ном режиме, является операцией выбора у пациентов с двусторонними параличами гортани, не имевших в анамнезе хирургического лечения, и дает 81,8% положительных результатов.

Но часто результат односторонней хордаритеноидотомии у детей бывает недостаточным, и впоследствии выполняется контрлатеральная хордаритеноидотомия. В дальнейшем, при отсутствии эффекта от эндоларингеального лечения, переходят на оперативное лечение наружным доступом.

Следующий метод оперативного лечения – латерофиксация голосовой складки. Латерофиксация – это безопасный метод, который может использоваться в качестве первого этапа хирургического лечения паралича гортани. Тем не менее могут возникнуть осложнения, которые требуют лечения стероидами либо дополнительного оперативного лечения. В некоторых случаях латерофиксация не приводит к адекватной дыхательной функции и должна быть завершена другими хирургическими методиками [6].

Различные варианты реиннервации внутренних мышц гортани не продемонстрировали убедительных положительных результатов. Будучи технически сложными, эти вмешательства не получили широкого распространения в мире, так как при всей своей трудоемкости в большинстве случаев позволяли лишь предотвратить атрофию внутренних мышц гортани, которая, как показывает практика, наблюдается достаточно редко из-за возникающих процессов синкинезии [7–10].

Поиск новых и модификация известных методов хирургических вмешательств, в том числе и с использованием наружного доступа в лечении данной патологии, связаны с тем, что эндоскопическая хирургия, в том числе лазерная, не всегда эффективна у пациентов детского возраста. Также, в ряде случаев, сопутствующая патология гортани, например рубцовый стеноз, может сделать невозможным использование чисто эндоскопической хирургии. В результате чего наиболее оптимальным и результативным методом лечения паралитических стенозов гортани у детей является ларинготрахеальная реконструкция.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ использования ларинготрахеальной реконструкции в лечении паралитических стенозов гортани у детей.

Пациенты и методы исследования. В ЛОР-клинике Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета в 2011–2015 гг. ларинготрахеальная реконструкция выполнена 6 детям, в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст 8,8±4,3 года), поступившим с диагнозом хронического паралитического стеноза гортани. Из них было 5 мальчиков и одна девочка. Все дети являлись хроническими канюленосителями.

Всем пациентам была выполнена многоэтапная ларинготрахеальная реконструкция с использованием аутотрансплантатов реберного хряща и стентированием. В тех случаях, когда был диагностирован только паралитический стеноз, выполнялась трансплантация реберного аутохряща только в заднюю стенку гортани (3 наблюдения). Если же, помимо паралича, выявлялся дополнительно рубцовый стеноз подголосового отдела гортани, то кроме заднего трансплантата использовался еще и передний (3 наблюдения) (табл.).

Методика ларинготрахеальной реконструкции. На первом этапе операции разрез кожи производился поперечно, на уровне дуги перстневидного хряща. Гортань обнажали тупым путем, после чего по средней линии рассекали щитоперстневидную связку, дугу перстневидного хряща. Печатка перстневидного хряща рассекалась сверху вниз, обе ее половины раздвигались в стороны. Полное вертикальное рассечение печатки тщательно контролировалось визуально и при помощи пальцевого исследования. При этом следует подчеркнуть, что даже незначительное по протяжению недорассечение печатки не позволяло мобилизовать обе половины перстневидного хряща и, как следствие этого, восстановить

Таблица 1

Характеристика пациентов по возрасту и диагнозу

№	Пол	Возраст, лет	Сопутствующий диагноз	Трансплантат		Диаметр стента (мм)	Деканюляция
				Передний	Задний		
1	ж	9	Подголосовой стеноз	+	+	10	Да
2	м	5	–	–	+	8	Да
3	м	7	–	–	+	10	Да
4	м	17	–	–	+	12	Да
5	м	6	Подголосовой стеноз	+	+	8	Да
6	м	9	Подголосовой стеноз	+	+	8	Да