

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця

Ministry of Health of Ukraine
Bogomolets National Medical University



НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ
**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ
МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ**

THEORETICAL AND PRACTICAL EDITION
**UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL
YOUTH JOURNAL**

Supplement №1 (161) 2026

ретельне роз'яснення очікуваного результату, підбір методу та техніки виконання вторинної ринопластики. Пацієнти, яким в минулому вже проводилося оперативне лікування часто мають упередження стосовно естетичного покращення. Тому для них є необхідним детальне роз'яснення вже існуючих проблем, шляхів їх вирішення та можливих невдач, враховуючи вторинно-змінені тканини, наявність грубої рубцевої тканини. Пацієнти, які звертаються для корекції носа внаслідок отриманих травм зазвичай мають кращий емоційний настрій та легше переносять невдачі, які неможливо спрогнозувати через індивідуальну реакцію організму. Оцінка результатів ринопластики показала 94,7% задоволеності пацієнтів від покращеного функціонального та естетичного показників.

Пацієнти, які звертаються за вторинною ринопластикою, часто мають деформації та викривлення після грубих та некоректно спланованих попередніх втручань, часто присутня надлишкова резекція структур носа та анатомічні обмеження, що додатково призводить до нереалістичних очікувань у пацієнтів від повторної корекції. Під час вторинної ринопластики часто зустрічаються порушення кровообігу, рубцево-фіброзні зміни після грубо виконаних попередніх втручань, змінені анатомічні структури. Поєднання грубих рубцевих змін та порушеного кровопостачання роблять тканини менш еластичними, особливо в ділянці кінчика носа, що підвищує ризик виникнення післяопераційних ускладнень та значно погіршує прогнозованість результатів після проведеної операції. А змінені анатомічні структури часто вимагають використання повторних заборів вушних або реберних хрящів для відновлення коректної структури та контурів носа.

Деформації носа внаслідок травм часто мають багатофрагментовані деформації, гіперостози, складення, згрупування та зміщення кісткових структур компресійного характеру, порушення ліній кріплення і монолітності багатовекторних напрямлень, що призводить до надмірної хрупкості кісткових конструкцій і потреби в більш розгорнутих побудов кісткових та хрящових конструкцій за участі аутоотрансплантатів.

Серед відібраних пацієнтів 42,1% потребували додаткового забору хряща для відновлення структур носа. При цьому 87,5% припадало на вторинні реконструкції внаслідок невдач попередніх операцій і лише 12,5% – на ринопластики внаслідок травм.

Висновки:

1. Проведення вторинних ринопластик вимагає ретельного передопераційного планування, обміркування, поглибленого обстеження, враховуючи результат попереднього втручання.
2. Враховуючи всі складнощі які виникають під час виконання вторинних ринопластик, особливості післяопераційного перебігу та важкість прогнозованості результатів, ЛОР-хірургам необхідно бути готовим до цих викликів, мати якісне технічне забезпечення, достатній досвід та навички задля їх вирішення.
3. Вірогідність використання хрящових аутоотрансплантатів у пацієнтів при повторному виконанні ринопластики підвищується зі статистичною достовірністю ($p < 0.05$).

Ключові слова: вторинний, деформації, корекція, ніс, оперативний, ринопластика

ВЕРИФІКАЦІЯ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ ТА АНАЛІЗ ЇХ АСОЦІАЦІЇ З ПОРУШЕННЯМИ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ШКАЛИ RSA

Кришталь В.М., Сінайко І.О.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Троян В.І., д.мед. н., проф. Ганчева О.В.
Кафедра оториноларингології та патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології
Завідувачі кафедр: д.мед.н., проф. Троян В.І., д.мед. н., проф. Ганчева О.В.
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м.Запоріжжя, Україна

Актуальність: ларингофарингеальний рефлюкс (ЛФР) на сьогодні є однією з найпоширеніших та дискусабельних патологій верхніх дихальних шляхів, яка часто залишається недіагностованою та клінічно маскується під інші захворювання, зокрема функціональні й запальні порушення гортані. Хронічне подразнення слизової оболонки гортані при ЛФР призводить до запально-дегенеративних змін

голосових складок, що проявляється дисфонією, зниженням якості голосу та швидкою втомлюваністю під час фонації. Вивчення взаємозв'язку між ЛФР і дисфонією є важливим для своєчасної діагностики та вибору ефективної тактики лікування, особливо у пацієнтів із тривалими голосовими порушеннями.

Мета: верифікувати клінічні прояви ларингофарингеального рефлюксу у чоловіків молодого віку з використанням ендоскопічної шкали RSA та оцінити асоціацію між ендоскопічними змінами та порушеннями голосової функції.

Матеріали та методи: Дослідження виконано на базі ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМФУ в період із липня 2025 року по січень 2026 року. Було сформовано дві групи чоловіків: основну (ОГ, $n = 71$) – пацієнти з ЛФР, та контрольну (КГ, $n = 35$) – умовно здорові особи. До дослідження залучали чоловіків молодого віку від 18 до 44 років із клінічно підтвердженим ЛФР і відповідними скаргами (Reflux Symptom Score-12 ≥ 11 балів, Reflux Symptom Index RSI ≥ 13 балів), а до контрольної групи – здорових осіб без скарг і супутньої патології; виключали пацієнтів із супутніми тяжкими захворюваннями, прийомом відповідних препаратів, хірургічними втручаннями, психічними розладами та іншими факторами, що могли вплинути на результати.

Комплексне обстеження включало збір анамнезу, загальноклінічне обстеження, анкетування та відеоендоскопічне дослідження. Оцінку голосової функції проводили за перцептивною шкалою GRBAS, за п'ятьма параметрами, кожен з яких оцінювали за чотирибальною шкалою, оцінювання проводили під час аналізу спонтанної мови та стандартних фонаторних проб з залученням 3 експертів. Ендоскопічну верифікацію проводили із застосуванням обладнання MedStar UE 3000 та KARL STORZ з оцінюванням за шкалою Reflux Sign Assessment (RSA) (порогове значення >14 балів).

Статистичну обробку та аналіз цифрових даних виконували з використанням пакета IBM SPSS Statistics 13.0, застосовували методи описової статистики, t-тест за розподілом Стюдента для параметричних показників й непараметричний критерій Манна-Вітні.

Результати: аналіз результатів обстеження засвідчив, що середній вік пацієнтів ОГ та КГ становив $37,24 \pm 7,21$ та $23,71 \pm 8,05$ років, відповідно. У обстежуваних ОГ було діагностовано широкий спектр рефлюкс-асоційованих уражень верхніх дихальних шляхів. Зокрема, скарги на дисфонію відзначалися у 56,34% пацієнтів ОГ ($n = 40$), тоді як обстежувані КГ скарг на порушення голосоутворення не мали.

Ендоскопічне обстеження за шкалою RSA показало, що у пацієнтів ОГ середнє значення становило $19,96 \pm 9,64$ бала, тоді як у КГ – $5,89 \pm 3,14$ бала. Таким чином, показники в ОГ більш ніж утричі перевищували відповідні значення у КГ, а порівняльний аналіз між групами продемонстрував наявність статистично значущі відмінності – встановлено достовірну різницю між групами ($U = 2442$; $p < 0,001$).

Аналіз взаємозв'язку між перцептивними характеристиками голосу за шкалою GRBAS та ендоскопічними змінами за RSA, показав статистично значущий вплив усіх параметрів GRBAS на рівень RSA ($p < 0,05$). Найбільш виражений зв'язок встановлено для показників R та G, при яких рівень RSA був достовірно вищим (R: 4,78 проти 13,15; G: 4,19 проти 9,17; $p < 0,001$), що свідчить про їх провідну роль як клінічних маркерів органічних змін гортані. Параметри B, A та S також асоціювалися з підвищенням RSA ($p < 0,05$), однак їхній вплив був менш вираженим. Отримані результати підтверджують доцільність використання перцептивного аналізу голосу як інформативного інструменту скринінгу ендоскопічно верифікованих змін гортані.

Висновки:

1. У пацієнтів основної групи встановлено достовірно вищі показники за шкалою Reflux Sign Assessment порівняно з контрольною ($p < 0,001$), що свідчить про наявність виражених ендоскопічних змін гортані.
2. Найбільш інформативними перцептивними параметрами за шкалою GRBAS є G та R, які мають найсильніший статистично значущий зв'язок із підвищенням рівня RSA і можуть розглядатися як клінічні маркери патологічних змін.

Ключові слова: ларингофарингеальний рефлюкс, дисфонія, верхні дихальні шляхи, діагностика, ендоскопія, опитувальники.