

С.К. Майоров, В.М. Калянин, В.В. Курдюков, В.Г. Руднев, И.В. Ширяев

НЕОБЫЧНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА

ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой», г. Астрахань

У 16-летнего юноши на флюорографии выявлено инородное тело нижнедолевого бронха справа. Из анамнеза известно: 2 года назад ребенок вдохнул канцелярский гвоздик. За медицинской помощью не обращался. При поступлении в ОДКБ отмечается редкий сухой кашель, аускультативно: дыхание ослаблено справа в нижних отделах, сухие свистящие хрипы. Диагностическая бронхоскопия: инородное тело расположено в устье C_{10} справа, основание плотно «замуровано», просвет сегментарного бронха обтурирован. Выражена соединительно-тканная трансформация краев бронха. В условиях операционной, под общим обезболиванием, произведена комбинированная бронхоскопия ригидным аппаратом Фриделя и фибробронхоскопом BF-P10, под контролем зрения инородное тело захвачено и удалено. Санация раствором антибиотика и аминокaproновой кислотой. Пройодимость бронха восстановлена. Ребенок выписан с выздоровлением. В ОДКБ неоднократно применялся метод комбинированной бронхоскопии взрослым детям, что облегчает работу эндоскописта и анестезиолога, по времени и выполнению манипуляции.

Ключевые слова: удаление инородного тела дыхательных путей, комбинированная бронхоскопия.

S.K. Mayorov, V.M. Kalyanin, V.V. Kurdyukov, V.G. Rudnev, I.V. Shiryayev

UNUSUAL FOREIGN BODY IN THE RESPIRATORY PASSAGES OF CHILD

The foreign body was found out in lower lobe of bronchus in 16 aged young boy during phleurography. From the history case it was cleared up that 2 years ago the child inspired the stationery nail. The medical help was not used. In admission to RCCH there were observed the dry rare cough, respiration was weak in the right part of the low sides, dry pistol rales. Diagnostic bronchoscopy showed the foreign body in the mouth of C-10 rightly, the base was closely saved, lumen of segmental bronchus seen. Connective-tissuised transformation of bronchus borders was expressed. In conditions of operating case using anesthesia there was made the combinative bronchoscopy by rigid apparatus Fridel and fibrobronchoscope of BF-P10 was taken, under the vision control the body was removed. Sanation with solution of antibiotic and aminocapro acid was made. Bronchus passage was restored. The child recovered. The method of combined bronchoscopy facilitates the work of endoscopist and anesthesiologist in time and in manipulations.

Key words: removal of foreign body of respiratory passages, combined bronchoscopy.

Инородные тела дыхательных путей у детей встречаются достаточно часто, причем в большинстве случаев в возрастной группе до 5 лет. 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 исходу, которые почти всегда связаны либо с запоздалой диагностикой, либо с применением неправильной врачебной тактики [1, 2].

Инородные тела дыхательных путей бывают самого разнообразного характера: орехи, подсолнечные и арбузные семечки, шелуха от них, зерна злаков, рыбные кости, биглавки, гвозди, монеты, изделия канцелярского назначения и др. Разнообразие инородных тел зависит от географических особенностей местности, питания и привычек населения [2, 3].

Чаще всего инородные тела попадают в дыхательные пути детей, остающихся без присмотра взрослых. Если инородное тело преодолевает сопротивление, вызываемое естественными рефлексам (кашель, спазм голосовой щели), то оно попадает в трахею и затем в бронхи, чаще - в правый. Объясняется это большим диаметром правого главного бронха и его более отвесным положением. Этот бронх служит как бы непосредственным продолжением трахеи. Прогноз при инородных телах нижних дыхательных путей зависит от характера инородного тела, возраста пациента, общего состояния больного и времени от момента попадания инородного тела [3].

По нашим данным за последние 5 лет в ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» (ОДКБ) ежегодно производится от 30 до 40 верхних ригидных трахеобронхоскопий с удалением инородных тел. Выработан оптимальный подход к ведению пациентов при подозрении на инородные тела бронхов [5]. Однако встречаются запущенные случаи инородных тел бронхов, связанные с нетипичной клинической картиной, недостаточной информированностью населения о последствиях нерациональной в домашних условиях эвакуации инородных тел. Приводим собственное наблюдение запущенного случая инородного тела бронха.

Пациент, 16 лет, находился в клинике ОДКБ с 01.02.2010 по 15.02.2010 с диагнозом: инородное тело дыхательных путей справа (канцелярский гвоздик). Больной поступил в экстренном порядке с жалобами на редкий сухой кашель, периодически появляющееся свистящее дыхание. С его слов 2 года назад во время игры он аспирировал канцелярский гвоздик, после чего возникли сильный приступ кашля и цианоз губ, которые самостоятельно купировались. Остановки дыхания не было. Через 2 года во время прохождения медицинского обследования в военкомате была выполнена флюорография, при которой обнаружено инородное тело дыхательных путей справа, после чего пациент был направлен в нашу клинику.

При поступлении состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, пульс 80 ударов в минуту, дыхание компенсировано в покое и при физической нагрузке, бесшумное. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвовала, одышки не было. Отмечался редкий сухой кашель. При аускультации: дыхание ослаблено справа в нижних отделах, сухие свистящие хрипы. Общий анализ крови - без особенностей. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции нижней доли правого легкого определялась тень инородного тела металлической плотности размером 0,2×1,9 см. Ателектазов не было. Тень средостения не смещена.

Больному выполнена фиброbronхоскопия: в проекции С₁₀ нижнедолевого бронха справа был виден острый, ржавый фрагмент канцелярского гвоздика. Основание плотно «замуровано» в просвете сегментарного бронха, который был obturирован. Выражена соединительно-тканная трансформация краев бронха.

Собран врачебный консилиум, на котором было решено провести повторно ригидную бронхоскопию в условиях операционной и в случае неудачной попытки удаления инородного тела - торакотомию с возможной резекцией нижней доли правого легкого. 10.02.2010 в условиях операционной выполнена ригидная бронхоскопия аппаратом Фридель, диаметр тубуса № 8. В устье С₁₀ - инородное тело (канцелярский гвоздик), обращенное тупым концом вниз. Просвет устья пораженного бронха располагался латерально, что несло за собой трудности удаления инородного тела ригидным бронхоскопом, и в виду его децентрации захват щипцами был невозможен. В связи с этим была произведена попытка проверить подвижность инородного тела оптикой, после чего инородное тело стало подвижным. Возникло умеренное кровотечение, которое остановлено раствором аминокaproновой кислоты в сочетании с раствором антибиотика для санации бронха. В связи с невозможностью направлено подвести щипцы к инородному телу было решено провести комбинированную бронхоскопию путем совмещения двух бронхоскопов - ригидного и фиброволоконного. Через тубус ригидного бронхоскопа был введен фиброbronхоскоп Olympus BF-P10 [4, 5]. Под контролем зрения инородное тело было захвачено и удалено. Проведена активная обработка бронха раствором антибиотика и раствором аминокaproновой кислоты. Проподимость бронха восстановлена. Слизистая на данном участке была ярко гиперемирована с налетом фибрина, из просвета устья бронха поступал гной. Осуществлена аспирация гноя и активная санация раствором антибиотика. В послеоперационном периоде больной получал антибактериальную, симптоматическую терапию, массаж грудной клетки, физиолечение. Повторно, на пятые сутки, была выполнена верхняя фибротрахеобронхоскопия аппаратом Olympus BF-P10. Выполнено обезболивание 10% и 2% раствор лидокаина. При осмотре слизистая трахеи слегка гиперемирована. Корина бифуркации острая, подвижная. В проекции устья С₁₀ слизистая ярко гиперемирована, ниже уровня шпор по передней и задней стенкам соединительнотканное разрастание длиной 0,5 см, высотой до 0,1 см. По боковым стенкам устья имелись эрозивно-язвенные дефекты до 0,2 см в диаметре с налетом фибрина. Само устье свободно проходимо аппаратом диаметром 0,5 см.

Заключение: рубцово-язвенные изменения С₁₀ справа. Ребенок выписан с выздоровлением и с рекомендацией контрольной бронхоскопии. Через 1,5 месяца выполнена контрольная фиброbronхоскопия. Анатомически бронхи расположены правильно. Устья бронхов свободно проходимы. Устье С₁₀ с точечными грануляциями по окружности, проходимо.

Особенность данного наблюдения состоит в необычности инородного тела, длительности его нахождения и нетипичной клинической картины. Несмотря на достаточно большой размер аспирированного предмета и длительность его нахождения у ребенка, его удалось удалить через естественные дыхательные пути с помощью современной оптической техники, избежав при этом оперативного вмешательства и осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникеева З.И., Таран Е.П. // Вести оториноларингологии. – 1981. – № 4. – С. 66-67.
2. Исаков Ю.Ф., Орловский С.П., Инородные тела дыхательных путей и легких у детей. – Москва: Медицина, 1979. – 168 с.
3. Лукомский Г.И., Шулуто М.Л., Виннер М.Г. [и др.]. Бронхопульмонология. – Москва: Медицина, 1982. – 400 с.
4. Сидоренко А.С. Пособие по эндоскопии. – Киев: Вища школа, 1983. – 304 с.
5. Тайбогаров С.Е., Фейгин Г.А. Инородные тела гортани и нижних дыхательных путей. – Алма-ата: «Казахстан», 1984. – 136 с.

Майоров Сергей Константинович, заведующий эндоскопическим отделением ГУЗ «Областная детская клиническая больница им Н.Н. Силищевой», Россия, 414011, г. Астрахань, ул. Медиков, 6, тел. (8512) 61-87-62, e-mail: odkb_2005@mail.ru

Калянин Владимир Михайлович, заведующий отделением гнойной хирургии ГУЗ «Областная детская клиническая больница им Н.Н. Силищевой», г. Астрахань, ул. Медиков, 6, тел. (8512) 61-87-56

Курдюков Владимир Владимирович, кандидат медицинских наук, врач эндоскопист эндоскопического отделения ГУЗ «Областная детская клиническая больница им Н.Н. Силищевой», г. Астрахань, ул. Медиков, 6, тел. (8512) 61-87-56

Руднев Виктор Геннадьевич, детский хирург отделения гнойной хирургии ГУЗ «Областная детская клиническая больница им Н.Н. Силищевой», г. Астрахань, ул. Медиков, 6, тел. (8512) 61-87-56

Ширяев Иван Владимирович, детский хирург отделения гнойной хирургии ГУЗ «Областная детская клиническая больница им Н.Н. Силищевой», г. Астрахань, ул. Медиков, 6, тел. (8512) 61-87-56