



УДК: 616. 22-006. 327

РОЛЬ ФАРИНГОЛАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В ТЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА**Л. Р. Кучерова****THE ROLE OF PHARYNGOLARYNGEAL REFLUX IN RECURRENT RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS****L. R. Kucherova***ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

Рецидивирующий респираторный папилломатоз это индуцированное вирусом папилломы человека (ВПЧ) доброкачественное заболевание. Факторы, приводящие, к активации вируса многочисленны и до конца не установлены. Одним из таких триггеров может быть экстраэзофагальный рефлюкс. В статье рассматривается роль фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР) на течение рецидивирующего папилломатоза гортани. Обследованы 21 пациент: 7 больных с ювенильной формой заболевания, 14 больных с взрослой формой. При проведении фиброларингоскопии у 18 больных были выявлены признаки ФЛР. Приводятся клинические наблюдения рецидива заболевания на фоне рефлюкс-синдрома.

Ключевые слова: папилломатоз гортани, фаринголарингеальный рефлюкс, ГЭРБ.

Библиография: 12 источников.

Recurrent respiratory papillomatosis (RRP) is a benign infectious disease which is caused by the human papilloma virus (HPV). The factors which lead to virus activation have not been identified, however, gastroesophageal reflux disease (GERD) has been suggested as one of these factors. The article examines the role of pharyngolaryngeal reflux in recurrent respiratory papillomatosis progress. 21 patients were examined: 7 patients with juvenile onset disease, 14 patients with adult-onset disease. Symptoms of pharyngolaryngeal reflux were found in 18 patients during fibrolaryngoscopy.

Key words: laryngeal papillomatosis, pharyngolaryngeal reflux, GERD.

Bibliography: 12 sources.

Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) остается сложной проблемой практической ларингологии. Несмотря на то, что папилломы являются доброкачественными образованиями, РРП относится к потенциально смертельным заболеваниям из-за возможности дыхательной обструкции и риска малигнизации папиллом. Наиболее часто в патологический процесс вовлекается гортань [7]. Папилломатоз гортани может дебютировать в любом возрасте, от периода новорожденности до глубокой старости. Ювенильный папилломатоз наиболее часто возникает в возрасте от 2 до 5 лет, а папилломатоз взрослых – от 20 до 40 лет [3]. Течение заболевания очень вариабельно; в одних случаях наблюдается спонтанная ремиссия, в других агрессивный рост папиллом с частыми рецидивами и многочисленными оперативными вмешательствами. Рецидивирование папиллом связывают с присутствием вируса в морфологически здоровом эпителии. А факторы, приводящие, к активации вируса до конца не выяснены. Особую роль в частоте рецидивирования, тяжести течения заболевания и развитии послеоперационных осложнений играет рефлюкс-синдром.

В настоящее время ЛОР-общественностью широко дискутируются проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), что связано с клинической значимостью и распространенностью этой патологии по всему миру. Среди жителей различных регионов России распространенность ГЭРБ составляет до 40–60% [6].

Под термином «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» понимают клинический симптомокомплекс, возникающий в результате заброса содержимого желудка в пищевод, вне зависимости от того, возникают при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет [5].



Клинические проявления ГЭРБ весьма разнообразны и многочисленны. Принято выделять пищеводные и экстрапищеводные симптомы [6]. Существование экстрапищеводных (атипичных) проявлений этой болезни впервые признали в октябре 1997 г. на конгрессе в Бельгии и выделили бронхолегочные, кардиальные, стоматологические и отоларингологические формы [1].

К пищеводным симптомам относят: изжогу, отрыжку, срыгивание, боль в эпигастральной области или за грудиной, дисфагию, одиофагию (болезненное прохождение пищи через пищевод). Изжога – наиболее характерный симптом, встречающийся у 83% больных и возникающий вследствие длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4$) желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода [4, 6], выявлено, что у 50% пациентов ее не наблюдается, но, тем не менее, при обследовании подтверждается наличие ГЭРБ. По данным S. L. Sontag (2000) у 50% пациентов с атипичными проявлениями рефлюкса изредка наблюдается изжога, которую они не связывают с проявлением и основной причиной заболевания [2].

Отоларингологические симптомы ГЭРБ многочисленны и разнообразны. У большинства больных наблюдаются характерные для ЛОР-патологии жалобы, не поддающиеся стандартной терапии. При этом у этих больных отсутствуют типичные жалобы на изжогу, отрыжку и др., которые позволяют заподозрить ГЭРБ. Это связано с наличием фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР), являющегося экстрапищеводной формой ГЭРБ. Этот термин был принят Американской академией отоларингологии – хирургии головы и шеи в 2002 г. [5].

Фаринголарингеальный рефлюкс характеризуется выраженными изменениями со стороны гортани и трахеи и минимальными изменениями со стороны пищевода. Следует отметить, что отсутствие изменений слизистой оболочки пищевода, в том числе и эндоскопических, не исключает рефлюкс-ассоциированных изменений в глотке и гортани.

Основными причинами возникновения оториноларингологической симптоматики связывают с двумя механизмами.

1. Прямое патологическое воздействие рефлюксата на слизистую оболочку гортани, вследствие более низкого содержания фермента – карбоангидразы, чем в пищеводе. В результате кислое содержимое желудка и пепсин, находясь в глотке и гортани, значительно дольше инактивируются. Это обстоятельство и является причиной относительной редкой встречаемости изжоги у пациентов с атипичными проявлениями рефлюкса.
2. Стимуляция хеморецепторов дистального отдела пищевода с развитием ваго-вагального рефлекса. [1, 6, 12].

Раздражение рефлексогенных зон отделов гортани кислым секретом способствует спастической реакции гортани, развитию воспаления слизистой оболочки [4]. Таким образом, хронический, даже субклинический заброс кислого содержимого в гортаноглотку приводит к постоянному раздражению слизистой оболочки гортани, способствуя альтерации эпителия с последующей активацией пролиферативных процессов в гортани.

Цель данной работы оценить влияние рефлюкс-синдрома на течение и частоту рецидивирующего респираторного папилломатоза.

Пациенты и методы

В клинике отоларингологии СПбГМУ имени академика И. П. Павлова за период с 2008 г. по 2010 г. под наблюдением находился 21 больной с рецидивирующим папилломатозом гортани в возрасте от 21 до 59 лет. Из них 7 мужчин и 14 женщин.

Среди больных преобладали пациенты с длительным анамнезом, неоднократно перенесшие оперативные вмешательства. Ювенильная форма папилломатоза с продолжением заболевания во взрослом возрасте отмечена у 7 больных, взрослая форма – у 14 больных. У 4 больных наблюдалось сочетание папилломатоза гортани и трахеи, у 1 больного диагностирован только папилломатоз трахеи. В 1 случае заболевание было диагностировано впервые, остальные 20 человек перенесли до поступления в клинику от 2 до 100 операций при помощи традиционных хирургических методик под местной или общей анестезией. Длительность межрецидивного периода составила от 2 до 8 месяцев. Диагноз был подтвержден гистологически у всех больных.

Всем больным, помимо общеклинических методов исследования, выполняли видеофибrolарингоскопию, 16 больным проведено лазерное эндоскопическое удаление папиллом гортани. 18 больных получали антирефлюксную терапию, включающую соблюдение диеты и режима питания, ингибиторы протонной помпы, гастропротекторы.

Результаты исследования

При сборе анамнеза у 7 больных имелись жалобы на отрыжку, периодическую изжогу. По результатам ФГДС у 2 больных выявлен хронический гастрит, гастродуоденит, в 1 случае язва желудка и 12 перстной кишки, у 1 больного обнаружена слабость кардиального жома, эрозивный рефлюкс эзофагит.

По результатам фибrolарингоскопии у 18 больных выявлены следующие признаки заброса кислого содержимого в гортаноглотку: отек и гиперемия черпаловидных хрящей и межчерпаловидной области, складчатость слизистой оболочки между черпаловидными хрящами. Также отмечали отечность вестибулярных и истинных голосовых складок.

Среди обследованных пациентов ограниченная форма папилломатоза наблюдалась у 6 больных (поражена одна голосовая складка–5; у 1 – только трахея). У остальных 15 больных имелась распространенная форма заболевания. Среди них у 3 человек выявлены рубцовые мембраны в области передней комиссуры, поражение надгортанника наблюдалось у 5 больных, в 4 случаях в патологический процесс вовлекалась трахея. Наиболее часто папилломы располагались в передних отделах голосовых складок – 71%. В 50% в области передней комиссуры. В 19 % папилломы располагались в области средней и задней трети гортани.

Приводим следующие клинические наблюдения:

Больной П., 23 лет впервые поступил в клинику оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в декабре 2009 г. с жалобами на осиплость с сентября 2009 г. Впервые изменения голоса отметил в апреле 2009г. Диагностирован папилломатоз гортани, произведено удаление папиллом в условиях местной анестезии. При осмотре в нашей клинике в гортани: в области передней комиссуры и на левой голосовой складке в передней трети определяются папилломатозные массы. Выполнено лазерное удаление папиллом гортани с последующим курсом противорецидивной терапии с назначением антирефлюксных препаратов, диеты и режима питания. Рецидив заболевания в марте 2010г. При осмотре папилломы располагаются в области передней комиссуры. При расспросе выяснилось, что после проведенного курса лечения больной не соблюдал рекомендованного режима питания и не придерживался диеты.

Больная П., 24 лет страдает рецидивирующим папилломатозом гортани с 20 лет. С 2006 по 2008 г. г. произведено удаление папиллом гортани: первый раз под местной анестезией, последующие 2 раза в условиях наркоза. Ухудшение голоса с осени 2008г., не лечилась. При осмотре в мае 2009г. в передней трети на медиальной поверхности обеих голосовых складок определяются папилломы (справа до 4мм в диаметре, слева до 2мм). Выполнено лазерное удаление папиллом гортани. На вторые сутки послеоперационного периода больная отметила однократную рвоту кислым содержимым. При осмотре на третьи сутки в гортани выявлена яркая гиперемия и отечность слизистой оболочки области передних и задних отделов голосовых складок. На 4 сутки после операции в области передней комиссуры начала формироваться фибриновая спайка. Больной проведена антирефлюксная, местная и общая противовоспалительная терапия с положительным результатом. При осмотре на 22 сутки после операции папилломы не определяются, передняя комиссура свободна. Рецидив заболевания в сентябре 2009 г. на фоне жалоб на периодическую изжогу. Больной проведен курс иммуномодулирующей терапии с одновременным курсом противорефлюксного лечения, на фоне которого папилломы несколько уменьшились в размерах. Рекомендовано соблюдение диеты и режима питания. При повторном осмотре в октябре 2010г. роста новых папиллом нет.

Обсуждение

Тяжесть течения папилломатоза гортани, частота рецидивирования по данным литературы зависят не столько от типа вируса, сколько от особенностей макроорганизма, особенно от наличия сопутствующих соматических заболеваний.



Повышенный интерес клиницистов к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни связан не только с тенденцией к увеличению частоты заболевания и утяжелением его течения, но и с наличием большого количества проявлений со стороны ЛОР-органов. По результатам исследований, проведенных R. J. Toohill et al (1990) от 4 до 10% случаев хронических ЛОР-заболеваний, причиной является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [8, 12]. Кроме того, Н. El-Serag и А. Sonnenberg (1997) в своих работах доказали, что частота ЛОР-патологии в 2 раза выше в случаях доказанной ГЭРБ [2]

Г. Warkowski и соавт. в 1999 г. в своей работе впервые предположили корреляцию между рецидивирующим папилломатозом гортани и рефлюкс – синдромом, показывая, что контроль заброса кислого содержимого привело к снижению роста гортанных папиллом [9]. Учитывая анамнез и результаты клинической картины, первый клинический случай наглядно показывает значение рефлюкса на течение и частоту рецидивирования папиллом. Несмотря на проведенную активную противовирусную и иммуномодулирующую терапию наблюдался активный рост папиллом и сокращение периода ремиссии до 2,5 месяцев. Отказ пациентом от соблюдения диеты и режима питания после комплексно противорецидивной терапии сводит эффективность лечения к минимальному значению. Формирование у пациентов «пищевого поведения» позволит контролировать рефлюкс-синдром, что, в свою очередь, приведет к снижению частоты рецидивирования папиллом гортани.

Исследования J. A. Koufman et al (2000) показали, что в группе пациентов с заболеваниями гортани или голоса в 50% и даже в 88% у пациентов с неопластическими изменениями обнаруживается ларингофарингеальный рефлюкс [10, 12].

Примечателен второй клинический случай, где в раннем послеоперационном периоде на фоне однократной рвоты начинает формироваться спайка в области передней комиссуры. В данном случае, по-видимому, однократного воздействия агрессивного желудочного содержимого было достаточно для создания химического ожога слизистой оболочки гортани, что привело к дополнительному ее повреждению и способствовало развитию рубцовых осложнений. Согласно данным литературы рефлюкс-синдром может приводить к повышению уровня осложнений после проведения хирургических манипуляций на разных отделах верхних дыхательных путей, таких как хоанальная атрезия и стеноз подголосового отдела с развитием рестенозирования [11]. В. W. Holland и соавт., в 2002г. провели исследования, в котором разделили 20 пациентов с рецидивирующим папилломатозом гортани на 2 группы. Одна группа получала антирефлюксную терапию, другая нет. В результате у больных первой группы наблюдалось статистически значимое снижение осложнений в послеоперационном периоде [9]. По мнению М. С. Плужникова и соавт. (2005) у больных с заболеваниями гортани и подозрением на рефлюксную их природу показана антацидная терапия даже при отсутствии органической патологии желудка [4].

Заключение

По нашему мнению фаринголарингеальный рефлюкс играет важную роль в клиническом течении рецидивирующего папилломатоза гортани, а в комплекс адекватной терапии в послеоперационном периоде целесообразно включать антирефлюксную медикаментозную терапию, диету и режим питания. Такая тактика позволит повысить эффективность этиопатогенетической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокорина В. Э. Методика лечения оториноларингологической формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Мат. межрегиональной науч. -практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока «Перспективы научно-практической оториноларингологии». – Благовещенск, 2010. – С. 173–177.
2. Немых О. В. Роль фаринголарингеального рефлюкса в патогенезе хронического ларингита // Рос. оторинолар. – 2006. – N 1. – С. 13–15.
3. Папилломавирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение / В. А. Молочков [и др.]. Пособие для врачей. М.: Издательский дом «Русский врач». 2004. 44с.
4. М. С. Плужников, С. А. Карпищенко, М. А. Рябова. Контактная лазерная фонохирургия. – СПб: Эскулап, 2005. – 110 с.

5. Садииков И. С., Лопатин А. С. Фаринго-ларингеальный рефлюкс. [Электронный ресурс] // Конспект врача – № 75 (1166), 25.11.2005. <http://www.chtfoms.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=24341&Itemid=24> (27.10.2010)
6. Солдатский Ю. Л. Отоларингологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Болезни органов пищеварения. – 2007. – Том 9. – № 2. – с. 42–47.
7. Derkay C. S. Recurrent respiratory papillomatosis // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111. – P. 57–69.
8. El-Serag H. B., Sonnenberg A. comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans // Gastroenterology. – 1997. – V. 113. – P. 755–760.
9. Gastroesophageal reflux in patients with recurrent laryngeal papillomatosis / S. S. Pignatari [et al.] // Rev. Bras. Otorrinolaringol. – 2007. – vol. 73, №. 2. – P. 210–214.
10. Koufmann J. A., Amin M. R., Panetti M. 2000 Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders // Otolaryngol-Head Neck-Surgery 123: 385–388.
11. Laryngopharyngeal reflux and laryngeal web formation in patients with pediatric recurrent respiratory papillomas / B. W. Holland [et al.] // Laryngoscope. – 2002. – Vol. 112. – P. 1926–1929
12. Sataloff R. T. Laryngopharyngeal reflux and voice disorders: an overview on disease mechanisms, treatments, and research // Advances Discovery Medicine – 2010. – 10(52). – P. 213–224.

Кучерова Любовь Рустемовна – очный аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. 197022, СПб.: ул. Льва Толстого 6/8, телефон 8-921-310-36-88

УДК: 616. 283. 1–089. 843: 614. 2

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛОР ЦЕНТРОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С. В. Левин, С. Б. Сугарова, В. Е. Кузовков

COOPERATION OF ENT CENTERS PROVIDING HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL AID

S. V. Levin, S. B. Sugarova, V. E. Kuzovkov

ФГУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России (Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

В работе показано применение на практике взаимодействия между СПб НИИ ЛОР и Красноярским медицинским университетом. Предлагается концепция удаленной долговременной поддержки пациентов с кохлеарными имплантами. Для решения проблемы удаленности пациентов от центров кохлеарной имплантации и увеличивающегося числа пациентов применены телемедицинские технологии. Приводятся схемы проведения удаленного отбора пациентов, интраоперационного тестирования кохлеарных имплантов, удаленной настройки пациентов, программно-аппаратного обеспечения, а также опыт проведения телеконференций для специалистов и родителей пациентов.

Ключевые слова: удаленная поддержка, кохлеарная имплантация, удаленная настройка, телемедицина, телеконференция.

Библиография: 7 источников.

This article highlights cases of practical cooperation of St. Petersburg ENT and Speech Research Institute and Krasnoyarsk Medical University. The concept of remote long-term support of the patients with cochlear implants consists of remote candidacy; remote intraoperative support, including implant telemetry, the electrical stapedial reflex testing (eSRT), auditory response telemetry (ART) and surgical on-line consultation; and postoperative follow up: remote fitting, remote speech therapy and on-line workshops for the specialists and/or parents. The use of telemedicine interactive technologies allowed to overcome the problem of increasing number of patients and long distance from the CI centre. Soft and hardware aspects are discussed.