

К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, С.А. ДОЛЖЕНКО, Ю.А. СУХОМЛИН, О.С. ОКУНЬ

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПИЩЕВОДА

*Каф. нейрохирургии, отоневрологии и ЛОР-болезней Донец. гос. мед. ун-та
им. М. Горького (ректор – академик АМНУ В.Н. Казаков)*

Об инородных телах пищевода было известно еще в глубокой древности. За 1000 лет до нашей эры индийский врач Сосрута с целью проталкивания инородных тел из пищевода в желудок применял зонды, смазанные воском или канифолью, а для удаления их – волосяные шарики на нитке, которые больной проглатывал, а затем врач, потянув за нитку, извлекал их обратно с расчетом, что вместе с шариком будет удалено инородное тело.

Несмотря на то, что проблема инородных тел пищевода своими корнями уходит в глубокую древность, вопросы оказания при этом медицинской помощи не потеряли актуальности и в настоящее время. Современный уровень развития эндоскопической техники позволяет во многом облегчить и улучшить результаты лечения при инородных телах пищевода (Ю.А. Сухомлин та співавт., 2001; Nakashabendi, 2001; Athanasiadi, 2002).

Тем не менее еще часто встречаются ошибки при диагностике и удалении инородных тел, приводящие к тяжелым, иногда опасным для жизни осложнениям: гнойный перизофагит, перфорация пищевода, медиастинит (В.Ю. Минин и соавт., 2003; В.М. Бобров и соавт., 2005; Nakashabendi, 2001). Летальность при перфорации пищевода инородным телом составляет 4,1 % от общего числа наблюдений (В.М. Бобров и соавт., 2005).

Целью настоящего сообщения является описание алгоритма выполнения диагностических и лечебных манипуляций у больных с инородными телами пищевода.

В нашу клинику за период 1996-2006 гг. обратилось 1128 пациентов с подозрени-

ем на наличие инородного тела в пищеводе, что является показанием к экстренному эндоскопическому исследованию. У 964 (85,4%) из них были обнаружены инородные тела в пищеводе.

От возраста наших больных в какой-то степени зависел характер и вид предметов, которые они глотали: в детском возрасте – это яркие и блестящие вещи, монеты, булавки, пуговицы и т.п.; в старшем возрасте – чаще всего твердые фрагменты пищи (кости), вредные привычки, небрежность во время еды (держат в рту разные предметы). У 4,1% обследованных задержке инородного тела способствовали патологические изменения стенок пищевода (рубцовые сужения, дивертикулы).

Чаще инородные тела встречались у лиц в возрасте старше 50 лет (79,4%). Преобладание пожилых людей среди пациентов с инородными телами в пищеводе объясняется ношением ими зубных протезов, которые выключают чувствительность слизистой оболочки твердого нёба и десен, а также атонией мышц пищевода и поспешностью при приеме пищи, когда она настолько быстро проглатывается, что рецепторный аппарат полости рта и глотки не успевает ощутить инородное тело.

Известную закономерность представляла локализация инородных тел в пищеводе. В 82,3% случаев инородные тела обнаружены в верхнем отделе пищевода в области первого физиологического сужения. По срокам обращаемости больные распределились следующим образом: в первые 3 суток обратилось 91,6% из них, позже 10 суток – всего лишь 2 человека. Длительность пребывания инород-

ного тела в пищеводе колебалась от 3 до 14 сут.

У обследованных пациентов выявленные в пищеводе инородные тела можно подразделить на следующие группы: кости – у 66,3% (рыбные – у 34,2%, мясные – у 32,1%); непережеванные куски мяса – у 16,7%; монеты – у 4,8%, протезы – у 1,2%; пуговицы, металлические предметы – у 6,9%; фруктовые косточки – у 4,1%.

Клиническая картина патологического процесса была многообразна и зависела от характера, величины, формы инородного тела, локализации и сроков его пребывания в пищеводе (В.М. Бобров и соавт., 2005).

В современной диагностике инородных тел в пищеводе решающая роль отводится эндоскопическим методам (Ю.А. Сухомлін та співавт., 2001; Athanasiadi, 2002).

Рентгенологические методы исследования, широко применявшиеся ранее, ушли на второй план, т.к. имеют ряд отрицательных моментов: 1) возможность стойкой задержки контрастной взвеси в грушевидных карманах, на царапинах и в складках инфильтрированной слизистой оболочки, симулируя инородное тело; 2) эзофагоскопия затрудняется из-за наличия в пищеводе контрастной взвеси, а отмывание бариевой взвеси и отсасывание при наличии рубцовоизмененного пищевода нежелательно; 3) бариевая взвесь проходит мимо инородного тела, не оседая на нем, и, таким образом, инородное тело остается незамеченным; 4) достоверность составляет 63,8%.

Мы не используем рентгеноконтрастных методов диагностики инородных тел, т.к. считаем их недостоверными и осложняющими дальнейший диагностический и лечебный процесс. Мы считаем, что лучевые методы более информативны при наличии повреждений пищевода.

Подозрение на наличие инородного тела в пищеводе является показанием к экстренному эндоскопическому исследованию.

Преимущества фиброэндоскопического исследования:

- 1) в 99,8% случаев выявляется инородное тело в пищеводе;
- 2) определяется характер инородного тела, форма, размер, локализация;
- 3) мало травматичен;

- 4) производится под местной анестезией у взрослых;

- 5) возможно определить степень выраженности воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода;

- 6) в 67,5% наблюдений позволяет удалить инородное тело.

В 41,9% случаев удалось удалить инородное тело во время диагностической фиброэзофагоскопии путем его экстракции или низведения в амбулаторных условиях. В госпитализации эти больные не нуждались в связи с отсутствием патологических изменений слизистой оболочки, небольшим сроком нахождения и малотравматичным характером инородного тела. У 58,1% лиц инородное тело удалено в стационарных условиях. Длительное пребывание инородного тела в пищеводе с осложненным характером течения у 334 пациентов потребовало выполнения у них ригидной эзофагоскопии под общим обезболиванием, что позволило избежать ряда травматических осложнений.

Основными принципами извлечения инородного тела из пищевода является адекватное обезболивание с применением миорелаксантов, правильная ориентация инородного тела в просвете пищевода. После удаления инородного тела производится контрольный осмотр слизистой оболочки с проведением через тубус эзофагоскопа назогастрального зонда, который удаляется после рентгеноконтрастного исследования при отсутствии данных о повреждении пищевода.

Особое место в проблеме инородных тел пищевода занимают вызываемые ими осложнения, которые могут зависеть от характера инородного тела, возникать в момент попадания в пищевод, развиваться при длительном пребывании или грубых попытках его извлечения.

В наших наблюдениях непроникающие осложнения, эзофагит, абсцесс стенки пищевода отмечены у 193 больных. Самым тяжелым осложнением является перфорация с развитием флегмоны шеи и медиастинита, которая выявлена у 25 обследованных, при этом у 21 из них она локализовалась в шейном отделе, у 4 – в грудном отделе пищевода. В 23 случаях перфорация была вы-

звана инородным телом, а в 2 - возникла во время эзофагоскопии. Инструментальные повреждения пищевода произошли при попытке удаления инородного тела в других лечебных учреждениях из-за несоблюдения лечебно-диагностического алгоритма, что привело к тяжелым осложнениям.

Хирургическое вмешательство при проникающих повреждениях пищевода инородным телом выполнено у 13 пациентов. При наличии у них дефекта в шейном отделе пищевода размером до 0,6 см в диаметре с протяженностью ложного хода до 2,5 см и при относительно благоприятном клиническом течении мы применяли консервативное лечение с эндоскопической санацией места повреждения и рентгенологическим контролем, динамическим наблюдением.

Медикаментозное лечение при повреждениях пищевода включало в себя трансфузионную и инфузионную терапию, антибактериальные препараты с учетом основных принципов дээскалационной терапии, симптоматические средства. С целью подавления протеолитической активности

крови назначались препараты апротинина. Для улучшения регенерации применялись метаболики, витамины. Непосредственное воздействие на иммунный статус осуществлялось с помощью ультрафиолетового облучения крови и экстракорпоральной антибактериальной фармакотерапии.

Учитывая наш опыт лечения больных с инородными телами в пищеводе, можно рекомендовать следующий алгоритм:

- лечение и обследование данной группы пациентов следует осуществлять в экстренном порядке в условиях многопрофильного стационара; любое выявленное в просвете пищевода инородное тела должно быть, по возможности, извлечено при помощи фиброэндоскопа;

- для диагностики инородного тела и возможных осложнений необходимо сочетание рентгенологических и эндоскопических методов исследования.

Применение эндотрахеального наркоза при ригидной эзофагоскопии позволяет сократить время манипуляции и риск возникновения перфорации стенки пищевода.

1. Бобров В.М., Лысенко В.А., Шуликов П.В. Повреждения пищевода, вызванные инородными телами или инструментами // Вестн. оториноларингологии. – 2005. - №2. – С. 55-57.
2. Минин В.Ю., Андреанов В.А., Бабанова Е.В., Пулина Н.А. Казуистики инородных тел пищевода // Анналы хирургии. - 2003. - №1. – С. 72.
3. Сухомлін Ю.А., Висотський А.Г., Супрун Г.О., Спіфанцев В.А. Ендоскопічні методи діагностики та лікування сторонніх тіл стравоходу // Шпитальна хірургія. - 2001. - №2. – С. 88-90.
4. Athanasiadi K., Gerazounis M., Metaxas E., Kalantzin N. Mandyement of esophageal for foreign body a retrospective review of 400 causes // European J. of Cardiothoracic Surgery. – 2002. – Vol.21, №4. – P. 653-656.
5. Nakashabendi I.M., Maldonado M.E., Brady P.G. Chest pain: overlooked manifestation of unsuspected esophageal foreign body // South Med. J. - 2001. – Vol.90, №3. – P. 333-335/

Поступила в редакцию 15.12.06.

© К.Г. Селезнев, С.А. Долженко, Ю.А. Сухомлин, О.С. Окунь, 2006

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ СТОРОННІМИ ТІЛАМИ СТРАВОХОДУ

*Селезньов К.Г., Довженко С.А., Сухомлин Ю.А.,
Окунь О.С. (Донецьк)*

Резюме

Запропоновано комплексні методи діагностики та лікування хворих із сторонніми тілами у стравоході. За період з 1996 по – 2006 р. звернулось 1128 осіб з підозрою на наявність сторонніх тіл у стравоході, що є показанням до екстренного ендоскопічного дослідження, за допомогою якого у 964 (85,4%) з них були діагностовані сторонні тіла стравоходу. Лікування та обстеження даної групи пацієнтів повинно здійснюватися у екстремному порядку в умовах багатопрофільного стаціонару. Виявлене у просвіті стравоходу будь-яке стороннє тіло повинно бути, по можливості, видалене за допомогою фіброендоскопа. Для діагностики сторонніх тіл та можливих ускладнень необхідне поєднання рентгенологічних та ендоскопічних методів дослідження.

TACTICS OF CONDUCTING PATIENTS WITH FOREIGN BODIES OF THE ESOPHAGUS

*Seleznov K.G., Dolzhenko S.A., Suchomlin U.A.,
Okun O.S. (Donetsk)*

Summary

In clause complex actions of diagnostics and treatment of foreign bodies of the esophageal. For the period about 1996-2006 1128 patients with suspicion on presence a foreign body of the esophageal that is the indication to emergency endoscope to research have addressed. At 964 (85,4%) patients are diagnosed foreign body of the esophageal. Treatment and inspection of the given group of patients should be carried out in the emergency order in conditions of a versatile hospital. Any revealed in a gleam of the esophageal of a foreign body should be whenever possible taken by means of endoscope. For diagnostics of a foreign body and possible complications the combination radiological and endoscope methods of research is necessary.