

Барамія Н. М., Панасенко С. І., Нікішаєв В. І., Валерко Д. О., Світличний Е. В.,  
Пачкорія А. В., Вітюк Т. В.

### **Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту**

*Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги,  
Українська військово-медична академія*

#### **Реферат**

Спостерігали 103 хворих, 62 – чоловічої, 41 – жіночої статі. При локалізації сторонніх тіл в шлунку і дванадцятипалій кишці та відсутності ускладнень перевагу віддавали ендоскопічному методу лікування, за допомогою якого вдалося видалити 32 предмети і значно скоротити терміни лікування. Консервативна терапія закінчилася відходженням природнім шляхом 64 предметів. Планова операція виконана при неефективності консервативного лікування у 2 хворих. Випадків летальних наслідків не було.

**Ключові слова:** *сторонні тіла, шлунково-кишковий тракт, лікувальна тактика*

#### **Summary**

103 patients, 62 – males and 41 females. If the objects were located in the stomach and the duodenum in the absence of complications endoscopic method of treatment was preferable, with the help of which 32 objects were successfully removed and the terms of treatment were significantly decreased. Conservative treatment resulted in elimination of 64 objects by vias naturals. Elective operation was carried out in failure of conservative treatment as was in 2 patients. No lethality was registered.

**Key words:** *foreign bodies, gastrointestinal tract, policy treatment.*

Проблема хірургічної тактики і лікування при сторонніх тілах (СТ) шлунково-кишкового тракту (ШКТ), не дивлячись на тривалу історію, залишається актуальною і в теперішній час. В періодичній і спеціальній медичній літературі публікації узагальнюючого характеру поодинокі, а частота діагностичних і лікувальних помилок при лікуванні таких хворих достатньо велика [3-5]. При хірургічному лікуванні хворих із СТ ШКТ ускладнення виникають у 30-50%, а летальність сягає 5,1-32,7% [2, 3]. У США щорічно від ускладнень, що спричиняються СТ ШКТ, помирає до 1600 [2]. При СТ травного каналу не існує загальноприйнятої хірургічної тактики, в

рекомендаціях різних авторів відносно вибору метода лікування багато протиріч [1-6].

### Матеріали та методи дослідження

Проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз результатів лікування 103 пацієнтам із СТ травного каналу, які були обстежені і отримали медичну допомогу у лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва за останні 2 роки (1999-2000 рр.); вони склали 0,32% від хворих із гострими хірургічними захворюваннями та травмами. Серед них було 41 жінка і 62 чоловіки віком 15-94 років.

Із 103 пацієнтів 98 поступили в стаціонар з приводу СТ вперше, 4 – вдруге, 1 – втретє.

Симптоматика СТ ШКТ була різноманітною: від відсутності скарг, або безсимптомного знаходження СТ у ШКТ, до скарг на сильний біль по ходу травного каналу, дисфагію, печію, нудоту, блювоту, відчуття тяжкості в епігастрії. Клінічна картина залежала від характеру СТ, тривалості знаходження та змінювалася в наслідок переміщення СТ по ШКТ. 36 пацієнтів поступили протягом першої години, 36 в термін до 6 годин, 18 в термін 6-24 години, 7 на 2-3 добу, 5 на 4-5 добу та 1 через 15 діб.

Таблиця 1 відображає характер СТ та їх локалізацію в ШКТ, що встановлена при первинному огляді.

У 56 випадках СТ потрапили в ШКТ випадково, а у 47 випадках в наслідок навмисних дій. Частіше випадково проковтувалися м'ясні і рибні кістки, грубі харчові маси та фрагменти зубних протезів. Навмисно, в більшості випадків, ковталися черешки ложок та ложки, леза, обрізки дроту, гвіздки. Всі СТ прямої кишки були

наслідками навмисних дій. Більшість (25 випадків) таких пацієнтів доставлені із закладів адміністративного затримання.

Таблиця 1

**Характеристика сторонніх тіл і їх локалізація на момент первинного огляду**

Стороннє Тіло	Стравохід	Шлунок	Тонка кишка	Ободова кишка	Пряма кишка	Не локалізовано	Ітого
М'ясні, фруктові кістки	13	2	-	-	-	6	21
Харчові маси (в т. ч. фрагменти або цілі овочі)	11	-	-	-	1	5	17
Ложки та їх черешки	1	6	-	1	-	3	11
Дріт	-	3	2	3	-	1	9
Гвіздки	-	3	2	3	-	-	8
Фрагменти зубних протезів	3	1	-	1	-	1	6
Голки	-	1	2	1	-	2	6
Куски скла	-	-	-	-	-	5	5
Англійські булавки	1	3	-	-	-	1	5
Пластикові контейнери	-	3	-	-	-	2	5
Лезо бритви	-	2	2	-	-	-	4
Канцелярські кнопки	-	1	1	-	-	1	3
Металеві супінатори	-	1	1	-	-	-	2
Пластикові пробки	-	1	-	-	-	1	2
Гудзик	-	-	-	-	1	1	2
Флакони	-	-	-	-	2	-	2
Пульпо-екстрактор	-	-	1	-	-	-	1
Телевізійна лампа	-	-	-	-	1	-	1
<b>Всього</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>110*</b>

\* - в тому числі 7 чоловік з множинними СТ

Найбільш часто СТ виявляли у проксимальних відділах ШКТ - стравоході (29 випадків) та шлунку (27 випадків). У 29 випадках локалізувати СТ не вдалося.

Результати та їх обговорення

Поряд із загальноприйнятими клінічними методами обстеження і лабораторно-біохімічними дослідженнями хворих із підозрою на СТ ШКТ оглядав ЛОР-спеціаліст. Проводили оглядові рентгеноскопії (в т. ч. рентгенконтрастування) з метою виявлення рентгенконтрастних СТ, їх пасажу по ШКТ, ускладнень. Провідне значення в діагностиці і лікуванні СТ проксимальних відділів ШКТ (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка) відводили езофагогастроуденоскопії. За показами проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Виділено три клінічні групи відповідно до проявів СТ у ШКТ [2]:

I. Латентна форма – 39 випадків, при яких клінічних симптомів не спостерігалось аж до відходження СТ.

II. Маніфестна форма - 62 випадки, що супроводжувалися клінічною симптоматикою знаходження СТ в певних відділах ШКТ.

III. Ускладнена форма - 2 випадки. Клінічна картина при ній залежала від характеру розвинувшогося ускладнення.

Визначення клінічної форми сприяло вибору лікувальної тактики.

В приймальному покої медичну допомогу надано 29 пацієнтам, а 74 пацієнти госпіталізовано. В таблиці 2 вказані застосовані методики лікування і їх результати.

Таблиця 2

**Лікувальна тактика в залежності від локалізації стороннього тіла в травному каналі**

Локалізація СТ	Відходження природнім шляхом	Ендоскопічне видалення	Ендоскопічне просування по ШКТ	Хірургічне видалення	Кількість СТ
Стравохід	6	15	8	-	29
Шлунок	11	15	-	1	27
Тонка кишка	8	2	-	1	11
Ободова кишка	9	-	-	-	9
Пряма кишка	1	-	-	4*	5
Не локалізовано	29	-	-	-	29
<b>Всього</b>	<b>64</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>110**</b>

\* – мануальне видалення; \*\* - 7 випадків множинних СТ

Як свідчить таблиця 2 в 72 випадках СТ відходили природнім шляхом (65,5%), із них у 8 випадках після просування СТ із стравоходу у шлунок після невдалої спроби ендоскопічного видалення. У цих хворих застосовувалася консервативна терапія, де головна роль відводилася дієті, багатій на клітковину і обволокуючим засобами (ржаний хліб, картопляне і горохове пюре з капустою, слизові супи, рисовий відвар, напіврідкі вівсяна та перлова каші, киселі). Інколи, додатково, з метою дієтотерапії та діагностики одночасно, застосовували прийом 200 г розчину сірководню барію. До консервативної терапії вдавалися і при гострокінцевих СТ. Такий підхід оснований на визнанні феномену “голкового рефлюксу Екснера” – дотик гострого кінця СТ із слизовою оболонкою призводить до утворення втягіння в точці уколу внаслідок скорочення м’язового шару. Таким чином стінка немов “тікає” від гострого кінця. Триваюче скорочення м’язового шару утворює на цьому місці ущільнення, локальне вибухання, яке відштовхує гострий кінець, сприяючи повороту СТ тупим кінцем уперед. В процесі консервативної терапії проводили динамічний клінічний, рентгенологічний і ехографічний контроль. Ліжкодень при консервативній терапії становив в середньому 3 доби.

Ендоскопічно із стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки видалено 32 СТ у 28 пацієнтів, ще у 4 пацієнтів з множинними СТ, останні були видалені неповністю. У прийимальному відділенні таким способом надано амбулаторну допомогу 7 пацієнтам. Для видалення використовувався ендоскоп фірми “Olimpus” (Японія). У 10 випадках ендоскопічне видалення не вдалося. У 8 випадках СТ були низведені із стравоходу у шлунок і хворі пройшли курс консервативної терапії. Вимушено було прийнято активно-очікувальну тактику у одному випадку локалізації СТ у шлунку та одному випадку у ДПК після невдалої спроби ендоскопічного видалення. Ускладнень

не було. Ліжкодень після ендоскопічного видалення у стаціонарних хворих становив в середньому 1,8 доби.

Оперативні втручання виконані одному хворому з приводу вклинення СТ в воротар шлунку та одному з приводу обтураційної тонкокишкової непрохідності визваної СТ. Із 5 випадків СТ прямої кишки в 4 виконувалася мануальна деульсія та видалення СТ під наркозом з послідуєчим ректороманоскопічним контролем. В усіх цих випадках СТ потрапили в пряму кишку ретроградно внаслідок навмисних дій.

### Висновки

1. Інструментальна діагностика сторонніх тіл шлунково-кишкового тракту, поряд із ретельно зібраним анамнезом, розпочинається із рентгенологічного дослідження травного тракту.

2. Основним видом діагностики і лікування СТ проксимальних відділів ШКТ є ендоскопічні методи.

3. Лікувальна тактика при СТ травного каналу повинна спрямовуватися на видалення цих тіл. Оперативні втручання показані лише в ускладнених випадках (перфорація, перитоніт, обтураційна непрохідність і т. д.) та тривалій затримці СТ в одному із відділів ШКТ (заклиненні).

4. Активно-очікувальної тактики слід дотримуватися в ситуаціях, коли різні за формою сторонні тіла шлунково-кишкового тракту виявляють тенденцію до пасажу травним каналом під впливом консервативної медикаментозної терапії і дієти.

Література:

1. Абакумов М. М., Погодина А. Н. Неотложная хирургия пищевода. // Хирургия. – 1992. - №4. – С. 15-22.
2. Вагнер Е. А., Субботин В. М., Давидов М. И. и др. Хирургическая тактика при инородных телах желудочно-кишечного тракта. // Хирургия. – 1999. - №5. – С . 24-28.
3. Гиленко И. А., Демянюк Д. Г., Дихтенко Г. И. и др. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. // Клиническая хирургия. - 1993. - №2. - С. 15-17.
4. Королев М. П., Антипова М. В., Федотов Л. Е. Современная фиброэндоскопия в диагностике и лечебной тактике при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта. // Вестник хирургии. – 1999. – Т. 158. - № 5. - С. 12-15
5. Сычиков Н. В., Карасев Н. Е. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. // Хирургия – 1992. - №2, С. 139-140.
6. Сторожук В. Т., Ермолаев О. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. – Хирургия - 1999. - №7. - С. 27-29.