лікувальних закладах, але з невисоким результатом.

Серед цих хворих було 75% жінок та 25% чоловіків; 89% з них були представниками голосо-мовних професій або ж мали підвищене голосове навантаження під час виконання професійних обов'язків (11%). Давність захворювання коливалась у межах від 1 до 11 років. Аналіз скарг пацієнтів показав, що переважну їх більшість турбувала захриплість голосу різного ступеня (75,5 %), голосова втома (82,3%). Значна частина обстежуваних скаржилася на зниження витривалості голосового апарату (64,4%), больові відчуття у м'язах шиї (57,8%) при фонації, відчуття подразнення, сухості, та "клубка" в горлі (61,2%). Нами також були детально вивчені скарги хворих, які можуть віддзеркалювати загальний стан організму, серцево-судинної та центральної нервової систем. За нашими даними, при постійному та тривалому голосовому навантаженні у обстежуваних виникало багато скарг не тільки на розлад голосової функції, але і загального характеру: головний біль (у 75,4 %), тяжкість в голові (у 50 %), порушення сну (у 82,7 %), дратівливість та емоційність (у 89,6 %), порушення пам'яті і уваги (у 54,4 %), метеозалежність (у 46,5%). Наявність значної кількості перелічених скарг загального характеру може свідчити про порушення діяльності центральної нервової системи та мозкового кровообігу у цих хворих.

За даними непрямої ларингоскопії, у пацієнтів з ХФПГ було виявлено зміну кольору голосових складок (блідо-рожеві –у 14,3%, рожеві – у 61,2%), значне зниження тонусу голосових складок (у 100%), неповне змикання при фонації (у 100%), дефект медіального краю голосових складок (у 54,8%), гіперемовані вестибулярні складки (у 29%), гіпертонус вестибулярних складок (у 30,5%), скорочений час максимальної фонації (у 93,1%).

За показниками відеоларингостробоскопії ми виявили у всіх (100%) хворих рухливість гортані в повному обсязі, що супроводжувалась розладами вібраційної функції, вираженими в різному ступені. Найчастіше спостерігалися порушення коливань голосових складок з однієї сторони, тобто мала місце виражена асинхронність коливань правої та лівої голосових складок за частотою та амплітудою. Стан глоттісної щілини при фонації у більшості пацієнтів характеризувався неповним змиканням з утворенням щілини різної форми та розміру, частіше – в задніх відділах. У значної кількості обстежуваних був також відсутній стробоскопічний комфорт та відсутня слизова хвиля.

Всі хворі були обстежені за методиками електроенцефалографії (ЕЕГ) та реоенцефалографії (РЕГ) з метою оцінки біоелектричної активності головного мозку і мозкового кровообігу, відповідно.

Під час лікування пацієнти мали дотримуватися голосового режиму і виконувати деякі процедури самостійно (голосові вправи, полоскання та ін.).

В комплексній терапії хворих з ХФПГ нами використовувалися препарати, які нормалізують метаболізм клітин ЦНС, активують енергетичний та білковий обмін, полегшують передачу нервових імпульсів (ноотропіл, церебролізин), покращують церебральну гемодинаміку (стугерон, кавінтон). Ноотропіл призначався в залежності від вираженості порушень на ЕЕГ від 400 до 800 мг 2 рази на день курсом від 3-4 тижнів до 1,5-2 міс або ж 10-15 ін'єкцій, по 5 мл внутрішньом'язово церебролізин – по 1 мл внутрішньом'язово щоденно, всього 20-30 ін'єкцій. Ноотропіл підвищує енергетичний обмін клітин головного мозку, розвиваючи їх потенційні нейрофізіологічні можливості, особливо при їх недостатності. Церебролізин сприяє синтезу білка та впливає на процес дихання нервових клітин, має виражену нейротрофічну та нейропротекторну дію.

Пацієнтам з нормальним або низьким артеріальним тиском, лабільною нервовою системою, з наявністю підвищеного тонусу мозкових судин та запамороченням призначався стугерон по 1 таблетці (25 мг) 3 рази на день після їжі протягом 1-1,5 міс. Цей препарат, окрім безпосереднього впливу на судини головного мозку та реологічні властивості крові, дає ще антигістамінний і заспокійливий ефект.

У обстежуваних з порушеннями венозного відтоку за даними РЕГ застосовувався кавінтон по 1 табл. 3 рази на день протягом 3-4 тижнів.

Обов'язковим компонентом при лікуванні осіб з ХФПГ було використання заспокійливих препаратів: настоянка піону, "Пассит", "Ново-Пассит", "Санасон", "Персен" та ін. (підбирається індивідуально).

"Кокарніт" як комплексний метаболічний та стимулюючий препарат призначався по одній ін'єкції щоденно або через день-два від 1 до 5 разів на курс (переважно 3 рази), під контролем відеоларингостробоскопії, при цьому зверталась увага на підвищення тонусу голосового апарату.

Таким чином, в комплексну терапію хворих з ХФПГ та вираженим гіпотонусом голосового апарату входили такі заходи:

1. Інстиляції в гортань лікарських засобів відповідно до показань на протязі 10-14 днів.

2. Курс мовної фонопедії.

3. Медикаментозне лікування з урахуванням даних РЕГ, ЕЕГ, АТ, загального стану пацієнтів, яке включало в себе призначення препаратів – ноотропілу, кавінтона, стугерона, церебролізину, заспокійливих. Дози та тривалість курсу визначалися ступенем порушень, які виявлялися за даними РЕГ, ЕЕГ.

4. Кокарніт застосовувався внутрішньом'язово під контролем відеоларингостробоскопії.

На фоні такого лікування нам вдалося отримати значне покращання голосової функції і загального стану пацієнтів.

Після закінчення курсу терапії хворі відмічали покращання якості голосу, зменшення таких проявів, як голосова втома (до 29,2%), захриплість (до 22,5%), неприємні відчуття в гортані (до 11,3%), напруження в м'язах шиї (до 18,6%). Пацієнти вказували також на покращання загального стану, у них спостерігалося зменшення скарг на головний біль (до 32,1%), на важкість в голові (до 14,5%), порушення сну (до 43,4%), розлади пам'яті та уваги (до 21,2%), дратівливість і емоційність (до 39,7%), метеозалежність (до 32,7%).

За даними непрямої ларингоскопії, після зазначеного комплексу терапії ми спостерігали підвищення тонусу голосового апарату (у 64,5%), покращання змикання голосових складок (у 75,2%), зміну стану слизової оболонки голосових складок (у 82,6%), покращання стану їх медіального краю (82,5%) та нормалізацію часу максимальної фонації (у 57,4%) (до лікування цей показник був порушений у всіх обстежуваних).

Що стосується відеоларингостробоскопії, то ми визначали в динаміці лікування збільшення амплітуди коливань голосових складок під час фонації, підвищення їх тонусу, кращу синхронізацію голосового апарату, більш повне змикання голосових складок при фонації. На рис. 1 та 2 представлено ларингоскопічне зображення при фонації звуку «і» у хворих з ХФПГ до та в динаміці лікування.

Рис. 1. Ларингоскопічне зображення під час фонації звуку «і» у хворої Б., до лікування

.

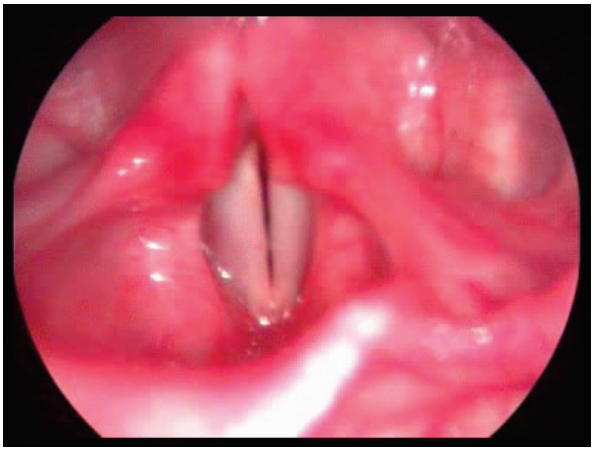

Рис. 2. Ларингоскопічне зображення під час фонації звуку «і» у хворої Б. в динаміці лікування.

Для об'єктивізації оцінки стану голосового апарату за даними відеоларингостробоскопії ми застосували метод оцінки результатів дослідження в балах. Для кількісно-якісної оцінки показників ми використали систему Г.Ф. Іванченка (1992) [15] – систему бальної оцінки фонаторних коливань при стробоскопічному дослідженні.

За цією системою оцінювалися наступні параметри з відповідною кількістю балів:

- Наявність коливань:
1) збережені з обох сторін – 1;
2) збережені з однієї сторони – 2;
3) відсутні з обох сторін – 3.
- Синхронність коливань за частотою:
1) рівномірні коливання – 1;
2) одна голосова складка коливається з меншою частотою – 2;
3) безсистемні коливання – 3.
- Синхронність за амплітудою:
1) однакова амплітуда – 1;
2) порушення амплітуди з однієї сторони – 2;
3) двобічне порушення амплітуди – 3.
- Стан глоттісної щілини при фонації:
1) повне змикання голосової щілини – 1;
2) неповне змикання – 2;
3) постійна відсутність закриття – 3;
- Наявність або відсутність стробоскопічного комфорту:
1) наявність – 1;
2) відсутність – 2.
- Слизова хвиля:
1) наявність – 1;
2) відсутність – 2.

Отримані результати представлені в табл. 1. З наведених у ній даних видно, що після проведення запропонованих лікувальних заходів у пацієнтів з хронічною функціональною гіпотонусною дисфонією, що супроводжувалась вираженим гіпотонусом голосового апарату, відбувається значне покращання показників відеоларингостробоскопії ($p<0,01$).

Як видно з таблиці, між середнім оціночним балом до та після лікування є достовірна ($p<0,01$) різниця. Проведене дослідження дозволяє також зробити висновок, що за допомогою відеоларингостробоскопії можна не тільки ретельно дослідити стан голосових складок при функціональній гіпотонусній дисфонії, але з використанням еквівалентів в балах кількісно оцінити параметри методу і визначити ступінь вираженості їх змін в динаміці лікування, що дозволяє об'єктивізувати оцінку його ефективності. Більш наочно отримані результати відображені на рис. 3.

Таблиця 1

Середньостатистичні інтегральні показники відеоларингостробоскопії в балах у хворих з ХФПГ і вираженим гіпотонусом голосового апарату в динаміці лікування та у осіб контрольної групи

Групи обстежуваних	Середня кількість балів (М±м)
Хворі до лікування (1-а)	12,00±0,45
Хворі після лікування (2-а)	7,35±0,24
Контрольна (К)	5,010±0,001
t (1-2)	9,01*
t (1-К)	15,38*
Т (2-К)	9,68*

Примітки: t – коефіцієнт достовірності в групах; * – $p<0,01$ – достовірна різниця між показниками в групах хворих до лікування та після лікування.

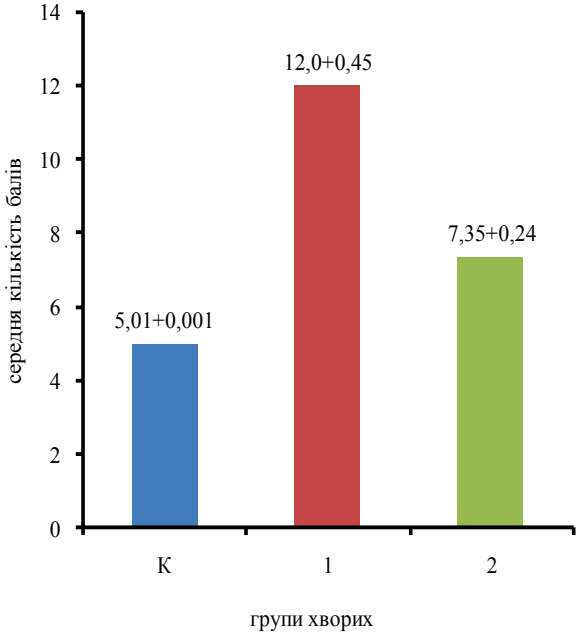

Рис. 3. Зміни інтегрального бального показника відеоларингостробоскопії в балах у динаміці комплексного лікування хворих з функціональними дисфоніями та вираженим гіпотонусом голосового апарату.

Слід зауважити, що підвищення тонусу голосового апарату, отримане нами після запропонованого комплексного лікування, не супроводжувалось посиленням ознак дискоординації його роботи, як це нерідко буває при застосуванні препаратів стимулюючої дії. Навпаки, після проведеної комплексної терапії ми спостерігали у хворих з ХФПГ певну синхронізацію функціонування голосового апарату, що свідчило про успішність лікувальних заходів.

Отже, при ФПГ, що супроводжуються вираженим ларингеальним гіпотонусом, доцільно застосовувати препарати метаболічної та стимулюючої дії, які мають тонізуючий вплив саме на голосовий апарат, обов'язково враховуючи при цьому протипоказання до їх використання, обумовлені екстраларингеальними чинниками. Лікування з використанням таких препаратів слід проводити під контролем відеоларингостробоскопії, звертаючи увагу на появу ознак підвищення тонусу голосового апарату. Щойно буде отримано ефект підвищення тонусу голосових складок, можна вважати такий «стимулюючий» курс закінченим. При необхідності можна повторити короткий курс згодом після перерви, оскільки таким чином мінімізується системний вплив препаратів стимулюючої дії на екстраларингеальні показники і створюється можливість уникнути небажаних проявів.

Проведені дослідження дозволяють нам зробити висновки, що призначення препарату – кокарніт у комплексному лікуванні сприяє підвищенню тонусу голосового апарату при ХФПГ. Це дає можливість рекомендувати його до застосування в комплексному лікуванні хворих з вираженими гіпотонусними станами гортані у якості «стимулятора» для моторики голосового апарату. Однак для отримання максимального ефекту треба використовувати цей препарат лише в комплексному лікуванні з іншими медикаментами та процедурами короткими курсами (не більше 5-6 сеансів) під контролем електрофізіологічних показників, зважаючи на можливий небажаний системний вплив.

Найбільш ефективно і безпечно призначати препарати метаболічної, тонізуючої дії, зокрема кокарніт, хворим з ХФПГ і нормальними або не дуже порушеними показниками РЕГ та ЕЕГ нетривалими курсами. За нашими спостереженнями, даний препарат також може бути ефективним при використанні у якості «стимулятора», який підвищує тонус голосового апарату та його витривалість, для професіоналів голосу перед значними голосовими навантаженнями.

Таким чином, запропонований комплексний підхід до лікування хворих з ХФПГ, які супроводжуються вираженим гіпотонусом голосового апарату, дозволяє досить швидко отримати позитивний результат і покращити якість голосової функції.

1. Алекперов Ф.М., Іванченко Г.Ф, Орлова О.С., Романенко С.Г. Клиника и лечение стойких гипотонусных дисфоний / Метод. рекомендації. – М., 1994. – 10с.
2. Василенко Ю.С. Голос. Фониатрические аспекты. – М.: Энергоиздат, 2002. – 480 с.
3. Добронравова І.В. Діагностика і комплексне лікування функціональних порушень голосу: Автореф. дис. .... канд. мед. наук. – К., 2002. – 21 с.
4. Заболотний Д.І., Шидловська Т.А., Тринос Л.А., Куреньова К.Ю. Захворювання голосоутворюючого апарату (діагностика та лікування) / Метод. рекомендації. – Київ.- 2004 – 34 с.
5. Орлова О.С. Система логопедической работы по профилактике и коррекции нарушений у лиц речевых профессий: Автореф. дис. … докт. мед. наук. – М., 1998. – 34 с.
6. Орлова О.С., Петровская А.Н., Хоппе Л.С., Семина Е.М. Восстановление голоса при стойких функциональных дисфониях // Актуальные проблемы фониатрии. – Казань: Медицина,1995. – С. 40-42.
7. Панкова В.Б. Профессиональные заболевания голосового аппарата у профессионалов голоса // Сб. научных трудов. Первого международного междисциплинарного конгресса «Голос». – М.: ЦИТвП, 2007. – С. 75-78.
8. Таптапова С.Л., Телеляева Л.М. Применение кавинтона в комплексном лечении гипотонусных дисфонии // Вопросы практической фониатрии. – М., 1997. – С. 337-139.
9. Шидловская Т.А. Целесообразность учета показателей электроэнцефалографии и слуховых вызванных потенциалов при лечении больных с хроническими нарушениями голоса // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1995. – №6. – С. 46-51.
10. Шидловська Т.А. Дані про функціональний стан центральної нервової системи та мозкового кровообігу у осіб голосомовних професій з порушеннями голосу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1996. – №2. – С. 28-33.
11. Шидловська Т.А. Динаміка показників реоенцефалографії у хворих з різними формами дисфонії до і після лікування // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1997. – №1. – С. 21-25.
12. Шидловська Т.А. Гемодинамічні зміни на фоні зниженої електричної активності головного мозку у хворих на хронічну функціональну дистонію // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. – №1. – С. 45-47.
13. Шидловська Т.А. Діагностика, лікування та профілактика хронічних функціональних порушень голосу (клініко-електрофізіологічне дослідження): Автореф. дис. … докт. мед. наук. – Київ, 1998. – С. 34.
14. Шидловська Т.А. Клінічні та електрофізіологічні прояви стану центральної нервової системи при функціональних порушеннях голосу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – №3. – С. 12-17.
15. Шидловська Т.А. Функціональні порушення голосу. – К.: Логос, 2011. – 523 с.
16. Шидловськая Т.А., Куренева Е.Ю. Диагностика и лечение хронических функциональных нарушений голоса, характеризующихся гипотонусным состоянием мышц гортани (протокол обследования и лечения) // Рос. оториноларингология. Приложение «Стандартизация в оториноларингологии». – 2007 – С. 563-566.
17. Шидловская Т.А., Куренева Е.Ю., Шевцова Т.В. Необходимость комплексного подхода в диагностике и лечении хронической функциональной гипотонусной дисфонии // Материалы IV междунар. белорусско-польской конф. оториноларингологов «Актуальные вопросы фармакотерапии в оториноларингологии» (25-26 мая 2007). – Гродно, 2007. – С. 150-153.
18. Шидловська Т.А., Косаковський А.Л. Актуальні питання фоніатрії. – 2007. – С. 231.

Поступила в редакцию 19.10.12.

© Т.А. Шидловська, Т.В. Волкова, 2012

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИДЕОЛАРИНГОСТРОБОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СТОЙКИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДИСФОНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ГИПОТОНУСОМ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Шидловская Т.А., Волкова Т.В. (Киев)

Резюме

Проведено комплексное лечение 28 больных со стойкими функциональными нарушениями голоса, сопровождающимися выраженным гипотонусом голосового аппарата, которое включало в себя, наряду с традиционной фониатрической терапией, препараты системного влияния согласно результатам электрофизиологических исследований (ЭЭГ, РЭГ), а также препараты метаболического и стимулирующего действия. Использовались препараты – ноотропил, церебролизин, кавинтон, стугерон, кокарнит, персен и др. В динамике лечения отмечено значительное улучшение функциональной активности голосового аппарата и показателей видеоларингостробоскопии. Так, получена достоверная (p<0,01) разница между средним оценочным баллом показателей видеоларингостробоскопии у пациентов до и после лечения: 12,0±0,45 и 7,35±0,24, соответственно, при контрольном значении 5,01±0,01. Предложенный метод комплексного лечения при функциональных нарушениях голоса, которые сопровождаются выраженным гипотонусом голосового аппарата, позволяет повысить эффективность лечебных мероприятий у такого контингента больных.

Ключевые слова: функциональная дисфония, видеоларингостробоскопия, комплексное лечение.

DYNAMICS OF INDICATORS OF VIDEOLARYNGOSTROBOSCOPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH STEADY FUNCTIONAL DYSPHONIA, ACCOMPANIED WITH HYPOTONUS INTENSITY OF VOCAL APPARATUS

Shidlovskaya T.A., Volkova T.V. (Kiev)

Summary

There was conducted complex treatment of 28 patients with persistent functional impairment of voice that are accompanied with hypotonus vocal apparatus, which included, in addition to traditional phoniatric therapy, medications of systemic effect according to the results of electrophysiological studies (EEG, REG), as well as medications and metabolic stimulating action. Used medications – piracetam, cerebrolysinum, cavinton, stugeron, cocarnit, persen and others. In dynamics of treatment there was associated with a significant improvement in the functional activity of the vocal apparatus and indicators of videolaryngostroboscopy. Thus, it is obtained accurate (p <0,01) difference between the average assessment score of videolaryngostroboscopy indicators in patients before and after treatment: 12,0 ± 0,45 and 7,35 ± 0,24, respectively, during the control value 5,01 ± 0,01. The proposed method of comprehensive treatment of functional disorders of the voice, accompanied by a pronounced hypotonus vocal tract, improves the efficiency of therapeutic interventions in this patient population.

Key words: functional dysphonia, videolaryngostroboscopy, complex treatment.