



Н.И. Дерягин, Т.В. Лепехина, В.Э. Кокорина

## К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ ГОРТАНИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
г. Хабаровск

Среди оториноларингологических больных высокий процент занимают пациенты с периферическими параличами гортани. Вопросам этиологии, патогенеза и клиники этого заболевания посвящена обширная литература, однако задача восстановления одновременно дыхательной и голосовой функции у больных с двусторонними нарушениями двигательной иннервации гортани остается актуальной до настоящего времени. Для расширения голосовой щели при двустороннем параличе голосовых складок предложено более 50 методов [4], однако все они, восстанавливая функцию дыхания, имеют общий недостаток — ухудшение голосообразования.

Целью настоящей работы является сравнительный анализ причин данного заболевания в Хабаровском крае и выработка тактики лечения таких больных.

За период 1996-1998 гг. под нашим наблюдением находилось 156 больных с нарушениями двигательной иннервации гортани, из них 123 мужчины (79%) и 33 женщины (21%). Наибольшее число наблюдений приходится на возрастную группу 40-49 лет — 45 чел. (28,8%). Сравнивая эти данные с предыдущим десятилетием, можно отметить повышение данной патологии в 3,3 раза, что объясняется увеличением числа оперативных вмешательств на щитовидной железе и органах средостения [2].

Распределение больных по этиологическим группам выявило, что в большинстве наблюдений (85 чел.; 54%) причиной нарушений двигательной функции гортани является хирургическая травма возвратного нерва, в том числе в 79 случаях (50,6%) — травмы нерва в результате хирургического лечения заболеваний щитовидной железы. В 17 случаях (10,8%) причиной повреждения возвратного нерва явились опухолевые процессы средостения. Инфекционно-воспалительная этиология заболевания выявлена у 9 (5,8%) пациентов. В 24 случаях (15,3%) двигательные расстройства гортани отнесены к группе идиопатических.

Большинство больных (95 чел., 61%) обратились в клинику в сроки от 2 нед. до 1 мес. с момента появления симптомов поражения возвратного нерва, причем лечение до этого не проводилось. У большинства больных в выписках из историй болезней отсутствовали указания на наличие осложнений во время операций или в послеоперационном периоде. Игнорирование данного осложнения приводит к тому, что упускается самое важное время в лечении таких больных — первые две недели. В

ЛОР-отделение они попадают уже с признаками патологической реиннервации нерва.

Основными жалобами больных были нарушения голоса (у 85,3% пациентов) либо нарушение дыхания и фонации (у 14,7%). Всем больным проводилось исследование функции внешнего дыхания и фонации, ЖЕЛ, фонационного объема (ФО), средней скорости воздушного потока при фонации, времени максимальной фонации (ВМФ). Проводили также ларингоскопию, микроларингостробоскопию, фиброларингостробоскопию [1]. Последний метод позволяет достоверно оценить подвижность голосовых складок и ширину межскладкового пространства в условиях естественной фонации.

Примененные нами методики позволили дать наиболее полную оценку нарушений дыхательной функции как при двусторонних, так и при односторонних поражениях возвратного нерва. У последней группы больных дыхательные показатели в процессе лечения восстанавливались полностью. При двусторонних поражениях дыхательная функция компенсируется частично, остается без изменений или ухудшается. Практически у всех больных было укорочено ВМФ. Данный показатель является демонстративным для проведения реабилитационных мероприятий.

Дифференциальная диагностика парезов и параличей гортани значительно затруднена из-за позднего обращения больных, так как через 3-4 нед. после повреждения нерва появляются признаки его патологической реиннервации и колебания поврежденной голосовой складки частично восстанавливаются. Предположительно судить о наличии пареза или паралича гортани позволяет микроларингостробоскопия: положительный симптом “смещения слизистой оболочки” свидетельствует о парезе голосовой складки, отрицательный — о вероятном ее параличе.

У больных с односторонними поражениями нерва голосовая функция изменена в большей степени, и полная ее компенсация при позднем обращении больных была практически невозможна.

Всем больным первоначально проводился курс консервативного лечения: противовоспалительное, стимулирующее, физиотерапевтическое, назначали микроциркулянт, дыхательную гимнастику и редукацию голоса, в некоторых случаях — точечный массаж и иглорефлексотерапию. Послеоперационные нарушения двигательной иннервации гортани, связанные со сдавлением возвратного нерва при отеке, гематоме, ущемлении лигатурой и вследствие других причин, требовали назначения дегидратационной и дезинтоксикационной терапии.

Считаем, что дегидратационная и противовоспалительная терапия у таких больных должна начинаться в ранний послеоперационный период, когда они находятся в хирургических отделениях, так как достоверно неизвестно, произошел ли полный разрыв нерва или он поврежден частично. Такая тактика позволила нам снизить возникновение патологической реиннервации нерва и способствовала реабилитации в последующий период.

При односторонних парезах полное восстановление голосовой функции у лиц, обратившихся за помощью в сроки до 1 мес., отмечено в 68% случаев, при обращении в сроки от 1 до 6 мес. — в 24%, после 6 мес. — в 1-3%.

При двусторонних паралитических стенозах гортани основная задача состояла в обеспечении адекватного дыхания. Вопрос о необходимости оперативного лечения решался у больных со стенозами в стадии неполной компенсации не ранее 6-8 мес. после возникновения заболевания, когда морфологическая картина в гортани формируется окончательно. Показаниями к операции в этих случаях являлись неэффективное консервативное лечение у больных с шириной голосовой щели менее 4 мм, а также невозможность деканюляции в тех случаях, когда трахеостомия была выполнена в экстренном порядке непосредственно сразу после проведения струмэктомии.

Среди хирургических методик лечения паралитических стенозов гортани мы отдаем предпочтение одно- или двусторонней хордаритеноидэктомии наружным доступом, так как при этом обеспечивается лучший обзор операционного поля и положительных результатов становится больше, что отмечают и другие авторы [3]. У 5 оперированных нами больных отмечалось субъективное улучшение дыхания, расширение голосовой щели в среднем на 4-5 мм, улучшение дыхательных коэффициентов на 8-10%.

Улучшение голосовой функции наблюдалось у всех 5 больных, но у 3 из них — за счет патологических механизмов голосообразования (ложно-связочного, фарингобукального). В реабилитационном периоде мы проводили курс фонетического лечения и дыхательной гимнастики. Перспектива полного восстановления голоса у таких больных весьма сомнительна.

#### Выводы

1. Увеличение количества больных с парезами и параличами гортани в последние годы связано с расширением показаний к хирургическим вмешательствам на щитовидной железе.

2. Считаем необходимым заострить внимание хирургов на возможности такой патологии и необходимости ее лечения в раннем послеоперационном периоде.

3. Хирургическое лечение двусторонних параличей гортани должно проводиться при неэффективности консервативной терапии через 6-8 мес., когда морфологическая картина гортани уже сформировалась, но не произошло еще значительной атрофии голосовой мышцы, что позволяет рассчитывать на лучший функциональный результат.

4. Больные, страдающие послеоперационными нарушениями иннервации гортани, нуждаются в комплексном обследовании специалистов-ларингологов и фониатров.

#### Л и т е р а т у р а

1. Дерягин Н.И., Руденко С.В. // Вестн. оториноларингол. 1989. №3. С.65-66.
2. Росляков А.Г., Панюшкин А.П., Строколист Л.И., Дорошенко В.И. // Дальневост. мед. журн. 1997. №1. С.21-23.
3. Цуринов В.П., Иванов С.В. // Вестн. оториноларингол. 1998. №4. С.56-57.
4. Kleinsasser O. Mikrolaryngoskhie und endolaryngeal Mikrochirurgie Stuttgart-N.-Y. 1968.

