

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ¹, І.В. КАЛУЦЬКИЙ¹, Т.Г. ЧИФУРКО²,
О.О. МАЗУР¹, В.В. СУЧЕВАН²*

ТАКТИЧНІ ТА ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ ПРИ СТОРОННЬОМУ ТІЛІ СТРАВОХОДУ У ХВОРОЇ НА ШИЗОФРЕНІЮ

*¹ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”
(ректор – проф. Т.М. Бойчук);
²ОКНП “Чернівецька обласна клінічна лікарня”
(в.о. ген. директора – С.А. Цинтар)*

Сторонні тіла стравоходу є актуальною проблемою практичної отоларингології. Хворі зі сторонніми тілами стравоходу потребують невідкладної допомоги. Несвоєчасна діагностика та несвоєчасне видалення сторонніх тіл стравоходу нерідко призводять до розвитку тяжких 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. Цьому сприяють різні патологічні зміни стравоходу (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 біль в горлі, дисфагію. Особливу небезпеку становлять крупні сторонні тіла, які, затримуючись біля входу в стравохід, можуть викликати миттєву смерть від асфіксії. При тривалому знаходженні крупного стороннього тіла в стравоході виникає некроз стравохідної стінки, що супроводжується посиленням болю, явищами інтоксикації у зв'язку з приєднанням гнійного медіастиніту. Стороннє тіло може викли-

кати перфорацію стравоходу, гнійний медіастиніт, прогноз при яких надзвичайно серйозний.

Для діагностики значну роль відіграють скарги хворого, анамнез, дані непрямой гіпофарингоскопії, симптоми Джексона, Денмаєра, Шліттера.

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.

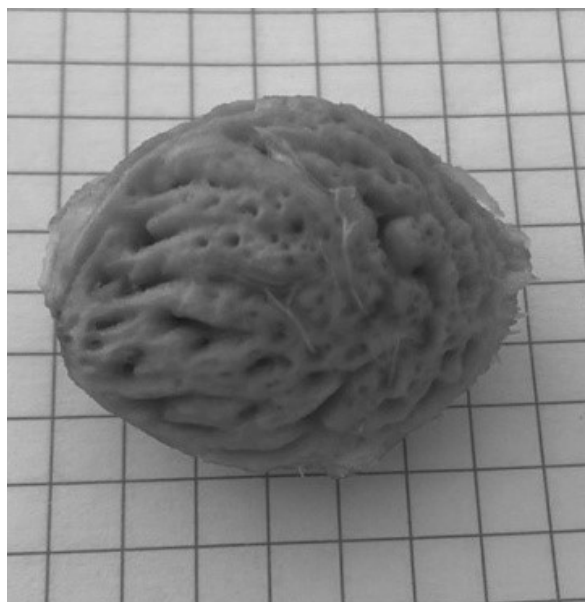
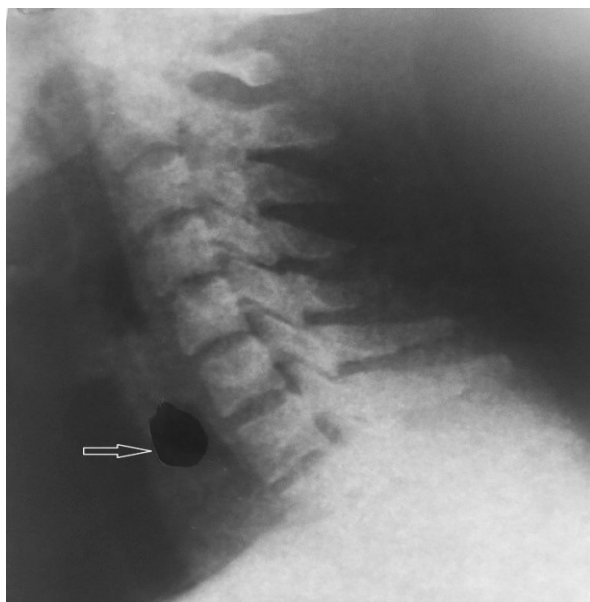
Лікування полягає у видаленні стороннього тіла шляхом езофагоскопії за допомогою езофагоскопів Мезріна та Брюнінгса. Частіше таких хворих госпіталізують в отоларингологічні стаціонари, де виконуються ці маніпуляції.

В зв'язку з вищенаведеним наводимо спостереження стороннього тіла стравоходу

у хворої, що знаходилась на лікуванні в психіатричній лікарні з приводу шизофренії, і де було допущено цілий ряд діагностичних і тактичних помилок.

На приймальний покій ОКЛ психіатричною бригадою доставлено хвору Р., 34 років, з скаргами на виражені дисфагічні явища, непрохідність їжі. Дисфагічні явища почались раптово після того, як вона проковтнула кістку від нектарину. Проведено рентгенографію ОГК, стравоходу – легені прозорі, синуси вільні, рентгенконтрастна тінь в проекції стравоходу не визначається. Контраст хвора пити категорично відмовилась. Також проведено гастрофіброскопію – на вході в стравохід стороннє тіло (кістка, можливо – нектарину або персика), апарат за кістку не проходить. Заключення: стороннє тіло на вході в стравохід. Черговий ЛОР-лікар в зв'язку з тим, що хвора потребувала спеціального психіатричного поста, вирішив хвору не госпіталізувати, а видалити стороннє тіло амбулаторно. Після премедикації (кетанов, атропін, димедрол) під місцевою анестезією в положенні сидячи проведено езофагоскопію езофагоскопом Мезріна, в ділянці рота стравоходу виявлено стороннє тіло, але видалити останнє не вдалося через неадекватну поведінку хворої. В подальшому було вирішено провести езофагоскопію в положенні лежачи з більш надійною фіксацією хворої. Тубусом езофагоскопа пройшли рот стравоходу, стороннє тіло не виявлено і маніпуляція була припинена з тієї ж причини. Лікар вва-

жав, що стороннє тіло під дією спазмолітиків пройшло в шлунок. Проведено пробу з ковтком води, хвора зробила ковток фізіологічного розчину, що також дезорієнтувало лікаря. Контрольну контрастну рентгенографію стравоходу не проводили, так як хвора категорично відмовилась пити контраст. Хвору з відповідними рекомендаціями з супроводжуючим персоналом відправлено в психіатричну лікарню. Через 4 дні хвора різко ослаблена, виснажена, з вираженими дисфагічними проявами поступила в ЛОР-відділення ОКЛ. Оглянута завідувачем відділення і завідувачем кафедри. Проведено рентгенографію шиї в боковій проекції за Земцовим. Виявлено стороннє тіло в ділянці середньої 1/3 стравоходу. Під інтубаційним наркозом проведено езофагоскопію, стороннє тіло (велика кістка від нектарину) виявлено на відстані 24-25 см від передніх різців. Особливістю видалення стороннього тіла були неодноразові спроби в результаті зісковзування щипців з кістки через її овальну форму з гладкою поверхнею. Стороннє тіло видалено. Проведено ревізію з ретельним оглядом усього стравоходу. В місці знаходження стороннього тіла – пролежень з явищами езофагіту. В стравохід введено назогастральний зонд. Ускладнень не було. Отримувала антибактеріальну терапію протягом 5 днів, зондове харчування – 4 доби. Через 5 днів після видалення стороннього тіла проведено діагностичну гастрофіброскопію. Хвора виписана для подальшого лікування в психіатричній лікарні.



Хворі зі сторонніми тілами стравоходу з шизофренією та іншими психічними розладами підлягають стаціонарному лікуванню і видаленню сторонніх тіл під загальним наркозом. Діагностично-тактичні помилки: черговий отоларинголог не проконсультувався ані з завідувачем відділення, ані з завідувачем кафедри, ані з досвідченими лікарями та не визначився з правильною лікувальною тактикою; хворій видаляли стороннє тіло амбулаторно під місцевою анестезією, при премедикації не вводилися наркотичні засоби (промедол, омнопон), так як вони підлягають суворому обліку і повинні були списані з відповідним записом в медичній карті (історії хвороби) та відповідному журналі; через недостатню премедикацію та місцеву анестезію, що посилили неадекватну поведінку хворої, не проведено езофагоскопію з оглядом всього стравоходу, стороннє тіло не виявлено та не видалено. Після невдалої спроби проведено езофагоскопію в положенні лежачи з більш надійною фіксацією хворої, при якій також не вдалося видалити стороннє тіло, а потрібно було госпіталізувати і проводити езофагоскопію

під загальним наркозом. Після езофагоскопії з невиявленим і, відповідно, не видаленим стороннім тілом хворій не було проведено контрастну рентгенографію стравоходу. Хвора відправлена в психіатричну лікарню, де скарги хворої і поведінку пов'язували з психіатричним захворюванням, а за 4 доби стороннє тіло викликало пролежень і явища езофагіту, що призвело до значного погіршення загального стану хворої. Таке тривале знаходження стороннього тіла в стравоході може призвести до перфорації стравоходу і медіастиніту. При повторному зверненні і госпіталізації лікувально-діагностичні заходи були проведені адекватно, відповідно до протоколу надання медичної допомоги хворим зі сторонніми тілами стравоходу, і хвора через 5 днів з одужанням виписана з ЛОР-відділення.

Даний клінічний випадок свідчить, що рання діагностика, врахування супутньої патології та правильна лікувальна тактика по видаленню сторонніх тіл з використанням сучасних методів знеболювання складають основу профілактики ускладнень та сприятливого прогнозу.

Література

1. Ганул ВЛ. Перфорации шейного отдела пищевода при эзофагоскопии, их диагностика и лечение. Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1969; (4): 78.
2. Еланцев БВ. Оперативная оториноларингология. Алма-Ата: КГУ; 1959. Глава 27. Эндоскопическое исследование пищевода; с. 309-17. Глава 29. Удаление инородных тел пищевода; с. 327-40.
3. Кіцера О.О. Клінічна отоларингологія. Львів: "Кварт"; 2006. С. 416-8.
4. Лайко А.А., редактор. Дитяча отоларингологія: національний підручник. Київ: Логос; 2013. С. 492-5.
5. Ермолаев ВГ, Преображенский БС, Рутенбург ДМ, Темкин ЯС, ред. Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Москва; 1954. Млечин БМ. Инородные тела пищевода; с. 680-95.
6. Радугин КБ, Невский БН, Шапиро ЛМ. Инородные тела гортаноглотки и пищевода. Москва: "Медицина"; 1973. 160 с.
7. Шустер МА, Калинина ВО, Чумаков ФИ. Неотложная помощь в отоларингологии. Москва: "Медицина"; 1989. Глава 2. Инородные тела. 2.5. Инородные тела гортанной части глотки и пищевода; с. 83-9.

References

1. Ganul VL. [Perforations of the cervical esophagus with esophagoscopy, their diagnosis and treatment]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 1969; (4): 78. [In Russian].
2. Elantsev BV. [Operative otorhinolaryngology]. Alma-Ata: KGU; 1959. Chapter 27. [Endoscopic examination of the esophagus]; p. 309-17. Chapter 29. [Removal of foreign bodies of the esophagus]; p. 327-40. [In Russian].
3. Kitsera OO. [Clinical otolaryngology]. Lviv: Quart; 2006. P. 416-8. [In Ukrainian].
4. Laiko A.A., editor. [Pediatric otolaryngology: national textbook]. Kiev: Logos; 2013. P. 492-5. [In Ukrainian].
5. Ermolaev VG, Preobrazhensky BS, Rutenburg DM, Temkin YaS., Ed. [Surgical diseases of the pharynx, larynx, trachea, bronchus and esophagus]. Moscow; 1954. Mlechin BM. Foreign bodies of the esophagus; p. 680-95. [In Russian].
6. Radugin KB, Nevsky BN Shapiro LM. [Foreign bodies of the larynxopharynx and esophagus]. Moscow: "Medicine"; 1973. 160 p. [In Russian].
7. Schuster MA, Kalinina VO, Chumakov FI. [Emergency care in otolaryngology]. Moscow: "Medicine"; 1989. Chapter 2. [Foreign bodies. 2.5. Foreign bodies of the larynx of the pharynx and esophagus]; p. 83-9. [In Russian].

Надійшла до редакції 20.05.2020

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калуцький, Т.Г. Чифурко, О.О. Мазур, В.В. Сучеван, 2020