

О.Г. Плаксивий, І.В. Калущький, О.О. Мазур, В.І. Півторак*, І.В. Булько*

*Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці; *Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова*

ТОРАКОТОМІЯ, ШИЙНА МЕДІАСТЕНОТОМІЯ ТА ЕЗОФАГОТОМІЯ ПРИ УСКЛАДНеноМУ СТОРОННЬОМУ ТІЛІ СТРАВОХОДУ

Резюме. Сторонні тіла стравоходу – складна проблема практичної оториноларингології. Несвоєчасна діагностика призводить до розвитку тяжких і небезпечних для життя ускладнень: езофагіту, параезофагіту, перфорації стравоходу, медіастиніту. Лікування полягає у видаленні стороннього тіла шляхом езофагоскопії в отоларингологічних стаціонарах. У разі пізнього звернення хворих, у яких виникла перфорація стравоходу з розвитком гнійного медіастиніту після видалення стороннього тіла, операції торакотомії з езофаготомією закінчується адекватним дренажуванням зони ушкодження. Наведено власне спостереження ускладненого стороннього тіла стравоходу. З анамнезу відомо, що хворий випадково уві сні проковтнув зубний протез. При поступленні хворому проведено оглядову рентгенографію ОГК і контрастну рентгенографію стравоходу. Хворому виставлено діагноз: Стороннє тіло стравоходу з пошкодженням стінок стравоходу. Під загальним інтубаційним наркозом проведена езофагоскопія і декілька спроб стосовно видалення стороннього тіла. Через значне вклинення стороннє тіло не вдалося видалити, тому хворий переведений у відділення торакальної хірургії, де йому проведена бокова торакотомія справа, медіастіномія, атипова резекція верхівки правої легені та шийна медіастіномія зліва з ушиванням травматичних дефектів стравоходу для видалення стороннього тіла. Після закінчення оперативних втручань, що пройшли без ускладнень, встановлено назогастральний зонд. Хворий через 19 днів після оперативного втручання з одужанням виписаний додому. Цей неординарний клінічний випадок засвідчує, що рання діагностика та невідкладне видалення сторонніх тіл становлять основу профілактики ускладнень, а при виникненні ускладнень сторонніх тіл стравоходу, що представляють загрозу для життя, хворі підлягають адекватному лікуванню з використанням отоларингологічних та торакохірургічних оперативних втручань.

Ключові слова: стороннє тіло, стравохід, торакотомія, шийна медіастіномія, езофаготомія.

Сторонні тіла стравоходу являють собою складну проблему 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 (Б.М. Млечин, 1954; В.Л. Ганул, 1969).

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 у горлі, дисфагію. Ці симптоми посилюються під час вживання рідин. При повній obturacii просвіту приєднується регургітація під час прийому їжі. Особливу небезпеку становлять крупні сторонні тіла, які, затримуючись біля входу в стравохід, можуть викликати миттєву смерть від асфіксії (Б.В. Еланцев, 1959). Такі випадки трапляються при поспішному споживанні м'ясної їжі. При тривалому знаходженні крупного

стороннього тіла у 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 (К.Б. Радугин і др., 1973).

Для діагностики значну роль відіграють скарги хворого, анамнез, дані непрямой гіпофарингоскопії, зокрема с-м «Джексона».

Металеві чужорідні тіла виявляють при оглядовій рентгенографії, у решті випадків необхідно виконувати багатоосьове рентгенконтрастне дослідження та рентгенографію шийного відділу в боковій проекції за Земцовим. Важливе діагностичне значення посідає фіброезофагоскопія, яку слід виконувати з особливою обережністю, щоб не пошкодити стінку стравоходу. Частота діагностичних помилок найвища при локалізації сторонніх тіл у грушоподібних пазухах та вході у стравохід.

Лікування полягає у видаленні стороннього тіла шляхом езофагоскопії за допомогою езофаго-

скопів Мезріна та Брюнінга. 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 оперативного втручання полягає у 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, операції торакотомії з езофаготомією закінчується адекватним дрениванням зони ушкодження [1-3]. У зв'язку з цим наводимо власне спостереження ускладненого стороннього тіла стравоходу.

У ЛОР-центр Чернівецької ОКЛ о 7.00 ранку поступив хворий С., 1961 р.н., зі скаргами на біль у горлі і за грудниною, що посилюється при ковтанні, виражені дисфагічні явища, помірне утруднене дихання з інспіраторною задишкою. З анамнезу відомо, що хворий випадково уві сні проковтнув зубний протез. При поступленні хворому проведено оглядову рентгенографію ОГК і контрастну рентгенографію стравоходу з 76 % розчинном тріомбрасу.

На рентгенографії ОГК (при поступленні): легені та серце без патології.

На контрастній рентгенографії стравоходу після введення 20 мл тріомбрасу у міжаортобронхіальному сегменті стравоходу відзначаються дефекти наповнення без витікання контрасту у середостіння. Хворому виставлено попередній діагноз: Стороннє тіло стравоходу з пошкодженням стінок стравоходу.

Хворому вирішено провести езофагоскопію з анестезіологічним забезпеченням. Під загальним інтубаційним наркозом о 9.30 проведена езофагоскопія і декілька спроб стосовно видалення стороннього тіла. Стороннє тіло також видалити не вдалося через значне вклинення. Хворому рекомендовано консультацію торакального хірурга та контрастна рентгенографія стравоходу з розчинном тріомбрасу у 2-х проекціях у зв'язку з підозрою на перфорацію стравоходу стороннім тілом та невдалими спробами його видалення.

Оскільки видалити вклинене стороннє тіло стравоходу, виявлене під час езофагоскопії не вдалось, хворий для подальшого лікування був переведений у відділення торакальної хірургії, де йому проведено оперативні втручання: Бокова торакотомія справа. Медіастіномія. Атипова резекція

верхівки правої легені та шийна медіастіномія зліва з ушиванням травматичних дефектів стравоходу.

Бокова торакотомія справа виконана по V міжребер'ю. Під час операції виявлена вільна від злук плевральна порожнина з поодиноким фіксованою злуками верхівку легені. Виконана мобілізація верхівки легені. Під час операції виявлено виражену медіастинальну емфізему. Проведено резекцію медіастинальної плеври над стравоходом, перев'язування, пересічення та перепрошивання v. azygos. Мобілізовано стравохід упродовж 10-12 см вниз на межі з v.azygos. Під час ревізії до шийного відділу стравоходу стороннього тіла виявлено не було.

Під час операції виконана ГДФС (стравохід прохідний; у верхній третині стравоходу по передній стінці виявлено травматичний дефект до 2,0 см, через який виявляється стороннє тіло на рівні переходу шийного відділу стравоходу в грудний, отвір на задній стінці до 1,0 см. Виявлено також дефект на задній стінці стравоходу розміром до 10,0 мм. При роздуванні стравоходу в умовах наявності фурациліну в плевральній порожнині в ділянці шийного відділу стравоходу в середостіння 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, дренивання плевральної порожнини.

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

По передньому краю лівого груднино-ключично-соскоподібного м'яза, довжиною до 10-12 см, поширено розсічено шкіру, підшкірно-жирову клітковину та поверхневу фасцію шиї. В основному тупим шляхом виділено шийну частину стравоходу. У нижній третині верхівки виявлено дефект стравоходу до 2,5 см по боковій стінці, звідки видалено стороннє тіло (зубний протез) розміром 2,0x2,5 см (рисунок). Ще один дефект стравоходу виявлено по передній стінці. Дефекти зашито вузловими швами через усі шари з величезними технічними труднощами через низьке розташування пошкоджень. Гемостаз. Поширено шви на рану з дрениванням останньої. Після закінчення оперативних втручань, що пройшли без ускладнень, поставлено назогастральний зонд. Враховуючи тяжкість оперативних втручань та прогностичну серйозність патології, хворий для подальшого лікування переведений в реанімаційне відділення, де проводилась інтенсивна антибактеріальна, дезінтоксикаційна, симптомати-

чна терапія, перев'язки, зондове годування; щоденно оглядався торакальним хірургом та отоларингологом.



Рисунок. Стороннє тіло стравоходу (зубний протез)

Хворому проведена рентгенографія ОГК лежачи: легеневий малюнок підсилений, збагачений на всій протяжності, справа в III міжребір'ї фіброзні тяжі, корені розширені, підвищеної інтенсивності, серце в нормі. Висновок: хронічний бронхіт.

На 4-й день у зв'язку із значним покращенням загального стану, стабільністю вітальних функцій хворий з реанімаційного відділення переведений у відділення торакальної хірургії для подальшого лікування, де проведено контрастну рентгеноскопію стравоходу: хворому дали випити контрастну суміш тріомбразу з фізіологічним розчином у розведенні 1:1, після чого по передньо-лівій стінці верхньої третини стравоходу відзначався вихід

контрасту за межі стравоходу з виповненням порожнини неправильної форми розміром 4x2 см. Решта контрасту вільно потрапляє у дистальний відділ стравоходу і шлунок. Заключення: Перфорація стравоходу на рівні його верхньої третини. Подальше лікування у відділенні торакальної хірургії із зондовим годуванням проходило гладко, без ускладнень.

Через 17 днів після оперативного втручання проведена контрольна контрастна рентгеноскопія стравоходу: акт ковтання не порушений, контрастна суміш (тріомбраз та фізіологічний розчин 1:1) вільно проходить по стравоходу без витікання за його межі. Легені розправлені. Пазухи вільні.

Цього ж дня видалено назогастральний зонд, відмінена повністю медикаментозна терапія, на 2-3 дні призначена ощадлива дієта 1Б.

Також проведено контрольну гастрофіброскопію, при якій патологічних відхилень не виявлено.

Хворий з одужанням виписаний додому.

Висновок. Цей неординарний клінічний випадок засвідчує, що рання діагностика та невідкладне видалення сторонніх тіл з використанням сучасних методів знеболювання становить основу профілактики ускладнень, а при виникненні ускладнень, що представляють загрозу для життя, хворі підлягають адекватному лікуванню з використанням отоларингологічних та торакохірургічних оперативних втручань та лікування в реанімаційних відділеннях.

Список використаної літератури:

1. Кіцера ОО. Клінічна отоларингологія. Львів. Видавництво «Кварт». 2006:416-8.
2. Лайка АА, [редактор]. Дитяча отоларингологія: національний підручник. Київ. Логос. 2013:492-5.
3. Шустер МА, Калинина ВО, Чумаков ФІ. Неотложная помощь в отоларингологии. Москва. Медицина. 1989:83-9.

ТОРАКОТОМИЯ, ШЕЙНАЯ МЕДИАСТЕНОТОМИЯ И ЭЗОФАГОТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ПИЩЕВОДА

Резюме. Инородные тела пищевода представляют собой сложную проблему практической оториноларингологии. Несвоевременная диагностика приводит к развитию тяжелых и опасных для жизни осложнений: эзофагит, параезофагиту, перфорации пищевода, медиастинита. Лечение заключается в удалении инородного тела путем эзофагоскопии в отоларингологических стационарах. В случае позднего обращения больных, у которых возникла перфорация пищевода с развитием гнойного медиастинита после удаления инородного тела, операции торакотомии с эзофаготомией заканчивается адекватным дренированием зоны повреждения. Приведено собственное наблюдение осложненного инородного тела пищевода. Из анамнеза известно, что больной случайно во сне проглотил зубной протез. При поступлении больному проведено обзорную рентгенографию ОГК и контрастную рентгенографию пищевода. Больному выставлен диагноз: Инородное тело пищевода с повреждением стенок пищевода. Под общим интубационным наркозом проведена эзофагоскопия и несколько попыток по удалению инородного тела. Из-за значительного вклинения инородное тело не удалось удалить, поэтому больной был переведен в отделение торакальной хирургии, где ему была проведена боковая торакотомия дело, медиастинотомия, атипичная резекция верхушки правого легкого и шейная медиастинотомия слева с ушиванием травматических дефектов пищевода для удаления инородного тела. По окончании оперативных вмешательств, прошедших без осложнений, установлено назогастральный зонд. Больной через 19 дней после оперативного вмешательства с выздоровлением выписан домой. Данный неординарный

клинический случай показывает, что ранняя диагностика и неотложное удаление инородных тел составляют основу профилактики осложнений, а при возникновении осложнений инородных тел пищевода, представляющие угрозу для жизни, больные подлежат адекватному лечению с использованием отоларингологических и торакохирургических оперативных вмешательств.

Ключевые слова: инородное тело, пищевод, торакотомия, шейная медиастенотомия, эзофаготомия.

THE THORACOTOMY, CERVICAL MEDIASTHENOTOMY AND ESOPHAGOTOMY WITH COMPLICATED FOREIGN BODY OF THE ESOPHAGUS

Abstract. The foreign body of the esophagus is a complex problem of practical otorhinolaryngology. Untimely diagnosis leads to the development of severe and life-threatening complications: esophagitis, paraesophagitis, perforation of the esophagus, mediastinitis. The treatment consists of removing a foreign body by ezofagoskopii in otolaryngologic hospitals. In the case of late treatment of patients who have had perforation of the esophagus with the development of purulent mediastinitis after the removal of the foreign body, the operation of thoracotomy with esophagotomy ends with adequate drainage of the damage zone. The actual observation of the complicated foreign body of the esophagus is given. It is known from the anamnesis that the patient accidentally invented swallowed a denture. At admission to the patient X-ray of the chest area and contrast X-ray of the esophagus were performed. The patient is diagnosed with: foreign body of the esophagus. An foreign body of the esophagus with damage to the walls of the esophagus. Under general intubational anesthesia, esophagoscopy and several attempts to remove an foreign body have been performed. Due to the significant inoculation, the foreign body could not be removed, so the patient was transferred to the department of thoracic surgery, where he was left lateral thoracotomy on the right, mediastinotomy, atypical resection of the right lumbar vertebra and cervical mediastinotomy on the left with the sewing of traumatic defects of the esophagus to remove the foreign body. At the end of surgical interventions that went without complications, nasogastric probe was established. The patient was discharged home after 19 days after an intervention. This unusual clinical case suggests that early diagnosis and emergency removal of foreign bodies form the basis for the prevention of complications, and in case of complications of foreign bodies of the esophagus that present a threat to life, patients are subject to adequate treatment using otolaryngologic and thoracosurgical surgical interventions.

Key words: foreign body, esophagus, thoracotomy, cervical mediasthenotomy, esophagotomy.

Відомості про авторів:

Плаксивий Олександр Григорович – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

Калуцький Ігор В'ячеславович – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

Мазур Ольга Олександрівна – асистент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

Півторак Володимир Ізяславович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри клінічної анатомії та оперативної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

Булько Ірина Віталівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри анатомії людини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

Information about the authors:

Plaksvyyi Oleksandr H. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi;

Kalutskyy Ihor V. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi;

Mazur Olga O. – Assistant of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi,

Pivtorak Volodymyr I. – Doctor of Medical Science, Professor, Head of Department of Clinical Anatomy and Operative Surgery National M.I. Pirogov Memorial Medical University;

Bulko Iryna V. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Human Anatomy National M.I. Pirogov Memorial Medical University.

Надійшла 16.01.2019 р.