



3. Кетлинский С. А., Симбирцев А. С., Воробьев А. А. Эндогенные иммуномодуляторы. СПб.: Гиппократ, 1992. 256 с.
4. Крюков А. И., Туровский А. Б. Симптоматическая терапия при острых респираторных заболеваниях. Справочник поликлинического врача. 2005. № 4. Т. 4.
5. Лечение острых респираторных инфекций у военнослужащих / А. А. Зайцев [и др.] // Военно-медиц. журн. 2007. – № 11. – Т. 328. – С. 1519.
6. Морозова С. В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей // Рус. медиц. журн. 2005. – № 26. – Т. 13. – С. 1748–1751.
7. Симбирцев А. С. Биология семейства интерлейкина-1 человека // Иммунология. – 1998. – № 3. – С. 9–17.
8. Симбирцев А. С. Справочник по иммунотерапии. СПб.: Диалог, 2002. – 478. с.
9. Эпидемиологические особенности гриппа последних лет / Д. К. Львов. [др.] // Вопр. вирусологии. 1998. №2 С. 59–62.
10. Gwaltney J. M. Jr., Druce H. M. Efficacy of brompheniramine maleate treatment for rhinovirus colds // Clin. Inf. Dis. 1997; 25: 1188–1194.

Гуломов Зафарходжа Саидбекович докторант Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования РФ. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кировная, 41. Тел: +7-952-368-23-81 Э/п: gulomov_zafar@mail. ru.
Симбирцев Андрей Семёнович профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ особо чистых биопрепаратов. Санкт-Петербург, ул. Пудожская, 7. тел. 8-812-235-12-25. **Янов** Юрий Константинович докт. мед. наук, профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. тел. 8-812-316-29-32, э/п: log_obchestvo@bk. ru

УДК: 616. 22-007. 271-089. 844

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ

С. С. Решульский, А. Л. Клочихин, В. В. Виноградов, Т. А. Галкина

CLINICAL ASPECTS OF APPLICATION AUTOGRAFT FROM THE HYPOGLOSSAL BONE OF TREATMENT OF BILATERAL PARALYSES OF THE THROAT

S. S. Reshylsky, A. L. Klochihin, V. V. Vinogradov, T. A. Galkina

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Проблема лечения больных с паралитическими стенозами гортани остается актуальной на данный момент. Число данной патологии растет. Мы хотим предложить методику лечения паралитических стенозов гортани с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости. Отличием данного метода от остальных является то, что не нарушается целостность внутренних мышц и слизистой оболочки гортани. В работе представлены результаты лечения тридцати двух больных. Семи из них выполнена операция с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости, двадцати пяти эндоларингеальные операции: восемнадцать хордотомий, пять хордэктомий, три хордаритиноидэктомии. Мы пришли к выводу, что метод лечения паралитических стенозов гортани с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости дает неплохой результат и может быть применим.

Ключевые слова: гортань, стеноз, подъязычная кость, аутотрансплантат.

Библиография: – 7 источников.

The problem of treatment of patients with paralytic stenosis of a throat remains actual at present. The number of the given pathology grows. We wish to offer a technique of treatment of paralytic stenosis of a throat with application autograft from a body of a hypoglossal bone. Difference of the given method from the others is that integrity of internal muscles and a mucous membrane of a throat is not broken. In work results of treatment of thirty two patients are presented. Seven of them operation with



application autograft from a body of the hypoglossal bone, twenty five endolaryngeal operations is executed: eighteen cordotomy, five cordoectomy, three aryteanoidcordoectomy. We have come to conclusion, that the method of treatment of paralytic stenosis of a throat with application autograft from a body of a hypoglossal bone gives quite good result and can be apply.

Keywords: throat, stenosis, hypoglossal bone, autograft.

Bibliography: 7 sources.

Больные со стенозами полых органов шеи составляют 3% от всех оториноларингологических больных. По данным отечественных и зарубежных авторов, в 75–95% случаев причиной стенозирования гортани и трахеи являются:

- интубация,
- искусственная вентиляция легких,
- трахеостомия,
- поражение блуждающего нерва и его ветвей. Стенозы этих органов выявляются у 20–25% больных, перенесших интубацию, ИВЛ, трахеостомию, тотальную или частичную резекцию щитовидной железы [2].

Несмотря на значительные успехи современной клинической медицины и базовых дисциплин, многие проблемы диагностического и терапевтического плана не приобрели окончательного решения. Это в полной мере относится к некоторым вопросам ларингологии. В этом плане не является исключением проблема лечения расстройств функции внутренних мышц гортани, причиной которых, в подавляющем числе случаев, является нарушение иннервации гортани как следствие травматизации возвратного гортанного нерва и наружной ветви верхнего гортанного нерва при операциях на щитовидной железе. В части случаев они характеризуются не только тяжестью, но и необратимостью последствий [3, 4].

Несмотря на положительное влияние многообразия методов хирургического вмешательства на щитовидной железе, парезы и параличи, вызванные травмой возвратного нерва после первичных операций на щитовидной железе достигают 15%, при повторных вмешательствах доходят до 30% [1].

Описано и разработано множество вариантов лечения данной патологии. Основной метод лечения этих больных при односторонней неподвижности и атонии голосовой складки сводится к её медиализации и восстановлению тонуса, а при двустороннем поражении, обуславливающим паралитический стеноз гортани, к её латерофиксации [1, 7].

Также для больных с двусторонними параличами гортани разработаны способы одноэтапной реконструкции просвета. Известна методика операции при двустороннем паралитическом стенозе с помощью применения реберного хряща [2], аутоотрансплантатом из тела подъязычной кости на питающей ножке, применяемый в хирургии рубцовых стенозов и атрезии гортани у детей [6].

Проблема лечения осложняется рядом факторов, порою требующих индивидуального и оригинального решения. К их числу можно отнести и генез, и особенности организма пациента, и проводимое ранее лечение [5, 6]. Учитывая отмеченное можно считать, что актуальность проблемы отбора больных и их лечения при расстройствах фонаторной и дыхательной функций, связанных соответственно с паралитическими стенозами гортани разной этиологии не вызывает сомнений.

Цель. Улучшение функциональных и эстетических результатов лечения больных с паралитическими стенозами гортани.

Задачи. Для достижения указанной цели нами поставлены задачи:

1. Оценить возможность применения перемещенного сложного аутоотрансплантата из тела подъязычной кости на питающей ножке, из подподъязычных мышц для расширения просвета гортани при одностороннем и двустороннем паралитическом стенозе.
2. Модифицировать методику применения сложного аутоотрансплантата из тела подъязычной кости на питающей ножке, из подподъязычных мышц для расширения просвета гортани при одностороннем и двустороннем паралитическом стенозе.



Пациенты и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения тридцати двух больных с паралитическим стенозом гортани. семи из них выполнена операция по расширению просвета гортани с применением перемещенного сложного аутотрансплантата из тела подъязычной кости на питающей ножке, из подподъязычных мышц, двадцати пяти пациентам выполнены эндоларингеальные операции: восемнадцать – хордотомия, пяти – хордэктомия, трем – хордоаритиноидэктомия. Возраст пациентов в основном был в пределах от двадцати семи до пятидесяти шести лет, из них двадцать пять женщин и семь мужчин.

Причиной развития названного стеноза у двадцати восьми больных было хирургическое вмешательство на щитовидной железе с двусторонним или односторонним повреждением возвратного гортанного нерва, у четырех больных травмы мягких тканей шеи с повреждением того же нерва. В двадцати пяти случаях стеноз был односторонним, в семи случаях двусторонним.

Разработанный нами метод лечения больных с паралитическими стенозами гортани заключается в следующем: под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких в положении больного лежа на спине, производят разрез. Он проходит от проекции тела подъязычной кости по средней линии шеи вниз до уровня проекции перстневидного хряща.

Последовательно рассекается кожа, подкожно-жировая клетчатка. Края раны рассепаровывают в стороны по средней линии шеи, выделяют передние мышцы шеи, разводят их. Открывается передняя поверхность гортани, преимущественно острым способом отделяются от нее мышцы. Тиреотомию выполняют электробором, отступя от средней линии и вырезки щитовидного хряща на 0,5 см в сторону наиболее неподвижной складки. Просвет гортани не вскрывается, не рассекают внутренние мышцы гортани и слизистую оболочку.

Затем выделяют тело подъязычной кости, тупым и острым способом отделяют надподъязычные мышцы, больше на стороне тиреофиссуры. Обнажают фрагмент тела кости шириной 0,5–0,7 см. Обязательным на данном этапе операции является сохранение связи сформированного фрагмента тела подъязычной кости с подподъязычными мышцами на соответствующей стороне. Острыми костными кусачками резецируют фрагмент тела подъязычной кости. Таким образом, формируют аутотрансплантат на питающей мышечной ножке. Далее электробором производят два точечных фрезевых отверстия во фрагменте тела подъязычной кости.

Аутотрансплантат перемещают в зону тиреофиссуры на границе между средней и нижней третью щитовидного хряща, что соответствует уровню проекции голосовой щели, располагая его по длиннику между пластинами рассеченного щитовидного хряща. Фиксируют путем наложения лигатур между пластинами щитовидного хряща и аутотрансплантатом. Далее послойно ушивают мышцы, подкожно-жировую клетчатку и кожу. Рану в области забора аутотрансплантата активно дренируют.

В итоге, просвет голосовой щели увеличивается не нарушая целостности слизистой оболочки гортани. Такой прием обеспечивает профилактику рубцовых изменений в просвете гортани, обеспечивает достаточное дыхание и удовлетворительную фонацию.

Осложнения: из тридцати двух пролеченных больных осложнения возникли у четырех пациентов. После эндоларингеального вмешательства у трех пациентов в виде: одного респираторного, у двух пациентов отмечается значительное ухудшение голоса.

После операции по модифицированной методике, с применением перемещенного сложного аутотрансплантата из тела подъязычной кости на питающей ножке, из подподъязычных мышц, мы не наблюдали инфекционно-воспалительных осложнений, эмфиземы мягких тканей, формирования ларингостом и посттравматических тиреоидитов. Лишь у одного больного мы наблюдали смещение тела трансплантата в просвет гортани, которое привело к ухудшению дыхательной и голосовой функции, что в дальнейшем потребовало хирургической коррекции в виде удаления части трансплантата при эндоларингологическом вмешательстве.



Выводы:

1. При двусторонних параличах гортани с явлениями стеноза, без предшествующей трахеостомии, возможно применение сложного аутотрансплантата из тела подъязычной кости на питающей ножке, из подподъязычных мышц, для расширения просвета гортани.
2. Преимуществом нашего метода является то, что не нарушается целостность слизистой оболочки гортани. Такой прием обеспечивает профилактику рубцовых изменений в просвете гортани, обеспечивает достаточное дыхание и удовлетворительную фонацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П. С. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе// Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. 2005. – № 10. – С. 28–34.
2. Зенгер, А. Н., Наседкин, В. Д., Паршин В. Д. Хирургия повреждений гортани и трахеи. М.: Медкнига, 2007. 368 с.
3. Овчинников Ю. М. Справочник по оториноларингологии. 2-е изд. М.: МИА. 2007. 224 с.
4. Оториноларингология. Материалы к клиническим лекциям / В. Д. Меланьин [и др.] М.: МИА, 2010. Том 1. 347 с.
5. Плужников М. С., Лопотко А. И., Рябова М. А. Лазерная хирургия в оториноларингологии. П. П. Минск. «АНАЛМ» – «БДП». 2000. 221 с.
6. Цветков Э. А. Хирургическое лечение распространенных ларинготрахеальных рубцовых стенозов у детей// Вестн. оторинолар. 1988. №6. – С. 33–37.
7. Jochen A. Werner, M. D. Transoral laryngeal surgery. Tuttlinger. Germany. 2004. 72 p.

Решульский Сергей Сергеевич – мл. н. с. отдела патологии глотки и носа ФГУ НКЦО. 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 15. тел. 8-903-547-57-64. E-mail: www.RSS05@mail.ru; **Клочихин** Аркадий Львович, докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой ЛОР-болезней Ярославской медицинской академии. 150001 г. Ярославль, ул. Революционная 5, кафедра ЛОР-болезней **Виноградов** Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, сотрудник отдела онкологии головы шеи ФГУ НКЦО. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15. **Галкина** Татьяна Анатольевна – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением ФГУЗ КБ №86, 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15.