

А.П. КОВАЛИК, В.Ф. АНТОНІВ

ХІРУРГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З РУБЦЕВИМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНІ ТА З ОДНО- АБО ДВОБІЧНИМ АНКІЛОЗОМ ПЕРСНЕЧЕРПАКУВАТОГО 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*

В попередньому повідомленні [1] нами детально розроблено і описано методику хірургічного втручання при реабілітації хворих зі стенозом гортані і двобічним її паралічем та анкілозом перснечерпакуватих суглобів. Пацієнти з анкілозом перснечерпакуватих суглобів (одно- або двобічним) і рубцевим стенозом гортані є більш тяжкими, оскільки при цьому патологічно змінюється внутрішня стінка гортані. Таке поєднання патології (стеноз, анкілоз і рубці) значно ускладнює можливість хірургічного втручання і, відповідно, погіршує прогноз лікування. Анкілоз перснечерпакуватих суглобів є протипоказанням до багатьох варіантів хірургічних втручань (латерофіксація голосової складки, реіннервація гортані та ін.), які проводяться з метою реабілітації дихальної функції гортані у осіб з різноманітними видами її стенозу. Слід зазначити, що у переважної більшості наших хворих до надходження в клініку вже виконувались (інколи по декілька разів) різні хірургічні втручання, але помітного ефекту не наступило. Застосовувати ж повторні варіанти згаданих операцій не було ні можливості, ні необхідності. Окрім того, у цих обстежуваних спостерігався анкілоз перснечерпакуватого суглоба, а також мали місце обширні рубцеві зміни, деформація структур гортані, блокування рубцями рухомих частин гортані, що також було протипоказанням до застосування існуючих методик операцій.

Під нашим спостереженням знаходилось 35 осіб віком від 19 до 58 років. З них було 27 осіб жіночої і лише 8 – чоловічої

статі. Основною скаргою хворих виявилось порушення дихання, голос у переважної більшості з них був охриплий, ковтання практично не порушено. Причиною рубцевих стенозів гортані з анкілозом перснечерпакуватих суглобів був двобічний параліч гортані після перенесеної струмектомії у 27 жінок, а у 8 чоловіків трахеостомія в минулому проведена з приводу рубцевого стенозу гортані після перенесеної травми шиї. З 27 пацієнтів, які перенесли струмектомію, трахеостомія зроблена відразу після операції у 14, у решти 13 – через деякий період (від кількох тижнів до 3 років). Всі обстежувані в подальшому були прооперовані з приводу стенозу гортані для реабілітації її дихальної функції: у 17 – однобічна хордектомія, у 6 – двобічна, у 8 – аритеноїдотомія з хордектомією, у 4 – хордектомія з резекцією черпакуватого хряща. Через деякий період (від півроку до 4 років) в гортані у них з'явилися рубці, дихання не покращилось і, навпаки, голос став більш хриплим. Для розширення голосової щілини у 22 осіб були виконані повторні хірургічні втручання (у 14 з них – по 2 і 3 рази).

Для реабілітації дихальної функції у хворих з рубцевим стенозом гортані і одночасним одно- або двобічним анкілозом перснечерпакуватого суглоба нами розроблено і впроваджено в практику принципово новий спосіб операції. Хірургічне втручання здійснюється під інтубаційним наркозом. Інтубація виконується через трахеостому, яка вже була накладена раніше у всіх наших пацієнтів. Суть операції полягає у віднов-

ленні дихання через гортань наступним шляхом. Розріз шкіри і підшкірної клітковини проводиться по середній лінії шиї від під'язикової кістки до дужки перснеподібного хряща, інколи до трахеостоми. Виділяється передня поверхня щитоподібного хряща, щитопід'язикова мембрана і щитоперснеподібна зв'язка. Охрястя щитоподібного хряща по середній лінії, а також по верхньому і нижньому його краях в обидва боки (вправо і вліво від середньої лінії до 1,5 см) розсікається. Виділена трьома розрізами частина охрястя з обох боків від хряща відсепарується, і виконується конікотомія. Розріз щитоперснеподібної зв'язки робиться під нижнім краєм щитоподібного хряща. Після цього щитоподібний хрящ розрізається по середній лінії (тиреотомія). Одномоментно з розрізом хряща ми розтинаємо внутрішній листок охрястя і слизову оболонку гортані з рубцями. Розріз продовжується по середній лінії догори по щитопід'язиковій мембрані на 1,5-2 см. Його слід проводити обережно, щоб не пошкодити основу надгортанника. Краї щитоподібного хряща за допомогою гачків розводяться вбік і оглядається просвіт гортані, визначається стан слизової оболонки, наявність рубців, їх межі, глибина проникнення. Рубцеву тканину ми обережно висікаємо, намагаючись якомога більше зберегти незмінену слизову оболонку гортані, рубці витинаємо лише ті, які спричиняють звуження просвіту гортані або ж обмежують її рухомість.

Особливо ощадливо слід відноситись до м'яких тканин задньої стінки гортані, ділянки черпакуватих хрящів і міжчерпакуватого простору, оскільки в післяопераційний період може значно порушуватись роздільна функція гортані. Після висічення рубців і гемостатичних заходів ми переходимо до видалення смужки щитоподібного хряща шириною до 5-6 мм з кожного його боку паралельно до розрізу по середній лінії; обов'язково одномоментно з видаленням переднього кута щитоподібного хряща видаляємо і передню комісуру гортані. Цей етап хірургічного втручання необхідно виконувати для збільшення поперечного розміру гортані в післяопераційний період.

Ранева поверхня щитоподібного хряща з кожного боку, відповідно, прикривається зовнішнім листком охрястя, сформованим ще на початку операції. Для цього охрястя з зовнішньої поверхні щитоподібного хряща загинається в просвіт гортані і підшивається до внутрішнього листка охрястя з одноіменного боку або ж до залишків слизової оболонки гортані.

Наступним етапом операції є формування ларингостоми. Для цього краї шкіри підшиваються до слизової оболонки гортані і залишків її рубцевої тканини. Для більшої мобілізації шкіри її краї відсепаровуються від прилеглих тканин на 2-3 см в обидва боки від середньої лінії. Шкірою прикриваємо раневу поверхню стінок гортані, яка утворюється після видалення зміненої слизової оболонки і рубцевої тканини. Вкривання внутрішньої поверхні гортані шкірою сприятиме зменшенню можливості розвитку рубцевої тканини.

Після формування ларингостоми в просвіт гортані вводиться балон-дилататор. Останній виготовляється індивідуально з нижнього кінця (з балоном) інтубаційної трубки, при цьому підбирається трубка відповідної товщини з діаметром просвіту гортані. Балон-дилататор (після нагнітання в нього повітря) щільно прилягає до стінок гортані, що сприяє формуванню її просвіту. Однак тиск в балоні не повинен бути надто високим, щоб не порушити гемодинаміку в прилеглих тканинах. Після введення трубки-дилататора в гортань в ларингостому вкладаються турунди з антисептичною маззю (стрептоцидова, синтоміцинова, левоміколь та ін). Хворим робляться щоденні перер'язки. При цьому замінюються лише марлеві турунди, а трубка-дилататор повинна знаходитись в гортані не менше 1 міс (при потребі вона замінюється іншою). Після загоєння післяопераційної рани і припинення запального процесу марлеві турунди в гортань не вводяться, там залишається лише трубка-дилататор.

Надзвичайно важливим моментом в лікуванні таких пацієнтів є правильне положення трубки-дилататора в порожнині гортані. Верхній її край зрізається навскіс, і в гортань трубка вводиться так, щоб передня її стінка була довшою і досягала основи

надгортанника, а задня – не піднімалась вище черпакуватих хрящів. Більш високе розміщення трубки-дилататора значно порушує розподільвальну функцію гортані. Проте у тих випадках, коли необхідно витинати рубцеву тканину в межах черпакувато-надгортанних складок і на основі надгортанника, трубку-дилататор треба розміщувати вище основи надгортанника і черпакувато-надгортанних складок. При цьому відразу після операції виникають труднощі з харчуванням таких хворих. Для профілактики розвитку вказаної патології цим пацієнтам відразу після закінчення операції вводиться носо-стравохідний зонд для харчування, за допомогою якого вони харчуються 2-3, інколи 4 тижні. Протягом зазначеного періоду формується вхід в гортань. Після цього трубку-дилататор в гортані ми опускаємо нижче (передня стінка досягає основи надгортанника, а задня – не вище черпакуватих хрящів), а носо-стравохідний зонд ще залишаємо на декілька днів і потім видаляємо. Проте у деяких пацієнтів акт ковтання відновлюється надзвичайно важко. Протягом тривалого часу (інколи місяцями) відбувається часткова аспірація рідкої їжі. В поодиноких випадках на момент вживання їжі в гортань вводиться спеціальний балон, який попешкоджає попаданню їжі в дихальні шляхи, а після закінчення годування знову замінюється на балон-дилататор з трубкою. Інколи проблема відновлення розподільвальної функції гортані є більш важливою, ніж дихальної, через природні (гортань) шляхи. Якщо після видалення носо-стравохідного зонда ми переконуємось, що хворий харчується самостійно природним шляхом, то його можна виписувати із стаціонару за умови, щоб він кожні 2-3 тижні з'являвся в клініку на медогляд. Під час огляду при необхідності трубку-дилататор ми знімаємо, дилатацію припиняємо тоді, коли сформується ларингостома шириною не менше 1-1,5 см. Після видалення дилататора через 2-3 дні видаляється і трахеотомічна трубка. Обидва ці етапи операції виконуються в стаціонарі після попередньої госпіталізації пацієнта. Після деканюляції хворий ще 2-3 дні перебуває в стаціонарі і, переконавшись, що дихання в нього не порушене, виписується з відділу під періодич-

ний амбулаторний нагляд в ЛОР-спеціаліста.

Через 1-1,5 міс раневі поверхні просвіту гортані вкриваються шкірою, ширина гортані стає достатньою для нормального дихання, обстежуваний знову госпіталізується для виконання завершального етапу операції – пластики ларингостоми. Для того, щоб переконатись, що пацієнт зможе вільно дихати через гортань після закриття ларингостоми, проводиться спеціальна проба. З цією метою ларингостома на добу закривається лейкопластирем. Переконавшись, що хворий вільно дихає через гортань, виконуємо хірургічне втручання. В залежності від ситуації ларингостому ми закриваємо за відомим методом Пасова або ж використовуємо для цього навколишні тканини, мобілізуючи або ж переміщуючи їх в ділянку стоми на ніжці.

Одним з відносних недоліків запропонованої методики хірургічної реабілітації дихальної функції гортані є той факт, що у деяких чоловіків на переміщеній в просвіт гортані шкірі спостерігається ріст волосся. Окремі волосини можуть досягати 4-5 см завдовжки, затримують виділення харкотиння, утворюються кірочки, які утруднюють дихання, відбувається подразнення гортані, що спричиняє напади кашлю. Такі пацієнти змушені з'являтися до лікаря 4-6 разів на рік для ендоларингеального видалення волосся. Через 2-3 роки ріст волосся, як правило, значно зменшується, а у понад половини хворих взагалі припиняється. Проте у незначної частини обстежуваних ріст волосся в просвіті гортані продовжується і через 8-10 років. З метою профілактики росту волосся в гортані ми для пластики ларингостоми, по можливості, використовуємо шкіру з ділянок шиї пацієнта, позбавлених росту волосся.

Результати лікування оцінювались як “добрі”, “задовільні” і “незадовільні”. В групу з “добрими” результатами віднесено тих хворих, у яких відновилося дихання, проведена деканюляція, не було рецидиву захворювання. “Задовільними” вважались результати у таких пацієнтів, котрі були деканюльовані, дихання через гортань у них відновлювалось, але ж все-таки відчувалось деяке його утруднення (особливо при фізи-

чному навантаженні), рецидиву не наступало. До групи з “незадовільними” результатами, включено обстежуваних, яких не вдалося деканюлювати або ж у яких наступив рецидив захворювання.

З 35 оперованих осіб “добрі” результати отримано у 25 (71,4%), “задовільні” – у 8 (22,9%), “незадовільні” – у 2 (5,7%).

Таким чином, запропонована нами методика хірургічної реабілітації дихальної функції гортані при її рубцевому стенозі з

одно- або двобічним анкілозом перснечерпакуватих суглобів є досить ефективною і може бути рекомендована для використання в клінічній практиці.

1. Антонів В.Ф., Ковалик П.В., Ковалик А.П., Антонів Т.В. Хірургічна реабілітація хворих при стенозі гортані з двостороннім її паралічем // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – №6. – С. 67-68.

Надійшла до редакції 04.02.09.

© А.П. Ковалик, В.Ф. Антонів, 2009

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ
ГОРТАНИ И С ОДНО- ИЛИ
ДВУСТОРОННИМ АНКИЛОЗОМ
ПЕРСТНЕ-ЧЕРПАЛОВИДНОГО СУСТАВА**

Ковалик А.П., Антонів В.Ф. (Тернополь)

Резюме

Проанализированы результаты лечения 35 больных (возраст от 19 до 58 лет) с рубцово-паралитическим стенозом гортани и с одно- или двусторонним анкилозом перстне-черпаловидных суставов. Разработан и внедрен в практику принципиально новый способ хирургического лечения пациентов с указанной патологией. Предложенная методика, примененная авторами у 35 оперированных лиц, дала возможность добиться «хороших» результатов у 25 (71,4%) из них, «удовлетворительных» – у 8 (22,9%) и «неудовлетворительных» – у 2 (5,7%).

**SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS
WITH SCAR STENOSIS OF LARYNX AND WITH
MONO- OR TWO-SIDE ANKYLOSIS OF
CRICO-ARYTENOID JOINT**

Kovalyk A.P., Antoniv V.F. (Ternopil)

Summary

Results of therapy of 35 patients from 19-58 years age group with scar-paralytic stenosis of larynx and mono- or two-side ankylosis of crico-arytenoid joints were analyzed. Principally new method for surgical treatment of this pathology was elaborated and adopted. Proposed method at its use by authors for 35 patients led to “good” results in 25 cases (71.4%), “satisfactory” ones – in 8 (22,9%) and “unsatisfactory” – in 2 (5,7%).