

# Комплексное лечение хронического ларингита Рейнке («ларингита курильщика»)

С.Л. Таптапова, Т.Д. Сергеева, Л.А. Михайлова, Н.Г. Чучева  
ФГУ «Поликлиника № 3», ФГУ «ЦКБ» УД Президента РФ

Россия — одна из самых «курящих» стран мира. Так, среди россиян в настоящее время курят 65% мужчин и свыше 30% женщин. Отмечается отчетливая тенденция к увеличению количества курящей молодежи. Чтение литературы о вреде курения немногим помогло задуматься над тем, чтобы бросить курить. Самый яркий пример — врачи. Среди них курильщиков не меньше (а то и больше), чем среди людей других профессий [5].

Наибольший вред курение наносит сердечно-сосудистой системе, дыхательной системе и, наконец, является фактором, провоцирующим появление раковых опухолей. Приблизительно 90% смертей от хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) относятся на счет курения. По оценкам ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения), в 2003 году от этого заболевания погибло 1,3 миллиона человек. Примерно в 85% случаев рака легкого можно обнаружить связь с курением. Риск возникновения рака легкого тем выше, чем больше сигарет выкуривают за день, чем дольше курят. Курение является основной причиной многих видов раковых заболеваний: рак легких, трахеи и бронхов — 85%, рак гортани — 84%, рак ротовой полости — 92%, рак пищевода — 78%, рак поджелудочной железы — 29%, рак мочевого пузыря — 47%, рак почек — 48%. Достоверно известно, что в первую очередь и раньше всего от курения страдают верхние дыхательные пути — глотка и гортань [2], причем изменения в слизистой оболочке этих органов нередко развиваются даже при небольшом стаже курения — 2–3 года и меньше (рис. 1, 2).



Рис. 2. Ларингит Рейнке.

Вещества, содержащиеся в сигаретном дыме, очень быстро нарушают функции мерцательного эпителия и систему мукоцилиарного клиренса дыхательных путей [3], что ведет к формированию хронического воспалительного процесса, который может проявляться симптомами хронического ринофарингита, фаринголарингита, а затем трахеобронхита и, наконец, ХОЗЛ.

Одним из часто встречающихся у курильщиков заболеваний является хронический ларингит Рейнке [1,9] (рис. 2).

Причем эта болезнь никогда не развивается у некурящих. Ранние ее проявления нередко остаются незамеченными в связи со скудностью симптоматики — часто это только ощущение утомляемости голоса на фоне большой голосовой нагрузки при отсутствии других симптомов. Следует отметить, что в доступной нам литературе нет указаний на обязательный отказ от курения, как неперемное условие успешного лечения. Как правило, это положение носит рекомендательный характер и, соответственно, редко выполняется.

Целью данной работы являлась ранняя диагностика и лечение начальных проявлений ларингита Рейнке у курящих пациентов на фоне изменений голоса, а также выявление и комплексное лечение клинически выраженных форм данного заболевания. Регистрация микросимптомов заболевания проводилась с помощью эндостробоскопа «АТМОС» с видеозаписью и распечаткой результатов обследования [6, 8]. На основании полученных данных осуществлялся выбор адекватной терапии, которая затем проводилась пациентам. Особое внимание уделялось проблеме курения, как основному этиологическому фактору этой патологии, и формированию у пациентов мотивации для отказа от курения [4, 9].

Все обследованные больные были разделены на следующие группы:

1-я группа - курильщики с небольшим стажем курения (от 5 до 10 лет) без длительных нарушений голоса, отмечающие только утомление голоса на фоне большой голосовой нагрузки при отсутствии других симптомов — 10 человек в возрасте от 29 до 45 лет (4 мужчин и 6 женщин). Следует отметить, что у женщин эти явления были несколько более выраженными и сопровождалась ощущением сухости в горле. При обследовании у части больных этой группы были выявлены признаки функциональной дисфонии по гипертонусному типу (4 человека) с чрезмерно выраженным закрытием голосовой щели, у других (6 человек) — симптомы функциональной



а



б

Рис. 1. Ларингит Рейнке, курение менее двух лет, но количество выкуренных сигарет 1,5-2 пачки в день: а) вдох; б) фонация.

дисфонии по гипотонусному типу с неполным закрытием голосовой щели.

У всех пациентов наблюдалось снижение амплитуды колебаний голосовых складок. У всех больных этой группы, кроме двигательных нарушений, в гортани при видеоларингоскопии отмечались в той или иной степени выраженные явления хронического ларингита — голосовые складки были слегка или умеренно гиперемизированы, несколько пастозны, с начальными полипозными изменениями, которые проявляются некоторой неровностью студенистого вида их поверхности и краев, небольшим количеством слизи на голосовых складках и в виде нитей между ними. Подобные изменения характерны для начальных проявлений хронического ларингита Рейнке. Если пациенты обращались в момент обострения или на фоне ОРВИ, эти изменения соответственно были выражены более ярко. Исходя из клинической картины, всем больным вначале проводился курс местной противовоспалительной терапии: биопарокс по 4 дозы 4 раза в день и альдецин по 2 дозы 2 раза в день [7], вливания в гортань софрадекса или раствора стрептомицина, при необходимости в сочетании с флуимуцилом, ингаляции антигистаминной смеси, 5 % раствора аминокaproновой кислоты, противовоспалительного сбора трав. В некоторых случаях при обострении процесса или сопутствующей ОРВИ лечение дополнялось пероральной антибактериальной терапией. Так, внутрь назначались антибиотики: супракс по 400 мг 1 раз в сутки, аугментин по 1000 мг 2 раза в сутки, авелокс 400 мг в сутки или другие препараты в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Курс антибактериальной терапии продолжался 5–7 дней. Внутри все больные получали также десенсибилизирующие средства: эриус по 5 мг или кларитин по 10 мг 1 раз в сутки — 7–10 дней. После лечения слизистая оболочка гортани обычно приходила в норму, однако начальные полипозные изменения голосовых складок, разумеется, сохранялись. Как только исчезали симптомы обострения, всем больным проводился курс дыхательной гимнастики по методу Э.Я. Золотаревой и фонопедическая терапия, предложенная С.Л. Таптаповой с акцентом на сочетание гласных, их пролонгацию и вокализацию 3 и 4 гласных [4].

У пациентов 1-й группы, отказавшихся от курения, на фоне описанных мероприятий был получен стойкий положительный эффект ( 8 человек ) при сроках лечения до 2 месяцев (катамнез — до 5 лет).

2-я группа курильщики с длительным стажем курения (от 15 до 25 лет) и выраженной клинической картиной хронического ларингита Рейнке (рис. 3, 4, 5), отмечающие постоянную охриплость и частые срывы голоса даже при небольшой голосовой нагрузке, — 10 человек в возрасте от 30 до 60 лет. Обследование у больных хроническим ларингитом выявляло явные полипозные изменения голосовых складок, симметричное уменьшение амплитуды колебаний и слизистой волны, при полипозных изменениях отмечалась нелинейность, неравномерное утолщение краев голосовых



Рис.3. Функциональная дисфония по гипертонусному типу.



Рис. 4. Функциональная дисфония по гипотонусному типу.



Рис. 5. Полипы голосовых складок.

складок. Закрытие голосовой щели неполное. При ларингите Рейнке картина зависела от выраженности патологического процесса. Всем больным этой группы вначале проводилась противовоспалительная терапия, аналогичная той, что была описана выше, однако длительность местной терапии была большей, чем при начальных проявлениях данного заболевания, более продолжительным был курс местного ингаляционного лечения и внутригортанных вливаний. Следует отметить, что даже при выраженных полипозных изменениях голосовых складок на этом фоне все-таки имелась определенная положительная динамика, уменьшалась воспалительный фон и несколько сокращались полипозные изменения. После подготовительного этапа, включавшего указанную противовоспалительную терапию и мероприятия, направленные на отказ от курения, часть больных этой группы (2 человека) была госпитализирована и оперирована по поводу больших полипов голосовых складок.

Вскоре после операции (на 7–10-й день) уже в условиях поликлиники этим больным начиналось проведение ЛФК и фонопедии по методике, аналогичной той, которая использовалась в 1-й группе. Такое же лечение получали и те больные, которым не требовалась операция.

Во 2-й группе стойкий положительный эффект был получен у 6 пациентов, полностью отказавшихся от курения, но для этого потребовались более длительные сроки лечения — до 4 месяцев. У этих больных значительно уменьшились (хотя и не исчезли полностью) полипозные изменения голосовых складок, увеличился объем их движений и улучшилось смыкание при фонации, что привело к улучшению голоса: уменьшилась охриплость и утомляемость голоса, исчезли дискомфортные ощущения в области гортани, улучшился тембр голоса.

В лечении пациентов обеих групп особое внимание уделялось проблеме курения. Прежде всего, до начала каких-либо мероприятий всем больным объяснялась необходимость отказа от курения. Для решения этой проблемы они направлялись к психоневрологу, где проводилась рациональная психотерапия, в ряде случаев дополнявшаяся и медикаментозным лечением.

Следует отметить, что в итоге бросили курить не все больные, что обусловлено разной степенью никотинозависимости и характерологическими особенностями данного контингента. Но у тех, кто от курения отказался (1-я группа — 8 человек, 2-я группа — 6 человек), эффект от проводимой терапии был более выраженным и отличался стойкостью. У больных, продолжавших курить или возобновивших курение вскоре, после окончания лечения, несмотря на достигнутое улучшение, со временем вновь появлялись обострения или рецидивировали полипозные изменения в гортани. Катамнестическое наблюдение за больными всех 3 групп велось в течение 1–3 лет.

Полученные результаты позволяют говорить о необходимости детального обследования курящих больных даже с неярко выраженными голосовыми нарушениями, но имеющими систематическую эмоциональную и голосовую нагрузку. Для этого целесообразно использовать метод видеостробиоскопии [6, 8], дающий возможность выявлять микросимптоматику, позволяющую подобрать адекватное медикаментозное лечение и рекомендовать дифференцированную фонопедическую терапию на ранних сроках заболевания.

Особое внимание у больных с голосовыми нарушениями следует обращать на проблему отказа от курения, которая в этих случаях требует радикального решения. Только при этом условии возможно получение стойкого и длительного результата.

Следует при этом учитывать различие никотинозависимости у мужчин и женщин: у женщин никотинозависимость, как правило, выражена больше и поэтому бросить курить для женщины сложнее, чем для мужчины [1]. В силу этих причин для решения проблемы отказа от курения женщинам требует-

ся более длительный и интенсивный курс специализированной психотерапии, дополненный также медикаментозным лечением.

#### Литература

1. Антонию В.Ф. *Нарушения голоса и его реабилитация*. — М., 1995. — 17 с.
2. Барсуков В.П., Альшианский В.О. *Предраковые заболевания и ранний рак гортани*. — Кишинев, 1989. — 137 с.
3. Василенко Ю.С., Кителъ Г. *Хронический отечно-полипозный ларингит (болезнь Рейнке-Гайека). Актуальные вопросы оториноларингологии: Материалы конференции, посвященной 75-летию кафедры оториноларингологии Казанского государственного медицинского университета*. — Казань, 2000. — С. 9–14.
4. Дмитриев Л.Б., Телелева Л.М., Таптанова С.Л., Ермакова И.И. *Фониатрия и фонопедия*. — М., Медицина, 1990— 272 с.
5. Елизаров А.Н. *с соавт. Курение и его статус у медицинских работников. Избранные вопросы клинической медицины. ОБП УД Президента РФ*. — М., — С. 337–342.
6. Иванченко Г.Ф. // *Вестник оториноларингологии*. — 1991. № 3. — С. 38–41.
7. Иванченко Г.Ф., Демченко Е.В. // *Русский медицинский журнал*. — 2005. — Т. 13; № 21. — С. 1445.
8. Степанова Ю.Е., Швалев И.В. *Применение видеостробиоскопии для диагностики заболеваний гортани*. — Санкт-Петербург, 1998.
9. Чумаков Ф.И. *Доброкачественные опухоли, кисты, гиперпластические и дистрофические заболевания гортани: Автореф. Дис... канд. мед. наук*. — М., 1973. — 37 с.

## Отдаленные результаты поршневой стапедопластики с применением тефлоновых и титановых протезов

С.Я. Косяков\*, Е.В. Пахилина\*\*, В.И. Федосеев\*\*\*

\*Консультант ФГУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ,

\*\*Российская медицинская академия последипломного образования,

\*\*\*Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования

Первые учения об отосклерозе относятся к 1735 году, когда Valsalva при патоморфическом исследовании височной кости обнаружил костное замещение кольцевидной подножной пластинки и анкилоз стремени. В последующие годы активно изучались этиология, патогенез, клиническая картина, методы исследования, диагностика заболевания и хирургическое лечение. Принципиально новый этап в оперативном лечении отосклероза начался после предложения Шея полностью удалять пораженное стремя и заменять его синтетическим протезом, соединенным с цепью оставшихся слуховых косточек [8]. С тех самых пор обсуждаются преимущества и недостатки стапедотомии и стапедэктомии и различные методики стапедопластики. При операциях на стремени применяли протезы из различных материалов: полиэтилена и тефлона; золота; проволоку из нержавеющей стали; протезы эластичного материала или комбинации полиэтиленового протеза с соединительной тканью; предлагалось соединить длинный отросток наковальни с овальным окном соединительной тканью, надхрящницей и хрящом; использование частей стремени. В настоящее время от использования полиэтилена и золота отказались. В первом случае из-за высокой степени экструзии, во втором случае вследствие образования грануляций в области вскрытого овального окна с развитием сенсоневральной тугоухости.

К настоящему времени только в России применяется методика «хрящ на вену», которая автоматически предполагает полное вскрытие окна преддверия [1]. В Европе стапедотомия

давно и прочно подтвердила свою большую безопасность и применяется повсеместно.

Наибольшее распространение полстолетия назад получили тефлоновые протезы, ценными качествами которых являются их индифферентность и «самоомыляемость» — свойства матиреала, благодаря которому тефлоновый протез обладает скользкой поверхностью (низкий коэффициент трения) [9]. Тефлон — фторорганическое соединение, твердое вещество белого цвета, устойчиво к действию высокой температуры, концентрированных кислот, щелочей и органических соединений; инертно к живым тканям и жидкостям, что обеспечивает биоинертность тефлона при контакте с перилимфой и окружающими тканями. Преимуществами поршневой методики являются: значительно меньший объем манипуляций в области овального окна; простота введения протеза; снижение вероятности попадания крови в преддверие лабиринта. Одной из отрицательных сторон отмечалась возможность некроза наковальни за счет механического крепления протеза, [2, 6].

Фиксация протезов на отросток наковальни особенно важный момент в стапедопластике. В тефлоновых протезах невозможно было контролировать степень закрытия петли, одеваемой на длинный отросток наковальни. В то же время избыточное расширение отверстия петли могло привести к люфту в месте соединения с наковальней, а следовательно, к несовершенной передаче движения между отростком наковальни и протезом, что ведет к потере звуковой энергии и большому остаточному костно-воздушному интервалу.