

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

РЕФЕРАТ

тема: Инородные тела дыхательных путей

Выполнила: ординатор II года, Тимофеева К.А

Проверил: ДМН, профессор, Ростовцев С.И.

г.Красноярск, 2019

Инородные тела дыхательных путей. Клиника, диагностика, высокотехнологичные методы лечения.

Эпидемиологические особенности.

Инородные тела чаще аспирируют дети в возрасте до 5 лет (93 %), из них до 3 лет — 68 %. Преимущественная локализация инородных тел в бронхах — 65 %, в трахее — 22 %, в гортани — 13 %. Преобладание инородных тел в правой бронхе (60 %) объясняется анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания у детей (правый бронх шире, отходит под значительно меньшим углом). Органические инородные тела составляют до 80 %, неорганические — до 20 %.

- **Патоморфологические особенности.**

Органические инородные тела вызывают раздражение слизистой оболочки дыхательных путей, гиперемию, набухание и увеличение секреции. В ранние сроки после аспирации возникает локальное нагноение с развитием гнойного эндобронхита с обтурацией бронха и развитием ателектаза участка легкого.

Неорганические инородные тела могут находиться в дыхательных путях длительно, не вызывая воспалительных изменений.

- **Патофизиологические особенности.** При нарушении бронхиальной проходимости, обусловленной инородным телом, возникают изменения со стороны легких, диафрагмы, органов средостения. Тяжесть этих изменений будет определяться степенью нарушения проходимости бронхов.

Частичное нарушение проходимости бронха сопровождается инспираторным смещением органов средостения в силу того, что через суженный инородным телом бронх при вдохе в легкое поступает воздуха меньше, и легкое полностью не вентилируется. Это создает отрицательное давление в соответствующей половине грудной клетки на вдохе и способствует смещению средостения в больную сторону. При выдохе отрицательное давление исчезает и органы средостения занимают обычное положение.

Частичное нарушение проходимости бронха с **вентильным** механизмом, когда инородное тело в бронхе позволяет возду*

ху в момент вдоха проникать в легкое, но при выдохе **затрудняет** его выход. Воздух накапливается в альвеолах и приводит к **их** перерастяжению и **экспираторной эмфиземе**. Степень **распространенности** экспираторной эмфиземы будет зависеть от **места** расположения инородного тела. При экспираторной эмфиземе **органы** средостения смещаются в противоположную сторону.

- **Полное нарушение проходимости бронха** инородным телом сопровождается прекращением поступления воздуха в соответствующую часть легкого на вдохе и его выхода на выдохе. Возникает безвоздушная легочная ткань с уменьшением ее в объеме — **ателектаз** легкого или его части, при котором альвеолы не содержат воздуха и спадаются.

i • Баллотирующие инородные тела трахеи способны вызывать I вентильный механизм то в одном, то в другом легком с развитием перемежающейся эмфиземы или ателектазы легких.

Клинические проявления.

- Инородные тела гортани проявляются острым началом заболевания, стридорозным дыханием, инспираторной одышкой, цианозом, приступообразным кашлем.
- Инородные тела **трахеи** проявляются **острым началом, приступообразным** свистящим **кашлем**, периодами **асфиксии, цианозом**, симптомами баллотирования инородного тела (хлопающий звук при дыхании).
- Инородные тела **бронхов** проявляются приступом кашля и **диспноэ** в период прохождения их через верхние дыхательные **пути** и **симптомами гнойно-воспалительного процесса** в легких в период развития осложнений.
- **Стадии клинического течения** инородных тел дыхательных путей. Острая стадия клинически проявляется в момент аспирации инородного тела приступом кашля вплоть до симптомов **асфиксии**.

Диагностика.

- Рентгенологическое исследование позволяет диагностировать рентгеноконтрастные инородные тела, ателектаз со смещением органов средостения в сторону поражения при полной обструкции бронха, вентильную эмфизему со смещением органов средостения в противоположную сторону.
- Рентгеноскопия — симптом Гольцкнехта-Якобсона или толчкообразное смещение тени средостения при дыхании.

Бронхоскопия позволяет определить локализацию и характер инородного тела, наличие воспалительных грануляций при длительном стоянии инородного тела.

Лечение

- **Бронхоскопическое удаление инородного тела** возможно в большинстве случаев. При длительно стоящих инородных телах целесообразно после одно- или двукратных бронхоскопических санаций бронхов.
- **Хирургическое лечение** показано при бронхоскопически неуда- лимых инородных телах, а также при осложнениях (кровоотечение, пневмоторакс).