

- 13. Tracheobronchial AL amyloidosis: histologic, immunohistochemical, ultrastructural, and immunoelectron microscopic observations / Toyoda M. [et al.] // Hum. Pathol. J. Pneumonol. Alergol. - 1993. Vol. 24, №9. P. 70–76.
- 14. Tracheobronchial amyloidosis treated with rigid bronchoscopy and stenting / Yang S. [et al.] // Surg Endosc. - 2003. Vol. 17, №4. P. 58–59.
- 15. Two patients with a rare manifestation of amyloidosis in the respiratory system / Jacobs W. [et al.] // Ned. Tijdschr. Geneesk. - 2007. Vol. 151, №37. P. 55–60.

УДК: 616. 22–002. 9–089. 87

ХОЛОДНОПЛАЗМЕННАЯ ХИРУРГИЯ ВОЗДУШНЫХ КИСТ ГОРТАНИ

**Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, В. М. Исаев,
В. Н. Селин, И. Н. Ахмедов, С. Б. Цагадаева**

COBLATION SURGERY OF LARYNGOCELES

**D. M. Mustafaev, V. M. Svistushkin, V. M. Isaev,
V. N. Selin, I. N. Akhmedov, S. B. Tsagadaeva**

*Государственное учреждение Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М. Ф. Владимиরского
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)*

Ларингоцеле, или воздушная киста горлани, составляет 0,5% от всех доброкачественных опухолей этой локализации. В отделении оториноларингологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимира за период с 2005 по 2009 гг. 7 взрослым (5 мужчин и 2 женщины) больным установлен диагноз воздушной кисты горлани и проведено успешное эндоларингеальное хирургическое лечение. Эндоларингеальные хирургические вмешательства с использованием холодноплазменной хирургии проводились всем больным с воздушными кистами горлани. Осложнения не наблюдались. Срок наблюдения больных от 6 месяцев до 5 лет. В статье представлены 2 наиболее интересных клинических наблюдения воздушной кисты горлани. Только у одного больного в связи с возникшим стенозом горлани была наложена трахеостома. У данного пациента деканюляция произведена благополучно. Приведен обзор данных зарубежной и отечественной литературы по проблеме диагностики и лечения воздушных кист горлани. Метод эндоларингеальной холодноплазменной микрохирургии при воздушных кистах горлани является альтернативой наружных доступов хирургического лечения этого вида патологии горлани.

Ключевые слова: воздушная киста горлани, эндоларингеальная холодноплазменная микрохирургия.

Библиография: 25 источников.

Laryngocele, or air cyst of the larynx, according to the literature a component of 0.5% of all benign laryngeal newgrowths. 7 adult patients (5 men and 2 women) with laryngoceles were successfully diagnosed and treated by means of endolaryngeal surgery in the ENT department of the M. F. Vladimirsky Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute in 2005–09. All laryngoceles were treated with endolaryngeal coblation excision of the internal and external components when required. There were no significant complications. The follow-up ranged from 6 months to 5 years. Two most interesting cases of laryngocele are presented. Only one of the patients treated had a tracheostomy; the case presented elsewhere with an emergency airway obstruction, which necessitated tracheostomy. In this case, decannulation was subsequently performed. Foreign and domestic literature data on diagnosis and treatment of laryngoceles are reviewed. Coblation endolaryngeal microsurgery of a laryngocele is a quick, precise, and safe alternative to an external approach excision (lateral thyroidotomy, laryngofissure) with fewer complications than its external counterparts, resulting in speedier rehabilitation of the patient.

Key words: laryngocele, endolaryngeal coblation microsurgery.

Bibliography: 25 sources.



Сообщения о кистах гортани в литературе встречаются уже более двух веков. Тем не менее, их диагностика и лечение остаются актуальной проблемой оториноларингологии [1, 2, 3, 4, 8, 11, 13, 16, 22, 24].

Классификация кист гортани может основываться на различных клинических или патоморфологических изменениях, но в основном следует выделить две большие группы – жидкостные и содержащие воздух кисты. Кисты бывают первичными и вторичными. К первичным относятся врожденные и ретенционные [1, 8, 10, 15, 16, 17].

Врожденные кисты больших размеров обычно выявляются рано, так как могут служить причиной нарушения дыхания у детей. Вторичные кисты – следствие, трансформации какого-либо, как правило, доброкачественного образования [1, 8, 17].

Особую группу составляют воздушные кисты гортани или ларингоцеле [3, 4, 6, 13, 16, 17, 24].

Ларингоцеле, или воздушная киста гортани, составляет 0,5% от всех доброкачественных опухолей этой локализации. Считается, что причинами данного заболевания, помимо врожденных аномалий гортанных желудочков, могут быть травмы, длительное повышение внутригортанного давления из-за кашля, а также слабость мышц гортани [1, 3, 6, 7, 10, 12, 24].

Различают внутренние (локализуются в толще вестибулярной складки, пролабируют в просвет гортани), наружные (при расслоении щитоподъязычной мембранны выходят наружу) и комбинированные воздушные кисты [1, 3, 4, 6, 17].

Клинически кисты проявляются в основном нарушением голосовой функции, однако, в ряде случаев при образовании кисты больших размеров может развиваться стеноз гортани, требующий хирургического лечения, в том числе трахеотомии [1, 3, 7].

Диагностика кист проводится по данным анамнеза, непрямой ларингоскопии, фиброларингоскопии, рентгеновского и компьютерно-томографического исследований [1, 3, 4, 10, 13, 14, 15].

При сдавлении гортани воздушной кистой лечение включает в себя удаление кисты эндоскопическим методом при малых её размерах или при наружном доступе. В зависимости от вида и распространения ларингоцеле используют три варианта наружного доступа. При внутренних ларингоцеле осуществляется ларингофиссура и удаление воздушной кисты в пределах здоровых тканей. При распространении воздушной кисты, суживающей грушевидный синус, на черпалонадгортанную складку, оболочки кисты удаляются без вскрытия просвета гортани. При невозможности выделить ларингоцеле в области черпалонадгортанной и вестибулярной складок, надщитовидный разрез дополняется тиреотомией [5, 9, 10, 15, 19, 22, 23, 24].

Плужников М. С. и соавторы у двоих больных с большими воздушными кистами гортани, приводящими к стенозу дыхательных путей, с успехом применили эндоскопическую лазерную технику. Один пациент был трахеотомирован до поступления в клинику. Второй пациентке превентивно в начале операции наложили трахеостому [6].

По данным Плужникова М. С. и соавторов при эндоскопическом лазерном удалении больших воздушных кист гортани операцию желательно проводить при искусственной вентиляции легких через трахеостому по закрытому контуру. Необходимость наложения трахеостомы связана с тем, что при высокочастотной вентиляции легких после трахеопункции выдох дыхательной смеси осуществляется пассивно, под давлением. При этом имеется риск «раздувания» воздушной кисты через её устье, и как следствие – развитие пневмоторакса. Именно для профилактики такого рода осложнений авторы считают оптимальным проведение операции на фоне трахеостомии и нормовентиляции по закрытому контуру. Искусственная нормовентиляция легких осуществляется через трахеостому по закрытому контуру. При прямой микроларингоскопии лазером контактно перфорируется купол воздушной кисты, электроотсосом эвакуируется содержимое. Далее щипцами захватываются оболочки кисты, оттягиваются и отсекаются на уровне морганиева кармана. В зону резекции должна войти вестибулярная складка и морганиев карман. Деканюляция проводится через неделю, после эпителизации раневой поверхности. Формирование рубца в зоне лазерного воздействия является профилактикой рецидива воздушной кисты [6].

По данным литературы при эндоскопическом удалении воздушных кист гортани широко применяется излучение CO₂-лазера [18, 20, 21, 25].



В отделении оториноларингологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского за период с 2005 г. по 2009 г. 7 взрослым больным (5 мужчин и 2 женщин) установлен диагноз воздушной кисты гортани и проведено успешное эндоларингеальное хирургическое лечение. Из 7 больных у 3 обнаружено внутреннее, у 2 наружное и у 2 комбинированная форма ларингоцеле. У всех больных основной жалобой была охриплость, у трёх визуально и пальпаторно определялась припухлость на шее и у двух отмечалась обструкция верхних отделов дыхательных путей. Всем больным эндоларингеальные хирургические вмешательства проводили с использованием холодноплазменной хирургии. В среднем нахождение больных в стационаре в послеоперационном периоде составило 5 дней. Сроки наблюдения больных от 6 месяцев до 5 лет.

В данной статье представлены 2 клинических наблюдения воздушной кисты гортани.

Приводим наблюдение ларингоцеле, явившееся причиной стеноза гортани. У данного больного в связи с возникшим стенозом гортани была наложена трахеостома. После хирургического лечения деканюляция произведена благополучно.

Больной Я., 77 лет, поступил в ЛОР-клинику 11.12.06 с жалобами на затруднение дыхания при физической нагрузке, охриплость, наличие образования на боковой поверхности шеи слева. Из анамнеза известно, что образование появилось около 20 лет назад, имело небольшие размеры, неудобства не доставляло. Больной с диагнозом воздушная киста гортани наблюдался у ЛОР врача по месту жительства, по поводу чего ему неоднократно предлагались хирургические вмешательства, от которых он категорически отказывался. В течение последней недели больной начал отмечать значительное увеличение образования в размерах.

При поступлении состояние удовлетворительное. При осмотре, на боковой поверхности шеи слева, определяется новообразование размерами 10, 0×8, 5 см, при пальпации безболезненное, мягкотканой консистенции, не спаянное с окружающими тканями. Кожа над образованием не изменена (рис. 1). При фиброларингоскопии гортань отклонена вправо, слизистая оболочка гортани обычной окраски, надгортаник ротирован влево за счет сдавления извне, правый грушевидный синус свободен, в области левого грушевидного синуса и валлекулы визуализируется выслушивание, слизистая оболочка над ним ярко розового цвета, с выраженным сосудистым рисунком. Левые вестибулярная и голосовая складки необозримы. Подвижность левой половины гортани ограничена. Видимое подголосовое пространство свободное (рис. 2, а, б).



Рис. 1. Внешний вид пациента Я., 1929 года рождения.

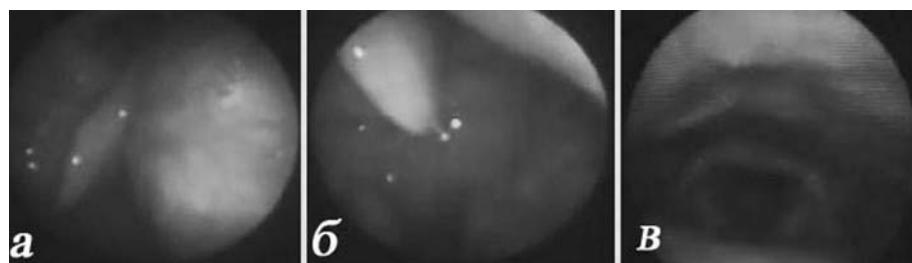


Рис. 2. Видеофиброларингоскопия пациента Я., 1929 года рождения.

а, б – до хирургического вмешательства. в – через год после хирургического вмешательства.



На боковой рентгенограмме шеи и томограммах гортани определяются огромные многокамерные кистовидные образования гортани слева, суживающие воздушный столб гортаноглотки. Справа кисты меньшего размера. Голосовые складки не изменены. Подскладковый отдел обычный (рис. 3).

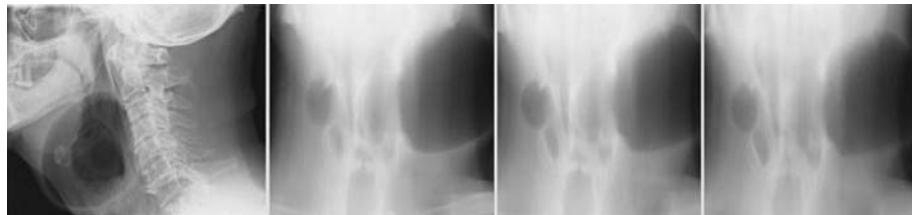


Рис. 3. Боковая рентгенография шеи по Земцову и томография гортани пациента Я, 1929 года рождения.
Определяются огромные многокамерные кистовидные образования слева,
суживающие воздушный столб гортаноглотки. Справа кисты меньшего размера.

11. 12. 06 вечером состояние больного ухудшилось. Отмечено нарастание затрудненного дыхания. При осмотре: состояние тяжелое; кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание затруднено, с втяжением всех уступчивых мест грудной клетки. При непрямой ларингоскопии: голосовая щель не обозрима, за счет объемного образования гортаноглотки. Больной по витальнym показаниям взят в операционную. Учитывая тяжесть состояния больного, больших размеров кисты, опасность возможного кровотечения от предварительной пункции кисты решено воздержаться. Произведена экстренная трахеостомия. Дыхание через трахеотомическую трубку восстановилось.

В течение нескольких дней наблюдения за больным отмечалась существенная положительная динамика: дыхание через гортань нормализовалось, образование практически исчезло. Было принято решение деканюлировать больного. Однако через трое суток, образование в гортани появилось вновь, непрерывно увеличиваясь в размерах. Учитывая риск развития нарушения дыхания, вновь поставлена трахеостомическая трубка. Причиной возникновения рецидива кисты гортани, вероятно, явился клапанный механизм в результате сообщения полости воздушного мешка с просветом гортани.

Больной направлен на компьютерно-томографическое исследование, в результате которого обнаружена воздушная полость, неправильной формы, существенно увеличивающаяся в размерах при глубоком вдохе, имеющая многочисленные карманы, со всех сторон окружающая гортань. При выдохе полость частично спадалась. На уровне левого морганиева желудочка воздушная полость имела сообщение с просветом гортани.

После предоперационной подготовки произведено удаление кисты. Под общей анестезией через трахеостому, выполнена эндоларингеальная микроларингоскопия. С помощью электрода «PROCISE LW» холодноплазменного хирургического аппарата Coblator II произведено поэтапное иссечение воздушного мешка. Операция прошла без осложнений. Послеоперационный период протекал гладко. После полной эпителизации раневой поверхности больной деканюлирован. Трахеостома закрылась самостоятельно. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

При контрольном осмотре (компьютерная томография через месяц и через год) - признаков рецидива нет (рис. 2, в). Просвет гортани широкий, дыхание свободное. Голосовые складки подвижные. В настоящий момент катамнез составляет 3 года.

Представленный случай подчеркнул необходимость не только предварительной трахеотомии, направленной на ликвидацию явлений стеноза, но и обязательного иссечения стенок кисты, что важно для предупреждения рецидива.

Больной В. 62 лет, поступил в ЛОР-клинику ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского 17. 11. 2008 с жалобами на охриплость, затруднение дыхания при физической нагрузке, наличие припухлости в области шеи справа, периодически увеличивающейся в объеме, особенно при крике, кашле. Из анамнеза известно, что в течение трёх лет постепенно нарастала одышка, дис-

фония. Притухлость на шее увеличивалась в размерах к вечеру, при этом нарастало удушье. Больной госпитализирован в нашу клинику для хирургического лечения.

При поступлении состояние удовлетворительное. Больной в сознании, контактен, ориентирован в месте, времени и ситуации. Температура тела: 36,6 °С. АД: 125/70 мм рт. ст. ЧСС: 82 ударов в минуту. ЧДД: 26 в минуту. Аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет.

При объективном обследовании выявлено: округлой формы притухлость мягко-эластической консистенции, в области верхней 1/3 шеи по внутреннему краю кивательной мышцы справа (рис. 4, а). Образование имело диаметр 3–4 см, после разговора, кашля размеры его увеличивались до 8 см в диаметре. При непрямой ларингоскопии и фиброларингоскопии: окружной формы образование прикрывало валикулу справа, гортань смещена в здоровую сторону, черпалонадгортанная складка и вестибулярная складка деформированы, слажены, выбухающее образование прикрывало голосовую складку справа, дыхательную щель.



Рис. 4. Внешний вид пациента В., 62 года.

а – до хирургического вмешательства. б – через год после хирургического вмешательства.

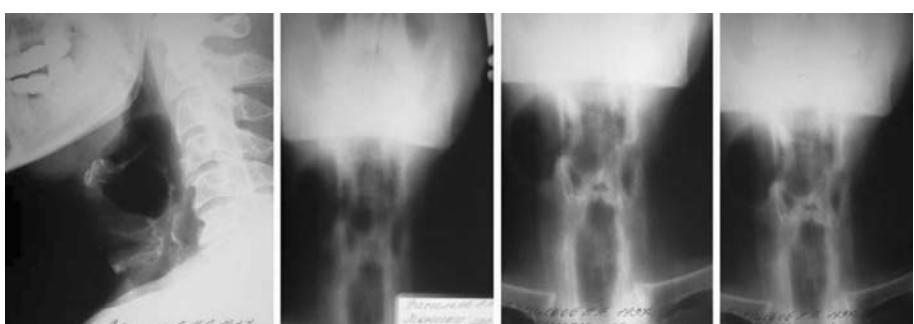


Рис. 5. Боковая рентгенография шеи по Земцову и томография гортани пациента В., 62 года.

Определяется тень дополнительного воздушного образования с тонкими четкими краями.

На боковой рентгенограмме и серии томограмм гортани определялась тень дополнительного воздушного образования с тонкими четкими краями (рис. 5).

Компьютерная томография шеи: в мягких тканях шеи справа выявлена большая воздушная киста, от боковой стенки гортани до подкожножировой клетчатки. Киста сообщалась широким устьем с полостью гортани на уровне правого морганиевого желудочка и черпалонадгортанной складки. Верхним полюсом распространялась несколько выше подъязычной кости, нижним располагалась ниже пластинки щитовидного хряща справа (рис. 6).

При ультразвуковом исследовании шеи: в верхней половине шеи справа имелось гиперэхогенное образование больших размеров.

Данные клинического анализа крови, биохимии крови, анализа мочи в пределах нормы. Из сопутствующей патологии: гипертоническая болезнь II степени.

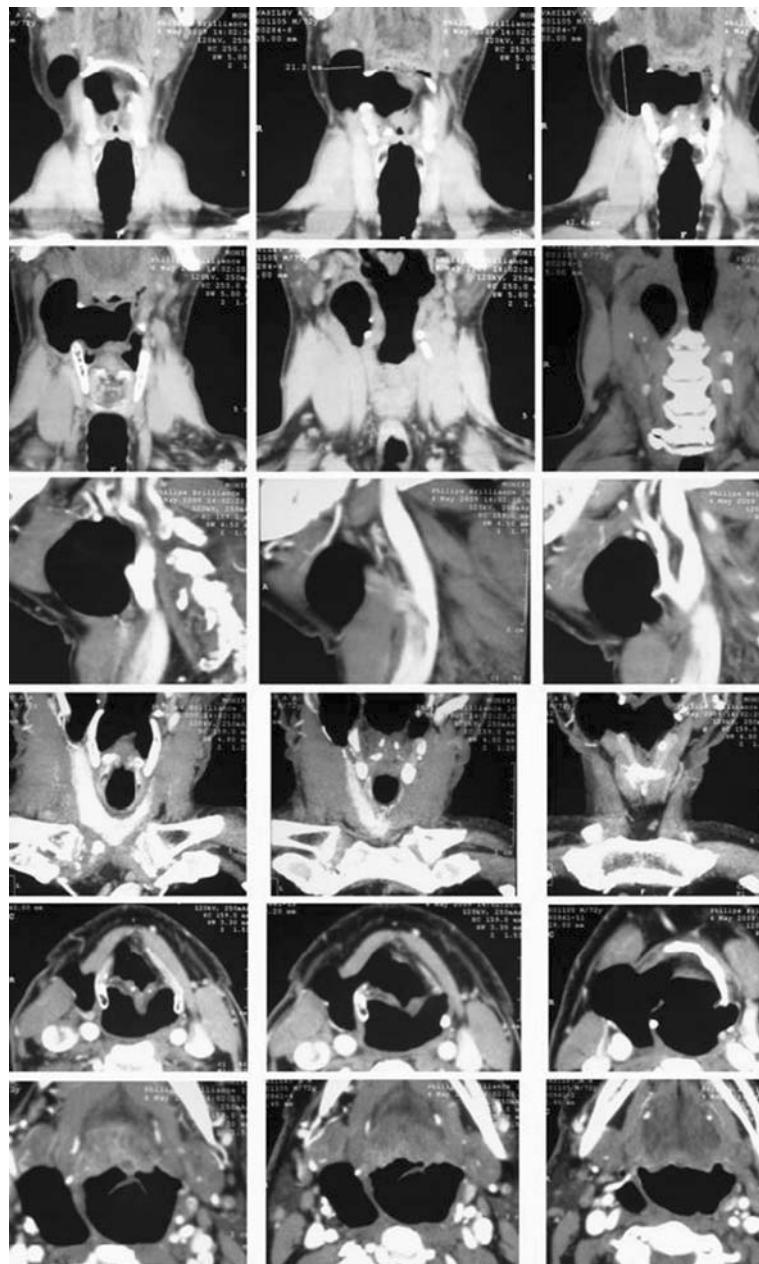


Рис. 6. Компьютерная томография шеи пациента В, 62 года.

В мягких тканях шеи справа выявлена большая воздушная киста, от боковой стенки гортани до подкожножировой клетчатки. Киста сообщается широким устьем с полостью гортани на уровне правого морганиевого желудочка и черпалонадгортанной складки.

27. 11. 2008 в условиях общей анестезии произведена прямая микроларингоскопия (рис. 7, а): купол воздушной кисты деформировал валлекулу, черпало-надгортанную складку, вестибулярную складку справа. Дыхательная щель смещена влево. После смещения выбухающей части кисты видна неизмененная правая голосовая складка, подголосовое пространство не изменено. С помощью электрода «PROCISE LW» холодноплазменного хирургического аппарата Coblator II перфорирована стенка кисты (рис. 7, б), выделился воздух, а также 2 мл белой вязкой слизи. Щипцами оттянуты оболочки кисты, отсечены с помощью электрода холодноплазменного аппарата у вестибулярной складки, на уровне черпалонадгортанной складки. Избыток слизистой оболочки удален коблацией (рис. 7, в).

В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию, больной соблюдал голосовой покой, щадящую диету. Послеоперационный период протекал без особенностей. Через 7 дней больной выписан на амбулаторное лечение.



Рис. 7. Пациент В., 62 года с воздушной кистой гортани.

а – прямая ларингоскопия; б – этап холодноплазменного иссечения воздушной кисты гортани;
в – вид гортани в конце операции.

При контрольном осмотре через 3, 6 месяцев и год спустя (рис. 4, б) самочувствие хорошее, голос звучный, чистый, одышки нет.

В данном случае применение эндоларингеальной холодноплазменной микрохирургии, позволило осуществить удаление воздушной кисты гортани при прямой опорной микроларингоскопии, без превентивного наложения трахеостомы, что существенно сократило сроки лечения больного.

Таким образом метод эндоларингеальной холодноплазменной микрохирургии при ларингоцеле является одним из наиболее перспективных для лечения этого вида патологии гортани, что обеспечивает в ходе операции бескровность, стерильность, а в послеоперационном периоде минимальные реактивные явления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винников А. К. Гунчиков М. В. К вопросу о кистовидных растяжениях гортани: Сборник научных трудов симпозиума посвященного 10-летию Ассоциации фониатров и фонопедов: Заболевания голосового аппарата и верхних дыхательных путей. М., 2001. С. 103–104.
2. Дмитриев Н. С. Шахов Г. К. Случай билатеральных воздушных кист гортани и кисты трахеи // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1979. - №3. - С. 103–104.
3. Исхаки Ю. Б. Кисты верхних дыхательных путей. – Душанбе: Ирфон, 1972. – 239 с.
4. Нестеренко А. В., Прохоров В. Н. Воздушная киста гортани // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1989. - №4. - С. 75.
5. Плужников М. С., Рябова М. А., Карпищенко С. А. Эндоскопическая лазерная хирургия в лечении ятrogenной воздушной кисты гортани // Лазерная медицина. – 1997. – Т. 1. вып. 2. – С. 33–34.
6. Плужников М. С., Рябова М. А., Карпищенко С. А. Контактная лазерная хирургия воздушных кист гортани / / Рос. оторинолар. – 2004. – №2 (9). – С. 131–134.
7. Староха А. В., Машак В. К., Иванов В. Н. Ларингоцеле с явлениями стеноза гортани // Журн. ушн., нос. и горл. - 1989. - №5. - С. 83.
8. Улоза В. Д. Атлас болезней гортани. – Вильнюс: Моксяис, 1986 – с. 60–63.
9. Щецацкий Б. М., Манукян Д. Э. Удаление комбинированной воздушной кисты гортани наружным подходом // Вестн. оторинолар. - 1988. - №4. - С. 76.
10. Шустер М. А., Рогатчикова Т. А. Особенности диагностики и лечения воздушных кист в сочетании с различными заболеваниями гортани // Там же. 1992. . №2. - С. 5–6.
11. An original case of laryngomucocele after Tucker surgery / Ayache S. [et al]. // Rev Laryngol. Otol. Rhinol. – 2001. – Vol. 122, №1 – P. 57–60.
12. Baker H. L., Baker S. R., McClatchey K. D. Manifestations and management of laryngocles. – Head and Neck surgery. 1982 – 4: 450.
13. Barnett R. J., Ceaser S. C., Wisdom G. S. Laryngocles and saccular cyst // State Med. Soc. – 2001. – Vol. 153, №4 – P. 170–173.
14. Computed tomographic and magnetic resonance imaging characteristics of laryngocle and its variants / Alvi A. [et al]. // Am. J. Otolaryngol. – 1998. – Vol. 19, №4 – P. 251–257.
15. Current diagnosis and treatment of laryngocle in adults / Dursun G. [et al]. // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2007. – Vol. 136, №2 – P. 211–216.
16. DeSanto L. W. Laryngocle, laryngeal mucocele, large saccules, and laryngeal saccular cysts: a developmental spectrum // Laryngoscope – 1974. – Vol. 84. – P. 1291.
17. DeSanto L. W., Devine K. D., Weiland L. H. Cysts of the larynx: classification // Laryngoscope – 1970. – Vol. 80. – P. 245.
18. Endoscopic CO₂ laser management of laryngocle / Devesa P. Martinez [et al]. // Laryngoscope. Surg. – 2002. – Vol. 8, №1 – P. 1426–1430.
19. Ettema S. L., Carothers D. G., Hoffman H. T. Laryngocle resection by combined external and endoscopic laser approach // Ann Otol. Rhinol. Laryngol. Surg. – 2003. – Vol. 112, №4 – P. 361–365.
20. Hirvonen T. P. Endoscopic CO₂ laser surgery for large internal laryngocle. // J. Otorhinolaryngol. – 2001. – Vol. 63, №1 – P. 58–60.



21. Hogikyan N. D., Bastian R. W. Endoscopic CO₂ laser excision of large or recurrent laryngeal saccular cysts in adults // Laryngoscope – 1997. – Vol. 107. – P. 260.
22. Laryngocele and saccular cysts / Holinger L. D. [et al]. // Ann Otol. Rhinol. Laryngol. – 1978. – Vol. 87. – P. 675.
23. Laryngocele: a rare complication of surgical tracheostomy/ Upile T. [et al]. // Surg. – 2006. – Vol. 27, №6 – P. 17–20.
24. Stell P. M., Maran A. G. D. Laryngocele // J. Laryngol. Otol. – 1975. – Vol. 89. – P. 915.
25. Szwarc B. J., Kashima H. K. Endoscopic management of a combined laryngocele. // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1997. – Vol. 106, №7 – P. 556–565.

УДК: 616. 22–009. 11 – 071

АЛГОРИТМ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОДНОСТОРОННИХ ПАРЕЗАХ И ПАРАЛИЧАХ ГОРТАНИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Д. М. Мустафаев¹, В. М. Свистушкин¹, Е. В. Оsipенко²,
В. Н. Селин¹, В. М. Исаев¹, С. Б. Цагадаева¹

ALGORITHM OF CLINICAL TESTS IN INDETERMINATE UNILATERALLY VOCAL FOLD PARESIS AND PARALYSIS

D. M. Mustafaev¹, V. M. Svistushkin¹, E. V. Osipenko²,
V. N. Selin¹, V. M. Isaev¹, S. B. Tsagadaeva¹

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимиরского

(Директор – З. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)¹

ФГУ Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)²

В отделении оториноларингологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимира за период с 2006 года по 2009 г. было обследовано 3 пациента с парезом и параличом гортани неясного генеза. Этиология односторонних парезов и параличей гортани различна, статистика зарубежных авторов сильно отличается. Основными причинами односторонних парезов и параличей гортани являются ятогенные факторы, среди них на первом месте стоит операции на щитовидной железе. Клиническая картина заболевания зависит от этиологии. Парезы и параличи гортани на фоне злокачественного процесса редко восстанавливаются. Возможности восстановления односторонних парезов и параличей гортани высоки на фоне неврологической патологии, а также при различных травмах. Всякий раз, когда этиология заболевания неизвестна, полный комплекс диагностического обследования обязательно. Гортанская электромиография имеет большую ценность, так как дает возможность дифференцировать паралич от анкилоза черпалоперстневидного сустава. Фонопедия является методом выбора лечения для восстановления голоса при односторонних парезах и параличах гортани.

Ключевые слова: односторонний парез и паралич гортани, клиническое обследование, гортанская электромиография.

Библиография: 17 источников.

From 2006 to 2009 3 patients with vocal fold paresis and paralysis were evaluated in the ENT department of the M. F. Vladimirsky Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute. The etiology of vocal fold paresis and paresis is varied, foreign studies report variable frequencies of causes. Most of the underlying lesions are iatrogenic, with thyroid surgery being the single most important causative factor. The outcome of the palsy depended on the etiology. Unilateral vocal fold paresis and paralysis caused by malignancy only rarely recovered. Chances of recovery were greatest for idiopathic unilateral vocal fold paresis and paralysis or palsy caused by neurological disease, but also a large proportion of