

Отдаленные результаты комплексного лечения заболеваний гортани

В.Г. Троль¹, С.Л. Таптапова¹, Т.А. Сергеева¹, Л.А. Михайлова¹, Н.Г. Чучуева², В.С. Козлов²

¹ФГБУ «Поликлиника №3» УД Президента РФ,
²ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ

В работе проводилась оценка отдаленных результатов комплексного лечения заболеваний гортани различного генеза в амбулаторно-поликлинической практике. Под наблюдением находилось 102 пациента. Исследование включало анализ жалоб, анамнеза, оценку качества жизни на основании заполнения разработанной авторами анкеты, осмотр с проведением видеоларингоскопии. Восстановительное лечение включало дыхательную гимнастику (метод Э.Я. Золотарева) и фонопедические упражнения (метод С.Л. Таптаповой).

После проведения комплексного лечения отмечались улучшение фонационного дыхания, голосовой функции, нормализация слизистой голосовых складок, восстановление их подвижности. Вероятность рецидивов полипозных изменений голосовых складок снижалась. Согласно данным анкетирования, полностью здоровыми после лечения себя считали 21,6% пациентов, значительное улучшение отмечено у 53,9%, незначительное улучшение – у 19,6%, отсутствие улучшения – у 4,9%.

Раннее обращение больных с заболеваниями гортани позволяет добиться успеха в 84–93% случаев. Сочетание традиционного местного лечения с дыхательной гимнастикой и фонопедией сокращает сроки реабилитации.

Ключевые слова: комплексное лечение гортани, отдаленные результаты.

The present work analyzes long-term results of complex treatment of larynx diseases of various genesis in the out-patient and polyclinical practice. 102 patients were followed-up. Researchers have developed and analyzed special questionnaires filled-in by the patients which included their complaints, anamnesis, quality of life, examination with a videolaryngoscope. Rehabilitative therapy included breathing gymnastics (by Zorotareva technique) and phonopedic exercises (Taptapova technique).

After their complex treatment patients had better phonation breathing, better vocal function, normalized mucous in the vocal cords and their restored mobility. A risk for polypous changes in the vocal cords decreased. According to questionnaire findings 21.6% of patients considered themselves to be completely healthy; 53.9% had marked considerable improvement; 19.6% – little improvement; no improvement – 4.9%. Early visiting a doctor is the best way to have successful treatment in 84–93%. A combination of traditional topical therapy with breathing gymnastics and phonopedic exercises reduces term of rehabilitation.

Key words: larynx complex therapy, long-term results.

За последние годы значительно увеличилось число людей, для которых голос является не только средством общения, но и «средством производства», обеспечивающим заработок и самореализацию. Заболевания гортани практически всегда сопровождаются тем или иным нарушением голосовой функции, которое нередко сохраняется и после устранения патологического процесса. Соответственно, для восстановления трудоспособности при патологии гортани необходимо не только удалить новообразование или вылечить воспалительный процесс, но и восстановить голос, что особенно важно у лиц «голосовых профессий» [2, 7–9, 14].

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности лечебных и фонопедических мероприятий у больных, перенесших заболевание гортани и получивших полный курс комплексного лечения от 3 до 15 лет назад.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 102 пациента, из них 99 были трудоспособного возраста, а 3 лиц пенсионного возраста продолжали работать. Из них 87 человек проходили комплексное лечение 3–5 лет назад, 15 пациентов – от 5 до 15 лет назад. В табл. 1 и на рис. 1 представлено распределение больных по диагнозу. Так, паралич гортани был диагностирован у 15,6%, парез гортани – у 17,8%, хронический ларингит – у 16,6%, дисфония – у 10,9%, певческие узелки – у 13,7%, доброкачественные новообразования гортани – у 14,7%, контактные гранулемы – у 9,8%, папилломатоз гортани – у 1 больного (0,9%).

Для оценки эффективности проведенной терапии была разработана анкета, в которой пациентам предла-

галось оценить степень своей голосовой нагрузки, непосредственные результаты проведенного лечения, состояние голоса за период после проведенной терапии, динамику изменения голоса в сторону улучшения или ухудшения и вероятную причину данных изменений в последующие годы. Особое внимание в анкете было обращено на наличие или отсутствие вредных привычек (курение), а также на то, продолжает ли пациент работать по прежней

Таблица 1
Распределение больных по диагнозу

Диагноз		Количество больных	
		абс.	%
Паралич гортани:	односторонний	12	11,7
	двусторонний	4	3,9
Парез гортани:	односторонний	11	10,9
	двусторонний	7	6,8
Хронический ларингит		17	16,6
Дисфония		11	10,9
Певческие узелки		14	13,7
Доброкачественные новообразования гортани		15	14,7
Папилломатоз гортани		1	0,9
Контактные гранулемы гортани		10	9,8
В с е г о ...		102	100

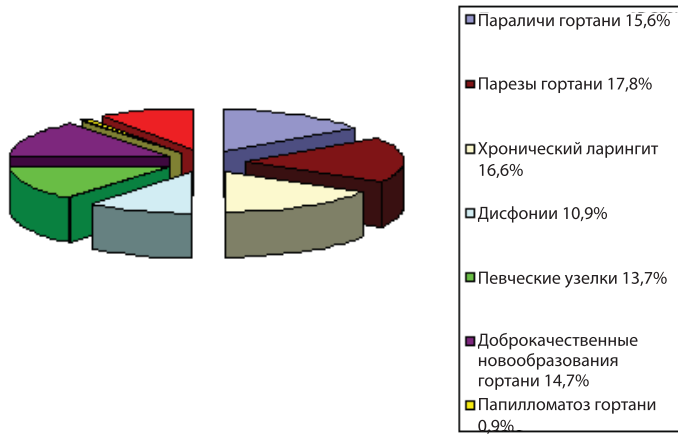


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от диагноза.

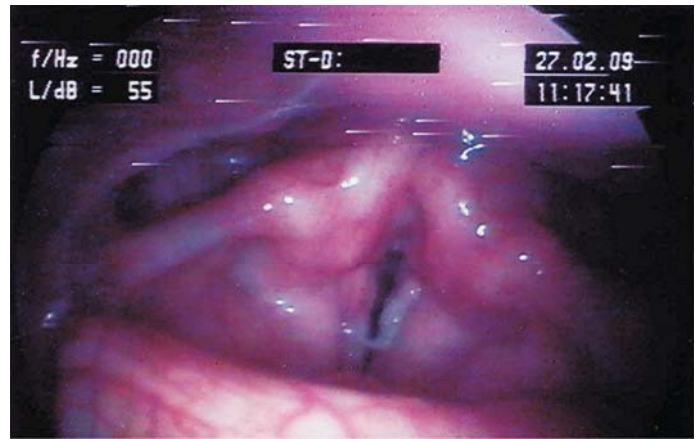


Рис. 2. Хронический ларингит, болезнь Рейнке-Гайека у больной Т., 45 лет, до лечения. Полипозные изменения голосовых складок.

специальности или поменял род занятий из-за голосовых нарушений.

Пациентов приглашали на прием, предлагали им заполнить анкеты, затем проводили полный осмотр всех ЛОР-органов и эндостробоскопию гортани на эндостробоскопе «Атмос» с видеозаписью и распечаткой, что позволяло объективизировать и документировать результаты обследования.

Следует отметить, что 90 из 102 пациентов обратились за помощью в поликлинику в достаточно поздние сроки после начала заболевания (от нескольких месяцев до 3 лет). Причинами позднего обращения были: ожидание спонтанного восстановления голоса, неэффективность ранее проводившейся терапии, семейные или социальные обстоятельства. При этом у большинства больных уже выработалась патологическая фонация и имелось выраженное нарушение фонационного дыхания. Для коррекции этих изменений потребовалось достаточно длительное время - до 2-3 мес. В ранние сроки (до 2 мес от начала болезни) обратились 12 человек, что, естественно, сократило сроки восстановления голоса.

Основными видами лечения наблюдаемых больных были фонопедия и комплекс ЛФК. При этом следует отметить, что в каждой группе больных по показаниям проводились дополнительные лечебные мероприятия.

При параличах и парезах гортани они были минимальны и требовались только в тех случаях, когда у пациентов возникали катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Обычно это была стандартная противовоспалительная местная терапия, включавшая местные антибактериальные препараты - спреи (чаще всего Биопарокс), полоскания, таблетки для рассасывания. В случаях выраженного воспаления применяли антибактериальную терапию и десенсибилизирующие препараты. Большую опасность при возникновении ОРВИ у больных параличом гортани, особенно двусторонним, представляло развитие на этом фоне стеноза гортани. В подобных ситуациях в курс лечения включали топические кортикостероиды. Такие пациенты нуждались в пристальном наблюдении и при необходимости в госпитализации.

В случаях обострения хронического ларингита проводили курс лечения с применением местной, а иногда и общей антибиотикотерапии (рис. 2, 3). Выбор препарата осуществляли с учетом чувствительности микрофлоры. Лечение также включало в себя вливания в гортань различных препаратов в зависимости от характера процесса,

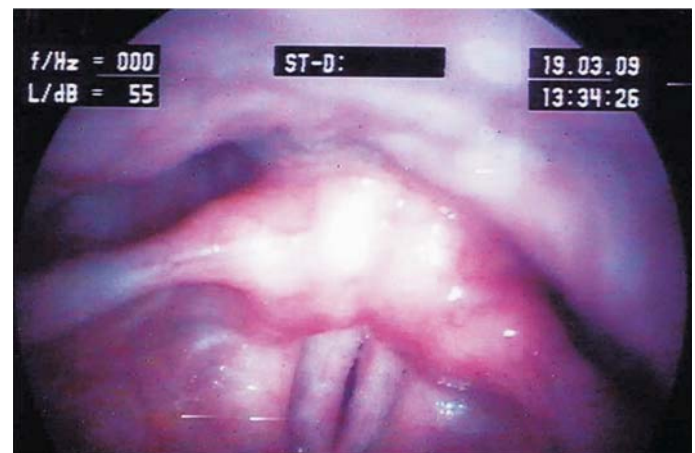


Рис. 3. Хронический ларингит, болезнь Рейнке-Гайека у больной Т., 45 лет, после лечения.

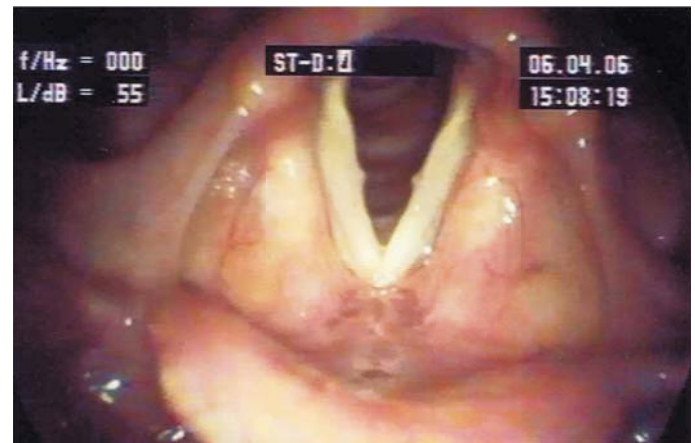


Рис. 4. Певческие узелки голосовых складок у больной Т., 34 лет, до лечения.

местную аэрозольную терапию, полоскания глотки, голосовой режим. При необходимости выдавали листок нетрудоспособности. После стихания явлений обострения приступали к ЛФК и фонопедии.

При наличии певческих узелков, если в момент обращения у пациента не было сопутствующих воспалительных изменений в гортани, занятия ЛФК и фонопедией начинали сразу (рис. 4, 5). При этом иногда, если узелки были жесткими, лечение дополняли вливаниями в гортань смесей, включающих лидазу. Необходимым услови-

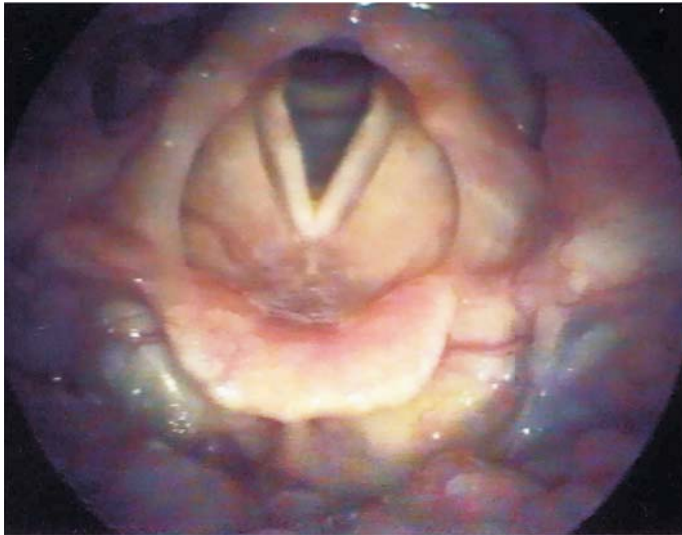


Рис. 5. Певческие узелки голосовых складок у больной Т., 34 лет, после лечения.

ем было также ограничение голосовой нагрузки.

Доброкачественные образования гортани в первую очередь требовали хирургического лечения и гистологической верификации (рис. 2, 3, 6, 7) [13]. Хирургическое лечение проводили в ЛОР-отделении ЦКБ. Операции выполняли под контролем микроскопа OPMI VARIO в условиях эндотрахеальной анестезии.

После гистологической верификации новообразования и заживления операционной раны приступали к ЛФК и фонопедии. Следует отметить, что все эти мероприятия начинались в раннем послеоперационном периоде, поскольку от сроков начала фонопедического лечения зависели ожидаемый эффект и возможность рецидивирования.

Нами наблюдался один больной папилломатозом гортани с многолетним анамнезом и многочисленными перенесенными операциями на гортани. За 10 лет наблюдения было отмечено, что в тех случаях, когда пациенту вскоре после очередной операции проводили полноценное фонопедическое лечение, улучшение голоса происходило быстрее и рецидив папилломатоза наступал значительно позднее, чем это происходило у того же больного, если лечение по каким-либо причинам не проводили.

Особый подход требовался к пациентам с контактными гранулемами гортани. Если гранулема была большая, то вначале больной подвергался хирургическому лечению

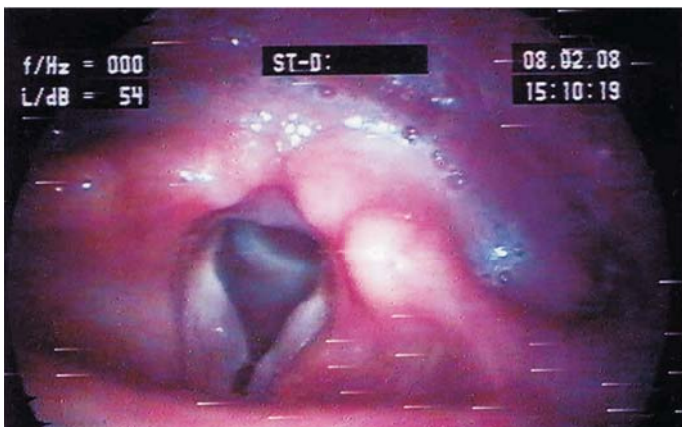


Рис. 6. Болезнь Рейнке-Гайека у больной Б., 42 лет, до лечения. Полипозные изменения голосовых складок.

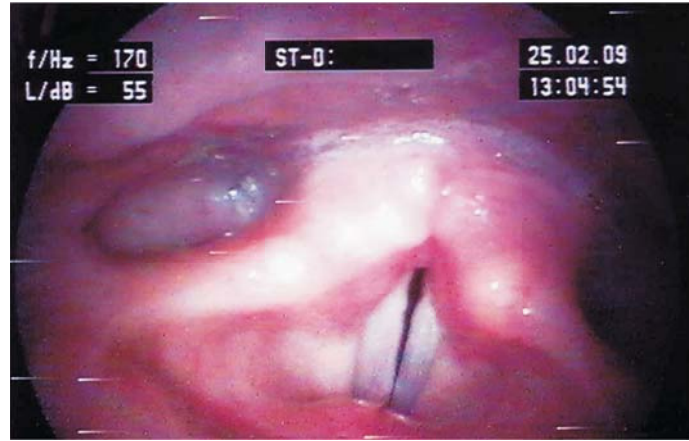


Рис. 7. Болезнь Рейнке-Гайека у больной Б., 42 лет, после лечения.

с последующим гистологическим исследованием удаленной гранулемы. Затем, как можно раньше, начинали фонопедическое лечение, дополнявшееся, при необходимости, местной терапией. При маленьких гранулемах фонопедическое лечение начинали сразу, дополняя его местными процедурами. При своевременно начатой фонопедии после удаления гранулем рецидивы не наблюдали. При маленьких гранулемах на фоне лечения в течение 2-3 мес изменения в гортани исчезали.

Следует отметить, что одной из причин развития заболеваний гортани является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Именно поэтому при выявлении ГЭРБ лечебные мероприятия по поводу заболевания сочетали с антисекреторной терапией.

На течение заболеваний гортани существенное влияние оказывает курение, как активное, так и пассивное. Именно поэтому до начала лечения обязательно проводится беседа с больным о необходимости отказа от этой привычки. Пациента информируют о том, что при продолжении курения табака эффект от лечения маловероятен, более того, неизбежно ухудшение течения заболевания.

Практически при всех патологических состояниях гортани большое значение имеют сроки обращения пациентов. Так, например, у больных с односторонними параличами и парезами гортани в течение нескольких месяцев формируется патологическая фонация. Поэтому у этой

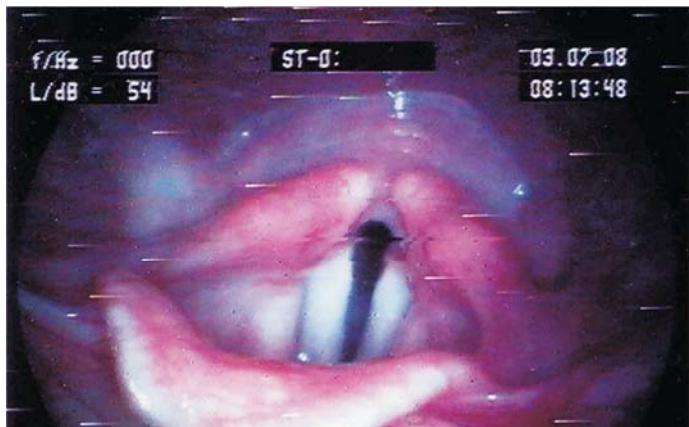


Рис. 8. Двусторонний парез гортани после струмэктомии у больной К., 57 лет, до лечения. Большая щель несмыкания голосовых складок во время фонации.

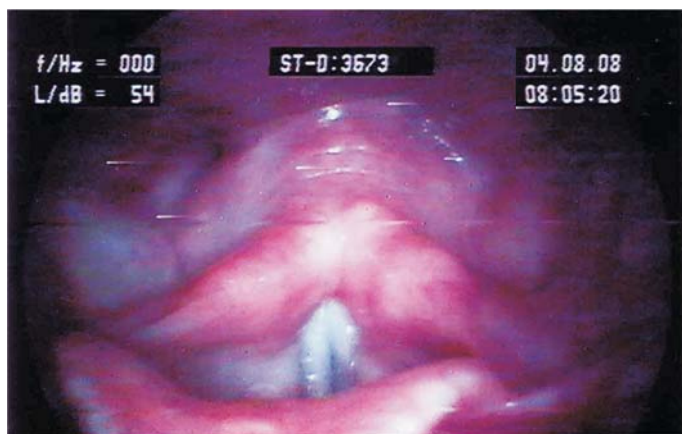


Рис. 9. Результат лечения после фонопедических упражнений у больной К., 57 лет.

Голосовые складки во время фонации полностью смыкаются.

категории лиц для восстановления голосовой функции требуется значительно больше времени и усилий.

Больные с двусторонними параличами и парезами, как правило, обращались рано в силу выраженного нарушения дыхания. При двусторонних парезах гортани ЛФК и фонопедию начинали в день обращения, что давало эффект уже через 3-4 нед (рис. 8, 9). Двум пациенткам с двусторонним параличом гортани были произведены эндоларингеальные микроэндоскопические операции: удаление правого черпаловидного хряща с резекцией и латеропексией голосовой складки. В результате операции дыхательная функция была восстановлена у обеих больных. Затем с помощью фонопедии восстановлен голос. Необходимо отметить, что хирургические вмешательства данным больным производились эндоларингеально - без наложения трахеостомы, что позволило значительно сократить и облегчить период реабилитации, максимально рано приступить к фонопедии.

У двух других пациентов с двусторонними параличами гортани операции не проводились. С помощью ЛФК и фонопедии им удалось не только восстановить голос, но

и улучшить дыхание, несколько расширив дыхательную щель, что позволяет им вести обычный образ жизни. Следует отметить, что больные с двусторонним параличом гортани требуют постоянного наблюдения и контроля над дыханием, а также постоянной поддерживающей ЛФК и фонопедии, поскольку явления стеноза гортани у них могут нарастать по различным причинам.

Перед началом занятий по восстановлению голоса с больными проводили психотерапевтическую беседу, так как внезапные и длительные нарушения голоса являются психотравмирующими. Поэтому рациональная психотерапия имеет большое значение для этой группы больных.

Восстановительную терапию начинали с дыхательной гимнастики по методу Э.Я. Золотаревой. В это же время больным предлагали выполнять упражнение «дутье в губную гармошку», которое способствует удлинению выдоха и тонизирует мышцы гортани. Затем пациенты приступали к фонопедической терапии, предложенной С.Л. Таптаповой, с акцентом на сочетания гласных, их пролонгацию и вокализацию 3 и 4 гласных [1, 2, 6, 8, 10–12]. Данные фонопедические упражнения физиологически обоснованы, что подтверждается работами К.И. Долотина [6, 7], Г.И. Бубновой [4], трудами и большим клиническим опытом фониатрического отделения поликлиники восстановительного лечения №2 Москвы [3–6, 12].

Пациентам объясняли специфику упражнений, их целенаправленность, приводили физиологическое обоснование, что способствовало формированию мотивации для упорных занятий, что крайне важно при проведении данного лечения.

Применяемые упражнения просты для воспроизведения, но выполнение их должно быть регулярным, правильным и достаточно длительным, что и обеспечивает успех.

Результаты и обсуждение

Сроки лечения были различны и зависели от исходного состояния и длительности болезни. Лечение завершали, когда голос пациента становился звучным, достаточным

Таблица 2

Результаты лечения (состояние голоса)

Диагноз		Количество больных		Число пациентов			
				полное выздоровление	значительное улучшение	незначительное улучшение	нет улучшения
		абс.	%	абс.	абс.	абс.	абс.
Параличи гортани:	односторонние	12	11,7	4	5	1	2
	двусторонние	4	3,9	-	3	-	1
Парезы гортани:	односторонние	11	10,9	5	4	1	1
	двусторонние	7	6,8	-	5	2	-
Хронический ларингит		17	16,7	-	12	5	-
Дисфонии		11	10,9	4	6	1	-
Певческие узелки		14	13,7	-	9	5	-
Доброкачественные новообразования гортани		15	14,7	6	7	2	-
Папилломатоз гортани		1	0,9	-	-	1	-
Контактные гранулемы гортани		10	9,8	3	4	2	1
Всего...		102	100	22 (21,6%)	55 (53,9%)	20 (19,6%)	5 (4,9%)

для профессиональной деятельности. При этом в задачу врача не входило «сделать голос прежним», что далеко не всегда возможно, особенно при двусторонних параличах гортани или при папилломатозе.

Согласно данным анкет, полностью выздоровевшими себя считали 21,6% пациентов, значительное улучшение отмечено у 53,9%, незначительное улучшение - у 19,6% , отсутствие улучшения - у 4,9% (табл. 2). При анализе причин недостаточной эффективности лечения обращал на себя внимание тот факт, что большинство пациентов, не имевших улучшения или получивших незначительный эффект, не смогли отказаться от курения или прервали курс лечения, не закончив его. Согласно анкетированию, после завершения курса лечения в последующие годы пациенты отмечали ухудшение голоса только во время ОРВИ, после выздоровления голос восстанавливался.

Для всех обратившихся к нам больных голос имел большое значение в их профессиональной деятельности, при этом все 102 пациента сохранили трудоспособность и никто из них не перешел на иную работу из-за проблем с голосом.

Полученные результаты позволяют рекомендовать проведение комплексного лечения при заболеваниях гортани различного генеза. При этом для полноценной реабилитации и восстановления голоса особое внимание целесообразно уделять дыхательной гимнастике и фонопедии, поскольку получение стойкого положительного результата достигается именно за счет этих методик в сочетании с традиционным местным лечением. Большое значение имеют сроки обращения пациентов - чем раньше начинается лечение, тем быстрее наступает улучшение.

Литература

1. Агин М.С. Развитие вокальной техники., *Голос и речь*, 2010, №2 (2).
2. Анисеева З.И., Бондарева А.В. Клинико- экономическая оценка применения современных лечебных технологий в практике врача отоларинголога - фониатра поликлиники., *Голос и речь*, 2011, №1(3).

3. Бархударова Е.Л. Русский консонантизм. Типологический и структурный анализ. Изд. Московского Университета, 1999, с.14.

4. Бубнова Г.И. Просодия речевых «огрехов». Экспериментальные исследования речи. Сборник научных трудов. М., 1999, с.5.

5. Дмитриев Л.Б., Телелева Л.М., Таптанова С.Л., Ермакова И.И. Фониатрия и фонопедия. М., 1990.

6. Долотин К.И. Квазиритмическая структура речевого сигнала. Экспериментально- статистическое исследование. М., 2007.

7. Долотин К.И. Диагностика экстралингвистических факторов звучащей речи. Экспериментально- статистическое исследование. М., 2007.

8. Карпенко А.В. К вопросу об иннервации гортани. *Новости оториноларингологии и логопатии*. 1998, №1, с.78.

9. Миронов С.П., Серегин Ю.С., Рубцов В.В. и др. Психологический портрет современного российского бизнесмена - пациента Медицинского центра Управления делами Президента РФ. - *Кремлевская медицина*. 1998, №1, с.11-15.

10. Руднев Л.Б., Чернявская Г.В. Анализ профессиональной деятельности вокалистов в современных социально- экономических условиях, как показатель необходимости дальнейшего совершенствования фониатрической помощи в России. *Материалы первого международного междисциплинарного конгресса «Голос»*, 2007. - С. 32-33.

11. Таптанова С.Л., Сергеева Т.А., Рябова С.В. Опыт восстановления голоса при заболеваниях гортани различного генеза. М., 2003.

12. A. Borragan, E. Lucchini, M. Agudo. Metodo Propriocettivo Elastico (PROEL) nella terapia vocale. *Acta phoniatica Latina*, 2008, Vol.30, №1, p.18-50.

13. Staffieri A. Fonochirurgia ad impatto vocale. *Acta foniatica Latina*, 1998, Vol.20, №1-2, p.3-6.

14. Yana M. L'examen acoustique de la voix par ordinator. *Acta phoniatica Latina*, 1998, Vol.10, №2, p.105- 110.