



**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал

18 (18) вересень 2017

Одеса
2017

Процак Т. В., Матвійчук С. М. СУЧАСНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ ПРО ЛОКАЛІЗАЦІЮ ФУНКЦІЙ В КОРІ ВЕЛИКОГО МОЗКУ.....	72
Процак Т. В., Ротар Г. П., Рябий Ю. М., Бесплітнік М. Г. СУЧАСНІ ЛІТЕРАТУРНІ ПОГЛЯДИ ЩОДО КРОВОПОСТАЧАННЯ ОРГАНІВ НИЖНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ.....	75
Синяченко Ю. О., Пилипенко Р. В., Синяченко О. В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ НА ТЛІ СКЛЕРОТЕРАПІЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	78
Непорада К. С., Берегова Т. В., Сухомлин А. А., Гордієнко Л. П., Микитенко А. О. РОЗВИТОК ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА ЗА РІЗНИХ УМОВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	81
Танцура Л. М., Пилипець О. Ю., Третяков Д. В., Танцура Є. О. ПРИЧИНИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕПІЛЕПСІЙ У ДІТЕЙ ТА НАПРЯМКИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ.....	85
Остапенко А. О., Кочін І. В., Хандога Е. В., Мірошниченко В. П., Царьов В. В., Трошин Д. О., Івченко Є. П. ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНИХ ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ПОСТРАЖДАЛИХ ПРИ ТЕХНОГЕННИХ, ПРИРОДНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ, ТЕРОРИСТИЧНИХ АКТАХ ТА БОЙОВИХ ДІЯХ.....	91
Шаргородська Є. Б., Школьник О. С., Корінець Я. М. ВИВЧЕННЯ ЧАСТОТИ ПРИРОДЖЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ЗА 2011–2015 РР. У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	95
Юревич Н. А., Алексеева В. В. ІНОРОДНІЕ ТЕЛА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ.....	99

Юрєвич Н. А.

доцент кафедри отоларингології

Харьковского национального медицинского университета

Алексеева В. В.

ассистент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковского национального университета

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Аннотация: Одной из важнейших проблем неотложной отоларингологии посторонние тела. Оториноларингологи, терапевты, педиатры часто сталкиваются с такой проблемой в своей практике. Оказание помощи при инородных телах ЛОР-органов является одной из наиболее важных и ответственных задач. Это касается прежде всего инородных тел нижних дыхательных путей и гортанной части глотки. Поэтому тщательно собранный анамнез, ранняя диагностика и правильная тактика лечения данной патологии значительно снижают смертность как детей так и взрослых.

Анотація: Однією з найважливіших проблем невідкладної отоларингології є сторонні тіла. Оториноларингологи, терапевти, педіатри часто стикаються з такою проблемою в своїй практиці. Надання допомоги при сторонніх тілах ЛОР-органів є однією з найбільш важливих і відповідальних завдань. Це стосується перш за все сторонніх тіл нижніх дихальних шляхів і гортанної частини глотки. Тому ретельно зібраний анамнез, рання діагностика і правильна тактика лікування даної патології значно знижують смертність як дітей так і дорослих.

Summary: One of the most important problems of urgent otolaryngology is extraneous bodies. Otorhinolaryngologists, therapists, pediatricians often encounter such a problem in their practice. Assisting external organs of ENT organs is one of the most important and responsible tasks. This applies in particular to extraneous bodies of the lower respiratory tract and the throat part of the pharynx. Therefore, carefully collected history, early diagnosis and proper treatment of this pathology significantly reduce the mortality of both children and adults.

Одной из важнейших проблем неотложной отоларингологии являются инородные тела. Нередко оториноларингологи да и не только (терапевты, педиатры) сталкиваются в своей практике с такой проблемой. Как ни странно ни одна анатомическая область человеческого организма не является столь уязвимой в плане попадания инородных тел как ЛОР органы. В детской же оториноларингологии в структуре смертности от ЛОР-заболеваний, инородные тела занимают 2-е место. Выделяют инородные тела уха, носа, глотки, гортани, пищевода.

Инородные тела могут быть живые-насекомые, неживые – мелкие искусственные предметы, эндогенные – которые производит сам организм – серные пробки.

Среди инородных тел следует различать свободно лежащие, вклиненные, плотно фиксированные, набухающие.

Инородные тела уха зачастую локализируются в наружном слуховом проходе, изредка оказываются в полости среднего уха (частицы раскаленного металла при сварке).

К инородным телам полости носа относятся следующие предметы: тела при травмах лица, проникшие случайно и незаметно, при введении детям, после хирургических манипуляций, иногда это могут быть глисты, попавшие через хоаны. Чаще находятся в нижнем носовом ходе, реже среднем.

Различают три группы инородных тел глотки – носо-, рото-, гортаноглотки). Чаще встречаются инородные тела ротовой части глотки, реже гортанной ее части и очень редко- носовой части. Самыми распространенными инородными телами ротовой части являются мелкие рыбьи кости, стекла, щетина зубных щеток, иглы, булавки. Попаданию и т.

способствует смех, разговор во время еды, поспешная еда, плохое разжевывание пищи. Инородными телами м\быть пиявки. (питье недоброкач. воды).

Инородные тела гортани встречаются реже чем в нижележащих путях, и представляют большую угрозу для жизни вследствие различной степени стеноза.

Инородные тела пищевода Выделяют три сужения пищевода (в месте перехода глотки в пищевод (4-6 шейный позвонок), в месте прилегания аорты (аортальное), на уровне диафрагмы (между грудной и брюшной полостями)). Съёмные протезы, пищевой комок (мясной завал), стенозы, спазмы, дивертикулы.

Инородные тела ЛОР-органов являются неотложными состояниями ввиду симптомов, резко нарушающих качество жизни, и возможных осложнений: обструкция дыхательно-пищеварительных путей, развитие инфекции и т.д.

Иногда пребывание инородных тел в просвете полости носа или наружного слухового прохода протекает почти бессимптомно, вызывая, со временем, гнойно-воспалительные процессы. В то же время инородные тела пищевода, гортани, трахеи и бронхов нередко сопровождаются развитием драматических клинических ситуаций.

В таком случае, мы считаем необходимым поделиться своими клиническими наблюдениями, которые имели место в нашей клинике на базе КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» г. Харькова.

Первый клинический случай посвящен инородным телам глотки (с повреждением мягких тканей шеи). Надо всегда помнить, что вследствие ранения слизистой оболочки глотки инородным телом, может наступить инфицирование подслизистой ткани с образованием флегмоны. Иногда может развиваться

подкожная эмфизема, а при переходе инфекции на средостение – медиастенит.

Пациент А. был доставлен в ЛОР отделение вышеуказанного учреждения машиной скорой помощи 29.06.2012 с жалобами на наличие резко болезненного опухолевидного образования на боковой поверхности шеи справа, со свищом в центре, незначительное затруднение глотания, общее недомогание, повышенную утомляемость, головные боли, повышение температуры тела до 37–37,5°C.

При тщательном сборе анамнеза заболевания выяснено, что на фоне болезненного эмоционального состояния обусловленного смертью родственника вначале мая 2012 г., больной пытался совершить попытку суицида (проглатывал гвоздь). Однако вследствие «неудачной попытки» больной собственноручно ввел последний в мягкие ткани шеи через гортаноглотку. В течении месяца больному ничего не беспокоило, к врачу не обращался. Однако, вследствие появления вышеуказанных жалоб, вызвана карета скорой помощи и больной был доставлен в стационар с предварительно выполненным рентге-исследованием органов шеи.

При осмотре шеи обращали на себя внимание асимметрия шеи, увеличение объема правой половины шеи за счет наличия опухолевидного образования со свищевых ходом, из которого истекает обильное количество гнойного отделяемого с неприятным запахом. Кожа правой половины шеи вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы гиперемирована, резко отечна. Пальпация шеи резко болезненна, мягкие ткани шеи справа напряжены. При непрямой ларингоскопии слизистая гортаноглотки гиперемирована, отечна, голосовые связки розовые, подвижные, симметричные, голосовая щель широкая, дыхание через последнюю достаточное.

Выполнено рентгенологическое исследование шеи, на котором справа в мягких тканях определяется рентгенконтрастный предмет (гвоздь?), расположенный на уровне С4-С6.

В общем анализе крови выявлена выраженная воспалительная реакция в виде увеличения числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ до 40 мм/час.

Больному установлен диагноз: флегмона шеи, инородное тело гортаноглотки (гвоздь?). Проведено хирургическое лечение (вскрытие гнойно-воспалительного очага) с последующей антибактериальной терапией в соответствии с результатами антибиотикограммы. Схема хирургической обработки гнойного очага проводилась с соблюдением правил асептики, антисептики и сводилась к следующим этапам: туалет окружающих рану тканей; рассечение раны (доступ); ревизия раны с иссечением нежизнеспособных, загрязненных тканей, удаление инородного тела (гвоздя), дренирование раны резиновыми дренажами. Рана велась открытым способом.

Уже в первые сутки у пациента была отмечена положительная динамика с уменьшением клинико-лабораторных проявлений интоксикации. На фоне

проведения комплексной терапии и ежедневных перевязок с использованием современных антисептических средств, мы наблюдали быстрое очищение раны с явлениями тканевой регенерации. Быстрое улучшение общего и местного статуса позволило приступить к наложению вторичных швов через 5 суток после первичного вмешательства.

Второй клинический случай касается инородного тела наружного слухового прохода. Инородные тела наружного слухового прохода наиболее часто встречаются у детей, которые вводят себе в слуховой проход всевозможные предметы: семечки подсолнуха, бусы, бумажные шарики, кушочки карандаша, плодовые косточки, горошины, пуговицы и т.д. У взрослых инородные тела в наружный слуховой проход попадают при травме или туалете наружного слухового прохода. Встречаются живые инородные тела: тараканы, мухи и другие насекомые.

Следует помнить, что такое безобидное на первый взгляд заболевание как инородное тело наружного слухового прохода при неправильной тактике лечения может привести к серьезным осложнениям. К ним относятся прежде всего, стриктуры наружного слухового прохода (вплоть до полного зарастания), а также мастоидита и развитие хронического гнойного среднего отита.

Больная К. доставлена МСП в КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» г. Харькова с жалобами на боли в области левого уха, в предушной области, обильное гнойное отделяемое из наружного слухового прохода, желтого цвета с неприятным запахом, снижение слуха на левое ухо, повышение температуры тела до 38°C, слабость, недомогание.

Из анамнеза известно, что в течении года беспокоили дискомфорт, заложенность, незначительные боли в левом ухе. Неоднократно проходила обследование и лечение у ЛОР врача по месту жительства. Из амбулаторных карт известно, что больной был поставлен диагноз острого левостороннего наружного диффузного отита. Вследствие кратковременного эффекта от проводимого лечения и ухудшения состояния, пациентка каретой скорой помощи доставлена в стационар для обследования и лечения. Больная стоит на учете в психиатрической больнице № 1 (с. Стрелечье, Харьковский р-н). Со слов медицинского персонала психоневрологического диспансера известно, что больная неоднократно вводила в наружный слуховой проход металлические предметы и спички.

При осмотре отмечался отек, гиперемия мягких тканей в предушной области слева, резкая болезненность в данной области, обращает на себя внимание наличие свищевого хода в заушной области, надавливание на козелок резко болезненное; отоскопически в наружном слуховом проходе обильное гнойное отделяемое с неприятным запахом, отмечается резкий отек, гиперемия кожи наружного слухового прохода, барабанная перепонка не визуализируется.

Больной выполнено СКТ пирамид височных костей, на которой выявлены признаки деструк-

тивного левостороннего отита, гипоплазия правого сосцевидного отростка, инородное тело левого слухового прохода.

Больной установлен диагноз: инородное тело левого наружного слухового прохода, осложненно острим абсцедирующим наружным диффузным отитом, нагноившимся свищом преддверной области слева.

Удаление инородного тела проводилось оперативным путем. После предварительной премедикации, под общим интубационным наркозом, эндоназально произведено удаление инородных тел из левого наружного слухового прохода в количестве 5 штук (4 металлических, 1 деревянный), удалены некротические массы, мицелий гриба из наружного слухового прохода слева. В области передней стенки наружного слухового прохода расширена полость абсцесса располагающаяся в преддверной области (околоушной железы), полость абсцесса вычищена костной ложкой, промыта раствором метрогила. В заушной области произведен разрез в месте нахождения свищевого хода, размером 1,5 см, свищевой ход расширен, вычищен костной ложкой, удалены гнойно-некротические массы, промыта р-ром метрогила, в полость абсцесса и свищевого хода установлены резиновые дренажи, марлевые тампоны с мазью «Левомеколь». Наложена асептическая повязка. Рана велась открытым способом. Проводилась массивная антибактериальная, противовоспалительная терапия. Быстрое улучшение общего и местного статуса позволило приступить к закрытию раны на 3 сутки после первичного вмешательства. Больная выписана с выздоровлением.

Таким образом, опасность неблагоприятного исхода (менингита, эрозивных кровотечений из крупных сосудов) благодаря своевременной диагностике и, главное, адекватному хирургическому лечению, удалось избежать.

Клинические опыты показывают, что развитие осложнений находится в прямой зависимости от длительности пребывания инородного тела в ЛОР органах. Чем дольше инородные тела остаются неизвлеченными, тем чаще и опаснее осложнения. Отсюда вытекает вывод о том, что не следует медлить с удалением инородного тела.

Однако в ряде случаев диагностика затруднительна. Диагноз инородного тела не сложен в свежих случаях, когда в анамнезе имеется определенное указание на обстоятельства, в результате которых произошло попадание инородных тел в ЛОР органы. Наоборот, диагностика затруднительна при длительном нахождении инородного тела в ЛОР органах, или когда, например, аспирация произошла незаметно для больного, диагноз становится затруднительным, а иногда, без дополнительного исследования невозможным.

В застарелых случаях, когда об аспирации больные обычно забывают, данные анамнеза бывают малонадежны, но тщательный расспрос о характере и возможной причине дает важные опорные пункты для правильной постановки диагноза.

Рентгенография и рентгеноскопия играют важную роль в диагностике инородных тел. Во многих случаях удается этим путем установить характер, форму и местоположение инородного предмета.

Еще один клинический случай из нашей практики. Пациентка Черненкокая З.П., 65 лет обратилась в врачу-отоларингологу по месту жительства с жалобами на болезненность, неприятные ощущения в глотке, больше справа, усиливающиеся при глотании, болезненность в области шеи справа, непродуктивный приступообразный кашель.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с января 2017 года, когда появились указанные выше симптомы. Начало заболевания связывает с переохлаждением и присоединившейся вирусной инфекцией. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к семейному врачу. Рекомендованная терапия (противовоспалительная, антибактериальная) без значительного эффекта.

При осмотре: в области шеи по переднему краю m. sternocleidomastoideus пальпаторно определяется округлое образование, незначительно болезненное на ощупь, размерами до 2 см в диаметре, неподвижное, не спаяно с окружающими тканями, кожа над ним не изменена.

Отоскопически: AD=AS – без особенностей. При передней риноскопии: слизистая розовая, влажная чистая. Фарингоскопически: слизистая гиперемирована, инъецирована сосудами, небные миндалины 1 степени гипертрофии, лакуны чистые. При непрямой ларингоскопии: слизистая гортаноглотки гиперемирована, инъецирована сосудами отечна больше справа в области черпаловидного хряща. Надгортанник обычной формы. Голосовые связки визуализируются, серые, симметрично подвижны при фонации и дыхании. Голосовая щель широкая, достаточная для дыхания.

Больной были рекомендованы дополнительные методы исследования: клинический анализ крови, УЗИ органов шеи. В клиническом анализе крови обращал на себя внимание лимфоцитоз. При ультразвуковом исследовании определялось анэхогенное образование по переднему краю sternocleidomastoideus с нечеткими границами, размерами 2,3 x 2,5 см. По результатам ультразвукового исследования установлен диагноз: боковая киста шеи.

Однако при повторной непрямой ларингоскопии через три дня у больной определялся участок возвышения гиперемированной слизистой, с плотным образованием в центре. После эндоларингального удаления указанного образования получено инородное тело – рыбья кость. Рекомендована противовоспалительная и антибактериальная терапия. В динамике состояние пациентки улучшилось.

Интересно, что даже после удаления рыбьей кости, больная не смогла вспомнить эпизодов употребления рыбы в пищу и связанных с этим неприятных ощущений.

С большой осторожностью надо относиться к анамнестическим данным у истеричных субъектов и психически больных. В ряде случаев, несмотря

на прямые анамнестические данные об аспирации инородного тела, при клинических исследованиях оно не обнаруживается. В таких случаях, во избежание ошибки, больной некоторое время должен находиться под наблюдением врача амбулаторно или в стационаре. Нередко инородные тела дыхательных путей наблюдаются у стариков с ослабленными защитными глоточным и замыкательным рефлексам.

Остается упомянуть еще о мнимых инородных телах. Если обратиться к статистике, то окажется, что из всех лиц, обращающихся по поводу инородных тел ЛОР органов, последние обнаруживаются и удаляются примерно в 50% случаев. У остальных инородные тела не обнаруживаются.

Приходится встречаться с людьми, упорно предъявляющими жалобы на наличие у них инородных тел, что дополнительными методами исследованиями не подтверждается. В этих случаях

нужно думать о мнимых инородных телах, а иногда и «послеощущениях», которые порой надолго остаются на месте ущемления какого-либо предмета.

Оказание помощи при инородных телах ЛОР-органов является одной из наиболее важных и ответственных задач. Это касается прежде всего инородных тел нижних дыхательных путей и гортанной части глотки. Поэтому тщательно собранный анамнез, ранняя диагностика и правильная тактика лечения данной патологии значительно снижают смертность как детей так и взрослых.

Таким образом, данные клинические случаи напоминают нам о возможности достаточно серьезных осложнений, которые могут повлечь за собой инородные тела ЛОР органов. Все эти печальные возможности необходимо твердо помнить и проводить лечение пациентов с инородными телами ЛОР – органов настолько быстро, насколько это возможно.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авилова О.М. Хирургическое лечение стенозов и травм гортани и трахеи // Хирургия трахеи и бронхов – М., 1986. – С. 8-8.
2. Агеева С.А. Фурункулы носа // Неотложная оториноларингология – М., 1984 – С. 68-73.
3. Оториноларингология: нац. руководство / Под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 954 с.
4. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла и носа – М.: Медицина, 1980. – 487 с.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983. – 413 с.
6. Павжик В.П., Дайняк А.А. Длительное нахождение крупного инородного тела в грушевидном синусе // Вестн. оториноларингологии. – 1982. – № 3. – С. 77-78.
7. Тарасов Д.И., Лапченко С.Н., Банарь И.М. и др. Стенозы и дефекты гортани и трахеи – Кишинев: Штиинца, 1982. – 280 с.
8. Шеврыгин Б.С., Мchedлидзе Т.П. Справочник по оториноларингологии. – М., 1998. – 446 с.