

## 34 ФАРИНГИТ

Andreas Kuhn, MD

Richard P. Usatine, MD

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

27-летняя женщина жалуется на боль в горле, повышение температуры и озноб в течение двух дней. Из-за выраженной боли в горле она не может проглотить ничего, кроме жидкости. По ее словам, заложенности носа и кашля не было. При осмотре миндалины гиперемированы, на них имеется отделяемое (рис. 34-1). Передние шейные лимфоузлы болезненны. На основании наличия повышения температуры, отсутствия кашля, болезненности лимфоузлов и наличия налета на миндалинах, была диагностирована с высокой вероятностью инфекция  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А (GABHS) и назначены антибиотики.



**РИСУНОК 34-1** Стрептококковый фарингит: гиперемия и налет на миндалинах (с разрешения Michael Nguyen, MD).

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 1,1% посещений врача первичного звена связаны с фарингитом.
  - По разным оценкам, от 60% до 90% случаев фарингита вызываются вирусной инфекцией.
  - В зависимости от сезона и возрастной структуры популяции, 5–30% случаев вызываются бактериальной инфекцией.
  - GABHS вызывает 5–10% фарингитов у взрослых и 15–30% у детей. До 38% случаев тонзиллитов вызывается GABHS.
- Пик заболеваемости приходится на зиму.
- Чаще всего болеют дети 4–7 лет.
- Острая ревматическая лихорадка в Соединенных Штатах в настоящее время встречается редко.
- До 14% глубоких инфекций шеи развиваются вследствие фарингита.<sup>1</sup>

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

- Воспаление слизистой глотки может быть обусловлено вирусами и бактериями, напрямую поражающими слизистую, или реакцией на отделяемое из супрафарингеальных отделов.<sup>2</sup>
- GABHS выделяет экзотоксины и протеазы. Экзотоксины вызывают появление скарлатиноподобной экзантемы (рис. 34-2). В результате вторичного иммунного



**РИСУНОК 34-2** Скарлатиноподобная сыпь при скарлатине. У этого 7-летнего мальчика наблюдается типичная сыпь по типу наждачной бумаги на фоне стрептококкового поражения глотки и повышения температуры тела. Сыпь особенно выражена в подкожных впадинах (с разрешения Richard P. Usatine, MD).

ответа вырабатываются антитела, что может вызвать развитие ревматической лихорадки и поражение клапанов сердца. Комплексы антиген-антитело могут вызвать острый гломерулонефрит.

- При отсутствии лечения вызванный GABHS фарингит может осложниться перитонзиллярным абсцессом (рис. 34-3).

## ДИАГНОСТИКА

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Насморк и кашель чаще наблюдаются при вирусной инфекции.
- Быстро появляющиеся боль при глотании, налеты на миндалинах, переднешейная лимфаденопатия и повышение температуры указывают на стрептококковый фарингит.
- Сыпь по типу наждачной бумаги указывает на развитие скарлатины (рис. 34-2).
- Налеты на миндалинах образуются не только при стрептококковом фарингите, они также могут появляться при мононуклеозе и других вирусных фарингитах (рис. 34-4 и 34-5). Прогностическая ценность наличия налетов на миндалинах при стрептококковом поражении глотки составляет всего лишь 31%, то есть у 69% пациентов с налетами на миндалинах имеется мононуклеозный или другой вирусный фарингит.
- Пара- и супратонзиллярный отек со смещением пораженной миндалины кнутри или кпереди и смещением язычка в противоположную сторону указывает на развитие перитонзиллярного абсцесса (рис. 34-3). Дополнительные симптомы — лимфаденопатия передних шейных и двубрюшно-яремного лимфоузлов с выраженной болезненностью при пальпации.
- При всех типах фарингитов могут возникать петехии неба (рис. 34-6).
- При вирусных инфекциях или аллергии гиперплазия лимфоидной ткани вызывает рисунок по типу «бульжной мостовой» на задней стенке глотки и небе (рис. 34-7). Хотя гиперплазия лимфоидной ткани характерна для вирусной инфекции и аллергического ринита, она также может наблюдаться и при стрептококковом фарингите (рис. 34-8).
- Диагностике фарингита, вызванного GABHS, способствуют следующие критерии<sup>3-7</sup>:
  - Повышение температуры до 38°C (1 балл).
  - Отсутствие кашля (1 балл).
  - Болезненность переднешейных лимфоузлов (1 балл).
  - Отек и налеты миндалинах (1 балл).
  - Возраст:



**РИСУНОК 34-3** А. Левосторонний перитонзиллярный абсцесс, видно отклонение язычка в противоположную абсцессу сторону. Б. Перитонзиллярный абсцесс с отеком и нарушением нормальной анатомии области правой миндалины (с разрешения *Charlie Goldberg, MD* и правлением Калифорнийского университета).

- < 15 лет (1 балл).
- от 15 до 45 лет (0 баллов).
- > 45 лет (-1 балл).

Вероятность GABHS инфекции приблизительно 1% при сумме от -1 до 0 баллов, и приблизительно 51% при результате 4-5 баллов.<sup>8</sup>

#### ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

- Для диагностики GABHS инфекции обычно используются тесты быстрого выявления антигена. Варианты теста включают иммуноферментный анализ, реакцию латекс-агглютинации, липосомный метод и иммунохроматографический анализ; сообщалось, что последний метод обладает наивысшими значениями чувствительности (0,97), специфичности (0,97), положительного (32,3) и отрицательного (0,03) отношения вероятности.<sup>9</sup>
- Золотым стандартом диагностики стрептококковой инфекции является положительный результат бактериологического исследования микрофлоры глотки. Однако у многих пациентов GABHS является частью нормальной орофарингеальной флоры, и диагноз острого стрептококкового фарингита должен основываться и на клинической картине острого инфекционного заболевания, и на результатах бактериологического исследования.
- Ложноположительные результаты тестов на стрептококковую инфекцию случаются, когда в организме пациента присутствует GABHS, но причина острого заболевания иная.
- Ложноотрицательные результаты тестов на стрептококковую инфекцию случаются при нарушении правил выполнения мазка из глотки, в результате чего не происходит роста стрептококков, являющихся причиной острой инфекции.
- Положительный результат теста на гетерофильные антитела (в первую неделю заболевания отношение вероятности составляет 5,7) и/или > 40% атипичных лимфоцитов в периферической крови (отношение вероятности 39) указывает на мононуклеоз.<sup>9</sup>
- При Коксаки-вирусной или герпетической инфекции могут быть получены культуры вирусов из содержимого везикул, но обычно диагноз ставится на основании клинических проявлений.
- КТ головы и шеи может помочь при постановке диагноза и определении локализации перитонзиллярного абсцесса и должно выполняться при подозрении на распространение процесса в глубокие ткани шеи.



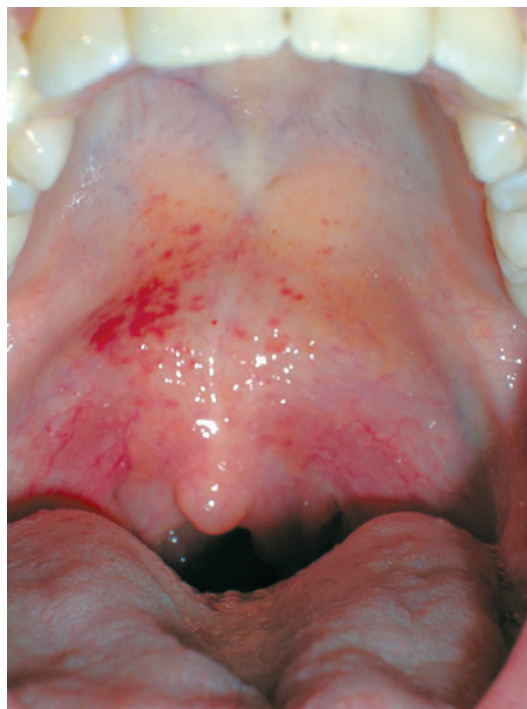
**РИСУНОК 34-4** Мононуклеоз у молодого человека с выраженными налетами на миндалинах (с разрешения Tracey Cawthorn, MD).



**РИСУНОК 34-5** Вирусный фарингит у молодого человека: отмечаются увеличенные, складчатые, несколько гиперемизированные, покрытые скудным налетом миндалины (с разрешения Richard P. Usatine, MD).

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Инфекционный мононуклеоз — тошнота, анорексия с рвотой, отек небного язычка и генерализованная симметричная лимфаденопатия, особенно у подростков и молодых людей, указывают на острый мононуклеоз (вирус Эпштейна–Барр [EBV]), хотя изменения со стороны глотки такие же, как и при GABHS-инфекции (рис. 34-4). Гепатоспленомегалия у этой группы больных также характерна для EBV-инфекции.
- Герпангина/Коксаки-вирусная инфекция — наличие везикул в полости рта и глотке свидетельствуют о герпангине, в большинстве случаев вызываемой вирусом Коксаки А16 (рис. 34-9).
- Кандидоз полости рта — беловатые бляшки слизистой полости рта и глотки указывают на кандидоз/молочницу полости рта, встречающийся в основном у младенцев, но также у взрослых с иммунодефицитом.
- Первичный герпетический гингивостоматит вызывает изъязвление слизистой и боли в полости рта. Обширное распространение язв при впервые возникшем поражении ВПГ-1 позволяет отличить эту инфекцию от других фарингитов.
- Цитомегаловирус (ЦМВ) — первичная ЦМВ инфекция при нормальном иммунитете обычно протекает бессимптомно. У больных с иммунодефицитом ЦМВ может вызывать мононуклеозоподобный синдром, клинически неотличимый от EBV-инфекции.
- Инфекции глубоких тканей шеи. Подозрения вызывают асимметрия, опухание шеи и любые смещения стенки глотки. Сопутствующая одышка может быть грозным симптомом нарастающей обструкции дыхательных путей. Другие осложнения включают в себя аспирацию, тромбоз, медиастинит и септический шок.<sup>10</sup>
- Эпиглоттит. Быстро повышающаяся температура, слабость, боль в горле и слюнотечение при отсутствии кашля характерны для острого эпиглоттита. Прогрессирование болезни может вызвать развитие опасной для жизни обструкции дыхательных путей. К счастью, после начала применения вакцины против *Haemophilus influenzae* типа В это заболевание встречается редко.
- Дифтерия — редкое заболевание, поскольку в наше время большинство пациентов иммунизированы. Однако о нем необходимо помнить, особенно при обследовании иммигрантов. Дифтерия глотки проявляется болью в горле, легким повышением температуры тела и недомоганием. Глотка гиперемирована с сероватыми псевдомембранами, которые не удается соскоблить. Осложнения включают в себя миокардит, вызывающий острую тяжелую застойную сердечную недостаточность, эндокардит и нефропатию.



**РИСУНОК 34-6** Вирусный фарингит с видимыми небными петехиями. Небный петехии могут наблюдаться при любом типе фарингита (с разрешения Richard P. Usatine, MD).



**РИСУНОК 34-7** Вирусный фарингит с выраженной сосудистой инъекцией мягкого неба и гиперплазией лимфоидной ткани (с разрешения Richard P. Usatine, MD).

## ЛЕЧЕНИЕ

- Регидратация, потребление большого количества жидкости.
- Ацетаминофен (15–20 мг/кг каждые 4–6 часов детям и 1 г каждые 4–6 часов взрослым) можно применять для симптоматического лечения — купирования лихорадки и болей. Ибупрофен также обладает мощным антипиретическим и анальгезирующим действием.
- В тяжелых случаях фарингита полоскание горла: 2% вязкий лидокаин, одна чайная ложка на полстакана воды, полоскать за 20–30 минут до еды, облегчит боль при глотании. Если пациент пользуется этим полосканием для облегчения боли в горле, предостерегите его от употребления горячей пищи и напитков, так как больной может не почувствовать ожога полости рта, пока не пройдет действие лидокаина.
- Стероиды (например, дексаметазон, однократная инъекция 10 мг) показаны при тяжелом тонзиллите у пациентов без иммунодефицита.<sup>9</sup> Однако надежные данные о применении стероидов при EBV-инфекции отсутствуют.<sup>11</sup>
- Используйте прогностическую шкалу (см. выше, раздел клинические проявления) для оценки вероятности наличия GABHS-инфекции.<sup>3, 6, 7</sup>:
  - Низкая вероятность: (анализы и лечение по поводу GABHS не назначаются) при сумме в 0 баллов — лечение симптоматическое, антибиотики не назначаются.
  - Средняя вероятность: (анализы, выбор лечения в зависимости от их результатов) при сумме от одного до трех баллов (вероятность наличия GABHS приблизительно 18%): выполняется тест быстрого выявления антигена, при положительном результате назначается антибиотикотерапия.
  - Высокая вероятность: (терапия по поводу GABHS-инфекции назначается на основании клинической картины) сумма баллов от 4 до 5 — назначается эмпирическая антибиотикотерапия.
- При предполагаемой или подтвержденной GABHS-инфекции, пенициллин V 500 мг внутрь 2–3 раза в день в течение 10 дней является препаратом выбора для взрослых.<sup>12</sup> У пациентов с аллергией на пенициллин можно применять эритромицин 500 мг внутрь четыре раза в день. Пенициллин G 1,2 млн. Ед в/м однократно может назначаться при непереносимости пероральных препаратов. Дозы для детей: пенициллин VK 25–50 мг/кг/день на 3–4 приема в день; эритромицин 30–50 мг/кг/день на четыре приема в день в течение 10 дней.
- Пациентов с перитонзиллярным абсцессом направляйте к ЛОР-врачу. В дополнение к системной антибиотикотерапии выполняется разрез и дренирование.



**РИСУНОК 34-8** Стрептококковый фарингит с темными зонами некроза на правой миндалине и выраженной лимфоидной гиперплазии типа «бульжной мостовой» на задней стенке глотки (с разрешения Richard P. Usatine, MD).



**РИСУНОК 34-9** Герпангина, вызванная вирусом Коксаки А16.

- При наличии симптомов поражения дыхательных путей пациента необходимо немедленно транспортировать в отделение неотложной помощи. Интубация может оказаться крайне сложной и рискованной.
- При перитонзиллярном абсцессе рекомендован пенициллин G (600 мг в/в каждые 6 часов в течение 24–48 часов) в комбинации с метронидазолом (15 мг/кг в/в медленно, не менее 1 часа, затем 7,5 мг/кг в/в медленно, не менее 1 часа, каждые 6–8 часов).
- При рецидивах GABHS-инфекции направляйте к ЛОР-врачу для тонзиллэктомии. Однако данные для обоснования тонзиллэктомии отсутствуют.<sup>13</sup>

### РЕКОМЕНДАЦИИ

- Объясните пациентам разницу между вирусной и бактериальной инфекцией, чтобы они понимали, почему назначены или не назначены антибиотики.
- Не нужно ограничивать покой, потребление жидкости и применение анальгетиков. Неправильно назначать антибиотик пациенту с явно вирусной инфекцией, даже если пациент считает, что антибиотик необходим. По данным проведенных исследований, степень удовлетворенности пациента будет больше, если врач потратит время и объяснит пациенту природу его заболевания, а не просто назначит антибиотик.<sup>14</sup>
- Пациентов с мононуклеозом и спленомегалией необходимо предупреждать об опасности разрыва селезенки и рекомендовать отказаться от контактных видов спорта.

### НАБЛЮДЕНИЕ

- Наблюдение при отсутствии улучшения или ухудшении в течение 72 часов.
- В тяжелых затяжных случаях мононуклеоза может потребоваться более пристальное наблюдение.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Salvadori L, Staffieri A. Deep neck infection: A present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998–2001). *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2003;260 (10):576–579.
2. Kazzi AA, Wills J. Pharyngitis. Emedicine. <http://www.emedicine.com/EMERG/topic419.htm>. Accessed November, 2006.
3. Ebell MH. Strep throat. *Am Fam Physician.* 2003;68 (5):937–938.
4. Singh S, Dolan JG, Centor RM. Optimal management of adults with pharyngitis: A multi-criteria decision analysis. *BMC Med Inform Decis Making.* 2006;6:14.
5. Linder JA, Chan JC, Bates DW. Evaluation and treatment of pharyngitis in primary care practice: The difference between guidelines is largely academic. *Arch Intern Med.* 2006;166 (13):1374–1379.
6. Vincent MT, Celestin N, Hussain AN. Pharyngitis. *Am Fam Physician.* 2004;69 (6):1465–1470.
7. Merrill B, Kelsberg G, Jankowski TA, Danis P. Clinical inquiries. What is the most effective diagnostic evaluation of streptococcal pharyngitis? *J Fam Pract.* 2004;53 (9):734, 737–738, 740.
8. McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ.* 2000;163:811–815.
9. Ebell MH. Sore throat. In: Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB eds. *Essentials of Family Medicine.* Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2002:727–738.
10. Michelle C Marcincuk M, Alan D Murray, MD. Deep Neck Infections. Emedicine <http://www.emedicine.com/ENT/topic669.htm>. Accessed November, 2006.
11. Candy B, Hotopf M. Steroids for symptom control in infectious mononucleosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;3: CD004402.
12. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. *Ann Intern Med.* 2001;134 (6):509–517.
13. Neill RA, Scoville C. Clinical inquiries. What are the indications for tonsillectomy in children? *J Fam Pract.* 2002;51 (4):314.
14. Hamm RM, Hicks RJ, Bemben DA. Antibiotics and respiratory infections: Are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract.* 1996;43 (1):56–62.

## 35 ГОРТАНЬ (ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА)

J. Michael King, MD

C. Blake Simpson, MD

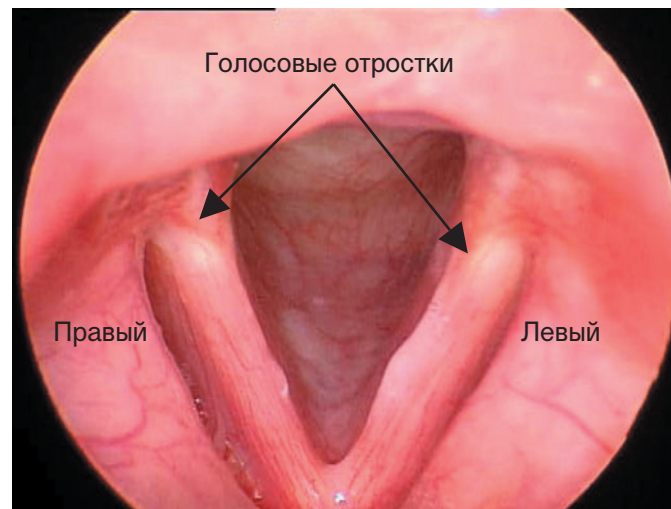
### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

47-летний мужчина, курящий (индекс курильщика 40 пачка-лет), обратился к врачу с жалобами на усиливающуюся осиплость голоса, появившуюся приблизительно шесть недель назад. Также он жалуется на ощущения кома в горле и трудности при глотании твердой пищи. Он отрицает боль при глотании, оталгию, кровохарканье и рвоту кровью. Также отсутствуют кашель и системные жалобы, такие, как повышение температуры, озноб или быстрое снижение веса.

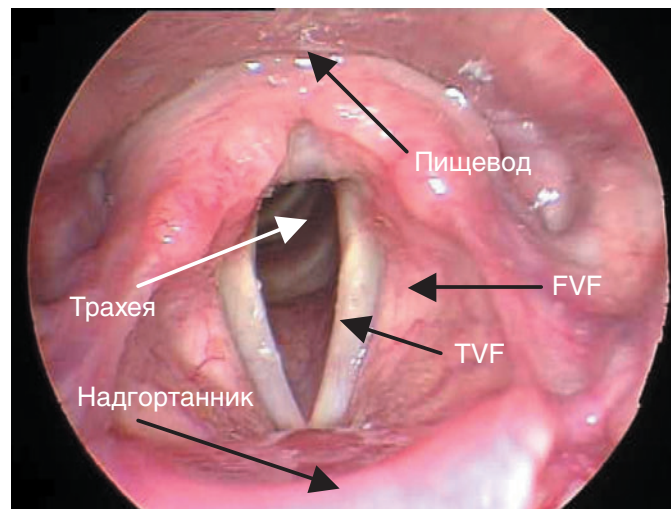
Осиплость голоса у мужчины средних лет с описанными выше симптомами встречается очень часто, требует длительной дифференциальной диагностики (при таком клиническом сценарии возможно наличие всех описанных ниже заболеваний). Солидный стаж курения и длительность симптомов должны вызывать настороженность в отношении возможного злокачественной опухоли гортани. Однако чаще встречается гортанно-глоточный рефлюкс (ГГР), вызывающий доброкачественное поражение голосовых связок.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Наиболее частая причина осиплости голоса в общей популяции взрослых и детей — это вирусная инфекция, вызывающая ларингит (рис. 35-1). Постановке диагноза помогает знание нормальной анатомии гортани (рис. 35-2).
- ГГР может присутствовать у 50% пациентов с нарушениями голоса и патологией гортани.<sup>1</sup>
- Чешуйчатоклеточная карцинома (ЧКК) составляет 95% случаев рака гортани. В Соединенных Штатах ежегодно выявляется приблизительно 11000 случаев. Пик заболеваемости приходится на шестую и седьмую декаду жизни, мужчины заболевают гораздо чаще женщин.<sup>1</sup>
- Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) является наиболее частой причиной доброкачественных новообразований гортани у детей, что необходимо помнить при обследовании детей с хронической осиплостью голоса. Известные факторы риска возникновения заболевания в раннем возрасте



**РИСУНОК 35-1** Ларингит, вызвавший диффузную гиперемию и воспаление. Обратите внимание, что голосовые связки не такого нормального белого цвета, как на следующем рисунке (с разрешения С. Blake Simpson, MD).

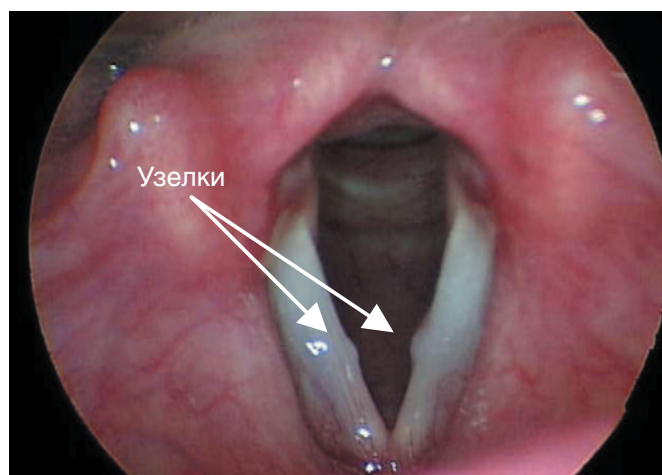


**РИСУНОК 35-2** Нормальная гортань (истинные и ложные голосовые связки). TVF — истинная голосовая связка; FVF — ложная голосовая связка (с разрешения С. Blake Simpson, MD).

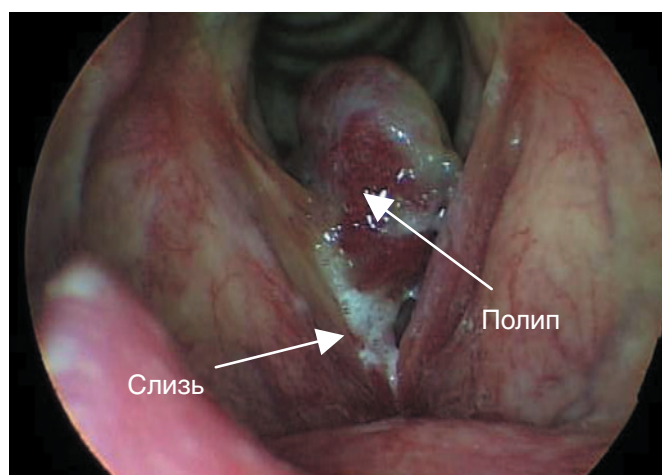
составляют триаду: первый ребенок (75%), беременность в подростковом возрасте и вагинальное родоразрешение. Частота у детей и взрослых составляет соответственно 4,3 и 1,8 на 100000<sup>2</sup>. Выявлена связь между наличием инфекции вируса папилломы человека (*human papillomavirus*—HPV) цервикального канала матери и развитием РРП в раннем возрасте, но точный механизм передачи остается неясным. Риск развития РРП у ребенка после родов от матери с активной генитальной HPV инфекцией колеблется от 0,25% до 3%.<sup>3</sup> Поскольку кесарево сечение не предотвращает РРП в 100% случаев, выполнение планового профилактического кесарева сечения матерям с активными остроконечными кондиломами в настоящее время не рекомендуется.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

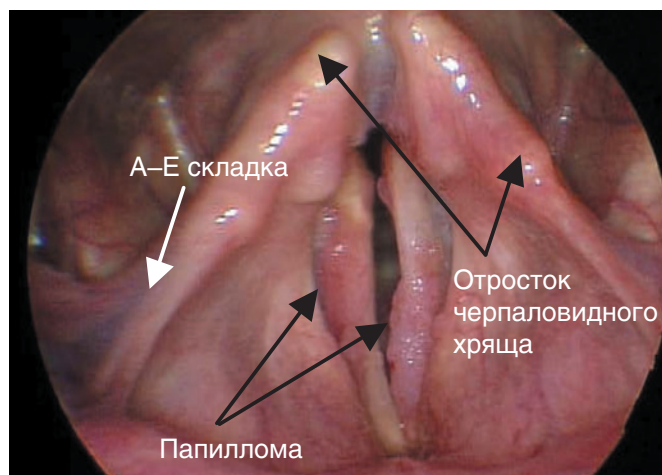
- Ларингит—неспецифический термин, описывающий воспаление гортани любой этиологии. Чаще всего он вызывается вирусной инфекцией верхних дыхательных путей. Симптомы поражения гортани возникают вследствие сухости гортани, застоя слизи и травматизации при кашле и прочистке горла (рис. 35-1).
- Узелки голосовых связок, полипы и кисты—доброкачественные новообразования, развивающиеся вследствие механической травмы (неадекватные или чрезмерные голосовые нагрузки). Они являются частой причиной дисфонии у певцов, учителей и представителей других профессий, чей труд связан с голосовыми нагрузками (рис. 35-3 и 35-4).
- Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) вызывается HPV. Дебютирует преимущественно у маленьких детей, хотя существует и вариант заболевания с дебютом во взрослом возрасте. Течение болезни непредсказуемо и крайне вариабельно. Возможно распространение процесса на трахею и бронхолегочный сегмент. Злокачественное перерождение в ЧКК случается редко и обычно ведет к летальному исходу (рис. 35-5 и 35-6).
- Гортаноно-глотоочный рефлюкс (ГГР)— совершенно другая патология, чем ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь). Пациенты обычно не жалуются на боли в области сердца, нарушения пищеварения и регургитацию, как при ГЭРБ; у них часто возникает осиплость голоса, ощущение комка, сильное покашливание и хронический кашель. Гортань очень чувствительна даже к небольшим количествам кислоты/пепсина. Таким образом, даже если рефлюкс не настолько тяжел, чтобы вызвать эзофагит (симптомы ГЭРБ), все равно может возникнуть симптоматическое поражение слизистой гортани вследствие ГГР (рис. 35-7 и 35-8).<sup>1,4,5</sup>



**РИСУНОК 35-3** Узелки на голосовых связках (с разрешения C. Blake Simpson, MD).



**РИСУНОК 35-4** Огромный вызывающий обструкцию полип гортани (с разрешения C. Blake Simpson, MD).



**РИСУНОК 35-5** Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) у взрослого. Черпалонадгортанная связка (A-E fold) (с разрешения C. Blake Simpson, MD).

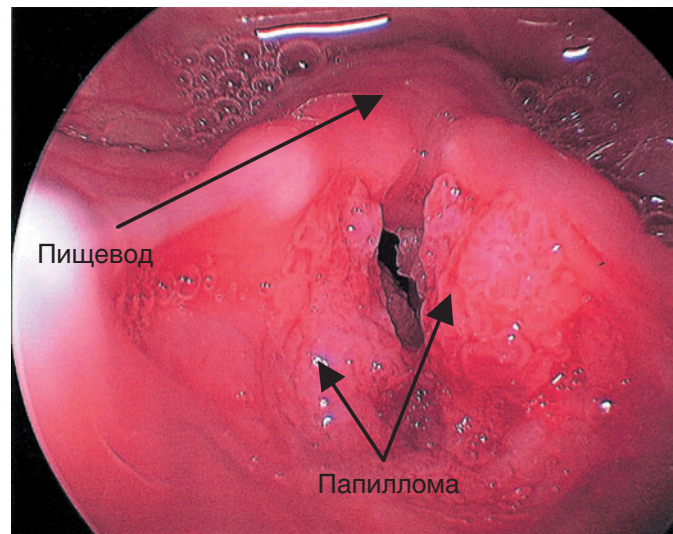


- Этиология многофакторна, но 90% больных злоупотребляли курением и/или алкоголем. Эти факторы риска оказывают синергический эффект. Другие независимые факторы риска включают в себя профессиональные вредности, например, у маляров, металлургов, работу, связанную с воздействием паров бензина и дизельного топлива, а также лучевую терапию в анамнезе (рис. 35-9).
- Многочисленные причины могут вызвать парез или паралич голосовых связок<sup>1,6</sup>:
  - Повреждение во время хирургического вмешательства (25%) — наиболее частая причина (передний спондилолистез, эндалтерэктомия сонной артерии, струмэктомия).
  - Внегортанные злокачественные новообразования (24%) (средостения, основания черепа и бронхолегочные).
  - Причину выявить не удастся (идиопатические) в 20% случаев.
  - Нехирургическая травма (10%) (проникающие/тупые травмы и повреждения во время интубации).
  - Неврологические причины (8%) включают в себя инсульт, опухоли ЦНС, рассеянный склероз и боковой амиотрофический склероз.
  - Воспалительные/инфекционные заболевания (2–5%).
- Пресбифония — диагноз исключения, означающий изменения голоса вследствие возрастных изменений гортани (постепенное ослабление голоса, плохая голосовая проекция и «грубость» голоса). Осиплость голоса у пожилых пациентов старше 60 лет чаще всего вызвана доброкачественными образованиями голосовых связок, за ними по частоте следуют злокачественные новообразования и паралич голосовых связок. При условии проведения тщательного обследования и исключении органических причин, на пресбифонию приходится примерно 10% случаев осиплости голоса у пожилых пациентов.<sup>7</sup>

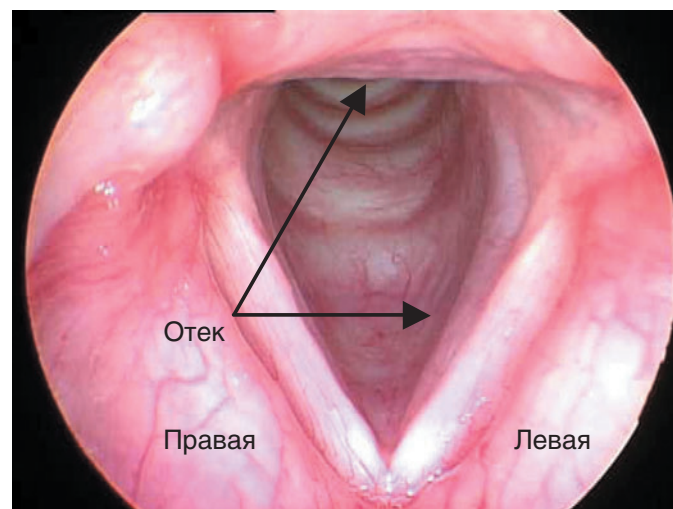
## ДИАГНОСТИКА

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Ключевые данные анамнеза и физикального обследования могут помочь дифференцировать доброкачественные изменения от потенциально более серьезных заболеваний:
  - Оталгия (боль в ухе) часто является отраженной болью при первичных карциномах гортани и глотки.
  - Дисфагия и одиофагия (боль при глотании) — неспецифические жалобы, но они должны вызывать настороженность в отношении наличия obstructивных процессов или реактивного отека глотки.



**РИСУНОК 35-6** Рецидивирующий респираторный папилломатоз у трехлетнего ребенка. Папилломы почти полностью обтурируют дыхательные пути и требуют удаления (с разрешения С. Blake Simpson, MD).

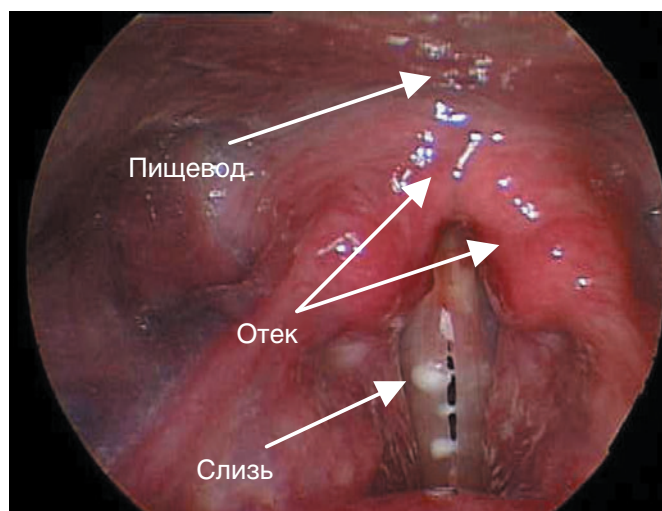


**РИСУНОК 35-7** Ларингофарингеальная рефлюксная болезнь (ГРП) (с разрешения С. Blake Simpson, MD).

- Стридор — «шумное дыхание», сопровождающееся респираторным дистрессом; такие пациенты должны обследоваться по неотложным показаниям для исключения нарастающей обструкции дыхательных путей.
- Ком в горле — постоянное или периодическое безболезненное ощущение опухоли или инородного тела в горле. Обычно связано с ГР или ГЭРБ.
- Опухоль шеи. Сопутствующая одно- или двусторонняя лимфоаденопатия должна вызывать подозрения на наличие новообразования гортани, пока не будет выявлена другая причина.
- Сроки — начало, длительность и частота возникновения симптомов имеют большое значение.
- «Красные флажки» карциномы гортани — злоупотребление алкоголем и/или курением в анамнезе, осиплость голоса в течение более месяца, дисфагия/одинофагия и аталгия.
- Симптомы ГР включают в себя осиплость голоса, покашливание, постназальные затеки, хронический кашель, дисфагию, ощущение кома в горле и чувство першения в горле. Жгучие боли в области сердца не характерны.
- Стандартом диагностики является фиброскопия гортани. Может понадобиться консультация оториноларинголога для выполнения видеостробоскопического исследования и в подозрительных случаях — взятия биопсии.

#### ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

- Лабораторные исследования обычно малоинформативны, так как диагностическим методом выбора является фиброскопия гортани.
- Рентгенография органов грудной клетки помогает исключить новообразования бронхов, легких и средостения, которые могут вызывать паралич голосовых связок, но обычно при первичном поражении гортани это исследование неинформативно.
- КТ с контрастированием шеи информативно при подозрении на карциному, особенно при увеличении лимфоузлов шеи.
- МРТ с гадолиниевым контрастированием или без него является лучшим методом получения изображений при подозрении на первичное поражение ЦНС или основания черепа.
- При подозрении на ГР пациента следует направить к гастроэнтерологу для проведения информативного исследования — 24-часовой двухканальной рН-метрии (несмотря на назначение антирефлюксной терапии).



**РИСУНОК 35-8** Ларингофарингеальный рефлюкс во время фонации с диффузной гиперемией, воспалением и утолщением слизистой (с разрешения С. Blake Simpson, MD).



**РИСУНОК 35-9** Чешуйчатоклеточная карцинома, паралич левой истинной голосовой связки (с разрешения С. Blake Simpson, MD).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА  
СИПЛОГО ГОЛОСА

- Ларингит (рис. 35-1).
- Узелок голосовой связки (рис. 35-2).
- Полип голосовой связки (рис. 35-3).
- Киста голосовой связки.
- Папилломатоз гортани (рис. 35-5 и 35-6).
- Ларингофарингеальная рефлюксная болезнь (рис. 35-7 и 35-8).
- Чешуйчатоклеточная карцинома (рис. 35-9).
- Паралич или парез голосовых связок.
- Неврологические расстройства (рассеянный склероз, болезнь Паркинсона и эссенциальный тремор).
- Системные заболевания (гранулематоз Вегенера, саркоидоз, ревматоидный артрит).
- Пресбифония.

## ЛЕЧЕНИЕ

- Ларингит. Эмпирическая терапия направлена на облегчение кашля и создание оттока отделяемого носа/глотки. Для выздоровления важнейшее значение имеет увлажнение (эффективны паровой душ, увлажнители и сауны). Не рекомендуется прочищать горло, назначается голосовой покой. Разговоры должны быть ограничены, но не запрещены. Сообщите пациенту, что шепот вызывает большее голосовое напряжение и ухудшает течение болезни.
- Узелки голосовых связок, полипы и кисты. Первичная терапия включает в себя логопедические методы в сочетании с медикаментозным лечением дегидратации, аллергий, постназальных затеков (отделяемого из полости носа и пазух). В рефрактерных случаях может потребоваться хирургическое лечение.
- Папилломатоз гортани. У большинства детей заболевание характеризуется упорным течением и требует периодической хирургической обработки, выполняемой оториноларингологом, для профилактики обструкции дыхательных путей. Возможна спонтанная ремиссия. При агрессивном течении заболевания назначают адьювантную терапию, например цидофовир.
- ГПР. Основой лечения является просветительская работа с пациентом, направленная на коррекцию диеты и привычек (снижение веса, отказ от курения, ограничение употребления алкоголя и кофеина; не принимать пищу незадолго до того, как лечь). Эксперты рекомендуют принимать ингибиторы протонной помпы (proton pump inhibitors — PPIs) дважды в день

до еды. Однако, рекомендации эмпирической терапии PPIs при подозрении на ГПР основаны на данных с низким уровнем достоверности, полученных в ходе неконтролируемых исследований. В нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях не удалось доказать эффективность PPIs по сравнению с плацебо при подозрении на ГПР.<sup>8</sup> Хотя не получено данных в поддержку дополнительной терапии H<sub>2</sub>-блокаторами, как, например, ранитидин 300 мг на ночь, эти препараты назначаются часто.

- ЧКК. Оптимальна комбинированная терапия. В зависимости от стадии и распространенности процесса, пациенты часто получают один или более видов лечения, включая хирургическое, лучевое и химиотерапию.
- Парез или паралич голосовых связок. Лечение направлено на устранение причины расстройства. Некоторым пациентам требуется хирургическое вмешательство для репозиции парализованной связки в физиологическое положение фонации. Эта операция восстанавливает голос и часто облегчает нарушения, вызываемые хронической аспирацией.
- Неврологические заболевания. Нарушения функций гортани может сопутствовать рассеянному склерозу у молодых пациентов, болезни Паркинсона и эссенциальному тремору у престарелых. В дополнение к лечению основного заболевания часто оказывается эффективным логопедическое лечение.
- Системные заболевания, как, например, гранулематоз Вегенера, саркоидоз и ревматоидный артрит, редко вызывают поражения гортани. Изменения голоса и нарушения глотания у таких пациентов должны оцениваться отоларингологом для исключения вероятного стеноза гортани.
- Пресбифония — это прежде всего диагноз исключения. При отсутствии органической патологии перед направлением больного на хирургическое лечение (т.е., аугментацию голосовых связок) рекомендуется проведение пробного курса логопедического лечения.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

- Должны прилагаться усилия к прекращению курения и чрезмерного употребления алкоголя.
- Узелки голосовых связок, полипы и кисты обычно возникают у профессиональных ораторов (министры, аукционисты, учителя, певцы и т.д.). Логопед может обучить пациента правильно использовать свой голос, способствуя, таким образом, профилактике и лечению этого заболевания.
- Течение большинства случаев доброкачественной патологии гортани улучшается при осуществлении

контроля гастроэзофагеальной и ларингофарингеальной рефлюксных болезней. Пациента нужно информировать о факторах риска ГЭРБ/ГГР:

- Ожирение.
- Острая или жирная пища.
- Злоупотребление табаком и алкоголем.
- Напитки с кофеином (особенно газированные).
- Цитрусовые соки, шоколад, ментол.
- Прием пищи за 2–3 часа до сна.

## НАБЛЮДЕНИЕ

- При наличии анамнестических и физикальных данных за наличие карциномы — пристальное наблюдение и/или срочное направление к оториноларингологу для фиброскопии гортани.
- Пациенты с подозрением на ГГР должны наблюдаться приблизительно 6–8 недель после начала эмпирической терапии. При отсутствии эффекта от проводимого лечения и коррекции образа жизни или при необходимости длительного лечения ППИ (более 12 месяцев) показана консультация оториноларинголога и/или гастроэнтеролога.
- При ухудшении или отсутствии эффекта проводимого лечения показана консультация оториноларинголога (или ларинголога) (для получения информации о ларингологе, работающем в вашем районе, см. ниже информацию для врачей).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ossoff R, Shapshay S, Woodson G, Netterville J. *The Larynx*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2003;270, 337, 499–500.
2. Derkay CS. Recurrent Respiratory Papillomatosis. *Laryngoscope*. 2001;111:57–69.
3. Rosen FS, Pou AM, Quinn FB, Ryan MW. Recurrent respiratory papillomatosis. Grand Rounds Presentation, UT-MB, Dept. of Otolaryngology. June 25, 2003. <http://www.utmb.edu/otoref/Grnds/Papillomatosis-2003-0625/Papillomatosis-2003-0625.htm>. Accessed May 12, 2007.
4. Simpson CB. Patient of the Month Program. American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery Foundation. *Breathy Dysphonia (Diagnosis and Treatment of Vocal Fold Paralysis)*. 2002;31 (7):19–28.
5. Koufmann JA, Amin MA, Panetti M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;123:385–388.
6. Benninger MS, Gillen JB, Altman JS. Changing etiology of vocal fold immobility. *Laryngoscope*. 1998;108:1346–1349.
7. Kendall K. Presbyphonia: A review. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;15:137–140.
8. Karkos PD, Wilson JA. Empiric treatment of laryngopharyngeal reflux with proton pump inhibitors: A systematic review. *Laryngoscope*. 2006;116 (1):144–148.