

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАРЕЗОМ ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ ПОСЛЕ СТРУМЭКТОМИИ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13323566>

Н.Ш. Расулова., Г.С. Хайдарова.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Парез возвратного гортанного нерва- частое заболевание, которое часто встречается в оториноларингологии. Этот вид пареза голосовых связок скорее является симптомом нарушений, вызванных патологией голосового аппарата гортани. Обычно он развивается вследствие патологического процесса, затрагивающего блуждающий нерв или его верхние, или возвратные ветви. Под парезом подразумевают временное нарушение подвижности мышц гортани и этот диагноз устанавливается пациентам с длительностью заболевания до 6 мес. Возможно восстановление подвижности в сроки от нескольких месяцев до 2 лет. Наиболее частая причина пареза или паралича голосовых связок – операции на щитовидной железе. Связано это с тем, что гортанный нерв проходит вблизи органа в клетчатке. Если он поврежден в ходе оперативного вмешательства, нарушается иннервация мышцы с одноименной стороны.

Цель нашей работы – повышение эффективности реабилитации больных с нарушениями двигательной иннервации гортани.

В рамках поставленной цели исследования были включены следующие задачи:

1. Оценку нарушений голосовой и дыхательной функции при односторонних и двусторонних поражениях возвратных нервов после струмэктомии
2. Исследование результатов при применении к консервативным и хирургическим методам к лечению с последующей оценкой эффективности.

Материалы и методы

За период с 2023 по 2024 г. нами проведено клиническое обследование и лечение 45 больных с расстройствами двигательной иннервации гортани, из них 30 женщин и 15 мужчин в возрасте от 35 до 62 лет. От повреждения гортанных нервов не гарантированы и опытные хирурги, которые оперируют наиболее сложную хирургическую патологию: диффузный токсический зоб (ДТЗ) и рак щитовидной железы. Из 45 больных 35 (78%) пациент оперирован

по поводу ДТЗ и 10 (12%) – по поводу узлового зоба. Обследование больных проводилась в ЛОР отделении и фониатрическом кабинете в многопрофильной клинике ТМА и Voice LOR клинике. Специальные методы изучения клинко-функционального состояния голосового аппарата и дыхательной функции включали: ларингоскопию и микроларингоскопию, фиброларингоскопию, транскутанные ультразвуковое исследование голосовых складок, функции внешнего дыхания и фонации, жизненной функции легких, фонационного объема, времени максимальной фонации.

Используемые методы позволили получить всестороннюю оценку работы голосовых связок, определить параметры межсвязочного пространства, выявить воздействие компенсаторно-приспособительных механизмов на функционирование голосового аппарата и дыхательной системы.

Большинство больных обратились в клинику в сроки от 2 недель до 2 месяца с момента появления ларингологических расстройств. Особенно необходимо подчеркнуть, что прогноз в отношении голосовой и дыхательной функции во многом зависит от своевременной диагностики и назначения адекватного лечения, т.к. длительное нарушение иннервации приводит к необратимым дегенеративным изменениям нервно мышечного аппарата гортани [1, 8].

Основными жалобами у наблюдавшихся нами больных были расстройства голоса различной степени – от легкой охриплости до полной афонии и нарушения дыхания. У 10 пациентов (22,2%) отмечалось затрудненное дыхание при физической нагрузке и стридорозное дыхание во время сна. Больные, трахеотомированные по поводу паралитического стеноза гортани – 5 (11,1 %) человек предъявляли дополнительные жалобы, связанные с ношением трахеотомической канюли.

Результаты и обсуждение

Проводилась оценка эффективности лечения у двух групп больных. Первую группу -30 человек составили больные с парезами голосовых связок без выраженных расстройств дыхания. Из них парез левой голосовой складки отмечен у 18 чел. (60%), правой - у 7 (23,3%) и с двух сторон - у 5 чел. (16,7%). Эти больные нуждались, в основном, в медикаментозном и фонопедическом лечении. Во второй группе наблюдались 15 (33,3 %) больных с двусторонними параличами голосовых складок, у которых преобладали симптомы инспираторной одышки, а основной целью лечения было увеличение просвета гортани для компенсации дыхательной функции.

В обеих группах больных первый этап реабилитации состоял из комплексного консервативного лечения, которое включало противовоспалительную, дезинтоксикационную, микроциркуляторную и восстановительную терапию.

В комплекс восстановительного лечения входили дыхательная гимнастика, фонопедические упражнения, электростимуляция гортанных мышц, иглорефлексотерапия.

В результате у пациентов первой группы при лечении, начатом в сроки до 1 месяца после возникшего осложнения, отмечено выздоровление с вполне удовлетворительной голосовой функцией у 25 (77,7%) чел., при лечении в сроки от 1,5 до 4-5 мес. – у 15 (21,4%) чел. У лиц с положительными результатами лечения отмечено увеличение интенсивности звучания голоса, стабилизация ритма дыхания, сокращение придыхательных звуков, увеличение ритма максимальной фонации с 4-6 до 25-30 с.

При двустороннем парезе голосовых связок у 5 из 3 больных отмечено увеличение просвета голосовой щели с 2-3 до 5-8 мм с активацией подвижности голосовых складок и увеличением времени максимальной фонации до 20 с. При двусторонних паралитических стенозах (вторая группа) гортани основная задача состояла в обеспечении адекватного дыхания.

Показаниями к операции в этих случаях являлась неэффективность консервативного лечения у больных с шириной голосовой щели менее 4 мм, а также невозможность декануляции у ранее трахеотомированных пациентов. У наблюдавшихся нами 5 больных с паралитическими стенозами гортани выполнены следующие хирургические вмешательства: чресщитовидная латерализация голосовой складки [2], этапная ларинготрахеопластика при сочетанном паралитическом и рубцовом стенозе [1].

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом с введением интубационной трубки через трахеостому. Основной этап операции заключался в подслизистом удалении голосовой складки и голосового отростка черпаловидного хряща.

У всех было достигнуто расширение просвета гортани в среднем на 4-5 мм, улучшение дыхательных коэффициентов на 8-10%. Сохранение звучного голоса отмечено у 10 больных, у 5 голосовая функция частично компенсировалась за счет патологических механизмов голосообразования (ложноязычного и фарингобукального).

Выводы

1. Комплексное консервативное лечение, начатое в раннем послеоперационном периоде у больных с обратимыми расстройствами двигательной иннервации гортани, обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию в 100% случаев.

2. Двусторонняя травма возвратных нервов с развитием паралитического стеноза с декомпенсацией дыхания и необходимостью трахеостомии составляет 15,8%.

3. Плановое хирургическое лечение двусторонних послеоперационных параличей гортани должно проводиться при неэффективности консервативной терапии через 6-8 мес. после стабилизации морфологических изменений гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Чилингарида К.Е. и др. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе // Хирургия. - 2005. - №10. - С. 28-34.

2. Князева Л.С., Богомолова Е.Г. Комплексное восстановительное лечение парезов и параличей гортани после операций на щитовидной железе: мат-лы XVII съезда отоларингологов России (Н. Новгород, 7-9 июня 2006 г.). - Н. Новгород, 2006. - С. 190-191.

3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. - М.: Медицина, 1993. - С. 169-171.

4. Бондаренко В.О. Методика хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2001. - №6. - С. 4-7.

5. Ветшев П.С., Мамаева С.К. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2006. - №2. - С. 63-68.

6. Дерягин Н.И., Лепехина Т.В., Кокорина В.Э. К вопросу о тактике лечения больных с нарушениями двигательной иннервации гортани // Дальневост. мед. журнал. - 2002. - №1. - С. 71-72.

7. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. - СПб.: Гиппократ, 1998. - С. 330.