

периоде не ухудшились, улучшились показатели крови: исчезла анемия, уменьшился лейкоцитоз, исчез сдвиг влево, снизилась СОЭ.

Анализ крови при выписке: эр. $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв 130 г/л, ЦП 0,9, СОЭ 36 мм/ч, лц. $10,0 \times 10^9/л$, п/я 2 %, с/я 71 %, лф. 21 %, м 3 %.

03.06.03 пациентка М. выписана из стационара в состоянии ремиссии.

Ребенок выписан из Кировской ДОКБ 11.06.03 в удовлетворительном состоянии. Через 1 мес. прибавка в весе составила 1 кг, на смешанном вскармливании. По данным нейросонографии от 20.06.03 — легкие постгипоксические изменения, с угрозой развития гидроцефального синдрома. Наблюдается у педиатра и невролога по месту жительства.

Заключение: особенностью представленного наблюдения является редкость патологии, отсутствие достаточного опыта наблюдения, лечения и родоразрешения пациенток с МВ в муниципальных ЛПУ, в связи с чем автор статьи и администрация МУЗ "Кировская городская больница № 8" выражают благодарность медицинскому персоналу Кировского городского клинического родильного дома № 2 и Кировской областной детской клинической больницы за сотрудничество, Центру муковисцидоза взрослых НИИ пульмонологии Минздрава РФ (Москва) за помощь в обеспечении пациентки М. лекарственными препаратами.

Поступила 25.08.03

© ЧЕТИН М.В., 2004

УДК 616.233-003.7-053.2-07

М.В. Четин

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ В БРОНХАХ У ДЕТЕЙ

Эндоскопическое отделение МУЗ "Городская больница № 1";
Перинатальный центр, Ульяновск

Инородные тела встречаются в бронхах у пациентов любого возраста, но чаще всего у детей.

Целью проведенной исследовательской работы было показать на основании клинических примеров особенности проявлений аспирированных в бронхи инородных тел, имеющих внутри просвет. Приводим наши наблюдения:

Ребенок Г.Р., 6 лет, история болезни № 5276/596, поступил в пульмонологическое отделение МУЗ "Городская больница № 1" (Перинатальный центр) 13.07.99 с жалобами на кашель, "свистящее дыхание".

Со слов мамы мальчика записано: наблюдались явления бронхита с периодическими обострениями в течение последних 4 мес., по поводу чего ребенок регулярно получал амбулаторное лечение. Настоящее ухудшение началось 2 мес. спустя, когда внезапно появился кашель с выделением желтого цвета мокроты. Проводимое амбулаторное лечение с использованием бронхолитиков не имело положительного эффекта.

В стационаре проведены следующие исследования: 1. Анализ крови — нейтрофильный сдвиг влево. 2. Посев мокроты № 325 — *S. aureus*. 3. Рентгенография грудной клетки в прямой проекции (рис. 1): очаговых инфильтративных теней не выявлено. Корни структурны, синусы дифференцируются. 4. Спирография — умеренно выражены обструктивные нарушения дыхательной вентиляции легких. Пройодимость бронхов снижена: умеренно — крупных, незначительно — мелких. Умеренно снижена пиковая скорость выдоха.

Проведено 2 курса антибактериальной терапии, курс ацетилцистеина (АЦЦ), ежедневное внутривенное введение Эуфиллина (при его отмене — ухудшение: появление грубых влаж-

ных хрипов в легких). Из-за отсутствия положительной динамики от проводимого лечения 3.08.99 под наркозом ребенку проведена диагностическая бронхоскопия, во время которой выявлено инородное тело правого главного бронха — рыбий позвонок со сквозным отверстием внутри (рис. 2а). Инородное тело удалено, произ-

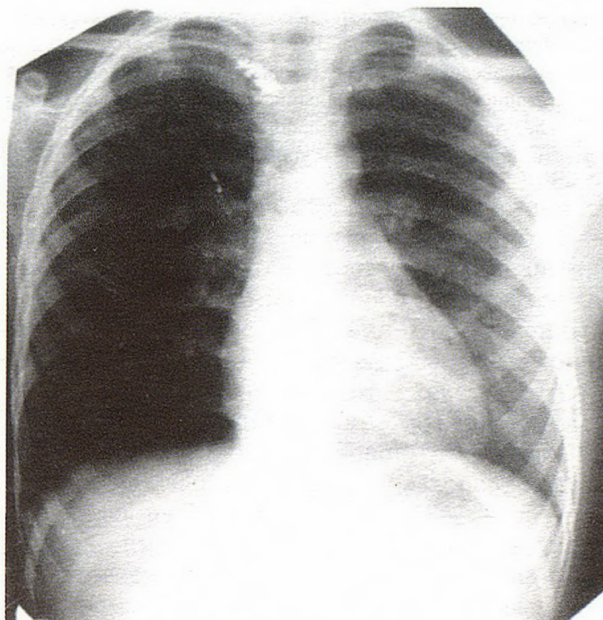


Рис. 1. Рентгенография грудной клетки ребенка Г.Р., 6 лет, в прямой проекции — инородное тело не определяется

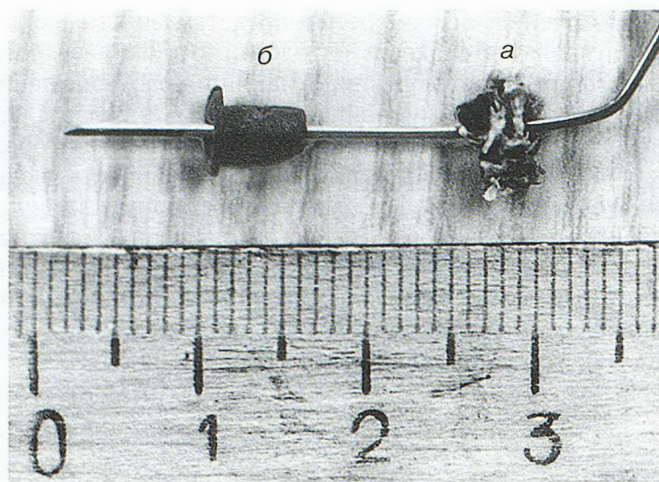


Рис. 2. а) инородное тело — рыбий позвонок со сквозным отверстием внутри; б) металлическое трубчатое инородное тело (имеет внутри просвет)

ведена бронхосанация физраствором. При целенаправленном распросе выяснилось, что мальчик в день внезапного "обострения бронхита" ел сушеную рыбу. Самочувствие ребенка улучшилось: мокрота стала отходить в небольшом количестве, слизистого характера. 06.08.99 ребенку проведена под наркозом санационная трахеобронхоскопия физраствором (на месте бывшего нахождения инородного тела — отечная, гиперемизированная слизистая, проходимость бронхов сохранена). Выписан в удовлетворительном состоянии через 10 дней после удаления инородного тела. Осмотрен через 5 мес. Состояние удовлетворительное, обострения бронхита за прошедшее время не было.

Ребенок У.А., 1 г. 1 мес., история болезни № 6095/994, поступил в наше лечебное учреждение 12.08.99 с жалобами на кашель с выделением обильного количества мокроты, повышенную температуру. Со слов мамы ребенка, он заболел 5 мес. назад, когда внезапно появился лающий кашель с выделением мокроты, повышение температуры. Состояние расценено как ларинготрахеит, проведено лечение в стационаре. После выписки — ежемесячное обострение в виде трахеита, по поводу чего ребенок регулярно получал амбулаторное лечение. Рентгенологического обследования не было произведено ни разу. В связи с отсутствием улучшения от амбулаторного лечения мальчик госпитализирован в стационар. На следующий день мама сообщила об обнаружении на кровати части швейной иглы без ушка, предположив, что ребенок

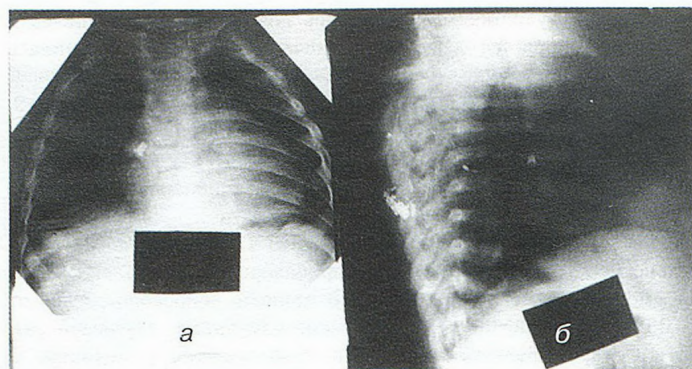


Рис. 3. Рентгенография грудной клетки ребенка У.А., 1 г.

а) прямая проекция — металлическое инородное тело;
б) боковая проекция — металлическое инородное тело (признаков ателектаза нет)

мог проглотить остаток иглы. Произведены обзорные рентгенографии брюшной полости и грудной клетки, при этом выявлено другое инородное тело в проекции правого бронха. На боковой рентгенограмме ателектаза нет (рис. 3), других инородных тел не выявлено. В этот же день произведена бронхоскопия под наркозом: в правом главном бронхе выявлено трубчатое металлическое инородное тело, имеющее просвет, через который сохранялась частичная проходимость бронха (рис. 2б). Инородное тело удалено, произведена санация физраствором. В последующем — две санационные бронхоскопии физраствором (на месте бывшего инородного тела — отечная слизистая с наличием грануляции, незначительно суживающие просвет). Выздоровление. Осмотрен через 4 мес. — растет и развивается соответственно возрасту, из перенесенных заболеваний — однократно ОРЗ.

Выводы

1. Инородные тела с просветом внутри частично сохраняют проходимость бронха, что при отсутствии указаний на аспирацию может привести к запоздалой диагностике.
2. Трахеобронхоскопия показана, если нет эффекта от консервативного лечения даже при отсутствии рентгенологических признаков обтурации бронхов.

Поступила 01.03.2000