

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.233—072.1

Р. М. Мухаметзянов, В. Г. Филичкин (Лениногорск, ТАССР). Опыт применения бронхоскопии в межрайонном детском хирургическом отделении

С 1983 по 1985 г. в нашем отделении было проведено 64 бронхоскопии у 40 больных. До одного года было 8 детей, 1—2 лет — 21, 2—5 — 9, 9—10 — 2. У 21 ребенка диагностирована деструктивная пневмония, в 7 — острые воспалительные заболевания дыхательных путей, у одного — аспирационная пневмония; у 11 детей обнаружены инородные тела в бронхах. При бронхоскопии произведена окклюзия бронхов (19), удалены обтураторы и инородные тела (30), выполнена санация бронхов (15).

Показанием к окклюзии считаем сохранение бронхоплеврального свища после дренирования плевральной полости и абсцесса легкого в течение 1—2 суток. На 1—2-е сутки после окклюзии легкое расправлялось, улучшалось общее состояние, на 5—6-е сутки прекращалось поступление гноя, что позволяло выводить дренажную трубку. Следует подчеркнуть, что послеоперационных осложнений после окклюзии не возникло. Обтуратор удаляли на 10—12-е сутки при повторной бронхоскопии. Манипуляцию завершали санацией трахеобронхиального дерева. Повторную бронхоскопию осуществляли у 5 больных. 39 из 40 детей были выписаны из отделения с выздоровлением, один умер из-за осложнений, связанных с наркозом.

С подозрением на аспирацию инородных тел поступило 19 больных. Клиническими симптомами являлись стридорозное дыхание (4), кашель (15), ослабление дыхания (12), сочетание указанных выше симптомов (10). У всех больных проводили бронхоскопию. У 11 детей обнаружили и удалили следующие инородные тела — орехи, семечки, яичную скорлупу, мякоть фруктов, колпачок ручки.

У 8 больных были выявлены острые воспалительные заболевания дыхательных путей и легких: бронхит (3), ларинготрахеит (3), ОРВИ (1), пневмония (1). Бронхоскопию у этих детей завершали санацией трахеобронхиального дерева.

Применение бронхоскопии позволило снизить летальность при деструктивных пневмониях с 9,5 до 6,5% и уменьшить сроки стационарного лечения с 40 до 29 дней, а при наличии инородных тел в бронхах предупредить развитие хронического воспаления в легочной ткани. По мере накопления опыта мы убедились, что в неотложной пульмонологии бронхоскопия абсолютно необходима.

УДК 616.211/232—089.878—053.2

С. Н. Николаев, М. Г. Иванов, П. Н. Гребнев (Чебоксары). Хирургический метод удаления инородных тел у детей из дыхательных путей через бронхоскоп

Оказание помощи детям, аспирировавшим инородные тела в дыхательные пути, часто является сложной задачей. Ее решение зависит от характера, форм, локализации, фиксации инородных тел и сроков их пребывания в трахеобронхиальном дереве. При этом, как правило, требуется индивидуализация лечебной тактики и выбора оптимального инструмента. В настоящее время бронхоскопия — основной метод удаления инородных тел, но при прочном внедрении их в стенки трахеобронхиального дерева возникает необходимость хирургического вмешательства.

Приводим наши наблюдения, потребовавшие применения специального устройства для рассечения ткани трубчатого органа (удостоверение на рационализаторское предложение № 785, выданное республиканской больницей МЗ ЧАССР).

С., 3 лет, был доставлен в клинику 01.04.85 г. по поводу аспирации инородного тела. За два часа до госпитализации проглотил рыболовный крючок (морышку), играя в ванной комнате с рыболовными принадлежностями. Момент аспирации сопровождался приступообразным кашлем, цианозом и беспокойством. В последующем явления асфиксии прошли, но сохранился навязчивый кашель.

При объективном обследовании общее состояние расценено как среднетяжелое. Кожные покровы и слизистые оболочки бледноватые. В легких дыхание везикулярное, справа ослабленное, хрипов нет. Частота дыхания — 28 в 1 мин. На рентгенологических снимках органов грудной клетки в двух проекциях в правом легком определяется контрастное инородное тело конической формы с крючком (рис. 1).

Больному была выполнена верхняя бронхоскопия под общим обезболиванием с миорелаксантами: найдено металлическое инородное тело размерами 15×5 мм в правом межучном бронхе, прочно фиксированное крючком к стенке бронха. При тракциях щипцами из набора бронхоскопа Фриделя инородное тело удалить не удалось из-за опасности разрыва стенки бронха. После анестезии слизистой оболочки раствором нафтизина клев бронхоскопа был подведен к месту фиксации крючка и под контролем зрения нанесен предложенным нами устройством линейный разрез длиной 3 мм и на глубину 1—1,5 мм. Затем крючок был легко извлечен щипцами из стенки бронха и из дыхательных путей с тубусом бронхоскопа. Повторная интубация с ревизией трахеобронхиального дерева: на месте локализации инородного тела определяется рана длиной 5 мм с ровными краями, не кровоточит.

Через пять дней была выполнена контрольная бронхоскопия — на месте фиксации рыболовного крючка образовался нежный рубец. Проявления эндобронхита минимальные.