
ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.233-033.6-07/08

НИКОЛАЙ ВИЛЛЕНОВИЧ КРАСНОСЕЛЬСКИЙ^{1, 2}

АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ БЕЛЫЙ^{1, 2}, ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ КРУТЬКО¹

АЛЕКСАНДР ВАДИМОВИЧ ПАНОВ¹, АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ МОВЧАН¹

¹ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

²Харьковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРУПНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПРОМЕЖУТОЧНОГО БРОНХА

В статье представлено описание случая инородного тела промежуточного бронха у пациента 52 лет. Отсутствовали анамнестические указания на аспирацию. У больного длительное время (25 лет) хронический бронхит, частые пневмонии, эмпиема плевры в анамнезе. При проведении фибробронхоскопии было обнаружено «старое» инородное тело, обтурирующее просвет промежуточного бронха, эндоскопически удалить которое дважды не удалось. Лишь торакотомия с бронхотомией позволили удалить массивное инородное тело.

Ключевые слова: инородное тело бронха, фибробронхоскопия, бронхотомия.

В 1898 г. Густав Киллиан удалил из промежуточного бронха аспирированную мясную кость бронхоскопом собственной конструкции [1]. Эту дату принято считать началом бронхоскопических исследований.

Инородные тела трахеи и бронхов являются преимущественно проблемой детского возраста, значительно реже встречаясь у взрослых пациентов. Анамнестические данные об аспирации инородного тела часто отсутствуют. Инородные тела бронхов в 80 % случаев попадают в правый бронх, являющийся почти прямым продолжением трахеи. При этом характерны одышка и кашель, и если одно из легких функционирует нормально, то одышка выражена нерезко. При полной обтурации просвета одного из главных бронхов возникает ателектаз легкого, и другое легкое эмфизематозно расширяется.

Иногда инородное тело может выполнять роль клапана: при вдохе воздух свободно проходит через бронх, а выдох затруднен. В этом случае развиваются явления эмфиземы. Как правило, в месте внедрения развивается воспалительный процесс, который приводит к инкапсуляции инородного тела, что затрудняет как своевременную диагностику аспирационного поражения, так и последующую экстракцию инородного тела.

© Н. В. Красносельский, А. Н. Белый, Е. Н. Крутько,
А. В. Панов, А. В. Мовчан, 2015

Диагностика основывается на данных анамнеза, физикальных данных, аускультации легких, обязательном рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, а также прямой и непрямой ларинготрахеобронхоскопии. Роль бронхоскопии при инородных телах трахеи и бронхов сводится к двум аспектам: диагностике и извлечению их [2]. В большинстве случаев диагностика инородных тел в современных условиях при наличии бронхофиброскопов не представляет особых трудностей, если бы не частая ошибка — отказ от бронхоскопического исследования при отсутствии достаточно четких анамнестических указаний на возможность аспирации. При соответствующей диагностической настороженности бронхоскопия становится обязательным исследованием во всех случаях упорного или рецидивирующего кашля, особенно при локализованных физикальных и рентгенологических изменениях в легких, независимо от возраста больного. У детей первых лет жизни строго придерживаться этого правила особенно важно.

Значительными трудностями нередко сопровождается бронхоскопическая диагностика давно аспирированных инородных тел, прикрытых грануляциями и зоной бронхостеноза. «Маски», под которыми скрываются старые инородные тела бронхов, нельзя назвать особенно разнообразными. Чаще всего разрастания грануляций принимают за опухолевые

образования, а стенозы бронха — за опухоль или специфическое воспаление. Так, А. С. Тарасов (1972) приводит ряд дифференциально-диагностических признаков, позволяющих различать опухолевую и грануляционную ткань, которая имеет более нежный вид, отсутствует ригидность стенки бронха в проксимальном направлении.

Однако поставленный диагноз будет лишь предположением, пока морфологические исследования не подтвердят или не опровергнут злокачественную опухоль. Иное дело, когда внешний вид грануляций достаточно характерен и заставляет предпринять поиски инородного тела. В этих случаях лекарственная анемизация слизистой оболочки бронха, скисывание и прижигание грануляций (после их тщательного гистологического исследования) может в конце концов привести к расширению просвета бронха и выявлению скрытого ранее инородного тела или его остатков.

Для диагностики старых инородных тел нужна соответствующая осторожность эндоскописта, так как наблюдения показывают, что можно много раз подвергать больного бронхоскопии по поводу хронического гнойного процесса, не подозревая наличия у него инородного тела. Бронхоскопия в настоящее время является основным методом удаления инородных тел нижних дыхательных путей [3]. Однако должны быть созданы условия, обеспечивающие максимальную безопасность для больного. Этим условиям в наибольшей степени отвечает верхняя бронхоскопия, проводимая с помощью дыхательного бронхоскопа под наркозом. Оптимальные условия для экстракции инородных тел создает инъекционная искусственная вентиляция легких, обеспечивающая эффективный газообмен во время непрерывных манипуляций в бронхах [4].

В этом плане интересным представляется клинический случай пациента с крупным инородным телом промежуточного бронха.

Больной М., 52 лет, направлен в клинику Института медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины с жалобами на дискомфорт в грудной клетке, кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты. В анамнезе с 1989 г. хронический бронхит. В 2007 г. перенес плевропневмонию справа. В 2011 г. — эмпиема плевры справа, в октябре 2014 г. — ухудшение состояния, в связи с чем обратился в 13 ГКБ г. Харькова — городской Центр торакальной хирургии, где при КТ органов грудной клетки заподозрен рак правого легкого и пациент был направлен в ИМП НАМН Украины.

По результатам компьютерной томографии ОГК требовалось провести дифференциальную диагностику между наличием инородного тела промежуточного бронха и неопластическим процессом (рис. F1 цв. вкл.).

При фибробронхоскопии, выполненной 10.11.2014 г. в Институте: справа в устье промежуточного бронха визуализируется вклинившееся металлическое инородное тело в виде скобки диаметром 1 мм, окруженное гипергрануляциями, удалить которое

не представлялось возможным из-за плотной фиксации предмета.

Проведен клинический разбор данного случая, где с диагностической и лечебной целью показано оперативное вмешательство в объеме торакотомии справа с ревизией и решением вопроса о дальнейшем объеме операции.

В плановом порядке выполнена операция: торакотомия справа, выделение главного и промежуточного бронха от сосудистых образований. Обращал на себя внимание выраженный спаечный процесс, а также индурация главного и промежуточного бронха. При помощи бронхоскопа определено местоположение инородного тела и выполнена на 3/4 бронхотомия по передней стенке, инородное тело удалено. Дефект в стенке бронха ушит узловыми викриловыми швами (хрящевые кольца не пересекались). Гемо- и аэростаз. Дренажирование плевральной полости по Бюлау. Рана грудной стенки послойно ушита.

Инородным телом являлась металлическая кокарда до 20 мм с петлицы военной формы (рис. F1 цв. вкл.).

Впоследствии со слов больного выяснилось, что при получении очередного воинского звания в 1984 г. в Германии в составе ограниченного контингента советских войск пациент во время празднования по поводу демобилизации, по-видимому, аспирировал эту звезду, однако четко вспомнить об этом не мог и не имел по этому поводу каких-либо иных догадок.

На 1-е сутки после операции в связи с нарастающей подкожной эмфиземой грудной стенки выполнена медиастинотомия по Розанову с установкой дренажа по Бюлау в паратрахеальное пространство.

На 5-е сутки явления подкожной эмфиземы купированы, рентгенологическое исследование определило, что правое легкое расправилось, дренажи не функционируют и были удалены.

На 12-е сутки рана зажила первичным натяжением, пациент выписан из стационара.

Таким образом, из особенностей данного случая необходимо отметить следующее:

1. Анамнестические данные об аспирации пациентом инородного тела отсутствовали, что затруднило постановку правильного диагноза.

2. Хронический гнойный бронхит, частые двусторонние пневмонии, эмпиема плевры справа в 2007 г. не насторожили врачей стационара о необходимости проведения диагностической фибробронхоскопии, а рентгенологический диагноз не был правильно установлен.

3. Длительность пребывания крупного металлического инородного тела в бронхиальном дереве вызвала хроническое грануляционное воспаление, что не давало по данным КТ полностью исключить неопластический процесс и еще больше затруднило диагностику.

4. Массивное грануляционное воспаление сделало невозможным классический метод лечения — удаление инородных тел во время бронхоскопии, в связи с чем больному выполнена торакотомия, бронхотомия с удалением последнего.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Овчинников А. А. Трахеобронхоскопия: история и прогресс // Атмосфера: пульмонолог. и аллергол. — 2005. — № 1. — С. 18–22.
2. Лукомский Г. И., Овчинников А. А. Эндоскопия в пульмонологии // В кн.: Руководство по клинической эндоскопии / под ред. акад. Савельева В. С., Буянова В. М., Лукомского Г. И). — Москва : Медицина, 1985. — С. 348–468.
3. Чернеховская Н. Е., Коржева И. Ю., Мальцева И. М. с соавт. Клинико-эндоскопическая диагностика инородных тел бронхов // Пульмонолог. — 2009. — № 2. — С. 120–123.
4. Самойлов А. В., Нагай И. В., Карпов С. Ю., Добровольский С. Р. Удаление крупного инородного тела из промежуточного бронха при фибробронхоскопии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 12. — С. 51–52.

Статья поступила в редакцию 17.03.2015.

М. В. КРАСНОСЕЛЬСЬКИЙ^{1,2}, О. М. БІЛИЙ^{1,2}, Є. М. КРУТЬКО¹, О. В. ПАНОВ¹, О. В. МОВЧАН¹

¹ ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

² Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКОГО ЧУЖОРІДНОГО ТІЛА ПРОМІЖНОГО БРОНХА

У статті представлено опис випадку чужорідного тіла проміжного бронха у пацієнта 52 років. Відсутні анамнестичні вказівки на аспірацію. У хворого тривалий час (25 років) хронічний бронхіт, часті пневмонії, емпієма плеври в анамнезі. При проведенні фібробронхоскопії було виявлено «старе» чужорідне тіло, яке обтурує просвіт проміжного бронха, ендоскопічно видалити який двічі не вдалося. Лише торакотомія з бронхотомією дозволили видалити масивне чужорідне тіло.

Ключові слова: чужорідне тіло бронха, фібробронхоскопія, бронхотомія.

N. V. KRASNOSELSKIY^{1,2}, A. N. BELIY^{1,2}, E. N. KRUTKO¹, A. V. PANOV¹, A. V. MOVCHAN¹

¹ SI «Grigoriev Institute for Medical Radiology of National Academy of Medical Science of Ukraine», Kharkiv

² Kharkiv national medical University

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF A LARGE FOREIGN BODY OF INTERMEDIATE BRONCHUS

The article describes the case of a foreign body of intermediate bronchus in a 52 years patient without anamnestic indications of aspiration. The patient for a long time (25 years) with chronic bronchitis, frequent right-sided pneumonias, empyema of pleura (2007) in history. When fibrobronchoscopy was found «old» foreign body, obstructed the lumen of the intermediate bronchus, endoscopical removal was twice failed. Only thoracotomy with bronchotomy allowed to remove solid foreign body.

Keywords: foreign body of bronchus, fibrobronchoscopy, bronchotomy.

Контактная информация:

Бельий Александр Николаевич
старший научный сотрудник отделения онкохирургии
ГУ ИМР НАМН Украины
ул. Пушкинская, 82, Харьков, 61024, Украина
тел.: +38 (067) 280-73-89
e-mail: abely@ukr.net