

ПЕРФОРАЦИЯ ПИЩЕВОДА РЫБЬЕЙ КОСТЬЮ С МИГРАЦИЕЙ В ПЕРВЫЙ СЕГМЕНТ ПРАВОГО ЛЕГКОГО

¹Можейко М.А., ¹Сушко А.А., ²Смирнов А.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

В статье описывается редкий случай из практики: травматическое повреждение пищевода инородным телом с миграцией его в ткань лёгкого и формированием острого абсцесса.

Ключевые слова: пищевод, инородное тело, торакотомия.

Травматическое повреждение пищевода инородным телом практически во всех случаях сопровождается быстрым развитием воспалительного процесса в параэзофагеальной клетчатке с последующим гнойным расплавлением клетчатки шеи, средостения с развитием эмпиемы плевры, перитонита [1, 2]. Летальность при данной патологии удваивается с удвоением времени от момента травмы. По данным большинства авторов, при активном хирургическом лечении до 6 ч летальность составляет 2-8% случаев; через 12 ч – 24-28%; через сутки – 48-56% случаев [3, 5]. Аспирация инородных тел в легкие наблюдается в основном в нижнедолевые бронхи, с последующим развитием аспирационной пневмонии и формированием абсцесса при несвоевременном удалении инородного тела.

На лечении в торакальном отделении Гродненской областной клинической больницы с 2004 по 2014 гг. находились 10 пациентов с травматическим повреждением пищевода инородным телом и 4 пациентов с инородными телами бронхов. При непроницаемом ранении пищевода, а также при свежей перфорации инородным телом, имеющими короткий (до 1-1,5 см) ложный ход, у четверых пациентов проводилась консервативная терапия. Пациентам назначалась антибиотикотерапия, исключение питания в течение 3-5 суток через рот с клиническим и рентгенологическим контролем. При выявлении признаков абсцедирования околопищеводной клетчатки или средостения двоим из них проводилось срочное оперативное лечение, направленное на дренирование гнойного очага. У 6 пациентов с травматическим повреждением пищевода инородным телом оперативное лечение выполнялось по экстренным показаниям. У 4 пациентов с инородными телами бронхов выполнялась экстренная фибробронхоскопия с извлечением инородных тел и последующей бронхосанацией, местной и общей антибактериальной терапией.

Однако не всегда вышеописанные случаи можно легко диагностировать. Поздние сроки обращения за медицинской помощью, рентгеногегативные инородные тела нередко осложняют диагностический поиск у таких пациентов [4, 6].

Приводим наше наблюдение. Пациент Ч., 1952 года рождения, поступил в торакальное отделение Гродненской областной клинической больницы 31.05.2014 с жалобами на интенсивный кашель, кровохарканье, одышку, общую слабость, высокую, до 38-39°C температуру тела. Из анамнеза установлено: 7 дней до поступления в клинику проглотил рыбью кость, появились боли по ходу пищевода, усиливающиеся при глотании. Обратился к отоларингологу в поликлинику по месту жительства – патологии не выявлено. В последующем боли в горле усиливались, через три дня повысилась температура тела, появился интенсивный кашель с прожилками

крови. Был направлен в торакальное отделение с диагнозом: повреждение пищевода инородным телом. При поступлении: состояние средней степени тяжести. Пульс 98-102 уд. в минуту. Сердце – тоны чистые, ясные. АД – 145/80 мм рт. ст. В легких в верхней половине справа дыхание несколько ослабленное, прослушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. В нижних отделах – дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. 02.06.2014 фиброэзофагогастроскопия. Пищевод и кардия свободно проходима. В верхней трети пищевода (17-19 см от резцов) по задне-правой стенке локальное наложение фибрина с яркой гиперемией вокруг и наличием грануляций. Желудок, луковица 12-перстной кишки без патологии.

02.06.2014 ФБС. Трахеобронхиальное дерево осмотрено до устья субсегментов. В просвете умеренное количество слизи с обеих сторон. Эндобронхиальных образований не выявлено.

03.06.2014 КТ органов грудной полости. В парамедиастинальных отделах S1 правого легкого определялся участок консолидации легочной ткани около 34x42-45 мм, идущей от верхушки к корню. В указанном участке определяется несколько воздушных полостей неправильной формы. В одной из полостей определяется косо расположенное инородное тело костной плотности около 34x2 мм, прилегающая легочная ткань затемнена по типу «матового стекла». Клетчатка между участком консолидации легкого и пищеводом уплотнена. Стенки пищевода без признаков локальных утолщений.

Заключение: картина может соответствовать абсцессу S1 правого легкого на фоне инородного тела (по типу рыбьей кости). Перипроцесс в прилегающей клетчатке средостения (рисунок 1).

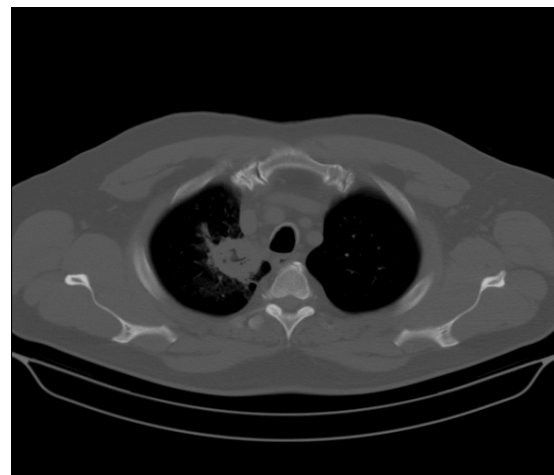


Рисунок 1. – КТ-грамма абсцесса S1 правого легкого с инородным телом

ЭКГ от 02.06.2014: синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка. Биохимическое исследование крови 02.03.2014: общий белок 72 г/л, мочевина 3,3 ммоль/л, креатинин 104 мкмоль/л, билирубин общий 10.6 мкмоль/л, АСТ 38 ед/л, АЛТ 23 ед/л, Na 136 ммоль/л, К – 4,38, хлориды – 103 ммоль/л. Эритроциты – $4,06 \times 10^9$, гемоглобин – 129 г/л, лейкоциты – $13,3 \times 10^9$, тромбоциты 292×10^9 г/л; п – 18%, с – 61%, лимфоциты 13%, моноциты – 7%. Группа крови В (III) Резус-фактор – отрицательный, RW – отрицательная.

04.06.2014 пациеЭКГ от 02.06.2014: синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка. Биохимическое исследование крови 02.03.2014: общий белок 72 г/л, мочевина 3,3 ммоль/л, креатинин 104 мкмоль/л, билирубин общий 10.6 мкмоль/л, АСТ 38 ед/л, АЛТ 23 ед/л, Na 136 ммоль/л, К – 4,38, хлориды – 10^3 ммоль/л. Эритроциты – $4,06 \times 10^9$, гемоглобин – 129 г/л, лейкоциты – $13,3 \times 10^9$, тромбоциты 292×10^9 г/л; п – 18%, с – 61%, лимфоциты 13%, моноциты – 7%. Группа крови В (III) Резус-фактор – отрицательный, RW – отрицательная.

04.06.2014 пациенту произведена операция: торакотомия справа в V межреберье, удаление инородного тела первого сегмента правого легкого (рыбья кость), санация полости абсцесса верхней доли, дренирование правого гемоторакса. Во время операции верхняя доля правого легкого отечна, первый сегмент рыхлыми спайками сращен с париетальной и медиастинальной плеврой. Произведена мобилизация верхней доли. В первом сегменте пальпаторно определяется инородное тело. Выполнена пневмотомия длиной около 2 см, при этом выделено около 10 мл сливкообразного гноя, в образовавшейся полости 3х2 см свободно расположена рыбья кость длиной 3х1 см. Полость абсцесса обработана раствором 70% этанола. Пальпаторно и визуальное средостение без признаков воспаления. Плевральная полость дренирована двумя дренажами. Рана ушита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 8-е сутки, заживление раны первичным натяжением (рисунок 2).

13.06.2014 контрольная рентгенография грудной полости в двух проекциях: легкие расправ-



Рисунок 2. – Фотография извлеченного инородного тела

лены, средостение не расширено. Умеренная инфильтрация в верхней доле правого легкого.

Пациент на 12-е сутки выписан на амбулаторное лечение. При выписке состояние пациента удовлетворительное. В легких с обеих сторон аускультативно везикулярное дыхание.

Резюмируя вышеизложенное, следует указать, что данное наблюдение является редким случаем. Инородное тело (рыбья кость) сокращениями мускулатуры пищевода прошло через его стенку, медиастинальную плевру и внедрилось в верхушечный сегмент правого легкого с образованием абсцесса, при этом ни клинически, ни во время операции не было выявлено осложнений со стороны средостения.

Прогноз лечения травматического повреждения пищевода инородным телом зависит от своевременности диагностики наличия инородного тела пищевода и квалифицированного его удаления в возможно более ранние сроки для предупреждения развития осложнений.

Своевременная диагностика и активная хирургическая тактика лечения осложнений, вызванных местными нагноительными процессами, позволяют значительно снизить летальность при данной патологии.

Литература

1. Воробей, А. В. Ятрогенные повреждения пищевода / А.В. Воробей, Е.И. Вижинас [и др.] // Актуальные проблемы хирургии, 2012. – С.48-51.
2. Комаров, Б. Д. Повреждения пищевода / Б. Д. Комаров [и др.]. М., 1981. – 175с.
3. Карпицкий, А. С. Метод торакоскопического ведения больных с синдромом Бурхаве / А. С. Карпицкий [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 2006. - №1. - С.66-69.
4. Чиссов, В. И. Ушивание и укрепление швов стенки пищевода при ее повреждениях и свищах в острой стадии / В. И. Чиссов. // Хирургия, 1976. - №10. - С.12-13.
5. Можейко, М. А. Лечение травматических повреждений пищевода. / М. А. Можейко [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2013 – №2. – С 28 - 31.
6. Linder, A., Friedel, G., Toomes, H. The status of surgical thoracoscopy in thoracic surgery // Chirurg. – 1994. – Aug; 65(8) – P. 687-92.

Literatura

1. Vorobej, A.B. Paratherapeutic damages of gullet / A.B.Vorobej, E.I. Viginis [and other] // Issues of the day of surgery, 2012. - C.48-51.
2. Komarov, B.D. Damages of gullet / B.D. Komarov [and other]. M., 1981. - 175с.
3. Karpickij, A.S. Method of thoracoscopic conduct of patients with the syndrome of Burhawe / A.S. Karpickij [and other] // Pectoral and cardiovascular surgery, 2006. - №1. - C.66-69.
4. Chissov, V.I. Taking in and strengthening of guy-sutures of wall of gullet at her damages and fistulas in the sharp stage / of V.I. Chissov // Surgery, 1976. - №10. - C.12-13.
5. Mojeiko, M.A. Treatment of traumatic damages of gullet. / M.A. Mojeiko, [and other] // Magazine of the Grodno state medical university. - 2013 - №2. - From 28 - 31.
6. Linder, A., Friedel, G., Toomes, H. The status of surgical thoracoscopy in thoracic surgery // Chirurg. - 1994. - Aug; 65 (8) - P. 687-92.

ESOPHAGEAL PERFORATION WITH A FISH BONE WITH MIGRATION TO FIRST SEGMENT OF
RIGHT LUNG

¹Mozheyko M.A., ¹Sushko A.A., ²Smirnov A.V.

¹Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Health Institution «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

The article describes a rare case from practice: traumatic esophageal injury with a foreign body followed by its migration to the lung tissue and development of acute abscess.

Key words: *esophagus, foreign body, thoracotomy.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: hir1@grsmu.by

Поступила 12.03.2015