УДК:616. 22—003. 6—053. 37

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ГОРТАНИ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА

Д. М. Мустафаев, В. М Свистушкин, С. Б. Цагадаева

PROLONGED PRESENCE OF FOREIGN BODY IN THE LARYNX IN A YEAR OLD CHILD

D. M. Mustafaev, V. M. Svistushkin, S. B. Tsagadaeva

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского

(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Авторы представляют клинический случай ребенка в возрасте одного года с инородным телом (яичная скорлупа) гортани. Несмотря на большой размер аспирированного предмета и его локализацию на уровне голосовой щели ребенок дышал через естественные дыхательные пути. Инородное тело удалено через естественные пути при прямой ларингоскопии, избежав при этом осложнений. Данное наблюдение ещё раз подчеркивает необходимость своевременного проведения объективного обследования, на предмет выявления инородных тел дыхательных путей у детей младшего возраста.

Ключевые слова: *инородное тело гортани, прямая ларингоскопия.*

Библиография: *4 источника.*

The authors present a clinical case of a child one year with the foreign body (eggshell) of the larynx. Despite the large size of the aspirated object and its localization at the level of the glottis child is breathing through the natural airway. The foreign body was removed through natural ways, with direct laryngoscopy, avoiding the complications. The given supervision once more emphasizes necessity of opportunely carrying out of the objective tests, for revealing foreign bodies of respiratory ways at children of younger age.

Key words: *foreign body of the larynx, direct laryngoscopy.*

Bibliography: *4 sources.*

Инородные тела гортани и трахеи весьма опасны в связи с возможностью развития асфиксии [2, 4].

В гортани инородное тело застревает прежде всего в выступах, образуемых вестибулярными и голосовыми складками. Затем это тело может найти приют в грушевидных карманах и морганиевых желудочках. Гораздо реже местом задержки является передняя комиссура или черпаловидная область [2, 3].

Наиболее ярким симптомом инородного тела гортани является стеноз, который даже при небольших размерах инородного тела может быть результатом рефлекторного спазма мышц самой гортани. После попадания в гортань инородного тела первый приступ удушья достигает наибольшей степени и обычно сопровождается покраснением или цианозом лица. Почти у всех больных отмечаются расстройства голосовой функции вплоть до афонии. Этот симптом также весьма важен для топической диагностики инородного тела дыхательных путей, так как при локализации его в нижележащих отделах голос, как правило, сохраняется. Очень частым симптомом при нахождении инородного тела в гортани является выраженный приступообразный кашель, который может не прекращаться длительное время [1, 2, 4].

Диагноз инородного тела гортани ставится на основании анамнеза, клинических симптомов и дополнительных методов исследования. В настоящее время главным вспомогательным методом диагностики аспирированных инородных тел является рентгенологический. Рентгенограмма шеи в боковой проекции по методу Земцова и прямые томограммы, в основном у детей старшей возрастной группы, при рентгенконтрастных инородных телах гортани и трахеи могут точно локализовать их. Реактивные и воспалительные проявления даже

при неконтрастных инородных телах могут указывать на сторону поражения. Данные же рентгенографии органов грудной клетки могут быть неинформативны [2, 4].

Общепринятым следует считать, что инородные тела гортани и верхнего отдела трахеи удаляются под общей анестезией через естественные пути с помощью прямой ларингоскопии [1, 2, 4].

Приводим собственное наблюдение длительного нахождения инородного тела гортани у 12-месячного ребенка.

Ребенок С., одного года, из Шатурского района Московской области, находился в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 02. 06. 09 по 15. 06. 09, с диагнозом: инородное тело гортани, посттравматический ларингит. Со слов мамы при поступлении у ребенка отмечались выраженная охриплость, периодически возникающий лающий кашель, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что (со слов мамы) более месяца назад, т. е. 29. 04. 09 во время кормления (яйцо сваренное в смятку) ребенок подавился, закашлялся, возникла кратковременная остановка дыхания, афония. В тот же день ребенок был осмотрен участковым педиатром, состояние расценено, как аллергическая реакция, назначена десенсибилизирующая терапия, на фоне которой состояние улучшилось. 30. 04. 2009 вечером у ребенка возникло резкое затруднение дыхания, был госпитализирован в детское инфекционное отделение по месту жительства, где лечился по поводу острого ларинготрахеита, проведен курс противовоспалительного лечения, на фоне которого состояние ребенка улучшилось. Через месяц, т. е. 26. 05. 2009 у ребенка вновь возникло затруднение дыхания, охриплость. Ребенок повторно госпитализирован в детское инфекционное отделение по месту жительства, с диагнозом рецидивирующий ларинготрахеит. В стационаре получал цефезол, кларитромицин, антигистаминные препараты. Несмотря на проводимое лечение состояние ребенка не улучшилось, сохранялись жалобы на шумное дыхание, выраженную охриплость. 02. 06. 09 ребенок консультирован врачом оториноларингологом ЛОР-отделения МОНИКИ и с диагнозом: подозрение на инородное тело гортани, переведен в ЛОР-отделение МОНИКИ на реанимобиле.

При поступлении состояние ребенка средней степени тяжести, температура тела 36,6°С. Мальчик в сознании, контактен, на осмотр улыбается. Положение ребенка активное, телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, имеется периоральный цианоз, усиливающийся при нагрузке. Дыхание – смешанный стридор, усиливающийся при плаче, беспокойстве. При аускультации сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 120 в минуту. При аускультации в лёгких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы. ЧДД 36 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации.

При рентгеноскопии и на рентгенограммах органов грудной клетки (вдох и выдох) лёгкие без очаговых и инфильтративных теней. Корни легких не расширены, структурны. Легочный рисунок не изменён. Диафрагма обычно расположена, контуры четкие. Синусы свободные. Срединная тень не расширена. Симптом «щелчка» отрицательный. Данных за нарушение бронхиальной проходимости не выявлено (рис).

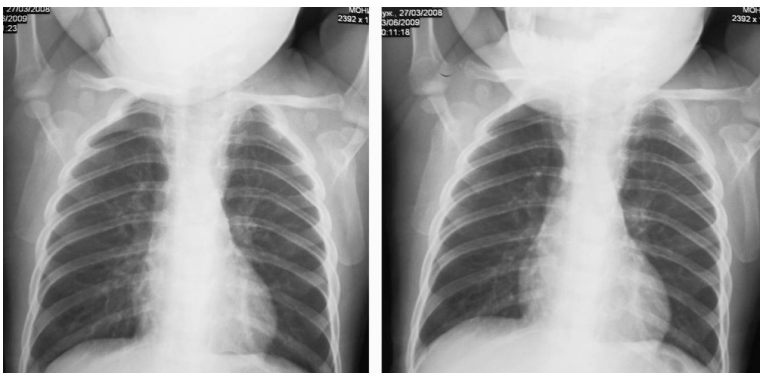

Рис. 1. *Рентгенография органов грудной клетки (на вдохе и выдохе).*

Данных за нарушение бронхиальной проходимости не выявлено.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного осмотра и рентгенологических исследований ребенок 02. 06. 09 был взят в операционную, после медикаментозной седации произведена фиброларингоскопия, при которой: язычная миндалина не увеличена, валлекулы и грушевидные синусы свободные, надгортанник в форме лепестка. Голосовые и вестибулярные складки умеренно гиперемированы, голосовая щель до 5 мм. На уровне голосовых складок определяется инородное тело белого цвета, стоящее поперек голосовых складок. Далее произведена прямая ларингоскопия с удалением инородного тела гортани, которым оказалось яичная скорлупа диаметром 0,8 см (рис. 2). Ребенок на искусственной вентиляции лёгких через назотрахеальную трубку переведен в детское реанимационное отделение. 03. 06. 09 экстубирован, через день переведен в ЛОР-отделение. В послеоперационном периоде мальчик получал сульперазон, амикацин, преднизолон, антигистаминные препараты, смекту, линекс, ингаляции с гидрокортизоном.

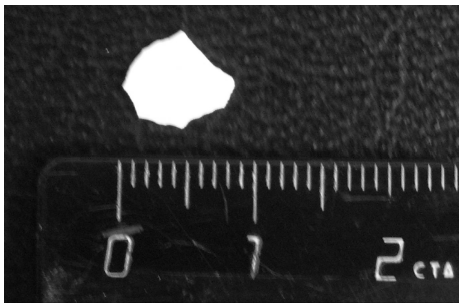

Рис. 2. *Яичная скорлупа размерами 8 мм в диаметре, удаленная из гортани у годовалого ребенка С.*

15. 06. 09 при выписке состояние ребенка удовлетворительное, температура тела в пределах нормы, дыхание в покое и при физической нагрузке свободное, сохраняется незначительная охриплость. При контрольной фиброларингоскопии слизистая оболочка гортани незначительно гиперемирована, голосовые складки нормальной окраски.

На контрольном осмотре через месяц в ЛОР-отделении МОНИКИ голос чистый, слизистая оболочка гортани розовая, голосовые складки серые, симметрично подвижные.

Особенностью представленного наблюдения является редкость длительного нахождения в гортани необычного инородного тела достаточно больших размеров в виде яичной скорлупы у 12-месячного ребенка. Несмотря на большой размер аспирированного предмета и его локализацию на уровне голосовой щели ребенок дышал через естественные дыхательные пути. Инородное тело удалено через естественные пути при прямой ларингоскопии, избежав при этом осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инородное тело гортани у 8-месячного ребенка / В. Ю. Тюкин [и др.] // Вестн. оториноларинг. - 2009. - №2. - С. 58–59.
2. Львова Е. А. Особенности клиники, диагностики и лечения детей с инородными телами дыхательных путей: автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.
3. Необычные инородные тела пищепроводных и дыхательных путей / В. М. Исаев [и др.] // Рос. оториноларинг. - 2009. - №4 (41). - С. 173–178.
4. Шустер А. М., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. - 314 с.

Мустафаев Джаваншир Мамед оглы
Научный сотрудник ЛОР-клиники ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, кандидат медицинских наук. Москва, 129 110, ул. Щепкина, 61/2. Тел.: 8 (495) 631 0801; Моб.: 8 (926) 564 3593. Email: mjavanshir@mail. ru

Свистушкин Валерий Михайлович
Руководитель ГУ ЛОР-клиники МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, доктор медицинских наук, профессор. Москва, 129 110, ул. Щепкина, 61/2. Тел.: 8 (495) 631 0801; Моб.: 8 (916) 667 9609. Email: svvm@comtv. ru

Цагадаева Саяна Баторовна
Младший научный сотрудник ЛОР-клиники ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. Москва, 129 110, ул. Щепкина, 61/2. Тел.: 8 (495) 631 0801; Моб.: 8 (916) 127 5081. Email: mjavanshir@mail. ru

Вопросы взаимосвязи патологии полости носа и околоносовых пазух с другими системами и органами организма всегда вызывали глубокий интерес не только оториноларингологов, но и представителей смежных специальностей. Представленная статья несомненно вызовет интерес своей пока ещё мало изученной направленностью. Поэтому мы вынесли её в раздел дискуссионных и ждём ваших откликов, которые будут опубликованы на страницах журнала.

УДК: 616.216.1:616–006.04

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА РЕАКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

С. А. Артюшкин

COMPARATIVE ESTIMATION OF INFLUENCE CHRONIC POLYPOSE RHINOSINUSINYSITIS AND MALIGNANT DISEASES ON REACTIVITY OF BLOOD CIRCULATION

S. A. Artyushkin

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Для анализа патогенетических механизмов расстройств гемодинамики при хронических полипозных риносинуситах и злокачественном клеточном росте сравнивали особенности реактивности системы кровообращения пациентов, страдающих хроническими полипозными риносинуситами, онкологических больных третьей-четвертой стадии заболевания и практически здоровых лиц. Регистрацию величин показателей кровообращения проводили с помощью интегральной реографии тела. Для исследования реактивности кровообращения проводили пробу с задержкой дыхания на вдохе с регистрацией изменений показателей гемодинамики. Установлено, что субклиническое или явное хроническое воспаление у больных хроническим полипозным риносинуситом и неопластический рост у онкологических больных являются факторами ареактивности системы кровообращения, устраняющими физиологическую реакцию роста ударного и сердечного индекса в ассоциации со снижением частоты сердечных сокращений, а также причиной снижения значений среднего артериального давления и сопротивления сосудов на периферии из фенотипа кровообращения. Полученные данные об изменениях реактивности кровообращения у больных хроническими полипозными риносинуситами аналогичны нарушениям реактивности, наблюдающимся у больных гипертонической болезнью, что позволяет предположить развитие у пациентов, страдающих риносинуситами, донозологической формы первичной артериальной гипертензии.

Ключевые слова: *хронический полипозный риносинусит, онкологические заболевания III–IY стадии, реактивность системы кровообращения, частота сердечных сокращений, ударный индекс, сердечный индекс, удельное общее периферическое сопротивление сосудов, артериальное давление, гипертоническая болезнь, злокачественный клеточный рост.*

Библиография: *13 источников.*

For the analysis of pathogenetic mechanisms of disturbances in haemodynamics at chronic polypose rhinosinusinysitis and malignant cellular growth we compared features of reactivity of blood circulation