

Диагностика хронического гиперпластического ларингита (ХГЛ) является актуальной проблемой оториноларингологии [1–3]. Это обусловлено, во-первых, разнообразием клинической картины ХГЛ, во-вторых, повышенным риском малигнизации хронического процесса.

Для ХГЛ характерны длительное течение и частые обострения, которые сопровождаются дисфонией. Стойкое нарушение голосовой функции приводит к потере трудоспособности, что особенно актуально для лиц голосоречевых профессий. Как известно, основными этиологическими факторами развития ХГЛ являются курение, повышенные голосовые нагрузки, профессиональные вредности, сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта и органов дыхания [1, 4, 5]. По данным различных авторов, малигнизация ХГЛ происходит у 30–40% больных в период от 6 месяцев до 7 лет от начала заболевания [1, 6].

Клинически выделяют диффузную и ограниченную формы ХГЛ [5]. При диффузной форме отмечают гиперплазию слизистой оболочки всей поверхности голосовых складок и межчерпаловидной области. Гистологическое исследование: неравномерное утолщение многослойного плоского эпителия за счет увеличения количества клеток и отсутствие признаков атипии.

Для ограниченной формы характерно появление участков дискератоза: пахидермии, лейкоплакии или гиперкератоза. При гистологическом исследовании участков дискератоза выявляют различные изменения структуры эпителия. Так, различают кератоз без атипии, или метаплазию, и кератоз с атипией – дисплазию. В зависимости от выраженности пролиферации эпителия, структурной и клеточной атипии выделяют три степени дисплазии: I – легкую, II – среднюю, III – тяжелую. Все стадии развития патологического процесса от гиперплазии слизистой оболочки до дисплазии III степени относят к предраковым состояниям [5–8].

Известно, что клинические проявления хронического гиперпластического ларингита с дискератозом слизистой оболочки голосовых складок сложно дифференцировать с раком *in situ* и стадией T1 [1, 6, 9].

Традиционным эндоскопическим методом диагностики заболеваний гортани является фиброларингоскопия [2, 9]. Однако качество изображения за счет низкой разрешающей способности фиброскопа уступает более современным методам исследования, таким как видеоэндоскопия и видеоэндостробоскопия гортани с использованием жесткого эндоскопа или видеоориноларингоскопа. Перечисленные методы исследования позволяют получить видеоизображение гортани высокого качества и определить минимальные изменения слизистой оболочки.

Во время проведения видеоэндоларингоскопии изучают состояние слизистой оболочки всех отделов гортани (цвет, сосудистую инъецию, патологические участки), форму надгортанника, симметричность расположения черпаловидных хрящей и черпало-надгортанных складок, подвижность и тонус голосовых складок, форму голосовой щели во время фонации и дыхания, участие в фонации вестибулярных складок, состояние подскладкового отдела гортани [10, 15].

Принципиальное отличие видеоэндоларингостробоскопии состоит в возможности увидеть колебания, которые совершают голосовые складки во время фонации. Колебание голосовой складки (вibratorный цикл) характеризуется амплитудой, частотой, слизистой волной, наличием или отсутствием невибрирующих участков. В норме голосовые складки колеблются симметрично, т. е. обе складки имеют одинаковую амплитуду колебаний. При возникновении патологического процесса симметричные колебания сменяются асимметричными колебаниями, т. е. складки колеблются с разной амплитудой. Выделяют амплитуду малого, среднего и большого размеров. При некоторых патологических состояниях колебания отсутствуют, следовательно, амплитуду оценивают как нулевую. Показатель частоты колебаний – регулярность. Если частота обеих голосовых складок одинаковая и постоянная, то складки колеблются регулярно, если разная – нерегулярно. Слизистая волна может быть малой, большой или отсутствовать. Таким образом, здоровые голосовые складки колеблются симметрично, регулярно, слизистая волна большая, невибрирующие участки отсутствуют. По изменению этих показателей можно судить о патологическом процессе на самых ранних стадиях его развития [10–12].

К современным методам дифференциальной диагностики ХГЛ также относят аутофлюоресцентную эндоскопию, NBI-эндоскопию и микроларингоскопию [5, 13–15].

Цель исследования

Повышение эффективности дифференциальной диагностики различных форм хронического гиперпластического ларингита у профессионалов голоса.

Пациенты и методы исследования

В исследовании приняли участие 249 пациентов-профессионалов голоса с ХГЛ в стадии ремиссии, которые обратились в фониатрическое отделение ФГБУ СПб НИИ ЛОР МЗ.

Возраст больных составил от 29 до 74 лет (в среднем $47,9 \pm 12,6$). Распределение пациентов по возрастным группам было следующим: 29–44 года – 28 (11,2%), 45–59 лет – 104 (41,8%), 60–74 года – 92 (37,0%), 75–79 лет – 25 (10,0%) че-