

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия асс. кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Смбалян Армине Смбаатовны на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Майнагашевой Юлии Станиславовны> по теме: < Парезы и параличи гортани >.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий

Положительный/
отрицательный

1. Структурированность;
2. Наличие орфографических ошибок;
3. Соответствие текста реферата по его теме;
4. Владение терминологией;
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;
6. Логичность доказательной базы;
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;
8. Круг использования известных научных источников;
9. Умение сделать общий вывод.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Красноярск, 2020

Определение.

В клинической практике для обозначения неподвижности голосовых складок используют термины «паралич» и «парез» гортани. 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.

Паралич — расстройство двигательной функции в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц. Паралич гортани – состояние, являющееся одной из причин стеноза верхних дыхательных путей, характеризуется стойким односторонним или двусторонним расстройством двигательной функции гортани в виде нарушения или полного отсутствия произвольных движений голосовых складок вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц, анкилоза перстнечерпаловидных суставов, воспалительного процесса.

Клиническая анатомия

Движения голосовых складок осуществляются в результате координированного сокращения различных групп мышц гортани.

Функция	Мышца
Открытие голосовой щели, отведение голосовых складок	Задняя перстнечерпаловидная мышца
Закрытие голосовой щели, приведение голосовых складок	Латеральная перстнечерпаловидная мышца Щиточерпаловидная мышца Поперечная и косая черпаловидные мышцы
Натяжение голосовых складок	Перстнещитовидная мышца Медиальная часть щиточерпаловидной мышцы (голосовая мышца)

Во время вдоха голосовые складки смещаются латерально (разведены), при фонации голосовые складки располагаются в срединном положении (сведены).

При парезе голосовые складки могут принимать следующие положения:

- Срединное положение
- Парамедианное положение
- Промежуточное положение голосовых складок отмечается при полном повреждении блуждающего нерва (включая верхний и нижний гортанный нервы), когда неподвижны внутренние и наружные мышцы гортани. Промежуточное положение («трупное») занимают складки в конечной стадии паралича. Возникает провисание голосовых складок из-за атрофии голосовой мышцы. При параличе задней перстнечерпаловидной мышцы черпаловидный хрящ наклонен вперед.

Этиология и патогенез

Наиболее частой причиной односторонних параличей гортани являются:

- операции на органах шеи (щитовидной железе, сонной артерии, шейном отделе позвоночника) — в 21,6% случаев,
- травма гортани — 20%,
- инфекционные заболевания (грипп, дифтерия и др.) — 7%,
- патология средостения (аневризма дуги аорты, рак легкого) — 3%,
- идиопатические парезы составляют 4%.

Повреждение нижнего гортанного нерва или, реже, верхнего гортанного нерва при операциях на щитовидной железе является одним из самых распространенных осложнений и составляет 5%-9%.

Двусторонний парез гортани может возникнуть в результате следующих причин:

- хирургическая травма (44%),
- злокачественные новообразования (17%),
- эндотрахеальная интубация (15%),
- неврологические заболевания (12%),
- идиопатические (12%).

Органические центральные параличи гортани возникают при кортикальных и бульбарных поражениях, при вовлечении интракраниального отдела блуждающего нерва. Кортикальные параличи всегда двусторонние, в соответствии с иннервацией от двигательного ядра. Возможные причины - контузия, церебральный паралич, энцефалит, диффузный атеросклероз сосудов головного мозга, неопластический менингит, опухоли головного мозга. Кортикобульбарный паралич возникает в результате повреждения кортикобульбарного тракта, например, при недостаточности кровообращения в бассейне позвоночной артерии. Бульбарный паралич может быть в результате нарушения кровообращения в бассейне мозжечковых артерий, рассеянного склероза, синингобульбии, сифилиса, бешенства, полиомиелита, энцефалита, внутримозжечковых опухолей. При этом изолированных параличей гортани не выявлено, они обычно сочетаются с поражением IX, XI и XII пар черепно-мозговых нервов, что подтверждает неврологическое исследование. Синдром Валленберга возникает при окклюзии позвоночной или задней нижней мозжечковой артерии в результате ишемии бокового отдела продолговатого мозга. Симптомы включают затруднение дыхания, охриплость голоса, головокружение, тошноту, рвоту, нистагм, нарушение равновесия и походки.

Функциональные центральные параличи гортани возникают при нервно-психических расстройствах вследствие нарушения взаимодействия между процессами возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Классификация

В зависимости от уровня повреждения параличи гортани делятся на **центральные** и **периферические**, **односторонние** и **двусторонние**, могут быть **врожденными** или **приобретенными**. Центральные, в свою очередь, подразделяются на органические и функциональные.

Диагностика

Жалобы и анамнез

При односторонних параличах гортани, в результате неподвижности парализованной голосовой складки, находящейся в латеральной или парамедианной позиции, наблюдаются стойкие нарушения фонаторной функции - возникает осиплость, битональность или полная потеря голоса. Отсутствие полного смыкания голосовой щели приводит к аспирации. Кашель и раздражение слизистой оболочки гортани способствуют развитию ларингита, трахеита, аспирационной пневмонии. Беспокоит одышка, усиливающаяся при голосовой нагрузке.

При двустороннем парезе гортани больных больше беспокоит нарушение дыхания. При физических нагрузках, во время сна или разговора появляется инспираторный стрidor. Голос может быть звонким, иногда отмечается придыхательная охриплость, при разговоре характерны длительные инспираторные фазы. Симптомы аспирации и дисфагии может не быть.

Выраженность клиники стеноза дыхательных путей зависит от размера голосовой щели. На состояние пациента оказывает влияние и сопутствующая соматическая патология: сердечно-сосудистая и легочная, обменные нарушения (гипотиреоз, гипопаратиреоз и т.д.), деформация шейного и грудного отделов позвоночника.

Физикальные исследования

При стенозе гортани и компенсации дыхания отмечаются укорочение паузы между вдохом и выдохом, удлинение вдоха (инспираторная одышка). При этом дыхание становится шумным, возникает изменение частоты, напряжения и ритма пульса.

При декомпенсации дыхания общее состояние пациента тяжелое, характеризуется слабостью, апатией или крайним беспокойством. Отмечаются цианоз пальцев рук и лица, одышка в покое и при небольшой физической нагрузке, шумное дыхание, озвученный вдох (инспираторная одышка), учащение дыхания, вовлечение в дыхание вспомогательных мышц, тахикардия, повышение АД.

При остром стенозе гортани клиническая картина заболевания более выраженная, чем при хроническом, даже при относительно широкой голосовой щели. Клиническая картина хронического стеноза может быть «смазана» вследствие адаптации организма к гипоксии за счет компенсаторно-приспособительных реакций.

При ларингоскопии

При двустороннем парезе гортани-голосовые складки находятся в срединном или парамедианном положении; при одностороннем парезе одна из голосовых складок неподвижна, находится в парамедианном или латеральном положении.

При ларингостробоскопии

дает возможность настраивать частоту световых импульсов под частоту колебаний истинных голосовых складок. При электронной стробоскопии настройка производится автоматически. При параличах фонаторные колебания голосовых складок отсутствуют (следует учесть, что при параличах может сохраниться вибрация голосовых складок, которую необходимо отличать от типичных фонаторных колебаний в горизонтальной плоскости). Для паралича центрального генеза, кроме этого, характерны нарушение подвижности языка, мягкого неба и изменение артикуляции речи.

Алгоритм обследования пациента с целью установления причины пареза гортани

- общеклиническое обследование,
- СКТ головного мозга, органов шеи и грудной клетки,
- эндоскопическое исследование гортани, трахеи, пищевода, бронхов,
- УЗИ лимфоузлов шеи и щитовидной железы,

При неясном генезе пареза гортани показаны консультации эндокринолога, невролога, пульмонолога, торакального хирурга. При декомпенсации дыхания сначала проводятся неотложные мероприятия по нормализации дыхания в необходимом объеме, а затем обследование.

Длительное отсутствие голосовой функции ведет к потере закрепившегося в памяти образа, к атрофии мышц, фиброзу капсулы перстнечерпаловидного сустава и нарушению функции задней перстнечерпаловидной мышцы. Эти факторы препятствуют улучшению голоса. Оценка качества голоса пациентов осуществляется с помощью **шкалы определения звучности голоса GRBAS**, при мультипараметровом акустическом исследовании голоса с помощью компьютерной программы.

При акустическом анализе голоса определяют основную частоту (F0) и силу голоса, Jitter, время максимальной фонации (ВМФ) и индекс выраженности дисфонии (DSI), производят запись голосового поля и исследование речевого профиля. Фонетография осуществляется в режиме реального времени.

Дифференциальная диагностика паралича гортани проводится с другими заболеваниями, являющимися причиной дыхательной недостаточности: ларингоспазмом, инфарктом миокарда, тромбоэмболией легочной артерии, стволовым инсультом.

Голосовые складки могут быть неподвижны при вывихах, подвывихах анкилозе или артритах перстнечерпаловидных суставов. При этом отмечается несимметричность суставов с признаками воспаления на стороне поражения.

Согласно «Clinical Practice Guideline: Improving Voice Outcomes after Thyroid Surgery» рекомендуется осмотр голосовых складок у пациентов как с нормальным голосом так и с голосовыми нарушениями перед оперативным вмешательством на щитовидной железе. Необходимо предупредить пациента о возможных послеоперационных нарушениях голоса и дыхания, обсудить тактику вмешательства с анестезиологом, проводить интраоперационный мониторинг возвратных нервов, в том числе ларингеальную электромиографию (LEMG), стараться предупредить повреждение верхних гортанных нервов (по возможности, оставлять верхний полюс щитовидной железы), в послеоперационном периоде отслеживать изменения голоса пациента (с документацией через 2 недели и через 2 месяца после операции), обязательна консультация оториноларинголога с осмотром гортани и оценкой голосовых складок, при изменении голоса пациенту необходима реабилитация.

Особенности у детей

Особую группу составляют врожденные параличи гортани. Врожденные параличи гортани связаны с такими наследственными синдромами и заболеваниями, как болезнь

Шарко—Мари—Тута, мальформация Арнольда—Киари, синдром Ли, синдром Вильямса, нервно-мышечные заболевания, синдром Дауна, синдром Мобиуса-Поланда.

Причиной одностороннего пареза гортани у детей могут быть: новообразования (29%), послеоперационные осложнения (24%), воспалительные процессы (21%), постинтубационная и наружная травмы гортани (8%), центральные (5%) и идиопатические параличи (13%).

У пациентов с врожденным двусторонним параличом гортани требуется избирательный подход при рассмотрении вопроса о трахеостомии, так как в ряде случаев происходит спонтанное восстановление подвижности парализованных голосовых складок. Повреждение возвратного нерва случается при кардиохирургических вмешательствах у детей. Частота повреждений составляет до 4 % по различным данным, особенно часто при оперативных вмешательствах по поводу коарктации аорты—2,5 %. Хирургическое закрытие Боталова протока, особенно у новорожденных с экстремально низкой массой тела (< 1000г), часто приводит к парезу(параличу) левого возвратного нерва и проявляется стридором в послеоперационном периоде, осиплостью голоса, проблемами при кормлении и аспирацией.

По истечении 9 месяцев жизни у части пациентов наблюдается компенсаторная гипертрофия правой голосовой складки, не возникает проблем при кормлении, но длительно сохраняется слабый плач.

Некоторым детям требуется наложение гастростомы для предотвращения аспирации пищи в нижние дыхательные пути. Парез гортани при редких заболеваниях Синдром Тапия сопровождающийся односторонним парезом гортани и языка, с вовлечением грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц может развиваться как осложнение при масочной вентиляции из-за смещения головы, при интубации трахеи во время оперативных вмешательств или бронхоскопии. Невралгическая амиотрофия(синдром Персонейджа—Тернера) — идиопатическая плечевая плексопатия с острым началом в форме болевого синдрома в области плеча и надплечья, по стиханию которого развивается парез и атрофия мышц плечевого пояса. Через несколько недель/месяцев симптомы полностью регрессируют. При этом заболевании возможен односторонний, реже двусторонний, парез гортани, с полным восстановлением функции пораженной складки при регрессии симптомов основного заболевания.

Множественная системная атрофия-прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, вызывающее пирамидную, мозжечковую и вегетативную дисфункцию. Проявляется артериальной гипотензией, задержкой мочи, запором, атаксией, ригидностью и постуральными нарушениями. Одним из симптомов может быть как односторонний (чаще с поражением левой голосовой складки) так и двусторонний парез гортани.

Лечение

Выполняется лечение заболевания, явившегося причиной пареза гортани.

Консервативное лечение

На ранних этапах реабилитации голосовой функции при одностороннем парезе гортани применяют стимулирующую терапию (прозерин, галантамин, нимодипин, глюкокортикостероиды), нейромышечную электрофонопедическую стимуляцию в комбинации с фонопедией, которые способствуют раннему восстановлению звучности голоса в 60% случаев и позволяет значительно сократить сроки реабилитации пациентов.

Стимулирующая терапия противопоказана после операции по поводу злокачественного новообразования щитовидной железы, органов шеи, средостения и грудной клетки, а при неоперированной щитовидной железе -гипертиреозе, наличие узлов в щитовидной железе, доброкачественных образованиях кожи на местах расположения электродов, соматической патологии.

Обязательно проведение стробоскопии гортани при наблюдении больных в процессе лечения.

Благоприятным прогностическим признаком восстановления функции пораженного нерва являются колебания слизистой оболочки по краю парализованной голосовой складки, так называемое смещение слизистой «волны».

При двустороннем парезе восстановление нормальной проходимости дыхательных путей имеет первостепенное значение. При декомпенсации дыхания показана трахеотомия. Двусторонний парез гортани в раннем послеоперационном периоде в результате повреждения возвратного нерва, при отсутствии симптомов острой дыхательной недостаточности в течение 10–14 дней лечится консервативно. Терапия включает назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия, гормонотерапию. При наличии гематомы назначают средства, влияющие на свертываемость крови, витаминотерапию, сеансы гипербарической оксигенации, препараты, улучшающие реологические свойства крови, сосудистую терапию. При положительной динамике проводится курс фонопедических упражнений.

Хирургическое лечение

Рекомендовано определять тактику лечения в зависимости от следующих факторов:

- выраженности симптомов дыхательной недостаточности;

- размеров голосовой щели;
- основного заболевания; о сопутствующей патологии

При благоприятном стечении обстоятельств возможно одномоментное проведение трахеостомии и ларингопластики в необходимом объеме. Для восстановления дыхания срочную трахеотомию проводят под местной анестезией или под наркозом. Операция под наркозом возможна при фиброоптической интубации трахеи без применения миорелаксантов.

Рекомендовано проведение ранней комбинированной латерофиксации одной из голосовых складок с ариеноидэктомией и задней хордотомией в случае, если в течение 12 месяцев подвижность голосовых складок не восстанавливается.

Показаниями к реконструктивной операции служат нарушение подвижности голосовых складок и невозможность адекватного дыхания через естественные пути, неэффективность консервативного лечения. Противопоказаниями для пластической операции являются пожилой возраст, тяжелая сопутствующая патология, злокачественные заболевания щитовидной железы. Вопрос о характере хирургического лечения решается индивидуально на основании объективных данных и данных ларингоскопической картины.

Виды хирургических вмешательств при параличах гортани

Хирургические вмешательства при двусторонних параличах гортани

Несмотря на всё разнообразие авторских методик хирургического лечения паралитических стенозов гортани, основной их принцип сводится к трём возможным способам расширить просвет гортани на уровне голосовой щели:

1. Удалению голосовой складки или её части, препятствующей проведению воздуха в нижележащие отделы верхних дыхательных путей. Особого внимания заслуживает щадящий и достаточно несложный метод хирургического лечения, каким является предложенная в 1989 г Dennis и Kashima задняя хордэктомия CO₂-лазером, заключающийся в удалении задней трети голосовой складки без удаления черпаловидного хряща
2. Восстановлению двигательной иннервации гортани с помощью одного из вариантов нейропластики.
3. Фиксации интактной голосовой складки в положении отведения, используя естественную подвижность черпаловидного хряща в перстнечерпаловидном суставе.

Хирургические вмешательства при односторонних параличах гортани

Основной целью всех предложенных хирургических способов лечения односторонних параличей гортани, является медиализация парализованной голосовой складки к здоровой. Хирургические вмешательства при односторонних параличах гортани включают в себя три основные группы:

1. Нейропластика (способ реиннервации гортани включает в себя нейрорафию ansa cervicalis с культей возвратного гортанного нерва, что приводит к медиализации голосовой складки, помогает восстановить ее тонус, при этом улучшаются параметры голосообразования).
2. Имплантация различных веществ в голосовую складку.

Инъекционная ларингопластика – это процедура, проводимая при изменении формы голосовых связок или их подвижности, может проходить под наркозом, либо под местной анестезией. Некоторые врачи предпочитают проводить эту процедуру под местной анестезией, так как при этом можно сразу убедиться в эффективности проведенного лечения. Если требуется еще несколько инъекций, они могут быть сделаны сразу же. При одностороннем параличе гортани с целью улучшения голосовой функции применяют методику медиализации пораженной голосовой складки с помощью различных агентов: - производных гиалуроновой кислоты собственной жировой ткани, карбоксиметилцеллюлозы, полидиметилсилоксана.

Нередко приводит к таким осложнениям, как образование гранулемы инородного тела, миграции или абсорбции имплантируемого вещества, присоединение инфекции с развитием абсцесса, медиализации ложной складки и желудка, приводящей к еще большей дисфонии

3. Хирургия остова гортани (представлена тремя типами вмешательств: тиреопластика, аддукция черпаловидного хряща, тракция латеральной перстнечерпаловидной мышцы).

Медиализирующая тиреопластика - под м/а обнажается пластина щитовидного хряща, на стороне поражения, на уровне парализованной голосовой складки, отступя 2-3 мм от нижнего края щитовидного хряща и 3-4 мм от заднего края, вырезается прямоугольный фрагмент и погружается внутрь, затем устанавливается и фиксируется имплантат, голосовая складка медиализируется, о чем можно судить, попросив пациента поговорить. Степень погружения и размер имплантата определяется интраоперационно.

\

Список литературы

1. Бербом Х. Болезни уха, горла и носа/Бербом Х., Кашке О., Навка Т., Свифт Э.; пер. с англ.-М.:МЕДпресс-информ, 2012-776 С.:ил

2. Вязьменов Э.О. Парезы и параличи гортани у детей: особенности развития и течения, методы диагностики и лечения / Э.О. Вязьменов, Е.Ю. Радциг, М.Р. Богомильский// Вестн. оториноларингологии. - 2007. - № 2. - С. 63-67.
3. Дайхес Н.А., Назарочкин Ю.В., Трофимов Е.И., Харитонов Д.А., Е.М.ФукиЕ.М. Профилактика нарушений иннервации гортани при лечении больных узловыми заболеваниями щитовидной железы.//Усовершенствованная медицинская технология,Москва – 2006
4. Кокорина В.Э., Хорук С.М. Пути хирургического восстановления дыхания при двусторонних паралитических стенозах гортани.// Дальневост. мед.журн. - 2013. - № 3. - С. 95-97
5. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство. М., 2008. С. 760– 766
6. Темираева З.К. Объективная оценка результатов консервативной терапии односторонних параличей гортани методом акустического анализа голоса / З.К. Темираева, О.В. Немых, П.В. Пашков // Рос.оториноларингология. - 2008. - № 1. - С. 142-147.