

3. Ясюкова, Л. А. Прогноз и профилактика проблем обучения, социализация и профессиональное самоопределение старшеклассников : в 3 ч. / Л. А. Ясюкова. – СПб. : Иматон, 2005. – Ч. 1. – 256 с.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ: ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Ковальчук В.И., Пронько П.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Инородное тело пищевода – любой предмет органического или неорганического происхождения, попавший в пищевод с потенциальной возможностью травматического воздействия на стенку пищевода или обтурации его просвета.

Инородные тела являются результатом случайного проглатывания различных предметов и встречаются наиболее часто в детском возрасте. Локализуются преимущественно в шейном отделе пищевода, несколько ниже первого физиологического сужения, реже – в грудном отделе на уровне бифуркации трахеи [1].

Цель. Оценить характер инородных тел пищевода, встречающихся у детей, методы их диагностики и результаты лечения.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе УЗ «Гродненской областной детской клинической больницы» путем ретроспективного анализа 91 медицинской карты стационарного пациента за 2016–2023 гг. Анализ и обработка данных осуществлялись с использованием программ Microsoft Exel и Statistica 10.

Результаты и их обсуждение. В исследовании участвовал 91 пациент с диагнозом «инородное тело пищевода»: из них у 50 (54,95 %) был выставлен диагноз «инородное тело верхней трети пищевода», у 25 (27,47 %) – «инородное тело средней трети пищевода», у 16 (17,58 %) – «инородное тело нижней трети пищевода».

Анализ гендерных различий показал следующее: преобладание встречаемости инородных тел пищевода у мальчиков – 54 (59,34 %) по сравнению с девочками – 37 (40,66 %), соотношение 3:2 соответственно.

Из всех пациентов 2 были госпитализированы в 2016 году, 7 – в 2017 г., 4 – в 2018 г., 17 – в 2019 г., 16 – в 2020 г., 17 – в 2021 г., 15 – в 2022, 13 – в 2023 г.

Средний возраст детей составил 4 года. Возрастная структура: дети до года – 8; 1 год – 12; 2 года – 18; 3 года – 9; 4 года – 10; 5 лет – 5; 6 лет – 6; 7 лет – 7; 8 лет – 3; 9 лет – 5; 10 лет – 1; 11 лет – 3; 12 лет – 2; 15 лет – 1; 17 лет – 1; детей других возрастных групп не было.

Оценка характера инородных тел показала, что количество попавших в пищевод рентгеноконтрастных инородных тел составило 77 (84,62 %) случаев,

нерентгеноконтрастных – 14 (15,38 %) случаев. Соотношение 11:2 соответственно.

Структура рентгеноконтрастных инородных тел была следующая: монета – 63 (81,82 %) случая (в том числе множественные инородные тела: 2 монеты – 2 случая, 3 монеты – 1 случай), батарейка – 6 (7,79 %) случаев, зубной протез – 4 (5,19 %) случая, сережка – 2 (2,60 %) случая, металлическое кольцо – 2 (2,60 %) случая.

Структура нерентгеноконтрастных инородных тел: фрагменты пищи – 11 (78,57 %) случаев (фрагмент яблока – 5 случаев; фрагмент капусты, кусок мяса, орех, кость, куриный хрящ – по 1 случаю), иные инородные тела – 3 (21,43 %) случая (пластмассовая пластинка, пластмассовая буква, резиновая заглушка – по 1 случаю).

Количество «агрессивных» (т.е. потенциально осуществляющих не только физическое, но и иное (химическое, электрохимическое) действие [2] на стенку пищевода) инородных тел составило 6 (6,59 %) случаев из 91. Во всех 6 случаях инородным телом являлась батарейка. При этом осложнения в связи с наличием в пищеводе инородного тела возникли в 5 (83,3 %) случаях из 6: электрохимический ожог пищевода 2-3 степени – 4 случая, электрохимический ожог пищевода 3 степени + формирующийся стеноз пищевода – 1 случай.

Количество «неагрессивных» (т.е. осуществляющих только физическое действие на стенку пищевода) инородных тел составило 85 (93,41 %) случаев из 91. Осложнения при этом наблюдались лишь в 3 (3,53 %) случаях из 85: надрывы, выраженные воспалительные изменения и грануляции слизистой оболочки пищевода – 1 случай; пролежни слизистой пищевода – 1 случай; поверхностные продольные разрывы слизистой пищевода в виде царапин, осаднения – 1 случай. В первых двух случаях осложнения возникли в связи с длительностью (более 7 суток) нахождения инородного тела (монеты) в пищеводе, в третьем случае – из-за характера инородного тела (крупный фрагмент кости с острыми краями), попавшего в пищевод.

Общее количество случаев, когда в результате действия инородного тела развились осложнения, составило 8 (8,79 %) случаев из 91. В остальных 83 (91,21 %) случаях осложнений не наблюдалось.

Для диагностики инородных тел пищевода на этапе приемного отделения проводится рентгенологическое обследование пациентов, в анамнезе которых имеется факт или подозрение на проглатывание инородного тела, в том числе при отсутствии клинических симптомов [2].

Выполняется обзорная рентгенография органов грудной клетки + брюшной полости (далее – ОР ОГК+ОБП) с комментарием – от подъязычной кости до лона. Из всех пациентов ОР ОГК+ОБП выполнялась в 85 (93,41 %) случаях, в оставшихся 6 (6,59 %) случаях с целью уточнения диагноза проводилась ФГДС ввиду достоверности факта проглатывания нерентгеноконтрастного инородного тела. При этом по результатам ОР ОГК+ОБП инородное тело пищевода было обнаружено в 77 (90,59 %) случаях,

в 8 (9,41 %) случаях не обнаружено в силу нахождения в пищеводе нерентгеноконтрастного инородного тела.

С целью удаления инородного тела из пищевода 90 (98,90 %) пациентам выполнялась фиброгастродуоденоскопия (далее – ФГДС), у 1 (1,10%) пациента инородное тело (монета) было удалено с помощью желудочного зонда с фиксированным на торце неодимовым магнитом ввиду отсутствия педиатрического гастроскопа. Результаты ФГДС были следующие: захват и удаление инородного тела из просвета пищевода при помощи щипцов или зажима без низведения в желудок – 64 (71,11 %) случая; фрагментация и удаление инородного тела из просвета пищевода путем низведения в желудок – 10 (11,11 %) случаев (во всех 10 случаях инородным телом являлся фрагмент пищи); удаление из просвета пищевода с потерей инородного тела в содержимом желудка – 16 (17,78 %) случаев (в дальнейшем в 6 случаях инородное тело было удалено из желудка в плановом порядке при повторной ФГДС, в 10 случаях назначалось вазелиновое масло внутрь и проводилось наблюдение за стулом ввиду отсутствия инородного тела в верхних отделах ЖКТ при повторном выполнении ФГДС в плановом порядке).

Показанием к хирургическому удалению инородного тела пищевода является невозможность удаления его эндоскопически. Извлекают путем шейной или трансплевральной эзофаготомии с последующим ушиванием пищевода и дренированием средостения [1]. Оперативные вмешательства по поводу инородного тела пищевода у данных пациентов не проводились.

Таким образом, можно сделать следующее заключение:

1. Чаще инородное тело локализуется в верхней трети пищевода – 50 (54,95 %) из 91.

2. Инородное тело пищевода чаще встречается у мальчиков, соотношение 3:2.

3. В большинстве случаев в детском возрасте встречается рентгеноконтрастное инородное тело – 77 (84,62 %) случаев, в частности, монета (63 случая).

4. «Агрессивные» инородные тела часто дают осложнения – 5 (83,33 %) случаев из 6.

5. ОР ОГК+ОБП является эффективным методом диагностики инородных тел пищевода ввиду более частой встречаемости у детей рентгеноконтрастных инородных тел.

6. ФГДС имеет высокое как диагностическое (особенно в отношении нерентгеноконтрастных инородных тел), так и лечебное значение для всех инородных тел пищевода (инородное тело было удалено в 100 % случаев с некоторыми особенностями).

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская хирургия : учебник / В. И. Ковальчук. – Минск : Новое знание, 2020. – 668 с.

2. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с инородными телами пищеварительного тракта при оказании

медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях». Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь – 14.05.2021. – № 49. – С. 2–3.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Трифонюк И.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) – патологический синдром, обусловленный антенатальными нарушениями формирования и вращения кишечника и/или постнатальной его фиксации, проявляющийся расстройствами моторно-эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различным клиническим течением и проявлениями [1]. Данная патология требует экстренных лечебно-диагностических мероприятий, а недооценка тяжести состояния такого ребенка представляет серьезную угрозу для его жизни [2]. Частота встречаемости разных форм кишечной непроходимости составляет 1 на 1500–2000 новорожденных.

Цель. Изучить и проанализировать результаты хирургического лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью.

Материалы исследования. В клинике детской хирургии на базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2011 по 2023 г. с различными видами врожденной кишечной непроходимости находилось на лечении 58 детей в возрасте от 4 часов до 15 лет, 30 (51,72 %) из них были в периоде новорожденности. По гендерной градации выявлено преобладание мальчиков (37, или 63,79 %) над девочками (21, или 36,2 %). Возраст до 1 суток – 14 (24,13 %), 2-7 суток – 10 (17,24 %), от 8 суток – 34 (58,62 %). Городскими жителями были 44 (75,86 %) ребенка, сельскими – 14 (24,14 %).

Пациентам выполнялись следующие клиничко-лабораторные и лучевые методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей и контрастное исследование желудочно-кишечного тракта.

Результаты. Основные жалобы при поступлении были следующие: при высокой непроходимости – срыгивания створоженным грудным молоком, срыгивания с примесью желчи, вздутие живота в верхних отделах, отсутствие стула; при низкой непроходимости – равномерное вздутие живота или в нижних его отделах, срыгивание застойным/кишечным содержимым, отсутствие стула.

Всем детям выполнено УЗИ и рентгенологическое исследование брюшной полости. На рентгенограммах при высокой кишечной непроходимости определялись признаки 2-х газовых уровней, при низкой кишечной непроходимости – множественные уровни на большом протяжении кишечника.