

Камень округлой формы, около 2 см в диаметре, снаружи имеет пористую структуру, соломенного цвета, местами бледно-зеленого цвета, на растипе имеет слоистое строение, белого цвета. Вес камня 3,8 г. Выполнен анализ камня в клиничко-диагностической лаборатории. Состав камня: ураты, фосфаты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Журко Н. Г. Камень небной миндалины / Н. Г. Журко // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1961. – № 6. – С. 66–67.
2. Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева, Л. А. Юдин, В. В. Афанасьев и др. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
3. Зикриллаев З. Материалы к изучению мочекаменной болезни в Бухарской области Узбекистана / З. Зикриллаев. – Ташкент, 1973. – 36 с.
4. Клементов А. В. Болезни слюнных желез / А. В. Клементов. – Л.: Медицина, 1975. – 112 с.
5. Колпаков И. С. Мочекаменная болезнь / И. С. Колпаков. – М.: Академия, 2006. – 224 с.
6. Кулинич В. П. Камни небной миндалины / В. П. Кулинич // Вестн. оторинолар. – 1979. – № 5. – С. 89.
7. Мингалев С. Н. Камень паратонзиллярного пространства / С. Н. Мингалев // Там же. – 1976. – № 4 – С. 81.
8. Мишарин А. П. Случай камня миндалины / А. П. Мишарин // Там же. – 1948. – № 5. – С. 84.
9. Проскуряков С. А. К вопросу о миндаликовых камнях / С. А. Проскуряков – Юбилейный сб., посвящ. Зимину. – Новосибирск: 1933. – С. 137–142.

УДК: 616. 329–001. 37–001. 5–053. 37

## ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНИВШЕЕСЯ ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ И ПЕРФОРАЦИЕЙ

Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, Л. Ю. Мусатенко,  
С. Б. Цагадаева, О. К. Тимофеева, О. А. Носова

## THE GULLET FOREIGN MATTER, BECOME COMPLICATED A CHEMICAL BURN AND PUNCHING

D. M. Mustafaev, V. M. Svistushkin, L. J. Musatenko,  
S. B. Tsagadaeva, O. K. Timofeeva, O. A. Nosova

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт  
им. М. Ф. Владимирского, г. Москва  
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Несмотря на подробные описания случайных проглатываний детьми различных химических и лекарственных веществ, хранящихся в домашних условиях, а также меры экстренной медицинской помощи в данных ситуациях, случаи инородных тел пищевода в виде батареек мало известны родителям и врачам общего профиля. Авторы описывают клинический случай 17-месячного мальчика с явным анамнезом, который включает дыхательное расстройство в виде кашля и повышение температуры тела, у которого обнаружено инородное тело пищевода в виде батарейки только через 10 дней. Пациенты с инородными телами пищевода в виде батареек относятся к группе высокого риска из-за возможности повреждения стенки пищевода и образования трахеальных структур с формированием фистул в течение нескольких часов. Решение успешного лечения - своевременный диагноз и экстренное удаление инородного тела из пищевода.

**Ключевые слова:** химический ожог и перфорация пищевода, трахеопищеводный свищ.

**Библиография:** 9 источников.

Although accidental ingestions of various household chemicals and medicines are well described and the treatment is supported by local poison control hotlines, the ingestion of button batteries by children is less publicized, and the dangers are less understood by both parents and health care providers. The authors describe a case report of a 17-month-old boy with significant medical history who presented with respiratory distress, cough, and fever and was discovered to have ingested a button battery after 10



days. Esophageal button battery impaction places the patient at high risk for full-thickness damage to the esophagus and tracheal structures with fistula formation in as little as a few hours. The key to successful therapy is prompt diagnosis and removal of the foreign body.

**Key words:** chemical burn and perforation of the oesophagus, tracheoesophageal fistula.

**Bibliography:** 9 sources.

До сих пор химические ожоги являются наиболее частой патологией пищевода [1, 3, 4].

Среди больных преобладают дети в возрасте от 1 года до 3 лет, которые из-за любопытства, присущего этому возрасту, пробуют различные вещества на вкус. Мальчики поступают с подожжением на химический ожог пищевода чаще девочек [2].

Причиной случайного приема может стать небрежное хранение или ошибочное употребление прижигающих веществ вместо лекарств или питья. В старшем возрасте прием отравляющих веществ может быть связан с суицидальной целью [1, 2].

Глубина и тяжесть ожога пищевода зависят от концентрации, природы химического вещества, его количества и времени контакта со слизистой оболочкой [1].

В настоящее время в подавляющем большинстве случаев причиной химического ожога пищевода у детей являются инородные тела в виде батареек [5, 6, 7, 8, 9].

Батарейки представляют особую категорию инородных тел детского возраста из-за возможности серьезных осложнений, особенно если они локализируются в пищеводе. Круглые батарейки легко глотаются детьми и могут быть причиной серьезных повреждений пищеварительного тракта [6, 9].

По данным литературы батарейки составляют меньше 2% инородных тел пищеварительных путей [2, 7, 8, 9]. Однако в последнее время частота их встречаемости значительно увеличилась [5, 9].

Вследствие контакта химического вещества батарейки со слизистой оболочкой пищевода возникает ожог, который может привести к повреждению пищевода в виде перфорации, фистулы или вторичного стеноза [2, 6, 9].

Клиника инородных тел пищевода в виде батареек и многочисленных сопутствующих тяжелых осложнений остается недостаточно известной практически врачам, далеко не всегда учитываются все возможные опасности и осложнения, связанные с подобными инородными телами [2, 8, 9].

Гарантией выздоровления больного с инородным телом пищевода в виде батарейки является, возможно раннее удаление инородного тела, так как пребывание его в пищеводе даже в течение непродолжительного времени чревато серьезными, подчас смертельными осложнениями.

В доступной нам литературе описание перфорации пищевода вследствие химического ожога инородным телом крайне мало. Каждое сообщение об осложнениях такого рода показывает определенные диагностические ошибки или неправильную тактику лечения больных. Анализ каждого случая важен, т. к. в известной мере помогает избежать подобных ошибок в будущем. Исходя из этого, приводим собственное клиническое наблюдение.

*Ребенок О., 2007 года рождения, из г. Луховицы, находился в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 05.01.09 по 16.01.09 с диагнозом: инородное тело верхней трети пищевода (батарейка), химический ожог пищевода, трахеопищеводный свищ.*

*Из анамнеза известно, что 25.12.08 дома ребенок играл пультом от телевизора. В момент, когда мать отлучилась на некоторое время, мальчик разобрал прибор и проглотил батарейку, после чего возникли позывы на рвоту, обильное слюноотделение, затруднение глотания, невозможность прохождения твердой и жидкой пищи. Вызвана бригада скорой медицинской помощи, ребенок доставлен в приемное отделение ЦРБ г. Луховицы, где был осмотрен дежурным хирургом. Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки, однако инородного тела пищеварительных путей не выявлено (по данным сопроводительного листа и со слов родителей ребенка). Ребенок консультирован 26.12.08 ЛОР-врачом поликлиники по месту жительства и с диагнозом - ангина направлен в инфекционную больницу. В инфекционной больнице проводилась антибактериальная, инфузионная терапия. Ребенок получал парентеральное питание.*

На фоне проводимой терапии улучшения состояния ребенка не отмечалось, сохранялась субфебрильная температура. 05.01.09 повторно осмотрен ЛОР-врачом, произведена повторная обзорная рентгенография органов грудной клетки, на которой выявлена тень инородного тела на уровне VII шейного позвонка. В экстренном порядке ребенок переведен в ЛОР-отделение МОНИКИ для хирургического лечения.

При поступлении: состояние ребенка средней степени тяжести. Со слов матери, ребенка беспокоит невозможность прохождения твердой и жидкой пищи, обильное слюноотделение. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. При аускультации лёгких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мягкие ткани шеи не изменены, безболезненны при пальпации. При ороскопии слизистая оболочка полости рта влажная, розового цвета, отмечается гиперсаливация. При мезофарингоскопии слизистая оболочка небных дужек, задней стенки глотки розового цвета, небные миндалины за дужками. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Непрямая ларингоскопия не проводилась из-за малого возраста ребенка.

Произведено повторное рентгенологическое исследование. На боковой рентгенограмме шеи по Земцову и рентгенограмме органов грудной клетки выявлено округлое инородное тело металлической плотности на уровне  $C_{VII}$ - $Th_1$  позвонков, превертебральные ткани не утолщены, лёгкие расправлены, легочные поля прозрачны, диафрагма обычно расположена, синусы свободны (рис. 1). Перфорации стенок пищевода при исследовании с водорастворимым контрастным веществом не выявлено.



**Рис. 1.** Рентгенография органов грудной клетки ребенка О., 2007 года рождения. На уровне  $C_{VII}$ - $Th_1$  определяется дополнительная металлическая тень.



В отделении ребенок обследован: консультирован педиатром, анестезиологом, взяты общие анализы крови и мочи (без отклонений от нормы). Клинический диагноз: инородное тело верхней трети пищевода, эзофагит?

05.01.09 ребенок был взят в операционную, где под общей анестезией произведена ригидная эзофагоскопия с удалением инородного тела верхней трети пищевода (батарейки). Тубус эзофагоскопа Мезрина № 2,5 введен в пищевод. На уровне 15 см от верхних резцов выявлено металлическое инородное тело дисковидной формы, захвачено, удалено с первой попытки. При контрольном осмотре: стенки пищевода в месте стояния инородного тела отёчны, гиперемированы, целостность их сохранена, налета не отмечается. Инородным телом являлась батарейка без признаков повреждения оболочки корпуса с незначительными коррозионными изменениями (рис. 2).



Рис. 2. Инородное тело в виде батарейки, удаленное из пищевода у ребенка О., 2007 года рождения.

В послеоперационном периоде ребенок получал антибактериальную, симптоматическую терапию. 06.01.09 при контрольной рентгеноскопии пищевода с водорастворимым контрастным веществом затеков за его пределы не было выявлено. Продолжало беспокоить затруднение глотания пищи, жидкости, обильное слюноотделение. Появился продуктивный кашель, аускультативно выслушивались влажные хрипы над всей поверхностью лёгких, что было объяснено постоянным срыгиванием. По согласованию с детским реаниматологом, педиатром, присоединена инфузионная, общая и местная гормональная терапия, на фоне которой состояние ребенка оставалось среднетяжелым. При попытке дачи жидкости, детской молочной смеси через рот спустя некоторое время отмечалось срыгивание желудочным содержимым. 09.01.09 произведено повторное рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастным веществом (урографин 76%), которое частично контрастировало верхние отделы трахеобронхиального дерева за счет поперхивания. Через установленный зонд контрастированы нижние отделы пищевода и желудок. Заключение: пищевод свободно проходим. Оставлен зонд для желудочного кормления. Учитывая наличие микроаспирации слюны в течение длительного времени и возможности развития пневмонии, усилена антибактериальная терапия.

11.01.09 под общей анестезией произведена фиброэзофагоскопия, при которой на передней стенке пищевода сразу за входом выявлена ниша, в центре которой отверстие размером около 2–3 мм в диаметре, сообщающееся с трахеей; расположенные полукругом грануляции на задней стенке пищевода. Во время рентгенологического исследования при даче водорастворимого контрастного вещества через рот выявлено попадание последнего в просвет бронхов.

В дальнейшем ребенок переведен в отделение детской хирургии, где произведена пластика трахеопищеводного свища.

Особенностью представленного клинического наблюдения является длительность (более 10 дней) нахождения в пищеводе инородного тела в виде батарейки, что привело к химическому ожогу вследствие контакта химического вещества батарейки со слизистой оболочкой пищевода, завершившейся перфорацией пищевода и образованием трахеопищеводного свища.

В заключение следует отметить, что прогноз при каждом инородном теле пищевода следует считать серьезным. Инородные тела могут легко травмировать стенку пищевода и обусловить развитие гнойного воспаления окружающей пищевод клетчатки с развитием медиастинита. Поэтому каждый больной с подозрением на инородное тело пищевода должен быть направлен в ЛОР-отделение для оказания экстренной помощи. При безусловных (достоверных) признаках инородного тела в пищеводе показана эзофагоскопия. В сомнительных случаях и с диагностической целью проводится фиброэзофагоскопия. Показаниями к ней являются сомнительные в отношении наличия инородного тела клиничко-рентгенологические данные, необходимость выполнения контрольного осмотра пищевода, неблагоприятные конституционные особенности у больных, препятствующие использованию жесткого эндоскопа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волочков А. С. Диагностика и лечение перфораций пищевода: Автореф. дис. ... канд. мед наук / А. С. Волочков. – М., 1993. – 24 с.
2. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
3. Зенгер В. Г. Клиника и диагностика повреждений гортаноглотки и шейного отдела трахеи и пищевода / В. Г. Зенгер // Альманах клинической медицины. – 2004. – №7. – С. 20–24.
4. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.
5. Accidental ingestion of button battery / V. Lauquel, J. Beladdale, B. Escande et al. // Arch. Pediatric. – 1999. – Vol. 11, №11. – P. 1231–1236.
6. Button battery ingestion / R. Banerjee, G. V. Rao, P. V. Sriram et al. // Indian J. Pediatric. – 2005. – Vol. 72, №2. – P. 173–177.
7. Lanqkau J. F. Esophageal burns from battery ingestion / J. F. Lanqkau, R. A. Noesques // Am. J. Emerg. Med. – 1985. – Vol. 3, №3. – P. 265.
8. Primary repair of tracheoesophageal fistula secondary to disc battery ingestion: a case report / H. Okuyama, A. Kubota, T. Oue et al // J. Pediatric. Surg. – 2004. – Vol. 39, №2. – P. 243–247.
9. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? / D. Yardeni, H. Yardeni, A. G. Cordin et al. // Pediatric. Surg. Int. – 2004. – Vol. 20, №7. – P. 496–501.

УДК: 616. 24–003. 6–053. 37

## НЕОБЫЧНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА (РЫБОЛОВНОЕ ГРУЗИЛО)

В. Н. Селин, В. М. Свистушкин, Д. М. Мустафаев,  
Е. В. Селин, С. Б. Цагадаева

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт  
им. М. Ф. Владимирского, Москва

(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

*Авторы представляют клинический случай ребенка в возрасте двух лет с инородным телом (грузило) нижних отделов дыхательных путей. Клинический случай проанализирован с позиций диагностики и аспектов хирургического лечения. Диагноз поставлен на основании анамнеза, клиники, данных рентгенологического исследования. Для удаления инородного тела использована ригидная верхняя бронхоскопия. Несмотря на сферическую форму аспирированного предмета, его удалось без осложнений удалить через естественные дыхательные пути.*

**Ключевые слова:** инородное тело нижнего отдела дыхательных путей, ригидная бронхоскопия.

**Библиография:** 8 источников.

*The authors represent a clinical case of the child two years of age with a foreign body (sinker) in the lower respiratory tract. The clinical case is analysed from positions of diagnostics and aspects of surgical treatment. The diagnosis is put on the basis of the anamnesis, clinic, data of radiological research. For removal of the foreign body it is used upper broncoscopy. Despite of the spherical form aspirated object, it is managed to be removed without complications through natural respiratory ways.*

**Key words:** foreign body in lower respiratory tract, rigid broncoscopy.

**Bibliography:** 8 sources.

Инородные тела дыхательных путей у детей встречаются достаточно часто, причем в большинстве случаев в возрастной группе до 5 лет [1, 2].

Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении таких пациентов, данная проблема по-прежнему является актуальной, прежде всего из-за возможности развития тяжелых осложнений, порой приводящих к смертельному исходу, которые почти всегда связаны либо с запоздалой диагностикой, либо с применением неправильной врачебной тактики [1, 5].