

Г. Е. КАЗАРЯН. О. Н. ОГАНЕСЯН

ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ДО И ПОСЛЕ
ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЗОБА

Одной из главных причин послеоперационного расстройства функции гортани является механическое повреждение нервов гортани при операциях на щитовидной железе. Чаще всего повреждается нижний гортанный нерв, что объясняется его топографическим расположением. Повреждение это происходит главным образом при перевязке нижней щитовидной артерии. По данным А. Цегельска [4] повреждение верхнегортанного нерва исключается. М. Бомаш [1] это связывает с топографическим расположением последнего. По другим данным, повреждение верхнегортанного нерва может наступить при перевязке верхней щитовидной артерии, в результате чего наступает анестезия глотки, вызывающая скопление слизи в трахее, ослабление силы кашля, а также появляется боль в зубах и нижней челюсти. Скоропроходящая боль в зубах и нижней челюсти, слюноотделение и даже незначительное изменение голоса, иногда не останавливает внимание хирурга. Кроме того, верхнегортанный нерв сопровождается симпатическими волокнами и иногда последние анастомозируют с верхним сердечным нервом. Надо полагать, что внезапное наступление спазма голосовой щели, одышка и нехватка воздуха при операции вызывается раздражением этих нервов.

В результате раздражения во время операции упомянутых выше нервов у 8 наших больных отмечались боль в зубах и в нижней челюсти, слюноотделение, незначительное изменение голоса. У 4 из них эти явления прошли тут же—на операционном столе, а у остальных 4 в конце первых суток. У 2 других больных во время операции внезапно наступили легкий спазм голосовой щели, одышка и нехватка воздуха. Эти явления также быстро прошли на операционном столе.

При вылушивании узлов повреждение нижнегортанного нерва является чрезвычайной редкостью; более реальным оно является при субтотальных резекциях щитовидной железы и при осложнениях, наступающих во время операции. Многое зависит от техники и метода проведения операции, искусства хирурга и величины зоба.

Процент параличей или парезов голосовых связок при операциях на щитовидной железе у А. Цегельска составляет 12,3%.

Повреждения ниже- и верхнегортанных нервов могут наступить не только при операциях на щитовидной железе. Они встречаются иногда и до операции при патологических изменениях в гортани.

вызванные давлением зоба на нижний гортанный нерв, при больших его размерах, инфильтративным ростом злокачественной опухоли. У 6 наших больных по указанным выше причинам до операции наблюдались частичные параличи или парезы голосовых связок без нарушения фонации и дыхания, а также деформации гортани, которые сопровождались небольшой осиплостью и хрипотой голоса. Все эти явления прошли через 6—8 дней после операции. Необходимо до операции исключить у больных бессимптомный паралич возвратного нерва. Для этого больные должны быть исследованы ларингологом до оперативного вмешательства.

Наши наблюдения охватывают 74 больных, оперированных за время с 1956 по 1959 гг. Из них: мужчины было 3, женщины—71. По степени увеличения зоб был: II степени—3, III степени—51, IV степени—18 и V степени—2. По характеру: диффузный зоб—7, узловой—41, смешанный—26. По клиническому течению—простой или нетоксический зоб—у 50 больных, тиреотоксический—у 24.

У большинства больных с тиреотоксическим зобом перед операцией в клинике производилась соответствующая предоперационная подготовка (больным назначался строгий постельный режим, готовилась исихика, давались препараты йода, а некоторым внутривенно вводился 0,5% раствор новокаина по способу В. Г. Микуляка).

Все больные до поступления в пропедевтическую хирургическую клинику на протяжении разных сроков (от 6 месяцев до 8—9 лет) лечились консервативными методами как амбулаторно в противозобном диспансере, так и стационарно в терапевтических клиниках. Лечение было малоэффективным, а у некоторых больных и неэффективным. До и после операции больным производились анализы крови и мочи, рентгеноскопия органов грудной клетки, определение основного объема и электрокардиографическое исследование. Больные также обследовались до и после операции как ларингологом, так и невропатологом, в отдельных случаях и терапевтом, а женщины—гинекологом.

Нами произведены следующие операции: субтотальная резекция щитовидной железы по Николаеву—у 24, энуклеация—у 18 и резекция щитовидной железы—у 32.

Все операции производились под местным новокаиновым обезболиванием.

Из клиники выписались с выздоровлением 73 больных, умерла 1 больная. Смерть наступила через 24 ч. после операции при явлениях слабости сердечно-сосудистой системы. Причиной смерти явились интоксикация и операционный шок. У больных тиреотоксическим зобом после операции значительно уменьшались или вовсе исчезали явления функционального расстройства нервной системы, постепенно исчезали экзофтальм, сравнительно быстрее—тремор пальцев вытянутых рук, падение пульса, раздражительность и общее беспокойство.

Одновременно наступало урежение пульса и улучшение его наполнения. Сон становился сравнительно нормальным, улучшался аппетит, больные прибавляли в весе и выписывались из клиники в хорошем состоянии. Это позволило нам отнести этих больных к числу выздоровевших.

При исследовании наших больных до операции в 12 наблюдениях были установлены следующие изменения со стороны голосового аппарата: правосторонний паралич нижнего гортанного нерва в 4 наблюдениях, левосторонний—в 2, перемещение гортани вследствие механического сдавления—в 3, гиперемия слизистой в области черида—в 1, сдавление надгортанника—в 2.

Изменения в последних 6 наблюдениях прошли без дополнительного лечения в первые 4—6 дней после операции, а изменения первых шести—после амбулаторного лечения диатермией и подкожным введением 1% раствора никотиновой кислоты.

После операции у 6 больных были отмечены следующие изменения: правосторонний паралич нижнего гортанного нерва в 1 наблюдении, левосторонний паралич—в 3, утолщение слизистой оболочки подвязочного пространства гортани—в 1, сдавление трахеи гематомой—в 1, вследствие наступившей асфиксии больной была произведена трахеотомия.

У всех больных проводилось лечение по указанному выше методу, в результате чего нормальная функция голосовых связок восстановилась. Восстановление имело место в течение времени: у 1 больной в конце первого месяца после начала лечения, у 3—в конце второго месяца, у 5 функция голосовых связок не восстановилась, 6 больная, как уже было указано выше, умерла.

Ларингоскопические исследования больных мы производили до операции и на 3—4-й день после операции, повторно через 10—15 дней, т. е. до выписки больных из клиники. Больных, переведенных при выписке на амбулаторное лечение по поводу паралича, разреза голосовых связок или других изменений в голосовом аппарате, периодически исследовали в течение времени от 6 месяцев до 3 лет.

Нам удалось проследить за отдаленными результатами у 52 больных; срок наблюдения этих больных от 6 мес. до 3 лет. У больных, с простым зобом (33 больных) через 3—5 мес. после операции полностью была восстановлена трудоспособность, с тиреотоксическим зобом (19 больных) через 6—10 мес. после операции общее состояние здоровья улучшилось настолько, что они вернулись к своей работе и большинству из них (15 больных) выполняло свою работу с полной нагрузкой. Ни одного случая рецидива, как у больных с простым, так и тиреотоксическим зобом не было. В группе больных с параличем, разрезом гортанных нервов, функция голосовых связок была полностью восстановлена у всех за исключением одной больной с левосторонним параличем нижнего гортанного нерва, у которой спустя 6 мес. после

операции наступило некоторое улучшение, но полного восстановления не было. Больная продолжала амбулаторное лечение. Остальные 22 не явились к нам для повторного исследования.

Кроме того, у 14 больных были установлены другие изменения: у 6—хронический тонзиллит, у 4—хронический фарингит, у 4—явления хронического назофарингита. По данным некоторых авторов (В. А. Оппель [2], И. А. Преображенский [3], М. Ф. Цигович [5]), хронические тонзиллиты и катары верхних дыхательных путей могут явиться этиологическими факторами заболевания щитовидной железы, развития тиреотоксикозов и влияния на их течение. Анализом этих изменений мы не занимались, так как это не входило в нашу задачу. Мы считаем, что этот вопрос также представляет определенный интерес, которым следует более подробно заниматься.

Других осложнений после операции на щитовидной железе по поводу зоба мы не наблюдали.

Несмотря на то, что наши наблюдения немногочисленны и на их основании трудно сделать выводы, однако позволяем себе отметить следующее:

1. У больных с тиреотоксическим зобом, наряду с нередкими патологическими изменениями со стороны нервной системы, нарушением менструального цикла, иногда имеют место также изменения и со стороны голосового аппарата, поэтому эти больные до и после операции должны быть обследованы как ларингологом так и невропатологом и гинекологом.

2. Местное обезболивание при операции на щитовидной железе по поводу зоба дает возможность контролировать голос больного во время операции и предупреждает повреждение гортанных нервов.

3. По нашим наблюдениям параличи, парезы гортанных нервов и другие изменения в голосовом аппарате до операции на щитовидной железе были у 12 больных: у 6 прошли через 4—6 дней после операции, у остальных 6 после амбулаторного лечения диатермией и инъекциями 1% раствора никотиновой кислоты.

Параличи, парезы гортанных нервов, наступившие при операциях на щитовидной железе были у 6 больных: у 4 функция голосовых связок восстановилась полностью после проведенного по указанному выше способу, у 1 больной наступило некоторое улучшение.

4. В наших наблюдениях до операции были отмечены изменения в голосовом аппарате большей частью у больных с зобом смешанной формы IV—V степеней (15), затем—зобом узловой формы III—IV степеней (4) и тиреотоксическим зобом в тяжелой форме (3). После операции изменения были отмечены больше у больных с тиреотоксическим зобом в тяжелой форме (4) и у больных зобом узловой формы III—IV степеней (2). Эти изменения часто наступали при осложнениях во время операции и главным образом при субтотальных резекциях щитовидной железы. Другие изменения отмечены были также у боль-

ных с тиреотоксическим зобом (7), затем—зобом смешанной формы III—IV степеней (5) и зобом узловой формы III—IV степеней (2).

Кафедра общей хирургии и ЛОР болезней
Ереванского медицинского института

Поступило 14.IX 1960 г.

Գ. Ե. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Ն. Ն. ՀՈՎԱՆՆԵՍՅԱՆ

ՄԻՆՉ ԵՎ ՀՆՏՊՈՆԵՐԱՑՈՒՆ ՓՈՓՈԽՈՒՓՅՈՒՆՆԵՐԸ ԶԱՅՆԱԿԱՆ ԱՊԱՐԱՏԻ ԿՈՂՄԻՅ ԿՈՒՐՑԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ.

Վահանադեղծի վրա կատարած օպերացիաների ժամանակ, կոկորդի ձայնական ֆունկցիայի խանգարման պատճառներից մեկը ստորկոկորդային ներքի Ֆաստում է, որը բացատրվում է նրա անպարագաֆիալով:

Ընդ կողմից հետազոտված 74 խպիպով հիվանդները ինչպես մինչօպերացիան, նույնպես և օպերացիայից հետո երկար ժամանակ ստուգվել են ըիթ. կոկորդ և ականջի հիվանդությունների մասնագետի կողմից: 74 վիրահատված հիվանդներից 32 հիվանդների կոկորդը պարբերաբար ստուգվել է 6 ամից — 3 ամսվա ընթացքում, իսկ 22 հիվանդները օպերացիայից հետո այլ քաղաքներ փոխադրված պատճառով, դուրս են մնացել մեր հսկողությունից:

Հետազոտման ընթացքում մինչօպերացիան 12 հիվանդներ կոկորդի կողմից ունեցել են ստոր կոկորդային ներքի աջակողմյան պարեզի 4 գեպք, նույն ներքի ծախ կողմի պարեզի — 2, վահանապեղծի մեծացման և մեխանիկական ճնշման հետևանքով կոկորդի պարեզի փոփոխում — 3, կոկորդի բրդան անարների շարժման փոփոխություն — 1, և մակրոկոկորդի ծավալի — 2 դեպքեր: Վերոհիշյալ փոփոխությունները խպիպի օպերացիայից անմիջապես հետո անցել են 8 գեպքում, իսկ 4 հիվանդները ստուգվածից են ամբողջապես բուժված ստանալուց հետո:

Օպերացիայից հետո կոկորդի կողմից փոփոխություններ են առաջացել 6 հիվանդների մոտ, որոնք հիմնականում լրիվ բուժվել են, միայն ժանր տիրոտոքսիկոզով 1 հիվանդի մոտ, օպերացիան ավարտելուց հետո, առաջացել է կոկորդի արտաց, շնչանկյալային նշաններով, վերջինս կանխելու համար կատարվել է տրախեոտոմիա, սակայն հիվանդի ծանր վիճակը ինտոքսիկացիայի հետևանքով շարունակվել է և 24 ժամ հետո մահացել:

Վերոհիշյալ կատարած աշխատանքը թույլ է տալիս մեզ հանդերձ հետևյալ եզրակացություններ

1. Խպիպով հիվանդների ձայնական ասպարատի կողմից առաջացած փոփոխությունները պետք է ենթարկվել ստուգման և այդ հիվանդներին երկար ժամանակ հսկողություն տակ պահել ըիթ. կոկորդ և ականջի մասնագետի կողմից:

2. Օպերացիայի ժամանակ հիվանդի ձայնը կոնսերվելու ենթարկելու համար, նպատակահարմար է օպերացիան կատարել տեղային անզոլայածման միջոցով:

3. Մինչօպերացիայի ենթարկված 12 և հետօպերացիոն 6 հիպոստոմիտի կախարչի կողմից առաջադրած փոփոխությունները, փերականգնվել են հիմնականում ամբողջապես բուժում առանախույ հետո:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Боялин М. Я. Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода. М., 1954.
2. Оппель В. А. Газета „Врач“, 3, 1930.
3. Преображенский Н. А. О влиянии хронического тонзилита на течение тиреотоксикоза. Вестн. отоларингологии, 4, 1953.
4. Цегельская А. Повреждение нежных гортанных нервов при операциях на щитовидной железе. Хирургия, X, 1958.
5. Штотвич М. Ф. Вестник оториноларингологии, 5—6, 1916.