

*Мамадалиев Дилмурод Муродулаевич
Дадабаева Ёркиной Исоқжановна
Зуфарханов Авазбек Мирзахпарович
Наманганский филиал РНЦЭМП*

ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ

Аннотация. Представлен случай нахождения инородного тела в дыхательных путях в течение 12 лет.

Ключевые слова: инородное тело, дыхательные пути, клиника, диагностика.

ВВЕДЕНИЕ

Клинические проявления аспирированных инородных тел подчинены определенным закономерностям. Они определяются размерами, формой, свойствами и локализацией инородного тела, его влиянием на респираторные зоны дыхательных путей и ответом респираторного тракта на такое раздражение, характером нарушения ларинготрахеобронхальной проходимости и воспалительными изменениями нижних дыхательных путей и легких.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Необходимость в помощи никогда не возникает так остро, как при попадании инородного тела в воздухоносные пути. Чувство страха при нехватке воздуха, сопровождается приступами неукротимого кашля, возникающего при аспирации инородных тел вследствие неадекватного раздражения рецепторных зон гортани, нижних дыхательных путей и легких. В результате возникает яркая рефлекторная реакция, сопровождающаяся приступом удушья, кашля и временным расстройством голоса. Приступ протекает тяжело, может сопровождаться рвотой, временной остановкой дыхания и асфиксией. Наблюдается сильное физическое напряжение, повышается внутригрудное, венозное и артериальное давление, выражены тахикардия, цианоз лица. Во время приступа происходит обильное слезо- и слезотечение. В откашливаемой слюне и слизистой мокроте может содержаться свежая кровь, свидетельствующая о травматическом повреждении слизистой оболочки инородным телом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Инородными телами в дыхательных путях могут быть металлические и иные предметы, семена растений, кусочки пищи, т.е. любые предметы, которые в рот берут случайно и случайно аспирируют. Инородные тела чаще локализуются в правом бронхе вследствие его топографоанатомических особенностей.

Клиническая картина при аспирации инородных тел в значительной степени обусловлена их видом, величиной и местом фиксации. В отличие от приступообразного кашля при инородных телах трахеи при локализации инородного тела в бронхе кашель носит постоянный характер, при длительном же пребывании инородного тела он сопровождается выделением мокроты с запахом, указывающим на реактивные изменения со стороны слизистой оболочки бронхов или легочной ткани. При аускультации у таких больных могут прослушиваться сухие и влажные хрипы, определяется ослабленное дыхание, иногда бронхиальное. Эти аускультативные данные характерны для позднего периода заболевания, в острой фазе они отсутствуют. В диагностике инородных тел трахеи и бронхов решающее значение имеет правильно собранный анамнез. Он должен быть подкреплён клиническими и рентгенологическими методами исследования, а также ларинготрахеобронхоскопией, являющейся одновременно лечебным методом. Если вследствие каких-либо причин инородное тело не распознается и, следовательно, не удаляется, как в нашем случае с больной М. 17 лет, возможно распространение инфекции в плевральную полость, формирование абсцесса легкого и переход острого воспаления в хроническое, для которого

характерно формирование глубокого деформирующего бронхита или бронхоэктазов либо хронической эмпиемы плевры с возможным развитием бронхоплевроторакальных свищей.

Больная М. 17 лет обратилась в пульмонологическое отделение с жалобами на кашель приступообразного характера с выделением слизисто-гнойной мокроты, периодическое повышение температуры тела до 38 С, общую слабость, снижение аппетита, потерю массы тела и потливость по вечерам.

Из анамнеза выяснилось, что больная страдает кашлем и выделением мокроты более 10 лет и неоднократно была обследована в амбулаторных и стационарных условиях. По поводу кашля с выделением мокроты неоднократно получала антибактериальную терапию без особого эффекта, и 5 лет назад было решено провести операцию на легких. Однако при обследовании больной в торакальном отделении серьезной патологии со стороны легких рентгенологически не было выявлено, в связи с чем ей было отказано в проведении оперативного вмешательства. В дальнейшем больная почти ежемесячно получала амбулаторное или стационарное лечение, от которого отмечалось временное улучшение состояния. Из-за того, что в последнее время кашель стал мучительным, с выделением большого количества гнойной зловонной мокроты, приступ кашля не прекращался часами, особенно усиливаясь по ночам, при изменении положения тела, поворачивании, сгибании, больная обратилась к врачам и была направлена в онкологический диспансер на обследование. В диспансере после клинического и рентгенологического обследования было исключено наличие новообразования в легком и с подозрением на специфический процесс в легком больная была направлена в городской туберкулезный диспансер. В туберкулезном диспансере, после клинического осмотра и рентгенологического обследования, с подозрением на образование в легком, больная была направлена в эндоскопический кабинет для бронхологического исследования.

В бронхологическом кабинете еще раз было проведено клиническое обследование с тщательным сбором анамнеза заболевания, опросом пациентки и ее родителей, ввиду длительности заболевания. Было обращено внимание на возможность инородного тела в бронхе, что больная отрицала. 3 мая 2023 г. была проведена фибробронхоскопия под местной анестезией.

Выписка из протокола: носовой ход свободно проходим, в гортани и глотке патологических изменений не обнаружено, голосовые связки интактны. Трахея свободно проходима. Межхрящевые промежутки умеренно гиперемированы. Бифуркация — обычной формы, подвижна. Просвет промежуточного бронха справа умеренно гиперемирован, имеется небольшое количество гнойной мокроты, а просвет левого главного бронха обтурирован гнойной мокротой. Проведен лаваж бронхов теплым раствором фурацилина 1:5000 40 мл с последующей аспирацией мокроты, после чего на уровне промежуточного бронха слева было обнаружено инородное тело в форме шурупа, тонким концом вверх, о чем было сообщено родителям. Затем с профилактической целью эндобронхиально был введен раствор антисептика (диоксидин 1% 10 мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Последующее наблюдение за состоянием больной показало, что кашель уменьшился, постепенно исчез, больная поправилась и в настоящее время жалоб, характерных для бронхолегочной патологии, не предъявляет.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бронхопульмонология. Г.И. Лукомский. Москва. Медицина. Стр.341–348. 2012 г.
2. Бронхоскопия в хирургической клинике. Г.И. Лукомский. Медгиз. Москва. Стр. 135–140. 2013 г.
3. www.ziyonet.uz