



УДК: 616. 22: 615. 835. 5

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ МЕТОДОМ АЭРОЗОЛЬТЕРАПИИ

А. И. Крюков, Е. А. Кирасирова, С. Г. Романенко,

О. Г. Павлихин, О. В. Елисеев

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

Ингаляционная терапия известна с глубокой древности [1], однако в клинической практике врача-оториноларинголога ингаляционный метод лечения воспалительных заболеваний гортани используется, на наш взгляд, в недостаточной степени [2]. Основным преимуществом аэрозольтерапии является возможность достижения быстрого и эффективного лечебного воздействия с применением относительно небольшой дозы лекарственного препарата и значительном снижении отрицательного системного эффекта [3].

Аэрозоли лекарственных средств обладают муколитическим, противовоспалительным, противоотечным, антибактериальным действием, способны поддерживать мукоцилиарный клиренс, регулировать степень увлажнения. В аэрозольной форме вводят антибактериальные и противогрибковые средства, ферменты, гормональные препараты, муколитики, минеральные воды, лекарственные средства растительного происхождения, биостимуляторы, биологически активные вещества [5].

При планировании ингаляционной терапии следует придерживаться принципа последовательного применения в течение суток медицинских препаратов с различной фармакологической активностью и направленностью и подбора индивидуальных схем лечения в зависимости от характера, выраженности и стадии воспаления [4].

Наличие большого количества мокроты, корок на поверхности слизистой оболочки препятствует всасыванию ингалируемых веществ. В этих случаях лечение надо начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20–30 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. При появлении выраженной сухости слизистой оболочки ротоглотки и гортани после применения ингаляций кортикостероидами показана ингаляция с физиологическим раствором или минеральной водой для увлажнения слизистой оболочки.

На основании проведенного нами научного исследования эффективности ингаляционной терапии при воспалительных заболеваниях гортани, были разработаны схемы ингаляционной терапии. В своей клинической практике мы пользуемся компрессорными и ультразвуковыми ингаляционными аппаратами.

Ингаляционная терапия при ларингитах применялась нами в комплексе с системным использованием антибактериальных, противовоспалительных, десенсибилизирующих средств, физиотерапией, энзимотерапией, микрохирургическими вмешательствами. В виде монотерапии проведение ингаляционного лечения было показано при нетяжелых формах воспалительных заболеваний гортани.

Схема ингаляционной терапии острого катарального ларингита, обострения хронического катарального ларингита

1. Смесь: Мирамистин 0,01% – 2,0 + физиологический раствор 2,0 мл + раствор дексаметазона 2 мг. Ингалировать 2 раза в день по 10 минут.
2. Физиологический раствор 5,0 или минеральная вода 5,0 через 20 минут после ингаляции мирамистина и дексаметазона. При повышенной сухости слизистой оболочки гортани, а также для лиц голосовых профессий возможно применение ингаляций минеральной воды или физиологического раствора, как увлажняющего средства до 6 раз в день. Длительность ингаляции 5–10 минут.
Курс лечения 7–10 дней.

Схема ингаляционной терапии острого отечного ларингита, обострения хронического отечно-полипозного ларингита



1. Дексаметазон 2 мг в 3 мл физиологического раствора 2 раза в день по 10 минут. При выраженном отеке слизистой оболочки гортани возможно применение ингаляций до 4 раз в день.
2. Физиологический раствор 5,0 мл или минеральная вода 5,0 мл после ингаляции кортикостероида через 10–15 минут, а также в течение дня при сухости слизистой оболочки гортани. Длительность ингаляции 5–10 минут.

Курс лечения при остром воспалительном процессе составляет 3–7 дней, при хроническом – 7–10 дней.

Схема ингаляционной терапии инфильтративного флегмонозного, абсцедирующего ларингита, обострения хронического гиперпластического ларингита

1. При образовании корок, плотного фибринозного налета терапию начинают с ингаляции муколитика или протеолитического фермента. Используют 2–4 мл 20% р-ра ацетилцистеина 3–4 раза в день или 4 мл лазолвана в разбавлении физиологическим раствором 1:1. Применяется 3 мг химотрипсина или трипсина, 5 мг химопсина в 1 мл физиологического раствора или 0,5% раствор лизоцима по 5 мл 2 раза в день, а затем – по 2 мл 3–4 раза в день в чистом виде или в разбавлении физиологическим раствором 1:1.
2. Через 10 минут – флуимицил-антибиотик S флакона 2 раза в день. При выявлении грибковой природы заболевания проводится ингаляционная терапия с противогрибковыми препаратами. Длительность ингаляции 10 минут.
3. Через 15–20 минут – дексаметазон 2 мг в 3 мл физиологического раствора 2 раза в день. Длительность ингаляции 10 минут.
4. Через 10–15 минут – 5,0 мл физиологического раствора или 5,0 мл минеральной воды 4–6 раз в день и дополнительно – 2–4 раза в течение дня в зависимости от количества вязкой мокроты или корок на слизистой оболочке голосовых складок. Длительность ингаляции 10 минут.

Курс лечения составляет 7–10 дней. При хроническом гиперпластическом ларингите на срок до 2–3 недель назначают ингаляции с минеральной водой или физиологическим раствором 2–4 раза в сутки с целью увлажнения слизистой оболочки гортани и уменьшения вязкости секрета.

Схема ингаляционной терапии хронического субатрофического и атрофического ларингита

1. 3 мг химотрипсина или трипсина, 5 мг химопсина в 1 мл физиологического раствора или 0,5% раствора лизоцима по 5 мл 2 раза в день, а затем – по 2 мл 3–4 раза в день в чистом виде или в разбавлении физиологическим раствором 1:1. Длительность ингаляции 10 минут.
2. 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.
3. 2,0 мл пеллоидина или гумизоля 2 раза в день. Возможно применение ингаляций медом. Длительность ингаляции 10 минут. На курс лечения назначают 10 процедур.
4. Готовая аптечная смесь лекарственных трав 2 раза в день по окончании предыдущего курса терапии 10 дней (при очень значительном образовании корок). Длительность ингаляции 10 минут.

Рекомендовано длительное, регулярное использование ингаляций с минеральной водой или физиологическим раствором 2–4 раза в сутки с целью увлажнения слизистой оболочки гортани и уменьшения вязкости секрета до ремиссии заболевания.

Схема ингаляционной терапии острого ларингита после перенесенного эндоларингеального вмешательства

1. В первые дни после операции применяются 2 раза в день ингаляции антибактериальных препаратов: 2 мл 0,01% раствора мирамистина или 2 мл 1% раствора диоксидина в смеси с 3 мл физиологического раствора; флуимицил-антибиотик – S флакона препарата на ингаляцию.
2. Дексаметазона 2 мг в 3 мл физиологического раствора 2 раза в день в течение 5–7 суток.
3. При повышенном образовании фибриновых пленок к лечению добавляют ингаляции 3 мг химотрипсина или трипсина, 5 мг химопсина в 1 мл физиологического раствора или 0,5% раствора лизоцима по 5 мл 2 раза в день, а затем – по 2 мл 3–4 раза в день в чистом виде или в разбавлении физиологическим раствором 1:1. Длительность ингаляции 10 минут.



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-