

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Первый Московский государственный медицинский
Университет имени И.М.Сеченова
Кафедра болезней уха, горла и носа

Ларингоневрозы: патогенез, клиника, диагностика и лечение

Методические рекомендации

Составитель: д.м.н., доцент Карпова О.Ю.

Москва
2014

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с неврозами, что связано с социально-политической и экономической нестабильностью в обществе. Одним из ярких проявлений неврозов являются ларингоневрозы, проявляющиеся дыхательными нарушениями в виде кратковременных ларингоспазмов, перемежающегося функционального стридора и рефлекторного кашля. Сложность лечения этого контингента больных связана с тем, что отоларингологи, а именно к ним нередко обращаются по поводу затруднения дыхания, не находят у этих больных органического поражения гортани и оказываются в затруднительном положении, так как общепринятые методы медикаментозного и физиотерапевтического лечения оказываются неэффективными.

Одним из проявлений психогенных двигательных расстройств бывает затруднение дыхания, которое может носить как кратковременный (минуты – часы), так и длительный характер (недели – месяцы – годы). В последнем случае оно нередко сочетается с приступообразным рефлекторным кашлем.

В литературе встречаются различные названия дыхательных нарушений психогенного генеза: стридор Мюнхгаузена, психогенный стридор, истерический стридор, функциональный стридор, истерический круп, спастический круп, периодическая одышка, функциональная обструкция верхних дыхательных путей, неорганическая обструкция верхних дыхательных путей.

Ларингоспазм — это внезапно возникающее непроизвольное сокращение мускулатуры гортани. Он вызывает сужение или полное закрытие голосовой щели и протекает с инспираторной одышкой. Иногда сочетается с трахеоспазмом, когда сокращается одновременно и гладкая мускулатура задней перепончатой части трахеи.

При ларингоспазмах на первый план выступают дыхательные расстройства, так как в этих случаях, независимо от причин преобладает спазм более сильных приводящих мышц гортани. Значительно реже встречается внезапная потеря голоса – функциональная афония по гипертонусному типу.

Ларингоспазм может наблюдаться у взрослых, но чаще всего этому заболеванию подвержены дети от 3 мес. до 2 лет, находящихся на искусственном вскармливании обычно в конце зимы или весной в результате недостатка в организме кальция и витамина D или при нарушении обмена веществ, а также при закапывании в нос капель, содержащих ментол. Ларингоспазм у детей может развиваться во время плача, смеха или кашля, а также при испуге или поперхивании при приеме пищи. Вдох приобретает свистящий характер (стридорозное дыхание), лицо бледнеет, отмечается акроцианоз. Обычно приступ продолжается несколько секунд.

Ларингоспазм может быть купирован каким-либо сильным раздражением (укол, щипок, брызнуть в лицо холодной водой, вызвать рвотный рефлекс, путем надавливания пальцем на корень языка, понюхать нашатырный спирт). В межприступный период лечение должно сводиться к укреплению нервной системы и витаминно-кальциевой терапии. Дети с ларингоспазмами как можно дольше должны находиться на свежем воздухе. Обычно к 5 годам ларингоспазмы прекращаются.

У взрослых ларингоспазм протекает аналогично описанной картине. Приступ часто сопровождается коклюшеподобным судорожным кашлем. Причинами вызывающими подобные состояния могут быть попадание в гортань крошек хлеба, капелек сока цитрусовых, затекание слизи в гортань, вдыхание вредных паров и газов. Нередко ларингоспазмы возникают у больных с гастро-эзофагеальным рефлюксом. После проведения курса лечения у гастроэнтеролога ларингоспазмы обычно прекращаются.

Но чаще ларингоспазмы имеют психогенную природу. Как правило, они встречаются у молодых женщин с неустойчивой нервной системой (частые конфликтные ситуации на работе, неустроенность в семейной

жизни и др.) и детей школьного возраста (преимущественно мальчиков). Подобные нарушения у взрослых мужчин встречаются крайне редко. **Эти нарушения дыхания истерического генеза – результат подсознательной попытки избежать стрессовой ситуации, что особенно проявляется в подростковом возрасте.** Так, истерические ларингоспазмы на срок от нескольких минут до нескольких часов могут возникать перед контрольной работой, перед экзаменом, перед публичной защитой какой-либо работы, перед разговором с директором школы из-за какого-либо нарушения и т.п. Психогенные нарушения дыхания обычно возникают внезапно, без наличия каких-либо видимых причин; могут пройти самостоятельно через некоторое время, а могут остаться на длительный период. Поскольку в этих случаях больной обращается к оториноларингологу, ему обязательно осматривают гортань. Если подобные нарушения дыхания носят кратковременный характер, то парадоксальное смыкание на вдохе голосовых складок выявляется только во время приступа (однако далеко не всегда удается сделать непрямую ларингоскопию из-за выраженного ларингоспазма; некоторые врачи в этих случаях делают фиброларингоскопию под местной анестезией); в межприступный же период определяется нормальная ларингоскопическая картина, как при дыхании, так и при фонации. При длительных психогенных нарушениях дыхания у этих больных отмечается характерная ларингоскопическая картина: при неизменных голосовых складках на вдохе отмечается их парадоксальное смыкание, что может имитировать двусторонний паралич абдукторов, но периодически, на мгновение может наблюдаться их расхождение в полном объеме.

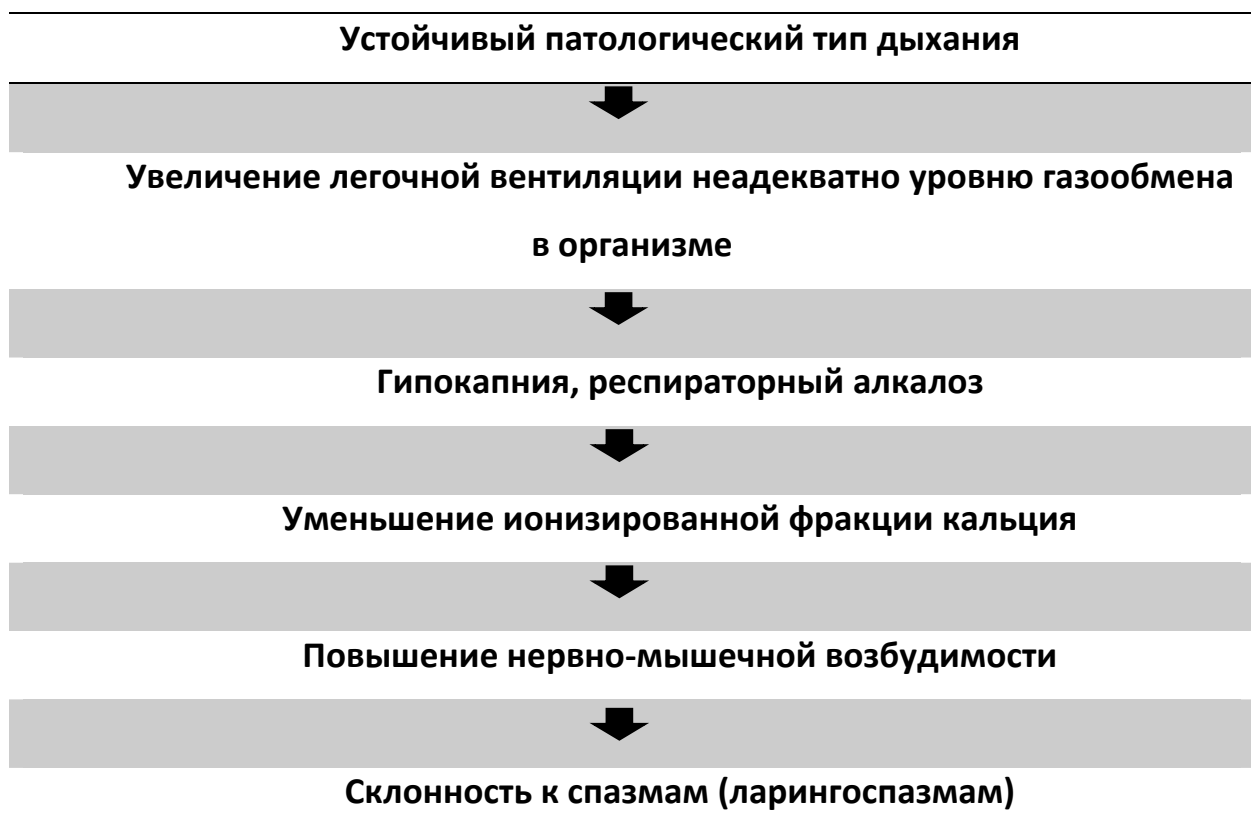
В задачу оториноларинголога входит своевременно и правильно поставить диагноз, так как нередко этим больным в связи с затруднением дыхания ставится диагноз бронхиальной астмы и длительное время проводится безуспешное лечение гормонами и бронхолитиками.

Психогенные нарушения дыхания встречаются не часто, но они могут имитировать острый или хронический срединный стеноз гортани, при котором

требуется оказание неотложной помощи. Поэтому знание дифференциальной диагностики этих состояний и оказание адекватной помощи при них, несомненно, имеет большое значение в клинической практике оториноларинголога.

Любые дыхательные нарушения психогенного характера, как правило, являются одним из проявлений гипервентиляционного синдрома (ГВС). Гипервентиляционный синдром – патологическое состояние, проявляющееся полиморфными клиническими нарушениями, связанное с психогенной (в 60% случаев) или органической (5% случаев) дисфункцией ЦНС и приводящее к формированию устойчивого патологического типа дыхания.

Патогенез возникновения ларингоспазма при ГВС



Для ГВС характерно многочисленность клинических проявлений (развитие тревоги, паники, изменения деятельности сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта,

терморегуляции, тетания, двигательные нарушения). До настоящего времени факторы, которые вызывают и поддерживают ГВС остаются неясными

Таким образом, как это не кажется парадоксальным, но ощущение нехватки воздуха у больных с ларингоневрозом возникает в результате слишком глубокого и частого дыхания.

На фоне стрессовых ситуаций, при разговоре, выполнении физических нагрузок у этих больных возникает ощущение нехватки воздуха, в результате чего сбивается дыхательный ритм и они начинают учащенно и углубленно дышать (возникает гипервентиляция), что в свою очередь провоцирует дыхательные нарушения. Появление и динамика гипервентиляционных нарушений тесно связана с психотравмирующими факторами и с определенными особенностями личности невротического характера. Однако, по нашим данным, неспецифические факторы, такие как простудные заболевания, роды, операции под наркозом, также могут дать толчок к развитию ГВС, но всегда обязательно на фоне напряженной психотравмирующей ситуации. Кроме этого, пребывание в психотравмирующей ситуации, совпав по времени с соматическим заболеванием, может в дальнейшем воспроизводить картину этого страдания по условно-рефлекторному механизму каждый раз, как только человек попадает в подобную ситуацию.

Врачи часто не придают должного значения таким проявлениям, как периодические вздохи, аритмичность дыхания, немотивированная зевота, сопение, облизывание губ, покашливание – нередко их относят к вредным привычкам. А ведь это гипервентиляционные эквиваленты. Этих стертых дыхательных нарушений вполне достаточно для поддержания длительной или даже постоянной гипокапнии и респираторного алкалоза, что в дальнейшем может привести к ярким проявлениям гипервентиляционного синдрома. Наибольшие диагностические трудности возникают довольно часто при таких парадоксальных формах ГВС, когда углубленного дыхания в привычном представлении нет.

Чтобы доказать, что нарушение дыхания связано с гипервентиляцией, следует провести гипервентиляционную пробу: пациент дышит максимально глубоко, совершая 25-40 дыхательных движений в минуту, 3-5 минут, хотя иногда бывает достаточным всего несколько глубоких вдохов. При этом у пациентов выявляется идентичность вызванных симптомов с ранее предъявленными жалобами.

ПАРАДОКСАЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ НА ВДОХЕ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ

Большие трудности вызывает оказание помощи больным с длительным функциональным стридором, вследствие парадоксального движения на вдохе голосовых складок. Мы назвали этот стридор «перемежающимся», поскольку у этих больных периоды затрудненного дыхания чередовались с периодами практически свободного дыхания, особенно во время сна. У каждого больного были свои особенности клинической картины, но у всех было и нечто общее:

- 1) Психотравмирующая ситуация в анамнезе,
- 2) Меняющаяся ларингоскопическая картина на вдохе - от парадоксального смыкания голосовых складок до расхождения их в полном объеме,
- 3) Гипервентиляция при исследовании функции внешнего дыхания,
- 4) Снижение уровня ионизированного кальция в крови.

Нами было установлено, что парадоксальное смыкание на вдохе голосовых складок у больных с функциональным стридором является защитной реакцией на гипервентиляцию, возникающую у лиц с истерическим неврозом, что обеспечивало сохранение необходимой величины минутного объема воздуха, поступающего в организм.

Учитывая, что дыхательные нарушения у больных с функциональным стридором истерического генеза в основном вызваны гипервентиляцией и нарушением кальциевого обмена, мы разработали патогенетический подход для лечения этого контингента больных.

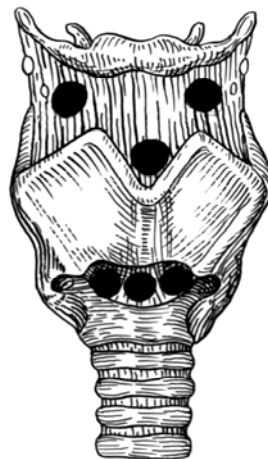
1. Дыхательная гимнастика, направленная на нормализацию дыхания:

2. Средства, снижающие нервно-мышечную возбудимость, путем коррекции нарушений кальциевого обмена (кальций-Д₃Никомед, кальций витрум, остеопан и др.).

3. Психотропные средства, направленные на снижение уровня тревоги, напряжения, т.к. тревога является коррелятом нервно-мышечного возбуждения – оксазепам, диазепам.

4. Внутрикожные новокаиновые блокады зон Захарьина-Геда для гортани, для урегулирования процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга.

ЗОНЫ ЗАХАРЬИНА-ГЕДА ДЛЯ ГОРТАНИ



5. Психотерапевтическое воздействие, направленное на объяснение механизма возникновения стридорозного дыхания, отсутствия угрозы для жизни данных дыхательных нарушений; проведение гипервентиляционной пробы, чтобы больной мог убедиться, что ощущение нехватки воздуха связано не с недостатком кислорода, а с его избытком; необходимо вселить надежду на выздоровление и чтобы

больной стремился к этому, выполняя все рекомендации врача. Даже в тех случаях, когда нельзя полностью или частично убрать психотравмирующие влияния, следует попытаться изменить к ним отношение больного, повысить толерантность, дезактуализировать их.

В тех случаях, когда у больных имелось желание вылечиться и они выполняли все рекомендации, проводимое нами лечение оказывалось эффективным. Те же больные, которые отказались от предложенного лечения, были направлены на лечение в психоневрологический стационар.

Таким образом, если оториноларинголог диагностирует у больного длительный функциональный стридор истерического генеза, но при этом у больного нет стремления к выздоровлению, то по нашему мнению, следует придерживаться следующей тактики:

- 1. Несмотря на внешне выраженные признаки стеноза гортани, эти больные никогда не умрут от удушья, поэтому ни интубацию, ни трахеостомию им делать не следует;**
2. Бесперспективно использовать обычные методы лечения, имеющиеся в арсенале ЛОР врача;
3. Направить больного в психоневрологический стационар для лечения основного заболевания – истерии.

ОДНОСТОРОННИЙ ПАРАЛИЧ ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА С ПРЕХОДЯЩИМ РЕФЛЕКТОРНЫМ СПАЗМОМ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ

В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты и распространенности заболеваний щитовидной железы (ЩЖ): рака ЩЖ; диффузного, узлового (многоузлового) коллоидного пролиферирующего зоба. Большинство хирургов указывают на возросшую частоту рецидивного узлового зоба при заболеваниях ЩЖ, составляющую, по разным данным, от 2 до 49%.

В сложившейся ситуации вполне закономерным оказался существенный рост оперативной активности в отношении больных с заболеваниями ЩЖ, что неизбежно повлекло за собой увеличение числа такого специфического осложнения, как поражение возвратных гортанных нервов. Так, параличи гортани после проведения первичной операции при доброкачественных поражениях ЩЖ диагностируются у 0,5-3% больных, при злокачественных – у 5-9% и при рецидивном зобе – у 11% больных и более.

Обычно у пациентов с односторонним параличом гортани отмечается изменение голоса, но в ряде могут возникать дыхательные нарушения в виде ощущения нехватки воздуха, сухого приступообразного кашля, иногда с ларингоспазмами при отсутствии патологии со стороны бронхо-легочной системы.

У всех пациентов этой группы выявлялась характерная ларингоскопическая картина: на вдохе парализованная голосовая складка находилась в интермедианном или парамедианном положении, а функционирующая - совершала крупно- или среднеразмахистые колебания.

При электромиографическом исследовании у всех этих больных регистрировался положительный тест на скрытую тетанию, что подтверждало наличие повышенной нервно-мышечной возбудимости, характерной для ГВС. Характерно, что у всех пациентов наблюдалось также снижение уровня ионизированного кальция в крови. К состояниям, обуславливающим высокий риск возникновения гипокальциемии, можно отнести: постменопаузу, остеопороз, операции на паращитовидных железах, органах желудочно-кишечного тракта в анамнезе, наркоз, гипервентиляционный синдром, непереносимость молочных продуктов, курение.

Результаты психологических тестов указывали на повышение уровня тревожности в ситуационной и в обычной обстановке.

Таким образом, ведущим патогенетическим механизмом в возникновении нарушения дыхания у больных с односторонним параличом гортани являются гипервентиляционные нарушения на фоне

изменения психо-эмоционального статуса с повышением уровня тревожности и понижением уровня ионизированного кальция крови.

Учитывая, что ведущим патогенетическим фактором в возникновении спазмов функционирующей голосовой складки и нарушении дыхания у больных с односторонним параличом гортани является ГВС, в клинике разработано патогенетическое лечение. Особенности лечения данных больных заключаются в том, что **первым этапом** проводятся дыхательная гимнастика, направленная на нормализацию характера дыхания, коррекция нарушений кальциевого обмена (препараты кальция в сочетании с витамином Д₃), внутрикожные новокаиновые блокады зон Захарьина-Геда для гортани при соблюдении голосового режима (обычно 5 – 7 сеансов), Критерием для окончания этого этапа лечения служит исчезновение ощущения нехватки воздуха, приступов кашля и ларингоспазмов, а объективно – спазмирования функционирующей голосовой складки на вдохе. На **втором этапе** мы продолжаем проводить внутрикожные новокаиновые блокады зон Захарьина-Геда для гортани, но с подключением фонопедических упражнений (7 – 9 процедур). В результате использования предложенной методики лечения у всех больных удается добиться громкого и звучного голоса за счет захождения функционирующей голосовой складки за среднюю линию и полного смыкания ее с парализованной, а также нормализовать дыхание и прекратить приступы рефлекторного кашля и ларингоспазмы. Предложенное нами лечение можно проводить и больным, ранее оперированным по поводу онкологических заболеваний, в том числе и по поводу рака щитовидной железы, так как оно не обладает стимулирующим, в плане туморогенеза, эффектом.

По нашим наблюдениям, если у больных с односторонним параличом гортани в течение первых 6-12 месяцев не ликвидировать спазмирование функционирующей голосовой складки, то в дальнейшем резко возрастает риск стойкого ограничения ее подвижности и тогда односторонний паралич гортани переходит в двусторонний, что приводит к необходимости проведения

хирургического лечения.

Таким образом, ощущение нехватки воздуха, рефлекторный кашель и ларингоспазмы, обусловленные гипервентиляцией – это реальные проявления, которые могут усугублять течение одностороннего паралича гортани, возникшего в результате операций на щитовидной железе. Правильная диагностика и предложенные методы лечения позволяют в короткие сроки улучшать голос и избавлять больных от этих не угрожающих жизни, но тягостных ощущений.

РЕФЛЕКТОРНЫЙ КАШЕЛЬ

Рефлекторный кашель представляет собой невротическое состояние, проявляющееся приступообразным сухим кашлем, как правило, не связанным с патологией бронхо-легочной системы. Этот кашель, в ряде случаев сопровождающийся ларинго- и эзофагоспазмами, тяжело переносится больными и может оставаться на протяжении нескольких месяцев или лет, плохо поддается медикаментозному лечению и снижает работоспособность, особенно у лиц голосо-речевых профессий. По нашим наблюдениям, количество больных с рефлекторным кашлем в последние годы резко увеличивается, что соответствует и общему увеличению числа больных неврозами.

Обычно кашель рассматривается, как защитная реакцию организма, направленная на очищение трахеобронхиального дерева от патологического секрета или ингалированных инородных тел. Однако, в ряде случаев, кашель может и не быть связан с заболеваниями бронхо-легочной системы, а возникать при патологическом раздражении рецепторов кашлевого центра продолговатого мозга (кашель центрального генеза) или периферических рецепторов блуждающего нерва при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, ЛОР органов и некоторых других состояниях. В этих случаях можно говорить о рефлекторном характере кашля. Выявить причину рефлекторного кашля часто

бывает непросто, а назначение обычных противокашлевых препаратов оказывается неэффективным. Поэтому знание этиологических факторов, приводящих к возникновению рефлекторного кашля, критериев диагностики и его лечения крайне важны как для терапевтов, так и для оториноларингологов. По клинической картине рефлекторный кашель напоминает бронхиальную астму, поэтому в литературе описывается под разными названиями: неконтролируемая астма, псевдоастматический синдром, атипичная астма, искусственная астма, ночная астма, псевдоастма и др. Однако, при исследовании функции внешнего дыхания нарушения бронхиальной проходимости у этих больных не выявляется, а применение бронхолитиков и кортикостероидов бывает неэффективным.

В ряде случаев, причиной рефлекторного кашля могут быть изменения в глотке, такие как увеличение небного язычка или язычной миндалины, а также хронический тонзиллит с гипертрофией небных миндалин. При хронических ринитах, синуситах, аденоидите, сумке Торнвальда, вследствие, так называемого «синдрома постназального затекания», также могут возникать приступы рефлекторного кашля. Устранение этих факторов, в большинстве случаев, приводит к ослаблению приступов кашля.

Приступы кашля могут возникать вследствие пищевой или респираторной аллергии, причем иногда они возникают сразу после контакта с аллергеном, а могут - через несколько часов. В этих случаях следует выявить аллерген и, по возможности, исключить контакт с ним. Резкие запахи также могут вызвать приступ рефлекторного кашля

При многоузловом зобе, особенно при загрудинном его расположении, также в ряде случаев может возникать рефлекторный кашель, который проявляется почти постоянным подкашливанием. После проведения тиреоидэктомии он обычно уменьшается.

Пролапс мембранозной части трахеи, обусловленный вирусным или бактериально-токсическим поражением нервно-мышечных и соединительнотканых элементов, также нередко проявляется ночными

пароксизмами приступообразного сухого кашля, иногда сопровождаясь кашлево-обморочным синдромом. Диагноз устанавливается при функциональном рентгенологическом обследовании.

При лечении артериальной гипертензии ингибиторами АПФ (ангиотензинпревращающего фермента) у ряда больных возникают приступы рефлекторного кашля. В этом случае следует провести замену гипотензивного препарата. Первым признаком сердечной недостаточности служит приступообразный кашель в ночное время. Применение аэрозольных и порошковых лекарственных форм также, в некоторых случаях, вызывают приступообразный кашель.

Причиной длительного (иногда несколько лет) непродуктивного кашля могут быть ранее перенесенные бактериальные или вирусные инфекции (например, микоплазменная или хламидиозная пневмония, коклюш, ОРЗ, ОРВИ, грипп), сопровождавшиеся сильным кашлем.

Рефлекторный кашель возникает у некоторых больных при гастроэзофагеальном или эзофаго-фарингеальном рефлюксе, при котором содержимое желудка может непроизвольно забрасываться не только в пищевод, но и в гортаноглотку. Кашель усиливается после переиздания, выполнения физических нагрузок или принятия горизонтального положения после приема пищи. При ларингоскопии у этих больных, как правило, определяется картина рефлюкс-ларингита. **По нашим наблюдениям и по данным гастроэнтерологов, наличие или отсутствие рефлекторного кашля, как правило, не коррелирует с тяжестью рефлюксной болезни.** Для подтверждения диагноза проводят гастроэзофагоскопию и 24-часовое раздельное измерение рН пищевода и гортаноглотки. Лечение этих больных первоначально должен заниматься гастроэнтеролог.

Мы также наблюдали случаи возникновения рефлекторного кашля после родов, операций под наркозом, наложения трахеостомы, что, вероятно, было связано с гипервентиляцией.

На основании многолетних исследований мы пришли к выводу, что основной причиной рефлекторного кашля является нейрогенная гипервентиляция – гипервентиляционный синдром (ГВС), а выше перечисленные заболевания или состояния являются лишь пусковым механизмом в возникновении рефлекторного кашля. Поэтому, даже после устранения провоцировавших факторов, рефлекторный кашель может оставаться на протяжении длительного времени.

Сложность диагностики кашля психогенной природы связана с необходимостью установления характера психогенной болезни, что часто вызывает трудности, особенно в тех случаях, когда у больного не выявляется каких-либо патологических нарушений. При этом, как правило, сам больной, родственники, а также лечащие врачи ориентированы на соматогенную основу заболевания. Необходимо учитывать, что многолетнее ошибочное лечение рефлекторного кашля общепринятыми противокашлевыми, антибактериальными и гормональными препаратами, а также неоднократные бронхоскопические исследования, могут привести к ятрогенным последствиям со стороны дыхательных органов, серьезно осложнив клиническую диагностику. В связи с резистентностью рефлекторного кашля к лечению и его длительностью (месяцы – годы), больные нередко теряют работоспособность и социальную активность, особенно лица с голосо-речевыми профессиями.

Рефлекторную природу кашля можно установить из опроса больного, попросив его указать локализацию места начала кашля. Если больной указывает только на область передней поверхности шеи, то это свидетельствует о рефлекторной природе кашля. При патологии бронхо-легочной системы больной указывает на область грудной клетки.

Основными жалобами больных с рефлекторным кашлем являются ощущение нехватки воздуха, приступообразный сухой кашель и ощущения “кома” в горле. Приступу кашля практически всегда предшествует внезапно развившаяся сухость в горле. Это может быть связано с высушивающим

действием воздуха (частое дыхание через рот), со снижением количества выделяемой слюны в период психо-эмоционального напряжения. Кроме того, сухость в горле может наблюдаться при заболеваниях носа и околоносовых пазух, злоупотреблении алкоголем и курением, синдроме Шегрена, употреблении лекарств, которые подавляют секрецию слизи и слюны, при недостаточной влажности воздуха.

По поводу сухости в горле и приступообразного кашля врачи обычно назначают различные ингаляции. Но для больных с ГВС очень характерно, что при любой ингаляции в первые же минуты возникает приступ кашля, в результате чего больной отказывается продолжать лечение. При этом врач может назначить больному ингаляцию с другим лекарственным препаратом, но реакция будет такой же. В этих случаях не само лекарство, а глубокое дыхание провоцирует возникновение приступа кашля.

Большую помощь в диагностике рефлекторного кашля может оказать гипервентиляционная проба, которая, как правило, провоцирует пароксизм, носящий характерные черты, специфичные для каждого конкретного больного. Иногда уже нескольких глубоких вдохов достаточно, чтобы вызвать приступ кашля.

Начало приступов кашля больные нередко связывают с простудными заболеваниями, особенно вирусными инфекциями, острым бронхитом, пневмонией, коклюшем. На фоне проводимого медикаментозного и физиотерапевтического лечения по мере стихания воспалительных явлений кашель обычно проходит в течение 2 – 4 недель. Однако, бывают случаи, когда приступы кашля продолжаются в течение нескольких месяцев или даже лет и уже не связаны с воспалительными заболеваниями дыхательных путей, таким образом, приобретая чисто рефлекторный характер. Вероятно, это вызвано тем, что первоначально воспалительные изменения дыхательных путей являются источником патологической импульсации с ее рецепторов, которая в свою очередь изменяет функциональное состояние нервных центров,

воспринимающих афферентную импульсацию. В дальнейшем, в результате этого, сигнализация с рецепторов ранее пораженного органа, даже при небольшом дополнительном его раздражении, будет приходить в нервные центры, функциональное состояние которых уже изменено, что и может приводить к возникновению рефлекторного кашля. Но основным фоном возникновения рефлекторного кашля, по нашим наблюдениям, является постоянная психотравмирующая ситуация, из которой больному самому трудно найти выход.

Приступы рефлекторного кашля могут возникать как в дневное, так и в ночное время, иногда в четко определенные часы. По нашим наблюдениям количество приступов может варьировать от 1 – 2 до 15 – 20 раз в сутки, а продолжительность может колебаться от нескольких секунд до 5-20 минут и более. У некоторых больных на фоне приступа кашля возникает рвота, у пожилых людей – недержание мочи, а в ряде случаев приступы кашля могут заканчиваться ларингоспазмом - кратковременной остановкой дыхания. Особенно пугает больных, когда приступы кашля, особенно с остановкой дыхания, возникают ночью. Чувство страха умереть во сне от удушья не дает некоторым больным спать длительное время, что негативным образом отражается на психике больного.

Нами были разработаны диагностические критерии рефлекторного (психогенного) кашля:

1. Психотравмирующие ситуации в анамнезе.
2. Стрессовые ситуации, повышенная физическая или длительная голосовая нагрузка могут провоцировать приступы кашля.
3. Приступы кашля начинаются всегда внезапно, с резко возникающей сухости и першения в горле.
4. При непрямой ларингоскопии: повышенный глоточный рефлекс, широкая голосовая щель - до 20мм, спазмирование голосовых складок на вдохе, продленная ларингоскопия провоцирует приступ кашля.

5. Болезненность при пальпации в точках выхода внутренней ветви верхнего гортанного нерва.
6. При исследовании функции внешнего дыхания показатели в пределах нормы, а приблизительно у 1/3 больных - гипервентиляция.
7. Положительная гипервентиляционная проба.
8. Снижение уровня ионизированного кальция крови.
9. Неэффективность применения обычных противокашлевых препаратов.

Учитывая важную роль психогенного фактора в возникновении рефлексорного кашля, в нашей клинике 26 больным было проведено психодиагностическое исследование с помощью компьютерной системы СМОЛ-ЭКСПЕРТ. У 22 пациентов выявили изменение структуры личности с преобладанием психастенических, ипохондрических и депрессивных изменений. Основными чертами личности являлись внутренняя напряженность, снижение настроения и тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям. У 4 пациентов в структуре личности определялся истеро-ипохондрический радикал, для которого характерны тревожно-мнительные черты, предрасположенность к тревожным реакциям на любые события. На основании исследования теста тревожности Спилбергера был отмечен преимущественно высокий уровень тревоги с преобладанием личностной тревожности над реактивным компонентом в структуре тревожного синдрома.

Лечение рефлексорного кашля обязательно должно быть комплексным и включать:

1. Устранение, по возможности, пускового фактора возникновения рефлексорного кашля;
2. Психотерапию;
3. Дыхательную гимнастику, направленную на снятие гипервентиляции;
4. Рефлексотерапию – внутрικοжные новокаиновые блокады зон Захарьина-Геда для гортани;

5.Витамино-кальциевую терапию;

6.Седативную терапию.

Важным условием лечения рефлекторного кашля является хороший психологический контакт между врачом и пациентом. Следует убедить больного, что у него нет болезни легких (существует особый страх перед двумя заболеваниями – рак легких и туберкулез), а дыхательные нарушения имеют нейрогенную природу и они поддаются лечению. Также важно убедить больного, что приступы кашля и удушья никогда не приведут к смерти. Объяснить механизм возникновения рефлекторного кашля. Провести гипервентиляционную пробу, чтобы больной смог убедиться, что ощущение нехватки воздуха, приступы кашля и удушья связаны не с недостатком кислорода, а с его избытком. Необходимо вселить надежду на выздоровление и чтобы больной стремился к этому, выполняя все рекомендации врача.

Пациентам с рефлекторным кашлем, вызванным гипервентиляцией, мы рекомендуем усвоить некоторые приемы по регуляции дыхания:

1. Перейти на диафрагмальный тип дыхания, который способствует стабилизации психических процессов;

2. Формировать соотношение вдоха к выдоху как 1:2, так как при ГВС фаза выдоха резко укорочена;

3. Добиваться урежения частоты дыхания.

Очень важно научить больного не допускать развития начинающегося приступа кашля, особенно вызванного гипервентиляцией. По нашему опыту, это можно сделать следующими приемами:

1) Выпить несколько глотков воды для уменьшения сухости в горле,

2) Делать равномерные вдохи и выдохи до тех пор, пока першение в горле не исчезнет,

3) При первых предвестниках кашля следует максимально задержать дыхание или дышать в целлофановый пакет.

Мы сообщаем обо всех трех способах, но каждый пациент должен выбрать тот прием, который ему более подходит. Но чтобы прекратить приступы рефлекторного кашля, выше предложенных мероприятий оказывается недостаточным. Основная роль в лечении рефлекторного кашля принадлежит разработанному нами методу внутрикожных новокаиновых блокад зон Захарьина-Геда для гортани – на этот способ лечения рефлекторного кашля получен патент на изобретение № 2147866 от 27.04.2000.

Мы исходили из того, что внутренние органы и соответствующие им дерматомы имеют одинаковое представительство в церебральных структурах. Путем воздействия раствора новокаина на кожные афферентные рецепторы в зонах Захарьина-Геда для гортани происходит уменьшение патологической импульсации из глотки и гортани, что приводит к постепенной ликвидации патологической доминанты в соответствующих нервных центрах, в результате чего они начинают нормально функционировать. Таким образом, блокирующее действие новокаина на зоны Захарьина-Геда для гортани является важным моментом в разрушении устойчивой патологической системы, поддерживающей рефлекторный кашель. Полное прекращение рефлекторного кашля свидетельствует о ее распаде.

По нашим данным, более чем у половины больных было выявлено снижение уровня ионизированного кальция крови. В связи с этим больным назначалась витаминно-кальциевая терапия – препараты кальция в сочетании с витамином Д3.

В комплексном лечении рефлекторного кашля хорошо зарекомендовал себя дневной анксиолитик грандаксин, являющийся психовегетативным регулятором (по 1 таб. 2 раза в день в течение месяца).

Уже после 2 сеанса лечения больные отмечали, что в той или иной мере могут контролировать развитие приступа кашля при помощи приемов, описанных выше. На фоне проводимого лечения приступы кашля возникали реже и были меньшей продолжительности, ощущение сухости в горле заметно уменьшалось, а при ларингоскопии отмечалось уменьшение спазмирования

голосовых складок на вдохе, которое к концу курса лечения практически исчезало.

В результате проведения 1 - 2 курсов комплексного консервативного лечения по 10 сеансов (количество курсов зависело от длительности заболевания), практически всем больным удавалось прекратить, либо свести к минимуму рефлексорный кашель, ликвидировать ларингоспазмы; больные становились спокойнее, исчезали страхи, улучшался сон, восстанавливалась трудоспособность.

Таким образом, предложенное нами комплексное лечение рефлексорного кашля является высокоэффективным, экономичным, безопасным и не имеющим противопоказаний.

По нашему мнению, лечением больных с ларингоневрозами должен заниматься отоларинголог, имеющий опыт диагностирования и лечения подобного контингента больных и владеющий методами рефлексотерапии, дыхательной гимнастики и психотерапии. В тех же случаях, когда ларингоневроз является лишь одним из проявлений тяжелого общего невроза, больных следует направлять на лечение к психоневрологу.