

Лечение постинтубационного стеноза подсвязочного пространства с помощью индивидуальной гомеопатической терапии: отчет о клиническом случае

Shelly Satish Sharma¹, Seema Mahesh^{2*}, George Vithoulkas³

¹Department of Homeopathy, Janardan Rai Nagar, Rajasthan Vidyapeeth, Udaipur, Rajasthan, India, ²School of Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, Taylor's University, Subang Jaya, Malaysia, ³Postgraduate Doctors Training Institute, Health Care Ministry of the Chuvash Republic, Cheboksary, Russian Federation

Аннотация

Введение: Подсвязочный стеноз — это сужение дыхательных путей сразу под голосовыми связками. Это сужение может вызывать серьезные затруднения дыхания. Подсвязочный стеноз может быть врожденным или приобретенным. Частая или длительная интубация — наиболее распространенная причина приобретенного подсвязочного стеноза.

Краткое описание: В данном отчете о клиническом случае адьювантное гомеопатическое лечение помогло предотвратить операцию по имплантации трахеального стента, которая в противном случае считалась бы необходимой в таком состоянии, и улучшило общее состояние. Этот отчет о клиническом случае дает основание для дальнейшего изучения того, в какой степени индивидуализированная гомеопатия может применяться при постинтубационном подсвязочном стенозе.

Ключевые слова: *Антимониум тартарикум (Antimonium tartaricum)*, аортокоронарное шунтирование, гомеопатия, паралитическая кишечная непроходимость, постинтубационный стеноз, послеоперационная легочная дисфункция, трахеальный стент

ВВЕДЕНИЕ

Послеоперационная легочная дисфункция (ПЛД) является частым и значительным[1] осложнением после аортокоронарного шунтирования (АКШ), при этом более 40% пациентов повторно госпитализируются в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с этим состоянием, проявляющимся дыхательной недостаточностью.[2] Лечение острой дыхательной недостаточности часто требует интубации трахеи либо эндотрахеально, либо через трахеостому. Поскольку подсвязочное пространство является самой узкой частью дыхательных путей на уровне перстневидного хряща, чрезгортанная интубация может привести к повреждению, затрагивающему как голосовую щель, так и подсвязочное пространство. Подсвязочный стеноз классифицируется в соответствии с системой классификации Коттона–Майера[3] от степени I до степени 4 в зависимости от тяжести обструкции: степень I до 50% обструкции, степень II от 51% до 70% обструкции, степень III от 71% до 99% обструкции и степень IV отсутствие определяемого просвета.

Video Available on: www.ijrh.org

Access this article online

Quick Response Code:



Website:
www.ijrh.org

DOI:
10.4103/ijrh.ijrh_80_19

*Адрес для корреспонденции: Dr. Seema Mahesh, School of Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, Taylor's University, Subang Jaya, Malaysia.
E-mail: research@vithoulkas.com

Получено: 19.11.2019; Принято: 14.08.2020; Опубликовано: 28.09.2020

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

For reprints contact: reprints@medknow.com

How to cite this article: Sharma SS, Mahesh S, Vithoulkas G. Management of post-intubation subglottic stenosis with individualised homeopathic therapy: A case report. *Indian J Res Homoeopathy* 2020;14:211-7.

Подсвязочный стеноз является распространенным осложнением в этих случаях из-за травмы во время интубации трахеи. Обычно это следует за периодом длительной интубации в отделениях интенсивной терапии из-за необходимости в механической вентиляционной поддержке.[4] Наиболее распространенным симптомом является постепенно усиливающаяся одышка, которая в тяжелых случаях может быть идентифицирована как стридор.

Стабилизация дыхательных путей пациента, оценка с помощью бронхоскопии и использование временного дыхательного оборудования являются важными компонентами лечения осложнений со стороны дыхательных путей.[4] Подсвязочный стеноз является потенциально угрожающим жизни состоянием, и если его не исправить вовремя, он может предвещать ограниченную продолжительность жизни и вызывать значительные страдания от истощающих осложнений.[5] Общая линия лечения в зависимости от диагноза - это расширение трахеи с помощью жесткого бронхоскопа, лазерная хирургия и эндолюминальное стентирование, резекция трахеи и реконструкция гортани и трахеи.[6] Установка трахеального стента является распространенным методом лечения, но он приводит к таким осложнениям, как образование грануляционной ткани (27%), рестеноз (19%), миграция стента (10%), переломы (8%), эрозия (4%) и кровотечение (1%). Образование грануляционной ткани может быть достаточно слабым и сохраняться бессимптомным, может быть умеренным и вызвать стридор, или может быть достаточно сильным, чтобы проявиться как опасный для жизни респираторный дистресс.[7]

Ранее уже публиковались отчеты о применении классической гомеопатии[8] в лечении критических заболеваний, возникших в стационаре[9,10]; есть опубликованные случаи, такие как послеоперационная кома[11], тяжелый сепсис[12] и типичные хирургические случаи[13], в которых задокументированы замечательные эффекты гомеопатии. Однако, насколько известно авторам, не было никаких других сообщений о лечении ПЛД или подсвязочного стеноза с помощью гомеопатии.

ОТЧЕТ О КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ

Родственник 47-летнего индийского пациента принес отчет о его состоянии 20 ноября 2014 года в гомеопатическую клинику Кура, Васаи, Махараштра. Пациент был госпитализирован в ОРИТ с тяжелой одышкой, тахипноэ, тахикардией и тяжелым стридором с внезапным коллапсом легкого.

До того, как пациенту начали проводить гомеопатическое лечение, пульмонолог, обследовавший пациента, обнаружил 50%-ное сужение просвета трахеи из-за подсвязочного стеноза. Была рекомендована установка трахеального стента. Однако из-за коллапса легкого, как указано в истории болезни пациента из стационара, пациент был не в состоянии пройти эту процедуру. У него также развилась паралитическая непроходимость кишечника и резистентность к антибиотикам. Сообщалось о резистентности к следующим препаратам: пенициллины, ингибиторы бета-лактамаз, цефалоспорины, аминогликозиды, фторхинолоны, карбапенемы и к ко-тримоксазолу. Пациент был чувствителен к колистину и имел промежуточную резистентность к тигециклину. Фракция выброса левого желудочка у пациента была зарегистрирована на уровне 25%.

Клинический анамнез

Пациенту два месяца назад была проведена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ). С того времени у пациента была одышка с рецидивирующим кашлем, и его дважды интубировали для обеспечения дыхательной поддержки аппаратом ИВЛ.

Пациент в настоящее время не в состоянии описывать симптомы, находясь в состоянии полного упадка, и во время первой консультации совокупность данных для гомеопатического назначения была взята из информации, полученной от тех, кто осуществлял за ним уход, из наблюдений у его постели, отмеченных его ведущим врачом, и с учетом клинического диагноза. 20 ноября 2014 года было назначено лекарство Антимониум тартарикум (*Antimonium tartaricum*) 200С, однократная доза.

Наблюдения у постели пациента

- Пациент почти не мог откашливать мокроту, но чувствовал облегчение, когда удавалось ее откашлять.
- Кашель вынуждал его садиться прямо.
- Выражение муки на лице.
- Видения приведений по ночам.
- Хочет держаться за руку сиделки ночью.
- Страх быть одному.
- Гневается, если ему противоречат.
- Впалое лицо, впалые глаза.
- Сильный зловонный запах от тела пациента.
- Ноздри раздуваются.
- Видно, что у пациента сильная боль.

- Холодное дыхание.
- Злится на жену, когда она у него что-то спрашивает.

Общие физические показатели

- Температура тела: 37.6°C
- Артериальное давление: 160/94 mm Hg
- ЧСС: 82 удара в минуту
- Кислородная сатурация с инсуффляцией O₂: 88%.

Для построения совокупности и реперторизации были отобраны острые симптомы текущего состояния и характерные симптомы пациента.

Подробная информация о назначениях и последующем наблюдении приведена в таблице 1.

Отслеживание продолжалось более 18 месяцев, в течение которых у пациента наблюдалось значительное улучшение респираторных жалоб без серьезных рецидивов. Качество его жизни улучшилось.

Для оценки прогноза пациента при каждом последующем консультировании использовалась модифицированная шкала одышки Медицинского исследовательского совета, которая графически представлена на рисунке 1. (Ось X — наблюдение, ось Y — оценка. Оценка проводилась врачом-гомеопатом.)

ДИСКУССИЯ

Травмы трахеи, независимо от их происхождения, могут угрожать жизни. Хирургическое восстановление считается методом выбора, но не сравнивалось с другими подходами.[14] Имеются хорошо задокументированные отчеты о случаях, которые показывают возможность гомеопатии в лечении тяжелых патологий.[15-18] Гомеопатическое назначение основано на признаках и симптомах пациента, а не только на диагнозе или патологии.[19] Таким образом, учитываются все иммунологические явления и реакции в жизни человека, чтобы прийти к интегративному решению по назначению гомеопатического средства.[20,21]

Таким образом, такое назначение способно действовать на многофакторную природу аутоиммунных заболеваний и других состояний, которые затрагивают весь организм. В этом случае мы также видим, что существует системная воспалительная реакция до состояния коллапса легкого, и это само по себе могло спровоцировать последующие явления.

Мы могли наблюдать, что на второй день после приема Антимониум тартарикум частота необходимости аспирации слизи снизилась с каждых 1-2 часов до 3-4 раз в день, после чего наступило улучшение по одышке и уменьшение мокроты. Кроме того, на второй день у пациента появился стул, чего он раньше не мог сделать из-за паралитической непроходимости кишечника. Гомеопатическое средство Антимониум тартарикум 200C[22] не только помогло пациенту восстановиться после легочной дисфункции, но и привело к состоянию общего хорошего самочувствия. Хотя прогноз при послеоперационных легочных осложнениях плохой[23], состояние этого пациента улучшилось с помощью гомеопатии, которую давали вместе с конвенциональными препаратами для контроля гипертензии и повышенного уровня липидов в крови, а также антикоагулянтами и противоаллергическими средствами.

Таблица 1: Ведение

Дата	Подробные симптомы/наблюдения	Гомеопатическое назначение	Аллопатическое лечение
20 ноября 2014	Одышка, SpO ₂ с инсуффляцией O ₂ - 88% Аспирация требуется каждые 1-2 часа Снижена выталкивающая способность легких. Паралитическая непроходимость кишечника. Отек нижних конечностей. Рекомендовано стентирование трахеи. Гомеопатическая совокупность случая: Улучшение после отхождения мокроты Холодное дыхание Выражение лица: страдание, маска Гиппократова, тревожное, впалое Хрипы Гиппократово лицо Веерообразные движения крыльев носа Делюзии: видит призраков, привидений, духов Цепляется за сиделку Гнев, когда ему противоречат Жизненные показатели: Температура: 37,6°C Артериальное давление: 160 систолическое и 94 диастолическое Частота пульса: 82	<i>Антимониум тартарикум</i> 200С, одна доза	Аллопатические лекарства, как назначено
22 ноября 2014	После того, как пациент принял первую дозу Антимониум тартарикум 200С однократно, был сильный кашель и мокрота. 20 ноября 2014 г. Пациент был беспокойным всю ночь. 21 ноября 14 г. дефекация без клизмы. Стентирование трахеи не проводилось, так как пациенту стало лучше SpO ₂ поддерживалась на уровне 95% с инсуффляцией O ₂ Аспирация проводилась каждые 3-4 часа	Нет	Аллопатические лекарства, как назначено
3 декабря 2014	Пациент выписан из больницы SpO ₂ поддерживается на уровне 91%-96% без инсуффляции O ₂	Нет	Аллопатические лекарства, как назначено
07 декабря 2014	Дефекация без помощи клизмы SpO ₂ поддерживается в пределах 91%-96% без инсуффляции O ₂	Нет	Аллопатические лекарства, как назначено
21 декабря 2014	У пациента кашель с небольшим количеством мокроты После кашля развивается одышкой, лучше от отхождения мокроты Имеет злой и раздражительный нрав Дефекация без клизмы SpO ₂ поддерживается в пределах 88%-92% без инсуффляции O ₂ Пациент прекратил прием таблеток монтелукаста, таблеток ципрофлоксацина 500 мг, таблеток ацетилцистеина 600 мг, Lactobacillus в пакетиках, поливитаминов и сывороточного порошка, и ему рекомендовано прекратить прием таблеток алпразолама 0,5 мг	<i>Антимониум тартарикум</i> 200, одна доза	Аллопатические лекарства, как назначено
6 января 2015	Одышка меньше Аппетит лучше Дефекация без клизмы SpO ₂ поддерживается на уровне 91%-98% без инсуффляции O ₂ Пациенту было рекомендовано постепенно уменьшать дозу таблеток теофиллина 150 мг и применять его при появлении свистящих хрипов, одышки и проблем с дыханием; ингалятор формотерола 200 мг один раз в день	Нет	Аллопатические лекарства, как назначено
7 февраля 2015	Одышка меньше SpO ₂ поддерживается в пределах 91%-98% без инсуффляции O ₂ Пациенту больше не требовалось принимать таблетку теофиллина 150 мг. (было рекомендовано принимать при появлении одышки) Пациенту было рекомендовано прекратить ингаляцию тиотропия	Нет	Аллопатические лекарства, как назначено
9 марта 2015	Одышка уменьшилась Дефекация без клизмы SpO ₂ поддерживалась в пределах 90%-95% без инсуффляции O ₂ Пациенту не требовался теофиллин 150 мг. (рекомендовали принимать при одышке); ингалятор формотерол 200 мг следует принимать при одышке	Нет	Аллопатические лекарства, как назначено

Продолжение ниже...

Таблица 1: продолжение

Дата	Подробные симптомы/наблюдения	Гомеопатическое назначение	Аллопатическое лечение
11 апреля 2015	Одышка уменьшилась Пациент сам проводит личную гигиену и другие личные дела Может выполнять небольшую работу по дому SpaO ₂ поддерживалась в пределах 94%-97% без инсуффляции O ₂ Пациенту не требовался теofilлин 150 мг при эпизодах одышки Ингалятор формотерол не требовался Рекомендуется принимать при одышке	Нет	Аллопатические лекарства, как назначено

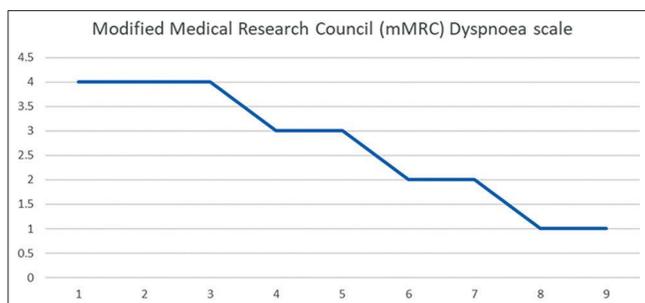
SpO₂: Периферическая кислородная сатурация

Рис. 1: Модифицированная шкала одышки медицинского исследовательского совета

Прием противоаллергических лекарств, бронходилататоров, стероидов и муколитических средств можно было бы еще больше снизить. И хотя возможно трудно добиться хорошего ответа во всех случаях с таким плохим прогнозом, данный случай демонстрирует потенциал и возможности гомеопатии. Когда пациент поступил в состоянии острого респираторного дистресса, его осмотрел пульмонолог и ему было рекомендовано стентирование трахеи. Фракция выброса левого желудочка пациента составляла 25%. Родственники не дали согласия на стентирование трахеи, поскольку дыхательные и сердечные функции и общее состояние пациента были плохими и резистентными к проводимому лечению. Затем был назначен гомеопатический препарат *Антимониум тартарикум* 200С. Пациенту было рекомендовано провести бронхоскопию и компьютерную томографию. Поскольку пациент не прошел эту процедуру, исследователи не могут описать состояние дыхательных путей после вмешательства. Этот случай также может иметь фактор ошибки выборки, поскольку пациент и сопровождающие его лица решили пройти гомеопатическое лечение. Поскольку отчеты о клинических случаях являются первой линией доказательств и научной документацией одного клинического наблюдения, хороший отчет о клиническом случае должен четко указывать на важность заявленного наблюдения. Если несколько отчетов о клинических случаях показывают что-то похожее, следующим шагом может быть исследование случай-контроль, чтобы определить, есть ли связь между соответствующими переменными. Следовательно, проведение контролируемых исследований может прояснить эту ошибку выборки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Этот случай ПЛД с подвязочным стенозом после операции аортокоронарного шунтирования лечился с помощью индивидуально подобранной гомеопатической терапии наряду с конвенциональной медициной, предотвращая процедуру стентирования трахеи, которая в противном случае была бы показана. Кроме того, общее состояние пациента и качество его жизни значительно улучшились, как показало длительное наблюдение после кризисного этапа заболевания. Несмотря на то, что данный отчет о клиническом случае не приведет к выводу о роли гомеопатии в лечении травм трахеи, он дает простор и потенциал для изучения большего количества случаев травм трахеи с применением гомеопатии, которые до этого не отвечали на конвенциональное лечение. Для окончательного заключения необходимы клиническая практика и дальнейшие рандомизированные контролируемые испытания.

Декларация о согласии пациента

Авторы подтверждают, что они получили все соответствующие формы согласия пациента. Пациент понимает, что его имя и инициалы не будут опубликованы, и будут предприняты все необходимые усилия для сокрытия личности, но анонимность не может быть гарантирована.

Этическое одобрение

Не получено, так как пациент добровольно согласился на гомеопатическое лечение.

Финансовая поддержка и спонсорство

Отсутствует.

Конфликт интересов

Не заявлен.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Piotto RF, Ferreira FB, Colósimo FC, Silva GS, Sousa AG, Braille DM. Independent predictors of prolonged mechanical ventilation after coronary artery bypass surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012;27:520-8.
- Kogan A, Cohen J, Raanani E, Sahar G, Orlov B, Singer P, et al. Readmission to the intensive care unit after "fast-track" cardiac surgery: Risk factors and outcomes. *Ann Thorac Surg* 2003;76:503-7.

3. Myer CM, O'Connor DM, Cotton RT. Proposed grading system for subglottic stenosis based on endotracheal tube sizes; 1994. *Journals. sagepub.com*; 2018. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000348949410300410>. [Last accessed on 2018 Dec 01].
4. Antonio D, Andrilli E. Subglottic Tracheal Stenosis. *PubMed Central (PMC)*; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775266/>. [Last accessed on 2018 Nov 21].
5. Saenghirunvattana S, Pitiguagool V, Suwanakijboriharn C, Pupipat P, Saenghirunvattana B, Gonzales M, *et al.* Different approaches on various cases of tracheal stenosis. *Open J Respir Dis* 2014;4:90-100.
6. Karapantzos I, Karapantzou C, Zarogoulidis P, Tsakiridis K, Charalampidis C. Benign tracheal stenosis a case report and up to date management. *Ann Transl Med* 2016;4:451.
7. Bansal S, Dhingra S, Ghai B, Gupta AK. Metallic stents for proximal tracheal stenosis: Is it worth the risk? *Case Rep Otolaryngol* 2012;2012:450304.
8. Eyles C, Leydon GM, Lewith GT, Brien S. A grounded theory study of homeopathic practitioners' perceptions and experiences of the homeopathic consultation. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011;2011:957506.
9. Oberbaum M, Singer SR, Friehs H, Frass M. Homeopathy in emergency medicine. *Wien Med Wochenschr* 2005;155:491-7.
10. Teixeira MZ, Leal SM, Ceschin VM. Homeopathic practice in Intensive Care Units: Objective semiology, symptom selection and a series of sepsis cases. *Homeopathy* 2008;97:206-13.
11. Vithoulkas SG. Homeopathic Treatment for Prolonged Postoperative coma: A Case Report. *PubMed Central (PMC)*; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467251/>. [Last accessed on 2020 Nov 21].
12. Frass M, Linkesch M, Banyai S, Resch G, Dielacher C, Löbl T, *et al.* Adjunctive homeopathic treatment in patients with severe sepsis: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial in an intensive care unit. *Homeopathy* 2005;94:75-80.
13. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Gangrene: Five case studies of gangrene, preventing amputation through homeopathic therapy. *Indian J Res Homoeopathy* 2015;9:114.
14. Beiderlinden M, Adamzik M, Peters J. Conservative treatment of tracheal injuries. *Anesth Analg* 2005;100:210-4.
15. Chhabra SK, Gupta AK, Khuma MZ. Evaluation of three scales of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Thorac Med* 2009;4:128-32.
16. Tenzera L, Djindjic B, Mihajlovic-Elez O, Pulparampil BJ, Mahesh S, Vithoulkas G. Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. *SAGE Open Med Case Rep* 2018;6:2050313X18792813.
17. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018;25:117-21.
18. Denisova TG, Gerasimova LI, Pakhmutova NL, Mahesh S, Vithoulkas G. Individualized homeopathic therapy in a case of obesity, dysfunctional uterine bleeding, and autonomic dystonia. *Am J Case Rep* 2018;19:1474-9.
19. Hahnemann S. *Hahnemann's organon of medicine*. 6th ed. Apph 7. New Delhi: B Jain Pub Pvt Ltd; 1994.
20. Bellavite P, Ortolani R, Pontarollo F, Pitari G, Conforti A. Immunology and homeopathy. 5. The rationale of the 'Simile'. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2007;4:634864.
21. Bellavite P. Homeopathy and integrative medicine: Keeping an open mind. *J Med Person* 2015;13:1-6.
22. Boericke W. *Pocket manual of homeopathic materia medica and repertory*. New Delhi, India: B. Jain; 2002.
23. Trayner E Jr, Celli BR. Postoperative pulmonary complications. *Med Clin North Am* 2001;85:1129-39.

0;fDrd r l; d gksE; kss iSfFkd mipj i. kkyh dss iFk iksLV-V-; qcs"ku lcXykvfVd LVukf i dk iic#/ku
ifjp;: lcXyksfVd LVsuksfll] oksdy dkWMZ~l ¼Loj-jTtq½ ds Bhd uhps fLFkr ok; qekxZ dk ladh.kZ gks tkus dh ,d izfØ;k gSA bl ladh.kZrk
ds dkj.k "olu fØ;k eas xaHkhj dfBukĀ vk ldrh gSA lcXyksfVd LVsuksfll tUetkr ;k vfHkx`ghr gks ldrh gSA ijk" k: bl dsl fjikVZ esa
lgk;d gksE;ksiSfFkd mipkj us V^aSfdvy LVsaV bElykaVs"ku liZjh dks jksdus esa lgk;rk iznku dh] vU;Fkk ,slh fLFkr esa ,slk fd;k tkuk vko";d
izrhr gksrk Fkk vkSj bl mipkj us dqy feykj lkekU; fLFkr esa lq/kkj fd;kA ;g dsl fjiksVZ ml lhek rd vkxs dh tkap-iM+rky djus ds
fy, vk/kkj iznku djrh gS flesa O;fDrd`r gksE;ksiSfFk dk mi;ksx iksLV-V-;qcs"ku lcXyksfVd LVsuksfll esa fd;k tk ldrh gSA

Prise en charge de la sténose sous-glottique post-intubation par traitement homéopathique adjuvant individualisé

Introduction: La sténose sous-glottique est un rétrécissement des voies respiratoires juste en dessous des cordes vocales. Ce rétrécissement peut entraîner de graves difficultés respiratoires. La sténose sous-glottique peut être congénitale ou acquise. L'intubation fréquente ou à long terme est la cause la plus fréquente de sténose sous-glottique acquise. **Résumé de cas:** Dans ce rapport de cas, le traitement homéopathique adjuvant a permis d'éviter la chirurgie d'implantation d'endoprothèse trachéale, autrement jugée nécessaire dans un tel état et a amélioré l'état général global. Ce rapport de cas donne une raison à une étude plus approfondie de la mesure dans laquelle l'homéopathie individualisée peut être appliquée dans la sténose sous-glottique post-intubation.

Manejo de la estenosis subglotótica postintubación con terapia de tratamiento homoeopático adyuvante individualizada

Introducción: La estenosis subglotótica es un estrechamiento de las vías respiratorias justo debajo de las cuerdas vocales. Este estrechamiento puede causar serias dificultades respiratorias. La estenosis subglotótica puede ser congénita o adquirida. La intubación frecuente o a largo plazo es la causa más común de estenosis subglotótica adquirida. **Resumen del caso:** En este informe de caso, el tratamiento homoeopático adyuvante ayudó a prevenir la cirugía de implantación de stent traqueal, que de lo contrario se consideró necesario en tal estado y mejoró el estado general general. Este informe de caso da terreno para investigar más a fondo en qué medida se puede aplicar la Homoeopatía individualizada en la estenosis subglotótica posterior a la intubación.

Management der subglottischen Stenose nach der Intubation mit individualisierter adjuvanter homöopathischer Behandlungstherapie

Einleitung: Subglottische Stenose ist eine Verengung der Atemwege unterhalb der Stimmbänder. Diese Verengung kann zu ernsthaften Atembeschwerden führen. Subglottische Stenose kann angeboren oder erworben werden. Häufige oder langfristige Intubation ist die häufigste Ursache für eine erworbene subglottische Stenose. **Fallzusammenfassung:** In diesem Fallbericht, adjuvante homöopathische Behandlung half, Trachealstent- Implantat Chirurgie zu verhindern, andernfalls in einem solchen Zustand als notwendig erachtet und den allgemeinen Gesamtzustand verbessert. Dieser Fallbericht gibt Aufsehen, um weiter zu untersuchen, inwieweit individualisierte Homöopathie bei der subglottischen Stenose der Postintubation angewendet werden kann.

通过个性化辅助同源治疗治疗，对后插管亚体狭窄进行管理

介绍：亚格洛特狭窄是声带正下方的气道的变窄。这种变窄会导致严重的呼吸困难。亚格洛蒂莫氏症可以是先天性或后天性。频繁或长期插管是后天狭窄最常见的原因。案例摘要：在本次案例报告中，辅助同源治疗有助于防止气管支架植入手术，否则认为在这样的状态下是必要的，并改善了整体状态。本案例报告为进一步研究个体性同性病变在后植入性亚格肌狭窄中应用的程度提供了理由。