

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ КЛЕТОК ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ураков Жамшид Рустамович

Ассистент кафедры Реабилитологии, спортивной медицины и физической культуры Бухарского медицинского института

ARTICLE INFO.

Ключевые слова:

Ревматоидный артрит, гортань, лечение, обзор.

Аннотация

Ревматоидный артрит является одной из многочисленных деструктивных системных заболеваний организма, который имеет прогрессивный характер, характеризуется периодами ремиссий и обострений. Около 3% взрослого населения земного шара страдает ревматоидным артритом с преимущественным поражением мелких периферических суставов. У 20% пациентов с ревматоидным артритом наблюдаются внесуставные ревматоидные поражения в различных органах организма. Гортанные проявления ревматоидного артрита могут быть в виде: миозита, невралгии возвратного гортанного нерва, гранулем, артрита перстнечерпаловидных суставов и ревматических подслизистых узелков. В статье авторы представляют обзор литературы поражения гортани при ревматоидном артрите (клинические симптомы, диагностика и лечение), приводят описание клинического случая из собственной практики.

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2022 LWAB.

Ревматоидный артрит – системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом [1, 2]. Во взрослой популяции заболевание поражает 3% населения, среди детей регистрируют до 35 случаев на 100 тыс. детского населения [1, 3]. Для ревматоидного артрита характерно появление воспалительных инфильтратов в синовиальной оболочке суставов, состоящих из мононуклеарных клеток, в основном Т-лимфоцитов, а также активированных макрофагов и плазматических клеток, часть из которых вырабатывают ревматоидный фактор. Синовиальные клетки усиленно пролиферируют, синовиальная оболочка набухает, утолщается, образует выросты в подлежащие ткани [1, 3]. Поражения верхних отделов дыхательных путей при ревматоидном артрите встречаются часто [4, 5]. Гортанные проявления ревматоидного артрита могут быть в виде: миозита, невралгии возвратного гортанного нерва, гранулем, артрита перстнечерпаловидных суставов и ревматических подслизистых узелков [2, 3, 6, 7]. Артриты хрящей гортани и ревматоидные узелки в голосовых складках могут вызывать обструкцию верхних отделов дыхательных путей [8–10]. В течение последних десятилетий прошлого века частота поражения гортани при ревматоидном артрите увеличилась с 31 до 75%, что, скорее всего, связано с улучшением диагностики. При аутопсии этот показатель достигает

90% [11–13]. В ранних стадиях заболевания больные отмечают чувство распирания или напряжения ощущение инородного тела в горле, в поздних стадиях появляются охриплость, дисфагия, боль, кашель и одышка [2–5]. По данным E. Murano и его соавторов, изменение качества голоса может быть первым проявлением заболевания до установления диагноза ревматоидный артрит [14]. Изменение голоса появляется при наличии ревматических узелков в голосовых складках или при поражении перстнечерпаловидного сустава.

Наличие ревматических узелков в голосовых складках нарушают их колебания, таким образом, меняется тембр и амплитуда голоса. Иногда изменение голоса наблюдается при одновременном поражении голосовых складок ревматическими узлами и артрите перстнечерпаловидного сустава [15]. При поражении перстнечерпаловидного сустава отмечаются дисфония, дисфагия, отек соответствующей области гортани. Данное состояние отличается от нейрогенного поражения (неврит или травма соответствующего возвратного нерва) тем, что слизистая оболочка в области черпаловидного хряща гиперемирована, отечна, контуры хряща сглажены. Голосовая складка при этом занимает либо промежуточное положение между положениями при ее отведении и приведении (интермедиальное положение), либо положение, приближающееся к средними (парамедиальное положение). Если возникает двухстороннее поражение перстнечерпаловидного сустава, то при парамедиальном положении наступают явления удушья, нередко требующие экстренной трахеотомии (при всех стенозах гортани воспалительно-инфекционного генеза, требующих экстренной помощи, проводят нижнюю трахеотомию, желателно на уровне 3–4го кольца трахеи, о дальше от очага воспаления, чтобы не вызвать инфицирования трахеостомы). При стихании воспалительного процесса подвижность голосовой складки может остаться ограниченной, при исходе в анкилоз сустава возникает полная его не подвижность.

После исчезновения острых явлений область сустава остается еще некоторое время отечной, его подвижность – ограниченной, что сказывается на фонаторной функции гортани. При возникновении постоянного анкилоза пораженного сустава наблюдается феномен реперкуссионного ослабления функции возвратного нерва на стороне поражения в результате атрофии нервно-мышечного аппарата от «отсутствия деятельности» [2, 3, 7–12]. Поражение перстне-щитовидного сустава встречается реже. При надавливании на боковые пластины щитовидного хряща возникает резкая болезненность в глубине гортани. Такая же боль возникает при фонации высоких звуков. Боль при этом может иррадиировать в соответствующую половину шеи, иногда в ухо. Эндоскопические выявляются признаки воспаления в соответствующей половине гортани в области перстнечерпаловидного сустав и черпало-надгортанной складке [16]. Диагностика поражения суставов гортани при ревматоидных артритах основывается на общих и местных признаках основного заболевания. От нейромышечной дисфункции при одностороннем поражении возвратного нерва анкилоз перстнечерпаловидного сустава дифференцируют на основании того, что в первом случае голосовой отросток хряща расположен косо книзу в направлении просвета гортани и движется при движениях противоположной голосовой складки, в то время как при анкилозе сустава движения черпаловидного хряща невозможны. Отсутствие движений в перстнечерпаловидном суставе может быть установлено попыткой приведения в движение черпаловидного хряща при прямой ларингоскопии [11, 15, 16].

Гистологические исследования пораженных суставов гортани показали синовиальную пролиферацию, с отложением фибрина на ранних стадиях заболевания, анкилоз и облитерацию суставов в поздних стадиях. Также выявляются подслизистые кистозные образования, ревматические узелки в голосовых складках. При гистологическом исследовании в области узелков обнаруживаются участки фокального некроза и отложения соли [17]. Несмотря на то, что частота встречаемости ревматического поражения гортани достаточно высока, его своевременная диагностика запаздывает, а в некоторых случаях требует мультидисциплинарного подхода и использования сложных лучевых исследований. С этой целью

используют обычное рентгенографическое исследование или компьютерную томографию шеи и гортани. Высокое разрешение компьютерной томографии позволяет обнаружить начальные стадии поражения перстнечерпаловидного сустава. От уровня подъязычной кости до перстнечерпаловидного сустава используют 0,5 миллиметровые срезы, от голосовых складок до трахеи – 0,7 миллиметровые [1, 11, 18]. Магнитно резонансная томография может быть использована для дальнейшей оценки изменений мягких тканей гортани у пациентов с ревматоидным артритом [18].

Ранняя диагностика и вовремя начатое лечение имеют решающее значение, так как предупреждают возникновение деформаций суставов. Лечение состоит главным образом из применения высоких доз стероидов системно или локально в перстнечерпаловидный сустав. Инъекции в перстнечерпаловидный сустав проводятся дополнительно к системной кортикостероидной терапии [7, 19]. Для улучшения голоса при наличии ревматических узлов в голосовых складках иногда проводится их удаление при прямой микро ларингоскопии. При этом нужно учитывать частые рецидивы ревматических узлов [6]. В случаях стеноза гортани проводится трахеостомия. [8–10].

Представляем собственное клиническое наблюдение ревматического поражения гортани. Пациентка Г., 1978 года рождения, в октябре 2021 г. поступила в отделение оториноларингологии Бухарский областной многопрофильный клиника с жалобами на ощущение инородного тела, дискомфорт в горле, охриплость, затруднение дыхания при физической нагрузке, храп. Из анамнеза: считает себя больной в течение года, когда появились жалобы на чувство инородного тела в горле, охриплость. Лечилась консервативно. Охриплость прошла, чувство инородного тела в горле сохранялось. Также известно, что пациентка с 2000 г. страдает ревматоидным артритом. Наблюдается у ревматолога по месту жительства и получает: Метипрет 6 мг в день, диклофенак 10 мг в день, метотрексат 10 мг в неделю. *Пациентка обследована по месту жительства, проведена КТ гортани: в верхнем и среднем отделах гортани справа определяется дополнительное образование овальной формы, неоднородной плотности, размерами 1,8x2,0x1,0 см, распространяющееся из под надгортанника до нижнего края щитовидного хряща).* В сентябре 2022 г. Бухарском областном онкологическом диспансере выполнена фиброларингоскопия с пункцией образования гортаноглотки. Получен гной и с диагнозом киста направлена в Бухарский областной многопрофильный клиника. При поступлении: отмечается выраженная деформация суставов кистей рук, резкое ограничение в них при движении. Деформация голеностопных и коленных суставов, искусственный тазобедренный сустав слева. Анализ крови на «ревматологическую профиль»: АСЛО: 210 Ед/мл, СРБ 40 мг/л, РФ 255 Мед/мл. Фиброларингоскопия: определяется объемное образование в области правого грушевидного синуса с переходом в ретро-перстневидное пространство. Слизистая оболочка в области черпаловидного хряща с обеих сторон гиперемирована, отечна, контуры хрящей сглажены. Голосовые складки занимают положение, приближающееся к срединному (парамедиальное положение). Под общей анестезией проведена гипофарингоскопия с удалением новообразования правого грушевидного синуса. Образование содержало примерно 2 мл гноя, без запаха. Операция проводилась с помощью холодноплазменного аппарата Coblator II. Заключение гистологического исследования операционного материала № 7799/21: продуктивное воспаление с образованием гранулем типа ревматоидных узелков с некрозом коллагена и кистозной трансформацией. Выраженный ксантоматоз, воспалительная инфильтрация. Пациентка повторно консультирована ревматологом, рекомендована гормональная пульс терапия: Дексаметазон 142 мг внутривенно на физиологическом растворе капельно через день, 3 дня. Фиброларингоскопия через 7 дней после операции и курса гормональной пульс терапии: в области операционной раны определяется фибриновый налет. Голосовые складки занимают парамедиальное положение. При контрольной компьютерной томографии через 2 недели после операции и курса гормональной пульс терапии отмечается явная положительная

динамика, при этом сохраняются признаки артрита обеих перстне-черпаловидных суставов. После коррекции лечения и достижения положительной динамики состояния пациентка выписана под наблюдение ревматолога и ЛОР по месту жительства.

Заключение. Поражение гортани при ревматоидном артрите может сопровождаться деструктивными изменениями хрящей и имитировать множество заболеваний, как воспалительных, так и опухолевых. Правильно интерпретированные данные клиники, эндоскопического осмотра, компьютерной томографии должны сориентировать врача и нацелить на поиск системной патологии. Все пациенты, страдающие ревматоидным артритом, регулярно должны проходить осмотр ЛОР для ранней диагностики возможного поражения верхних отделов дыхательных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степанова Е. А., Вишнякова М. В., Мустафаев Д. М., Ахтямов Д. В., Гаганов Л. Е. Редкие неопухолевые заболевания глотки и гортани. Альманах клинической медицины. 2015. № 43. С. 100–108.
2. Hamdan A. L., ElKhatib M., Dagher W., Othman I. Laryngeal involvement in rheumatoid arthritis. Middle East J. Anaesthesiol. 2007. N 19(2). P. 335–344.
3. Pickhard A., Smith E., Rottscholl R., Brosch S., Reiter R. Disorders of the larynx and chronic inflammatory diseases. Laryngorhinotologie. 2012. N 91(12). P. 758–766.
4. Brooker D. S. Rheumatoid arthritis: otorhinolaryngological manifestations. Clin. Otolaryngol. Allied Sci. 1988. N 13(3). P. 239–246.
5. Юлдашева, Ш. (2021). Основные Тенденции Интегративно-Креативных Возможностей студентов в Высшем Медицинском учебном Заведении и их Влияние на их Деятельность. CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES, 2(3), 369-377.
6. Abdou A. G., Asaad N. Y. Rheumatoid nodule of the vocal cord. Int. J. Surg. Pathol. 2012. N 20(5). P. 481–482.
7. Reiter R., Brosch S., Smith E., Froboese N., Bart T.F., Pickhard A. Manifestation of rheumatic diseases in the larynx. Laryngorhinotologie. 2015. N 94(3). P. 189–195.
8. Abe K., Mitsuka T., Yamaoka A., Yamashita K., Yamashita M., Norimoto M. et al. Sudden glottis stenosis caused by cricoarytenoid joint involvement due to rheumatoid arthritis. Intern. Med. 2013. N 52(21). P. 2469–2472.
9. Peters J. E., Burke C. J., Morris V. H. Three cases of rheumatoid arthritis with laryngeal stridor. Clin. Rheumatol. 2011. N 30(5). P. 723–727.
10. Sato S., Asai T., Hashimoto Y., Arai T., Okuda Y. Airway obstruction during attempts at fiberoptic intubation in an awake patient. Masui. 2014. N 63(5). P. 548–551.
11. Toyirovna, Y. S. (2022). THE IMPORTANCE OF INTEGRATIVE AND CREATIVE CAPABILITIES OF STUDENTS OF MEDICAL INSTITUTES. Барқарорлик ва Етакчи Тадқиқотлар онлайн илмий журналі, 2(1), 450-462.
12. Kholmurodovich U. F. Liver Pathology In Rheumatoid Arthritis //Central Asian journal of medical and natural sciences. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 11-15.
13. Kholmurodovich U. F. Damage to the digestive system when using non-steroidal anti-inflammatory drugs //European journal of modern medicine and practice. – 2022. – Т. 2. – №. 1. – С. 6-16.

14. Kholmurodovich U. F. Liver Fibrosis-Modern Methods of Diagnostics and Drug Correction //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – T. 2. – №. 2. – C. 158-167.
15. Kholmurodovich U. F. Liver Pathology In Rheumatoid Arthritis //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2022. – T. 3. – №. 1. – C. 11-15.
16. Kholmurodovich U. F. Damage to the digestive system when using non-steroidal anti-inflammatory drugs //European journal of modern medicine and practice. – 2022. – T. 2. – №. 1. – C. 6-16.
17. Amernik K., Tarnowska C., Brzosko I., Grzelec H., Burakl M. Glottis morphology in rheumatoid arthritis. *Otolaryngol.Pol.* 2007. N 61(1). P. 85–90.
18. Greco A., Fusconi M., Macri G. F., Marinelli C., Poletini E., Benincasa A.T. [et al.]. Cricoarytenoid joint involvement in rheumatoid arthritis: radiologic evaluation. *Am. J. Otolaryngol.* 2012. N 33(6). P. 753–755.
19. Dockery K.M., Sismanis A., Abedi E. Rheumatoid arthritis of the larynx: the importance of early diagnosis and corticosteroid therapy. *South Med. J.* 1991. N 84(1). P. 95–96.