

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 нередки 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



исходу, которые почти всегда связаны либо с запоздалой диагностикой, либо с применением неправильной врачебной тактики [2].

Инородные тела гортани и нижних дыхательных путей очень 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 [4]. Лишь с применением современных эндоскопических методов, аппаратуры и адекватной анестезии в середине XX века удалось снизить летальность до 5% [1, 2, 6], а в настоящее время встречаются единичные случаи смерти детей в результате осложнений. Этот прогресс достигнут благодаря оснащению дыхательными бронхоскопами ЛОР-учреждений и, естественно, воспитанию нового поколения врачей, хорошо владеющих методами эндоскопии [2].

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 [8]. Проведенные в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского Е. А. Львовой в период с 1993 по 1996 г. исследования, охватывающие 315 детей с инородными телами дыхательных путей, дали аналогичные процентные данные. Так, инородные тела гортани составили 3,8 %, трахеи – 8,3 % и бронхов – 87,9 % случаев [5].

Клиническая картина может быть различной в зависимости от формы, размеров, характера инородного тела, его локализации, возраста ребенка и наличия сопутствующих заболеваний [2, 5, 9]. Только в небольшом проценте случаев взрослые являются свидетелями аспирации инородных тел детьми и могут дать соответствующие сведения. В большинстве же случаев попадание инородных тел в дыхательные пути происходит у детей при отсутствии соответствующего надзора со стороны взрослых [2, 3].

Инородными телами нижних дыхательных путей у детей может быть любой неорганический предмет, имеющий такие размеры, которые позволяют ему проникнуть через голосовую щель [6]. По характеру инородные тела дыхательных путей могут быть самыми разнообразными. В дыхательных путях остаются, как правило, тяжелые и с гладкой поверхностью предметы (пуговицы, горошины, косточки ягод, семечки), цепляющиеся за слизистую оболочку трахеи и бронхов пружинки, рыбы кости, гвозди, булавки, полоски растений, скорлупа, легко набухающие корочки цитрусовых, кусочки овощей и фруктов [2, 3].

Проникшие в дыхательные пути инородные тела могут полностью обтурировать их на том или ином уровне, частично закупорить просвет или свободно передвигаться по трахее и бронхам [2, 5].

В большинстве случаев, благодаря разнообразию инструментов, разработанных для фиброволоконных эндоскопов, инородные тела трахеи и бронхов можно удалить с помощью фибробронхоскопа, но существует инородные тела, поддающиеся удалению лишь ригидным бронхоскопом. Описаны наблюдения, когда в связи с техническими трудностями для удаления инородного тела приходилось прибегать к сочетанию ригидной бронхоскопии и трахеостомии и даже торакотомии [2, 8].

В подходах к лечению больных с инородными телами нижних дыхательных путей в последние годы произошла заметная эволюция [2].

Ранее, трахеотомия была единственным методом, обеспечивающим доступ к инородному телу. В настоящее время для этого широко используется верхняя трахеобронхоскопия, выполняемая под наркозом. Хотя стандартных подходов при удалении инородных тел не должно быть, основным правилом является удаление их через естественные пути [2, 5, 8].

По данным за последние 5 лет, в ЛОР-клинике МОНИКИ ежегодно производится от 40 до 60 верхних ригидных трахеобронхоскопий с удалением инородных тел. Приводим собственное наблюдение крупного инородного тела нижних дыхательных путей у ребенка (пластмассовый колпачок от ручки).

Ребенок П., 1994 года рождения, из г. Наро-Фоминск, находился в ЛОР-клинике МОНИКИ с 17.04.07 по 23.04.07 с диагнозом: инородное тело левого главного бронха (колпачок от ручки). Из анамнеза известно, что 17.04.07, около 16:00 на уроке в школе, ребенок вдохнул колпачок от авто-

ручки, после чего, сразу появились жалобы на приступообразный кашель, ощущение тяжести и боль в за грудиной области. Ребенок посинел, отмечалась кратковременная потеря сознания. Осмотрен врачом Наро-Фоминской станции скорой медицинской помощи. По данным сопроводительного листа, на момент осмотра состояние ребенка относительно удовлетворительное. Ребенок в сознании, контактен. Имеется петехиальная сыпь на коже лица и шеи. Дыхание в лёгких ослабленное, преимущественно слева. ЧДД – 24 в минуту. Ребенок доставлен в приемное отделение ЦРБ по месту жительства, где осмотрен дежурным педиатром. Произведена рентгенография органов грудной клетки, последняя не информативна. Ребенок в сопровождении бригады скорой медицинской помощи с диагнозом подозрение на инородное тело дыхательных путей переведен в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении: состояние средней тяжести. Ребенок жалуется на периодически возникающее свистящее дыхание, одышка смешанного характера, кашель, боли в грудной клетке при вдохе. Температура тела 36,7 °С, кожные покровы обычной окраски. Пульс 104 в минуту. Дыхание компенсировано в покое, при физической нагрузке шумное, вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. Отмечается редкий сухой кашель. При аускультации в легких дыхание жесткое, слева ослабленное над всей поверхностью, выслушиваются свистящие хрипы в нижних отделах. ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации.

Произведена повторная обзорная рентгенография органов грудной клетки в состоянии максимального вдоха и выдоха: левое легкое эмфизематозно вздуто. Корни структурны. Синусы свободны. Диафрагма подвижна. Смещения органов средостения не выявлено. Заключение: рентгенологическая картина – нарушение бронхиальной проходимости слева (рис. 1).

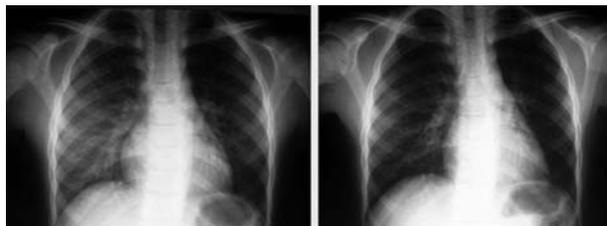


Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции в состоянии максимального вдоха и выдоха ребенка П., 1994 года рождения.

На обзорных рентгенограммах органов грудной клетки, произведенных на вдохе и выдохе, левое легкое эмфизематозно вздуто. Рентгенологическая картина – нарушение бронхиальной проходимости слева.

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

Учитывая жалобы, данные анамнеза, физикального обследования и рентгенографии, 17.04.07 под общей анестезией произведена операция: ригидная верхняя трахеобронхоскопия. Тубус дыхательного бронхоскопа из системы Фриделя № 8 введен в трахею, при осмотре в устье левого главного бронха выявлено инородное тело – пластмассовый колпачок от ручки. Последний взят щипцами типа «крокодил», удален вместе с тубусом со второй попытки из-за соскальзывания в голосовую щель. Размеры инородного тела составляет 3,0×0,9 см (рис. 2).

В послеоперационном периоде ребенок получал антибактериальную, симптоматическую терапию, массаж грудной клетки, физиолечение. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки от 18.04.07 легочные поля прозрачные (рис. 3).

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 инородного тела и достаточно больших его размерах. Несмотря на большой размер аспирированного предмета, его удалось удалить через естественные дыхательные пути с помощью современной оптической техники, избежав при этом осложнений.

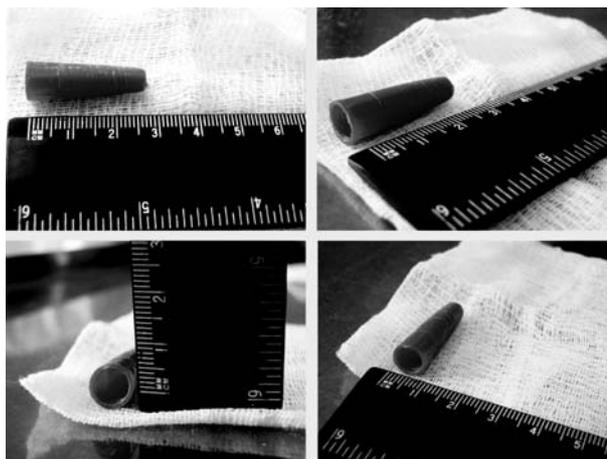


Рис. 2. Колпачок от ручки, удаленный из левого главного бронха ребенка П., 1994 года рождения.



Рис. 3. Контрольная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции ребенка П., 1994 года рождения. Легочные поля прозрачные. Признаки наличия свободного газа и жидкости не определяются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров З. М. Длительное пребывание «кремлевской таблетки» в бронхах / З. М. Ашуров, С. В. Сынебогов // Вестн. оторинолар. – 1998. – № 5. – С. 59.
2. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
3. Князев А. Б. Длительное пребывание инородного тела в бронхе / А. Б. Князев // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1988. – № 3. – С. 62–63.
4. Лепнев П. Г. Клиника инородных тел гортани, трахеи и бронхов / П. Г. Лепнев. – Л.: Медгиз, 1956. – 210 с.
5. 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.
6. Необычное инородное тело дыхательных путей у ребенка / З. М. Ашуров, А. В. Инкина, В. Ю. Тюкин и др. // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 5. – С. 58.
7. Пальчун В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: Медицина, 2002. – 576 с.
8. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.
9. Foreign bodies in the tracheobronchial tree / S. Saije, S. Tomieka, T. Takasaka et al. // Arch Otorhinolaryngology. – 1979. – Vol. 225, № 1, P. 1–9.