

Актуальные проблемы лечения заболеваний лор-органов

Ю.Л. Солдатский

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Заболевания гортани

АВТОР ЗАВЕРШАЕТ СЕРИЮ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ. В СТАТЬЕ РАССМАТРИВАЮТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ — ЛАРИНГИТ, РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ, А ТАКЖЕ ПРИОБРЕТЕННЫЕ СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЕТСЯ ПРОБЛЕМАМ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННОЙ АППАРАТУРЫ И ВЫБОРА АДЕКВАТНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТАКИХ БОЛЬНЫХ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ, РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ, ПРИОБРЕТЕННЫЕ СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

28



Ведущий рубрики:

Солдатский Юрий Львович,

доктор медицинских наук, профессор,
ведущий научный сотрудник Научной
группы НИЦ при кафедре болезней уха,
горла и носа ММА им. И.М. Сеченова
Адрес: 107014, Москва,
ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3,
тел. (495) 268-83-26

Статья поступила 10.12.2007 г.,
принята к печати 07.04.2008 г.

Хронический ларингит является одним из наиболее распространенных заболеваний гортани среди различных возрастных групп. К развитию хронического ларингита приводит множество причин: повторные или недолеченные острые ларингиты; длительные голосовые нагрузки; частые простудные заболевания; длительное дыхание через рот; длительный сухой кашель и др.

Основным клиническим симптомом хронического ларингита является дисфония, степень выраженности которой варьирует от небольшой охриплости, появляющейся после голосовой нагрузки, до афонии. Кроме того, больные предъявляют жалобы на кашель, интенсивность которого зависит от количества мокроты, ощущение инородного тела или раздражения в области гортани. Общее состояние больного, дыхание не нарушены.

Клинически выделяют три основные формы хронического ларингита: катаральный, гипертрофический и атрофический.

Хронический катаральный ларингит является наиболее легкой формой заболевания. Клинически проявляется стойкой охриплостью и навязчивым кашлем с выделением вязкой слизистой мокроты, особенно по утрам. Степень выраженности охриплости в течение суток может изменяться, вплоть до афонии. При эндоскопии обнаруживают гиперемию слизистой оболочки всех отделов гортани, инфильтрацию или отек голосовых складок, на поверхности голосовых складок или в межчерпаловидной области — скопления слизи.

Лечение включает голосовой, пищевой режим, устранение вредного воздействия пыли. Показаны теплые щелочные, масляные (персиковое, абрикосовое, ментоловое масла) ингаляции. При обострении заболевания дополнительно применяют аэрозоли антибиотиков. Детям старшего возраста производят вливания в гортань растворов антибиотиков, масел при помощи специального гортанного шприца. **Детям младшего возраста внутригортанные инсуффляции противопоказаны из-за возможности развития ларингоспазма и асфиксии.** Вливание в

Окончание. Начало в журнале «Педиатрическая фармакология» 2007, Т. 4, № 6.

Yu.L. Soldatsky

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

Larynx diseases

THE AUTHOR COMPLETES A SERIES OF PUBLICATIONS DEVOTED TO THE PATHOLOGY OF THE UPPER RESPIRATORY PASSAGES AMONG CHILDREN. THE ARTICLE HIGHLIGHTS THE CHRONIC PATHOLOGY OF LARYNX AND TRACHEA — LARYNGITIS, RELAPSING RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS, AS WELL AS ACQUIRED LARYNGOSTENOSIS AND SCABBARD TRACHEAE. SPECIAL ATTENTION IS GIVEN TO THE PROBLEMS OF THE MODERN DIAGNOSTICS ASSISTED BY THE UP-TO-DATE EQUIPMENT AND CHOICE OF THE ADEQUATE TACTICS FOR THE TREATMENT OF SUCH PATIENTS.

KEY WORDS: CHRONIC LARYNGITIS, RELAPSING RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS, ACQUIRED LARYNGOSTENOSIS AND SCABBARD TRACHEAE, DIAGNOSTICS, TREATMENT.

гортань производят при фонации звука «и... и... и...», при этом лекарственный препарат попадает на голосовые складки и при возникающем рефлекторном кашле разбрызгивается в полости гортани.

Хронический гиперпластический (гипертрофический) ларингит может быть как диффузным, так и ограниченным (узелки голосовых складок [певческие узелки, узелки «крикунов»]) (рис. 1). При диффузной форме слизистая оболочка гортани равномерно утолщается, наиболее заметно — в области голосовых складок; при эндоскопии слизистая оболочка серого или красновато-серого цвета; выявляется выраженная инъекция сосудов. Голосовые складки могут быть прикрыты вестибулярными. Увеличение размеров голосовых складок, утолщение их свободного края приводят к стойкой охриплости.

Узелки голосовых складок формируются вследствие сильного смыкания голосовых складок на границе их передней и средней трети при интенсивной голосовой нагрузке. Приблизительно у 2/3 больных они двусторонние, у остальных — локализируются с одной стороны. Узелки развиваются постепенно: вначале появляется локальная гиперемия свободного края голосовой складки и расширение сосудов подслизистого слоя; затем края голосовых складок утолщаются и набухают («мягкие узелки»); в последующем развивается узелок из фибринозной ткани («твердые узелки»). Размер узелков варьирует от мельчайших до 2 мм в диаметре. Степень охриплости зависит от размера узелков: маленькие узелки могут протекать бессимптомно, при больших узелках образуется щель между голосовыми складками, что приводит к выраженной охриплости.

Лечение включает голосовой и пищевой режим, щелочные, масляные ингаляции, ингаляции кортикостероидных препаратов. «Мягкие» узелки голосовых складок удалять не рекомендуется, т.к. при соблюдении голосового режима они самостоятельно рассасываются. «Твердые» узелки у детей старшего возраста удаляют под наркозом на толщину эпителиального покрова под контролем микроларингоскопии при помощи микроинструментов или лазера.

Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) [ювенильный респираторный папилломатоз; папилломатоз гортани] — наиболее распространенная доброкачественная опухоль гортани. В детском возрасте заболевание может привести к асфиксии в связи с бурным ростом, частым рецидивированием и локализацией в самом узком месте дыхательных путей.

РРП может возникнуть в любом возрасте, однако начальные признаки заболевания у 87% больных развиваются в течение первых 5 лет жизни. Отечественная статистика не располагает достоверными сведениями относительно распространенности РРП. Однако, по данным национальной медицинской службы США, в этой стране ежегодно регистрируется приблизительно 2 350 новых случаев заболевания у детей (0,6–4,3 на 100 тыс. населения) и 3 600 случаев — у взрослых (1,6–3,8 на 100 тыс. населения) [1].

Этиологическим фактором развития папилломатоза кожи и слизистых оболочек является вирус папилломы человека (ВПЧ), обычно 11-го и/или 6-го типа [2]. Первым симптомом заболевания является постепенно нарастающая (вплоть до афонии) охриплость. Без эндоскопического осмотра гортани первые симптомы заболевания, особенно у детей младшего возраста, могут ошибочно принимать за проявления острого ларингита; детям назначаются различные физиотерапевтические процедуры на область гортани, что ведет к быстрому прогрессированию симптомов. Нарушение дыхания является вторым симптомом заболевания и возникает на фоне уже имеющейся охриплости различной степени выраженности. Явления дыхательного стеноза имеют тенденцию к усилению; при неоказании своевременной помощи они могут про-

Рис. 1. Узелки голосовых складок. Эндофотография гортани во время эндоскопии под наркозом



Рис. 2. Рецидивирующий респираторный папилломатоз. Папилломы суживают просвет голосовой щели на 2/3. Эндофотография гортани во время эндоскопии под наркозом



грессировать вплоть до асфиксии. Чем меньше возраст ребенка, тем быстрее нарастают симптомы дыхательного стеноза, что связано с возрастными размерами гортани. Значительно реже отмечают персистирующий кашель или повторные респираторные инфекции. Временной интервал между появлением симптомов папилломатоза и его диагностикой разнообразен и может составлять месяцы, а иногда и годы, что зависит как от скорости роста папиллом, так и от возраста больного и опыта врачей.

Диагноз РРП в подавляющем большинстве случаев не вызывает затруднения. «Золотым стандартом» диагностики являются эндоскопия дыхательных путей при помощи фиброволоконной оптики и прямая микроларингоскопия под наркозом, позволяющие дифференцировать РРП от других заболеваний уже на первых этапах заболевания у больных любого возраста, разумеется, с последующей гистологической верификацией диагноза. При эндоскопии папилломы бледно-розового цвета, иногда — с сероватым оттенком с типичной неровной мелкозернистой или мелкодольчатой поверхностью, напоминающей тутовую ягоду, кисть винограда или петушиный гребень (рис. 2). Обычно папилломы имеют широкое основание, однако в ряде случаев растут конгломератом «на ножке»; в последнем случае возможно их бал-

лотирование, вызывающее пароксизмы кашля. Наиболее частой первичной локализацией папиллом гортани является область комиссуры и передней трети голосовых складок. На более поздних этапах заболевания папилломы могут распространяться на все отделы гортани, в том числе поражая надгортанник, черпаловидные хрящи, подскладочный отдел. Распространению папиллом в нижележащие отделы дыхательных путей могут способствовать высокая активность процесса, частые хирургические вмешательства, длительность заболевания; однако основной причиной папилломатоза трахеи, бронхов и легких является трахеотомия.

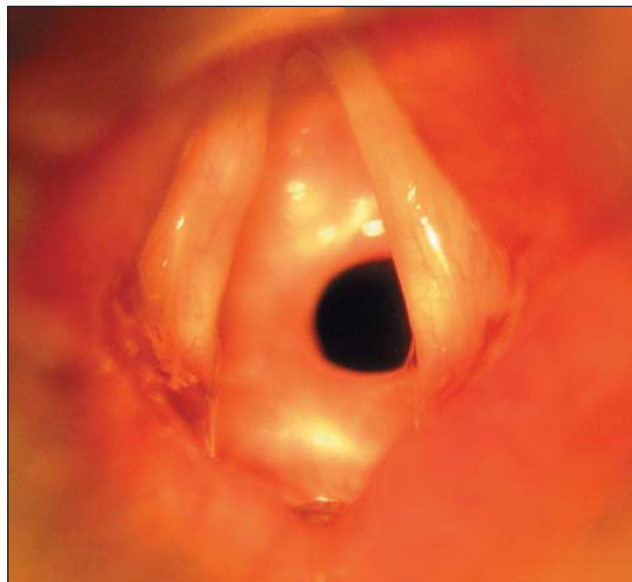
До настоящего времени не найдено радикального патогенетического метода лечения респираторного папилломатоза. Предложено свыше 50 разнообразных методик, но они эффективны не во всех случаях и имеют определенные недостатки. Принципиально методы лечения РРП можно разделить на две основные группы: хирургическое устранение папиллом и противорецидивная терапия; причем на практике у большинства больных применяется комплексное лечение РРП наряду с хирургическими, включающее те или иные противорецидивные методы.

Хирургическое устранение папиллом производят под наркозом: под контролем прямой ларингоскопии с использованием операционного микроскопа или ригидной оптики папилломы удаляют гортанными щипцами и/или хирургическим лазером. Противорецидивные методы лечения включают ингаляции проспидина; использование рекомбинантных интерферонов и индукторов синтеза интерферона; препараты индол-3-карбинола и др. Эффективность различных методик лечения, используемых как в виде монотерапии, так и в различных сочетаниях, составляет 50–70%.

Приобретенные гортанотрахеальные стенозы — сужение просвета дыхательных путей, которое может локализоваться в вестибулярном отделе гортани, на уровне голосовых складок, подскладочном отделе или в трахее и бывает как изолированным, так и сочетанным (на разных уровнях). Широко распространенный термин «подскладочный стеноз» часто используется (не всегда правомочно) как термин, описывающий стеноз любого отдела дыхательных путей. Это обстоятельство обусловлено тем, что рубцовое сужение наиболее часто локализуется в нижнем отделе гортани (уровень перстневидного хряща) (рис. 3). «Классическими» локализациями рубцового стеноза трахеи являются уровень трахеостомы, надувной манжетки и конца трахеотомической трубки.

Основной причиной приобретенных гортанотрахеальных стенозов является интубация трахеи (до 85–90% больных), проводимая по поводу острого стенозирующего ларинготрахеобронхита, черепно-мозговой травмы, операций и иных экстремальных ситуаций, требующих реанимационных мероприятий и искусственной вентиляции легких. **Приобретенный стеноз гортани и трахеи должен быть заподозрен в случае возникновения симптомов дыхательной обструкции после проведения любых типов вмешательств, требующих даже кратковременной интубации.** Повреждение тканей при интубации возникает в случае превышения давления интубационной трубки над капиллярным давлением в тканях гортани и трахеи, что вызывает ишемию с последующим развитием воспаления, отека, изъязвления слизистой оболочки и дальнейшим развитием хондроперихондрита и некроза. Ишемия возникает при использовании неадекватного раз-

Рис. 3. Концентрический рубец в подскладочном отделе гортани. Эндоефотография гортани во время эндоскопии под наркозом



мера интубационных и трахеотомических трубок, металлических и ригидных пластмассовых трахеотомических трубок, перераздувании манжеты интубационной или трахеотомической трубки.

Рентгенография гортани и трахеи в прямой и боковой проекциях позволяет определить основные анатомические структуры гортани, наличие воздушного столба и его возможную деформацию за счет патологического процесса. Фиброларингоскопия позволяет детально осмотреть все отделы гортани и трахеи. Ее можно выполнять как в процессе пред- и послеоперационного обследования, так и во время операции. «Золотым стандартом» в диагностике стеноза гортани и трахеи являются прямая микроларингоскопия и трахеобронхоскопия с использованием операционного микроскопа и оптических трубок, позволяющие точно оценить протяженность и степень стеноза, его характер и локализацию. Однако при эндоскопическом осмотре не всегда возможно определить протяженность стеноза, поэтому наиболее объективным при предоперационном обследовании является сочетание рентгенографического и эндоскопического методов исследования.

Протяженность зоны стеноза и степень сужения просвета дыхательных путей влияют как на выбор метода лечения, так и на его эффективность. **В случае сочетанного рубцового стеноза различных участков дыхательных путей (например — гортани и трахеи) лечение необходимо начинать с нижележащего отдела.** Стеноз I–II степени протяженностью до 1–1,5 см целесообразно устранять эндоскопически; при более выраженных и протяженных стенозах перспективнее использование операций наружным доступом. При этом если при стенозах гортани I–II степени удается деканюлировать до 100% больных, то при атрезии просвета эффективность лечения снижается до 65–75% деканюлированных больных (в том числе и после повторных операций); кроме того, чем короче стенозированный участок дыхательных путей, тем лучше результаты лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Derkay C.S. Task force in recurrent respiratory papillomatosis. A preliminary report // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. — 1995. — V. 121, № 12. — P. 1386–1391.
2. Овчинников Ю.М., Киселев В.И., Солдатский Ю.Л. и др. Распространенность типов вируса папилломы человека и их влияние

на течение заболевания у детей, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом // Вестник оторинолар. — 2004. — № 3. — С. 29–33.