

О. И. Родионова¹, Н. И. Неборская²

ДИСФОНИЯ У ПОДРОСТКА СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «3-я городская детская клиническая больница», г. Минск²

Причиной нарушения голоса в детском и подростковом возрасте чаще всего являются узелки голосовых складок или мутация голоса. Идиопатическое нарушение подвижности голосовых складок, не связанное с внешними известными причинами или врожденными аномалиями, у детей, как и у взрослых, требует диагностического поиска, направленного на выявление возможных причин повреждения блуждающего или возвратного нерва на всем его протяжении. В статье приведено описание редкого случая туберкулеза легких у подростка, впервые проявившегося дисфонией на фоне ограничения подвижности (пареза) голосовой складки. В результате поиска причины, вызвавшей парез голосовой складки, при рентгенологическом обследовании органов грудной клетки была обнаружена пневмония, в последующем установлен ее специфический характер – туберкулез легких. Туберкулезная инфекция продолжает оставаться актуальной проблемой, в том числе и в педиатрии, особенно после пересмотра национального календаря прививок. Таким образом, в современных условиях врачам всех специальностей необходимо иметь настороженность в плане распространенности инфекционных заболеваний у населения, в частности, туберкулеза.

Ключевые слова: гортань, ограничение подвижности, дисфония, пневмония, туберкулез.

V. I. Radzionava, N. I. Neborskaya

DYSPHONIA IN A TEENAGER WITH SPECIFIC TUBERCULOSIS LUNG DAMAGE

Vocal fold nodules or voice mutation is most often the cause of voice disturbance in childhood and adolescence. Idiopathic violation of the mobility of the vocal folds, not associated with external causes or congenital anomalies in children, as in adults, requires a diagnostic search aimed at identifying the possible causes of damage to the vagus or recurrent laryngeal nerve. The article describes a rare case of a teenager's pulmonary tuberculosis, first manifested by dysphonia against the background of limited mobility (paresis) of the vocal fold. As a result of the research for the cause of paresis of the vocal fold, during an X-ray examination of the chest organs, we detected pneumonia, and subsequently, its specific nature – pulmonary tuberculosis. Tuberculosis infection continues to be an urgent problem, including pediatrics, especially after revising the national vaccination calendar. Thus in present conditions, doctors of all specialties need to be wary of the prevalence of infectious diseases among the population, tuberculosis in particular.

Key words: larynx, limitation of mobility, dysphonia, pneumonia, tuberculosis.

Наиболее распространенной причиной приобретенного нарушения голоса в детском и подростковом возрасте остаются узелки голосовых складок («узелки крикуна») либо нарушения голоса, связанные с его мутацией (по нашим данным – 32–34,6 % и 9,5–10,8 % соответственно) [5]. Дисфония, обусловленная идиопатическим нарушением подвижности голосовых складок, как и злокачественные заболевания гортани, в детском возрасте редкая патология, отдельные авторы считают такие случаи казуистикой, на про-

тяжении нескольких последних десятилетий описывают лишь единичные случаи [2, 3]. Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей составляет 10–16 случаев на 100 тысяч детского населения, среди них опухоли гортаноглотки и гортани – до 2 % [4].

Нарушение подвижности голосовых складок в детском возрасте может наблюдаться при врожденных пороках развития гортани и возвратных нервов, нередко в сочетании с другими врожденными аномалиями. До 10 % всех врожденных аномалий гортани

составляет паралич голосовых складок [2]. Также ограничение подвижности гортани у детей может быть следствием кровоизлияния в желудочки мозга, менингоэнцефалоцеле, гидроцефалии, перинатальной энцефалопатии и других церебро-васкулярных или неврологических заболеваний. Повреждение ствола блуждающего нерва или его ветвей (верхней и нижней гортанной) может наступить в результате сдавления или растяжения (опухолью щитовидной железы, лимфоузлами или опухолью легких, средостения, гематомой, рубцами и спайками), а также в результате травмы, странгуляции. Поэтому поиск причины идиопатического ограничения подвижности голосовой складки должен включать методы обследования органов шеи, грудной клетки, средостения [6].

Что же касается новообразований гортани, распространенным в детском возрасте является респираторный папилломатоз. По нашим наблюдениям, в 1,3–1,4 % причиной дисфонии у детей явился папилломатоз гортани и трахеи [5]. Также из опухолей гортани у детей встречаются гемангиомы, лимфангиомы, гамартомы, кисты. Злокачественные новообразования в гортани у детей, как правило, являются результатом опухолевой экспансии, чаще саркомы мягких тканей шеи, щитовидной железы, слюнных желез [2, 3].

Туберкулезная инфекция продолжает оставаться актуальной проблемой, в том числе и в педиатрии. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей является индикатором эпидемиологического неблагополучия в стране. Изменения в календаре прививок привели к тому, что в 2005 году в Республике Беларусь был отмечен «пик» заболеваемости туберкулезом среди детского населения (с 1999 года, когда была отменена ревакцинация в 14 лет) – 7,5 на 100 тысяч населения. В 2006 году была возобновлена ревакцинация детей в 14-летнем возрасте, заболеваемость стала снижаться и в 2013 году составила 2,1 на 100 тысяч детского населения. С 2012 года в Национальном календаре прививок предусмотрена вакцинация, а ре-

вакцинация – только для детей в группах повышенного риска. Туберкулинодиагностика, проводившаяся у детей ежегодно, с 2012 года также проводится только среди групп риска и при наличии клинических показаний [7].

Приводим наблюдение дисфонии у девочки-подростка, явившейся проявлением специфического заболевания легких – туберкулеза.

Пациентка П., 15 лет, поступила в ЛОР-отделение 3 ГКБ г. Минска 07.10.2019 с жалобами на кашель (в течение 4 месяцев), осиплость голоса (более 6 месяцев, после крика, громкого разговора). До госпитализации принимала самостоятельно гомеовокс, орасепт, а также антибактериальную терапию (4 месяца назад), однако улучшение было кратковременным и незначительным. После консультации врача-фониатра госпитализирована в ЛОР-отделение для биопсии из гортани. Диагноз при направлении: «Новообразование левой половины гортани, вестибулярного отдела (вестибулярная складка, гортанный желудочек?). Ограничение подвижности левой половины гортани».

При поступлении: речевой голос хриплый, иссякающий, признаков дыхательной недостаточности нет. При непрямой ларингоскопии надгортанник, язычные валлекулы, грушевидные синусы свободны, слизистая вестибулярного отдела гортани гиперемирована. Левая вестибулярная складка увеличена в объеме, нависает над голосовой в передних 2/3. Обе голосовые складки розоватые, пастозные, край левой полулунно вогнут, гиперемирован, утолщен. Левая голосовая складка ограничена в движении при вдохе и фонации, голосовая щель для дыхания достаточная. Гиперемирована слизистая верхнего отдела трахеи, сгустки мокроты в просвете. Другие ЛОР-органы – без патологии. В общем анализе крови при поступлении – показатели без отклонений.

После дообследования (рентгенограмма органов грудной клетки) и консультации педиатра выставлен клинический диагноз: «Подострый ларинготрахеит, ограничение подвижности левой голосовой складки. Внеболь-

ничная пневмония слева, острое течение, ДНО, БОС» и назначено лечение: кларитромицин 500 мг в день, ингаляции с беродуалом, амброксол, лоратадин.

Пациентка продолжала обследование: общий и биохимический анализы крови в динамике – без патологии. Ультразвуковое исследование щитовидной железы, лимфоузлов шеи (08.10.19): щитовидная железа без видимых эхоструктурных изменений, УЗ-признаки лимфоаденопатии. Компьютерная томограмма органов грудной клетки, шеи (17.10.19): Р-КТ картина левосторонней полисегментарной бронхопневмонии – нельзя исключить специфический характер; асимметричное утолщение мягких тканей гортани с акцентом влево, нельзя исключить образование.

Консультирована ЛОР-онкохирургом: «Гипертрофия левой голосовой складки? Бронхопневмония (специфического характера?) Новообразование гортани?».

22.10.19 консультирована фтизиатром (в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии), после которой пациентка переведена в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, где и был верифицирован туберкулез легких.

Сложность и уникальность данного наблюдения заключается в трудности первичной диагностики и дифференциальной диагностики причины, вызвавшей длительную дисфонию у подростка. Особенности анамнеза не давали повода изначально подозревать специфиче-

ское поражение легких или гортани (туберкулез). Таким образом, в современных условиях врачам всех специальностей необходимо иметь настороженность в плане распространенности инфекционных заболеваний у населения, в частности, туберкулеза.

Литература

1. Василенко, Ю. С. Голос. Фонологические аспекты. – М.: Дипак, 2013. – 396 с.
2. Вильсон, Д. К. Нарушения голоса у детей; пер. с англ. – М.: Медицина, 1990. – 448 с.
3. Детская оториноларингология: Руководство для врачей: в 2 т. / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. – М.: ОАО «Издательство «медицина», 2005.
4. Родионова, О. И. Злокачественные новообразования носоглотки у детей / О. И. Родионова [и др.] // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2015. – № 3. – С. 79–83.
5. Родионова, О. И. Нарушения голосовой функции у детей, подростков и студентов, осваивающих голосо-речевую профессию / О. И. Родионова // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики: сб. науч. тр. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; редкол.: А. В. Сикорский, О. К. Кулага. – Минск: ГУ РНМБ, 2014. – Вып. 4. – С. 248–251.
6. Романова, Ж. Г. Идиопатические параличи гортани: этиология и диагностика / Ж. Г. Романова, Л. Г. Петрова, О. И. Родионова // Мед. панорама. – 2004. – № 1. – С. 5–6.
7. Шмелева, Н. Д. Опыт снижения заболеваемости туберкулезом у детей на фоне проведения плановой иммунизации в Республике Беларусь / Н. Д. Шмелева, Т. Г. Турпакова // Педиатр. – 2014. – Т. V, № 3. – С. 85–87.

Поступила 3.04.2020 г.