



4. 5,0 мл физиологического раствора или 5,0 мл минеральной воды 4–6 раз в день, 10 дней или длительно 2 раза в день. Длительность ингаляции 10 минут.
5. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани и замедлении процессов эпителизации назначают ингаляции с пеллоидином или гумизолем 2,0 2 раза в день. На курс лечения назначают 10 процедур.

Курс лечения составляет 7–10 дней. При затяжном течении воспалительного процесса назначают ингаляции с физиологическим раствором или минеральной водой 2–4 раза в сутки на длительный срок.

При планировании терапии больных с воспалительными заболеваниями гортани следует учитывать индивидуальные особенности пациента: возраст, давность заболевания, характер голосовой нагрузки, особенности профессиональной деятельности, наличие сопутствующей патологии. Только лечебная тактика, построенная на принципах индивидуального подхода, этапности, комбинированных методов лечения позволяет реабилитировать пациента с патологией гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Ю. С. Голос фоноатрические аспекты. / Ю. С. Василенко М.: Энергоиздат, 2002. – 481 с.
2. Василенко Ю. С. Ингаляционное обеспечение поликлиник города Москвы/ Ю. С. Василенко, О. В. Елисеев. 4 Рос. науч.-практ. конф. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 50–52.
3. Дубинина В. П. Небулайзерная терапия острых и хронических заболеваний дыхательных путей/ В. П. Дубинина М.: ООО «Интер-Этон», 2005. – 44 с.
4. Жилин Ю. Н. Ингаляционная аэрозольтерапия на дому/ Ю. Н. Жилин М.: ООО «Интер-Этон», 2003. – 80 с.
5. Николаевская В. П. Физические методы лечения в оториноларингологии/ В. П. Николаевская. М.: Медицина, 1989. – С. 152–168.

УДК: 616–002. 7: 616. 284–003. 2

ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Н. Л. Кунельская, Е. В. Гаров, Р. Г. Антонян,

Н. Г. Сидорина, О. А. Голубовский, Г. М. Кречетов, Е. Е. Гарова

*ГУЗ Московский научно-практический Центр оториноларингологии» ДЗ г. Москвы
(Директор – проф. А. И. Крюков)*

Гранулематоз Вегенера (ГВ) – тяжелое общее заболевание из группы системных васкулитов, для которого характерно гранулематозное воспаление с образованием вне и внутри средних и мелких артерий, вен и капилляров специфических гигантоклеточных гранулем с некрозом. При этом заболевании наблюдается поражение верхних дыхательных путей (ВДП – полость носа, околоносовые пазухи, глотка, гортань), легких (фокальные очаги с образованием каверн без вовлечения в процесс лимфатических узлов средостения) и почек – гломерулонефрит [2, 3, 5]. При ГВ выделяют три стадии – продромальную, активного генерализованного процесса и терминальную [2]. ГВ – это полисистемное заболевание, ранее без проведения лечения в течение первого года оно во всех случаях заканчивалось летальным исходом [5]. Однако в последние годы ГВ с первичным поражением органов головы и шеи без вовлечения в процесс легких и почек выявляется на более ранних стадиях заболевания [6], что является очень важным с целью раннего назначения адекватной терапии.

Распространенность ГВ – 3 случая на 100 000 населения [5]. Пик заболевания приходится на возраст 40–50 лет. Мужчины болеют примерно в 1,3 раза чаще женщин [2]. По другим источникам мужчины и женщины болеют одинаково часто [5].

Этиология ГВ неизвестна. Предполагается роль вирусной инфекции (цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барра, вирусов герпеса) как этиологического фактора этого тяжелого заболе-



вания. Кроме этого, в крови больных ГВ определяется значительное повышение содержания антигена HLA-A8, ответственного за генетическую предрасположенность к аутоиммунным заболеваниям [1], к которым большинство клиницистов относят в настоящее время ГВ.

Обычно клинические проявления ГВ возникают через 4–12 месяцев от начала заболевания, и у 90% пациентов начинаются с поражения полости носа и околоносовых пазух (ринит с геморрагическими корками, носовые кровотечения, гнойно-деструктивный синусит), глотки (образование инфильтратов с некрозом), гортани (явления подскладочного стридора), ушей (отит, мастоидит), глаз (кератит, склерит). Эти поражения, как правило, сопровождаются миалгией, артралгией, нейропатией различных черепных нервов [4], лихорадкой до 39° С, потерей веса, артериальной гипертензией. При исследовании периферической крови обнаруживаются такие изменения, как эритроцитопения, умеренный лейкоцитоз, диспротеинемия, тромбоцитопения, значительное повышение СОЭ [5].

Системный характер васкулита с образованием гранулём с некрозом свидетельствует о ведущей роли аутоиммунных механизмов при этом заболевании, и в последние десятилетия для диагностики ГВ стали применять серологический тест ANCA по обнаружению антинейтрофильных цитоплазматических антител к некоторым ферментам нейтрофилов. Цитоплазматический тип (сANCA) этого теста, обнаруживающий антитела к протеиназе-3, оказался высоко чувствительным (> 90%) при ГВ [5]. Использование этого серологического теста позволяет в настоящее время диагностировать ГВ уже на продромальной стадии заболевания.

В литературе описано всего 40 случаев **первичного** поражения ушей при ГВ [3], поэтому нам представляется важным описать 6 (9 ушей) собственных клинических наблюдений экссудативного среднего отита (ЭСО) как раннего проявления ГВ.

Под нашим наблюдением в 2000–2007 гг. находились 6 пациентов (3 мужчины и 3 женщины) в возрасте от 17 до 50 лет, которые были госпитализированы в сурдологическое отделение ГКБ №52 (база МНПЦ оториноларингологии) с диагнозом: ЭСО. У 3 пациентов ЭСО был двусторонним (всего 9 ушей). Длительность заболевания у этих больных колебалась от 1 месяца до 1 года. Начало заболевания все они связывали с простудным фактором. При обследовании у больных была клиника типичного ЭСО (заложенность уха, отсутствие опознавательных пунктов барабанной перепонки при отоскопии, её утолщение). Кроме этого, у 3 пациентов при риноскопии отмечалась небольшая сухость слизистой оболочки полости носа, её незначительная инфильтрация и наличие обычных корок. Наш большой клинический опыт позволил заподозрить ГВ, но гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки не выявило никакой специфики.

При проведении тональной пороговой аудиометрии у больных была выявлена кондуктивная или смешанная тугоухость с небольшим костно-воздушным интервалом на аудиограмме. При проведении речевой аудиометрии у всех больных была 100% разборчивость речи, при акустической импедансометрии во всех случаях зарегистрирована тимпанограмма типа В. По данным рентгеновского исследования височных костей у больных отмечалось снижение пневматизации барабанной полости и сосцевидного отростка на стороне поражения. Изменение периферической крови (повышение СОЭ от 18 мм/час и выше, небольшой лейкоцитоз) наблюдалось у 3 больных, повышение серомукоида > 0,28 – у 1. Других изменений в анализах крови, мочи, в лёгких и в других органах не было (больные находились в стационаре и были полностью обследованы).

В отделении одному пациенту проводили консервативную противовоспалительную терапию, 5 больным было проведено хирургическое лечение – ревизия барабанной полости с введением вентиляционной трубки. При этом в полости были выявлены слизистый экссудат и молодая грануляционная ткань, находившаяся преимущественно в области окон лабиринта. Гистологическое исследование этой ткани не выявило каких-либо специфических признаков. В связи с развитием после операции у 1 пациента пареза лицевого нерва, а у другого – мастоидита и отогенного стафилококкового сепсиса им была проведена реоперация: антромастоидотомия. В последующем у первого пациента нарастали явления нейропатии черепных нервов (присоединились парез гортани и мягкого нёба на стороне больного уха), у другого – отоген-



ного стафилококкового сепсиса. В связи с выявлением у этих пациентов положительных серологических тестов на ревматизм они были переведены для дальнейшего лечения в ревматологическое отделение, где затем у них диагностирован системный васкулит по результатам проведения серологического теста сANCA. Им было проведено специфическое лечение иммуносупрессорами (преднизолон, азотиоприн) с положительным результатом и получена стойкая ремиссия заболевания.

Остальные 4 пациента были выписаны для амбулаторного наблюдения, причем у них сохранялись явления ЭСО, несмотря на проведенное им при операции шунтирование барабанной полости с помощью вентиляционных трубок. Такие атипичные проявления вялотекущего ЭСО позволило заподозрить наличие у них ГВ, который был подтвержден при проведении теста сANCA.

Проведенная затем всем этим пациентам в ревматологическом отделении иммуносупрессивная терапия позволила добиться стойкой ремиссии ГВ. При этом явления хронического ЭСО у больных в зависимости от его длительности до начала специфического лечения либо регрессировали с нормализацией отоскопической картины и слуха (2 уха), либо в ухе развивался тимпанофиброз со стойкой кондуктивной или смешанной тугоухостью (7 ушей).

Таким образом, приведенные нами клинические наблюдения показывают, что во всех случаях длительного атипичного течения экссудативного или катарального среднего отита необходимо тщательно обследовать верхние дыхательные пути, и не следует забывать, что эти заболевания могут быть ранними проявлениями ГВ, и таким пациентам необходимо с целью его подтверждения или исключения проводить серологический тест сANCA.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дайняк Л. Б. Поражение ЛОР-органов при гранулематозе Вегенера. / Л. Б. Дайняк В кн.: Оториноларингология: национальное руководство. Под ред. В. Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – С. 817–826.
2. Панахиан В. М. Справочник врожденных и наследственных заболеваний в оториноларингологии. / В. М. Панахиан, А. И. Крюков, Э. М. Расулов / Баку. «Насир», 2002. – С. 23–24.
3. Clinicopathological consultation Wegener's granulomatosis of the head and neck. / K. Devaney, A. Ferlito, B. Hunter et al. // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 1998. – V. 12. – №3. – P. 439–445.
4. Dagum P. Otologic Wegener's granulomatosis with facial nerve palsy. / P. Dagum, J. Roberson // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 1998. – V. 15. – P. 555–559.
5. Tierney L. Jr. Lange medical book. Wegener's granulomatosis. / L. Jr. Tierney, S. McPhee, M. Papadakis. Lange medical books McGraw-Hill. – p. 852–854.
6. Wegener's granulomatosis in otolaryngology: a review of six cases. / I. Ahmad, W. Lee, V. Nagendran et al. // ORL. – 2000. – №3. – V. 62. – P. 149–155.

УДК: 616. 22–008. 5: 616. 315. 4: 616. 33–008. 17

НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО НОЧНОГО АПНОЭ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В. С. Кучерявый, В. И. Кошель, В. Д. Пасечников, Г. К. Кржечковская

*ГУЗ Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов
медицинской помощи*

(Главный врач – проф. В. И. Кошель)

Городская клиническая больница №2, г. Ставрополь

(Главный врач – А. О. Дейнеко)

Многочисленные факторы являются причинами голосовых расстройств, к ним можно отнести: заболевания носа, глотки, голосовая нагрузка, патологию других органов и систем, в их различных сочетаниях, вредные привычки. Пациенты с нарушениями голоса чаще всего впер-