

А.П. КОВАЛИК, В.Ф. АНТОНІВ

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДИХАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ПАРАЛІТИЧНИМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНІ І ОДНОБІЧНИМ АНКІЛОЗОМ ПЕРСНЕВИДНО-ЧЕРПАКУВАТОГО СУГЛОБА

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. О.І. Яшан) Терноп. мед. ун-ту ім.
І.Я. Горбачевського; каф. оториноларингології (зав. – проф. В.Ф. Антонів)
Рос. ун-ту Дружби народів*

Для відновлення порушеної дихальної функції гортані в залежності від виду ураження запропонована велика кількість хірургічних втручань. Але і до цього часу дана проблема залишається однією із складних і далеко не вирішеною. Особливо це стосується хворих з двобічним паралічем гортані. В той же час в останні роки намітилась тенденція до збільшення частоти розвитку даного захворювання (А.Е. Усков, 1998). Для лікування пацієнтів з паралітичним стенозом гортані використовується ендоларингеальна хордектомія (В.Т. Пальчун, 1974), аритеноїдектомія (Ю.Б. Преображенский и соавт., 1980), хордектомія з резекцією черпакуватого хряща (Б.И. Павлык, И.Н. Кононенко, 1991), реіннервація гортані (В.Т. Пальчун, 1974; В.С. Погосов, В.Ф. Антонів, 1985), латерофіксація голосової складки (Ф.А. Тышко, 1981; В. Улоза, К. Бальсявичюс, 1998) та ін. За даними різних авторів (Ф.А. Тышко, 1981; С.Н. Лапченко, П.Ш. Гаджиев, 1987; М.Р. Богомільский, Т.И. Гаращенко, 1999; В.Н. Фоломеев, Е.Г. Ежова, 1999), незадовільні результати терапії при цій патології становлять від 6 до 78%. Не дивлячись на велику різноманітність запропонованих хірургічних втручань для реабілітації дихальної функції при паралітичному стенозі гортані, в доступній нам літературі ми не знайшли методики лікування хворих з двобічним паралічем гортані та одночасним анкілозом одного персневидно-черпакуватого суглоба. Тим більше, що при

такій патології ряд перелічених вище способів хірургічного втручання не завжди ефективні. Враховуючи вищесказане, ми розробили і застосували в клініці дещо нову тактику при хірургічному лікуванні таких пацієнтів.

Під нашим наглядом знаходилось 7 осіб віком від 24 до 49 років з двобічним паралітичним стенозом гортані та одночасним анкілозом одного персневидно-черпакуватого суглоба. З них було 5 осіб жіночої і 2 – чоловічої статі. Причиною параліча гортані у 6 обстежуваних виявилась проведена в минулому струмектомія, а у 1 – травма ший. У всіх цих пацієнтів в минулому для покращання дихальної функції виконувалась ендоларингеальна однобічна хордектомія. В післяопераційному періоді дихання у них покращувалось, однак через деякий час (від 1 міс до 1,5 років) знову погіршувалось і поверталось до того стану, який був до операції. З 7 госпіталізованих осіб 4 дихали через трахеостому, а решта (3 хворих) дихали, хоч і з утрудненням, через гортань (стеноз гортані II ст.), і тому ми попередньо змушені були провести трахеостомію.

При обстеженні пацієнтів рухомість черпакуватих хрящів визначалась за методикою І.М. Банаря (1987). При непрямій ларингоскопії у всіх обстежуваних виявлено на боці проведеної в минулому хордектомії рубець, що нагадував голосову складку. При визначенні рухомості в персневидно-

черпакувату суглобі на одному боці виявлено анкілоз (у 4 осіб на боці проведеної у минулому хордектомії, а у 3 – на протилежному боці). Анкілоз в персневидно-черпакувату суглобі на боці проведеного операцію, на нашу думку, можна пояснити нанесеною хірургічною травмою. Що ж стосується тих випадків, де анкілоз був на протилежному боці, то його появу пояснити важко. Можливо, він сформувався в результаті тривалої нерухомості.

Перед хірургічним втручанням у даної групи хворих, виникло питання про обрання тактики його виконання. Ми вирішили на боці, де рухомість в персневидно-черпакувату суглобі зберігалась, провести латерофіксацію черпакувато хряща з голосовою складкою, а на протилежному – хордектомію разом з голосовим відростком черпакувато хряща. Протипоказанням до даного хірургічного втручання не були і ті випадки, де на боці збереженої рухомості в персневидно-черпакувату суглобі вже була зроблена в минулому хордектомія. При цьому черпакуватий хрящ ми максимально зміщували вбік разом з рубцевозміненою складкою і фіксували його. Латерофіксація здійснювалась за методикою Ф.О. Тишка (1981), значною перевагою якої є те, що втручання проводиться без розкриття гортані. Однак для наших пацієнтів це не мало вирішального значення, оскільки наступним етапом запропонованої нами тактики було розкриття гортані (тиреотомія) для виконання подальшого етапу хірургічного втручання. З 7 прооперованих у 4 латерофіксація здійснена за класичною методикою Ф.О. Тишка, а у 3 – після тиреотомії. У тих осіб, у яких попередньо була проведена латерофіксація, після тиреотомії ми змогли переконатись у надійності фіксації черпакувато хряща.

Після розкриття гортані ми за допомогою гачків розводили краї щитоподібного хряща вбік і приступали до видалення голосової складки з протилежної від латерофіксації сторони. Для цього вона разом з підглогою тканиною відшаровувалась за допомогою розпатора від щитоподібного хряща від

передньої комісури до голосового відростка черпакувато хряща. Голосова складка фіксувалась затискачем, і для її видалення проводились над і під нею (паралельно складці) поздовжні розрізи слизової оболонки. Черпакуватий хрящ звільнявся від слизової оболонки, його тіло фіксувалось м'яким затискачем, і відсікався голосовий відросток разом з голосовою складкою. Після видалення голосової складки на слизову оболонку накладались кетгуттові шви. Після цього в гортані не залишалось раневої поверхні, а тому тампонувати порожнину гортані не було необхідності. Післяопераційна рана пошарово зашивалась. Хворих ми деканюлювали після зникнення реактивних явищ (в середньому через 3-5 тижнів) в гортані (зменшення набряку черпакуватонадгортанних складок, черпакуватих хрящів, слизової оболонки гортані та ін.). Перед видаленням трахеотомічної трубки виконувалась так звана дихальна проба: трахеотомічна трубка на добу закривалась марлевым тампоном (з урахуванням мір перестороги, щоб марлевий тампон не потрапив у трахею). Якщо пацієнт після закриття трахеотомічної трубки вільно дихав на протязі доби через природні дихальні шляхи, то виконувалась деканюляція. Після цього трахеостома через декілька днів закривалась самостійно.

Хворі були обстежені в післяопераційний період через 1-6 міс, а також через 1-5 років. При непрямій ларингоскопії виявлено, що голосова щілина залишалась широкою, гортань була малорухомою, на місці видаленої складки утворювався рубець, який дещо нагадував голосову складку. У всіх обстежених дихання через природні дихальні шляхи залишалось вільним, проте голос був слабким, малозвучним.

Таким чином, запропонована нами методика хірургічної реабілітації дихальної функції гортані при її паралітичному стенозі з однобічним анкілозом персневидно-черпакувато суглоба досить ефективна і може бути рекомендована для застосування в клінічній практиці при лікуванні таких пацієнтів.

1. Банарь И.М., Фрунташ Н.М., Антонив В.Ф., Цыбырнэ Г.А. Реабилитация больных с периферическим параличем гортани. – Кишинев: Здравоохранение, 1987. – №5. – С. 26-27.
2. Богомилский М.Р., Гаращенко Т.И., Онуфриева Е.К. Эндоскопическое применение хирургических лазеров при стойких обструктивных процессах в гортанной части глотки, гортани и трахеи у детей // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – №1. – С. 39-41.
3. Лапченко С.Н., Гаджиев Р.Ш. Подслизистая миоаритеноидрезекция при стенозах гортани паралитической этиологии // Вестн. оториноларингологии. – 1987. – №4. – С. 44-48.
4. Павлык Б.И., Кононенко И.Н. Показатели функции внешнего дыхания при паралическом стенозе гортани до и после эндоларингеальной микрохирургии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1991. – №2. – С. 26-30.
5. Пальчун В.Т. Операция на голосовом аппарате при двустороннем параличе гортани // Материалы респ. конф. и Пленума Правления Всерос. научного мед. об-ва оториноларингологов. – Иваново, 1974. – С. 93-95.
6. Погосов В.С., Антонив В.Ф. Применение кожно-мышечных лоскутов в реконструктивной хирургии глотки и гортани // Вестн. оториноларингологии. – 1985. – №6. – С. 56-59.
7. Преображенский Ю.Б., Чиршкин Л.Г., Гальперина И.С. Микроларингоскопия и эндоларингеальная микрохирургия. – М.: Медицина, 1980. – 175 с.
8. Тышко Ф.А. Хирургическое лечение больных с посттравматическими стенозами гортани и трахеи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1981. – 23 с.
9. Улоза В., Бальсявичюс К. Хирургическое лечение двустороннего паралича гортани латерофиксацией голосовой складки // Вестн. оториноларингологии. – 1998. – №6. – С. 24-27.
10. Усков А.Е. Хирургическая реабилитация больных с двусторонним паралитическим стенозом гортани // Вестн. оториноларингологии. – 1998. – №4. – С. 58-61.
11. Фаломеев В.Н., Ежова Е.Г. Диагностика и лечение больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – №3. – С. 25-27.

Надійшла до редакції 04.02.08.

© А.П. Ковалик, В.Ф. Антонів, 2008