

**А. И. КРЮКОВ**  
**Е. А. КИРАСИРОВА**  
**Н. В. ЛАФУТКИНА**  
**Р. Ф. МАМЕДОВ**  
**О. К. ПИМИНИДИ**  
**Н. Р. ГОГОРЕВА**  
**Р. А. РЕЗАКОВ**

Московский научно-практический  
 центр оториноларингологии  
 им. Л. И. Свержевского  
 Российский национальный  
 исследовательский медицинский  
 университет им. Н. И. Пирогова,  
 г. Москва

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДВУСТОРОННИМ ПАРАЛИЧОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ СТРУМЭКТОМИИ

**Повреждение возвратных гортанных нервов является одним из тяжелых осложнений хирургического лечения патологии щитовидной железы. Двусторонний паралич со стенозом гортани приводит к органной, тканевой и клеточной гипоксии, что требует проведения неотложных мероприятий. Хирургическое лечение с последующей реабилитацией пациентов с двусторонним параличом гортани позволяет добиться полного восстановления дыхательной функции.**

**Ключевые слова:** параличи гортани, стенозы, хирургическая реабилитация.

Повреждение возвратных гортанных нервов является одним из тяжелых осложнений хирургического метода лечения ряда заболеваний — процент парезов и параличей гортани при операциях по поводу эндемического и спорадического узлового зоба варьирует от 1 до 4,5 %, диффузного токсического зоба — от 3,5 до 10 % и выше по данным различных авторов [1–3]; рака щитовидной железы — 3 %, высокий процент повреждения гортанных нервов наблюдается при повторных операциях на щитовидной железе, особенно по поводу рецидива заболевания и составляет около 5 % [4]. Многочисленные методы хирургического лечения данной патологии преследует одну цель — расширение голосовой щели и восстановление адекватного дыхания [5].

Диагностика паралича гортани основывается на данных ларингоскопической картины, анамнеза. Для паралича гортани характерным является озвученный вдох — инспираторный стридор. При ларингоскопии голосовые складки находятся в среднем или парамедианном положении (рис. 1) [6].

При параличе гортани страдают все 3 функции гортани: дыхательная, защитная и голосовая. Голос при двустороннем параличе гортани может быть звучным, иногда отмечается придыхательная охриплость. Звучный голос в сочетании с инспираторным стридором, отсутствие клиники острого воспаления (нормальная температура, отсутствие болевого синдрома), а также анамнестические данные (выполненная на щитовидной железе) должны

наводить врача на мысль о возможном стенозе дыхательных путей [6].

За последние три года в отделении реконструктивной хирургии полых органов шеи нашего центра обследовано и пролечено более 300 пациентов с данной патологией. Подавляющее большинство составили женщины в возрасте от 40 до 50 лет, перенесшие операцию на щитовидной железе. Все пациенты были трудоспособного, наиболее социально активного возраста (средний возраст составил  $46 \pm 3$  года).

Единой тактики лечения двустороннего паралича гортани в настоящий момент не существует. Она определяется этиологией заболевания, выраженностью клинической симптоматики, степенью функциональных расстройств, характером адаптационных и компенсаторных механизмов.

Эффективность хирургического лечения двустороннего паралича зависит от поставленной задачи по реконструкции гортани и способа ее реализации. Нами разработана и внедрена тактика ведения больных с двусторонним параличом гортани, основанная на индивидуальном подходе к планированию хирургического лечения.

Функциональная хирургия двустороннего паралича гортани имеет ряд особенностей:

1. Тщательное дооперационное обследование для уточнения степени повреждения и факторов, осложнивших результат операции.

2. Хирургический подход должен быть тщательно запланирован пошаговым способом и выбран

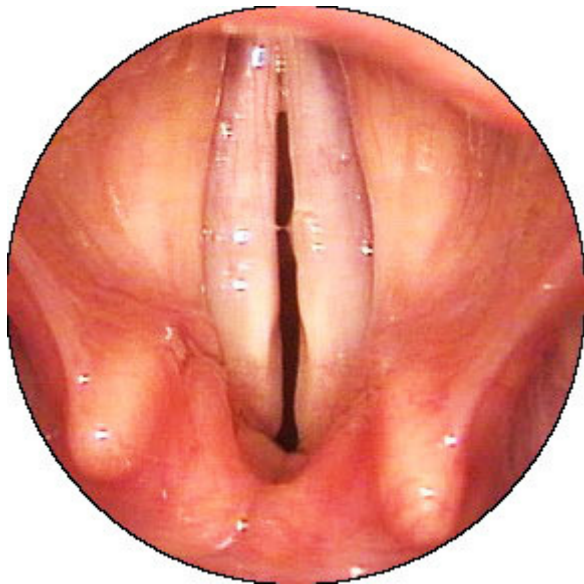


Рис. 1. Паралич гортани с расположением голосовых складок в срединном положении

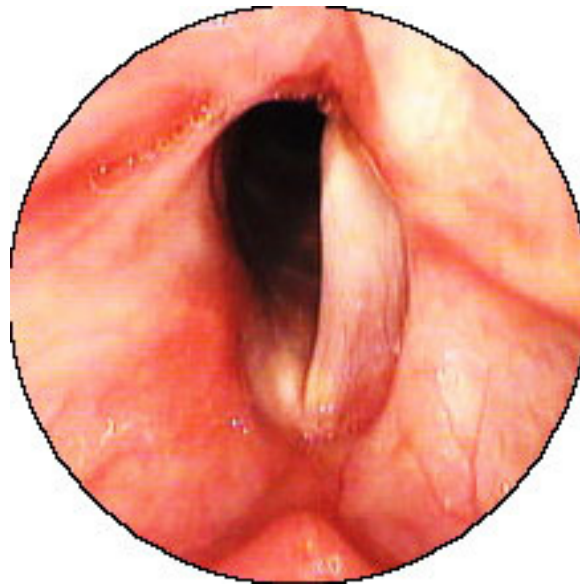


Рис. 2. Голосовая щель после удаления черпаловидного хряща и голосовой складки

единственный способ из всех альтернативных. Первичная операция должна быть успешной на 99 %, т. к. исчерпывается запас здоровой ткани.

3. Пластика голосового отдела на стороне операции ауто- или аллотканями значительно улучшает функциональный результат операции.

В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были разделены на группы.

Больным I группы произведена одномоментная трахеостомия и односторонняя миоаритеноидхордэктомия.

Больным II группы произведена трахеостомия, протезирование шейного отдела трахеи и отсроченная на 1,5–2 месяца реконструктивная операция на складковом отделе гортани (период адаптации к трахеальному стенту, ликвидация последствий гипоксии, ранний послеоперационный период после экстирпации щитовидной железы).

Больным III группы выполнена трахеостомия, протезирование шейного отдела трахеи, реконструктивная операция отсрочена на более длительный период (3–4 месяца).

Больные с соматическими расстройствами на фоне эндокринных нарушений, хронической гипоксии, выраженным воспалением в области трахеостомы.

В большинстве случаев произведена односторонняя миоаритеноидхордэктомия с или без латерофиксацией противоположной голосовой складки. Это зависело от анатомических особенностей гортани, способа доступа — экстраларингиально или эндоларингиально.

При проведении ларинготрахеопластики с односторонней миоаритеноидхордэктомией и латерофиксацией противоположной голосовой складки, мы, как правило, удаляли правую голосовую складку. Данная операция включала в себя следующие этапы:

1) скелетирование гортани и вскрытие ее расчленением дуги перстневидного и щитовидного хрящей не более чем на 2/3;

2) окаймляющий разрез серповидным скальпелем слизистой оболочки гортани в зоне черпаловидного хряща и щадящее вылушивание последнего;

3) ушивание дефекта слизистой оболочки гортани, фиксацию слизистой и оставшейся части го-

лосовой складки к боковой стенке гортани при помощи П-образного шва;

4) установку в гортанно-трахеальное ложе «пальца-обтуратора» и послойное ушивание гортани (объем и длину «пальцевого» тампона подбирали индивидуально, в зависимости от размера гортанно-трахеального ложа);

5) установку в просвет трахеи трахеостомической трубки из термопластического материала необходимого диаметра.

Заключительным этапом хирургического лечения являлось ушивание трахеального дефекта по Я. С. Бокштейну после контрольного наблюдения и обследования.

Во время контрольного периода больные находились без трахеального протеза, с герметично заклеенной трахеостомой, ежедневно оценивалась динамика объективной картины по данным непрямой ларингоскопии, ретроградного осмотра гортани.

Сокращение реабилитационного периода было достигнуто за счет следующих факторов:

1) сокращения этапов хирургического лечения, за счет их совмещения, отсутствие этапа формирования ларингостомы, ушивание гортани в финале операции, что позволяет избежать резорбции хрящевых структур, требующих последующего формирования боковых стенок с помощью имплантации аллопластического материала;

2) использования препаратов, обладающих антигипоксическим и антиоксидантным действием (мексидол, пентоксифиллин, НПВС, ГБО в раннем послеоперационном периоде;

3) применения адекватного протезирования;

4) объективизации сроков хирургического вмешательства и протезирования благодаря исследованию показателей восстановления дыхательной функции и тканевой реоксигенации.

**Заключение.** Реабилитация пациентов с двухсторонним параличом гортани позволяет добиться полного восстановления дыхательной функции и частичного — голосовой в 98 % случаев (рис. 2).

Срок реабилитации пациентов при одномоментной трахеостомии и ларингопластике составляет 3–4 месяца.

## Библиографический список

1. Валдина, Е. А. Заболевания щитовидной железы / Е. А. Валдина. — СПб. : Эндокринология, 2006. — 368 с.
2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология. Национальное руководство / В. Т. Пальчун. — М. : Оториноларингология, 2008. — 960 с.
3. Palpatory method used to identify the recurrent laryngeal nerve during thyroidectomy / F. Procacciante [et al.] // World J. Surg. — 2001. — Vol. 25 (2). — P. 252–253.
4. Continuous laryngeal nerve integrity monitoring during thyroidectomy: does it reduce risk of injury? / M. L. Robertson [et al.] // Otolaryngol Head Neck Surg. — 2004. — Vol. 131 (5). — P. 596–600.
5. Банарь, И. М. Микрохирургия при устранении параличических стенозов гортани / И. М. Банарь // Сб. тез. докл. на IX съезде оториноларингологов СССР, 15–17 ноября 1988). — Кишинев, 1988. — С. 314–315.
6. Ермаков, В. Н. Функциональная диагностика хронических стенозов гортани : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Н. Ермаков. — СПб., 2003. — 21 с.

**КРЮКОВ Андрей Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, директор Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского; профессор кафедры, заведующий кафедрой оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова МЗ РФ.

**КИРАСИРОВА Елена Анатольевна**, доктор медицинских наук, руководитель отдела реконструк-

тивной хирургии полых органов Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**ЛАФУТКИНА Надежда Васильевна**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела реконструктивной хирургии полых органов Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**МАМЕДОВ Рамис Фиредунович**, научный сотрудник отдела реконструктивной хирургии полых органов Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**ПИМИНИДИ Ольга Кузьминична**, научный сотрудник отдела реконструктивной хирургии полых органов Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**ГОГОРЕВА Наиля Ростиславовна**, младший научный сотрудник отдела реконструктивной хирургии полых органов Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

**РЕЗАКОВ Руслан Анатольевич**, аспирант кафедры оториноларингологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Адрес для переписки: 43lor@mail.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.

© А. И. Крюков, Е. А. Кирасирова, Н. В. Лафуткина, Р. Ф. Мамедов, О. К. Пиминиди, Н. Р. Гогорева, Р. А. Резаков

УДК 616.216-002-006.5-031.8-092

**М. А. ЛИХАНОВА  
О. И. БОНДАРЕВ  
Н. В. МИНГАЛЕВ  
Р. Н. ЛЕБЕДЕВА**

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

## ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ — ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА

Данная работа обобщает сведения об этиопатогенезе хронического полипозного риносинусита. Проведены клинико-лабораторные, морфологические и гистохимические исследования у 100 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом. Полученные данные дают основание утверждать, что на образование и развитие полипов оказывает влияние эпителиально-мезенхимальная трансформация высококодифференцированных клеток эпителия в менее дифференцированное состояние с приобретением функций фибробластов и миофибробластов, подтвержденная данными иммуногистохимического исследования.

**Ключевые слова:** хронический полипозный риносинусит, этиопатогенез, эпителиально-мезенхимальная трансформация.

Полипозный риносинусит (ПРС) — хроническое заболевание, проявляющееся полипозным разрастанием слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, часто имеющее рецидивирующий характер [1].

Распространенность полипозного риносинусита среди населения варьирует, по данным разных

авторов, от 1 до 4 % и не имеет тенденции к снижению [1–3].

Схемы лечения ПРС включают в себя сочетание хирургического лечения и медикаментозной терапии [2, 4, 5].

Этиопатогенез роста полипов полости носа и околоносовых пазух до сих пор не ясен. В литературе