

15. Марушко Ю.В., Лісоченко О.О., Московенко О.Д. Сучасний стан проблеми залізодефіцитних станів у дітей // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1 (25). – С. 33-34.
16. Нетребенко О.К., Щеплягина Л.А. Иммунонутриенты в питании детей // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 6. – С. 21-26.
17. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003-2004 роки. – ЦМС МОЗ України, 2005.
18. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2004-2005 роки. – ЦМС МОЗ України, 2006.
19. Растворимые рецепторы трансферина: значение в диагностике анемий / Карамян Н.А., Казанец Е.Г., Айвазова Д.Х. и соавт. // Клин. лаб. диагностика. – 2003. – № 4. – С. 40-42.
20. Синевич О.Ю., Степнов М.И. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста: некоторые аспекты метаболических нарушений, их медикаментозная коррекция // Педиатрия. – 2002. – № 2. – С. 54-59.
21. Скальный А.В. Химические элементы в физиологии и экологии человека. – М.: Мир, 2004. – 215 с.
22. Ткаченко С.К., Громнацька Н.М. Залізодефіцитна анемія у дітей – важлива проблема сьогодення // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 6 – С. 9-13.
23. Andrews N.C. Iron metabolism and related disorders. – Chavanes-de-Bogis; Geneva, 2002. – P. 1-5.
24. Ibs K.-H., Rink L. Zinc-Altered immune function // J.Nutr. – 2003. – Vol. 133. – P. 1452-1456.

ХІРУРГІЯ

УДК 616.22-002-056.3

Ковалик А.П.

ХРОНІЧНИЙ НАБРЯКОВО-ПОЛІПОЗНИЙ ЛАРИНГІТ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Російський університет Дружби народів

ХРОНІЧНИЙ НАБРЯКОВО-ПОЛІПОЗНИЙ ЛАРИНГІТ – Для лікування хронічного набряково-поліпозного ларингіту з I і II ступенем величини поліпів застосовано десенсибілізуючу терапію і електрофорез з дипроспаном на гортань. При III ступені величини поліпів після хірургічного х видалення в основу голосово складки вводили по 0,5 мл дипроспану.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОТЕЧНО-ПОЛИПОЗНЫЙ ЛАРИНГИТ – Для лечения хронического отеочно-полипозного ларингита с I и II степенью величины полипов применено десенсибилизирующую терапию и электрофорез с дипроспаном на гортань. При III степени величины полипов после хирургического их удаления в основание голосовой связки вводили по 0,5 мл дипроспана.

CHRONIC HYPOSTASIS-POLYPUSIS LARYNGITIS – For the treatment of chronic hypostasis-polypusis laryngitis with I and II degree of polypuses prevalence the desensibilization therapy is applied and electroforesis with diprospan on the larynx. At the III degree of polypuses spreading after their surgical removal into the basis of the vocal fold was introduced 0,5 ml of diprospan.

Ключові слова: ларингіт Рейнке, дипроспан, лікування.

Ключевые слова: ларингит Рейнке, дипроспан, лечение.

Key words: Reynke laryngitis, diprospan, treatment.

ВСТУП Однією з форм обмеженого гіпертрофічного ларингіту є його набряково-поліпозна форма – ларингіт Рейнке. Захворювання зустрічається в основному у віці від 30 до 60 років. В більшості випадків для даної патології характерні загострення процесу 1-2 рази протягом року. Тривалість кожного загострення складає 2 – 3 міс. Основними симптомами при ларингіті Рейнке є хрипота, зміна тембру і сили голосу, швидка його втома, біль в горлі і гортані після голосового перевантаження. Причинами виникнення ларингіту Рейнке більшість дослідників вважає хронічне запалення гортані, куріння, вживання алкоголю, дію несприятливих виробничих факторів (пил, дим, агресивно-хімічні речовини) (В.Ф.Антонив і соавт., 2000; Е.В.Демченко, 2003).

Лікування хворих на хронічний набряково-поліпозний ларингіт пов'язано з великими труднощами, оскільки відсутня патогенетична терапія. За даними багатьох авторів (Л.Б. Дайняк і соавт., 1971; М.Г. Барадулина., 1980) позитивний терапевтичний ефект при лікуванні хронічного набряково-поліпозного ларингіту відмічено при застосуванні аерозольно суміші антибіотиків, кортикостероїдів, антигістамінних препаратів, протеолітичних ферментів. Однак проведене лікування в більшості випадків або не дає позитивного ефекту, або ж в найближчий час виникає рецидив захворювання. Набагато менше досліджень при даній патології присвячено мікрохірургії гортані, відсутні роботи щодо застосування глюкокортикостероїдів в ін'єкціях при х ендоларингеальному введенні.

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

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням перебувало 57 хворих з ларингітом Рейнке. Із них осіб чоловічої статі було 38 і жіночої – 19. Вік хворих – від 32 до 63 років. Усі пацієнти були курцями з тривалим стажем. У більшості хворих (51) поліпи локалізувались на обох голосових складках і лише у 6 – на одній.

На нашу думку, лікарська речовина буде надавати найбільш тривалу і активну дію при введенні в тканину в ін'єкціях або з допомогою електрофорезу. Електрофорез – метод одночасно дії постійного струму і лікарського препарату. При електрофорезі постійний струм є не лише носієм іонів, але і активним біологічним стимулятором, викликаючи різноманітні фізикохімічні метаболічні реакції в організмі, створює сприятливий фон для специфічної дії лікарського препарату навіть при невеликій його концентрації (А.И.Журавлев і соавт., 1980).

Оскільки вибір методу лікування при поліпах гортані залежить від величини поліпів (а за величиною вони бувають досить різноманітні), то для уніфікації показань до лікування, а також визначення його ефективності необхідно чітко встановити стан патологічного процесу в гортані при даній патології. Виходячи з цього ми запропонували класифікацію визначення величини поліпів гортані при цьому захворюванні. Вона відображає також ступінь х поширення.

I ступінь (малий поліп) – поліпозно змінений край однієї або обох голосових складок у вигляді крайового набряку, що не перевищує в найширшій 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) – поліп, який звужує просвіт гортані, виступає в гортань на 5 – 7 мм і викликає явища стенозу.

Із 57 спостережуваних хворих поліпи I ступеня виявлені у 22 осіб, II – у 23 і III ступеня – у 12 осіб.

Всім хворим, незалежно від поширеності патологічного процесу в гортані, спершу призначали консервативне лікування: електрофорез на гортань з дипроспаном, десенсибілізувальну терапію тощо. Електрофорез з дипроспаном проводили щоденно 2 рази на день (вранці і ввечері о 17 год) по 10 хв протягом 6 днів, здійснювали його з анода в безперервному режимі при силі постійного струму 1 мА на ділянку гортані (проекція щитоподібного хряща). Лікування хворі переносили добре, алергічних реакцій не спостерігалось.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

В процесі лікування хворим щоденно проводили непряму ларингоскопію. При цьому звертали увагу на колір слизової оболонки гортані, колір поверхні поліпів, визначали х величину. Після перших 2 – 3 сеансів слизова оболонка гортані ставала більш зволоженою і менш набряклою. Із зменшенням поліпів хворі відмічали покращення тембру голосу, підсилення його гучності. На відчуття стороннього тіла в гортані до лікування скаржилось 48 пацієнтів. В процесі лікування (від 6 до 14 днів) вищезазначений симптом зник у 43 хворих. На кашель скаржились всі пацієнти. В процесі лікування зменшення інтенсивності кашлю відмітили 49 осіб. Досить частою скаргою (у 52 хворих із 57) була зміна тембру голосу і послаблення його гучності. Застосування запропонованої терапії сприяло нормалізації цих параметрів голосу у 45 осіб.

Можна відмітити явну динаміку суб'єктивних відчуттів хворих і даних ларингоскопії. Вже на 4-й день від початку лікування у більшості хворих поліпи зменшувалися, набували більш чітких контурів. Межа між набряком і здоровою тканиною по верхній поверхні голосової складки ставала чіткою. У хворих з поліпами I і II ступенів поширення межа ставала чіткою в строк від 4 до 8 днів, а у пацієнтів з III ступенем – значно пізніше (10 – 12 день). Слід відмітити, що в жодному випадку відразу після закінчення курсу лікування поліпи повністю не зникали. У пацієнтів з поліпами I ступеня поширення після лікування залишалась пастозність краю голосової складки, а у пацієнтів з II і III ступенями поширення поліпів – вони значно зменшувались. Вигляд голосової складки нормалізувався протягом 10 – 14 днів після завершення терапії.

Проведене консервативне лікування виявилось ефективним у 20 із 22 пацієнтів з I ступенем величини поліпів і у 17 із 23 – II ступенем. У 12 пацієнтів з III ступенем вели-

чини поліпів хоч і відмічено х зменшення (голосова щільна розширювалась), проте у жодного хворого вони не зникли повністю, або ж зменшились до такої міри, щоб можна було обійтись без хірургічного втручання. А тому у всіх 12 пацієнтів із III ступенем поширеності поліпів, а також у 3 пацієнтів – з II, проведено хірургічне х видалення. Двоє пацієнтів з I ступенем величини поліпів і троє – з II ступенем, у яких після консервативного лікування поліпи не зникли, від хірургічного втручання відмовились, оскільки вони після проведення терапії почували себе добре.

Хірургічне видалення поліпів виконували під операційним мікроскопом при п'ятикратному збільшенні. Розріз проводили по нижній межі прикріплення поліпа до голосової складки, виступаючи на 1 – 2 мм допереду від голосового відростка черпакуватого хряща. Поступово відділяли поліп від голосової складки ззаду наперед. Особливу обережність проявляли при висіченні поліпа спереду (поблизу передньої комісури), щоб не пошкодити або ж не відшарувати від не слизову оболонку. Тому поліп відсікали, не доходячи до комісури на 2 мм. Аналогічне хірургічне втручання проводили і на протилежній голосовій складці.

Після видалення поліпів з голосової складки в основу при прямій ларингоскопії проводили ін'єкції суспензії дипроспану. 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, який вводили по 0,5 мл в основу кожної голосової складки. Всім пацієнтам препарат вводили одноразово. Після операції і ендоларингеального введення дипроспану якихось ускладнень не спостерігалось, на другу добу після операції при мікроларингоскопії реактивних явищ в гортані не спостерігалось, відмічалась нормалізація ларингоскопічної картини, голос покращувався вже на 2 – 3-ю добу.

Із 15 оперованих пацієнтів у віддалений період (через 1 – 3 роки) були оглянуті 12 осіб (з 3 – зв'язок втрачено). Із них у 11 наступило виздоровлення, у 1 виник рецидив захворювання.

ВИСНОВОК Запропонована нами методика консервативного лікування (електрофорез дипроспану на гортань і десенсибілізувальна терапія) хворих на ларингіт Рейнке з I і II ступенями величини поліпів, а також хірургічного видалення поліпів з ендоларингеальним введенням в основу голосової складки дипроспану при III ступені величини поліпів виявилась досить ефективною і може бути рекомендована для застосування в клінічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонив В.Ф., Сотникова С.В. Полипозная гиперплазия голосовых складок //Вестник первой обл. клинич. больницы. – Екатеринбург, 2000. - №1. – С. 30 – 32.
2. Барадулина М.Г. Клиника, диагностика и лечение больных с предраковыми поражениями слизистой оболочки гортани //Журнал ушн., нос. и горл. болезн. – 1988. – № 3. – С. 1 – 6.
3. Дайняк Л.Б., Алимов А.Н. Хронический воспалительный отёк истинных голосовых связок //Журнал ушн., нос. и горл. болезн. – 1971. – № 4. – С. 36 – 40.
4. Демченко Е.В. Диагностика и лечение хронического гиперпластического ларингита //Российская оториноларингология. – 2003. – №4, Т. 7. – С. 47 – 50.
5. Журавлев А.И., Акопян В.Б., Куликова О.В. Качественные различия электро- и фонофореза лекарственных веществ в живой ткани. //Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1980. – № 1. – С. 25 – 30.