

## 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.

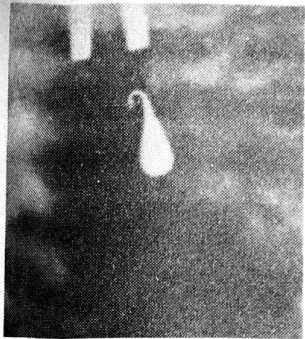


Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки мальчика С. 3 лет в прямой проекции.



Рис. 2. Рентгенограмма органов грудной клетки и шеи мальчика 7 лет в прямой проекции.

26.04.85 г. в клинику поступил мальчик 7 лет с жалобами на осиплость голоса, периодический приступообразный кашель. Общее состояние удовлетворительное.

Из анамнеза: четыре месяца назад держал во рту проволоку, сделав глубокий вдох, закашлялся. За медицинской помощью не обращался. У ребенка оставались осиплость голоса, периодический кашель.

Рентгенологическое исследование показало, что инородное тело длиной 20 мм располагается в верхнем отделе трахеи (рис. 2).

При прямой ларингоскопии под общим обезболиванием в просвете голосовой щели видна часть проволоки. Попытки удаления щипцами оказались безуспешными. Выполнена верхняя бронхоскопия. Проволока прочно фиксирована в стенке начального отдела трахеи, покрыта грануляциями. Тракции щипцами вызывают отторжение слизистой оболочки. Место фиксации обработано спиртом и раствором нафтизина. Произведен линейный разрез длиной 3 мм устройством для рассечения тканей трубчатого органа. В последующем инородное тело удалось низвести в правый бронх и извлечь через тубус бронхоскопа.

На контрольной бронхоскопии, произведенной через пять дней, было отмечено наличие фибринозного налета и рубца на месте фиксации проволоки.

Таким образом, применение устройства для рассечения тканей трубчатого органа позволило наименее травматично удалить инородные тела, фиксированные в стенке трахеобронхиального дерева.

УДК 616.931—06:616.831.8—008.6—08

**Н. И. Гаврилова, С. С. Лебензон, А. Ф. Колесникова (Новосибирск).** Коррекция нарушений иммунитета в комплексном лечении тяжелой дифтерийным полирадикулоневритом

Х., 39 лет, направлена в клинику детских инфекционных болезней Новосибирского медицинского института 14.02.84 г. с диагнозом: дифтерийный полиневрит с бульбарным синдромом. Муж и дети здоровы. Контакты с инфекционными больными отрицает. Раньше ничем не болела. О прививках не помнит.

Заболела остро 03.01.84 г.: температура тела повысилась до 39°, была повторная рвота, отмечались общая слабость, сердцебиение. С первого дня болезни появилась боль в горле при глотании, со второго — отек в области шеи. С 06 по 10.01 больная находилась в участковой больнице с диагнозом «заглоточный абсцесс». На 6-й день болезни температура нормализовалась, но состояние не улучшилось: нарастала слабость, сохранялись изменения в зеве.

10.01 с диагнозом «язвенно-некротическая ангина» больная поступила в хирургическое отделение ЦРБ, где находилась до 13.02.84 г. С 22.02.84 г. беспокоят боли в области сердца, головокружение; АД до 10,6/8,0 кПа, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, приглушение тонов и на ЭКГ — диффузные изменения в миокарде. 03.02 появилась гнусавость голоса. 14.02 после консультации в областной больнице с диагнозом дифтерийного полиневрита была направлена в инфекционный стационар.

При поступлении в клинику общее состояние очень тяжелое. Жалуется на резкую слабость, головокружение, сонливость, осиплость голоса, поперхивание во время еды. Бледная, черты лица заостренные, кожа сухая, тургор сниженный.

Асимметрия носогубных складок. Грубый бульбарный синдром: дисфония, дисфагия, дизартрия. Рефлексы с мягкого неба не вызываются. Рвотного глоточного и кашлевого рефлексов нет. Язык отклонен вправо. В верхних дыхательных путях — большое количество слизи, мокроты, которую откашливать не удается. Отмечается гипотония мышц конечностей. Сухожильные рефлексы на руках живые, симметричные; на ногах сниженные. Патологических знаков и менингеальных симптомов нет. Брюшные рефлексы отсутствуют. Нарушений тактильной, болевой, температурной чувствительности нет. В позе Ромберга неустойчива. Слизистые полости рта чистые, миндалины от налетов свободны, гиперемии нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс — 78 уд. в 1 мин, слабого наполнения. АД — 15,2/12,0 кПа. Границы сердца — в пределах возрастной нормы. В легких перкуторно-легочной звук, аускультативно выслушиваются по всем полям сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Экскурсия межреберных промежутков недостаточная. Число дыханий — 28 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень — у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Отмечается задержка стула. Мочеиспускание не нарушено, диурез достаточный.

При прямой ларингоскопии: надгортанник не изменен, весь просвет гортани и трахеи заполнен слизью, голосовые связки при фонации не смыкаются, налетов нет. 13.02.84 г. из зева и носа выделена *Corynebacterium diphtheriae* tox. mitis.

Больной назначена комплексная терапия: внутривенное капельное введение жидкости (низкомолекулярные кровезаменители, 5% раствор глюкозы, одноразовая нативная лечебная плазма), преднизолон (60 мг в сут); 0,05% прозерин (по 1 мл) 2 раза в сутки подкожно; 0,1% стрихнина нитрат (по 1 мл) 2 раза в сутки подкожно; АТФ (по 1 мл) внутримышечно; витамины группы В, метициллин по 500 тыс. 4 раза в сутки внутримышечно. Питание больной осуществлялось через назогастральный зонд 6 раз в сутки. Слизь из верхних дыхательных путей периодически отсасывалась электроотсосом.

С 14.02. по 09.03.84 г. состояние больной оставалось очень тяжелым. Нарастали явления пареза верхних и нижних конечностей, усилились явления бульбарного синдрома — голос