

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.24-003.6-036.1

К. Т. Турсунов, Е. А. Джусубеков, Ж. К. Куниязов

### ЧРЕСПЛЕВРАЛЬНАЯ МИГРАЦИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ

Кафедра детской хирургии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова (зав. — проф. К.Т. Турсунов) и № 1 ГДКБ (главный врач А. Кусайнов), Алматы

Турсунов Капан Турсунович — проф., зав.каф., koktal.k@mail.ru

Практика показывает, что нередко в медицине встречается невероятные и труднообъяснимые казуистические случаи. В доступной литературе, в том числе и в электронных ресурсах, мы не встречали публикаций, касающихся чресплевральной миграции инородного тела в дыхательных путях.

В связи с этим посчитали крайне интересным наше клиническое наблюдение больного ребенка Б., 12 лет, который поступил в ГДКБ № 1 с жалобами на беспокойство, затрудненное дыхание, влажный кашель, одышку, слабость и повышение температуры тела до 38°C.

**Анамнез заболевания.** Со слов мамы, ребенок 3 сут назад во время игры, вдохнув колосок какого-то растения, поперхнулся, после чего появился приступообразный сильный кашель, на который родители особого внимания не обратили. В связи с нарастанием проявлений вышеуказанных жалоб родители вызвали бригаду скорой помощи, которая доставила ребенка в ППЭХ.

**Анамнез жизни.** Ребенок от 1-й беременности, роды первые, срочные. Прививки получал по календарю. Пищевой, медикаментозной аллергии нет. Наличие ВИЧ, tbs, гепатита В, С родители отрицают. На диспансерном учете не состоит. Гемотрансфузии не было. Перенесенные заболевания: коревая краснуха, скарлатина, эпидемический паротит.

**Физикальные данные.** Состояние ребенка средней тяжести за счет симптомов основного заболевания. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 86 уд/мин. В легких дыхание проводится с обеих сторон, справа ослаблено, жесткое, выслушиваются единичные свистящие хрипы. Частота дыхательных движений 20 в 1 мин. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул самостоятельный, оформленный.

Рентгенограмма грудной клетки от 03.07.12: правосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония; нижнедолевая правосторонний лобит (рис. 1). Общий анализ крови: Нб 112 г/л, эр.  $3,8 \cdot 10^{12}$  /л, цв. пок. 0,9, л  $6,9 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/ч. Биохимический

анализ крови и общий анализ мочи без особенностей.

На основании клинико-рентгенологических данных при госпитализации выставили диагноз острой правосторонней деструктивной пневмонии; нижнедолевого лобита справа; дыхательной недостаточности I стадии; инородного тела дыхательных путей?

В тот же день под общим обезболиванием произвели диагностическую бронхоскопию, где в видимых дыхательных путях инородное тело не обнаружили. Эндоскопическая картина соответствовала эндобронхиту. Ребенок в отделении получал антибактериальную, седативную, спазмолитическую, симптоматическую терапию, ингаляцию и физиолечение.

В результате лечения общее состояние улучшилось, в легких дыхание проводилось с обеих сторон, хрипов не было. В контрольном общем анализе крови повышение СОЭ удерживалось, на рентгенограмме грудной клетки перед выпиской отметили положи-

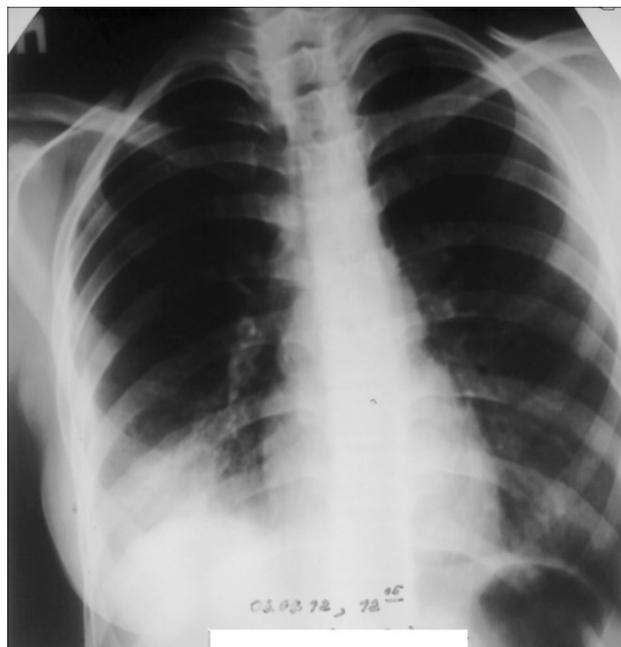


Рис. 1. Рентгенограмма больного Б., 12 лет.

Правосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония. Легочная форма, нижнедолевой лобит справа.

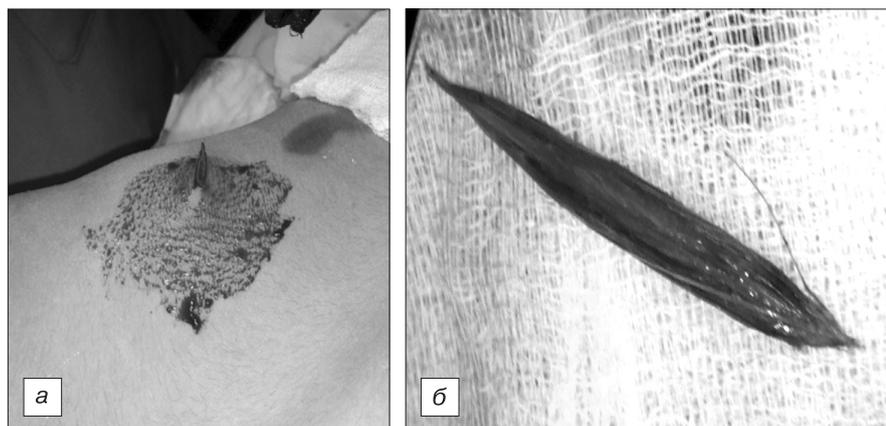


Рис. 2. Видно опухолевидное образование у того же больного. Вскрытие, удаление инородного тела (а) — колосок травы (б).

тельные рентгенологические изменения. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой с рекомендацией быть под наблюдением участкового педиатра.

Однако через неделю после выписки или через 14 дней от начала заболевания родители ребенка повторно обратились в ППЭХ с жалобами на беспокойство ребенка, болезненность, отек и наличие инородного тела в области грудной клетки справа. Со слов мамы, на 2—3-е сутки после выписки в области грудной клетки справа вначале появились болезненность, припухлость, покраснения, за 1 ч до поступления мать заметила появление инородного тела в области грудной клетки справа.

Состояние ребенка при повторной госпитализации средней тяжести. Со стороны других органов и систем особенностей не выявлено. На рентгенограмме грудной клетки при поступлении отметили только незначительную инфильтрацию нижней доли правого легкого.

На уровне седьмого—восьмого межреберья по заднеаксиллярной линии имеются опухолевидное образование размером 4×5 см, резкая болезненность при пальпации, отек, покраснение, флюктуация в центральной части инфильтрата. Через рану визуализируется инородное тела зеленого цвета (колосок травы) высотой около 1,5 см (рис. 2, а).

В ППЭХ под обезболиванием произвели вскрытие, удаление инородного тела (колосок травы длиной около 4,5—5 см), которое в полости раны располагалось в косопродольном направлении (рис. 2, б). При этом свищевой ход не сообщался с плевральной полостью. Ребенок госпитализирован в 4-е хирургическое отделение с диагнозом инородного тела (колосок травы)

и флегмоны мягких тканей грудной клетки справа.

В стационаре ребенок получал антибактериальную терапию и местное лечение, в результате чего его состояние в динамике улучшилось, рана очистилась от гнойного отделяемого, и полость раны самостоятельно эпителизовалась. На контрольной рентгенограмме грудной клетки перед выпиской легочно-плевральных изменений не обнаружили. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии и с соответствующими рекомендациями.

Данный клинический случай является казуистическим и представляет определенный интерес с точки зрения нестандартной миграции инородного тела из легких наружу через плевральную полость. По нашему мнению, механизм данного явления можно объяснить следующим образом. Так как правый главный бронх отходит от трахеи под пологим углом в косонаружном направлении, скорее всего, колосок под напором вдыхаемого воздуха (во время игры) через правый главный бронх непосредственно попал в сегментарный или, что более вероятно, в субсегментарный бронх, чего было невозможно визуализировать при использовании жесткого бронхоскопа.

В дальнейшем давление вдыхаемого воздуха, поступательное движение (расправление и спадание) легочной паринхимы при акте дыхания, а также уменьшение внутригрудного давления при экскурсии диафрагмы, по-видимому, способствовали миграции копьевидного колоска через паренхиму легкого. При этом в легочной паренхиме вокруг инородного тела растительного происхождения инициируется очагово-инфильтративный воспалительный процесс с локальным вовлечением висцеральной и париетальной плевры. Копьевидная форма инородного тела (колосок) и очагово-инфильтративный воспалительный процесс висцеральной и париетальной плевры, возможно, создали условия для поэтапного самостоятельного закрытия дистального конца свищевого хода по мере продвижения в плевральную и из плевральной полости. Вероятно, этим фактором и объясняется отсутствие легочно-плевральных осложнений (пневмоторакс) при миграции инородного тела через плевральную полость. Таким образом, и в медицинской практике встречается невероятное и очевидное.