

УДК 616.22-007.271/-009.11]-089-08-039.76

© А.П. КОВАЛИК, П.В. КОВАЛИК

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

## Віддалені результати хірургічної реабілітації хворих на рубцево-паралітичний стеноз гортані

A.P. KOVALYK, P.V. KOVALYK

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

### REMOTE RESULTS OF SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE CICATRICAL-PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX

Проаналізовано результати лікування хворих на рубцево-паралітичний стеноз гортані безпосередньо після хірургічного втручання і у віддаленому періоді. Розроблено і впроваджено в практику принципово новий спосіб хірургічного лікування хворих із вказаною патологією. Запропонована методика у віддаленому періоді сприяла досягненню добрих результатів у 74,1 % хворих, задовільних – в 18,5 % і незадовільних – в 7,4 % пацієнтів.

The results of patients' treatment with the cicatrical-paralytic stenosis of the larynx directly after surgical operation and in a remote period have been analysed. There has been developed and introduced into practice the new method of surgical treatment of the patients with indicated pathology. The introduced methods in remote period have been promoted the successful results in 74,1 % patients, satisfactory results in 18,5 % and unsatisfactory – in 7,4 %.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Реабілітація дихальної функції гортані при її рубцево-паралітичному стенозі й анкілозі перснечерпакуватих суглобів і на сьогодні залишається однією з надзвичайно складних проблем в отоларингології (Ф.О. Тишко, 1981; А.Л. Клочихин и соавт., 1997; В.П. Цуриков и соавт., 1998). Пацієнти з даною патологією є досить тяжкими, оскільки при цьому патологічно змінюється внутрішня стінка гортані. Поєднання патології (стеноз, анкілоз і рубці) значно погіршує результати лікування, а також є протипоказанням до багатьох варіантів хірургічних втручань (латерофіксація голосової складки, реіннервація гортані тощо). Незважаючи на те, що для лікування даної патології запропоновано велику кількість варіантів хірургічних втручань, незадовільні результати лікування становлять до 78 % (В.С. Погосов и соавт., 1979; В.Н. Фаломеев и соавт., 1999).

**Мета роботи:** для реабілітації дихальної функції у хворих на рубцево-паралітичний стеноз гортані з анкілозом перснечерпакуватих суглобів розробити принципово новий спосіб хірургічного лікування даної патології і проаналізувати отримані результати у віддаленому періоді.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням перебували 35 хворих на рубцевий стеноз гортані віком від 19 до 58 років. З них 27 осіб жіночої і 8 – чоловічої статі. Причиною рубцевих стенозів гортані з анкілозом перснечерпакуватих суглобів у 27 хворих (усі особи жіночої статі) спершу був двобічний параліч гортані після перенесеної струмектомії, а у 8 пацієнтів – травма шиї. Для розширення голосової щілини у всіх хворих у минулому були проведені хірургічні втручання, однак поліпшення не настало. При госпіталізації в клініку всі пацієнти дихали через трахеостому, що була сформована у них у різні періоди від початку захворювання.

Для реабілітації дихальної функції у хворих на рубцево-паралітичний стеноз гортані нами розроблено і впроваджено в практику принципово новий спосіб хірургічного лікування. Хірургічне втручання проводиться під інтубаційним наркозом. Суть операції полягає у відновленні дихання через гортань і полягає в такому. Розріз шкіри і підшкірної клітковини проводимо по середній лінії шиї від під'язикової кістки до дужки перснечерпакуватого хряща, інколи до трахеостоми. Виділяємо передню поверхню щитоподібного хряща, щитопід'язикову мембрану і щитоперснечерпакуватого зв'язку. Охрястя щи-

топодібного 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) розсікаємо. Виділену трьома розрізами частину охрястя з обох боків від хряща відсепаруємо і проводимо конікотомію. Розріз щитоперсноподібної зв'язки виконуємо під нижнім краєм щитоподібного хряща. Після цього щитоподібний хрящ розтинаємо по середній лінії (тиреотомія). Одномоментно з розрізом хряща розтинаємо внутрішній листок охрястя і слизову оболонку гортані з рубцями. Розріз продовжуємо по середній лінії догори по щитопід'язиковій мембрані на 1,5–2 см. Край щитоподібного хряща за допомогою гачків розводимо вбік і оглядаємо просвіт гортані, стан слизової оболонки, наявність рубців, їх межі. Рубцеву тканину обережно висікаємо, стараючись якомога більше зберегти незмінну слизову оболонку гортані. Особливо бережно слід ставитись до м'яких тканин задньої стінки гортані, ділянки черпакуватих хрящів і міжчерпакуватого простору. Після висічення рубців і гемостатичних заходів переходимо до видалення смужки щитоподібного хряща шириною до 5–6 мм із кожного його боку паралельно до розрізу по середній лінії. Ранову поверхню щитоподібного хряща з кожного боку відповідно прикриваємо зовнішнім листком охрястя, сформованим ще на початку операції. Для цього охрястя із зовнішньої поверхні щитоподібного хряща загинаємо в просвіт гортані і підшиваємо до внутрішнього листка охрястя однойменного боку або ж до залишків слизової оболонки гортані. Наступним етапом операції є формування ларингостоми. Для цього край шкіри підшиваємо до слизової оболонки гортані і залишків її рубцевої тканини, прикриваючи ранову поверхню стінок гортані, яка утворюється після витинання зміненої слизової оболонки і рубцевої тканини. Вкриття внутрішньої поверхні гортані шкірою сприятиме зменшенню можливості виникнення рубцевої тканини.

Після формування ларингостоми в просвіт гортані вводимо балон-дилататор. Останній виготовляємо індивідуально з нижнього кінця (з балоном) інтубаційної трубки, підбираючи відповідну товщину трубки з діаметром просвіту гортані. Балон-дилататор (після нагнітання в нього повітря) щільно прилягає до стінок гортані, що сприяє формуванню її просвіту. Після введення трубки-дилататора в гортань в ларингостому вкладаємо турунди з антисептичною маззю (стрептоцидова, синтоміцинова, левоміколь та ін). Хворим проводимо щоденні перев'язки. При цьому замінюємо лише марлеві турунди, а трубка-дилататор повинна міститись в гортані не менше місяця (при потребі її замінюємо іншою).

Після загоєння післяопераційної рани і припинення запального процесу марлеві турунди в гортань не вводимо, залишаючи там лише трубку-дилататор.

Надзвичайно важливим моментом у лікуванні таких пацієнтів є правильне положення трубки-дилататора в порожнині гортані. Верхній її край зрізаємо навскіс і в гортань вводимо так, щоб передня стінка трубки була довшою і досягала основи надгортанника, а задня – не піднімалась вище черпакуватих хрящів. Більш високе розміщення трубки-дилататора значно порушує роздільну функцію гортані. Після операції у частини пацієнтів виникають труднощі з харчуванням. Для профілактики вказаної патології цим хворим вводимо носостравохідний зонд для харчування, яким хворий харчується 2–3, інколи 4 тижні. Протягом цього терміну формується вхід в гортань. Проте у деяких хворих акт ковтання відновлюється надзвичайно важко. Протягом тривалого часу (інколи місяцями) відбувається часткова аспірація рідкої їжі. Інколи проблема відновлення роздільної функції гортані є більш важливою, ніж дихальної через природні (гортань) шляхи. Якщо після видалення носостравохідного зонда переконуємось, що хворий харчується самостійно природним шляхом, його можна виписувати зі стаціонару з умовою, щоб він кожні 2–3 тижні з'являвся в клініку на медогляд. Під час огляду при необхідності трубку-дилататор знімаємо. Дилатацію припиняємо тоді, коли сформується ларингостома шириною не менше 1–1,5 см. Після видалення дилататора через 2–3 дні видаляємо і трахеотомічну трубку. Обидва ці етапи операції виконуємо в стаціонарі, попередньо госпіталізувавши хворого. Після деканюляції хворий ще 2–3 дні перебуває на стаціонарному догляді і, переконавшись, що дихання в нього не порушене, його виписують з відділу під періодичний амбулаторний нагляд в ЛОР-спеціаліста. Через 1–1,5 місяця ранові поверхні просвіту гортані вкриваються шкірою, ширина гортані стає достатньою для нормального дихання, хворого знову госпіталізують для виконання завершального етапу операції – пластики ларингостоми. Переконавшись, що хворий вільно дихає через гортань, виконуємо хірургічне втручання. Залежно від ситуації ларингостому закриваємо за відомим методом Пасова або ж для цього використовуємо навколишні тканини, мобілізуючи чи перемішуючи їх в ділянку стоми на ніжці.

#### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Результати лікування оцінювались як добрі, задовільні і незадовільні. В групу з добрими результатами віднесені ті пацієнти, у яких проведена деканюляція, відновилось дихання; при задовільних

хворі хоч і були деканюльовані, дихання покращувалось, проте воно повністю не відновлювалось (особливо погіршувалось при фізичному навантаженні). Якщо пацієнтів не вдавалось деканюлювати, то результати лікування розцінювались як незадовільні. Із 35 оперованих пацієнтів із рубцево-паралітичним стенозом гортані безпосередні добрі результати отримано у 25 (71,4 %), задовільні – у 8 (22,9 %) і незадовільні – у 2 (5,7 %) осіб.

Проте результати лікування більш достовірні, коли їх оцінювати у віддаленому періоді. Із 35 оперованих хворих у віддаленому періоді (через 6–11 років) нами обстежено 27 (з 8 зв'язок втрачено). Із 25 пацієнтів, у яких безпосередні результати оцінено як добрі, у віддаленому періоді обстежено 22.

При цьому в 20 результат оцінений як добрий, а в 2 – задовільний. Із 8 хворих, у яких безпосередні результати оцінено як задовільні, у віддаленому періоді оглянуто 5. Із них у 3 відмічені задовільні результати, а у 2 – настав рецидив захворювання. Таким чином, із 27 обстежених пацієнтів у віддаленому періоді добрі результати отримані у 20 (74,1 %), задовільні – у 5 (18,5 %), а рецидив захворювання настав у 2 (7,4 %) хворих.

**Висновок.** Запропонована нами методика хірургічної реабілітації дихальної функції гортані при її рубцево-паралітичному стенозі є досить ефективною і може бути рекомендована для використання в клінічній практиці.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клочихин А.Л. Реконструкция гортани с применением эндопротезов по поводу стенозов нераковой этиологии / А.Л. Клочихин, Г.И. Марков, В.О. Ольшанский // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 1. – С. 30–33.
2. Погосов В.С. Микроскопия и микрохирургия гортани и глотки / В.С. Погосов, В.Ф. Антонив, И.М. Банарь // VI науч.-практ. конф. оториноларингологов МССР : тез. докл. – Кишинев : Штиинца, 1979. – С. 97–98.
3. Тышко Ф.А. Хирургическое лечение больных с посттравматическими стенозами гортани и трахеи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук / Ф.А. Тышко. – К., 1981. – 23 с.
4. Фаломеев В.Н. Диагностика и лечение больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи / В.Н. Фаломеев, Е.Г. Ежова // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 3. – С. 25–27.
5. Цуриков В.П. Освоение методов хирургического лечения больных с паралитическими стенозами гортани / В.П. Цуриков, С.В. Иванов // Вестн. оторинолар. – 1998. – № 4. – С. 56–57.

Отримано 17.12.10