



12. Figueiredoi R. R. Foreign body aspiration through tracheotomy: a case report / R. R. Figueiredoi, W. S. Machado // Rev. Bras. Otorrinolaringol. – 2005. – Vol. 71, №2. – P. 234–236.
13. Tracheotomy in the child with a foreign body in the lower respiratory passages / E. M. Diop, A. Tall, R. Diouf et al. // Dakar Med. – 1997. – Vol. 42, №2. – P. 165–168.

УДК: 616. 22–002. 828

МИКОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОРТАНИ, СИМУЛИРУЮЩЕЕ ОПУХОЛЬ

Г. А. Гаджимирзаев, Р. Г. Гаджимирзаева

ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава,

г. Махачкала

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Микотическое поражение гортани, особенно опухолевидной формы, иногда может приводить к тяжелым стенозам, для ликвидации которых требуется трахеостомия [1]. Приводим наше наблюдение.

Больной А., 43 лет, поступил в ЛОР-отделение Республиканской клинической больницы г. Махачкала 26.09.07 с диагнозом острый эпиглоттит, стеноз гортани. В момент осмотра дыхание затрудненное, шумное, слышимое на расстоянии, отмечается западение яремной ямки на вдохе, напряжение шейных мышц.

Из анамнеза выяснено, что в течение 6–7 месяцев у больного периодически отмечается ощущение саднения и першения в горле, а за последние 20–25 дней «чувство нехватки воздуха», усиливающееся при физической нагрузке. В домашних условиях принимал фарингосепт, полоскал горло настоем шалфея. Два дня тому назад у больного поднялась температура до 38,7°, появилась заложенность носа, выделения из носа, кашель. В качестве лечебного средства от «простуды» пациент выпил два стакана «калмыцкого чая» (калмыцкий чай – специфический напиток из настоя сушеных растений, коровьего молока, сливочного масла и черного молотого перца), после чего вскоре возникла одышка, а через сутки дыхание стало стенотическим.

Объективно: внутренние органы без особенностей, шейные лимфоузлы не увеличены, в анализе крови умеренный лейкоцитоз /6,5 x10⁹ /л/ и повышенное СОЭ /18 мм/ч/. Надгортанник имеет форму свернутой трубки и нависает над гортанью, гиперемирован, отечен, инфильтрирован. Осмотреть полость гортани методом непрямой ларингоскопии не удается из-за анатомических особенностей строения надгортанника и его отека. Больному выставлен диагноз: ОРЗ, острый отечный эпиглоттит, стеноз гортани II–III степени. Назначено лечение: преднизолон 60 мгх1 в/в; таблетки цефотаксима 2,0х2, аскорбиновой кислоты 0,5х4, глюконата кальция 0,5х4, супрастин 0,5х2; 10% раствора глюкозы 400,0 мл в/в ежедневно.

На вторые сутки пребывания больного в стационаре отек надгортанника уменьшился, однако сохранялось выраженное затрудненное дыхание, в связи с чем решено произвести фиброларингоскопию. При эндоскопическом исследовании оказалось, что слизистая оболочка гортани умеренно гиперемированна, налетов нет, в подголосовой части слева визуализируется бугристое образование, поверхность которого покрыта пленкой землистого оттенка. Фиброэндоскопическая картина гортани дала основание врачам заподозрить опухоль подскладкового отдела.

26.09.07 под местным обезболиванием 1% раствором новокаина выполнена трахеостомия с рассечением 2 и 3 колец и вставлена трахеоканюля №5. В послеоперационном периоде больной продолжал получать антибиотики, преднизолон в таблетках по 10 мг х4, 10% раствор глюкозы и гемодез в/в, аскорутин, глюконат кальция, поливитамины в обычной дозировке и режиме. На третьи сутки после трахеостомии отек надгортанника спал, температура тела нормализовалась, самочувствие улучшилось. При зеркальной ларингоскопии с прижатием надгортанника

к корню языка выяснено, что в подскладковом пространстве слева определяется образование неоднородной формы покрытая грязно-серой пленкой. Гортанным зондом взят материал для лабораторного анализа. Микроскопическое исследование содержимого подскладкового пространства гортани выявило грибы рода *Candida*.

На основании совокупности результатов клинического и лабораторного обследования установлен диагноз опухолевидная форма кандидоза гортани. Назначен одномесячный курс антимикотической терапии/амфотерицин В, ингаляции 0,05% раствором мирамистина, нистатин, мильгамма, имудон/.

Больной выписан на амбулаторное долечивание по месту жительства с рекомендацией явиться через один месяц в ЛОР-клинику для деканюляции.

При повторной госпитализации 21.11.07 состояние пациента удовлетворительное, жалобы на ношение трахеоканюли и незначительные болевые ощущения в области трахеостомы. Объективно: в типичном месте имеется трахеоканюля из металла, вокруг стомы кожа утолщена, гиперемирована, края мацерированы, поверхность покрыта пленкой из слизи. На задней стенке трахеи слизистое отделяемое. При непрямой ларингоскопии с прижатием надгортанника к корню языка, голосовая щель свободная, воспалительных явлений в полости гортани не выявляются.

Металлическая канюля заменена на пластмассовую №4, кожа вокруг стомы обработана мазью Вишневского. Больному назначены: эндоларингеальное введение смеси кандибиотик + 0,5% диоксидин в соотношении (1:1)х2 по 3–4 мл; диазолин, поливитамины, орошение стомы ИРС-19. Ежедневно проводился туалет стомы, смазывание раневой поверхности стомы гипоксизоновой мазью. После стихания воспалительных явлений со стороны стомы и кожных покровов вокруг него 30.11.07 больной деканюлирован. На 2-е сутки после удаления канюли трахеостома закрылась полностью. В полости гортани патологических образований не определяется, дыхание свободное. Повторное исследование отделяемого гортани на предмет выявления грибковой инфекции дал отрицательный результат. Больной выписан домой с рекомендацией наблюдаться у районного оториноларинголога. Пациент самостоятельно явился на консультацию в ЛОР-клинику через 1,5 мес. Жалоб не предъявляет, дыхание свободное, в гортани патологических изменений не определяется.

Представленный случай имеет интерес с точки зрения сочетания острого отечного эпиглоттита и ларингомикоза. Редко встречающаяся опухолевидная форма микоза подскладкового отдела гортани обусловила затруднения в дифференциально-диагностическом процессе острой патологии гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунельская В. Я. Микозы в оториноларингологии. /В. Я. Кунельская. М.: Медицина, 1989. – 320 с.

УДК: 616. 284. 7–002

СЛУЧАЙ ПСЕВДОБЕЦОЛЬДОВСКОЙ ФОРМЫ МАСТОИДИТА

Г. А. Гаджимирзаев, М. А. Шахбанов

*ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Классическая форма Бецольдовского мастоидита / М / предполагает прорыв гноя через внутреннюю стенку верхушки сосцевидного отростка /СО/ с образованием плотного инфильтрата на боковой поверхности шеи. За последние десятилетия в литературе участились сообщения о многочисленных случаях атипичного течения М и связывают это, наряду с другими факторами, нерациональной антабактериальной и противовоспалительной терапией на различных этапах /в амбулаторно-поликлинических условиях, в участковой сельской больнице, рай-