

УДК 616.233-003.6-089.841

Е.М. Амангельдиев

Медицинский Центр корпорации «Казахмыс», г. Жезказган

СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХА

Аннотация

Представлено клиническое наблюдение случая длительного нахождения инородного тела бронха, послужившего причиной развития хронической пневмонии осложнившейся образованием бронхоэктазов. Описанный случай демонстрирует как диагностические возможности компьютерной томографии и бронхоскопии, так и эффективность последней в лечении подобных заболеваний.

Ключевые слова: инородное тело, бронх, бронхоскопия, пневмония, окклюзия, компьютерная томография, биопсийные щипцы.

Развитие хронической пневмонии на фоне длительной окклюзии бронха инородным телом достаточно редкий случай в клинической практике. От правильно и вовремя поставленного диагноза во многом зависит тактика ведения больного и успех его лечения.

Представляем Вашему вниманию клинический случай: Больной Д., 2004 года рождения, госпитализирован 04.04.2014 г. в детское отделение Медицинского центра корпорации «Казахмыс» с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, слабость, утомляемость, затрудненное дыхание.

Anamnesis vitae: первый ребенок в семье. Привит по календарю. Детскими инфекциями не болел. Перенес болезнь Боткина в 6 лет. Наследственность и аллергоанамнез спокоен.

Anamnesis morbi: Со слов пациента, 4 года назад проглотил колпачок от ручки, появился кашель, постепенно самостоятельно купировавшийся. Впервые за медицинской помощью обратился в декабре 2010 года с жалобами на кашель, гипертермию, слабость. При флюорографии 12.12.10 г. выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония, после чего в дальнейшем неоднократно проходил стационарное лечение ЦГБ № 1 г. Сатпаева с диагнозом правосторонняя нижнедолевая пневмония, постоянно подтверждаемый рентгенологически. За время госпитализаций больной получал антибактериальную, иммуностимулирующую терапию, с незначительным эффектом. 03.01.2011 г. взят на Д – учет. 13.04.2011 г. консультирован фтизиатром, подтвержден диагноз правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Объективно на момент поступления: состояние средней степени тяжести, за счет интоксикации. Температура тела – 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание свободное. Перкуторно отмечается притупление справа в нижних отделах. В легких дыхание жесткое, хрипы влажные на вдохе. ЧДД – 19 в мин. Сердечные тоны ясные, шумов нет. АД – 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 72 в мин. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

05.04.2014 при компьютерной томографии в рентгенотделении Медицинского центра выявлено: призна-

ки инородного тела в S 7 (S8?) с выраженными бронхоэктазами дистальнее места стеноза.

Учитывая, подозрение на наличие инородного тела бронха больной направлен на фибробронхоскопию.

При ФБС 06.04.2014 (под интубационным наркозом) выявлено: устье нижнедолевого бронха справа сужено за счет отека, слизистая гиперемирована, наблюдается обильный гнойный секрет; в просвете бронха В 7 отмечается инородное тело, конусообразной формы с отверстием на конце, окклюзирующее просвет бронха, подвижное по типу "вентиля" в пределах сегментарного бронха, покрыто частично фибрином, из отверстия инородного тела поступает обильное гнойное отделяемое. Попытка удаления инородного тела биопсийными щипцами не удалась ввиду отека и спазма устья В 7. Местно, в бронх введен 1,0 мл дексаметазона и 5,0 мл эуфиллина внутривенно, после чего инородное тело посредством треножного захвата было удалено. Эндоскопическое заключение: Инородное тело бронха В 7 нижней доли правого легкого (наконечник от шариковой ручки). Правосторонний строго ограниченный бронхит нижнедолевого бронха, III степени интенсивности воспаления.

После извлечения инородного тела на фоне проведенной антибактериальной, иммуностимулирующей, витаминной терапии, физиолечения отмечается положительная клиническая динамика, улучшение самочувствия.

Вывод. При длительно текущем локализованном воспалительном процессе в бронхах и неэффективности терапии, рекомендуется ранее проведение компьютерной томографии и/или фибробронхоскопии для исключения окклюзии бронха инородным телом.

Литература:

1. Савельева В.С. Руководство по клинической эндоскопии / под редакцией В.С. Савельева / - М, Медицина. - 1985. - 544 с.
2. Чернеховская Н.Е., Федченко Г.Г. и др. Рентгено - эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания. - Москва, МЕДпресс – информ, 2007. - 240 с.
3. Чернеховская Н.Е., Ярема И.В. Хронические обструктивные заболевания легких, - Москва. – 1998. - 148 с.

Тұжырым
КЕҢІРДЕКТЕН БӨТЕН ЗАТТЫ АЛЫП ТАСТАУ ЖАҒДАЙЫ
Е.М. Амангельдиев

«Қазақмыс» корпорациясының медицина орталығы, Жезқазған қаласы

Созылмалы өкпе қабынуының дамуына себеп болып, бронхоэктаздың қалыптасуы арқылы асқынған, кеңірдекте бөтен заттың ұзақ уақыт тұрып қалу жағдайын клиникалық бақылау ұсынылады. Сипатталған жағдай компьютерлік томография мен бронхоскопияның диагностикалық мүмкіншілігімен қатар, соңғысының осыған ұқсас ауруларды емдеудегі тиімділігін көрсетеді.

Негізгі сөздер: бөтен дене, бронх, бронхоскопия, пневмония, окклюзия, компьютерлік томография, биопсиялық қысқыштар.

Summary
CASE REPORT: REMOVAL OF THE BRONCHIAL FOREIGN BODY
Y. Amangeldiev

Medical Center of Kazakhmys Corp, Zhezkazgan

This case report describes a long-term presence of foreign body in bronchus which complicated by developing of chronic pneumonia with formation of bronchiectasia. The case demonstrates either the diagnostic capability of computed tomography and bronchoscopy, or the effectiveness of the last one in the treatment of such diseases.

Key words: foreign body, bronchus, bronchoscopy, pneumonia, occlusion, computer tomography, biopsy forceps.

УДК 616.344 – 002-07-072.1

Е.М. Амангельдиев

Медицинский Центр корпорации «Казакхмыс», г. Жезказган

**О ВАЖНОСТИ ОСМОТРА ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА
ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ РУТИННОЙ КОЛОНОСКОПИИ**

Аннотация

Представлено клиническое наблюдение подтверждающее необходимость и ценность оценки состояния подвздошной кишки при проведении рутинной фиброколоноскопии.

Ключевые слова: эндоскопия, колоноскопия, илеоцекальная зона, баугинева заслонка, подвздошная кишка, илеоскопия, болезнь Крона.

Колоноскопия – один из значимых методов диагностики и лечения в современной гастроэнтерологии, онкологии и хирургии. Трудно переоценить достоинства визуального детального осмотра слизистой толстой кишки, подкрепляемого возможностью выполнить биопсию с подозрительного участка с последующим морфологическим анализом ткани. В последнее десятилетие при колоноскопии не только проводится диагностика ранних раков, но и их эндоскопическое лечение, путем иссечения зоны поражения.

Колоноскопия технически достаточно сложная манипуляция, требующая от врача определенного уровня знаний, навыков и опыта. Даже опытному эндоскописту не всегда легко выполнить полную колоноскопию, при этом стараясь причинить как можно меньше дискомфорта пациенту, исключить болевые ощущения. Значительная часть эндоскопистов конечной точкой колоноскопии считает достижение купола слепой кишки, при этом ограничиваясь осмотром верхней части баугиновой заслонки, устья аппендикса и последовательной ревизии отделов толстой кишки по мере извлечения эндоскопа. Конечно, подобная тактика нередко оправдана и отвечает на большую часть вопро-

сов о наличии колоректальной патологии, в особенности при проведении технически трудной колоноскопии, нетерпеливости пациента.

Не все эндоскописты отдают должное илеоскопии - осмотру слизистой терминальной части подвздошной кишки путем введения колоноскопа через просвет баугиновой заслонки. Существует два способа проведения - прямой и ретроградный, при чем оба достаточно просты, не вызывают каких - либо дополнительных неприятных ощущений пациенту и зачастую незначительно продлевают обследование. Илеоскопия делает проведенную колоноскопию полноценной, с точки зрения диагностики и исключения патологии илеоцекальной зоны.

В свете выше сказанного показателем следующий случай из практики.

Пациент К., 1993 года рождения, госпитализирован 06.02.2012 г. в стационар Медцентра корпорации "Казакхмыс" с диагнозом "Лихорадка неясного генеза". Из анамнеза: болеет с июля 2011 г., когда отметил регулярное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, позднее присоединились эпизоды жидкого стула, редкие боли в околопупочной области.