

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Михеев А.В., Рюмин С.А., 2014
УДК 616.24-008+616.3-089

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛО ГЛАВНОГО БРОНХА

А.В. МИХЕЕВ¹, С.А. РЮМИН²

Рязанский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова,
г. Рязань(1)

Областная клиническая больница, г. Рязань (2)

A RARE CASE OF FOREIGN BODY IN MAIN BRONCHUS

A.V. MIKHEEV, S.A. RJUMIN

Ryazan State I.P. Pavlov Medical University, Ryazan
Regional clinical hospital, Ryazan

Представлено редкое клиническое наблюдение длительного пребывания фрагмента деревянной ложки в просвете главного бронха, не сопровождавшееся асфиксией либо значительными нарушениями функции дыхания. Отражены сложности диагностики и выбора тактики лечения таких пациентов.

Ключевые слова: *инородное тело, трахея, главный бронх.*

We are presenting an uncommon clinical case of prolonged existence of a wooden spoon piece in the lumen of the main bronchus, not accompanied by asphyxia or expressed breathing disfunction. Diagnostic difficulties and choice of treatment tactics in such patients are shown.

Keywords: *foreign body, trachea, main bronchus.*

Инородные тела дыхательных путей чаще всего встречаются у детей младшего возраста. По данным литературы более 90% случаев попадания чужеродных предметов в трахеобронхиальное дерево приходится на детей в возрасте до 5 лет. Основная масса инородных тел аспирируется и локализуется в бронхах (70%), трахеи (18%), реже гортани (12%). Значительная часть инородных тел (30-70%) имеет размеры менее диаметра трахеи и приходится на правый главный бронх, являющийся практически продолжением трахеи и имеющий большей диаметр в сравнении с левым [3, 4, 7]. У взрослых попадание инородных тел в дыхательные пути возможно при разговоре, спешной еде, испуге и т.д. Увеличивают риск аспирации чужеродных предметов плохо фиксированные зубные протезы, их дефекты, наличие неврологических расстройств, эпилепсии, алкогольное опьянение и другие состояния, сопровождающиеся снижением иннервации полости рта и гортани. Инородные тела дыхательных путей по своей природе можно подразделить на органические и неорганические. Некоторые органические предметы (фасоль, горох и др.) могут разбухать, увеличиваясь в объеме в несколько раз и вызывать полную обтурацию просвета бронха с ателектазом части легкого. Попадание инородных тел в дыхательные пути сопровожда-

ется яркой клинической картиной и требует неотложной помощи. Сразу после аспирации пациенты испытывают удушье, развивается резкий приступообразный мучительный кашель. Приступы кашля сопровождаются слюноотечением, слезотечением, рвотой, цианозом лица. При смещении инородного тела в гортань и ущемлении его в области голосовых связок развивается асфиксия. Однако многие авторы отмечают высокий процент несвоевременно распознанных и неудаленных инородных тел трахеобронхиального дерева. При подозрении на инородное тело дыхательных путей рентгенологическое исследование является обязательным в диагностике. Однако до 20% случаев чужеродные предметы могут быть рентгенонегативными. Эндоскопическое обследование дыхательных путей является не только диагностической манипуляцией, но и лечебной. У значительной части пациентов инородное тело может извлечено во время прямой ларингоскопии и трахеобронхоскопии [1, 2, 8]. Показания к хирургическому вмешательству служат длительное и глубокое залегание инородного тела, вклинение его в стенку трахеи или бронха, выраженные нарушения функции внешнего дыхания [5, 7].

Приводим собственное клиническое наблюдение: Пациент Б. 1967 г.р. поступил в клинику факультетской хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Мин-

здрави России в отделение торакальной хирургии ГБУ РО «ОКБ» 18.03.2014 г. Из анамнеза известно, что пациент страдает эпилепсией. Со слов родственников 22.02.14 г. во время эпилептического припадка откусил ручку деревянной ложки, которой они пытались разжать зубы. Участок ложки найден не был (рис. 1). В дальнейшем 25.02.14 г. обратился в ЦРБ по месту жительства с жалобами на нарастающее удушье. Диагноз при поступлении – стенозирующий ларингит, выполнена срочная трахеостомия. Проводилась консервативная противовоспалительная, антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, содовые ингаляции. При рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено.

но. 3.03.14 г. выполнена деканюляция, трахеостомическая трубка удалена. Выписан в удовлетворительном состоянии 14.03.14 г. с направлением на консультацию к торакальному хирургу. Обратился в приемный покой ГБУ РО «ОКБ» 18.03.14 г. с жалобами на сухой кашель, одышку при незначительной нагрузке. При осмотре общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. В покое одышки нет. ЧДД = 16-17 в мин. Гемодинамика стабильная. АД = 130/80 мм рт.ст, ЧСС = 74 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Рентгенограмма грудной клетки – тень средостения не расширена, в легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.



Рис. 1. Участок деревянной ложки

Экстренно в условиях отделения реанимации выполнена фибробронхоскопия – в нижней трети трахеи (область бифуркации) фиксированное инородное тело (фрагмент деревянной ложки). По ширине – края его упираются в переднюю и заднюю стенки, вокруг грануляции; по длине – нижний

конец в правом главном бронхе чуть ниже шпоры верхнедолевого бронха, т.е. размеры – до 1,5-2,0 см на 4,0-5,0 см край, прилегающий к задней стенке неровный с зазубринами (рис. 2, 3).

Слизистая оболочка бронхов обоих легких умеренно отечна и гиперемизирована. Просветы всех бронхов в

пределах видимости свободны. Умеренное количество слизистого отделяемого с обеих сторон. Эндоскопически удалить инородное тело не представлялось возможным. В условиях отделения реанимации проведена краткая преоперационная подготовка. 20.03.14 г. в условиях операционной пациент интубирован, выполнена бронхоскопия ригидным бронхоскопом, по сравнению с предыдущей фибробронхоскопией картина прежняя. При помощи захвата ти-

па «крысиный зуб» инородное тело высвобождено из грануляций (кровооточивость умеренная). Удалось развернуть его в передне-заднем направлении и повести до уровня перстневидного хряща. Неоднократные попытки провести инородное тело через дистальный (подскладочный) отдел гортани не увенчались успехом. Поперечный размер инородного тела больше диаметра гортани в подскладочном пространстве.

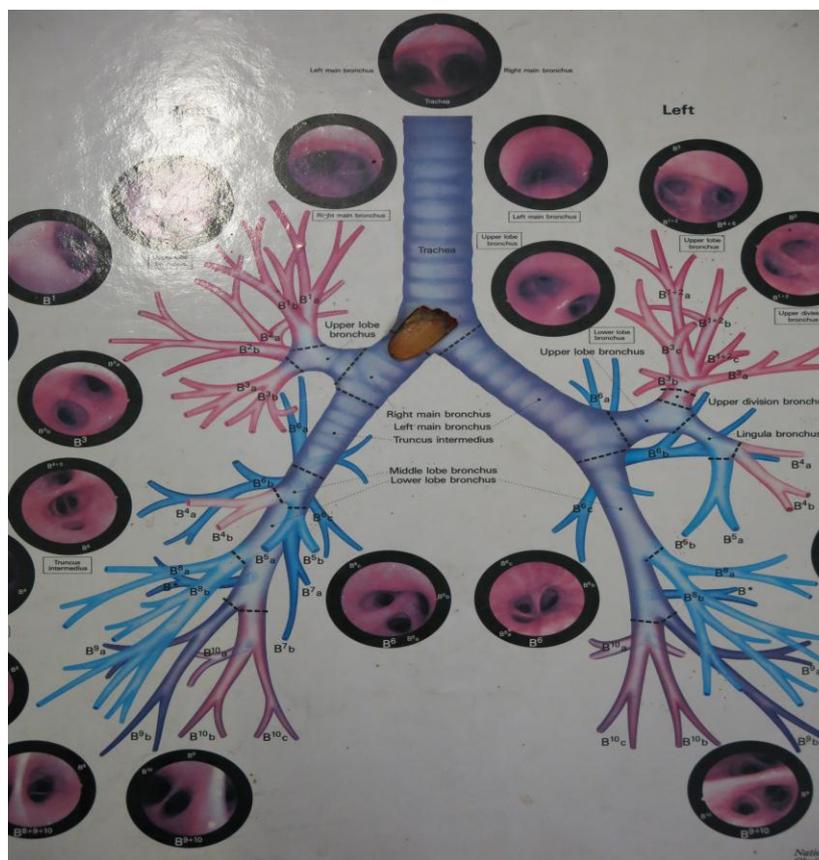


Рис. 2. Фибробронхоскопия с локализацией в нижней трети трахеи фиксированного инородного тела



Рис. 3. Инородное тело (фрагмент деревянной ложки)

Из-за опасности повреждения гортани от дальнейших попыток извлечь инородное тело эндоскопически решено воздержаться. В экстренном порядке выполнено оперативное вмешательство – разрез кожи шеи типа Кохера. Тупо и остро проведена диссекция мягких тканей, обнажена передняя стенка трахеи. Трахеотомия, инородное тело щипцами через бронхоскоп подведено к трахеотомическому разрезу, захвачено зажимом через разрез и удалено. Установлена трахеостомическая трубка. Швы на рану. Через трахеостому выполнена санация трахеобронхиального дерева, отмечено наличие дефектов слизистой с гнойно-фибринозными наложениями (пролежни) в нижней трети трахеи в местах внедрения концов инородного тела в стенки. В послеоперационном периоде проводилась комплексная противовоспалительная, антибактериальная, десенсибилизирующая терапия, санация трахеобронхиального дерева. При контрольной фибробронхоскопии 24.03.14г. слизистая трахеи в области 1-

2 колец над внутренним трахеостомическим отверстием умеренно отечна и гиперемирована, просвет слегка сужен. Просвет трахеи в средней и нижней трети сохранен. В нижней трети по стенкам небольшое количество грануляций, дефектов слизистой нет. Выполнена деканюляция. Рана зажила вторичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 14 сутки с момента поступления.

Таким образом, данное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует сложности диагностики и лечебной тактики в случае рентгеногегативного инородного тела значительных размеров, длительно находящегося в просвете трахеобронхиального дерева.

Литература

1. Абакумов М.М. Диагностика и удаление инородных тел трахеи и бронхов / М.М. Абакумов, А.В. Миронов, В.Д. Кремер // Вестник хирургии. – 1998. – №1. – С. 70-73.
2. Абакумов М.М. Неотложная помощь при инородных телах трахеи

и бронхов / М.М. Абакумов, А.В. Миронов, В.Д. Кремер // Тез. докл. науч. практ. конф. «Неотложная медицинская помощь (состояние, проблемы, перспектива развития)». – М., 1998. – С. 15-16.

3. Байтаджанов Г.А. Инородные тела трахеи и бронхов по материалам ЛОР-клиники 1-й городской больницы города Новокузнецка / Г.А. Байтаджанов // Тез. докл. обл. конф. «Вопросы научно-практической оториноларингологии». – Новокузнецк, 1981. – С. 72-74.

4. Воробьев В.Н. Инородные тела бронхов / В.Н. Воробьев, В.В. Гаврилов, Л.А. Суанова // Вестн. новых мед. технологий. – 1997. – №3. – С. 107-108.

5. Житков В.А. Осложнения при попадании инородных тел в дыхательные пути / В.А. Житков // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – № 4. – С. 57-61.

6. Инородные тела легких и бронхов / Э.С. Исламбеков [и др.] // Медицинский журнал Узбекистана. – 1990. – № 3. – С. 57-60.

7. Лихачев А.Г. Руководство по оториноларингологии / А.Г. Лихачев, В.К. Супрунов, В.Н. Усольцев. – М., 1963. – Т. 3. Заболевания верхних дыхательных путей. – 528 с.

8. Рехтман А.Г. Эндоскопическая диагностика и извлечение инородных тел трахеи и бронхов / А.Г. Рехтман, Ж.А. Светышева // Сб. «Актуальные вопросы пульмонологии». – Алма-Ата, 1989. – С. 74-76.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Михеев Алексей Владимирович – канд. мед. наук, доц. кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.
E-mail:Almiheev77@mail.ru.

Рюмин Сергей Александрович – врач отделения торакальной хирургии Областной клинической больницы, г. Рязань.