

Хирургическое лечение срединного стеноза гортани паралитической этиологии

Гинзбург А.Г., отделение опухолей головы и шеи ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер г. Екатеринбург

Surgical treatment of median laryngostenosis of paralytic ethiology

Ginzburg A.G.

Резюме

Представлен опыт латерофиксации истинной голосовой связки у 44 пациентов. В исследование включен 41 пациент с диагнозом срединный стеноз гортани паралитической этиологии с наличием трахеостомы и 3 пациента после пересечения обоих возвратных нервов для предупреждения срединного стеноза методом экстраларингеальной аритеноидопексии, на базе ОГШ СООД. Число послеоперационных осложнений составило 9.1%. Реабилитация достигнута у 44 пациентов (100%).

Ключевые слова: срединный стеноз гортани, трахеостома, качество жизни

Summary

The article gives the information about 44 patients with laterofixation of true vocal cord. The research includes 41 patients with median laryngostenosis diagnosis with paralytic ethiology and tracheostoma, and 3 patients with transaction of both recurrent nerves, in order to prevent median laryngostenosis extralaryngeal arethynoidopexy is used. The research was conducted on the basis of Head and Neck Department in Sverdlosk regional oncologic clinic. The ratio of postoperative complications is 9.1%. The ratio of rehabilitation is 100% (44 patients).

Key words: median laryngostenosis, tracheostoma, quality of life

Введение

Повреждение возвратного нерва в ходе операций на щитовидной железе происходит в 1% операций, а пересечение обоих нервов составляет 0.3%. Как правило, такое осложнение является следствием плохого владения техникой операций на щитовидной железе в условиях клиник, в которых этот раздел операций носит эпизодический характер. В специализированных отделениях оба возвратных нерва могут быть пересечены, если они врастают в опухоль и крайне редко в обычной клинической ситуации. Возникающее вследствие этого состояние срединного стеноза – абсолютное показание к наложению трахеостомы. Больные становятся инвалидами с низким уровнем качества жизни.

В настоящее время для реабилитации таких больных наиболее перспективными и применяемыми являются различные методики экстраларингеальной и эндоларингеальной латерофиксации голосовой складки.

Первые сведения о латерофиксации голосовой складки принадлежат King B.T. 1939г., Kelly J.D. 1941г., Woodman D.G. 1946г. Начиная с 70-х годов прошлого столетия метод в различных модификациях стали применять хирурги отделений реконструктивной и восстановительной хирургии ЛОР – органов и отделений головы и шеи СССР в Москве, Ленинграде, Киеве, Днепропетровске, Саратове. Это мало-

травматичная операция на гортани с высоким реабилитирующим потенциалом, низкой вероятностью послеоперационных осложнений и с практически отсутствующей возможностью рецидива срединного стеноза. Технически операция заключается в фиксации голосовой складки в латеральное положение. Используемые методики различаются по двум признакам.

1) Точка приложения фиксации внутренняя к голосовой складке непосредственно или к черпаловидному хрящу и наружная к щитовидному хрящу или к внегортанным мышечным структурам.

2) Способ мобилизации голосовой складки и черпаловидного хряща для увеличения угла латерофиксации.

Цель работы – представление нашего опыта применения латерофиксации в ходе операции на щитовидной железе при пересечении обоих возвратных нервов.

Материалы и методы

В отделении Опухолей головы и шеи Свердловского областного онкологического диспансера описанная И.А. Куриным, Ф.А. Тышко, Б.И. Павлюком (1976) операция была в начале 80-х годов модифицирована заведующим отделением опухолей головы и шеи Свердловского областного онкологического диспансера Г.А. Гинзбургом. Принципиальная особенность экстраларингеальной аритеноидопексии, производимой в его модификации, заключается в мобилизации не всего черпаловидного хряща, а только его тела и голосового отростка путем отсечения мышечного отростка и латерофиксации подшиванием тела черпаловидного хряща одной лигатурой через нижний рог щитовидного хряща и

Ответственный за ведение переписки -
Гинзбург Алексей Геннадьевич
Тел.: (343) 356-14-79
E-mail: marathus@mail.ru

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от срока после операции на щитовидной железе.

Срок после операции	6-12мес.	1-2года	2-5лет	5-10лет	Более 10лет	Одномоментно
Количество больных	15	18	4	2	2	3

одной – двумя лигатурами к краю щитовидного хряща. Данная методика позволяет достичь адекватной латерофиксации даже при длительно существовавшем (более 10 лет) среднем стенозе. Экстраларингеальная аритеноидопексия выполнена 44 пациентам. Девять больных получали хирургическое лечение местно распространенного рака щитовидной железы в СООД. В шести случаях во время операции были пересечены оба возвратных нерва и наложена трахеостомы, а аритеноидопексия выполнена в отсроченном периоде. Трём пациентам после пересечения нервов аритеноидопексия произведена в ходе операции на щитовидной железе. Одному из них наложена превентивная трахеостомы, необходимость в которой отпала сразу после экстубации больного. У двоих больных операция закончена без наложения трахеостомы. Явлений стеноза не было. Другая группа больных 35 человек ранее перенесли операцию на щитовидной железе в других стационарах и регионах. Из них семеро пациентов получали хирургическое лечение местнораспространённого рака щитовидной железы в онкологических диспансерах соседних со Свердловской областей. Двадцать восемь больных прооперированы по поводу многоузлового зоба в стационарах, где операции на щитовидной железе носят эпизодический характер. Большинство пациентов были прооперированы в интервале от месяцев до 2-х лет после операции на щитовидной железе. Восемь больных прожили в состоянии срединного стеноза больший период времени. Самый большой промежуток времени составил 25лет.

Результаты и обсуждение

Исходная ширина голосовой щели у оперированных нами больных колебалась от 1 до 2мм. В результате операции удавалось расширить просвет гортани до 3 - 5мм или не менее чем в 2раза. Большинство больных деканулировали после выписки из стационара через 1-2мес после купирования послеоперационного отека гортани, руководствуясь отсутствием клинических проявлений стеноза при закрытой трахеостомической канюле и ларингоскопической картиной. У трех пациентов был сформирован просвет менее 3мм. Эти больные были прооперированы со второй стороны в сред-

нем через 3 месяца после первой операции. Наилучшие результаты были достигнуты у больных, которым аритеноидопексия была произведена одновременно с операцией на щитовидной железе – был сформирован просвет отб до 8мм. Из 44 прооперированных больных 40 больных деканулированы в срок не более 3-х месяцев. У одной больной, прооперированной одномоментно, наложение трахеостомы не потребовалось. Только трём пациентам потребовалось вмешательство со второй стороны – 6,8%. Операция осложнилась серозой послеоперационной раны у 3-х больных и нагноением у 1больного. Всего 9,1%. Некоторое увеличение проявлений дисфонии у 31пациента (70%) не повлияло существенно образом на качество жизни после декануляции. Рецидивов стеноза гортани не было. Был прооперирован один больной по поводу срединного стеноза воспалительной этиологии с последующим развитием склероза гортани. Операция с обеих сторон не принесла желаемого эффекта. После третьей операции - формирование трахеоларингостомы, больной смог вернуться к трудовой деятельности, но деканулировать его не удалось. Случай не вошёл в исследование.

Обсуждались и обследовались больные со стенозом неврологической природы. У одной больной с диагнозом эпилепсия срединный стеноз удавалось купировать медикаментозно. У остальных больных неврологический статус не позволял прибегнуть к активной тактике. 28 больным (63,6%) из 44 щитовидная железа была удалена в отделениях, в которых такие операции носят случайный характер.

Выводы

1. Экстраларингеальная аритеноидопексия и другие методы латерофиксации эффективны и целесообразны только в случаях срединного стеноза гортани обусловленного травмой обоих возвратных нервов.
2. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы должно проводиться только в специализированных отделениях.
3. Овладение методикой латерофиксации желательна во всех отделениях, где проводится хирургическое лечение рака щитовидной железы. ■

Литература:

1. ЮК Ярославцев Вестник отоларингологии 1973г: 3: 75-79.
2. ИА Курилин ФА Тышко БИ Павлюк Журнал ушных и горловых болезней 1976г: 1: 4-9
3. ВП Цуриков АЕ Усков Методика лечения паралитических стенозов гортани перемещением черпаловидного хряща и голосовой складки экстраларингеальным способом. Методические рекомендации Ст – Пгтербург 1993г, 68-70
4. СВ Старостина Анатомо-клиническое обоснование хондропластической латерофиксации голосовой складки при лечении срединных стенозов гортани. Автореф. дис. канд. мед. наук Саратов, 2006г; 28
5. ОВ Мареев СВ Старостина Хирургическое лечение срединных стенозов гортани паралитической этиологии экстраларингеальным доступом. Вестник отоларингологии №4, 2007г, 52-55
6. ВГ Шевчук Методические основы модифицированного выполнения экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки при паралитических стенозах гортани. Вестник КРСУ 2005г. Том 5, 575-8
7. ИВ Дайнеко СН Тьмчук ВВ Березяков АВ Ковтулянюк Лечение рака щитовидной железы с инвазией в верхнедыхательные пути. Днепрпетровск. Материалы Конференция «Рак щитовидной железы и эндемической зоб» Апрель 2007г, 235-236