

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Михеев А.В., Игнатов И.С., 2014
УДК 616.32-003.6

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА

А.В. МИХЕЕВ, И.С. ИГНАТОВ

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова,
г. Рязань

A RARE CASE OF A FOREIGN BODY IN THE PHARYNX AND ESOPHAGUS

A.V. MIKHEEV, I.S. IGNATOV

Ryazan State Medical University, Ryazan

Представлено редкое клиническое наблюдение перфорации стенки глотки зубным протезом в области фаринго-эзофагеального перехода, осложненное развитием глубокой флегмоны клетчаточных пространств шеи. Случай отражает сложности диагностики данной патологии у взрослых асоциальных пациентов при позднем обращении за медицинской помощью.

Ключевые слова: инородное тело, перфорация стенки глотки и пищевода, флегмона шеи.

A rare case of pharynx perforation with a denture at esophago-pharyngeal junction, complicated by neck deep space phlegmon is presented. This report shows difficulties in diagnostics of the fore-mentioned pathology in asocial adults when seeking medical care late.

Keywords: foreign body, pharynx and esophagus perforation, neck infection, neck phlegmon.

Под инородным телом пищевода подразумевают случайно или преднамеренно проглоченные предметы, не используемые в пищу, либо крупные куски непрожеванной пищи, застрявшие в нем. Попадание инородных тел в глотку и далее в пищевод явление далеко не редкое. Причин подобного множество: поспешная еда, снижение чувствительности слизистой полости рта при некоторых неврологических заболеваниях и наличии зубных протезов, привычка держать во рту гвозди, иголки, булавки и другие несъедобные предметы у лиц некоторых профессий, психические расстройства и т.д. В большинстве случаев проглоченные инородные тела свободно проходят в желудок и далее по пищеварительному тракту и выводятся из организма естественным путем. Точные данные о частоте этого заболевания до настоящего момента отсутствуют. Инородные тела одинаково часто наблюдаются как у мужчин, так и у женщин. До 12% от общего числа больных составляют дети, в основном в возрасте 1-5 лет. Однако среди обратившихся за медицинской помощью, истинные инородные тела встречаются лишь у 30-40%. У остальных пациентов при обследовании находят лишь поверхностные повреждения слизистой пищевода, вызывающие спазм и дисфагию. Локализуются инородные тела в местах физиологических сужений пищевода: в глоточно-пищеводном – 60-80%, область

бифуркации трахеи и дуги аорты – 15-20%, выше пищеводно-желудочного перехода – 5-10%. Длительность нахождения инородного тела в пищеводе может быть различна. У взрослых она обычно не велика, так как они рано обращаются за медицинской помощью. Основными симптомами застрявшего в пищеводе инородного тела является различной интенсивности боль и нарушение глотания. Основная доля инородных тел пищевода может быть удалена во время проведения эзофагогастроскопии. При длительном нахождении инородных тел в пищеводе, а также попадания в его просвет предметов, имеющих заостренные края (кости, гвозди, иголки, куски стекла и т.д.) возможна перфорация пищевода, либо развитие пролежня его стенки с развитием флегмоны шеи и медиастинита.

Приводим собственное клиническое наблюдение, демонстрирующее случай длительного нахождения инородного тела в глотке и области первого физиологического сужения пищевода, осложненное развитием флегмоны клетчаточных пространств шеи; а также трудности диагностики, возникающие у асоциальных пациентов с данной патологией.

Пациент Г. 1950 г.р. поступил в клинику факультетской хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России в отделение торакальной хирургии ГБУ РО «ОКБ» 25.04.2008 г. Со слов родственников в течение недели до по-

ступления в стационар злоупотреблял алкоголем, последние три дня отмечает нарастающее затруднение прохождения пищи по пищеводу, отек, гиперемию шеи, резкую боль при глотательных движениях, озноб. Родственниками доставлен в ГБУ РО «ОКБ». В приемном покое осмотрен ЛОР-врачом, заключение: ангина небной миндалины, заглоточный абсцесс? Консультация хирурга-стоматолога – заключение: данных за одонтогенный воспалительный процесс не отмечено. Вызван торакальный хирург. При осмотре контакт с пациентом затруднен, находится в состоянии алкогольного опьянения, возбужден, речь не четкая, не оценивает тяжесть своего состояния. Общее состояние тяжелое, стабильное. В лег-

ких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 22-24 в мин. Гемодинамика стабильная. АД = 145/75 мм рт. ст., ЧСС = 98 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Имеется выраженная подкожная эмфизема в области шеи, не нарастающая, не напряженная, на грудную стенку не распространяется. Пальпация шеи болезненна в проекции гортани, где по передней поверхности нечетко пальпируется инфильтрат. Пальпация в области яремной вырезки также болезненна. Рентгенограмма грудной клетки – тень средостения не расширена, в легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. На рентгенограмме шеи визуализируется зубной протез 7x4 см с двумя ножками (рис. 1, 2).



Рис. 1,2. Рентгенограмма шеи

Предварительный диагноз: Ино-

родное тело пищевода с перфорацией
его стенки. Перфорация стенки трахеи? Флегмона шеи. Острый верхний

медиастинит? ДН 2-3 ст. Транспортирован в операционную. Под в/в наркозом в условиях операционной выполнена фибробронхоскопия – зубной протез находится в нижней трети глотки: верхний его конец частично перекрывает просвет гортани, нижний

конец фиксирован по задней стенке в области «рта» пищевода и задней стенки гортани, «крючки» вероятно в правом синусе. Инородное тело захвачено и удалено во время прямой ларингоскопии (рис. 3).



Рис. 3. Инородное тело глотки и пищевода

ФГС после удаления зубного протеза из глотки и интубации больного: Аппарат проведен в пищевод, дефектов слизистой – разрывов, крови в шейном, грудном и абдоминальном отделах пищевода не обнаружено. По задней стенки глотки, в области «рта» пищевода и дистальнее его, в синусах (больше справа) – сгустки, подтекание крови и дефекты с повреждением как слизистого, так и подслизистого слоя и подлежащих тканей. В экстренном порядке выполнено оперативное вмешательство – симметричными разрезами с двух сторон по

внутреннему краю грудиноключично-сосцевидных мышц рассечена кожа, подкожная клетчатка. Вскрыты и дренированы клетчаточные пространства шеи. При ревизии выявлена выраженная эмфизема и имбибиция мягких тканей шеи, в рану выделилось около 80 мл мутного отделяемого. Послеоперационный период протекал тяжело. Находился в отделении реанимации, где проводилась комплексная консервативная терапия, трансфузия СЗП, вспомогательная ИВЛ. По стабилизации состояния 29.04.08 г. переведен в отделе-

ние торакальной хирургии, где проводилась антибактериальная терапия (меронем, метрогил, амикацин, абактал, цефтриаксон), дезинтоксикаци-

онная, инфузионная терапия, перевязки с растворами антисептиков. Раны зажили вторичным натяжением (рис. 4, 5).



Рис. 4, 5. Заживление ран вторичным натяжением

При контрольной ФГС перед выпиской пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. Выписан

в удовлетворительном состоянии на 32 сутки с момента поступления.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Михеев А.В. – канд. мед. наук, доц. кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.

E-mail: Almiheev77@mail.ru.

Игнатов И.С. – студент 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.