

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ВОЗВРАТНЫХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ

Х.С. Бебезов – докт. мед. наук, профессор,
В.Г. Шевчук – аспирант

The analyses of clinical cases after surgical trauma and double-sides infections affection of recurrent nerves have shown. The tactic of treatment of paralytic stenosis and total stable non-competence of these nerves were done.

Одно- и двусторонние повреждения возвратных гортанных нервов или вовлечение их в паралитический процесс не относятся к исключительно редким осложнениям. Такие осложнения могут иметь травматический генез, быть следствием хирургических вмешательств, производимых на щитовидной железе при операциях с использованием бокового доступа к шейному отделу пищевода, а также при освобождении трахеи от окружающих её тканей в связи с выполнением реконструктивных вмешательств на шейном отделе названного органа. Встречаются также отдельные наблюдения, когда одно- или двусторонняя функциональная несостоятельность возвратного гортанного нерва появляется после перенесенных инфекционных заболеваний.

Чаще поражения возвратных гортанных нервов бывают односторонними. У таких больных сохраняется свободное дыхание естественным путём. Его недостаточность может регистрироваться только при значительной физической нагрузке. Такое поражение гортанного нерва в большей степени отражается на фонаторной функции. Однако во многих случаях после восстановления импульсации по названному нерву голосовая связка занимает срединное положение, её тонус восстанавли-

вается и голос становится звучным, хотя и нередко слегка изменённым.

Разумеется, при двустороннем поражении возвратных гортанных нервов последствия в отношении основных функций гортани бывает более тяжёлыми. В этом случае требуется иной подход к решению задач, возникающих по ведению и лечению пациентов.

Несмотря на значительное число работ, посвященных в основном методическим основам выполнения операций при так называемых паралитических стенозах, эта проблема все еще требует обсуждения и решения. Это касается как технических возможностей, так и методик выполнения, направленных на коррекцию просвета голосовой щели за счёт латеропозиции складки.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 38 больных с двусторонним поражением возвратных гортанных нервов. У подавляющего большинства из них (29 человек) это осложнение было связано с хирургическим вмешательством на щитовидной железе. У одной пациентки оно было обнаружено после циркулярной резекции трахеи, выполненной по поводу рубцовогоращения и трахеомалиации. У троих больных двусторонний неврит имел травматический

генез, у четверых – инфекционный и у одного – неустановленный.

Диагноз во всех этих наблюдениях базировался на ларингоскопической картине, которая давала чёткое представление о подвижности голосовых складок и других анатомических образований гортани. Тяжесть состояния и динамика течения заболевания определялись по клиническим показателям (в том числе и во время сна), а именно: по состоянию фонаторной и разделительной функций.

Большинство больных (32 человека), которым потребовалась хирургическая коррекция отдельных анатомических образований, поступили к нам с паралитическим стенозом гортани. И этих пациентов, и других беспокоила афония. У пяти больных она оказалась стойкой, что объяснялось полной функциональной несостоятельностью возвратных гортанных нервов.

Результаты исследования. При появлении клинической картины двустороннего периферического поражения возвратного гортанного нерва заранее знать, чем завершится их повреждение не представляется возможным. Такого же мнения придерживаются и другие авторы [1, 3, 6, 7]. В одних случаях, если нет посттравматического нарушения их целостности или их полной дегенерации, со временем может развиваться паралитический стеноз, в других случаях мышечный паралич внутренних мышц обеих половин гортани останется стойким. Поэтому первая помощь больным должна обосновываться основной патологией. В частности, при бытовых, транспортных и огнестрельных повреждениях она, как правило, должна быть хирургической и сводится к первичной обработке раны и сопоставлению проксимального и дистального концов респираторного тракта (если в этом будет необходимость), а также трахеостомии, если последствия травмы будут угрожать удушью.

И наоборот, если двустороннее поражение возвратных гортанных нервов является следствием перенесенного хирургического вмешательства, например, на щитовидной железе, то после его завершения, а также, если на этом фоне появилось инфекционное заболевание, необходима показанная лекарственная терапия.

И самое главное, при всех вариантах повреждения и проводимых терапевтических мероприятиях нет ясности, каким будет окончательный результат в функциональном состоянии мышечного аппарата гортани. Для этого нужно время, поскольку признаки паралитического стеноза, как уже указывалось, формируются не сразу. Если импульсация по названному нерву восстанавливается, на фоне улучшения фонации постепенно нарастают признаки затруднения функции дыхания, и тогда становится необходимым хирургическое вмешательство. Оно сводится либо к иссечению одной голосовой щели, либо к её латеропозиции, открывающим просвет на уровне голосовой складки, что более или менее восстанавливает дыхание. Однако при стойком двустороннем параличе внутренних мышц гортани хирургическое лечение, направленное на коррекцию состояния голосовой щели, не показано. Это связано с тем, что попытка привести к срединной позиции одну и тем более две голосовые складки сузит просвет голосовой щели, что приведёт к появлению стеноза.

Учитывая это, а также то, что голосовые складки находятся в парамедиальном положении, при котором голосовая щель для дыхания оказывается достаточной даже при физической нагрузке средней интенсивности, приходится мириться с афонией, которая со временем становится в какой-то степени менее выраженной.

У 33 из 38 наших больных после полного двустороннего паралича внутренних мышц гортани, функция которых, за исключением задней черпалоперстневидной мышцы, восстановилась, голосовые складки заняли срединное положение. Это и явилось причиной появления стеноза на фоне улучшения голосовой функции. В пяти наблюдениях полный паралич внутренних мышц гортани остался стойким.

Иной результат был характерен для второй, меньшей, группы больных. У всех пациентов из этой группы паралич внутренних мышц гортани был обусловлен стойким полным прекращением импульсации по названному нервам.

32 больным с паралитическим (срединным) стенозом гортани нами была произведена модифицированная экстраларингиальная

латеропозиция голосовой складки, предложенная А.И. Курилиным и Ф.А. Тышко [3]. Суть модификации сводилась к тому, что после рассечения боковой и задней черпалоперстневидной мышц мы не только вскрывали черпалоперстневидный сустав, но и осуществляли экскорацию его поверхностей. Это позволяло закрепить достигнутое положение голосовой складки и тем самым предупредить рецидив паралитического стеноза. Кроме того, чтобы голосовая щель была раскрыта более значительно, мы, в отличие от указанных авторов, так же, как М.С. Плужников с соавт. [4, 5], стремились не только отвести голосовую складку в сторону, но и, по возможности, поднять её выше. Это позволяло создать дополнительное раскрытие голосовой щели не только в горизонтальной, но и вертикальной плоскостях, что сказывалось позитивным образом на дыхании.

В трех случаях нам не удалось добиться желаемого результата. В одном случае причиной неудачи была диагностическая ошибка, в другом – техническая ошибка, обусловленная тем, что после увязывания швов оттянулся в латеральную сторону не вокальный, а мышечный отросток, что привело к ещё более выраженному перемещению голосовой складки к срединной линии гортани. В результате сужение голосовой щели, отмеченное у больной, поступившей с трахеоканюляром, стало еще более выраженным. И, наконец, у третьего пациента – мальчика, несмотря на технически правильное выполнение операции, оттянуть голосовую складку не удалось.

Во всех этих случаях потребовалось повторное вмешательство. Цель его сводилась также к перемещению голосовой складки в сторону, но достичь этого мы решили иным способом.

По замыслу метод был сходным с экстраэндоларингиальным методом латерофиксации, при котором перемещение голосовой складки достигается одной или двумя лигатурами, проведенными через пластинку щитовидного хряща, выше и ниже голосовой складки [10, 11]. После увязывания лигатур она приближается к пластинке щитовидного хряща, что позволяет расширить просвет. Чтобы закрепить результат хирургического вмешательства, до-

полнительно иссекают часть тканей сбоку от голосовой складки, захватывая вокальный отросток черпаловидного хряща. Мы не могли выполнить операцию таким образом, поскольку не располагали возможностью манипулировать под контролем эндоскопа, поэтому значительно упростили выполнение латерофиксации голосовой складки.

Использованная нами методика предполагала осуществление строго срединной ларинготомии. Мягкие ткани с одной стороны отсепаровываются от наружной надхрящницы. Далее (под контролем зрения) двумя лигатурами, проведенными через пластинку щитовидного хряща ниже и выше голосовой складки, перемещают её в латеральную позицию, однако делают это после пересечения её и находящегося в ней вокального отростка у тела черпаловидного хряща. Во всех трех наблюдениях в результате был получен желаемый результат, что позволило нам исправить неудачи в первых операциях.

В пяти наблюдениях со стойким параличом всех внутренних мышц гортани мы отказывались изменять присущее этому типу поражения состояние голосовой щели и выполняли при необходимости хирургическое вмешательство. Последнее понадобилось в трёх случаях. В двух случаях операция сводилась к ревизии подкожной травмы (после наезда пациентов-мотоциклистов на натянутую проволоку). У пострадавших на коже был след от наезда по типу странгуляционной борозды, подкожно во время ревизии были обнаружены разрывы трахеи и проникающая травма глотки. Хирургическое вмешательство в этих случаях сводилось к реконструкции респираторного тракта на уровне шеи и ушиванию дефекта глотки. У третьей пациентки с полным параличом внутренних мышц гортани была произведена циркулярная резекция трахеи и нижнего отдела перстневидного хряща с последующей трахеоларингопексией. У всех больных, которым делали операцию, и у тех, кому она не понадобилась, дыхание через гортань было свободным, однако голос оставался малозвучным.

При двустороннем поражении возвратных гортанных нервов сказать сразу, как *будет* развиваться процесс, невозможно. Для этого

нужно время. В тех случаях, если восстановится импульсация по названным нервам и появится картина паралитического стеноза гортани, необходима операция, предусматривающая перемещение голосовой складки в боковое положение. Для выполнения этой задачи целесообразно использовать либо экстраларингиальную латерофиксацию голосовой складки, либо перемещение в указанную позицию последней с помощью швов, подтягивающих её к пластинке щитовидного хряща. Такое хирургическое вмешательство можно выполнить по методике, использованной нами, после срединной ларинготомии. Простота её технического исполнения позволяет выполнить эту операцию в обычной операционной. При двустороннем полном стойком параличе внутренних мышц гортани, вмешательства, направленные на коррекцию положения голосовых складок, нежелательны.

Литература

1. *Бабняк В.И.* Клиническая оториноларингология / В.И. Бабняк, Я.А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2005. – 799 с.
2. *Карпова О.Т.* Модификация хирургического лечения больных со срединным стенозом гортани / О.Т. Карпова // Вестник оториноларингологии. – 1984. – № 1. – С. 36–39.
3. *Курилин И.А.* Хирургическое лечение срединных стенозов гортани / А.И. Курилин, Ф.А. Тышко, Б.И. Павлых // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – № 3. – С. 4–9.
4. *Плужников М.С.* Влияние вертикального перемещения голосового отростка на эффективность латерофиксации голосовой складки / М.С. Плужников, А.В. Карпенко // Российская ринология. – 2002. – № 3. – С. 47–51.
5. *Плужников М.С.* Контактная лазерная фонохирургия / М.С. Плужников, С.А. Карищенко, М.А. Рябова. – СПб: Эскулап, 2005. – 195 с.
6. Симптоматика и лечение расстройств, обусловленных блуждающим нервом на различных уровнях его поражения / Г.А. Фейгин, Ю.А. Кученев, В.Г. Шевчук, Г.Т. Абдалиев. – Бишкек: Тараз, 2004. – 132 с.
7. *Dworkin J.P.* Vocal pathologies. Diagnosis, Treatment and Case Studies / J.P. Dworkin, R.J. Meleca. – Sing. Publeshing Group. – San Diego – London, 1996. – 336 p.
8. *Kleinsasser O.* Microlaryngoskopie and Endolaryngeale Microchirurgies. Technik and typische Befunde. – 3. Anff. – Stuttgart. – F.K. Schattaner. – 1991. – X. – 131 p.
9. *Kurchner F.R.* Endoscopic lateralization of vocal cords / F.R. Kurchner // Laryngoscope. – 1979. – V. 89. – № 2. – P. 1779–1783.
10. *Lichtenberger G.* Endo-extralaryngeal suture technique far endoscopic lateralization of paralyzed vocal cords / G. Lichtenberger, R.J. Toonill // Operative techniques in otolaryngology-head and neck surgery. – 1998. – V. 9. – № 3. – P. 166–171.
11. *Woodson B.T.* Clinical experience with Lichtenberger endo-extralaryngeal needle carrier / B.T. Woodson, E.A. Mcfadden, R.J. Toonille // Laryngoscope. – 1991. – V. 101. – P. 1019–1023.