

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ГОРТАНИ У ТРЕХЛЕТНЕГО РЕБЕНКА

Д.М. Мустафаев

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

FOREIGN BODY IN THE LARYNX IN THE THREE YEAR OLD CHILD

D.M. Mustafaev

Moscow Regional Research and Clinical Institute named After M.F. Vladimirsky, Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

Автор представляет редкое клиническое наблюдение: большое инородное тело гортани – куриная кость – у ребенка 3 лет. Несмотря на большие размеры и локализацию инородного тела, ребенок дышал через естественные дыхательные пути. Инородное тело удалось удалить через естественные пути при прямой ларингоскопии, избежав при этом осложнений.

Ключевые слова:

инородное тело гортани, прямая ларингоскопия.

ABSTRACT

The author presents the clinical case – the foreign body in the larynx as the chicken bone in the child of three years. Peculiarity of the presented clinical case is the uncommon foreign body in the larynx as the large chicken bone in the three year old child. Despite large size and location of the foreign body the child was breathing through natural airways. The foreign body was removed through the natural way by the direct laryngoscopy, while avoiding complications.

Keywords:

foreign body of the larynx, direct laryngoscopy.

АД — артериальное давление
ЧДД — частота дыхательных движений
ЧСС — частота сердечных сокращений

Инородные тела гортани встречаются реже, чем в нижележащих отделах дыхательных путей. Вызывая быстрое развитие стеноза гортани, они представляют большую угрозу для жизни ребенка [1–3].

Широкая распространенность случаев попадания инородных тел в гортань в детском возрасте обусловлена как ее анатомо-физиологическими особенностями, так и недоразвитием защитных механизмов детей, особенно недоношенных [1, 3].

Самым характерным и опасным симптомом инородного тела гортани является стеноз. Его причина – не только механическое препятствие при больших размерах инородного тела, но и рефлекторный спазм мышц гортани в случае мелкого инородного тела. Как правило, первый приступ удушья, развивающийся после попадания инородного тела в гортань, является наиболее тяжелым и обычно сопровождается покраснением или цианозом лица. Иногда инородное тело, застрявшее в гортани, меняет свое положение. В таких случаях отмечается чередование одышки с периодами покоя. Другим постоянным симптомом является нарушение голосовой функции вплоть до афонии. Но в тех случаях, когда инородное тело застревает не между складками, а в подголосовом отделе, этого симптома может и не быть. Расстройство голосовой функции бывает кратковременным или длительным. Первое нередко появляется в результате перенапряже-

ния голосовых складок во время начального периода и вскоре проходит. При длительной стойкой охриплости, наступившей вслед за аспирацией, более вероятно, что инородное тело находится в гортани, механически препятствуя фонации, либо уже травмировало элементы гортани. Если в первом случае обычно наблюдается резкая степень афонии, то во втором – речь идет об умеренном расстройстве голосовой функции, сопровождающейся огрублением голоса или небольшой охриплостью. Еще одним частым симптомом инородного тела гортани является кашель, носящий резко выраженный приступообразный характер, и иногда не прекращающийся ни днем, ни ночью. В некоторых случаях кашель сопровождается рвотой, свистом и кровохарканьем [1, 3, 4].

Анамнестические указания на аспирацию инородного тела совсем не обязательно служат свидетельством того, что оно находится в дыхательных путях [1].

При первичном осмотре ребенка особое внимание следует обращать на его дыхание и окраску кожных покровов. Раздетого до пояса ребенка осматривают при рассеянном ярком освещении. Учитывается частота дыхательных движений (ЧДД), их глубина, продолжительность вдоха, выдоха и дыхательных пауз, равномерность экскурсий правой и левой половин грудной клетки, а также участие в дыхании вспомогательных мышц, крыльев носа, инспираторное

опускание гортани, западение или вздутие яремной и надключичной ямок и межреберных промежутков. Важной характеристикой является характер дыхания. Оно может быть бесшумным, шумным, астматическим, стридорозным, а также свистящим. Вынужденное положение, позволяющее избежать приступов кашля и болевых ощущений при соответствующем анамнезе, следует трактовать в пользу косвенного признака инородного тела [1, 3–5].

Диагноз инородного тела гортани ставят на основании анамнеза, клинических симптомов и дополнительных методов исследования. В настоящее время главным вспомогательным методом диагностики аспирированных инородных тел является рентгенологическое исследование. Рентгенограмма в боковой проекции по методу Г.М. Земцова и прямые томограммы, особенно у детей старшей возрастной группы, при рентгенконтрастных инородных телах помогают точно локализовать их. Реактивные и воспалительные проявления, даже при наличии неконтрастных инородных тел, могут указывать на сторону поражения [1].

Ларингоскопия имеет важное дифференциально-диагностическое значение, так как обнаружение других заболеваний во многих случаях позволяет исключить наличие в гортани инородного тела. Поэтому фиброларингоскопию следует проводить при подозрении на инородное тело у всех больных, у которых она технически выполнима. Если осмотр гортани фиброскопом провести не удастся, то при подозрении на инородное тело гортани необходимо осуществлять прямую ларингоскопию [1, 3].

В современных условиях оказание неотложной помощи детям с инородными телами в дыхательных путях требует высокой квалификации врачей-оториноларингологов и анестезиологов, а также достаточного оснащения инструментарием и аппаратурой. Инородные тела следует удалять в тех лечебных учреждениях, где имеют место условия для проведения эндоскопических манипуляций под наркозом. Если нет условий для оказания квалифицированной специализированной помощи, транспортировку детей с инородными телами гортани и трахеи в специализированное учреждение осуществляют при помощи реанимационной бригады [1, 3].

При локализации аспирированного предмета в гортани и верхних отделах трахеи методом выбора эндоскопии является прямая ларингоскопия. Манипуляцию проводят быстро во время апноэ после масочной гипервентиляции в течение 3–5 мин в условиях внутривенной тотальной анестезии с миоплегией. При необходимости продолжения вмешательства у пациента вновь проводят гипервентиляцию и повторно быстро выполняют ларингоскопию. Недостатки предлагаемой методики очевидны. Из-за затруднений, которые могут возникать при масочной искусственной вентиляции легких или риска кровотечения при манипуляции, применять этот метод опасно. Кроме того, времени, которое отводят хирургу для манипуляций (1–1,5 мин), явно недостаточно для успешного и атравматичного удаления инородного тела даже при многократном повторении попыток [1, 3, 4].

При невозможности удаления инородного тела через естественные пути показано его удаление ретроградным путем через трахеостому [1, 3].

Приводим клинический случай из практики — инородное тело гортани у ребенка 3 лет.

Ребенок В., 3 лет, из г. Троицка Московской области, находился в ЛОР-отделении БУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в мае 2011 г. с диагнозом: инородное тело гортани (куриная кость), посттравматический ларингит.

При поступлении у ребенка отмечена выраженная охриплость, шумное дыхание, сухой кашель, затрудненное дыхание при движениях.

Из анамнеза известно, что 29.05.2011 ребенок ел суп с макаронами (куриный бульон) и внезапно поперхнулся. После этого сразу появился приступообразный кашель, выраженная охриплость голоса. Остановки дыхания не было. Бригадой СМП доставлен в приемное отделение БУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

При поступлении в ЛОР-отделение: температура тела 36,6°C. При аускультации сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС 120 уд./мин. При аускультации в легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы легких. ЧДД 36 в минуту. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации.

На рентгенограмме органов грудной клетки на вдохе и выдохе от 29.05.2011: купола диафрагмы подвижны, легочные поля одинаково прозрачны, срединная тень не изменена, не смещена (рис. 1).

Учитывая жалобы ребенка и анамнез заболевания, заподозрено инородное тело гортани.

29.05.2011 ребенок взят в операционную, после медикаментозной седации проведена фиброларингоскопия. Исследование показало, что язычная миндалина не увеличена, valleculы и грушевидные синусы свободные, надгортанник в форме лепестка. Голосовые и вестибулярные складки были умеренно гиперемированы, голосовая щель шириной до 5–6 мм. На уровне подголосового отдела гортани определялось инородное тело серого цвета. Далее во время апноэ после масочной гипервентиляции в течение 5 мин в условиях внутривенной тотальной анестезии с миоплегией была проведена прямая ларингоскопия и удаление инородного тела гортани. Им оказалась куриная



Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля одинаково прозрачны, срединная тень не изменена, не смещена

кость размерами 1,5 на 0,5 см (рис. 2). После удаления инородного тела ребенок был интубирован через нос и находился на искусственной вентиляции легких в реанимационном отделении в течение 2 сут. 30.05.2011 выполнена экстубация, а 31.05.2011 пациент уже был переведен в ЛОР-отделение. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную и противовоспалительную терапию.

04.06.2011 при выписке состояние ребенка удовлетворительное, температура тела в пределах нормы, дыхание в покое и при физической нагрузке свободное, голос – чистый, звонкий.

Таким образом, несмотря на значительные размеры инородного тела и его локализацию на уровне подголосового отдела гортани, его удалось удалить через естественные дыхательные пути при помощи прямой ларингоскопии, избежав каких-либо осложнений.



Рис. 2. Куриная кость размерами 1,5 на 0,5 см, удаленная из гортани у ребенка 3 лет

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская оториноларингология: рук-во для врачей: в 2-х т. / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. – М.: Медицина, 2005. – Т. 1. – 660 с.
2. Тюкин В.Ю., Мустафаев Д.М., Тимофеева О.К. и др. Инородное тело гортани у 8-месячного ребенка // Вестник оториноларингологии. – 2009. – № 2. – С. 58–59.
3. Шустер А.М., Калина В.О., Чумаков Ф.И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. – 306 с.
4. Зенгер В.Г., Машков А.Е., Мустафаев Д.М. и др. Осложнения при инородных телах нижних дыхательных путей в детском возрасте // Российская оториноларингология. – 2008. – № 3 (34). – С. 46–52.
5. Мустафаев Д.М., Зенгер В.Г., Исаев В.М. Необычное инородное тело дыхательных путей у ребенка // Российская оториноларингология. – 2008. – № 2 (33). – С. 117–120.

Поступила 23.06.2013

Контактная информация:
Мустафаев Джаваншир Мамед оглы,
 к.м.н., научный сотрудник ЛОР-клиники
 МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
 e-mail: mjavanshir@mail.ru