

Случай необычного инородного тела пищевода

А.Л. Чарышкин^{1*}, И.И. Гумеров^{1,2}, М.В. Яшков^{1,2}, Л.В. Матвеева^{1,2}

Кафедра факультетской хирургии

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Институт медицины, экологии и физической культуры
Российская Федерация, 432017, Ульяновск, ул. Л. Толстого, д. 42

² ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Российская Федерация, 432017, Ульяновск, Третьего Интернационала, д. 7

* Контактная информация: Алексей Леонидович Чарышкин, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской хирургии ИМЭиФК ФГБОУ ВО УлГУ. E-mail: charyshkin@yandex.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инородные тела пищевода (ИТП) могут быть безопасно удалены при ригидной эзофагоскопии, но эндоскопические методы не всегда успешны, что требует проведения оперативного вмешательства.

ЦЕЛЬ

Представить случай необычного ИТП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Пациент Т. 34 лет с ИТП. Для диагностики ИТП выполнены эндоскопические, рентгенологические и лабораторные методы диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представлено редкое клиническое наблюдение пациента Т. 34 лет с ИТП (пакет с психоактивными веществами). После безуспешной попытки извлечения инородного тела с помощью эзофагоскопии проведена торакотомия, механическое низведение инородного тела в желудок без вскрытия просвета пищевода. В послеоперационном периоде состояние тяжелое, сознание на уровне комы в течение 10 суток, гектическая лихорадка на 7-е сутки. На 9-е сутки реторакотомия слева, при ревизии повреждений пищевода нет. Проведен анализ мочи на психоактивные вещества (ПАВ), выявлены тетрагидроканнабиноловая кислота, аминохлорбензофенон — производное 1,4-бензодиазепина. На 9-е сутки после повторной операции больной в сознании, подтвердил факт проглатывания пакета с ПАВ. На 14-е сутки после повторной операции больной переведен в областную наркологическую больницу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных с инородным телом пищевода в сложных клинических ситуациях необходимо тщательно собирать анамнез, применять эндоскопические, рентгенологические и лабораторные методы диагностики, в том числе анализ мочи на психоактивные вещества.

Ключевые слова:

инородное тело пищевода, торакотомия, медиастинит, реторакотомия, тетрагидроканнабиноловая кислота

Ссылка для цитирования

Чарышкин А.Л., Гумеров И.И., Яшков М.В., Матвеева Л.В. Случай необычного инородного тела пищевода. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2019;8(3):337–340. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-3-337-340>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарности

Исследование не имеет спонсорской поддержки

АХБ — аминохлорбензофенон
ИТП — инородное тело пищевода
КТ — компьютерная томография

ОГК — органы грудной клетки
ПАВ — психоактивные вещества
ФЭС — фиброэзофагоскопия

Случайное попадание инородного тела в пищеварительный канал с последующим нарушением пассажа пищи представляет собой чрезвычайную ситуацию [1]. Несмотря на длительную историю, проблема лечения пациентов с инородными телами пищевода (ИТП) сохраняет свою актуальность. Это связано как с увеличением количества обращений, так и тяжестью осложнений инородных тел данной локализации. ИТП могут быть безопасно удалены при ригидной эзофагоскопии, тем самым позволяя избежать открытых хирургических вмешательств, которые могут потребоваться при наличии осложнений (перфорации, кровотечения или абсцедирования) [2]. Опыт многолетнего применения фиброскопии доказал высокую эффективность этого

метода в диагностике и лечении у данной категории больных [3]. Однако в ряде случаев попытки эндоскопического удаления инородных тел не всегда успешны, зачастую возникает необходимость в проведении оперативных вмешательств [4–6]. Несмотря на многочисленность предложенных хирургических методов лечения повреждений пищевода, их результаты остаются малоутешительными, а летальность среди больных с данной патологией достигает 50% [7–9]. В связи с этим многие вопросы диагностики, тактики ведения и лечения данной категории больных остаются спорными и требуют своего решения [6].

Учитывая все вышеперечисленное, мы посчитали необходимым привести описание клинического слу-

чая: необычного ИТП пищевода (пакет с психоактивными веществами).

Больной Т., 34 лет поступил 29.09.2018 г. через 3 часа от начала заболевания с жалобами на отсутствие прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу. Данные жалобы возникли после приема пищи (суп и мясо).

Общее состояние больного при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычного цвета. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, тоны сердца ясные, ритмичные, артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Пульс 72 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При фиброэзофагоскопии (ФЭС) пищевод свободно проходим до нижней трети. Слизистая его бледно-розовая. В нижней трети (35–36 см от линии зубов) просвет пищевода полностью обтурирован инородным телом (кусок мяса). Удалить инородное тело либо продвинуть его в полость желудка не удалось. Была попытка продвижения инородного тела под наркозом с помощью эзофагоскопии — безуспешно. Выполнили рентгенографию пищевода с контрастированием: пищевод в верхней и средней трети расширен до 3,2х3,3 см. На уровне Th8–Th9 дефект заполнения во весь диаметр пищевода со следами бария в нижней трети пищевода. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки (ОГК) средостение в норме, корни легких структурные. Легкие расправлены, чистые. Купола диафрагмы четкие, синусы свободные. Больной был осмотрен кардиологом, при этом кардиологической патологии выявлено не было. Больной был помещен под наблюдение в отделение реанимации и интенсивной терапии. Решено было выполнить компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки, согласно которой (рис. 1) в просвете пищевода на уровне тел Th7–Th9 позвонков (на 55 мм выше диафрагмы) определялось инородное тело размерами 53х24х20 мм. Данных за повреждение пищевода и затеков контраста не выявлено.

После проведения КТ больной стал отмечать ухудшение состояния в виде гиперсаливации, появления одышки. При осмотре обращала на себя внимание массивная подкожная эмфизема шеи и грудной клетки. В связи с подозрением на разрыв пищевода было принято решение о проведении экстренного оперативного вмешательства.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена торакотомия слева. Мобилизована средняя треть пищевода. В средней трети пищевода обнаружено инородное тело мягкоэластической консистенции. Механическим путем инородное тело низведено в желудок без вскрытия просвета пищевода. В заднем и переднем средостении пузыри воздуха. Свободной жидкости в плевральной полости не выявлено. Выполнено вскрытие пузырей. В операционную приглашен врач-эндоскопист. Выполнена контрольная ФЭС. Инсуффляция воздуха по эндоскопу. Дефектов пищевода не обнаружено. Проверка на инородные тела. Гемостаз. Проверка на аэрозаст — герметично. Плевральная полость дренирована двумя дренажами по Бюлау. Послеоперационная торакотомная рана ушита послойно наглухо. Асептическая повязка.

В течение 10 суток больному проводили интенсивные мероприятия в отделении реанимации, включающие антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. Несмотря на проводимую терапию,

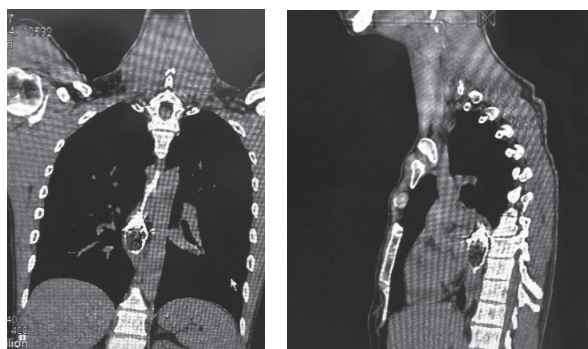


Рис. 1. Компьютерная томограмма органов грудной клетки при поступлении

Fig. 1. Chest CT upon admission

состояние больного сохранялось тяжелым, сознание на уровне комы в течение 10 суток, гектическая лихорадка на 7-е сутки послеоперационного периода, повышение уровней трансаминаз, α -амилазы, лактатдегидрогеназы, С-реактивного белка в биохимическом анализе крови, повышение пресептина крови до 3 норм. Выполнена КТ головного мозга (данных за очаговую патологию вещества головного мозга на момент обследования не выявлено), КТ (рис. 2) ОГК (КТ-признаки двустороннего гидроторакса, правосторонней нижнедолевой плевропневмонии. КТ-данных о наличии медиастинита, разрывов пищевода на момент осмотра не выявлено). По решению консилиума врачей рекомендовано повторное оперативное лечение, учитывая гектическую лихорадку, признаки системной воспалительной реакции, подозрение на медиастинит.

На 9-е сутки послеоперационного периода была выполнена левосторонняя реторакотомия, проведена ревизия органов средостения, пищевода, дренирование правой и левой плевральной полости по Бюлау. При ревизии средостения патологических затеков не выявлено, данных о наличии медиастинита нет. При ревизии дефектов пищевода не определяется.

Был также проведен диагностический поиск по менингоэнцефалиту, выполнена люмбальная пункция с исследованием ликвора — менингоэнцефалит не подтвержден. Далее, учитывая длительное коматозное состояние больного, было решено вести диагностический поиск на наркотические препараты в моче. Приглашен нарколог. В анализе мочи на психоактивные вещества (ПАВ) выявлены тетрагидроканнабиноловая кислота, аминохлорбензофенон (АХБ) (производное 1,4-бензодиазефина) и выставлен диагноз: «Синдром зависимости, вызванный употреблением нескольких ПАВ».

На 9-е сутки после повторной операции больной в сознании, заторможен. При целенаправленном выяснении наркологического анамнеза пациент подтверждает факт проглатывания пакета с ПАВ.

В ходе проведенного лечения состояние больного улучшилось. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Все швы сняты. Дренажи удалены. Пищевод свободно проходим по данным ФЭС. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Легкие расправлены по данным рентгенографии ОГК. На 14-е сутки после повторной операции больной переведен в областную наркологическую больницу. При переводе температура тела в пределах нормы, состояние удовлетворительное.

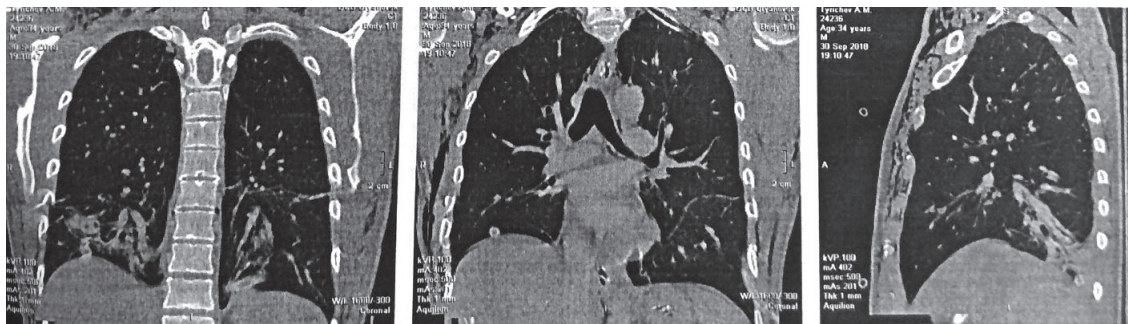


Рис. 2. Компьютерная томография грудной клетки после первой операции
Fig. 2. Images of chest CT after the first operation

Спустя 4 месяца состояние больного удовлетворительное, питается естественным путем. По данным ФЭС пищевод свободно проходим.

ОБСУЖДЕНИЕ

Описанное клиническое наблюдение свидетельствует о сложности и многогранности подходов к ведению больных с такой проблемой, как ИТП [7, 8]. При данной патологии всегда есть определенный риск перфорации пищевода [3]. В большинстве случаев ИТП удастся извлечь с помощью эзофагофиброскопа [2, 3], однако, если этого не удастся сделать, торакальные хирурги должны быть готовы прийти на помощь. Уникальностью данного клинического случая является то, что ИТП представлено пакетом с ПАВ, которое, к сожалению, своевременно при поступлении не было диагностировано, что привело к неверной хирургической тактике (механическое низведение инородного

тела в желудок без вскрытия просвета пищевода), тяжелому послеоперационному течению (сознание на уровне комы в течение 10 суток) в результате всасывания в желудочно-кишечном тракте большого количества ПАВ. В послеоперационном периоде в ходе дальнейшего диагностического поиска установлен истинный характер инородного тела, в анализе мочи определены тетрагидроканнабиноловая кислота, АХБ (производное 1,4-бензодиазепамина) являющиеся ПАВ. Интенсивная комплексная послеоперационная терапия способствовала благоприятному исходу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных с инородным телом пищевода в сложных клинических ситуациях необходимо тщательно собирать анамнез, применять эндоскопические, рентгенологические и лабораторные методы диагностики, в том числе анализ мочи на психоактивные вещества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(1):39–51. PMID: 7698623 [http://doi.org/10.1016/s0016-5107\(95\)70274-1](http://doi.org/10.1016/s0016-5107(95)70274-1)
2. Мустафаев Д.М. Необычное инородное тело пищевода. *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2015;(3):74–75.
3. Мирошников В.И., Белый Г.А. Повреждения пищевода. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 1998;(6):68–71.
4. Ольшевский П.П., Краснов В.И. Диагностика и лечение не рентген контрастных инородных тел пищевода. *Военно-медицинский журнал*. 1991;(4):69–70.
5. Погодина А.Н., Абакумов М.М. Механические проникающие повреждения пищевода. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 1998;(10):20–24.

REFERENCES

1. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(1):39–51. PMID: 7698623 [http://doi.org/10.1016/s0016-5107\(95\)70274-1](http://doi.org/10.1016/s0016-5107(95)70274-1)
2. Mustafaev DM. An Unusual Foreign Body in the Esophagus. *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*. 2015;(3):74–75. (In Russ.)
3. Miroshnikov VI, Belyy GA. Povrezhdeniya pishchevoda. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 1998;(6):68–71. (in Russ.)
4. Ol'shevskiy PP, Krasnov VI. Diagnostika i lechenie ne rentgen kontrastnykh inorodnykh tel pishchevoda. *Voenno-meditsinskiy zhurnal*. 1991;(4):69–70. (in Russ.)
5. Pogodina AN, Abakumov MM. Mekhanicheskie pronikayushchie povrezhdeniya pishchevoda. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1998;(10):20–24. (in Russ.)

6. Choudhery V, Maurice S. Towards evidence based emergency medicine: best BETS from the Manchester Royal Infirmary. Signs and symptoms of oesophageal coins. *J Accid Emerg Med.* 2000;17(2):126–127. PMID: 10718236 <http://doi.org/10.1136/emj.17.2.126-a>
7. Янгиев Б.А., Хаджибаев А.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б. Повреждения пищевода: диагностика и тактика лечения. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2003;(5):54–56.
8. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. *Хирургия пищевода. Руководство для врачей*. Москва: Медицина; 2000.
9. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Байдан В.И., Прохода С.А. Лечение острого гнойного медиастинита. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2001;(8):58–61.

6. Choudhery V, Maurice S. Towards evidence based emergency medicine: best BETS from the Manchester Royal Infirmary. Signs and symptoms of oesophageal coins. *J Accid Emerg Med.* 2000;17(2):126–127. PMID: 10718236 <http://doi.org/10.1136/emj.17.2.126-a>
7. Yangiev BA, Khadzhibaev AM, Ligay RE, Shagazatov DB. Povrezhdeniya pishchevoda: diagnostika i taktika lecheniya. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2003;(5):54–56. (in Russ.)
8. Chernousov A.F., Bogopol'skiy P.M., Kurbanov F.S. *Khirurgiya pishchevoda*. Moscow: Meditsina Publ.; 2000. (in Russ.)
9. Shipulin PP, Martynyuk VA, Baydan VI, Prokhoda SA. Lechenie ostrogo gnoynogo mediastinita. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2001;(8):58–61. (in Russ.)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Чарышкин Алексей Леонидович	доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ИМЭиФК ФГБОУ ВО УлГУ
Гумеров Ильдус Изахович	кандидат медицинских наук, заведующий торакальным хирургическим отделением ГУЗ УОКБ
Яшков Максим Вячеславович	аспирант кафедры факультетской хирургии ИМЭиФК ФГБОУ ВО УлГУ, врач-хирург торакального хирургического отделения ГУЗ УОКБ
Матвеева Любовь Владимировна	кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии ИМЭиФК ФГБОУ ВО УлГУ, врач-хирург торакального хирургического отделения ГУЗ УОКБ

Received on 04.03.2019

Accepted on 02.07.2019

Поступила в редакцию 04.03.2019

Принята к печати 02.07.2019

A Case of An Unusual Foreign Body in the Esophagus

A.L. Charyshkin^{1*}, I.I. Gumerov^{1,2}, M.V. Yashkov^{1,2}, L.V. Matveyeva^{1,2}

Department of Intermediate Level Surgery

¹ "Ulyanovsk State University", Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture

42 Lva Tolstogo St., Ulyanovsk 432017, Russian Federation

² "Ulyanovsk Regional Clinical Hospital"

7 Tret'yego Internatsionala St., Ulyanovsk 432017, Russian Federation

* **Contacts:** Aleksey L. Charyshkin, Head of Department of Intermediate Level Surgery, Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture Ulyanovsk State University. Email: charyshkin@yandex.ru

ABSTRACT Relevance. Esophageal foreign body may be safely removed with rigid esophagoscopy. However, endoscopic methods are not always successful, and this may require a surgery.

AIM OF STUDY We report a case of an unusual esophageal foreign body.

MATERIALS AND METHODS A 34-year-old male patient P. with a foreign body in the esophagus. Endoscopic, radiological, and laboratory diagnostic methods were performed to confirm a foreign body in the esophagus.

RESULTS A rare clinical observation of a 34-year-old male patient P. with a foreign body in the esophagus is presented (package with psychoactive substances). After an unsuccessful attempt to remove a foreign body using esophagoscopy, thoracotomy was performed and a foreign body was mechanically brought down into the stomach without opening the lumen of the esophagus. In the postoperative period, the condition was serious, the patient had been in coma for 10 days. There was hectic fever on day 7. On day 9, the left thoracotomy was performed, the revision showed no damage to the esophagus. Urine analysis for psychoactive substances was performed and detected tetrahydrocannabinol acid and aminochlorobenzophenone, a derivative of 1,4-benzodiazepine. On day 9, after repeated surgery, the patient confirmed the fact of swallowing a package of psychoactive substances, being conscious. On day 14 after the second operation, the patient was transferred to the regional narcological hospital.

CONCLUSION In patients with a foreign body in the esophagus in difficult clinical situations, it is necessary to collect anamnesis carefully, apply endoscopic, radiological and laboratory diagnostic methods, including urinalysis for psychoactive substances.

Keywords: foreign body in the esophagus, thoracotomy, mediastinitis, repeated toracotomy, tetrahydrocannabinol acid

For citation Charyshkin AL, Gumerov II, Yashkov MV, Matveyeva LV. A Case of An Unusual Foreign Body in the Esophagus. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2019;8(3):337–340. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-3-337-340> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship

Affiliations

Aleksey L. Charyshkin	Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Intermediate Level Surgery, Institute of Medicine of Ecology and Physical Culture, Ulyanovsk State University
Ildus I. Gumerov	Cand. Med. Sci., Head of the Thoracic and Surgical Department of the Ulyanovsk Regional Clinical Hospital
Maxim V. Yashkov	Postgraduate Student of the Department of Intermediate Level Surgery, Institute of Medicine of Ecology and Physical Culture of Ulyanovsk State University, Surgeon of the Thoracic and Surgical Department of the Ulyanovsk Regional Clinical Hospital
Lubov V. Matveyeva	Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Intermediate Level Surgery, Institute of Medicine of Ecology and Physical Culture of Ulyanovsk State University, Surgeon of the Thoracic and Surgical Department of the Ulyanovsk Regional Clinical Hospital