

6. Лолор, Г. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Лолор, Т. Фишер. — М.: Практика, 2000. — 390 с.
7. Leo, H. Criepr, Practical aspect of allergic rhinitis / H. Criepr Leo // Journal of the American medical association. — 1948. — № 2. — P. 601.
8. Ellegard, E. K. Nasal congestion during pregnancy / E. K. Ellegard, N. G. Karlsson // Clin. Otolaryngol. — 1999. — Vol. 24. — P. 307–311.
9. Карпунин, В. М. Ринологические и цереброваскулярные изменения при беременности / В. М. Карпунин // Российская ринология. — 2007. — № 2. — С. 40.
10. Зенков, Л. Р. Функциональная диагностика нервных болезней / Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин. — М.: Медпресс-информ, 2004. — 488 с.

11. Яруллин, Х. Х. Клиническая реоэнцефалография / Х. Х. Яруллин. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1983. — 271 с.
12. Справочник по акушерству и гинекологии / Под ред. Г. М. Савельевой. — М.: Медицина, 1992. — 365 с.

ШУЛЬГА Игорь Андреевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии.
ЗУБОВА Елена Викторовна, аспирантка кафедры оториноларингологии.
 Адрес для переписки: Elena_lor_08@ail.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.
 © И. А. Шутьга, Е. В. Зубова

УДК 616-22

А. И. КРЮКОВ
С. Г. РОМАНЕНКО
О. Г. ПАВЛИХИН
Е. В. ЛЕСОГОРОВА
А. А. КАЗАКОВА
Д. И. КРАСНИКОВА

Московский научно-практический
 центр оториноларингологии
 им. Л. И. Свержевского
 Российский национальный
 исследовательский медицинский
 университет им. Н. И. Пирогова, г. Москва

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОТЕЧНО-ПОЛИПОЗНОМ ЛАРИНГИТЕ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОРТАНИ

Изучено клиничко-функциональное состояние гортани пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом, а также разработан лечебный алгоритм с учетом степени выраженности полипозного процесса. Определены показания к проведению консервативного и хирургического лечения, а также голосовосстановительного лечения в послеоперационном периоде. Предложенная лечебная тактика позволяет оптимизировать проводимую терапию до и после операции, а также сократить сроки восстановления голоса в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: хронический отечно-полипозный ларингит, болезнь Рейнке—Гайека, послеоперационное лечение хронического отечно-полипозного ларингита.

Хронический отечно-полипозный ларингит (болезнь Рейнке—Гайека) — заболевание с медленно прогрессирующим течением. Длительность заболевания определяется годами, в ряде случаев десятилетиями лет и может приводить к стенозированию просвета гортани полипозно-измененной слизистой оболочкой голосовых складок [1, 2]. Большинство пациентов обращается на тех стадиях заболевания, когда консервативное лечение оказывается

неэффективным. Проведение хирургического вмешательства, как правило, не приводит к немедленному восстановлению голосовой функции. Длительность послеоперационной дисфонии, по данным литературы, занимает до 4–8 недель [3, 4]. В то же время проведение операции может осложняться рубцовым процессом при чрезмерном удалении слизистой оболочки [5, 6]. Проблема восстановления голосовой функции у больных хроническим отечно-

полипозным ларингитом (ХОПЛ) остается актуальной на сегодняшний день. Сложность решения этой проблемы связана с несвоевременным направлением пациентов на хирургическое лечение, отсутствием послеоперационного противовоспалительного лечения, а также с формированием и прогрессированием с течением времени у данной категории пациентов патологического типа фонации [7]. Различия в клиническом проявлении заболевания, растущее число обращений больных с указанной патологией побудило нас разработать дифференцированный подход к лечению пациентов с ХОПЛ в зависимости от выраженности клинической симптоматики и индивидуальных речевых привычек.

Цель исследования — разработка алгоритма лечения больных с хроническим отечно-полипозным ларингитом в зависимости от клинико-функционального состояния гортани.

Материал и методы исследования. За 2012–2013 гг. проведено лечение 315 пациентов с ХОПЛ, обратившихся в ГБУЗ «МНПЦО им Л. И. Свержевского» ДЗМ в возрасте от 28 до 83 лет (женщин 275, мужчин 40).

110 пациентов с ХОПЛ (35 %), профессионально контактировали с вредными химическим и термическими факторами (повара, маляры, строители, сварщики и т. д.), 94 пациента (30 %) имели голосовую профессию или повышенные голосовые нагрузки. 98% пациентов являлись курильщиками со стажем курения от 5 до 55 лет.

Для оценки степени выраженности полипозного процесса использовали классификацию Yonekawa H. (1988), который выделил I, II, III типы болезни Рейнеке–Гайека. I тип характеризуется начальными проявлениями отека. II и III типы характеризуются более выраженными полипозными изменениями слизистой оболочки голосовых складок, которые при III типе могут приводить к затруднению дыхания [8].

I тип диагностировали у 55 пациентов, II тип — у 190 пациентов, III тип — у 70 пациентов. Двусторонний полипозный процесс диагностировали у 232 пациентов, односторонний — у 83 пациентов.

Всем пациентам в амбулаторных условиях проводилась микроларингоскопия, оценка качества голоса по 5-балльной шкале (по Yanagihara, 1969). Тем пациентам, которым назначалось лечение, дополнительно проводили видеоларингостробоскопию и акустический анализ голоса Multi-Dimensional Voice Program (MDVP). Эффективность лечения оценивалась по динамике микроларингоскопической и видеоларингостробоскопической картины, акустических показателей голоса, таких как F0, Jitter, Shimmer, NHR.

Результаты и их обсуждение. Большинство пациентов с I типом по Yonekawa активных жалоб на качество голоса не предъявляли, считая свой голос нормальным, поскольку являлись курильщиками. 23 пациентам этой группы лечение не требовалось в связи с отсутствием жалоб на качество голоса и минимальными изменениями слизистой оболочки гортани. Для профилактики прогрессирования полипозной дегенерации голосовых складок пациентам рекомендовали отказаться от курения. Остальным больным был проведен курс консервативного лечения, включавшего ингаляционную терапию с глюкокортикостероидами, электрофорез с CaCl₂ или KJ, перорально — препараты кальция, антигистаминные и гомеопатические средства, оказывающие противовоспалительный, противо-

отечный и лимфодренажный эффекты, лечение сопутствующей патологии ЛОР-органов. При выявлении патологии дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, особенно ГЭРБ, заболеваний щитовидной железы проводили лечение с привлечением профильных специалистов. При отсутствии эффекта курс лечения повторяли через 3–6 месяцев. 10 пациентам амбулаторно были проведены инъекции раствора Дексаметазона в головные складки. Данная процедура проводилась однократно по стандартной методике при непрямой микроларингоскопии под местной анестезией 10 % раствором Лидокаина, при введении препарата строго контролировали его объем, который составлял от 0,2 до 0,6 мл в каждую голосовую складку. Эффект отмечали уже на 2–3 сутки в виде уменьшения отечности и объема голосовой складки, выравнивания краев, что приводило к улучшению качества и выносливости голоса, подтвержденным акустическим анализом голоса, а также самими пациентами. Осложнений и побочных эффектов при проведении инъекций отмечено не было. Обязательным условием успешного лечения являлся отказ от курения, в том числе пассивного, улучшение условий труда на вредных производствах. Обращали внимание пациента на необходимость оптимизировать голосовые нагрузки с использованием физиологической фонации без применения твердой атаки.

Консервативное лечение было эффективно у большинства пациентов, отказавшихся от курения. У 80 % пациентов (44 пациента) отметили уменьшение объема полипозно-измененной слизистой оболочки голосовых складок, выравнивание их краев, улучшение ларингостробоскопических показателей.

В дальнейшем пациентов данной группы наблюдали 1 раз в полгода, максимальный срок наблюдения 20 месяцев. У 89 % пациентов отметили стабилизацию микроларингоскопической картины, жалобы на качество голоса пациенты не предъявляли.

Фонопедическая коррекция этим пациентам не требовалась.

У 190 пациентов был диагностирован II тип ХОПЛ и у 70 III тип ХОПЛ по Yonekawa H.

Показанием к хирургическому лечению считали одно- или двустороннюю полипозную гиперплазию слизистой оболочки голосовых складок при наличии флотации края, сужении голосовой щели более чем 1/3, выраженную дисфонию (охриплость 3–4 степени по Yanagihara). При решении вопроса о хирургическом лечении оценивали возраст, конституцию и образ жизни пациента, характер ежедневной голосовой нагрузки, выраженность полипозного процесса и наличие признаков напряженной фонации, поскольку данные факторы оказывают значительное влияние на течение послеоперационного периода. У больных астенического телосложения с признаками атонии голосовых складок хирургическое лечение может привести к формированию дефекта при фонации и длительной послеоперационной дисфонии. Учитывая эти особенности, решение об оперативном лечении принимали индивидуально с учетом комплексной оценки статуса пациента. При отсутствии явлений стеноза гортани и удовлетворительном качестве голоса от хирургического лечения воздерживались.

Несмотря на то что у пациентов с II и III типом ХОПЛ были показания к хирургическому лечению, только 30 % больных были оперированы. Такой показатель связан с низкой комплаентностью этой

категории больных, их удовлетворенностью качеством голоса и тем, что явления незначительной дыхательной недостаточности носят компенсированный, скрытый характер

В условиях МНПЦО им Л. И. Свержевского были оперированы 96 пациентов (41 пациент со II типом и 55 пациентов с III типом). В дооперационный период части больных требовалось проведение консервативной терапии. Показанием к дооперационной противовоспалительной терапии являлись следующие микроларингоскопические признаки — гиперемия слизистой оболочки гортани, преобладание отека слизистой оболочки голосовых складок над их полипозной дегенерацией, а также пациенты с сопутствующей патологией верхних дыхательных путей, ГЭРБ и клиникой некомпенсированного гипотиреоза. Проведенная в предоперационный период терапия по нашим наблюдениям позволяет не только улучшить течение послеоперационного периода, но и уменьшить необходимый для удаления объем слизистой оболочки голосовых складок. Отказ от своевременного удаления полипозной слизистой оболочки голосовых складок часто приводит к формированию ложноскладочковой фонации, развитию гипертрофии вестибулярного отдела гортани. Это не только ухудшает дыхательную функцию, но и ухудшает прогноз восстановления звучного голоса после хирургического вмешательства. Хирургическое лечение проводилось под местной анестезией и под наркозом. Во время операции руководствовались принципом щадящего отношения к слизистой оболочке голосовых складок, старались сохранять слизистую оболочку в области комиссуры гортани для предупреждения развития осложнений, таких как рубцовая мембрана и рубцовая деформация. Части пациентов с III типом ХОПЛ интраоперационно выполнялись инъекции дексаметазона в голосовые складки, что позволило уменьшить выраженность реактивной воспалительной реакции.

Все пациенты после хирургического лечения осматривались ежедневно в первые 3-е суток после операции, затем на 5-е, 7-е, 14-е сутки и через 1 месяц. При осмотре обращали внимание на характер и выраженность послеоперационного воспаления, а также на функциональное состояние гортани. Вследствие длительности заболевания и выраженности полипозной гиперплазии, сопровождающихся постоянной напряженной фонацией, у 32 % пациентов отмечали повышение тонуса вестибулярных складок и понижение тонуса голосовых складок, при смыкании сохранялась широкая линейная щель. При выявлении данных признаков пациентов в ранние сроки (с 3–4-х суток после вмешательства) направляли на фонопедию и при отсутствии противопоказаний к физиотерапии проводили нейромышечную электро-фонопедическую стимуляцию гортани (НМЭФС). Отмечено, что проведение НМЭФС гортани у пациентов с ХОПЛ после операции позволяет сократить сроки восстановления голоса на 7–10 дней [4].

При отсутствии выраженной инфильтрации голосовых складок, выпота фибрина в раннем послеоперационном периоде и тенденции к формированию рубцового процесса, который выражается в отсутствии положительной динамики течения воспалительного процесса, а также появлении при видеоларингостробиоскопическом исследовании участков неподвижной слизистой оболочки, консервативная терапия может быть ограничена ингаляциями рас-

творов антисептиков в течение 5–7 дней и минеральной воды в течение 10–14 дней.

93 пациента со II типом регулярно (1 раз в 3–6 месяцев) наблюдаются в МНПЦО им Л. И. Свержевского. Им проводятся микроларингоскопия и видеоларингостробиоскопия, назначаются курсы консервативного лечения. В обследовании больного с ХОПЛ следует обращать внимание на следующую симптоматику: увеличение объема полипозной слизистой оболочки голосовых складок, появление участков гиперплазии слизистой оболочки различных отделов гортани, одно- или двусторонняя гипертрофия вестибулярного отдела гортани, сужение просвета гортани и изменение акустических характеристик голоса. Пациенты с ХОПЛ должны активно наблюдаться в периоды острых респираторных вирусных инфекций, т. к. возможно ухудшение течения воспалительного процесса. В эти периоды больным назначают ингаляции с кортикостероидами и антисептиками, антигистаминные, ферментные препараты, при необходимости антибактериальную терапию. Также возможно проведение физиотерапевтического лечения (электрофорез с CaCl_2 , магнитолазер), показано лечение сопутствующей патологии. При отсутствии обострения и прогрессирования хронического воспалительного процесса проведение повторных курсов консервативной терапии не является обязательным.

У пациентов с низкой комплаентностью, продолжающих курение, часто отмечается прогрессирование заболевания, курсы консервативного лечения малоэффективны. Данную категорию пациентов необходимо направлять на хирургическое лечение при первичном осмотре.

Выводы

1. Пациенты с хроническим отечно-полипозным ларингитом подлежат динамическому наблюдению оториноларингологом с проведением микроларингоскопии и видеоларингостробиоскопии.
2. Эффективность консервативного лечения зависит от выраженности полипозного процесса и отказа от курения.
3. Пациентов со II типом ХОПЛ по Yonekawa H. при условии отказа от курения можно вести консервативно, при неэффективности направлять на хирургическое лечение.
4. Пациенты с III типом ХОПЛ по Yonekawa H. подлежат обязательному хирургическому лечению в связи с высоким риском развития стеноза гортани.
5. Всем пациентам после операции необходимо проводить консервативную противовоспалительную терапию для предупреждения осложнений, а пациентам с признаками функционального голосового расстройства — голосовосстановительное лечение.

Библиографический список

1. Василенко, Ю. С. Голос. Фонологические аспекты / Ю. С. Василенко. — М.: Дипак, 2013. — 154 с.
2. Василенко, Ю. С. Хронический отечно-полипозный ларингит (болезнь Рейнке–Гайека) / Ю. С. Василенко, Г. Киттель // Актуальные вопросы оториноларингологии: материалы конф., посвящ. 75-летию кафедры оториноларингологии Казанского гос. мед. ун-та. — Казань, 2000. — С. 9–14.
3. Романенко, С. Г. Хронический отечно-полипозный ларингит (болезнь Рейнке–Гайека): диагностика и лечение / С. Г. Романенко, О. Г. Павлихин // Русский медицинский журнал. — 2011. — № 6. — С. 426–428.

4. Лесогорова, Е. В. Способ реабилитации голосовой функции у пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом после хирургического вмешательства / Е. В. Лесогорова // Российская оториноларингология. — 2014. — № 1 (68). — С. 135–139.

5. Abitbol, J. History, lasersafety, techniques of laryngoscopy and complications / J. Abitbol, M. Benninger // 6-th International Workshop on Laser Voice Surgery and Voice Care. — Paris, 2001. — P. 1–21.

6. Desloge, R. B. Endolaryngeal microsurgery at the anterior glottal commissure: controversies and observations / R. B. Desloge, S. M. Zeitels // Ann. OtoRhinoLaryngol. — 2000. — Vol. 109. — № 4. — P. 385–392.

7. Raabe, J. Reinke's edema: an investigation of questions related to etiology, prognosis and the effectiveness of therapeutic methods / J. Raabe, W. Pascher // Laryngorhinootologie. — 1999. — Vol. 78. — № 2. — P. 97–102.

8. Yonekawa, H. A clinical study of Reinke's edema / H. Yonekawa // Nasus Larynx. — 1988. — Vol. 15. — № 1. — P. 57–78.

КРЮКОВ Андрей Иванович, доктор медицинских наук, профессор, директор Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского; заведующий кафедрой оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

РОМАНЕНКО Светлана Георгиевна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела микрохирургии гортани и фониапии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

ПАВЛИХИН Олег Геннадиевич, ведущий научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониапии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

ЛЕСОГорова Екатерина Владимировна, научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониапии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

КАЗАКОВА Анна Андреевна, аспирантка кафедры оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

КРАСНИКОВА Диана Игоревна, младший научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониапии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

Адрес для переписки: katenan1@rambler.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.

© А. И. Крюков, С. Г. Романенко, О. Г. Павлихин,
Е. В. Лесогорова, А. А. Казакова, Д. И. Красникова

УДК 616.322-002.2;615.035.4

**С. А. КАРПИЩЕНКО
Г. В. ЛАВРЕНОВА
С. В. БАРАНСКАЯ**

Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. академика И. П. Павлова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Статья посвящена одной из самых распространенных проблем оториноларингологии — хроническому тонзиллиту. Развитие и течение патологического процесса у лиц старших возрастных групп имеет ряд особенностей, которые отражаются на тактике ведения таких пациентов. В статье приведен метод консервативного лечения хронического тонзиллита, включающий криотонзиллотомию и фитотерапевтическое лечение.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, лица старших возрастных групп, фитотерапия, криотонзиллотомия.

Хронический тонзиллит прочно занимает одно из ведущих мест в оториноларингологической практике. Распространенность хронического тонзиллита среди лор-патологии остается высокой [1–3]. Хронический тонзиллит, начинаясь порой в детском возрасте, сопровождает пациентов на протяжении всей жизни и имеет свои особенности в каждом возрастном периоде. При хроническом тонзиллите возникает нарушение защитно-приспособительных механизмов в ткани небных миндалин, бактериальная инвазия способствует распространению и поддержанию воспаления, формированию рубцовой

ткани, нарушению механизмов самоочищения миндалин, что проявляется хронической интоксикацией [4–6]. У лиц старших возрастных групп сопутствующие заболевания, «букет» которых имеет место у многих пациентов после 60 лет, не способствует выздоровлению и длительным ремиссиям при хроническом тонзиллите [7, 8].

Развитие патологии является результатом взаимодействия патогенного начала и механизмов защиты организма. С возрастом снижается эффективность защитных механизмов, приводящая к повышенной чувствительности стареющего населения