

© Team of authors, 2026 / © Коллектив авторов, 2026

3.1.3. Otorhinolaryngology, 3.3.3. Pathological physiology / 3.1.3. Оториноларингология, 3.3.3. Патологическая физиология

УДК 616.22-008.5

## Differentiating characteristics of the course of chronic laryngitis in patients with combined laryngeal pathologies

D.A. Shakurova<sup>1</sup>, Kh.A. Alimetov<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Kazan State Medical University, 420101, Kazan, Russia

<sup>1</sup>State Autonomous Healthcare Institution «Central City Clinical Hospital No. 18 named by prof. K.Sh. Zyyatdinov», Kazan, Russia

Контакты: Dilyara Azatovna Shakurova, e-mail: Ent.doc87@mail.ru

## Дифференцирующие характеристики течения хронических ларингитов у пациентов с коморбидными состояниями

Д.А. Шакурова<sup>1</sup>, Х.А. Алиметов<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Казань, Россия

<sup>1</sup>ГБУЗ «Центральная городская клиническая больница №18 им. проф. К.Ш. Зыятдинова», Казань, Россия

Контакты: Шакурова Дилара Азатовна, e-mail: Ent.doc87@mail.ru

## 慢性喉炎在合并喉部病变患者中的病程鉴别特征

D.A. Shakurova<sup>1</sup>, Kh.A. Alimetov<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>喀山国立医科大学, 420101, 俄罗斯, 喀山

<sup>1</sup>俄罗斯, 喀山, 国家自治医疗保健机构“第18中央城市临床医院 (以 K.Sh. Zyyatdinov 教授命名)”

联系方式: Dilyara Azatovna Shakurova, e-mail: Ent.doc87@mail.ru

**Introduction.** Modern otolaryngology devotes insufficient attention to the study of laryngitis in patients with dysphonia caused by cervical spine (CS) pathologies. The limited scientific work in this area primarily consists of case reports. The primary focus is on the impact of cervical spine instability on laryngeal muscle tone and vocal fold innervation, rather than the specific inflammatory changes in the larynx that develop in the context of this comorbidity. The need for an in-depth study of the differential features of laryngitis in patients with comorbid conditions stems from a contradiction. While laryngitis, CS pathologies, and dysphonia are actively studied separately, the specific features of laryngitis in patients with a combination of these pathologies remain poorly understood.

**Objective.** Theoretical justification, experimental study and detailed description of the differentiating features of the course of laryngitis in patients with comorbid conditions, with special attention to dysphonia associated with cervical spine pathology.

**Material and methods.** The study was conducted on the basis of the SAHI CCCH №18.Kazan. 445 patients with dysphonia were examined, including 258 men and 187 women aged 18 to 87 years.

**Results.** As part of the study, 153 patients were examined as the main group, and they underwent a comprehensive clinical and instrumental examination using methods such as mesopharyngoscopy, video endolaryngostroboscopy, CT of the larynx and cervical spine. During the diagnosis, characteristic morphological signs were identified, including unilateral hypertrophy of the palatine and lingual tonsils, deviation of the palatine uvula, thickening of the vocal fold and swelling of the vestibular fold. The peculiarities of the condition of the neck muscles and the location of the hyoid bone due to the pathology of the cervical region were also revealed. Computed tomography revealed Atlas rotational subluxations, degenerative-dystrophic changes, spondylosis, and a "shift" symptom.

**Conclusions.** The signs identified during the study make it possible to differentiate laryngitis associated with pathology of the cervical spine from its other variants and to increase the effectiveness of treatment.

**Key words:** laryngitis, combined laryngeal pathologies, dysphonia, pathology of the cervical spine

**Conflict of interest.** The authors have no conflicts of interest.

**Funding.** Absent.

**For citation:** Shakurova D.A., Alimetov Kh.A. Differentiating characteristics of the course of chronic laryngitis in patients with combined laryngeal pathologies. *Head and Neck. Russian Journal.* 2026;14(1):30–37

**Doi:** 10.25792/HN.2026.14.1.30-37

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

**Введение.** Современная отоларингология уделяет недостаточно внимания изучению ларингитов у пациентов с дисфонией, спровоцированной патологиями шейного отдела позвоночника (ШОП). Ограниченные научные работы в данной области в основном представлены описаниями частных клинических случаев. Основное внимание уделяется воздействию нестабильности ШОП на мышечный тонус гортани и иннервацию голосовых складок, а не на специфике воспалительных изменений в гортани, развивающихся на фоне данной сопутствующей патологии. Необходимость углубленного изучения дифференциальных признаков протекания ларингитов у пациентов с коморбидными состояниями определяется существующим противоречием. С одной стороны, активно исследуются ларингиты, патологии ШОП и дисфонии по отдельности, а с другой стороны, особенности течения ларингитов у пациентов с сочетанием данных патологий остаются малоизученными.

**Цель.** Теоретическое обоснование, экспериментальное изучение и детальное описание дифференцирующих особенностей течения ларингитов у пациентов с коморбидными состояниями, с особым вниманием к дисфонии, ассоциированной с патологией ШОП.

**Материал и методы.** Исследование было проведено на базе ГАУЗ ЦГКБ №18 Казани. Были обследованы 445 пациентов с дисфониями, из них 258 мужчин и 187 женщин в возрасте от 18 до 87 лет.

**Результаты.** В качестве основной группы были обследованы 153 пациента, им проведено комплексное клинично-инструментальное исследование: мезофарингоскопия, видеоэндоларингостробоскопия, компьютерная томография (КТ) гортани и ШОП. В ходе диагностики были установлены характерные морфологические признаки, включающие одностороннюю гипертрофию небной и язычной миндалин, отклонение небного язычка, утолщение голосовой складки и отечность вестибулярной складки. Выявлены также особенности состояния мышц шеи и расположения подъязычной кости, обусловленные патологией ШОП. КТ выявила ротационные подвывихи атланта, дегенеративно-дистрофические изменения, спондилез и симптом «сдвига».

**Заключение.** Выявленные признаки позволяют дифференцировать ларингиты, ассоциированные с патологией ШОП, от других его вариантов и повысить эффективность лечения.

**Ключевые слова:** ларингит, сочетанные патологии гортани, дисфония, патология шейного отдела позвоночника

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Отсутствует.

**Для цитирования:** Шакурова Д.А., Алиметов Х.А. Дифференцирующие характеристики течения хронических ларингитов у пациентов с коморбидными состояниями. *Head and neck. Голова и шея. Российский журнал.* 2026;14(1):30–37

**Doi:** 10.25792/HN.2026.14.1.30-37

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

引言：现代耳鼻喉科学对由颈椎（CS）病变引起的发声障碍（dysphonia）患者中的喉炎研究关注不足。该领域有限的科学工作主要由病例报告组成。研究重点主要集中在颈椎不稳对喉部肌肉张力和声带神经支配的影响，而不是在这种共病背景下喉部所发生的特异性炎症改变。对合并症患者喉炎鉴别特征进行研究的必要性源于一种矛盾：尽管喉炎、颈椎病变和发声障碍分别被积极研究，但在这些病变组合情况下喉炎的特异性特征仍缺乏了解。

目的：对合并症患者喉炎病程的鉴别特征进行理论论证、实验研究并作详细描述，特别关注与颈椎病变相关的发声障碍。

材料与方法：研究在喀山第18中央城市临床医院（SAHI CCCH №18，喀山）开展。共检查 445 例发声障碍患者，包括 258 名男性和 187 名女性，年龄 18 至 87 岁。

结果：研究中将 153 例患者作为主组进行检查，并接受了综合的临床与器械检查，方法包括中咽镜检查（mesopharyngoscopy）、喉内镜视频频闪检查（video endolaryngostroboscopy）、喉部及颈椎 CT。诊断过程中发现特征性形态学体征，包括腭扁桃体与舌扁桃体单侧肥大、腭垂偏斜、声带增厚以及室带肿胀。还揭示了由于颈段病变导致的颈部肌肉状态及舌骨位置的特点。CT 显示寰椎旋转性半脱位、退行性-营养不良性改变、脊椎骨赘形成（spondylosis）以及“移位（shift）”症状。

结论：研究中识别的体征可用于将与颈椎病变相关的喉炎与其他类型喉炎相鉴别，并提高治疗效果。

关键词：喉炎；合并喉部病变；发声障碍；颈椎病变

利益冲突：作者声明无利益冲突。

经费来源：本研究未获得任何经费资助。

引用格式：Shakurova D.A., Alimetov Kh.A. Differentiating characteristics of the course of chronic laryngitis in patients with combined laryngeal pathologies. *Head and Neck. Russian Journal.* 2026;14(1):30–37

Doi: 10.25792/HN.2026.14.1.30-37

作者对所呈现数据的原创性以及发表插图材料（表格、图示、患者照片）的可能性负责。

## Введение

Ларингит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки гортани и голосовых связок, которое существенно снижает качество жизни, вызывая охриплость или потерю голоса, болезненный кашель, боль при глотании и затрудненное дыхание, что нарушает социальную активность и работоспособность [1]. Согласно клиническим рекомендациям РФ от 2024 г. по лечению острого ларингита, он в большей степени распространен среди детского населения от 6 месяцев до 2–3 лет и у взрослых, чаще всего в возрастном диапазоне от 18 до 40 лет, однако данное заболевание может быть диагностировано у пациентов любой возрастной группы [2]. Сообщается и о широком распространении дисфоний, с которыми, по данным Американской академии оториноларингологии – хирургии головы и шеи от 2018 г., сталкивается около одной трети всего населения планеты [3]. При этом, как отмечают В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова, А.А. Побиванцева, «заболеваемость среди взрослого населения составляет 1 на 13 человек ежегодно», при этом в отечественной литературе данные о распространенности и лечении заболеваний данной категории представлены ограниченно [4]. Ввиду активных изменений в социальных и профессиональных сферах, происходящих в мире в постковидный период, можно говорить об увеличении голосовой нагрузки в большинстве профессий, а не только среди тех, которые ранее условно были отнесены к профессиям «голосового» типа.

В соответствии с определением, представленным в Клинических рекомендациях РФ по лечению острого ларингита от 2024 г., «Острый ларингит (ОЛ) – острое воспаление слизистой оболочки гортани длительностью до 3 недель» [2]. Клиническая картина ОЛ характеризуется преимущественно нарушением голосовой функции – от охриплости до полной афонии, болью в горле, кашлем и в тяжелых случаях – затруднением дыхания. При инфильтративных и абсцедирующих формах наблюдаются интоксикация, болезненное глотание, гиперсаливация, вынужденное положение головы и признаки прогрессирующего стеноза гортани. Развитие острого стеноза сопровождается шумным дыханием (стридором), западением мягких тканей шеи на вдохе и нарушением ритма дыхания, что обусловлено критическим сужением просвета дыхательных путей [3, 4].

Детерминанты ОЛ включают как инфекционные, так и неинфекционные факторы, среди которых преобладают вирусные инфекции верхних дыхательных путей, а также воздействие раздражающих агентов, злоупотребление голосом, гастроэзофагеальный рефлюкс и аллергические реакции. Вирусные агенты (например, риновирус, парагрипп, грипп) являются наиболее частыми возбудителями, тогда как бактериальная суперинфекция встречается значительно реже и требует дополнительного клинического подтверждения [5]. Неинфекционные формы, включая функциональные и рефлюкс-ассоциированные ларингиты, характеризуются вариабельной клинической картиной и требуют дифференциального подхода к диагностике [6].

Диагностика основывается на клинических данных и ларингоскопической визуализации, а в сложных случаях применяются методы стробоскопии и микробиологического анализа. Тяжесть симптомов и наличие «красных флагов» (стридор, одинофагия, слюнотечение, дисфагия) требует исключения неоплазии и острых обструктивных процессов [7, 8]. Дифференциальный подход к лечению направлен на устранение основной причины воспаления с учетом индивидуальных особенностей пациента, включая возраст, профессию, иммунный статус и сопутствующее заболевание [9, 10].

К настоящему времени течение ларингитов, как острых, так и хронических, особенности их лечения при их обособленной представленности активно исследуются. При этом сложную клиническую задачу, требующую комплексного подхода к диагностике и лечению, представляют ларингиты у пациентов с коморбидными состояниями. В литературе нет примеров четких и системных определений данного понятия, однако анализ исследований в этой области позволяет интерпретировать данный термин, как «группу острых и хронических заболеваний воспалительной, опухолевой, травматической или функциональной природы, поражающих структуры гортани, приводящих к нарушению голосовой, дыхательной и защитной функций» [11]. При ларингите у пациентов с бронхиальной астмой наблюдается развитие субатрофических изменений слизистой оболочки, а также скрытый кандидозный процесс, не сопровождающийся типичной клинической картиной микоза. При хроническом синусите или риносинусите наблюдается рефлекторная дисфункция гортани, а также ослабление ее барьерной функции, что предрасполагает к рецидивированию воспалительного процесса. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни гортань подвергается воздействию кислого желудочного содержимого, что ведет к хроническому воспалению и возможной гиперплазии слизистой оболочки. Нарушения обмена веществ, такие как сахарный диабет, гипотиреоз и хроническая почечная недостаточность, затрудняют восстановление слизистой оболочки гортани, способствуют хроническому течению воспаления и вторичному присоединению грибковой флоры (*Candida albicans*). При лучевой терапии в области шеи развиваются фиброз и сухость слизистой оболочки, формируются зоны дегенерации.

Ключевую роль в клиническом течении ларингитов, существенно влияя на их характер, длительность и исход, играют сопутствующие поражения гортани. Основными патологическими формами являются ОЛ, хронический гиперпластический ларингит, доброкачественные новообразования и органические заболевания, включая злокачественные опухоли [12]. ОЛ чаще развиваются у женщин среднего возраста и могут сопровождаться осложнениями, такими как афония, дисфония и стеноз. Хронический гиперпластический ларингит, как правило, встречается у мужчин пожилого возраста, может быть как неспецифическим, так и специфическим (в т.ч. при микозах и постлучевых изменениях), и часто служит фоном для пред-

раковых изменений. Доброкачественные образования, такие как папилломы, полипы и кисты, зачастую сопровождаются хроническим воспалением и могут осложнять течение ларингита, способствуя его переходу в хроническую форму. Органические поражения, преимущественно рак гортани, диагностируются чаще у мужчин старшей возрастной группы и характеризуются тяжелым течением, нередко имитируя или осложняя хронический ларингит [7]. Большое значение в контексте ларингитов и дисфонии имеют поражения шейного отдела позвоночника (ШОП) [13, 14]. Ввиду прогрессирующих в обществе тенденций к преобладанию «офисных» профессий, доступности работы на удаленном режиме, гиподинамии, низких показателей физической активности и иных факторов, в числе которых в т.ч. и отдаленные последствия перенесенного Covid-19, среди взрослого населения значительно возрастает распространенность патологий ШОП [15–17].

Таким образом, наличие фоновой или сопутствующей патологии гортани способствует затяжному течению воспалительного процесса, снижает эффективность консервативной терапии и требует более сложного, нередко комбинированного подхода к лечению. Соответственно, изучение дифференцирующих характеристик течения ларингитов у пациентов с коморбидными состояниями позволит повысить эффективность диагностики, маршрутизации, лечения пациентов данной категории.

**Цель:** теоретическое обоснование, экспериментальное изучение и детальное описание дифференцирующих особенностей течения ларингитов у пациентов с коморбидными состояниями, с особым вниманием к дисфонии, ассоциированной с патологией ШОП.

## Материал и методы

Исследование проведено на базе ГАУЗ «Центральная городская клиническая больница №18» Казани с мая 2024 по май 2025 г. Обследованы 445 пациентов с дисфониями, из них 258 мужчин и 187 женщин в возрасте от 18 до 87 лет. В качестве критериев включения пациентов в исследование были определены: наличие ларингита, возраст старше 18 лет, информированное согласие пациентов на участие в исследовании. Критерия исключения составили: ряд неврологических заболеваний, таких как болезнь Паркинсона, инсульт, миастения, которую могут демонстрировать дисфонию, связанную с нарушением иннервации голосовых складок, предшествующее хирургическое вмешательство на гортани или шее, с потенциальным повреждением возвратного гортанного нерва и изменением анатомии гортани.

Пациентам проведены общий осмотр с пальпацией мышц шеи, сбор анамнеза, осмотр мезофарингоскопия, видеоэндоларингостробоскопия, эндоскопия полости носа и носоглотки, компьютерная томография (КТ) гортани, КТ ШОП, ультразвуковое исследование мышц шеи с эластографией, консультация смежных специалистов (терапевт, невролог, гастроэнтеролог, эндокринолог, гинеколог). Для определения статистически значимой связи между ларингитом с дисфонией и коморбидностью использовали  $\chi^2$ -критерий.  $P$ -уровень  $\leq 0,05$  считался статистически значимым.

## Результаты

Полученные в рамках проведенного обследования результаты позволили выделить 4 категории пациентов с коморбидными состояниями при ларингитах:

1. У 126 пациентов диагностирован хронический катаральный ларингит. Из них у 57 (45,24%) пациентов данная патология имела поствоспалительный генез, у 69 (54,76%) пациентов развивалась на фоне патологии ШОП.

2. У 60 пациентов определен хронический гиперпластический ларингит. У данной категории выявлены как ограниченные, так и диффузные поражения гортани. Ограниченные формы данного заболевания составили большинство клинических наблюдений, среди которых ведущую позицию занимали певческие узелки – наиболее часто диагностируемая форма локального гиперпластического процесса, ассоциированная с хронической голосовой перегрузкой и микротравматизацией голосовых складок. Эта патология наблюдалась у 23 (38,33%) пациентов данной группы и характеризовалась фиброзными утолщениями голосовых складок с нарушением вибрационной функции, что клинически проявлялось стойкой дисфонией. Пахидермия межчерпаловидного пространства, выявленная у 7 (11,67%) пациентов данной группы, представляла собой хронический воспалительно-гиперпластический процесс в заднем отделе гортани, связанный с гастроэзофагеальным рефлюксом и характеризующийся утолщением слизистой оболочки в области межчерпаловидного пространства с возможной обструкцией дыхательных путей и стойкой охриплостью. Контактная гранулема, диагностированная у 6 (10%) пациентов данной категории, являлась следствием хронической травмы задней комиссуры голосовой щели, чаще после интубации, и проявлялась болевым синдромом при фонации и наличием фокусной гиперплазии с воспалительными признаками.

Среди диффузных форм хронического гиперпластического ларингита в данной когорте преобладали гиперкератозы, выявленные у 14 (23,33%) пациентов – морфологически стойкие эпителиальные изменения, характеризующиеся избыточным ороговением слизистой оболочки голосовых складок. Эти формы, как правило, имели длительное течение и были ассоциированы с воздействием профессиональных, токсических и климатических факторов. Лейкоплакия, установленная у 10 (16,67%) пациентов, и являлась наиболее значимым предраковым состоянием и проявлялась утолщением слизистой оболочки с очагами белесоватого налета, подлежащими обязательному гистологическому контролю.

3. В ходе обследования выявлены 224 пациента с функциональными дисфониями. При дифференциации по типу нарушения тонуса голосовой мускулатуры наиболее часто диагностировалась дисфония по гипотонусному типу – 114 (64,29%) пациентов, гипо-гипертонусная форма выявлена у 57 (25,45%) пациентов с дисфонией, гипертонусный тип с выраженным напряжением мышц шеи, резким голосом и охриплостью установлен у 23 (10,24%) пациентов.

Детерминанты, обуславливающие возникновение дисфоний по гипотонусному типу у обследованных 114 пациентов, распределились следующим образом: доминирующим предиктором выступали патологии шейного отдела позвоночника (58,33%), далее следовали гипотиреоз (52,78%) и анемии (22,22%)

4. У 35 пациентов диагностированы злокачественные новообразования гортани. Основную морфологическую форму представлял плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, что подтверждает доминирование эпителиальных опухолей в структуре органических поражений гортани. У всех пациентов наблюдалась выраженная клиническая симптоматика, включающая стойкие нарушения голосовой функции, дыхания и глотания. У ряда пациентов опухолевый процесс сочетался

**Таблица 1. Результаты мезофарингоскопии пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии шейного отдела позвоночника**  
**Table 1. Results of mesopharyngoscopy of patients with dysphonia caused by pathology of the cervical spine**

Параметр <i>Parameter</i>	Специфика проявления <i>Specific manifestation</i>	n (%)		Специфика проявления n (%) <i>Specific manifestation</i>	n (%)	
Односторонняя гипертрофия небной миндалины <i>Unilateral hypertrophy of the palatine tonsil</i>	Справа <i>Right</i>	75	49,02	Слева <i>Left</i>	78	50,98
Отклонение небного язычка <i>Uvula deviation</i>	Вправо <i>Right</i>	53	34,64	Влево <i>Left</i>	45	29,41
Небный язычок «поджат» к гипертрофированной небной миндалине <i>The uvula is "pressed" toward the hypertrophied palatine tonsil</i>	Выявлено <i>Detected</i>	55	35,95	Не выявлено <i>Not detected</i>	98	64,05

с признаками хронического воспаления или постлучевых изменений, что осложняло клиническую картину и диагностический процесс.

Анализ данных показал статистически значимую корреляцию между ларингитом ассоциированным с дисфонией и наличием коморбидных состояний ( $\chi^2=52$ ,  $df=2$ ;  $p<0,0001$ ).

Из 445 пациентов с дисфониями у 153 (34,4%) пациентов наблюдалась сопутствующая патология ШОП. В процессе проведения пальпации органов шеи у всех пациентов с патологией ШОП отмечены болезненность и напряженность мышц шеи на стороне смещения позвоночно-двигательного сегмента. При этом оценивались следующие мышцы шеи: трапециевидная, грудино-ключично-сосцевидная, грудино-подъязычная, лопаточно-подъязычная. У 75 (49,02%) пациентов выявлено отклонение органов шеи и подъязычной кости от срединного положения вправо, у 78 (50,98%) пациентов – влево.

По данным мезофарингоскопии, первые специфические характеристики течения ларингитов у пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП, включали: одностороннюю гипертрофию небной миндалины (вариативно – слева/справа) – характерна для 100% пациентов данной категории, отклонение небного язычка (зависит от стороны наибольшего напряжения мышц шеи; вариативно – вправо/влево) – характерно для 64,05% пациентов данной категории, небный язычок «поджат» к гипертрофированной небной миндалины, что обусловлено наибольшим напряжением мышц шеи на стороне поражения – вариативный показатель, выявлен у 35,95% пациентов исследуемой выборки (табл. 1).

По данным видеоэндоларингостробоскопии выявлена следующая совокупность отличительных морфологических, нозологически обусловленных признаков, характерных для всех пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП: дистопия черпаловидного хряща (голосовой отросток черпаловидного хряща на стороне поражения как будто «наседал» на голосовой отросток черпаловидного хряща с противоположной стороны), отечность одной вестибулярной складки. Кроме того, у всех пациентов данной выборки диагностировано утолщение истинной голосовой складки: правой – у 75 (49,02%) пациентов,

левой – у 78 (50,98%) пациентов (табл. 2). Эти характеристики также могут быть отмечены в качестве специфических характеристик течения ларингитов у пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП.

При проведении КТ ШОП для пациентов с дисфонией и сопутствующей патологией ШОП установлены следующие специфические изменения в позвоночнике: у 52 (33,99%) пациентов диагностировано ассиметричное расположение боковых масс атланта по отношению ко второму шейному позвонку (ротационный подвывих), у 75 (49,02%) пациентов дегенеративно-дистрофические изменения в ШОП, у 15 (9,80%) пациентов диагностирован симптом «сдвига», у 9 (5,88%) пациентов обнаружены спондилез и спондилоартроз, симптом «струны» и у 7 (4,58%) пациентов определена конкреция уровня верхних шейных позвонков (рисунок). Данные показатели также были отнесены к дифференцирующим характеристикам течения ларингитов у пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП.

Течение ларингитов у пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП, представляет собой малоизученную область в современной отоларингологии. Существующие немногочисленные исследования включают преимущественно отчеты о клинических случаях и фокусируются на влиянии нестабильности ШОП на тонус гортанных мышц и иннервацию голосовых связок, нежели на особенности воспалительных процессов в гортани на фоне данной патологии. Дегенеративные заболевания ШОП в первую очередь следует рассматривать в качестве части дифференциальной диагностики дисфонии. Выраженный остеохондроз ШОП с наличием костных выступов и их давлением на гипофарингс и отчасти на гортань служит причиной дисфонии [13]. Другие факторы включают цервикальный деформирующий спондилез и болезнь Форестье [14]. В рамках анализа R. Franzone и соавт. были изучены 303 педагога, у которых отмечалось отклонение в положении головы относительно ШОП в сочетании с повышенным тонусом перстнещитовидной, надподъязычных и грудино-ключично-сосцевидных мышц. Несмотря на многообразие факторов, обуславливающих дисфонию, вызванную мышечным

**Таблица 2. Результаты эндоскопии полости носа и носоглотки у пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП**  
**Table 2. Results of endoscopy of the nasal cavity and nasopharynx in patients with dysphonia caused by pathology of the cervical spine**

Параметр <i>Parameter</i>	Специфика проявления <i>Specific manifestation</i>	n (%)		Специфика проявления n (%) <i>Specific manifestation</i>	n (%)	
Односторонняя гипертрофия язычной миндалины <i>Unilateral hypertrophy of the lingual tonsil</i>	Правой доли <i>Right lobe</i>	75	49,02	Левой доли <i>Left lobe</i>	78	50,98
Гипертрофия доли носоглоточной миндалины <i>Hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil</i>	Правой доли <i>Right lobe</i>	75	49,02	Левой доли <i>Left lobe</i>	78	50,98

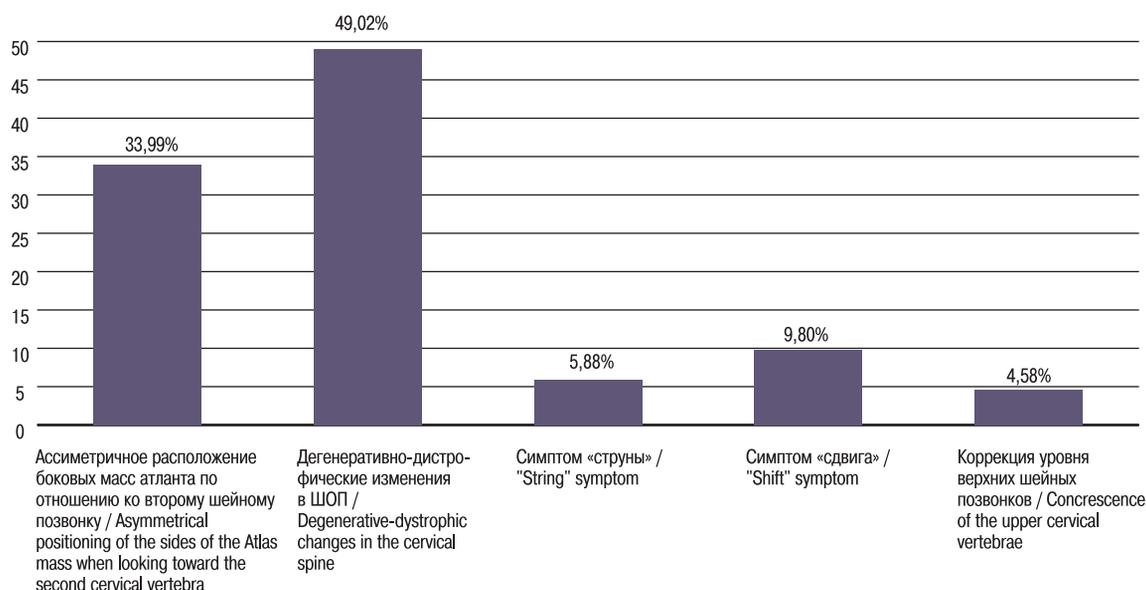


Рис. Патологические изменения ШОП у пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП

Fig. Pathological changes of the cervical spine in patients with dysphonia that occurred against the background of pathology of the cervical spine

напряжением, выявлена статистически значимая связь между особенностями осанки и развитием данного типа дисфонии. Эта взаимосвязь проявляется в смещении ШОП в переднем направлении и сопутствующем гипертонусе мышц гортани и подъязычной области. Полученные данные подтверждают концепцию, согласно которой постуральные нарушения могут являться одним из факторов, предрасполагающих к развитию дисфонии у лиц, чья профессиональная деятельность связана с повышенной нагрузкой на голосовой аппарат [15]. Остеофиты ШОП и дисфония представляют собой клинически значимую связь, обусловленную анатомической близостью ШОП и гортани. Остеофиты, развивающиеся в результате дегенеративных изменений позвонков, могут оказывать механическое воздействие на структуры шеи, включая гортань и ее нервные пути, обеспечивающие иннервацию голосовых складок. Сдавление возвратного гортанного нерва, ветви блуждающего нерва может приводить к парезу или параличу голосовых складок, вызывая дисфонию различной степени выраженности. Остеофиты ШОП являются редкой патологией ШОП, при этом различные отчеты о клинических случаях подчеркивают важность рентгенологического исследования ШОП при впервые диагностированной дисфонии или параличе голосовых связок [16–19]: длительная дисфония в послеоперационном периоде после вмешательства на переднем отделе ШОП, в частности при передней цервикальной дискэктомии и спондилодезе для лечения шейной радикулопатии и/или миелопатии [20, 21]. Другой редкой причиной является хордома ШОП, проявляющаяся в виде ретрофарингеального образования и дисфонии, возникающей вследствие искажения местной анатомии [22]. А. Langenfeld и соавт. в ходе ретроспективного анализа также обнаружили корреляцию между патологией ШОП и субъективной оценкой нарушений голоса у пациентов с дисфонией [23].

Ограничения исследования заключаются в фокусе на дифференцирующих особенностях ларингитов. Для более глубокого понимания механизмов развития и особенностей течения ларингитов у пациентов с дисфонией, вызванной патологией ШОП, необходимы дальнейшие масштабные клинические исследова-

ния с применением современных методов диагностики и оценки функционального состояния гортани.

## Заключение

Результаты проведенного исследования позволили выделить характеристики течения ларингитов у пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП. Широкая распространенность данных характеристик в исследуемой выборке позволяет рассматривать их в качестве специфических дифференцирующих признаков. К ним относятся односторонняя гипертрофия небной миндалины (вариативно – слева/справа) устойчивый признак всех пациентов данной категории, одностороннее отклонение небного язычка (зависит от стороны наибольшего напряжения мышц шеи; вариативно – вправо/влево) – относительный показатель, характерен для большинства пациентов данной категории, небный язычок «поджат» к гипертрофированной небной миндалины, что обусловлено наибольшим напряжением мышц шеи на стороне поражения – вариативный показатель, выявлялся только примерно у 1/3 пациентов с дисфонией, возникшей на фоне патологии ШОП. Также у данной категории пациентов были определены дистопия черпаловидного хряща (голосовой отросток черпаловидного хряща на стороне поражения как будто «наседал» на голосовой отросток черпаловидного хряща с противоположной стороны), отечность одной вестибулярной складки. Кроме того, у всех пациентов данной выборки диагностировано утолщение истинной голосовой складки. Также у пациентов этой категории диагностированы односторонняя гипертрофия язычной миндалины и гипертрофия одной из долей носоглоточной миндалины. Выявленные признаки позволяют дифференцировать ларингиты, ассоциированные с патологией ШОП, от других его вариантов, и повысить эффективность лечения.

Анализируя вышеизложенное, можно прийти к заключению, что гортань дает адекватный ответ на изменение взаимоотношения органов шеи, что подтверждается клинически, рентгенологически и электрофизиологическими аргументами.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Касаткин А.Н., Фомина А.В. Анализ распространенности заболеваний ЛОР-органов и их медико-социальная значимость. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;2;338–51. [Kasatkin A.N., Fomina A.V. Analiz raspriostanennosti zabolevaniy LOR-organov i ikh mediko-sotsial'naya znachimost'. *Sovrem. Probl. Zdravookhranen. Med. Statist.* 2024;2:338–51 (In Russ.)]. Doi: 10.24412/2312-2935-2024-2-338-35.
2. Острый ларингит. Клинические рекомендации 2024. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. Союз педиатров России. [Ostryy laringit. *Klinicheskie rekomendatsii 2024. Natsional'naya meditsinskaya assotsiatsiya otorinolaringologov. Soyuz pediatrov Rossii* (In Russ.)]. URL: [http://disuria.ru/\\_ld/15/1508\\_kr24J04MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/15/1508_kr24J04MZ.pdf).
3. Stachler R.J., Francis D.O., Schwartz S.R., et al. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2018;158(1):1–42. Doi: 10.1177/0194599817751030.
4. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Побиванцева А.А. Диагностика и лечение дисфоний на современном этапе. Медицинский совет. 2020;6;67–71. [Svistushkin V.M., Nikiforova G.N., Pobivantseva A.A. Diagnostika i lechenie disfonii na sovremennoy etape. *Med. Adv.* 2020;6;67–71 (In Russ.)]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-disfonii-na-sovremennoy-etape>.
5. Хушвакова Н.Ж., Искандарова Ш.Х., Болиев И.Б. Причины острого ларингита, меры лечения и их дифференциальные особенности. *EJAR.* 2024;2–2;7–14. [Khushvakova N.Zh., Iskandarova Sh.Kh., Boliev I.B. Prichiny ostrigo laringita, mery lecheniya i ikh differentsial'nye osobennosti. *EJAR.* 2024;2–2;7–14 (In Russ.)]. Doi:10.5281/zenodo.10714717.
6. Осиков М.В., Давыдова Е.В., Ковалев М.А. Особенности состояния мукозо-ассоциированной ткани гортани при хроническом отечно-полипозном ларингите. Современные проблемы науки и образования. 2020;3. [Osikov M.V., Davydova E.V., Kovalyov M.A. Osobennosti sostoyaniya mukozno-assotsirovannoy tkani gortani pri khronicheskom otechno-polipoznom laringite. *Sovrem. Probl. Nauki Obrazovan.* 2020;3 (In Russ.)]. Doi: <https://doi.org/10.17513/spno.29693>.
7. Ушаков В.С., Юрков А.Ю., Куц Б.В., Шустова Т.И. Современный подход к диагностике хронического ларингита. *РО.* 2019;4(101):62–7. [Ushakov V.S., Yurkov A.Yu., Kuts B.V., Shustova T.I. Sovremennyy podkhod k diagnostike khronicheskogo laringita. *RO.* 2019;4(101):62–67 (In Russ.)]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-podkhod-k-diagnostike-khronicheskogo-laringita>.
8. Янгибаева И.И., Исакова Д.К., Аршикулова Д.Р. Видеоларингоскопическая картина голосового аппарата у пациентов с различными формами хронического ларингита. Молодой ученый. 2016;19(123):187–90. [Yangibaeva I.I., Isakova D.K., Arshikulova D.R. Videolaringoskopicheskaya kartina golosovogo apparata u patsientov s razlichnymi formami khronicheskogo laringita. *Molodoy uchenyy.* 2016;19(123):187–90 (In Russ.)]. URL: <https://moluch.ru/archive/123/33633>.
9. Махоткина Н.Н., Степанова Ю.Е. Острый ларингит. Современные аспекты физиотерапевтического лечения с позиции синдромно-патогенетического подхода. Российская оториноларингология. 2022;21(6):114–9. [Makhoikina N.N., Stepanova Yu.E. Ostryy laringit. *Sovremennyye aspekty fizioterapevticheskogo lecheniya s pozitsii sindromno-patogeneticheskogo podkhoda. Ros. Otorinolaringol.* 2022;21(6):114–9 (In Russ.)]. Doi: 10.18692/1810-4800-2022-6-114-119.
10. Степанова Ю.Е., Коноплев О.И., Готовыхина Т.В. и др. Острые и хронические ларингиты у профессионалов голоса. Вестник оториноларингологии. 2019;84(1):68–71. [Stepanova Yu.E., Konoplev O.I., Gotovyakhina T.V., et al. Ostrye i khronicheskie laringity u professionalov golosa. *Vestn. Otorinolaringol.* 2019;84(1):68–71 (In Russ.)]. Doi: 10.17116/otorino20198401168.
11. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Романенко С.Г. и др. Терапия воспалительных заболеваний гортани. Медицинский совет. 2013;2;38–41. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/terapiya-vospalitelnyh-zabolevaniy-gortani-1> [Kryukov A.I., Kunel'skaya N.L., Romanenko S.G., et al. Terapiya vospalitel'nykh zabolevaniy gortani. *Med. Adv.* 2013;2;38–41 (In Russ.)]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/terapiya-vospalitelnyh-zabolevaniy-gortani-1>
12. Шляга И.Д., Сатырова Т.В. Актуальные вопросы патологии гортани. Проблемы здоровья и экологии. 2006;2(8):29–34. [Shlyaga I.D., Satyrova T.V. Aktual'nye voprosy patologii gortani. *Probl. Zdorov. Ekol.* 2006;2(8):29–34 (In Russ.)].
13. Бобров В.М. Дисфагия и дисфония, обусловленные болезнью Форесте. Российская оториноларингология. 2009;5:164–6. [Bobrov V.M. Disfagiya i disfoniya, obuslovlennyye bolezn'yu Forest'ye. *Ros. Otorinolaringol.* 2009;5:164–6 (In Russ.)].
14. Трашин А.В., Вихерев Н.В., Белов Е.М. и др. Дисфагия как основной симптом при передних остеофитах шейного отдела позвоночника (болезнь Форесте и цервикальный деформирующий спондилез): обзор литературы и анализ клинических случаев. Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2024;88(2):69–76. [Trashin A.V., Vikherev N.V., Belov Ye.M., et al. Disfagiya kak osnovnoy simptom pri perednikh osteofitakh sheynogo otdela pozvonochnika (bolezn' Forest'ye i tservikal'nyy deformiruyushchyy spondilez): obzor literatury i analiz klinicheskikh sluchayev. *J. Vopr. Neyrokhirurg. Im. N.N. Burdenko.* 2024;88(2):69–76 (In Russ.)].
15. Franzone R., Petrigna L., Signorelli D., Musumeci G. The Relationship between Posture and Muscle Tensive Dysphonia in Teachers: A Systematic Scoping Review. *J. Funct. Morphol. Kinesiol.* 2024;9(2):60. Doi: 10.3390/jfkm9020060.
16. Patel S., Vahabzadeh-Hagh A.M. Breathly Dysphonia, Not Just a Pain in the Neck. *Ear. Nose Throat. J.* 2024;103(8):481–3. Doi: 10.1177/01455613211069919.
17. Fadhil M., Wong A.C.L., Jaeger M., et al. Anterior cervical osteophytes: a rare culprit of unilateral vocal cord palsy. *ANZ J. Surg.* 2024;94(5):967–9. Doi: 10.1111/ans.18934.
18. Virk J.S., Majithia A., Lingam R.K., Singh A. Cervical osteophytes causing vocal fold paralysis: case report and literature review. *J. Laryngol Otol.* 2012;126(9):963–5. Doi: 10.1017/S0022215112001259.
19. Yoskovitch A., Kantor S. Cervical osteophytes presenting as unilateral vocal fold paralysis and dysphagia. *J. Laryngol. Otol.* 2001;115(5):422–4. Doi: 10.1258/0022215011907820.
20. Strohl M.P., Choy W., Clark A.J., et al. Immediate Voice and Swallowing Complaints Following Revision Anterior Cervical Spine Surgery. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2020;163(4):778–84. Doi: 10.1177/0194599820926133.
21. Jung G., Xavier J., Wu S., et al. Diagnosis and treatment of postoperative voice complications following anterior cervical discectomy and fusion: a systematic review. *J. Orthop. Surg. Res.* 2025;20(1):239. Doi: 10.1186/s13018-025-05464-1.
22. Singh N., Soo M., De Cruz M., et al. Cervical chordoma presenting as retropharyngeal mass and dysphonia: Case report and literature review. *Australas Radiol.* 2007;51(Suppl.B):183–8. Doi: 10.1111/j.1440-1673.2007.01841.x.
23. Langenfeld A., Bohlender J.E., Swanenburg J., Brockmann-Bausser M. Cervical Spine Disability in Correlation with Subjective Voice Handicap in Patients With Voice Disorders: A Retrospective Analysis. *J. Voice.* 2020;34(3):371–9. Doi: 10.1016/j.jvoice.2018.10.013

**Информация об авторах:**

*Шакурова Диляра Азатовна — к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава РФ, врач-оториноларинголог, фониатр ГАУЗ «ЦГКБ №18 им. проф. К.Ш. Зыятдинова». Адрес: 4201101 Казань, ул. Мавлютова, д. 2; e-mail: Ent.doc87@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4953-2465*

*Алиметов Халид Аразханович — д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой оториноларингологии Казанского государственного медицинского университета. Адрес: 420101 Казань, ул. Хусаина Мавлютова, д. 2; e-mail: lorkgmu@mail.ru. ORCID: 0000-0003-3977-8154*

**Information about the authors:**

*Shakurova Dilyara Azatovna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology of Kazan State Medical University Ministry of Health of Russia, the otorhinolaryngologist, phoniatriest of the State Autonomous Institution "Central City Clinical Hospital No. 18 named by prof. K.Sh. Zyyatdinov" Address: 4201101 Kazan, Mavlyutova str., 2; e-mail: Ent.doc87@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4953-2465*

*Alimetov Khalid Arazkhanovich — honored Doctor of the Russian Federation, Academician of the Russian Academy of Natural Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Otorhinolaryngology of the Kazan State Medical University. Address: 420101 Kazan, Khusain Mavlyutov str., 2; e-mail: lorkgmu@mail.ru. ORCID: 0000-0003-3977-8154*