

Р.К. ЯГУДИН, В.Р. ДЕМЕНКОВ, К.Ф. ЯГУДИН

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ, ОПЕРИРОВАННЫХ ЧЕРЕЗ НАРУЖНЫЙ ТИРЕОФИССУРНЫЙ ДОСТУП

*Каф. офтальмологии и оториноларингологии (зав. – проф. А.М. Петруня)
Луган. гос. мед. ун-та (ректор – проф. В.К. Ивченко)*

Традиционно на кафедре ЛОР-болезней Луганского государственного медицинского университета в хирургии стенозов гортани используется наружный срединный тиреофиссурный доступ. Недостатками его считается удлиненный послеоперационный период, необходимый для заживления раны на шее, высокая частота воспалительных раневых осложнений, образование грануляций в передней комиссуре в месте доступа в гортань [1, 5, 9, 13]. Достоинства данного доступа заключаются в лучшей обзримости операционного поля, возможности выполнения сложных оперативных приемов и тщательного ушивания слизистой оболочки гортани. Высказывается мнение, что доступ через тиреофиссуру показан в случае, когда другие методы неуспешны [5, 18].

Цель работы – снижение числа раневых осложнений при хирургическом лечении больных, паралитическими стенозами гортани наружным тиреофиссурным доступом.

Задачи:

1) изучить особенности послеоперационного периода, частоту и структуру раневых осложнений при тиреофиссурном доступе к структурам гортани;

2) выявить факторы, влияющие на частоту образования комиссуральных гранул гортани;

3) оценить влияние сокращения длительности тампонады гортани на послеоперационный период.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 43 человека с паралитическим стенозом

гортани, оперированных в период с 26.04.1985 г. по 05.09.2008 г. До 2000 г. в клинике применялась методика односторонней подслизистой аритенохордэктоми (13 больных). После критического анализа результатов лечения в последующем мы стали использовать пластическую аритенохордэктомию (32), причем у большей части пациентов для обеспечения лучшего восстановления дыхания вмешательство проводили сразу на обеих голосовых складках. Суммарное количество операций не соответствует общему числу больных из-за того, что двое из них сначала были безуспешно прооперированы по традиционной методике, а затем – по вновь предложенной. Подробное описание способа опубликовано нами ранее [11].

Трое пациенты с сочетанными рубцовыми стенозами подголосовой полости и шейного отдела трахеи были исключены из анализа. Таким образом, в исследование вошли данные о 40 лицах (38 женщин и 2 мужчин). Возраст обследуемых колебался от 24 до 74 лет, среднее значение 51,7 (13,2) лет. Этиология срединного стеноза гортани: операции на щитовидной железе – у 37, идиопатический паралич – у 1, травма – у 1, продленная интубация – у 1. Трое человек поступили с трахеальными свищами, еще трое были канюленосителями, неудачное лечение по поводу паралитического стеноза гортани в анамнезе было у 2 (5%).

Из 40 пациентов по способу односторонней аритенохордэктоми прооперированы 12, в объеме двусторонней пластической аритенохордэктоми (ДПА) – 27, односторонней пластической аритенохордо-

томии – 1. В 3 случаях одновременно с основным вмешательством через тот же доступ проведено удаление срединной кисты шеи (у 1) и аберрантного зуба (у 2).

Вне зависимости от способа выполнения операция начиналась с наложения трахеостомы, а в конце вмешательства полость гортани тампонировалась по Микуличу марлевой турундой с синтомициновой или левомеколевой мазью. Тампонада гортани была направлена на обеспечение глотания и профилактики возможного аспирационного синдрома в течение первых дней послеоперационного периода [13, 14, 17]. Тампон способствовал также плотному прилеганию слизистой оболочки к раневому ложу, защищал линию швов от разрывного действия кашлевых толчков.

Для профилактики хондроперихондрита гортани края рассеченного щитовидного хряща защищались от инфекции сшиванием слизистой оболочки гортани вдоль всего периметра тиреофиссурной раны с отпрепарованной первой фасцией шеи. Рана над тампоном ушивалась, конец тампона выводился между швами на кожу. Таким образом, края слизистой оболочки в передней комиссуре между собой не сшивались («старый» способ). Из-за частого образования послеоперационных гранул от этого способа отказались, и в дальнейшем слизистая оболочка в верхних 2/3 раны сшивалась в прежнем положении, и только в нижней части раны, где оставлялся выход для тампона, хрящ защищался фасциальным листком («новый» способ).

Тампон Микулича удалялся через 3 – 9 дней после операции, дыхание в этот период обеспечивалось через трахеоканюлю. Если после извлечения тампона было отмечено затруднение дыхания через гортань, обусловленное воспалением ее слизистой оболочки в ответ на тампонаду, кратковременно внутримышечно вводились глюкокортикоиды (от 2 до 4 дней). Через несколько дней после удаления тампона на основании субъективного мнения хирурга о достаточной свободе дыхания через естественные дыхательные пути больные были деканюлированы. До 2000 г. трахеотомическая рана в большей части случаев (70%) не ушивалась, а оставлялась на вторичное зажив-

ление в расчете на то, что сохраняющийся в течение нескольких дней трахеальный свищ позволит компенсировать дыхание в случае его ухудшения. При этом наличие остаточного свища не препятствовало выписке пациентов из стационара. В дальнейшем для ускорения реабилитации больных и улучшения их психологического состояния на трахеотомическую рану стали накладывать вторичные швы, а больных выписывать уже с полностью зажившими ранами. Если больные поступали с наличием стойкого трахеального свища, требовавшего его пластического закрытия, то эту операцию проводили в отдельную госпитализацию – 3 больных.

При анализе особенностей заживления раны исходили из того, что при одинаковом наружном тиреофиссурном доступе различия в способе рассечения голосовой складки не могут оказать существенного влияния на частоту раневых осложнений, а также частоту возникновения послеоперационных комиссуральных гранул гортани. Поэтому частоту и структуру раневых осложнений изучали среди всех больных (40 пациентов).

Также исследовалась гипотеза о том, что сокращение тампонады до 3 суток не приводит к дополнительным осложнениям, связанным с ранним удалением тампона, но в то же время вызывает менее выраженные реактивные изменения в гортани, а значит, реже препятствует ранней деканюляции больных по сравнению с более длительными сроками тампонады. Учитывая, что на сроки деканюляции оказывает влияние способ хирургического вмешательства, данный анализ проводился только среди лиц с ДПА (у 27). Обследуемые с ДПА были подразделены на две подгруппы: в 1-ю вошли 19 человек с длительностью тампонады гортани 3 дня, во 2-ю – 8 со сроками тампонады более 3 дней (от 4 до 6); у всех для пропитывания тампона использована мазь «Левомеколь».

Оценивались различия в сроках деканюляции и ушивания трахеотомической раны, в длительности нахождения в стационаре после операции, различия в доле больных, которым парентерально вводились глюкокортикоиды в послеоперационном

периоде. Влияние тампонады на возникновение реактивного воспаления слизистой оболочки гортани оценивалось также по доле пациентов, у которых деканюляция была осуществлена на следующий день после удаления тампона (не более 1 суток «контрольного» наблюдения). Исходили из предположения, что если больного можно деканюлировать на следующий день, то, вероятно, отсутствует клинически значимое реактивное воспаление, в противном случае можно предполагать его наличие.

При описании групп, количественные непрерывные переменные мы представляли как среднее (стандартное отклонение), а количественные дискретные величины - в виде медианы (нижний - верхний квартили). Различия между группами для количественных величин анализированы с помощью рангового критерия Манна-Уитни, при анализе различия частот исследуемых признаков использовался точный тест Фишера [7]. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты

Общая частота и структура раневых осложнений. Послеоперационные осложнения встретились у 11 (27,5%) из 40 оперированных. В 3 наблюдениях отмечены осложнения, связанные с наложением трахеостомы (подкожная эмфизема). Другие осложнения были обусловлены самим наружным доступом и тампонадой гортани: 1) инфильтрат в верхнем полюсе раны - у 4 (10%); 2) инфильтрат в месте выхода тампона Микулича - у 4 (10%); 3) поверхностный некроз кожи под швами - у 1 (2,5%)¹.

Причина подкожной эмфиземы заключалась в слишком плотном ушивании кожи вокруг трахеоканюли, что во время кашля вело к нагнетанию воздуха под кожу шеи [8]. Для устранения причины было достаточно снятия одного-двух швов выше или ниже трахеостомы, после чего поступление воздуха под кожу прекращалось, а эмфизема купировалась самостоятельно в течение 3-4 дней. Послеоперационный период у об-

¹ Сумма осложнений не соответствует числу лиц с осложнениями из-за того, что у одной больной отмечены сразу 2 осложнения.

следуемых с эмфиземой затягивался только в случае присоединения воспалительных осложнений со стороны раны (одно наблюдение). Инфильтрация в верхнем полюсе раны была обусловлена образованием плохо дренируемого раневого кармана в преднадгортанниковой клетчатке, рассекаемой по ходу доступа к гортани. После снятия одного - двух швов и разведения краев раны во всех случаях инфильтрат разрешался без нагноения. Воспаление кожи в месте выхода тампона Микулича наблюдался только у лиц с длительностью нахождения тампона в гортани более 3 сут (4; 4; 5; 6 сут). У одной из этих больных в последующем сформировался точечный свищ гортани, для закрытия которого потребовался кюретаж его стенок. Поверхностный трофический некроз кожи под швами выявлен у одной пациентки (вследствие чрезмерно частого их наложения). Для купирования данного осложнения потребовалось иссечь края кожи и повторно наложить швы. Длительность пребывания в стационаре после операции у этой больной с учетом окончательного снятия вторичных швов составила 16 сут.

Таким образом, раневые осложнения встретились у каждого четвертого обследуемого, прооперированного наружным доступом со вскрытием просвета гортани и наложением трахеостомы. Все пациенты с раневыми осложнениями были успешно деканюлированы. Несмотря на инфильтрацию раны над щитовидным хрящом у 20% прооперированных, мы не наблюдали послеоперационного хондроперихондрита гортани ни в одном случае.

Частота образования послеоперационных гранул гортани. В послеоперационном периоде отмечено образования гранул гортани у 15 человек после 40 операций. Гранулемы удалялись эндоларингеально под местной анестезией гортанными щипцами в сроки от 45 до 216 дней после вмешательства. При гистологическом исследовании удаленной ткани определялась хронически воспаленная грануляционная ткань, местами покрытая многослойным плоским эпителием, или фиброзная ткань с воспалительной инфильтрацией, также частично покрытая эпителием. В 2 наблюдениях отмечено рецидивирование гранулем.

В большинстве случаев (у 14) гранулемы исходили из места доступа в гортань - передней комиссуры. Только у 1 больного мы наблюдали гранулему, исходящую из области оперативного вмешательства. Как и предполагалось до проведения исследования, частота образования комиссуральных гранулем не зависела от способа

операции на голосовой складке ($p=0,281$). Учитывая преимущественную локализацию их роста, мы выдвинули гипотезу, что на образование гранулем влияет способ закрытия тиреофиссурной раны. Распределение количества гранулем в зависимости от способа закрытия раны показано в табл. 1.

Таблица 1
Зависимость количества гранулем от способа закрытия раны

Обследуемые	Число больных с разным способом закрытия раны		
	«старый»	«новый»	p
Всего больных	26	14	0,013
Число больных с гранулемами	13 (50%)	1 (7,1%)	

Анализ зависимости образования гранулем от способа закрытия раны показал, что статистически доказанным фактором, влияющим на частоту формирования гранулем, является тщательность аппроксимации слизистой оболочки в передней комиссуре ($p=0,013$).

Влияние сроков тампонады на восстановление дыхания через гортань. Статистически значимых различий между под-

группами больных с ДПА по возрасту ($p=0,915$), этиологии стеноза ($p=1,0$), доле обследуемых с канюленошением или трахеальным свищом до операции ($p=1,0$) не обнаружено. Анализ сопутствующих заболеваний также показал, что подгруппы значительно не отличались друг от друга по частоте и структуре заболеваний (табл. 2). В среднем на одного пациента приходилось более одного сопутствующего заболевания.

Таблица 2
Частота сопутствующих заболеваний среди пациентов с ДПА

Исследуемый признак	Число больных		
	подгруппа 1-я	подгруппа 2-я	p
Гипотиреоз	15 (78,9%)	5 (62,5%)	0,633
Гипопаратиреоз	3 (15,8%)	1 (12,5%)	1,000
Сахарный диабет	0 (0%)	1 (12,5%)	0,296
Заболевания сердца	16 (84,2%)	6 (75%)	0,616
Заболевания легких	2 (10,5%)	0 (0%)	1,000
Заболевания других органов и систем	10 (52,6%)	3 (37,5%)	0,678

В послеоперационном периоде антибиотикопрофилактика включала монотерапию линкомицином, часть больных в день

операции дополнительно получали 3,0 г цефтриаксона в/м в два приема (10 человек в 1-й и 1 во 2-й подгруппах). У двух лиц 2-й

подгруппы к лечению добавили пенициллин и гентамицин. Статистически значимых различий между подгруппами по длительности введения антибиотиков на срок больше 10 и

12 сут не найдено (табл. 3). Таким образом, подгруппы оказались сопоставимы по факторам, могущим оказать влияние на течение п/о периода и исследуемые показатели.

Таблица 3

Распределение больных в подгруппах относительно длительности антибиотикопротекции

Длительность	Число больных		
	подгруппа 1-я	подгруппа 2-я	p
≤ 10 сут / > 10 сут	9/10	1/7	0,19
≤ 12 сут / > 12 сут	13/6	5/3	1,0

У пациентов 1-й подгруппы сокращение тампонады до 3 суток не привело к появлению легочных аспирационных осложнений, которые могли быть связаны с неполным восстановлением глотания при раннем удалении тампона Микулича. Не было отмечено осложнений, обусловленных влиянием кашлевых толчков на неокрепшую рану (отсутствуют случаи расхождения наружной раны под воздействием кашля при раннем удалении тампона и ушивании трахеостомы), а также случаев воспаления в месте выхода тампона на кожу. Более раннее удаление тампона позволило сократить медиану канюленосения до 4 (4-5) сут, а ушить рану уже на 6 (5-7)-е сутки (табл. 4), что имеет важное пси-

хологическое значение для больных, как правило, испытывающих страх перед канюленосением в дооперационном периоде [1].

Необходимость введения ГКС после операции была у 5 (26,3%) лиц 1-й подгруппы и у 3 (37,5%) из 2-й подгруппы (различия статистически не достоверны, $p=0,658$). Сокращение срока тампонады у обследуемых 1-й подгруппы не сопровождалось изменением длительности их пребывания в стационаре ($p=0,144$). Но доля больных, деканюлированных через сутки после удаления тампона в 1-й группе, была значительно больше, чем во 2-й (68,4% vs 37,5%), хотя различие и не достигло статистической значимости ($p=0,144$).

Таблица 4

Анализ различий послеоперационного периода в зависимости от длительности тампонады

Ведение послеоперационного периода	Обследуемые больные		
	1-я подгруппа	2-я подгруппа	p
Введение ГКС после операции (число больных)	5 (26,3%)	3 (37,5%)	0,658
Деканюляция, сут Me (25%-75%), min-max	4 (4-5)-е сутки, от 4 до 7 сут	7 (6-8)-е сутки, от 5 до 10 сут	0,0006
Деканюлированные через сутки после удаления тампона (число больных)	13 (68,4%)	3 (37,5%)	0,144
Ушивание трахеостомы*, сут Me (25%-75%), min-max	6 (5-7)-е сутки, от 4 до 9 сут	9 (7-16)-е сутки, от 6 до 21 сут	0,004
Длительность нахождения в стационаре после операции, Me (25%-75%), min-max	15 (13-15) сут от 13 до 17 сут	15 (15-19,5) сут, от 13 до 25 сут	0,144

Примечание: * – в 1-й подгруппе раны ушиты у 17 больных, во 2-й – у 7.

Обсуждение

Тампонада полости гортани по Микуличу и ношение трахеоканюли в послеоперационном периоде являются факторами, способствующими нагноению раны и удлинению сроков реабилитации больных. Однако вероятность осложнений может быть снижена дополнительным комплексом мероприятий, направленных на максимальное сокращение действия факторов риска и профилактику инфицирования раны. Для этого, кроме обычно используемой антибиотикотерапии, применялась следующая тактика: 1) наложение швов внутри гортани современными резорбируемыми нитями, не склонными к инфицированию (викрил, дексон, PDS II); 2) тщательное ушивание слизистой оболочки гортани в месте оперативного вмешательства и по ходу доступа; 3) сокращение длительности тампонады гортани до 3 дней; 4) использование в тампоне и наружных повязках гиперосмолярных водорастворимых мазей для первой фазы раневого процесса (левомеколь); 5) ранняя деканюляция и закрытие трахеостомы швами для уменьшения реактивного кашля, профилактики канюльного трахеобронхита, посттрахеотомического стеноза трахеи [4, 6, 10].

Несмотря на повышенную вероятность инфицирования наружной раны, тиреофиссурный доступ обеспечивает лучшую возможность выполнения сложных оперативных приемов на структурах гортани [3] и позволяет тщательно ушить ее слизистую оболочку для профилактики послеоперационных гранулем и рубцового сужения гортани. Показательно, что в месте хирургического вмешательства, где слизистую оболочку всегда особенно тщательно аппроксимировали, мы наблюдали гранулему только на одной из 72 оперированных складок (1,4%). «Новый» способ закрытия тиреофиссуры, который отличался от «старого», главным образом, точным сопоставлением краев слизистой оболочки в передней комиссуре, также привел к снижению частоты послеоперационных гранулем с 50% до 7,1%. Аналогичные данные о частоте возникновения гранулем на месте неушитой раневой поверхности приводит Segas и соавторы [19], наблюдавшие гранулемы после лазерной хордотомии у 45% пациентов. Таким образом, тщательное

ушивание слизистой оболочки гортани в конце операции наружным доступом обеспечивает сопоставимую частоту послеоперационных гранулем по сравнению с эндоскопическим (4,4% – 8%) [12, 16] и экстраларингеальным (10,9%) [1] доступами.

Внедрение мази «Левомеколь» для тампонады гортани практически совпало с переходом к новому способу оперирования и преследовало цель уменьшить число воспалительных раневых осложнений, характерных для наружного доступа. Мазь «Левомеколь» обладает не только антибактериальными, но и гиперосмолярными свойствами и способна отдавать раневое отделяемое из тампона в наружную повязку, что позволяет оставлять его в ране на несколько суток, уменьшает воспаление внутри просвета гортани и обеспечивает лучшие условия для заживления раны.

Сокращение длительности тампонады гортани до 3 дней оказалось достаточным для компенсации глотания и первоначальной адаптации лоскутов слизистой оболочки к раневому ложу, но полностью не устранило вероятность развития реактивного «послетампонного» воспаления слизистой оболочки гортани. Тем не менее, такая тактика обеспечила более раннее закрытие трахеостомической раны по сравнению с контрольной группой ($p=0,004$), уменьшила тяжесть послеоперационного периода и позволила оперировать даже пожилых людей с тяжелой сопутствующей патологией. Раннее закрытие трахеостомы возможно только при условии достаточного расширения просвета голосовой щели в результате основного вмешательства. В противном случае такая тактика может вести к росту фатальных осложнений, связанных с развитием острой воспалительной обструкции суженных дыхательных путей или их obturацией сгустками мокроты [15].

Выводы

Раневые осложнения встретились у каждого четвертого пациента (27,5%), оперированного наружным доступом со вскрытием просвета гортани и наложением трахеостомы, но ни в одном случае не повлияли на эффективность вмешательства в отношении расширения просвета гортани.

Тщательная аппроксимация слизистой оболочки передней комиссуры гортани при наружном тиреофиссурном доступе статистически значимо уменьшила частоту послеоперационных комиссуральных гранул с 50% до 7,1%.

Длительность тампонады гортани по Микуличу при условии эффективности хи-

рургического вмешательства по расширению просвета гортани может быть сокращена до 3 сут, что позволяет деканюлировать больного в срок от 4 до 7 дней (Me=4), а ушить рану уже на 4-9-е сутки (Me=6) после операции без появления осложнений, связанных с неполным восстановлением глотания или разрывным действием кашлевых толчков.

1. Горбачевский В.Н., Павлык Б.И. Опыт экстраларингеальной ларингопластики при паралитических стенозах гортани // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994(4). – С. 60-63.
2. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Повреждения гортани и трахеи. – М.: Медицина, 1991. – 221 с.
3. Ковалик А.П., Антонів В.Ф. Реабілітація дихальної функції у хворих з паралітичним стенозом гортані і однобічним анкілозом перстневидно-черпакуватого суглоба // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2008(3). – С. 43-45.
4. Курилин И.А., Тышко Ф.А. Пластика гортани и трахеи. Сообщение II // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983(1). – С. 1-8.
5. Курилин И.А., Тышко Ф.А., Павлык Б.И. Хирургическое лечение срединных стенозов гортани // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1976(3). – С. 4-10.
6. Минин Ю.В., Кучеренко Т.И. Реконструктивная хирургия при лечении стенозов гортани и трахеи. Пластична та реконструктивна хірургія, 2004(2-С). - С. 135-136.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа Сфера, 2003. - 305 с.
8. Тарасов Д.И., Лапченко С.Н., Банарь И.М. и др. Стенозы и дефекты гортани и трахеи. – Кишинев: Штиинца, 1982. – 280 с.
9. Тарасов Д.И., Фоломеев В.Н., Антонова Н.А. Особенности послеоперационного заживления у больных со стенозами полых органов шеи (клинико-морфологическое исследование). Вестн. оториноларингологии. – 1989(2). – С. 70-77.
10. Тышко Ф.А. Профилактика осложнений трахеостомии. Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978(2). – С. 47-52.
11. Ягудін Р.К. Пат. №61790 Україна МПК7 А 61 В 17/24. Спосіб оперативного лікування срединного паралітичного стенозу гортані. Заявник Ягудін Р.К. - №2003043689; заявл. 22.04.2003 ; опубл. 16.05.2005. Бюл. №5.
12. Al-Fattah H.A., Hamza A., Gaafar A., Tantawy A. Partial laser arytenoidectomy in the management of bilateral vocal fold immobility: a modification based on functional anatomical study of the cricoarytenoid joint. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006. 134(2): p. 294-301.
13. Helmus C. Microsurgical thyrotomy and arytenoidectomy for bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis. Laryngoscope, 1972. 82(3): p. 491-503.
14. Holm A.F., Wouters B., van Overbeek Jos J. M. CO2 Laser Cordectomy for Bilateral Vocal-Cord Paralysis. Lasers in Medical Science, 1989. 93(4): p. 93-96.
15. Jovic R. M., Mitrovic S., Janjevic D. et al. Difficulties and complications of endo-extralaryngeal laterofixation of the vocal cords in the treatment of bilateral recurrent laryngeal nerve pals. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2007. 264 (Suppl 1): p. S27.
16. Laccourreye O., Paz Escovar M.I., Gerhardt J. et al. CO2 laser endoscopic posterior partial transverse cordotomy for bilateral paralysis of the vocal fold. Laryngoscope, 1999. 109(3): p. 415-8.
17. Motta S., Moschillo L., Imperiali M., Motta G. CO2 laser treatment of bilateral vocal cord paralysis in adduction. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec, 2003. 65(6): p. 359-65.
18. Plch J., Navratilova I. Severe functional laryngeal stenoses treated by endoscopic arytenoidectomy. Eur Arch Otorhinolaryngol, 1996. 253(1-2): p. 39-41.
19. Segas J., Stavroulakis P., Manolopoulos L. et al. Management of bilateral vocal fold paralysis: experience at the University of Athens. Otolaryngol Head Neck Surg, 2001. 124(1): p. 68-71.

Поступила в редакцию 22.01.09.

© Р.К. Ягудин, В.Р. Деменков, К.Ф. Ягудин, 2009

**ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО
ПЕРІОДУ У ХВОРИХ З ПАРАЛІТИЧНИМИ
СТЕНОЗАМИ ГОРТАНІ, ПРООПЕРОВАНИХ
ЧЕРЕЗ ЗОВНІШНІЙ ТИРЕОФІСУРНИЙ
ДОСТУП**

*Ягудін Р.К., Деменков В.Р., Ягудін К.Ф.
(Луганськ)*

Резюме

Ретроспективно проаналізовані особливості післяопераційного періоду у 40 хворих із середнім стенозом гортані, які були прооперовані з використанням зовнішнього тиреофісурного доступу. Вивчалися частота і структура раневих ускладнень, визначено фактори утворення комісуральних гранульом гортані. Показано, що тампонада порожнини гортані у післяопераційний період, як одна з причин, що сприяє нагноєнню зовнішньої рани, може бути безпечно скорочена до 3 діб без виникнення ускладнень, обумовлених неповним відновленням ковтання чи розривною дією кашльових поштовхів.

**SOME PECULIARITIES OF POST-SURGICAL
PERIOD IN PATIENTS WITH PARALYTIC
STENOSIS OF LARYNX THAT WERE
OPERATED THROUGH EXTERNAL
LARYNGOFISSURA APPROACH**

*Yagudin R.K., Demenkov V.R., Yagudin K.F.
(Lugansk)*

Summary

There is represented the retrospective analysis of peculiarities of post-surgical period in 40 patients with laryngeal stenosis after operation with usage of external laryngofissura approach. The frequency and the structure of the complications were studied. The factors for formation of granulation growth in larynx were tested. It were shown that tamponade of larynx cavity in post-surgery period is one of the causes that promotes the festering of external wound and it may be safely limited to 3 days without appearance of aggravations caused by incomplete restoration of swallowing or breaking action of cough pushes.