

© Team of authors, 2025 / © Коллектив авторов, 2025

3.1.3. Otorhinolaryngology, 3.1.9. Surgery / 3.1.3. Оториноларингология, 3.1.9. Хирургия

Mediastinitis as a complication of a foreign body in the upper third of the esophagus: a case report and literature review

Z.N. Lovpache, A.M. Baziyeu, R.M. Zakhohov, A.A. Teuvov, Pooya Mustafa, I.S. Abazova, A.B. Musukayeva

Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov, Nalchik, Russia

Contacts: Lovpache Zarema Nuriyidinovna – e-mail: lovpatche.zarema@mail.ru

Медиастенит, как осложнение инородного тела верхней трети пищевода: описание случая и обзор литературы

З.Н. Ловпаче, А.М. Базиев, Р.М. Захохов, А.А. Теувов, Пуйя Мустафа, И.С. Абазова, А.Б. Мусукаева

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия

Контакты: Ловпаче Зарема Нурийдinovна – e-mail: lovpatche.zarema@mail.ru

上三分之一食管异物并发纵隔炎：病例报告与文献综述

Z.N. Lovpache, A.M. Baziyeu, R.M. Zakhohov, A.A. Teuvov, Pooya Mustafa, I.S. Abazova, A.B. Musukayeva

以Kh.M. Berbekov命名的卡巴尔达-巴尔卡尔国立大学, 纳尔奇克, 俄罗斯

联系方式: Lovpache Zarema Nuriyidinovna – 邮箱: lovpatche.zarema@mail.ru

Introduction. Acute mediastinitis accounts for 20–40% of deaths and often occurs due to oropharyngeal abscesses, neck infections, or esophageal foreign bodies. Early diagnosis, optimal treatment strategy, and careful clinical, instrumental, and laboratory monitoring are essential for patient survival.

Objective. To provide a brief review of the literature on the incidence, clinical manifestations, diagnostic, and treatment methods of mediastinitis secondary to esophageal foreign bodies; and to present a clinical case of a foreign body in the upper third of the esophagus with complications such as parapharyngeal abscess and mediastinitis.

Material and methods. To analyze the available literature, a search was conducted in electronic libraries for all time using the keywords “esophageal foreign bodies”, “mediastinitis”, “upper third of the esophagus”. In addition, a notable clinical case of complications of foreign body ingestion in the esophagus was selected from a single-center review of case histories.

Results. The presented case illustrates the development of a parapharyngeal abscess in a 65-year-old man with diabetes mellitus and arterial hypertension after a foreign body (fishbone) ingestion in the upper third of the esophagus (UTE). Due to the low intensity of pain after the event (typical for elderly patients), the patient did not attach importance to the foreign object in the esophagus and three days later was hospitalized in the otolaryngology department, where the abscess was opened. Then the patient received a relatively low dose of antibacterial drugs; after 3 days, against the background of deterioration of the patient's condition, descending mediastinitis was diagnosed, detected by CT of the mediastinal organs. After mediastentotomy with drainage of the mediastinal space, antibacterial and detoxifying therapy, positive dynamics were obtained.

Conclusion. Insufficiently thorough collection of anamnesis, late CT diagnostics, relatively low doses of antibacterial drugs can cause the development of mediastinitis. At the same time, the likelihood of complications and the recovery process with foreign bodies in the esophagus are affected by the presence of concomitant pathologies and the elderly age of the patient.

Key words: esophageal foreign bodies; mediastinitis; upper third of the esophagus; computed tomography

Conflicts of interest. The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing. The paper was done without sponsorship.

For citation: Lovpache Z.N., Baziyeu A.M., Zakhohov R.M., Teuvov A.A., Pooya Mustafa, Abazova I.S., Musukayeva A.B. Mediastinitis as a complication of a foreign body in the upper third of the esophagus: a case report and literature review. *Head and neck. Russian Journal.* 2025;13(3):118–125

Doi: 10.25792/HN.2025.13.3.118-125

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

Введение. Острый медиастинит является причиной 20–40% летальных исходов и нередко возникает вследствие абсцессов ротоглотки, инфекций шеи или из-за инородных тел пищевода (ИТП). Большое значение для выживания пациента имеет ранняя диагностика, оптимальная стратегия лечения, а также тщательный клинический, инструментальный и лабораторный мониторинг.

Цель исследования. Привести краткий обзор литературы о частоте развития, клинических проявлениях, методах диагностики и лечения медиастенита, вторичного по отношению к ИТП, а также представить клинический случай инородного тела (ИТ) верхней трети пищевода с развитием осложнений в виде парафарингеального абсцесса и медиастенита.

Материал и методы. Для анализа доступной литературы был проведен поиск по электронным библиотекам за все время по ключевым словам «инородные тела пищевода», «медиастенит», «верхняя треть пищевода». Кроме того, в ходе одноцентрового анализа историй болезни был отобран примечательный клинический случай осложнений при попадании ИТ в пищевод.

Результаты. Представленный случай иллюстрирует развитие парафарингеального абсцесса у 65-летнего мужчины с сахарным диабетом и артериальной гипертензией после попадания ИТ а (рыбная кость) в верхнюю треть пищевода (ИТП). В силу низкой интенсивности болевого синдрома после события (свойственно для пациентов пожилого возраста) больной не придавал значения попаданию инородного объекта в пищевод, а через 3 дня был госпитализирован в оториноларингологическое отделение, где абсцесс был вскрыт. Далее пациент получал относительно низкую дозу антибактериальных препаратов. Через 3 дня на фоне ухудшения состояния у больного был диагностирован нисходящий медиастенит, выявленный с помощью компьютерной томографии (КТ) органов средостения. После медиастенотомии с дренированием медиастенального пространства, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии была получена положительная динамика.

Заключение. Недостаточно тщательный сбор анамнеза, запоздалая КТ-диагностика, относительно низкие дозы антибактериальных препаратов могут стать причиной развития медиастенита. При этом на вероятность развития осложнений и процесс выздоровления при ИТП влияет наличие сопутствующих патологий и пожилой возраст пациента.

Ключевые слова: инородные тела пищевода; медиастенит; верхняя треть пищевода; компьютерная томография

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Ловпаче З.Н., Базиев А.М., Захохов Р.М., Теуов А.А., Пуйя Мустафа, Абазова И.С., Мусукаева А.Б. Медиастенит, как осложнение инородного тела верхней трети пищевода: описание случая и обзор литературы. *Head and neck. Голова и шея. Российский журнал.* 2025;13(3):118–125

Doi: 10.25792/HN.2025.13.3.118-125

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

引言：急性纵隔炎占死亡原因的20–40%，常由口咽部脓肿、颈部感染或食管异物所致。早期诊断、优化治疗策略，以及细致的临床、器械学与实验室监测对患者生存至关重要。

研究目的：对继发于食管异物的纵隔炎之发病率、临床表现、诊断与治疗方法进行简要文献回顾；并呈现一例上三分之一食管（UTE）异物并发咽旁隙脓肿与纵隔炎的临床病例。

材料与方法：为分析可得文献，在电子文献库中以“食管异物”“纵隔炎”“食管上三分之一”为关键词进行了不限时段检索。此外，从单中心病例史回顾中遴选了一例食管异物摄入并发症的典型病例。

研究结果：所呈病例为一名65岁男性，合并糖尿病与动脉高血压，因上三分之一食管鱼刺异物后发生咽旁隙脓肿。由于事件后疼痛强度较低（老年患者的典型表现），患者未重视食管内异物，三天后入院至耳鼻咽喉科，行脓肿切开引流。随后患者仅接受了相对低剂量的抗菌药物治疗；3天后在病情恶化背景下，经纵隔器官CT确诊为下行性纵隔炎。行纵隔切开并纵隔腔引流，联合抗菌与解毒治疗后，病情出现积极好转。

结论：病史采集不充分、CT诊断延迟以及抗菌药物剂量相对不足，均可能促发纵隔炎的发生。同时，合并疾病的存在及患者高龄会影响食管异物相关并发症的发生概率与康复进程。

关键词：食管异物；纵隔炎；食管上三分之一；计算机断层扫描（CT）

利益冲突声明：作者声明不存在利益冲突。

资助声明：本研究由作者团队资助。

引用格式: Lovpache Z.N., Baziye A.M., Zakhohov R.M., Teuvov A.A. Mediastinitis as a complication of a foreign body in the upper third of the esophagus: a case report and literature review. *Head and neck. Russian Journal*. 2025;13(3):118–125

Doi: 10.25792/HN.2025.13.3.118-125

作者声明: 作者对所提供数据的原创性及插图 (表格、图片、患者照片) 的发表合法性负责。

Введение

Проглатывание инородного тела (ИТ) является распространенной ситуацией, требующей неотложной медицинской помощи, и остается причиной не менее 4% всех экстренных эндоскопий [1]. Инородные тела пищевода (ИТП) в клинической практике встречаются чаще, чем ИТ дыхательных путей. Более 75% ИТП обнаруживают у детей в возрасте от 18 до 48 месяцев. При этом чаще всего ИТ представлены монетами, частицами пищи или костей. Небольшая доля проглатываемых предметов приходится на пуговицы, ювелирные изделия, детали игрушек, пластиковые предметы, шарики, мелки, батарейки, винты и булавки [2].

Застревание пищевого комка в пищеводе больше характерно для взрослых, а в детской популяции встречается редко и возникает на фоне эзофагита или стриктур пищевода из-за предшествующего хирургического вмешательства (например, исправление атрезии пищевода) [3].

Цель исследования: провести краткий обзор литературы о частоте развития, клинических проявлениях, методах диагностики и лечения медиастенита, вторичного по отношению к ИТП, а также представить клинический случай ИТ верхней трети пищевода с развитием осложнений в виде парафарингеального абсцесса и медиастенита.

Материал и методы

Для анализа доступной литературы был проведен поиск по электронным библиотекам за все время по ключевым словам «инородные тела пищевода», «медиастенит», «верхняя треть пищевода». Кроме того, в ходе одноцентрового анализа историй болезни был отобран примечательный клинический случай осложнений при попадании ИТ в пищевод.

Результаты

Согласно эпидемиологическим данным, большая часть проглоченных ИТ затем обнаруживается в желудке (60%), около 20% застревают в пищеводе и 5–10% – в ротоглотке. В целом, в пищеводе есть 4 области физиологического сужения, где ИТ часто застревают: в верхнем пищеводном сфинктере, над дугой аорты, над главным бронхом и в нижнем пищеводном сфинктере. Большинство проглоченных ИТ задерживается на уровне крикофарингеальной мышцы (верхний пищеводный сфинктер), около 15% – на уровне дуги аорты в средней части пищевода, а остальные – на уровне нижнего пищеводного сфинктера. К примеру, более крупные монеты чаще всего застревают на уровне крикофарингеальной мышцы, тогда как мелкие монеты обнаруживаются более дистально. Верхний сфинктер является наиболее распространенным местом застревания ИТ у детей (75%), а нижний пищеводный сфинктер является наиболее распространенным местом у взрослых (70%) [2, 3].

Нередко проглатывание протекает бессимптомно или саморазрешается, и может не быть никаких конкретных результатов физикального обследования. Отсутствие симптомов у значительной части пациентов подчеркивает важность тщательного сбора анамнеза, поскольку часто имеется предшествующая история засвидетельствованного подозрения на факт проглатывания ИТ или затруднений во время приема пищи. Симптомы при их наличии могут включать слюнотечение, дисфагию, рвотные позывы, дискомфорт или боль в груди и снижение аппетита. В тяжелых случаях (при проглатывании крупных ИТ) или у маленьких детей могут проявляться респираторные симптомы, такие как хрипы, стридор, кашель и повторяющаяся аспирация секрета в результате отека и давления на общую стенку между трахеей и пищеводом [1, 3].

Взрослые пациенты с ИТ часто поступают учреждения или отделения неотложной кардиологической помощи с болью в груди – симптомом, который наиболее часто совпадает с более распространенными сердечными заболеваниями, при этом истинная причина остается недиагностированной до тех пор, пока не будет проведена расширенная визуализация [5].

Простые рентгенологические снимки могут быть полезны для определения местоположения рентгеноконтрастных объектов, при наличии ИТП также требуется боковой снимок, чтобы убедиться в том, что ИТ не находится в дыхательных путях [1].

Методами обнаружения ИТ в пищеводе также могут служить гастроскопия и эзофагоскопия, однако они отнесены к вспомогательным средствам, поскольку оба метода имеют ограничения. Показано, что в случаях, когда была своевременно проведена ларингоскопия, а расширенная диагностика не проводилась из-за легкой боли у пациентов, в последующем были обнаружены ИТ верхнего отдела пищевода [6]. Помимо этого, сообщается о потенциале ультразвукового исследования по месту оказания помощи для выявления ИТП и характерных сонографических результатах [7].

Наиболее предпочтительным методом обнаружения ИТП для предотвращения диагностических задержек является компьютерная томография (КТ) грудной клетки. При этом из-за болезненности в месте излучения иногда указанная пациентом область не обязательно может быть истинным местоположением ИТ. Лучше всего провести исследование пищевода и глотки по всей длине, поскольку ИТ могут находиться в постперстневидной области или в глубокой части грушевидного синуса [8, 9]. Помимо этого, небольшие ИТ вроде рыбьей кости иногда могут выглядеть как слегка высокоплотные тени на КТ и отличить их от окружающих артефактов может быть затруднительно, что требует сопоставления с клинической симптоматикой (подозрительные тени ИТ должны приблизительно соответствовать месту боли у пациента и появляться как минимум на двух срезах КТ, с путями, отличными от окружающих артефактов) [6].

Если ИТ не обнаружены в пищеводе при первоначальной диагностике, но сохраняются жалобы на боль в области груди, требуется повторить КТ или провести дополнительное гастро-

скопическое обследование. Особенно настороженного отношения требуют пожилые пациенты (старше 60 лет) с постоянной болью. У пожилых людей чувствительность нервной ткани, а также слабая сократительная способность гладких мышц пищевода ослаблена, перистальтика пищевода замедлена, соответственно, интенсивность боли, вызванная попаданием ИТ в пищевод, ниже, чем у людей среднего возраста и молодых людей [6, 10].

Лечение ИТП обычно зависит от типа, размера и местоположения объекта, а также от продолжительности пребывания в пищеводе и клинической симптоматики. В случаях, когда инородный объект не представляет немедленной угрозы для жизни, может наблюдаться спонтанный выход, особенно для небольших и тупых предметов. Консервативное лечение предназначено для бессимптомных пациентов или, когда объект уже достиг желудка и, как ожидается, выйдет естественным путем. Большинство ИТП удаляются эндоскопическим методом, что на сегодняшний день является «золотым» стандартом лечения из-за высокого уровня успеха и низкого риска осложнений. Если эндоскопическое удаление не удается или противопоказано, иногда требуется хирургическое вмешательство [11].

Временной интервал от манифестации жалоб до получения помощи варьируется в различных исследованиях: в целом более двух третей пациентов получают помощь в течение первых 24 часов проглатывания. Сообщается, что 50,8% пациентов получают эндоскопическое лечение в течение 12 часов; 34,4% – через 12–24 часа, 7,1% – через 24–48 часов; 2,2% – через 48–72 часа и 5,5% пациентов получают помощь спустя 72 часа и более [1].

Нераспознанные или длительно находящиеся в пищеводе ИТ могут привести к разрушительным осложнениям, включая дивертикул пищевода, эрозию, разрыв или язву пищевода, перфорацию, кровотечения, медиастенит, бронхопищеводный свищ, аортопищеводный свищ или даже летальный исход. Сообщается, что с высоким риском осложнений были связаны острые инородные предметы, пожилой возраст и длительное пребывание ИТ в пищеводе. В частности, риск резко возрастал в 4,04 и 8,48 раза при длительности пребывания ИТ более 24 и 48 часов соответственно по сравнению с периодом менее 12 часов [1, 12].

Острый медиастинит – опасное для жизни осложнение (20–40% летальных исходов), возникающее вследствие абсцессов ротоглотки, инфекций шеи или из-за ИТП. При этом ранняя диагностика и оптимальная стратегия лечения, основанная на антибиотикотерапии широкого спектра действия, адекватной хирургии, дренаже средостения и лечении возможной органной недостаточности, контрольное послеоперационное КТ и тщательный клинический и лабораторный мониторинг имеют решающее значение для выживания пациента [4].

Клиническую значимость при медиастените имеет своеобразная природа ИТ, застрявшего в пищеводе, а также возраст – дети с детским церебральным парезом (ДЦП), дети и взрослые с судорожными расстройствами, тяжелой умственной отсталостью или другими психическими заболеваниями [13].

Точная эпидемиологическая характеристика медиастенита, вторичного по отношению к ИТП отсутствует. В работе А.А. Абдуллаева и соавт. описывается 72 случая гнойного медиастенита с 1990 по 2011 г., причинами которого в 62 случаях были повреждения пищевода ИТ [14].

J. Liu и соавт. также заявляют о задержке начала лечения как о главной причине развития медиастенита: среднее время между проглатыванием инородного ИТ и получением лечения

у пациентов, у которых развился медиастинит, составило 7,72 дня по сравнению с 1,92 дня у тех, у кого его не было ($p < 0,05$). Также авторы сообщили о снижении смертности за проанализированный период с 38,7 до 8,3%, что связано с улучшением ранней диагностики и повсеместного применения КТ [4].

Анализ 80 случаев острого медиастенита, пролеченных в крупном центре за период 2006–2020 гг., продемонстрировал, что в 5 случаях развился медиастенит по причине ИТП. Из всех проанализированных случаев более высокий риск смерти (в 6,8 раза) имели пациенты старше 60 лет, а пациенты более чем с двумя сопутствующими заболеваниями имели более высокий риск смерти в 14,3 раза. Также микробиологическое исследование показало, что наличие дрожжей в материале культуры увеличивало риск смерти в 4,4 раза [15].

С.Д. Исмаилов и др. сообщают, что наличие медиастенита при поступлении пациента в стационар повышает риск неуспешного лечения поражения пищевода в 4,18 раза, в т.ч. при наличии ИТ [16]. В анализе S. Celik и соавт. 512 случаев попадания ИТ в пищевод за 20 лет работы, сообщается, что у 3 пациентов наступил летальный исход из-за развития медиастенита [17]. Большая часть представленных в литературе исследований, включают описание клинических случаев острого медиастенита сопряженного с ИТП. Результаты ряда работ свидетельствуют о пользе раннего хирургического лечения при развитии медиастенита, вторичного по отношению к ИТП.

В работе S. Cole и соавт. сообщается о серии случаев развития вторичного медиастенита при хроническом ИТП. S. Cole и соавт. описывают 3 случая ИТП, пребывавшем от 1 до 12 месяцев, с развитием медиастенита. У всех пациентов наблюдались респираторные признаки, и их лечили от альтернативных диагнозов (астма, рефлюкс и инфекции верхних дыхательных путей). Позднее была проведена КТ грудной клетки и оперативное лечение [18].

Е.А. Дробязгин и соавт. сообщают, что в 4 случаях из 1187 случаев подозрения на ИТП был выявлен медиастенит; при этом инородные объекты были удалены интраоперационно (с применением гибкого или ригидного эндоскопа) с дренированием средостения и с установкой зонда для питания или гастростомией [19].

Исследование крупной серии случаев, с ретроспективным анализом медицинских карт 2981 пациента с ИТ в гортани и пищеводе, получавших лечение в период с 1969 по 2010 г., показало, что у 93 были осложнения в виде острого медиастенита. Из них 4 умерли в течение 4 часов после поступления, 89 получили хирургическое лечение с дренированием средостения, 13 пациентам была выполнена первичная реконструкция с наложением швов, пересадкой сальника или с эндоскопической установкой стента [4].

Также сообщается о случаях успешного консервативного лечения медиастенита как осложнения ИТП. J.E. Kerschner и соавт. представили серию случаев медиастенита, вызванного задержкой ИТП. Трех из четырех пациентов, представленных в статье, удалось вылечить консервативными методами, а именно удалением ИТ, внутривенным введением высоких доз антибиотиков и прекращением перорального питания [20].

Сообщается также и о случае вялотекущей формы медиастинита, вызванного проглатыванием ИТ, который был успешно и исключительно вылечен антибиотиками. В работе A.W. Mariani и соавт. описано развитие медиастенита у 53-летней женщины с нетипичной клинической картиной. У пациентки наблюдался интенсивный болевой синдром в течение недели,

который не поддавался купированию даже после анальгезии трамадолом и кетопрофеном, без признаков инфекции, за исключением повышенного уровня С-реактивного белка (СРБ). Исходя из данных анамнеза (проглатывание рыбной кости), была проведена КТ с обнаружением незначительного утолщения стенки пищевода и небольшого скопления жидкости с воздухом. После проведения дифференциальной диагностики и исключения сердечно-сосудистых заболеваний, а именно острого коронарного синдрома, расслоения аорты и тромбоэмболии легочной артерии была начата антибактериальная терапия ципрофлоксацином и клиндамицином. Через 2 дня авторы зарегистрировали уменьшение боли в груди и снижение уровня СРБ до 3,15 мг/дл. Через 5 дней антибиотикотерапии концентрация СРБ достигала 0,56 мг/дл, боль в груди полностью купировалась. Курс антибиотиков был продолжен до 21 дня, КТ грудной клетки повторили через месяц после начала лечения [21].

М. Tuwończuk-Szulc и соавт. также описывают случай консервативного лечения у 85-летней женщины с подозрением на ИТП и клиническими проявлениями медиастинита ранней стадии. От хирургического лечения было принято решение отказаться по причине преклонного возраста и плохого общего состояния пациентки, а использовать высокие дозы антибиотиков и нутритивную поддержку в течение длительного времени. На третьей неделе лечения медиастинит был излечен, однако был обнаружен бронхопищеводный свищ с левой стороны, потребовавший хирургического вмешательства [22].

У пожилых пациентов и при наличии сопутствующей патологии успех лечения значительно снижается. М.С. Katselos и соавт. представили случай летального исхода у 70-летнего пациента с сахарным диабетом. Из-за проглатывания рыбьей кости у пациента наблюдалась одинофагия после приема пищи, однако первичное обследование не дало результатов и пациент был выписан домой. Через 12 дней у пациента наблюдалась лихорадка, общая слабость и постоянная дисфагия, а также воспалительные изменения средостения при КТ, с последующей смертью больного [23].

Таким образом, при анализе работ на тему медиастинита как осложнения ИТ верхней трети пищевода в отечественной литературе удалось найти ограниченное число работ, в связи с чем обсуждение данной проблемы имеет большое значение и актуальность. В данном сообщении представлен клинический случай медиастинита, вторичного по отношению к ИТ верхней трети пищевода, с нетипичной клинической картиной.

Клинический случай

Больной Н. 65 лет, поступил в оториноларингологическое отделение ГУЗМ КБР «Республиканская клиническая больница г. Нальчика» жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр (39 °С), резкую и пронизывающую боль в горле, локализованную справа. Интенсивность боли возрастала при глотании, глотание было несколько затруднено, также наблюдалась болезненность при открывании рта, слабость, утомляемость, отсутствие аппетита. При этом пациент не предъявлял жалоб на боли или дискомфорт в области груди.

С описанной фарингоскопической картиной больной был доставлен бригадой скорой помощи с предварительным диагнозом «Острый парафаренгиальный абсцесс справа».

При осмотре врачом-оториноларингологом обнаружена небольшая отечность в области шеи, выраженного выбухания

в области боковой стенки не наблюдалось, вынужденное положение головы, с наклоном в сторону поражения. Наблюдалась гиперемия и отек слизистой оболочки боковой стенки глотки, некоторое смещение небной миндалины в противоположную сторону. Осмотр был несколько затруднен из-за тризма. Пальпация области шеи болезненна, увеличены шейные лимфоузлы справа.

Сопутствующие заболевания – артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Лабораторные анализы при поступлении: лейкоциты – 20x10⁹/л, СРБ – 10 мг/л, СОЭ – 25 мм/час, прокальцитонин – 0,5 нг/мл.

В экстренном порядке парафаренгиальный абсцесс был вскрыт через внеротовой доступ в силу латерального расположения абсцесса и затрудненного доступа через ротовую полость, с выполнением разреза параллельно нижней челюсти. После хирургического вмешательства больной получал обезболивание по требованию и антибактериальную терапию (цефтриаксон внутривенно, по 1000 мг 2 раза в сутки).

Через 3 дня состояние пациента ухудшилось, с повторным подъемом температуры тела до фебрильных цифр, появились боли в груди, отсутствие аппетита, рвотные позывы, наблюдались респираторные симптомы – одышка в покое, хрипы.

Было проведено электрокардиографическое исследование (ЭКГ) для исключения заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности инфаркта миокарда, а также КТ органов средостения. Заболевания сердца при анализе ЭКГ не подтвердились. Согласно заключению КТ, у пациента было зарегистрировано утолщение и нечеткость контуров структур средостения (трахеи, пищевода и крупных сосудов), выраженное скопление жидкости в средостении, увеличение лимфатических узлов средостения (рис. 1–5).

При повторном сборе анамнеза супруга пациента сообщила, что за 2 дня до повышения температуры пациент, употребляя в пищу цельную рыбу, почувствовал небольшой дискомфорт в области горла и шеи, что сопровождалось кашлем. Затрудненного дыхания, продолжительной боли или дискомфорта в горле или в груди больше не было, и пациент с супругой забыли о данном событии.

После консультации торакального хирурга больному в экстренном порядке была проведена медиастенотомия с дренированием медиастенального пространства. Двусторонняя кольярная медиастинотомия была выполнена под общей анестезией. Были выполнены разрезы 12–13 см в длину по переднему краю кивательных мышц справа и слева, мягкие ткани были тупо и остро отсепарованы, разведены. В межфасциальных пространствах наблюдались пузырьки газа. Вскрыты паразофагальное и превертебральное пространства, было получено около 10 мл жидкости желтоватого цвета. Было установлено 5 двухпросветных дренажей.

После операции больной находился в реанимационном отделении на функциональной кровати с приподнятым ножным концом. Послеоперационное лечение включало антибиотикотерапию (цефепим внутривенно по 50 мг/кг каждые 8 часов, 9 дней), дезинтоксикационную терапию.

На 7-е сутки была проведена контрольная КТ органов средостения, по результатам которой было обнаружено снижение плотности и объема воспалительного инфильтрата в средостении, уменьшение жидкости, редукция лимфаденопатии. Наблюдалось восстановление нормальной анатомической структуры органов средостения (сглаживание контуров трахеи, пищевода, крупных сосудов, которые ранее были нечеткими).

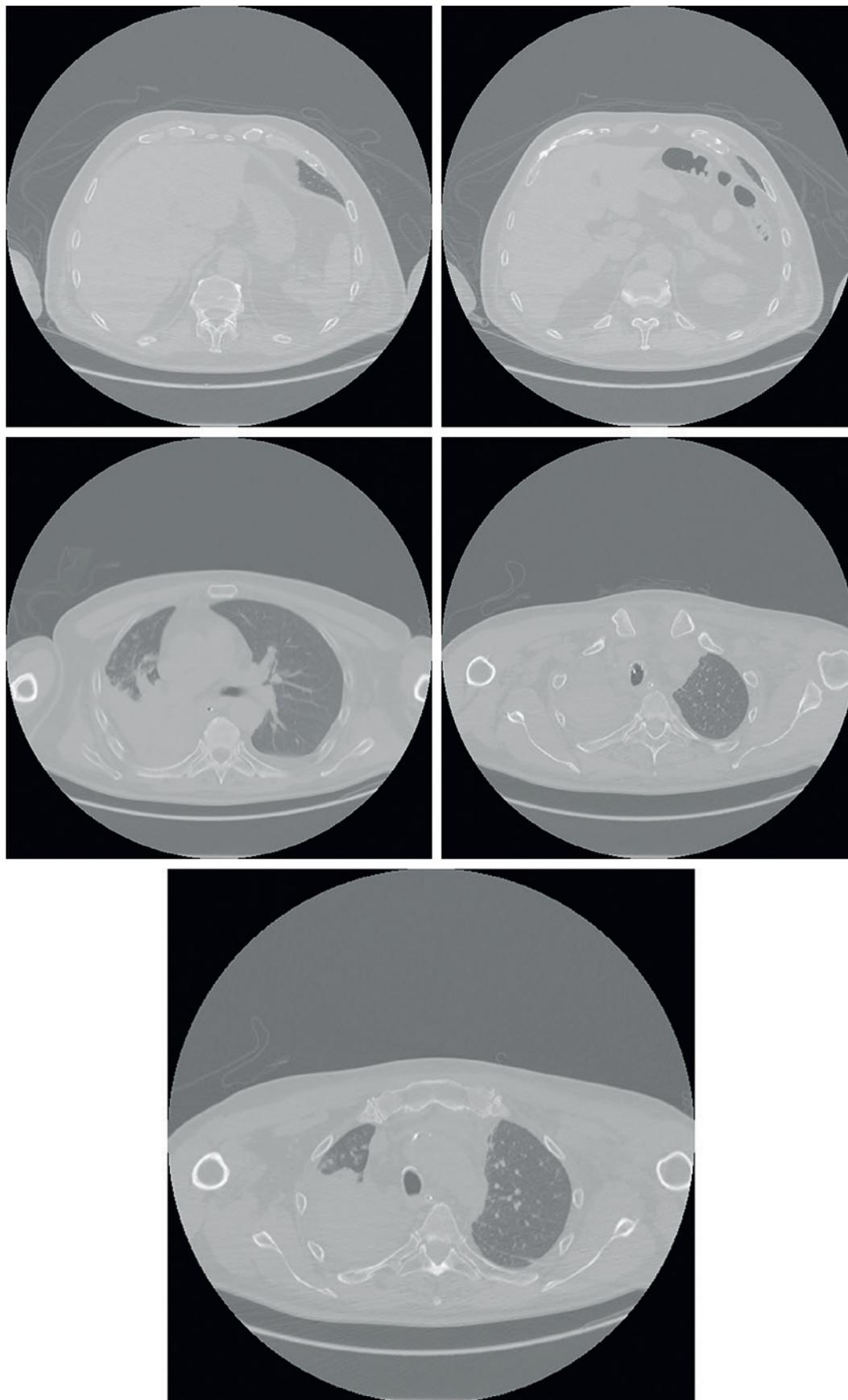


Рис. 1–5. Иллюстрация случая с помощью КТ-изображений. КТ-сканирование, демонстрирующее нисходящий медиастенит
Fig. 1–5. Case illustration using CT images, CT scan demonstrating descending mediastinitis

Была также получена положительная динамика лабораторных показателей. Больной был переведен из реанимационного отделения в отделение для дальнейшей реабилитации.

Обсуждение

Рыбья кость составляет большинство проглоченных ИТ у взрослых, при этом частыми местами защемления в ротоглотке являются миндалины, основание языка, валлекулы и грушевидные углубления [24]. Острое повреждение пищевода при попадании ИТ в организм может привести к таким осложнениям, как медиастенит и ретрофарингеальные или парафарингеальные абсцессы [25]. Однако случаи развития парафарингеального абсцесса с последующим распространением инфекции в средостение при попадании ИТ в верхнюю треть пищевода описаны редко, в особенности в отечественном научном пространстве. Этим может быть обусловлена низкая настороженность врача относительно ИТП при первичном приеме по поводу парафарингеального абсцесса, в особенности если больной не упоминал о подобном событии в силу низкой интенсивности болевого синдрома при попадании инородного объекта, к примеру пожилые пациенты. Следует отметить, что при обследовании предполагаемого места ущемления рыбьей кости на задней стенке глотки рыбья кость может быть не визуализирована или извлечена. О подобном случае у 52-летнего мужчины с ИТП сообщают J.W. Hsieh и соавт. (2022). При проведении фарингоскопии и эзофагоскопии рыбья кость не была визуализирована или извлечена, что предположительно она прошла через желудочно-кишечный тракт. Контрастная КТ показала нисходящий медиастенит и большой абсцесс, простирающийся от ретрофарингеального, правого висцерального и подчелюстного пространств до подключичного пространства от С3 до Т11, что потребовало экстренного оперативного вмешательства и внутривенной антибиотикотерапии [24].

Запоздалая КТ диагностика, относительно низкие дозы антибактериальных препаратов могут стать причиной распространения воспалительного процесса и развития медиастенита. Кроме того, отечественные авторы сообщают о значительной роли в процессе выздоровления при ИТП сопутствующей патологии (сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, болезни сердечно-сосудистой системы и др.), и выделяют их в качестве факторов, которые необходимо учитывать при ведении послеоперационного периода [26].

Заключение

КТ обеспечивает своевременную диагностику и подбор лечебной стратегии для предотвращения осложнений, которые могут возникнуть из-за недиагностированных ИТП, как показано в представленном клиническом случае. Описанный случай подчеркивает необходимость тщательного сбора анамнеза, широкой дифференциальной диагностики и ранней визуализации даже при эпизодах незначительной боли в груди, особенно у пожилых и/или коморбидных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Yuan J., Ma M., Guo Y., et al. Delayed endoscopic removal of sharp foreign body in the esophagus increased clinical complications: An experience from multiple centers in China. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(26):e16146. Doi: 10.1097/MD.00000000000016146.

2. Wetmore R.F., Bell L.M. Foreign Bodies of the Upper Aerodigestive Tract and Caustic Ingestion. *Requisites in Pediatrics, Pediatric Otolaryngology*. 2007;163–72. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-04855-2.50017-4>.
3. Tasche K.K., Chang K.E. Otolaryngologic Emergencies in the Primary Care Setting. *Med. Clin. North Am.* 2017;101(3):641–56. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.12.009>.
4. Liu J., Zhang X., Xie D., et al. Acute mediastinitis associated with foreign body erosion from the hypopharynx and esophagus. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2012;146(1):58–62. Doi: 10.1177/0194599811425140.
5. Taheriniya A., Safaie H., Rozveh J.K., et al. Uncommon cause of chest pain: Case report of esophageal foreign body diagnosed by chest computed tomography scan. *Radiol. Case Rep.* 2024;20(1):162–5. Doi: 10.1016/j.radcr.2024.09.122.
6. Yan X., Dai G. Esophageal Foreign Body Missed Diagnosis; an Analysis of 12 Cases. *Arch. Acad. Emerg. Med.* 2023;11(1):e65. Doi: 10.22037/aaem.v11i1.2102.
7. Mori T., Nomura O., Hagiwara Y. Another Useful Application of Point-of-Care Ultrasound: Detection of Esophageal Foreign Bodies in Pediatric Patients. *Pediatr. Emerg. Care.* 2019;35(2):154–6. Doi: 10.1097/PEC.0000000000001729.
8. Zhao Y., Zhang Y., Li Y., et al. Application of esophageal CT to establish the evaluation model of foreign body position in rigid esophagoscopy surgery. *J. Clin. Otorhinolaryngol. Head Neck Surg.* 2021;35(12):1097–100. Doi: 10.13201/j.issn.2096-7993.2021.12.008.
9. Liu L.F., Qiu H.T., Jiang F., et al. Diagnosis and treatment of cervical migratory foreign bodies caused by sharp esophageal foreign bodies. *J. Clin. Otorhinolaryngol. Head Neck Surg.* 2019;33(11):1068–71. Doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2019.11.015.
10. Baker T.A., Krok-Schoen J.L., O'Connor M.L., Brooks A.K. The Influence of Pain Severity and Interference on Satisfaction with Pain Management among Middle-Aged and Older Adults. *Pain Res. Manag.* 2016;9561024. Doi: 10.1155/2016/9561024.
11. Siddique M.S., Mumtaz A., Saeed M.S., et al. Esophageal Foreign Body Removal: A Novel Approach. *Cureus.* 2021;13(9):e18081. doi: 10.7759/cureus.18081
12. Zanchetta M., Monti E., Latham L., et al. Dental prosthesis in esophagus: a right cervicotomic approach. *Life (Basel)* 2022;12(8):1170. Doi: 10.3390/life12081170.
13. Schulz M., Wild L., König C., et al. An esophagobronchial fistula caused by an unusual foreign body in the esophagus leading to mediastinitis with fatal outcome. *Klin. Padiatr.* 2006;218(2):85–7. Doi: 10.1055/s-2005-836597. [PMID: 16506109].
14. Абдуллаев А.А., Бекназаров Я.Б., Ашиев Г.М., Абдуллаев Б.А. Диагностика и лечение гнойного медиастенита при повреждениях пищевода. *Образовательный вестник «Сознание»*. 2012;14(2):21–2. [Abdullaev A.A., Beknazarov Ya.B., Ashiev G.M., Abdullaev B.A. Diagnostics and treatment of purulent mediastinitis in esophageal injuries. *Educational Bulletin "Consciousness"*. 2012;14(2):21–2 (In Russ.).]
15. Vodička J., Geiger J., Židková A., et al. Acute Mediastinitis - Outcomes and Prognostic Factors of Surgical Therapy (A Single-Center Experience). *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2022;28(3):171–9. Doi: 10.5761/atcs.0a.21-00147.
16. Исмаилов С.Д., Лигаи П.Е., Бабажанов А.С., Цой А.А. К вопросу факторов риска развития осложнений при перфорациях пищевода. *Universum: медицина и фармакология*. 2023;4–5(98):26–34.
17. Celik S., Aydemir B., Tanrikulu H., et al. Esophageal foreign bodies in children and adults: 20 years experience. *Ulus. Travma Acil Cerrahi Derg.* 2013;19(3):229–34. Doi: 10.5505/tjtes.2013.22687.
18. Cole S., Kearns D., Magit A. Chronic esophageal foreign bodies and secondary mediastinitis in children. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2011;120(8):542–5. Doi: 10.1177/000348941112000809.

19. Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Архипов Д.А. Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021;(6):38–44. [Drobayzgin E.A., Chikinev Yu.V., Arkhipov D.A. Diagnostic and treatment of foreign bodies of the upper digestive tract. Pirogov Rus. J. Surg. 2021;(6):38–44 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202106138>.
20. Kerschner J.E., Beste D.J., Conley S.F., et al. Mediastinitis associated with foreign body erosion of the esophagus in children. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2001;59(2):89–97. Doi: 10.1016/s0165-5876(01)00454-2.
21. Mariani A.W., Pêgo-Fernandes P.M., Samano M.N., et al. Indolent form of mediastinitis caused by oesophageal perforation from fish bone ingestion. *BMJ Case Rep.* 2009;2009:bcr11.2008.1250. Doi: 10.1136/bcr.11.2008.1250.
22. Tuwończuk-Szulc M., Kibiłda B., Wujnowski T. Case of esophageal foreign body complicated by mediastinitis and broncho-esophageal fistula. *Otolaryngol. Pol.* 2004;58(3):615–8.
23. Katsetos M.C., Tagbo A.C., Lindberg M.P., Rosson R.S. Esophageal perforation and mediastinitis from fish bone ingestion. *South Med. J.* 2003;96(5):516–20. Doi: 10.1097/01.SMJ.0000047744.34423.0B.
24. Hsieh J.W., Dulguerov N., Mermod M. Mediastinal abscess revealed by computed tomography after pharyngeal fish-bone impaction. *Radiol. Case Rep.* 2022;17(12):4478–80. Doi: 10.1016/j.radcr.2022.09.012.
25. An J.S., Baek I.H., Chun S.Y., Kim K.O. Successful endoscopic band ligation of esophageal perforation by fish bone ingestion. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* 2013;23(5):459–62. Doi: 10.1089/lap.2013.0082.
26. Зенгер В.Г., Инкина А.В., Тюкин В.Ю. и др. Длительностоящее инородное тело пищевода, осложненное его перфорацией, флегмоной шеи, медиастинитом. *Российская оториноларингология.* 2008;3:162–6. [Zenger V.G., Inkina A.V., Tyukin V.Yu., et al. Long-standing foreign body of the esophagus complicated by its perforation, phlegmon of the neck, mediastinitis. *Russian Otolaryngology.* 2008;3:162–6 (In Russ.)].

Поступила 02.07.2025

Получены положительные рецензии 01.08.25

Принята в печать 24.08.25

Received 02.07.2025

Positive reviews received 01.08.25

Accepted 24.08.25

Информация об авторах:

Ловпаче Зарема Нуриидиновна — к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. Адрес: Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173, e-mail: lovpache.zarema@mail.ru, ORCID iD: 0000-0001-7984-6161

Базиев Артур Мухарбиевич — к.м.н., доцент кафедры общей хирургии, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. Адрес: Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173, ORCID 0000-0001-6360-6577, e-mail: bazzaarth76@mail.ru

Захохов Руслан Максидович — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой общей хирургии, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. Адрес: Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173, ORCID 0000-0003-3587-697X, e-mail: zakh-rus@mail.ru

Теуов Аслан Алексеевич — к.м.н., доцент кафедры общей хирургии, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. Адрес: Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173, ORCID 0000-0003-3405-937X, e-mail: Teuw@mail.ru

Пуйя Мустафа, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173, ORCID 0009-0002-3546-7527, e-mail: pooya412@mail.ru

Абазова Инна Саладиновна, кандидат медицинских наук, доцент, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173, ORCID 0000-0001-6764-436X, abazova_inna@mail.ru

Мусукаева Анжелика Баталовна, доцент кафедры нормальной и патологической анатомии человека, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173, ORCID 0000-0003-2505-7065, e-mail: anzhela.musukaeva@mail.ru

Information about the authors:

Lovpache Zarema Nuriyidinovna — MD, PhD, Associate Professor Department of General Surgery, Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov. Address: Nalchik, Chernyshevsky Street, 173, e-mail: lovpache.zarema@mail.ru, ORCID iD: 0000-0001-7984-6161

Baziyev Artur Mukharbievich — MD, PhD, Associate Professor, Department of General Surgery, Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov. Address: Nalchik, Chernyshevsky Street, 173, ORCID 0000-0001-6360-6577, e-mail: bazzaarth76@mail.ru

Zakhohov Ruslan Maksidovich — MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department of General Surgery, Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov. Address: Nalchik, Chernyshevsky Street, 173, ORCID 0000-0003-3587-697X, e-mail: zakh-rus@mail.ru

Aslan Alekseevich Teuvov — MD, PhD, Associate Professor, Department of General Surgery, Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov. Address: Nalchik, Chernyshevsky Street, 173, ORCID 0000-0003-3405-937X, e-mail: Teuw@mail.ru

Pooya Mustafa, MD, PhD, Assistant Professor, Department of Hospital Surgery, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov, Nalchik, Chernyshevsky Street, 173, ORCID 0009-0002-3546-7527, e-mail: pooya412@mail.ru

Abazova Inna Saladinovna, MD, PhD, Associate Professor, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov, Nalchik, Chernyshevsky Street, 173, ORCID 0000-0001-6764-436X, abazova_inna@mail.ru

Musukayeva Anzhelika Batalovna, Associate Professor, Department of Normal and Pathological Human Anatomy, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov, Nalchik, Chernyshevskogo, 173, ORCID 0000-0003-2505-7065, e-mail: anzhela.musukaeva@mail.ru