

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.233–089.878

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХА

З. Ш. Файзиев, Е. Л. Калмыков, Х. З. Файзиев, Ф. Ю. Исхаки, О. Н. Садриев

Республиканский научный центр сердечно—сосудистой хирургии,
Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,
г. Душанбе, Республика Таджикистан

RARE OBSERVATION OF EXTRACTION OF BRONCHIAL FOREIGN BODY

Z. Sh. Fayziyev, E. L. Kalmykov, Kh. Z. Fayziyev, F. Yu. Iskhaki, O. N. Sadriyev

Republican Scientific Centre of Cardio—Vascular Surgery,
Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Острая аспирация инородных тел (ИТ) в дыхательные пути — потенциально жизнеугрожающее состояние [1–3]. Как правило, при аспирации ИТ застревают в бронхах, что сопровождается выраженными клиническими симптомами [1]. Редко ИТ находятся в бронхах в течение длительного времени, при этом возникает воспалительный процесс в бронхиальном дереве и ткани легких [3, 4].

Внедрение в клиническую практику гибких бронхофиброскопов позволило в 97–100% наблюдений удалять ИТ [1]. Однако в некоторых ситуациях с помощью бронхофиброскопа ИТ удалить не удастся. Наш опыт, представленный ранее [1], основанный на 47 наблюдениях удаления ИТ с помощью бронхофиброскопа, свидетельствовал, что только у одного больного потребовалось выполнение торакотомии для удаления ИТ. Представляем наблюдение безуспешной попытки удаления ИТ с помощью бронхофиброскопа, что потребовало выполнения торакотомии.

Больная Д., 17 лет, госпитализирована в клинику с жалобами на кашель с трудно отделяемой гнойной мокротой с прожилками крови, боль в правой половине груди, одышку, периодически повышение температуры тела до 38,7 °С, повышенную утомляемость, слабость, недомогание. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 1,5 мес.

Пациентка проживает в труднодоступной горной местности, которая в осенне—зимний период года изолирована от центра республики. Из анамнеза, 8,5 мес назад (в сентябре 2015 г.) на субботнике во время прикрепления плаката держала в зубах одну из силовых кнопок—гвоздей, которую случайно проглотила. Обратилась в районную больницу, осмотрена дежурным врачом, проведена эзофагогастродуоденоскопия, ИТ не обнаружено. Рентгенологическое исследование не проводили из—за отсутствия аппарата. На следующий день у пациентки появился приступоподобный кашель. Доставлена в Областную больницу, проведено рентгеноскопическое исследование органов грудной полости. ИТ не выявлено. По поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии пациентка направлена на лечение по месту жительства. Проведена консервативная терапия, состояние пациентки улучшилось.

Через 7 мес, в апреле 2016 г. появились перечисленные жалобы. Больную лечили в районной больнице по поводу

правосторонней бронхопневмонии, однако в связи с неэффективностью терапии, появлением кровохарканья направлена в хирургическое отделение Областной больницы. По данным компьютерной томографии обнаружено ИТ в проекции нижнего долевого бронха правого легкого, ателектаз C_{IX} — C_X сегментов, абсцедирование. Пациентке 4 раза выполняли санационную бронхофиброскопию, дважды безуспешно пытались удалить ИТО путем бронхофиброскопии и под общим обезболиванием с помощью жесткого бронхоскопа Фриделя. В связи с безуспешностью лечения, возникновением осложнений (ателектаз, абсцедирование нижней доли правого легкого, кровохарканье) решено направить пациентку в Республиканский научный центр сердечно—сосудистой хирургии для дальнейшего лечения.

При госпитализации кожа и видимые слизистые оболочки бледно—розовые. Над легкими везикулярное дыхание, справа в проекции нижней доли дыхания значительно ослаблено. При перкуссии в этой области определяется притупление легочного звука. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 13,3/9,3 кПа (110/70 мм рт. ст.), пульс 98 в 1 мин.

Анализ крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 126 г/л, гематокрит 0,37, л. 6×10^9 в 1 л, СОЭ 18 мм/ч, остальные показатели без патологических изменений.

КТ легких: ИТ в проекции нижнего долевого бронха правого легкого. Ателектаз нижней доли правого легкого (C_{IX} — C_X сегменты) с абсцедированием.

Функция внешнего дыхания: значительное снижение вентилиционной функции легких. Дыхательная недостаточность II стадии.

Видеобронхофиброскопия: в проекции нижнего долевого бронха справа определяется ИТ, плотно фиксированное в просвете бронха острием кверху, острая часть гвоздя на половину его металлической части вонзилась в медиальную стенку бронха, вокруг пластмассовой части гвоздя образовалась муфта из грануляционной ткани, легко кровоточащей при контакте с эндоскопом.

Попытки удалить ИТ с помощью эндоскопических инструментов не увенчались успехом ввиду его плотной фиксации. Во время тракции ИТ из под него выделилось обильное количество гнойного секрета. Процедура завершена

санационной бронхофиброскопией с введением раствора антисептика (диоксидин 10 мл), антибиотика (цефтриаксон 1 г) и гормона (дексаметазон 4 мг). Больной дважды проведена лечебная санационная бронхофиброскопия.

Учитывая длительный анамнез заболевания, возникшие осложнения, неудачные попытки удаления ИТ, больная оперирована под общим эндотрахеальным наркозом с одноплеменной вентиляцией левого главного бронха интубационной трубкой Карленса. Произведена передняя боковая торакотомия по пятому межреберью справа, длина разреза 11 см. При ревизии обнаружен умеренно выраженный спаечный процесс между париетальной и висцеральной плеврой в нижних отделах плевральной полости. Выпота нет. Отмечен ателектаз С_{IX}—С_X сегментов правого легкого. При пальпации в проекции нижнего долевого бронха обнаружено ИТ, которое извлечено, из просвета рассеченного бронха выделено 25 — 30 мл густого гноя, который аспирирован электроотсосом. Рана санирована растворами антисептиков. На бронх наложены узловые швы атравматичной нитью. Рана легкого также герметично зашита. Учитывая изменения ткани легких (ателектаз, абсцедирование), решено произвести атипичную резекцию С_{IX}—С_X сегментов правого легкого с применением швипающего аппарата фирмы "Этикон". Гемо- и аэрозаст надежны. Аэрация правого легкого в режиме гипервентиляции. Ткань легких полностью расправилась. Плевральная полость санирована раствором декасана 500 мл, экспозиция 15 мин. Плевральная полость дренирована. Наложены послойные швы на рану грудной стенки.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Больной проведена антибактериальная терапия, введены анальгетики, дважды проведена санационная бронхофиброскопия.

По данным контрольной рентгенографии легких, легочные поля в полном объеме, гидропневмоторакса, ателектаза ткани легких нет. Дренаж удален на 5—е сутки. Больная на 8—е сутки выписана для амбулаторного лечения в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калмыков Е. Л. Инородные тела трахеи и бронхов / Е. Л. Калмыков, З. Ш. Файзиев, Х. З. Файзиев // *Новости хирургии*. — 2016. — Т. 24, № 2. — С. 303 — 308.
2. Removal of tracheobronchial foreign bodies in adults using a flexible bronchoscope: experience with 200 cases in China / Y. C. Dong, G. W. Zhou, C. Bai [et al.] // *Int. Med.* — 2012. — Vol. 51, N 18. — P. 2515 — 2519.
3. Longstanding tracheobronchial foreign body in an adult / T. H. Wu, Y. L. Cheng, C. Tzao [et al.] // *Respir. Care.* — 2012. — Vol. 57, N 5. — P. 808 — 810.
4. Kogure Y. Endobronchial foreign body removed by rigid bronchoscopy after 39 years / Y. Kogure, M. Oki, H. Saka // *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* — 2010. — Vol. 11, N 6. — P. 866 — 868.



Лечение пациентов при аспирации ИТ требует оказания им экстренной медицинской помощи, предусматривающей их удаление [1]. Длительное нахождение ИТ в бронхиальном дереве обуславливает возникновение осложнений различной тяжести [1, 3, 4]. У большинства пациентов ИТ удаляют в ранние сроки после госпитализации в специализированное медицинское учреждение, однако в некоторых ситуациях ИТ удаляют через несколько дней, недель и даже лет [1, 3, 4]. По данным литературы [2], при аспирации ИТ у 200 взрослых у 58% они были диагностированы в поздние сроки. При длительном нахождении ИТ в бронхиальном дереве возникают тяжелые морфологические изменения в бронхах и ткани легких. Так, при удалении ИТ через длительное время выявлены воспалительная реакция, разрастание грануляционной ткани в области ИТ, гнойная мокрота [1, 3, 4]. В представленном наблюдении также отмечены наличие гнойной мокроты, воспалительные изменения в бронхах, гнойное расплавление ткани легких.

Основным методом удаления ИТ является бронхофиброскопия, лишь у некоторых пациентов выполняют открытую операцию.

Несмотря на наш значительный опыт использования лечебно—диагностической бронхофиброскопии, а также удаления ИТ различного диаметра из трахеобронхиального дерева у 47 пациентов, при длительном нахождении их в бронхе и вклинении острой части в его стенку удалить его после многочисленных попыток оказалось невозможным. При безуспешности бронхофиброскопического удаления ИТ пациентка оперирована для устранения гнойно—воспалительного процесса в легких, поддерживаемого ИТ.

Таким образом, у некоторых пациентов с ИТ дыхательных путей при безуспешности их бронхофиброскопического удаления требуется выполнение открытой операции, в том числе атипичной резекции ткани легких. Открытое вмешательство целесообразно выполнять только при безуспешности удаления ИТ с помощью бронхофиброскопии.