



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 граулематозе 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-



вые обращаются за помощью к врачу – оториноларингологу, который нередко длительно и безуспешно проводит лечение больных, не уделяя должного внимания выявлению основного причинного фактора, являющегося постоянным источником раздражения. Это в свою очередь, может способствовать развитию хронического процесса в гортани, гортаноглотке и приводить к нарушению голоса.

Нередко больные с дисфонией отмечают проблемы со сном и с пищеварением. Тщательно проведенный опрос больного с детализацией жалоб, при предъявляемых жалобах на изжогу, отрыжку, храп во время сна, нарушение сна, повышенную дневную сонливость помогает заподозрить наличие у больного синдрома обструктивного ночного апноэ, ассоциированного с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. В литературе имеются работы, посвященные взаимосвязи между гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и хроническими воспалительными процессами ЛОР-органов, однако в них не учитывалось наличие у больных дыхательных расстройств, в частности синдрома сонного апноэ [1]. В других источниках проводилась параллель между синдромом сонного апноэ и пищеводным рефлюксом, однако в них не учитывалось непосредственное раздражающее влияние содержимого желудка на слизистую оболочку глотки и гортани, ведущее к развитию хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов [2–6].

Цель работы. Выявить возможность развития голосовых расстройств и формирования хронического ларингита в результате взаимосвязи синдрома обструктивного ночного апноэ сна и гастроэзофагеального рефлюкса, определить тактику ведения больных при этой патологии.

Материалы и методы. Наблюдались 13 пациентов в возрасте от 52 до 78 лет с хроническим ларингитом, дисфонией.

Основной жалобой всех пациентов было той или иной степени выраженности изменение голоса. Кроме этого, больные отмечали дискомфорт в области глотки, гортани. Нередко, особенно после изжоги, отрыжки по утрам возникал навязчивый, раздражающий кашель. Также, больные отмечали выраженную дневную сонливость, утреннюю головную боль, быструю утомляемость, отсутствие освежающего эффекта ночного сна, депрессию, тревогу, раздражительность, боли в области сердца. При опросе родственников выявлялся храп во время сна, сопровождающийся периодическими паузами дыхания, беспокойный сон с частыми пробуждениями, сопровождающимися приступами удушья, ощущения нехватки воздуха, кашель с верчением в постели, ляганием, кошмарами. Степень выраженности жалоб и их проявления носили неодинаковый, индивидуальный характер, что сопоставлялось с возрастом больного, его профессией, окружающим эмоциональным фоном, индивидуальными особенностями.

Обследование включало: тщательный сбор жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов, телефаринголарингоскопию с видеозаписью. Все больные консультированы гастроэнтерологом с проведением необходимого комплекса диагностических мероприятий: рентгенологического исследования пищевода, фиброэзофагогастроскопии, манометрического исследования пищеводных сфинктеров, суточного мониторирования внутрипищеводного рН. Также, больные консультированы врачом-сомнологом с проведением полисомнографии для оценки дыхательной функции во время сна.

При осмотре ЛОР-органов у всех пациентов присутствовали изменения слизистой оболочки гортани в виде гиперемии, утолщения её в области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного отдела, задней стенки гипофаринкса. Нередко эти проявления распространялись на заднюю треть голосовых складок, где можно было отметить вязкую мокроту, хотя передние 2/3 голосовых складок и подскладочный отдел гортани оставались интактными. При фонации у всех пациентов четко прослеживалось несмыкание голосовых складок в задних отделах разной степени выраженности. Т. е. выявлялось наличие функциональной дисфонии на фоне хронического фарингита, заднего ларингита.

При проведении рентгенологического исследования пищевода отмечалось замедление прохождения бария по пищеводу, обратный заброс желудочного содержимого в пищевод, часто выявлялась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Фиброэзофагоскопия выявляла признаки катарального эзофагита, зияние кардиального отдела желудка, поверхностный гастро-



дуоденит. Манометрическое исследование пищеводных сфинктеров выявляло их недостаточность, усиливающуюся в горизонтальном положении, снижение гастроэзофагеального градиента. Суточное мониторирование внутрипищеводного pH определяло количество и длительность у больных эпизодов кислотного и щелочного гастроэзофагеального рефлюксов, повышение индекса ДеМеестра (отмечает уровень физиологического пищеводного рефлюкса). На основании проведенного комплексного обследования верифицировалось наличие у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Полисомнография – комплексная методика мониторинга различных функций организма во время сна. Является основным методом в сомнологии – ее «золотым стандартом». Представляет собой синхронную регистрацию во время сна следующих параметров: электроэнцефалограммы, электроокулограммы, подбородочной электромиограммы, электрокардиограммы, ороназального воздушного потока, дыхательных движений живота и грудной клетки, уровня насыщения гемоглобина кислородом (сатурация кислорода), частотных характеристик храпа и пульса, положения тела и двигательной активности пациента. Результаты исследования дают очень точную картину различных нарушений, возникающих во время сна: выявляются наличие, частота, длительность эпизодов апноэ, сопровождающие их нарушения сердечного ритма и снижение насыщения крови кислородом, а также соотношение всех этих феноменов с фазами сна. При проведении полисомнографии у всех больных выявился храп во время сна, сопровождающийся периодами затруднения, и зачастую остановки дыхания, что позволяло поставить диагноз синдрома обструктивного апноэ во время сна.

В результате комплексного обследования больных с хроническим фаринголарингитом был поставлен диагноз: синдром обструктивного апноэ сна, ассоциированный с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

По поводу гастроэзофагеального рефлюкса всем больным было назначено лечение гастроэнтерологом. Параллельно с этим проводился патогенетически обоснованный комплекс лечебных мероприятий, включающих в себя:

- назначение голосового режима, отказ от курения;
- диета, ограничение приема алкогольных напитков;
- небулайзеротерапия с антигистаминными, противовоспалительными препаратами, витаминами;
- комплекс фонопедических упражнений;
- физиолечение.

Осмотр ЛОР-органов показал положительную динамику у 13 (100%) больных, заключающуюся в нормализации структуры слизистой оболочки глотки, гортани, полном смыкании голосовых складок при фонации. Это мы объяснили прекращением прямого раздражающего действия кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку при забросе его из пищевода, нормализацией дыхания и структуры сна.

При проведении контрольного рентгенологического исследования пищевода отмечалась нормализация динамики прохождения бария по пищеводу, отсутствие обратного заброса желудочного содержимого в пищевод. Фиброэзофагоскопия выявляла отсутствие признаков катарального эзофагита, нормализацию работы кардиального отдела желудка, поверхностный гастродуоденит. Манометрическое исследование выявляло нормальную работу пищеводных сфинктеров, восстановление гастроэзофагеального градиента. Суточное мониторирование внутрипищеводного pH определяло уменьшение количества эпизодов кислотного и щелочного гастроэзофагеального рефлюксов, снижение индекса ДеМеестра. Т. е. определялась положительная динамика на фоне лечения со стороны гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

При проведении полисомнографии у больных выявлялся эпизодический храп во время сна, без периодов затруднения, остановки дыхания, что позволяло поставить диагноз: неосложненный храп во время сна, т. е. определялась положительная динамика со стороны синдрома обструктивного апноэ во время сна.



Анализируя вышесказанное, можно сделать следующие **выводы:**

Таким образом, проведение больному этиопатогенетически обоснованного комплекса лечебных мер оториноларингологом, гастроэнтерологом и сомнологом позволяет получить положительный терапевтический эффект у 100% пациентов с нарушениями голоса сочетанными с синдромом обструктивного ночного апноэ во время сна ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэзофагеальный и фаринголарингеальный рефлюкс. / И. Е. Погосова, Т. Г. Завикторина, Ю. А. Солдатский и др. // Вестн. оторинолар. 2007; 5: 83–87.
2. Field SK. Gastroesophageal reflux and asthma: are they related? /S. K. Field. //J. Asthma 1999; 36:631–644
3. Gastroesophageal reflux in patients with sleep apnea syndrome. / K. I. Graf, M. Karaus, S. Heinemann, et al. / /Z Gastroenterol 1995; 33:689–693
4. Increase in gastroesophageal reflux during methacholine-induced bronchospasm. / D. W. Moote, D. A Lloyd, D. R., McCourtie et al. // J Allergy Clin Immunol 1986; 78:619–623.
5. Nasal CPAP reduces gastroesophageal reflux in obstructive sleep apnea syndrome. /P. Kerr et al. //Chest 1992, 101:1539–1544.
6. Prevalence of oesophagitis in asthmatics. / S. J. Sontag, T. G. Schnell, T. Q. Miller et al. //Gut 1992; 33:872–876

УДК: 616. 284–003. 2–08–039. 76

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Н. А. Милешина, В. В. Володькина

*ФГУ Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования,
г. Москва*

(Директор – проф. Г. А. Таварткиладзе)

Хронический экссудативный средний отит (ХЭСО) является частой причиной нарушения слуха у детей (2). В тяжелых случаях заболевание вызывает такие изменения среднего уха как атрофия, ретракция барабанной перепонки, адгезивный средний отит, холестеатома барабанной полости и т. д.

В патогенезе заболевания основная роль отводится нарушению функции слуховой трубы, особенно у детей, в анамнезе у которых отсутствуют сведения о недавно перенесенном остром среднем отите. Считается, что ХЭСО является следствием высокого отрицательного давления в среднем ухе из-за функциональной или механической обструкции слуховой трубы (1, 4). Функциональная обструкция, в основном, объясняет возрастную предрасположенность детей к ХЭСО. Причиной механической обструкции слуховой трубы может быть воспаление слуховой трубы и вторичный отек (потенциально воспаление провоцируется вирусной инфекцией верхних дыхательных путей) или механическая обструкция, наиболее часто свойственна гипертрофии аденоидных вегетаций, реже врожденным назофарингиальным кистам, ювенильной ангиофиброме или опухолевыми процессами в глотке (6).

В течение 25 лет в Дании проводили исследования слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей, сравнивая со слизистой оболочкой среднего уха у больных ХЭСО (8). Авторам удалось продемонстрировать, что в начальной стадии заболевания плоский эпителий перерождается в секреторный, и формируются слизистые железы в барабанной полости. В периоде накопления секрета в среднем ухе развивается патологически высокая плотность бокаловидных клеток и слизистых желез во всех полостях среднего уха. В дегенеративной стадии продукция секрета ослабевает благодаря дегенерации желез, и слизистая оболочка постепенно нормализуется.