

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

УДК 616.599–003.219–031.31:616.351–072.1–06

Кравчун П.Г., Кадыкова О.И., Амер Л.Б., Молотягин Д.Г.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОДКОЖНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ШЕИ, ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет
КУОЗ Харьковская городская клиническая больница №27

Материал изложен на примере клинического случая. У мужчины после проведения рентгенологического исследования толстой кишки с двойным контрастированием развилась подкожная эмфизема шеи, изначально расцененная как отек Квинке. В ходе проведенных исследований были выявлены пневмоперитонеум, пневмомедиастинаум, что позволило предположить, что в результате инсультации воздуха в прямую кишку часть его поступила в брюшную полость через имеющийся пельвиоректальный свищевой ход, и далее распространилась через пищеводное отверстие диафрагмы в средостение и органы шеи.

Ключевые слова: подкожная эмфизема шеи, отёк Квинке.

Резкое внезапное увеличение размеров шеи с признаками сдавления дыхательных путей является грозным осложнением, требующим неотложных мероприятий для спасения жизни больного.

В практике врача-терапевта наиболее часто такая ситуация встречается в результате развития отека Квинке [2, 3]. Гораздо реже встречаются другие причины. Одной из таких причин является развитие эмфиземы шеи. Последняя, как правило, является следствием патологических процессов органов дыхания либо следствием травмы грудной клетки [1, 4]. Однако встречаются и казуистические случаи.

В данной статье нами представлено редкое наблюдение, когда эмфизема шеи возникла как осложнение в результате проведения диагностического исследования – ирригографии с двойным контрастированием (у больного с хроническим парапроктитом).

Больной С.М.И., 64 лет, доставлен в приёмное отделение ХГКБ №27 в ургентном порядке жалобами на отечность в области лица, шеи, затрудненное дыхание.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным с 02.06.16г., когда около 14:00 после проведения рентгенологического исследования толстой кишки с двойным контрастированием в проктологическом отделении ХГКБ №2 отметил появление отечности лица, шеи, затрудненного дыхания.

Около 17:00 по совету врача выполнил инъекцию супрастина, однако улучшения не отметил. Повторно позвонил лечащему врачу. Было рекомендовано ввести дексаметазон – без улучшения. В 22:00 вызвал бригаду СМП. Состояние расценили как реакцию на контраст. Была оказана помощь: дексаметазон, димедрол. Больной доставлен в ХГКБ №30, исключена острая ЛОР-патология, рекомендовано лечение

в ХГКБ №27. После осмотра дежурным врачом больной был госпитализирован в аллергологическое отделение с диагнозом: отек Квинке в области лица.

Больной аллергические реакции на медикаменты отрицает. Вредные привычки отрицает.

При осмотре врачом-аллергологом утром 03.06.16г. больной предъявляет жалобы на частый приступообразный сухой кашель с отхождением слизистой мокроты с прожилками крови, боли в грудной клетке при кашле, выраженную общую слабость, повышенную потливость, одышку при незначительной физической нагрузке (ходьбе до 50 метров).

Состояние больного средней степени тяжести. В сознании. Положение активное. Правильного телосложения. Температура тела 36,7°C. При пальпации в местах отека (лицо, шея, передняя поверхность грудной клетки) определяется крепитация воздуха (подкожная эмфизема). Кожные покровы чистые. Носовое дыхание не затруднено. Щитовидная железа, периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими перкуторно: легочной звук; аускультативно – резко ослабленное дыхание с обеих сторон, сухие хрипы над всей поверхностью легкого слева. ЧДД – 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 72 в 1 мин., ps – 72 в 1 мин. Язык несколько обложен у корня белесоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, диурез без особенностей.

При обследовании больного в клиническом анализе мочи патологических изменений не выявлено; клиническом анализе крови: Hb – 160 г/л, эритроциты – $5,3 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,80, лейкоциты – $9,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, нейтрофи-

лы: п/я – 2%, с/я – 84, лимфоциты – 11%, моноциты – 2%, СОЭ – 13 мм/ч. При выполнении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки и брюшной полости – легочные поля поджаты за счет приподнятых кверху куполов диафрагмы, под которыми толстым слоем скопился воздух. В брюшной полости на всем протяжении пятна воздуха. Корни легких структурны, плевродиафрагмальные синусы свободны. Сердце поджато и расположено горизонтально.

Для дальнейшей консультации и коррекции лечения больной направлен в ХГКБ №13 (03.06.16). Был установлен **диагноз:** пневмоперитонеум, пневмомедиастинум, обширная подкожная эмфизема.

Для дальнейшего обследования и лечения больной переведен в ХГКБ №2.

Выводы

Таким образом, учитывая анамнез и хронологию событий, можно предполагать, что в результате инсuffляции воздуха в прямую кишку часть его поступила в брюшную полость через имеющийся пельвиоректальный свищевой ход и далее распространилась через пищеводное отверстие диафрагмы в средостение и органы шеи. Отсутствие реакции брюшины может быть объяснено тщательным очищением толстого кишечника, предшествующим исследованию.

Литература

1. Вагнер Е.А. Хирургия поврежденных груди / Е.А. Вагнер. – М., 1981. – 288 с.
2. Крапивница, отеки Квинке: учеб.-метод. Пособие / Л.В. Маслова. – Минск : БелМАПО, 2006. – 39 с.
3. Лолор Г. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Лолор, Т. Фишер, Д. Адельман. - М. : Практика, 2000. – 806 с.
4. Халев Ю.В. Медиастинальная эмфизема / Ю.В. Халев // Кардиология. – 1982. – Т. 22. – С. 111-113.

Реферат

РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПІДСКІРНОЇ ЕМФІЗЕМИ ШИЇ, ЩО ВИНИКЛА ПІСЛЯ ПРОКТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Кравчун П.Г., Кадикова О.І., Амер Л.Б., Молотягін Д.Г.

Ключові слова: підскірна емфізема шиї, набряк Квінке.

Матеріал викладено на прикладі клінічного випадку. У чоловіка після проведення рентгенологічного дослідження товстої кишки з подвійним контрастуванням розвинулася підскірна емфізема шиї, яка спочатку була розцінена як набряк Квінке. В ході проведених досліджень були виявлені пневмоперитонеум, пневмомедіастинум, що дозволило припустити, що в результаті інсuffляції повітря в пряму кишку частина його потрапила в черевну порожнину через наявний пельвіоректальний норичевий хід, і далі поширилася через стравохідний отвір діафрагми в середостіння і органи шиї.

Summary

RARE CLINICAL CASE OF SUBCUTANEOUS EMPHYSEMA OF NECK FOLLOWING PROCTOLOGIC EXAMINATION

Kravchun P. G., Kadykova O. I., Amer L.B., Molotyagin D. G.

Key words: subcutaneous emphysema of neck, angioedema.

This article describes a rare clinical case of subcutaneous emphysema of the neck following proctologic examination. After the double-contrast X-ray of the large intestine a man developed subcutaneous emphysema of the neck, initially diagnosed as Quinke edema (angioedema). During the examinations pneumoperitoneum and pneumomediastinum were revealed that allowed us to suggest that small amount of air resulted from air insufflations entered the abdominal cavity through an existing pelviorectal fistula and then spread through the esophageal aperture in the mediastinum and neck organs.