

Актуальные проблемы лечения заболеваний лор-органов

Ю.Л. Солдатский

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Заболевания гортани

В ДАННОЙ СТАТЬЕ АВТОР ПРОДОЛЖАЕТ ЗНАКОМИТЬ ПЕДИАТРОВ С БОЛЕЗНЯМИ ГОРТАНИ, А ИМЕННО С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОСТРЫМИ СТЕНОЗАМИ. ТРАДИЦИОННО БОЛЬШОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО ЛЕЧЕНИЮ РАССМАТРИВАЕМЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ, ЗАЧАСТУЮ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ, НО И ПАТОГЕНЕЗУ, КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ, ОСТРЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ОТЕК ГОРТАНИ, ОСТРЫЙ ЭПИГЛОТТИТ, ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ДЕТИ.

20



Ведущий рубрики:

Солдатский Юрий Львович,

доктор медицинских наук, профессор,
ведущий научный сотрудник Научной
группы НИЦ при кафедре болезней уха,
горла и носа ММА им. И.М. Сеченова

Адрес: 107014, Москва,
ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3,
тел. (495) 268-83-26

Статья поступила 12.09.2007 г.,
принята к печати 14.02.2008 г.

ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСТРЫЕ СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ

Острый ларингит (J04.0). Ларингит — неспецифический термин, означающий воспалительные изменения в гортани любой этиологии. Острый ларингит — наиболее распространенное воспалительное заболевание слизистой оболочки гортани. Ларингит может протекать как самостоятельное заболевание, однако чаще сопутствует многим общим заболеваниям (ОРВИ, грипп и др.); он обычно сочетается с поражением слизистой оболочки носа, носоглотки или нижних дыхательных путей (фаринголарингит, ларинготрахеит и т.д.). В большинстве случаев симптомы заболевания выражены не сильно и спонтанно разрешаются.

Развитию заболевания способствуют многие факторы: общее и местное переохлаждение; значительные голосовые нагрузки; вирусная и бактериальная инфекция (в том числе, хронический ринит, фарингит, синусит); контакт с механическими, термическими, химическими раздражающими веществами. Кроме того, ларингит может быть проявлением инфекционных заболеваний; известную роль играют и нарушения обмена веществ, гастроэзофагеальный рефлюкс, аллергия, вегетоневрозы. В связи с этим, терапия острых ларингитов должна включать не только мероприятия, направленные на лечение заболевания, но и на выявление этиологических факторов и сопутствующей патологии.

Диагноз устанавливают при эндоскопическом осмотре. При ларингите любой природы отмечают гиперемию и инъекцию сосудов голосовых складок различной интенсивности (рис. 1). В тяжелых случаях отмечают также нарушение подвижности голосовых складок (парез), обусловленное поражением различных групп мышц гортани. При стробоскопическом исследовании отмечают уменьшение амплитуды и снижение подвижности свободного края голосовых складок вплоть до полной неподвижности.

Острый ларингит инфекционной природы (обычно вызванный респираторной инфекцией) чаще начинается постепенно, при общем удовлетворительном состоянии, без выраженной температурной реакции, но иногда развивается внезапно; ухудшение общего самочувствия и лихорадка обусловлены, в основном, течением острой респираторной инфекцией. Ведущей жалобой является изменение голоса, который становится грубым, хриплым, вплоть до афонии. Кроме того, больные отмечают ощущение сухости, жжения, першения, саднения в горле и гортани, сухой мучительный непродуктивный кашель, который затем может смениться влажным, со значительным отделением слизи-

Продолжение. Начало в журнале «Педиатрическая фармакология» 2007, Т. 4, № 6.

Yu.L. Soldatskiy

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

Larynx diseases

IN THIS ARTICLE, THE AUTHOR CONTINUES TO INTRODUCE LARYNGOPATHY TO PEDIATRICIANS, NAMELY DISEASES WITH ACUTE INFLAMMATORY DISEASES AND ACUTE STENOSES. TRADITIONALLY, LARGE ATTENTION IS PAID NOT ONLY TO THE TREATMENT OF THE PATHOLOGICAL OFTEN LIFE-THREATENING CONDITIONS BUT ALSO TO THE PATHOGENESIS AND CLINICAL IMPLICATIONS.

KEY WORDS: ACUTE LARYNGITIS, ACUTE ALLERGIC LARYNGEAL EDEMA, ACUTE EPIGLOTTITIS, ASPIRATION, PATHOGENESIS, CLINICAL COURSE, TREATMENT, CHILDREN.

Рис. 1. Острый ларингит. Гиперемия и инъекция сосудов обеих голосовых складок (эндософотграфия гортани во время эндоскопии под наркозом)



той или слизисто-гнойной мокроты. При сочетании острого ларингита с фарингитом или трахеитом жалобы бывают более разнообразными: нарушение общего состояния, боль при глотании, одышка и др.

При диффузной форме заболевания при ларингоскопии обнаруживают гиперемию и отек слизистой оболочки всех отделов гортани, наиболее выраженную на голосовых складках, утолщение свободных краев складок, инъекцию поверхностных сосудов. В просвете гортани — густая, вязкая слизь. При фонации — смыкание голосовых складок не полное, голосовая щель имеет «О»-образную форму. При ограниченной форме ларингита изменения обнаруживают только на голосовых складках или в межчерпаловидном пространстве. При геморрагической форме ларингита при эндоскопии в слизистой оболочке гортани обнаруживают кровоизлияния. В тяжелых случаях острого ларингита возможно поражение мышечного аппарата гортани, нервных окончаний в ее слизистой оболочке, поражение стволов двигательных нервов.

Травматический ларингит часто развивается вследствие повышенной голосовой нагрузки и длительного надсадного кашля. Кроме того, частой причиной является интубация трахеи, даже кратковременная, по поводу хирургических вмешательств. При усиленной фонации максимальное давление создается на задних отделах голосовых складок, что приводит к травматическому повреждению слизистой оболочки, а иногда — и слизистой оболочки голосовых отростков черпаловидных хрящей. Развивающийся отек препятствует сближению голосовых складок при фонации, что выражается в охриплости; продолжающиеся голосовые нагрузки приводят к дальнейшей травматизации слизистой оболочки и усилению отека. В результате пациент жалуется не только на охриплость, но и на ощущение инородного тела в гортани.

Лечение ларингита, независимо от его причины, включает: максимальный голосовой покой, теплое обильное щелочное питье (молоко с содой, щелочными минеральными водами), исключение острой и горячей пищи, алкоголя, курения. При нарушенном общем состоянии или в холодное время года показан домашний режим. Назначают отвлекающую терапию — горячие ножные ванны, согревающий компресс на шею. Физиотерапевтические процедуры включают: паровые и щелочные ингаляции, ингаляции аэрозолей антибиотиков, сосудосуживающих средств.

Необходимо учитывать, что соблюдение голосового режима у детей, особенно младшего возраста, крайне затруднительно. Кроме того, длительное сохраняющееся воспаление гортани может приводить к затяжному течению ларингита и развитию стойкой охриплости, устранение которой у пациентов младшей возрастной группы (до 7 лет) весьма проблематично в связи с неспособностью ребенка выполнять фонетические упражнения, требующие длительной концентрации внимания. Назначение же антибиотиков при остром ларингите, обычно вызванном вирусной инфекцией, не оправдано. Это обстоятельство обуславливает поиск альтернативных методик лечения и, особенно, профилактических мероприятий, одним из которых является использование, препаратов обладающих противовоспалительным, противовирусным, противоотечным, иммуномодулирующим действием. Одним из таких средств является комплексный растительный препарат Тонзилгон Н (Бионорика, Германия).

В состав Тонзилгона Н входит комбинация экстрактов корня алтея, цветков ромашки, травы хвоща, листьев ореха, коры дуба и травы одуванчика. Активные компоненты препарата обеспечивают выраженное противовоспалительное действие; стимулируют факторы местного и системного (фагоцитоз) иммунитета; применение жидкой формы препарата оказывает местное болеутоляющее действие. В целом, использование в комплексной терапии острого ларингита фитопрепарата Тонзилгон Н уменьшает как длительность течения заболевания, так и является профилактическим мероприятием, предупреждая развитие рецидива респираторной инфекции. Немаловажным достоинством препарата является возможность терапии у детей любой возрастной группы — при остром заболевании пациентам грудного возраста назначают по 5 капель, дошкольникам — по 10 капель, больным школьного возраста — по 15 капель или по 1 драже, взрослым — по 25 капель или 2 драже 5–6 раз в день, переходя по мере стихания острых симптомов на прием 3 раза в день. Препарат хорошо переносится пациентами любого возраста и крайне редко оказывает побочные эффекты (аллергические реакции).

У взрослых и детей старшего возраста производят вливания в гортань (инстилляций) по 1–1,5 мл растворов антибиотиков, суспензии гидрокортизона. **У детей младшего возраста (до 3 лет) инстилляций лекарственных препаратов и ингаляции готовых форм аэрозолей производить нельзя из-за возможности ларингоспазма.** Назначают муколитики, противокашлевые средства. При ларингитах инфекционной природы в комплекс лечения включают антибиотики.

Прогноз при ларингите благоприятный, особенно при соблюдении голосового режима и назначенного лечения. Продолжительность острого ларингита обычно составляет 5–10 дней, однако при тяжелом поражении гортани па-

рез мышц может сохраняться в течение нескольких недель. В этом случае, особенно при нарушении голосового режима, процесс может перейти в подострую и хроническую форму.

Острый аллергический отек гортани (J38.4) развивается, в основном, вследствие сенсibilизации организма к пищевым и лекарственным аллергенам, а также к аллергенам микроклещей домашней пыли (*Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*), животных и др. и чаще наблюдается у детей с наследственной предрасположенностью к аллергии; нередко у больных обнаруживают проявления атопического дерматита, пищевой и лекарственной аллергии. Путь воздействия аллергена можно определить по локализации аллергического отека. При ингаляционном воздействии аллергена отек обычно возникает на гортанной поверхности надгортанника и подскладковом отделе гортани; при воздействии пищевых аллергенов преимущественно поражается область черпаловидных хрящей и межчерпаловидное пространство. Развитию аллергического отека гортани часто предшествует появление симптомов кожной и респираторной аллергии. Заболеванию способствуют анатомические особенности строения детской гортани — анатомическая узость просвета и высокое расположение гортани, наличие нежной, богатой клеточными элементами слизистой оболочки и рыхлого, с обильной сосудистой сетью и большим количеством тучных клеток подслизистого слоя в подскладковом отделе.

Заболевание начинается остро, иногда — молниеносно: на фоне полного здоровья, при отсутствии катаральных явлений, нормальной температуре тела возникает стеноз гортани различной степени выраженности, иногда сопровождающийся охриплостью. У ряда детей одновременно с проявлениями аллергического стеноза гортани развивается бронхообструктивный синдром. При эндоскопии определяют стекловидный отек различных элементов гортани, которые имеют вид прозрачных опухолевидных возвышений бледно-розового цвета, наполненных прозрачным экссудатом. При ингаляционном воздействии аллергена сходные изменения можно обнаружить на слизистой оболочке полости рта и глотки.

Дифференциальный диагноз острого аллергического стеноза гортани проводят с острым стенозирующим ларинготрахеобронхитом, при котором стеноз развивается более постепенно, ему предшествуют катаральные явления, гипертермия, симптомы интоксикации; инородным телом — при аллергическом стенозе на фоне антигистаминной терапии быстро наступает улучшение; дифтерией гортани; заглоточным абсцессом и другими заболеваниями, приводящими к стенозу дыхательных путей.

Лечение необходимо начинать с устранения аллергена. Больного необходимо госпитализировать в связи с возможной необходимостью интубации трахеи или трахеотомии при нарастании отека. Для снятия аллергического отека производят ингаляции стероидов; внутримышечно или внутривенно вводят антигистаминные препараты, кортикостероиды; производят внутриносовые новокаиновые блокады.

С целью профилактики повторных аллергических стенозов гортани необходимо установить аллерген и провести специфическую иммунотерапию.

Острый эпиглоттит (супраглоттит) (J05.1) — особая нозологическая форма отечно-катарального ларингита, протекающего с преимущественным поражением надгортанника и характеризуется быстро нарастающими симптомами

затрудненного дыхания в результате воспаления и отека надгортанника и черпалонадгортанных складок. Эпиглоттит чаще встречается у детей 2–5 лет, но иногда болеют и взрослые [1].

В 90% наблюдений острый эпиглоттит вызывается штаммами *H. influenzae*. Кроме того, важную роль в возникновении острого эпиглоттита у взрослых играют *S. pneumoniae*, *S. aureus*, стрептококки группы А, В, С, вирусы гриппа, парагриппа [2].

Острый эпиглоттит протекает с тяжелым общим состоянием, гипертермией; одышка инспираторная; выражены явления дисфагии — резко затрудненное болезненное глотание, слюнотечение; голос мало изменен или «сдавленный». Характерно острое начало и быстро прогрессирующее ухудшение состояния за счет прогрессирующего дыхательного стеноза, вызванного нарастающим объемом надгортанника за счет прогрессирующих воспалительных явлений. Ребенок ложится спать здоровым, а просыпается с болью в горле, повышенной температурой, охриплостью и затрудненным дыханием. Больной сидит или стоит с запрокинутой назад головой, открытым ртом, испытывает сильную боль при глотании.

При отечной форме состояние средней тяжести, интоксикация умеренно выражена, стеноз гортани I, редко — II степени; характерны сильная боль при глотании, болезненность при пальпации шеи, повышение температуры тела до 37–39°C, яркая диффузная гиперемия слизистой оболочки надгортанника. Нижележащие отделы гортани без патологических изменений. При инфильтративной и абсцедирующей формах острого эпиглоттита наблюдается тяжелое общее состояние больного, выраженная интоксикация, стеноз гортани до III степени, инспираторная одышка, повышение температуры тела до 38–39°C, нестерпимая боль в горле, ощущение нехватки воздуха, болезненные гримасы. Язык обложен грязно-серым налетом, надгортанник утолщен и гиперемирован, наблюдается стекловидный отек, распространяющийся на грушевидные синусы и черпалонадгортанные складки. При абсцедирующем остром эпиглоттите при эндоскопии виден гной, просвечивающий через отечную слизистую оболочку, другие отделы гортани необозримы. Выражена инспираторная одышка.

Дифференциальный диагноз следует проводить с заглоточным абсцессом (опухолевидное образование на задней стенке глотки); инородным телом; травмой глотки и гортани; аллергическим отеком гортани (нет температурной реакции, дисфагических нарушений); и другими заболеваниями, приводящими к стенозу гортани.

Лечение. Больной должен быть немедленно госпитализирован в связи с возможностью асфиксии при прогрессировании симптомов. Для восстановления дыхания производят интубацию трахеи; экстубация обычно производится на 2–4-е сутки. При абсцедирующей форме эпиглоттита абсцесс вскрывают ножом Тобельта под местной анестезией. При инфильтративном эпиглоттите в месте наибольшей инфильтрации (обычно — язычная поверхность надгортанника) делают насечки слизистой оболочки, что уменьшает натяжение тканей и снижает болевой синдром.

Антибактериальная терапия направлена на эрадикацию гемофильной палочки, поэтому антибиотиками выбора являются «защищенные» пенициллины и цефалоспорины II, III или IV поколений, которые вводят внутривенно или внутримышечно, т.к. большинство штаммов *H. influenzae* типа В продуцируют β-лактамазу. Длительность курса ан-

тибиотикотерапии составляет 7–10 суток. Дополнительно назначают кортикостероиды (преднизолон в дозе 2–3 мг/кг), инфузионную терапию. Если проводимая терапия не приводит к улучшению состояния больного, производят трахеотомию.

Профилактикой острого эпиглоттита у детей является вакцинация вакциной против *H. influenzae* типа В, что уменьшает риск заболевания у детей до 5 лет в 20 раз [3].

Травма гортани (S10.0, S11.0, S17.0). Травмы шеи с повреждением дыхательных путей принято рассматривать как редко встречающиеся тяжелые повреждения [4]. Наиболее частой причиной наружной тупой травмы гортани является удар по передней поверхности шеи во время аварии, спортивных соревнований, драки. В результате травмы могут образовываться обширные кровоизлияния в подкожную клетчатку, мышцы, подслизистую оболочку гортани; может нарушаться анатомический состав гортани, в том числе, со смещением отдельных хрящей, их обломков или всего органа. Дыхательный стеноз, вплоть до асфиксии, может возникать как мгновенно, вследствие спазма голосовых складок или обструкции дыхательных путей мягкими тканями или хрящевыми обломками, так и развиваться постепенно, вследствие развития реактивного отека, гематомы или эмфиземы. Внутренние травмы гортани наиболее часто развиваются в результате аспирации инородных тел, различных медицинских вмешательств и ожогов.

Характер повреждения определяют при помощи эндоскопического осмотра, при котором можно выявить деформацию просвета гортани и нарушение подвижности хрящей, наличие гематомы, кровоизлияний в мягкие ткани; в качестве дополнительного метода обследования используется рентгенография гортани в прямой и боковой проекции.

Больной нуждается в экстренной госпитализации вне зависимости от тяжести повреждения и общего состояния пациента. Лечение, в первую очередь, направлено на восстановление дыхания. При выраженном или быстро прогрессирующем дыхательном стенозе показана трахеотомия; при сопутствующем поражении глотки и пищевода — гастростомия.

Инородные тела дыхательных путей (T17) обычно встречаются у детей до 5–7-летнего возраста. Инородные тела дыхательных путей являются чрезвычайно опасным заболеванием, т.к. приводят к дыхательному стенозу, вплоть до асфиксии, и в дальнейшем могут вызывать серьезные осложнения. Диагностика инородных тел у детей, особенно младшего возраста, может быть затруднена в связи с возможным длительным бессимптомным течением заболевания, особенно при аспирации инородного тела в отсутствие взрослых. Аспирации инородных тел в детском возрасте способствуют высокое расположение гортани, неполноценность жевательного аппарата, недоразвитие защитных механизмов гортаноглотки. Основной причиной аспирации инородных тел в детском возрасте являются дефекты ухода за ребенком со стороны взрослых.

Инородными телами дыхательных путей могут быть любые предметы. Преобладают органические инородные тела: семена растений, орехи, куски пищи и т.д. Среди неорганических часто встречаются монеты, детали конструкторов, заколки, булавки и т.д. Наиболее опасны развитием осложнений органические инородные тела. Являясь рентгенологически неконтрастными, они труднее диагностируются, поэтому могут длительно находиться в дыхательных путях, что приводит к их набуханию, увеличению в разме-

phytoneering

Раскрывая силу растений

Сила Вашего здоровья!

Тонзилгон® Н



- Рекомендован при лечении острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей
- Устраняет боль и першение в горле, повышает иммунитет
- Применяется с первых дней жизни


BIONORICA
The phytoneering company

Представительство
БИОНОРИКА АГ, Россия
Тел.: (495) 502-90-19
факс: (495) 734-12-00
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru

рах; легко инфицируются, а при удалении — крошатся и могут попадать в просвет более мелких бронхов, вызывая затяжные воспалительные заболевания легких.

В зависимости от размера и формы, аспирированные инородные тела локализуются в различных отделах дыхательных путей — в гортани, трахее и бронхах. Локализация и характер инородного тела обуславливают клиническую симптоматику, вид и технические сложности оперативного вмешательства и его экстренность, возможность развития воспалительных и иных осложнений. Выделяют три периода клинического течения заболевания. *Период острых респираторных нарушений* развивается в момент аспирации инородного тела и его прохождения через гортань и трахею. Внезапно, во время еды, кашля, смеха, игры с мелкими предметами, после глубокого вдоха возникает приступ удушья, сопровождающийся судорожным кашлем, цианозом кожных покровов, втяжением всех уступчивых мест грудной клетки. Крупные инородные тела могут «вклиниться» в гортань или зафиксироваться между голосовыми складками; в этом случае высока вероятность гибели больного от асфиксии. Мелкие инородные тела во время последующего вдоха увлекаются в нижележащие отделы дыхательных путей — трахею или бронхи и, в дальнейшем, в зависимости от локализации, могут вызывать различной степени стенотическое дыхание. У детей младшего возраста может развиваться гиперсаливация, тошнота, рвота, что связано с анатомической близостью пищевода и гортаноглотки. *Скрытый (бессимптомный) период* наступает при перемещении инородного тела в бронхи. Чем глубже проникает инородное тело, тем меньше выражена симптоматика. В дальнейшем развивается *период осложнений*.

Инородные тела гортани (Т17.3) — наиболее редкая локализация с выраженной тяжелой клинической симптоматикой, зависящей от формы и величины тела и его локализации. В зависимости от степени обструкции голосовой щели инородным телом и скорости развития отека развивается та или иная степень дыхательного стеноза вплоть до асфиксии. Отмечается навязчивый коклюшеподобный приступообразный кашель. Стойкая охриплость вплоть до афонии свидетельствуют о локализации инородного тела в гортани; легкая охриплость или грубый голос могут развиваться вследствие травмы голосовых складок при прохождении инородного тела через гортань. При остроконечных инородных телах может быть боль за грудиной, усиливающаяся при кашле и движениях; мокрота с примесью крови. Инородные тела могут фиксироваться в подскладковом отделе и длительно находиться в гортани (рис. 2). Постепенно они покрываются грануляциями, что усиливает дыхательный стеноз. В этом случае инородное тело приходится дифференцировать от рецидивирующего респираторного папилломатоза и других опухолей, остро стенозирующего ларинготрахеобронхита, постинтубационной гранулемы [5].

Инородные тела трахеи (Т17.4) составляют до 40–45%. Дыхательный стеноз выражен не так резко, как при инородном теле гортани, может усиливаться при баллотировании инородного тела при перемене положения тела или кашле (в том числе, могут быть кратковременные приступы асфиксии, вызванные ларингоспазмом при соприкосновении инородного тела с нижней поверхностью голосовых складок). Наиболее характерным симптомом является приступообразный кашель, который усиливается при беспокойстве. Голос восстанавливается. Характерным для нефиксированного, баллотирующего в трахее, ино-

Рис. 2. Вклинившееся инородное тело (кость) гортани в момент удаления (эндоефотография гортани во время эндоскопии под наркозом)



родного тела является симптом «хлопка»: при форсированном дыхании и кашле инородное тело ударяется о стенки трахеи и сомкнутые голосовые складки, издавая звук, слышимый на расстоянии. Самостоятельное выкашливание инородных тел затруднено вследствие клапанного механизма трахеобронхиального дерева: при вдохе трахея и бронхи расширяются, спадаясь на выдохе. Наиболее резко кашель выражен при локализации инородного тела в области бифуркации, что связано с постоянным раздражением рефлексогенных зон.

Инородные тела бронхов (Т17.5) составляют более 50%. Наиболее часто инородное тело попадает в правый бронх (рис. 3), т.к. он имеет больший диаметр и отходит от трахеи под меньшим углом. Крупные инородные тела фиксируются в главных бронхах, более мелкие могут проникать в долевые и сегментарные бронхи. Клиническая картина скудная: голос восстанавливается, кашель редкий, симптомы дыхательного стеноза могут отсутствовать и возникают только при развитии воспалительных осложнений. В зависимости от степени выраженности бронхостеноза может развиваться ателектаз (полный бронхостеноз), эмфизема (вентильный бронхостеноз — при выдохе воздух проникает ниже инородного тела, при выдохе бронх спадается, препятствуя выходу воздуха), функциональное нарушение бронхиальной проходимости (частичный бронхостеноз).

Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, клинической симптоматики, рентгенологического и эндоскопического обследования. В случае рентгеноконтрастного инородного тела диагностика не представляет затруднений. Рентгендиагностика неконтрастных инородных тел основана на функциональном смещении органов средостения при вдохе в сторону обтурированного бронха (частичный бронхостеноз), выявляемому при рентгеноскопии (симптом Гольцкнехт–Якобсона) (рис. 4) и по степени нарушения бронхиальной проходимости с развитием ателектаза (полный бронхостеноз) или эмфиземы (вентильный бронхостеноз) всего легкого, его доли или сегмента.

Инородные тела дифференцируют с инородным телом пищевода, острой респираторной инфекцией, ОСЛТБ, пневмонией, бронхиальной астмой, коклюшем, новообра-

зованием, туберкулезом и др. Ошибки в диагностике, в большинстве случаев, связаны с отсутствием анамнестических данных, наличием бронхолегочных осложнений и врачебными ошибками — недостаточным знанием клиники аспирации инородных тел или дефектами обследования больных [6].

Лечение. При декомпенсированном стенозе и асфиксии показана срочная трахеотомия. Даже при не тяжелом состоянии больного необходима экстренная госпитализация в связи с угрозой быстрого развития дыхательного стеноза.

Окончательное выявление и удаление инородного тела производится при эндоскопическом исследовании. Инородные тела гортани и трахеи удаляют под масочным ингаляционным наркозом при прямой ларингоскопии; баллотирующие инородные тела трахеи — при помощи ригидной трахеоскопии, а из бронхов — методом трахеобронхоскопии. **Интубация трахеи при аспирированных инородных телах противопоказана.** Миорелаксанты используют ограниченно. Введение миорелаксантов облегчает проведение ригидной трахеобронхоскопии, особенно при осмотре сегментарных и долевых бронхов, однако имеет отрицательные стороны: возможность перемещения инородного тела в более мелкие бронхи при попытке их удалить или при проведении гипервентиляции.

Инородные тела удаляют при помощи эндоскопических щипцов, введенных в просвет ригидного бронхоскопа. Металлические инородные тела удаляют при помощи магнита. После удаления органических инородных тел эндоскопическое вмешательство заканчивают санирующей бронхоскопией (лаваж) трахеобронхиального дерева теплыми растворами антибиотиков, ферментов, бронхолитиков.

Осложнения при удалении аспирированных инородных тел включают: травму слизистой оболочки гортани, трахеи и бронхов; перфорации стенок трахеи и бронхов; кровотечение; подкожную эмфизему; эмфизему средостения; пневмоторакс; асфиксию; остановку сердечной и легочной деятельности; пневмонию; медиастинит и др.

Длительное нахождение инородного тела, особенно органического происхождения, приводит к развитию гнойного трахеобронхита, ателектаза сегмента, доли и всего легкого, пневмонии, а в ряде случаев — и абсцесса легкого. Особенностью аспирационной пневмонии является ограниченный, односторонний очаговый характер; чаще поражено правое легкое; локализуется преимущественно в его нижних сегментах. Пневмония начинается остро, имеет выраженную клиническую картину; в тех случаях, когда инородное тело не диагностировано, пневмония упорно рецидивирует до тех пор, пока инородное тело не удалено.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров В.М., Малых М.А. Клиника и лечение острых эпиглоттитов у взрослых // Вестник оторинолар. — 1989. — № 5. — С. 51–54.
2. Балясинская Г.Л., Оксамитная Л.Н., Попов Д.В. Об остром эпиглоттите у детей // Вестник оторинолар. — 1999. — № 1. — С. 55–56.
3. Holinger L.D., Lusk R.P., Green C.G. Pediatric laryngology and bronchoesophagology. — Philadelphia — NY : Lippincott — Raven, 1997. — P. 402.

Рис. 3. Инородное тело правого главного бронха (рентгенограмма органов грудной клетки)



Рис. 4. Инородное тело правого главного бронха. Симптом смещения органов средостения (рентгенограмма органов грудной клетки)

