



УДК: 616. 2+616. 329]—003. 6

НЕОБЫЧНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕПРОВОДНЫХ И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

В. М. Исаев, В. Н. Селин, В. М. Свистушкин,
Д. М. Мустафаев, С. Б. Цагадаева, О. К. Тимофеева, Е. В. Селин

UNUSUAL FOREIGN MATTERS OF ESOPHAGUS AND RESPIRATORY WAYS

V. M. Isaev, V. N. Selin, V. M. Svistushkin, D. M. Mustafaev,
S. B. Tsagadaeva, O. K. Timofeeva, E. V. Selin

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского, г. Москва
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Авторы описывают необычные инородные тела ЛОР-органов наблюдаемые в ЛОР-клинике Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского в течение последних 10 лет.

Ключевые слова: инородные тела ЛОР-органов, бронхоскопия, эзофагоскопия.

The authors describe the unusual foreign bodies of ENT organs in the ENT clinic in Moscow regional research clinical institute named after M. F. Vladimirovsky within last 10 years.

Key words: foreign bodies of ENT organs, bronchoscopy, oesophagoscopy.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода остаются одним из самых частых неотложных состояний в практике врача-оториноларинголога. По нашим данным за последние 10 лет в ЛОР-клинике ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского ежегодно производится от 60 до 100 удалений инородных тел из пищеварительных и дыхательных путей (рис. 1, а, б).

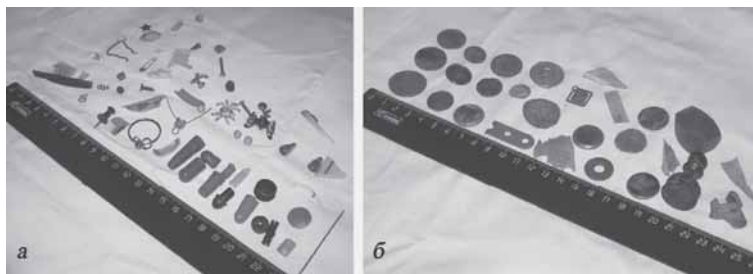


Рис. 1. а – инородные тела, удаленные из дыхательных путей;
б – инородные тела, удаленные из пищеварительных путей.

Представляем несколько наблюдений необычных инородных тел пищеварительных и дыхательных путей.

1. Больной Т., 26 лет, поступил в ЛОР-отделение МОНИКИ 27.05.99 с диагнозом: инородное тело пищевода.

Из анамнеза известно, что пациент страдает шизофренией. Находясь в психиатрической клинике под воздействием «голосов» в состоянии психоэмоционального возбуждения, неделю назад проглотил несколько предметов, в том числе молоток и часы. Через некоторое время появился дискомфорт в глотке, боль при глотании, после чего больной самостоятельно пытался удалить застрявшее инородное тело пальцами и плоскогубцами. 24.05.99 поступил в хирургическое отделение Чеховской ЦРБ, где была произведена неудачная попытка удаления инородного тела, после которой больной был переведен в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При осмотре в клинике состояние относительно удовлетворительное. При непрямой ларингоскопии в грушевидных синусах определяется скопление небольшого количества слюны. Внутренние органы без патологических изменений.



На рентгенограмме органов грудной клетки в проекции пищевода, выше ключиц, определялась тень инородного тела металлической плотности - молоток размером 10 на 6 см (рис. 2). На боковой рентгенограмме шеи воздушный столб гортани и трахеи прослеживался и не был сужен. На рентгенограмме органов брюшной полости в проекции толстого кишечника определялось несколько инородных тел металлической плотности, в том числе наручные часы, цепочка.



Рис. 2. Рентгенография органов грудной клетки больного Т., 26 лет.
Металлический молоток в верхних отделах пищевода.

Больной консультирован торакальным хирургом, который рекомендовал произвести торакоэзофаготомию с удалением инородного тела.

27.05.99 под комбинированной эндотрахеальной анестезией произведена фиброэзофагоскопия, при которой были выявлены гиперемия, отёчность слизистой оболочки, имелись участки эрозий с кровоточивостью. Визуализирована металлическая рукоятка молотка, однако удаление не удалось из-за соскальзывания петли с гладкой поверхности инородного тела, а также из-за отёка слизистой оболочки пищевода. В дальнейшем произведена попытка удаления инородного тела при помощи эзофагоскопа из набора Мезрина, не увенчавшаяся успехом, после чего был использован бронхоскоп Фриделя (тубус № 11). Щипцами типа «крокодил» инородное тело захвачено и смещено вверх; при этом край молотка внедрился в заднюю стенку гортаноглотки, в связи с чем он опять сместился вниз. Операция продолжена с помощью ларингоскопического клинка из набора «Karl Storz». Острый конец инородного тела введен в ларингоскоп, после чего данное инородное тело было удалено при помощи щипцов. Установлен назогастральный зонд. При контрольной рентгеноскопии области шеи и средостения наличия газа не обнаружено. В пищеводе небольшое количество газа, стенки его не сомкнуты; затеков, утолщения предпозвоночной клетчатки не обнаружено. Через 3 дня, после выхода остальных инородных тел из кишечника во время дефекации, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, несмотря на длительность нахождения инородного тела в пищеводе (7 дней), воспалительную отёчность его стенок, а также весьма крупные размеры и острые углы головки молотка с вклиниванием в слизистую оболочку, его удалось извлечь через естественные пути.

2. Пациент Б., 53 лет, доставлен в ЛОР-отделение МОНИКИ бригадой скорой медицинской помощи из психиатрической клиники 15.03.00 с диагнозом: подозрение на инородное тело пищевода.

Из анамнеза известно, что больной 14.03.00 в состоянии острого алкогольного психоза на фоне хронического алкоголизма был госпитализирован в психиатрическое отделение. Больной утверждал, что до поступления в клинику дома во время игры в шахматы проглотил шахматную фигуру. В связи с этим направлен в МОНИКИ, где осмотрен дежурным ЛОР-врачом.

При осмотре: область шеи не изменена, при пальпации безболезненна. При непрямой ларингоскопии после откашливания грушевидные синусы содержат вязкую слюну.

Выполнено рентгенологическое исследование органов грудной клетки в двух проекциях, где видны контуры инородного тела в верхней трети пищевода.

15.03.00 под местной аппликационной анестезией 10% раствором лидокаина при помощи эзофагоскопа из набора Мезрина, щипцами типа «крокодил» инородное тело захвачено и удалено. Инородным телом оказалась шахматная фигура «пешка», размерами 4 на 1,5 см (рис. 3). Пациент в тот же день отправлен обратно в психиатрическое отделение для продолжения лечения основного заболевания. 17.03.00 повторный осмотр: жалоб нет, питается жидкой и хорошо прожеванной пищей. Контрольная рентгенография пищевода без патологии.



Рис. 3. Шахматная фигура «пешка», удаленная из пищевода больного Б., 53 лет.

Особенностью данного наблюдения является редкий характер инородного тела пищевода.

3. Больной Ж., 2 года и 5 месяцев 11.04.06, около четырёх часов утра бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемное отделение МОНИКИ с переводом из ЦГБ, г. Воскресенска, с направительным диагнозом инородное тело пищевода.

Из анамнеза известно, что 10.04.06, около 21.00 у ребенка во время игры внезапно появились жалобы на беспокойства, боль при глотании, состояние сопровождалось однократной рвотой, без примеси крови, рвотные массы содержали остатки пищи, после чего облегчение не наступило. Эпизод проглатывания инородного тела родители не видели. Ребенок машиной скорой медицинской помощи был доставлен в приемное отделение ЦГБ, г. Воскресенска, где был осмотрен общим хирургом, произведена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, на котором обнаружено инородное тело пищевода металлической плотности (ключ) на уровне Т2-Т4. Переведен в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении, со слов родителей ребенок жалуется на беспокойство, слюнотечение, отказ от жидкой и твердой пищи. Общее состояние ребенка средней степени тяжести. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 24 ударов в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При ороскопии слизистая оболочка полости рта влажная, розового цвета, определяется обильное количество слюны в ротовой полости. При мезофарингоскопии слизистая оболочка небных дужек, задней стенки глотки розового цвета, влажная. Непрямая ларингоскопия не производилась из за возраста ребенка. В отделении ребенок осмотрен педиатром, произведена ЭКГ, лабораторные анализы – в пределах нормы.

Произведено рентгенологическое исследование: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и при рентгеноскопии в проекции пищевода, на уровне Т4-Т6 определяется тень инородного тела металлической плотности (ключи) (рис. 4, а).

Ребенок был взят в операционную и под общей анестезией произведена ригидная эзофагоскопия с удалением инородного тела пищевода. Тубус эзофагоскопа Мезрина №3 введен в пищевод. На уровне 15 см от верхних резцов в просвете пищевода визуализировалось инородное тело в виде двух ключей, соединенных кольцом. Инородное тело удалено инструментальным путем с первой попытки (рис. 4, б).

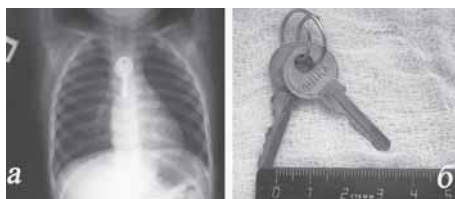


Рис. 4. а – рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции - определяется тень инородного тела металлической плотности (ключ) на уровне Th4 – Th6; б – удаленное инородное тело из пищевода в виде двух ключей, соединенные между собой кольцом.

В послеоперационном периоде ребенок получал антибактериальную, десенсибилизирующую терапию. При контрольном исследовании пищевода с водорастворимым контрастным веществом: выхода контрастного вещества за пределы стенок пищевода не выявлено. 20.04.06 ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан из ЛОР-отделения.

4. Больной К., 34 лет, подследственный СИЗО, поступил в ЛОР-клинику МОНИКИ 11.08.98 с жалобами на боли за грудиной, затруднение принятия пищи, слабость, лихорадку.

Из анамнеза установлено, что 09.08.98 он проглотил 2 гвоздя соединенных между собой ниткой и резинкой. В первые двое суток больной за медицинской помощью не обращался и только ухудшение состояния вынудило его обратиться к врачу.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 37,7°C, кожные покровы бледные. Пульс 88 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. При непрямой ларингоскопии в грушевидных синусах определяется много слюны. Пальпация в проекции сосудисто-нервных пучков шеи безболезненная. На рентгенограммах органов грудной клетки определяется тень инородного тела металлической интенсивности в проекции пищевода на уровне T1-T3.

Под общей анестезией была произведена ригидная эзофагоскопия металлической трубкой Мезрина. На уровне 25–28 см от верхних резцов в пищеводе определялось вклинившееся инородное тело, представляющее собой два металлических гвоздя длиной по 4–5 см, связанные между собой крест накрест ниткой и резинкой (рис. 5). Слизистая оболочка пищевода над инородным телом резко отечна, инфильтрирована, гиперемирована. Во время манипуляции удалось рассечь нить с резинкой и поочередно извлечь гвозди из пищевода. Установлен назогастральный зонд. Больной находился под наблюдением в ЛОР-отделении, проводились антибактериальная, дезинтоксикационная, гипосенсибилизирующая терапия. Послеоперационный период протекал спокойно и 21.18.98 больной переведен обратно в СИЗО.

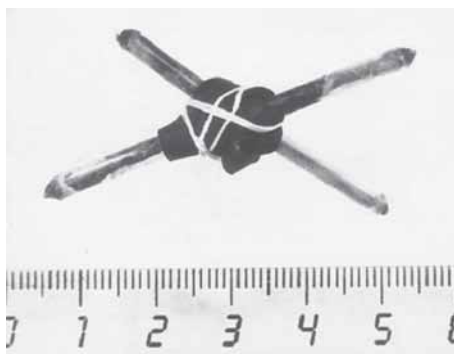


Рис. 5. Металлическое инородное тело верхней трети пищевода.

Особенностью представленного наблюдения является редкий характер инородного тела и длительность его нахождения в пищеводе. Квалифицированная совместная работа оториноларинголога и эндоскописта определила успех в лечении больного.

5. Больная К., 1958 года рождения, из Истринского района, находилась в ЛОР-клинике МОНИКИ с 18. 10. 06 по 23. 10. 06 с диагнозом: инородное тело правого главного бронха (зубной протез).

Из анамнеза было установлено, что 17.10.06, около 21:30 во время чистки зубов больная вдохнула зубной протез, после чего, сразу появились жалобы на ощущение тяжести и умеренно выраженную боль в загрудинной области, приступообразный кашель. Больная бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение ЦГБ Истринского района. Произведена обзорная рентгенография органов грудной клетки, в области нижних отделов дыхательных путей справа выявлено инородное тело металлической плотности (зубной протез). Переведена в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении состояние средней степени тяжести, температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$, кожные покровы обычной окраски. Пульс 84 в минуту. Дыхание компенсировано в покое и при физической нагрузке, бесшумное. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует, одышки нет. Отмечается редкий сухой кашель. При аускультации в легких дыхание жесткое, справа ослабленное над всей поверхностью, выслушиваются свистящие хрипы в нижних отделах. ЧДД 23 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации.

На повторной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в правом главном бронхе определяется тень инородного тела металлической плотности – зубной протез (рис. 6, а).

Под общей анестезией произведена операция: ригидная верхняя трахеобронхоскопия. Тубус дыхательного бронхоскопа из набора К. Storz №6 введен в трахею, при осмотре в устье правого главного бронха выявлено инородное тело, которое было удалено при помощи оптических щипцов типа «крокодил». Инородное тело – «зубной протез» – представлено на рисунке 6, б.

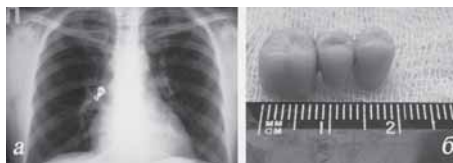


Рис. 6. а – рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции - в правом главном бронхе определяется тень инородного тела металлической плотности (зубной протез); б – зубной протез, извлеченный из правого главного бронха.

В послеоперационном периоде больная получала антибактериальную, симптоматическую терапию, массаж грудной клетки, физиолечение. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки от 18.10.06 легочные поля прозрачные. Признаки наличия свободного газа и жидкости не определяются. При выписке состояние больной удовлетворительное, температура тела в пределах нормы, дыхание свободное, при аускультации проводится во все отделы, хрипов нет.

Несмотря на большой размер аспирированного предмета, его удалось удалить через естественные дыхательные пути с помощью современной оптической техники, избегав при этом осложнений.

6. Ребенок С., 2004 года рождения, из Воскресенского района Московской области, находился в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 18.10.07 по 25.10.07, с диагнозом: инородное тело гортани, посттравматический ларингит. Со слов мамы при поступлении ребенок жаловался на выраженную охриплость, сухой кашель в ночное время, затрудненное дыхание при физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что (со слов родителей) 04.10.07 вечером во время игры дома у ребенка внезапно возник приступообразный кашель, в мокроте однократно отмечены прожилки крови, сразу появилась выраженная охриплость. Факт аспирирования инородного тела родители отрицают. К врачам не обращались. На следующий день у ребенка появились повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, затрудненное дыхание при физической нагрузке. Ребенок был осмотрен педиатром в поликлинике по месту жительства и госпитализирован в детское инфекционное отделение



с диагнозом: острый ларинготрахеит, стеноз гортани 0–I степени. В стационаре получал цефезол, кларитромицин, антигистаминные препараты. Отмечалась положительная динамика – нормализовалась температура тела, дыхание улучшилось, но сохранялась выраженная охриплость. 17.10.07 ребенок консультирован врачом оториноларингологом ЛОР-отделения МОНИКИ и с диагнозом: подозрение на инородное тело гортани, переведена в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении состояние ребенка средней степени тяжести, температура тела 36,6°C. Девочка в сознании, контактна. Положение ребенка активное, телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. При аускультации сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 90 в минуту. При аускультации в лёгких дыхание жесткое. ЧДД 20 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации. После медикаментозной седации произведена фиброларингоскопия, при которой язычная миндалина не увеличена, валлекулы и грушевидные синусы свободные, надгортанник в форме лепестка. Голосовые и вестибулярные складки умеренно гиперемированы, голосовая щель до 5 мм. На уровне голосовых складок определяется инородное тело белого цвета, стоящее поперек голосовых складок.

На рентгенограмме шеи в боковой проекции по Земцову рентгенконтрастных инородных тел не выявлено, на уровне C₅-C₇ определяется увеличение превертебральных мягких тканей.

Ребенок 18.10.07 был взят в операционную и под общей анестезией произведена прямая ларингоскопия с удалением инородного тела гортани, им оказалось пластмассовое кольцо диаметром 1,5 см (рис. 7). Ребенок на искусственной вентиляции лёгких через оротрахеальную трубку переведен в детское реанимационное отделение. 19.10.07 экстубирован, через день переведен в ЛОР-отделение. В послеоперационном периоде проводились антибактериальное, противовоспалительное лечения.



Рис. 7. Пластмассовое кольцо, 1,0 см в диаметре, удаленное из гортани ребенка С., трёх лет.

25.10.07 при выписке состояние ребенка удовлетворительное, температура тела в пределах нормы, дыхание в покое и при физической нагрузке свободное, сохраняется незначительная охриплость голоса. При контрольной фиброларингоскопии слизистая оболочка гортани незначительно гиперемирована, голосовые складки нормальной окраски, движения в полном объеме.

При контрольном осмотре через 2 недели в ЛОР-отделении МОНИКИ голос чистый, слизистая оболочка гортани розовая, голосовые складки серые, симметрично подвижные.

Особенностью представленного наблюдения является длительное нахождение в гортани необычного инородного тела в виде пластмассового кольца достаточно больших размеров. Несмотря на большой размер аспирированного предмета и его локализацию на уровне голосовой щели, форма и конструкция инородного тела в виде кольца с отверстием в центре дала возможность ребенку дышать через естественные дыхательные пути. Инородное тело удалось удалить через естественные пути при прямой ларингоскопии, избежав при этом осложнений.

Таким образом, оториноларингологу в повседневной работе приходится сталкиваться как с обычными бытовыми мелкими инородными телами ЛОР-органов, которые относительно легко могут быть удалены, так и с необычными по форме и/или крупными инородными телами удаление которых требует принятия нестандартных решений с привлечением врачей других специальностей, в частности хирургов, торакальных хирургов, эндоскопистов.