

В. И. Митюгов (Белебей, БАССР). К казуистике инородных тел гортани

П., 17 лет, 30/III 1978 г. в 18 ч экстренно доставлен в хирургическое отделение с жалобами на сильную боль в глотке и гортани, невозможность глотания и движения головой, усиленное слюноотделение изо рта с примесью крови, постоянные позывы на кашель, нарушенное голосообразование.

Со слов пострадавшего, ему случайно в глотку попала швейная игла (он держал ее в зубах и закашлялся). Растерявшись, безуспешно пытался её извлечь: руками, вызыванием рвоты, полосканием глотки водой, кашлем при опущенной вниз голове; подавить произвольные глотательные движения не смог, боли в глотке усилились, началось кровотечение изо рта. Из-за нестерпимых болей принял вынужденную «застывшую» позу: голова неподвижна, несколько запрокинута назад, рот полуоткрыт. Состояние при поступлении тяжелое, больной бледен, сидит неподвижно, изо рта выделяется кровянистая слюна, дыхание свободное, голоса нет, температура $36,5^{\circ}$, пульс ритмичный, 68 уд. в 1 мин, АД 12/6,6 кПа (90/50 мм рт. ст.), в легких везикулярное дыхание, живот без патологии, кожная чувствительность и сухожильные рефлексы не изменены.

По поступлении введен внутримышечно 1 мл 1% раствора промедола и сделана рентгенография гортани в 2 проекциях.

При зеркальной непрямой ларингоскопии видна кровь в нижнем отделе глотки, значительное увеличение надгортанника и кровоизлияние в нем. Надгортанник глубоко западает назад, почти соприкасаясь с задней стенкой глотки. Дотрагивание до него вызывает нестерпимую боль, поэтому осмотр гортаноглотки под местной анестезией и попытки нащупать иглу пальцем или пинцетом не удалась.

На фронтальной рентгенограмме гортани (рис. 1) видна тень швейной иглы по срединной линии на уровне III—V шейных позвонков. На рентгенограмме в боковой проекции (рис. 2) тень швейной иглы длиной около 5 см располагается наклонно от свободного края надгортанника вперед и вниз до гортанного выступа щитовидного хряща.

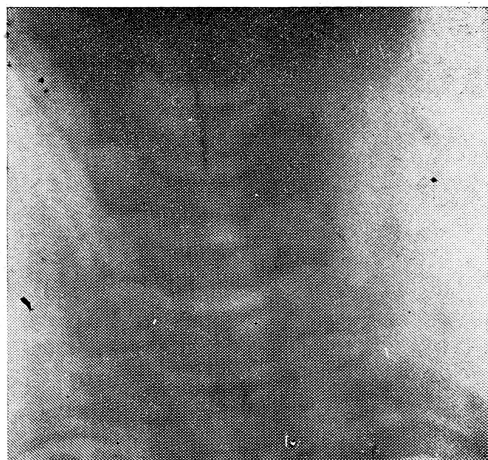


Рис. 1. Рентгенограмма фронтальной проекции гортани.

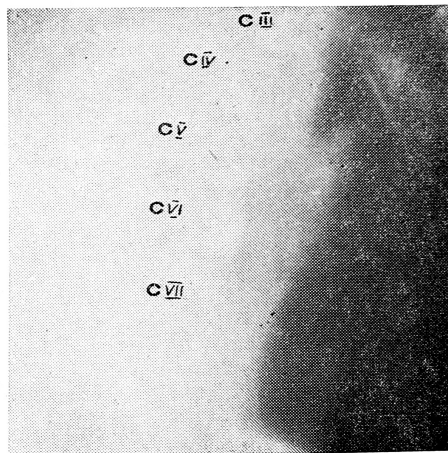


Рис. 2. Рентгенограмма боковой проекции гортани.

Нарастающая тяжесть общего состояния пострадавшего и продолжающееся кровотечение изо рта требовали незамедлительного извлечения инородного тела. Через 1 ч после поступления больного под наркозом свободный край надгортанника поднят шпателем Тихомирова и отведен вперед, но инородное тело в преддверии гортани и голосовой щели не определялось (осмотр затрудняло продолжающееся кровотечение из надгортанника и переднего вестибулярного отдела гортани). Гортанными щипцами нащупан конец иглы в толще надгортанника, но захватить ее не удалось. Пришлось протолкнуть иглу в направлении передней поверхности шеи и удалить пинцетом за выступивший конец через кожный разрез на уровне гортанного выступа. На кожный разрез наложена металлическая скобка и асептическая повязка. Больному введено 3000 ед. противостолбнячной сыворотки. Назначены антибиотики, витамины, десенсибилизирующие средства. Внутривенно введено 500 мл 5% раствора глюкозы, 30 мг преднизолона, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина.

На следующий день (31/III) состояние удовлетворительное, температура $37,7^{\circ}$,

больной чувствует умеренные боли при глотании, дыхание свободное, незначительное огрубение голоса. Повороты головы безболезненные. Анализ крови: Л. $17,6 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 12 мм/ч. Анализ мочи: белок 0,198 г/л.

В последующие 2 дня боли при глотании прекратились, голос восстановился, температура нормализовалась. Отек надгортанника исчез через 3 сут, а гиперемия — через 7. П. выписан через 10 дней после поступления в хорошем состоянии. Жалоб при выписке нет, глотание свободное, голос звучный. Л. $6 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 10 мм/ч. В моче белка нет. Контрольный осмотр через 3 мес: состояние хорошее, жалоб нет. Надгортанник не изменен.

Данное наблюдение представляет интерес ввиду необычности расположения внедрившегося инородного тела, связанной, видимо, с попыткой пациента удалить его самостоятельно, а также экстрацервикального способа извлечения шейной иглы и отсутствия явлений острого стеноза гортани.

УДК 616.329—001—089.168

Р. К. Харитонов, П. Д. Фирсов, А. П. Старостин, Ю. И. Комиссаров (Казань). Три случая повреждений пищевода, закончившихся выздоровлением

Лечение повреждений пищевода в связи с его сложностью остается одной из актуальных проблем современной хирургии.

В хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 было проведено лечение 3 больных с травмами пищевода.

Р., 68 лет, 14/VIII 1973 г. в третий раз была оперирована по поводу злокачественной папилломы щитовидной железы (первая операция — в 1951 г., вторая — в 1965 г.). Через 20 ч после операции резко усилились боли в послеоперационной ране, ухудшилось общее состояние больной, появилась одышка, тахикардия (пульс 120—140 уд. в 1 мин), через дренажи стало обильно выделяться слизисто-кровянистое содержимое. На шее стала определяться подкожная эмфизема, которая быстро распространилась на лицо и верхние отделы грудной клетки. В экстренном порядке под общим комбинированным эндотрахеальным обезболиванием выполнена ревизия послеоперационной раны, при которой повреждения стенки пищевода выявить не удалось; трахея без патологических изменений.

К предполагаемому месту повреждения пищевода подведены марлевые полоски с мазью Вишневского и резиновая трубка. В желудок трансназально проведен зонд. Операционная рана ушита наводящими швами. Через сутки зонд из желудка пришлось удалить из-за плохой переносимости, и в дальнейшем его вводили только на периоды кормлений. Кратковременное введение назогастрального зонда больная переносила удовлетворительно, и кормление через него продолжалось в течение 36 дней до заживления раны. После нормализации общего состояния проведен курс глубокой рентгенотерапии, больная находится на диспансерном наблюдении по настоящее время, нарушений функции пищевода нет, общее состояние удовлетворительное.

К., 69 лет, доставлена в хирургическое отделение 19/V 1977 г. с диагнозом «желудочное кровотечение». Через 3 ч после фиброгастроскопии, выполненной с большими трудностями, К. почувствовала сильную боль при глотании в области глотки, появилась рвота с примесью алой крови и подкожная эмфизема на шее. На рентгенограмме определялся паразофагальный затек небольшого объема йодлипола на уровне седьмого шейного позвонка. Диагностировано повреждение стенки пищевода в шейном отделе, начато консервативное лечение (парентеральное питание с исключением приема жидкости и пищи через рот, массивные дозы антибиотиков, сердечные, обезболивающие, десенсибилизирующие средства). Общее состояние больной продолжало ухудшаться, повысилась температура, нарастали лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, подкожная эмфизема. Через 22 ч после повреждения пищевода под общим обезболиванием произведена шейная медиастинотомия. На задней стенке пищевода на уровне перстневидного хряща в полости небольшого абсцесса определялась рана протяженностью 1,5 см. К ране пищевода подведены марлевые полоски с мазью Вишневского, резиновая трубка для вакуум-дренажа.

На 4-е сутки после операции, когда эмфизема и отечность подслизистой носоглотки уменьшились, удалось провести трансназально в желудок зонд, через который проводилось питание в течение 4 нед. Рана шеи зажила на 34-й день. 29/VI произведена эксцизия опухоли желудка клиновидной резекцией. Доброкачественность опухоли была подтверждена результатами биопсии при фиброгастроскопии, экспресс-биопсией на операционном столе и последующим гистологическим исследованием. Больная по настоящее время находится на диспансерном наблюдении, общее состояние удовлетворительное, нарушений функции пищевода и желудка нет.

Б., 72 лет, поступила 29/XII 1977 г. с подозрением на рак нижней трети пищевода. 5/I 1978 г. сделана фиброгастроскопия, наличие опухоли подтвердилось, произведена биопсия ткани опухоли. 6/I больная стала жаловаться на нарастающую боль за грудиной; появилась крепитация в области надплечий и по ходу кивательных мышц. На рентгенограмме зарегистрировано наличие воздуха в подкожной клетчатке шеи. Установлено повреждение шейного отдела пищевода. Консервативное лечение с применением больших доз антибиотиков, полным прекращением приема жид-