

*А.П.КОВАЛИК, В.Ф.АНТОНІВ, Н.П.КОВАЛИК*

## **ЛІКУВАННЯ ОСІБ З ХРОНІЧНИМ НАБРЯКОВО-ПОЛІПОЗНИМ ЛАРИНГІТОМ (ЛАРИНГІТ РЕЙНКЕ)**

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. О.І. Яшан) Терноп. мед. ун-ту ім. І.Я. Горбачевського; каф. оториноларингології (зав. – з.д.н., проф. В.Ф. Антонів) Рос. ун-ту дружби народів*

Серед причин, що порушують голосову функцію гортані, найчастіше є хронічні ларингіти, які становлять 8,4 % від всієї патології ЛОР-органів (Ф.И. Чумаков и соавт., 2002). Ця патологія є проблемою соціальною, оскільки позбавляє працездатності людей не лише голосових професій, а і в 5-34,5 % випадків може передувати злоякісному процесу в гортані (Е.З. Мирошникова, 1978). Серед хронічних гіпертрофічних ларингітів в зв'язку з особливостями ларингоскопічної картини, етіології і клініки захворювання особливе місце займає поліпозна гіперплазія голосових складок – ларингіт Рейнке. Останній описується в літературі як обмежений набряк голосових складок, обмежений гіперпластичний ларингіт, дифузний гіпертрофічний хордит, поліпоподібна дегенерація голосових складок, поліпоподібна гіперплазія голосових складок, хронічний набряк голосових складок, фіброматоз голосових складок, фіброматоз Рейнке (Л.Б. Дайняк и соавт., 1971; Ф.И. Чумаков, 1976; Н.Н. Усольцев и соавт., 1982; В.С. Погосов и соавт., 1986). Етіологічним фактором виникнення ларингіту Рейнке більшість дослідників вважає хронічне запалення гортані, паління, дію несприятливих виробничих факторів (пил, дим, агресивно-хімічні речовини). Ряд авторів вважає, що поліпи голосових складок (ларингіт Рейнке) – це прояв хронічної алергічної реакції (А.И. Алимов, 1972; В.Ф. Антонів и соавт., 2000). Специфічними алергенами при цьому є продукти згоряння тютюну. Про це свідчить той факт, що всі хворі, у яких виявляють поліпозний набряк голосових складок, є курцями з три-

валім стажем. Багато з них почали палити в молодому або ще в дитячому віці.

Більшість робіт, присвячених методам лікування хворих на ларингіт Рейнке, зводиться до внутрішньогортанних вливань антисептичних, десенсибілізуючих і гормональних засобів, фізіотерапевтичних впливів у вигляді інгаляцій з антибіотиками і глюкокортикоїдами. Однак проведене лікування в більшості випадків або не дає позитивного ефекту, або ж в найближчий час виникає рецидив гіперплазії голосових складок. Набагато менше досліджень при даній патології присвячено мікрохірургії гортані, відсутні роботи щодо застосування глюкокортикостероїдів місцево при їх ендоларингеальному введенні.

Метою нашого дослідження було розробити схему консервативного лікування хронічного поліпозного ларингіту в комбінації з хірургічним втручанням.

Під нашим спостереженням знаходилось 86 осіб з поліпами голосових складок (ларингіт Рейнке). Із них осіб чоловічої статі було 64 і жіночої – 22. Вік хворих від 34 до 68 років. Усі пацієнти були курцями з тривалим стажем. У більшості з них (71) поліпи локалізувались на обох голосових складках і лише у 15 – з одного боку. Вони мали блідо-рожеве забарвлення з сіруватим відтінком, розташовувались на краї голосової складки. Починаючи від передньої комісури, ширина поліпів поступово збільшувалась і різко переривалась, не доходячи до голосового відростка черпакуватого хряща. Ні в одному випадку поліпи не поширювались на задню третину голосової складки.

Для діагностики ларингіту Рейнке використовували мікроларингоскопію з великим (x8) збільшенням, що давало можливість вивчати судинний малюнок слизової оболонки, відмічали реакцію судин на судинозвужуючі засоби (адреналінова проба). При цьому виявляли, що атипія судинного малюнка для ларингіту Рейнке не характерна, рухомість всіх фрагментів гортані добре зберігалась, обмеження рухомості голосових складок можливе лише внаслідок перешкоджання їх змиканню самими поліпами.

Аналізуючи дані анамнезу, ми з'ясували, що поліпи можуть з'являтися через 10 і більше років після початку паління. У осіб жіночої статі поліпи з'являються швидше, ніж чоловічої. Так, у жінок захворювання досягає свого максимального розвитку в середньому через 15-20 років від початку паління, а у чоловіків – через 25-35 років.

Нами запропонована класифікація визначення величини поліпів гортані. Вона відображає також ступінь їх поширення.

I ступінь (початковий поліп) – поліпозмінений край однієї або обох голосових складок у вигляді крайового набряку, що не перевищує в найбільш широкій його частині 1-2 мм.

II ступінь (поліп середньої величини) – однобічний поліп, що виступає в просвіт гортані на 3-4 мм.

III ступінь (великий поліп) – поліпи, які звужують просвіт гортані, виступають в гортань на 5-7 мм і викликають явища стенозу.

З 86 обстежуваних хворих поліпи I ступеня виявлені у 15, II – у 54 і III – у 17.

Хворі при лікуванні були розподілені на дві групи: до першої групи увійшло 36 пацієнтів, котрим проведено лише хірургічне видалення поліпів; до другої групи увійшло 50 осіб, яким окрім хірургічного видалення поліпів гортані ендоларингеально проводилось введення в голосову складку відразу після проведеної операції суспензії діпроспану.

Діпроспан – це глюкокортикоїдний препарат, який має протизапальну, антиексудативну і протиалергічну дію. 1 мл препарату містить 2 мг бетаметазону дінатрію фосфату і 5 мг бетаметазону дипропіонату.

Бетаметазон дінатрію фосфат являє собою легко розчинний компонент, який забезпечує швидкість настання ефекту при місцевому введенні в патологічний осередок. Пролонгація дії забезпечується за рахунок бетаметазону дипропіонату, який має більш повільну абсорбцію. Пацієнти лікування переносять добре, алергічних реакцій не спостерігається.

Операцію виконували під операційним мікроскопом при п'ятикратному збільшенні. За допомогою щипців поліп припіднімали вгору і відхиляли вбік таким чином, щоб в полі зору було видно його нижню поверхню і нижню межу, а також здорову слизову оболонку гортані. По цій межі проводили розріз, відступаючи на 1-2 мм допереду від голосового відростка черпакуватого хряща, якщо поліп займав середню і передню третини голосової складки. Поступово відділяли поліп від складки ззаду наперед. Зверху і знизу поліпозно змінена тканина заходить на 1-1,5 мм на верхню і стільки ж на нижню поверхні голосової складки. Особливу обережність слід проявляти при висіченні поліпа спереду поблизу передньої комісури, щоб не пошкодити або ж не відшарувати від неї слизову оболонку. Тому поліп відсікають, не доходячи до комісури на 2 мм. Аналогічне хірургічне втручання проводять і на протилежній складці. Поліп відсікають впродовж голосової складки, відтягнувши його щипцями до середньої лінії. Після такого видалення через 2-3 дні на вільному краї складки у частини хворих з'являвся набряк, що нагадував поліп, який з часом зникав.

Для скорочення строку лікування після ендоларингеального видалення поліпів голосових складок, а також для профілактики післяопераційного набряку і рецидиву поліпів у 50 хворих на ларингіт Рейнке було застосовано ендоларингеальне введення суспензії діпроспану. Ін'єкції препарату проводили відразу після видалення поліпів з голосової складки при прямій ларингоскопії. З цією метою використовували спеціальний шприц з довгою голкою. В основу голосової складки вводили 0,5 мл препарату. При одночасному видаленні поліпів з обох голосових складок використовували 1 мл препарату. Всім пацієнтам препарат вво-

дили одноразово. Після операції і ендоларингеального введення діпроспану ніяких ускладнень не було, на другу добу після операції реактивні явища в гортані мінімальні. Голос покращувався вже на 3-4-у добу. У 8 пацієнтів після видалення поліпів з обох голосових складок, діпроспан ввели тільки в одну з них. При цьому ми переконались в ефективності дії препарату, тому що на боці, де діпроспан не вводили рана гоїлась значно довше, реактивні явища зникали повільніше, голосова функція гортані відновлювалась через 3-4 тижні.

Для порівняння результатів лікування у пацієнтів I (проведено лише хірургічне втручання) і 2-ї (окрім хірургічного видалення поліпів в голосову складку вводили діпроспан) груп, відмітили наступні результати.

Із 36 осіб, у яких проведено лише хірургічне втручання, загоєння поопераційної рани, а також відновлення голосової функції гортані наступало значно повільніше. Протягом 1-2 тижнів в більшості прооперованих хворих залишались реактивні явища в гортані – незначна набряклість, пастозність країв голосових складок, не повністю відновлювалась голосова функція. І лише через 1-1,5 міс ларингоскопічна картина приходила до норми. У пацієнтів 2-ї групи голос покращувався вже на 3-4-у добу після опера-

ції, а через 10-12 днів голос ставав звучним і чистим, ларингоскопічна картина практично поверталась до норми.

З 86 хворих, які були оперовані з приводу поліпів гортані, у віддалений період (через 1-3 роки) обстежено 63, з них 24 – з 1-ї групи (проведено лише хірургічне видалення поліпів) і 39 – з 2-ї (окрім хірургічного видалення поліпів в голосову складку вводили діпроспан). Рецидив захворювання наступив у 13 (54,2 %) пацієнтів першої групи і у 1 (2,6 %) – другої.

Аналіз результатів лікування хворих з поліпами голосових складок (ларингіт Рейнке) показав, що ендоларингеальне введення діпроспану після видалення поліпів сприяє попередженню розвитку післяопераційного набряку, швидко відновлює функції гортані, особливо голосової, і тим самим значно скорочує термін післяопераційного періоду і перебування пацієнта в стаціонарі, особливо сприятливі результати лікування відмічено у віддалений період.

Таким чином, запропонована нами методика комбінованого лікування (хірургічного видалення поліпів і ендоларингеальне введення в основу голосової складки діпроспану) виявилась ефективною і може бути рекомендована для застосування в клінічній практиці при лікуванні хворих на ларингіт Рейнке.

1. Алимов А.И. Хронический гипертрофический ларингит // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1966. – 21 с.
2. Антонив В.Ф., Сотникова С.В. Полипозная гиперплазия голосовых складок // Вестн. первой обл. клинич. больницы (Екатеринбург). – 2000. – №1. – С. 30-32.
3. Дайняк Л.Б., Алимов А.Н. Хронический воспалительный отёк истинных голосовых связок // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. – №4. – С. 36-40.
4. Мирошникова Е.З. Выявление малигнизации папилломы гортани // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. – №1. – С. 1-6.
5. Погосов В.С., Антонив В.Ф., Банарь И.М. Микроскопия и микрохирургия гортани и гортаноглотки, Кишинев “Штиинца”, 1986. – 200 с.
6. Чумаков Ф.И. Доброкачественные опухоли, кисты, гиперпластические и дистрофические опухолеподобные заболевания гортани у взрослых: Метод. рекомендации. – М., 1976. – 20 с.
7. Чумаков Ф.И., Рогачикова Т.А. О распространенности и некоторых особенностях хронического гиперпластического ларингита // Вестн. оториноларингологии. – 2002. – №2. – С. 31-33.
8. Усольцев Н.Н., Гольдман И.И. Полиповидная гипертрофия голосовых складок // Вестн. оториноларингологии. – 1970. – №5. – С. 32-38.

Надійшла до редакції 22.04.08.

© А.П.Ковалик, В.Ф.Антонів, Н.П.Ковалик, 2008