



І. А. Криворучко,
А. В. Сивожелізов,
О. А. Тонкоглас,
М. О. Сикал,
Д. Е. Лопатенко

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ЧУЖОРІДНІ ТІЛА ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Резюме. За останні роки значно зросла кількість пацієнтів із сторонніми тілами шлунково-кишкового тракту (ШКТ), які потребують госпітального лікування. При цьому в ряді випадків виникають ускладнення, що призводять до летальних наслідків або потребують складних реконструктивних операцій.

Мета: покращення результатів лікування пацієнтів із чужорідними тілами ШКТ шляхом вдосконалення лікувальної тактики.

Матеріали та методи: об'єктом дослідження послужили 223 пацієнти, які звернулися по допомогу в КНП ХОР «Обласну клінічну лікарню» м. Харкова в період із 2016 по 2021 р. Особлива увага приділялася агресивним стороннім тілам (лужним батареям, вклиненим у стравохід об'єктам та інше).

Результати: сторонні тіла видалювалися в найкоротші терміни за допомогою езофагогастроуденоскопії.

Висновки. 1. Динамічне спостереження за проковтнутим стороннім тілом без його ендоскопічного вилучення рекомендується коли у пацієнтів немає клінічної симптоматики, а стороннє тіло тупе, інертне і невелике, тобто є гарантія його безпечного мимовільного відходження. 2. Гнучка ендоскопія — найкращий діагностичним та лікувальним методом при сторонніх тілах у верхніх відділах ШКТ, з відсотком успіху 95 %. 3. Рекомендується екстрене, протягом 2-х годин від надходження, ендоскопічне втручання з приводу сторонніх тіл, що викликали повну обструкцію стравоходу, а також з приводу гострих сторонніх тіл і батарейок, розташованих у стравоході.

Ключові слова: чужорідні тіла (ЧТ), стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка (ДПК), шлунково-кишковий тракт (ШКТ) езофагогастроуденоскопія (ЕГДС).

Вступ

Сторонні тіла травного тракту є відносно рідкісною патологією, але в той же час несуть у собі суттєву небезпеку для здоров'я та життя людини. У ряді випадків діагностика сторонніх тіл представляє певні труднощі, що призводить до їх несвоєчасного розпізнавання та видалення [1, 2, 7]. Несвоєчасне виявлення сторонніх тіл викликає запальні процеси в м'яких тканинах і органах черевної та грудної порожнини з подальшим утворенням інфільтратів та заочеревинних флегмон. Усе це призводить до тимчасової чи стійкої втрати працездатності і навіть смерті [3, 6].

Матеріали та методи досліджень

Об'єктом дослідження послужили 223 пацієнти, які звернулися по допомогу в «Обласну клінічну лікарню» м. Харкова в період з 2016 по 2021 р. У віці від 25 до 83 років із тривалістю перебування стороннього тіла від 3 годин до 10 діб. Сторонні тіла шлунку склали 55 спостережень (24,7 %), сторонні тіла стравоходу — 168 спостережень (75,3 %), кістки (м'ясні, рибні) —

у 67 випадках (30,1 %), харчова грудка — у 133 (59,6%) випадках. Інші сторонні тіла — 23 спостереження (10,3 %).

При зверненні хворого до приймального відділення з підозрою на стороннє тіло проводилася оглядова рентгенографія органів грудної, черевної порожнини із захопленням шийного відділу стравоходу. У більшості пацієнтів проковтнутий предмет розташовувався в області першого фізіологічного звуження. У клінічній картині переважали симптоми, такі як: біль у проекції стравоходу, слинотеча, біль у яремній ямці, потилиці, спині, епігастрії, дисфагія, відрижка, задишка. Вимушене становище тулуба. Вторинні прояви характеризуються підвищенням температури, зневодненням, салівацією, неприємним запахом із рота, осиплістю голосу. Характерні: холодний піт, блідість шкірних покривів, іноді порушення серцевого ритму. У 22 (10 %) пацієнтів із чужорідними тілами (ЧТ) стравоходу не було жодних симптомів, окрім анамнестичних даних.

Із боку шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК) клінічні прояви були мало виражені.

Тільки великі, довгі та гострі предмети проявлялися клінічно. За наявності в шлунку великих ЧТ хворих часто турбували тупі болі в епігастрії, що посилювалися після їжі, а також почуття металевого присмаку в роті, нудоти і тяжкості в епігастральній ділянці. Дрібні ЧТ зазвичай не викликали жодних скарг. За тривалого знаходження їх у просвіті шлунку або ДПК, у зв'язку з пролежнем та подальшою перфорацією стінки органу з'являються перитонеальні симптоми або утворення заочеревинного інфільтрату [3, 5]. Останнє характерно для ЧТ, фіксованого у вертикальному положенні у місці переходу низхідної частини ДПК у нижньо-горизонтальну [4].

Для видалення ЧТ використовували виключно гнучке ендоскопічне обладнання, ригідне ендоскопічне обладнання не використовували у зв'язку із високим ризиком перфорації. Для захоплення використовувалися різноманітні щипці: «зуби алігатора», «зуби акули», «щурячі зуби». Ендоскопічні кошики були корисні для круглих предметів, а сітчасті або пластикові пастки забезпечують більш надійне захоплення деяких сторонніх тіл (монет, батарейок, магнітів) та видалення харчових грудок єдиним блоком.

При виявленні в стравоході рентгенконтрастного стороннього тіла, останнє видалювалося в найкоротші терміни при ЕГДС. Відсутність клінічних проявів не була підставою для відмови від подальшого обстеження хворого з підозрою на стороннє тіло травного тракту. За відсутності контрастного ЧТ, але за наявності анамнестичного факту ковтання проводилося діагностичне ЕГДС, яке дозволяло визначитися з подальшою тактикою лікування.

Результати досліджень та їх обговорення

Усім пацієнтам із сторонніми тілами в стравоході поза залежністю від форми та локалізації проводилося ЕГДС з подальшим їх видаленням.

ЧТ, представлені неагресивними сторонніми тілами (негострі кістки, безоари, хрящі тощо), які не були фіксовані в стравоході, вийшли після консервативного лікування та динамічного спостереження. Консервативне ведення пацієнтів було можливе, якщо розміри інертного стороннього тіла без гострих контурів не перевищували 2–2,5 см у діаметрі або 5 см завдовжки. Зазвичай це було в тих випадках, коли на момент обстеження пацієнта проковтнуте ЧТ вже знаходилося в тонкій кишці. Амбулаторне спостереження за пацієнтами було лише за відсутності у них симптомів. Пацієнти було проінструктовано про можливість виникнення перфорації або тонкокишкової непрохідності, а також стежили за своїм випорожненням.

За відсутності симптомів достатньо було щотижневих рентгенограм для документування просування стороннього тіла. Якщо стороннє тіло не виходило за межі шлунку протягом 3–4 тижнів, його слід витягти ендоскопічно.

При безоарах шлунку розпочинали лікування з консервативної терапії, що включала прийом 5–10 % розчину харчової соди або напоїв, що містять ортофосфорну кислоту. Навіть якщо це не приводило до повного ефекту, він сприяв розм'якшенню безоарів рослинного походження, що полегшувало подальше ендоскопічне втручання. При частково зруйнованих безоарах лікування мало більш виражену терапевтичну дію.

168 (75,3%) агресивних сторонніх тіл локалізувалися в області першого фізіологічного звуження стравоходу, або у ділянці патологічного (зазвичай рубцевого) стенозу та супроводжувалися вираженою клінічною картиною. У 11 (4,9 %) випадках ЧТ не виявлено, а в місці передбачуваного стояння знайдено гіперемію слизової оболонки.

Виконувати ендоскопічне втручання намагалися з анестезіологічним забезпеченням під загальним знеболюванням. Переважним методом, під час вилучення потенційно травмо-небезпечних ЧТ, було загальне знеболювання із інтубацією та міорелаксантами для захисту від неадекватної реакції на процедуру або існує високий ризик аспірації (наприклад, заповнений шлунок, проксимальне розташування стороннього тіла в стравоході, вклинення харчової грудки та інше). Ендоскопічне видалення травмо-небезпечних ЧТ виконували також під внутрішньовенним знеболенням із збереженням спонтанного дихання або в умовах глибокої седації. За відсутності можливості виконання втручання під внутрішньовенною седацією ЧТ вилучали під місцевою анестезією.

Усі маніпуляції проводили під суворим візуальним контролем. Якщо механічно активне тіло було розташоване під кутом у стравоході (наприклад, розкрита шпилька), внаслідок чого його неможливо безпечно витягти, необхідно провести його в шлунок, розвернути і витягти у вигідному та максимально безпечному положенні. ЧТ у вигляді «хреста», що розкривається, необхідно витягти за допомогою ендоскопа з тубусом, попередньо закривши всі розгалуження цього ЧТ в єдину вісь. При вилученні вузького стороннього тіла (наприклад, тонких шматочків дроту, невеликих рибних кісток, голочок та ін.) його захоплювали за кінчик таким чином, щоб його вісь збігалася з віссю інструменту; потім його плавними рухами вводили в інструментальний канал та витягували разом з ендоскопом. Гострі сторонні тіла захоплювали



в такому положенні, щоб гострий або загострений кінець був направлений у дистальному напрямку, тобто від об'єктиву ендоскопа.

При вклиненні харчової грудки в стравоході, у більшості випадків, можна було їх безпечно звести в шлунок за допомогою інсуфляції газу та м'якого продавлювання. Більші харчові грудки подрібнювалися за допомогою ендоскопічного інструменту і потім безпечно зводилися до шлунку. У разі значного опору вони були вилучені єдиним блоком або частинами після фрагментації.

У 212 (95 %) випадках виконано успішне видалення, ускладнень не спостерігалось. У 11 (5 %) випадках відбулася спонтанна міграція ЧТ з нижньої третини стравоходу до шлунку під час обстеження.

Висновки

1. Динамічне спостереження за проковтнутим стороннім тілом без його ендоскопічного вилучення рекомендується коли у пацієнтів немає клінічної симптоматики, а стороннє тіло тупе, інертне і невелике, тобто є гарантія його безпечного мимовільного відходження

2. Гнучка ендоскопія — найкращий діагностичний та лікувальний метод при сторонніх тілах у верхніх відділах ШКТ, із відсотком успіху 95 %

3. Рекомендується екстрене, протягом 2-х годин від надходження, ендоскопічне втручання з приводу сторонніх тіл, що викликали повну обструкцію стравоходу, а також із приводу гострих сторонніх тіл і батарейок, розташованих у стравоході.

REFERENCES

1. Blagitko E. M., Vardosanidze K. V., Kiselev A. A. Foreign bodies. Novosibirsk: Nauka, Sibirskaya izdatel'skaya firma RAN, 1996.
2. Arana A., Hauser B., Hachimi-Idrissi S., Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature // *Eur J Pediatr*. 2001. V. 160 (8). P. 468–472.
3. Khryshchanovich V. Ya., Ladut'ko I. M., Prokhorova Ya. V. Foreign bodies of the digestive tract: surgical aspects of diagnosis and treatment // *Medical Journal*. 2009. № 1. P. 9–14.
4. Bastrygin A. V., Makhotin A. A., Gandurov S. G., Efremenko A. D., Zhila N. G. Therapeutic tactics for foreign bodies – batteries of the upper gastrointestinal tract in children, features of endoscopic diagnosis of treatment // *Far Eastern Medical Journal*. 2008. № 4. P. 99–101.
5. Colovic Z., Racic G., Poljak N., Sunsa D., Klancic M., Despot R. A Battery in the Stenotic Esophagus of a Child with a Congenital Tracheoesophageal Fistula // *Coll. Antropol*. 2012. Vol. 36. № 1. P. 321–324.
6. Babich I. I., Bagnovskii I. O. Magnetic foreign bodies of the gastrointestinal tract in children / *Materialy II s'ezda detskikh khirurgov Rossii* // *Russian Journal of Pediatric Surgery Anaesthesiology and Reanimatology*. 2016. P. 34–35.
7. Averin V. I., Golubitskii S. B., Zapolyanskii A. V., Valek L. V., Nikulenkov A. V. Diagnosis and treatment tactics for magnetic foreign bodies of the gastrointestinal tract in children // *Surgery news*. 2017. № 3. P. 317–324.

FOREIGN BODIES OF THE
UPPER DEPARTMENTS OF
THE GASTROINTESTINAL
TRACT

*I. A. Krivoruchko,
D. Ye. Lopatenko,
O. A. Tonkoglas,
M. O. Sikal,
A. V. Sivozhelizov*

Summary. In recent years, the number of patients with foreign bodies in the gastrointestinal tract who need hospital treatment has increased significantly. However, in some cases there are complications that lead to death or require complex reconstructive surgery.

Objective: to improve the results of treatment of patients with gastrointestinal foreign bodies by improving treatment tactics.

Materials and methods: the object of the study were 223 patients who sought help in the “Regional Clinical Hospital” Kharkiv in the period from 2016 to 2021. Particular attention was paid to aggressive foreign bodies (alkaline batteries, wedged in the esophagus). projects and more).

Results: foreign bodies were removed in the shortest possible time by esophagogastroduodenoscopy.

Conclusions: 1. Dynamic monitoring of a swallowed foreign body without its endoscopic removal is recommended when patients have no clinical symptoms and the foreign body is blunt, inert and small, is there is a guarantee of its safe involuntary discharge.

2. Flexible endoscopy — the best diagnostic and therapeutic method for foreign bodies in the upper gastrointestinal tract, with a success rate of 95%

3. Emergency, within 2 hours of admission, endoscopic intervention is recommended for foreign bodies that have caused complete obstruction of the esophagus, as well as for acute foreign bodies and batteries located in the esophagus.

Key words: *foreign bodies (FB), esophagus, stomach, gastrointestinal tract (GI tract), esophagogastroduodenoscopy (EGDS).*