

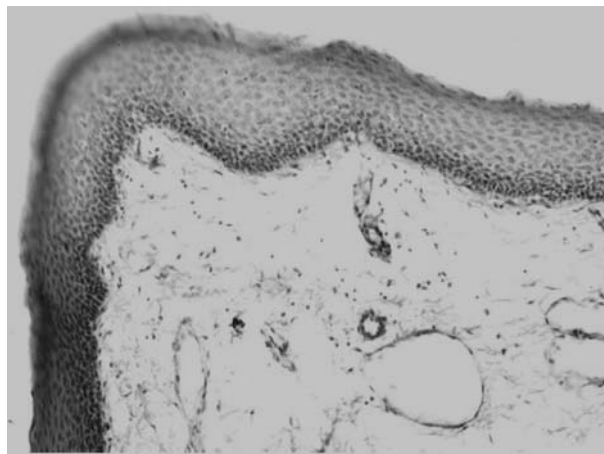


Рис. 4. Поверхностная зона полипа, покрытая многослойным плоским эпителием и отеком подлежащей ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.

В послеоперационном периоде удаление носовых тампонов производилось поэтапно в течение 5 суток, после чего носовое кровотечение не возобновлялось.

Больной выписан домой 04.02.07 в удовлетворительном состоянии с рекомендацией находиться под наблюдением гематолога и оториноларинголога.

Анализируя данное наблюдение, следует отметить редкое сочетание геморрагического диатеза и гигантского хоанального полипа. В целях минимизации риска обильного интраоперационного кровотечения, в программе послеоперационной подготовки подобных больных следует предусматривать целенаправленное восполнение дефицитных составляющих, ответственных за свертывающую систему крови.

УДК: 616.329—003.6:617.53—002.36:616.27—002

ДЛИТЕЛЬНО СТОЯЩЕЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННОЕ ЕГО ПЕРФОРАЦИЕЙ, ФЛЕГМОНОЙ ШЕИ, МЕДИАСТИНИТОМ

В. Г. Зенгер, А. В. Инкина, В. Ю. Тюкин,

Д. М. Мустафаев, О. К. Тимофеева, Е. Г. Царькова, О. О. Копченко

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского*

(Директор – з.д.н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Наиболее распространенной причиной возникновения флегмоны шеи и медиастинита в практике ЛОР-врача является перфорация пищевода [1, 3, 4].

Причинами перфораций могут быть травмы пищевода (при диагностических исследованиях, при лечебных манипуляциях, травмах инородными телами, гипербарических травмах, деструкция при химических и термических ожогах, ранения холодным и огнестрельным оружием), заболевания пищевода (синдром Бурхава, опухоли, острые и хронические изъязвления) и заболевание других органов (легких и плевры, средостения, щитовидной железы и др.) [4, 6].

Флегмонам шеи свойственно крайне тяжелое течение. Повышенное внимание к данной проблеме обусловлено прогрессирующим течением флегмон с развитием таких тяжелых осложнений как медиастинит, сепсис, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки, тромбофлебит лицевых вен и др. [1, 5].



Быстрому развитию флегмоны клетчаточных пространств шеи способствует ряд факторов – анатомические особенности шеи, сопутствующая данной нозологии патология. Характерной анатомической особенностью шеи является наличие хорошо развитой не костной основы, большого количества фасций, фасциальных узлов, межфасциальных пространств [1, 2, 5]. Ретро-висцеральное клетчаточное пространство является наиболее частым путем распространения гнойного процесса как при локализации первичного процесса на шее, так и при повреждении пищевода и глотки [4, 6].

При диагностировании глубокой флегмоны шеи, подозрении на возникновение верхнего медиастинита необходимо производить вскрытие шейным доступом, предложенным специально для ревизии клетчаточных пространств шеи и медиастинума – боковая чрезшейная медиастинотомия, предложенная В.И. Разумовским в 1899 году [3, 4].

При несвоевременной диагностике гнойного процесса шеи, недостаточном объеме оперативного вмешательства либо неадекватного послеоперационного лечения возможно развитие более тяжелых заболеваний, таких как сепсис, медиастинит [2].

При первичных гнойных медиастинитах, развивающихся вследствие перфорации пищевода, высокая гистологическая активность раневого отделяемого, помимо биологических особенностей возбудителя, объясняется и другими причинами. При локализации повреждения в нижних отделах – это заброс кислого содержимого в пищевод и из него в средостение, а при локализации повреждения в верхних отделах – попадание в гнойную полость слюны [1, 2, 4].

Симптомы эндогенной интоксикации (бледность и цианоз кожных покровов, холодный пот, одышка, тахикардия, озноб, повышение температуры тела) при гнойных медиастинитах могут иметь различную степень выраженности. При первичных перфоративных гнойных медиастинитах их интенсивность зависит от объема травмы пищевода – от выраженной при больших разрывах средне- и нижнегрудного отделов, до крайне незначительной при «точечных» повреждениях шейного отдела.

Лечение больных с развитием медиастинита необходимо продолжать совместно с торакальными хирургами, и при необходимости выполнять торакотомия по Насилову. Средостение должно быть хорошо дренировано и налажена активная вакуумная аспирация, адекватная антибиотикотерапия и проведение дополнительных методов лечения (ГБО, плазмаферез, УФО крови). Данные манипуляции позволяют существенно снизить летальность и длительность пребывания пациента с медиастинитом в клинике [4, 6].

Эффективность хирургического метода лечения зависит не только от проведения хорошей операции, но и от ряда других факторов. На течение послеоперационного периода влияет давность гнойного процесса в шее. Зачастую пациенты обращаются за специализированной медицинской помощью поздно, спустя несколько суток от начала заболевания, предварительно безрезультатно пролечившись антибиотиками. Также немаловажную роль в процессе выздоровления играет сопутствующая патология (сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, болезни сердечно-сосудистой системы и др.). Эти факторы необходимо учитывать в назначении медикаментозной терапии в послеоперационном периоде [2, 4, 6].

Приводим собственное наблюдение.

Больная К., 36 лет, из Шатурского района Московской области, находилась в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 02.05.07 по 28.05.07 с диагнозом: длительно стоящее инородное тело верхней трети пищевода (мясная кость); перфорация пищевода; флегмона шеи; медиастинит. Из анамнеза известно, что 30.04.07 вечером во время приема пищи подавилась чем-то острым (ела солянку со свиной), сразу появились жалобы на боль в горле при глотании, непрохождение жидкой и твердой пищи. 01.05.07 больная обратилась в поликлинику по месту жительства, осмотрена ЛОР-врачом. Произведено рентгенологическое исследование шеи, при котором, со слов больной, инородное тело выявлено не было, и больной назначена консервативная терапия (обезболивание, щелочные ингаляции). В течение следующих суток болевой синдром, непрохождение твердой и жидкой пищи сохранялись, больная стала отмечать повышение температуры тела до 38,0 °С. 02.05.07 утром больная обратилась в ЦРБ по месту жительства, где произведена попытка фиброэзофагоскопии, которая, по данным сопроводительных документов,



оказалась неудачной. Пациентка в сопровождении бригады скорой медицинской помощи была доставлена в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Больная предъявляет жалобы на боль в горле при глотании, непрохождение жидкой и твердой пищи. Температура тела: $37,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. АД: 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Мягкие ткани шеи не изменены, отмечается болезненность при пальпации шеи в области щитовидного хряща. Прохождение жидкой и твердой пищи резко затруднено. При непрямой ларингоскопии – грушевидные синусы заполнены слюной с примесью «старой» крови. Голосовая щель широкая. Инородное тело не визуализируется.

На боковой рентгенограмме шеи по Земцову от 02.05.07: предпозвоночные мягкие ткани утолщены начиная с уровня C_2 , но особенно выражено на C_{4-7} , тень их неоднородна, с зонами просветления (воздух). На уровне C_{4-5} определяется тень инородного тела неправильной формы с острым концом, направленным кзади (рис. 1, а).

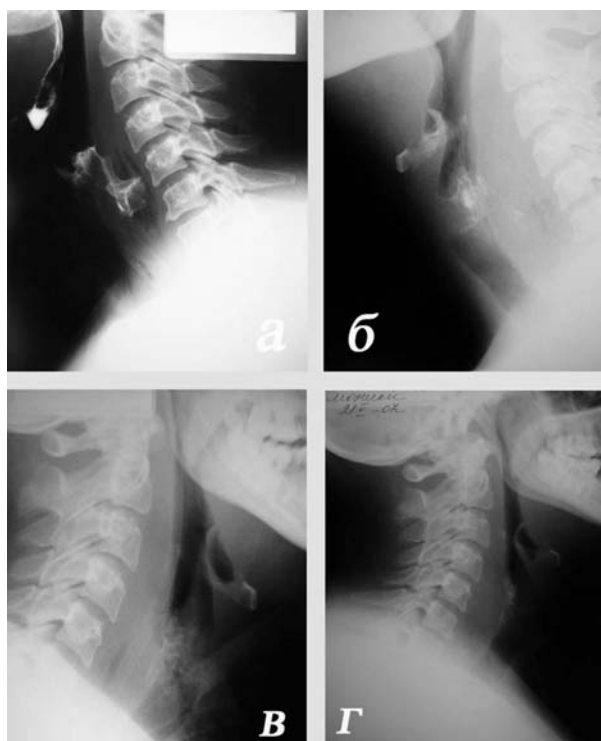


Рис. 1. Боковая рентгенография шеи по Земцову.

а – от 02.05.07: на уровне C_{4-5} определяется тень инородного тела неправильной формы с острым концом направленным кзади; б – от 04.05.07: сохраняется значительное утолщение превертебральных тканей с наличием воздуха в их толще; в – от 10.05.07, г – от 28.05.07: сохраняется расширение превертебральных тканей;

При исследовании пищевода с водорастворимым контрастом от 02.05.07 проходимость его сохранена, затеков за пределы просвета не определяется.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 02.05.07: легочные поля прозрачны. Срединная тень не расширена, не смещена (рис. 2, а).

В клиническом анализе крови от 02.05.07 отмечается лейкоцитоз ($23,310^9/\text{л}$).

Учитывая жалобы больной, данные анамнеза, физикального и рентгенологического исследования, 02.05.07 под общей анестезией произведена ригидная гипотарингозофагоскопия с удалением инородного тела. Шпателем Тихомирова выведен вход в пищевод, в котором визуализируется ущемленное крупное инородное тело, внедренное в заднюю стенку пищевода. Слизистая



оболочка вокруг отека, слегка кровоточит при дотрагивании. Щипцами типа «крокодил» инородное тело захвачено, развернуто и удалено вместе с клинком с первой попытки. Инородное тело: фрагмент позвонка размером около 2,02,0 см (рис. 3). При контрольном осмотре на задней стенке пищевода в области стояния инородного тела имеется раневая поверхность, покрытая фибрином.



Рис. 2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.

- а* – от 02.05.07: легочные поля прозрачны; срединная тень не расширена, не смещена;
б – от 04.05.07: отмечается некоторое расширение тени средостения;
в – от 22.05.07: срединная тень постепенно уменьшается;

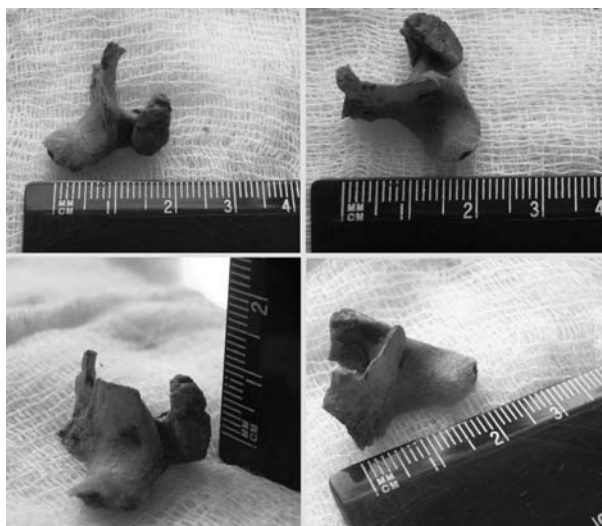


Рис. 3. Инородное тело (фрагмент позвонка размером около 2,02,0 см), удаленное во время эзофагоскопии.



Рис. 4. Общий вид больной Б., 36 лет, с диагнозом длительно стоящее инородное тело верхней трети пищевода (мясная кость); перфорация пищевода; флегмона шеи; медиастинит.

- а* – пять суток после двусторонней колырной медиастинотомии;
б – при выписке;

В послеоперационном периоде больная получала антибактериальную, симптоматическую терапию, однако ее состояние не улучшалось: сохранялась выраженная боль при глотании, невозможность проглатывания слюны, пищи. При осмотре: появилось изменение конфигурации шеи, боль по передней и боковой поверхности шеи при пальпации. Температура тела повышалась максимально до 38,7 °С.



На контрольной боковой рентгенограмме шеи по Земцову от 04.05.07 сохранялось значительное утолщение превертебральных тканей с наличием воздуха в их толще (рис. 1, б).

При исследовании пищевода с водорастворимым контрастом от 04.05.07: в месте стояния инородного тела небольшая деформация просвета и «депо» контраста.

На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки от 04.05.07 отмечалось некоторое расширение тени средостения (рис. 2, б).

Учитывая жалобы больной, данные анамнеза, физикального и рентгенологического исследования выставлен клинический диагноз: перфорация пищевода, флегмона шеи, верхний медиастинит.

04.05.07 под общей анестезией выполнена двусторонняя колярная медиастинотомия. Справа и слева по переднему краю кивательных мышц выполнены разрезы длиной около 12 см. Мягкие ткани тупо и остро отсепарованы, разведены. В межфасциальных пространствах определялись пузырьки газа. Вскрыты параэзофагальное и превертебральное пространство, справа получено около 15 мл желто-зеленого гноя с запахом. Слева гноя не получили. С обеих сторон имелся гной в заднем средостении. Было установлено 5 двухпросветных дренажей в обе раны. Желудочный зонд установить не удалось. Больная на аппарате ИВЛ через интубационную трубку была переведена в реанимационное отделение.

В реанимационном, а затем и в ЛОР-отделении больная получала массивную антибактериальную, инфузионную, симптоматическую терапию. На третьи сутки после операции больная была экстубирована и с участием эндоскопистов установлен желудочный зонд (рис. 4, а).

На КТ органов шеи и грудной клетки от 08.05.07: медиастинит – преимущественно инфильтративные изменения клетчатки заднего средостения, воздух в переднем средостении; сегментарные базальные плевропневмонии с двух сторон.

Проводился динамический рентген-контроль. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки размер срединной тени постепенно уменьшался (рис. 2, в), однако на боковой рентгенограмме шеи по Земцову – сохранялось расширение превертебральных тканей (рис. 1, в, г).

Проводились перевязки, промывание ран по дренажам, последние удалены на 18-ые сутки после операции. Выполнено 4 сеанса УФО крови. Больная консультирована неоднократно химиотерапевтом с целью коррекции антибактериальной терапии на основании результатов микробиологического исследования.

По согласованию с торакальными хирургами желудочный зонд удален на 17-ые сутки после оперативного вмешательства, больная начала питаться через рот жидкой пищей.

24.05.07 под местной анестезией выполнено наложение вторичных швов на послеоперационные раны, которые удалены на 6-ые сутки.

Больная 01.06.07 в удовлетворительном состоянии выписана из стационара под наблюдение ЛОР-врача, торакального хирурга по месту жительства. При выписке: температура тела 36,8 °С; мягкие ткани шеи спокойные, обычной окраски; питание жидкой пищей через естественные пути свободное (рис. 4, б).

Таким образом, наше клиническое наблюдение показывает, что развитие осложнений находится в прямой зависимости от длительности пребывания инородного тела в пищеводе. Чем дольше инородные тела остаются в пищеводе, тем чаще и опаснее осложнения. Отсюда вытекает вывод, что не следует медлить с удалением инородного тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В. М. Флегмона шеи / В. М. Бобров, В. А. Лысенко // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 5. – С. 61–62.
2. Волочков А. С. Диагностика и лечение перфораций пищевода: Автореф. дис. ... канд. мед наук / А. С. Волочков // – М., 1993. – 24 с.
3. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
4. Зенгер В. Г. Клиника и диагностика повреждений гортаноглотки и шейного отдела трахеи и пищевода / В. Г. Зенгер // Альманах клинической медицины. – 2004. – № 7. – С. 20–24.
5. Пальчун В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: Медицина, 2002. – 576 с.
6. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.