

Дисфункция голосовых связок

Дисфункция голосовых связок (ДГС, синоним – расстройство с парадоксальным движением голосовых связок) нередко скрывается под маской рефрактерной к глюкокортикостероидам **бронхиальной астмы** (БА). В настоящее время общепризнанного определения ДГС не существует, чаще всего ДГС определяют как интермиттирующую экстраторакальную обструкцию, наблюдающуюся преимущественно на вдохе и приводящую к одышке разной степени выраженности.

Первое наблюдение ДГС было сделано в 1974 г. Patterson et al., которые описали ларингоскопические признаки ДГС и назвали это состояние стридором Мюнхгаузена. В 1983 г. Christopher et al. опубликовали серию случаев, когда при обследовании по поводу тяжелой БА была обнаружена ДГС. Среди пациентов с ДГС преобладали женщины 20–40 лет, перенесшие в прошлом жестокое обращение, многие из них были медицинскими работниками.

Отсутствие общепринятого определения ДГС затрудняет проведение эпидемиологических исследований. Распространенность ДГС может составлять от 2,5 до 22% среди пациентов, часто обращающихся за неотложной помощью с внезапно начавшимся приступом одышки. В Германии частота ДГС среди пациентов, проходивших реабилитацию в связи с дыхательными проблемами, составила 2,8%. Возраст пациентов варьировал от младенчества до 82 лет, преобладали женщины (соотношение полов 3 : 1). Дисфункция голосовых связок довольно часто встречается у детей: в одном из исследований среди пациентов с ДГС детей оказалось 35% (медиана возраста 14 лет).

Существует подгруппа пациентов с ДГС, у которых основным триггером одышки служит физическая нагрузка, нередко их безуспешно лечат от БА физического усилия. У солдат армии США, страдающих от удушья при физической нагрузке, в 15% случаев причиной была ДГС. Симптомы инспираторного стридора при нагрузке на фоне вдыхания холодного и сухого воздуха обнаруживались у 5% спортсменов высокого уровня.

Описана группа пациентов с профессиональным синдромом реактивной дисфункции дыхательных путей и ларингоскопическими признаками ДГС (ассоциированная с ирритантами ДГС).

Патофизиология

Во время вдоха просвет между голосовыми связками значительно увеличивается, а в процессе выдоха сужается (на 30%). Воздействие ирритантов на чувствительные к ним рецепторы носа и бронхов приводит к рефлекторному кашлю и закрытию надгортанника, эти рефлексы защищают легкие от повреждающих агентов.

Ларингеальная гиперреактивность может возникать вследствие постназального затека при хроническом ри-

ните (а лечение антибиотиками и интраназальными глюкокортикостероидами уменьшает гиперчувствительность гортани). Другой механизм развития ДГС при неаллергическом рините – изменение обоняния и тригеминальной чувствительности. При рините, индуцированном ирритантами, нередко наблюдается увеличение чувствительности хеморецепторов, а обонятельные триггеры при сниженном пороге чувствительности к запахам могут усиливать рефлекс закрытия надгортанника и провоцировать приступ ДГС.

Имеются свидетельства, что присутствие соляной кислоты в пищеводе может вызывать бронхоконстрикцию и кашель, однако основой взаимосвязи между гастроэзофагеальным рефлюксом и ДГС является **ларингофарингеальный рефлюкс** (ЛФР). ЛФР – это регургитация желудочного содержимого в глотку и гортань, вызывающая симптомы охриплости, кашля, галитоза (неприятного запаха изо рта), дисфагии и ДГС. ЛФР может непосредственно повреждать слизистую оболочку гортани, а также вызывать ларингеальную гиперреактивность, сенсорную невропатию и повышенную продукцию фактора роста нервов.

Таким образом, у части пациентов ДГС ассоциирована с психологическими факторами, у других же – с ларингофарингеальным рефлюксом или постназальным затеком. Патофизиологические механизмы ДГС нуждаются в дальнейшем уточнении.

Диагностика

Анамнез пациента с дисфункцией голосовых связок может напоминать историю пациента с БА: затруднение дыхания, хрипы и кашель при контакте с ирритантами или при физической нагрузке.

Одышка при ДГС характеризуется внезапным началом, небольшой продолжительностью (обычно около 2 мин) и самопроизвольным окончанием. Нередко пациенты указывают на затруднение при вдохе в области горла или верхней части трахеи, а также на дистанционные хрипы на вдохе и выдохе.

У большинства больных ДГС ранее устанавливался диагноз БА и назначались глюкокортикостероиды (без эффекта или с минимальным эффектом); около 28% пациентов подвергались интубации в связи с удушьем. Следует активно опрашивать пациентов о признаках постназального затека, гастроэзофагеального рефлюкса и ЛФР.

Оценка психического состояния должна включать анамнез стрессов, жестокого обращения и насилия – это особенно важно для пациентов, у которых подозревается первичное функциональное нарушение. Кроме того, у многих пациентов с постназальным затеком или ЛФР развиваются тревога и депрессия, связанные с ошибочной диагностикой БА.

При физикальном обследовании обычно не выявляется никаких отклонений, за исключением ларингеальных хрипов или стридора во время приступа.

Между приступами удушья показатели спирометрии могут быть нормальными, а во время приступа обнаруживается переменная экстраторакальная обструкция. Провокационный тест с метахолином иногда вызывает обструкцию верхних дыхательных путей. О вероятности ДГС свидетельствует такой признак, как превышение максимального экспираторного потока над максимальным инспираторным потоком на уровне 50% форсированной жизненной емкости легких.

Рентгенологические методы обычно бесполезны для установления диагноза ДГС.

“Золотым стандартом” диагностики ДГС служит прямая визуализация верхних дыхательных путей. Фиброоптическая риноларингоскопия позволяет обнаружить изменения, соответствующие хроническому риниту, постназальной затеку, хроническому воспалению слизистой оболочки носовых раковин или задней стенки ротоглотки. Выполнение пациентом различных маневров улучшает диагностику: после общего осмотра глотки пациента просят тянуть звук “и”, что в норме вызывает приведение голосовых связок и сужение голосовой щели. Затем пациента просят производить спокойные вдохи и выдохи, что в некоторых случаях позволяет выявить ДГС по парадоксальному сужению голосовой щели. Чаще для провокации пациента просят произвести резкий и полный выдох. Необходимо отметить, что у некоторых больных проявления ДГС чрезвычайно трудно вызвать в лабораторных условиях. Нередко приходится прибегать к различным провокационным тестам: с метахолином, физической нагрузкой, холодным воздухом, или использовать раздражители – духи, моющие

средства или другие вещества, вызывающие у конкретного пациента удушье.

В целом ДГС не может быть исключена до тех пор, пока голосовые связки не будут осмотрены при прямой ларингоскопии во время приступа одышки.

Лечение

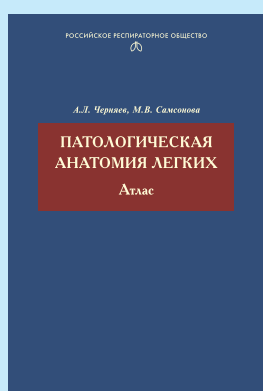
Оптимальное лечение ДГС требует идентификации причинных факторов и их адекватной коррекции. Могут быть полезны специальные упражнения для гортани, которые назначаются фониатром. В некоторых случаях необходима консультация психиатра, при наличии симптомов тревожных, аффективных или постстрессовых расстройств проводится психотерапия. Если диагноз БА был исключен, то необходимо отменить бронходилататоры и ингаляционные глюкокортикостероиды.

Фониатры и специалисты по респираторной реабилитации играют ключевую роль в обучении пациентов тому, как расслаблять мышцы глотки и гортани, подавлять кашель и избегать навязчивых попыток прочистить горло. Иногда при помощи раздражителей провоцируют приступ ДГС, во время которого фониатры и реабилитологи обучают пациента контролю симптомов.

Острый приступ ДГС лечится седативными препаратами и/или гелий-кислородной смесью. Эффективно купирует приступ ДГС применение неинвазивной вентиляции легких с постоянным положительным давлением. Некоторым пациентам помогает распыление спрея лидокаина на слизистую оболочку гортани. В особо тяжелых случаях применяется ботулотоксин. ●

Подготовила к.м.н. О.Н. Бродская по материалам:
Kenn K., Balkissoon R. Vocal cord dysfunction: what do we know? // Eur. Respir. J. 2011. V. 37. P. 194–200.

КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА “АТМОСФЕРА”



Патологическая анатомия легких: Атлас. Авторы Черняев А.Л., Самсонова М.В. 2-е изд., испр. и доп. (Серия монографий Российского респираторного общества; Гл. ред. серии Чучалин А.Г.)

В фундаментальной серии Российского респираторного общества выпущен отечественный атлас по цитологии и патологической анатомии основных заболеваний легких. В нем проиллюстрированы основные морфологические изменения при разных видах патологии органов дыхания человека, приведены данные о патогенезе этих болезней, клинико-морфологические классификации отдельных групп заболеваний, критерии дифференциальной диагностики. Основу атласа составляет материал, собранный авторами в течение нескольких лет работы в ФГУ “НИИ пульмонологии” ФМБА России. 112 с., ил.

Для патологоанатомов, цитологов, терапевтов, пульмонологов, торакальных хирургов, фтизиатров, студентов медицинских вузов.

Всю дополнительную информацию можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru