



Таким образом, наряду с классическими формами паратонзиллярных абсцессов, наблюдаются отдельные редкие формы атипичного клинического течения, знание которых позволяет своевременно и квалифицированно оказать помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В. М. Особенности редких форм паратонзиллитов / В. М. Бобров // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 6. – С. 34–37.
2. Вачарадзе Д. В. Паратонзиллярный абсцесс у 2-месячного ребенка / Д. В. Вачарадзе, Л. С. Ломидзе // Там же. – 2001. – № 4. – С. 58.
3. Владимирова В. В. Редкое наблюдение кисты основания черепа, имитировавшей рецидив паратонзиллярного абсцесса / В. В. Владимирова // Там же. – 1998. – № 2. – С. 49–50.
4. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилевского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
5. Пальчун В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: Медицина, 2002. – 576 с.
6. Раевский И. В. Наблюдение паратонзиллярного абсцесса у годовалого ребенка / И. В. Раевский // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 1. – С. 53.
7. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.

УДК: 616. 22–003. 6–089. 878–053. 37

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ГОРТАНИ У РЕБЕНКА ТРЁХ ЛЕТ

О. О. Копченко, **В. Г. Зенгер**, Д. М. Мустафаев,
Н. В. Герасименко, Е. Г. Царькова

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)*

В силу отсутствия жизненного опыта, любопытства, шалости, вредных привычек брать в рот несъедобные предметы и малого контроля со стороны взрослых инородные тела нередки и составляют наиболее частые экстренные состояния в детской ЛОР-практике [1, 3, 5].

Инородные тела гортани и нижних дыхательных путей весьма опасны в связи с возможностью развития асфиксии. По данным Richard Lenzmann (1912), попадание инородных тел в дыхательные пути не представляет редкого явления. Чаще всего инородные тела дыхательных путей встречаются у детей [1, 4].

В гортани инородное тело задерживается прежде всего выступами, образуемыми 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 [1, 3, 6].

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 [1, 2, 3, 5].

Очень частым симптомом при нахождении инородного тела в гортани является выраженный приступообразный кашель, который иногда не прекращается длительное время [1, 3, 5].



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 особенно у детей старшей возрастной группы при рентгенконтрастных инородных телах могут точно локализовать их. Реактивные и воспалительные проявления даже при неконтрастных инородных телах могут указывать на сторону поражения [1, 2, 5].

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

Приводим собственное наблюдение длительного нахождения инородного тела гортани у ребенка трёх лет.

Ребенок С., 2004 года рождения, из Воскресенского района Московской области, находился в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 18.10.07 по 25.10.07, с диагнозом: инородное тело гортани, посттравматический ларингит. Со слов мамы при поступлении ребенок жаловался на выраженную охриплость, сухой кашель в ночное время, затрудненное дыхание при физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что (со слов родителей) 4 октября 2007 года вечером во время игры дома у ребенка внезапно возник приступообразный кашель, в мокроте однократно прожилки крови, сразу появилась выраженная охриплость. Момент аспирирования инородного тела родители отрицают. К врачам не обращались. На следующий день у ребенка появились повышение температуры тела до 38,5°C, затрудненное дыхание при физической нагрузке. Ребенок был осмотрен педиатром в поликлинике по месту жительства и госпитализирован в детское инфекционное отделение с диагнозом: острый ларинготрахеит, стеноз гортани 0–I степени. В стационаре получал цефезол, кларитромицин, антигистаминные препараты. Отмечалась положительная динамика – нормализовалась температура тела, дыхание улучшилось, но сохранялась выраженная охриплость. 17.10.07 ребенок консультирован врачом оториноларингологом ЛОР-отделения МОНИКИ и с диагнозом: подозрение на инородное тело гортани, переведена в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении состояние ребенка средней степени тяжести, температура тела 36,6°C. Девочка в сознании, контактна. Положение ребенка активное, телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. При аускультации сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 90 в минуту. При аускультации в лёгких дыхание жесткое. ЧДД 20 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации. После медикаментозной седации произведена фиброларингоскопия, при которой язычная миндалина не увеличена, valleculы и гортанноязычные 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.

На рентгенограмме шеи в боковой проекции по Земцову рентгенконтрастных инородных тел не выявлено, на уровне C₅-C₇ определяется увеличение превертебральных мягких тканей.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного осмотра и рентгенологических исследований ребенок 18.10.07 был взят в операционную и под общей анестезией произведена прямая ларингоскопия с удалением инородного тела гортани. Инородным телом оказалось пластмассовое кольцо диаметром 1,5 см (рис. 1). Ребенок на искусственной вентиляции лёгких через оротрахеальную трубку переведен в детское реанимационное отделение. 19.10.07 экстубирован, через день переведен в ЛОР-отделение. В послеоперационном периоде девочка получала сульперазон, амикацин, преднизолон, антигистаминные препараты, смекту, линекс, ингаляции с гидрокартизоном.

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

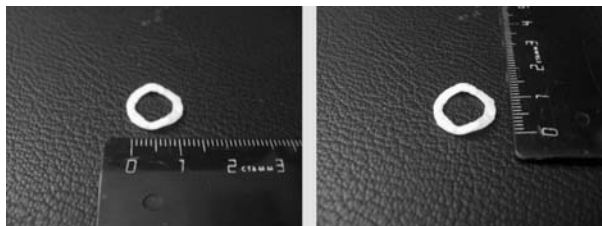


Рис. 1. Пластмассовое кольцо, 1,0 см в диаметре, удаленное из гортани ребенка С., трёх лет.

На контрольном осмотре через 2 недели 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 пластмассового кольца. Несмотря на большой размер аспирированного предмета и его локализацию на уровне голосовой щели, форма и конструкция инородного тела в виде кольца с отверстием в центре дала возможность ребенку дышать через естественные дыхательные пути. Инородное тело удалось удалить через естественные пути при прямой ларингоскопии, избежав при этом осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

8. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилевского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
9. Лепнев П. Г. Клиника инородных тел гортани, трахеи и бронхов / П. Г. Лепнев. – Л.: Медгиз, 1956. – 210 с.
10. Львова Е. А. особенности клиники, диагностики и лечения детей с инородными телами дыхательных путей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Львова. – М., 1997. – 24 с.
11. Необычное инородное тело дыхательных путей у ребенка / З. М. Ашуров, А. В. Инкина, В. Ю. Тюкин и др. // Вестн. оторинолар. – 2003. – №5. – С. 58.
12. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.
13. Foreign bodies in the tracheobronchial tree / S. Saije, S. Tomieka, T. Takasaka et al. // Arch Otorhinolaryngology. – 1979. – Vol. 225, № 1, P. 1–9.

УДК: 616. 22+616. 23]–003. 6–053. 4

НЕОБЫЧНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА

**Д. М. Мустафаев, В. Г. Зенгер, В. М. Исаев, З. М. Ашуров,
В. Ю. Тюкин, О. О. Копченко, Ю. Н. Обуховская**

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

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

В силу отсутствия жизненного опыта, любопытства, шалости, вредных привычек брать в рот несъедобные предметы и малого контроля со стороны взрослых инородные тела нередко и составляют наиболее частые экстренные состояния в детской ЛОР-практике [2, 8].

Для каждого из ЛОР-органов, в которое попало или находится инородное тело, характерен свой симптомокомплекс, и тем более алгоритм обследования, лечения, возможность осложнений и их профилактика [2, 5, 7].

Инородные тела дыхательных путей у детей встречаются достаточно часто, причем в большинстве случаев в возрастной группе до 5 лет [1]. Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении таких пациентов, данная проблема по-прежнему является актуальной, прежде всего из-за возможности развития тяжелых осложнений, порой приводящих к смертельному