

УДК 616.329-003.6-071-08-035

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ¹, В.П. СЛИВКА², І.В. КАЛУЦЬКИЙ¹, О.О. МАЗУР¹,
Т.Г. ЧИФУРКО², Ю.Л. КАЗАНСЬКИЙ²*

**УСКЛАДНЕНЕ СТОРОННЄ ТІЛО СТРАВОХОДУ
З ТОРАКОТОМІЄЮ, ШИЙНОЮ МЕДІАСТЕНОТОМІЄЮ
ТА ЕЗОФАГОТОМІЄЮ**

¹*Курс отоларингології (зав. – доц. О.Г. Плаксивий) ВДНЗ України
«Буковинський державний медичний університет» (ректор – проф. Т.М. Бойчук);*
²*ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» (гол. лікар – В.І. Ушаков)*

Сторонні тіла стравоходу – це складна проблема практичної оториноларингології. Хворі зі сторонніми тілами стравоходу потребують невідкладної допомоги. Несвоєчасна діагностика та видалення сторонніх тіл стравоходу нерідко призводять до розвитку тяжких, а часом і небезпечних для життя ускладнень: езофагіту, параезофагіту, перфорації стравоходу, медіастиніту. Основними причинами попадання сторонніх тіл в стравохід є поспішне приймання їжі, звичка тримати різні предмети в роті, наявність зубних протезів. Зазвичай сторонні тіла затримуються в місцях фізіологічних звужень стравоходу. Цьому сприяють його патологічні зміни (рубцеві стриктури, пухлини, дивертикули та ін.).

Клінічна картина залежить від виду стороннього тіла, рівня його затримки, характеру пошкодження стравоходу. Вона менш виражена, якщо просвіт стравоходу залишається частково вільним. Хворі скаржаться на відчуття тиснення за грудниною, біль в горлі, дисфагію. Ці симптоми посилюються під час вживання рідини. При повній obturaції просвіту приєднується регургітація при прийманні їжі. Особливу небезпеку становлять крупні сторонні тіла, які, затримуючись біля входу в стравохід, можуть викликати миттєву смерть від асфіксії. Такі випадки зустрічаються при поспішному споживанні м'ясної їжі. При тривалому знаходженні крупного сто-

роннього тіла в стравоході виникає некроз стравохідної стінки, що супроводжується посиленням болю, явищами інтоксикації у зв'язку з приєднанням гнійного медіастиніту. Стороннє тіло може викликати перфорацію стравоходу, гнійний медіастеніт, прогноз при яких надзвичайно серйозний.

Для діагностики значну роль відіграють скарги хворого, анамнез, дані непрямой гіпофарингоскопії, зокрема с-м «Джексона». Металеві чужорідні тіла виявляють при оглядовій рентгенографії, в решті випадків необхідно виконувати багатоосьове рентгенконтрастне дослідження та рентгенографію шийного відділу в боковій проекції за Земцовим. Важливе діагностичне значення має фіброезофагоскопія, яку слід виконувати з особливою обережністю, щоб не пошкодити стінку стравоходу. Частота діагностичних помилок найвища при локалізації сторонніх тіл у грушоподібних синусах та вході у стравохід. Для зменшення кількості діагностичних езофагоскопій актуальним залишається проведення диференційної діагностики між пошкодженнями слизової оболонки та сторонніми тілами стравоходу. При застосуванні сучасних методів обстеження постає питання якісного контролю за розвитком запального процесу і ефективністю лікування ускладнень сторонніх тіл стравоходу.

Лікування полягає у видаленні стороннього тіла шляхом езофагоскопії за до-

помогою езофагоскопів Мезріна та Брюнін-гса. Частіше таких хворих госпіталізують в отоларингологічні стаціонари, де виконуються ці маніпуляції. Якщо таке лікування неефективне, а тим більше у разі пошкодження стравоходу під час спроби видалення стороннього тіла, пацієнтів переводять у відділення торакальної хірургії. Суть хірургічного втручання полягає в проведенні езофаготомії, видаленні стороннього тіла, ушиванні стінки стравоходу. При цьому залежно від рівня локалізації стороннього тіла використовуються шийний, черезплевральний або черезочеревинний доступи. У разі пізнього звернення хворих, у яких виникла перфорація стравоходу з розвитком гнійного медіастиніту, а можливо, і гнійного плевриту після видалення стороннього тіла, операція торакотомії з езофаготомією закінчується адекватним дрениванням зони ушкодження. В зв'язку з цим наводимо власне спостереження ускладненого стороннього тіла стравоходу.

В ЛОР-центр Чернівецької обласної клінічної лікарні 23.02.2016 р. о 7.00 поступив хворий С., 1961 р.н., зі скаргами на біль в горлі і за грудиною, що посилюється при ковтанні, виражені дисфагічні явища, помірне утруднене дихання з інспіраторною задишкою. З анамнезу відомо, що хворий випадково о 3.00 ночі уві сні проковтнув зубний протез. При поступленні хворому проведено оглядову рентгенографію ОГК і контрастну рентгенографію стравоходу з 76% розчином тріомбразу. На рентгенографії ОГК (при поступленні): легені та серце без патології. На контрастній рентгенографії стравоходу після введення 20 мл тріомбразу у міжаортобронхіальному сегменті стравоходу відмічаються дефекти наповнення без витікання контрасту у межистіння. Хворому виставлено попередній діагноз: Стороннє тіло стравоходу з пошкодженням стінок стравоходу.

Хворому після премедикації (промедол 2% – 1 мл, атропін 0,1% – 1 мл та димедрол 1% – 1,0 мл) під місцевою аплікаційною анестезією о 8.30 год проведена езофагоскопія езофагоскопом Мезріна тубус №2. На рівні 25 см від передніх різців (друге звуження) виявлено вклинене стороннє тіло стравоходу значних розмірів. Видалити

стороннє тіло під місцевою анестезією через вклинєння не вдалося.

Вирішено провести езофагоскопію з анестезіологічним забезпеченням. Хворому під загальним інтубаційним наркозом о 9.30 год проведено езофагоскопію і декілька спроб по видалєнню стороннього тіла. Стороннє тіло також видалити не вдалося через значнє вклинєння. Хворому рекомендовано консультацію торакального хірурга та проведення контрастної рентгенографії стравоходу з розчином тріомбразу в 2 проекціях у зв'язку з підозрою на перфорацію стравоходу стороннім тілом та невдалими спробами його видалєння.

Так як видалити вклинєнє стороннє тіло стравоходу, виявленє під час езофагоскопії не вдалось, хворий для подальшого лікування був переведений у відділення торакальної хірургії, де йому було проведено хірургічні втручання: бокову торакотомію справа; медіастинотомію; атипову резекцію верхівки правої легені (23.02) з 14.00 до 17.00. та шийну медіастинотомію зліва з ушиванням травматичних дефектів стравоходу (23.02) з 17.30 до 19.00.

Бокову торакотомію справа виконано по V міжребер'ю. Під час операції виявлено вільну від злук плевральну порожнину з поодиноким фіксованою злуками верхівку легені. Виконано мобілізацію верхівки легені. Під час операції виявлено виражену медіастинальну емфізему. Проведено резекцію медіастинальної плеври над стравоходом, перев'язування, пересічення та перепрошивання v. azygos. Мобілізовано стравохід на протязі 10-12 см вниз на межі з v. azygos. Під час ревізії до шийного відділу стравоходу стороннього тіла виявлено не було.

Під час операції було виконано ГДФС (стравохід прохідний; у верхній третині стравоходу по передній стінці було виявлено травматичний дефект до 2 см, через який видно стороннє тіло на рівні переходу шийного відділу стравоходу в грудний, отвір на задній стінці до 1см. Виявлено також дефект на задній стінці стравоходу розміром до 10 мм. При роздуванні стравоходу в умовах наявності фурациліну в плевральній порожнині в ділянці шийного відділу стравоходу в межистіння потрапляє повітря.

Проведено розкриття медіастинальної плеври, внаслідок чого було виявлено бульозні зміни верхівки правої легені з подальшою їх резекцією за допомогою апарату «Доплер УО-40». Аерогемостаз, дренування плевральної порожнини.

Враховуючи дані ГДФС, для видалення стороннього тіла хворому показана шийна медіастинотомія зліва з ушиванням перфорацій стравоходу.

По передньому краю лівого кивального м'язу, довжиною до 10-12 см, пошарово розсічено шкіру, підшкірно-жирову клітковину та поверхневу фасцію шиї. В основному тупим шляхом виділено шийну частину стравоходу. В нижній третині верхівки виявлено дефект стравоходу до 2,5 см по боковій стінці, звідки видалено стороннє тіло (зубний протез) розміром 2x2,5 см. Ще один дефект стравоходу виявлено по передній стінці. Дефекти ушито вузловими швами через усі шари з величезними технічними труднощами із-за низького розташування пошкоджень. Гемостаз. Пошарово шви на рану з дренуванням останньої. По закінченню хірургічних втручань, що пройшли без ускладнень, поставлено назогастральний зонд.



Стороннє тіло стравоходу (протез) езофагоскопія, торакотомія, колярна езофаготомія.

Враховуючи тяжкість хірургічних втручань та прогностичну серйозність патології, хворий для подальшого лікування був переведений в реанімаційне відділення, де

проводилась інтенсивна антибактеріальна, дезінтоксикаційна, симптоматична терапія, перев'язки, зондове годування, щоденно оглядався торакальним хірургом та отоларингологом.

27.02 хворому проведено рентгенографію ОГК лежачи: легеневий малюнок підсилений, збагачений на всьому протязі, справа в III міжребер'ї фіброзні тяжі, корені розширені, підвищеної інтенсивності, серце в нормі. Висновок: хронічний бронхіт.

28.02 в зв'язку зі значним покращенням загального стану, стабільністю вітальних функцій хворий з реанімаційного відділення переведений у відділення торакальної хірургії для подальшого лікування.

02.03 проведено контрастну рентгеноскопію стравоходу: хворому дано випити контрастну суміш тріомбасту з фізіологічним розчином в розведенні 1:1, після чого по передньо-лівій стінці верхньої третини стравоходу відмічався вихід контрасту за межі стравоходу з виповненням порожнини неправильної форми розміром 4x2 см. Решта контрасту вільно потрапляла у дистальний відділ стравоходу і шлунок. Висновок: Перфорація стравоходу на рівні його верхньої третини. Подальше лікування у відділенні торакальної хірургії з зондовим годуванням проходило гладко без ускладнень.

13.03 проведено контрольну контрастну рентгеноскопію стравоходу: акт ковтання не порушений, контрастна суміш (тріомбаст і фізіологічний розчин 1:1) вільно проходить по стравоходу без витікання за його межі. Легені розправлені. Синуси вільні.

Цього ж дня було видалено назогастральний зонд, відмінено усю медикаментозну терапію, на 2-3 дні призначено ощадливу дієту 1Б. 14.03 проведено контрольну гастродіоскопію, під час якої патологічних відхилень не виявлено. 15.03 хворий з одужанням виписаний до дому. Діагноз при виписці: Стороннє тіло шийного відділу стравоходу з перфораціями стінок стравоходу. Бульозна хвороба верхньої долі правої легені.

Даний неординарний клінічний випадок свідчить, що рання діагностика та невідкладне видалення сторонніх тіл з використанням сучасних методів знеболювання

складають основу профілактики ускладнень, а при виникненні ускладнень сторонніх тіл стравоходу, що представляють загрозу для життя, хворі підлягають адекват-

ному лікуванню з використанням отоларингологічних та торакохірургічних втручань та лікування в реанімаційних відділеннях.

Література:

1. Ганул В.Л. Перфорация шейного отдела пищевода при эзофагоскопии, их диагностика и лечение // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1969. – № 4. – С. 78.
2. Еланцев Б.В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С.309-317, 327-340.
3. Кіцера О.О. Клінічна отоларингологія. – Львів, Видавництво «Кварт», 2006. – С.416-418.
4. Дитяча отоларингологія: національний підручник / А.А. Лайко, А.Л. Косаковський, Д.Д. Заболотна [та ін.] за ред. проф. Лайка А.А. – К.: Логос, 2013. – С.492-495.
5. Млечин Б.М. Инородные тела пищевода. В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Под ред. В.Г. Ермолаева, Б.С. Преображенского, Д.М. Рутенбурга и Я.С. Темкина. – М., 1954. – 680 с.
6. Радугин К.Б., Невский Б.Н., Шапиро Л.М. Инородные тела гортаноглотки и пищевода. – М.: «Медицина». – 1973. – 160 с.
7. Шустер М.А., Калинина В.О., Чумаков Ф.И. Неотложная помощь в отоларингологии. – М.: «Медицина». – 1989. – С.83-89.

References

1. Ganul VL Perforation of the cervical esophagus during esophagoscopy, their diagnosis and treatment. Zhurn. vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1969;(4):78. Russian.
2. Elantsev BV Surgical otorhinolaryngology. Almaty; 1959: 309-317, 327-340. Russian.
3. Kitsera AA Clinical Otolaryngology. – Lviv, Publisher "Quartus", 2006: 416-418. Ukrainian.
4. Children's otolaryngology: national textbook / AA Laiko, AL Kosakovskiy, DD Zabolotnaya [et al.] Ed. prof. Laiko AA. K. : Logos;2013:492-495. Ukrainian.
5. Mlechin BM Esophageal foreign body. Proc.: Surgical throat diseases of the larynx, trachea, bronchus and esophagus. Ed. VG Ermolaeva, BS Transfiguration, DM Rutenburg and YS Temkin. M.;1954: 680 p. Russian.
6. Radugin KB, Nevsky BN, Shapiro LM Foreign bodies of the esophagus and hypopharynx. M.: Medicine;1973: 160 p. Russian.
7. Schuster MA, Kalinin VA, Chumakov FI Emergency care in otolaryngology. M.: Medicine; 1989:83-89. Russian.

Надійшла до редакції 05.07.16

© О.Г. Плаксивий, В.П. Сливка, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, Т.Г. Чифурко, Ю.Л. Казанський, 2016