

Міністерство охорони здоров'я України
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Гардига В.В., Кіщук В.В.

Ситуаційні задачі з оториноларингології

Навчальний посібник

Розділ IV

Захворювання гортані, трахеї, бронхів

Рекомендовано як навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів освіти III - IV рівнів акредитації МОЗ України.

Вінниця, 2004

Ситуаційні задачі з оториноларингології складені співробітниками кафедри оториноларингології ВНМУ ім.М.І.Пирогова доцентом В.В.Гардигою і професором В.В.Кіщуком.

Задачі відповідають навчальній програмі з оториноларингології для студентів медичних ВНЗ (2003). Умови задач наближаються до реальних. Багато з них побудовані на власних спостереженнях авторів посібника, а також з урахуванням багаторічного досвіду роботи співробітників ЛОР кафедри ВНМУ ім.М.І.Пирогова.

Посібник містить у собі 250 ситуаційних задач до складу яких входять 860 запитань та еталонів відповідей на них; 33 задачі складені на основі схем хірургічних втручань на ЛОР-органах та допоміжних методів обстеження і діагностики; про більшість з них йде мова в підручниках при відсутності відповідних малюнків (схем), що утруднює сприйняття програмного матеріалу.

Проведення контролю (самоконтролю) знань з використанням ситуаційних задач підвищує інтерес до вивчення оториноларингології, допомагає швидко прийняти рішення, від якого може залежати здоров'я і життя людини.

Посібник розрахований на студентів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, а також лікарів загальної практики (сімейних лікарів) в плані диференційної діагностики, надання невідкладної допомоги, організації подальших лікувальних заходів.

Електроний варіант посібника складається з кількох розділів:

- 1) захворювання вуха;
- 2) захворювання глотки, стравоходу;
- 3) захворювання носа та біляносових пазух;
- 4) захворювання гортані, трахеї, бронхів;
- 5) хронічні інфекційні захворювання ЛОР органів;
- 6) новоутворення ЛОР органів;
- 7) травми ЛОР органів.

Рецензенти:

Д.І.Заболотний, директор Київського НДІО ім.акад. О.С.Коломійченко АМН України, член.-кор. АМН України, професор.

І.І.Мітюк, завідувач кафедри госпітальної хірургії ВМ університету, заслужений діяч науки і техніки України.

Р.А.Абизов, завідувач ЛОР кафедри КМАПО ім.П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор.

Задача N143.

У дівчинки 2.5 років протягом останні 6-ти місяців періодично раптово виникали напади утрудненого дихання, тривалістю від 10 до 40 секунд. Хвора направлена для лікування в дитяче відділення. Лікарі помітили, що напад утрудненого дихання і судорожного (судомного) кашлю передувало нервово збудження дитини.

В анамнезі штучне вигодовування дівчинки, перенесена півроку назад ГРВІ.

Неодноразово запрошували консультанта оториноларинголога, але напад утрудненого дихання закінчувався до його прибуття. Дитину для подальшого обстеження перевели в ЛОР відділення.

Одного разу напад виник в присутності оториноларинголога після різкого зауваження матері, що до поведінки дочки. Раптово появилось стридорозне дихання, вдих супроводжувався свистячим шумом, приблизно через 8-10 секунд почервоніли шкіра, обличчя, а ще через такий же проміжок часу з'явився ціаноз кінчика носа, губів, носогубної ділянки, нігтьових лож пальців рук, судоми кінцівок епілептифарного характеру. Напад продовжувався 35 секунд.

Невропатолог не виявив ознак органічного або функціонального ураження нервової системи.

Рентгенограма органів грудної клітки, аналіз крові, сечі відповідають нормі.

Пряма ларингоскопія: голосова щілина широка, справжні голосові складки рухливі без ознак патологічного ураження; дихальна і фонаторна функції не змінені.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Гаданий механізм розвитку цього захворювання.
3. Лікування виявленого захворювання.

Задача N144.

Вночі у хлопчика 4.5 років раптово виник гавкаючий кашель, який супроводжувався свистячим утрудненим диханням - інспіраторною задишкою, що відповідала другому ступеню стенозу гортані. Подібний стан тривав біля 30 хвилин, після чого у дитини з'явилась виражена пітливість, дихання майже нормалізувалось, на ранок вона прокинулася практично здоровою, голос звучний (зі слів матері в подібних попередніх випадках іноді нетривалий час була охриплість).

Ларингоскопічна картина: слизова оболонка підскладкової ділянки набрякла, набухла, незначно гіперемована, нагадувала третю пару складок гортані.

1. Поставте діагноз.
2. Дайте визначення цьому захворюванню.
3. Чому патологічні зміни розвиваються в підскладковому відділі гортані? Чи достатньо цього для розвитку вищеописаної клінічної картини?
4. Лікування цієї патології.

Задача N145.

У хворого А., 6.5 років, протягом 18 місяців періодично виникала аорталгія - пе-

кучий тривалий біль за грудиною, який іррадіював в обидва плечові суглоби, верхні кінцівки, шию.

Кардіолог провів ретельне обстеження хворого і встановив "атеросклероз аорти". А. 6 місяців назад звернувся до оториноларинголога з приводу постійної охриплості голосу, утрудненого гортанного дихання під час фізичного навантаження.

Ларингоскопічна картина: ліва голосова складка знаходиться в середньому положенні, нерухлива при фонації і диханні; голосова щілина у вигляді прямокутного трикутника (ліва складка відповідає катету, права при вдиху відходить латерально і відповідає гіпотенузі) зменшена наполовину. Виражена охриплість голосу, стеноз гортані I ступеня.

1. Поставте попередній діагноз (оториноларингологічний).
2. Гаданий етіопатогенез цього захворювання.
3. Ваша думка що до локалізації атеросклеротичного вогнища (виходячи з поставленого діагнозу). Обґрунтуйте її.
4. Чи існують інші форми ураження внутрішніх м'язів гортані?
5. Лікування даного захворювання.

Задача N146.

У хворого Б., 48 років, на тлі незначного нездужання і підвищеної температури тіла до 37.4 градуси з'явилися відчуття лоскотання, сухості, паління в гортані, охриплість голосу. Періодично виникає судомний кашель, біль в "горлі" під час ковтання їжі. Певної причини захворювання хворий не знає.

При непрямій гіпофарингоскопії патологічних змін не знайдено. При непрямій ларингоскопії виявлена розлита гіперемія, набухання слизової оболонки гортані (більш виражені в області справжніх голосових складок). Вона покрита слизово-гнійними виділеннями, за рахунок яких під час вдиху між голосовими складками утворюються тяжі ("сітка"). Під час фонації голосові складки змикаються не повністю, помірна охриплість голосу.

1. Поставте діагноз.
2. Дайте: а) загальне визначення цьому захворюванню, б) за причинами факторами (1, 2).
3. Призначте лікування.

Задача N147.

Хворий В. два роки скаржиться на швидку втомлюваність голосу, охриплість, періодичний кашель з виділенням густого в'язкого мокротиння. При загостренні процесу вищезгадані симптоми мокротиння. При загостренні процесу вищезгадані симптоми посилюються. Періодично самостійно лікувався антибіотиками (ампіцилін, док-сациклін).

При клінічному і рентгенологічному обстеженні бронхо-легеневої системи патологічних змін не виявлено.

В. протягом 16 років палить, зловживає алкоголем, працює на хімічному комбінаті в цеху, де виготовляють пральні порошки.

Ларингоскопічна картина: слизова оболонка гортані, особливо справжніх голосових складок набухла, гіперемована з ціанотичним відтінком; місцями видно розширені кровоносні судини, скупчення слизу. Незначне обмеження рухливості справжніх голосових складок, помірно виражена охриплість голосу. Дихання через голосову щілину не утруднене.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Допоміжні методи обстеження.
3. Лікування виявленого захворювання.
4. Прогноз захворювання.

Задача N148.

Хворий Д. біля 10-ти років скаржиться на першіння, сухість в горлі, кашель з мокротинням, що важко відходить і в якому останні 10 місяців спостерігаються періодично прожилки крові, зміну голосу протягом доби. Д. лікується не систематично, з часом перебіг захворювання стає більш важким. Працює на сільськогосподарчих роботах, іноді з отрутохімікатами. Нерідко - в атмосфері підвищеного вмісту пилу. Захворювань бронхолегеневого апарату не виявлено.

Ларингоскопічна картина: слизова оболонка стоншена, шорстка, суха, позбавлена блиску; на шлуночкових, справжніх голосових складках, міжчерепкуватій ділянці в'язкий секрет, кірки темно-зеленого кольору. Дихання через голосову щілину утруднене - відповідає стенозу I ступеня. Виражена охриплість голосу.

1. Ваш попередній діагноз.
2. Морфологічна суть цього захворювання.
3. Поясніть механізм утруднення гортанного дихання і наявності прожилків крові в мокротинні у даного хворого.
4. Лікування виявленого захворювання.

Задача N149.

Хворий Г. протягом 3-х років спостерігав охриплість голосу. За останніх 10 місяців вона посилилась, звучність голосу знизилась. Після відкашлювання слизу настає деяке покращення.

Г. протягом 14 років працює в кам'яному кар'єрі каменедробильником. Палить, любить гарячу їжу з гострими приправами.

Медикаментозна терапія: інгаляція антибіотиків, інстиляція в гортань 2.5% емульсії гідрокортизону, смоктання таблеток септифрілу не дала позитивних результатів.

Ларингоскопічна картина: значне потовщення слизової оболонки міжчерпакуватої ділянки і задньої третини справжніх голосових складок, її поверхня у вигляді дрібнобородавчатого розширення сірувато-білого кольору, місцями на цьому фоні - тонкі конусоподібні випинання. Рухливість голосових складок дещо обмежена, вони не зо-

всім щільно змикаються при фонації. Охриплість голосу помірно виражена.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Морфологічна суть цього захворювання.
3. Дифдіагноз виявленого захворювання з лейкоплакією.
4. Лікування.

Задача N150.

Хворого З. протягом 7 років турбує постійна охриплість голосу. При загостренні процесу він стає зовсім беззвучним (афонія), погіршується гортанне дихання. До появи вищевказаних ознак захворювання хворий палив, зловживав алкоголем, часто піддавався переохолодженню організму, дії протягів. Неодноразово хворів гнійним гайморитом, етмоїдитом, трахеїтом.

Об'єктивно: симетричне потовщення слизової оболонки правої і лівої половини гортані більш виражене в області несправжніх (присінкових) та справжніх голосових складок. Потовщення голосових складок нерівномірне, на окремих ділянках невеликі випинання (горбики). Між присінковими та голосовими складками виступає потовщена слизова оболонка гортанних шлуночків (більш помітна справа).

Виражена охриплість голосу. Дихання через голосову щілину утруднене, відповідає I-му ступеню стенозу гортані.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Морфологічна суть цього захворювання.
3. Лікування даного захворювання.

Задача N151.

Хворий Ж. на слідуючий, після загального переохолодження день, відчув біль в горлі, який посилювався при ковтанні слини і їжі, охриплість голосу, незначно утруднене гортанне дихання, болючість в області шиї при обертанні голови. Температура тіла в межах 38.3-39 градуси, іноді супроводжувалась ознобом.

При мезофарингоскопії лікар патологічних змін не виявив. Дані непрямой ларингоскопії: слизова оболонка лівої половини гортані незначно гіперемована; в області правої черпакувато-надгортанної шлуночкової, справжньої голосової складки вона різко потовщена, набрякла, гіперемована. Між несправжньою та справжньою голосовими складками - випинання слизової оболонки гортанного шлуночка, через яку просвічують білувато-жовтуваті гнійні фолікули, подібні утворення спостерігаються під епітелієм черпакувато-надгортанної складки та грушоподібного закутка.

В ділянці верхньої третини правого яремного ланцюга пальпуються збільшені, болючі лімфовузли.

1. Поставте діагноз.
2. Морфологічна суть цього захворювання?
3. З яким захворюванням необхідно в першу чергу проводити дифдіагноз?
4. Лікування виявленого захворювання.

Задача N152.

Хворий К. через 6 днів від початку захворювання на гортанну ангіну відчув посилення болю при ковтанні, розбитості, охриплості голосу (не дивлячись на проведену антибіотикотерапію). З'явився грубий кашель, утруднене гортанне дихання, підвищилась температура тіла з 37.5 до 39.1 градуси.

Ларингоскопічні дані: гіперемія і інфільтрація слизової оболонки гортані, значне збільшення в об'ємі надгортанника, черпакувато-надгортанної складки. Через слизову оболонку останньої просвічується гній жовтого кольору.

Набряк з черпакуватонадгортанних складок поширився на шлуночкові складки внаслідок цього вони прикривають голосові зв'язки, рухливість яких обмежена, але розглянути їх детально не вдалося.

Дихання через голосову щілину утруднене, відповідає II ступеню стенозу гортані.

1. Поставте діагноз.
2. Визначте морфологічну суть захворювання.
3. Призначте лікування.

Задача N153.

Громадянин Л. під час вживання жареної риби, відчув в горлі, нижче рівня під'язикової кістки, біль колючого характеру. Оскільки останній не проходив Л., наступного дня звернувся до оториноларинголога, який виявив риб'ячу кістку в області язикової поверхні ніжки надгортанника та видалив її.

На 3-й день біль посилювався під час ковтальних рухів, температура тіла підвищилась до з 37.3 до 37.7 градуси. На 4-й день оториноларинголог спостерігав різке потовщення, гіперемію, набряк слизової оболонки язикової поверхні надгортанника, котрі розповсюджувались на передні відділи черпакуватонадгортанних складок. На 5-й день загальний стан здоров'я хворого погіршився, температура тіла підвищилась до 38.9 градуси, надгортанник різко набряклий, на обмеженій ділянці язикової поверхні – овальної форми випинання, в центрі якого - жовтувата пляма. Рухливість надгортанника різко обмежена, гіперемія, інфільтрація і набряк розповсюдились на всю поверхню черпакуватонадгортанних, шлуночкових складок та черпаків. Дихання через голосову щілину вільне, незначна охриплість голосу.

1. Поставте діагноз.
2. Який процес, частіше всього веде до розвитку виявленої патології?
3. Чи можливі життєнебезпечні ускладнення цього захворювання? Які?
4. Лікування.

Задача N154.

Хворий М. 59 років, звернувся до оториноларинголога з скаргами на охриплість голосу, утруднене дихання, різкий біль в проекції гортані, котрий посилюється при ко-

втанні їжі та слини, ощупуванні гортані.

Виникнення захворювання на думку М., пов'язане з інтубацією, проведеною 8 днів назад під час апенектомії.

Об'єктивно: шия потовщена, контури гортані згладжені, при пальпації визначається щільний інфільтрат м'яких тканин, оточуючих гортань. На рівні лівої пластинки щитоподібного хряща напівшаровидне випинання при пальпації якого відчувається флуктуація. Пальпуються збільшені болючі лімфовузли по передньому краю кивальних м'язів. Температура тіла 39.2 градуси.

Аналіз крові: ШОЕ - 35 мм/год, лейкоцитоз - 20.5×10^9 .

Ларингоскопічна картина: слизова оболонка гортані гіперемована, набрякла потовщена. Просвіт гортані звужений, рухливість лівої голосової складки різко обмежена. Зліва, біля передньої комісури - невелика нориця, через яку виділяється гній.

На рентгенограмі гортані виявлено потовщення тіней м'яких тканин, змінений малюнок нормального окостеніння щитоподібного хряща.

1. Поставте діагноз.
2. Можливі ускладнення цього захворювання.
3. Лікування даного захворювання.

Задача N155.

У 8-річного Сергія різко підвищилась температура тіла до 38.9 градуси, яка супроводжувалась загальною слабкістю, поганим апетитом. Наступного дня з'явився кашель, охриплість голосу. Дільничний педіатр поставив діагноз ГРВІ. Оскільки загальний стан здоров'я погіршувався, розлад голосу швидко наростав (майже беззвучний) був запрошений для консультації оториноларинголог, який при ларингоскопії виявив набряк, гіперемію слизової оболонки гортані, фібринозний білувато-сірого кольору наліт на справжніх голосових складках. Хворого госпіталізували в дитячу інфекційну лікарню.

На 3-й день від початку захворювання гортанне дихання стало шумним, різко утрудненим - спостерігалось втягнення податливих місць грудної клітки, надключичних, підключичних і яремної ямок. Шкірні покриви бліді, виражений акроціаноз.

В подальшому специфічна та загальна інтенсивна терапія привели до одужання.

1. Поставте попередній діагноз, стадію та форму захворювання.
2. Додаткові методи дослідження необхідні для уточнення діагнозу.
3. Чим обумовлений розвиток другої стадії захворювання?
4. Призначте лікування.

Задача N156.

Дванадцятимісячного Андрійка госпіталізували в ЛОР відділення ЦРЛ у зв'язку з високою температурою (38.4 градуси) тіла, загальним нездужанням на тлі яких швидко наростало утруднення гортанного дихання.

Загальний стан здоров'я хворого важкий, шкіра блідо-синюшного кольору, ди-

ханья шумне, часте, неглибоке: виражена екскурсія гортані і участь в диханні допоміжних м'язів грудної клітки: втягнення надключичних, підключичних, яремної ямок, міжреберних проміжків, епігастрію під час вдиху.

Аналіз крові: 5.1×10^9 /л лейкоцитів, ШОЕ - 18 мм/год. Ларингоскопічна картина: слизова оболонка гортані набухла, інфільтрована, в підскладковому відділі різко потовщена, набрякла, має вигляд яскраво червоних валиків, ширина щілини між якими < 2мм.

Медикаментозна протинабрякова, протизапальна терапія, яка не дала позитивних результатів, навпаки, навпаки стан здоров'я погіршився. Виконана термінова нижня трахеотомія після якої ознаки дихальної та серцево-судинної недостатності зникли. Через 14 годин дихання через трахеотомічну трубку різко погіршилось, внаслідок великої кількості слизу в трахеї. Місцеві прояви ураження слизової оболонки підскладкового відділу гортані та трахеї (виявлені при санації трахеобронхіального дерева) поглиблювались з кожним днем. Спочатку вона була помірно набухлою, гіперемованою; наступного дня приєднались набряк і інфільтрація; ще через добу - на стінках трахеї з'явилися фібринозно-гнійні плівки, гній; після цього виявлені кров'яністі кірки та невеликі виразки під ними. Температура тіла підвищилась до 39.5 градуси. В крові 21.2×10^9 /л лейкоцитів, ШОЕ - 32 мм/год.

На 5 день мати вбігла в перев'язочну з дитиною на руках, яка була в стані асфікції. Терміново виконана нижня трахеобронхоскопія. Завдяки видаленню з нижнього відділу трахеї щільного клубка слизу, який перекривав її просвіт штучному диханню "рот в трахею" відновлена дихальна функція хворого.

В подальшому проводилась необхідна терапія, внаслідок якої настало одужання хлопчика.

1. Поставте діагноз (за Ю.В. Мітіним, 1979).
2. Етіопатогенез даного захворювання.
3. Поділ цієї патології за характером місцевих проявів.
4. Лікування.

Задача N157.

Хворій М., 49 років, в обласному онкологічному диспансері 1.5 місяця тому запропонували хірургічне втручання на щитоподібній залозі від якого вона утрималась. Проведено курс телегаматерапії.

Біля 10 днів назад у М. з'явилось утруднене "горлове" дихання. Самостійно застосовувала відхаркувальні засоби, інгаляції інгаліптом, котрі не дали покращання дихання, навпаки, стеноз гортані швидко наростав. Машиною швидкої допомоги хвора доставлена вночі в ЛОР відділення обласної лікарні. Черговий лікар виявив у неї збільшену, щільної консистенції з горбистою поверхнею праву долю щитоподібної залози. Перешийок її різко потовщений, щільної консистенції, зрощений з оточуючими тканинами і судинно-нервовим пучком ший лімфовузли в області середньої третини яремного ланцюга.

Ларингоскопічна картина: слизова оболонка гортані помірно набухла, гіперемована з ціанотичним відтінком, в підскладковому відділі "+" тканина, яка звужувала просвіт нижнього відділу гортані (можливо і пограничну ділянку трахеї) до 3 мм. Дихання через гортань різко утруднене.

1. Поставте діагноз.
2. Визначте ступінь стенозу за шириною щілини в підскладковому відділі.
3. Опишіть клінічні ознаки при цьому ступеню стенозу?
4. Чи показана хворій трахеотомія? Якщо так, то яка?

Задача N158.

Хірурга щелепно-лицьового відділення запросили в ЦРЛ до хворого О. з ускладненням одонтогенного походження. Консультант поставив діагноз "флегмона дна порожнини рота та шиї" і супроводжував пацієнта у відділення щелепно-лицьової хірургії обласної клінічної лікарні де зразу ж після прибуття його оглянув оториноларинголог.

Загальний стан здоров'я хворого дуже важкий, він сидить тому, що в лежачому положенні задихається, дихання шумне, клопочує. Об'єктивно: шия різко потовщена, передня поверхня її знаходиться на рівні підборіддя, на ній дві лінійні рани (виконані щелепно-лицьовим хірургом) дренажні резиновими смужками. Дотик до шиї дуже болючий, гортань не пальпується, визначити її положення неможливо.

Дані непрямой ларингоскопії: слизова оболонка гортані різко набрякла, інфільтрована, гіперемована, нависає над справжніми голосовими складками, рухливість яких обмежена, ширина голосової щілини 2 - 2.5мм.

1. Визначте ступінь стенозу гортані.
2. Яку трахеотомію доцільно виконати в даному випадку?
3. Особливості виконання трахеотомії, виходячи з конкретної ситуації?
4. Як виконати трахеоканюляцію?

Задача N159.

У хворого П., 75 років під час грипу раптово виникло різко утруднене гортанне дихання. П., терміново доставлений в ЛОР відділення міської лікарні. Загальний стан хворого важкий, у нього виражений акроціаноз, втягіння податливих місць грудної клітки, задишка.

Ларингоскопічна картина: слизова оболонка гортані без змін, голосові складки знаходяться в серединному положенні, дихання різко утруднене, голос звучний. Термінова трахеотомія пройшла швидко (оскільки м'язи шиї та її клітковина різко стоншені, через шкіру пальпуються кільця трахеї).

Оториноларинголог виконував нижню трахеотомію (розріз кілець нижче перешийки щитоподібної залози) хоча при цьому розсік перші кільця трахеї.

1. Поставте діагноз.
2. Які внутрішні м'язи гортані уражені (виходячи з ларингоскопічної картини).

3. Чим пояснити, що при виконанні "нижньої" трахеостомії (під перешийком щитоподібної залози) розсічені кільця трахеї?

Задача N160

Дворічна дівчинка Ч. госпіталізована в ЛОР відділення обласної лікарні з приводу стороннього тіла правого бронха. Після видалення його (кусочка моркви) за допомогою верхньої трахеобронхоскопії розвився гострий травматичний стеноз гортані. Виконана нижня трахеотомія. Через 10 днів набряк слизової оболонки гортані був ліквідований, просвіт гортані відновлений повністю, але деканюлювати дитину вдалось лише півроку.

В 20-річному віці Ч. звернулась до оториноларинголога у зв'язку з погіршенням дихання. Встановлений діагноз "стеноз трахеї I ступеня". Через два роки після цього дихання поступово погіршувалось. Госпіталізована в ЛОР відділення обласної лікарні.

Загальний стан здоров'я важкий, дихання стридорозне, шум відчувається на відстані > 25 метрів (через все відділення), відмічається западіння міжреберних проміжків, незначний акроціаноз.

Об'єктивно: при непрямій ларингоскопії патологічних змін в гортані не виявлено, при верхній трахеобронхоскопії на рівні 5-7 кілець грудного відділу трахеї виявлено звуження її просвіту до 4 мм (за рахунок масивного циркулярного рубця). Розширити його шляхом бужування стравохідними бужами не вдалось.

1. Поставте діагноз.
2. Чому не вдалося деканюлювати хвору при нормальному просвіті гортані і трахеї?
3. Лікування в даному випадку.

Задача N161.

Хворому Р. у якого виявили правець і госпіталізували в реанімаційне відділення, клінічні ординатори виконали (на інтубаційній трубці) нижню трахеотомію з метою періодичної санації трахеобронхіального дерева та запобігання наслідків ларингоспазму.

Наступного дня черговий лікар не зміг замінити випавшу з трахеї трахеоканюлю (не знайшов трахеостоми). З цього приводу звернувся за допомогою до оториноларинголога.

Об'єктивно: загальний стан хворого важкий, гортанне дихання утруднене, клопочує. З лівої половини післяопераційної рани виходить повітря. При розведенні рани крючками виявлена різана рана ("бокова трахеотомія") лівої бокової стінки трахеї вище рівня перепончатої мембрани (задня стінка трахеї на 6-7 мм).

1. Чим пояснити описаний випадок?
2. Що треба зробити для усунення даної помилки?
3. Назвіть найбільш часті помилки та ускладнення, які можуть виникнути під час трахеостомії?

Задача N162.

Хворий С. 62р. скаржитись на утруднене, шумне гортанне дихання, задишку при фізичному навантаженні. Протягом 1.5 року лікувався з приводу хондроперихондриту інфекційного походження. Були часті загострення процесу, декілька раз гнояки "проривались" в просвіт гортані та назовні через шкіру. З цієї причини виконувались операції по видаленню гною, грануляцій, секвестрів хрящів гортані. Проводилась антибіотико -, стимулююча терапія. Результати лікування позитивні. Протягом останніх 6-ти місяців нормальна температура тіла, немає рецидив захворювання, але поступово наростає порушення дихальної функції гортані. Останній місяць дихання шумне, погіршується при фізичному навантаженні.

Загальний стан здоров'я задовільний, шкіра блідо-рожевого кольору, без ознак ціанозу пульс 92 удари за хвилину, тони серця ослаблені, АТ 150/90мм 28 дихань за хвилину.

ЛОР-статус. На рівні гортані на передній поверхні шиї рубці - результат рецидивуючого запального процесу, утворення нориць та хірургічного втручання. Ларингоскопічна картина: слизова оболонка блідо-рожевого кольору, поверхня її горбиста, справжні, несправжні зв'язки та морганіїв шлуночок рубцево змінені, голосова щілина неправильної форми, шириною до 3-3.5 мм. Дихання утруднене, виражена охриплість голосу. Спроби розширити просвіт гортані бужами (Шретера, стравохідними) не дали позитивного результату.

1. Поставте діагноз за даними непрямой ларингоскопії.
2. Чим пояснити, що при однаковому ступеню гострого та хронічного стенозу, при останньому загальний стан здоров'я дещо кращий?
3. Яке лікування можна запропонувати для даного хворого?

Задача N163.

Громадянин Т. випадково два рази ковтнув (хотів похмелитися) концентровану соляну кислоту. Відразу ж з'явився пекучий біль в горлі, слідом за цим блювання і ларингоспазм, через годину виникли утруднене дихання, охриплість голосу.

Полоскання горла водою, молоком позитивного результату не дало. Через дві години звернувся до оториноларинголога.

Хворий неспокійний, збуджений, дихання шумне, 29 за хвилину, пульс 88/хв. Помітне втягнення міжреберних проміжків, надключичних, яремних ямок.

Ларингоскопічна картина: слизова оболонка надгортанника, черпаконадгортанних, шлуночкових складок різко гіперемована, набрякла, область черпаків подушкоподібна; голосові складки помірно набряклі, рухливість їх обмежена, голосова щілина збуджена

до 5 мм, дихання утруднене.

Слизова оболонка гортаноглотки гіперемована, різко потовщена, покрита водя-

нистими пухирцями і ерозіями.

1. Поставте діагноз.
2. Призначте хворому лікування.
3. Чи є беззаперечним показанням до трахеотомії III ступінь стенозу гортані?
4. Яка найбільш небезпека трахеотомії для хворого (за даними літератури)?

Задача N164.

Хвора Н., 34-х років, протягом двох тижнів скаржиться на періодичний (який стає все частішим) кашель з наявністю в мокротині крові. Причину захворювання не знає.

Враховуючи це, вкорочення перкуторного звуку, ослаблене дихання зліва, зниження прозорості лівого легеневого поля (рентгенологічно) пульмонолог поставив діагноз "рак лівого бронха" і направив хвору в ЛОР відділення обласної лікарні для ендоскопічного обстеження трахеї і бронхів.

Під час верхньої трахеобронхоскопії виявлена майже повна обтюраторія входу в лівий бронх пухлиноподібною, кровоточивою тканиною. При веденні в початковий відділ бронха кулькового зонда з'явилось відчуття стороннього тіла щільної консистенції. За допомогою бобовидних щипців видалена пухлиноподібна тканина. Стороннє тіло зрушено з місця кульковим зондом, захвачено щипцями і видалено. Стороннім тілом виявилась велика колючка акації (1.5 см від голки до основи в 1 см, останньою була кора гілки дерева).

Гістологічним дослідженням встановлено, що видалена з бронха тканина була грануляційною.

1. Ваша думка про обставини попадання стороннього тіла в бронх.
2. Скільки часу могло пройти для утворення видаленої грануляції?
3. Які ускладнення могли виникнути при подальшому перебуванні в бронху стороннього тіла?

Задача N165.

Мати з однорічним сином С. приїхала в гості до мами-бабки, яка пригостила внука черешнею. Через декілька хвилин у дитини виник напад сильного судомного кашлю, який супроводжувався акроціанозом, слъозотечею, вираженою салівацією, блюванням. Напад кашлю закінчився через декілька хвилин.

Дитину госпіталізували в ЛОР відділення обласної лікарні. Спроба видалити стороннє тіло шляхом верхньої трахеобронхоскопії була безуспішною. Внаслідок маніпуляції виник набряк слизової оболонки гортані, стеноз II ступеню. Виконана профілактична (інтуїтивна) трахеотомія. Наступного дня проведена нижня трахеобронхоскопія, захватити кісточку черешні (яка обтурувала дистальний відділ лівого бронха) щипцями або зрушити з місця кульковим зондом не вдалося. Слизова оболонка бронха набухла, набрякла, окутує в значній мірі стороннє тіло. Запросили для консультації торакального хірурга, була висловлена думка що до доцільної бронхотомії. Від цієї ідеї

хірург відмовився, порадив подальше спостереження за дитиною в надії, що стороннє тіло під час кашлю, рухів тулуба, дії спазмолітиків, протинабрякових засобів переміститься в правий бронх, звідки його видалити легше.

На слідуючий, після консультації день, дитина була в дуже важкому стані: температура тіла 40.4 градуси, в'ялий, кашель з виділенням гнійної мокроти. Педіатр констатував лівобічну пневмонію, ателектаз лівої легені.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Чому не вдалося видалити стороннє тіло вищезгаданими методами?
3. Відгадайте план лікуючого лікаря-оториноларинголога щодо подальших дій по видаленню стороннього тіла.

Задача N166.

В ЛОР клініку в ургентному порядку поступила хвора Ю., 37 років, з скаргами на біль в лівій половині грудної клітки, який посилюється при кашлі.

Напередодні під час протезування верхнього ряду зубів, внаслідок неприємних відчуттів, постраждала зробила глибокий вдих і аспірувала зубний протез (дві коронки і зуб).

Рентгенограма грудної клітки - зубний (металевий) протез в просвіті лівого бронха.

Спроба видалити протез щипцями при верхній трахеобронхоскопії була безуспішною тому, що гострі краї коронок врізалися в стінку бронха. Окрім цього захватити коронку з шліфованою гладкою поверхнею, або змістити її за допомогою кулькового зонда неможливо.

Виконана нижня трахеотомія, а слідом за нею - аналогічна трахеобронхоскопія. Спеціальним гачком вдалося розвернути протез, наблизити його до входу в бронх, захватити щипцями і видалити.

1. Які переваги дала нижня трахеотомія при видаленні стороннього тіла?
2. Загалом, які показання до трахеотомії і наступної нижньої трахеобронхоскопії при видалення сторонніх тіл з нижніх дихальних шляхів?
3. Можливі ускладнення при видаленні даного (або подібного йому) стороннього тіла?

Задача N167.

У 6-річного хлопчика Я. під час їжі жареної риби виник нападopodobний короткочасний кашель, який супроводжувався посинінням шкіри лица. Після цього кашель став майже постійний, турбував помірний біль за грудиною.

Бабка з онуком звернулась з цього приводу до педіатра дільничної лікарні. Провівши огляд порожнини рота, перкусію, аускультацию легень лікар поставив діагноз "гострий трахеобронхіт", призначив протизапальні та відхаркувальні засоби. Прошло три дні, а позитивного результату лікування не була. При повторному візиті Я. в лікарню педіатр порадила продовжити раніше призначене лікування. За порадою знайомих,

бабка з онуком безпосередньо, без направлення відвідала ЛОР клініку.

Дані мезофарингоскопії, гіпофарингоскопії, непрямой ларингоскопії свідчили про нормальний стан оглянутих лікарем органів.

При верхній піднарковій трахеоскопії на рівні середини грудного відділу трахеї виявлено стороннє тіло - 3 хребці риби з зазубреними краями, які щільно вклинились в передню і задню (перетинчасту) стінки трахеї. Після видалення хребців в області задньої стінки трахеї виявлена досить глибока виразка.

1. Як Ви оцінюєте дії педіатра?
2. Що необхідно зробити перед видаленням даного стороннього тіла (враховуючи його величину і щільне вклинення)?
3. Яких ускладнень можна було б очікувати при подальшому перебуванні стороннього тіла в трахеї?

Задача N168.

В приймальне відділення Кефського регіонального госпіталю (Туніс) о 16.30 поступив 4-х річний хлопчик А. для надання невідкладної допомоги.

За даними батьків, у дитини приблизно о 10-й годині з'явилося утруднене дихання, яке поступово погіршувалося, а о 16-й годині хлопчик став задихатися. Причини захворювання батьки не знають.

Загальний стан здоров'я хворого важкий, без свідомості, дихання часту (> 40 раз допоміжних м'язів); помітне втягнення над-, підключичної, яремної ямок, епігастральної ділянки.

Терміново виконана пряма ларингоскопія. В підскладковій ділянці гортані виявлене стороннє тіло чорного кольору, яке перекриває просвіт трахеї приблизно на 70%.

Видалене за допомогою щипців, стороннє тіло виявилось п'явкою довжиною біля 4.5 см, діаметром до 7 мм.

Місце фіксації: кровососної присоски п'явки - підскладкова ділянка трахеї, локалізація її тіла - трахея.

1. Чим пояснити поступове наростання стенозу трахеї?
2. Можливі (основні) ускладнення при наявності даного стороннього тіла?
3. Методика видалення кровососних п'явок з гортані і трахеї?

Задача N169.

У дівчинки 5-ти років під час споживання кавуна і в зв'язку з переляком великою собакою протягом декількох хвилин (5-6) спостерігався нападаподібний, стридорозний кашель, який супроводжувався посинінням носа, губів, втяжінням міжреберних проміжків.

В подальшому кашель був звичайним, з різною тривалістю світлих проміжків і лише під час сміху, нервового збудження, різких рухів тулуба він ставав нападаподібним.

Лікар-педіатр, до якого звернулися батьки, при аускультатії за допомогою фоне-

ндоскопа, а також на відстані вислуховував феномен хлопання в грудній клітці, який нагадував той, який з'являється під час рідких оплесків долонями.

При перкусії грудної клітки і аускультатії легень патологічних змін не виявлено. Оториноларинголог при ендоскопічному дослідженні ЛОР органів відхилень від норми не знайшов.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Який механізм виникнення звуків, що нагадують хлопання під час оплесків?
3. Лікування хворих з даною патологією?
4. Чи можливі ускладнення при виявленій патології?

Задача N170.

Під час гри дітей, при якій використовувались зерна гороху, соняшника, пшениці, квасолі, дрібні гудзики у 5-річного хлопчика Е. виник різкий судомний кашель, блювання, посиніння шкіри лица, слизових оболонок порожнини рота.

Через декілька хвилин напад кашлю закінчився, вищезгадані симптоми, які супроводжували його, зникли. Двома днями пізніше батьки помітили у сина утруднене дихання, що спонукало їх звернутися до лікаря-педіатра, який виявив вкорочення перкуторного звуку і ослаблене дихання над правою легенею. Дитину госпіталізували в ЛОР відділення. На слідуючий день притуплення перкуторного звуку справа стало більш вираженим, дихання різко ослаблено, міжреберні проміжки над правою половиною грудної клітки звужені.

Рентгенологічно: правий купол діафрагми знаходиться високо, середостіння при вдиху зміщується вправо під час видиху - вліво (гойдання тіні), емфізема лівої легені.

Загальний стан здоров'я дитини став більш важким.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Як називається симптом зміщення середостіння? Чи завжди він виявляється при подібній патології?
3. Лікування даної дитини.
4. Можливі ускладнення під час маніпуляції? Уточніть в зв'язку з цим методику лікування.
5. Чи можлива при наявності в правому бронху стороннього тіла, емфізема правої легені?

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ НА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ:

Задача 143

1. Ларингоспазм (судоми м'язів гортані).
 2. Порушення збуджувально-гальмівних процесів в центральному та периферичному апараті (які мають відношення до іннервації гортані) на тлі рахіту, водянки головного мозку, штучного вигодовування дитини тощо.
 3. Судомний напад може закінчуватись самостійно або ліквідуватись сильним подразником: укол, щипок, натискування шпателем на корінь язика (блювотний рефлекс), натискування пальцями на очні яблука.
- Загально укріплююча терапія.

Задача 144

1. Підкладковий ларингіт (несправжній круп).
 2. Несправжній круп - різновидність гострого катарального ларингіту, що розвивається в підкладковій ділянці гортані у дітей 9.5 років.
 3. Тому, що в підкладковій ділянці у дітей 2-5 років багато рихлої клітковини. Частіше відбувається її набряк при наявності діатезу і схильності до ларингоспазму.
 4. Створення спокійної обстановки. Забезпечити дитину свіжим (вентиляція) зволеним повітрям (розвішування вологого простирадла біля ліжка). Відхаркувальні засоби. Відволікаючі засоби (гарячі ніжні ванни до 5 хвилин, гірчичники на шию).
- Антигістамінні препарати, кортикостероїди, протинабрякові суміші. При стенозі III ступеня - трахеотомія, IV ступеня - конікотомія (або крікотомія).

Задача 145

1. Лівобічний периферичний параліч зворотнього нерва.
2. Тиск аорти на лівий зворотній нерв на початку викликає його функціональні зміни (парез), пізніше - дегенеративні незворотні зміни (параліч).
3. Атеросклеротичне вогнище призвело до склерозу та розширення дуги аорти, нижня стінка якої спричинила тиск на зворотній нерв (не виключена можливість тиску на нього і задньої стінки аорти).
4. Існують (окрім вище встановленого) параліч центрального походження та міопатичні - ураження м'язів гортані при інфекційних захворюваннях, великих функціональних навантаженнях тощо.
5. Лікування захворювання, яке викликало параліч. При стенозах гортані - трахеотомія, пластичні операції.

Задача 146

1. Гострий катаральний ларингіт.
2. а) Гострий катаральний ларингіт - катарально-серозне запалення слизової оболонки, підслизового шару та внутрішніх м'язів гортані;

б) самостійне захворювання внаслідок активізації мікрофлори (в першу чергу кокової) яка сапрофітує в гортані;

в) гострий катаральний ларингіт - прояв інфекційних захворювань, викликаних респіраторними вірусами, змішаною мікрофлорою.

3. В більшості випадків лікування гострого катарального ларингіту амбулаторне. Призначають голосовий режим, відволікальні та потогінні засоби; інгаляції або інстиляції антибіотиків (з додаванням суспензії гідрокортизону), розчинів протеолітичних ферментів; відхаркувальні засоби. Забороняється палити, вживати гарячу або холодну їжу, гострі блюда. Якщо гострий катаральний ларингіт виникає під час інфекційних захворювань - ліжковий режим, лікування основного захворювання. Звільняються від роботи особи голосових професій.

Задача 147

1. Хронічний катаральний ларингіт.

2. Мікрларингоскопія (непряма і пряма), флуоресцентна мікрларингоскопія, фібрларингоскопія, мікрларингостробоскопія (операційний мікроскоп в комбінації з електронним стробоскопом).

3. Усунення етіологічних факторів, застосування в'язучих розчинів (3% коларгол або протаргол, 3% танін на гліцерині), інгаляції 2% розчином цитраля, інгаліптом, камертоном, біопароксам, кліматотерапія.

4. Сприятливий при адекватній захворюванню терапії. Можливий перехід в гіперпластичну або атрофічну форми.

Задача 148

1. Хронічний атрофічний ларингіт.

2. Гіалінізація сполучної тканини, переважно в стінках вен та капілярів. В зазорах слизової оболонки патологічний процес може закінчуватись жировим переродженням та їх розпадом.

3. Утруднене гортанне дихання залежить від скупчення в просвіті гортані кірок, а їх відрив від слизової оболонки при кашлі є причиною кровотечі. Усунення причини захворювання.

4. Зрошення слизової оболонки гортані ізотонічним розчином NaCl; засоби розріджуючи мокротиння та сприяючі його відкашлюванню; змашування слизової оболонки гортані люголівським розчином; вливання в гортань хлорбутанола, розчину протеолітичних ферментів (10 мг на 5 мл ізотонічного розчину NaCl). Призначають біогенні стимулятори: алое, ФІБС, скловидне тіло, аутогемотерапію, нікотинову та фолієву кислоти, вітаміни групи В. Показане курортне лікування на південному березі Криму.

Задача 149

1. Обмежена форма гіпертрофічного ларингіту - пахідермії.

2. Гіперплазія слизової оболонки з ороговінням покривного епітелію (як правило в міжчерпакуваній ділянці і задній третині голосових складок).

3. При лейкоплаксії відсутні гіперплазія слизової оболонки і ороговіння її покривного епітелію. Наявність білуватих плям на гіперемійованій слизовій оболонці гортані.

4. Усунення запального процесу гортані та механічної перешкоди змиканню голосових складок: ендоларінгеальне видалення гіпертрофованої слизової оболонки за допомогою гортанного викусувача або кріодеструкції; в післяопераційному періоді - відхаркувальні засоби, протеолітичні ферменти тощо.

Задача 150

1. Дифузний хронічний гіпертрофічний ларингіт.

2. Морфологічна суть гіпертрофічного ларингіту - розростання сполучної тканини у власному шарі слизової оболонки за рахунок ексудату, утвореного в м'яких тканинах (підлеглих) внаслідок попередніх запальних процесів.

3. Усунення етіологічних факторів захворювання: покращання умов праці, додержання голосового режиму, відмова від паління тютюну і зловживання алкоголем тощо. Необхідна санація вогнищ інфекції у верхніх і нижніх дихальних шляхах. При загостреннях процесу - інгаляційна терапія (антибіотики, каметон, інгаліпт, суспензія гідрокортизону та інші). З метою зменшення об'єму тканин та секреції залоз змащують слизову оболонку гортані 3% розчинами нітрату срібла, коларголу (або протарголу), таніну на гліцерині. При значній гіперплазії слизової оболонки на окремих ділянках проводиться кріодеструкція, гальванокаустика.

Задача 151

1. Гортанна ангіна.

2. Гортанна ангіна - гостре неспецифічне запалення лімфаденоїдної тканини гортані.

3. В першу чергу необхідно провести диф. діагноз з дифтерією гортані (при останній процес як правило двобічний, наявність брудно-сірого кольору плівок, збудник - паличка дифтерії).

4. Лікування проводиться в стаціонарах. Антибіотики призначаються в ін'єкціях. Призначають дегідратаційну терапію: 40% глюкоза, 10% - NaCl, сечогінні (лазикс); антигістамінні препарати, преднізолон (до 90 мг). При розвитку декомпенсованого стенозу гортані - трахеотомія.

Задача 152

1. Флегмонозний ларингіт.

2. Флегмонозний ларингіт - це гостре запалення гортані, при якому гнійний процес розвивається в підслизовому шарі, м'язах, зв'язках, іноді в нього втягуються охрясті і хрящі.

3. а) Застосування антибіотиків в ін'єкціях та місцево (у вигляді компресів на 25% розчині димексиду), протинабрякових засобів, антигістамінних препаратів, преднізолону.

б). Розкриття гортанним ножом абсцесу правої черпаконадгортанної складки. При наростанні стенозу - трахеотомія.

Задача 153

1. Абсцес надгортанника.
2. Абсцес надгортанника частіше всього є складовою частиною флегмонозного ларингіту.
3. Так, можливі. Абсцес надгортанника може призвести до гострого стенозу гортані, флегмони ший.
4. Розкриття абсцесу гортанним ножом, промивання його порожнини антисептичними розчинами, антибіотико - та симптоматична терапія.

Задача 154

1. Гострий хондроперихондрит гортані.
2. Гостри гнійний перихондрит може ускладнюватись стенозом гортані, аспіраторною пневмонією, сепсисом; пізні ускладнення - рубцеві стенози гортані.
3. Розкриття абсцесів, видалення гною, секвестрів хряща. Антибіотики широкого спектру дії, сульфаніламід, протинабрякові, сечогінні засоби, преднізолон. Лазеротерапія на гортань, опромінення крові хворого (екстра- або інтракарпоральне), ультрафіолетове опромінення крові.; аутогематерапія, біостимулятори, вітамінотерапія. При наявності абсцесу його розкривають і видаляють патологічний вміст. При стенозах гортані - дестенозуюча терапія, трахеотомія.

Задача 155

1. Дифтерія гортані, друга (стенотична) стадія, локалізована форма.
2. Бактеріологічне дослідження мазка з гортані на VL.
3. Розвиток другої стадії захворювання зумовлений звуженням просвіту гортані, пов'язаний з набряком слизової оболонки, наявністю плівок на справжніх голосових складках та рефлекторним спазмом внутрішніх м'язів гортані внаслідок дії дифтерійного токсину на нервові закінчення.
4. Протидифтерійна сиворітка 40 000 АО на курс лікування (у важких випадках при розповсюдженій формі - 80 000 АО, антибіотики широкого спектру дії, комплекс вітамінів (С, групи В). При декомпенсованому стенозі гортані - трахеотомія.

Задача 156

1. Гостра респіраторна вірусна інфекція. Первинний гострий ларинготрахеїт, другий варіант, безперервний перебіг. Стеноз гортані в стадії декомпенсації.
2. Виділяють подвійну природу гострого ларинготрахеїту:
 - а - клінічний прояв вірусної інфекції (в першу чергу розвиток стенозу гортані, інтоксикації організму);
 - б - ускладнення ГРВІ, пов'язані з вторинною бактеріальною мікрофлорою, яка

визначає наслідки захворювання.

3. За характером місцевих проявів гострі ларинготрахеїти поділяються на : 1 - катаральну, 2 - набряково-інфільтративну; 3 - фіброзно-гнійну; 4 - некротичну форми. В останньому епізоді задачі (3-й день) розвився стенозуючий обтуруючий трахеїт.

4. Лікування: застосування інтерферону та протигрипозного гамаглобуліну, антибіотикотерапія, протинабрякова терапія, відволікальні процедури, оксигенотерапія, подовжена інтубація, трахеотомія.

Задача 157

1. Злоякісна пухлина щитоподібної залози з проростанням її в підскладковий відділ гортані.

2. За шириною щілини в підскладковому відділі - стеноз гортані III ступеня.

3. Клінічні ознаки стенозу III ступеня:

Важкий загальний стан здоров'я (АТ знижений, пульс частий, слабого наповнення), хворий знаходиться у вимушеному напівсидячому положенні, гортань виконує максимальні екскурсії, дихання поверхневе, часте, шумне; виражене втягіння над- і підключичних ямах, міжреберних проміжків; спочатку - акроціаноз, потім поширений ціаноз.

4. Враховуючи локалізацію і походження стенозу - доцільно виконати нижню трахеотомію.

Задача 158

1. Стеноз гортані III ступеня.

2. Виконують подібну (даному) випадку трахеотомію (середню або нижню) в залежності від ситуації, яка складається в ході хірургічного втручання.

3. Трахеотомію необхідно виконувати в сидячому положенні хворого. Розріз шкіри, фасцій, розведення зовнішніх м'язів гортані від верхнього її рівня до яремної вирізки (якщо обставини не дозволяють швидко накласти трахеостому, виконують коніко-, крико-, або тіреотомію).

4. Враховуючи глибину рани (> 5 см) і можливу кровотечу з неї трахеоканюляцію доцільно виконати інкубаційною трубкою.

Задача 159

1. Міопатичний параліч м'язів гортані. Стеноз гортані 3-го ступеня.

2. Уражені м'язи розширюючі (задні перснечерпакуваті) голосову щілину.

3. У людей похилого віку гортань звичайно знаходиться дуже низько, а перешийок щитоподібної залози часто лежить на гортані.

Задача 160

1. Рубцевий стеноз трахеї III ступеня.

2. Тому, що в деяких випадках у людини (як правило дітей), яка була виведена з стану асфіксії, завдяки трахеотомії, створюється тимчасовий умовно-рефлекторний зв'язок між нормальним диханням і наявністю трахеоканюлі.

3. Необхідне втручання таракальних хірургів. в даному випадку списоподібним ножем конструкції В.В.Нардиги проведено в трьох місцях поздовжне розсічення циркулярного рубця, що дало можливість розбуджувати трахею до 18 мм в діаметрі.

4. У випадках тривалого канюленосіння необхідно періодично використовувати канюлі різної довжини:

- а) відсутність порушення фонаторної функції;
- б) відсутність екскурсії гортані (вверх і вниз);
- в) хворий опускає голову вперед (при стенозі гортані - задирає доверху);
- г) при рентгенологічному дослідженні можна виявити звуження повітряного стовпа трахеї.

Задача 161

1. Недостатнім знанням топографічної анатомії шиї (у тому числі гортані і трахеї) і техніки виконання операції.

2. Необхідно виконати типову трахеотомію (розсікти передню стінку трахеї). Закрити розріз бокової стінки трахеї підшиванням до неї (2-3 шви) оточуючих м'яких тканин. провести трахеоканюляцію.

3. а. Кровотечі в рані.

б. Неповний розріз передньої стінки трахеї (розсічені тільки кільця), відшарування слизової оболонки при трахеоканюляції, можливість асфікції внаслідок цього.

в. Поранення передньої стінки стравоходу, створення трахео-езофагального сполучення.

г. рефлекторні патологічні реакції з боку серцево-судинної і дихальної системи.

Задача 162

1. Хронічний рубцевий стеноз гортані III ступеня.

2. Повільний процес стенозування дає можливість розвинути компенсаторним механізмом (дихальним, геодинамічним, кров'яним, тканинним).

3. Обумовлює необхідність хірургічного втручання (4-х етапна операція А.Ф.Іванова, реконструкція стінок гортані шкірно-м'язовим клаптом за В.Т.Пальчуном).

Задача 163

1. Хімічний опік гортані, гортаноглотки I-II ступеня. Гострий стеноз гортані II ступеня.

2. В перші години після опіку інгаляції гортані і полоскання глотки 0.5% розчином гідрокарбонату натрію, протягом 2-3 тижнів полоскання відварами рум'янку. Інгаляції антибіотиків в поєднанні з суспензією гідрокортизону, інстиляція в гортань персикового, шипшинного масел. Загальна протизапальна та гіпосенсибілізуєча терапія.

3. Ні. Не виключена профілактична (інтуїтивна) трахеотомія - виконується за розвитку дихальних ускладнень, або коли вона стане технічно трудною. Борис А.І. (1975) вважає, що найбільш сприятливим моментом для трахеотомії при опіках глотки, горта-

ні є стадія субкомпенсації.

4. Найбільша небезпека трахеотомії - запізніле її виконання (Brewer, 1963). За-тримка з цією операцією (трахеотомією) - значно небезпечніша ніж її виконання (Strobel, 1950).

Задача 164

1. Подібне стороннє тіло (велике з загостреними кінцями) могло потрасти у верхні дихальні шляхи вірогідніше всього під час сильного сп'яніння жінки.

2. Від попадання в бронх стороннього тіла до розвитку масивних грануляцій могло пройти 2-3 тижні.

3. Подальшими ускладненнями могли бути: гнійний бронхіт, виразка, некроз, прободіння стінки бронха, міграція стороннього тіла за його межі, медіастиніт.

Задача 165

1. Стороннє тіло лівого бронха. Ускладнення - гнійний бронхіт, пневмонія.

2. Тому, що воно знаходилось в дистальному відділі лівого бронха, обхвачене набряклою слизовою оболонкою, яка в значній мірі виповнила його просвіт.

3. План лікаря: виконання нижньої трахеобронхоскопії, відсмоктування слизу з бронха, анемізація слизової оболонки, підведення до стороннього тіла резинової трубки діаметром відповідно бронху, підключення електровідсмоктувача і видалення стороннього тіла. План був успішно реалізований.

Задача 166

1. Можливість використання більш коротких і зручних для обережного маніпулювання інструментів.

2. а) - загрожує життю хворого асфіксія і неможливість верхньої трахеобронхоскопії;

б) - набряк підкладкового відділу гортані після попередніх безуспішних спроб видалити стороннє тіло при верхній трахеобронхоскопії;

в) - неможливість провести стороннє тіло через гортань через його великі розміри.

3. Розрив бронха і наслідки пов'язані з цим.

Задача 167

1. Дії педіатра були неграмотними. Вони свідчать про відсутність у нього знань з питань діагностики, лікування та ускладнень при наявності сторонніх тіл в нижніх дихальних шляхах.

2. Перед видаленням подібного стороннього тіла його необхідно розсікати спеціальними інструментами.

3. В першу чергу можна очікувати некрозу і прободіння задньої стінки трахеї та передньої стінки стравоходу, утворення трахео-езофагального сполучення.

Задача 168

1. Поступовим збільшенням об'єму п'явки в процесі висмоктування крові у хворого.
2. Найбільш вірогідні ускладнення: асфіксія (яка може закінчитися смертю дитини), аспіраційна пневмонія (наслідок затікання в бронх крові).
3. В звичайних випадках аплікаційна (інгаляційна, інстиляційна) анестезія слизової оболонки гортані, трахеї (деякі автори рекомендують наркоз), непряма ларингоскопія у дорослих, пряма - у дітей, видалення п'явки за допомогою спеціальних щипців. В нашому випадку, враховуючи стан хворого, п'явка видалена при прямій ларингоскопії, без анестезії.

Задача 169

1. Балотуюче стороннє тіло (зерно кавуна) трахеї.
2. під час кашлю струменем повітря стороннє тіло підкидується до голосової щілини, а його удар по нижній поверхні рефлекторно зімкнутих голосових складок викликає появу звуку, що нагадує рідкі хлопання в долоні.
3. Видалення стороннього тіла за допомогою спеціальних щипців при верхній трахеобронхоскопії або прямої ларингоскопії.
4. можливі ускладнення балотуючого стороннього тіла трахеї:
 - а) зацеплення між голосовими складками, тривалий ларингоспазм, смерть пацієнта;
 - б) подразнення то лівого, то правого бронха можуть викликати рефлекторний спазм бронхіол - бронхоспазм;
 - в) можливе виникнення в бронх I або II порядку.

Задача 170

1. Обтурація правого бронха стороннім тілом.
2. Симптом Гольцкнехт-Якобсона. При повній закупорці головного бронха і ателектазі всієї легені органи середостіння перетягуються в уражену сторону, залишаються майже у фіксованому положенні.
3. Видалення стороннього тіла при трахеобронхоскопії.
4. Під час виведення квасолі з правого бронха вона може вислизнути з щипців і при вдиху може втягнутися в лівий бронх. Наступає асфіксія тому, що права легеня не зразу включається вдихальний акт. Щоб запобігти цьому, виконують трахеотомію і нижню трахеобронхоскопію. при цьому умови для маніпуляції інструментами більш сприятливі. Можливість видалення стороннього тіла має значно більші шанси.
5. Так, можлива. При вентильному стенозі бронха під час вдиху повітря попадає в легеню, при видиху, внаслідок зміни положення стороннього тіла і клапанного механізму бронха повітря затримується, що призводить до вираженої емфіземи. Рентгенологічно середостіння зміщується в здоровий бік, купол діафрагми справа сплющується.

ЛІТЕРАТУРА.

а - основна (підручники)

Заболотний Д.І., Мітін Ю.В., Драгомирецький В.Д. Оториноларингологія. -К., 1999.- 367 с.

Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. -„Маориф” Душанбе, 1985.- 394 с.

Мітін Ю.В. Посібник до практичних занять з оториноларингології.- К.,2002.-165с.

Лайко А.Л. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології.- К., 1998.- 255 с.

Пальчун В.Т., Крюков А.І. Оториноларингологія.- М., 1997.- 504 с.

Солдатов І.Б., Гофман В.Р. Оториноларингологія.- Санкт-Петербург, 2001.- 468 с.

б – додаткова (монографії, посібники)

Борис А.І., Захаров Г.Г. Химические ожоги пищеварительного тракта.- Минск, 1975.- 138 с.

Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции.- М., 1954.- 85 с.

Ермолаев В.Г., Преображенский Б.С., Рутенбург Д.Н., Темкин Я.С. Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода.- М., 1954.- 851 с.

Коломийченко А.И., Гукович В.А., Харшак Е.М., Яшан И.А.. Операции на стремени при отосклерозе. - К., 1962.- 261 с.

Курдова З.И. Диагностика отогенных внутричерепных осложнений.- М., 1966.- 171 с.

Лопотко И.А., Лакоткина О.Ю. Острый и хронический тонзиллит.- Ленинград, 1963.- 250 с.

Люлько В.К. Марченко В.М. Атлас операций на ухе.- К., 1989.- 205 с.

Мітін Ю.В. Оториноларингологія. (лекції).- К., 2000.- 283 с.

Мостовой С.И. Евдощенко Е.А., Абызов Р.А., Костышин Л.Т., Дядько К.С. Хронический тонзиллит.- К., 1973.- 158 с.

Плужников М.С. Ситуационные задачи по оториноларингологии.- Санкт-Петербург. 1998.- 185 с.

Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии.- М., 1983.- 415 с.

Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии.- М., 1997.- 590 с.

Тарасов Д.И., Миньковский А.Х., Назарова Г.Ф. Скорая и неотложная помощь в оториноларингологии.- М., 1977.- 242 с.

Тарасов Д.И., Фёдорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха.- М., 1988.- 272 с.

Тёмкин Я.С., Рутенбург Д.М. Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки.- М., 1949.- 597 с.

Шварц Б.А. Злокачественные новообразования ЛОР органов.- М., 1961.- 340 с.

Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии.- М., 1985.- 333с.