

Инородные тела дыхательных путей у детей

Е.Е.Вол, А.С.Свердлов, Ю.Г.Ржанникова, В.О.Казаков

Кафедра детской хирургии УГМА

Инородные тела дыхательных путей (ИТДП) являются тяжелой и опасной для жизни детей патологией. Многие авторы считают наличие инородных тел в дыхательных путях постоянно актуальной диагностической и лечебной проблемой. Несмотря на значительные успехи практической медицины, техническое оснащение крупных лечебных центров, число больных с ИТДП и их осложнениями остается достаточно высоким.

В 1991-1995 г. г. в Свердловскую областную детскую клиническую больницу N 1 (ОДКБ) поступили 182 больных с подозрением на аспирацию ИТДП. Всем детям была выполнена поднаркозная диагностическая бронхоскопия. При этом у 154 больных (86,5%) были выявлены и удалены ИТДП различной локализации. Из них трем пациентам (1,9%) после безуспешных попыток извлечения инородных тел было произведено трансторакальное хирургическое вмешательство. При диагностических бронхоскопиях у 28 детей (15,4%) ИТДП не были обнаружены. Следует заметить, что у больных этой группы нельзя было отказаться от проведения бронхологического обследования в связи с тем, что у всех детей в анамнезе имела ситуация, при которой была возможна аспирация инородного тела. При бронхоскопии у всех этих детей был обнаружен катаральный или катарально-гнойный эндобронхит (чаще на фоне ОРВИ).

Из 154 (100%) пациентов, у которых обнаружены и удалены ИТДП наблюдались у детей в возрасте от 1 до 3 лет. Госпитализация больных с ИТДП в отделение торакальной хирургии ОДКБ N 1 осуществлялась в основном в сроки от 1 до 7 суток с момента аспирации (более половины детей), 9 пациентов (5,9%) были доставлены через 1 месяц и более (до 1 года) после аспирации ИТДП.

ИТДП у детей выявлялись нами практически во всех отделах: трахео-бронхиального дерева, в т.ч. в сегментарных бронхах базальных пирамид и бронхах шестых сегментов с обеих сторон.

По характеру и происхождению ИТДП больные представляли двумя группами (табл. 1); с ИТДП органического (в основном пищевые продукты) и неорганического происхождения (металлические, стеклянные, пластмассовые и др.).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от характера ИТДП

Характер ИТДП	Число больных	%
Органические	127	82.4
в том числе:		
орехи (семена)	68	57.1
фрагменты пищи	23	14.9
скорлупа орехов	9	5.6
рыбья кость	4	2.6
горох	3	1
Неорганические	27	17.6
в том числе		
рентгеноконтрастные:	14	9.1
острые (игла)	1	0.6
неострые	13	8.4
неконтрастные:	13	8.4
острые	1	0.6
неострые	12	8.2
Итого:	154	100

Незамеченные и неудаленные ИТДП вызывают выраженные изменения стенок трахеобронхального дерева, пневмонии, которые довольно часто расцениваются как основное заболевание и безуспешно лечатся в соматических стационарах.

Результаты лечения детей с ИТДП во многом зависят от сроков удаления инородных тел. При аспирации ИТДП органического происхождения у большинства больных наблюдался локальный катаральный эндобронхит различной степени воспаления в тех случаях, когда от момента аспирации до удаления ИТДП проходило до 5-8 часов. При ИТДП неорганического происхождения эндобронхит развивается лишь в случаях длительного (несколько суток) пребывания инородных тел в дыхательных путях больных или при полной обструкции какого-либо отдела бронхиального дерева. Осложнения ИТДП в виде катарально-гнояного эндобронхита и более тяжелой патологии отмечались у 97 (63%) детей (табл. 2).

Таблица 2
Осложнения ИТДП у детей

Осложнения ИТДП	Количество больных	% (у 154)
Катарально-гнойный эндоbronхит	64	42,2
Пневмония	10	6,5
Ателектаз доли или сегмента легкого	8	5,2
Прочие	15	9,1

В ОДКБ N 1 функционирует центр по удалению ИТДП у детей на базе отделения торакальной хирургии. Почти все больные с ИТДП были госпитализированы в ОДКБ после консультации в Реанимационном консультативном центре (РКЦ) при отделении анестезиологии и реанимации то-ракальным хирургом или дежурным реаниматологом, а затем лечились в отделении торакальной хирургии до полного выздоровления,

В повседневной практике мы руководствуемся следующими показаниями к проведению поднаркозных бронхоскопий детям с ИТДП:

Экстренные бронхоскопии, выполненные немедленно в первые часы после поступления больного:

асфиксия инородным телом,
баллотирующее ИТДП;

ИТДП, вызывающие нарушения проходимости бронхов с клиничко-рентгенологическими признаками ателектаза или эмфиземы с внутригрудным напряжением,

Срочные бронхоскопии, выполняемые в течение первых суток с момента госпитализации пациентов:

подозрение на наличие ИТДП при отсутствии четкого анамнеза и клиничко-рентгенологических признаков нарушения проходимости бронхов

наличие в анамнезе безуспешных попыток бронхоскопического удаления ИТДП

наличие у детей ИТДП, осложненных пневмонией, токсикозом. В таких случаях необходима непродолжительная респираторная и детоксикационная подготовка больных. Противопоказаниями к

проведению лечебно-диагностических бронхоскопий при подозрении или наличии ИТДП у детей мы считаем следующие ситуации: нахождение инородных тел в паренхиме легких; пневмогидроторакс, вызванный ИТДП; легочное кровоотечение, вызванное инородным телом. Нами выявлены врачебные ошибки и причины позднего поступления детей в центр по удалению ИТДП, ими оказались: недостаточно высокое качество диагностических методов обследования детей с ИТДП (в частности, рентгенография грудной клетки и легких); в некоторых случаях не использование этого весьма информативного метода по ряду причин (отсутствие рентгенолога, аппарата), а также неверная трактовка полученных данных; недостаточная эрудиция врачей различных специальностей в вопросах данной патологии; объективные трудности анамнеза: незамеченный окружающими ребенка, взрослыми факт аспирации дома или в детском учреждении, аспирация ИТДП на фоне респираторной инфекции и некоторые другие.

Таким образом, у каждого ребенка, заболевшего неожиданно бронхитом с интенсивным кашлем при любых физических изменениях над легкими необходима дифференциальная диагностика с ИТДП. Это положение тем более верно при резистентных к лечению пневмониях.

Указания родителей на начало респираторного заболевания у ребенка после приема пищи или во время игры с различными мелкими предметами не должны игнорироваться и могут служить прямым поводом к срочному переводу такого больного в Центр по удалению ИТДП.

Наличие ателектаза или ателектатической пневмонии у ребенка при анамнезе с вероятностью аспирации инородного тела. требуют проведения бронхологического исследования.

При подозрении на аспирацию ИТДП необходимо рентгенологическое исследование грудной клетки в двух проекциях. Отсутствие же рентгенологических изменений не может исключить наличие ИТДП, и бронхоскопия при соответствующих анамнезе и клинике показана.

Выжидание при подозрении на ИТДП утяжеляет последующее извлечение инородного тела и может возрасти опасность развития повреждения бронхиальной системы и паренхимы легких.