

УДК 616.329 – 089

Б.Н. Шамсидинов¹, П.Р. Мухтарова¹, З.А. Абдухалилов², Т.Х. Олимов¹, А.А. Косымзода²**ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ**¹ ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения, кафедра оториноларингологии, Душанбе, Республика Таджикистан² Национальный медицинский центр «Шифобахш»

Шамсидинов Б.Н. кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе; E-mail: bobonazar_67@mail.ru

Цель исследования: выбор тактики ведения пациентов с инородными телами пищевода в зависимости от состояния проходимости пищевода.

Материалы и методы исследования в период с 2014 по 2018 гг. исследованы 49 пациентов с инородными телами пищевода. Всем больным в период пребывания в стационаре проведены общеклинические, оториноларингологические, рентгенологические исследования в виде обзора, а также у больных с рубцовым сужением в анамнезе с применением жидкого бария. Удаление инородных тел проведено в ближайшие часы после госпитализации в экстренном порядке после кратковременной подготовки под общим эндотрахеальным наркозом методом эзофагоскопии с применением бронхоэзофагоскопа Брюнингса.

Результаты и исследования и их обсуждение. С помощью эзофагоскопии с первых попыток удалось извлечь инородное тело у 35 из 44 больных без рубцовых сужений. У 6 больных при попытке захвата инородное тело провалилось в желудок и у 2 больных кусочек мяса отошел из пищевода во время рвоты до начала дачи наркоза.

Заключение: при попадании инородных тел в пищевод, вне зависимости от его прежнего состояния необходима немедленная госпитализация в специализированный стационар. Несвоевременная госпитализация приводит к истощению больных, затрудняет извлечение инородного тела и ухудшает прогноз.

Ключевые слова: инородное тело, пищевод, обтурация, рубцовое сужение, эзофагоскопия.

B.N. Shamsidinov¹, P.R. Mukhtarova¹, Z.A. Abdukhalilov², T.H. Olimov¹, A.A. Kosymzoda²**MANAGEMENT APPROACH OF THE PATIENTS WITH FOREIGN BODIES IN THE ESOPHAGUS**¹ Institute of Postgraduate Education in Health, Department of Otorhinolaryngology, Dushanbe, Republic of Tajikistan² National Medical Center "Shifobakhsh", Dushanbe, Tajikistan

B.N. Shamsidinov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Otorhinolaryngology SEI "Institute of Postgraduate Education in the field of health care of the Republic of Tajikistan", Dushanbe; E-mail: bobonazar_67@mail.ru

Aim. The choice of approach in the management of the patients with foreign bodies in the esophagus according to the state of passage of the esophagus.

Material and methods. 49 patients with foreign bodies in the esophagus were studied during 2014-2018 yy. All patients were subjected to general clinical examinations, ENT examination and x-Ray. Patients with cicatricial narrowing in a case history had x-ray examination with liquid barium. Removal of foreign bodies was carried immediately after hospitalization as an emergency after short-term preparation under general endotracheal anesthesia with esophagoscopy using a Bruenings broncho-esophagoscope.

Results. In 35 out of 44 cases, the attempts to extract foreign body with an esophagoscope, in patients without cicatricial narrowing were successful. In 6 cases during the attempt to extract foreign body it fell down. In two cases, meat piece left esophagus before the start of anesthesia.

Conclusion. Foreign body in the esophagus requires immediate hospitalization to a specialized hospital. Late hospitalization leads to the depletion of patients, complicates the extraction of a foreign body and worsens the prognosis.

Keywords: foreign body, esophagus, obturation, cicatricial narrowing, esophagoscopy.

Актуальность. Инородные тела пищевода являются часто встречающейся патологией, как для взрослого, так и детского населения. Пациенты с подозрением на инородное тело в пищеводе нуждаются в проведении тщательного исследования и в большинстве случаев в неотложной диагностической эзофагоскопии. Частота инородных тел пищевода по данным некоторых авторов в среднем составила около 73-75% [1, 3, 6, 8].

Диаметр просвета пищевода широко варьирует в зависимости от эластичности стенок, возраста, конституции больного, но в области физиологических сужений он всегда меньше, чем в других участках [2, 3, 6].

Вследствие этих анатомических особенностей инородные тела чаще всего находятся на уровне первого физиологического сужения - в 68% случаев, между первым и вторым - в 21%, на уровне второго - в 3,5%, ниже второго - 7,5% наблюдений [8]. Особое внимание заслуживают инородные тела в патологически суженном пищеводе, и, по данным некоторых авторов, они встречаются до 13,5% случаев [4, 8].

Современная диагностика инородных тел пищевода основана на изучении жалоб больных, анализе данных результатов клинко-лабораторных, рентгенологического и эндоскопического методов. Причем последний метод диагностики является основным. Правильное и своевременное выявление инородного тела играет решающую роль в определении тактики ведения больных и в профилактике возможных осложнений [2,4,6,9].

Рентгенологическая диагностика подобных инородных тел пищевода, которая является обязательным методом, не вызывает затруднений. Но извлечение их при помощи эзофагоскопии, особенно при рубцовом сужении его, является не легкой задачей и представляет собой чрезвычайно ответственное, а иногда прямо-таки опасное вмешательство, которое вместе с тем далеко не всегда обеспечивает разрешение стоящей перед клиницистом задачи [1, 4, 8].

Длительное стояние инородных тел в пищеводе приводило к развитию таких осложнений как катаральный, фибринозно-язвенного, эрозивный эзофагит, стеноз пищевода [9].

Летальность при инородных телах пищевода на протяжении десятилетий остается стабильной около 1%. Однако, в наиболее тяжелых случаях при возникновении глубоких перфораций, осложненных медиастинитом, плевритом летальность возрастает до 40-45% [2].

Цель исследования. Выбор тактики введения пациентов с инородным телом в зависимости от состояния проходимости пищевода.

Материал и методы исследования. Наши данные касаются 49 больных с инородными телами, находившихся на лечении в клинике оториноларингологии НМЦ в период с 2014 по 2018 годов.

Всем больным в период пребывания в стационаре проведены общеклинические, оториноларингологические, рентгенологические исследования в виде обзора, а также у больных с рубцовым сужением в анамнезе с применением жидкого бария.

Эффективность проведенного лечения оценивалась клинически непосредственно после извлечения инородного тела и через 7 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 49 больных с инородными телами пищевода городских было 34 (69,4%), сельских - 15 (30,6%), детей - 16 (32,6%), взрослых - 33(67,4%). Пациентов в возрасте от 2 до 5 лет было 8, от 5 до 10 лет - 5, от 10 до 15 лет - 3, от 16 до 35 лет - 28 и от 53 до 70 лет - 5. Из них больных с рубцовым сужением было 5 (10,2%) больных, детей - 1, взрослых - 4. Наибольшее количество инородных тел пищевода у детей зарегистрировано у детей до 5 лет, и в основном, это были металлические монеты (5) и пластмассовые детали от детских игрушек (3), а у детей от 5 до 15 лет у 2 - пуговицы, у 3 - металлические монеты у 2 - говяжья кость и у 1 ребёнка с рубцовым сужением – горох. Длительность рубцового сужения у данного ребёнка 3 года и причина, которого является ожог каустической содой.

Нарушение проходимости пищевода у взрослых пациентов было обусловлено у 8 больных мясным завалом, у 12 - куриными и говяжьими костями, у 1 - головкой чеснока, у 5 - косточками от сливы, абрикоса и миндаля, у 3 – швейными иглами. У больных с рубцовым сужением в 3 случаях была мясной завал и в одном случае горох. В анамнезе у этих больных у 1 больного инородные тела извлекались 3 раза и у троих - 2 раза. У больных с рубцовым сужением длительность послеожоговой стриктуры у наблюдавшихся нами больных колебалась от 2 до 17 лет.

Инородные тела находились в пищеводе менее одних суток у 26 больных, от 1 до 2 суток - у 19, до 3 суток - у 3 и до 4 суток - у 1.

Все больные жаловались на нарушение проходимости пищевода различной степени. На боль жаловались больные с застрявшими в пищеводе говяжьими и куриными костями, а также с иглами.

Некоторые больные с полной непроходимостью пищевода указывали на ощущение тяжести и «распираания» за грудиной.

У 2 взрослых больных обнаружена полная непроходимость и у 2 - весьма замедленная проходимость жидкого бария (данное исследование было проведено всем больным с рубцовым сужением в анамнезе) через суженную часть пищевода. Полученные данные соответствовали ощущениям больных, связанных со степенью проходимости пищевода, т.е. степень проходимости пищевода зависит в значительной мере от характера инородного тела. Так, проходимость пищевода только для жидкостей была отмечена у больных, у которых застряли говяжьи и куриные косточки,

металлические монеты, пластмассовые предметы, иглы. Между тем куски мяса, головка чеснока и косточками от сливы, абрикоса и миндаля вызвали полную непроходимость пищевода. У всех больных с рубцовым сужением инородные тела также легко обтурировали просвет органа.

У 3 больных из 5 с рубцовым сужением инородные тела находились в нижних двух третях пищевода. Между тем у 38 больных (86,4%) из 44 с нормальным просветом пищевода инородные тела преимущественно задерживались в верхней и средней трети пищевода, что объяснялось анатомофизиологическими особенностями его шейного отдела (рис. 1, 2).

Большое значение в механизме задержки ино-



Рис. 1, 2. Рентгенограммы пищевода: рентгенопозитивные инородные тела (до и после удаления).

родных тел, как в нормальном, так и в стенозированном пищеводе принадлежит, по-видимому, эзофагоспазму, как ответной, индивидуальной реакции организма на раздражение рецепторного аппарата слизистой оболочки пищевода инородным телом.

Следует учесть, что у детей в анамнезе может отсутствовать указание на проглоченное инородное тело. Наступающее ухудшение проходимости стенозированного пищевода расценивается как результат прогрессирующего его рубцевания.

Всем больным после госпитализации в экстренном порядке после кратковременной подготовки под общим обезболиванием проведено эзофагоскопия, бронхоэзофагоскопом Брюнинга.

С помощью эзофагоскопии удалось извлечь инородные тела у 35 из 44 больных без рубцовых сужений. У 6 больных при попытке захвата ино-

родные тела проваливались в желудок, и у двоих больных кусочек мяса отошел из пищевода во время рвоты до начала дачи наркоза. У одного больного инородное тело было настолько крепко фиксировано в нижней части пищевода на уровне VIII-IX грудного позвонка, что его не удавалось сместить даже массивными щипцами, и оно было извлечено (в отделение эндоскопической хирургии) после гастростомии с помощью марлевой сеточки, прикрепленной к шелковой нити. Подобную фиксацию кости в просвете нижнего отрезка пищевода можно объяснить только эзофагоспазмом, обусловленным инородным телом.

У ребёнка с рубцовым сужением проходимость пищевода восстановилась после эзофагоскопии, во время которой горох, располагавшийся в просвете рубцово-суженного отрезка пищевода на глубине 13-14 см от верхних резцов, целиком захвачен лап-

чатыми щипцами и удален естественным путем. У двоих взрослых больных после безуспешной эзофагоскопии мясной «завал» самопроизвольно опустился в желудок, а у остальных двоих удалось добиться восстановления проходимости пищевода осторожным бужированием пищевода под контролем эзофагоскопа.

В некоторых случаях приходится удалять инородное тело на ощупь. Так, у 2 больного инородные тела располагались в просвете самого сужения и у троих они располагались в расширенной части пищевода, над местом сужения.

Во всех случаях, когда при эзофагоскопии инородные тела не были видны, бранши щипцов проводились в открытом состоянии в просвет пищевода, и на ощупь отыскивалось инородное тело и очень осторожно выводилось из просвета пищевода.

Мы избегали низводить инородные тела в желудок, когда не имели данных о диаметре и характере краёв инородного тела, и, тем не менее, в некоторых случаях при захвате щипцами они проваливались в желудок.

При наличии инородного тела плотно вклинившегося в стенки пищевода вследствие своей консистенции и, возможно, присоединяющемуся эзофагоспазму, сравнительно часто удаляется только часть «завала», и для удаления остатков приходится повторно вводить щипцы. Такие повторные манипуляции, производимые щипцами ощупью, далеко не безопасны при наличии рубцово-перерождённых и истончённых стенок пищевода, особенно у детей.

Прогноз в значительной мере зависит от степени и длительности обтурации пищевода. Полная закупорка просвета пищевода сравнительно быстро приводит к истощению больных.

Всем больным с инородным телом с двух-, трёхсуточной давности при наличии даже небольшой травмы стенок пищевода или ее отёка, после их извлечения в первые сутки пребывания в стационаре проводили зондовое кормление, общеукрепляющую терапию, внутривенные инъекции глюкозы и лечение антибиотиками.

Следует помнить, что при попадании инородных тел в пищевод, вне зависимости от его прежнего состояния необходима немедленная госпитализация в специализированный стационар. Несвоевременная госпитализация приводит к истощению больных, затрудняет извлечение инородного тела и ухудшает прогноз.

Заключение. Таким образом, успешность эзо-

фагоскопии в значительной степени зависит от расположения инородного тела по отношению к имеющемуся рубцовому сужению. Сравнительно легко и безопасно удаляются под контролем зрения инородные тела, находящиеся над местом сужения. Значительно труднее удаление инородных тел, проникших в просвет сужения или расположенных между двумя сужениями. Обнаруживают инородные тела «ощупью» браншами щипцов, что сопряжено с известной опасностью перфорации.

Инородное тело пищевода лучше всего удалять с применением общего наркоза в максимально короткий срок в условиях многопрофильного хирургического стационара.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9 см. в REFERENCES)

1. Катков А.Н., Жила Н.Г., Савенко А.Ю. Эндоскопическое лечение детей с длительно стоящими инородными телами пищевода // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014. - №4. - С. 128-132.
2. Королев М.П., Антипова М.В. Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Москва. МИА. - 2009. - 128 с.
3. Кравчук Б.А., Дамарницкий В.А. Электрохимический ожог пищевода у детей // Хирургия детского возраста. - 2009. - №2. - С.66-70.
4. Кривченя Д.Ю., Дубровин А.Г. Инородные тела пищеварительного тракта у детей // Хирургические аспекты заболеваний кишечника у детей. - Черновцы, РФ. - 2008. - С.27-28.
5. Кучеренко А.Д., Бебия Н.В. Варианты лечебной тактики у пациентов с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник медико-хирургического центра им. Н.И. Пирагова. - 2015. - №3. - С. 24-31.
6. Мустафаев Д.М., Марченко А.С. Открытая булавка в пищеводе годовалого ребенка // Российская оториноларингология. - 2018. - №4. - С. 131-133.
7. Пискунов С.З., Конопля Н.А., Василенко Д.Ю., Гурев И.С. Длительное пребывание инородного тела в пищеводе // Вестник оториноларингологии. - 2016. - №3. - С. 64-66.
8. Светлов В.В. Инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Верхневолжский медицинский журнал. - 2015. - №2. - С. 12-14.

REFERENCES

1. Katkov A.N., Zhila N.G., Savenko A.Yu. Endoskopicheskoe lechenie detei s dlitel'no stoyashchimi inorodnymi telami pishchevoda [Endoscopic treatment of children with long-standing foreign bodies of the esophagus]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal - Дальневосточный медицинский журнал*, 2014, No. 4, pp. 128-132.
2. Korolev M.P., Antipova M.V. *Endoskopiya v diagnostike i udalении inorodnykh tel pishchevoda i zheludka* [Endoscopy in the diagnosis and removal of foreign bodies of the esophagus and stomach]. Moscow. MIA publ. 2009. 128 p.
3. Kravchuk B.A., Damarnitskii V.A. Elektrokhimicheskii ozhog pishchevoda u detei [Electrochemical burns of the esophagus in children]. *Khirurgiya detskogo vozrasta - Pediatric Surgery*, 2009, No. 2, pp. 66-70.
4. Krivchenya D.Yu., Dubrovin A.G. Inorodnye tela pishchevaritel'nogo trakta u detei [Foreign bodies in the digestive tract in children]. *Khirurgicheskie aspekty zabolevanii kishechnika u detei - Surgical aspects of intestinal diseases in children*. 2008. pp.27-28.
5. Kucherenko A.D., Bebiya N.V. Varianty lechebnoi taktiki u patsientov s inorodnymi telami verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta [Treatment tactics in patients with foreign bodies in the the upper gastrointestinal tract]. *Vestnik mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Piragova - Bulletin of Medical-Surgical Center named after N.I. Pirogov*, 2015, No. 3, pp. 24-31.
6. Mustafaev D.M., Marchenko A.S. Otkrytaya bulavka v pishchevode godovalogo rebenka [Open pin in the esophagus of a one year old child]. *Rossiiskaya otorinolaringologiya - Russian otorhinolaryngology*, 2018, No. 4, pp. 131-133.
7. Piskunov S.Z., Konoplya N.A., Vasilenko D.Yu., Gurev I.S. Dlitel'noe prebyvanie inorodnogo tela v pishchevode [Long stay of a foreign body in the esophagus]. *Vestnik otorinolaringologii - Bulletin of Otorhinolaryngology*, 2016, No. 3, pp. 64-66.
8. Svetlov V.V. Inorodnoe telo verkhnikh otdelov pishchevaritel'nogo trakta u detei [Foreign body of the upper digestive tract in children]. *Verkhnevolzhskii meditsinskii zhurnal - Upper Volga Medical Journal*, 2015, No. 2, pp. 12-14.
9. Tbrkiylmaz Z, Karabulut R, Swmez K. A new method for the removal of safety pins ingested by children. *Ann Acad. Med. Singapore*, 2007, No.3, pp.206-7.

Хулоса

**Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухтарова,
З.А. Абдухалилов, Т.Х. Олимов,
А.А. Косимзода**

ЧИСМХОИ БЕГОНАИ СУРХРУДА. ТАРТИБИ БУРДАНИ БЕМОРОН

Мақсади тадқиқот: интихоби тартиби бурдани беморон бо чисмҳои бегонаи сурхреда вобаста ба ҳолати гузаронишоти сурхреда.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: дар давраи солҳои аз 2014 то 2018 49 бемор бо чисмҳои бегонаи сурхреда зерӣ таҳқиқ қарор дошт. Ба ҳамаи беморон хангоми дар бемористон қарор доштани усулҳои умумиклиникӣ, оториноларингологӣ, рентгенологӣ дар намуди обзор, инчунин дар бемороне, ки дар собиқа тангиҳои надбавӣ доштанд, таҳқиқ бо истифодаи барии тунук гузаронида шуд. Баровардани чисмҳои бегона дар соатҳои наздиктарини баъди бистаришавӣ дар намуди фаврӣ баъди тайёрии кетохмуддат зерӣ беҳиссозии умумии дохилихирной бо усули эзофагоскопия ва истифодаи бронхоэзофагоскопи Брюнингс анҷом дода шуд.

Самаранокӣ таъбати гузаронида бевосита баъди баровардани чисми бегона ва баъди 7 руз баҳо дода шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Бо ёрии эзофагоскоп кешиши нахустин имкон дод, ки чисми бегонаро дар 35 нафар аз 45 беморони бе тангиҳои надбавӣ бадар намоём. Дар 6 нафар беморон хангоми кешиши доштани чисми бегона он ба меъда ғуре рафт ва дар 2 нафар бемор пораи ғешт аз сурхреда хангоми қайъ пеш аз оиози беҳиссозӣ берун баромад.

Натиҷаҳои таъбат аз дараҷа ва дарозмудати бандшавии сурхруда, сифати чисми бегона, наҳорати ҷаррои ва ҳолати дастгоҳҳои истифода шуда вобастаги дошт.

Хулоса: хангоми афтодани чисми бегона ба сурхреда, новобаста аз ҳолати бемор, еро бо таври фаврӣ дар бемористони таҳасуӣ бистарӣ бояд намуд. Бистарисозии носаривактӣ ба заифшавии бемор оварда мерасонад, ки баровардани чисми бегонаро душвор мегардонад ва самаранокӣ таъбатро коҳиш мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: чисми бегона, сурхреда, бандшавӣ, тангшавии надбавӣ, эзофагоскопия.