

На правах рукописи

Шевчук Вадим Германович

**К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ПАРАЛИТИЧЕСКИХ (СРЕДИННЫХ) СТЕНОЗОВ
ГОРТАНИ**

14.00.27 - Хирургия

14.00.04 – Болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Бишкек - 2007

**Работа выполнена на кафедре специальных клинических дисциплин №2
Кыргызско-Российского Славянского Университета**

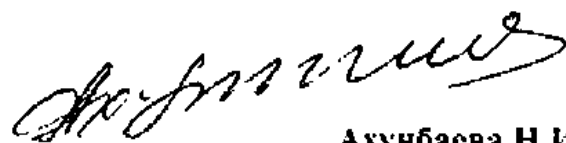
- Научные руководители:** доктор медицинских наук, профессор
Х.С. Бебезов – зав. кафедрой «Госпитальной
хирургии» КРСУ
- доктор медицинских наук, профессор
Г.А. Фейгин – кафедра «Специальных
клинических дисциплин-2» КРСУ
- Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор
И.С. Фунлоэр – кафедра «Общей и
факультетской хирургии» КРСУ
- кандидат медицинских наук, Г.С. Арзыкулова –
доцент кафедры «Болезни уха горла и носа»
КГМА
- Ведущая организация:** Санкт-Петербургский Государственный
медицинский Университет имени академика
И.П. Павлова. Российская Федерация

Защита состоится «14» ноября 2007г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 730.001.03 в Кыргызско-Российском Славянском Университете (720000. г. Бишкек. ул. Киевская, 44). E-mail: dissovet KRSU @ mail.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского Университета (720000. г. Бишкек. ул. Киевская, 44).

Автореферат разослан «11» октября 2007 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор**



Ахунбасова Н.И.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Несмотря на значительные успехи современной клинической медицины и базовых дисциплин, многие проблемы диагностического и терапевтического плана не приобрели окончательного решения. Это в полной мере относится к некоторым вопросам ларингологии. В этом плане не является исключением проблема лечения расстройств функции внутренних мышц гортани, обусловленных поражением блуждающего нерва и его ветвей, а также образований основания черепа и выше расположенных отделов ЦНС. Подавляющее большинство последних отличается особой тяжестью. В части случаев они характеризуются не только отмеченным, но и необратимостью последствий. Зачастую определение локализации подобного рода процесса и его этиологии, если и входит в компетенцию отоларинголога, то только в пределах консультаций по части выявления тех изменений, которые можно увидеть и оценить, пользуясь методами ЛОР-осмотра. Однако это не значит, что причины, обуславливающие нарушение функций внутренних мышц гортани, связанных с поражением возвратного гортанного нерва, не могут не быть предметом интереса и приложения профессиональных возможностей оториноларингологов-хирургов головы и шеи. Поэтому не удивительно, что этому разделу практической медицины многие названные специалисты уделяли и продолжают уделять свои усилия, направленные на коррекцию расстройств фонаторной и дыхательной функций, причиной которых является функциональная несостоятельность указанного нерва [Dworkin R.J., 1997; Антонив В.Ф. с соавт., 2001; Карпова О.Ю., 2001; Плужников М.С., Карпенко А.В., 2002; Hermann M. et. al., 2002]. Ими описано и разработано множество вариантов лечения, в том числе хирургические, сводящиеся в основном при односторонней неподвижности и атонии голосовой складки к её медиализации и восстановлению тонуса [Kashima H., 1991; Crumley R.L., 1993; Nayak V.L. et. al., 2002], а при двустороннем поражении, обуславливающим паралитический стеноз гортани, к её латерофиксации [Курилин И.А. с соавт., 1976; Kirchner F.R., 1979, 1982; Moustafa H et. al., 1992; Lichtenberger G., Toonill R.J., 1998; Карпова О.Ю., 2001]. Несмотря на указанное, до сих пор в части пособий, причём популярных и даже признанных настольными, иногда появляются пробелы, имеющие отношение к отмеченным вариантам коррекции перечисленных расстройств [Бабияк В.И., Накатис Я.А., 2005]. Не исключено, что причиной такого отношения к ним является их большое число и отсутствие таковых стандартных и пригодных для большинства больных.

К тому же проблема их лечения осложняется и рядом факторов, порою требующих индивидуального и оригинального решения. К их числу можно отнести и генез, и особенности сочетанных поражений возвратного гортанного нерва и заболеваний респираторного тракта, обуславливающих обструкцию на других его уровнях [Цветков Э.А., 1999; Плужников М.С., Лопотко А.И., Рябова

М.А., 2000; Фейгин Г.А. с соавт., 2004]. Учитывая отмеченное можно считать, что проблема отбора больных и их лечения при расстройствах фонаторной и дыхательной функций, связанных соответственно с односторонним и двусторонним поражением возвратного гортанного нерва сохраняет свою актуальность. Это и послужило основанием для выбора темы.

Цель исследования:

Повысить результативность и надежность хирургического лечения, осуществляемого для ликвидации затрудненного дыхания естественным путем у больных с паралитическим стенозом гортани.

Задачи исследования:

Разработать дифференциально-диагностические таблицы, облегчающие определение локализации процесса, обуславливающего расстройство голоса и дыхания, связанное с односторонним и двусторонним нарушением функции возвратного гортанного нерва.

Повысить эффективность местной и региональной анестезии, сочетающейся с нейролептоанальгезией, позволяющей контролировать состояние дыхания естественным путем на фоне полного обезболивания операции, при её выполнении на открытой гортани и при наличии стойкой бесканюльной трахеостомы.

Отработать методические основы выполнения операции – экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки, направленной на восстановление дыхания и отличающейся стойким результатом.

Показать преимущества бесканюльной трахеостомии взамен канюльной, как способа, облегчающего состояние больных, оперированных по поводу паралитического стеноза гортани.

Представить показания и методические основы выполнения латерофиксации голосовой складки на открытой гортани для больных, у которых паралитический стеноз гортани сочетается с другими вариантами обструкции в верхних отделах респираторного тракта.

Научная новизна

1. Дополнен способ выполнения местной инфильтративной анестезии, сочетающийся с двусторонней блокадой верхнего гортанного нерва и НЛА, подслизистой инъекцией новокаина (лидокаина) в область подскладкового отдела гортани и начального отдела трахеи через бесканюльную трахеостому или при выполнении операции на открытом органе.

2. Предложен модифицированный вариант выполнения экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки, в том числе предусматривающий вскрытие черпалоперстневидного сустава для формирования его анкилоза, обеспечивающего стойкий результат хирургического лечения паралитического стеноза гортани.

3. Разработан модифицированный вариант выполнения латерофиксации голосовой складки на открытой гортани для больных, у которых паралитический стеноз гортани сочетается с другими вариантами обструкции в верхних отделах респираторного тракта.

4. Впервые рекомендовано при паралитическом стенозе гортани выполнять взамен канюльной бесканюльную временную или стойкую трахеостомию.

Практическая значимость полученных данных

1. Предложенные дифференциально-диагностические таблицы облегчают отоларингологу и другим специалистам определять локализацию поражения блуждающего нерва на уровне ЦНС, базокраниальной и периферической и тем самым осуществлять, в том числе правильный отбор больных, которым показана операция по поводу паралитического стеноза гортани.

2. Рекомендация дополнить местную анестезию, сочетающуюся с блокадой верхнегортанных нервов и НЛА, введением анестетика подслизисто в область подскладкового пространства и начального отдела трахеи, что обеспечивает полную безболезненность операции, спокойное поведение больного и позволяет хирургу контролировать непосредственный результат хирургического лечения.

3. Модифицированный способ выполнения экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки, благодаря развитию анкилоза в черпалоперстневидном суставе, предупреждает возможную медиализацию отведенной в сторону голосовой складки, и тем самым такое дополнение при проведении названной операции предупреждает рецидив паралитического стеноза гортани.

4. Разработанная методика придания латеропозиции голосовой складке с помощью швов, оттягивающих голосовую складку к пластинке щитовидного хряща на открытой гортани, показанная при комбинированных вариантах обструкции просвета респираторного тракта, облегчает решение сложной практической задачи, не требует специального инструментария и работы двух бригад врачей, что необходимо при решении такой же задачи, выполняемой экстраэндоларингеальным способом.

Рекомендация, в зависимости от показаний, формировать временную или стойкую бесканюльную трахеостомию, облегчает состояние больных и предупреждает, взамен канюльной, развитие воспалительного процесса в

респираторном тракте и избавляет больных от тяжелых пароксизмов кашля, которые негативно отражаются на состоянии оперированных.

Положения, выносимые на защиту

Дифференциально-диагностические таблицы, облегчающие постановку локального диагноза поражения блуждающего нерва и его разветвлений, в том числе имеющего отношение к возвратному гортанному нерву.

Местная анестезия операций на гортани, в том числе при её паралитическом стенозе, дополненная не только блокадой верхних гортанных нервов, но и выключением чувствительной рецепции со стороны подскладкового пространства и начального отдела трахеи путем подслизистого введения в них раствора новокаина (лидокаина), обеспечивающая спокойное поведение больных и контроль за функциональным состоянием гортани в процессе выполнения операции.

Модифицированные варианты выполнения операций как при экстраларингеальном подходе, так и на открытой гортани, которые позволяют получить стойкий результат по восстановлению дыхания естественным путем, нарушенного в связи с паралитическим стенозом гортани

Внедрение полученных результатов

Результаты исследований внедрены в практику работы отделения оториноларингологии – хирургии головы и шеи Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Основные положения диссертационной работы используются в преподавании отоларингологии – во время чтения лекций и при проведении практических занятий, предназначенных для клинических ординаторов, аспирантов и врачей, проходящих переподготовку и усовершенствование при кафедре СКД-2 Кыргызско-Российского Славянского университета и курсе отоларингологии – хирургии головы и шеи Кыргызского медицинского института переподготовки и повышения квалификации.

Личное участие автора

Основной базовый материал, имеющий отношение к теме представленной работы, базирующийся на анализе историй болезней 37 больных с паралитическим стенозом гортани и 189 больных с расстройствами функций блуждающего нерва, этиологически связанных с заболеваниями ЦНС и шеи, в том числе, имеющие воспалительную и опухолевую природу, выполнены полностью автором работы.

Кроме этого, он принимал непосредственное участие в обследовании, подготовке к хирургическому вмешательству и при его выполнении у половины больных, оперированных по поводу паралитического стеноза.

Апробация диссертации

Основные положения диссертации опубликованы в периодической печати. Работа апробирована и обсуждена на кафедре СКД-2 Кыргызско-Российского Славянского университета и курсе отоларингологии – хирургии головы и шеи Кыргызского мединститута переподготовки и повышения квалификации. Фрагменты работы доложены на X годовом собрании Международной Академии – хирургии головы и шеи и юбилейном съезде отоларингологов Кыргызстана (г. Бишкек, 2001); на I Международном конгрессе ринологов Казахстана в (г. Алматы, 2002); на Научно-практической конференции, посвященной 60-летию кафедры КГМА и Международному году гор (г. Нарын, 2002); на XXI Международной конференции молодых ученых (г. Санкт-Петербург, 2004); на XVI годичной Международной конференции отоларингологов-хирургов головы и шеи (г. Санкт-Петербург, 2005); на Ежегодной научной конференции медицинского факультета КРСУ (г. Бишкек, 2007), заседании экспертной комиссии диссертационного Совета Д 730.001.03. в Кыргызско-Российском Славянском университете по предварительному рассмотрению диссертаций по специальностям 14.00.27. – хирургия , 14.00.04. – болезни уха, горла и носа (Бишкек, 2007).

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 10 статей и 1 монография.

Структура диссертации

Диссертация изложена на русском языке, на 142 страницах. Она состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и списка литературы, включающего 159 источников, в том числе опубликованных в 56 отечественных и 103 зарубежных источниках литературы. Текст иллюстрирован 6 таблицами и 22 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования Общая характеристика больных

В основу работы положены результаты обследования и лечения 37 больных с паралитическим стенозом гортани. Подавляющее большинство больных с этой тяжелой патологией были женщины (31). Возраст пациентов в основном был в пределах 21-50, и только часть из них (6 человек) были старше (51-63). Причиной развития названного стеноза у 30 больных было хирургическое вмешательство на щитовидной железе, а у 2-х – выполненные манипуляции по поводу комбинированной обструкции респираторного тракта, обусловленной не только разбираемой причиной стеноза, но и изменениями в области шейного отдела трахеи. У 2-х больных паралитический стеноз гортани появился после перенесенного гриппа и 3-х – из-за неустановленной причины. Из числа этих больных у 32 была выполнена экстраларингеальная латерофиксация голосовой складки, у 2-х эта задача была достигнута открытым способом. В 3-х наблюдениях улучшение дыхания появилось на фоне консервативной терапии и выжидательной тактики. В одном наблюдении по поводу паралитического стеноза до поступления в клинику была сформирована трахеостома, её зияние поддерживалось трахеостомической трубкой. Будучи педагогом и не желая потерять звучность голоса, она отказалась от операции и по её желанию взамен канюльной трахеостомы ей была сформирована бесканюльная. Кроме этого, для решения некоторых дополнительных задач, был проведен анализ 189 историй болезней, из них 87 были использованы для выяснения особенностей течения заболевания больных с признаками нарушения функций блуждающего нерва и его ветвей, связанных с патологией ЦНС, другими заболеваниями и последствиями травм, обусловивших одностороннее нарушение чувствительности и функций внутренних мышц гортани, а также 102, имеющих отношение к больным, перенесшим органосохраняющие хирургические вмешательства по поводу рака гортани. Полученные в результате этой работы данные и сопоставление их с таковыми, имеющими отношение к основной группе больных были использованы для составления дифференциально-диагностических таблиц и для обоснования дополнительной манипуляции, повышающей эффективность анестезии хирургического вмешательства на гортани при выполнении выше перечисленных операций и оценки их эффективности.

Методы исследования

Учитывая цель и задачи работы, наше внимание по ходу клинического обследования было сосредоточено, в основном, на изменениях в функциональном состоянии гортани, обусловленных блуждающим нервом и его возвратной ветвью, определяемым по жалобам, сбору анамнестической

информации, данным общеклинического обследования и методов, определяющих изменения в состоянии гортани, на основании ларингоскопической картины. Чтобы не допустить ошибки при выполнении этой работы был разработан алгоритм обследования, представленный, в качестве примера в таблицах (1; 2). Они, безусловно, сыграли положительную роль в точности диагноза, определении тяжести состояния и для обоснованного отбора больных с паралитическими стенозами гортани, в выборе метода лечения, а также для оценки его эффективности.

Таблица 1

Алгоритм определения общего и неврологического обследования

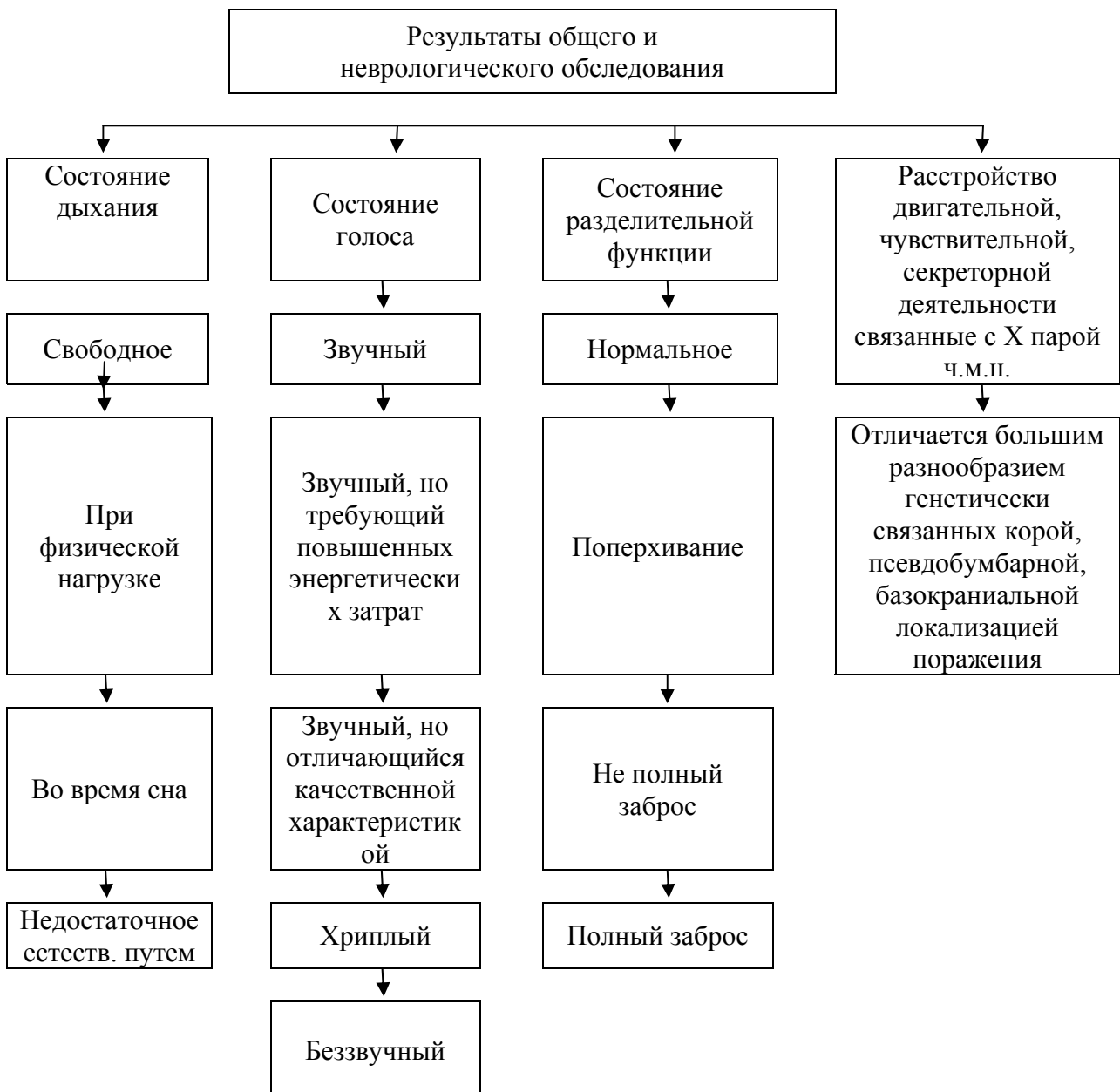
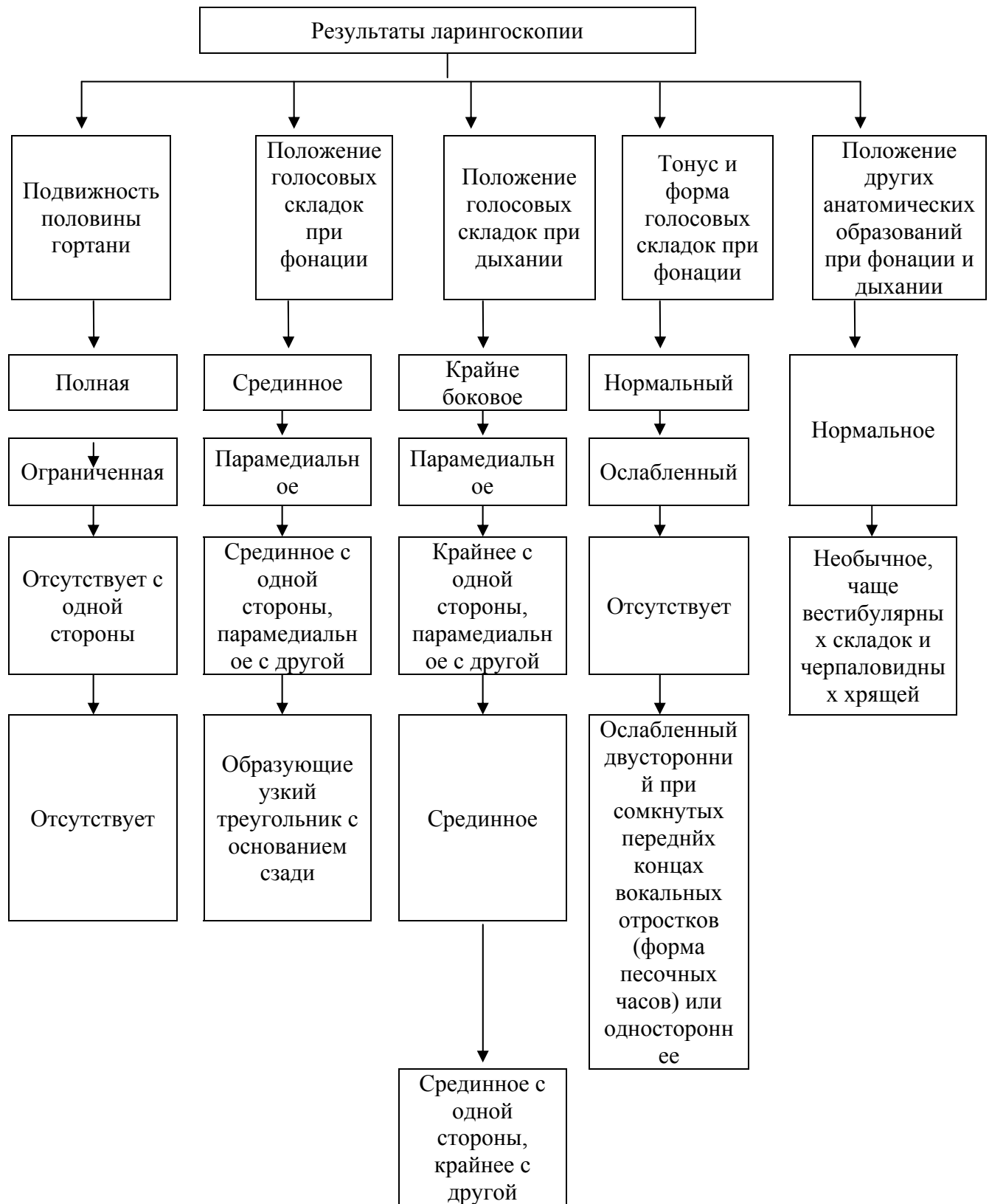


Таблица 2

Алгоритм оценки ларингоскопической картины



Результаты исследования и обсуждение

Среди заболеваний, сопровождающихся временным или стойким нарушением голосовой, дыхательной и разделительной функций, односторонние и двусторонние невриты блуждающего нерва и его конечной ветви – возвратного гортанного нерва, содержащего двигательные и чувствительные волокна, занимают существенный вес. Генез функциональных нарушений названного нерва отличается значительным разнообразием. Это различные заболевания ЦНС, образований стволовой части головного мозга и основания черепа. Иными словами, имеющие корковую, ядерно-стволовую, корково-проводниковую (псевдобульбарную) и базокраниальную локализации [Ходос, 1981; Коллинз Р.Д., 1986; Скоромец А.А., 1989; Василенко Ю.С., 2000]. Разумеется, что решение диагностических и терапевтических задач, возникающих в связи с изменениями со стороны блуждающего нерва и его ветвей, имеющих указанную локализацию, относятся к компетентности психиатров, невропатологов и терапевтов. В отличие от перечисленных представителей медицинских дисциплин, оториноларинголог должен быть ориентирован и знаком с дифференциально-диагностическими задачами, возникающими при перечисленных односторонних поражениях центральных образований блуждающего нерва. Это объясняется тем, что он может осуществить порою более детальное обследование, позволяющее выявить особенности чувствительных и двигательных расстройств, благодаря владению эндоскопическими и другими способами исследования.

Иная задача стоит перед отоларингологами, когда речь идет о поражениях основного ствола блуждающего нерва и его ветвей. При поражениях этого уровня перед ними зачастую возникают не только диагностические, но и терапевтические задачи, которые он должен выполнять самостоятельно. Так бывает когда в результате той или иной патологии, в том числе инфекционной природы, или травмы, включая хирургическую, возникают одно или двусторонние расстройства двигательной функции внутренних мышц гортани. Они, как известно, сопровождаются расстройством фонаторной (одно- или двусторонние временные или стойкие параличи внутренних мышц гортани) и дыхательной функций (двусторонний паралич парной задней черпалоперстневидной мышцы). Как первые, так и вторые последствия тягостно отражаются на состоянии пострадавших и требуют определенной, в том числе часто хирургической коррекции, преследующей цель восстановить фонаторную и дыхательную функции. Значение такой задачи переоценить трудно. Это связано с тем, что удачное решение такой проблемы возвращает больному необходимый жизненный комфорт. Однако успех такой терапии зависит во многом от правильного подбора больных для обоснованного выбора лечения. Это тем более важно, как следует из выше изложенного, что особенности

расстройств внутренних мышц отличаются большим разнообразием по своей причине и разнообразием проявлений.

Поэтому, когда речь идет о подборе больных для хирургического лечения паралитических стенозов и афоний гортани, необходим точный диагноз. В связи с этим мы провели работу по формированию дифференциально-диагностических таблиц (табл. 3).

Таблица 3

Основные дифференциально-диагностические признаки функциональных расстройств блуждающего нерва и образований ЦНС, имеющих отношение к его деятельности, на различных уровнях поражения

Локализация поражения				
Корковая	Ядерно-стволовая	Корково-проводниковая (псевдобульбарная)	Базокраниальная	Периферическая
Наиболее характерно расстройство речевой функции, характеризующееся моторной, моторно-афферентной, сенсорной и тотальной афазиями в связи с поражениями, локализующимися в заднем отделе нижней лобной извилины (зона Брока), в среднем и заднем отделах верхней височной извилины (зона Вернике) или на всем протяжении между ними	Признаки вовлечения образований ствола (IX, XII, контралатеральная гемиплегия – с-м Авелиса), (IX, XII, с-м Горнера, атаксия, контралатеральная гемипарезия – с-м Валленберга-Захарченко), (IX, XI, XII, контралатеральный спастический гемипарез – с-м Волештейна), (II, V, VII, ухудшение зрения, боль в супраорбитальной области, парез мимической мускулатуры, затрудненное глотание, контралатеральный спастический гемипарез – с-м Глика)	Симптоматика в основном сходна с той, которая обнаруживается при ядерно-стволовой локализацией процесса. Однако, отличительной особенностью этой локализации является выявление рефлексов орального автоматизма (хоботковый, ладонно-ротоголовой, языко-губный и др.), насильственный смех и плач; отсутствие признаков поражения периферических нейронов (атрофия, фасциальные подергивания и др.)	Симптоматика одностороннего поражения чувствительной, двигательной и вегетативной иннервации X пары, а также нарушение соответствующей стороны черепных нервов, расположенных в непосредственной близости (IX, XI, XII). В отличие от ядерно-стволовых и псевдобульбарных не выявляются признаки поражения пирамиды продолговатого мозга и псевдобульбарные симптомы	Зависит от уровня поражения: у места выхода из черепа – одностороннее нарушение двигательной, чувствительной и вегетативной иннервации. Проявляется это парестезией или изменением чувствительности в наружном слуховом проходе и на задней поверхности ушной раковины, неподвижностью половины мягкого неба, затруднением глотания и изменением голоса из-за пареза или паралича внутренних мышц гортани. При поражении верхнего гортанного нерва – одностороннее нарушение чувствительности гортани до подскладкового пространства, парез или паралич щитоперстневидной мышцы. При поражении возвратного гортанного нерва – односторонний парез или паралич внутренних мышц гортани, нарушение чувствительности в подскладковом отделе гортани и начальном отделе трахеи

Их использование оправдало внедрение названных таблиц, как в консультативную работу отоларингологов, так и в диагностику паралитических

стенозов, лечению которых коллектив нашей клиники уделял внимание на протяжении последних 30 лет. При этом он не игнорировал возможности консервативной лекарственной терапии, особенно в тех случаях, когда больные обращались за помощью вначале появления первых признаков функциональной несостоятельности внутренних мышц гортани. Кроме этого, в отдельных случаях на фоне такой терапии, стенозов, тяжести состояния, связанного с канюльной трахеостомой и бесперспективности улучшения дыхания естественным путем больным предлагалось хирургическое лечение. К нему, как правило, наши пациенты после необходимых пояснений, характеризующих суть операции и последующий ожидаемый результат, относились позитивно.

Как известно, суть хирургических методик, направленных на ликвидацию паралитических стенозов, сводится к приданию латеропозиции одной голосовой складке. Если рассматривать по принципиальным позициям подходы к решению этой задачи, то можно выделить основные. К их числу можно причислить: 1) хордэктомия или аритеноидхордэктомия; 2) рассечение или остроугловое иссечение задней трети голосовой складки, включающей голосовой отросток черпаловидного хряща; 3) поворот голосового отростка черпаловидного хряща в латеральном направлении, что позволяет отвести голосовую складку в сторону; 4) перемещение голосовой складки в боковую позицию швами, проведенными выше и ниже её расположения и увязанными с наружной стороны пластинки щитовидного хряща.

В настоящее время эти хирургические манипуляции производят через разные подходы: эндоскопический, экстраларингеальный, эндоэкстраларингеальный и наружный или открытый после вскрытия просвета гортани. При этом большая часть такого рода вмешательств используется с применением современных достижений техники, эндоскопической и наркозной аппаратуры, лазерных хирургических установок и т.д., которые из-за финансовых трудностей, испытываемых Кыргызской Республикой нам недоступны.

В нашей работе мы использовали модифицированный вариант экстраларингеальной латерофиксации, описанный в работах О.Ю.Карповой [1984], И.А.Курилина, Ф.А.Тышко и Б.И.Павлых [1976]. Кроме этого, в качестве альтернативного мы прибегали к помощи способа, отличающегося особой надежностью и показанного при малых размерах гортани с острым углом, образуемого пластинками щитовидного хряща, и при комбинированных обструкциях просвета респираторного тракта, когда наряду с паралитическим стенозом гортани имеется рубцовая деформация просвета трахеи на других уровнях её шейного отдела, обусловленная травмой, рубцеванием или трахеомалацией. Именно при таких сочетанных изменениях, как правило, проведение манипуляций, необходимых для выполнения реконструктивного хирургического вмешательства или хирургических манипуляций, нужных для длительной дилатации Т-образными трубками, осуществляется через

срединный доступ. При наличии его под надежным визуальным контролем можно без особого труда и специальной аппаратуры осуществить латерофиксацию голосовой складки, предусматриваемой при эндоекстраларингеальном подходе, пропагандируемом для использования рядом авторов [Kirchner F.R., 1982; Lichtenberger G., Toonill R.J., 1998].

Таким доступом и указанной методикой достижения латеропозиции мы успешно воспользовались в 2-х наблюдениях. Однако в подавляющем большинстве наших наблюдений (32 человека) указанный результат мы стремились достигнуть при выполнении, нами уже указанной модифицированной экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки.

Техника этой операции в нашем использовании сводилась к следующему. В подавляющем большинстве наблюдений, поскольку необходим контроль за состоянием дыхательной и фонаторной функций, мы производили операцию под региональной и местной инфильтрационной анестезией с НЛА, отработанной Т.А.Изаевой и А.И.Шевчук (1982) и дополненной нами подслизистой инъекцией 2% раствора новокаина в подскладочный регион и начальный отдел трахеи, которые иннервируются чувствительными волокнами возвратного гортанного нерва и который становится доступным после формирования временной бесканюльной трахеостомы.

Операция начинается, как следует из отмеченного, с трахеостомии, выполняемой в бесканюльном варианте, и далее с разреза кожи, в нашем исполнении чаще слева по проекции переднего края кивательной мышцы. Послойным рассечением тканей и отведением кивательной мышцы кзади подходим к заднему краю пластинки щитовидного хряща. Затем у него рассекаем нижний сжиматель глотки и с помощью ножниц под пластинкой щитовидного хряща пересекаем перстнещитовидный сустав. Это позволяет поднять пластинку щитовидного хряща и выйти к грушевидному синусу. После осторожной отсепаровки последнего без вскрытия просвета глотки получаем доступ к печатке и заднему отделу дуги перстневидного хряща, покрытых черпалоперстневидными мышцами. Далее рассекаем боковую черпалоперстневидную мышцу и парализованную заднюю с одноименным названием. После такой подготовки вскрываем просвет черпалоперстневидного сустава, ложечкой слегка нарушаем его суставные поверхности и накладываем три шва на вокальный отросток черпаловидного хряща, его верхушку и тело. Швы пропускаем через задний край пластинки щитовидного хряща, причем несколько выше расположения уровня сустава и других отделов черпаловидного хряща. После этого их увязываем (рис.1).

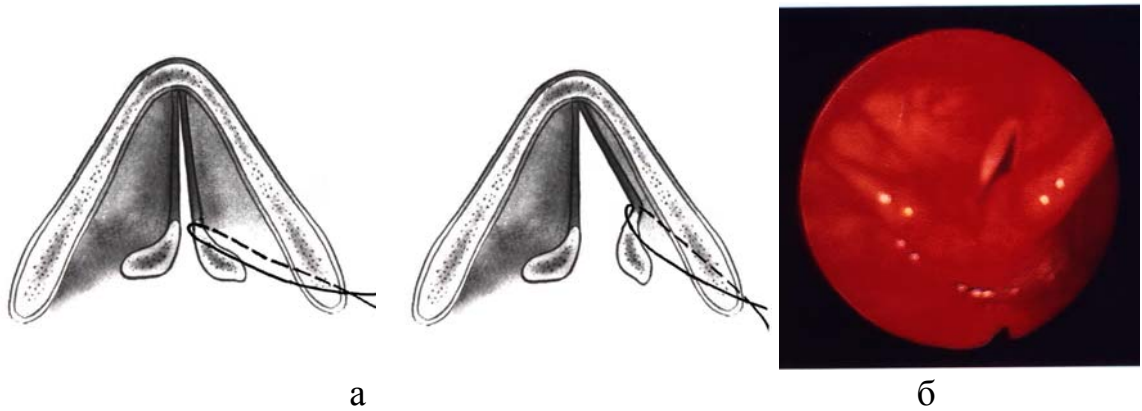


Рис. 1.а. Захват швами голосового отростка, тела и верхушки черпаловидного хряща и придания латеропозиции голосовой складки путем их увязывания позади края щитовидного хряща.

Рис. 1.б Ларингоскопическая картина после экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки.

Операцию завершаем послойным ушиванием и формированием временной стойко зияющей бесканюльной трахеостомы. Последняя, как показывает практика, необходима, поскольку как бы тщательно не ушивалась рана под отслоенным грушевидным синусом и под слизистой оболочкой черпаловидного хряща появляется гематома, которая затрудняет дыхание. Через несколько дней она рассасывается и необходимость во временной трахеостоме отпадает. С неё мы снимаем швы и она закрывается самостоятельно. Разумеется, что в тех случаях, когда больные поступают с канюльной трахеостомой необходимость в бесканюльной отсутствует. Просто через несколько дней после восстановления дыхания больных следует деканюлировать.

Приведенные методические особенности выполнения экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки в какой-то степени модифицированы. Это можно утверждать по следующим особенностям выполнения хирургического вмешательства. К их числу можно причислить:

1) региональную анестезию в сочетании с инфильтрационной, особенности которой отличаются не только блокадой верхнего гортанного нерва, но и подслизистой новокаиновой (лидокаиновой) инфильтрацией подскладкового пространства и начального отдела трахеи, что позволяет осуществлять операцию при полном обезболивании и отсутствии рефлекторных реакций, а так же контролировать её результат в пробе на состояние дыхания естественным путем и воспроизведение звуков;

2) вскрытие просвета черпалоперстневидного сустава и легкое нарушение его поверхностей, что, с одной стороны, наряду с рассечением боковой

черпалоперстневидной мышцы способствует более легкому его смещению, с другой – формированию в нем анкилоза, препятствующего возврату голосовой складки к медиальной позиции;

3) увязывание швов проведенных со стороны пластинки щитовидного хряща чуть выше, что позволяет раскрыть голосовую щель не только в горизонтальной, но и вертикальной плоскости, а следовательно, более значительно расширить её просвет;

4) формирование временной бесканюльной трахеостомы взамен канюльной, что существенно облегчает течение послеоперационного периода и освобождает больных от осложнений, которые свойственны для трахеостомы, зияние которой поддерживается трахеостомической трубкой.

Описанная методика экстраларингеальной латерофиксации позволила восстановить дыхание естественным путем до необходимого уровня у 30 из 32 больных. Эти больные стали спокойно дышать при умеренной физической нагрузке. Такая его характеристика несомненно улучшила качество их жизни и трудоспособность, если их работа не была связана с тяжелым физическим трудом. И поэтому все они признали результат хирургического вмешательства положительным.

Только у 2-х больных операция оказалась неудачной. В одном из этих случаев из-за диагностической ошибки (у больной был не паралитический стеноз, а сросшиеся голосовые складки, что явилось следствием длительной интубации), в другом – из-за несостоятельности шва, которым оттягивалась голосовая складка и ошибочного наложения шва не на тело, а на мышечный отросток черпаловидного хряща, оттягивание которого привело голосовую складку в более медиальное расположение и большее её натяжение. Кстати, это осложнение операции навело нас на мысль использовать такой вариант хирургического лечения при односторонней паралитической афонии. Он был апробирован в одном наблюдении и оказался эффективным.

Таким образом, положительный результат использования экстраларингеальной латерофиксации в нашей модификации оказался результативным в $93,7 \pm 4,3$ % (табл. 4). А если из числа оперированных убрать больную, которой в связи с диагностической ошибкой было необоснованно выполнено разбираемое хирургическое вмешательство, то результат окажется ещё лучшим и будет в относительном показателе равен $96,8 \pm 3,2$ %.

Таблица 4

Оценка данных хирургического лечения срединного стеноза гортани

Результаты хирургического лечения	Срединный стеноз гортани	
	Абс.	В %
Положительный	30	93,7±4,3*
Неудовлетворительный	2	3,8±4,3
Всего:	32	100,0

Примечание: * – $p < 0,001$ Достоверность была рассчитана по формуле оценки достоверности разности сравниваемых средних величин и найдена по таблице Стьюдента.

Заключая этот раздел, мы можем прийти к выводу, что описанные способы экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки и достижение такого же её положения с помощью альтернативного метода, выполняемого на открытой гортани, при правильном отборе больных заслуживают внимания. Они позволяют получить необходимый результат и могут быть приняты на вооружение ларингологами, посвятившими свои усилия борьбе с разбираемым тяжелым недугом, особенно в тех лечебных учреждениях, в которых по экономическим причинам отсутствует дорогостоящая современная аппаратура.

ВЫВОДЫ

1. Дифференциально-диагностические таблицы, предложенные для оториноларинголога могут служить удобным подспорьем в определении локализации поражения, обуславливающего нарушение функций внутренних мышц гортани, иннервация которых связана с образованиями ЦНС, базокраниальным процессом и таковым по ходу блуждающего и возвратного гортанного нервов.

2. Местная инфильтрационная анестезия, дополненная НЛА, блокадой верхних гортанных и разветвлений нижних гортанных нервов в области подскладкового пространства, позволяет добиться полного обезболивания и выполнить операцию на гортани, в том числе имеющую цель ликвидировать проявления паралитического стеноза, под контролем, позволяющим определить изменение дыхания и голоса в процессе выполнения хирургического вмешательства.

3. Модифицированный вариант выполнения экстраларингеальной латерофиксации, дополненный вскрытием черпалоперстневидного сустава с соскабливанием суставной поверхности для получения его анкилоза и манипуляций, изменяющих высоту расположения голосовой складки отличается относительно легким послеоперационным периодом и позволяет добиться стойкого восстановления дыхания у 93,7+ 4,3 % оперированных.

4. Анализ послеоперационного состояния больных, когда наряду с экстраларингеальной латерофиксацией голосовой складки формируется временная стойкая бесканюльная трахеостома взамен канюльной, свидетельствует о целесообразности такой хирургической тактики, поскольку в состоянии оперированных не регистрируются выраженные рефлекторные реакции, пароксизмы кашля и другие изменения, связанные с присутствием трахеостомической трубки в кожно-трахеальном канале и в просвете трахеи.

5. Ликвидация паралитического стеноза на открытой гортани по методике, предусматривающей отведение голосовой складки двумя швами, позволяющими приблизить её к пластинке щитовидного хряща после рассечения складки с вокальным отростком у тела черпаловидного хряща, может быть признана альтернативной и показанной в тех наблюдениях, когда маленькая гортань и острый угол, образованный пластинками щитовидного хряща, а так же в тех случаях, когда у больных имеется комбинированная обструкция просвета респираторного тракта, связанная с развитием названного стеноза и изменениями на уровне гортани или шейного отдела трахеи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для определения локализации уровня поражения, обуславливающего изменения функций блуждающего нерва, можно использовать предложенные дифференциально-диагностические таблицы, облегчающие выполнение названной задачи, в том числе необходимые для отбора больных, нуждающихся в хирургическом лечении по поводу паралитического стеноза гортани.

С целью восстановления дыхания при паралитическом стенозе гортани можно рекомендовать модифицированный вариант экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки, в котором описанная методика выполнения операции дополнена: 1) методическими основами местной анестезии исключением чувствительной иннервации не только двусторонней блокадой верхнего гортанного нерва, но и подслизистым введением раствора анестетика в подскладочное пространство и начальный отдел трахеи, получающих чувствительную иннервацию от возвратного гортанного нерва; 2) хирургическими манипуляциями – пересечением боковой черпалоперстневидной мышцы, вскрытием черпалоперстневидного сустава и механическим воздействием на его суставную поверхность, что позволяет облегчить захват вокального отростка черпаловидного хряща и получить стойкий анкилоз названного сустава, необходимый для надежной фиксации голосовой складки, открывающей просвет голосовой щели; 3) взамен канюльной трахеостомии выполнять временную бесканюльную, что облегчает послеоперационное состояние оперированных.

При паралитическом стенозе, сочетающемся с обструкциями просвета респираторного тракта на уровне гортани и шейного отдела трахеи для

достижения преследуемого результата, предлагается воспользоваться упрощенной методикой достижения латеропозиции голосовой складки на открытом респираторном тракте в пределах гортани и его шейного отдела.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ ИЗЛОЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩИХ РАБОТАХ

1. Бесканюльная трахеостомия в лечении стенозирующих поражений гортани и трахеи // Сб. науч. труд. Актуальные вопросы отоларингологии-хирургии головы и шеи. – Бишкек, 1999. – С. 147-153 (соавт.Фейгин Д.Г., Кадыров М.М.)

2. Гепарино- и кортикостероидотерапия в профилактике стенозов после переднебоковой резекции гортани // Сборник научных статей. – Бишкек, 2001. – С. 166-171 (соавт. Фейгин Г.А., Сулайманов Ж.С.)

3. О реконструктивно-дилатационном методе хирургического лечение стойких стенозов гортани и трахеи // Сборник статей. Физиология, морфология и патология человека и животных в климатогеографических условиях Кыргызстана. – Бишкек, 2001. – С. 127-131 (соавт. Изаева Т. А., Громада Н.А.)

4. Основы планирования лечения больных раком надгортанника // Сборник научных трудов. – Бишкек, 2002. - С. 64-65 (соавт. Сулайманов Ж.С., Кайдулатов Н.Д.)

5. Surgery of trachea at the neck level // Folia Otorhinolaringologiae et Pathologiae Respiratoriae. Volume 8. №1-2. – Санкт-Петербург, 2002. – С. 66-71 (соавт. Feigin G., Sulaimanov J.)

6. Экстраларингеальная латерофиксация голосовой складки – ее эффективность и недостатки при лечении паралитических стенозов гортани. В кн.: Современная ринология // Материалы 1-ой Международной конференции ринологов. – Астана, 2002. – С. 117-119 (соавт. Фейгин Г.А.)

7. К целесообразности неотложного лекарственного лечения одностороннего неврита возвратного гортанного нерва, травматического, инфекционного и неустановленного генеза // Центральнo-Азиатский медицинский журнал. – 2004. – Том 10, №4-5. – С. 201-204.

8. Методические основы модифицированного выполнения экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки при паралитических стенозах гортани // Вестник КРСУ. – 2005. – Том 5, №5. – С. 76-78.

9. О некоторых особенностях выполнения экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки // Сборник научных статей КРСУ. Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. – Бишкек, 2007. - №7. – С. 329-334.

10. Клинические проявления и тактика хирургического лечения двухсторонней функциональной несостоятельности возвратных гортанных нервов // Вестник КРСУ. – 2007. – Том 6, №9. – С. 77-79 (соавт. Бебезов Х.С.)

Монография

Симптоматика и лечение расстройств, обусловленных блуждающим нервом на различных уровнях его поражения. – Бишкек-Тараз, 2004 (соавт. Фейгин Г.А., Кученев Ю. А., Абдуалиев Г.Т.)

Соискатель _____