

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ. АКТУАЛЬНЫЕ МОМЕНТЫ

*Худовцова А.В., Хартанович В.В., Бондарева П.В.,
Шейбак В.М.*

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра детской хирургии, Гродно, Беларусь

Введение. Большинство предметов, случайно попавших в организм, несут в себе существенную опасность для здоровья и жизни ребенка. В ряде случаев диагностика инородных тел представляет определенные трудности, что приводит к поздней постановке диагноза. Несвоевременное распознавание инородных тел в ЖКТ вызывает различные осложнения. Проглатывание инородных тел происходит в результате неосторожного обращения с мелкими предметами, недосмотра родителей или в редких случаях преднамеренно. Чаще всего инородные тела беспрепятственно проходят по желудочно-кишечному тракту, однако часть из них задерживается там длительное время и может вызвать серьезные осложнения (пролежень, перфорацию с последующим перитонитом). Возможность осложнений увеличивается с величиной проглоченного предмета и наличием на нем заостренных краев.

Объект и методы исследования. Пациенты (по данным УЗ «ГОДКБ» за 2011-2014 год) поступали в возрасте до 1 года – 14 (9,2%), 1-3 года – 91 (59,9%), 3-7 лет – 33 (21,7%), 7-12 лет – 11 (7,2%), старше 12 лет – 3 (2,0%). Основные жалобы родителей при поступлении были на то, что ребенок проглотил известное или неизвестное инородное тело. В некоторых клинических случаях, так же присутствовали боль в животе, тошнота, рвота, поперхивание и слюнотечение, затруднение дыхания и кашель. Практически в 80% случаев клинические проявления отсутствовали вообще.

Результаты и их обсуждение. При выяснении анамнеза у больного с инородным телом желудочно-кишечного тракта

хирург должен обращать внимание на особенности психомоторного развития ребенка и склонность его к истероидным состояниям. В момент проглатывания инородного тела у детей дошкольного возраста преобладают явления испуга (плач, двигательное беспокойство). Старшие дети сообщают о прохождении «комка в горле». Если предмет большой, то вслед за актом глотания появляются симптомы дисфагии, выражающиеся в поперхивании, рвотных движениях, тошноте. В дальнейшем дети могут жаловаться на боль в горле при глотании как следствие травмы слизистой пищевода. При заглатывании острых инородных тел (иголки, булавки, осколки стекла и т. д.) может произойти повреждение слизистой ротовой полости. Возникновение рвоты, особенно у маленьких детей, иногда приводит к аспирации инородного тела в дыхательные пути. При осмотре и пальпации живота обычно не устанавливают наличие инородного тела. Дети с инородным телом в желудочно-кишечном тракте нуждаются в динамическом наблюдении. В большинстве случаев инородное тело выходит естественным путем в сроки от двух до четырех суток (чем младше ребенок, тем быстрее). Однако в ряде случаев бывают осложнения в первые часы заболевания или возникает задержка на длительное время остроконечного предмета в кишке (чаще в двенадцатиперстной), что создает угрозу пролежня (прокола) ее стенки с развитием перитонита.

Практически важно различать инородные тела пищевода, желудка и кишечника. В пищеводе, как правило, на уровне физиологических сужений обычно застревают крупные инородные тела. Иногда инородное тело может длительное время оставаться недиагностированным. Обычно это наблюдается у маленьких детей, которые не говорят и не информируют близких о проглатывании постороннего предмета. При заглатывании острых предметов может наступить перфорация пищевода. В подобных случаях возникает пролежень стенки пищевода, развивается гнойный медиастинит, от которого больной может погибнуть. Для уточнения местонахождения и характера инородного тела производят рентгенологическое исследование. На обзорной рентгенограмме обычно выявляют тень инородного

тела, но не всегда: некоторые предметы, в том числе кусочки пищи, не задерживают рентгеновских лучей. При наличии нерентгенконтрастного инородного тела с диагностической целью выполняется ФЭГДС. Больной с инородным телом пищевода подлежит немедленной госпитализации. Удаление инородного тела производят с помощью эзофагоскопии или фиброгастроскопии. Значительная часть проглоченных предметов свободно проходит через пищевод и попадает в желудок, в том числе острые предметы: швейные иглы, булавки, гвозди и т. п. Острые инородные тела могут внедриться в стенку желудка или кишечника, перфорировать ее и вызвать перитонит. Однако эта опасность минимальна: обычно острый предмет продвигается по пищеварительному каналу тупым концом вперед и не причиняет повреждений. Крупные предметы могут на несколько дней задержаться в желудке, а после этого проходят через привратник и перемещаются по кишечным петлям. Обычно такие предметы проходят и баугиниеву заслонку, а затем выделяются естественным путем. За продвижением инородного тела необходимо установить рентгенологический контроль. При отсутствии жалоб со стороны больного наблюдение проводят в амбулаторных условиях. В сомнительных случаях ребенка лучше госпитализировать. В последние годы все шире стал применяться метод эзофагофиброгастроскопии с использованием волоконной оптики для удаления инородных тел пищевода и желудка.

Хирургическая тактика при попадании инородных тел в желудочно-кишечный тракт ребенка зависит от характера и величины проглоченного предмета или возникающих осложнений. Госпитализации подлежат все дети, проглотившие остроконечные (режущие) и крупные (свыше 5 см) предметы. Наблюдение за ребенком сочетается с консервативными мероприятиями, направленными на ускорение эвакуации инородного тела. Назначают диету, богатую клетчаткой, гипертонические клизмы (при задержке неостроконечного инородного тела в толстой кишке).

В ряде случаев можно создавать «дренажное» положение: на левом боку при прохождении предмета в двенадцатиперстной кишке или в положении Тренделенбурга – при задержке в

слепой кишке. Рациональное сочетание консервативных способов лечения ускоряет продвижение инородных тел по желудочно-кишечному тракту. Однако в некоторых случаях предмет самостоятельно не выходит и тогда удаляют его оперативным путем. Оперативное лечение показано в случаях попадания в желудок инородного тела больших размеров, которое практически не может пройти через пилорический канал. Если нет угрозы пролежня от этого предмета, торопиться с операцией нет необходимости и лучше выждать несколько дней. Детей, у которых инородное тело вызвало развитие осложнения вследствие внедрения предмета в стенку кишки, перфорации ее (с частичным или полным выходом инородного тела в свободную брюшную полость и развитием перитонита), оперируют по показаниям. Инородные тела задерживаются в двенадцатиперстной кишке преимущественно у детей школьного возраста (Г. Л. Баиров с соавт., 1970). Объясняется это тем, что у новорожденных и детей первых лет жизни нижняя часть двенадцатиперстной кишки подвижная, относительно большего диаметра и расположена почти горизонтально, а к 10-14 годам она резко поднимается вверх и угол ее более выраженный. Перфорация остроконечным инородным телом (игла, гвоздь и др.) может быть в любом возрасте и на различном уровне пищеварительного тракта.

Выводы:

- 1 Наиболее подвержены проглатыванию инородных тел дети в возрасте до 7 лет, преобладают городские жители.
- 2 Наибольший интерес вызывают у детей небольшие блестящие предметы (батарейки, монеты, украшения);
- 3 В большинстве случаев у пострадавших отсутствуют жалобы, что затрудняет своевременную диагностику и может приводить к осложнениям;
- 4 Основными методами диагностики при данной патологии являются ФГДС и обзорная рентгенография. При невозможности удаления инородного тела во время ФГДС основным методом лечения является консервативный.

Список литературы:

- 1 Богомазов, С. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Богомазов. – Владивосток, 1998. – 18 с.
- 2 Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей / С. Я. Долецкий [и др.]. – М. : Медицина, 1984. – 241 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

Черных О.О., Титова Н.Д.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кафедра поликлинической педиатрии, Минск, Беларусь

Введение. Первичные иммунодефициты – группа врожденных генетически детерминированных нарушений одного или нескольких компонентов иммунной системы. Диагноз первичного иммунодефицита базируется на совокупности клинических, иммунологических, генетических и молекулярно-биологических методов исследования, причем основная роль в раннем их выявлении принадлежит врачам первичного звена. Заподозрить ПИД можно на основании данных правильно собранного анамнеза жизни и болезни ребенка и его близких. Агаммаглобулинемия с глубоким дефицитом или полным отсутствием В-клеток характеризуется резким снижением или полным отсутствием всех классов иммуноглобулинов и циркулирующих В-лимфоцитов и имеет различные формы наследования: Х-сцепленная агаммаглобулинемия Брутона и аутосомно-рецессивная агаммаглобулинемия. Клинически обе формы агаммаглобулинемии проявляются частыми тяжелыми формами инфекционных заболеваний, таких как пневмонии, отиты, менингоэнцефалиты, остеомиелиты, особенно тяжело протекают инфекции, вызванные инкапсулированными бактериями (*S.pneumonia*, *H.influenza*). Часто возникают гнойно-воспалительные заболевания слизистых оболочек, кожных