

Результаты и их обсуждение. Для дальнейшего лечения ребенок переведен в хирургическое отделение, где ей была проведена операция: верхняя-срединная лапаротомия, гастротомия, удаление трихобезуара. В удовлетворительном состоянии с выздоровлением девочка выписана из стационара под наблюдение психиатра и психолога.

Выводы. Таким образом, данный случай продемонстрировал отсутствие своеобразной клинической симптоматики безоара, важное значение для диагностики имеют данные психоэмоционального статуса пациента и отношения в семье.

Литература:

1. Сидоров П.И., Михеева В.В. / Трихобезоар желудочно–кишечного тракта в клинике детского невроза. – Журнал неврологии и психиатрии. – № 2. – 2000. – С. 59–60.
2. Щербинина М. Б. / К вопросу об инородных телах желудка у человека. – Сучасная гастроэнтерология. – № 4(14). – 2003. – С. 21–24.

РИГИДНАЯ БРОНХОСКОПИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ У ДЕТЕЙ

Клочко А.И.¹, Сергиенко В.К.², Кажина В.А.¹

¹Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

²Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Бронхоскопия (от др.-греч. βρόγχος – дыхательное горло, трахея и σκοπέω – смотрю, рассматриваю, наблюдаю) – это метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева: трахеи и бронхов при помощи специального прибора – бронхофиброскопа или жесткого дыхательного бронхоскопа, часто оснащенные фото– или видеокамерой, а также манипуляторами для проведения биопсии и удаления инородных тел (ИТ).

Цель – определить наиболее приемлемую методику проведения бронхоскопии при удалении инородных тел под общей анестезией.

Материал и методы исследования. В УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с целью исследования трахеобронхиального дерева (ТБД) используются две методики – фибробронхоскопия (ФБС) и ригидная бронхоскопия. За период с 2005 по 2014 гг. было выполнено 448 бронхоскопий. ФБС применялась в 360 случаях (80,36%), с целью санации ТБД при нагноительных заболеваниях лёгких было проведено 278 манипуляций, с диагностической целью у 60 пациентов, и в 10 случаях ФБС применялась для подтверждения диагноза инородное тело дыхательных путей (ИТДП). Ригидная бронхоскопия нами проведена 88 пациентам с диагнозом ИТДП, что составило 19,64% от общего числа бронхоскопий, и в 12

случаях у новорожденных детей при врождённых пороках бронхолегочной системы.

Результаты и их обсуждение. С 2005 г. при удалении ИТДП у нас применяется только ригидная бронхоскопия при помощи видеобронхоскопа Karl Storz. Ежегодно в УЗ «ГОДКБ» извлекается около 10–12 ИТ, под общей анестезией с непрерывной искусственной вентиляцией лёгких (ИВЛ). По экстренным показаниям было выполнено 32 бронхоскопии (36,36%) в связи с развитием у детей острой (прогрессирующей) дыхательной недостаточности, по плановым показаниям – 58 (65,9%). Из них детям до 1 года выполнено 10 (11,36%) исследований, от года до трёх лет – 60 (68,18%), от трёх до шести лет – 5 (5,68%), и от 6 лет и старше помощь оказана 13 (14,77%) детям. Время проведения ригидной бронхоскопии при удалении ИТДП в 39 (44,31%) случаях длилось не более 30 мин, в 40 (45,45%) случаях бронхоскопия длилась в течение часа, и только в 9 случаях потребовалось больше 90 мин., что связано с трудным расположением ИТ и его структурой. Выбор анестезиологического пособия и метода обеспечения проходимости дыхательных путей в условиях проведения ригидной бронхоскопии, как правило, основывается на обеспечении адекватной и безопасной анестезии, приемлемой вентиляции, достижения быстрого восстановления сознания и отсутствие постнаркотических дыхательных нарушений. Исследование проводится в условиях реанимационного зала, с контролем витальных функций: АД, ЧСС, ЧД, EtCO₂, SpO₂. Производится постановка периферического внутривенного катетера, по которому до начала процедуры в качестве премедикации вводится атропина сульфата 0,1% раствор для снятия вагусного влияния и с антигистаминной целью раствор димедрола. При проведении бронхоскопии ребенок лежит на спине в положении Джексона, т.е. с максимальным разгибанием головы за счет опускания ее на специальной приставке к столу или подкладывания под плечи ребенка плоского валика. Используется аппаратно-масочная анестезия с применением ингаляционного анестетика фторатана (севофлюрана) методом пошаговой индукции с постепенным увеличением концентрации на каждые 3–4 вдоха по 0,2–0,5 об.%. с потоком свежего газа 6–8 литров в минуту, до 0,75–1,0 МАК. При наступлении хирургической стадии внутривенно струйно вводился миорелаксант короткого действия сукцинилхолин в/в дозе 2–3 мг/кг. Тубус бронхоскопа вводят в голосовую щель с помощью ларингоскопа, с изогнутым клинком, так как при этом не уменьшается вход в трахею и не травмируется надгортанник. Затем осторожно, правой рукой строго под контролем зрения проводят далее в трахею. Бронхоскопист обязан последовательно, внимательно и аккуратно осмотреть все отделы трахео-бронхиального дерева, начиная с голосовых связок и подсвязочного пространства, с целью обнаружения инородного тела, сопутствующих заболеваний, пороков или аномалий развития. Затем осматривают главные и долевые бронхи. При наличии ИТ производится его удаление специальным инструментом. Эта процедура требует подготовки, де-

ликатности и умения. В результате, чего при выполнении процедуры, не страдает оксигенация, не требуется использовать апное (как при ФБС – время удаления ИТ), происходит безопасный захват ИТ без повреждения бронхов и трахеи.

Выводы. Ригидная бронхоскопия – метод выбора для удаления инородных тел дыхательных путей. Обеспечивает возможность безопасного захвата и выведения инородного тела при сохранении визуального контроля, без риска развития осложнений. На основании нашего опыта работы, можно отметить, что ригидная бронхоскопия у детей, требует правильной организации проведения процедуры, высокую квалификацию врачей и среднего медицинского персонала, современное анестезиологическое оборудование.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Ковальчук В.И.¹, Новосад В.В.¹, Кривецкий Д.С.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно,*

²*Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно*

Введение. Со времен античности основным методом восстановления суженного просвета ЖКТ являлось бужирование. Менялись только материал, из которого изготавливались бужи.

Баллонная дилатация впервые была применена относительно недавно, в 1981 году для устранения стриктуры пищевода. Преимуществом, по крайней мере, теоретическим, баллонной дилатации над бужированием является равномерное воздействие на всем протяжении стриктуры и практическое отсутствие осевой нагрузки на ткани.

В настоящее время существуют три вида баллонов: устанавливаемые по проводнику под контролем рентгена, проводимые через канал эндоскопа под контролем зрения и сочетание первого и второго типов (баллоны для дилатации билиарных стриктур). Предназначенные для проведения через эндоскоп баллоны можно установить двумя путями. Если аппарат за стриктуру провести можно, что бывает, однако, относительно редко. То после ее преодоления баллон полностью выводится из канала и затем аппарат начинает извлекаться вместе с баллоном до достижения его правильного расположения в стриктуре. При непреодолимости стриктуры аппаратом предпринимается попытка «канюляции» баллонном области стеноза. Об успешной дилатации судят по возможности движения баллона в раздутом состоянии вперед и назад через стриктуру.