

ЛИТЕРАТУРА

1. Волочков А. С. Диагностика и лечение перфораций пищевода: Автореф. дис. ... канд. мед наук / А. С. Волочков. – М., 1993. – 24 с.
2. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
3. Зенгер В. Г. Клиника и диагностика повреждений гортаноглотки и шейного отдела трахеи и пищевода / В. Г. Зенгер // Альманах клинической медицины. – 2004. – №7. – С. 20–24.
4. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.
5. Accidental ingestion of button battery / V. Lauquel, J. Beladdale, B. Escande et al. // Arch. Pediatric. – 1999. – Vol. 11, №11. – P. 1231–1236.
6. Button battery ingestion / R. Banerjee, G. V. Rao, P. V. Sriram et al. // Indian J. Pediatric. – 2005. – Vol. 72, №2. – P. 173–177.
7. Lanqkau J. F. Esophageal burns from battery ingestion / J. F. Lanqkau, R. A. Noesqes // Am. J. Emerg. Med. – 1985. – Vol. 3, №3. – P. 265.
8. Primary repair of tracheoesophageal fistula secondary to disc battery ingestion: a case report / H. Okuyama, A. Kubota, T. Oue et al // J. Pediatric. Surg. – 2004. – Vol. 39, №2. – P. 243–247.
9. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? / D. Yardeni, H. Yardeni, A. G. Cordn et al. // Pediatric. Surg. Int. – 2004. – Vol. 20, №7. – P. 496–501.

УДК: 616. 24–003. 6–053. 37

НЕОБЫЧНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА (РЫБОЛОВНОЕ ГРУЗИЛО)

**В. Н. Селин, В. М. Свистушкин, Д. М. Мустафаев,
Е. В. Селин, С. Б. Цагадаева**

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

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

Авторы представляют клинический случай ребенка в возрасте двух лет с инородным телом (грузило) нижних отделов дыхательных путей. Клинический случай проанализирован с позиций диагностики и аспектов хирургического лечения. Диагноз поставлен на основании анамнеза, клиники, данных рентгенологического исследования. Для удаления инородного тела использована ригидная верхняя бронхоскопия. Несмотря на сферическую форму аспирированного предмета, его удалось без осложнений удалить через естественные дыхательные пути.

Ключевые слова: *инородное тело нижнего отдела дыхательных путей, ригидная бронхоскопия.*

Библиография: *8 источников.*

The authors represent a clinical case of the child two years of age with a foreign body (sinker) in the lower respiratory tract. The clinical case is analysed from positions of diagnostics and aspects of surgical treatment. The diagnosis is put on the basis of the anamnesis, clinic, data of radiological research. For removal of the foreign body it is used upper broncoscopy. Despite of the spherical form aspirated object, it is managed to be removed without complications through natural respiratory ways.

Key words: *foreign body in lower respiratory tract, rigid broncoscopy.*

Bibliography: *8 sources.*

Инородные тела дыхательных путей у детей встречаются достаточно часто, причем в большинстве случаев в возрастной группе до 5 лет [1, 2].

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, 5].



Инородные тела гортани и нижних отделах дыхательных путей опасны вследствие вызываемой ими асфиксии, которая наблюдается особенно часто у детей младшего возраста, что, по мнению Д. И. Зимонта (1936) и Б. В. Шеврыгина (1989), составляет 93,6% у детей до 5 лет, и до введения в широкую практику методов эндоскопии составляла 40% летальности [6]. Лишь с применением современных способов обследования, лечения, включающих адекватную анестезию, в середине XX века удалось снизить летальность до 5% [1, 2, 7]. Но и в настоящее время встречаются единичные случаи смерти детей в результате осложнений.

По данным М. А. Шустера и соавт. (1989), инородные тела гортани у детей встречаются в 3,2% случаев, трахеи в 8,8% и бронхов в 88% среди наблюдавшихся ими за 15 лет 728 больных [6]. Проведенные в ЛОР-клинике ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского Е. А. Львовой в период с 1993 по 1996 г. исследования дали аналогичные процентные данные. Так, из 315 детей с инородными телами дыхательных путей инородные тела гортани составили 3,8%, трахеи – 8,3% и бронхов – 87,9% случаев [2].

Клиническая картина может быть различной в зависимости от формы, размеров, характера инородного тела, его локализации, возраста ребенка и наличия сопутствующих заболеваний [1, 2, 6]. Только в небольшом проценте случаев взрослые являются свидетелями аспирации инородных тел детьми и могут дать соответствующие анамнестические данные. В большинстве же случаев попадание инородных тел в дыхательные пути происходит у детей при отсутствии соответствующего надзора со стороны взрослых [2, 4].

Инородными телами нижних отделов дыхательных путей у детей может быть любой неорганический предмет, имеющий такие размеры, которые позволяют ему проникнуть через голосовую щель [1, 8]. По характеру инородные тела дыхательных путей могут быть самыми разнообразными. В дыхательные пути проникают, как правило, тяжелые и с гладкой поверхностью предметы (пуговицы, горошины, косточки ягод, семечки), цепляющиеся за слизистую трахеи и бронхов пружинки, рыбы кости, гвозди, булавки, полоски растений, скорлупа, легко набухающие корочки цитрусовых, кусочки овощей и фруктов [1, 2, 3].

Инородные тела могут полностью obturировать дыхательные пути на том или ином уровне, частично закупорить просвет или свободно передвигаться по трахее и бронхам [2].

В большинстве случаев, благодаря разнообразию инструментов, разработанных для фиброволоконных эндоскопов, инородные тела трахеи и бронхов можно удалить с помощью фибробронхоскопа, но существуют инородные тела, которых невозможно удалить без применения ригидного бронхоскопа. Описаны наблюдения, когда в связи с техническими трудностями для удаления инородного тела приходилось прибегать к сочетанию ригидной бронхоскопии и трахеостомии и даже торакотомии [5].

В подходах к лечению больных с инородными телами нижних отделов дыхательных путей в последние годы произошли заметные изменения [1].

Ранее, трахеотомия была единственным методом, обеспечивающим доступ к инородному телу [2, 5]. В настоящее время для этого широко используется верхняя трахеобронхоскопия, выполняемая под наркозом. Хотя стандартных подходов при удалении инородных тел не существует, основным правилом является удаление их через естественные пути.

Анализ данных за последние 5 лет, показал, что в ЛОР-клинике ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского ежегодно производится от 40 до 60 верхних ригидных трахеобронхоскопий с удалением инородных тел.

Приводим наблюдение необычного инородного тела нижних отделов дыхательных путей у ребенка (рыболовное грузило).

Ребенок Н., 2006 года рождения, из г. Ивантеевка, находился в ЛОР-клинике МОНИКИ с 04.02.09 по 10.02.09 с диагнозом: инородное тело правого главного бронха (рыболовное грузило). Из анамнеза известно, что 04.02.09, около 15:00 ребенок во время игры дома вдохнул рыболовное грузило, после чего, сразу появился приступообразный кашель. У ребенка развился цианоз, отмечалась кратковременная потеря сознания. Ребенок доставлен в приемное отделение ЦРБ по месту жительства, где осмотрен дежурным педиатром. Произведена обзорная рентгенография органов грудной клетки, где выявлена металлическая тень в проекции правого главного брон-

ха (рис. 1, а). Ребенок в сопровождении бригады скорой медицинской помощи с диагнозом подозрение на инородное тело дыхательных путей переведен в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Со слов родителей, ребенок жалуется на периодически возникающее свистящее дыхание, одышку смешанного характера, кашель. Температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски. Пульс 104 в минуту. Дыхание компенсировано в покое, при физической нагрузке шумное. Отмечается редкий сухой кашель. При аускультации в лёгких дыхание жесткое, справа ослабленное над всей поверхностью, выслушиваются свистящие хрипы в нижних отделах. ЧДД 25 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации.

Произведено повторное рентгенологическое исследование органов грудной клетки: правое легкое эмфизематозно вздуто. В проекции правого главного бронха определяется металлическая тень (инородное тело?). Синусы свободны. Диафрагма подвижна. Заключение: рентгенологическая картина – нарушение бронхиальной проходимости справа. Инородное тело правого главного бронха? (рис. 1, б, в).

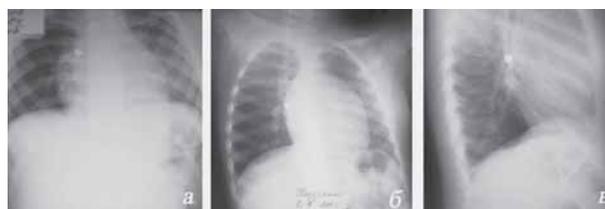


Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки ребенка А., 2006 года рождения.
а, б, в – на рентгенограммах органов грудной клетки в проекции правого главного бронха определяется дополнительная металлическая тень.

Ребенок консультирован педиатром, неврологом. Анализ крови и мочи: без отклонений от нормы. Клинический диагноз: инородное тело нижних отделов дыхательных путей.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, физикального обследования и рентгенологического исследования органов грудной клетки, 04.02.09 под общей анестезией произведена ригидная верхняя трахеобронхоскопия (рис. 2, а, б). Тубус дыхательного бронхоскопа из системы Karl Storz №6 введен в трахею, при осмотре в устье правого главного бронха выявлено инородное тело – рыболовное грузило. Последнее взято щипцами типа «чашки», удалено с первой попытки. Размеры инородного тела – 0,5 см в диаметре (рис. 2, в, г, д, е).

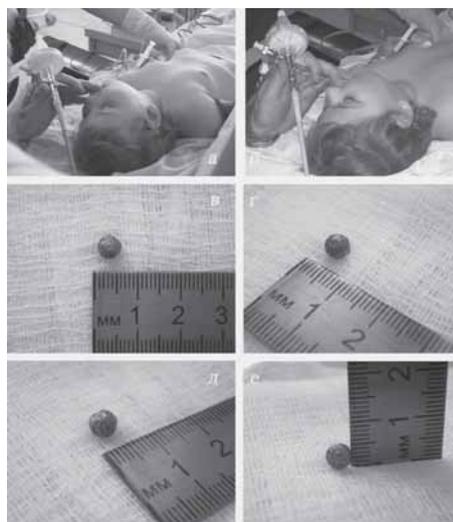


Рис. 2. а, б – верхняя ригидная трахеобронхоскопия; в, г, д, е – рыболовное грузило, удаленное из правого главного бронха ребенка А., 2006 года рождения.



В послеоперационном периоде ребенок получал антибактериальную, симптоматическую терапию, массаж грудной клетки, физиолечение. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки от 05.02.09 легочные поля прозрачные (рис. 3).



Рис. 3. Контрольная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции ребенка А., 2006 года рождения. Легочные поля прозрачные. Признаки наличия свободного газа и жидкости не определяются.

При выписке состояние ребенка удовлетворительное, температура тела в пределах нормы, дыхание свободное, при аускультации проводится во все отделы, хрипов нет.

Особенность данного наблюдения в необычности и форме инородного тела. Несмотря на сферическую форму аспирированного предмета, его удалось без осложнений удалить через естественные дыхательные пути.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилевского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
2. 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.
3. Необычное инородное тело дыхательных путей у ребенка / З. М. Ашуров, А. В. Инкина, В. Ю. Тюкин и др. // Вестник оториноларингологии. – 2003. – №5. – С. 58.
4. Необычное инородное тело дыхательных путей у ребенка / Д. М. Мустафаев, В. Г. Зенгер, В. М. Исаев В. М. и др. // Рос. оторинолар. – 2008. – №2 (33). – С. 117–120.
5. Осложнения при инородных телах нижних дыхательных путей в детском возрасте / В. Г. Зенгер, А. Е. Машков, Д. М. Мустафаев и др. // Там же. – 2008. – №3 (34). – С. 46–52.
6. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.
7. Daines C. L. Foreign body aspiration: an important etiology of respiratory symptoms in children / C. L. Daines, R. E. Wood, R. P. Boesch // J. Allergy Clin. Immunol. 2008. – Vol. 121, №5, P. 97–115.
8. Foreign bodies in the tracheobronchial tree / S. Saije, S. Tomieka, T. Takasaka et al. // Arch Otorhinolaryngology. – 1979. – Vol. 225, №1, P. 1–9.