

Е.А. КИРАСИРОВА¹, Г.К. ДЖАРКИНБЕКОВА², М.М. БАРАНКУЛОВА², Б. АЙТЖАНОВА²

Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского,
отделение хирургии полых органов шеи¹

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, кафедра оториноларингологии²

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДВУСТОРОННИМ ПАРАЛИЧОМ ГОРТАНИ

В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост хронических «стенотических» заболеваний гортани и трахеи. Больные со стенозами гортани и трахеи составляют до 7,7 % пациентов оториноларингологических стационаров. Подобные изменения при длительно существующих стенозах носят необратимый характер. Стойкие стенозы гортани и трахеи усугубляют течение имеющихся у человека острых и хронических заболеваний.

Ключевые слова: паралич гортани, реконструктивное вмешательство.

Введение. Нарушение нормального физиологического дыхания через естественные дыхательные пути способствует возникновению многих патологических состояний организма человека. У больных с хроническими стенозами гортани и трахеи неизбежно развиваются нарушения со стороны деятельности нервной, дыхательной, кровяной, сердечно-сосудистой систем и т. д., что определено особенностями адаптации организма [1,2].

Причинами развития двустороннего паралича гортани являются: ОНМК, черепно-мозговая травма, травма шеи и позвоночника, хирургическая патология щитовидной железы, хирургические вмешательства на органах шеи и грудной клетки, новообразования трахеи, пищевода и средостения (сдавление возвратного нерва), сердечно - сосудистая патология (тетрада Фалло, митральный порок, аневризма аорты, гипертрофия желудочков, дилатация легочной артерии), возможна невротация возвратного нерва воспалительного, токсического и метаболического генеза (вирусной этиологии, при отравлении барбитуратами, органофосфатами, алкалоидами), при гипокальциемии, гипокалиемии, диабете, тиреотоксикозе. По частоте развития двустороннего паралича гортани при различной патологии наблюдается в 75%- посттравматические параличи и парезы возвратного нерва после операций на щитовидной железе. 10%; –ножевые и огнестрельные ранения органов шеи. 5% – анкилоз перстно- черпаловидных суставов воспалительного генеза и неясной этиологии, 5%;. –сердечно-сосудистая хирургия. 3% – черепно-мозговые травмы. 2%- операции на органах грудной клетки.

У 39,8% пациентов, перенесших струмэктомия, страдают гипотиреозом , 20,6%-гипопаратиреозом. Микседема при гипотиреозе может распространяться на голосовой отдел гортани, усугубляя проявления стеноза. При гипопаратиреозе возможно развитие ларингоспазма.

У 35,2% пациентов возникают психоневрологические расстройства, приводящие к тревоге, депрессии, одышке и гипервентиляции при достаточной проходимости дыхательных путей.

Нарушение нормального физиологического дыхания ведут к потере трудоспособности, снижению качества жизни [3,4].

Цель данной работы.

Совершенствование хирургических методов лечения посттравматических и опухолевых стенозов гортани и трахеи.

Пациенты и методы: В период с 2013 по 2014 г. были обследованы и пролечены 47 пациентов с двусторонним параличом гортани,

среди них ранее перенесших струмэктомия (42 пациента), операцию на сосудах шеи (3 пациента) и идиопатический характер (2 пациента) в возрасте от 30 до 68 лет. Пациенты распределены на 3 группы (n=47): первая группа - 14 пациентов, в возрастной категории от 26-45лет с нормальной конституцией, длительностью паралича гортани от 3 месяцев до 1 года, отсутствием осложняющих факторов - одномоментная трахеостомия и односторонняя миоаритеноидхордэктомия ; вторая группа - 17 пациентов, среднего и старшего возраста с соматической патологией, компенсированными гормональными нарушениями и длительностью паралича от1года до 3лет - трахеостомия, отсроченная реконструктивная операция на складковом отделе гортани (период адаптации к трахеальному стенту, ликвидация последствий гипоксии, осложненный период после операции на щитовидной железе); третья группа - 16 пациентов, с соматическими заболеваниями, выраженными эндокринными нарушениями, длительностью заболевания от 3 - 5 лет и более - трахеостомия или трахеопластика , протезирование шейного отдела трахеи, период адаптации к трахеостомической трубке, реконструктивная операция отсрочена на 4 - 6 месяцев [5].

Результаты и обсуждение.

В ходе операции удаляется черпаловидный хрящ с одной стороны, часть голосовой складки с сохранением передних отделов в зоне эластического конуса для фонации, формируется дыхательная щель из элементов вестибулярного отдела гортани, слизистая оболочка голосового отдела гортани сшивается тонкой атравматической нитью.

I группа: анализ результатов лечения показал некоторые особенности заживления при различных подходах: так при одномоментной с трахеостомией пластике гортани деканюляция большого осуществляется на 8-10 сутки после операции, при этом в послеоперационном периоде затруднен контроль за ростом грануляционной ткани в зоне операции.

II группа: при сформированной трахеостоме период адаптации в послеоперационном периоде проходит легче и протекает более благоприятно. Деканюляция производится отсрочено, более длительный период, однако визуальный контроль за состоянием тканей в зоне операции легко осуществляется через трахеостому.

III группа: реконструкция гортани одномоментно с пластикой шейного отдела трахеи , длительное канюленосительство, восстановление паттерна дыхания и голоса. Длительность реабилитации занимает 1,5-2 месяца с соответствующими сроками деканюляции 2-4 месяца после пластической операции.

Выводы.

Тактика лечения больных с двусторонним параличом гортани определяется этиологией заболевания, выраженностью клинической симптоматики, степенью функциональных расстройств, характером адаптационных и компенсаторных механизмов. Факторы, влияющие на эффективность лечения больных с двусторонним параличом гортани: длительность основного заболевания, на фоне которого развился двусторонний паралич гортани, сопутствующая патология, эндокринные нарушения, артериальная гипертензия, возрастные показатели, гипотиреоз и гипопаратиреоз, гипохромная анемия, избыточный вес, гипоксия на органном уровне у больных с длительно существующим двусторонним параличом гортани. Возрастные изменения функции внешнего дыхания связаны с утратой альвеол, снижением эластичности легочной ткани и жизненной емкости легких со скоростью 10мл. в год, ростом остаточного объема – физиологического мертвого пространства. Сохранение параметров внешнего дыхания достигается за счет учащения дыхания, при этом при малых нагрузках развивается выраженная гипоксемия. Для дыхательной системы типична неадекватно большая реакция на слабые нагрузки и недостаточная мощность для средних и больших нагрузок.

Таким образом, функциональные результаты реконструктивных операций двустороннего паралича гортани зависят от длительности паралича гортани, возраста, конституционных особенностей, наличия сопутствующей патологии внутренних органов. Своевременно проведенное реконструктивное вмешательство с предоперационной подготовкой, адекватной послеоперационной консервативной терапией, фонопедическими занятиями, послеоперационным эндоскопическим мониторингом и исследованием дыхательной функции позволяет добиться оптимального функционального результата хирургического лечения [6].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 José A. Gómez-Puerta, Xavier Bosch. Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibody Pathogenesis in Small-Vessel Vasculitis : An Update. Am J. Pathol. - 2009 November. - 175(5). - P. 1790-1798.
- 2 S.Hamour, A. D. Salama, Ch. D. Pusey. Management of ANCA-associated vasculitis: Current trends and future prospects. Ther. Clin. Risk Manag. - 2010. - 6. - P. 253-264.
- 3 Ch. Lacoste, N. Mansencal, M. Ben m'rad, C. Goulon-Goeau, P.Cohen, L. Guillevin, T. Hanslik. Valvular involvement in ANCA-associated systemic vasculitis: a case report and literature review. BMC Musculoskelet Disord. - 2011. - 12. - P. 50.
- 4 Богомильский М.Р., Гарзшенко Т.И., Мнтяшнина А.Л. Эндоскопические методы исследования в дифференциальной диагностике причин острых стенозов гортани у детей.// Матер. Российск.конф. оторинолар. - 2002. - С. 310-312.
- 5 Кирасирова Е.А., Ежова Е.Г. Функция внешнего дыхания у больных, стенозом гортани и трахеи // Вестник оториноларингологии. - 2005. - №1. - С. 17.
- 6 Кирасирова Е.А., Каримова Ф.С., Кабанова В.А. Лечебный алгоритм при стенозах гортани и шейного отдела трахей различной этиологии // Вестник оториноларингологии. - 2006. - №2. - С. 20.

Е.А. КИРАСИРОВА, Г.К. ДЖАРКИНБЕКОВА, М.М. БАРАНКУЛОВА, Б. АЙТЖАНОВА ЕКІ ЖАҚТЫ КӨМЕЙ САЛДАНУЫ КЕЗІНДЕГІ ОТАЛЫҚ ЕМНІҢ ӘДІСІ

Түйін: Соңғы онжылдықта көмейдің және трахеяның созылмалы стеноздық ауруларының тұрақты өсуі байқалады. Көмейдің және трахеяның созылмалы стеноздық аурулары оториноларингология стационарының жалпы науқастарының 7,7 % құрайды. Ұзақ уақыттық көмей стенозы қайтымсыз сипатқа ие болады. Көмей және трахеяның тұрақты стеноздары науқастың жедел және созылмалы ауруларының ағымын қиындатады.

Түйінді сөздер: көмейдің салдануы, реконструктивті араласу.

E.A. KIRASIROVA, G.K. DJARKINBEKOVA, M.M. BARANKULOVA, B. AITZHANOVA SURGICAL TREATMENT TACTICS OF PATIENTS WITH BILATERAL PARALYSIS OF THE LARYNX

Resume: In recent decades, there has been a steady increase of chronic diseases "stenotic" larynx and trachea. Patients with stenosis of larynx and trachea were up 7.7% of patients also hospitals. Such changes in the long-existing stenosis are irreversible. Persistent radionecrosis of the larynx and trachea compound for the person of acute and chronic diseases.

Keywords: paralysis of the larynx, reconstructive intervention