

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ¹, Т.Г. ЧИФУРКО², О.О. МАЗУР¹, І.В. КАЛУЦЬКИЙ¹,
М.М. ЦУРКАН², М.Д. ВОЄВІДКА², Н.І. ЗАХАРКІВ²*

СТОРОННІ ТІЛА ГОРТАНОГЛОТКИ ТА СТРАВОХОДУ З РІЗНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ТА ЛІКУВАЛЬНОЮ ТАКТИКОЮ

*¹Буковинський державний медичний університет
(ректор – проф. Ігор ГЕРУШ);*

*²ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня»
(ген. дир. – Засл. лікар України, проф. Дмитро ДОМБРОВСЬКИЙ)*

Сторонні тіла стравоходу є складною проблемою практичної отоларингології. Несвоєчасна діагностика та видалення сторонніх тіл стравоходу нерідко призводять до розвитку важких, а часом і небезпечних для життя ускладнень [3, 4, 6].

Зазвичай сторонні тіла затримуються в місцях фізіологічних звужень стравоходу. Сторонні тіла зустрічаються у любому віці, але в основному у дітей до 10-річного віку (25%) і осіб старше 40 років (50%) [4, 6].

Клінічна картина залежить від виду стороннього тіла, форми, величини, рівня його затримки, характеру пошкодження стравоходу [1, 5, 6]. Хворі скаржаться на відчуття тиснення за грудниною, біль в горлі, дисфагію. Ці симптоми посилюються під час вживання рідин. При повній обтурації просвіту приєднується регургітація при прийманні їжі. Особливу небезпеку становлять крупні сторонні тіла, які, затримуючись біля входу в стравохід, можуть викликати миттєву смерть від асфіксії [5, 6]. При тривалому знаходженні крупного стороннього тіла в стравоході може виникнути перфорація стравоходу, гнійний медіастиніт, прогноз при яких надзвичайно серйозний [1, 6].

Для діагностики значну роль відіграють скарги хворого, анамнез, дані непрямой гіпофарингоскопії, зокрема симптоми Джек-

сона (скупчення слини і слизу у грушоподібних карманах), Денмайера (зміщення гортані до переду при великих сторонніх тілах в ділянці рота стравоходу), Шлітлера (поява та посилення болю при натискуванні на гортань при гострих сторонніх тілах) [5, 6]. Слід пам'ятати, що біля 10% сторонніх тіл стравоходу протікає безсимптомно [4, 6].

Металеві чужорідні тіла виявляють при оглядовій рентгенографії, в решті випадків необхідно виконувати багатоосьове рентгенконтрастне дослідження та рентгенографію шийного відділу в боковій проекції за Земцовим. Важливе діагностичне значення має фіброезофагоскопія, яку слід виконувати з особливою обережністю, щоб не пошкодити стінку стравоходу [4]. Частота діагностичних помилок найвища при локалізації сторонніх тіл у грушоподібних синусах та вході у стравохід [1, 6].

Хворі зі сторонніми тілами стравоходу потребують невідкладної допомоги. Лікування полягає у видаленні стороннього тіла шляхом езофагоскопії за допомогою езофагоскопів Мезріна та Брюнінга під місцевою анестезією з премедикацією або під ендотрахеальним наркозом [2, 7]. Частіше таких хворих госпіталізують в ЛОР-стаціонари, де виконуються ці складні маніпуляції. При великих сторонніх тілах та при невдалих спробах видалення може

розвиватися набряк гортані з розвитком стенозу [6, 7]. Якщо таке лікування неефективне, а тим більше у разі пошкодження стравоходу під час спроби видалення стороннього тіла, пацієнтів переводять у відділення торакальної хірургії. Суть хірургічного втручання полягає в проведенні езофаготомії, видаленні стороннього тіла, ушиванні стінки стравоходу. При цьому залежно від рівня локалізації стороннього тіла використовуються шийний, черезплевральний або черезочеревинний доступи. У разі пізнього звернення хворих, у яких виникла перфорація стравоходу з розвитком гнійного медіастиніту, а можливо, і гнійного плевриту після видалення стороннього тіла, операції торакотомії з езофаготомією закінчується адекватним дрениванням зони ушкодження. В зв'язку з цим наводимо власне спостереження ускладненого стороннього тіла стравоходу.

До ЛОР-відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні поступив хворий П., 42 р., зі скаргами на біль в горлі, що посилюється при ковтанні, виражені дисфагічні явища, помірне утруднене дихання з інспіраторною задишкою, не проходження їжі, підвищення температури тіла. Захворів три дні тому, коли під час їжі поперхнувся, закашлявся, відразу почув біль у горлі, була блювота. Звертався у ЦРЛ, де було проведено рентгенологічне дослідження, стороннє тіло не було знайдено і хворий був відправлений до дому. У зв'язку із погіршенням загального стану і неможливістю ковтання доставлений в обласну клінічну лікарню. При огляді виражена дисфагія, набряк лівого черпакуватого хряща і лівої черпалонадгортанної складки. Лівий грушоподібний синус звужений, заповнений слиною та слизом. При огляді і пальпації шийні позитивні симптоми Денмайєра і Шліттера. У зв'язку з явною підозрою на стороннє тіло стравоходу хворому проведено контрастну рентгенографію стравоходу з 76% розчином тріомбразу та бокову рентгенографію за Земцовим, які підтвердили наявність стороннього тіла стравоходу.

Хворому після премедикації під місцевою аплікаційною анестезією проведено езофагоскопію езофагоскопом Мезрина тубус №2. В гортаноглотці з переходом у

стравохід виявлено стороннє тіло (кістка) значних розмірів, яке було щільно вклинено у бокову стінку гортаноглотки і стравоходу. Спроби видалити стороннє тіло під м/а виявились марними через величину і форму стороннього тіла з чисельними шипами та виступами.

Вирішено провести езофагоскопію під загальним інтубаційним наркозом. Попередньо хворий був консультований торакальним хірургом для узгодження тактики лікування. Стороннє тіло виявлено на попередньому місці – гортаноглотка з переходом на шийний відділ стравоходу. Після неодноразових спроб, повертаючи стороннє тіло в різних площинах, видалити через вклинення та загрозу розриву стінки стравоходу не вдалося. Після обговорення ситуації вирішено видалити стороннє тіло при колярній езофаготомії з послідуочим накладанням трахеостомії.

Проведено розріз шкіри по передньому краю кивального м'язу зліва від верхнього краю щитоподібного хряща до яремної ямки. М'які тканини гостро і тупо розведено в сторони. В подальшому оголено стравохід, що знаходиться між трахеєю і шийногрудним відділом хребта. Стінка стравоходу перфорована 0,5х1 см, проведено езофаготомію. При езофаготомії стороннє тіло фіксовано щипцями і зі сторони рани видалено (рис. 1). Стравохід ушито, пошарово шви на рану, поставлено назогастральний зонд.

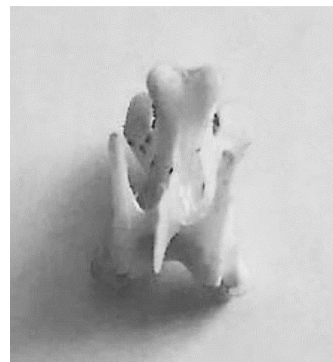


Рис. 1. Стороннє тіло гортаноглотки і роту стравоходу.

Пацієнт отримував антибактеріальну терапію, спазмолітики, анальгетики, перер'язки, зондове харчування.

Назогастральний зонд видалено через 12 діб. Рана загоїлась первинним натягом. Шви знято на 7-8-у добу. Хворий виписаний з одужанням на 10-у добу лікування.

Хвора К., 71 р., поступила в ЛОР-відділення в понеділок з скаргами на дискомфорт у горлі, помірну незручність при ковтанні. В анамнезі у п'ятницю під час їжі (куряче м'ясо) раптово з'явився біль у горлі, утруднене ковтання, виражена слинотеча. Хвора звернулась у поліклініку до отоларинголога. Враховуючи скарги і анамнез має місце підозра на стороннє тіло глотки. При огляді з проведенням мезо- і непрямой гіпофарингоскопії і ларингоскопії стороннє тіло не виявлено. На другий день (у суботу) хвора звернулась в ЛОР-відділення, де оглянута черговим отоларингологом: стороннє тіло не виявлено. Не зважаючи на той факт, що ковтання значно покращилось, болі у горлі зменшились було запропоновано зробити КТ органів ший і звернутися ще раз у понеділок у ЛОР-відділення. При огляді в понеділок слизова глотки блідо-рожевого кольору, мигдалики 1-2 ступеню, лакуни розширені, при непрямій ларингоскопії гортань без патології, грушоподібні синуси відкриваються, слинних «озер» немає, симптом Джексона негативний, ендоскопічно стороннього тіла не виявлено, хоча клінічно помірна незручність при ковтанні, але на КТ в проекції заглоткового простору ший, на рівні заднього краю персневидного хряща, по верхньому контуру (рівень нижньої замикаючої пластинки С4), візуалізується лінійна гіперденсна структура, товщиною до 2 мм, протяжністю до 24 мм – стороннє тіло (кісточка – згідно даних амнезу). Положення стороннього тіла, косо-горизонтальне, не поширюється у просвіт гортаноглотки. Даних за наявність міхурців повітря та потовщення м'яких тканин на цьому рівні не визначається.

Носо-, ротоглотка не деформовані, стінки не потовщені, новоутворень не виявлено. Грушоподібні синуси, надгортанні валекули розправлені, симетричні. Надгортанник без видимої патології. Просвіт гортані не звужений. Хрящі гортані типової будови, форми, розмірів, без ознак деструкції. Під'язикова кістка звичної форми та будови. Деструктивних змін нижньої щелепи, хребців шийного відділу хребта виявле-

но. Некротично змінених лімфовузлів в ший, не виявлено. Щитоподібна залоза не збільшена в розмірах, однорідної структури, патологічних утворень у ній виявлено. Слинні залози симетричні, без ознак патологічного контрастного підсилення.

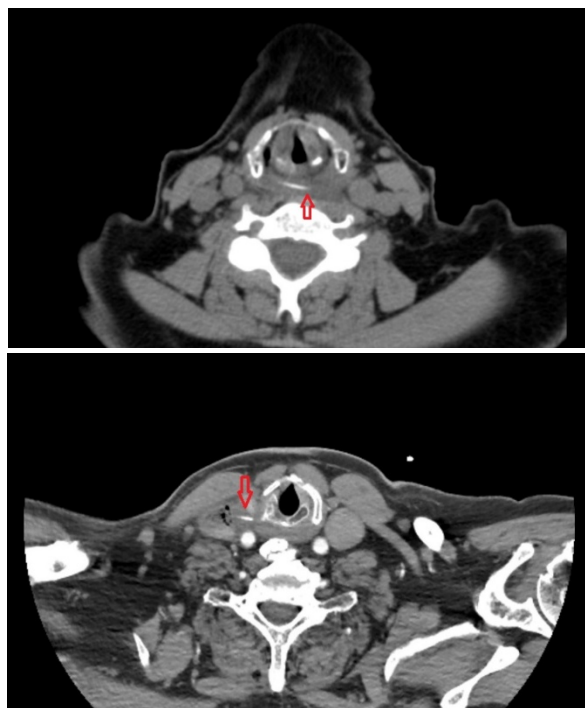


Рис. 2. КТ-ознаки стороннього тіла.

ВИСНОВОК: КТ-ознаки стороннього тіла на рівні заглоткового простору ший, без виходу в просвіт гортаноглотки (кісточка згідно даних анамнезу). На момент дослідження прямих КТ-ознак перфорації (вільного газу) або формування заглоткового абсцесу не виявлено (рис. 2).

Враховуючи дані клінічної картини, анамнезу та даних КТ хвора госпіталізована і під внутрішньовенним комбінованим наркозом з інтубацією трахеї для ШВЛ проведена пряма гіпофарингоскопія клинком для прямої опорної ларингоскопії виявлено стороннє тіло в роті стравоходу. Останнє видалено, маніпуляція пройшла короткочасно і без ускладнень (рис. 3).

Через дві доби хвора виписана з одужанням з рекомендаціями антибактеріальної терапії і ощадливої дієти.

Хвора Н., 67 р., поступила до ЛОР-відділення зі скаргами на біль у горлі при ковтанні, утруднене ковтання, підвищення

температури тіла до 39°C, асиметрію обличчя, порушення мови, біль в ділянці шиї справа. З анамнезу відомо, що 5 днів тому вживала куряче м'ясо, після чого відчувала дискомфорт у горлі та незручність при ковтанні. Була оглянута ЛОР-лікарем в поліклініці за місцем проживання. Зі слів хворої, лікар стороннього тіла не виявив. Було призначено амбулаторне лікування і надано рекомендації. Через 4 доби стан хворої погіршився, підвищилась температура, з'явилося порушення мови та асиметрія обличчя, в зв'язку з чим каретою швидкої допомоги хвора доставлена у приймальне відділення ОКНП «ЧОКЛ» з підозрою на інсульт? та стороннє тіло глотки. Оглянута суміжними спеціалістами – невропатолог, судинний хірург, отоларинголог, проведено КТ голови та шиї із внутрішньовенним контрастуванням.

ЛОР статус: при непрямій ларингоскопії – слизова оболонка блідо-рожева, відмічається набряк черпало-надгортанної складки справа, голосові складки сірі, рухомі, змикання повне, голосова щілина широка та достатня для дихання. При пальпації підщелепної та бокової поверхні шиї справа – помірна болючість, набряк та гіперемія відсутня.

На КТ (рис. 4) картина стороннього тіла шиї справа з перфорацією внутрішньої яремної вени з її тромбозом, в зв'язку з чим хвора госпіталізована до ЛОР-центру. Комп'ютерна томографія головного мозку із

внутрішньовенним контрастуванням: на рівні правої вісцеральної ділянки шиї та правого каротидного простору на рівні першоподібного хряща визначається гіперденсне стороннє тіло розміром 24x3 мм, що сліпо закінчується у просвіті правої внутрішньої яремної вени з пристінковим тромбозом вени товщиною до 11 мм, локально визначаються дрібні пухирці повітря. При контрастній ангіографії наявна дрібна ділянка субоклюзії M2 лівої СМА. Поза цим обидві внутрішні сонні артерії, ПМА, СМА, ЗМА, базилярна та хребтові артерії рівномірно контрастовані, стенозів або оклюзій їх просвітів не виявлено. Ознак аневризм перелічених артерій не знайдено. У кістковому режимі травматичних або деструктивних змін не виявлено.



Рис. 3. Кістка з гортаноглотки.

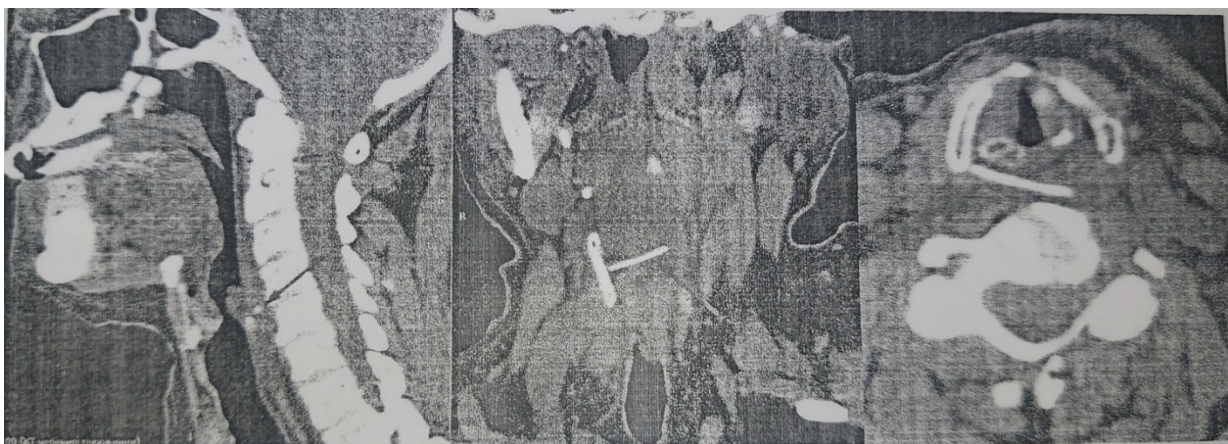


Рис. 4. На КТ – стороннє тіло м'яких тканин шиї справа.

Висновок: КТ-картина стороннього тіла ший справа з перфорацією правої внутрішньої яремної вени з її тромбозом та наявністю дрібних пухирців повітря.

Пацієнтка оглянута завідувачем відділення та завідувачем кафедри, заключення: ускладнене стороннє тіло гортаноглотки справа з перфорацією та проникненням у м'які тканини ший з пораненням внутрішньої яремної вени з її вторинним інфікуванням (флебітом). Рекомендовано хірургічне лікування з видаленням стороннього тіла з зовнішнім доступом з боку ший. Враховуючи характер ускладнення вирішено, що в операції повинні взяти участь отоларингологи та судинні хірурги.

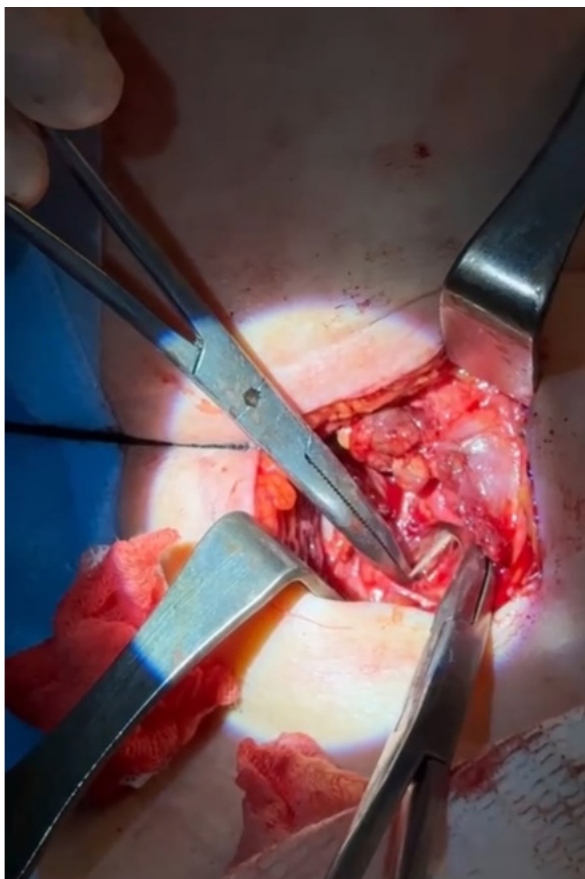


Рис. 5. Стороннє тіло (куряча кістка).

Протокол операції видалення стороннього тіла гортаноглотки справа.

Під інтубаційним наркозом проведено розріз шкіри по передньому краю кивально-

го м'яза справа довжиною до 10 см. М'які тканини гостро і тупо розведено в сторони, кивальний м'яз відтягнуто назад. Розсічено футляр судинно-нервового пучка, ідентифіковано яремну вену, остання розширена, ущільнена. Проведено пункцію яремної вени, вена затромбована. Крові не отримано. По внутрішньому краю вени виявлено стороннє тіло (куряча кістка), що проникає в просвіт вени, кістку видалено (рис. 5-6).



Рис. 6. Стороннє тіло (куряча кістка)

Проведено перев'язку вени вище та нижче тромба шовковими лігатурами. Вена розкрита, остання виповнена білим тромбом. Рана промита, заведено гумовий дренаж. Пошарово шви на рану. Асептична пов'язка. Ускладнень по ходу операції не було. На 8-у добу хвора з одужанням виписана.

Висновок

Представлені клінічні випадки свідчать, що сторонні тіла стравоходу є складною проблемою отоларингології, а рання діагностика та невідкладне видалення сторонніх тіл з використанням сучасних методів знеболювання призводять до одужання та складають основу профілактики ускладнень. Основним методом видалення сторонніх тіл гортаноглотки та стравоходу в типових випадках є піднаркозна пряма гіпофарингоскопія і езофагоскопія. При ускладнених сторонніх тілах для їх видалення використовують оперативні втручання з доступом з боку ший та шляхом шийної езофаготомії зліва.

References

1. Ganul VL. [Perforation of the cervical esophagus during esophagoscopy, its diagnosis and treatment]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 1969;(4):78. [Article in Russian].
2. Elantsev BV. [Operative otolaryngology]. Alma-Ata; 1959. P. 309-317, 327-340. [In Russian].
3. Kitsera OO. [Clinical Otolaryngology]. Lviv: Publishing House "Kvart"; 2006. P. 416-418. [In Ukrainian].
4. Laiko AA, editor. [Pediatric otolaryngology: national textbook]. Kyiv: Logos; 2013. pp. 492-495. [In Ukrainian].
5. Waseem M, Tian C. Esophageal Foreign Body. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482131/>.
6. Bennett AMD, Sharma A, Price T, Montgomery PQ. The Management of Foreign Bodies in the Pharynx and Oesophagus Using Transnasal Flexible Laryngoesophagoscopy (TNFLO). Ann R Coll Surg Engl. 2008 Jan;90(1):13-16. doi: 10.1308/003588408X242114.
7. Naumenko OM, Vasiliev VM, Deeva YuV, Bezshapochny SB. [Emergency care in otolaryngology: a textbook]. Kyiv: "Medicine"; 2017. 144 p. ISBN: 978-617-505-508-3. [In Ukrainian].

Надійшла до редакції

© О.Г. Плаксивий, Т.Г. Чифурко, О.О. Мазур, І.В. Калущкий, М.М. Цуркан, М.Д. Воєвідка, Н.І. Захарків, 2026

СТОРОННІ ТІЛА ГОРТАНОГЛОТКИ ТА СТРАВОХОДУ З РІЗНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ТА ЛІКУВАЛЬНОЮ ТАКТИКОЮ

¹Плаксивий ОГ, ²Чифурко ТГ, ¹Мазур ОО, ¹Калущкий ІВ, ²Цуркан ММ, ²Воєвідка МД, ²Захарків НІ

¹Буковинський державний медичний університет

²ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня»

E-mail: plaksyuyi.olexandr@bsmu.edu.ua

А н о т а ц і я

Сторонні тіла гортаноглотки та стравоходу є складною проблемою практичної отоларингології. Несвоєчасна діагностика та видалення сторонніх тіл нерідко призводять до розвитку важких і небезпечних для життя ускладнень. Клінічна картина залежить від виду стороннього тіла, форми, величини, рівня його затримки, характеру пошкодження стравоходу.

В статті описано три випадки сторонніх тіл гортаноглотки в ділянці першого звуження стравоходу з різною клінічною картиною від незначного дискомфорту та незручності при ковтанні до виражених болювих і дисфагічних явищ, гіпертермії, інспіраторної задишки. Двоє хворих це жінки 68 та 71 рік і чоловік 42 роки. За характером сторонні тіла представлені курячими кістками, в одному випадку – шийний хребець курки. У однієї хворої стороннє тіло протікало з типовою клінічною картиною без ускладнення, а в двох випадках – ускладнені сторонні тіла з пошкодженням стінки гортаноглотки, шийного відділу стравоходу та яремної вени з розвитком флебіту. У одному випадку для підтвердження стороннього тіла проведена рентгенографія шийного відділу стравоходу в боковій проекції за Земцовим та контрастна рентгенографія, а в двох випадках КТ органів ший. З лікувальної тактики для видалення стороннього тіла в одному випадку використано пряму піднаркозну гіпофарингоскопію, в другому – езофагоскопія з шийною езофаготомією зліва, і в третьому – стороннє тіло м'яких тканин ший видалено зовнішнім доступом з перв'язкою внутрішньої яремної вени.

Наведені клінічні випадки свідчать, що сторонні тіла гортаноглотки та стравоходу є складною проблемою отоларингології, а рання діагностика та невідкладне видалення сторонніх тіл з використанням сучасних методів знеболювання призводять до одужання і складають основу профілактики ускладнень.

Ключові слова: стороннє тіло, стравохід, гортаноглотка, гіпофарингоскопія, езофагоскопія, езофаготомія.

FOREIGN BODIES OF THE LARYNGOPHARYNX AND ESOPHAGUS WITH DIFFERENT CLINICAL COURSE AND TREATMENT TACTICS

¹Plaksyvyi OG, ²Chyfurko TG, ¹Mazur OO, ¹Kalutskyi IV, ²Tsurkan MM, ²Voievidka MD, ²Zakharkiv NI

¹Bukovinian State Medical University

²Chernivtsi Regional Clinical Hospital

E-mail: plaksyvyi.olexandr@bsmu.edu.ua

A b s t r a c t

Foreign bodies of the laryngopharynx and esophagus are a complex problem of practical otolaryngology. Untimely diagnosis and removal of foreign bodies often lead to the development of severe and life-threatening complications. The clinical picture depends on the type of foreign body, shape, size, level of its retention, and the nature of the damage to the esophagus.

The article describes three cases of foreign bodies of the laryngopharynx in the area of the first narrowing of the esophagus with a different clinical picture from minor discomfort and inconvenience when swallowing to severe pain and dysphagia, hyperthermia, inspiratory dyspnea. Two patients are women 68 and 71 years old and a man 42 years old. By nature, the foreign bodies are represented by chicken bones, in one case - a cervical vertebra of a chicken. In one patient, the foreign body occurred with a typical clinical picture without complications, and in two cases – complicated foreign bodies with damage to the laryngopharyngeal wall, cervical esophagus and jugular vein with the development of phlebitis. In one case, to confirm the foreign body, a lateral Zemtsov radiography of the cervical esophagus and contrast radiography were performed, and in two cases, a CT scan of the neck organs was performed. In terms of treatment tactics, direct hypopharyngoscopy under anesthesia was used to remove the foreign body in one case, in the second – esophagoscopy with cervical esophagotomy on the left, and in the third – the foreign body of the soft tissues of the neck was removed by external access with ligation of the internal jugular vein.

The presented clinical cases indicate that foreign bodies of the laryngopharynx and esophagus are a complex problem in otolaryngology, and early diagnosis and immediate removal of foreign bodies using modern methods of anesthesia lead to recovery and form the basis for the prevention of complications.

Key words: foreign body, esophagus, laryngopharynx, hypopharyngoscopy, esophagoscopy, esophagotomy.