

Т.В. Сабурова Г.И. Бишарова
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

ГУЗ Областной консультативно-диагностический центр для детей (Чита)

Целью нашего исследования явилось проанализировать больных с инородными телами трахеобронхального дерева.

Материалы исследования: под нашим наблюдением находились 9 больных с инородными телами бронхов, из них 6 - раннего возраста (от 1 - 2 лет), 3 - старшего школьного возраста. Все дети находились на лечении в отделении пульмонологии Областной детской клинической больницы г. Чита (зав. отделением Гаврикова О.В.) за истекший 2004 год, что составило 2,8% от числа пульмонологических больных.

Результаты. Проведенные наблюдения показали, что не все инородные тела бронхов были успешно удалены эндоскопическим методом, двум пациентам рекомендовано плановое оперативное лечение в связи с неэффективностью консервативной терапии. Дети раннего возраста легко аспирировали мелкие предметы или кусочки пищи, находящиеся у них во рту во время еды, игры, смеха, плача.

По характеру аспирированных инородных тел выявилось преобладание органических инородных тел 55,5%, по сравнению с неорганическими 44,5%. Структура инородных тел следующая: подсолнечные семечки-2, орехи кедровые-2, кусочки морковки-1. Из неорганических инородных тел встречались пластмассовые детали игрушки-1, ластик-1, фрагмент пенопласта-1, металлическая заклепка - 1.

Локализация инородных тел в бронхах зависела от их величины, формы и возможности перемещения по трахеобронхальному дереву.

У наблюдавшихся детей инородные тела локализовались: в бронхах правого легкого - 6, из них в главном бронхе - 3, в верхнедолевом - 2, нижнем - 1; в бронхах левого легкого - 3, том числе в нижнедолевом - 2. Наиболее частая правосторонняя локализация инородных тел связана с анатомо-физиологическими особенностями строения трахеобронхального дерева, длительность нахождения инородных тел составила от 9 дней до 2 месяцев.

Наиболее частыми жалобами при поступлении являлись следующие: внезапно возникающий сухой приступообразный кашель, затруднение дыхания, повышение температуры тела, осиплость голоса, вялость или беспокойство.

При осмотре у подавляющего числа больных отчетливое локальное укорочение перкуторного звука отсутствовало. Наиболее характерными изменениями были ослабление дыхания и локальные сухие и влажные разнокалиберные хрипы. У 4 детей аспирация осложнилась пневмонией, у 2 - ателектаз доли легкого.

Рентгенологически проявления инородных тел разнообразны, зачастую малоинформативны и зависели от возраста ребенка, характера аспирированных инородных тел, локализации, степени обструкции просвета бронхов, наличия и характера осложнений. Среди всех инородных тел наиболее сложными в диагностике оказались рентгенонегативные тела. Точный диагноз установлен только после проведения диагностической бронхоскопии.

При эндоскопическом исследовании трахеобронхального дерева интенсивность воспаления различной степени выраженности и распространенности зависела от сроков пребывания инородных тел в дыхательных путях, их размеров, формы и состава. После удаления инородных тел детям проведено комплексное лечение: антибактериальная, отхаркивающая, симптоматическая терапия, физиолечение, массаж грудной клетки.

Описание клинического случая: девочка Даша в возрасте 1,3 месяца поступила в детскую инфекционную больницу с жалобами на шумное дыхание, осиплость голоса, сухой приступо-

образный кашель. Из анамнеза известно, что девочка грызла кости. Только при повторной бронхоскопии удалось удалить инородное тело-фрагмент говяжьей кости размером 0,5х0,8х1см, определить наличие других фрагментов, было затруднено за счет грануляций в просвете бронха.

Неоднократно девочка находилась на лечении в пульмонологическом отделении Областной детской клинической больницы. Детской железнодорожной больницы, удаление других фрагментов инородных тел было безуспешно. Девочка получала антибактериальную, отхаркивающую, бронхолитическую терапию, симптоматическое лечение, на фоне которого состояние ухудшалось. Беспокойл приступообразный, продуктивный кашель со слизисто-гнойной мокротой, субфебрильная температура тела, симптомы интоксикации. В общем анализе крови сохранялась нормохромная анемия легкой степени, умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 20 мм/час. По данным эхокардиографического исследования среднее диастолическое давление в легочной артерии составило 36 мм рт.ст. На рентгенограмме органов грудной клетки в нижней доле справа, в сегментах верхней доли справа и в прикорневой зоне слева определялись множественные мелкоочаговые тени. В дальнейшем на контрольных рентгенограммах уменьшился объем нижней доли, сохранялись мелкоочаговые тени, гипоплазированы S7, S8, средостение смещено вправо.

При санационно-диагностической бронхоскопии обнаружено инородное тело левого нижнедолевого бронха (фрагмент кости); удалено. По данным сцинтиграфии легких установлено резко выраженное нарушение капиллярного кровотока в правом легком, умеренное выраженные нарушения в области верхней доли левого легкого.

После проведенной комплексной терапии в динамике состояние девочки ухудшалось за счет нарастания симптомов бронхиальной обструкции, симптомов интоксикации. При аускультации над всеми полями легких выслушивались сухие свистящие, влажные разнокалиберные хрипы, одышка в покое до 48-50 в минуту, тахикардия до 145-150 в минуту, появился акцент II тона над легочной артерией. В течение 6 месяцев по данным рентгенологического обследования сохранялся ателектаз средней доли правого легкого. В дальнейшем при проведении бронхографического обследования выявлены смешанные бронхоэктазы верхней и нижней долей правого легкого, деформирующий бронхит верхней доли левого легкого.

В связи с тем, что на фоне проводимого консервативного лечения состояние девочки с отрицательной динамикой, в возрасте 2 года 5 месяцев, после осмотра детского хирурга проведено оперативное лечение - торакотомия справа, пневмонэктомия справа. Послеоперационный период протекал без осложнений.

За последний год (2004) девочка госпитализирована трехкратно в отделение пульмонологии с обострением хронического деформирующего бронхита, полисегментарной пневмонией единственного легкого. У Даши сохраняются умеренные симптомы интоксикации, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка в покое, которая регулярно получает антибактериальную, муколитическую, отхаркивающую терапию.

Выводы. Таким образом, диагностика инородных тел трахеобронхального дерева должна быть своевременной, оказываемая помощь высоко квалифицированной, чтобы предотвратить осложнения инородных тел, оперативного лечения больных, которые в итоге приводят к инвалидизации и влияют на качество жизни детей.

Ткачева Е.В., Ульянова И.П., Антоненко Ф.Ф.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Дальневосточный филиал ГУ НЦ Медэкологии ВСНЦ СО РАМН
ГУ Краевой клинический центр охраны материнства и детства г. Владивосток.

Появление в клинической практике диагностической и оперативной эндоскопии в значительной мере повысило точность диагностики причин бесплодия. Медицинские аспекты этой проблемы изменяются в зависимости от прогрессивного развития медицинской науки и практики. В настоящее время разработан и рекомендован для применения в клинической практике стандартизированный алгоритм диагностики, который позволяет с помощью эндоскопических методов установить причину нарушения репродуктивной функции. Лапароскопия является не только заключительным этапом диагностики, но и первым этапом терапии женского бесплодия.

Нами обследована 101 женщина с проблемами репродукции, в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст составил 28,5-0,5 лет), которые в возрасте от 3 до 18 лет были оперированы по поводу ургентной патологии органов брюшной полости и малого таза. Лапаротомия по поводу аппендицита, осложненного гнойным перитонитом - у 70 пациенток, по поводу простого аппендицита - у 8 пациенток, 23 человека были оперированы по поводу перитонита и спаечного процесса другой этиологии. В результате комплексного обследования пациенток с помощью стандартизированного алгоритма были выявлены следующие факторы бесплодия: в 74 % случаев трубно-перитонеальный, в 27 % -