

Из клиники болезней носа, горла и ушей Казанского госуд. медицинского института и Ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

## Об инородных телах трахеи и бронхов.

Проф. В. К. Трутнев.

По вопросу об инородных телах трахеи и бронхов накопилась очень богатая литература. Особенно большое количество работ по этому вопросу появилось за последние 20—25 лет. Казалось бы, что нет нужды возвращаться к данной теме. Тем не менее мы позволяем себе занять ею внимание читателя, так как некоторые вопросы этой сложной проблемы не получили единодушного разрешения, а также и потому, что материал концентрируется по преимуществу в специальных журналах, мало доступных широкому кругу врачей. С больными же, носителями инородных тел трахеи и бронхов, приходится иметь дело не только бронхоскописту, ларингоотитатру, но зачастую оказание помощи выполняет хирург, а иногда и врач, не имеющий хирургической подготовки. Не лишним считаем выступить и потому, что в нашем распоряжении оказалась относительно небольшая коллекция инородных тел, извлеченных из трахеи и бронхов.

Поставить диагноз инородного тела трахеи и бронхов, как известно, в большинстве случаев не трудно. Здесь врач базируется главным образом на анамнестических данных. Пропуская перед своим взором клинический материал, прошедший в течение 20 лет, должен согласиться с тем, что почти всегда удается безошибочно ставить диагноз только на основании одного анамнеза.

Дополнительные мероприятия, о которых речь будет ниже, лишь уточняли и подкрепляли предположение, высказанное на основании анамнеза. Характерным в анамнезе является неожиданное возникновение кашля, затрудненного дыхания в той или иной степени, а иногда к этому присоединяется и нарушение фонаторной способности. Все эти симптомы возникают вдруг у здорового человека, который обычно сам указывает, что данные явления наступили после того, как был неудачно „проглочен“ какой-нибудь предмет. Положение врача несколько осложняется, когда доставляют малолетнего пациента, аспирировавшего *congru alienum* в отсутствие взрослых. Большим подспорьем в таких случаях служит феномен флотирования. При кашле, плаче и смехе подвижные инородные тела очень часто вызывают „щелканье“, возникающее благодаря ударам инородного тела о стенки дыхательного тракта. Лишь в редких случаях этот признак может ввести в заблуждение.

Все же полагаться исключительно на один анамнез не рекомендуется.

В октябре 1936 г. в Казанскую ушную клинику явилась гражданка К., 45 лет, и сообщила, что две недели назад, во время еды репы она поперхнулась.

Появилось значительное затруднение дыхания. Немедленно обратилась за помощью в больницу, откуда была отправлена с предположительным диагнозом „инородное тело трахеи“. В момент осмотра в клинике больная не имела ясно выраженного нарушения дыхания. Пациентка усиленно подчеркивает ощущение неловкости в горле и неудобство при глотании справа. Под местной поверхностной анестезией произведена верхняя трахеобронхоскопия. Инородное тело не найдено. Отмечена небольшая набухлость слизистой оболочки подвязочного пространства. Через два дня после операции больная выписана из клиники в хорошем состоянии. В данном случае анамнестические данные не оправдались, так как не было проявлено тщательности при собирании анамнеза. Через день после операции больная сообщила об одной детали, о которой умолчала в момент поступления в клинику. Оказывается, у больной был бурный приступ кашля, и тогда, по ее словам, изо рта выскочил кусочек репы. Державшееся и после этого затрудненное дыхание обусловилось подвязочным ларингитом.

Этот случай демонстрирует диагностическую ценность точного анамнеза при инородных телах трахеи и бронхов.

Поучительной в этом же отношении является история болезни мальчика Р., 9 лет.

17/X 27 года больной был доставлен в клинику с явлениями затрудненного дыхания. Родственники пациента сообщили, что в течение последнего дня ребенок был под наблюдением бабушки. Накануне, вечером, неожиданно, во время игры, у мальчика появились кашель и затрудненное дыхание. В клинику больной был доставлен с предположительным диагнозом „инородное тело трахеи“. Наше внимание было фиксировано на повышенной температуре (до 37,7°) и на тотальном аспирате, что момент аспирации инородного тела никто не наблюдал. В гортани обнаружена небольшая гиперемия слизистой оболочки. В виду резко выраженного затруднения дыхания решено больного подвергнуть бронхоскопии. Верхняя трахеобронхоскопия, к которой приступили без всякой анестезии, не удалась. При попытке введения бронхоскопа в гортань у больного появилась синюха и остановка дыхания. Немедленно произведена трахеотомия с последующей нижней трахеобронхоскопией. Инородное тело не найдено. Трахея забита слизью и гноем. На стенках ее в нижнем отделе обнаружены сероватого цвета пленки; бактериологическое исследование материала, взятого из трахеи, дало присутствие *b. Löffler's*. Исследование материала из глотки и носа дало отрицательный результат.

Дважды находился в клинике на излечении гр. С., 59 лет, поступивший первый раз 8/II 27 г. Больной при первом осмотре сообщил, что 20/X 26 г. во время обеда закашлялся, почувствовав попавшую с пищей кость. Неудержимый кашель держался в течение 2 часов сразу же наступило затрудненное дыхание. В декабре присоединилась охриплость и в мокроте замечена кровь. Лечился безуспешно. В прошлом, по заявлению больного, легкие были здоровы. Под местной анестезией четыре раза произведена трахеобронхоскопия (19/II, 23/II, 2/III и 11/III). Инородное тело не найдено. Под гипнозом типичного анамнеза многократно искали инородное тело. Видимо, оно во время кашлевого толчка было выведено наружу, чего больной не заметил.

С другой стороны, мы имели больных, в анамнезе которых при самом тщательном опросе не удавалось получить и намек на аспирированное инородное тело. Больные бронхоскопировались по другому поводу, в связи с нагноительным процессом легкого. К удивлению больных, а также и хирурга иногда в бронхе обнаруживалось инородное тело.

Больной С. в течение ряда лет находился под наблюдением очень опытного интерниста в связи с бронхоэктазами. Во время бронхоскопии из бронха этого больного была извлечена больших размеров говяжья кость. Только после операции больной вспомнил, что начало легочного процесса совпадает с моментом, когда он чем-то „подавился“ и охоте.

Приведенные случаи показывают, что при всей диагностиче-

ской ценности анамнез не всегда имеет решающее значение. Данные его должны быть подкреплены результатами других методов исследования, из которых на первое место должна быть поставлена трахеобронхоскопия, значение которой увеличивается еще и тем, что она одновременно служит и терапевтической манипуляцией, лучшей из существующих.

Небесполезны данные, которые мы в этих случаях получаем от перкуссии и аускультации. Почти категорически решается вопрос, когда под влиянием инородного тела целиком выключается из акта дыхания все легкое или один из его отделов. На основании личного опыта и литературного материала у нас создалось впечатление, что такого рода инородные тела встречаются редко. Чаще приходится иметь дело с инородными телами, которые по своему объему не представляют пробки, выключаящей легкое полностью. Явления же, вызываемые мелкими инородными телами, столь не характерны, что интернист на основании их не может дать определенного заключения. Уместно отметить, что интернисты чаще склонны обращать внимание на вторичные явления, упуская из виду первоисточину, направляя подчас действия лечащего врача-ларинголога на ложный путь.

Большие надежды в этих случаях возлагались на исследование рентгеновскими лучами. Нет сомнения, что каждый больной этой группы, если его состояние позволяет, должен пройти через кабинет рентгенолога. В подходящих случаях мы получаем определенный ответ, удовлетворяющий нас. К сожалению, этот ответ мы можем получить от рентгенолога лишь в небольшом количестве случаев. Современные возможности рентгенолога в этой области пока ограничены. Случалось, мы, как и другие врачи, получали отрицательный ответ, а через некоторое время при помощи бронхоскопа извлекали инородное тело.

За двенадцать лет существования Казанской ушной клиники зарегистрировано 55 больных с диагнозом инородного тела трахеи и бронхов. По годам они распределяются следующим образом: 1926—2, 1927—15, 1928—18, 1929—3, 1930—1, 1931—5, 1932—3, 1933—3, 1935—3, 1936—2. Из них мужчин—33, женщин—22.

Чаще всего носителями инородного тела были дети: до 2 лет—11, с 2 лет до 5—20, с 5 до 10—9, с 10 до 20 лет—7, свыше 20 лет—8.

Таким образом, положение, в свое время выдвинутое Готтштейном, сохраняет силу и по отношению к нашему материалу. Как известно, им было собрано 111 случаев, которые по возрастному признаку распределяются следующим образом: до 1 года—6, от 1 г. до 2 л.—11, от 2 до 6 лет—35, от 6 до 12 лет—17, от 12 до 18 лет—6, от 18 до 63 лет—36.

Более 60% инородных тел трахеи и бронхов падает на больных в возрасте до 12 лет. Брюнингс, анализируя материал Готтштейна, справедливо подчеркивает, что наибольший подъем кривой относится к 2—3-летнему возрасту, и резко падает кривая

к 15-летнему возрасту. Прекрасной иллюстрацией в этом отношении служат статистические данные Саратовской ушной клиники, любезно предоставленные мне доцентом А. А. Потаповым: до 1 года — 6, от 1 г. до 3 л.—87, от 3 л. до 5 лет—34, от 5 до 10 лет—14, свыше 10 лет—19.

Из сводной статистики Казани и Саратова видно, что 89% всех носителей инородных тел трахеи и бронхов относится к пациентам до 10 лет. Понятно, какое огромное значение приобретает этот отдел для детских врачей, к которым нередко в первую очередь являются такие больные.

Еще большее значение этот вопрос имеет для ларингологов, которым чаще всего приходится оказывать радикальную медицинскую помощь носителям инородных тел верхнего дыхательного тракта.

Как было уже указано выше, наилучшим из существующих диагностических и терапевтических методов является трахеобронхоскопия. К сожалению, это исследование, производимое на взрослых иногда даже в условиях амбулаторной обстановки, у детей связано с большими трудностями, преодолеть которые не в силах подчас и очень опытный специалист. Я имею в виду технические трудности верхней трахеобронхоскопии у детей. Эти трудности стоят в связи с двумя основными моментами: во-первых, не легко проводить трахеобронхоскопию на детях, потому что хирург принужден манипулировать в анатомически затруднительных условиях; иногда приходится применять трубки с диаметром, не превышающим 5—7 мм, при которых подробный осмотр глазом операционного поля почти невозможен или очень затруднен. Нужно обладать большой опытностью и находчивостью, чтобы точно ориентироваться в такой обстановке. Второй момент, который затрудняет работу бронхоскописта на детях, заключается в том, что местное обезболивание на детях не достигает цели, а общий наркоз чреват многими опасностями для подобного рода больных; мы никогда не применяем на детях местной анестезии, так как самая обстановка, в которую попадает ребенок-пациент, так его нервирует, что эффект, получаемый от обезболивания, сводится к нулю. Если ко всему этому прибавить обилие слизи, появляющейся во рту и глотке как во время введения инструмента, так и в последующем периоде, то станет понятным стремление некоторых специалистов заменить верхнюю трахеобронхоскопию у детей нижней. Подкрепление своей позиции представители этого течения видят и в том, что иногда после верхней трахеобронхоскопии, произведенной на ребенке, приходится делать трахеотомию по поводу стеноза гортани, возникающего на почве отека подсвязочного пространства. Как правило, мы применяли верхнюю трахеобронхоскопию на детях, хотя в единичных случаях в ближайшие сутки за этим принуждены были трахеотомировать своих пациентов. Удачно проведенная верхняя трахеобронхоскопия не только позволяет через 2—3 дня выписать ребенка из клиники, но освобождает его от многочисленных опасностей, связанных с

наличием раневой поверхности и с ношением в трахее инородного тела (канюли), могущего послужить толчком к возникновению легочных нагноительных процессов.

Считая бесполезным местное обезболивание при трахеобронхоскопии у детей, мы категорически возражаем против применения общего наркоза и оперируем без всякой анестезии. Если принять во внимание, что в большинстве случаев через 3—5 минут удавалось извлечь инородное тело, понятней станет наша линия поведения. Ничем не оправдывается (кроме отсутствия технической подготовленности) применение общего наркоза для операции, продолжительность которой не превышает пяти минут. Имеются при трахеобронхоскопии и особые условия, которые побуждают возражать против общего наркоза. Носители инородных тел трахеи и бронхов нередко поступают на лечение с явлениями значительного затруднения дыхания и воспалительных процессов трахеи и бронхов. При этих условиях малейшее ухудшение дыхания может оказаться губительным. Общий наркоз, включая деятельность вспомогательных дыхательных мышц, иногда служит тем последним толчком, появлением которого обуславливает смерть пациента при трахеобронхоскопии в первые минуты ее производства.

Если внимательно просмотреть клинический материал бронхоскопистов, оперирующих детей под общим наркозом, можно найти у них подобные случаи. Обычно здесь ставят летальный исход в зависимость от других причин. Лет пятнадцать назад я имел подобный печальный случай, и ни разу я не видел их с той поры, как отказался от применения общего наркоза. Насколько опасным является общий наркоз при трахеобронхоскопии у детей, можно видеть из следующего нашего наблюдения.

В клинику был доставлен ребенок в возрасте одного года. Родители сообщили, что сутки назад мальчик на их глазах „подавился“ костью. Тотчас же наступили приступы кашля и сильно затрудненное дыхание. Кашель в дальнейшем несколько уменьшился, явления же затрудненного дыхания остались без изменений. Общее состояние больного тяжелое. Признаки кислородного голодания сильно выражены. Дыхание свистящее. Немедленно приступили к верхней трахеобронхоскопии без всякой анестезии. В нижнем отделе трахеи найдена фиксированная спонгиозная кость круглой формы, почти сплошь закрывающая просвет дыхательного горла. Отдельными мелкими зубцами кость впиалась в слизистую оболочку. Дыхание осуществляется через отверстия, ограниченные стенкой трахеи и отдельными мелкими шишками кости.

Можно думать, что при общем наркозе в этом случае летальный исход был бы неизбежен. В связи с выключением из акта дыхания вспомогательных мышц и подавлением кашлевого рефлекса организм при данных условиях оказался бы несостоятельным.

Рекомендуя, как правило, верхнюю трахеобронхоскопию у детей при инородных телах, мы предполагаем не только наличие хорошей технической подготовленности хирурга, отсутствие которой Якиш считает единственным противопоказанием, но и обязательное производство данной операции в условиях стационарной обстановки, где в каждую минуту в случае нужды ква-

лифицированный врач может произвести трахеотомию. Еще на заре трахеобронхоскопии правильно было указано Калером на основании анализа немалого клинического материала, что у детей после производства верхней трахеобронхоскопии в некотором проценте случаев наступает стеноз гортани, требующий горлосечения. Обычно с этим осложнением приходится иметь дело в первые 48 часов после трахеобронхоскопии. С улучшением инструментария и повышением технической ловкости хирурга этот процент снизился, но не сведен к нулю.

В условиях работы периферической больницы, не располагающей подчас инструментарием, а иногда не имеющей лица, владеющего техникой трахеобронхоскопии, врач должен, нам кажется, вести себя следующим образом. Правильнее всего будет, если больного эвакуируют в учреждение, где может быть применена трахеобронхоскопия. Если же инородное тело фиксировано в гортани, больному должна быть вставлена трахеотомическая канюля, когда врач предполагает, что инородное тело может вызвать последующий отек гортани. Только после этого пациент препровождается в распоряжение специалиста.

Смысл трахеотомии в этом случае лежит в том, что больно́й гарантирован от асфиксии, могущей наступить из-за стеноза гортани, иногда быстро развивающегося при данных условиях на почве травмы.

В 1929 году нам пришлось встретиться со следующим случаем. Ребенок аспирировал инородное тело (семя подсолнуха). Был поставлен правильный диагноз, и предложена рациональная медицинская помощь. Родители отказались дать разрешение на производство операции и унесли ребенка домой. Через двое суток в клинику с криком вбежала мать, имея на руках почти безжизненного мальчика, и сообщила, что 5—6 минут назад, после сильного приступа кашля, у ребенка внезапно наступило ухудшение дыхания, мальчик посинел. Немедленно произведенная трахеотомия, несмотря на все принятые меры, не сохранила ребенку жизни. Инородное тело оказалось вклиненным в подвязочном пространстве и как пробка закрывало просвет голо́вой щели. Повидимому, это вклинение подвижного инородного тела произошло в момент приступа кашля. Поэтому в случаях с подвижными инородными телами, могущими вызвать осложнение, аналогичное вышеописанному, можно рекомендовать врачу, работающему в условиях периферической обстановки, производство трахеотомии. Нередко эта операция при данном страдании может увенчаться полным успехом. Иногда после рассечения колец трахеи во время кашля инородное тело выбрасывается из трахеи наружу. В других случаях, во время выдоха или кашля *corpus alienum* подводится к отверстию, сделанному в трахее, и врач извлекает его пинцетом.

При инородных телах, находящихся выше трахеостомы, обеспечивается пациенту свободное дыхание. Для экстракции же инородного тела пациент в дальнейшем при спокойной обстановке отправляется к специалисту.

Мало эффективной оказывается трахеотомия, если инородное тело фиксировано в одном из бронхов. Но и здесь, пользуясь носовым зеркалом с удлиненными браншами и освещая лобным рефлектором, можно при помощи изящных корницангов пытаться извлечь инородное тело. Некоторым специалистам эта манипуляция удавалась. При неудаче больной передается бронхоскописту.

---

Ленинградский обл. институт ОЗДиП (директор проф. В. Н. Иванов).

## Ревматические пульмониты у детей.

Проф. А. Б. Воловик.

Секционный материал свидетельствует с несомненностью, что ревматический процесс поражает различные отделы кардиоваскулярной системы, в том числе и крупные сосуды. С клинической точки зрения поражения этих сосудов и в частности легочной артерии представляют собой мало, вернее, совсем почти не изученную главу. Это отставание клиники от патологии не является случайным и объясняется очевидно теми затруднениями, на которые наталкивается клиницист, пытающийся распознать пульмониты при помощи обычных методов исследования. Об этом свидетельствует имеющаяся по вопросу о поражении стенки легочной артерии литература, относящаяся главным образом к взрослым людям. По мнению Британишского, выслушиваемый при митральных пороках на легочной артерии систолический шум и акцент второго тона могут иметь различное происхождение. В известной части случаев эти акустические явления возникают на почве расширения легочной артерии, которое обусловливается либо повышением внутрисосудистого давления, либо является результатом поражения сосудистой стенки—пульмонита. Рентгенологически в том и в другом случае определяется расширение и усиленная пульсация дуги легочной артерии. В условиях хорошо компенсированного митрального порока систолический шум и акцент второго тона на легочной артерии в сочетании с рентгенологическими изменениями с ее стороны указывают с большой вероятностью на наличие пульмонита.

В иностранной педиатрической литературе, даже в специальных монографиях, только вскользь упоминается о пульмонитах. В журнальных статьях имеется описание нескольких отдельных случаев (Агирре—Рикардо—Мосто). В советской педиатрической печати этот вопрос еще совершенно не освещен. Занимаясь изучением заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей на протяжении ряда лет, мы имели уже случай подвести некоторые итоги в отношении поражений аорты и коронарных сосудов в детском возрасте. В настоящем сообщении мы имеем