Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Терапии

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Курсовая работа**

**на тему:**

**«Неотложная помощь при непроходимости верхних дыхательных путей»**

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

Пенза

2008

# **План**

Введение

1. Объективное исследование

2. Стридор

3. Эпиглоттид

* Клиника
* Диагностика
* Обеспечение проходимости дыхательных путей
* Поддерживающая терапия

4.Вирусный круп

5. Аспирация инородного тела

* Клиника
* Диагностикаа
* Лечебные мероприятия

6. Ретрофарингеальный абсцесс

Литература

**Введение**

На заболевания, вызывающие обструкцию верхних дыхательных путей (ВДП), приходится значительный процент обращений в кабинет детской неотложной помощи. Некоторые из них весьма обычны, даже банальны и вполне доброкачественны, другие же — не столь обычны и представляют истинные неотложные состояния в педиатрии. В данной главе рассматриваются причины острой обструкции ВДП у детей. Заболевания нижних дыхательных путей, такие как пневмония, бронхиальная астма и бронхиолит, обсуждаются в других разделах.

Объективным физическим признаком, общим для всех пациентов с обструкцией ВДП, является стридорозное дыхание (стридор на вдохе). При этом слышен резкий скребуще-дребезжащий шум, возникающий при прохождении струи воздуха через частично перекрытые ВДП. Стридор, возникающий только на вдохе, указывает на локализацию препятствия на уровне гортани или выше ее. Двухфазный стридор, слышимый как на вдохе, так и на выдохе, говорит о местонахождении обструкции в трахее, тогда как экспираторный стридор обычно свидетельствует о локализации обструкции ниже бифуркации трахеи. Согласно принятым в настоящее время определениям респираторных шумов (Американская ассоциация по заболеваниям органов грудной клетки), стридор является разновидностью затрудненного дыхания, т.е. постоянным шумом, исходящим из дыхательных путей. В то же время принято относить к такому дыханию только изолированный экспираторный стридор, а изолированный инспираторный стридор называть просто "стридором". У больных с обструкцией ВДП отмечаются многие другие объективные признаки. Их значимость, особенно у детей до 6 месяцев, обсуждается ниже, после чего будут представлены собственно нозологические формы.

**1. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Цианоз (хотя это наиболее трагический признак обструкции ВДП) имеет определенные ограничения в плане диагностики. В значительной степени он зависит от количества гемоглобина в крови и состояния периферической циркуляции. Например, ребенок с тяжелой анемией может иметь значительную гипоксию без заметного цианоза. И, наоборот, у недавно родившегося младенца, у которого гемоглобин еще не снизился с высокого уровня, определяемого при рождении, а периферическая циркуляция в норме несколько замедлена, могут отмечаться различные степени периферического цианоза при нормальных показателях РО2. Обнаружение цианоза иногда весьма затруднительно у детей черной расы. Наконец, наличие цианоза является поздним признаком респираторного заболевания. Из всего сказанного выше следует, что цианоз имеет ограниченное диагностическое значение. Но если уж цианоз присутствует, он является важнейшим и весьма неблагоприятным признаком.

Затрудненное дыхание характеризуется тремя признаками: тахипноэ, ретракцией грудной стенки и раздуванием ноздрей. Каждый из этих признаков имеет специфические ограничения, особенно у младенцев до 6 месяцев, о чем врач должен помнить. Однако в совокупности они являются наиболее ценными диагностическими признаками респираторного дистресса. Они возникают на ранних стадиях заболевания и усугубляются по мере его прогрессирования, являясь одновременно диагностическими и прогностическими признаками.

Тахипноэ (учащенное дыхание) не является специфическим симптомом для респираторного заболевания. Тахипноэ наблюдается и при сердечных осложнениях, а также при заболеваниях, сопровождающихся метаболическим ацидозом (например, при диабетическом кетоацидозе и интоксикации салицилатами). Врач должен хорошо знать нормальную частоту дыхания, соответствующую возрасту больного. Частота дыхания у новорожденных в норме составляет 40—50 вдохов в минуту. К. году частота уменьшается до 30—35, к четырем годам — до 20—25, а в возрасте 8—10 лет она составляет 12—15 дыханий в минуту (т. е. обычный показатель у взрослых). Даже с учетом указанных ограничений тахипноэ является ранним признаком респираторного дистресса, который четко коррелирует с тяжестью заболевания.

Ретракция грудной стенки и раздувание ноздрей при дыхании являются гораздо более специфическими признаками дыхательных расстройств. Они наблюдаются как при обструкции дыхательных путей, так и при заболевании легочной паренхимы. Оба признака появляются на ранних стадиях заболевания. Они также хорошо коррелируют с тяжестью заболевания, хотя семантически бывает нелегко отличить легкую степень ретракции или раздувания ноздрей от умеренной степени или же умеренную выраженность этих признаков от их резкой выраженности. Повышенная сопротивляемость дыхательных путей при поражении легочной паренхимы, как и обструкция ВДП, создает более высокое, чем в норме, отрицательное давление на вдохе. Это возросшее отрицательное давление и вызывает втягивание мягких и бескостных участков грудной клетки ребенка. Чаще всего наблюдается ретракция межреберных промежутков, а также поддиафрагмальных и надключичных участков. В случае тяжелого заболевания возможна ретракция всей грудины при вдохе. Раздувание ноздрей (их движение кнаружи и вверх при вдохе) считается примитивным рефлексом, наблюдаемым у младенцев, которые в первые 2—3 месяца жизни имеют облигатное носовое дыхание. Этот рефлекс, вероятно, призван уменьшить сопротивление дыхательных путей в области ноздрей, которое у маленьких младенцев бывает довольно высоким.

Кашель у младенцев до 6 месяцев — явление достаточно редкое. В этом возрасте кашлевой рефлекс обычно не наблюдается даже у детей с большим количеством слизи в дыхательных путях. Если у такого младенца имеет место упорный кашель, то следует подумать о коклюше, хламидийной пневмонии или цистозном фиброзе. Чиханье в этой возрастной группе отмечается чаще, но оно имеет гораздо меньшее диагностическое значение. Поскольку носовое дыхание в первые месяцы жизни играет важную роль, чиханье возникает довольно часто, обычно в отсутствие респираторного заболевания.

Хрюкающее дыхание также является важным диагностическим признаком. Оно возникает во время выдоха, когда глотка частично сомкнута, что вызывает сначала задержку воздуха, а затем усиленный и шумный выдох ("хрюканье"). Это представляется физиологическим двойником конечного экспираторного давления у механически вентилируемых больных. Действительно, благодаря наблюдению за такими "хрюкающими" новорожденными было впервые предложено использование постоянного положительного давления воздуха и положительного давления в конце выдоха при лечении болезни гиалиновых мембран у новорожденных. Диагностическая значимость такого дыхания заключается в том, что оно локализует респираторное заболевание в нижних дыхательных путях. Иначе говоря, больные с "хрюкающим" дыханием имеют пневмонию, бронхиальную астму или бронхиолит. У детей с обструкцией ВДП не бывает хрюкающего дыхания. Таким образом, хрюкающее дыхание является не только специфическим (для дыхательных путей) ранним признаком заболевания, который коррелирует с его тяжестью, но и специфическим индикатором локализации поражения в респираторном тракте, т.е. действительно ценным признаком. Стридор имеет аналогичную диагностическую значимость при респираторном дистрессе. Он возникает на ранних стадиях заболевания и коррелирует с его тяжестью. Этот признак специфичен не только для дыхательных путей в целом, но и для ВДП; т. е. у больных со стридором имеет место обструк­ция ВДП. У больных с пневмонией, бронхиальной астмой или бронхиолитом не бывает стридора. Таким образом, и хрюкающее дыхание, и стридор являются наиболее важными признаками респираторного дистресса у детей. Следовательно, если у ребенка наблюдается один из этих признаков, врач может быть уверен не только в наличии респираторного заболевания, но и в точной локализации поражения в дыхательных путях.

**2. СТРИДОР**

Если врач встречается со стридорозным ребенком, он должен, прежде всего, выяснить возраст больного и продолжительность присутствия симптомов. Ответы на эти два вопроса значительно суживают круг дифференциальной диагностики. Так, для ребенка в возрасте до 6 месяцев с большой продолжительностью симптоматики (несколько недель или месяцев) характерно наличие врожденного причинного фактора стридора. Большинство из этих заболеваний обнаруживаются в отделении для новорожденных или для младенцев, а не в кабинете неотложной помощи.

Наиболее часто наблюдаемым заболеванием является ларингомаляция, обусловленная недоразвитием гортани; очень мягкая гортань коллабирует при каждом вдохе. Это заболевание проходит спонтанно, полностью разрешаясь через 6—12 месяцев, хотя возможны его обострения при инфекции ВДП. В подоб­ных случаях на вопрос врача родители обычно отвечают: "Мой ребенок так дышит с самого рождения". Обычно это бывает случайной находкой, а не поводом для обращения в кабинет неотложной помощи. Данное осложнение является доброкачественным и не требует лечения.

Для ребенка старше 6 месяцев с относительно небольшой дли­тельностью симптоматики (несколько часов или дней) характерно наличие приобретенного причинного фактора стридора. Это может быть воспалительное заболевание (такое как вирусный круп или эпиглоттия) или причинный фактор иной природы (например, аспирация инородного тела). Далее будут рассмотрены наиболее частые приобретенные причинные факторы стридора: эпиглоттид, вирусный круп, аспирация инородного тела и ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс.

**3. ЭПИГЛОТТИД**

**Клиника**

Эпиглоттид является жизнеугрожающим заболеванием, истинно неотложным состоянием в педиатрической практике. Возрастной диапазон больных от 2 до 7 лет; причиной заболевания почти всегда является Haemophilus influenzae. Классически отмечается внезапное начало заболевания в течение нескольких часов лихорадки, катаральных явлений, присутствия стридора, дисфагии и слюнотечения. Родители при этом часто знают точное время заболевания ребенка. При осмотре обнаруживаются явления интоксикации, отмечаются пепельно-серый цвет кожи, беспокойство ребенка, его испуганный взгляд и минимальная подвижность, а также обычно спокойное дыхание при слабых дыхательных движениях, отсутствие охриплости и тихий голос (почти шепот). Характерным положением является сидя­чее положение, при этом подбородок несколько выдвинут вперед и шея слегка разогнута (так называемое сниффинг-положение).

Эпиглоттид может также наблюдаться у подростков и взрослых (в молодом возрасте); заболевание проявляется стридором, катаральными явлениями со стороны носоглотки, лихорадкой и слюнотечением в течение нескольких дней (а не часов). У больных такого возраста следует подумать об эпиглоттиде, если симптомы фарингита, дисфагии и слюнотечения не соответствуют видимым изменениям глотки. Хотя заболевание чаще всего вызывается Haemophilus influenza, в этой возрастной группе нередко выявляются и грамположительные кокки. Имеются сообщения о быстром возникновении обструкции ВДП в связи с травматическим эпиглоттидом, вторично развившимся вследствие грубых попыток (обычно родителей дома) удаления инородного тела из глотки ребенка.

**Диагностика**

Идеальным подходом в любом случае подозрения на эпиглоттид является помещение больного в операционную, где проводятся анестезия и исследование дыхательных путей с помощью ларингоскопа у анестезированного больного). Если ставится диагноз эпиглоттида, то больной может быть интубирован. Если же эпиглоттид исключен, то больного можно перевести в палату или кабинет неотложной помощи и продолжить его обследование с полной уверенностью в отсутствии эпиглоттида. Однако большинство госпиталей не располагает возможностью круглосуточного обеспечения услугами анестезиолога.

Поэтому не столь идеальным, но вполне приемлемым подходом является следующее: для установления эпиглоттида производится рентгенография шеи в латеральной проекции (с помощью переносного аппарата). Врач должен оставаться с ребенком в течение всего времени, пока диагноз эпиглоттида не будет исключен и не исчезнет опасность обструкции дыхательных путей. Не следует направлять больного в рентгеновское отделение без сопровождения медперсонала. Выполнение бокового снимка шеи портативным рентгеновским аппаратом — вполне адекватный метод диагностики эпиглоттида. Как только диагноз будет поставлен, можно приступить к соответствующему лечению. Если тотальная обструкция дыхательных путей или апноэ возникнет раньше, чем будет вентиляция, то у ребенка с эпиглоттидом может быть эффективно применен дыхательный мешок. Мешок и маска должны находиться под рукой (у постели больного) вплоть до исключения диагноза эпиглоттида или обеспечения проходимости дыхательных путей.

Ребенка с эпиглоттидом после начального обследования в медицинском учреждении, клинике или кабинете неотложной помощи следует направить в специализированный стационар на машине скорой помощи под присмотром врача. В пути следования больному дают кислород; при транспортировке следует иметь необходимое оборудование для стабилизации дыхательных путей, реанимации и искусственной вентиляции легких. Госпиталь, в который направляется больной, должен быть уведомлен об этом при первой же возможности. Если во время транспортировки больного возникает остановка дыхания, то производится отсасывание, после чего вентиляция легких осуществляется с помощью дыхательного мешка и маски.

Необходимо сделать некоторые комментарии относительно боковых снимков шеи. Прежде всего, они должны производиться при разогнутой шее, иначе анатомические особенности шейного отдела позвоночника не удастся увидеть. Снимок выполняется в момент вдоха. Во время выдоха ретрофарингеальное пространство в норме расширяется, так что на снимке, произведенном в эту фазу дыхания, может возникнуть ложная картина наличия заглоточного абсцесса. К. счастью, все эти затруднения обычно не относятся к обычным больным. У больного же с эпиглоттидом шея изначально несколько разогнута, а слышимый на расстоянии стридор помогает легко определить фазу дыхания и сделать снимок в момент вдоха.

На любом латеральном снимке, полученном при осложнениях с проходимостью дыхательных путей, необходимо обратить особое внимание на состояние следующих структур:

1) надгортанник;

1. ретрофарингеальное или превертебральное пространство;

3)воздушный столб в трахее;

4) гипофаринкс.

В норме надгортанник бывает высоким, тонким и выступающим в гипофаринкс. При эпиглоттиде он очень отечен и выглядит уплощенным и прижатым к основанию гипофаринкса (наподобие отпечатка большого пальца). Ширина ретрофарингеального пространства в норме составляет 3—4 мм. Для визуализации столба воздуха в трахее может потребоваться очень сильное освещение. Столб должен иметь одинаковую ширину без каких-либо уплотнений. Наконец, следует отметить размеры гипофаринкса. Как и желудочно-кишечный тракт (хотя и в значительно меньшей степени), гипофаринкс растягивается проксимально по отношению к месту обструкции. Хотя это растяжение неспецифично для эпиглоттида, оно указывает на значительную обструкцию ВДП. Драматическое увеличение размеров инфицированного надгортанника иллюстрируют ксерограммы шеи в боковой проекции в норме и у больного с эпиглоттидом. Заинтересованный читатель отсылается к специальной литературе, где дана более полная информация о рентгенологических исследованиях ВДП у детей.

Совершенно неприемлемым диагностическим подходом являются попытки установления заболевания путем визуализации надгортанника с помощью языкового шпателя и электрического фонарика в условиях кабинета экстренной помощи. Не следует предпринимать попытки прямой визуализации надгортанника до проведения седатации больного и подготовки всего необходимого для немедленной интубации. Отекший, вишнево-красный надгортанник больного с эпиглоттидом не столь подвижен, как в норме, и ускользает от визуализации при возникновении у больного рвотных движений в ответ на манипуляции шпателем. Кроме того, насильственное обследование такого ребенка усилит его беспокойство и стридор, что может вызвать полную обструкцию дыхательных путей.

**Обеспечение проходимости дыхательных путей**

Проходимость дыхательных путей может быть обеспечена немедленной эндотрахеальной интубацией или немедленной трахеостомией. Выбор между этими двумя методами зависит от традиций данного медицинского учреждения и возможности круглосуточного обеспечения, больных специально обученным респираторной реанимации медперсоналом. Каждое отделение неотложной помощи совместно с детским, анестезиологическим и отоларингологическим отделениями обязано разработать схему лечения детей с эпиглоттидом. Решение о проведении интубации или трахеостомии либо о переводе больного в специализированный центр должно быть принято до поступления больного в кабинет экстренной помощи. Совершенно неприемлемо "тщательное" наблюдение больного в отделении интенсивной терапии в ожидании появления признаков ухудшения его состояния. То, что будет наблюдаться в подобной ситуации, — это внезапная и полная обструкция дыхательных путей. Именно предотвращение ее возникновения является действительным оказанием помощи. У большинства больных сразу же после диагностики осуществляется эндотрахеальная интубация. Это производится в отделении интенсивной терапии или в операционной под наблюдением опытных специалистов у больного, получившего седативные препараты или анестезию. Для предынтубационной седатации мы с успехом применяем валиум (диазепам) и морфин, однако некоторым больным перед проведением интубации может потребоваться сукцинилхолиновый паралич. В случае приме­нения сукцинилхолина вентиляция осуществляется с помощью дыхательного мешка через эндотрахеальную трубку вплоть до окончания действия препарата (обычно в течение нескольких минут). Для уменьшения частоты постинтубационных последствий следует использовать эндотрахеальную трубку на один размер меньше, чем обычно применяется у больных данного возраста. По данным литературы, проведение назотрахеальной интубации после начальной оротрахеальной интубации является предпочтительным методом; однако и одна оротрахеальная интубация также хорошо переносится больными. В случае использования оральной эндотрахеальной трубки необходимо ввести и ротовой воздуховод для предотвращения прикусывания трубки.

Трахеостомия у больных с эпиглоттидом сопряжена с более высокой частотой осложнений, чем эндотрахеальная интубация. Однако в некоторых госпиталях, где нет постоянно интубирующего персонала, трахеостомия может быть лечением выбора. Опять-таки подобные решения принимаются в соответствии с существующими традициями и порядками в данном отделении неотложной помощи. Механическая вентиляция легких не является необходимой; исключение составляют больные, поступающие с остановкой дыхания, у которых спонтанная вентиляция не восстанавливается после реанимационных мероприятий (гипоксическое повреждение мозга), а также очень редкие пациенты с сочетанным отеком легких. Продолжительность интубации составляет 36—48 часов, после чего больной может быть экстубирован, обычно без визуализации надгортанника. Это должно производиться в дневные часы, когда доступен адекватно подготовленный персонал. На боковом рентгеновском снимке шеи во время нахождения эндотрахеальной трубки на месте надгортанник не виден. В отдельных случаях постинтубационный отек вызывает небольшой стридор, хорошо отвечающий на впрыскивание вапонефрина.

**Поддерживающая терапия**

Поддерживающая терапия включает в себя внутривенную гидратацию, увлажнение воздуха, поступающего в эндотрахеальную трубку, и применение кислорода при необходимости. Ввиду возможного инфицирования ампициллинрезистентной H.influenzae в большинстве случаев применяются ампициллин (200 мг/кг в день) и хлорамфеникол (100 мг/кг в день), пока не будет известна чувствительность патогенного микроорганизма к антибиотикам. Посев крови оказывается положительным у 80 % больных. Рекомендуется продолжение перорального введения антибиотиков после экстубации (в целом в течение 7— 10 дней). Кортикостероиды не являются необходимыми. При длительной интубации могут потребоваться седативные препараты — в/м фенерган (прометазин) или секонал (секобарбитал) либо ректальный хлоралгидрат, хотя нередко, особенно у детей постарше, бывает достаточно словесного убеждения в необходимости интубации.

**4. ВИРУСНЫЙ КРУП**

Это обычно доброкачественное и саморазрешающееся заболевание. Возрастной диапазон больных — от 6 месяцев до 3 лет; этиология заболевания почти всегда вирусная (обычно вирус парагриппа). Соотношение полов составляет 1:1, хотя тяжелый круп чаще наблюдается у мальчиков. История заболевания обычно такова: в течение 2—3 дней имеет место респираторная инфекция верхних дыхательных путей с постепенно усиливающимся кашлем, особенно по ночам. На 3-й или 4-й день кашель становится лаюшим, появляются стридор и диспноэ, а также беспокойство (в различной степени). При осмотре отмечаются выраженный стридор, ретракции, тахипноэ, охриплость голоса и умеренный цианоз при комнатной температуре. До начала осмотра ребенок может быть довольно спокойным, а затем его беспокойство заметно возрастает, что вызывает усиление стридора. В типичных случаях вирусный круп легко отличить от эпиглоттида на основании клинических данных, так что рентгенологическое исследование не является необходимым у каждого больного. В действительности рентгенограммы при умеренном крупе обычно бывают нормальными. При большей выраженности заболевания боковой снимок шеи обнаруживает нормальный надгортанник, несколько растянутый гипофаринкс и суженные дыхательные пути ниже голосовых связок. На переднезаднем снимке грудной клетки отмечается сужение трахеального столба воздуха, который имеет форму, скорее напоминающую "колокольню", нежели нормальные "квадратные плечи".

Лечение в основном симптоматическое: вдыхание холодных аэрозолей, при необходимости кислород и гидратация (внутривенная или пероральная). Антибиотики не требуются, если только отсутствует ассоциированное бактериальное заболевание (средний отит или тонзиллит). Применение стероидов вряд ли целесообразно, хотя в литературе по этому поводу высказываются противоречивые мнения. Мягкая седатация часто полезна, но кодеин противопоказан.

Спазмолитический круп (повторные эпизоды крупа), обычно без предшествующей респираторной инфекции ВДП или лихорадки, почти всегда возникает ночью и предположительно обусловлен аллергией. Такой круп очень чувствителен к аэрозолю. В последние несколько лет все чаще сообщается о бактериальном трахеите, более тяжелой форме крупа. Его также называют мембранозным ларинготрахеобронхитом, обычно вызываемым золотистым стафилококком. У больного при этом отмечается значительно более выраженный респираторный дистресс из-за наличия гнойного секрета в верхних дыхательных путях. Клиническая картина может быть такой же, как при эпиглоттиде; однако рентгенография выявляет типичные признаки крупа, а гнойный секрет в трахее может имитировать присутствие инородного тела. Больной может нуждаться в интубации и анти­биотиках.

У тяжелых больных следует контролировать газы крови и рассмотреть возможность проведения эндотрахеальной интубации или трахеостомии. Для быстрого, но порой лишь времен­ного облегчения обструктивных симптомов может быть применен вапонефрин (рацемическая форма адреналина) в виде мелкодисперсного аэрозоля, даваемого через лицевую маску (прерывистая вентиляция с положительным давлением не является обязательной). Доза препарата — 0,5 мл в 3 мл нормального физиологического раствора. При необходимости введение препарата можно повторять, если наблюдается положительный ответ и отсутствуют проявления кардиотоксичности (такие как аритмии). Ввиду возможного усиления стридора рекомендуется наблюдать достаточно тяжелого больного, требующего применения вапонефрина, в кабинете неотложной помощи в течение 6-12 часов.

**5. АСПИРАЦИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА**

**Клиника**

Ежегодно более 3000 человек умирает вследствие аспирации инородного тела, причем около 50 % составляют дети в возрасте до 4 лет. Аспирация инородного тела (ИТ) является самой частой причиной смерти детей до 6 лет в результате несчастного случая в домашних условиях. Обычно это случается с детьми в возрасте от 1 года до 4 лет, но среди пострадавших встречаются и 6-месячные младенцы. Наиболее часто в качестве ИТ фигурируют плоды арахиса и семечки подсолнуха, но возможна аспирация практически любого предмета определенного размера и типа (металлические или пластмассовые шарики, комочек пищи или травы). В воз­расте до одного года в качестве такого ИТ часто оказывается яичная скорлупа, попадающая в трахею при кормлении ребенка.

При аспирации ИТ наблюдаются различные симптомы в зависимости от локализации ИТ и степени обструкции: свистящее дыхание, стойкая пневмония, стридор, кашель и апноэ. Повторяющийся стридор и (или) свистящее дыхание могут указывать на ИТ, периодически меняющее свое положение в дыхательных путях: стридор возникает при проксимальном положении ИТ, а свистящее дыхание — при более дистальном. Стридор вследствие ИТ предполагает его локализацию в гортани, трахее или главном бронхе. Обычная локализация ИТ — главный бронх (часто справа); при этом возникает кашель, одностороннее свистящее дыхание или стридор и наблюдаются классические рентгенологические признаки. Ларингеальные и трахеальные ИТ встречаются менее часто, однако они и не редки: на их долю приходится 10—15 % всех ИТ. Больной с персистирующим стридором и крупом, у которого не наблюдается улучшения в течение 5—7 дней, может иметь ИТ в трахее.

В классических случаях симптомы возникают внезапно (ребенок задыхается, кашляет, у него появляются позывы к рвоте), но обычно смягчаются при прохождении ИТ в более мелкие дыхательные пути. Это в свою очередь может привести к пневмонии, ателектазам или свистящему дыханию. Для локализации ИТ в стволовом бронхе характерно трехфазное течение симптоматики: острое начало, латентный асимптоматический период и позднее появление свистящего дыхания или стридора. Почти в 7% случаев аспирация ИТ может остаться незамеченной родителями ребенка; или они попросту забывают о ней. Анамнез аспирации часто отсутствует; или анамнестические данные собираются лишь ретроспективно. Так что врач должен иметь высокую сте­пень настороженности в отношении ИТ.

Инородные тела в верхней части пищевода могут вызывать стридор. Кроме того, они способны вызвать дисфагию или отставание в прибавке массы тела, особенно в случае длительного пребывания рентгенопрозрачного ИТ в пищеводе (например, алюминиевой крышечки и т. п.). Но даже при отсутствии дисфагии следует заподозрить наличие инородного тела в пищеводе у больного со стридором.

**Диагностика**

Если ИТ рентгенонепроницаемо, то его легко обнаружить при рентгенографии. Однако большинство ИТ в дыхательных путях рентгенопрозрачно, так что их наличие диагностируется на основании изменений формы и размеров дыхательных путей или их динамики. Инородные тела в гортани могут определяться по контрастности воздуха на боковых снимках шеи. То же относится к трахеальным ИТ, хотя их выявление может потребовать специальной техники (например, ксерография или ламинография). Ксерограммы могут оказаться полезными и при выявлении небольших нерентгеноконтрастных ИТ в нижних дыхательных путях.

Присутствие инородного тела в главном бронхе вызывает как бы клапанную задержку воздуха в пораженном легком, так как во время выдоха бронх сжимается вокруг ИТ и возникает обструктивная эмфизема. Это приводит к гиперинфляции легкого с обструкцией бронха и смещает средостение во время выдоха в сторону, противоположную обструкции. Этот сдвиг может наблюдаться на инспираторной и экспираторной рентгенограммах в переднезадней проекции или при флюороскопии. Если необходимо, во время выдоха можно надавить на эпигастрий больного, что обеспечит максимальный выдох и облегчит получение хорошего снимка. У очень маленького или неконтактного ребенка иногда невозможно получить хорошие рентгенограммы в момент вдоха и выдоха.

Смещение средостения можно также видеть при двусторонней рентгенографии грудной клетки в положении больного лежа. Обычно нижняя половина грудной клетки бывает менее раздутой при приподнятой половине диафрагмы и "шинированных ребрах". Обратное наблюдается на стороне локализации ИТ, где легкое постоянно пребывает в состоянии гиперинфляции и его объем не уменьшается даже тогда, когда пораженная сторона находится "внизу". Такие снимки могут быть произведены даже у маленьких и неконтактных больных.

Очень существенно то, что для появления указанных изменений требуется определенное время. Получение единственной отрицательной рентгенограммы не позволяет исключить наличие ИТ. В трудных случаях для диагностики бывает необходимо КТ-сканирование. И все же наиболее важным правилом является сохранение высокой степени настороженности в отношении возможного присутствия ИТ. Предоперационный диагноз ИТ в дыхательных путях ставится лишь у 60 % пациентов. В том случае, когда подозрение на ИТ остается, несмотря на отсутствие рентгенологического подтверждения, вероятно, следует прибегнуть к бронхоскопии.

Инородные тела в пищеводе обычно бывают рентгеноконтрастными и легко обнаруживаются на рентгенограммах. Плоские ИТ в пищеводе (такие, как монеты) почти всегда ориентированы в плоскости окружности, так что на передне-задних снимках они повернуты "лицом вперед". Трахеальные ИТ почти всегда ориентированы в сагиттальной плоскости из-за отсутствия хряща в задней стенке трахеи. Однако эти "правила" имеют исключения. Переднезадние и боковые снимки, несомненно, выявят рентгеноконтрастные ИТ. Для диагностики рентгенопрозрачных ИТ в пищеводе может по­требоваться применение "бария", ксерографии или томографии.

**Лечебные мероприятия**

Лечение больных с ИТ в дыхательных путях состоит в ларингоскопическом или бронхоскопическом удалении ИТ в операционной под анестезией. Это может оказаться нелегкой процедурой, особенно у очень маленьких пациентов с почти "крохотными" дыхательными путями. Иногда бывает очень трудно удалить инородное тело целиком с помощью бронхоскопических щипцов; в таких случаях может потребоваться катетер Фогарти или корзиночка для мочевых камней. Аналогично этому пищеводные ИТ могут быть извлечены эндоскопическими щипцами с помощью (или без помощи) катетера Фолея. Однако катетер Фолея используется лишь в том случае, если инородное тело имеет гладкую поверхность, без острых граней и находится в пищеводе достаточно длительное время (не менее 2 недель); кроме того, у пациента не должно быть предшествующего заболевания пищевода. Немедленное проведение бронхоскопии почти никогда не требуется. Обычно можно подождать и найти индивидуальный подход, особенно у больного с полным желудком.

В связи с отеком дыхательных путей, который обусловлен присутствием самого ИТ и необходимым при этом инструментальным вмешательством, а также наличием химической пневмонии в случае аспирации пищи (особенно арахиса), больному потребуется проведение респираторного лечения в течение 24— 72 часов после удаления ИТ. Может быть необходимым применение антибиотиков, кортикостероидов, кислорода, мелкодисперсных аэрозолей и физиотерапии. После бронхоскопического удаления инородного тела у больного не происходит резкого улучшения состояния, как у больных с эпиглоттидом после интубации.

**6. РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС**

Заглоточный абсцесс чаще всего формируется у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. У детей старше 3 лет он встречается редко, что связано с нормальной регрессией размеров ретрофарингеальных лимфоузлов с возрастом. Заболевание начинается с инфекции верхних дыхательных путей, которая локализуется в заглоточных лимфоузлах в течение нескольких дней. До возникновения существенных нарушений дыхания имеют место дисфагия и отказ ребенка от пищи. Обычно отмечаются явления интоксикации, лихорадка и слюнотечение, а также инспираторный стридор и дисфагия. Для больных характерно особое положение тела (опистотоническая поза).

Методом диагностики является рентгенография шеи в боковой проекции, которая обнаруживает расширение ретрофарингеального пространства. Снимок должен быть сделан на вдохе при разогнутой шее, иначе он будет показы­вать ложноположительное расширение. Иногда в пределах расширенного заглоточного пространства отмечаются про­светления или реальные уровни воздух — жидкость. При осмотре глотки с помощью языкового шпателя и электрического фонарика часто обнаруживается ретрофарингеальная масса. Пальпация массы опасна, так как это может привести к разрыву абсцесса.

Лечение состоит во внутривенном введении больших доз антибиотиков, обычно пенициллина G (100 000 ЕД/кг в день). Чаще всего заглоточный абсцесс вызывается р-гемолитическим стрептококком. В случае возникновения флюктуации или тяжелого респираторного дистресса производятся инцизия и дренирование абсцесса в условиях операционной при тщательном контроле состояния больного опытным отоларингологом. Осложнения включают дыхательную недостаточность вследствие обструкции, разрыв абсцесса в дыхательные пути (что вызывает асфиксию или бронхопневмонию) и распространение абсцесса в прилегающие мягкие ткани шеи.

**Литература**

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Клиническая диагностика заболеваний сердца – Кардиолог у постели больного – Констант, 2004
3. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год