

дозировке.

Выводы:

1. МВЗП чаще встречались у девочек и проявлялись интоксикационным, болевым, дизурическим и мочевым синдромами.

2. Клинических проявлений не было у 9,3% детей, диагноз которым выставлялся на основании мочевого синдрома.

3. По результатам микробиологического обследования основным возбудителем МВЗП была грамотрицательная палочка семейства Enterobacteriaceae (86,4%).

4. Соблюдение схемы терапии при первичном ПеН приводит к выздоровлению пациентов. Вторичные ПеН должны быть вовремя диагностированы и наблюдаться совместно с урологами.

Список литературы:

1. Протоколы диагностики и лечения заболеваний органов мочевой системы у детей. Руководство для врачей – 2-е изд., перераб. и допол. / под ред. А. А. Вялкова [и др.]. – М. : Изд-во Медакадемия Оренбурга, 2010. – 253 с.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Хоха Р.Н., Насридинова В.А., Исаенко К.В., Кривецкий Д.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
Гродно, Беларусь

Введение. Инородным телом пищеварительного тракта является предмет, поступивший в желудочно-кишечный тракт извне случайно или умышленно, или предмет, образовавшийся в самом организме и по своему составу не может быть использован в нормальных условиях как пища. Инородные тела в пищеварительном тракте чаще встречаются у детей в сравнении с взрослыми. Это и понятно – дети все любят брать в рот. Список

инородных тел, которые попадают в желудочно-кишечный тракт, очень обширен: монеты, пуговицы, кольца, иголки, батарейки, фруктовые косточки и др. Различают инородные тела пищевода, желудка и кишечника. Чаще всего наблюдаются инородные тела пищевода. Исход проглоченного инородного тела определяет его характер. Часть проглатываемых предметов (мелкие пуговицы, металлические шарики) благополучно проходит через пищеварительный тракт, другие задерживаются в организме и тогда требуется врачебная помощь.

Цель исследования: изучить эпидемиологию инородных тел пищеварительного тракта у детей.

Объект и методы исследования. Проведен анализ 366 эндоскопий, проведенных за период 2012-2017 гг. Эндоскопическое исследование проводилось с целью диагностики и извлечения инородного тела.

Результаты и их обсуждение. Из 366 случаев эндоскопическое вмешательств было проведено 203 (56%) мальчикам и 163 (44%) девочкам. Возраст детей от 6 мес до 17 лет. Около 2/3 случаев составили дети в возрасте до 4 лет (214 детей) и в 1/3 случаев – дети старше 4 лет.

Динамика эндоскопий, проведенных по поводу подозрения на инородное тело по годам представлена следующим образом: 2012 г. – 34, 2013 г. – 48, 2014 г. – 33, 2015 г. – 57, 2016 г. – 90, 2017 г. – 104.

Анализ результатов эндоскопического исследования показал наличие инородного тела у 191 детей (52%). Анализ динамики показал, что в период с 2012 г по 2017 г. частота выявления инородных тел увеличилась в 1,7 раза, с максимумом в 2015 г. Динамика обнаружения инородных тел у детей по годам представлена следующим образом: 2012 г. – 11 (32%) детей, 2013 г. – 23 (48%), 2014 г. – 12 (36%), 2015 г. – 42 (74%), 2016 г. – 47 (52%), 2017 г. – 57 (54%). Анализ гендерных различий показал незначительное преобладание (55%) частоты обнаружения инородных тел у мальчиков (106), по сравнению с девочками (85). Структура инородных тел, проглатываемых детьми отличалась большим разнообразием: монеты, крестик, кулон, зеркальце, иголка, фрагмент пищи, пипетка, брелок, фрагмент

конструктора, шарик, клубок скотча, стеклянный шарик, батарейки. В процентном соотношении на монеты и батарейки приходилось по 40% и 20% – на все остальные инородные тела. Анализ сезонных особенностей эпидемиологии инородных тел пищеварительного тракта у детей показал, что наиболее опасным является зимний период. Частота обнаружения инородных тел в это время года составила 62%, по 48% – весна и лето, 50% – осень.

Приводим собственное наблюдение.

Ребенок М. (мальчик) 1 год 5 месяцев поступил 21.11.2014 г. в 6 педиатрическое отделение УЗ «ГДОКБ» с направляющим диагнозом: рецидивирующий обструктивный бронхит.

При сборе анамнеза установлено, что ребенок до настоящего времени перенес 4 эпизода обструктивного бронхита, отмечалась плохая прибавка в массе тела, срыгивания, рвота. Со слов мамы, около 1,5 месяцев назад у ребенка во время игры с машинкой родители извлекли из полости рта мелкие предметы. С тех пор появилась невозможность глотания густой пищи, ребенок засовывал руку в рот, стараясь что-то достать, появлялась рвота. С этого же периода появилась плохая прибавка в массе тела, перенес 4 эпизода обструктивного бронхита, часто болел респираторными заболеваниями. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. В периоде новорожденности перенес врожденную пневмонию.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Масса тела <3 центиля, длина тела 3 центиль. Птоз левого века. Слизистые полости рта бледно-розовые. В легких дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы не выслушиваются. Сog – тоны ритмичные, выслушивается систолический шум над всей областью сердца, проводится в межлопаточную область. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в день, мочеиспускание свободное, безболезненное.

В 1 год масса тела 9,5 кг. С диагностической целью проведена рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корневой рисунок усилен, корни легких инфильтрированы. Сердце без особенностей. Сосудистая тень

расширена за счет вилочковой железы. На фоне сосудистого пучка определяется округлая тень (инородное тело?). Учитывая симптомы желудочной дисфагии, было заподозрено инородное тело пищевода, была проведена диагностическая эзофагогастродуоденоскопия: в 1/3 пищевода визуализируется комок пищи, который эвакуировать с помощью электроотсоса не удалось. Проведена фрагментация пищи щипцами, а затем удалено и инородное тело (батарейка). Осмотр слизистой пищевода: слизистая рыхлая с остатками струпа и участками фибрина, просвет деформирован, расположен децентрализованно, для аппарата, ввиду изгиба, не проходим, просвет достаточный, незначительно сужен. Заключение: Инородное тело пищевода. Элекрохимический ожог верхней трети пищевода с деформацией и незначительным сужением просвета.

Ребенок переведен в хирургическое отделение. В дальнейшем при проведении лечения и контрольных эндоскопических исследований у ребенка неоднократно находились и удалялись из места сужения инородные тела: орехи и семечки.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об актуальности проблемы инородных тел пищеварительного тракта у детей, важности сбора анамнеза для определения дальнейшей тактики обследования, необходимости проведения просветительной работы среди родителей по профилактике инородных тел.

Список литературы:

1. Шапкина, А. Н. Инородное тело желудочно-кишечного тракта у ребенка / А. Н. Шапкина, Е. С. Шмырева, Ф. Д. Гасанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 1. – С. 65–65.
2. Диагностика и лечение детей с магнитными инородными телами желудочно-кишечного тракта / Ю. Ю. Соколов [и др.] // Детская хирургия. – № 6. – 2013. – С. 10–13.