

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

С. А. БАЙКОВ, О. Г. КАРДАШ, Ш. В. ВАРДОСАНИДЗЕ,
Е. И. КУРОК, М. В. СЕМЧЕНКОВА

ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1,
тел. 8 (861) 268-02-37, факс 8 (861) 268-28-26. E-mail: kkdkb@mail.ru

Даны статистические показатели обнаружения инородных тел у детей различной локализации за период с 2007 по 2011 год. Освещены основные аспекты проблемы диагностики и удаления инородных тел. Показано взаимодействие эндоскопического отделения с другими службами ДККБ, способствующее своевременному и качественному оказанию медицинской помощи. Приведен оптимальный алгоритм ведения детей с данной патологией.

Ключевые слова: инородное тело, удаление.

S. A. BAIKOV, O. G. KARDASH, Sh. V. VARDOSANIDZE, E. I. KUROK, M. V. SEMCHENKOVA

PROBLEMS EARLY DIAGNOSIS AND REMOVAL OF FOREIGN BODIES OF THE GASTROINTESTINAL
TRACT AND TRACHEA-BRONCHIAL TREE IN CHILDREN

GBUZ DKKB, MZ KK,
Russia, 350007, Krasnodar, Pobedy square, 1, tel. 8 (861) 268-02-37, fax 8 (861) 268-28-26. E-mail: kkdkb@mail.ru

Have a statistics detect foreign objects in children of various locations from 2007 to 2011. Highlight the main aspects of the diagnosis and removal of foreign bodies. Shows the interaction of endoscopy department with other services DKKB, promoting timely and quality health care. An optimal algorithm for management of children with this disease.

Key words: foreign body removal.

Введение

Трудно представить становление и развитие современной гастроэнтерологии без эндоскопических методов исследования. Принципиально новый подход к решению диагностических проблем ускорил распознавание гастроэнтерологической патологии у детей. Диагностическая и лечебная эндоскопия в настоящее время является неотъемлемой частью клинической педиатрии и хирургии [1–3].

Одной из наиболее частых проблем у детей являются инородные тела в желудочно-кишечном тракте и трахеобронхиальном дереве. Инородные тела обнаруживают у детей всех возрастных групп, но чаще всего это малыши 2–4 лет, что обусловлено привычкой пробовать все на вкус.

Алгоритм ведения детей с инородными телами:

- тщательный сбор анамнеза, осмотр хирургом и ЛОР-врачом в приемном отделении;
- госпитализация в стационар;
- обзорная рентгенография брюшной полости (грудной клетки) для уточнения локализации инородного тела;
- осмотр анестезиологом и эндоскопистом для выбора метода анестезии (ингаляционный, интубацион-

ный наркоз) и определения тактики удаления инородного тела;

– после извлечения инородного тела обязательное наблюдение в профильном отделении – от 1 суток до 2 недель в зависимости от локализации и длительности стояния инородного тела.

Материалы и методы исследования

В диагностике инородных тел ведущая роль принадлежит тщательно собранному анамнезу, обзорной рентгенографии грудной и брюшной полостей и эндоскопическому исследованию. Следует отметить, что рентгенография информативна лишь при рентгенконтрастных инородных телах. Эндоскопические исследования позволяют поставить правильный диагноз в 100% случаев, а в 92–95% случаев успешно удалить инородные тела. Диагностику и удаление инородных тел у детей всегда должны производиться в условиях стационара, натошак и под наркозом. При множественных инородных телах и инородных телах большого размера наркоз должен быть интубационным.

Стационар должен быть оснащен гастроскопами и бронхоскопами различного диаметра для проведения

манипуляций у детей разных возрастных групп и необходимым инструментарием к ним.

Классификация аспирированных инородных тел ТБД:

1. По происхождению: экзогенные и эндогенные.
2. По характеру: органические и неорганические.
3. По форме: округлые, острые, режущие, неправильной формы.
4. По отношению к рентген-лучам: рентген-контрастные и рентген-негативные.
5. По локализации: инородные тела гортани, трахеи, бронхов.
6. По степени фиксации: свободно лежащие, баллотирующие, фиксированные, вколоченные, фиксированные грануляциями.
7. По количеству: одиночные, множественные.
8. По клиническому течению: осложненные и неосложненные.

Инородные тела бронхов чаще попадают в правый нижнедолевой бронх, что связано с анатомическим строением ТБД. Аспирированные инородные предметы разнообразны, но среди них преобладают пищевые продукты (зерна злаков, различные семена).

Анамнез зачастую собрать невозможно. Диагноз ставится на основании клинической картины (приступообразный кашель, переходящий в хронический) и рентгенологического исследования (признаки вялотекущей пневмонии). При своевременном удалении инородных тел ТБД прогноз благоприятный.

Классификация инородных тел ЖКТ:

1. По локализации: инородные тела пищевода, желудка, кишечника.
2. По отношению к рентген-лучам: рентген-контрастные и рентген-негативные, полуконтрастные.

Количественные показатели инородных тел различной локализации в организме детей за период 2007–2011 гг.

Локализация	2007 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год
Инородные тела желудка	26	36	43	40	59
Инородные тела бронхов	12	13	8	5	17
Инородные тела кишечника	1	2	2	1	1

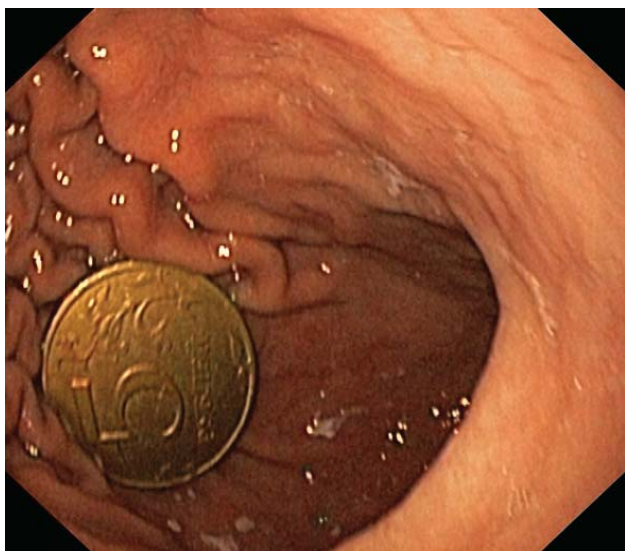


Рис. 1. Инородное тело желудка (монета)

3. По величине: мелкие (до 1 см), средние (1,5–2,0 см в диаметре или до 10 см в длину), крупные (более 2 см в диаметре или более 10 см в длину).

4. По клиническому течению: осложненные и неосложненные.

Наиболее часто в верхние отделы желудочно-кишечного тракта попадают монеты, батарейки, магниты, скрепки, гвозди, колпачки, пуговицы, бусины, иголки.

Наибольшие трудности встречаются при извлечении множественных инородных тел желудка. При крупном размере инородных тел длиной 8–10 см эндоскопическая экстракция бывает весьма затруднительна по техническим соображениям, а также чревата травматизацией кардиального отдела пищевода. В этих случаях, а также при длительном нахождении инородных тел в желудке и безуспешности их эндоскопического удаления показано оперативное лечение.

Очень редко инородные тела толстого кишечника, но и они встречаются в нашей практике (бужи, булавки).

Методы удаления инородных тел

Для удаления инородных тел используют гибкие гастроскопы и бронхоскопы фирмы «Olympus», специализированные инструменты к ним:

- форцепт «Крысиный зуб»,
- эндоскопическая корзина Дормиа,
- эндоскопическая петля,
- форцепт, петля и корзина для бронхоскопов.

Результаты исследования

Результаты исследования представлены в таблице.

Как видно из таблицы, за исследуемый период отмечается уверенный рост числа инородных тел ЖКТ.

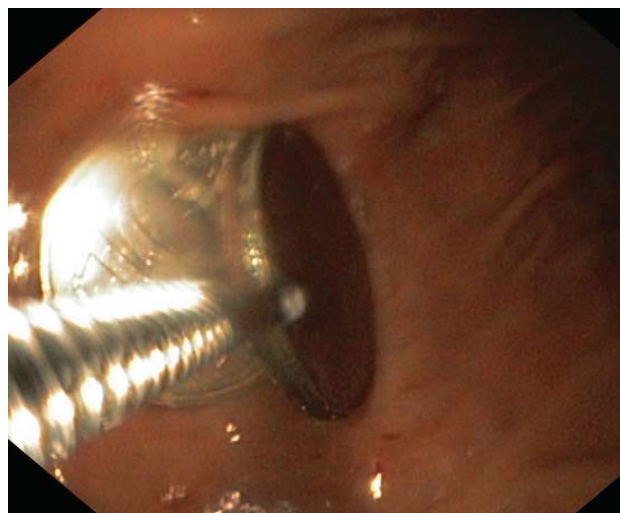


Рис. 2. Два инородных тела желудка. Удаление инородного тела «Крысиным зубом»



Рис. 3. Инородное тело (монета) в правом легком

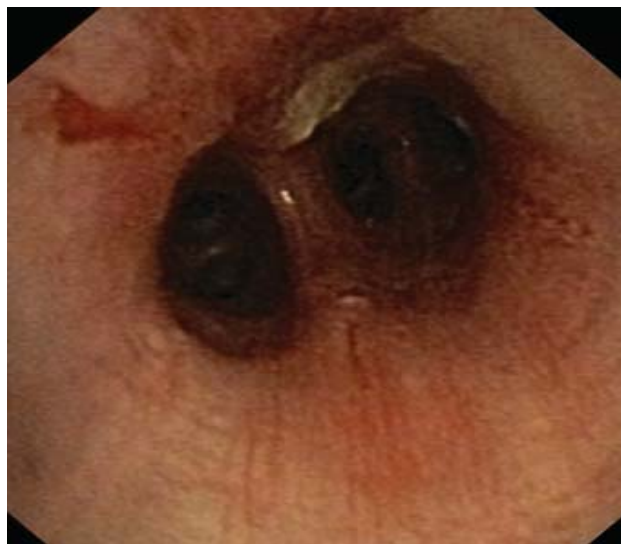


Рис. 4. Грануляции в месте длительного стояния инородного тела в главном бронхе

Лидирующие позиции занимают монеты различного достоинства и в связи с развитием электронных игрушек в последнее время – плоские батарейки.

Достоверно проследить динамику изменений показателей инородных тел в бронхах не удастся, так как подавляющее большинство инородных тел удаляется ЛОР-врачами жесткими бронхоскопами. И только при неудачных попытках инородное тело удаляется эндоскопистами с помощью гибких эндоскопов.

В нашей клинике с 2007 по 2011 год удалено 100% инородных тел всех локализаций.

Обсуждение

Комплексный подход к диагностике инородных тел ТБД и ЖКТ, совместный осмотр пациентов различными специалистами, сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования, применение эндотрахеального наркоза при извлечении инородных тел позволяют сократить сроки манипуляций, улучшить

результаты лечения и дальнейший прогноз и снизить риск возникновения осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авинова О. М., Багиров М. М. Хирургия пищевода. Ошибки и опасности. – М., 1983. – № 6. – С. 12.
2. Бабаджанов Б. Р., Хусанов Б. Р., Ходжаев Ш. Н. Фиброэндоскопия при хирургических заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта. – М., 1984. – С. 155–161.
3. Березов Ю. Е., Григорьев М. С. Хирургия пищевода. – М., 1965. – С. 233–235.
4. Буравлев А. В., Влагитко Е. М., Чагин Г. Е. Инородные тела и травмы пищевода // Физиология и патология органов пищеварения. – Новосибирск, 1986.
5. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Болезни пищевода: патология, физиология, клиника, диагностика, лечение. – 2000.
6. Астапенко В. Г., Белов И. Н., Луцевич Э. В. Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии. – Минск, 1990.

Поступила 18.10.2012

В. А. ДЕМЬЯНЕНКО, А. Б. КАБАНЬЯН, А. П. БАЙДАКОВ, С. В. ЕРЖАКОВ

ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ДРОВОЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЕ РАНЕНИЕ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Нейрохирургическое отделение ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1,
тел. 8918-452-44-30. E-mail: dvamed@mail.ru, kabmed@mail.ru

В статье описывается случай открытого проникающего огнестрельного дробового ранения черепа и головного мозга у ребенка 7 лет. Адекватная обработка мозговой раны, применение мер по герметизации раны, аутокраниопластика, борьба с ликвореей, рациональная антибактериальная терапия, комплексное восстановительное лечение позволили избежать развития менингоэнцефалита, добиться приживления реимплантированных костных отломков, хорошего клинического восстановления ребенка.

Ключевые слова: огнестрельное дробовое ранение черепа, аутокраниопластика.

V. A. DEMYANENKO, A. B. KABANJAN, A. P. BAIDAKOV, S. V. ERZHAKOV