

ГЕРОНТОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯТА

Д-р Петър Рувев, г.м.

УНГ Клиника, МБАЛ Стара Загора ЕАД (Университетска)

Ввод

Демографските промени в нашето общество през последните 15 години ясно очертават тенденцията към застаряване на населението. Тази тенденция не е нещо ново за Европа. Тя се наблюдава от няколко века, като от XVIII век до сега средната **продължителност на живота** се е увеличила близо два пъти. Икономическият, технологичен и социален прогрес на демократичните общества води до по-добро **качество на живот**, като очакванията са това качество да се запази възможно най-дълго. „Възрастните“, или по дефиниция – тези над 65-годишна възраст, не трябва да са пресипнали, глухи, изолирани, депресирани, замаяни или да чувстват болка. Оториноларингологът е този, който може да минимизира риска от вестибуларни нарушения, който може да рехабилитира успешно слуховата загуба. Повечето от оториноларинголозите не практикуват пластично-естетичната хирургия на лицето, но диагнозата и терапията на ранния рак на ларинкса могат да запазят гласовата функция. Други често проблеми у възрастните пациенти, пред които е изправен оториноларингологът, са затруднено носно дишане и нарушенията в акта на гълтането¹.

Целта на настоящото изследване е да се потърсят най-актуалните оториноларингологични проблеми при пациентите в по-късна възраст и да се сподели клиничния опит на автора в духа на продължителното медицинско обучение².

Рехабилитация на глухотата при възрастни

По литературни данни, от пет възрастни пациенти, нуждаещи се от слухов апарат, само един носи такъв³. Отказването от слухопротезиране причинява социален стрес и напрежение не само на отделната личност, но и на неговото семейство, приятели и колеги.

Неусетното и бавно възрастово намаление на слуха е известно като пресбиакусис (Presbycusis)⁴. Естественният процес на стареене на слуховия анализатор засяга **не само възможността за чуване на слабите тонове, но и способността за разбиране на говора в нормалната реч, особено в шумна среда**.

Рехабилитацията на глухотата при възрастните може да се извърши чрез:

- ♦ Слухови апарати / Hearing Aids, HA;
- ♦ Импланти в средното ухо / Middle Ear Implants, MEI;
- ♦ Костноприкрепени слухови апарати / Bone Anchored Hearing Aids, BAHА;

- ♦ Кохлеарни импланти / Cochlear Implants, CI.

Тъй като възрастовото намаление на слуха се причислява към звукоприемното намаление на слуха, то именно слухопротезирането се явява препоръчителното лечение при тези пациенти. Слуховите апарати са електроакустични устройства, които през последните години претърпяха значителни промени – от чисто акустични до 100 % дигитални. Те се различават също така и по форма, като обща е тенденцията към миниатюризиране и многофункционалност.

Имплантируемите в средното ухо слухови апарати са подходящи за пациенти, които имат средно до тежко намаление на слуха. Предимството на тези системи са в качеството на звука, специално в шумна среда. Освен това за разлика от слуховите апарати се избягва запушването на външния слухов проход и феномена на обратната връзка, а за тези, които страдат от рецидивиращ външен отит имплантируемите в средното ухо слухови апарати са много добро решение. Те обаче не са подходящи за пациенти със звукопроводно намаление на слуха и такива, с възпаление на средното ухо. При тези пациенти са подходящи костноприкрепящите се слухови апарати.

При пациенти с двустранна много тежка загуба на слуха са индицирани кохлеарни импланти. Поради добрите резултати при пациенти с едностранно или двустранно имплантирани кохлеарни импланти, тяхното приложение се разпространява, като за това се прилагат все по-разширени индикации.

За да функционира адекватно всяка една от гореизброените системи за слухопротезиране, е необходимо преди всичко точна клинична оценка от специалист-оториноларинголог, но и прецизна настройка от аудиолог или слухопротесист, т.е. квалификацията на персонала е предпоставка за успешно слухопротезиране.

Възрастово намаление на слуха – може ли да се забави процесът?

Близо 30–35 % от възрастните между 65 и 75 години имат различна степен на намаление на слуха, а 40–50 % от възрастните над 75 години имат възрастово намаление на слуха, което повлиява неблагоприятно комуникативните им възможности³.

Schuknecht и *Woellner*, 1955, определят два типа на пресбиакусис, в зависимост от хистопатологията – епителална и неврална атрофия⁴, които днес са познати като сензорен и неврален пресбиакусис – класификация, свързана с мястото на установените възрастови увреждания.

По късно *Schuknecht* въвежда и понятието метаболитен пресбиакусис – дефект на физичните и

химични процеси на продукцията на енергия, което се доближава до сегашните представи за естеството на възрастните увреждания⁵. Съвременните научни търсения в областта на стареенето определят този процес като **натрупване на реактивни свободни радикали** (*reactive oxygen species, ROS*)⁶. Персистиращите атаки на ROS върху клетъчните и митохондриални структури водят до смърт на клетката и тъканно увреждане. Възрастовото намаление на слуха или пресбиакусис е категория слухово увреждане, което се характеризира с намаляване на слуховата чувствителност и представлява прогресивно високочестотно звукоприемно намаление на слуха. Загубата на слухови клетки, в резултат на този процес, има за резултат именно понижаване прага на чуване. **Процеси или мероприятия, насочени към намаляване на оксидативния стрес и митохондриалната дисфункция демонстрират възможността за редуция на прогресията на процесите на стареене.** Такива са антиоксидантите (най-вече витамини АСЕ), хранителните добавки (най-вече лецитин, ацетил-L-карнитин, α -липоева киселина) и т.н.⁷.

Затруднено носно дишане при възрастни

Възрастните пациенти съобщават за същите оплаквания от страна на носа, както и по-младите, но с тази разлика, че освен оториноларингологичното заболяване по-възрастните пациенти в повечето от случаите имат и други системни заболявания, чието лечение може да окаже ефект върху носа. Такива са случаите, при които **прилагането на диуретици или седативни антихистамини водят до повишаване на вискозитета на мукуса.** Също така оплакванията при възрастните пациенти са по-продължителни и често са съпроводени с канцерофобия. Секретолитиците и овлажняването на лигавицата на носа, заедно с избягване на иритативните влияния, са минимумът мероприятия при тези пациенти.

Друг важен проблем, свързан с нарушеното носно дишане е, че възрастните пациенти се оплакват често и от **гастроезофагеален рефлукс**, за разлика от по-младите. Атрофията на лигавицата на горните дихателни пътища е предпоставка за лесно увреждане от киселия стомашен сок. Освен това нелекуваният гастроезофагеален рефлукс може да причини и редица ларингеални и фарингеални симптоми. В тези случаи, прилагането на продължителна медикаментозна терапия с инхибитори на протонната помпа, заедно с обичайната немедикаментозна антирефлуксна терапия са предпоставка за възстановяване на лигавицата.

Дрезгав глас при възрастни

Какво се случва с гласа с напредване на възрастта е известно отдавна. Всеки може да разпознае гласа на възрастния човек, който е треперещ, с намален обем и флексибилност. Нестабилността на гласа при възрастните може обективно да бъде измерена чрез извършване на акустичен анализ и определяне на акустичните параметри *jitter* (честотни вариаци

ции) и *shimmer* (амплитудни вариации), които се увеличават с напредване на възрастта, и които, заедно с ограничаване на функцията на белите дробове, водят до гореописаните гласови промени. Те имат и своите анатомични промени, изразяващи се в промени в ларинкса и белите дробове. Ларингеалните промени се изразяват в калцификация и осификация на хиалинните хрущяли, атрофия на мускулатурата с нарастване на съединителната тъкан. От друга страна е налице намаляване на миелинизацията на нервите и заместване на еластина с колаген, което в крайна сметка води до недостатъчност на фонацията. Тук е уместно да споменем и възможността за подмладяване на гласа, което е свързано и с възможността за подмладяване от пластично-естетичен характер и премахване на диспропорцията между външния вид на възрастния пациент и неговия глас.

В зависимост от степента на недостатъчност на фонацията са и методите на лечение. При недостатъчност на затварянето на глотиса под 1 mm е индицирана **гласова рехабилитация**, при недостатъчност 1–2 mm е показано билатерално **инжектуране на гласните връзки със силикон**, а при недостатъчност във фонацията над 2 mm е показана **тиропластика под местна анестезия: Laryngeal Framework Surgery Type I (Medialisation) или Laryngeal Framework Surgery Type IV (Cricothyroid approximation)**. Трябва да отбележим, че при тиропластиките са проблемни късните резултати, но ранните резултати са много добри⁸.

Значително подобрение на гласа при възрастните се постига чрез повишаване на общия мускулен тонус, затова горещо препоръчваме фитнес. От друга страна е наложително да се лекува наличният гастроезофагеален рефлукс, да се избягват всички други иритативни влияния върху гласа и да се спазва хигиена на гласа. Превенцията е ключът към запазване на гласа, а появата на дрезгав глас в повечето случаи остава завинаги.

Рак на ларинкса при възрастни

Злокачествените новообразования като биологичен феномен представляват процес на акумулиране на широк спектър от генетични увреждания. Развитие на туморния процес преминава през няколко фази: инициация, пролиферация и прогресия с формиране на злокачественото новообразувание. Ракът на ларинкса е най-честият сред тези на главата и шията, и представлява **около 3.5 % от новорегистрираните случаи на рак въобще.**

По данни на Националния раков регистър, ракът на ларинкса след 60-годишна възраст намалява като случаи при мъжете, а при жените е константно ниска величина⁹. Съпоставимо с другите национални регистри, нашите данни са малко над световните (10.0/100 000 при мъжете; 0.5/100 000 при жените), като разпространението в България представлява 15.4 на 100 000 при мъжете и 0.9 на 100 000 при жените. Анализирайки обаче разпространението по възрастови групи се установява, че при жените има нарастване във възрастта над 75 години. При мъжете такава зависимост няма и се установява нама-

ляване на разпространението с напредване на възрастта, която в интервала над 60-те години се движи в рамките на 30–35 на 100 000. Като цяло обаче, при жените не се наблюдава увеличение на случаите за 20-годишен период, докато при мъжете има тенденция за слабо увеличение⁹.

За разлика от рака на ларинкса, при по-млади пациенти, където злоупотребата с цигари и алкохол е най-важната предпоставка за развитие на злокачествения процес, при по-възрастните пациенти има случаи без подобни рискови фактори, което се обяснява и с доказването на други хистологични видове, извън плоскоклетъчния рак. Трябва да отбележим, че **пациентите с рак на ларинкса и възраст – над 70 години имат повишен риск от миокарден инфаркт по време на операцията**, но като цяло не се установява разлика в преживяемостта или в непосредствените усложнения от рак на ларинкса, т.е. **при ранна диагноза и адекватно комплексно лечение се очакват добри резултати**.

Проблеми с гълтането при възрастни

Дисфагията при възрастните пациенти е често явление и прогресира с напредване на възрастта. **Малнутрицията, последваща дисфагията, е предпоставка за други увреждания**, затова лечението ѝ е от съществено значение за качеството на живот на възрастния пациент. Причините за появата на дисфагия са много, но най-честите са: мозъчно-съдовата болест и други неврологични заболявания като Паркинсоновата болест, болестта на Алцхаймер и т.н. Злокачествените новообразовани на белите дробове, хранопровода, щитовидната жлеза и други съседни структури също могат да започнат с дисфагия или в хода на тяхното лечение дисфагията да е съпътстващ терапията симптом. Оценката на пациентите с дисфагия включва задължително ендоскопско изследване на фаринкса и ларинкса, и обзорна рентгенография на гърдния кош, като в повечето случаи оценката е интердисциплинарна и изисква щателно уточняване и прецизно лечение.

Отоларингологични причини и последствия при загуба на равновесието при възрастни

В гериатричната литература *Rubenstein и Josephson, 2002*, са формулирани най-честите причини за припадания при възрастни (Табл.1.)¹⁰.

Нарушенията в равновесието при възрастни пациенти са подобни при тези-в по-млада възраст, с изключение на доброкачественото пароксизмално позиционно вертиго (BPPV), което се наблюдава предимно в по-млада възраст. Прогресивното намаляване на механизмите на хомеостаза при възрастните, заедно с намалената двигателна активност, често са причина за драматична загуба на равновесието. От друга страна, загубата на равновесие ограничава допълнително двигателната активност и затруднява вестибуларната компенсация и т.н. В тези случаи внимателната двигателна активност с избягване на провокиращите движения, съчетана

с продължителна невротропна терапия и без включване на антивертигинозни средства са комплексът от мерки, които биха довели до връщане към обичайните ежедневни занимания.

Причина	%	SD
Злополука или друга външна причина	31	1–53
Смущение или слабост в походката или баланса	17	4–39
Припадане (Drop attack)	14	0–52
Световъртеж	13	0–30
Постурална хипотензия	3	0–24
Смущения в зрението	2	0–5
Синкоп	0.3	0–3
Други специфични причини	15	2–39
Неизвестна	5	0–21

Модифицирана по Rubenstein и Josephson, 2002.

Заклучение

Добрата новина е, че хората живеят все повече и повече. Лошата е, че качеството на живот не е еднакво през различните възрасти. Задача на съвременната медицина е да повишава качеството на живота, което превръща гериатрията в отделен раздел от медицината¹¹. Промените в демографските показатели през последните години са ключът в разбиране на влиянието, което застаряването на населението би оказало върху ежедневната медицинска практика. □

Литература

- Shapiro DP. *Geriatric demographics and the practice of otolaryngology*. Ear Nose Throat J. 1999; 78 (6): 418-21.
- Johns M, Brackmann DE, Kimmelman C, Papsidero MJ, Koopman CF Jr, Loury M. *Goals and mechanisms for training otolaryngologists in the area of geriatric medicine*. Otolaryngol Head Neck Surg. 1989; 100 (4): 262-5.
- Dillon H. *Hearing Aids*. Boomerang Press, Sydney. 2001: www.mid.org.uk
- Schuknecht HF, Woellner RC. *Experimental and clinical study of deafness from lesions of the cochlear nerve*. J. Laryngol. 1955; 69: 75.
- Schuknecht HF. *Further observations on presbycusis*. Arch. Otolaryngol. 1964; 80: 369.
- Head E, Liu J, Hagen TM, Muggenburg BA, Milgram NW, Ames BN, Cotman CW. *Oxidative damage increases with age in a canine model of human brain aging*. J Neurochem 2002; 82 (2): 375-381.
- National Institute on Aging. www.niapublications.com. National Institute of Health September 2002, Reprinted August 2005.
- Tucker H. *Laryngeal framework surgery in the management of the aged larynx*. AnnOtolRhinolLaryngol 1988; 97: 534-6.
- National Oncological Centre – Bulgarian National Cancer Registry. *Cancer Medicine in Bulgaria 2002*. Volume XII 2005: 15-48.
- Rubenstein LZ, Josephson KR. *The epidemiology of fall and syncope*. Clin Geriatric Med 2002; 18-146.
- Onzotto G, Koffi-Aka V, Yotio A, Ehouo F, Adjoua B, Bamba M. *Oto-rhino-laryngology and geriatrics in the Ivory Coast*. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2002; 123 (2): 119-23.