

Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Т.Б. ЗЕМЛЯК, Т.В. ВОЛКОВА, Д.М. КУЛЕШОВА

СКАРГИ ПАЦІЄНТІВ З ОДНОБІЧНИМИ І ДВОБІЧНИМИ РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОРТАНІ

*Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка
Національної академії медичних наук України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

В структурі захворювань голосового апарату парези та паралічі гортані становлять досить значну частку, причиною таких розладів виступає ціла низка факторів. Найбільш частою причиною периферичних парезів та паралічів гортані є хірургічна травма гортанних нервів в ході операцій, насамперед, з приводу захворювань щитоподібної залози [1, 2, 4, 7-9]. Стабільна тенденція до зростання числа хворих з новоутвореннями щитоподібної залози, показника поширеності раку щитоподібної залози серед населення України після аварії на Чорнобильській АЕС обумовлює збільшення числа хворих з паралітичними стенозами гортані в нашій країні [3]. Незважаючи на вдосконалення хірургічних методик лікування захворювань щитоподібної залози, значного зменшення числа хворих з парезами та паралічами гортані не спостерігається [2].

Діапазон порушень функції дихання, голосоутворення, ковтання, екстраларингеальних проявів, що виникають при рухових розладах голосового апарату, обумовлює складну клінічну картину парезів та паралічів гортані. Це диктує залучення широкого переліку сучасних діагностичних методик та технік, які рекомендуються різними авторами, клініцистами та дослідниками при обстеженні пацієнтів з парезами та паралічами гортані [3, 6, 10-15]. Однак застосування клінічних методів, зокрема вивчення скарг пацієнтів, не втрачає своєї актуальності.

Мета даної роботи – вивчити скарги у хворих з однобічними і двобічними руховими розладами гортані.

Матеріал і методи дослідження

Нами було обстежено пацієнтів з однобічними та двобічними парезами та паралічами гортані. Наявність однобічних та двобічних парезів та паралічів гортані у хворих було встановлено при проведенні непрямой ларингоскопії та відеоларингоскопічному дослідженні з використанням жорсткого ендоскопу на обладнанні фірми WOLF і Storz (Німеччина). Обстежено: 55 хворих з двобічними руховими порушеннями гортані (1-а група); 51 хворий з двобічними руховими порушеннями гортані після застосованого хірургічного лікування, а саме – ендоскопічної однобічної хордоарітеноїдотомії (2-а група); 24 особи з однобічними руховими порушеннями гортані (3-я група).

Всім пацієнтам з ознаками рухових порушень гортані було проведено клінічне, спеціалізоване фоніатричне обстеження, що включало детальний збір анамнезу, аналіз скарг, застосування стандартизованого інтерв'ювання за допомогою опитувальників (опитувальник для обстеження пацієнтів з респіраторними захворюваннями, розроблений в клініці Святого Георгія, опитувальник якості голосу Voice Handicap Index-30, опитувальник якості ковтання MD Anderson Dysphagia Inventory), які дозволяють визначити кількісне значення суб'єктивного оцінювання порушень дихання, голосу та ковтання пацієнтами з руховими розладами гортані, відеоларингостробоскопії.

При опитуванні оцінювались як скарги місцевого характеру – з боку голосового

апарату, так і загального – ті, що можуть відбивати загальний стан організму, насамперед серцево-судинної та центральної нервової систем [1, 16].

Для аналізу отриманих результатів використано методи математичної варіаційної статистики із застосуванням ліцензованого програмного забезпечення (STATISTICA v.13.3) згідно загальновизначених рекомендацій. Розраховувалось середнє статистичне значення показників – (М) та її похибку ($\pm m$). Достовірність отриманих результатів оцінювалась за критерієм t Стюдента та Фішера.

Результати та їх обговорення

Нами було проведено детальне опитування хворих з руховими порушеннями гортані з метою повного аналізу їх скарг. Вивчалися скарги пацієнтів як на стан голосового апарату, так і ті, що характеризують

загальний стан організму, зокрема, центральної нервової системи, адже багато авторів визначають роль функціонального стану нервової системи в розвитку порушень голосу [1, 2, 5, 17, 18].

Насамперед було проаналізовано скарги, які характеризують порушення у голосовому апараті (наявність захриплості різного ступеня, зменшення гучності голосу, діапазону, «голосова втома» тощо) та визначено їх відсоткову частку в усіх групах обстежуваних хворих з однібічними та двобічними парезами та паралічами гортані (1, 2, 3-я групи). Аналіз скарг виявив, що у обстежених хворих з руховими порушеннями гортані найчастіше виявлялися скарги, які свідчили про зміну звучності, сили та тембру голосу, зокрема, захриплість різного ступеня вираженості, зрив «звуку», звуження діапазону, зниження звучності голосу (табл.).

Місцеві та загальні скарги хворих з однібічними та двобічними парезами та паралічами гортані обстежених груп

Виявлені скарги	Групи					
	1-а (n=55)		2-а (n=51)		3-я (n=24)	
	кількість хворих					
	%	абс.	%	абс.	%	абс.
Захриплість незначна	16,4	9	9,8	5	25,0	6
Захриплість помірна	60,0	33	37,25	19	66,7	16
Захриплість виражена	23,6	13	53,0	27	8,3	2
«Голосова втома»	54,5	30	74,5	38	75,0	18
«Зрив» звуку	70,9	39	64,7	33	50,0	12
Звуження діапазону	32,7	18	94,1	48	50,0	12
Зміна звучності голосу	32,7	18	86,3	44	50,0	12
Відчуття подразнення, сухості, «клубка» в гортані	56,3	31	51,0	26	50,0	12
Біль, напруження в м'язах шиї та глотки	18,2	10	47,05	24	66,7	16
«Спотворення» плачу та сміху	32,7	18	-	-	-	-
Поперхування	14,5	8	9,8	5	29,2	7
Головний біль	72,7	40	72,5	37	33,3	8
Запаморочення	56,3	31	3,3	2	-	-
Порушення пам'яті, уваги	67,3	37	64,7	33	29,2	7
Важкість у голові	72,7	40	25,5	13	25,0	6
Підвищена емоційність та дратівливість	72,7	40	64,7	33	37,5	9

66,7% обстежених пацієнтів з одnobічними парезами (3-я група) скаржились на помірну захриплість, 25% з них відзначали незначну захриплість, а 8,3% – виражену захриплість. В 1-й групі пацієнтів з двобічними руховими розладами гортані до виконання хордоаритеноїдотомії 60,0% осіб визначали захриплість як помірну, 23,6% – як виражену, а 16,4% – незначну. Однак після проведеного хірургічного лікування (2-а група – хворі з двобічними парезами та паралічами гортані після виконання хордоаритеноїдотомії) визначалося збільшення числа пацієнтів з вираженою захриплістю до 53,0% випадків, а кількість пацієнтів цієї групи, які скаржились на незначну захриплість, склала лише 9,8%.

На «голосову втому» скаржились 54,5% осіб 1-ї групи, 74,5% – 2-ї, 75,0% – 3-ї. В 1-й групі «зрив» звуку відзначали 70,9% пацієнтів, в 2-й групі таких осіб було 64,7%, в 3-й – 50,0%. Багато пацієнтів характеризували голос, як той, що «сідає» ближче до вечора, відзначали погіршення якості голосу у вологу та теплу погоду. Звуження діапазону та зміну звучності голосу відзначали 32,7% осіб 1-ї групи та 50% осіб 3-ї групи, а у 2-й групі скарги на звуження діапазону висували аж 94,1% пацієнтів. Зміну звучності голосу відзначали 86,3% осіб з 2-ї групи.

Зауважимо, що середньостатистичні показники оцінки голосової функції власне пацієнтами з руховими порушеннями гортані за шкалою VHI-30 у досліджуваних групах достовірно не відрізнялися між собою ($p > 0,05$), за їх результатами у всіх обстежених розлади голосоутворення усвідомлювалися хворими як значні. В 1-й групі загальний бал VHI-30 становив $61,51 \pm 5,98$, в 2-й – $65,01 \pm 4,75$, в 3-й – $63,33 \pm 3,41$.

Особливості механізму порушень голосоутворення при парезах та паралічах гортані внаслідок одnobічних та двобічних рухових розладів визначаються цілою низкою багатовекторних факторів: специфічним положенням голосових складок, змінним станом м'язового тону голосового апарату, розвитком атрофічних процесів, неможливістю забезпечення необхідних характеристик струменя повітря при здійсненні фонаційного маневру, створення достатнього рівня підкладкового тиску та три-

валості фонаційного видиху. Це може пояснити наявність високих балів суб'єктивної оцінки порушень якості голосу хворими як при одnobічних, так і при двобічних рухових розладах гортані, що свідчить про наявність у них розладів голосоутворення, які усвідомлюються як значні.

Також при опитуванні хворих з руховими розладами гортані в усіх групах обстежуваних більшість хворих скаржились на відчуття подразнення, сухості, дискомфорту в області гортані, наявність «клубка» при ковтанні. В 1-й групі перераховані скарги висували 56,3% пацієнтів, в 2-й – 51,0%, в 3-й – 50,0%.

Періодичне поперхування рідкою, рідше – твердою їжею відзначали 8 (14,5%) пацієнтів 1-ї групи, 7 (29,2%) – 3-ї групи та 5 (9,8%) хворих 2-ї групи. Зауважимо, що результати анкетування хворих з парезами та паралічами гортані за допомогою опитувальника MDADI щодо якості ковтання демонструють наявність розладів ковтання, що мають місце як при двобічних, так і при одnobічних рухових порушеннях. На нашу думку, в основі порушення ковтання у даної категорії хворих можуть бути, як власне органічні зміни фаринголарингеально-езофальної області, так і функціональні периферичні порушення рецепторного апарату гортані на тлі рухових розладів нервово-м'язового апарату гортані.

Дані прояви, з нашої точки зору, є віддзеркаленням розвитку дистрофічних та атрофічних процесів в структурних елементах гортані, а також парестезії, що мають місце при порушенні іннервації гортані. Складність аферентних та еферентних ланцюгів іннервації гортані, насиченість рефлексогенних полів гортані чутливими рецепторами пояснює наявність як вищеперованих скарг так, і появу у близько третини (29,85%) всіх обстежуваних подразнюючого непродуктивного кашлю (іноді з наявністю в'язкого мокротиння), що може бути ініційований реакцією рецепторного апарату гортані на дискоординаційні порушення рухової діяльності гортані та виникати у відповідь на нестабільні аеродинамічні параметри повітряного струменя. Водночас, продуктивний кашель у 15,79% пацієнтів з двобічними руховими порушеннями гортані

пояснюється частим розвитком у даної категорії хворих аспіраційного синдрому.

Біль, напруження в м'язах глотки та ший найбільше турбувало пацієнтів з однобічними руховими розладами гортані (66,7% обстежених 3-ї групи) та пацієнтів з двобічними парезами та паралічами гортані, яким було виконано ендоскопічну хордоаритеноїдотомію (47,05% обстежених), тоді як пацієнти 1-ї групи відзначали дану симптоматику лише у 18,2% випадків.

Поява напруження в зовнішніх м'язів ший у хворих з руховими порушеннями діяльності гортані може пояснюватись залученням компенсаторних механізмів щодо досягнення максимально можливого змикання голосової щілини. У всіх обстежуваних пацієнтів з руховими розладами гортані мало місце зниження витривалості голосового апарату, що проявлялося як «голосова втома», посилення захриплості після емоційного та голосового навантаження, голос «сідає» ближче до вечора. Вокальне стомлювання в даному випадку, на нашу думку, обумовлене як втомленням центральної нервової системи, так і власне м'язевим втомленням гортані на тлі порушень фонаційного дихання та в результаті трофічних змін гортанних м'язів при розладах їх іннервації.

При опитуванні пацієнтів з білатеральними паралічами гортані (1 група) звернули на себе увагу скарги, що описувалися 18 (32,7%) пацієнтами як «відсутність сміху», «глухий сміх», «спотворений плач та сміх», свідоме обмеження сміху та плачу. Зауважимо, що в жодній іншій групі такі скарги хворими не висувалися.

Сміх та плач – це мимовільні звукові засоби експресії надмірно сильних для індивідуума емоційних подразників. З точки зору фізіології – це складний неспецифічний адаптаційний антистресовий механізм, що потребує складних змін акту дихання. Адже при сміху та плачу після вдиху настає не один видих, а ряд поштовхоподібних то коротких, то подовжених видихів з мінливим ритмом. Необхідність здійснення короткого, але більш глибокого вдиху, слабкість струменя повітря, що видихається при звуженій дихальній щілині, неможливість підтримання необхідних величин підскладко-

вого тиску пояснює порушення реалізації важливих проявів емоції людини – сміху та плачу у пацієнтів з двобічними руховими розладами гортані. Зауважимо, що вимушена стриманість підвищує загальну збудливість організму, що опосередковано може посилювати вираженість загальних скарг пацієнтів (головний біль, швидка втомлюваність, розлади сну, погіршення пам'яті та уваги), які мають місце серед системних проявів у даної категорії пацієнтів, в тому числі за рахунок наявної респіраторної та тканинної гіпоксії.

Отже, у пацієнтів 1-ї групи серед місцевих скарг найчастіше мали місце: зрив голосу (70,9%), помірна захриплість (60,0%), та відчуття дискомфорту і «клубка» в горлі (36,3%). В 2-й групі найчастіше спостерігалось звуження діапазону голосу (94,1%), зміна звучності голосу (86,3%) та голосова втома (74,5%). У пацієнтів 3-ї групи на перший план виходили такі скарги, як голосова втома (75%), біль та напруження в м'язах (66,9%) а також помірна захриплість (66,7%). Більш наочно ці дані представлено на рис.1.

У обстежених нами хворих також виникало багато скарг не тільки на розлад голосової функції, а і скарг загального характеру: на головний біль, запаморочення, важкість в голові, погіршення пам'яті та уваги, підвищення дратівливості та емоційності, розлади сну. Посилення даних скарг визначалося при голосовому та емоційному навантаженні, втомі. Найбільш вираженими загальні скарги були у хворих 1-ї групи, що мали клінічні ознаки декомпенсованої дихальної недостатності. Так, у 72,7% хворих цієї групи мали місце: головний біль, важкість у голові та підвищена дратівливість, 63,3% з них скаржились на порушення пам'яті, уваги. Хворих 2-ї групи найчастіше турбували головний біль (73,5%), порушення пам'яті та підвищена дратівливість (по 64,7%, відповідно). Пацієнти 3-ї групи найчастіше пред'являли скарги на підвищену дратівливість (37,5%), головний біль (33,3%) та порушення уваги (29,2%). Очевидно, що у 3-й групі хворих з однобічними парезами і паралічами гортані, частота загальних скарг значно нижча, ніж у пацієнтів з двобічними розладами рухової діяльності

гортані. У всіх обстежених групах пацієнти серед провідних скарг відмічали головний біль та підвищену дратівливість, порушення пам'яті. А пацієнтів 1-ї групи в значному відсотку випадків турбувала ще і важкість в голові. Також у цій групі у багатьох пацієнтів спостерігалось запаморочення (56,3%), тоді як у обстежених 2-ї групи таких було лише 33%, а в 3-й групі не було взагалі. Більш наочно ці дані представлено на рис. 2.

Отже, пацієнти з руховими розладами діяльності гортані, як з одnobічними, так і з двобічними, висувають значну кількість скарг як місцевого, так і загального характеру. Причому у деяких з таких скарг практично немає різниці між групами – як от відчуття «клубка», голосова втома. Тоді як інші скарги за частотою значно відрізняються від групи до групи. Це стосується таких скарг, як виражена захриплість, звуження діапазону голосу, біль та напруження в м'язах ший, запаморочення, важкість в голові. Така скарга, як спотворення сміху і плачу взагалі пред'являлась лише обстеженими 1-ї групи. І в цій же єдиній групі відмічено високий відсоток скарг на запаморочення, за виключенням поодиноких випадків в групі 2.

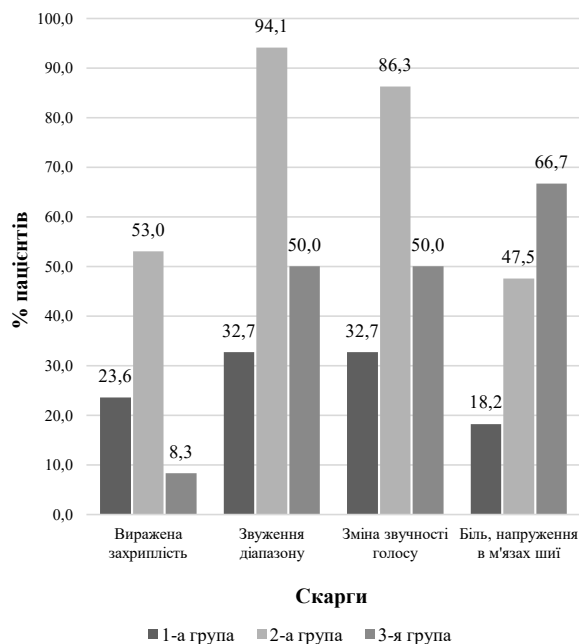


Рис. 1. Місцеві скарги обстежених хворих з одnobічними та двобічними парезами та паралічами гортані 1, 2 та 3-ї груп.

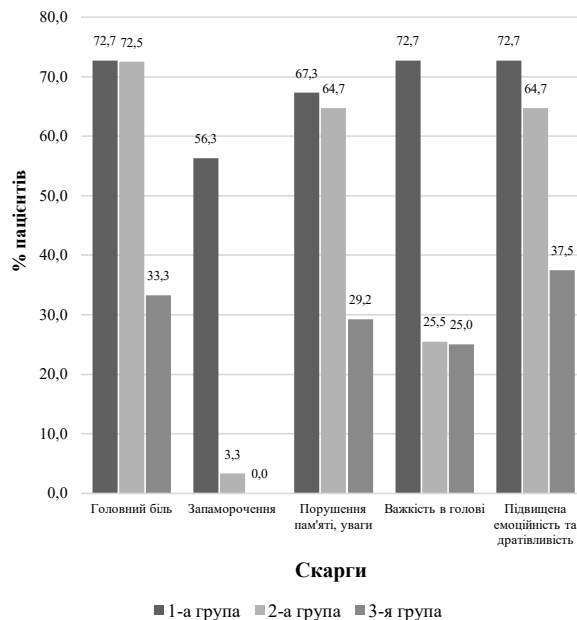


Рис. 2. Загальні скарги обстежених хворих з одnobічними та двобічними парезами та паралічами гортані 1, 2 та 3-ї груп.

Таким чином, аналіз даних щодо скарг пацієнтів з руховими порушеннями гортані дає змогу визначити провідні прояви захворювання. Характер таких скарг обумовлено особливостями розладів діяльності голосового апарату. Різноманітність таких проявів і їх відмінність у групах обумовлено різницею механіки і збереженості функцій голосових складок.

Висновки

1. У пацієнтів з руховими розладами діяльності гортані доцільно аналізувати як місцеві, так і загальні скарги.

2. У пацієнтів з двобічними парезами і паралічами гортані найбільше скарг відображає недостатність дихальної функції і, як наслідок, – гіпоксії. Після хірургічного лікування у таких хворих домінують скарги на порушення голосової функції. У пацієнтів з одnobічними парезами і паралічами найбільше страждає голосова функція та виникають розлади регуляції діяльності гортані, що обумовлено в тому числі її асиметричністю у таких випадках.

3. Аналіз скарг пацієнтів з руховими розладами діяльності гортані доцільно використовувати при діагностиці та плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів.

1. Zaritsky LA, Trinos VA, Trinos LA. [Practical phoniatry]. Kiev: Vyshcha Shkola; 1984. 164 p. [In Russian].
2. Larin OS, Pankiv VI, Selivanenko MI, Gracheva OO. [Analysis of the endocrinology service in Ukraine in 2010 and prospects for the development of medical care for patients with endocrine pathology]. International journal of endocrinology. 2011; 35(3):10-8. <http://www.mif-ua.com/archive/article/17756>. [Article in Ukrainian].
3. Shydlovskaya TA. [Medical and biological aspects of the impact of ionizing radiation due to the Chernobyl accident]. Chernobyl; 2011. 216 p. [In Ukrainian].
4. Shidlovskaya TA. [Functional disorders of the voice]. Kyiv: Logos; 2011. 520 p. [In Ukrainian].
5. Shidlovskaya TA, Yaremchuk SE, Zemliak TB, Volkova TV. [Voice function clinic and functional characteristics of patients suffering vocal fold paralysis and paresis]. Rynolohiya. 2017;(2):28-39. [Article in Ukrainian]. http://www.lorlife.kiev.ua/rhinology/2017/2017_2_28.pdf.
6. Yagudin PK, Dementkov VR, Yagudin KF, Lysykh EN. [Choice of efficiency criteria for respiratory restoration in the treatment of patients with paralytic laryngeal stenosis]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 2008;(5):33-8. [Article in Russian]. http://www.lorlife.kiev.ua/2008/2008_5_33.pdf.
7. Yaremchuk SE, Shidlovskaya TA, Zemliak TB. Standard questionnaire evaluation of quality life of patients suffering vocal fold immobility. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 2017;(3):22-34. [Article in Ukrainian]. http://www.lorlife.kiev.ua/2017/2017_3_22.pdf.
8. Akbulut S, Altintas H, Ogus H. Videolaryngostroboscopy versus microlaryngoscopy for the diagnosis of benign vocal cord lesions: a prospective clinical study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015 Jan; 272(1):131-6. doi: 10.1007/s00405-014-3181-5.
9. Benninger MS, Gillen JB, Altman JS. Changing etiology of vocal fold immobility. Laryngoscope. 1998 Sep;108(9):1346-50. doi: 10.1097/00005537-199809000-00016.
10. De Virgilio A, Chang M-H, Jiang R-S. Influence of superior laryngeal nerve injury on glottal configuration/ function of thyroidectomy-induced unilateral vocal fold paralysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Dec;151(6):996-1002. doi: 10.1177/0194599814549740.
11. Hiramatsu H, Tokashiki R, Suzuki M. Usefulness of three-dimensional computed tomography of the larynx for evaluation of unilateral vocal fold paralysis before and after treatment: technique and clinical applications. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008;265(6): 725-30. doi: 10.1007/s00405-007-0514-7.
12. Ekblom DC, Garrett CG, Yung KC. Botulinum toxin injections for new onset bilateral vocal fold motion impairment in adults. Laryngoscope. 2010 Apr; 120(4):758-63. doi: 10.1002/lary.20821.
13. Sapundzhiev N, Lichtenberger G, Eckel HE, Friedrich G, Zenev I, Toohill RJ, et al. Surgery of adult bilateral vocal fold paralysis in adduction: history and trends. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008;265 (12):1501-14. doi: 10.1007/s00405-008-0665-1.
14. Seidner W, Nawka T. Aids to voice diagnostics. Berlin, Germany: Xion; 2014. 291 p.
15. Simpson CB, Cheung EJ, Jackson CJ. Vocal fold paresis clinical and electrophysiologic features in a tertiary laryngology practice. J Voice. 2009 May; 23(3):396-8. doi: 10.1016/j.jvoice.2007.10.011.
16. Sittel C, Stennert E, Thumfart WF, Dapunt U, Eckel HE. Prognostic value of laryngeal electromyography in vocal fold paralysis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001 Feb;127(2):155-60. doi: 10.1001/archotol.127.2.155.
17. Sulica L, Blitzer A. Vocal Fold Paralysis. Berlin Heidelberg: Springer; 2006. 270 p.
18. Volk GF, Pototschnig C, Mueller A, Foerster G, Koegl S, Schneider-Stickler B, et al. Teaching laryngeal electromyography. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015 Jul;272(7):1713-8. doi: 10.1007/s00405-015-3568-y.

Надійшла до редакції 09.03.2023

© Т.А. Шидловська, Т.Б. Земляк, Т.В. Волкова, Д.М. Кулешова, 2023

СКАРГИ ПАЦІЄНТІВ З ОДНОБІЧНИМИ І ДВОБІЧНИМИ РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОРТАНІ

Шидловська ТА, Земляк ТБ, Волкова ТВ, Кулешова ДМ
Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка
Національної академії медичних наук України»
Email: lorprof3@ukr.net

А н о т а ц і я

Актуальність: В структурі захворювань голосового апарату парези та паралічі гортані становлять досить значну частку, причиною таких розладів виступає ціла низка факторів. Найбільш частою причиною периферичних парезів та паралічів гортані є хірургічна травма гортанних нервів в ході операцій, насамперед, з приводу захворювань щитоподібної залози. Незважаючи на вдосконалення хірургічних методик лікування захворювань щитоподібної залози, значного зменшення числа хворих з парезами та паралічами гортані не спостерігається.

Мета дослідження: вивчити скарги у хворих з одnobічними і двобічними руховими розладами гортані.

Матеріали та методи: Обстежено 55 хворих з двобічними руховими порушеннями гортані (1-а група); 51 хворий з двобічними руховими порушеннями гортані після застосованого хірургічного лікування, а саме ендоскопічної одnobічної хордоаритеноїдотомії (2-а група); 24 особи з одnobічними руховими порушеннями гортані (3-я група). При опитуванні оцінювались як скарги місцевого характеру, з боку голосового апарату, так і загального – ті, що можуть відбивати загальний стан організму, насамперед серцево-судинної та центральної нервової систем.

Результати та їх обговорення: У обстежених хворих з руховими порушеннями гортані, найчастіше виявлялися скарги, які свідчили про зміну звучності, сили та тембру голосу, зокрема захриплість різного ступеня вираженості, зрив «звук», звуження діапазону, зниження звучності голосу. Зокрема, 66,7% обстежених пацієнтів з одnobічними парезами (3-я група), скаржились на помірну захриплість, 25% з них відзначали незначну захриплість, а 8,3% – виражену захриплість. 60,0% 1-ї групи з двобічними руховими розладами гортані до виконання хордоаритеноїдотомії визначали захриплість як помірну, 23,6% – як виражену, а 16,4% – як незначну. Однак після проведеного хірургічного лікування (2-а група – хворі з двобічними парезами та паралічами гортані після виконання хордоаритеноїдотомії) визначалося збільшення числа пацієнтів з вираженою захриплістю до 53,0% випадків, а кількість пацієнтів цієї групи, які скаржились на незначну захриплість, склала лише 9,8%.

На «голосову втому» скаржились 54,5% осіб 1-ї групи, 74,5% – 2-ї, 75,0% – 3-ї. В 1-й групі «зрив» звуку відзначали 70,9% пацієнтів, в 2-й групі таких осіб було 64,7%, в 3-й – 50,0%. Багато пацієнтів характеризували голос, як той, що «сідає» ближче до вечора, відзначали погіршення якості голосу у вологу та теплу погоду. Звуження діапазону та зміну звучності голосу відзначали 32,7% осіб 1-ї групи та 50% осіб 3-ї групи, а у 2-й групі скарги на звуження діапазону висували аж 94,1% пацієнтів. Зміну звучності голосу відзначали 86,3% осіб 2-ї групи.

При опитуванні пацієнтів з білатеральними паралічами гортані (1-а група) звернули на себе увагу скарги, що описувалися 18 пацієнтами (32,7%) як «відсутність сміху», «глухий сміх», «спотворений плач та сміх», свідоме обмеження сміху та плачу. Зауважимо, що в жодній іншій групі такі скарги хворими не висувалися. Періодичне поперхування рідко, рідше твердою їжею відзначали 8 пацієнтів 1-ї групи (14,5%), 7 пацієнтів 3-ї групи (29,2%) та 5 хворих 2-ї групи (9,8%). Отже, у пацієнтів 1-ї групи серед місцевих скарг найчастіше мали місце: зрив голосу (70,9%), помірною захриплістю (60,0%), та відчуття дискомфорту і «клубка» в горлі (36,3%). В 2-й групі найчастіше спостерігалось звуження діапазону голосу (94,1%), зміна звучності голосу (86,3%), та голосова втома (74,5%). У пацієнтів 3-ї групи на перший план виходили такі скарги, як голосова втома (75%), біль та напруження в м'язах (66,9%), та помірною захриплістю (66,7%).

У всіх групах пацієнти серед провідних скарг відмічали головний біль та підвищену дратівливість, порушення пам'яті. А пацієнтів 1-ї групи в значному відсотку випадків турбувала ще і важкість в голові. Також у цій групі у багатьох пацієнтів спостерігалось запаморочення (56,3%), тоді як у 2-й групі таких було лише 33%, а в 3-й групі не було взагалі.

Отже, пацієнти з руховими розладами діяльності гортані, як з одnobічними, так і з двобічними, висувують значну кількість скарг як місцевого, так і загального характеру. Причому у деяких з таких скарг практично немає різниці між групами – як от відчуття «клубка», голосова втома. Тоді як інші скарги за частотою значно відрізняються від групи до групи. Це стосується таких скарг, як виражена захриплість, звуження діапазону голосу, біль та напруження в м'язах шнї, запаморочення, важкість в голові.

Висновки:

1. У пацієнтів з руховими розладами діяльності гортані доцільно аналізувати як місцеві, так і загальні скарги.
2. У пацієнтів з двобічними парезами і паралічами гортані найбільше скарг відображає недостатність дихальної функції, і як наслідок – гіпоксії. Після хірургічного лікування у таких хворих домінують скарги на голосову функцію. У пацієнтів одnobічними парезами і паралічами найбільше страждає голосова функція та розлади регуляції діяльності гортані, що обумовлено в тому числі її асиметричністю у таких випадках.
3. Аналіз скарг пацієнтів з руховими розладами діяльності гортані доцільно використовувати при діагностиці та плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів.

Ключові слова: парез гортані, параліч гортані, рухові порушення гортані, скарги.

COMPLAINTS OF PATIENTS WITH UNILATERAL AND BILATERAL MOTION DISORDERS OF THE LARYNX

Shydlovska TA, Zemlyak TB, Volkova TV, Kuleshova DM
State Institution «O.S. Kolomiychenko Institute of otolaryngology
of National academy of medical sciences of Ukraine»
Email: lorprof3@ukr.net

Abstract

Relevance: In the structure of diseases of the vocal apparatus, paresis and paralysis of the larynx make up a significant share. The most common cause of peripheral paresis and paralysis of the larynx is surgical trauma to the laryngeal nerves during operations, primarily due to thyroid gland diseases. A stable trend towards an increase in the number of patients with thyroid neoplasms, an indicator of the prevalence of thyroid cancer among the population of Ukraine after the accident at the Chernobyl nuclear power plant, causes an increase in the number of patients with paralytic laryngeal stenosis in our country. Despite the improvement of surgical methods of treatment of diseases of the thyroid gland, a significant decrease in the number of patients with paresis and paralysis of the larynx is not observed.

The purpose of the study: to study the complaints of patients with unilateral and bilateral motor disorders of the larynx.

Materials and methods: Examined: 55 patients with bilateral movement disorders of the larynx (group 1); 51 patients with bilateral movement disorders of the larynx after applied surgical treatment, namely endoscopic unilateral chordeoarytenoidotomy (group 2); 24 persons with unilateral movement disorders of the larynx (group 3). During the survey, both complaints of a local nature, from the vocal apparatus, and general complaints were evaluated - those that can reflect the general state of the body, primarily of the cardiovascular and central nervous systems.

Results: In the examined patients with motor disorders of the larynx, complaints were most often found, which indicated a change in sonority, strength and timbre of the voice, in particular, hoarseness of varying degrees of severity, disruption of "sound", narrowing of the range, decrease in voice sonority. In particular, 66.7% of examined patients with unilateral paresis (group 3) complained of moderate hoarseness, 25% of them noted minor hoarseness, and 8.3% - pronounced hoarseness. In 1 group of patients with bilateral motor disorders of the larynx before chordeoarytenoidotomy, 60.0% defined hoarseness as moderate, 23.6% as pronounced, and 16.4% as insignificant. However, after surgical treatment (group 2 – patients with bilateral paresis and paralysis of the larynx after chordeoarytenoidotomy), an increase in the number of patients with pronounced hoarseness was determined to 53.0% of cases, and the number of patients in this group who complained of minor hoarseness was only 9.8 %.

54.5% of people in the first group, 74.5% in the second group, and 75.0% in the third group complained about "voice fatigue". In the first group, 70.9% of patients had a "disruption" of sound, in the second group - 64.7%, in the third - 50.0%, respectively. Many patients characterized the voice as one that "sits down" closer to the evening, noted the deterioration of the quality of the voice in humid and warm weather. 32.7% of people in the first group and 50% of people in the third group noted a narrowing of the range and a change in the loudness of the voice, and in the second group, as many as 94.1% of patients complained about a narrowing of the range. A change in the sonority of the voice was noted by 86.3% of people from the second research group. During the survey of patients with bilateral paralysis of the larynx (group 1), complaints were noticed, which were described by 18 patients (32.7%) as "absence of laughter", "dull laughter", "distorted crying and laughter", conscious restriction of laughter and crying. It should be noted that no other group of patients raised such complaints. 8 patients of the first group (14.5%), 7 patients of the third group (29.2%) and 5 patients of the second group (9.8%) noted periodic dusting with liquid, rarely solid food.

So, among the patients of group 1, among the local complaints, the following were most often: voice failure (70.9%), moderate hoarseness (60.0%), and a feeling of discomfort and "lump" in the throat (36.3%). In the 2nd group, narrowing of the voice range (94.1%), change in voice sonority (86.3%), and voice fatigue (74.5%) were most often observed. In patients of group 3, such complaints as voice fatigue (75%), pain and muscle tension (66.9%), and moderate hoarseness (66.7%) came to the fore.

In all 3 groups, patients noted headache and increased irritability, memory impairment among the leading complaints. And the patients in group 1 in a significant percentage of cases were also bothered by heaviness in the head. Also, in this group, many patients experienced dizziness (56.3%), while in group 2, only 33% experienced dizziness, and in group 3, there was none at all.

Therefore, patients with movement disorders of the larynx, both unilateral and bilateral, present a significant number of complaints of both local and general nature. Moreover, in some of these complaints there is practically no difference between the groups - such as the feeling of a "balloon", voice fatigue. While other complaints vary considerably in frequency from group to group. This applies to such complaints as pronounced hoarseness, narrowing of the voice range, pain and tension in the neck muscles, dizziness, heaviness in the head.

Conclusions:

1. In patients with movement disorders of the larynx, it is advisable to analyse both local and general complaints.
2. In patients with bilateral paresis and paralysis of the larynx, the most complaints reflect insufficiency of respiratory function, and as a result - hypoxia. After surgical treatment, complaints about voice function become dominant in such patients. In patients with unilateral paresis and paralysis, the voice function and disorders of the regulation of the larynx activity suffer the most, which is due, among other things, to its asymmetry in such cases.
3. The analysis of complaints of patients with movement disorders of the larynx is expedient to use in diagnosis and planning of treatment and rehabilitation measures.

Key words: laryngeal paresis, laryngeal paralysis, laryngeal motor disorders, complaints.