



5. Werner J. A., Dunne A. A. Value of neck dissection in patients with squamous cell carcinoma of unknown primary // Onkologie. – 2001. – Vol. 24. – N 1. – P. 16–20.

Джафаров Камиль Гамиль оглы – очный аспирант кафедры ЛОР-болезней ЯрославскойГМА. 150001, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; **Решульский** Сергей Сергеевич – мл. науч. сотрудник отдела патологии глотки и носа НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: +7-499-196-45-02, e-mail: rss05@mail.ru; **Виноградов** Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, ведущий науч. сотрудник отдела ЛОР-онкологии НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: +7-499-196-45-02.

УДК: 616.22-007.271

РУБЦОВО-ПАРАЛИТИЧЕСКИЕ СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ

О. И. Долгов

SCAR PARALYTIC LARYNGEAL STENOSIS

O. I. Dolgov

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье описываются сложности выявления причин длительно существующих хронических стенозов гортани. Приводится клиническое наблюдение случая хронического стеноза гортани комбинированной этиологии: сочетание рубцовых изменений в межчерпаловидной области и анкилоза перстнечерпаловидного сустава, протекавших под маской паралича голосовых складок. Авторы приходят к выводу, что диагностика подобных состояний представляет большую сложность и зачастую правильный диагноз удастся установить лишь после проведения оперативного вмешательства.

Ключевые слова: задние хронические стенозы гортани, лазерная хирургия, паралитический стеноз гортани.

Библиография: 4 источника.

In this article the author describes the complexity of identifying the causes of long-existing chronic stenosis of the larynx. We present a clinical case of chronic laryngeal stenosis with combined etiology: a combination of interarytenoid scar and ankylosis of the cricoarytenoid joint, occurring under the mask of vocal fold paralysis. The author makes a conclusion that the diagnosis of such state is very complicated, and often the correct diagnosis can be established only during surgery.

Key words: posterior glottic stenosis, laser surgery, paralytic laryngeal stenosis.

Bibliography: 4 sources.

Хронические задние стенозы гортани (ХЗСТГ) описываются как стойкое сужение просвета гортани, как правило, связанное рубцовыми изменениями в области задней комиссуры либо возникшее в результате нарушения подвижности в перстнечерпаловидных суставах.

Зачастую ХЗСТГ обнаруживаются в сочетании со стенозами подскладкового отдела, однако могут встречаться и как самостоятельная патология [4].

Формирование стойкого рубцового стеноза гортани после интубации трахеи является отдаленным осложнением в отличие от явлений дисфонии, которые наблюдаются у 14–50% больных, перенесших общую анестезию. В большинстве случаев дисфония носит временный характер и имеет тенденцию к купированию в течение нескольких дней.



Возникновение стойкого стеноза гортани после интубации трахеи варьируется от 4 до 14% в зависимости от длительности ИВЛ. По данным литературы, если интубация проводилась менее 24 ч, то более вероятно развитие стеноза в области передней комиссуры или возникновение паралича голосовых складок. Хронические задние стенозы гортани встречаются сравнительно редко, и наиболее распространенной причиной их возникновения являются:

- длительная интубация;
- повреждения слизистой оболочки межчерпаловидного пространства, черпаловидных или перстнечерпаловидных суставов [3];
- ожоги, вызванные приемом пациентами различных химически активных жидкостей;
- оперативные вмешательства на гортани, в том числе и эндоскопические.

До сих пор нет единого мнения в отношении оптимального метода лечения этой патологии. В целях восстановления просвета гортани в области задней комиссуры используются различные эндоскопические техники, такие как лазерная хирургия заднего отдела гортани, лазерная хирургия в сочетании с латерализацией голосовой складки, открытые техники лечения, такие как пересадка лоскута слизистой оболочки щеки в задний отдел гортани, использование реберного трансплантата и др. [4].

Непрямая ларингоскопия и трансназальная фиброскопия позволяют выявить билатеральные нарушения подвижности голосовых складок, находящихся в медиальном или парамедиальном положении, однако на практике можно обнаружить, что рубцовые изменения в межчерпаловидной области при этих видах эндоскопии весьма схожи с двухсторонним повреждением нерва. Кроме того, у пациентов с поражениями центральной нервной системы, длительно находящихся на ИВЛ, может возникать комбинированная патология [рубцовые изменения и (или) нарушения подвижности черпаловидных суставов в сочетании с нарушением иннервации гортани].

Только в ряде случаев при фиброскопическом исследовании гортани удается выявить рубцовые изменения в межчерпаловидной области, приводящие к стенозу [1], зачастую при первичном осмотре неподвижность голосовых складок ошибочно принимается за паралитический стеноз. Следовательно, окончательный диагноз представляется возможным установить только после тщательного осмотра гортани при опорной микроларингоскопии в условиях наркоза и наблюдения за пациентом в послеоперационном периоде после устранения видимых причин нарушения подвижности голосовых складок.

В литературе выделяют следующие типы рубцов заднего отдела гортани:

- 1-й тип – связочно-межчерпаловидный рубец, задняя комиссура интактна;
- 2-й тип – межчерпаловидный рубец с вовлечением задней комиссуры;
- 3-й тип – рубец задней комиссуры с вовлечением одного перстнечерпаловидного сустава;
- 4-й тип – рубец задней комиссуры с вовлечением двух перстнечерпаловидных суставов.

Представляем вашему вниманию клиническое наблюдение: лечение хронического рубцово-паралитического стеноза заднего отдела гортани, развившегося после длительной ИВЛ.

Пациентка К. 29 лет поступила в ЛОР-клинику СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова 18.04.2011 г. в плановом порядке по каналу высокотехнологической помощи с диагнозом: паралич голосовых складок, стеноз гортани, трахеостома.

Из анамнеза: считает себя больной с 2010 г., когда после суицидальной попытки (со слов пациентки прием противотуберкулезных препаратов) была доставлена в реанимационное отделение районной больницы, где находилась на продленной искусственной вентиляции, в результате чего была наложена трахеостома. На учете в психоневрологическом диспансере не состоит, суицидальную попытку объясняет проблемами личного характера. Стоит отметить, что в сопроводительных документах и представленном анамнезе психологические аспекты не упоминались.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на наличие трахеостомы.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, тревожна, плаксива, пациентку беспокоят состояние своего здоровья и дальнейшие перспективы. Дыхание через трахеостому адекватное.

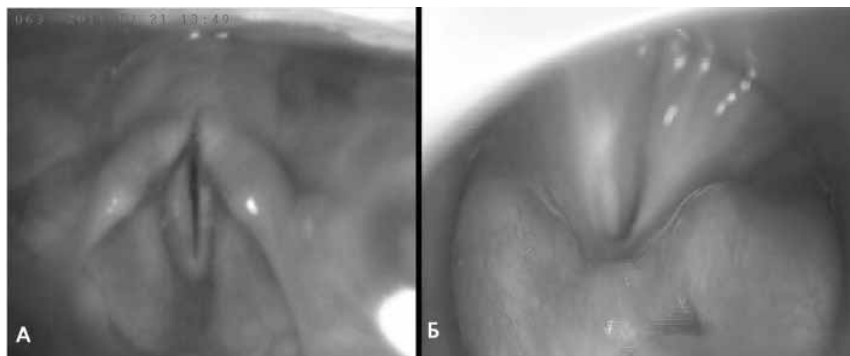


Рис. 1. А – эндоскопическая трансназальная фиброскопия гортани; Б – интраоперационная эндоскопическая картина (прямая микроларингоскопия) определяется зрелый рубец в межчерпаловидной области.

Трансназальная фиброларингоскопия: вход в гортань свободный, надгортанник не изменен. Голосовые складки белесые, ровные, в медиальном положении, неподвижны, голосовая щель 1 мм (рис. 1, А).

В целях уточнения причин стеноза гортани и определения тактики дальнейшего ведения пациентки 22.04.2011 г. в условиях высокочастотной искусственной вентиляции легких через трахеостому была выполнена опорная микроларингоскопия (рис. 1, Б). При осмотре: голосовые складки находятся в медиальном положении, при попытке отведения инструментом определяется неподвижность обоих перстнечерпаловидных суставов. Область межчерпаловидного пространства выполнена зрелой рубцовой тканью, частично нависающей над входом в гортань.

Полупроводниковым лазером в контактном режиме на мощности 8 Вт было произведено рассечение рубцовой ткани, фиксирующей правый перстнечерпаловидный сустав. При этом произошло увеличение просвета голосовой щели до 3–4 мм в результате пассивного смещения правой голосовой складки латерально (рис. 2, А). Затем произведено иссечение нависающего над голосовой щелью участка рубцовой ткани и голосового отростка черпаловидного хряща справа (рис. 2, Б). В результате сформирован визуально достаточный просвет дыхательных путей (рис. 2, В).

Послеоперационный диагноз: хронический рубцово-паралитический стеноз заднего отдела гортани с вовлечением обоих перстнечерпаловидных суставов.

В послеоперационном периоде проводились массивная антибактериальная терапия, антирефлюксная терапия, включавшая соблюдение режима питания, в сочетании с назначением препаратов угнетения желудочной секреции. Эти меры позволяют уменьшить ранние реактивные явления в послеоперационной области. Ежедневные фиброскопические осмотры выявили эндоскопическую картину, не соответствовавшую полученной интраоперационно при прямой ларингоскопии: реактивное воспаление в области операционной раны имело тенденцию к нарастанию, дыхательный просвет между голосовыми складками не определялся, дыхание при закрытой трахеостоме было невозможно (рис. 3, А). Для предупреждения контакта раневых поверхностей и обеспечения дыхания через естественные пути было принято решение о временной установке Т-образного стента в просвет гортани (рис. 3, Б).

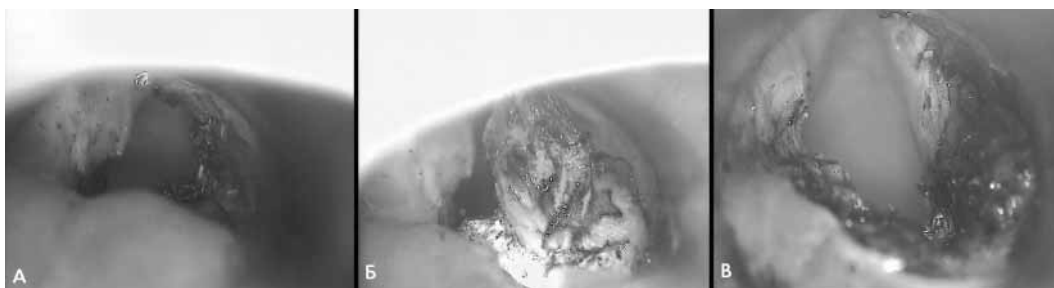


Рис. 2. А – просвет, сформировавшийся после рассечения рубцовой ткани, фиксирующей правый перстнечерпаловидный сустав; Б – отсечение лазерным волокном рубцового конгломерата; В – микроларингоскопическая картина в конце операции.



Рис. 3. А – голосовые складки в парамедиальном положении; Б – Т-образный стент установлен между голосовыми складками; В – после удаления стента просвет голосовой щели достаточный для дыхания.

По причине повышенного психоэмоционального напряжения пациентка плохо переносила ношение стента: постоянно обращалась к персоналу с вопросами о возможности ее скорой деканюляции, писала записки с просьбами о психологической помощи. С согласия пациентки была организована консультация психиатра, выявившего тревожно-депрессивное расстройство. К лечению добавлены седативные препараты. По истечению четвертых суток, после стихания основных реактивных воспалительных явлений, стент был удален. При фиброскопии обнаружилось, что правая голосовая складка восстановила свою подвижность, обеспечив достаточную для дыхания голосовую щель. Края раны умеренно покрыты белесым налетом, дыхание через естественные дыхательные пути при закрытой трахеостоме адекватное (рис. 3, В).

Учитывая рубцовые изменения, выявленные интраоперационно, и факт восстановления подвижности голосовой складки с оперированной стороны в раннем послеоперационном периоде после кратковременного стентирования, вопрос об этиологии стеноза остается дискуссионным. Возможно, некоторую ясность внесло бы электромиографическое исследование, однако, скорее всего, это бы не повлияло на хирургическую тактику, целью которой являлось максимально щадящее иссечение рубцовых изменений.

Ввиду того что пациентка проживает в республике Карелия, и из-за особенностей ее психологического статуса, во избежание асфиксии во время следования домой было принято решение оставить трахеостому. Даны рекомендации произвести деканюляцию в ЛОР-отделении по месту жительства.

Представленный вашему вниманию клинический случай подтверждает, что наличие рубцовых изменений в межчерпаловидном пространстве не исключает наличия анкилоза суставов гортани, или паралитического стеноза, поэтому диагностика подобных состояний представляет большую сложность, и зачастую поставить правильный диагноз на догоспитальном этапе не представляется возможным.

Обычно больным с 4-м типом стеноза заднего отдела гортани на нашей кафедре выполняют лазерную хордаритеноидэктомию без стентирования [2]. В данном клиническом наблюдении впервые применен метод краткосрочного стентирования гортани для профилактики рестенозирования в раннем послеоперационном периоде с хорошим результатом, включающим восстановление подвижности голосовой складки после хирургических манипуляций в области гортани, несмотря на длительность заболевания.

Психический статус пациента в значительной степени влияет на тактику и возможности лечения. Если у врача есть сомнения относительно адекватного поведения пациента в послеоперационном периоде и способности соблюдения им необходимых рекомендаций, то, вероятно, следует с осторожностью подходить к выполнению плановых оперативных вмешательств, выполняемых не по жизненным показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазерная хирургия рубцовых стенозов гортани / М. С. Плужников [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2003. – № 1. – С. 4–8.
2. Рябова М. А. Реабилитация голоса у больных с рубцовыми стенозами голосового отдела гортани // Голос и речь. – 2010. – № 1. – С. 52–54.
3. Posterior glottic stenosis in adults / M. Wolf [et al.] // Isr Med Assoc J. – 2007. – Vol. 9. – P. 597–599.



4. The Use of Posterior Cricoid Grafting in Managing Isolated Posterior Glottic Stenosis in Children / Michael J. Rutter [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head. Neck Surg. – 2004. – Vol. 130, – P. 737–739.

Долгов Олег Игоревич – клинический ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Санкт-Петербург, ул. Льва-Толстого 6/8; тел.: 8-921-845-03-51, e-mail: oidolgov@yandex.ru

УДК: 616.284:615.463

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОССИКУЛОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ ПРОТЕЗОВ И СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА

С. А. Еремин, С. В. Астащенко, М. В. Комаров

COMPARATIVE ANALYSIS OF FUNCTIONAL RESULTS OSSIKULOPLASTY WITH TITANIUM PROSTHESES AND GLASS-IONOMER CEMENT

S. A. Eremin, S. V. Astashchenko, M. V. Komarov

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа
и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Выполнена сравнительная оценка функциональных результатов реконструкции цепи слуховых косточек с помощью стеклоиономерного цемента и титановых протезов. Обследованы 40 пациентов. В группе 1 (18 пациентов) для оссикулопластики применен стеклоиономерный цемент вместе с протезами и самостоятельно. В группе 2 (22 пациента) для оссикулопластики применены только титановые протезы. Уменьшение костно-воздушного интервала после операции при использовании стеклоиономерного цемента или титановых протезов одинаковое – 9,3 дБ. При использовании стеклоиономерного цемента вместе с протезами снижение костно-воздушного интервала более 20 дБ. Реконструкция цепи слуховых косточек стеклоиономерным цементом не уступает титановым протезам. В случаях их комбинации результат наиболее высок.

Ключевые слова: стеклоиономерный цемент, среднее ухо, слухоулучшающая операция, тимпанопластика тип II, оссикулопластика, титановые протезы, TORP, PORP, k-piston.

Библиография: 17 источников.

A comparative evaluation of functional results ossicular chain reconstruction with titanium prostheses and glass-ionomer cement (GIC). We examined 40 patients. In group 1 (18 patients) for ossikulooplasty used GIC with titanium prostheses and single. In group 2 (22 patients) for ossikulooplasty used only titanium prostheses. Reduction of bone-air interval in both groups the same – 9.3 dB. When using glass-ionomer cement with titanium-prosthesis reduced air range > 20 dB. Reconstruction of the ossicular chain with GIC is not inferior to titanium prostheses. In cases where the result of a combination GIC and titanium prostheses of the most high.

Key words: glass-ionomer cement, middle ear, surgery improves hearing, tympanoplasty type II, ossikulooplasty, titanium prostheses, TORP, PORP, k-piston.

Bibliography: 17 sources.

В хирургии среднего уха, в частности при проведении тимпанопластики, хирург зачастую сталкивается с проблемой приобретенных дефектов цепи слуховых косточек [4, 5, 12, 15]. По некоторым данным, частота встречаемости патологических изменений слуховых косточек достигает 67%, причем наиболее часто, до 53%, наблюдается разрушение длинного отростка наковальни, что приводит к нарушению звукопроводения [3, 4]. Известно много способов оссикулопластики, где применяются как аутоотканы, так и новейшие достижения науки в области металлических и полимерных материалов [4, 7–9, 13–15, 17].