



**Инородные тела в дыхательных путях у детей... весьма опасны в связи с возможностью развития асфиксии.**

Наличие тяжелейших осложнений при аспирации инородных тел в дыхательные пути, возможность возникновения летального исхода, трудности диагностики при неопределенной клинической картине, а также возможность возникновения хронического поражения бронхолегочной системы делают проблему инородных тел дыхательных путей чрезвычайно актуальной, особенно в вопросах ранней диагностики и полноценного лечения детей с инородными телами.

Попадание инородных тел в дыхательные пути ребенка – явление в детском возрасте нередкое. Чаще страдают дети первых пяти лет. Основными причинами аспирации инородных тел являются нарушения культуры питания и ухода за ребенком, дисфагия, снижение кашлевого рефлекса.

Симптоматика и прогноз аспирации инородных тел определяются рядом факторов: размером, формой и природой инородного тела, его локализацией и положением в дыхательных путях, возрастом и анатомо-физиологическими особенностями ребенка.

По характеру инородные тела могут быть самыми разнообразными. В дыхательных путях остаются, как правило, тяжелые и с гладкой поверхностью предметы (металлические и пластмассовые детали игрушек, пуговицы, горошины, косточки ягод, семечки), цепляющиеся за слизистую трахеи и бронхов пружинки, колоски растений, скорлупа, легко набухающие корочки цитрусовых, кусочки овощей и фруктов. Проникшие в дыхательные пути инородные тела могут полностью обтурировать их на том или ином уровне, частично закупорить просвет или свободно передвигаться по трахее и бронхам.

Если инородные тела имеют острые края, то вследствие повреждения слизистой оболочки бронхов возникает опасность инфицирования, и при длительном пребывании таких инородных тел во время эндоскопического исследования нередко обнаруживают гнойное отделяемое и грануляции, закрывающие просвет бронха.

Наиболее опасной для жизни является локализация инородного тела в гортани и трахее, так как обструкция верхних дыхательных путей может вызвать асфиксию, угрожающую жизни ребенка. При этом основными клиническими проявлениями являются остро возникающий мучительный непрекращающийся приступ кашля,

общее беспокойство ребенка, затруднение вдоха, шумное дыхание, быстро развивающийся цианоз, дисфония или афония.

Клиническими симптомами инородного тела бронхов являются следующие признаки: повторные приступы кашля, повторные приступы асфиксии, повторная рвота, охриплость, одышка, бронхиальный стрidor и температура тела. При аускультации выявляют: симптом «баллотирования», сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких, ослабление дыхания над участком легкого, симптом «немого» легкого, региональные сухие и влажные хрипы.

Если инородное тело в бронхах небольшого размера клинические проявления аспирации могут быть минимальными, в половине случаев попадание его в дыхательные пути остается незамеченным. Закупорку нижних дыхательных путей ребенок может переносить в течение более длительного времени. Проявляется она асимметрией дыхания или отсутствием дыхательных шумов в легких.

Находящиеся в дыхательных путях инородные тела вызывают воспалительную реакцию. Ведущими факторами риска, влияющими на выраженность и темпы прогрессирования воспалительного процесса в слизистой заинтересованного сегмента дыхательных путей, являются: давность заболевания, органическое происхождение инородного тела, степень его фрагментации. Критическим сроком для возникновения выраженной воспалительной реакции для фрагментированных инородных тел является срок более 1 суток с момента эпизода аспирации. Для целостных инородных тел органического происхождения он составляет 3 суток и более, а для неорганических - выраженные изменения наступают спустя неделю и более.

Течение и прогноз патологического процесса при аспирации растительного материала (колоски, семечки, орехи и т.д.) наиболее неблагоприятны. Тонкие предметы из металла и пластмассы могут длительное время не вызывать нарушений проходимости респираторного тракта, обнаруживаясь лишь незначительными изменениями дыхания на фоне ОРВИ. Вокруг инородного тела, особенно растительного происхождения, развиваются отек и грануляции, часто полностью закрывающие просвет и делающие его невидимым при трахеобронхоскопии.

В период скрытого течения отмечаются редкие приступы кашля с мокротой, субфебрилитет. При полной обструкции бронха наблюдаются симптомы ателектаза, при частичной – острое вздутие легкого с ослаблением дыхания и смещением средостения в противоположную сторону. Пневмония при этом может не развиваться в течение нескольких недель. Возможны такие осложнения, как миграция инородного тела, асфиксия, абсцесс легкого, пиопневмоторакс, легочное кровотечение, бронхоэктазии, рубцовые изменения дыхательных путей.

Диагноз инородного тела гортани устанавливают в первую очередь на основании анамнеза, клинических симптомов и результатов ларингоскопии.

Если у большинства взрослых инородное тело гортани можно обнаружить путем непрямой ларингоскопии и удалить под местной анестезией, то у детей, за исключением детей старшего возраста, всегда прибегают к прямой ларингоскопии. При наличии контрастного инородного тела в установлении диагноза существенную помощь может оказать рентгенологическое исследование.

В настоящее время главным вспомогательным методом диагностики аспирированных инородных тел [гортани и бронхов] является рентгенологическое исследование, которое включает рентгеноскопию и рентгенографию органов грудной клетки в состоянии максимального вдоха и выдоха. В современных условиях для диагностики инородных тел дыхательных путей используется магнитно-резонансная томография (МРТ), однако ее практическое применение ограничено из-за отсутствия необходимого оборудования и высокой стоимости исследования.

Следует помнить, что для инородных тел дыхательных путей в известной мере характерна изменчивость клинической и рентгенологической картины. У некоторых больных инородное тело может перемещаться из одного бронха в другой, из бронха в трахею или в подголосовую полость гортани.

Неясность анамнеза или полное отсутствие анамнестических данных при отрицательных результатах рентгенологического обследования служит обоснованием для проведения диагностической ларинго-трахеобронхоскопии. Она одновременно является и необходимым лечебным мероприятием. При этом обязательным условием ее проведения многие авторы считают возможность выполнения и других вмешательств, главным из которых считается трахеотомия.

Основным методом лечения больных с инородными телами дыхательных путей является их инструментальное удаление. Самопроизвольное «выкашливание» инородного тела опасно в связи с возможностью асфиксии в случае его ущемления между голосовыми складками; хотя такое «выкашливание» и возможно, но наблюдается редко.

При удалении инородных тел трахеи и бронхов у детей ведущую роль по-прежнему играет ригидная трахеобронхоскопия в условиях общей анестезии. При проведении ригидной трахеобронхоскопии используется объемная, инъекционная искусственная вентиляция легких (ИВЛ). При удалении таких крошащихся инородных тел, как орехи, фрукты и т.п., часто используется лаваж бронхов. При локализации нефиксированного аспирированного предмета в гортани и верхних отделах трахеи методом выбора эндоскопии является прямая ларингоскопия. Манипуляция производится быстро, во время апноэ после масочной гипервентиляции, в течение 3–5 мин, в условиях тотальной внутривенной анестезии. Во время данной манипуляции возможны внезапное замыкание голосовой щели - ларингоспазм либо асфиксия, что может потребовать срочной трахеотомии. При чрезвычайно экстренных вмешательствах, при острой тяжелой асфиксии, когда нет времени для трахеотомии, а интубация по тем или иным причинам невозможна, рекомендуется крико-коникотомия, то есть вскрытие перстневидного хряща и щитоперстневидной мембраны (конической) связки. При невозможности удаления инородного тела гортани через естественные пути показана его экстракция ретроградным путем через трахеостому.



