

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия < К.М.Н., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Мальхиной Дарьи Дмитриевны> по теме: < Хронический отечно-полипозный ларингит (болезнь Рейнке–Гайека): диагностика и лечение >.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность;	полож
2. Наличие орфографических ошибок;	полож
3. Соответствие текста реферата по его теме;	полож
4. Владение терминологией;	полож
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	полож
6. Логичность доказательной базы;	полож
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	полож
8. Круг использования известных научных источников;	полож
9. Умение сделать общий вывод.	полож

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

защитил себя

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

[Подписи]

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Хронический отечно–полипозный ларингит (болезнь Рейнке–Гайека):
диагностика и лечение

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Малыгина Д.Д.

Красноярск, 2019

Содержание

Определение.....	4
Этиология.....	4
Микроларингоскопия.....	5
Методы хирургического лечения.....	6
Список литературы.....	8

Определение

Хронический отечно–полипозный ларингит (ХОПЛ) представляет собой полиповидную гиперплазию голосовых складок. Свыше 100 лет назад, в 1881 году, М. Науек описал анатомию изолированного отека голосовых складок, который он, в честь анатома Reinke, назвал «отеком Рейнке». М. Гайек экспериментально осуществил модель отека голосовых складок, вводя под их слизистую оболочку окрашенную желатину. Исследователь установил зависимость отека от структуры ткани голосовой складки. Оказалось, что клиническая картина голосовой складки после введения желатины полностью совпадает с картиной воспалительного отека голосовых складок у живого человека. Рейнке, повторяя опыт Гайека, констатировал, что отек ограничивается всегда определенным местом, верхнюю и нижнюю границу которого он обозначил, как *linea arcuata superior et inferior*. Эти линии соответствуют месту, где заканчивается многослойный плоский и начинается многослойный мерцательный эпителий. Было установлено, что такие же препятствия имеются в области внутреннего края голосовых и вестибулярных складок. Это пространство получило название «пространства Рейнке». Отмечая заслуги этих двух ученых в изучении данного заболевания, ХОПЛ стали именовать ларингит Рейнке–Гайека. Заболевание было описано, как диффузный субэпителиальный хордит [R. Waldapfel, 1940], гипертрофический хордит [G. Ferreri, 1950], а также как хроническая гортанная хордопатия [Б.С. Преображенский, 1963]. Заболевание называют полиповидной гипертрофией, полиповидной дегенерацией [H. Ishii et al., 1964], полипозным ларингитом, ларингитом курильщиков, отеком Рейнке и болезнью Рейнке–Гайека. За рубежом чаще всего встречается термин «отек Рейнке». В нашей стране – ХОПЛ. ХОПЛ является часто встречающимся заболеванием. По данным Friezel (1982), оно составляет 5,5–7,7% от всех заболеваний гортани, приводящих к нарушению голоса.

Этиология

В этиологии заболевания имеет значение хроническое воспаление слизистой гортани вследствие воздействия химических, термических факторов. Поэтому среди больных ХОПЛ встречаются повара, сварщики. Несмотря на то, что некоторые авторы [Wedrychowicz B. et al., 1992 и др.] не выявили гипотиреоза у обследованных ими пациентов, другие – Nosevar–Boltezar I et. al. (1997), Василенко Ю.С. (2002) указывали на гипотиреоз, как на один из факторов развития ХОПЛ. Б.С. Преображенский (1963), Nosevar–Boltezar I et. al. (1997) в своих трудах подчеркивают роль аллергии в развитии ХОПЛ, однако большинство авторов не указывают на аллергию, как один из этиологических факторов развития ХОПЛ. Основной причиной заболевания является курение в сочетании с голосовыми нагрузками. Среди пациентов часто встречаются драматические актеры, бизнесмены, комментаторы. Из сопутствующих заболеваний первостепенное значение, кроме гипотиреоза, имеет гастроэзофагальная рефлюксная болезнь [Немых О.В. 2008, Ossoff R.H. et. al.]. Болеют ХОПЛ чаще женщины старше 35 лет. Патогенез заболевания связан с анатомическими особенностями пространства Рейнке. Иммуногистохимическое исследование и электронная микроскопия удаленных участков слизистой оболочки голосовых складок у пациентов с ХОПЛ показывает повышенную субэпителиальную васкуляризацию с большим количеством расширенных сосудов. Стенки сосудов истончены, отмечается ломкость капилляров. Ломкость и изменение

сосудистого рисунка в пространстве Рейнеке и является причиной отека в этой области, способствует прогрессированию заболевания [Sato K. et al., 1999]. Этим же можно объяснить и возникновение кровоизлияний в голосовые складки в начальной стадии заболевания при резком повышении голосовых нагрузок. Кроме этого, большое значение имеет нарушение лимфооттока. Большинство авторов не считают ХОПЛ предраковым заболеванием. Однако нередко клинические случаи, когда ХОПЛ сочетается с раком гортани другой локализации, например, с раком гортанного желудочка, грушевидного синуса. При гистологическом исследовании удаленной слизистой иногда диагностируется гиперкератоз и лейкоплакия. Поэтому пациенты нуждаются в периодических осмотрах даже после хирургического лечения. Пациенты, страдающие ХОПЛ, обращаются с жалобами на огрубление голоса. Характерен их внешний вид: симптоматика легкого гирсутизма у женщин, склонность к отекам лица, грубый хриплый голос. Несмотря на то, что у 15% пациентов заболевание сопровождается стенозом гортани от 1 до 3 степени, практически никто из пациентов не обращается с жалобами на затруднение дыхания. Это связано с тем, что стеноз гортани нарастает постепенно и пациент адаптируется к нему. Симптоматика стеноза может появляться на фоне простудных заболеваний, когда полиповидное утолщение голосовых складок становится более плотным за счет обострения воспалительного процесса, и они становятся больше в объеме или перестают флотировать, а также при большой давности заболевания.

Микроларингоскопия

При микроларингоскопии картина может быть различной: от легкой веретенообразно-стекловидной опухоли, которая выглядит как «брюшко», до тяжелого флотирующего утолщения, вызывающего удушье. Начинается отек с голосового отростка, постепенно уменьшается к переднему отделу. Полупрозрачные, студенистые, серого или серо-розового цвета полиповидные образования по медиальному, верхнему и нижнему краю голосовой складки, флотируют, закрывая на вдохе голосовую щель в далекозапешших случаях. Изменения захватывают две трети голосовой складки, не распространяясь на заднюю и латеральную поверхность. Слизистая тонкая, блестящая, часто с усиленным сосудистым рисунком. Через эпителий в ряде случаев просвечивает прозрачная жидкость. По мере прогрессирования заболевания образования становятся бугристыми и мутноватыми, но не теряют студенистости. Позднее возможна гиперплазия эпителия. При длительно существующем заболевании у больных развивается гипертрофия вестибулярных складок с формированием ложноскладкового голоса. В абсолютном большинстве случаев патология – двусторонняя. Очень важно диагностировать ХОПЛ на ранних стадиях заболевания, так как в этих случаях заболевание можно лечить консервативно, а при условии отказа от курения, соблюдения голосового режима и лечения гипотиреоза возможно восстановление голосовой функции. Дифференциальная диагностика ХОПЛ на ранних стадиях представляет определенные сложности, часто напоминает острый отечный ларингит, тем более, что пациенты обращаются чаще всего в период обострения заболевания или на фоне ОРВИ. Помогают в диагностике микроларингоскопия и микроларингостробоскопия, сбор анамнеза, длительное наблюдение за пациентом, а также субъективная оценка характерного низкого голоса. Микроларингостробоскопия: снижение амплитуды колебаний голосовых складок, сегментарное «выпадение» слизистой волны, неполное или нерегулярное смыкание,

аперриодичные, асинхронные колебания, характерные «качающиеся» движения голосовых складок. Акустический анализ голоса показывает наличие высокого уровня шума, частотную и амплитудную нестабильность основного тона, смещение значений частоты основного тона в сторону низких частот. Лечение больных хроническим отечно-полипозным ларингитом включает в себя консервативные и хирургические мероприятия. При легких, начальных формах заболевания, когда имеется лишь небольшая отечность, рекомендуются ингаляции с кортикостероидами, прием внутрь антигистаминных, ферментных препаратов, электрофорез с хлористым кальцием. Используют внутрискладковое ведение кортикостероидов [Kittel, 1996, Антонив В.Ф., 2003 г.]. При значительной выраженности полипозной дегенерации прибегают к хирургическому лечению. Биопсию при ХОПЛ брать не имеет смысла. Суть операции сводится к микрохирургическому удалению патологически измененных участков при не прямой микроларингоскопии под местной анестезией или под наркозом под контролем прямой микроларингоскопии. При выполнении операции под наркозом используется инжекторная вентиляция легких или ИВЛ через эндотрахеальную трубку.

Методы хирургического лечения

Существует несколько методов хирургического лечения. Декортикация голосовых складок по Kleinsasser. При этом стараются сохранить эпителий в области комиссуры с обеих сторон, во избежание последующего сращения и образования рубцовой мембраны или спайки. Другая, популярная за рубежом методика – методика Hirano (1983). Суть методики состоит в том, что проводят разрез вдоль латерального края голосовых складок, аспирируют студенистую массу, избыточную эпителиальную ткань иссекают ножницами, а оставшуюся укладывают на голосовую складку. Активно используются лазерные методики. Осложнением хирургического лечения следует считать возникновение рубцовой мембраны или синехий в переднем отделе гортани, рубцовой деформации голосовых складок. При выполнении хирургического вмешательства под местной анестезией возможно использование микроларингостробоскопии для интраоперационного контроля за объемом хирургического вмешательства на основании оценки вибраторной функции голосовых складок. К послеоперационным осложнениям следует отнести: рубцовую деформацию голосовых складок, формирование синехий. Причинами осложнений являются следующие: слишком радикальное удаление слизистой голосовых складок, выполнение грубых манипуляций в комиссуре гортани, проведение операции на фоне обострения хронического воспалительного процесса, сопутствующие заболевания (гепатит С, сахарный диабет, ГЭРБ, хронический бронхит, гипотиреоз), отсутствие послеоперационной терапии, большая длительность заболевания с формированием ложноскладковой фонации, сочетание органической патологии с функциональными расстройствами голосовой функции. Реэпителизация длится 4–8 недель. Течение послеоперационного периода может осложниться значительной инфильтрацией голосовых складок, формированием фибриновых налетов, развитием функциональных голосовых расстройств. Все вышеизложенное диктует необходимость проведения комплексного лечения, включающего курс стандартной противовоспалительной фармакотерапии, физиолечения (в том числе ингаляционной терапии), курс нейромышечной электрофонопедической стимуляции гортани и применение фонопедических методик.

Для контроля за ходом послеоперационного заживления пациент должен находиться под наблюдением до полного восстановления голосовой функции. Контроль клинко-функционального состояния гортани осуществляется по результатам микроларингоско-

пии, микроларингостробоскопии и акустического анализа голоса. Сроки осмотра: ежедневно первые 3 дня, затем 5, 7, 14, 21 и 25 день, 1 раз в 2 недели, начиная со второго месяца до полного восстановления клинко-функционального состояния гортани и голосовой функции. Пациентам проводится периоперационная антибактериальная терапия, назначаются антигистаминные препараты, в случаях осложненного послеоперационного течения – ферментные препараты, антиоксиданты, поливитаминные комплексы, противокашлевые средства при сухом непродуктивном кашле или секретолитики при активном воспалении с формированием фибриновых пленок, препараты, улучшающие микроциркуляцию, антирефлюксную терапию при ГЭРБ. Назначают физиолечение – электрофорез на гортань или магнитолазер. Важное место в лечении пациентов после хирургических вмешательств на гортани занимает ингаляционная терапия. Для ингаляций у всех пациентов используются антисептики или антибактериальные препараты, кортикостероиды в первые 5 дней после операции дважды в сутки и ингаляции 0,9% физиологического раствора или минеральной воды (Ессентуки №17 или Славяновская) несколько раз в течение дня. При формировании плотных фибриновых налетов применяются муколитики. Фонопедия показана в основном тем больным, у которых сформировались неправильные навыки голосообразования: твердая атака, ложноскладковый голос. В послеоперационный период вследствие чрезмерно радикального удаления полипозной ткани, а также у пациентов старшей возрастной группы может развиваться атрофия голосовых складок и сформироваться гипотонусное расстройство. Кроме этого, для пациента становится непривычным его новый голос более высокого тембра. Возможны дозированные голосовые нагрузки, не сопровождающиеся напряжением и выраженным дискомфортом. Фонопедические занятия, как правило, начинаются к концу третьей недели с дыхательной гимнастики. Целью фонопедических занятий на ранних сроках реабилитации пациента является формирование правильного фонационного дыхания, улучшение смыкания голосовых складок без значительного мышечного напряжения. Отмечено, что создание физиологических условий для голосоведения значительно ускоряет репаративные процессы в гортани после микрохирургических вмешательств. Начиная со второй недели после операции, возможно использования электрофонопедической стимуляции. Смысл терапии заключается в проведении фонопедических занятий с одновременной стимуляцией мышц гортани переменными токами. Параметры используемых стимулирующих токов и сложность упражнений выбираются индивидуально для каждого пациента в зависимости от нарушений сократительной способности мышц гортани (определяются визуально при микроларингоскопии при воздействии различных видов тока). В исключительных случаях возможно применение этого вида терапии в более ранние сроки – на 3–4-е сутки после операции. Рецидив ХОПЛ после хирургического вмешательства бывает при малом или одностороннем удалении слизистой оболочки голосовой складки и при продолжении курения. В этих случаях возможно проведение повторного хирургического вмешательства. Применение комплексного и поэтапного подхода к лечению больных ХОПЛ, выполнение щадящего хирургического вмешательства позволяет добиваться полного восстановления голосовой функции.

Список литературы

1. Антонив В.Ф., Тохми А.Х., Применение дипроспана в комплексном лечении больных хроническим отечно-полипозным ларингитом.– 2003.–№1.– С.13–15. 2. Василенко Ю.С. Голос. Фоониатрические аспекты. М.:Энергоиздат.– 2002.– с.186–195.
3. Немых О.В. Хронический ларингит: принципы патогенетического лечения. А/р дисс. канд. мед.наук.– 2008.– 16с.
4. Ferreri G. Chorditis hypertrofica suffucans. It Valsalva.– 1955.– XXX – 4.– p.192–196.
5. Hajek M. Anatomische Untersuchungen uber Lar yngsoedem (Aus dem Anatomischen Institut des prof. Dr. E. Lukerhahndl in Wien). Arch. Klin. Chir. Berlin.– 1891.– 42.– p.46–94.
6. Hocevar–Boltezar I., Radsel Z., Zargi M. The role of allergy in the etiopathogenesis of laryngeal mucosal lesions. Acta Otolaryngol. Suppl.– 1997.– 527.– p.134–137
7. Ishii H., Bada T. Polipoid degeneration of the vocal cord. Journ. Oto.–rhino–laryng. So–Japan. –1964– Vol. 67– № 11.– p.1638–1644.
8. Ossoff R.H., Shapshay S.M., Woodson G.T., Netterville J.L. The larynx, 2003.– p.119.
9. Sato K, Hirano M., Nakashima T. Electron microscopic and immunohistohimical investigation of the Reine`s edema. Ann.Otol. Rhinol. Laryngol.– 1999. –108. –p.1068–1072
10. Satalloff R.T., Proffesional voice. The science and art of clinical care. Second edition, San Diego, London.– 1997.– P. 527–532.

