

С. Ю. Баранов

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖКТ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНАЯ «ОСТАНОВКА» В ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ

Введение

По данным литературы за последние годы отмечается рост количества пациентов с инородными телами (далее – ИТ) желудочно-кишечного тракта, требующими стационарного лечения. Эти случаи имеют риск развития хирургических осложнений. Хотя подобных случаев в детском возрасте описано мало.

Причины проглатывания детьми ИТ могут быть как случайные, так и умышленные. В значительном большинстве ИТ достаточно благополучно транзитом проходят через пищеварительную трубку и выделяются наружу. При больших размерах они могут задерживаться на уровне физиологических сужений. Длительное пребывание ИТ на одном и том же месте может привести к локальным воспалительным изменениям, пролежням и перфорации. Но даже имея острые формы ИТ часто выходят естественным путем, не осложняясь. Были описаны редкие случаи «изоляции» ИТ, например, в аппендиксе с риском развития аппендицита.

Применение рентгенологических методов исследования позволяет легко выявить «рентгенпозитивные» формы ИТ. Обнаружение их может быть и следствием направленного поиска при известном анамнезе и случайной находкой.

При обнаружении ИТ в кишечнике у детей врачи стараются избрать наиболее оптимальную тактику ведения. Вопрос снижения травматичности для детей также волнует их родителей. В одних случаях применяется выжидательная тактика, в других при риске «опасности» – хирургическое решение.

Материал и методы исследования

Нами предлагается ретроспективное ознакомление с лечением двух пациентов хирургического отделения учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница», у которых отмечалось длительное нахождение ИТ в толстом кишечнике. Данные случаи произошли в период января – февраля 2025 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Случай № 1. Пациент Г., 14 лет, был первично госпитализирован 01.02.2025 в ортопедо-травматологическое отделение по поводу закрытого перелома левой лучевой кости. Травма бытовая, произошла при падении с дерева 30.01.2025 по месту жительства в районе Гомельской области. Первичная помощь была сразу оказана в ЦРБ. В виду смещения отломков кости был переведен в ГОДКБ, госпитализирован. В приемном отделении при проведении комплексного обследования на одной из рентгенограмм в правой подвздошной области было попутно обнаружено ИТ небольших размеров (болт? шуруп?), был осмотрен детским хирургом. Что конкретно проглотил ребенок и когда это произошло он убедительно вспомнить не смог. Старых «повреждений» кожи на теле ребенка выявлено не было. Показаний к срочной операции выявлено не было, рекомендовано динамическое наблюдение, лечение основной патологии.

01.02.25 – Рентгенография: Описание: «Тень металлической плотности в области седалищной кости справа размером до 7 мм».

Проводилось лечение основной патологии. Динамическое наблюдение за ребенком к ожидаемому результату не привело, инородного тела в стуле не было выявлено.

10.02.25 – КТ органов малого таза. Описание: в области илеоцекального угла отмечается инородный предмет линейной формы, металлической плотности, протяженностью до 9 мм.; Заключение: Инородное тело в области илеоцекального угла.

По окончании основного лечения (вправление и последующая стабилизация отломков лучевой кости спицами) пациент был осмотрен детскими хирургами и 12.02.2025 переведен в хирургическое отделение. Однако консервативное ведение (прием слабительных препаратов, очистительные клизмы) к отхождению ИТ не привело, оставалось на прежнем месте.

Ребенок был подготовлен и 18.02.2025 под наркозом была выполнена колоноскопия. Описание: «Видеоколоноскоп заведен в купол слепой кишки. Устье аппендикса щелевидной формы, не изменено, без признаков воспаления. Баугиниева заслонка смыкается, эластичная. Аппарат заведен за баугиниеву заслонку на 20 см: слизистая бархатистая, розового цвета. Из-за предположения расположения инородного тела (болтик?) в аппендиксе – в просвет последнего заведены щипцы, проведены попытки бужирования. Выполнен R-контроль расположения. Затем в дистальную часть просвета аппендикса введен магнитный экстрактор – инородное тело не захвачено. Просвет осмотренных отделов кишки не изменен, слизистая эластичная, обычной окраски, сосудистый рисунок четкий. Перистальтика прослеживается. Визуально инородных тел в осмотренных отделах кишки не выявлено».

После прекращения колоноскопии была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Описание после введения лапароскопа: «Брюшина не гиперемированная, выпот в малом тазу области, серозный, в незначительном количестве. Аппендикс расположен вниз в малый таз, до 10,0 см в длину, не гиперемирован, верхушка ригидная, в просвете в области верхушки определяется плотное инородное тело, смещается. Выставлен диагноз инородное тело в просвете аппендикса, показана аппендэктомия. Брыжейка аппендикса коагулирована биполярным зажимом, пересечена. Основание отростка лигировано петлей Редера (Викрил 2.0). Аппендикс удален из брюшной полости через троакар....»

Препарат: аппендикс до 10,0 см длиной, незначительно гиперемирован, инфильтрирован. В просвете на верхушке – инородное тело – свинцовая пуля 5х2 мм, частично окислена.

Позже после операции ребенок вспомнил что в начале января 2025 года (за 2–3 недели до первичной госпитализации) дома игрался с пулькой, держал во рту и случайно проглотил ее, но забыл про это.

Через неделю пациент был выписан с выздоровлением на амбулаторное лечение. Случай № 2. Пациент Л, 5 лет.

При обращении в приемное отделение ГОДКБ пациентом было указано на неосознанное проглатывание с небольшой разницей по времени 3-х канцелярских магнитиков для крепления бумаг к доске около 09:00 28.01.2025. Сразу обратились ЦРБ, где было выполнена обзорная Rg ОБП и далее направлены в ГОДКБ бригадой скорой помощи. Общее состояние ребенка оставалось стабильным. Накануне госпитализации ребенок перенес ОРИ, имелся остаточный насморк.

28.01.25 – Рентгенография: Рентгенограмма ОГК+ОБП в прямой проекции обзорная (вертикально) 15:15 Описание: Свободного газа под куполами диафрагмы, горизонтальных уровней в петлях кишечника не выявлено. Металлическое инородное тело на уровне копчика.; ЭЭД:0.84 мЗв;

Ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение ГОДКБ, проводилось стандартное консервативное ведение и наблюдение. С ребенком находилась мать. Однако мать ребенка иногда забывала выполнять поиск ИТ после дефекации, также ребенок мог сходить на обычный унитаз. Это затрудняло процесс контроля, пришлось несколько раз повторять рентгенологическое исследование, однако инородные тела оставались на одном и том же месте. Это создавало риск развития пролежня стенки кишки и перфорации.

03.02.2025 Ребенку под наркозом была выполнена ректороманоскопия – «Видеоколоноскоп введен до н/3 сигмы. Далее остатки жидких и твердых каловых масс. Инородное тело не визуализировано».

Состояние ребенка оставалось стабильным, боли в животе не беспокоили. Продолжили консервативное ведение (очистительные клизмы и прием слабительных препаратов). Контроль ИТ со стороны мамы оставался нерегулярным, ситуационным.

07.02.25 – Рентгенография ОБП обзорная; 10.24 Описание: Признаков Р-контрастного инородного тела не выявлено.

Ребенок был выписан с выздоровлением.

Выводы

1. Инородные тела червеобразного отростка по данным литературы встречаются у детей исключительно редко, поспособствовать этому могут их небольшие размеры.

2. Для диагностики инородных тел кишечника и червеобразного отростка, наряду с обзорной рентгенографией, может быть информативно ультразвуковое исследование кишечника, КТ.

3. Инородные тела червеобразного отростка могут осложниться воспалительным процессом аппендикса, а магнитики – стать причиной пролежня перфорации толстой кишки.

4. При наличии инородных тел в червеобразном отростке у детей доступным методом лечения сегодня может стать лапароскопическая аппендэктомия.

5. Профилактические беседы родителей с детьми и ограничение контакта детей с такими предметами могли бы снизить риск подобных случаев в домашних условиях. Однако чаще родители начинают об этом задумываться только после случившегося... И не надолго... И не всегда являются помощниками нам при лечении таких пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Назаров, В. Е. Эндоскопия пищеварительного тракта / В. Е. Назаров [и др.]. – М. : Триада-Фарм, 2002. – 176 с.
2. Богомазов, С. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта : автореф. дис. канд. мед. наук / С. В. Богомазов. – Владивосток, 1998. – 18 с.
3. Диагностика и лечебная тактика при магнитных инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей / В. И. Аверин, С. Б. Голубицкий, А. В. Заполянский [и др.] // Новости хирургии. – 2017. – № 3. – С. 317–324.
4. Бабич, И. И. Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей : материалы II съезда детских хирургов России / И. И. Бабич, И. О. Багновский // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – С. 34–35.
5. Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей / А. Ю. Разумовский, А. Н. Смирнов, Р. О. Игнатьев [и др.] // Хирургия. – 2012. – № 9. – С. 64–69.
6. Хрыщанович, В. Я. Инородные тела пищеварительного тракта: хирургические аспекты диагностики и лечения / В. Я. Хрыщанович, И. М. Ладутько, Я. В. Прохорова // Медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 9–14.
7. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature / A. Arana, B. Hauser, S. Hachimi-Idrissi, Y. Vandenplas // Eur. J. Pediatr. – 2001. – Vol. 160, № 8. —. P. 468–472.