

УДК 616.22-009.11-02:616.833.191.7 (575.2) (04)

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
МОДИФИЦИРОВАННОГО ВЫПОЛНЕНИЯ
ЭКСТРАЛАРИНГЕАЛЬНОЙ
ЛАТЕРОФИКСАЦИИ ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ
ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ ГОРТАНИ**

В.Г. Шевчук – аспирант

Methods perfecting functional effectiveness of the vocal cord extralaryngeal lateral fixation are considered. The main feature consists in dissection method of lateral cricoarytenoid muscle and opening of the cricoarytenoid joint. This procedure allows obtaining a stable lateral position of the vocal cord.

Ликвидация последствий, связанных с паралитическим стенозом гортани, относится к категории трудных. Предложений по решению этой задачи на сегодняшний день более 70 [1, 2]. К числу наиболее популярных хирургических вмешательств следует отнести и те, которые получили название экстра-интраларингеальных операций. Пионером такого направления в хирургическом лечении паралитических стенозов гортани являлся D.A. Woodman [3], который предложил его в 1946 г. На протяжении последующих лет эта методика, смысл которой сводится к перемещению голосовой складки в боковое положение, что позволяет открыть голосовую щель и тем улучшить дыхание, многократно совершенствовалась [2, 4, 5].

Методика. В основу работы была взята методика, предложенная А.И. Курилиным, Ф.А. Тышко и Б.И. Павлых [1]. Отличительной особенностью нашей модификации является то, что в процессе выполнения операции обязательно пересекается боковая перстне-черпаловидная мышца, что обеспечивает ликвидацию тяги мышечного отростка черпаловидного хряща в латеральном направлении, и вскрывается черпало-перстневидный сустав. Последнее, немаловажное обстоятельство, по-

зволяет добиться анкилоза, следовательно, стойкой фиксации в нужном положении. Кроме того, поскольку в послеоперационном периоде появляются отек черпаловидного хряща и подслизистая гематома, возникает временное затруднение дыхания. Поэтому в тех случаях, когда операция производится у больных, которым ранее не была произведена канюльная трахеостомия, мы формируем временную бесканюльную трахеостому.

Техника операции на начальных этапах выполнения не отличается от таковой О.Ю. Карповой [6]. Разрез кожи производится по передней проекции кивательной мышцы и последовательно рассекаются мягкие ткани по направлению к заднему краю пластинки щитовидного хряща. После рассечения второй фасции шеи кивательная мышца с сосудисто-нервным пучком, заключенные в ненарушенных фасциальных влагалищах, отводятся кзади. Это позволяет открыть нижний сжиматель глотки после смещения передних мышц вверх и внутрь. Нижний сжиматель глотки рассекается и с помощью ножниц под пластинкой щитовидного хряща пересекается перстнещитовидный сустав. После этого пластинка щитовидного хряща без труда поднимается. Это позволяет получить достаточный подход к грушевидному

синусу, печатке и заднему отделу дуги перстневидного хряща. После нежной отсепаровки грушевидного синуса от задней черпалоперстневидной мышцы и его оттягивания кзади, разумеется, без вскрытия просвета глотки, становятся доступными черпалоперстневидный сустав, мышечный отросток черпаловидного хряща с его мышцами и сам черпаловидный хрящ. Далее в отличие от других авторов мы не расслаиваем наружную щиточерпаловидную, боковую и заднюю черпалоперстневидные мышцы, а рассекаем их. Это позволяет получить доступ к черпалоперстневидному суставу и к голосовому отростку. Чтобы лучше манипулировать на черпаловидном хряще тело последнего в области мышечного отростка прошиваем и с помощью нити оттягиваем кзади и кнаружи. От мышечного отростка кпереди отслаиваются внутренние мышцы гортани до обнажения голосового отростка черпаловидного хряща. Затем в отличие от других авторов не резецируем вокальный отросток, а широко вскрываем черпалоперстневидный сустав (это позволяет получить в последующем его анкилоз и тем самым через определенный промежуток времени зафиксировать навсегда в нужном положении черпаловидный хрящ). Голосовой отросток с помощью круглой иглы охватываем хромированным кетгутом. Таким же кетгутом также прошиваем тело и верхние отделы черпаловидного хряща. Затем каждую из этих нитей проводим через задний край пластинки щитовидного хряща и увязываем. В результате удастся получить достаточный просвет на уровне голосовой щели за счет смещения в сторону не только голосовой складки, но и самого черпаловидного хряща. Кроме того, дополнительно стараемся шов, который оттягивает вокальный отросток, увязать на заднем крае щитовидного хряща насколько это допустимо выше уровня голосовой складки. Это позволяет добиться расширения голосовой щели не только в горизонтальном, но и в вертикальном уровнях.

Поэтому появилось совершенно оправданное желание осуществить экстраларингеальную латерофиксацию без необходимости выполнять предварительную перед основным вмешательством трахеостомию. Это практически не удастся во всех тех случаях, когда производятся хирургические манипуляции опи-

санного плана. После операций, направленных на латерофиксацию с экстраларингеальным доступом и при манипуляциях с нарушением фиксации в области перстнещитовидного сустава, пересечением приводящих мышц, препаровкой вокального отростка, а иногда с его пересечением или удалением, как бы тщательно не ушивалась оперированная рана, все равно появляется подслизистая гематома. Она более или менее выражено закрывает просвет вестибулярного отдела гортани и тем самым временно препятствует дыханию естественным путем. В результате именно она затрудняет деканюляцию после завершения операции, если трахеостома была сформирована в прошлом или если таковой нет, то перед операцией необходимо ее создать. Как правило, подслизистая гематома быстро рассасывается. Дыхание естественным путем восстанавливается. Необходимость в трахеостоме при удачно выполненном хирургическом вмешательстве отпадает. Это позволяет освободить больного от трахеостомической трубки и перевести его на дыхание через естественный путь.

Результаты. По описанной методике экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки нами оперировано 32 больных с паралитическим стенозом гортани, из них в 30 случаях результат оказался вполне удовлетворительным. У них восстановилось дыхание. Они стали спокойно передвигаться, свободно подниматься по лестнице до 2 и 3 этажей, спать беззвучно, но это все на фоне малозвучного голоса. Поскольку эти наши больные с таким исходом хирургического вмешательства либо были не связаны с певческой и педагогической работой и могли свободно обходиться без громкого и чистого звучания голоса. Поэтому такой результат по сравнению с тем, который их беспокоил до хирургического вмешательства, был признан оперируемыми удовлетворяющим их.

Отрицательный результат, как уже указывалось, зарегистрирован в двух случаях. У одной больной он был связан с диагностической ошибкой, у другой – с технической погрешностью выполнения хирургического вмешательства. В первом из них срединное положение голосовых складок было обусловлено их сращением на их большей протяженности, в другом – ошибочным захватом и оттягиванием

швом к заднему краю пластинки щитовидного хряща не вокального отростка черпаловидного хряща, а мышечного, что привело не к отведению голосовой складки, а наоборот, к сохранению ее срединного положения и еще большему натяжению, что даже ухудшило дыхание и сделало его невозможным даже в покое. В свою очередь, это потребовало формирования трахеостомы.

В последующем эти больные получили необходимую корригирующую помощь и у них, в конечном итоге, было восстановлено дыхание естественным путем.

На основании исследований установлено, что экстраларингеальная латерофиксация голосовой складки, в том числе в модифицированном варианте хирургического вмешательства, позволяет восстановить вполне удовлетворительное дыхание.

Экстраларингеальная латерофиксация голосовой складки дает возможность вернуть больных к активной жизни, восстановить им трудоспособность, если их профессия не относится к голосовой и не связана с тяжелой физической нагрузкой.

Литература

1. Курилин И.А., Тышко Ф.А., Павлых Б.И. Хирургическое лечение срединных стенозов гортани // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – №3. – С. 4–9.
2. Плужников М.С., Карпенко А.В. Влияние вертикального перемещения голосового отростка на эффективность латерофиксации голосовой складки // Российская ринология. – 2002. – №3. – С. 47–51.
3. Woodman D.A. Modification of the extralaryngeal approach to arytenoidectomy for bilateral abductus paralysis // Archive of Otolaryngology. – 1946. – Vol. 43. – №2. – P. 63–65.
4. Kashima H. Bilateral vocal fold motion impairment: pathophysiology and management by transverse cordotomy // Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. – 1991. – Vol. 100. – №8. – P. 717–721.
5. Segas J., Stavroulakis P., Manolopoulos L. Management of bilateral vocal fold paralysis: Experience at the University of Athens // Otolaryngology and Head and Neck Surgery. – 2001. – Vol. 124. – №1. – P. 68–71.
6. Карпова О.Ю. Модификация хирургического лечения больных со срединным стенозом гортани // Вестн. оторинолар. – 1984. – №1. – С. 36–39.