

Таким образом, решающими методами обследования, позволившими диагностировать экссудативную энтеропатию, явились фиброгастродуоденоскопия и дуоденобиопсия. Для лечения необходимы тщательный подбор дозы преднизолона, белковые препараты, строгое соблюдение агладиновой диеты.

УДК 616.225.4/6—007.274—053.2—055

#### **Х.А. Алиметов (Казань). Узелки голосовых складок у взрослых и детей**

Чистый и полноценный голос является отражением здоровья и внутренней гармонии человека. Одной из причин расстройств голоса являются узелки голосовых складок. Они образуются на границе между передней и средней 1/3 голосовой складки, примерно посередине ее рабочей части, в месте наибольшей амплитуды при фонаторных колебаниях.

В литературе имеются сообщения о связи их образования с гипотонусной формой дисфонии, когда во время фонации в месте наибольшей амплитуды расслабленные голосовые складки травмируют слизистую противоположной стороны. Гиперемия слизистой и скопление слизи на этом месте в последующем приводят к разрастанию соединительной ткани и формированию узелков. В литературе это заболевание обозначено терминами “узелки певцов”, “узелки крикунов”, “узелки голосовых складок”. Последний термин используется во всем мире.

Нами обследованы 70 больных (8 детей и 62 взрослых) с узелками голосовых складок. Обследование включало пальпацию контуров гортани и органов шеи, непрямую ларингоскопию, прямую опорную микроларингоскопию, стробоскопию, электромиографию (ЭМГ) передних мышц гортани и шеи, регулирующих напряжение и расслабление голосовых складок, консультацию терапевта, эндокринолога, невропатолога, рентгенографию шейного отдела позвоночника. ЭМГ у детей не всегда удавалось произвести из-за технических сложностей.

Результаты ЭМГ исследования показали, что узелки голосовых складок формируются не только при гипотонусной форме дискинезии, но и при их перенапряжении (гипертонусная форма). Гипотонусная форма дискинезии гортани была диагностирована у 42 из 62 взрослых больных, гипертонусная — у 20. Голосовая нагрузка у всех больных была чрезмерной, в том числе у детей: родители отмечали, что они много кричат, разговаривают, плачут. При гипотонусной форме дискинезии пальпаторно определялись напряжение мышц, прикрепляемых к подъязычной кос-

ти, резкое сокращение щитоподъязычного расстояния, болезненные мышечные уплотнения (БМУ, триггеры) в верхней группе передних мышц гортани (щитоподъязычной, щитоглоточной), поворот, смещение и отклонение гортани от нормы в горизонтальной, фронтальной и сагиттальной плоскостях.

При гипертонусной форме дискинезии гортани отмечались резкое сокращение перстнещитовидного расстояния, напряжение и болезненность нижней группы передних мышц гортани (грудинощитовидной, перстнещитовидной), наличие в них БМУ.

Неврологическое и рентгенологическое исследование выявили у 51 взрослого больного шейный остеохондроз. Известно, что на фоне последнего патологическая импульсация из пораженных позвоночно-двигательных сегментов формирует в зоне их иннервации симптомокомплекс миофиксации. Его распространенность и полный или частичный охват им гортани обуславливает конкретную форму дискинезии — вестибулярную, гипотонусную, смешанную, гипертонусную, спастическую.

В детском возрасте технически трудно определить и документировать наличие той или иной формы миофиксации и соответственно дискинезии гортани. О ней мы судили по косвенным признакам: резком сокращении щитоподъязычного расстояния, болезненности при пальпации мышц. По свидетельству родителей, у 4 из 8 детей была родовая травма шейного отдела позвоночника.

При ларингоскопии у всех обследованных были выявлены узелки голосовых складок, расположенные в типичном месте. Для точной их локализации удобно условно разделить голосовую складку от передней комиссуры до голосового отростка черпаловидного хряща на 5 отрезков. Узелки чаще обнаруживались на границе между 2 и 3-м отрезками рабочей части голосовой складки. У 48 больных они были одинаковыми по величине с обеих сторон, у остальных — разными.

В начальных стадиях заболевания, когда имеются отек слизистой и скопление слизи в типичном месте голосовых складок, необходим голосовой покой. При оформившихся узлах голосовых складок требуется хирургическое лечение, заключающееся в удалении их в пределах слизистой оболочки. Продолжающаяся голосовая нагрузка в прежнем режиме может привести к рецидиву заболевания. Так, 18 больных из 70 были повторно прооперированы по поводу рецидива узелков голосовых складок. С целью предупреждения их рецидива лицам голосо-речевых профессий следует ограничить голосовую нагрузку.