

О ДИАГНОСТИКЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ГЛОТКИ

Б. Н. Невский

Научно-исследовательский институт уха, горла и носа
(директор — проф. Н. А. Бобровский) Минздрава РСФСР

По данным Я. А. Шварцберга (1939), Н. П. Акаевой (1953), Hager'a (1952) и др., из всех инородных тел пищеводных путей в глотке застревает от 2,5 до 12%, а остальные 88—97,5% застревают в пищеводе.

Хотя инородные тела глотки более доступны обнаружению и удалению, чем пищевода, но и они могут приводить к развитию тяжелых, а иногда и смертельных осложнений (Т. И. Гордышевский, 1936; Т. С. Сунаргулов, 1959; и др.).

В носоглотке инородные тела застревают крайне редко; чаще они застревают в среднем отделе глотки — ротоглотке, где и легко обнаруживаются прямым осмотром. Иногда отломки рыбьих костей, внедрившиеся в толщу небных миндалин, удается выявить лишь при ощупывании пальцами.

Значительно сложнее обстоит дело с диагностикой инородных тел нижнего отдела глотки (гортаноглотки). Большинство авторов (В. А. Смирнова, 1954; A. Seiffert, 1953; и мн. др.) для диагностики инородных тел гортаноглотки рекомендует осмотр гортанным зеркалом. В то же время они отмечают, что положительный результат получается далеко не всегда, особенно при локализации инородных тел в грушевидных синусах и позади печатки перстневидного хряща.

Рентгенологическое исследование с контрастной взвесью не является достаточно надежным для диагностики инородных тел глотки. Как отмечала С. В. Иванова-Подобед (1932), контрастная взвесь даже в патологически неизмененных грушевидных синусах «задерживается надолго». Бесконтрастная же рентгенография шеи, по Г. М. Земцову (1952), позволяющая запечатлеть на пленке даже мелкие и тонкие рыбьи кости, широкого применения, к сожалению, до сих пор еще не получила.

А. И. Савицкий (1940) рекомендует для диагностики инородных тел глотки применять пальцевое исследование. Однако еще в 1905 г. Р. И. Венгловский отмечал, что до конца глотки пальцами дойти невозможно.

Д. И. Зимонт (1940) считает, что инородные тела, расположенные в глотке на уровне перстневидного хряща или в грушевидных пазухах, могут быть обнаружены «только при помощи эндоскопических методов». Для этой цели он применял шпатели Брюнниса, Тихомирова или ортоскоп своей конструкции, а A. Seiffert (1953) предпочитает нижние отделы глотки осматривать эзофагоскопом.

Противоречивость литературных данных о тактике врача при инородных телах глотки побудила нас провести исследование по выяснению ценности различных способов диагностики и удаления инородных тел глотки.

С этой целью нами использованы как архивный материал за 1946—1957 гг., так и собственные наблюдения, проведенные в 1958—1962 гг.

С 1946 по 1961 гг. на стационарном лечении в клинике Института с инородными телами глотки и пищевода находилось 1159 человек, из них с инородными телами глотки 43 и связанными с ними повреждениями глотки — 44. Больные были только взрослые (от 20 до 77 лет), мужчин — 33, женщин — 54.

В 79,3% инородными телами были кости (преимущественно рыбы).

Больных с застреванием инородных тел в носоглотке не было. У 17 больных изменения (у 2 — инородные тела и у 15 — травматические повреждения) локализовались в ротоглотке. Инородные тела у больных этой группы были обнаружены при осмотре у корня языка и удалены изогнутым корнцангом.

Вторую группу (70 человек) составили больные с локализацией инородных тел (41) и травматических повреждений (29) в гортаноглотке. Для установления диагноза использовались, помимо анамнестических указаний, также данные осмотра и рентгенологического исследования.

Инородные тела гортаноглотки были обнаружены осмотром с помощью гортанного зеркала лишь у 8 из 41 чел. У одной больной кроличья кость обнаружена при ощупывании зондом в глубине суженного вследствие отека слизистой оболочки грушевидного синуса. Из данных осмотра следует, что характерны для инородного тела гортаноглотки или ее повреждения отек слизистой оболочки черпаловидных хрящей (34,3%) и сужение грушевидных ямок (31,4%). У 9 больных отек слизистой оболочки черпаловидных хрящей сопровождался ограничением подвижности соответствующей половины гортани.

Застоя слюны в грушевидных ямках (симптом Джексона) при инородных телах гортаноглотки мы не наблюдали, в то время как при инородных телах и повреждениях пищевода (Казанский мед. ж., 1962, 6) он наблюдался в 14—17,6%. Этот факт мы объясняем тем, что при инородных телах и повреждениях гортаноглотки, затрагивающих одну сторону, осуществляется отток секрета и слюны в пищевод через свободный, неповрежденный грушевидный синус другой стороны.

Путем осмотра инородные тела обнаружены лишь у 19,5% больных, поэтому дополнительно проводилось рентгенологическое обследование, в основном боковая

бесконтрастная рентгенография шеи. У всех 27 больных, которым применено это исследование, на рентгенограммах обнаружена тень инородного тела чаще всего на уровне нижнего края тел 4 или 5 шейных позвонков.

В силу анатомического строения грушевидных синусов и отсутствия в них воздуха выявить на рентгенограммах повреждения их слизистой оболочки не удастся.

У одной больной длинная рыбья кость перфорировала грушевидный синус (больная пыталась протолкнуть инородное тело глотанием хлебных корок) и внедрилась в боковую дольку щитовидной железы, вызвав явления острого стромита. Сторона локализации была установлена томографическим исследованием, больная переведена в хирургическое отделение, где проф. Б. С. Розановым произведена наружная операция и инородное тело удалено.

Опыт толкования рентгенологической картины и умение определить на снимке уровень локализации инородного тела имеют большое значение. Так, больной Л., 35 лет, 23/XI 1962 г. произведена эзофагоскопия по поводу говяжьей кости в шейном отделе пищевода. При самом тщательном осмотре инородное тело не было обнаружено. На контрольной рентгенограмме тень инородного тела на прежнем месте (верхний край 6 шейного позвонка). Томографическое исследование показало, что инородное тело находится в правой грушевидной ямке. Инородное тело удалено при гипофарингоскопии.

Из данного наблюдения вытекает практический вывод, что прежде чем приступить к эндоскопии необходимо на рентгенограмме уточнить локализацию инородного тела. По уровню нахождения инородного тела следует планировать и вмешательство: гипофарингоскопию или же эзофагоскопию. Осматривать нужно обязательно оба грушевидных синуса, так как сторону локализации можно установить лишь на рентгенограммах в «косых положениях» или томографическим исследованием, которые следует применять шире при инородных телах гортаноглотки. На необходимость осмотра обоих грушевидных синусов указывал еще в 1923 г. G. von Eicken.

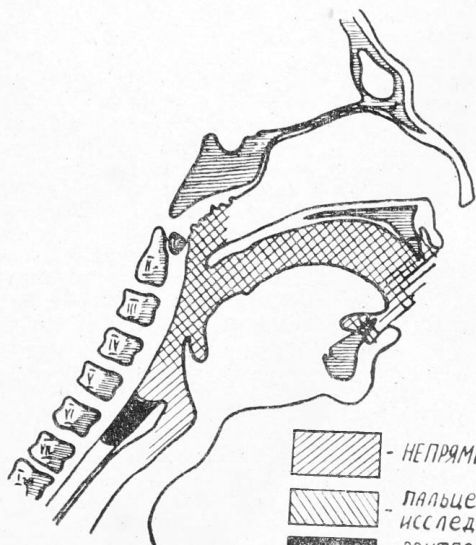


Рис. 1. Диагностические возможности различных методов исследования глотки (схема). Зоны глотки, доступные обследованию.

Вызывает определенный интерес и следующее наблюдение: больная Д., 52 лет, подавилась рыбьей костью. Обследована рентгенологически с контрастной взвесью, и произведено пальцевое исследование. Инородное тело не обнаружено, и больная была отпущена. Так как боль не проходила, она обратилась в клинику нашего Института. На рентгенограмме отмечена тень инородного тела позади черпаловидных хрящей. Произведена гипофарингоскопия. Инородное тело выявлено в правом грушевидном синусе; при попытке удаления оно исчезло из поля зрения, надо полагать, прошло в желудок, так как на контрольной рентгенограмме глотки тени инородного тела не выявлено.

Аналогичное наблюдение было у нас в 1961 г. К нам обратилась гражданка с жалобами на резкую боль в горле после рыбного блюда. В одном из лечебных учреждений, куда она обратилась, инородное тело не было диа-

гностировано ни при пальцевом исследовании, ни при контрастной рентгенографии. При осмотре с помощью гортанного зеркала мы обнаружили и удалили крупную рыбью кость, лежавшую в валлекулах.

Вышеприведенные наблюдения, а также указание Р. И. Венгловского (1905) о невозможности достичь нижнего конца глотки пальцами побудили нас провести экспериментальные исследования. Мы решили выявить ценность пальцевого исследования для определения инородных тел и других патологических изменений в гортаноглотке.

Пальцевое исследование гортаноглотки можно производить вторым и третьим пальцами, или одновременно вторым, третьим и четвертым пальцами, или, наконец, с помощью кисти руки до начала первого межпальцевого промежутка (уровня пястно-фалангового сочленения I пальца).

Предварительно мы измерили параметры кистей рук (19 правых и 3 левых) у 22 врачей (16 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 23 до 67 лет.

Длина от конца ногтевой фаланги среднего пальца, как наиболее длинного, до начала 3 межпальцевого промежутка составила $7,97 \pm 0,0853$ см, до начала 4 межпальцевого промежутка $8,9 \pm 0,0235$ см и расстояние от конца ногтевой фаланги 3 пальца до начала 1 межпальцевого промежутка $12,7 \pm 0,147$ см.

При наружном измерении на 22 свежих трупах (9 мужского и 13 женского пола) в возрасте от 26 до 72 лет, скончавшихся от различных заболеваний, расстояние от передних верхних резцов до входа в пищевод составило $15,2 \pm 0,194$ см, а при внутреннем измерении зондом $14,9 \pm 0,191$ см (по данным Р. И. Венгловского, Д. И. Зимонта, А. И. Фельдмана, А. Х. Миньковского и Б. С. Розанова, оно составляет от 14,8 до 17 см).

Проведенные нами измерения длины пальцев и расстояния от края зубов до входа в пищевод показали, что достичь кончиками пальцев нижних отделов глотки невозможно.

Это получило подтверждение при воспроизведении такого обследования на этих же 22 трупах путем надевания на палец врача металлического наперстка с регистрацией получаемых результатов на боковых рентгенограммах шеи. При этом удавалось достигнуть в глотке лишь уровня середины тела 4-го шейного позвонка, тогда как глотка переходит в пищевод на уровне середины тела 6-го позвонка (Венгловский, Савицкий, Фельдман и др.).

С помощью пальцев в лучшем случае можно достичь лишь верхнего края области черпаловидных хрящей (см. рис. 1), то есть тех отделов глотки, которые доступны осмотру гортанным зеркалом.

По этой причине пальцевое исследование не может обеспечивать во всех случаях обнаружения инородных тел гортаноглотки, а также и других патологических изменений в грушевидных синусах и во входе в пищевод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акаева Н. П. В кн.: Тр. по оториноларингол. Тез. докл., Уфа, 1953.
2. Венгловский Р. И. Эзофагоскопия. М., 1905.
3. Гордышевский Т. И. Вестн. оториноларингол., 1936, 5.
4. Земцов Г. М. Вестн. рентгенол. и радиол., 1952, 6.
5. Зимонт Д. И. В кн.: Хирургия верхних дыхательных путей. Т. I, Ростов н/Д, 1940.
6. Иванова-Подобед С. В. Сов. хир. 1932, т. III, 1—2.
7. Миньковский А. Х. В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода. М., 1954.
8. Невский Б. Н. Казанский мед. ж., 1962, 6.
9. Розанов Б. С. Инородные тела и травма пищевода и связанные с ними осложнения. М., 1961.
10. Савицкий А. И. Клиническая эзофагоскопия. М., 1940.
11. Смирнова В. А. В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода. М., 1954.
12. Сунаргулов Т. С. Вестн. оториноларингол., 1959, 3.
13. Тонков В. Н. Учебник анатомии человека. Т. I. М., 1953.
14. Фельдман А. И. Болезни пищевода. М., 1949.
15. Шварцберг Я. А. Вестн. оториноларингол., 1939, 5.
16. G. von Eicken. Ztschr. f. Hals-Nasen u. Ohrenhkl., 1923, Bd. 4.
17. Hager A. Wiener med. Wschr., 1952, 9, Bd. 102.
18. Seiffert A. В кн.: Die Operationen an Nase, Mund und Hals, II Bd., Leipzig, 1953.

Поступила 3 июля 1963 г.

РАДИКАЛЬНОЕ ИССЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕННОЙ РАКОМ ГОРТАНИ И ШЕЙНЫХ МЕТАСТАЗОВ «ОДНИМ БЛОКОМ»¹

В. В. Лазо

Оториноларингологическое отделение (зав. — проф. Н. А. Карпов)
Института онкологии АМН СССР

До настоящего времени нет единого мнения относительно тактики хирурга при лечении больных раком гортани, имеющих, помимо первичной опухоли, метастазы в регионарных лимфатических узлах.

¹ Доложено на заседании Ленинградского научного общества отоларингологов 30/I 1963 г.