

УДК 616.329-003.6-071-08-035  
DOI: 10.24061/1727-0847.19.1.2020.20

**О.Г. Плаксивий, І.В. Калуцький, О.О. Мазур, М.М. Сорохан**

*Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

## УСКЛАДНЕНЕ СТОРОННЕ ТІЛО ШИЙНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ

**Резюме.** Хворий П., 42 роки, поступив в ЛОР-відділення ОКЛ на 4-й день захворювання з вираженими больовими і дисфагічними явищами, гіпертермією, інспіраторною задишкою. На основі даних фаринго- і ларингоскопії, огляду і пальпації ший, бокової рентгенографії за Земцовим і контрастної рентгенографії стравоходу виставлено діагноз: ускладнене стороннє тіло стравоходу. Хворий консультований торакальним хірургом. Вирішено видалити стороннє тіло шляхом езофагоскопії під інтубаційним наркозом, а при неефективності провести шийну езофаготомію зліва з видаленням кістки та трахеотомію у зв'язку з реактивним набряком гортані. При езофагоскопії езофагоскопом Мезріна тубус № 2 в ділянці І-го звуження стравоходу виявлено кістку (шийний хребець курки) значних розмірів з чисельними шипами і виступами, що вклинені в бокову стінку гортаноглотки і стравоходу. Після неодноразових спроб, повертаючи стороннє тіло в різних площинах, видалити стороннє тіло через вклинення та загрозу розриву стінки стравоходу не вдалося. Проведено лівобічну шийну езофаготомію з розрізом по передньому краю кивального м'яза. Під час операції оголено стравохід між трахеєю і шийно-грудним відділом хребта. Стінка стравоходу пропальпована, зроблено спроби ручного зміщення кістки в глотку. При цьому стороннє тіло, фіксоване щипцями і одночасним проведенням тракції з додатковим проштовхуванням зі сторони рани, видалено разом тубусом езофагоскопа. Потреба в розтині стравоходу відпала. У подальшому проведена трахеотомія. Поставлено назогастральний зонд для зондового харчування. Післяопераційний період без ускладнень. Трахеотомічна трубка видалена через 4 дні, назогастральний зонд – через 7 днів. Внаслідок проведеного лікування хворий на 10-й день з одужанням виписаний. Клінічний випадок засвідчив, що діагностика і лікування сторонніх тіл стравоходу є складною проблемою отоларингології і для видалення останніх використовуються складні маніпуляції та оперативні втручання.

**Ключові слова:** стороннє тіло стравоходу, езофагоскопія, езофаготомія.

Сторонні тіла стравоходу становлять складну проблему практичної отоларингології. Несвоєчасна діагностика та видалення сторонніх тіл стравоходу нерідко призводять до розвитку тяжких, а часом і небезпечних для життя ускладнень [1-3].

Зазвичай сторонні тіла затримуються в місцях фізіологічних звужень стравоходу. Сторонні тіла трапляються у будь-якому віці, але в основному у дітей до 10-річного віку (25 %) і осіб старших за 40 років (50 %) [2, 3].

Клінічна картина залежить від виду стороннього тіла, форми, величини, рівня його затримки, характеру пошкодження стравоходу [3-5]. Хворі скаржаться на відчуття тиснення за грудниною, біль в горлі, дисфагію. Ці симптоми посилюються під час вживання рідин. При повній obturaції просвіту приєднується регургітація під час приймання їжі. Особливу небезпеку становлять крупні сторонні тіла, які, затримуючись біля входу у стравохід, можуть викликати миттєву смерть від

асфіксії [3, 5]. При тривалому знаходженні крупного стороннього тіла у стравоході може виникнути перфорація стравоходу, гнійний медіастині; прогноз при них надзвичайно серйозний [3, 4].

Для діагностики значну роль відіграють скарги хворого, анамнез, дані непрямой гіпофарингоскопії, зокрема симптоми Джексона (скупчення слини і слизу у грушоподібних пазухах, Деммайера (зміщення гортані до переду при великих сторонніх тілах у ділянці входу у стравохід, Шлітлера (поява та посилення болю під час натискання на гортань при гострих сторонніх тілах) [3, 5]. Слід пам'ятати, що біля 10 % сторонніх тіл стравоходу протікає безсимптомно [2, 3].

Металеві чужорідні тіла виявляють у процесі оглядової рентгенографії, у решті випадків необхідно виконувати багатоосьове рентген-контрастне дослідження та рентгенографію шийного відділу в боковій проекції за Земцовим. Важливе діагностичне значення має фіброезофагоскопія, яку

© Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Сорохан М.М., 2019

слід виконувати з особливою обережністю, щоб не пошкодити стінку стравоходу [2]. Частота діагностичних помилок найвища при локалізації сторонніх тіл у грушоподібних пазухах та вході у стравохід [3, 4].

Хворі зі сторонніми тілами стравоходу потребують невідкладної допомоги. Лікування полягає у видаленні стороннього тіла шляхом езофагоскопії за допомогою езофагоскопів Мезріна та Брюнінгса під місцевою анестезією з премедикацією або під ендотрахеальним наркозом [6, 7]. Частіше таких хворих госпіталізують в ЛОР-стаціонари, де виконуються ці складні маніпуляції. При великих сторонніх тілах та при невдалих спробах видалення може розвинути набряк гортані з розвитком стенозу [3, 7]. У зв'язку з цим наводимо власне спостереження ускладненого стороннього тіла стравоходу.

У ЛОР-відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні поступив хворий П., 42 р., зі скаргами на біль в горлі, що посилюється при ковтанні, виражені дисфагічні явища, помірне утруднене дихання з інспіраторною задишкою, непроходження їжі, підвищення температури тіла. Захворів три дні тому, коли під час їжі поперхнувся, закашлявся, відразу почув біль у горлі, була блювота. Звертався у ЦРЛ, де було проведено рентгенологічне дослідження, стороннє тіло не знайдено і хворий був відправлений до дому. У зв'язку із погіршенням загального стану і неможливістю ковтання доставлений в обласну клінічну лікарню. У процесі огляду виражена дисфагія, набряк лівого черпакуватого хряща і лівої черпалонадгортанної складки. Лівий грушоподібна пазуха звужена, заповнена слиною та слизом. При огляді і пальпації ший позитивні симптоми Денмайера та Шліттера. У зв'язку з явною підозрою на стороннє тіло стравоходу хворому проведено контрастну рентгенографію стравоходу з 76 % розчином тріомбразу та бокову рентгенографію за Земцовим, які підтвердили наявність стороннього тіла стравоходу.

Хворому після премедикації під місцевою аплікаційною анестезією проведена езофагоскопія езофагоскопом Мезріна тубус № 2. У гортаноглотці з переходом у стравохід виявлено стороннє тіло (кістка) значних розмірів, яка щільно вклинена у бокову стінку гортаноглотки і стравоходу. Спроби видалити стороннє тіло під м/а виявились марними через величину і форму стороннього тіла з чисельними шипами та виступами.

Вирішено провести езофагоскопію під загальним інтубаційним наркозом. Попередньо хворий консультований торакальним хірургом для узго-

дження тактики лікування. Стороннє тіло виявлено на попередньому місці – гортаноглотка з переходом на шийний відділ стравоходу. Після неодноразових спроб, повертаючи стороннє тіло в різних площинах, видалити через вклинення та загрозу розриву стінки стравоходу не вдалося. Після обговорення ситуації вирішено видалити стороннє тіло при колярній езофаготомії з послідуочим накладанням трахеостоми.

Проведено розріз шкіри по передньому краю кивального м'яза зліва від верхнього краю щитоподібного хряща до яремної ямки. М'які тканини гостро і тупо розведено в сторони. У подальшому оголено стравохід, що знаходиться між трахеєю і шийногрудним відділом хребта. Стінка стравоходу не змінена, пропальпована, зроблено спроби змістити стороннє тіло в сторону порожнини глотки і вирішено провести езофагоскопію. Під час езофагоскопії стороннє тіло фіксовано щипцями і одночасно при додатковому проштовхуванні зі сторонни рани останнє видалено (рисунок). У подальшому в зв'язку з вираженим набряком гортаноглотки та лівої половини гортані і операційною травмою проведено трахеостомию.

Отримував антибактеріальну терапію, спазмолітики, анальгетики, перев'язки, догляд за трахеостомою, зондове харчування.

Трахеотомічна трубка видалена на 4-й день. Назогастральний зонд видалено через 7 днів. Рана загоїлась первинним натягом. Шви знято на 7-8-й день. Трахеостома загоїлась вторинним натягом. Хворий виписаний з одужанням на 10-й день лікування.

**Висновок.** Клінічний випадок засвідчив, що сторонні тіла стравоходу є складною проблемою отоларингології, а рання діагностика та невідкладне видалення сторонніх тіл з використанням сучасних методів знеболювання становлять основу профілактики ускладнень.



Рисунок. Стороннє тіло стравоходу

## Література

1. Кіцера ОО. Клінічна отоларингологія. Львів, Видавництво «Кварт», 2006:416-8.
2. Лайко АА, редактор. Дитяча отоларингологія: національний підручник Київ. Логос, 2013:492-5.
3. Радугин КБ, Невский БН, Шапиро ЛМ. Инородные тела гортаноглотки и пищевода. Москва, Медицина, 1973. 160 с.
4. Ганул ВЛ. Перфорация шейного отдела пищевода при эзофагоскопии, их диагностика и лечение. Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1969;4:78.
5. Млечин БМ. Инородные тела пищевода. В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Под ред. ВГ. Ермолаева, БС. Преображенского, ДМ. Рутенбурга, ЯС. Темкина. Москва, 1954, 680 с.
6. Еланцев БВ. Оперативная оториноларингология. Алма-Ата, 1959:309-17, 327-40.
7. Шустер МА, Калинина ВО, Чумаков ФИ. Неотложная помощь в отоларингологии. Москва, Медицина, 1989:83-9.

## References

1. Kitsera O.O. Klinichna otolaringologiya. L'viv, Vidavnistvo «Kvart», 2006:416-8. [in Ukrainian].
2. Layko AA, redaktor. Dityacha otolaringologiya: natsional'niy pidruchnik. Kiiv, Logos, 2013:492-5. [in Russian].
3. Radugin KB, Nevskiy BN, Shapiro LM. Inorodnyye tela gortanoglotki i pishchevoda. Moskva, Meditsina, 1973, 160 s. [in Russian].
4. Ganul VL. Perforatsiya sheynogo otdela pishchevoda pri ezofagoskopii, ikh diagnostika i lecheniye. Zhurnal ushnykh, nosovykh i gorlovykh bolezney. 1969;4:78. [in Russian].
5. Mlechin BM. Inorodnyye tela pishchevoda. V kn.: Khirurgicheskiye bolezni glotki, gortani, trakhei, bronkhov i pishchevoda. Pod red. VG. Yermolayeva, BS. Preobrazhenskogo, DM. Rutenburga YaS. Temkina. Moskva, 1954, 680 s. [in Russian].
6. Yelantsev BV. Operativnaya otorinolaringologiya. Alma-Ata, 1959:309-17, 327-40. [in Russian].
7. Shuster MA, Kalinina VO, Chumakov FI. Neotlozhnaya pomoshch v otolaringologii. Moskva, Meditsina, 1989:83-9. [in Russian].

## ОСЛОЖНЕННОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

**Резюме.** Больной П., 42 года, поступил в ЛОР-отделение ОКБ на 4-й день заболевания с выраженными болевыми и дисфагическими явлениями, гипертермией, инспираторной одышкой. Учитывая данные фаринго- и ларингоскопии, осмотра и пальпации шеи, боковой рентгенографии по Земцову и контрастной рентгенографии пищевода, выставлен диагноз: осложненное инородное тело пищевода. Больной консультирован торакальным хирургом. Решено удалять инородное тело путем эзофагоскопии под интубационным наркозом, а при неэффективности провести шейную эзофаготомию слева с удалением кости и трахеотомию в связи с реактивным отеком гортани. При эзофагоскопии эзофагоскопом Мезрина тубус № 2 в области I-го сужения пищевода выявлено кость (шейный позвонок курицы) внушительных размеров с многочисленными шипами и выступами, который вклинен в боковую стенку гортаноглотки и пищевода. После неоднократных попыток, двигая инородное тело в различных плоскостях, удалить инородное тело из-за вклинения и угрозу разрыва стенки пищевода не удалось. Проведено левостороннюю шейную эзофаготомию с разрезом по переднему краю кивательной мышцы. Во время операции обнажен пищевод между трахеей и шейно-грудным отделом позвоночника. Стенка пищевода пропальпирована, сделаны попытки ручного смещения кости в глотку. При этом инородное тело фиксировано щипцами и одновременно проводя тракции с дополнительным проталкиванием с стороны раны инородное тело удалено вместе тубусом эзофагоскопа. Потребность в эзофаготомии отпала. В дальнейшем проведена трахеотомия. Поставлен назогастральный зонд для зондового питания. Послеоперационный период без осложнений. Трахеотомическая трубка удалена на 4 день, назогастральный зонд через 7 дней. В результате проведенного лечения больной на 10-й день с выздоровлением выписан домой. Клинический случай свидетельствует, что диагностика и лечение инородных тел пищевода является сложной проблемой отоларингологии и для удаления последних используются сложные манипуляции и оперативные вмешательства.

**Ключевые слова:** инородное тело пищевода, эзофагоскопия, эзофаготомию.

## COMPLICATED FOREIGN BODY OF THE CERVICAL ESOPHAGUS

**Abstract.** Patient P., 42 years old, was admitted to the ENT department of the regional hospital on the 4th day of the disease with severe pain and dysphagia, hyperthermia, and inspiratory dyspnea. Given the data of laryngoscopy and laryngoscopy, examination and palpation of the neck, lateral radiography according to

Zemtsov and contrast radiography of the esophagus, the diagnosis was made: a complicated foreign body of the esophagus. The patient was consulted by a thoracic surgeon. It was decided to remove the foreign body by esophagoscopy under intubation anesthesia, and if ineffective, perform cervical esophagotomy on the left with bone removal and tracheotomy in connection with reactive laryngeal edema. During an esophagoscopy with a Mezzrin esophagoscope, tube No. 2 in the area of the 1st narrowing of the esophagus revealed a bone (cervical vertebra of the chicken) of impressive size with numerous spikes and protrusions, which is wedged into the side wall of the larynopharynx and esophagus. After repeated attempts, moving the foreign body in various planes, it was not possible to remove the foreign body due to wedging and the threat of rupture of the esophagus wall. A left-sided cervical esophagotomy was performed with a cut along the front edge of the sternocleidomastoid muscle. During the operation, the esophagus between the trachea and the cervicothoracic spine is exposed. The wall of the esophagus is palpated, attempts were made to manually displace the bone in the throat. In this case, the foreign body is fixed with forceps and at the same time conducting traction with additional pushing from the side of the wound, the foreign body is removed together with the tube of the esophagoscope. The need for esophagotomy has disappeared. Subsequently, a tracheotomy was performed. A nasogastric tube for probe feeding was delivered. The postoperative period without complications. Tracheotomy tube removed on day 4, nasogastric tube after 7 days. As a result of the treatment, the patient was discharged home on day 10 with recovery. The clinical case indicates that the diagnosis and treatment of foreign bodies of the esophagus is a complex problem of otolaryngology and complex manipulations and surgical interventions are used to remove the latter.

**Key words:** foreign body of the esophagus, esophagoscopy, esophagotomy.

*Відомості про авторів:*

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

**Сорохан Микола Миколайович** – асистент кафедри ортопедичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

*Information about authors:*

**Plaksivyi Olexandr G.** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otorhinolaryngology, Head of the course of Otolaryngology of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

**Kalutskyi Ihor V.** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otorhinolaryngology of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

**Mazur Olga O.** – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otorhinolaryngology of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

**Sorohan Mykola M.** – Assistant Professor of the Department of Orthopedic Dentistry of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi.

Надійшла 15.01.2020 р.