



УДК: 616. 329 –003. 6–053. 37

НЕОБЫЧНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА (МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ КРЮЧОК)

Г. А. Голубовский, В. Г. Зенгер, Д. М. Мустафаев,

Ф. Ф. Курбанов, О. О. Копченко, О. А. Носова

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского*

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

Инородные тела наиболее часто заглатывают дети в возрасте 1–3 лет. Преобладают непищевые инородные тела (63 %) [2, 3].

Попаданию инородных тел в пищевод у детей способствуют несостоятельность зубочелюстной системы, невнимательность и отсутствие самоконтроля, недостаточное пережевывание пищи при поспешной еде, несовершенство иннервации гортаноглотки, недостаточный надзор и уход за детьми, неправильный подбор игрушек и окружающих ребенка вещей, игры с мелкими предметами, неисправные соски, различные предметы, которые детям дают грызть при прорезывании зубов, повышенная активность и любознательность детей, привычка брать в рот различные мелкие предметы, особенно во время бега и игры [1, 2, 4].

Особенно опасны острые предметы (булавки, иглы, металлические крючки) из-за возможности ранения и перфорации пищевода, а также крупные инородные тела, приводящие к развиту местных инфильтративно-некротических изменений и представляющие значительные затруднения при извлечении [2, 5].

Представляем наблюдение инородного тела пищевода в виде металлического крючка у трёхлетнего ребенка.

Ребенок С., трёх лет, из г. Электросталь, с 17.06.07 по 25.06.07 находился в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с диагнозом: инородное тело пищевода (металлический крючок). Из анамнеза известно, что (со слов родителей) 17.06.07 около 10:00 утра ребенок во время игры дома, взял в рот крючок из медной проволоки, сразу после чего заплакал. Появились жалобы на обильное слюнотечение, позывы на рвоту, беспокойное поведение ребенка. Обратились в приемное отделение ЦРБ г. Электросталь, где осмотрен дежурным хирургом, произведено рентгенологическое исследование пищевода и с диагнозом инородное тело пищевода переведен в ЛОР-отделение МОНИКИ в сопровождении бригады скорой медицинской помощи.

При поступлении: состояние средней тяжести. Со слов мамы ребенок жалуется на беспокойное поведение, обильное слюнотечение, отказ от жидкой и твердой пищи. Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Родился в срок, без осложнений, редко болеющий ОРВИ, привит по возрасту. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание в покое и при физической нагрузке, свободное, бесшумное. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. В легких дыхание пузырьное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмич-



ные, ЧСС – 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При осмотре мягкие ткани шеи не изменены, безболезненные при пальпации. При ороскопии слизистая оболочка полости рта влажная, розового цвета, определяется обильное количество слюны в ротовой полости. При мезофарингоскопии слизистая оболочка небных дужек, задней стенки глотки розового цвета, влажная. Имеется гипертрофия небных миндалин I–II степени. Непрямая ларингоскопия не производилась из-за возраста ребенка.

При поступлении произведено повторное рентгенологическое исследование. На боковой рентгенограмме шеи по Земцову превертебральные ткани обычной толщины. На уровне C_7 - Th_1 в проекции пищевода имеется инородное тело металлической плотности, S-образной формы (рис. 1, а). На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции: легкие расправлены, легочные поля прозрачны, диафрагма обычно расположена, синусы свободны, корни структурны, сердце и аорта без особенностей. В проекции пищевода на уровне C_7 - Th_1 определяется тень инородного тела металлической плотности (металлический крючок). Заключение: инородное тело верхней трети пищевода (металлический крючок) (рис. 1, б).



Рис. 1. Рентгенография шеи по Земцову (а) и обзорная рентгенография органов грудной клетки (б) от 17.06.07, ребенка С., трёх лет.

Примечание: а: на уровне C_7 - Th_1 в проекции пищевода имеется инородное тело металлической плотности, S-образной формы; б: на уровне C_7 - Th_1 видна часть инородного тела металлической плотности;

Учитывая природу инородного тела до оперативного вмешательства произведено исследование пищевода с водорастворимым контрастом (урографин 76 %). Заключение: акт глотания не нарушен, затёков за пределы пищевода нет.

В отделении ребенок обследован: осмотрен педиатром, произведена ЭКГ: патологии не выявлено. Анализ крови и мочи: без отклонений от нормы. Клинический диагноз: инородное тело верхней трети пищевода (металлический крючок).

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного осмотра, физикального обследования и рентгенологических исследований ребенок 17.06.07 был взят в операционную и под общей анестезией произведена операция: ригидная эзофагоскопия с удалением инородного тела пищевода. Тубус эзофагоскопа Мезрина № 3 введен в пищевод. На уровне 17 см от верхних резцов, в просвете пищевода визуализируется инородное тело в виде металлической проволоки, коричневого цвета, стоящее поперек пищевода. Левый (острый) край смещен в просвет тубуса, захвачен щипцами типа «крокодил» и вместе с тубусом удалено. При контрольном осмотре в области боковой стенки пищевода, на месте стояния инородного тела, имеется ссадина около 3 мм длиной.



Инородным телом оказалась металлическая (медная) проволока, Z-образно изогнутая по форме, диаметром 1,5 мм, размерами 2,0×1,7×1,0 см (рис. 2). Ребенок из наркоза вышел самостоятельно, был переведен в ЛОР-отделение.

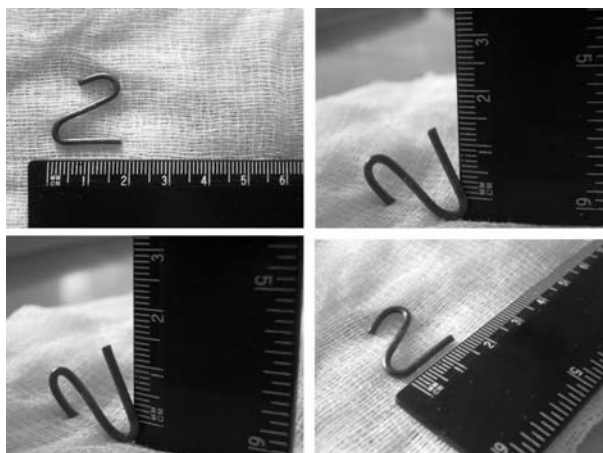


Рис. 2. Металлическая (медная) проволока, Z-образно изогнутая по форме, 1,5 мм в диаметре, размерами 2,0×1,7×1,0 см, удаленная из пищевода, ребенка С., трёх лет.

В послеоперационном периоде ребенок получал антибактериальную, симптоматическую терапию. 18.06.07 произведено контрольное рентгенологическое исследование. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции (рис. 3, а) и боковой рентгенограмме шеи по Земцову (рис. 3, б): диафрагма обычно расположена, синусы свободны, легочные поля прозрачны, превертебральные ткани гомогенны, не утолщены. При исследовании пищевода с водорастворимым контрастным веществом: выхода контрастного вещества за пределы стенок пищевода не выявлено (рис. 3, в). 25.06.07 ребенок в удовлетворительном состоянии с рекомендациями был выписан из ЛОР-отделения под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства.

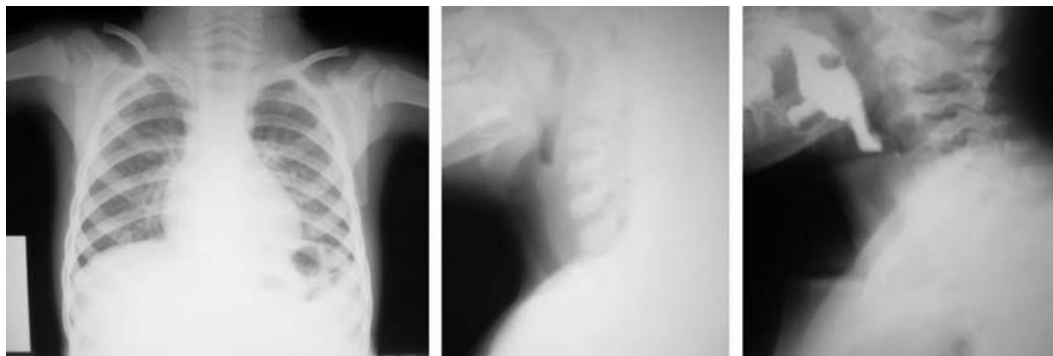


Рис. 3. Контрольная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции (а), боковая рентгенография шеи по Земцову (б) и исследование пищевода с водорастворимым контрастом (в) от 18.06.07, ребенка С., трёх лет.

Примечание: а: легочные поля прозрачны, диафрагма расположена обычно, синусы свободны; б: превертебральные ткани гомогенны, не утолщены; в: затёков контрастного вещества за пределы стенок пищевода не выявлено.

Особенность данного наблюдения заключается в необычности инородного тела и достаточно больших его размерах у трёх летнего ребенка. Несмотря на большой размер и опасную конфигурацию инородного тела, его удалось удалить через естественные пути, избежав при этом осложнений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров З. М. Необычное инородное тело пищевода у ребенка / З. М. Ашуров, Д. М. Мустафаев // Вестн. оторинолар. – 2007. – №2. – С. 59–60.
2. Богомилский М. Р. Детская оториноларингология / М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 432 с.
3. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
4. Крупное инородное тело пищевода / В. Г. Зенгер, З. М. Ашуров, Е. Н. Чепелева и др. // Вестн. оторинолар. – 2001. №4. – С. 56.
5. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.

УДК: 636. 8:616. 9–022**НАБЛЮДЕНИЕ ФЕЛИНОЗА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА****А. О. Гюсан, С. А. Гюсан***Ставропольская государственная медицинская академия**(Зав. каф. оториноларингологии. – проф. В. И. Кошель)**Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница**(Главный врач – канд. мед. наук А. М. Тебугев)*

Фелиноз – от лат. *Felinus* – кошачий; доброкачественный лимфоретикулез, болезнь кошачьих царапин) – инфекционная болезнь, возбудитель которой проникает в организм человека через поврежденную кожу в результате царапины или укуса кошки. Болезнь характеризуется повышением температуры, регионарным лимфаденитом и нередко образованием первичного аффекта в месте внедрения инфекции.

Описана в 1950 г. Молларе и Рейлли, а также Р. Дебре. В СССР болезнь впервые описана в 1955 г. М. Ф. Марецкой. Возбудитель фелиноза относится к роду хламидий, имеет кокковидную форму, размеры около 250–350 нм, является внутриклеточным паразитом. Считают, что природный резервуар возбудителя инфекции – грызуны и птицы [1].

Заражение человека происходит в результате царапанья, реже укуса кошки, которая обычно является пассивным переносчиком возбудителя. Болеют преимущественно дети. От больного человека здоровому возбудитель не передается. Заболеваемость носит спорадический характер.

В месте проникновения возбудителя (обычно на коже дистальных отделов конечностей) через несколько дней после заражения возникает первичный аффект в виде плотной папулы, которая иногда изъязвляется и покрывается корочкой. Это первичный очаг размножения возбудителя. Местные проявления нередко остаются незамеченными. По лимфатическим путям возбудитель попадает в регионарный лимфатический узел – вторичный очаг размножения возбудителя, возникает лимфаденит. В случае преодоления лимфатического барьера происходит гематогенная диссеминация возбудителя.

Ведущим признаком является поражение лимфатических узлов одного или нескольких. Лимфатические узлы увеличены, уплотнены. Со временем в них определяются очаги абсцедирования. Болезнь начинается с повышения температуры до 38–39 градусов и держится до двух недель. Отмечаются головные и мышечные боли. Одновременно появляется характерный и постоянный симптом фелиноза – регионарный лимфаденит. Как правило, локтевой, подмышечный, паховый, редко подчелюстной. Пораженные лимфатические узлы увеличены, малоподвижны, болезненны при пальпации.

В половине случаев происходит их нагноение. Заживление медленное, иногда затягивается до трех месяцев и более. Возможны рецидивы. Перенесенное заболевание оставляет стойкий иммунитет.