

УДК 616.3-003.6-089.878-053.2:621.313.822



БОЙКО В.Я., ПІЦ Я.Я., ПАРУХ О.В., СЕГІН І.І.  
КЗ «Рівненська обласна дитяча лікарня» РОР, м. Рівне, Україна

## КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ЗІ СТОРОННІМИ ПРЕДМЕТАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

**Резюме.** Більшість предметів, що випадково потрапили в організм, істотно загрожують здоров'ю та життю дитини. У ряді випадків діагностика сторонніх предметів пов'язана з певними труднощами, що нерідко призводить до їх несвоєчасного розпізнавання й видалення. У статті наведені клінічні випадки перебігу захворювання та лікування дітей зі сторонніми предметами шлунково-кишкового тракту.

**Ключові слова:** сторонній предмет, дитина, шлунково-кишковий тракт, інфільтрат, перфорація.

Під стороннім предметом (*corpora aliena*) розуміють різні тіла та предмети як органічного, так і неорганічного походження, чужі для організму людини, які проникли в тканини, органи, порожнини природним чином або через операційну чи нанесену твердим предметом рану. Діти (особливо до 5 років) досить часто випадково або навмисно проковтують різні неістівні об'єкти невеликого розміру. Сторонні предмети шлунково-кишкового тракту можуть різнитися за характером і походженням (гострі або тупі; металеві, пластмасові чи дерев'яні; маленькі (до 5 см) чи великі). Найбільш небезпечними серед них є гострокінцеві предмети, магніти та батарейки. Можливість ускладнень збільшується відповідно до величини предмета, який проковтнули, локалізації та наявності загострених країв [1].

Сучасні технології зробили потужні й невеликі магніти дешевими, у результаті чого зріс ризик ковтання їх дітьми — як деталей іграшок чи інших предметів. Маючи привабливий зовнішній вигляд і невеликі (від 5 мм до 3 см) розміри, вони стали доступними для проковтування дітьми навіть молодшого віку. Проковтування декількох магнітів або одного магніту з металевим предметом становить небезпеку для здоров'я дитини. І хоча магніти зазвичай невеликі і є висока ймовірність безперешкодного проходження через шлунково-кишковий тракт (ШКТ), вони здатні прилипати один до одного, захоплюючи кишкову стінку, що призводить до обструкції, пролежня та перфорації кишки [2, 4, 8, 9].

Цікавий той факт, що завдяки відкритому Ексером «голковому рефлексу» стало відомо про безперешкодне проходження гострих сторонніх предметів

тупим кінцем вперед без пошкодження ШКТ. Суть його полягає в тому, що подразнення слизової оболонки кишки гострим кінцем предмета викликає ішемію, бухтоподібне витягнення слизового й м'язового шару стінки кишки та поступовий поворот предмета тупим кінцем уперед (якщо довжина СТ не більша за просвіт кишки в місці повороту).

Батарейки також є небезпечними сторонніми предметами ШКТ у дітей, тому що вони можуть викликати тяжкі ускладнення, що загрожують життю дитини. В.Н. Грона та співавт. [3] описують випадок оперативного втручання в дитини з приводу флегмонозно зміненого дивертикуліту Меккеля (на фоні електрохімічного опіку від проковтнутої дискової батарейки). Небезпека цих сторонніх предметів полягає в тому, що при знаходженні в травному каналі вони можуть спричинити тяжкі ускладнення (некроз, ерозії й виразки, шлунково-кишкову кровотечу, запалення, перфорацію порожнистого органа) у результаті як токсичної дії, так і електрохімічного опіку [3].

У шлунку можуть самостійно утворюватися сторонні предмети. Трихобезоари виникають з волосся, яке проковтнули, фітобезоари — з неперетравленої клітко-

Адреса для листування з авторами:  
Піц Ярослав Ярославович  
E-mail: slava.piz@mail.ru

© Бойко В.Я., Піц Я.Я., Парух О.В., Сегін І.І., 2016  
© «Хірургія дитячого віку», 2016  
© Заславський О.Ю., 2016

вини (частіше цитрусових, хурми), конкрементоподібні утворення — з деяких хімічних сполук (вуглекислий вісмут, парафін, монтажна піна тощо). У недоношених дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні, можливе утворення з лактози й казеїну лактобезоарів (утворюються ці безоари можуть протягом перших 2 тижнів життя). Також у дітей та підлітків можуть виникати піксобезоари в результаті проковтування жувальної гумки або пластиліну [5].

У дітей сторонні предмети ШКТ зустрічаються часто, і 80–90 % з них проходять через кишечник без будь-яких проблем [7]. Найбільш часті зони вклинення сторонніх предметів, при яких необхідні ендоскопічні або оперативні втручання, — фізіологічні звуження чи рубці стравоходу, пілоричний сфінктер, ділянка зв'язки Трейца, ілеоцекальний перехід, а також патологічні звуження й анастомози [1]. Сторонні предмети стравоходу незалежно від характеру й розміру потребують невідкладного їх видалення. При тривалому перебуванні їх у шлунку (понад 24 години) проводиться лікувально-діагностична езофагогастроуденоскопія [6]. Сторонні предмети, які знаходяться у відділах ШКТ, що пролягають нижче, рідше викликають ускладнення, тому при них вважаємо виправданого активно-вичікувальну тактику. Контроль за просуванням сторонніх предметів по кишечнику здійснюють за допомогою рентгенологічного дослідження [1].

Ускладнення у вигляді перфорації, шлунково-кишкової кровотечі та, рідше, непрохідності, що вимагають оперативного лікування, виникають рідко, у 2–3 % випадків [7]. Як приклад наводимо клінічні випадки.

### Клінічний випадок 1

Хворий М., 2010 р.н., 01.06.15 р. о 23:15 госпіталізований до хірургічного відділення № 1 Рівненської обласної дитячої лікарні з діагнозом гострого апендициту. Скарги на момент надходження дитини: болі в правій здухвинній ділянці, гіпертермія до 37,9 °С, нудота. Об'єктивно: загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості. Дитина нормальної будови тіла, у свідомості, на огляд реагує адекватно. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, язик сухий, обкладений білим нальотом. Температура тіла 37,9 °С. Тони серця ритмічні, пульс 108/хв, задовільного наповнення й напруження. Артеріальний тиск (АТ) 105/65 мм рт.ст. У легенях аускультативно везикулярне дихан-

ня, частота дихальних рухів 26/хв. Живіт м'який, симетричний, не здутий, бере участь в акті дихання, болючий у правій здухвинній ділянці, де спостерігаються позитивні симптоми подразнення очеревини.

Лабораторні показники на момент надходження: загальний аналіз крові — Нb 120 г/л, еритроцити 3,95 Т/л, К.П. 0,9, лейкоцитоз 12,3 Г/л, еозинофіли 4 %, паличкоядерні 3 %, сегментоядерні 79 %, лімфоцити 12 %, моноцити 2 %, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) 6 мм/год. Загальний аналіз сечі — у межах вікової норми. Глюкоза крові 4,4 ммоль/л.

Після проведення передопераційної підготовки під внутрішньовенною анестезією дитина прооперована.

Операція: лапаротомія за Мак-Бернеєм — Волковичем — Дьяконовим, видалення сторонніх предметів, зашивання перфорацій клубової та сліпої кишок, апендектомія, санація та дренивання черевної порожнини.

Протокол операції (№ 78 від 02.06.15 р.): після обробки операційного поля за Філончиком — Гросіхом виконано доступ за Мак-Бернеєм — Волковичем — Дьяконовим, виявлено серозно-гнійний випіт в об'ємі до 70 мл. Під час ревізії пальпаторно виявлено інфільтрат ілеоцекального кута, при роз'єднанні якого виявлено перфоративні отвори клубової (на відстані 7 см від баугінієвої заслінки) та сліпої кишок. У просвіті перфорацій виявлені сторонні предмети (магніт та дискову батарейку), які видалено (рис. 1, 2). Інтраопераційно зроблено оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, виявлені ще дві дискові батарейки в сліпій кишці, які видалено через наявний перфоративний отвір цекум. Перфорації висічено в межах здорових тканин та зашито дворядними вузловими швами (PDS 4/0). Проведено типову антероградну апендектомію із зануренням кукси паростка в кисетний та Z-подібний шви (враховуючи вторинні зміни паростка). Контроль гемостазу — сухо. Санація та дренивання черевної порожнини (гумовою стрічкою через контрапертуру). Пошарово шви на рану. Асептична пов'язка.

Макропрепарат: катарально змінений апендикс довжиною до 8 см, набряклий, з ін'єкцією судин.

Гістологічний висновок (№ 35661–35665): стінки тонкого та товстого кишечника із виразкуванням слизової оболонки. Катаральний апендицит.

Післяопераційний діагноз: сторонні предмети шлунково-кишкового тракту, перфорації клубової та



Рисунок 1

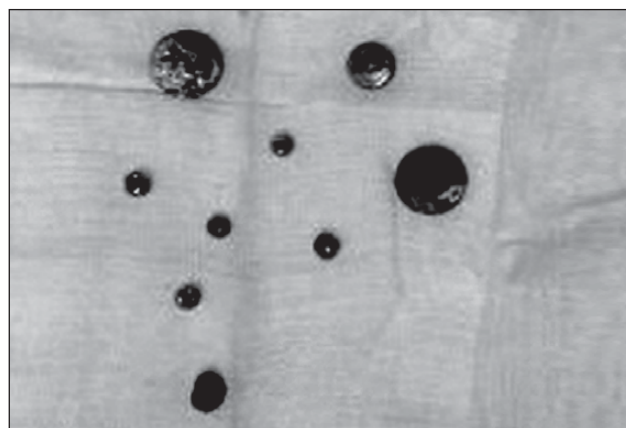


Рисунок 2



Рисунок 3

сліпої кишки, катаральний апендицит, місцевий серозно-гнійний перитоніт.

Післяопераційний період у дитини перебігав без особливостей. Рана загоїлася первинним натягом, шви знято на 8-му добу. На 12-й день дитина виписана в задовільному стані під нагляд дільничного хірурга за місцем проживання.

#### Клінічний випадок 2

Хворий З., 2014 р.н., 22.10.15 р. надійшов у хірургічне відділення № 1 Рівненської обласної дитячої лікарні з діагнозом «гострий апендицит». При надходженні в дитини були такі скарги: неспокій, болі в животі, гіпертермія до 38 °С. Дані скарги турбували хворого протягом 20 годин до моменту надходження. Об'єктивно: стан дитини середнього ступеня тяжкості; у свідомості; на огляд реагує адекватно; менінгеальні симптоми негативні; шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві та чисті; дихання в легенях аускультативно везикулярне); серцеві тони ритмічні та чисті; живіт м'який, симетричний, бере участь в акті дихання, доступний

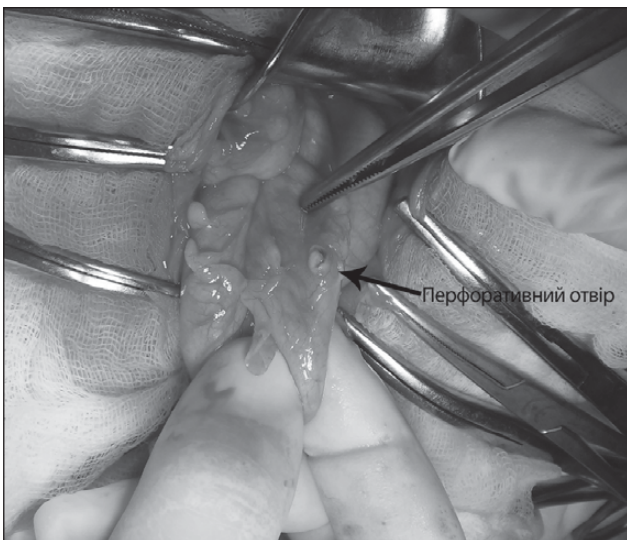


Рисунок 5

пальпації в усіх відділах, болючий у правій здухвинній ділянці, де відмічаються позитивні симптоми подразнення очеревини; фізіологічні відправлення в нормі.

Лабораторні показники на момент надходження: загальний аналіз крові — Нb 127 г/л, еритроцити 4,44 Т/л, К.П. 0,9, лейкоцитоз 3,2 Г/л (транзиторна лейкопенія), метамієлоцити 4 %, паличкоядерні 19 %, сегментоядерні 35 %, лімфоцити 39 %, моноцити 3 %, ШОЕ 25 мм/год. Загальний аналіз сечі — без патологічних змін, окрім ацетону: +++++. Глюкоза крові 4,3 ммоль/л.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (ОЧП) оглядове (від 22.10.15 р.): внутрішні органи в межах вікової норми, у правій здухвинній ділянці візуалізуються інфільтровані, спаяні між собою петлі кишечника, перистальтика не відмічається, вільної рідини та об'ємних утворень у черевній порожнині на час огляду не виявлено. Апендикс не візуалізується.

Оглядова рентгенографія ОЧП: патології не виявлено, рентгенконтрастних сторонніх предметів не відмічається.

Після проведення передопераційної підготовки під інтубаційним наркозом дитина прооперована.

Операція: нижньо-серединна лапаротомія, видалення стороннього предмета, зашивання перфорації сигмоподібної кишки, апендектомія, санація та дренування черевної порожнини.

Протокол операції (№ 223 від 22.10.15 р.): після обробки операційного поля за Філончиком — Гросіхом виконано доступ за Мак-Бернеєм — Волковичем — Дьяконовим, виявлено серозно-фібринозний випіт в об'ємі до 20 мл. При ревізії ілеоцекального кута виявлено інфільтрат, до складу якого входять: сліпа кишка, петлі тонкої кишки та парієтальна очеревина. При адгезіотомії інфільтрату виявлено сторонній предмет — пластмасову паличку розміром 7 × 0,4 см (рис. 3, 4). Надалі виконано нижньосерединну лапаротомію, з якої проведено повну ревізію органів черевної порожнини та виявлено перфоративний отвір проксимального відділу сигмоподібної кишки, прикритий фібринозним нашаруванням (рис. 5). Виконано зашиття перфорації дворядними вузловими швами (PDS 4/0). Флегмонозно змінений апендикулярний відросток видалено антероградним методом, із зануренням кукси апендикса кисетним та Z-подібним швами. Контроль гемостазу — сухо. Санація та дренування черевної порожнини (еластичними трубками з додатковими бічними отворами у кінцях та гумовими стрічками через дві контрапертури в обох здухвинних ділянках). Пошарово шви на рани. Асептичні пов'язки.

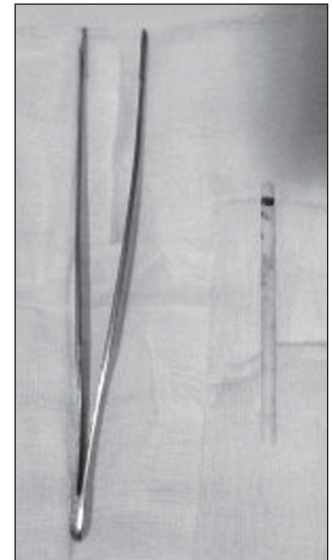


Рисунок 4

Макропрепарат: флегмонозно змінений апендикс довжиною до 6 см, вкритий фібринозним нашаруванням, набряклий.

Гістологічний висновок (№ 69220–69222): флегмонозний апендицит.

Післяопераційний діагноз: сторонній предмет шлунково-кишкового тракту, перфорація сигмоподібної кишки, флегмонозний апендицит, дифузний серозно-фібринозний перитоніт.

Післяопераційний період у дитини перебігав без особливостей. Рана загоїлася первинним натягом, шви знято на 10-ту добу. На 14-й день дитина виписана в задовільному стані під нагляд хірурга за місцем проживання.

У даному випадку ми робимо висновок, що дитина ковтнула цукерку на пластмасовій паличці, яка пройшла практично весь кишечник, але спричинила перфорацію сигмоподібної кишки з подальшими ускладненнями.

Хотілося б відмітити, що, наскільки нам відомо, у дитячій промисловості досить мало іграшок мають у своєму складі рентгеноконтрастні речовини, що значно полегшують діагностику при проковтуванні сторонніх предметів дітьми.

Діагностика сторонніх предметів ШКТ у дітей утруднена через відсутність вірогідних анамнестичних даних, а також значну різноманітність клінічних проявів цього захворювання, що нерідко призводить до їх несвоєчасного розпізнавання, видалення та запобігання розвитку ускладнень, що й визначає актуальність даної теми. На нашу думку, дані клінічні випадки становлять чималий інтерес для лікарів з погляду складності. Ми сподіваємося, що наш досвід буде корисним і іншим практикуючим лікарям.

## Висновки

1. Усіх дітей, які ковтнули сторонній предмет (батарею, магніт, предмети розміром понад 5 см), потрібно госпіталізувати в стаціонар для динамічного спостереження, навіть у випадках відсутності скарг.

2. Рентгенографія черевної порожнини є основним методом діагностики рентгеноконтрастних сторонніх предметів ШКТ, УЗД візуалізує ускладнення.

3. При оперативному методі лікування дітей зі сторонніми предметами показана ревізія кишечника з рентгенологічним контролем.

4. Лікарям сімейної медицини та педіатрам необхідно проводити роз'яснювальні бесіди з батьками дітей щодо потенційних сторонніх предметів.

## Список літератури

1. Гераськин А.В., Смирнов А.Н. Хирургия живота и промежностей у детей: Атлас. — 2012. — С. 321-332.
2. Боднар О.Б., Боднар Б.М., Хащук В.С., Збанчук О.О. Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту (магніти) у 4-річної дитини // Клінічна та експериментальна патологія. — 2014. — № 2 (48). — С. 24-26.
3. Грона В.Н., Пошехонов А.С., Щербинин А.А., Лезур А.В., Мишаков С.В. Батарейки — опасные инородные тела пищеварительного канала у детей // Здоровье ребенка. — 2013. — № 4 (47). — С. 119-122.
4. Рибальченко В.Ф., Доманський О.Б., Акмолаєв Д.С. [та ін.]. Сторонні предмети кишечника у дітей // Актуальні питання лікування дітей з хірургічною патологією: Мат-ли. наук.-практ. конф. з міжнародною участю. — К., 2012. — С. 55-56.
5. Щербинина М.Б. К вопросу об инородных телах желудка у человека // Сучасна гастроентерологія. — 2003. — № 4 (14). — С. 29-38.
6. Пинчук Т.П., Абакумов М.М., Квардакова О.В. Эндоскопическая тактика при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 1. — С. 52-56.
7. Velitchkov N.G., Grigorov G.I., Losanoff J.E. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases // World J. Surg. — 1996. — Vol. 20 (8). — P. 1001-1005.
8. Salomon S., Clausen C.H., Hollegaard S., Mahdi B. Perforation of the intestine after ingestion of magnetic items // Ugeskr. Laeger. — 2007. — 169, 49. — P. 4239-4240.
9. Sanjeev Dutta, Ario Barzin. Multiple Magnet Ingestion as a Source of Severe Gastrointestinal Complication Requiring Surgical Intervention // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2008. — 162 (2). — P. 123-125.

Отримано 28.01.16 ■

Бойко В.Я., Піц Я.Я., Парух О.В., Сегін І.І.

КУ «Ровенская областная детская больница» РОС, г. Ровно, Украина

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Резюме.** Большинство предметов, которые случайно попали в организм, существенно угрожают здоровью и жизни ребенка. В ряде случаев диагностика инородных тел связана с определенными трудностями, что нередко приводит к их несвоевременному распознаванию и удалению.

В статье приведены клинические случаи течения заболевания и лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** инородное тело, ребенок, желудочно-кишечный тракт, инфильтрат, перфорация.

Boyko V.Ya., Pits Ya.Ya., Parukh O.V., Segin I.I.

CE «Rivne Regional Child's Hospital» RRC, Rivne, Ukraine

## CLINICAL CASES OF TREATMENT OF CHILDREN WITH FOREIGN BODIES IN GASTROINTESTINAL TRACT

**Summary.** Most objects that by chance got in an organism constitute a significant health and life-threatening event for a child. In a number of cases diagnostics of foreign bodies presents certain difficulties, that quite often results in their ill-timed recognition and moving away. The article

describes clinical cases of course and treatment of children with foreign bodies in gastrointestinal tract.

**Key words:** foreign body, child, gastrointestinal tract, infiltration, perforation.