

В. Х. Сосюра, Г. Н. Баяндина, Г. В. Михалева*

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

*Сосюра Виталий Хрисанфович, д-р мед. наук, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

♦ Представлены результаты ларингоскопии, проведенной с помощью прямого оптического телескопа и видеофиброэндоскопа у 105 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с различной патологией в виде длительной и рецидивирующей охриплости, ослабления голоса, надсадного хронического кашля. Из общего числа пациентов 66 (62,9%) — дети дошкольного возраста; 56 (53,3%) детей обследовали по поводу хронических заболеваний ЛОР-органов. У остальных диагностировали бронхиальную астму, хронический бронхит, ювенильный ревматоидный артрит и гастрит с рефлюксным эзофагитом. У 100 (95,2%) больных всех возрастов с различной частотой выявлены в разных сочетаниях эндоскопические признаки хронического ларингита, из них у 18% больных обнаружены гиперпластические изменения слизистой оболочки голосовых складок и межчерпаловидного соединения в виде пахидермии, образования узелков и папилломатоза.

Ключевые слова: дети, гортань, оптический телескоп, видеофиброэндоскопия, хронический ларингит

V. Kh. Sosyura, G. N. Bayandina, G. V. Mikhaleva

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF CHRONIC LARYNGITIS IN CHILDREN

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University

♦ The paper presents the results of laryngoscopy using a direct optic telescope and videofibroendoscope in 105 children aged 1 to 14 years with different abnormalities as sustained and recurrent hoarseness, worsened voice, and smarting chronic cough. Out of the total number of patients, there were 66 (62.9%) preschool children; 56 (53.3%) children were examined for chronic ENT diseases. The others were diagnosed as having asthma, chronic bronchitis, juvenile rheumatoid arthritis, and gastritis with reflux esophagitis. In all age groups, 100 (95.2%) patients were found to have different combinations of endoscopic signs of chronic laryngitis with a different frequency; of them 18% had hyperplastic changes in the mucosae of the vocal folds and arytenoid junction as pachydermia, nodulation, and papillomatosis.

Key words: children, larynx, optic telescope, videofibroendoscopy, chronic laryngitis

Возникновение у детей стойкой охриплости и ослабления голоса, длительного и влажного кашля, ощущения тяжести в горле связаны с развитием патологического процесса в гортани. Ларингеальная симптоматика, сохраняющаяся более 2 нед, свидетельствует о хронизации заболевания. Хронический ларингит формируется медленно. Развитию заболевания способствуют хронические воспалительные процессы в носоглотке, трахее и бронхах: риносинусит, аденоидит, тонзиллит, фарингит, трахеобронхит [1, 2]. Важное значение в развитии хронического ларингита придается аллергическим реакциям в слизистой оболочке гортанных складок. Осиплость и ослабление голоса у детей могут возникнуть также при длительном напряжении голоса. На формирование хронического ларингита влияет гастроэзофагеальный рефлюкс, что, вероятно, связано с прямым контактом гортанных складок с регургитированным содержимым желудка. Наличие рефлюксного фаринголарингита подтверждается клиническими и эндоскопическими исследованиями глотки и гортани [5, 6].

Хронический ларингит проявляется двумя основными формами: простой катаральной и более тяжелой формой диффузного и ограниченного гиперпластического ларингита [3, 4].

В комплексе клинического обследования больных с симптомами ларингита важное значение имеет эндоскопический метод, позволяющий визуально с увеличением осматривать все складки гортани и подскладочное пространство.

Цель исследования — оценить возможность прямой оптической и цифровой видеофиброэндоскопии при дифференциальной диагностике хронических заболеваний гортани у детей.

В Университетской детской клинической больнице у 105 пациентов в возрасте от 1 года до 14 лет в связи с ла-

рингеальной симптоматикой в виде продолжительной и рецидивирующей охриплости, ослабления голоса, сухого надсадного и влажного кашля в комплексе диагностических исследований была проведена ларингоскопия. Среди обследованных детей было 59 мальчиков и 46 девочек. Из общего числа пациентов 66 (62,9%) — дети дошкольного возраста (средний возраст 3,8 года) и 39 (37,1%) — дети в возрасте от 7 до 14 лет (средний возраст 10,5 года).

Среди всех 105 пациентов 56 (53,3%) проходили обследование по поводу основного заболевания — хронического риносинусита, аденоидных разрастаний и аденоидита, хронического тонзиллита. У 21 (20%) диагностировали бронхиальную астму, у 21 (20%) — хронический бронхит, у 5 (4,8%) — ювенильный ревматоидный артрит и у 2 (1,9%) пациентов — хронический гастрит с гастроэзофагеальным рефлюксом и эзофагитом. Различия в частоте заболеваний в группах пациентов раннего, дошкольного и школьного возраста практически отсутствовали (табл. 1).

У 17 (16,2%) пациентов, у которых отмечали проявления стридора, была проведена прямая оптическая ларингоскопия с использованием прямого оптического телескопа "Гопкинс" под общей анестезией при искусственной вентилиции легких (ИВЛ) кислородом способом инъекции. У 88 (83,8%) пациентов выполнена фиброларингоскопия с использованием цифрового фибробронхоскопа Фуджинон 270 S, позволившего получать видеозображение с увеличением и высокой детализацией объекта. По показаниям проводили премедикацию путем внутримышечного введения 0,1% атропина и антигистаминных препаратов в соответствующих возрасту дозировках. Фиброэндоскоп через загубник подводили к гортани. Эндоскопическое исследование сопровождалось видеозаписью. В статистической обработке данных использовали критерий χ^2 .

Во время эндоскопии детально осматривали слизистую оболочку глотки, особенно вокруг гортани (voice

Распределение пациентов с ларингеальной симптоматикой в зависимости от клинического диагноза и возраста перед ларингоскопией

Клинический диагноз	Общее число пациентов (n = 105)			Достоверность различий p
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	
	возраст 1—3 года (n = 29)	возраст 4—6 лет (n = 39)	возраст 7—14 лет (n = 37)	
Аденоидит, риносинусит, тонзиллит	14 (48,3%)	21 (53,9%)	21 (58,3%)	> 0,05
Бронхиальная астма	6 (20,7%)	5 (12,8%)	10 (27,7%)	> 0,05
Хронический бронхит	6 (20,7%)	11 (28,2%)	4 (11,1%)	> 0,05
Ревматоидный артрит	3 (10,3%)	2 (5,1%)	—	> 0,05
Гастрит, рефлюксный эзофагит	—	—	2 (5,4%)	—

box), вестибулярные и венстрикулярные складки, желудочки, голосовые складки и подскладочное пространство.

У всех обследованных анатомическое строение гортани было нормальным. У 5 (4,8%) детей, из которых 3 были дошкольного и 2 — школьного возраста, воспалительные изменения гортани не обнаружены. У 100 (95,2%) — различные признаки ларингита, сочетающиеся у многих больных. В целях определения степени распространения ларингита среди детей различного возраста и частоты выявленных у них эндоскопических признаков воспаления гортани все обследованные пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошло 29 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, во 2-ю — 36 детей в возрасте от 4 до 6 лет и в 3-ю — 35 пациентов в возрасте от 7 до 14 лет (табл. 2).

Осмотр вестибулярных складок гортани показал, что в 1-й группе у всех детей раннего возраста слизистая оболочка была диффузно-отечной и набухшей с экссудацией слизи.

Среди детей 2-й группы (возраст 4-6 лет) отек и набухание вестибулярных складок были обнаружены у 33 (91,7%). В 3-й группе детей школьного возраста этот эндоскопический признак был обнаружен у 32 (91,4%). Различия в частоте обнаружения отека и набухания вестибулярных складок между пациентами 1-й и 2-й, 1-й и 3-й групп были достоверным при $p = 0,007$ и $p = 0,008$. Различия в частоте выявления данного признака между 2-й и 3-й группой больных отсутствовало ($p = 1,00$) (см. табл. 2).

Такой эндоскопический признак ларингита, как гиперемия слизистой оболочки складок гортани, был обнаружен во всех трех возрастных группах: соответственно у 22 (75,8%), 19 (52,8%) и 18 (51,4%) больных. Различия в частоте обнаружения данного признака между 1-й и 2-й, 1-й и 3-й группой больных были недостоверными при $p = 0,097$ и $p = 0,080$.

Скопление патологического секрета на складках и в просвете гортани было обнаружено у пациентов во всех возрастных группах: соответственно у 20 (69%), 17

(47,2%) и 15 (42,8%) больных. Достоверные различия в частоте обнаружения этого признака между группами не отмечены: между 1-й и 2-й группой $p = 0,131$, между 2-й и 3-й $p = 0,984$, между 1-й и 3-й группой $p = 0,084$.

Отек и утолщение венстрикулярных складок с сужением желудочков в 1-й группе были обнаружены у 10 (34,5%), во 2-й — у 20 (55,5%) и в 3-й группе — у 22 (62,8%) больных. Различия в частоте обнаружения данного, эндоскопического признака между 1-й и 2-й группой было недостоверным при $p = 0,149$, между 2-й и 3-й при $p = 0,531$. Однако различие между 1-й и 3-й группой больных было достоверным ($p = 0,032$). Эндоскопические признаки катарального ларингита различной степени интенсивности сочетались на всех складках гортани (рис. 1 на 2-й полосе обложки).

Гиперпластическое утолщение слизистой оболочки голосовых складок и межчерпаловидного пространства с участками бугристости было обнаружено у 3 (10,3%) детей 1-й группы, у 5 (13,9%) — 2-й группы и у 10 (28,5%) — 3-й группы больных. Различия в частоте выявления данного признака между возрастными группами были недостоверными при $p = 0,958$, $p = 0,405$ и $p = 0,121$. Среди 18 детей с гиперпластическими изменениями слизистой оболочки у 8 больных бугристость на голосовых складках диагностировали как узелки и папилломы. Из них 3 детей были в возрасте от 1 года до 3 лет, 2 пациента — от 4 до 6 лет и 3 — от 7 до 14 лет (рис. 2 на 2-й полосе обложки).

Выраженная гиперплазия лимфоидной ткани у основания надгортанника и гортани была обнаружена в 1-й группе у 3 (10,3%), во 2-й — у 6 (16,6%) и в 3-й — у 10 (28,8%) больных. Различия в частоте обнаружения данного признака между группами пациентов были недостоверными при $p = 0,709$, $p = 0,360$ и $p = 0,136$.

У 16 пациентов проведено микроскопическое исследование гортанно-глоточного секрета, полученного с апикулярной части фиброэндоскопа. Из них у 2 больных при микроскопии обнаружены грибы: у одного кандиды, у другого мицелий гриба в небольшом количестве. У 6 па-

Таблица 2

Эндоскопические признаки хронического ларингита у детей различных возрастных групп

Эндоскопические признаки ларингита	Возраст и число пациентов в группах			Достоверность различий p
	1—3 года (n = 29)	4—6 лет (n = 36)	7—14 лет (n = 35)	
Отек и набухание вестибулярных складок	29 (100%)	33 (91,7%)	32 (91,4%)	< 0,05*,**
Гиперемия слизистой оболочки складок гортани	22 (75,8%)	19 (52,8%) 18 (51,4%)	> 0,05	
Скопление секрета на складках и в просвете гортани	20 (69%)	17 (47,2%)	15 (42,8%)	> 0,05
Отек и утолщение венстрикулярных складок, сужение желудочков	10 (34,5%)	20 (55,5%)	22 (62,8%)	< 0,05**
Гиперплазия слизистой оболочки голосовых складок и утолщение межчерпаловидной зоны	3 (10,3%)	5 (13,9%)	10 (28,5%)	> 0,05
Выраженная лимфоидная ткань у оснований надгортанника и гортани	3 (10,3%)	6 (16,6%)	10 (28,5%)	> 0,05

Примечание. * — различие между 1-й и 2-й группой; ** — различие между 1-й и 3-й группой.

циентов выявлено скопление лейкоцитов от 20 до 60, из них у двух — до 200 в поле зрения. У 8 пациентов лейкоциты обнаружены в количестве 2—4—6 в поле зрения. Эритроциты от 2 до 10 в поле зрения были найдены у 5 пациентов. Макрофаги в большом количестве обнаружены у 3 больных, у 2 пациентов — в небольшом количестве. Кокковая флора в гортанно-глоточном секрете при микроскопии была выявлена у 6 пациентов, у одного пациента раннего возраста она сочеталась с лептотриксом. У 10 пациентов в поле зрения обнаружено значительное количество плоского эпителия.

Санационная терапия хронического катарального ларингита включала устранение экзогенных факторов повреждения, соблюдение щадящего голосового режима, ингаляции противовоспалительных препаратов. При гиперпластической форме хронического ларингита для экзцизии папиллом голосовых складок было показано эндоскопическое хирургическое вмешательство.

Ларингеальная симптоматика у обследованных больных сохранялась и рецидивировала на протяжении более 2 нед. Большинство пациентов были детьми дошкольного возраста. Помимо охриплости и ослабления голоса, надсадного сухого и влажного кашля, у 18 детей отмечался симптом стридора в результате преобладания гиперпластических изменений в голосовых складках, в том числе в виде папилломатоза.

Среди всех обследованных детей с ларингеальной симптоматикой 56% имели хронические воспалительные заболевания носоглотки. Аденоидные вегетации, аденоидит с постназальным затеком, риносинусит, хронический тонзиллит явились у наших пациентов факторами риска развития хронического ларингита. Влияние воспалительного процесса в ЛОР-органах с одинаковой частотой проявилось у детей как младшего, так и старшего возраста.

Среди 21% больных бронхиальной астмой частота выявления хронического ларингита была практически одинаковой во всех возрастных группах. Вероятно,

у больных бронхиальной астмой атопия индуцировала инфекционно-аллергический процесс в складках гортани.

При хроническом бронхите нарушение мукоцилиарной функции, дискриния слизистой оболочки бронхов с развитием диффузного хронического эндобронхита, хронический кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, интоксикация с проявлениями гипоксемии создавали неблагоприятный фон и оказывали прямое влияние на развитие хронического ларингита.

В двух наблюдениях результаты эзофагогастроскопии и фиброларингоскопии свидетельствовали о патогенетической связи между гастроэзофагеальным рефлюксом и эзофагитом с хроническим ларингитом.

Заключение

В комплексе клинического обследования детей с ларингеальной симптоматикой как прямая оптическая ларингоскопия, так и видеофибrolарингоскопия позволяют визуально с увеличением и детализацией изображения точнее диагностировать патологические изменения гортани и подскладочного пространства, своевременно обнаруживать начальные проявления хронического ларингита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахова Е. С. Роль эндоскопии в диагностике и лечении голосовых нарушений у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004.
2. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. — М., 2007.
3. Солдатский Ю. Л. // Педиатр. фармакол. — 2008. — Т. 5, № 3. — С. 28—31.
4. Сосюра В. Х., Баяндина Г. Н., Михалева Г. В. // Педиатрия. — 2010. — Т. 89, № 4. — С. 45—48.
5. Contencin Ph., Gumpert L., Kalach N. et al. // Rev. Laryngol., Otol., Rhinol. — 1997. — Vol. 118, № 4. — P. 253—257.
6. Powell D. M., Karanfilov B. I., Beechler K. B., Treole K. // Arch. Otolaryngol. Head, Neck Surg. — 2000. — Vol. 126, № 1. — P. 29—34.

Поступила 31.05.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314.17-08-02:615.2761-08-092.9

И. Г. Данилова, Л. П. Кисельникова, И. Ф. Гетте, С. Ю. Медведева,
Т. В. Пикилиди, Е. А. Мухлынина, Е. Н. Таболова*

КОРРЕКЦИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БЕНЗИДАМИНА ГИДРОХЛОРИДА ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Институт иммунологии и физиологии УрО РАН, Екатеринбург; кафедра детской терапевтической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета

*Кисельникова Лариса Петровна, д-р мед. наук, проф. каф. 125206, Москва, ул. Вучетича, д. 9А.
E-mail: lpkiselnikova@mail.ru

♦ Бензидамина гидрохлорид "Тантум Верде"-спрей эффективен в лечении острого экспериментального пародонтита. Применение препарата снижает воспалительную реакцию в слизистой ротовой полости, уменьшает развитие экссудативного воспаления, что способствует сохранению волокнистых структур соединительной ткани пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, воспаление, ткани пародонта

I. G. Danilova, L. P. Kiselnikova, I. F. Gette, S. Yu. Medvedeva, T. V. Pikilidi, E. A. Mukhlynina, E. N. Tabolova

CORRECTION OF MORPHOLOGICAL PERIODONTAL TISSUE CHANGES IN THE LOCAL USE OF BENZYLAMINE HYDROCHLORIDE: EXPERIMENTAL STUDY

Institute of Immunology and Physiology, Urals Branch, Russian University of Medicine and Dentistry, Moscow

♦ The benzydamine hydrochloride Tantum Verde spray is effective in treating acute experimental periodontitis. The use of the agent reduces an inflammatory reaction in the oral mucosa and alleviates exudative inflammation, which contributes to the preservation of fibrous structures in periodontal connective tissue.

Key words: periodontitis, inflammation, periodontal tissues