



УДК 616.215 : 617.4 - 083

Н.И. Дерягин, В.Р. Корита, С.И. Михеткина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАРЕЗОВ И ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Расстройства двигательной иннервации гортани требует длительного комплексного лечения, в том числе хирургического, что является для больных дополнительным психотравмирующим фактором, особенно у лиц, профессия которых связана с голосовой нагрузкой. Значительное место в этиологии парезов и параличей гортани занимает хирургическая травма возвратного нерва [1-4, 6].

Большинство повреждений возвратного гортанного нервов (своеобразная «ахиллесова пята» в хирургии щитовидной железы) не диагностируется хирургами интраоперационно, а подозрения появляются только при развитии выраженной клинической картины [5, 6].

Из неврогенных расстройств гортани наибольшее практическое значение имеют периферические парезы и параличи возвратного нервов [7, 8].

Цель работы — повышение эффективности медицинской реабилитации больных с нарушениями двигательной иннервации гортани. Соответственно поставленной цели задачи исследования включали:

1. Оценку нарушений голосовой и дыхательной функции при односторонних и двусторонних поражениях возвратных нервов.

2. Анализ показаний к консервативным и хирургическим методам лечения и оценка их эффективности.

Материалы и методы

За период с 2000 по 2010 г. нами проведено клиническое обследование и лечение 95 больных с расстройствами двигательной иннервации гортани, из них 80 женщин и 15 мужчин в возрасте от 35 до 62 лет. Больные оперированы в различных клиниках г. Хабаровска, но преимущественно в 1-й краевой, 3-й и 11-й городских больницах.

От повреждения нижних гортанных нервов (НГН) не гарантированы и опытные хирурги, которые оперируют наиболее сложную хирургическую патологию: диффузный токсический зоб (ДТЗ) и рак щитовидной железы. Из 95 больных 81 (85%) пациент оперирован по поводу ДТЗ и 14 (15%) — по поводу узлового зоба. Обследование больных проводилось в ЛОР отделении и фониатрическом кабинете Городской больницы №2 им. Д.Н. Матвеева. Специальные методы изучения клинико-функционального состояния голосового аппарата и дыхательной функции включали: ларингоскопию и микроларингоскопию, фиброларинготрахеоскопию, рентгеноскопическое исследование гортани (томография в 2-х проекциях, компьютерная томография, магниторезонансная томография), исследование функции внешнего дыхания и фонации, жизненной функции легких, фонационного объема, времени максимальной фонации.

Применяемые методики позволили дать наиболее полную оценку функционального состояния голосовых складок, определить размер и форму межскладкового пространства, установить характер действия компенсаторно-приспособительных механизмов голосового аппарата и дыхания. При дифференциальной диагностике пареза и паралича голосовых складок имеет значение микроларингостробоскопический симптом «смещения слизистой оболочки», свидетельствующий о неполном выпадении функции возвратного нерва. Отсутствие этого симптома указывает на его вероятный паралич.

Большинство больных обратились в клинику в сроки от 2 нед. до 2 мес. с момента появления ларингологических расстройств. У больных с послеоперационными осложнениями со стороны гортани (73 чел.) в большинстве

случаев в выписках из историй болезней отсутствовали указания на наличие осложнений во время операций или в послеоперационном периоде. В 3 случаях симптомы острой дыхательной недостаточности развились в ближайшем послеоперационном периоде, в связи с чем этим пациентам была выполнена трахеостомия. Особенно необходимо подчеркнуть, что прогноз в отношении голосовой и дыхательной функции во многом зависит от своевременной диагностики и назначения адекватного лечения, т.к. длительное нарушение иннервации приводит к необратимым дегенеративным изменениям нервно-мышечного аппарата гортани [1, 8].

Основными жалобами у наблюдавшихся нами больных были расстройства голоса различной степени — от легкой охриплости до полной афонии и нарушения дыхания. У 24 пациентов (25,3%) отмечалось затрудненное дыхание при физической нагрузке и стридорозное дыхание во время сна. Больные, трахеотомированные по поводу паралитического стеноза гортани — 15 (15,8%) чел., — предъявляли дополнительные жалобы, связанные с ношением трахеотомической канюли.

Результаты и обсуждение

Результаты лечения оценивались в 2 группах больных. Первую группу — 70 чел. — составили больные с парезами голосовых связок без выраженных расстройств дыхания. Из них парез левой голосовой складки отмечен у 40 чел. (57,1%), правой — у 24 (34,3%) и с двух сторон — у 6 чел. (8,7%). Эти больные нуждались, в основном, в медикаментозном и фонопедическом лечении. Во второй группе наблюдались 25 (26,3%) больных с двусторонними параличами голосовых складок, у которых преобладали симптомы инспираторной одышки, а основной целью лечения было увеличение просвета гортани для компенсации дыхательной функции.

В обеих группах больных первый этап реабилитации состоял из комплексного консервативного лечения, которое включало противовоспалительную, дезинтоксикационную, микроциркуляторную и восстановительную терапию.

В комплекс восстановительного лечения входили дыхательная гимнастика, фонопедические упражнения, электростимуляция гортанных мышц, иглорефлексотерапия, точечный массаж.

В результате у пациентов первой группы при лечении, начатом в сроки до 1 мес. после возникшего осложнения, отмечено выздоровление с вполне удовлетворительной голосовой функцией у 55 (78,6%) чел., при лечении в сроки от 1,5 до 4-5 мес. — у 15 (21,4%) чел. У лиц с положительными результатами лечения отмечено увеличение интенсивности звучания голоса, сокращение придыхательных звуков, стабилизация ритма дыхания, увеличение ритма максимальной фонации с 4-6 до 25-30 с.

При двустороннем парезе голосовых связок у 10 из 13 больных отмечено увеличение просвета голосовой щели с 2-3 до 5-8 мм с активацией подвижности голосовых складок и увеличением времени максимальной фонации до 20 с. При двусторонних паралитических стенозах (вторая группа) гортани основная задача состояла в обеспечении адекватного дыхания. Вопрос о необходимости планового хирургического лечения у этих больных решался не ранее 6-8 мес. после повреждения возвратного нерва,

Установлена частота повреждения возвратных нервов при операциях на щитовидной железе. Результаты лечения оценивались в двух группах больных. Первую группу составили 70 пациентов без выраженных расстройств дыхания, вторую группу — 25 больных, у которых преобладали симптомы инспираторной одышки и целью лечения которых было увеличение просвета гортани для компенсации дыхательной функции.

В обеих группах больных первый этап реабилитации включал комплексное консервативное лечение (противовоспалительную, дезинтоксикационную, микроциркуляторную и восстановительную терапию). При двусторонних паралитических стенозах гортани плановое хирургическое лечение рекомендуется производить не ранее 6-8 мес. после повреждения возвратных нервов.

Ключевые слова: диагностика, лечение парезов, параличей гортани, диффузный токсический зоб, хирургическое лечение.

N.I. Deryagin, V.R. Korita, S.I. Mihketkina

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE LARYNGEAL PARALYSIS

Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

This study is aimed to assess the incidence of intraoperative injury of recurrent laryngeal nerve after thyroid surgery. The postoperative results were evaluated in two patient groups. Group I (n=70) consisted of patients who had no evidence of clinically apparent respiratory disorders. Group II (n=25) consisted of patients who had respiratory disorders (inspiratory dyspnea). The treatment strategy for group II was aimed to increase laryngeal lumen, thus, improving respiratory function.

In both patient groups the first stage of rehabilitation included complex conservative treatment (anti-inflammatory therapy, disintoxication therapy, microcirculation therapy and regenerative therapy). In cases of postoperative bilateral laryngeal paralytic stenosis the repeat surgical intervention is recommended to be performed not earlier than 6-8 months after initial surgical procedure.

Key words: diagnostics, surgical treatment, laryngeal paralysis, diffuse toxic goiter.

когда морфологическая картина в гортани формируется окончательно.

Показаниями к операции в этих случаях являлась неэффективность консервативного лечения у больных с шириной голосовой щели менее 4 мм, а также невозможность деканюляции у ранее трахеотомированных пациентов. У наблюдавшихся нами 6 больных с паралитическими стенозами гортани выполнены следующие хирургические вмешательства: односторонняя хордоаритеноидектомия с применением микрохирургической техники [2], чресщитовидная латерализация голосовой складки [2], этапная ларинготрахеопластика при сочетанном паралитическом и рубцовом стенозе [1].

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом с введением интубационной трубки через тра-

хеостому. Основной этап операции заключался в подслизистом удалении голосовой складки и голосового отростка черпаловидного хряща.

В послеоперационном периоде проводили стентирование силиконовыми трубками. Деканюляция у 22 больных проведена через 2-3 нед. У всех было достигнуто расширение просвета гортани в среднем на 4-5 мм, улучшение дыхательных коэффициентов на 8-10%. Сохранение звучного голоса отмечено у 17 больных, у 5 голосовая функция частично компенсировалась за счет патологических механизмов голосообразования (ложносвязочного и фарингобукального).

Наиболее сложную категорию больных составили 12 чел. с сочетанными параличическими и рубцовыми стенозами. Эти пациенты до поступления в клинику являлись канюленосителями. Стеноз обуславливался срединным параличом голосовых складок, отеком и рубцово-грануляционным процессом в подскладково-трахеальном сегменте. Развитию рубцового стеноза способствовали высокое положение трахеостомы, использование жестких трахеостомических канюль, неудовлетворительный уход за трахеостомой.

Хирургическое вмешательство у этих больных заключалось в помещении трахеостомы на уровень 4-5 колец трахеи, формировании ларинготрахеофиссуры с последующим проведением односторонней подслизистой хордоаритеноидэктомии. Удаление грануляций и рубцовой ткани производили с помощью радиоволнового аппарата «Сургитрон», что обеспечивало минимальную перифокальную реакцию тканей и более быструю эпителизацию. Операция завершалась введением в ларинготрахеофиссуру моделирующих силиконовых Т-образных трубок сроком на 4-6 мес.

Окончательную ликвидацию ларинготрахеофиссуры проводили с помощью перемещенных кожных лоскутов или с укреплением передней стенки гортани никелидо-титановыми пластинками. В реабилитационном периоде всем больным проводился курс фонопедического лечения и дыхательной гимнастики. У 3 больных с паратироидной недостаточностью хрящевой каркас гортани и трахеи подвергся хондромалиции.

Выводы

1. Комплексное консервативное лечение, начатое в раннем послеоперационном периоде у больных с обратимыми расстройствами двигательной иннервации гортани, обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию в 100% случаев.

2. Двусторонняя травма возвратных нервов с развитием параличического стеноза с декомпенсацией дыхания и необходимостью трахеостомии составляет 15,8%.

3. Плановое хирургическое лечение двусторонних послеоперационных параличей гортани должно проводиться при неэффективности консервативной терапии через 6-8 мес. после стабилизации морфологических изменений гортани. У абсолютного большинства больных удается достичь стойкого расширения просвета гортани с последующей деканюляцией. Перспектива полного восстановления голоса у этой категории больных остается проблематичной.

Л и т е р а т у р а

1. Бондаренко В.О. Методика хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2001. - №6. - С. 4-7.

2. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. - СПб.: Гиппократ, 1998. - С. 330.

3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. - М.: Медицина, 1993. - С. 169-171.

4. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Чилингарида К.Е. и др. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе // Хирургия. - 2005. - №10. - С. 28-34.

5. Ветшев П.С., Мамаева С.К. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2006. - №2. - С. 63-68.

6. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Салиба М.Б. «Ахиллеова пята» в хирургии щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. - 2007. - Т. 53, №2. - С. 3-8.

7. Дерягин Н.И., Лепехина Т.В., Кокорина В.Э. К вопросу о тактике лечения больных с нарушениями двигательной иннервации гортани // Дальневост. мед. журнал. - 2002. - №1. - С. 71-72.

8. Князева Л.С., Богомолова Е.Г. Комплексное восстановительное лечение парезов и параличей гортани после операций на щитовидной железе: мат-лы XVII съезда отоларингологов России (Н. Новгород, 7-9 июня 2006 г.). - Н. Новгород, 2006. - С. 190-191.

Координаты для связи с авторами: *Дерягин Николай Иванович* — канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой оториноларингологии ДВГМУ, тел.: 8-914-190-06-68; *Корита Владимир Романович* — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и факультетской хирургии ДВГМУ, тел.: 8-914-199-01-31; *Михеткина Светлана Илиодоровна* — доцент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ, e-mail: s-myhetkina@mail.ru, тел.: 8(4212)-42-42-67.

