

Винахід відноситься до медицини, зокрема отоларингології, і може бути використаний для лікування хворих з органічними дисфоніями, зумовленими недостатньою аддукцією (змикання голосових складок) під час фонації, що є наслідком їх стійких нервово-м'язових уражень, атрофії та рубцевих деформацій.

Стійка медіалізація (зміщення у медіальному напрямку) голосових складок, що в переважній більшості випадків сприяє поліпшенню фонаторної функції, досягається шляхом зовнішньої тиреопластики та ендоларингеальних хірургічних втручань.

Найбільш близьким по суті (прототипом) є спосіб хірургічного лікування хворих зі стійкими органічними дисфоніями, запропонований і модифікований Nobuhiko Isshiki (N. Isshiki; Vocal Mechanics As the Basis for Phonosurgery//Laryngoscope. 1998. - vol. 108; P.1761-1766).

Суть операції, яка має назву І тип тиреопластики, полягає у мобілізації прямокутного фрагменту бокової пластинки щитовидного хряща відповідних розмірів на рівні проекції ураженої голосової складки і подальшій його медіалізації з використанням Т-образного силастикового імпланту. Процедура виконується під місцевим знеболенням, при активній участі хворого.

Недоліком даного способу є певна складність досягнення точної локалізації "вікна" в щитовидному хрящі відносно рівня голосової складки, що зумовлено запропонованим зовнішнім доступом. Також, сам процес добору відповідних форми і розмірів імпланту та фіксація його в оптимальній позиції відносно голосової складки потребує багатьох корегуючих дій під час операції, що сприяє подовженню терміну втручання та збільшенню реактивного набряку м'яких тканин гортані. Недостатня точність при виконанні І типу тиреопластики, або зміна позиції силастикового блоку у часі, значно знижує ефективність і погіршує функціональний результат способу лікування. Ступінь травматичності методу зумовлює імовірність розвитку місцевого післяопераційного запалення, що може ускладнитися хондроперехондритом гортані і вимагати видалення синтетичного імпланту. У такому разі подальші фонохірургічні втручання майже виключаються. Виконання зазначеної методики лікування шляхом зовнішнього підходу, під місцевим знеболенням, зумовлює певний ступінь психо-емоційної травматизації хворого та залишає косметичний дефект на шії.

В основу заявленого винаходу поставлена задача забезпечити стійке поліпшення якості голосу у зазначеній категорії осіб.

Досягнений результат забезпечує стійку функціональну реабілітацію фонаторної функції хворих. Відсутність місцевої реакції тканин завдяки використанню аутоімпланту та ощадливої методики втручання зумовлює зниження травматизації гортані.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування хворих зі стійкими органічними дисфоніями шляхом зміщення у медіальному напрямку фрагмента бокової пластинки щитовидного хряща на рівні проекції ураженої голосової складки при зовнішньому доступі, з подальшою фіксацією цього фрагменту синтетичним імплантом, згідно винаходу, медіалізацію голосової складки здійснюють ендоларингеальним доступом, при цьому у якості імпланту використовують відмодельований аутохрящ перегородки носу, що вводиться під внутрішній пререхондрій щитовидного хряща і фіксується до еластичного конусу гортані.

Відмінними ознаками заявленого винаходу є те, що стійке поліпшення якості голосу досягається за рахунок ендоскопічної хірургічної корекції фонаторної функції гортані та використання у якості імпланту аутохряща.

Спосіб реалізується в умовах загального знеболення. В першу чергу, після виконання вертикального розтину у передній частині перегородки носу пацієнта проводиться відсепаровка чотирикутного хряща та здійснюється резекція його середнього фрагменту розмірами 1,0х0,7см. Слизова оболонка з обох сторін фіксується марлевими тампонами протягом однієї доби.

Ендоларингеальна імплантація аутохряща здійснюється при прямій опорній мікроларингоскопії з використанням хірургічного інструментарію для ендоскопічних операцій на гортані. Після додаткової місцевої анестезії виконується розтин слизової оболонки та внутрішнього пререхондрію щитовидного хряща довжиною у 1,2см на 3-4мм вище рівня розташування передньої частини ураженої голосової складки. Шляхом відсепарування пререхондрію від внутрішньої поверхні пластинки щитовидного хряща у каудальному напрямку, формується відповідних розмірів ложе для трансплантату. Після розташування попередньо відмодельованого аутоімпланту у створеному просторі й детальної оцінки оптимальності його позиції за допомогою мікроскопу, верхній край хряща фіксується двома швами до еластичного пружного конусу гортані на рівні нижнього краю гортанного шлуночка.

Практичне застосування даного способу підтверджується конкретними прикладами при лікуванні 3 хворих зі стійкими органічними дисфоніями, зумовленими недостатньою аддукцією голосових складок під час фонації. Після детального обстеження цій категорії осіб було виконано запропоноване ендоскопічне фонохірургічне втручання, що позначилося досягненням стійкого функціонального результату без будь-яких ускладнень.