

***АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА
ОРГАНАХ ШЕИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, СВЯЗАННЫХ С ВОЗВРАТНЫМ
ГОРТАННЫМ НЕРВОМ***

Кулиш В.П., Абдуллаева С.И., Гасанова А.Р.

Харьковский национальный медицинский университет

Харьков, Украина

***ANATOMICAL FEATURES OF SURGICAL INTERVENTIONS ON NECK AND
CHEST WHICH ARE ASSOCIATED WITH RECURRENT LARYNGEAL NERVE***

Kulish V. P., Abdullaieva S.I., Gasanova A.R

Kharkov national medical university

Kharkov, Ukraine

В настоящее время тенденция к возрастанию количества больных с периферическими парезами и параличами гортани во многом обусловлена увеличением числа оперативных вмешательств на органах шеи и грудной клетки, симптомически связанных с возвратным гортанным нервом (ВГН).

Было обследовано 150 больных с раком щитовидной железы (РЩЖ) после экстрафасциальных операций в возрасте от 15 до 75 лет. У всех пациентов диагноз подтвержден при плановом гистологическом исследовании. Фолликулярный РЩЖ был отмечен у 69 больных, а папиллярный рак - у 78 пациентов. Фолликулярно-папиллярный вариант опухоли наблюдался у 1 больного, в двух случаях был выявлен папиллярно-фолликулярный РЩЖ. Клиническое состояние голосовых связок оценивалось на основании жалоб и проведения непрямой ларингоскопии в дооперационном периоде на вторые и седьмые сутки и через три месяца после операции. При анализе данных обследования на и до госпитальном этапе у всех больных подвижность голосовых связок была в полном объеме. В послеоперационном периоде жалобы на охриплость различной степени выраженности предъявили 8 больных (5,3%). При непрямой ларингоскопии на 2 сутки после операции неподвижность гортани с одной стороны была отмечена у 4 из 150 больных (2,7%), а именно: после ГТЭ у 1 из 86 (1,2%) пациентов и после ТЭ - у 3 из 45 (6,7%) больных. У оставшихся 4 больных выявлены отечность и неполное смыкание голосовых связок при фонации. Данная ситуация расценена нами как последствие интубации. Всем больным проведена медикаментозная терапия и при выписке из стационара на 7 сутки подвижность гортани восстановилась в полном объеме. У одной пациентки с послеоперационным односторонним параличом гортани ГТЭ выполнялась после нерадикального оперативного вмешательства на

щитовидной железе в другом лечебном учреждении. При выделении из рубцов возвратный нерв был травмирован, хотя целостность его была сохранена. После проведенной медикаментозной терапии подвижность гортани была восстановлена полностью. Трех пациентам выполнены экстрафасциальные ТЭ по поводу рецидива заболевания после интракапсулярных операций. У них в послеоперационном периоде отмечен односторонний паралич гортани. В одном случае возвратный нерв имел рассыпной тип и состоял из трех тонких веточек, в другом - нерв у места впадения в трахею был «замурован» рубцовой тканью щитовидной железы. У третьей больной ТЭ проводилась после трех операций на щитовидной железе и на одной стороне возвратный нерв не был идентифицирован за счет выраженных рубцовых и опухолевых процессов. У данной пациентки в послеоперационном периоде была осиплость, затрудненное дыхание, связанное, по-видимому, с образованием гематомы в проекции левой доли. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась медикаментозная терапия с назначением прозерина, витамина-В12, лазеротерапия. Тем не менее, у трех больных остался односторонний паралич гортани. При выполнении экстрафасциальных операций на щитовидной железе лишь у одной пациентки, из 45 больных произведенная тиреоидэктомия стала причиной травматизации возвратного нерва со стойким односторонним параличом гортани, в силу анатомо-топографических особенностей.

Таким образом, комплексная оценка проведенных операций показала что, в зависимости от вариабельности топографии анатомических образований шеи и грудной клетки, существует вероятность повреждения возвратного гортанного нерва.