

тности российских подростков. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru> (дата обращения 10.12.09).

4. Яковлева Т.В., Баранов А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т. 8, №2. - С. 6-11

Координаты для связи с авторами: Чернышева Наталья Витальевна — аспирант кафедры поликлинической педиатрии ДВГМУ; Рзянкина Марина Федоровна — доктор мед. наук, профессор, зав. каф. поликлинической педиатрии ДВГМУ, e-mail nauka@mail.fesmu.ru, тел./факс: 8-(4212)-32-63-93.



УДК 617.13 : 616.33|.34 - 024.534| - 053.2 - 07 - 08

А.В. Бастрыгин¹, М.Ю. Сычев², А.Ю. Савенко², Н.Г. Жила¹

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail;
ГУЗ «Детская краевая клиническая больница»²,
680003, ул. Прогрессивная, 6, тел.: 8-(4212)-51-19-98, e-mail: dkkb@mail.ru, г. Хабаровск

Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей представляют серьезную патологию вследствие широкого ее распространения и наличия ряда осложнений [4]. По данным литературы [1-3], большинство (80%) «нечаянно» проглоченных детьми предметов атравматично мигрируют через ЖКТ, однако некоторые из ИТ требуют хирургического вмешательства, что указывает на актуальность данной проблемы в хирургии детского возраста.

Цель исследования — анализ особенностей диагностики и лечебной тактики при инородных телах (ИТ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в детском возрасте.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 164 больных детей (мальчиков — 54, девочек — 50), поступивших в ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Хабаровска в период 2006-2008 гг. с подозрением на ИТ верхних отделов ЖКТ. С помощью инструментальных методов исследования (рентгенологический и эндоскопический) ИТ подтверждены в 104 (100%) случаях и имели локализацию: в глотке — 21, пищеводе — 41, желудке — 42. При этом проведенная эзофагоскопия позволила выявить ИТ на следующих уровнях: верхняя треть пищевода — 32 (78%) случая, средняя треть — 5 (12,2%), нижняя треть — 4 (9,8%). Выявленная при гастроскопии локализация ИТ в желудке была следующей: кардиальный отдел — 4 (9,5%), фундальный — 21 (50%), антрум — 17 (40,5%).

Результаты и обсуждение

Обследованные дети разделены на четыре возрастные группы: от 0 до 3 лет — 73 (70,2%); 4-6 лет — 18 (17,3%);

Резюме

Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей — не редкая причина экстренной патологии, требующей вмешательства врачей хирургического профиля. Представлен анализ 164 клинических случаев диагностики и лечения детей, находившихся на лечении в ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Хабаровска с данной патологией. Представлены классификация, алгоритм обследования и удаления инородных тел верхних отделов ЖКТ.

Ключевые слова: дети, инородные тела, желудочно-кишечный тракт.

A.V. Bastrygin, M.U. Sichev, A.U. Savenko, N.G. Zhila

DIAGNOSTIC FEATURES AND TREATMENT TACTICS IN UPPER GASTROINTESTINAL SECTION FOREIGN BODIES IN CHILDREN

Far East Medical University;
Children territorial hospital, Khabarovsk

Summary

Foreign bodies in upper gastrointestinal section are not rare causes for acute pathology and surgical intervention in children. The experience of 164 children patients with foreign bodies treated in the Khabarovsk Children territorial hospital is presented. The diagnostics and foreign bodies' withdrawal algorithm is presented.

Key words: children, foreign bodies, gastrointestinal section.

Структура ИТ верхних отделов ЖКТ у наблюдавшихся больных

Вид инородных тел	абс.	%
<i>Неорганические инородные тела</i>		
Монеты	54	52
Мелкие, мягкие полимерные предметы	2	2
Мелкие, твердые полимерные предметы	5	4,8
Крупный, твердый полимерный предмет	1	0,9
Металлические предметы	4	3,8
Элементы электропитания (батарейки и аккумуляторы)	24	23
<i>Органические инородные тела</i>		
Кости (рыбные, мясные)	12	11,5
Пищевой завал	2	2
Всего	104	100

7-10 лет — 8 (7,7%); 11-15 лет — 5 (4,8%) больных. Особенность возрастной психофизиологии в группе детей от 0 до 3 лет (восприятие и анализ свойств предметов с использованием рецепторного аппарата ротовой полости преимущественно на рефлекторном уровне), на наш взгляд, объясняет ее значительное преобладание среди пациентов, поступивших с ИТ. В структуре данной группы больных преобладали городские жители — 83 (80%) чел., сельских жителей было в 4 раза меньше — 21 (20%). Такое соотношение городских и сельских жителей можно объяснить низкой плотностью детского населения в сельских районах Хабаровского края.

При клинико-anamnestическом указании на возможное наличие ИТ ЖКТ у ребенка, во всех случаях выполнялось рентгенологическое исследование в объеме обзорного снимка: шейного отдела пищевода, органов грудной клетки и брюшной полости. Больному также проводились общеклиническое обследование, осмотр анестезиолога и коллегиальное определение тактики удаления ИТ с участием хирурга, торакального хирурга, врача-эндоскописта, анестезиолога. При указании на длительностоящее ИТ ЖКТ манипуляции производились в условиях экстренной операционной при высокой степени готовности хирургической бригады к купированию возможных интраоперационных осложнений (разрыв кишечной трубки, кровотечение, пневмоторакс). При выборе вида эндоскопа для удаления ИТ учитывались: 1) характер, форма, размер и структура ИТ; 2) локализация ИТ; 3) состояние и возраст пациента; 4) опыт врача-эндоскописта.

На основании анализа структуры удаленных ИТ они подразделены по следующим критериям:

I. По природе ИТ (таблица): 1) органические: пищевой завал, рыбные и мясные кости, фруктовые кости (16%); 2) неорганические: монеты, иголки, заколки для волос, скрепки, значки и все другие тела не биологического происхождения (84%).

II. По длительности нахождения ИТ в ЖКТ: 1) с длительностью нахождения до 24 ч (83%); 2) с длительностью нахождения более 24 ч («длительностоящие») (17%).

III. По диагностируемости рентгенологическим методом: 1) рентгенконтрастные: металлические предметы, стекло, мясные кости, плотные полимерные предметы (68%); 2) рентгеннеконтрастные: пищевой завал, мелкие рыбные кости (32%).

IV. По количеству ИТ: 1) единичные (92,5%); 2) множественные (7,5%).

V. По форме ИТ: 1) альтерирующие: ИТ с высокой степенью опасности механической травматизации пищеварительной трубки — острые и имеющие сложную конфигурацию предметы (46,5%); 2) неальтерирующие (53,5%).

VI. По факторам травмирующего воздействия ИТ на кишечную трубку: 1) монофакторное, вследствие наличия одного травмирующего фактора (72,1%); 2) полифакторное, вследствие наличия нескольких травмирующих факторов: механического, химического, электрического, температурного (27,9%).

VII. По наличию осложнений: 1) неосложненное (73,3%); 2) осложненное (26,7%).

При удалении ИТ из верхних отделов ЖКТ мы придерживаемся следующего алгоритма технических требований: 1) применение общего обезболивания с миорелаксантами; 2) постоянный визуальный контроль при извлечении ИТ; 3) постоянная подача воздуха при удалении ИТ с целью уменьшения травматизации стенки полого органа; 4) плавное извлечение инородного тела; 5) проведение контрольной ЭФГДС.

С учетом этого у больных данной группы выполнены следующие лечебные исследования с удалением ИТ: фиброэзофагоскопия — 36, ригидная эзофагоскопия — 5, фиброгастроскопия — 42, ригидная фарингоскопия — 11, фибромезофарингоскопия — 10.

Осложнений при эндоскопическом удалении ИТ не отмечено.

Выводы

Таким образом, инородные тела верхних отделов ЖКТ у детей имеют разнообразную природу и, как следствие, разные прогностические особенности. Диагностический алгоритм, наряду с объективным осмотром, должен включать рентгенологическое и эндоскопическое обследование с целью выявления ИТ и его локализации. Эндоскопическое удаление ИТ является эффективным, малоинвазивным методом, позволяющим отказаться от травматичного хирургического вмешательства и значительно улучшить исход данной патологии у детей.

Л и т е р а т у р а

1. Katsinelos P., Kountouras J., Paroutoglou G. et al. // J. Clin. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 40(9). - P. 9-784.
2. Kost K.M., Shapiro R.S. // J. Otolaryngol. - 1987. - Vol. 16(4). - P. 7-252.
3. Li Z.S., Sun Z.X., Zou D.W. al. // Gastrointest Endosc. - 2006. - Vol. 64(4). - P. 92-485.
4. Singaporewalla R.M., Tan D.E., Tan T.K. // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. - 2007. - Vol. 17(2). - P. 8-145.

Координаты для связи с авторами: Бастрыгин Александр Вениаминович — канд. мед. наук, доцент кафедры детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, e-mail: bas1966@rambler.ru, тел.: 8-(4212)-51-19-98; Сычев Максим Юрьевич — врач-эндоскопист детского эндоскопического отделения; Савенко Александр Юрьевич — зав. детским эндоскопическим отделением; Жила Николай Григорьевич — доктор мед. наук, профессор, засл. врач РФ, зав. кафедрой детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ.

