

# СТРАНА ТЕЛА У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЈИ

Литература за решавање теста

НАЦИОНАЛНА АСОЦИЈАЦИЈА УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА  
СРБИЈЕ

# СТРАНА ТЕЛА У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЈИ

---

Литература за решавање теста

## Реч аутора

Поштовани полазници курса,

У току излагања трудили смо се да представимо и обрадимо тему „**Страна тела у оториноларингологији**“.

Тест се састоји од 50 питања која се заснивају на презентованом материјалу.

**ЖЕЛИМО ВАМ ПУНО УСПЕХА У РЕШАВАЊУ ТЕСТА!**

**Проф. др Дејан Ранчић**  
Медицински факултет у Нишу  
Клиника за болести ува, носа и грла  
Клинички центар Ниш

**[www.nauzrs.org.rs](http://www.nauzrs.org.rs)**

# УВОД

Страна тела у оториноларингологији су честа. Посебно су опасна страна тела дисајних путева па њихово решавање спада у ургентна стања. Узрокују драматичну клиничку слику у моменту настајања и код већине постоји латентан период у коме не постоји јасно клиничко испољавање тегоба. Из ових разлога свака сумња или анамнестички податак на постојање страног тела захтевају пажњу - од узимања података, физикалног и оториноларинголошког прегледа до помоћних дијагностичких и консултативних процедура.

Само постојање као и екстракција страног тела може узроковати локалне компликације (болну осетљивост, инфекцију, крварење...) па је неопходно придржавати се правила у редоследу и избору поступака за њихово безбедно уклањање.

Табеларни приказ абецеде ургентних стања у оториноларингологији. Зелено су обележена ургентна стања изложена у овом раду.

|  |   |
|--|---|
| <b>AIR WAY</b><br>= ваздушни пут             | EPIGLOTITIS<br>LARYNGITIS SUBGLOTICA<br>MALFORMATIO LARYNGIS CONGENITA<br>ATRESIO CHOANALIS<br>TU LARYNGIS<br>TRAUMA LARYNGIS ( LUXATIO, FRACTURA )<br>CORPUS ALIENUM HYPOPHARYNGIS ET LARYNGIS<br>CORPUS ALIENUM TRACHEAE ET BRONCHII  |
| <b>BLEEDING</b><br>= крварење                | EPISTAXIS<br>HAEMORRHAGIO POSTOPERATIONIS<br>HAEMORRHAGIO POSTTONSILLECTOMIAM   |
| <b>CIRCULATION</b><br>= циркулација, крвоток | HYPACUSIS ACUTA<br>HYPACUSIS SENSORINEURALIS<br>VERTIGO   |
| <b>DYSFUNCTION</b><br>= дисфункција          | CORPORA ALLIENA: Auris externus, Auris mediae,<br>Cavitas nasi, Cavitas oris Hypopharyngis, Laryngis,<br>Tracti respiratorii (Tracheae et bronchii),<br>Oesophagei, Oesophagitis corosiva<br><br>COMPLICATIONES INTRACRANIALES OTOGENES<br>PARALYSIS N.FACIALIS IDIOPATICA (sec. Bell)<br><br>DYSOSMIAE / TU EPIPHARYNGIS<br>PHLEGMONAE COLLI |

## СТРАНО ТЕЛО УВА

Страна тела ува најчешће настају задесно током тоалете ушног ходника, упадањем зрневља или мањих предмета у ушни ходник. Зависно од своје величине и да ли су хигроскопна (упијају влагу) или не, доведи до осећаја присуства страног тела, ослабљеног слуха и инфекције спољашњег ушног ходника. Постоје разне поделе страних тела. По лоакној реакцији коју могу изазвати могу бити корозивна и инертна, вегетабилна и невегетабилна, жива (инсекти) и нежива.

Код њиховог присуства пацијент се жали на осећај присуства страног тела и ослабљен слух. У анамнези је потребно испитати како је дошло до појаве тегоба.

Дијагностика се састоји у отоскопском прегледу. Лечење, односно уклањање страног тела се спроводи у зависности од врсте и карактеристика страног тела. Код већине страних тела која се нађу у спољашњем ушном ходнику довољно је испирање ува. Испирање ува се врши помоћу металног шприца од 350-500 мл запремине, млаком водом или 3% раствором борне киселине који је температуре тела. Течност за испирање ува не сме бити ни хладна ни врућа због опасности од калоријског подражаја лабиринта и изазивања вроглавице и тзв. калоријског нистагмуса.

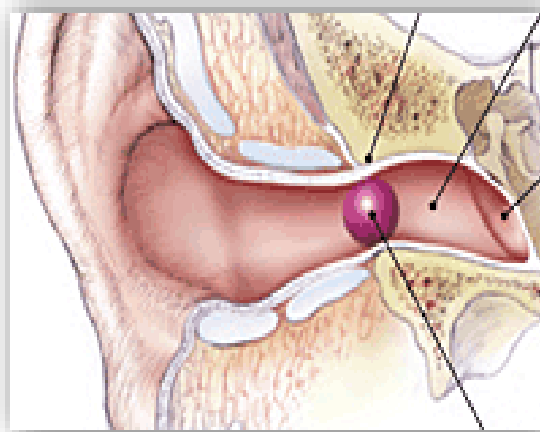
Код инклинираних оштрих страних тела користи се отомикроскопија при екстракцији а код облик и чврстих (нпр. перла) користи се жичана еза или кукица за екстракцију. Код чврстих оптурантних страних тела ово је једини исправан начин за њихово уклањање. У тим случајевима никано не користити ушну пинцету!

Пре сваког испирања обавезно питати пацијента да ли је имао неку операцију или интервенцију на уву.

Код испирања ува ушна шкољка се хвата палцем и кажипрстом по ивици иза врха шкољке и повлачи уназад и горе (код одраслих) или уназад и доле (код деце). Ово због разлике у нагибу канала који се разликује код одраслих и деце. Млаз из шприца се усмерава ка задње-горњем пределу канала како би због косине бубне опне са лакоћом одлепио церумен или страног тела и уклонио из ушног ходника. Након испирања се у почетни део канала поставља комад вате како би се упила заостала течност. Након пар минута вата се уклања и ради контролини отоскопски преглед.

Код оптурантног церумена и страних тела не вршити понављање испирања у недоглед. Испирање поновити 2 - 3 пута и обавити контролну отоскопију. Уколико је страног тела и даље присутно или се церумен није испрао предузети отомикроскопију (код страног тела) или саветовати употребу 3% хидрогена (више пута дневно по 10-ак минута да одстоји у ушном ходнику) па сутрадан поновити испирање.

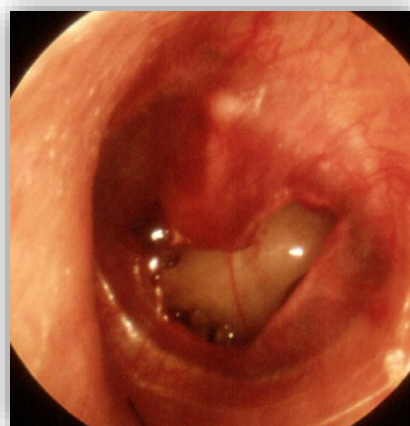
Поновљена испирања без уочавања страног тела или церумена или код нестручног испирања могу довести до перфорације бубне опне. Овакве јатрогене повреде бубне опне захтевају одмах отомикроскопију и репозицију поцепаних фрагмената. Незбрињавање јатрогене перфорације доводи до стварања ожиљка око перфорације и настанка хроничне упале средњег ува.



*Corpus alienum meati acustici externi*



*Corpus alienum meati acustici externi (insectus)*



*Perforatio membranae tympani*

## СТРАНО ТЕЛО НОСА И ЕПИФАРИНКСА

Страна тела носне шупљине настају знатно чешће код деце него код одраслих. Обично су то перле, дугмад, каменчићи, делови хране, папира, накита, батерије за сат и сл. Страна тела могу да буду непримећена од стране родитеља. Код дуготрајног останка у шупљини носа јавља се упорна једнострана гнојава секреција из носа. Код екстракције страних тела из носа примењује се: јако издувавање носа, аспирација катетером, хватање пинцетом или кукицом. Избор начина уклањања страног тела из носне шупљине зависи од процене: материјала од кога је страног тела, величине и облика страног тела, опасности од корозивног дејства страног тела (батерија за сат)... Страна тела носних шупљина могу бити и тешко уочљива. Током предње риноскопије треба их тражити између носних шкољки и носне преграде у висини доње носне шкољке и ка корену носа.

Начин екстракције може бити уз помоћ инструмената (хватаљке и кукице) и аспиратора. За вађење страних тела из дубоких предела носне шупљине пожељно је коришћење балонкатетера.

Основна опасност код покушаја вађења страног тела је његово потискивање ка дубљим партијама носа, могуће повређивање носних шкољки, настанак крварења са носног септума и шкољки а најопаснија је аспирација и западање страног тела у доње респираторне путеве (трахеју и бронх). Дужа страна тела могу бити делом у шупљини носа а делом у пределу епифаринкса. Често могу да буду недоступна предњом риноскопијом али се могу уочити прегледом хоана задњом риноскопијом помоћу огледала за задњу риноскопију. У пределу епифаринкса може се наћи и садржај из усне дупље и једњака у случају експулзивног повраћања.

Први симптоми код страних тела у шупљини носа , јављају се већ након 2-3 дана. Присутно је отежано дисање кроз нос, појава хиперсекреције (најпре серомукозна па све до пурулентне и сукрвичаве). Страна тела носних шупљина могу да буду праћена повишеном телесном температуром и локалним боловима. Већ након више дана јавља се продоран непријатан мирис око пацијента кога ни он сам није свестан.

Код дуготрајног посотојања страног тела у носу може доћи до компликација у околним подручјима као што је упала синуса, акутна упала ува, перфорација септума носа, периорбитални целулитис, али може доћи током времена и до акутног епиглотитиса, менингитиса, дифтерије и тетануса.

Посебно су опасна тзв. жива страна тела – инсекти, јер само њихово уклањање није довољно због могућности полагања ларви...

Страна тела која остану у носу дужи временски период (месеци, па и године) могу да постану окамењена страна тела у носу тзв. ринолити. Они су уочљиви и на радиографским снимцима а њихово уклањање је искључиво оперативно и у општој анестезији.



*Corpus alienum cavitas nasi*

## СТРАНО ТЕЛО ОРОФАРИНКСА

---

Страна тела у усној дупљи су честа код деце, особа са поремећеним актом гутања, са акутним упалама и туморима у усној дупљи. Најчешће су то оштра страна тела која се врхом или оштром ивицом забадају у предео језика, тонзила и непчаних лукова. Изазивају стални осећај убадања и непријатности, спонтано или при гутању хране. Честе су екстракције рибљих кости.

Најпре се приступа прегледу па се након уочавања страног тела објасни пацијенту поступак вађења. Користи се најчешће епимукозна анестезија (у облику спрејева). Пацијент мора да се приволи на сарадњу због сигурности екстракције јер и у овом случају постоји опасност од испуштања страног тела и аспирирања.



*Corpus alienum tonsillae palatinae*

## СТРАНА ТЕЛА ХИПОФАРИНКСА

---

Страна тела хипофаринкса могу бити подељена као страна тела пореклом из хране и друга страна тела. Најчешћа су мала страна тела пореклом из хране (рибље кости, љуспице, зрневље...) и обично се налазе у доњим партијама хипофаринкса, неретко у валекулама ларинкса или на рубу епиглотиса. Ова страна тела иако мала по својим димензијама, често веома узнемире пацијента који веома сликовито описује присуство страног тела уз стални осећај отежаног гутања и дисања. Постоје и страна тела која својом величином, неадекватним уситњавањем током жвакања или код пацијената са поремећајем свести и акта гутања, могу као булус смрти довести до леталног исхода.

Страна тела су честа код појединих занимања и настају задесно, најчешће при држању мањих предмета у устима или међу зубима. Код пацијената са отежаним актом гутања (неуролошки са паралистичним и булбарна сметњама) страна тела су чешћа те се код ових пацијената мора имати опрез током храњења.

У литератури се наводе као могући узроци настанка страног тела: ослабљени рефлекси гутања и кашљања, ментална ретардација, злоупотреба са алкохолом и седативима, неразвијена дентиција, процедуре у стоматологији, орофаринксу, поремећен сензоријум, конвулзије различите етиологије, максилофацијалне трауме и губитак свести па и општа анестезија.

Присуство страног тела се потврђује орофарингоскопским (директоскопија) и индиректолларингоскопским прегледом. За стандардну орофарингоскопију користе се шпатуле за језик а за индиректну ларингоскопију тзв. ларинкс-огледало.

## СТРАНА ТЕЛА ТРАХЕЈЕ И БРОНХА

Страна тела трахеје и бронха су са посебно драматичном сликом у фази настанка страног тела. Клиничка слика пролази кроз три фазе (1. Иницијална – почетна фаза са наглом појавом гушења, кашљања 2. Асимптоматска – због исцрпљивања рефлекса смањују се или знатно редукују тегобе и 3. Фаза компликација – настанак рекурентних пнеумонија, ателектаза или апсцеса).

Ова страна тела су углавном везана за дечји узраст од 1. до 3. године живота. Подаци са Балканског подручја се разликују од података о инциденци од остатка Европе (давање хране неадекватне за узраст).

Осим анамнестичких података битан је аускултаторни налаз и радиографија плућа. Аускултаторни налаз може бити од лако ослабљеног дисања са присутним кркорима (уколико је слузокожа у мањој мери иритирана) до потпуно нечујног дисања (уколико страно тело оптурира бронх и доводи до ателектазе). Посебно је опасна аспирација зрна пасуља јер доводи јако брзо до ателектазе (бубри у влажној средини) као и сирово зрнење богато етеричним уљима (орах, лешник, пистаћи, кикирики...). Ова страна тела доводе до јаке локалне алергијске реакције. Едем који настаје умногоме може да отежа сигурну екстракцију.

Вађење страних тела из трахеје и бронха врши се (у подручју оториноларингологије) уз помоћ ригидног бронхоскопа у општој анестезији отвореног типа. Прву стандардизацију ендоскопског уклањања страног тела трахеје увео је Шевалије Џексон 1900. године.

И анестезија је пратила усавршавање процедуре. При интервенцији пацијенту се неизводи ендотрахеална интубација већ се дисање обезбеђује кроз бронхоскопски тубус.

Код сумње на страно тело доњих дисајних путева најпре се узимају анамнестички подаци. Из њих се добијају одговори на питања: како се догодио инцидент, да ли је дете престало са дисањем, да ли је поплавило (посебно у пределу лица), колико дуго је трајала драма, да ли је покушана приручна екстракција и на који начин, када се дете смирило, да ли је у предходном времену од инцидента имало неко обољење или назнаку на респираторним органима?

Страна тела у више од 60% завршавају у десном главном бронху на различитим нивоима (зависно од величине и површине). Дистално од места импакције испољиће се знаци



компромитованог дисања све до нечујног (развој ателектазе). У ком степену и на ком нивоу се налази странио тело може се грубо закључити на основу аускултаторног налаза педијатра.

Радиолошка дијагностика захтева обавезну графију плућа (АП и профилни снимак). АП снимак у раној фази (након пар сати од инцидента) открива ателектазу или лобарну пнеумонију. У случају вишедневног постојања страног тела у доњим респираторним путевима снимак показује бронхопнеумонију и плеурални излив.

За сигурнију преинервентну дијагностику може се користити и ЦТ, МСЦТ налаз или виртуелна бронхоскопија у савремено опремљеним центрима.

Интервенција за екстракцију страног тела из плућа назива се ригидна бронхоскопија. Изводи се у општој анестезији отвореног типа. Користе се инхалациони анестетици.

Пацијент је у лежећем положају са вратом у максималној екстензији и са мало подигнутим раменим делом. Помоћу ларингоскопа се добија увид у гласнице и кроз простор између њих (глотис) се пласира врх бронхоскопа. Одмах након увођења ригидног бронхоскопа конектује се црево за довод инхалационог анестетика. Бронхоскоп се уводи пажљиво до бифуркације и најпре се сагледава десни главни бронх. Уколико је он без страног тела бронхоскоп се извлачи до нивоа изнад бифуркације и уводи у леви главни бронх. Након уоченог страног тела приступа се његовом вађењу (екстракцији). Хватаљкама са адекватним врхом се приступа страном телу и сигурно хвата. Никакве додатне манипулације или промена положаја страног тела нису препоручљиви. При додатним манипулацијама постоји велики ризик исклизнућа страног тела. Под дејством ваздушне струје која је у бронхоскопу, странио тело може улетети у слободан бронх или се бронх у коме није било страног тела може потопити изливеним трансудатом који се налази у ателектатичном плућном крилу. Ово доводи тренутно до смртног исхода.

Ендоскопске слике страних тела на различитим местима:



*Хипофаринкс*



*Ларинкс*



*Бронх*

Радиографски налази страних тела металне густине и присуство компликација:

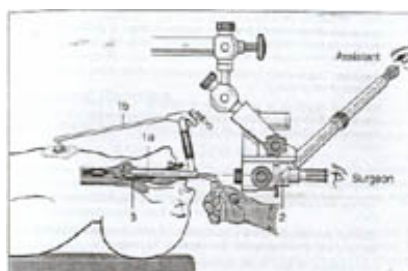
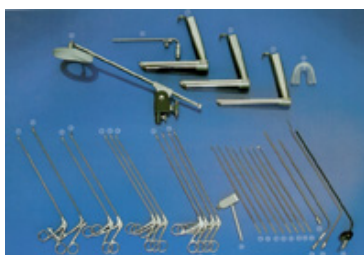


*Главни десни бронх*



*Ателектаза*

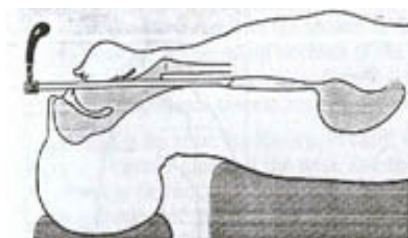
Инструментаријуми и схеме извођења ендоскопских процедура:



Laryngomicroscopio



Bronchoscopio



Oesophagoscopio

## СТРАНА ТЕЛА ЈЕДЊАКА

Сваки предмет који се намерно или нехотице прогута и застане у свом путу кроз једњак може се сматрати страним телом једњака. Могућа је појава у свим животним добима али се чешће примећује код мале деце, код одраслих са поремећајима акта гутања (од недовољног жвакања, халапљивости у исхрани, алкохолисаним стању...)

Анамнезом треба открити врсту страног тела и начин на који је унето као и потражити могуће узроке.

У клиничкој слици доминира бол при гутању који ирадира ка средогруђу или ка леђима између лопатица. Могућа је појава надражаја на повраћање али и застој пљувачке као и њена хиперсекреција.

Код података о врсти странах тела уколико је добијен податак или сумња на метално страно тело избор у дијагностици је нативна графија. Уколико је страно тело радиотранспарентно, потребно је начинити ЦТ или МСЦТ.

Екстракција страног тела се врши у општој ендотрахеалној анестезији.

Пре почетка интервенције потребно је знати да ли је једњак са или без ранијег корозивног оштећења. Задесно или намерно узимање концентрованих база и киселина оставља ожиљке на једњаку и прираслице у околини, па је потребна посебна опрезност при увођењу ригидног езофагоскопа. Могуће је и постојање дивертикулума на једњаку (слепи џепови).

Езофагоскопија је метода дијагностичког али и терапијског сагледавања једњака уз помоћ ригидних и флексибилних езофагоскопа. За ОРЛ је искључиво везана ригидна езофагоскопија. Методу је 1868. године поставио Кусмал – он је користио металну праву цев са држачем (а био је инспирисан гутачима мачева у циркусу). Као дијагностичка процедура употребљава се код обољења дуж целог једњака (ушће, ауртно сужење и сужење на нивоу кардије). Езофагоскопија се користи и 24 – 48 сати након корозивног оштећења а у тим случајевима се понавља као контролна за 7 – 10 дана. У оториноларингологији се најчешће користи за вађење страних тела у једњаку а ређе за биопсију бенигну тумора, откривање дивертикулума, дилатацију стриктура, склерозирање варицеца и постављање стентова.

Интервенција се изводи у ОЕТА анестезији у лежећем положају пацијента само са благо уздигнутим раменим појасом. Врх езофагоскопа се пласира кроз оторена уста по медијалној линији дуж задњег зида оро- и хипофаринкса до наиласка на Килианово ушће (почетак једњака).

Након проласка ушћа уједначеним потиском езофагоскоп се уводи дубље у једњак до наиласка на страно тело. Дубина увођења се мери у сантиметрима (скала је угравирана на самом тубусу) од предње горњих зуба. Страно тело се хвата адекватним хватаљкама или омчом и полако изводи из једњака. Избор инструмента зависи од облика, конзистенције као и од процене што сигурнијег хватања и вађења страног тела. Код страних тела са деловима који су екстемно оштри потребно је проценити и по потреби начинити ротацију страног тела како би се избегла тешка оштећења слузокоже и мишићног зида једњака.

Компликације које могу настати при езофагоскопији су: повреде хипофаринкса, луксације аритеноидних зглобова на гркљану и руптуре једњака са следственим пнеумотораксом и медијастинитисом. Код недовољно дубоке анестезије могући су поремећаји срчаног рада.



*Corpus alienum oesophagei*