

# И з п р а к т и к и.

Из клиники гогла, ушей и носа Пермского мединститута.

## Из практики бронхо-эзофагоскопии

Проф. Б. Н. Лебедевский

Метод эндоскопического исследования трахеи, бронхов и пищевода является ценнейшим приобретением современной ларингологии и одним из лучших ее украшений. Он достаточно разработан и вошел, вернее, входит в быт рядового ларинголога. Казалось бы, что при этом положении излишне затрагивать еще раз тему о бронхо-эзофагоскопии (б.-э). Тем не менее необходимо считать, что вопрос этот, во-первых, является достаточно актуальным, особенно сейчас, когда б.-э. начинает проникать в практику врача периферии (правлением РОЛО эта тема рекомендована для районных научных конференций), а во-вторых, даже в технике б.-э., т. е. в наилучше разработанной части вопроса, не сказано еще последнее слово (нижняя, верхняя бронхоскопия или прямая ларингоскопия у детей при ин. телах трахеи). Поэтому взаимный обмен б.-э. опытом надо считать желательным.

Советская ларингология получила скудное наследство в отношении популяризации б.-э. Достаточно указать хотя бы на то, что в монографии Венгловского 1915 г. („Повреждения и заболевания пищевода“) нет даже упоминания об инструментарии Брюнинга. Б.-э. была методом привилегированным и применялась лишь в клиниках и некоторых больших больницах. Обусловлено это было, конечно, рядом объективных причин—единичные лор-клиники, не было ларингологов, не было инструментария. Нельзя обойти молчанием и некоторые моменты субъективного порядка. Мне кажется, что сюда надо отнести взгляды основоположников б.-э. и крупных современных ларингологов на чрезмерную сложность прямого исследования трахеи и пищевода, на чрезмерную трудность этого метода, на его малую доступность.

Джексон считает за противопоказание к б.-э. неловкого, неуклюжего эзофагоскописта. Белинов придерживается подобного же взгляда: „б. и э. представляют, может быть, один из труднейших и деликатнейших искусственных приемов, которыми может владеть врач. В этом искусстве больше, чем где бы то ни было, имеет значение индивидуальная ловкость, сообразительность, талант и темперамент оператора“.

Этот ореол недоступности, сложности метода не может препятствовать внедрению ценного диагностического и терапевтического приема в практику рядового ларинголога и хирурга. Доступность б.-э. лимитируется каким-то пределом, определяемым врожденными качествами оператора.

Так ли это? Ведь каждое хирургическое вмешательство также предъявляет определенные и не малые требования к хирургу, его индивидуальной ловкости, сообразительности, таланту и темпераменту. И не хочется думать, чтобы врач, овладевший с успехом лапаротомией, цистоскопией и другими оперативными приемами, не мог бы освоить с успехом б.-э. Необходимо соблюдение лишь одного условия—тщательная методическая подготовка: „достать инструментарий и думать, что пользоваться им можно без достаточных знаний и навыка, это значит испытать ряд неудач и разочарований... Б. и э., выполненная технически правильно и умелой рукой, не является опасной“ (Киллиан).

В условиях нашей действительности изучить элементы б.-э. нетрудно, т.к. этот метод широко применяется во всех лор-клиниках и лор-отделениях больниц Союза, а недостатка в инструментарии не должно ощущаться в связи с налаженным отечественным производством его.

Чем объяснить как не слабой еще популяризацией б.-э. следующий факт: в коллекции лор-клиники Пермского мединститута имеется инородное тело (половина скорлупы лесного ореха), легко удаленное из глубокого отдела правого главного бронха 32-летнего мужчины. Диагностика не представляла затруднений. Больной являлся носителем ин. тела в течение 1½ месяцев (ист. бол. № 476, 1936). Лишь через 1½ месяца с начала болезни лечащий врач вспомнил о бронхоскопии!

*Метод прямого исследования дых. путей и пищевода действительно требует большей его популяризации в широких врачебных массах. В каждом нужном случае, а не как исключение или крайняя мера, больной должен быть направлен лечащим врачом в ближайший б.-э. пункт.*

Естественно и понятно, что причиной, обуславливающей задержку ин. тела в пищеводе, является несоответствие между размерами ин. тела и просветом пищевода: чаще застревают большие ин. тела. Естественно также, что предмет с острыми краями имеет полную возможность задержаться в пищеводе, зацепившись своими остриями за стенку пищевода. Но и какие-то другие моменты, не всегда нам ясные, обуславливают застревание ин. тела.

Примеры: трехлетний мальчик проглотил двухкопеечную монету (диаметр 2,3 см), монета без особых затруднений прошла весь ж.-к. тракт и выделилась рег апит; десятилетний мальчик, кушая компот, подавился семечком урюка (длина 1,7 см), застрявшим на втором сужении пищевода и потребовавшим для удаления его эзофагоскопии. Не только размеры и форма ин. тел решают вопрос о механизме застревания их в пищеводе.

Если при подозрении на ин. тело пищевода отмечаются усилившиеся за несколько дней объективные признаки осложнения—боли по ходу пищевода, особенно ощутимые при проглатывании пищи или слюны, повышение температуры, запах из рта,—то вопрос о показаниях к эндоскопии решается здесь просто и бесспорно: эзофагоскопия действительно необходима. Вмешатель-

ство в этих случаях сопровождается нередко приятным для оператора сознанием исключительной рациональности его (вмешательства).

Примеры: эзофагоскопия на 3-й (женщина 47 лет), и на 4 день болезни (женщина 49 лет), в том и другом случае при удалении рыбных с острыми краями костей выделился в просвет пищевода гной (до чайной ложки) из абсцесса, видимо, в стенке пищевода. В ближайшие за этим дни быстрое исчезновение всех болезненных симптомов. В острых и диагностически ясных случаях вопрос о вмешательстве также просто решается в пользу эзофагоскопии.

Затруднения и сомнения вызывают т. наз. „парадоксальные“ случаи (Хилов) и именно те, где ин. тело сопровождается слабо выраженными симптомами. Приходится иногда поражаться, насколько мало может дать себя чувствовать ин. тело.

Мужчина 53 лет, несколько часов назад подавился костью камбалы; субъективно—слабые, при глотании, болезненные ощущения в горле; при ларингоскопии—крупная кость одним краем упирается в переднюю стенку гортани на уровне почти ложных связок, другой конец ее, перекидываясь через черпал, скрывается в устье пищевода; без анестезии кость захвачена гортанными щипцами (обратная ларингоскопия)—никакого намека на рвотный или кашлевой рефлекс; кость оказалась дугообразно изогнутой, длиной 5,4 см.

В этом случае ларингоскопия дала исчерпывающие диагностические данные.

А как поступать при более глубокой локализации ин. тела в пищеводе? Эндоскопировать или выжидать?—Женщина, 42 лет, жалуется на то, что сегодня подавилась костью крупной рыбы и, как-будто, ощущает сейчас боли в горле при проглатывании твердой пищи; объективных признаков ин. тела не определяется. Эзофагоскопия; из верхнего отдела пищевода удалена рыба с острыми краями костью размерами 2,0×0,8 см.

В случаях ин. тел пищевода осложненных, а также диагностически ясных, острых показана немедленная эзофагоскопия. *Расценивая это вмешательство, выполненное технически правильно, неопасным для больного, надо считать его показанным во всех случаях малейшего (анамнез) подозрения на ин. тела, наиболее опасные в пищеводе.*

Из различных положений больного при операции б.-э. надо считать наиболее удобным положение „лежа на животе.“ И не потому только, что оно удобно для исследующего и „облегчает задачу для менее опытных, т. к. при этом условия введения трубки остаются приблизительно теми же, как и в привычном сидячем положении.“ (Воячек). Особенно выгодно положение „лежа на животе“ тем, что оно позволяет почти не прибегать к помощи отсасывателя, значительно суживающего и без того малое операционное поле и усложняющего операцию. На 56 эндоскопий за 1935/36 уч. год нами лишь в одном случае был

применен отсасыватель для удаления гнойных скоплений через бронхоскоп у бронхоэктатика. Во всех остальных случаях даже при затянувшейся операции была нужна лишь в нескольких ватных тампончиках для осушения пищевода или бронха. Устраняя возможность затекания слюны в пищевод или скопления ее во рту больного, положение „лежа на животе“ является наилучшим.

Значительно облегчается удаление инородных тел трахеи у детей применением метода прямой ларингоскопии. Операция подкупает своей простотой и отсутствием осложнений. В Перми мало ин. тел трахеи по понятным причинам: мало арбузов, тыкв, нет подсолнухов—а семена этих растений представляют собою подавляющее большинство ин. тел трахеи. За год было зарегистрировано клиникой 4 баллотирующих арбузных семени в трахее детей возраста 1 г. 3 м., 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 3 и 5 лет. Во всех этих случаях удаление было легко произведено методом прямой ларингоскопии без анестезии в положении больного „лежа на животе“ (инструментарий—шпатель и осветитель Брюнингса). Никаких осложнений. Простота метода подкупила нас и в случае ин. тела (3-х коп. монета) пищевода у ребенка 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет.

Оказалось, что при отдавливании надгортанника шпателем для прямой ларингоскопии устье пищевода в момент глубокого вдоха зияет, что позволило хорошо видеть ребро ущемленной в верхнем отделе пищевода монеты, захватить ее ложечкообразными щипцами и удалить. Прямая ларингоскопия, как оперативный прием при удалении подвижных ин. тел трахеи у детей, заслуженно должна встретить со стороны ларинголога всяческое сочувствие.

---