

ща спостерігались і при відсутності сформованого контактного пункту між зубами. У 3-х пацієнтів (3,1 %) нависання пломб зумовлені тим, що каріозні порожнини V класу двох сусідніх зубів були запломбовані однією пломбою.

Недосконало застосовані технології реставрації з перекриттям фотополімерами вестибулярно, контактних поверхоень, у ряді випадків спричиняли та поглиблювали переріг захворювань пародонта. Прояви хронічного катарального гінгівіту у ділянці реставрацій фронтальних зубів спостерігались у 8-ми осіб (з 14-ти). Основними недоліками цих реставрацій були нависаючі кра та погане крайове прилягання (6 випадків). У 2-х пацієнтів кра реставрацій були заглиблені під ясна, без полірування, що призвело до утворення пародонтальних кишень.

Після усунення недоліків ортопедичного та терапевтичного стоматологічного лікування (зняття неповноцінних коронок, протезів, ліквідація травматично оклюзії, раціональне протезування) стан пародонта у хворих поліпшувався ще до проведення суто пародонтологічного лікування: зменшувалися запальна реакція і патологічна рухомість зубів. Цей факт є ще одним підтвердженням ролі ятрогені у розвитку захворювань пародонта.

ВИСНОВКИ Таким чином, наше спостереження дозволило виявити:

1. Важливим патогенетичним фактором розвитку запальної патології пародонта є недоліки ортопедичного лікування та пломбування (реставрації) зубів, які спостерігались у 98,1 % обстежених.

2. Найбільш шкідливими є недоліки стоматологічного лікування, які спричиняють одночасне травматичне навантаження зубів та умови для затримки жі, ретенції мікробного нальоту.

3. Поява глибоких поодиноких кісткових кишень біля окремих зубів практично завжди зумовлена наявністю не-якісних пломб або штучно коронки, механічно травми кламером протеза.

4. Наявність "чашоподібно" деструкції кістки біля окремих зубів є наслідком травматично оклюзії з переважанням цих зубів.

5. Ліквідація недоліків попереднього стоматологічного лікування повинна передувати суто пародонтологічному лікуванню хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вишняк Г.Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит). – К., 2004. – С. 2-6.
2. Грудянов А.И. Пародонтология (избранные лекции). – М., 1977. – 32 с.
3. Данилевский М.Ф. Систематика болезней пародонта // Вісник стоматології. – 1994. – № 1. – С. 17-21.
4. Данилевский М.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – Ки в: Здоров'я, 2000. – 462 с.
5. Доминик К. Пародонтопатии. – Варшава, 2003. – С. 69-78.
6. Заболотный Т.Д. Особенности клинического течения, комплексное лечение и профилактика заболеваний пародонта при сердечно-сосудистой патологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Львов, 1992. – 37 с.
7. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М., 1989. – 266 с.
8. Ярова С.П., Семенова О.А. Особенности раневого процесса при пародонтите на фоне стресс-реакции организма // Вісник стоматології. – 1999. – № 1. – С. 19-21.
9. Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Овчинникова В.В. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии // МИА, 2004. – С. 34-43.
10. Starka M. Parodontologia 2000//Stomatologicky casopis PROGRESIDENT/ Ceska Republika/. – 1999. – № 3. – Р. 8-11.
11. Вольф Г.В., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология. – МЕД-пресс-информ, 2008. – С. 78-79.

УДК 616.22-002.72

Ковалик А. П.

НЕСПЕЦИФІЧНІ ГРАНУЛЬОМИ ГОРТАНІ: КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Російський університет дружби народів

НЕСПЕЦИФІЧНІ ГРАНУЛЬОМИ ГОРТАНІ: КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ – Обстежено 68 хворих з неспецифічними гранульомами гортані. Виділено характерні ознаки зрілих і незрілих форм хвороби. Залежно від величини і впливу на порушення основних функцій гортані виділено 4 ступені поширення гранульом.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГРАНУЛЕМЫ ГОРТАНИ: КЛИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ – Обследованы 68 больных неспецифическими гранулемами гортани. Определены характерные признаки зрелых и незрелых их форм. В зависимости от размера и воздействия на нарушение главных функций гортани определены 4 степени распространенности гранулем.

NON-SPECIFIC GRANULOMAS OF THE LARYNX: CLINICAL CLASSIFICATION – 68 patients with non-specific granulomas of the larynx have been examined. The characteristic features indication of their mature and immature forms have been determined. Depending on the size and influence on violations of basic functions of the larynx 4, degrees of prevalence of granulomas have been defined.

Ключові слова: неспецифічна гранульома гортані, класифікація гранульом.

Ключевые слова: неспецифическая гранулема гортани, классификация гранулем.

Key words: non-specific granuloma of the larynx, classification of granulomas.

ВСТУП В спеціальній літературі питанням етіології, клініки, діагностики і лікуванню неспецифічних гранульом гортані присвячено багато праць, в яких автори наводять різні дані, нерідко суперечливі, особливо щодо методів лікування і оцінки їх результатів (Ф.И. Чумаков, 1974; И.Г. Триантафилиди и соавт., 1987; В.С. Погосов и соавт., 1989; Г.А.Гаджимирзаев и соавт., 1997; Н.Т. Hoffman, et al., 2001 та ін.). Цей факт можна пояснити, перш за все, тим, що судити про ефективність того чи іншого методу лікування (консервативного чи хірургічного) досить важко, оскільки неможливо зіставити отримані дані від різних авторів із-за неоднорідності клінічних спостережень. Аналізуючи дані літератури про методи лікування хворих із неспецифічними гранульомами гортані і власні спостереження, ми переконались, що ефективність лікування таких хворих залежить від "віку", "зрілості" гранульом, розмірів, поширення. Не враховуючи цих даних, важко сформулювати показання до того чи іншого методу лікування, визначити його ефективність, зіставити і оцінити результати лікування даного захворювання з результатами інших авторів. Все це вказує на необхідність розробити клінічну класифікацію щодо неспецифічних гранульом гортані. На сьогодні неспе-

цифічні гранульоми гортані за походженням поділяють на контактні, інтубаційні, післяопераційні та ідіопатичні (невідомо етіологі). За локалізацією – одно- і двобічні. Що ж стосується поділу гранульом за “зрілістю”, поширеністю, порушенням ними основних функцій гортані, то таких даних у літературі ми не знайшли.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми вважаємо, що контактні, а тим більше інтубаційні гранульоми можна поділити на дві групи: зрілі і незрілі. Віднести гранульому до тієї чи іншої групи можна на основі встановлення “віку” і за даними ларингоскопі. “Вік” неспецифічних гранульом визначають з часу появи перших ознак захворювання, не враховуючи прихованого періоду х розвитку. Проте, безперечно, тут імовірно певні помилки, оскільки не всі хворі однаково ча-

сто відмічають перші маловиражені симптоми захворювання. Це залежить від багатьох факторів (вік хворого, емоційний стан, професія тощо). Набагато легше визначити “вік” інтубаційно гранульоми, оскільки завжди можна встановити дату перенесено інтубації. На основі власних спостережень за 68 хворими віком від 30 до 68 років із неспецифічними гранульомами (в 45 – інтубаційна, 23 – контактна) ми виділили основні ознаки “зріло” і “незріло” гранульоми (табл. 1).

Практичний інтерес становить питання щодо терміну дозрівання неспецифічно гранульоми. Оскільки встановити “вік” інтубаційно гранульоми легше ніж контактної, то саме у пацієнтів з цим видом захворювання ми визначали залежність зрілості від х “віку”.

Таблиця 1. Ознаки “зрілості” неспецифічних гранульом гортані

Ознаки:	
незрілі гранульоми	зрілі гранульоми
<ul style="list-style-type: none"> – яскраво-червоного кольору; – на широкій основі; – на поверхні гранульоми судинний малюнок відсутній, навколо – посилений, без елементів атипі; – підвищена ранимість (при доторкуванні зондом вона кровавить); – при гістологічному дослідженні – неспецифічна грануляційна тканина з явищами запалення 	<ul style="list-style-type: none"> – блідо-рожеві з сіруватим відтінком; – має ніжку; – судинний малюнок добре виражений навколо гранульоми, поодинокі судини по поверхні; – при доторкуванні зондом до гранульоми не кровавить; – при гістологічному дослідженні – неспецифічна грануляційна тканина, інколи з вогнищами склерозування, поодинокими судинами. Поверхня гранульоми покрита плоским епітелієм (епітеліальна оболонка)

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Із 45 пацієнтів інтубаційною неспецифічною гранульомою ознаки незрілості виявлено у 27. “Вік” незрілих інтубаційних гранульом коливався в межах від 2 до 5 тижнів. “Зрілі” гранульоми виявлено у 18 хворих, всі вони розвинулись після 5 тижнів від перенесено інтубації. За нашими спостереженнями інтубаційні гранульоми ростуть і дозрівають швидше, ніж контактні. Інтубаційні гранульоми можуть досягати великих розмірів і на відміну від контактних опускались у нижні відділи гортані.

В жодному випадку “зріло” контактної гранульоми, яка б розвинулась раніше 15-16 тижнів, ми не спостерігали. І лише після цього терміну контактна гранульома стає “зрілою”. Старше 16 тижнів незрілу контактну гранульому виявили ми лише в 1 хворого.

Від ступеня зрілості неспецифічно гранульоми гортані залежить вибір методу лікування, що, в свою чергу, впливає на його ефективність. Для практичного лікаря при виборі методу лікування і оцінки його результатів велике значення має визначення ступеня поширеності гранульоми і впливу на порушення основних функцій гортані. Ми виділили 4 ступені поширення (величини) гранульоми гортані.

I ступінь – гранульома не звужує голосово щілини, локалізується на верхній поверхні задньої третини голосово складки, не виходить за вільний край, діаметр або більший розмір не переважає ширину голосово складки.

II ступінь – гранульома виходить за межі вільного краю голосово складки на 2-3 мм або на 1-2 мм з кожного боку при двобічному процесі. Допереду гранульома не виходить за межі задньої третини голосово складки. Дихальна і голосова функції не порушені.

III ступінь – гранульома виходить за межі вільного краю голосово складки на 4-5 мм з одного боку або на 3 мм з

кожного боку при двобічному процесі. Допереду вона виходить за межі задньої третини голосово складки. При фонації гранульома перешкоджає змиканню голосових складок. Голос хриплий, дихання вільне.

IV ступінь – гранульома виходить за межі вільного краю голосово складки з одного боку більше ніж на 5 мм або з обох боків в сумі 8-9 мм, звужує голосову щілину, порушує змикання голосових складок, викликає хрипоту і утруднює дихання.

Слід відмітити, що “незрілі” гранульоми практично не досягають III ступеня величини. В основному вони зустрічаються в I і II ступені свого розвитку. “Зрілі” неспецифічні гранульоми частіше виявляють у II і III ступенях величини.

ВИСНОВОК Запропонований нами поділ неспецифічних гранульом за зрілістю і ступенем поширення допоможе практичним лікарям більш чітко визначати показання до того чи іншого виду лікування, а також зіставляти його результати з аналогічними даними, отриманими від інших авторів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаджимирзаев Г.А., Джамалутдинов Ю.А., Гамзатов А.А., Ахматов А.А. Интубационные гранулемы подгласовой полости в сочетании с ограниченным хондроперихондритом персневидного хряща // Вестн. оториноларинг. – 1997. – №4. – С.49-50.
2. Погосов В.С., Антонив В.Ф., Банарь И.М. Микроскопия и микрохирургия гортани и глотки. – Кишинев: Штиинца, 1989. – 227 с.
3. Триантафилиди И.Г., Наумов Г.П. Клиника, диагностика и лечение контактных гранулем гортани / Лекция. – М.: ЦОЛИУВ, 1987. – 12 с.
4. Чумаков Ф.И. Доброкачественные опухоли, кисты, гиперпластические и дистрофические заболевания гортани: Дисс. ... док. мед. наук. – М., 1974. – 338 с.
5. Hoffman H.T., Overholt E., Karnell M., McCulloch T.M. Vocal process granuloma // Head and Neck. – 2001. – V. 12. – P. 1061-1074.