

О. Е. Михайлова, А. В. Великанов, В. И. Чукреев, П. А. Макаров,
А. В. Чукреев, М. М. Виниченко

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

В данной статье представлен ретроспективный анализ материалов клиники за 6-летний период. Всего за помощью обратились 1900 детей, проглотивших инородные тела, 194 ребенка госпитализированы для лечения в хирургическое отделение. В 83% инородные тела проглочены случайно. Клинические проявления весьма разнообразны. В диагностике инородных тел желудочно-кишечного тракта наряду с тщательно собранным анамнезом большое значение имеет динамическое рентгенологическое исследование. У половины пациентов инородное тело вышло естественным путем. 91 человек пролечен эндоскопически. Девять человек прооперированы: 1 экстренное оперативное вмешательство — перфорация инородным телом стенки кишечника, 6 плановых операций при фиксации магнитных инородных тел в кишечнике. У 4 детей инородное тело (игла) удалено из прямой кишки.

Ключевые слова: инородное тело, желудочно-кишечный тракт, фиброгастроскопия.

У детей сравнительно часто в желудочно-кишечный тракт попадают различные инородные тела. В большинстве случаев инородные тела беспрепятственно проходят по желудочно-кишечному тракту, однако могут задерживаться, фиксироваться, перфорировать стенку органа.

Классификация инородных тел желудочно-кишечного тракта:

1. По размеру ИТ делят на мелкие — до 5 см и крупные — от 5 см и больше.
2. По форме — на заостренные и гладкие.
3. По виду материала (происхождению) — металлические (в т. ч. магнитные), деревянные, пластиковые, стеклянные и др.
4. По отношению к рентгеновскому обследованию — рентгеноконтрастные, рентгеннегативные.
5. По количеству — единичные и множественные.
6. По химической активности инородного предмета — химически-инертные, химически-активные.
7. По локализации — ИТ желудка, ДПК, тонкого/толстого кишечника.

Клиническая картина. Наличие инородного тела в желудочно-кишечном тракте обычно не сопровождается нарушением общего состояния ребенка.

В момент проглатывания инородного тела у детей дошкольного возраста преобладает испуг (плач, двигательное беспокойство). Старшие дети сообщают о прохождении «комка в горле». Если предмет значительных размеров, то вслед за актом глотания появляются симптомы дисфагии. В дальнейшем дети могут жаловаться на боль в горле при глотании.

Острые объекты могут перфорировать стенку желудка с развитием характерной клинической картины. В тонкой и толстой кишке также характерны клиника перфорации или обструкции.

Диагностика обычно не представляет трудности. Подробно собранный анамнез, объективный осмотр с обязательной аускультацией грудной клетки, отсутствие клинических проявлений, рентгенологическое обследование позволяют быстро и четко поставить диагноз. Осмотр и пальпация живота обычно не помогают установить наличие инородного тела.

За ребенком с инородным телом в желудочно-кишечном тракте необходимо динамическое наблюдение. Как правило, инородное тело выходит естественным путем в течение 2-4 суток.

Рентгеновское исследование для диагностики инородного тела желудочно-кишечного тракта и выбора метода лечения имеет

основное значение. При обращении ребенка к врачу производят рентгеноскопию грудной клетки и брюшной полости, выясняя наличие инородного тела и его форму. Затем назначают прицельные снимки. Рентгенография с барием не рекомендуется, так как она затрудняет и увеличивает риск последующего эндоскопического исследования (взвесь сульфата бария при аспирации не всасывается в дыхательных путях, вокруг частиц бария формируются гранулемы, идет асептическое воспаление). При необходимости контрастирования рекомендуется использовать водорастворимые контрастные вещества (ультравист, урографин).

Рентгенологический контроль назначают 1 раз в 10 дней при отсутствии жалоб. При ухудшении состояния ребенка рентгенологическое исследование проводят по показаниям.

Дифференциальную диагностику проводят:

1. С инородными телами дыхательных путей. Симптомы, возникающие при этом, будут являться признаками острой дыхательной недостаточности.

2. С инородными телами, локализованными в пищеводе. При задержке в пищеводе инородного предмета возникают давящая боль за грудиной, ощущение «застревания» проглоченного инородного тела в пищеводе, нарушение глотания, слюнотечение.

С целью уточнения диагноза проводят рентгеноскопию, если предмет рентгеннегативный — исследование контрастируют.

Лечение.

К консервативным мероприятиям относят:

- диету, богатую клетчаткой, шлаками;
- дачу сульфата бария маленьким детям;
- нахождение пациента в дренажных положениях.

В большинстве случаев ИТ выходит естественным путем через 2-4 дня.

Рациональное сочетание консервативных способов лечения ускоряет продвижение инородных тел по желудочно-кишечному тракту.

Методы удаления инородных тел делят на эндоскопические и хирургические.

Показания к эндоскопическому удалению инородных тел:

1. Пищевод:
 - все инородные тела.
2. Желудок и ДПК:
 - острые или остроконечные объекты;

— длинные объекты (5-6 см у детей, 10 см — у взрослых);

— тупые объекты после 10 дней нахождения в желудке или ДПК;

— элементы питания — батарейки (в течение суток от момента проглатывания);

— множественные магниты.

Показания к оперативному лечению:

— возникновение осложнений (перитонит, кровотечение, обтурационная непроходимость);

— фиксированные в кишечнике (ниже ДПК) инородные тела.

Хирургическая тактика при попадании инородных тел в желудочно-кишечный тракт ребенка зависит от характера, величины проглоченного предмета, возникающих осложнений.

В приемно-диагностическое отделение ДГКБ №9 за шестилетний период, с 2009 по 2014 год, обратилось 1900 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с подозрением на наличие инородного тела в желудочно-кишечном тракте. Обследование ребенка с подозрением на наличие ИТ желудочно-кишечного тракта включает общий осмотр, аускультацию грудной клетки, рентгенологическое обследование (для пациентов с металлическим ИТ, с неизвестным ИТ) — обзорную рентгеноскопию грудной клетки и брюшной полости (по необходимости исследование контрастируют), диагностическую фиброгастроскопию для пациентов с подозрением на наличие в желудке крупного (остроконечного) рентгеннегативного предмета. В редких случаях информативным бывает ультразвуковое обследование брюшной полости.

При рентгеноскопии (рентгенографии) ИТ обнаружено у 1146 детей (60,3%), неметаллическое инородное тело (со слов родителей) находилось в желудочно-кишечном тракте у 502 детей (26,4%), не выявлено посторонних предметов в организме у 234 (12,3%) детей. Кроме того, 18 человек направлены на лечение в оториноларингологическое отделение с диагнозом «инородное тело пищевода», основанием для постановки диагноза во всех случаях являлась характерная клиническая картина (слюнотечение, дисфагия, боль за грудиной) и данные рентгенологического обследования.

Из 1882 детей, обратившихся в приемный покой клиники, госпитализировано в хирургическое отделение 194 (10%) ребенка с ино-

родными телами желудочно-кишечного тракта. Показаниями для стационарного лечения явились указания в анамнезе на заглатывание инородных тел заостренной формы, крупных ИТ, химически-активных ИТ, множественных ИТ, длительное пребывание (от 5 до 11 дней) ИТ, кроме того, появление жалоб после проглатывания инородного тела на боли в животе, тошноту, рвоту, кашель, повышение температуры тела.

Среди госпитализированных детей мальчиков было 65 (62%). В 83% имело место случайное заглатывание инородных тел. Распределение больных по возрасту следующее: до 1 года — 12 (11%) детей, от 1 до 3 лет — 63 (61%), от 3 до 7 лет — 20 (19%), от 7 до 15 лет — 9 (9%). Дети были госпитализированы через 1 час — 10 суток после проглатывания инородного тела.

Наиболее крупными предметами были части игрушек (ось от машинки длиной 8 см), болты 1*7 см. Трехлетний ребенок проглотил намеренно 18 деталей от металлического конструктора.

Клиника. У 85% пациентов какие-либо жалобы отсутствовали, у остальных детей отмечались рвота, кашель, слюнотечение, беспокойство ребенка, цианоз, повышение температуры, боли в животе, боли в области копчика. У одного человека были жалобы на интенсивные боли в животе (при перфорации ИТ стенки кишки). У пациента с перфорацией кишки общий анализ крови был воспалительным, у остальных детей клинические анализы в пределах нормы.

В постановке диагноза ведущее место принадлежит рентгенографическому исследованию, которое выполнено в 96% наших наблюдений. Рентгеновское обследование за время госпитализации ребенка проводится в среднем 2 раза: в момент поступления и утром следующего дня с целью решения вопроса о необходимости лечебной фиброгастроскопии. Выполнение ФГС сразу после поступления ребенка часто невозможно из-за недавнего приема воды и пищи.

Фиброгастродуоденоскопия выполнялась непосредственно после поступления или на следующее утро после контрольной рентгенографии. Всего проведено 131 ФГС, из них 91 — лечебная. При 39 исследованиях инородное тело в желудке или двенад-

цатиперстной кишке не обнаружено, у одного ребенка инородное тело извлечь из желудка не удалось — монета перемещена в ДПК и вышла естественным путем через 2 дня. Извлечение ИТ из ЖКТ в большинстве случаев проводили под общей анестезией.

У 103 (53%) больных инородные тела отошли самостоятельно, естественным путем, у большинства — первые трое суток после госпитализации в отделение. Прооперировано 9 детей: у 6 имелись множественные магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта, вызвавшие странгуляционную непроходимость с формированием межкишечных соустьев, у одного пластиковое обоюдоострое инородное тело перфорировало стенку тонкого кишечника, у одного ребенка имелось гидрофильное силиконовое инородное тело, вызвавшее обтурационную непроходимость тонкой кишки, еще у одного пациента инородным телом подвздошной кишки явилась видеокапсула. Объем оперативного вмешательства заключался в лапаротомии, удалении инородных тел, ушивании стенки кишки, в трех случаях инородные тела извлечены с помощью лапароскопически поддержанной мини-лапаротомии.

У четырех детей инородное тело (во всех случаях швейные иглы) извлечено из прямой кишки с помощью ректального зеркала и зажима.

В последний год извлечение длительно стоящих инородных тел в желудке, подтвержденное рентгенологически в момент повторного обращения пациента в ПДО натошак, выполнялось без анестезиологического пособия и без госпитализации пациента в ЛПУ. Все манипуляции прошли без осложнений, дети отпущены домой из приемного покоя сразу после ФГДС.

Выводы:

1. Показаниями для госпитализации детей с инородными телами ЖКТ являются жалобы на боли в животе, указание на заглатывание инородных тел с острыми краями, ИТ больших размеров, множественных предметов.

2. Основным методом лечения детей с ИТ ЖКТ является консервативный. Сроки проведения консервативного лечения определяются свойствами ИТ и скоростью продвижения последнего по пищеварительному тракту.

Эндоскопическое извлечение инородного тела проводится у детей под общей анестезией, может быть выполнено отсроченно после контрольного рентгенологического обследования.

3. Элементы питания небольших размеров (батарейки-«таблетки») вызывают поверхностное воспаление на ограниченном участке

слизистой желудка и могут быть извлечены в отсроченном порядке, после выполнения контрольной рентгенографии.

4. Множественные магнитные инородные тела подлежат госпитализации и удалению с помощью ФГС в первые сутки от момента поступления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богомазов С. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. канд. мед. наук/С. В. Богомазов. — Владивосток, 1998. — 18 с.
2. Бурков С. Г. Ультразвуковая диагностика фитобezoаров желудка. Клиническое наблюдение/С. Г. Бурков, А. Г. Арутюнов, Л. А. Атабекова // Мед. журнал «SonoAce-International». 2002. — № 10. — С. 41-43.
3. Ковальчук Е. С. Множественные инородные тела желудочно-кишечного тракта у девочки 14 лет/Е. С. Ковальчук, Е. Э. Ланцова, В. Г. Ничик, С. С. Волков // Детская хирургия, 2004, № 6. — С. 55.
4. Назаров В. Е. Эндоскопия пищеварительного тракта/В. Е. Назаров [и др.]. М.: Триада-Фарм, 2002. — 176 с.
5. Сторожук В. Т. Инородные тела желудочно-кишечного тракта/В. Т. Сторожук, О. В. Ермолаев // Хирургия, 1999, № 7. — С. 27-29.
6. Цесмели Н. Эндоскопическое удаление инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта/Н. Цесмели, Х. Савопулос, Р. Цатидис, [и др.] РЖГК, 2006, № 5. — С. 65-67.

И. П. Огарков, Н. А. Цап, В. И. Чукреев, С. Ю. Комарова, М. М. Виниченко

ЭНДОХИРУРГИЯ В СТРАТЕГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Представлен опыт лечения пациентов с патологией дивертикула Меккеля в условиях многопрофильного стационара за 10 лет с применением различных стратегических подходов.

Ключевые слова: дети, дивертикул Меккеля.

Актуальность проблемы рассмотрения патологии, связанной с дивертикулом Меккеля, определяется рядом значимых особенностей:

- дивертикул Меккеля — это наиболее частая аномалия желудочно-кишечного тракта (составляет до 2% в популяции);
- эпителий 30% дивертикулов относят к эпителию железистого типа;
- отсутствуют патогномичные симптомы при возникновении осложнений;
- из всех выявленных и подтвержденных осложнений в 20% случаев — диверти-

кулит, непроходимость — у 25%, изъязвление — 40%.

В западной медицине существует «правило двух»:

- два дюйма длиной;
- два фута от илеоцекального угла;
- два процента в популяции;
- чаще проявляется в два года жизни;
- проявляется в два раза чаще у мужчин.

Патология дивертикула Меккеля проявляется следующими нозологическими формами: дивертикулит, пептическая язва (крово-