

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

д.м.н., профессор Д.В. Черданцев

Реферат

Инородные тела ЖКТ

Выполнила: ординатор 1 года

Специальности 31.08.70 Эндоскопия

Королькова Полина Андреевна

Содержание:

Актуальность.....	3
Определение. Классификация.....	3
Инородные тела пищевода.....	5
Инородные тела желудка.....	8
Инородные тела кишечника.....	10
Показания к удалению инородных тел.....	11
Методы удаления инородных тел.....	12
Заключение.....	14
Список литературы.....	15

Актуальность

Большинство предметов, случайно попавших в организм, несут в себе существенную опасность для здоровья и жизни человека. В ряде случаев диагностика инородных тел представляет определенные трудности, что нередко приводит к их несвоевременному распознаванию и удалению. Несвоевременное распознавание инородных тел вызывает в мягких тканях и органах брюшной и грудной полостей воспалительные процессы и последующее образование инфильтратов, их нагноение, миграцию, кровотечение, непроходимость кишечника, перфорацию полых органов, служащих причиной медиастинита, перитонита, забрюшинных и других флегмон. Все это приводит к временной либо к стойкой утрате трудоспособности и даже летальному исходу. Как в зарубежных, так и в отечественных литературных источниках имеются сведения о причинах и механизмах попадания в организм инородных тел, их диагностике, способах удаления и профилактике. Однако они довольно разрозненные, что затрудняет их использование. В связи с этим есть необходимость в понимании данной темы.

Определение. Классификация

Инородные тела желудочно-кишечного тракта – это предметы, которые поступили в органы пищеварительного тракта извне или образовались в самом организме и по своему составу не могут быть использованы в нормальных условиях как пища. Инородные тела ЖКТ могут быть различными по характеру и происхождению. В связи с чем в качестве рабочей классификации можно использовать деление инородных тел на следующие основные группы:

1. Проглоченные предметы:

а) случайные;

б) умышленные;

2. Образовавшиеся в организме камни:

- а) желчные;
- б) желудочные и кишечные безоары;
- 3. Попавшие в ЖКТ травматическим путем.
- 4. Оставленные сознательно или забытые при оперативных вмешательствах.
- 5. Живые инородные тела (паразиты).
- 6. Каловые камни.

По видам инородные тела можно классифицировать следующим образом:

- Крупные куски пищи.
- Истинные инородные тела.
- Острые (иглы, булавки, кнопки и т.д.).
- Тупые (монеты и т.д.).
- Другие (батарейки, пакеты с наркотиками).

Случайные инородные тела пищеварительного тракта очень разнообразны по характеру. Дети (преимущественно до 5 лет) чаще всего проглатывают такие предметы, как пуговицы, монеты, металлические и пластмассовые шарики, значки, брелоки, части игрушек («киндер-сюрприз»), косточки от фруктов. У взрослых попадание инородных тел нередко происходит во время еды (зубные протезы, косточки, зубочистки и т. д.). У лиц пожилого и старческого возраста это связано с высоким процентом жевательной фиксации и снижением чувствительности слизистой неба и глотки. Разнообразные инородные тела (ложки, вилки, гвозди, куски проволоки, бритвенные лезвия, зубные щетки, термометры и многое другое), нередко крупные и опасные, умышленно проглатывают, как правило, душевнобольные люди.

Инородные тела бывают одиночными и множественными, чаще встречаются одиночные. Если брать весь ЖКТ в целом, то "узкими" местами для прохождения инородных тел так же являются область привратника, залуковичные отделы ДПК

(особенно для объектов длиной более 6 см), область илеоцекального клапана, а также области анастомозов и патологических сужений.

Время перемещения инородных тел в ЖКТ зависит от их размеров и количества. Одиночные предметы длиной до 12 см обычно перемещаются из желудка в тонкую кишку в течение 1–4 суток с момента их заглатывания. Множественные предметы длиной до 12 см застревают на уровне пилорического канала желудка и луковицы 12-перстной кишки. Переместившись в тонкую или толстую кишку, они, как правило, выходят естественным путем. Однако перемещение инородных тел по ЖКТ во многом зависит от возраста больного, его физического состояния, от размера и вида инородного тела, его консистенции и многих других характеристик. На уровне пищевода чаще задерживаются куски мяса, кости и острые металлические предметы.

Инородные тела пищевода

Физиологические сужения пищевода являются наиболее частыми зонами внедрения инородных тел. Это крикофарингиальное сужение (16 см от резцов), аортальное (23 см), бронхиальное (27 см) и область нижнего пищеводного сфинктера (37 см)

В зависимости от формы и размера, инородное тело травмирует слизистую, может давить на гортань, трахею, а в некоторых случаях даже повреждать соседние органы, в том числе и сосуды. Острые с неровными краями предметы механически травмируют слизистую, в месте повреждения развивается воспалительный процесс, обусловленный внедрением условно-патогенной и патогенной микрофлоры. При перфорации пищевода создаются условия для распространения процесса за его пределы. Если перфорация произошла в шейном отделе, то воспалительный процесс носит характер перизофагита, затем абсцесса, разлитой флегмоны шеи, вплоть до прорыва гнойников в средостение.

Нередко медиастинит осложняется эмпиемой плевры, гнойным перикардитом и даже перитонитом. Рыхлость клетчатки средостения, обильное крово- и лимфоснабжение predispose к быстрому распространению инфекции без тенденции к отграничению. На фоне выраженного эндотоксикоза прогрессирует полиорганная

недостаточность, что приводит к летальному исходу. Полная обтурация просвета пищевода способствует выраженным водно-электролитным нарушениям, образуются пролежни, присоединяется вторичная инфекция. Без принятия срочных радикальных мер прогноз течения заболевания угрожающий.

Клиническая картина

Зависит от формы, величины, давности и уровня нахождения предмета, а также от наличия или отсутствия осложнений. Чаще всего отмечаются боли в области шеи, грудины, затруднение или невозможность глотания, реже иррадиация болей в межлопаточную область. При полной обтурации пищевода возникает срыгивание жидкостью, съеденной пищей. Колющие боли при глотании характерны при внедрении предмета в стенку пищевода. При развитии эзофагита боли носят постоянный характер. Колющие боли в области шеи и верхней части грудной клетки могут возникать и сохраняться в течение 1-2 дней при скарификации и осаднении слизистой глотки и пищевода острым предметом, самостоятельно опустившимся в желудок.

При инородных телах пищевода характерны симптомы:

- а) смещение гортани кпереди при ущемлении предмета в устье пищевода;
- б) боль при надавливании на гортань;
- в) гиперсаливация и скопление слюны в грушевидных синусах.

К первичным симптомам может присоединиться вторичная симптоматика – триада Киллиана:

- а) резкое усиление боли и распространение ее ниже ранее отмечавшегося уровня;
- б) отечность наружных покровов шеи и мягких тканей в области перстневидного хряща;
- в) резкое повышение температуры, озноб.

Четкое понимание клинической картины присутствия инородных тел в пищеводе и их осложнения в сочетании с дополнительными методами обследования значительно облегчает диагностику.

Диагностика

Современная диагностика инородных тел пищевода основана на изучении жалоб больных, анализе данных результатов клинико-лабораторных, рентгенологического и эндоскопического методов. Причем последний метод диагностики является основным. Чтобы исключить наличие инородных тел в глотке, устье пищевода или грушевидных синусах, необходим осмотр ЛОР-врача.

При обзорной рентгенографии органов грудной клетки возможно выявить рентгеноконтрастное инородное тело в грудном отделе пищевода, а также рентгенологические симптомы некоторых осложнений. ***При осложнении нативная рентгенография позволяет выявить симптомы:***

- а) Воздух в околопищеводном пространстве или перфорация шейного отдела при параэзофагите;
- б) Расширение ретротрахеального пространства при воспалении;
- в) Просветление с четкими ровными контурами на боковых рентгенограммах шеи.

Специальные методы:

- а) Бесконтрастная рентгенография шейного отдела пищевода (рентгенконтрастные инородные тела, симптом «воздушной стрелки» при смещении хрящевого скелета гортани кпереди);
- б) Рентгенологическое исследование с жидким барием, водорастворимым контрастным веществом и густой бариевой взвесью (при подозрении на наличие осложнения, симптом «стоп-контраст» при obturации пищевода инородным телом, оседание контраста на инородном теле).

Основным методом диагностики инородных тел пищевода является *эзофагоскопия*, которая в большинстве наблюдений переходит из диагностической манипуляции в лечебную.

Инородные тела желудка

Инородные тела желудка часто протекают бессимптомно, при крупных тупых объектах может встречаться раннее насыщение, тошнота и рвота после еды, чувство тяжести в эпигастрии, потеря веса. В более поздний период возможно развитие кровотечения в связи с возникновением пролежней

По своим качествам, объему и характеру ничем не отличаются от инородных тел пищевода, за исключением безоаров. Очень редко безоары желудка протекают бессимптомно. У большинства же больных имеется той или иной степени выраженности клиническая симптоматика, проявляющаяся обычно тупыми болями и чувством тяжести в эпигастральной области, быстрым насыщением, снижением аппетита и массы тела, тошнотой, рвотой. В ряде случаев безоары могут быть причиной: перфорации желудка, пилоро-дуоденальной или кишечной непроходимости, желудочно-кишечного кровотечения, механической желтухи.

Классификации (Ш.А. Гулордава, А.С. Кофкин, 1969) безоаров желудка и кишечника:

1. Трихобезоары, или волосяные шары. Образуются в результате заглатывания волос. Встречаются чаще у женщин и девочек, имеющих привычку жевать волосы, особенно у лиц с неполноценной психикой. Возможен профессиональный характер заглатывания волос (парикмахеры, работники щеточного производства).
2. Фитобезоары, или безоары растительного происхождения. Формируются в желудке в результате употребления в пищу больших количеств хурмы, дикой груши, кедровых орехов. Основа их – растительная клетчатка.

3. Стибо(себо)безоары – безоары животного происхождения. Возникают в желудке под воздействием холодной воды после принятого в большом количестве говяжьего или бараньего жира.

4. Безоары органического происхождения. Образуются в желудке при заглатывании некоторых лекарственных веществ (салол), столярной политуры: лаков, смол, гудрона, при минерализации сгустка крови в просвете желудка.

5. Безоары эмбрионального происхождения. Формируются из дермоидной кисты желудка. К этой группе следует отнести и мекониевые камни.

6. Полибезоары – безоары смешанного происхождения.

Диагностика

В диагностике важно учитывать анамнез. При пальпации определяют смещаемое образование. Рентгенологически безоар обнаруживается как дефект наполнения, нередко их принимают за опухоль. Иногда при этом имеются рентгенологические признаки, характерные для непроходимости кишечника. Наиболее точный способ диагностики – эндоскопическое исследование, которое позволяет не только поставить точный диагноз безоара желудка, определить его вид, но и выявить сопутствующее заболевание желудка или 12-перстной кишки. При визуальном осмотре во время гастроскопии сформировавшиеся фитобезоары имеют вид темно-зеленых или желтовато-зеленоватых камней округлой или овальной формы, легко смещаемых в полости желудка инструментом (биопсийными щипцами). При отделении небольшого кусочка от основной массы камня становится видно, что фитобезоар по структуре похож на спрессованные опилки. Формирующиеся фитобезоары выглядят как крупные пищевые комки желтоватого цвета, покрытые густой, вязкой слизью.

Инородные тела кишечника

В большинстве случаев инородные тела кишечника выделяются наружу самопроизвольно. Однако в ряде случаев они способствуют образованию инфильтратов, межпетлевых гнойников и перфорации.

Клиническая картина

Прямой зависимости между физическими свойствами проглоченных инородных тел и выраженностью клинической картины не выявлено. Условно пациенты делятся на три группы: 1) без жалоб; 2) с жалобами на незначительные боли в брюшной полости; 3) с выраженным болевым синдромом и четкой клинической картиной «острого» живота. Иногда клиническая картина при инородных телах кишечника не ярко выражена и проходит под манифестацией воспалительного процесса, а также под видом непроходимости кишечника, будто обусловленной спаечной болезнью.

Диагностика инородных тел кишечника

При инородных телах малых размеров или же они нерентгеноконтрастны показана рентгеноскопия с применением контрастных веществ, что позволяет выявить предметы из алюминия, пластмассы, дерева и стекла на фоне газового пузыря. При подозрении на наличие в кишечнике нерентгеноконтрастных предметов целесообразно применить двойное контрастирование. Из специфических изменений в лабораторных анализах, отмечается лейкоцитоз со значительным сдвигом нейтрофилов влево, а также их токсическая зернистость. Для обследования толстой кишки с успехом применяется колоноскопия.

Инородные тела прямой кишки

Инородные тела прямой кишки встречаются относительно редко, однако их удаление в ряде случаев представляет трудную задачу. Предметы могут оказаться в прямой кишке вследствие следующих причин:

- больные в состоянии психоза или алкогольного опьянения сами себе вводят инородные тела;
- криминальное введение инородных тел в прямую кишку;
- при медицинских манипуляциях: наконечники клизм, ректальные зонды и т. д.;

Клиническая картина

Представлена симптомами низкой кишечной непроходимости.

Диагностика

В большинстве случаев проводится методом пальцевого исследования прямой кишки. При сомнении выполняют ректороманоскопию, а также обзорную рентгенографию брюшной полости и малого таза. Показания к ирригографии достаточно узкие из-за того, что неконтролируемое ретроградное введение бариевой взвеси при наличии инородного тела в просвете кишки может привести к осложнениям.

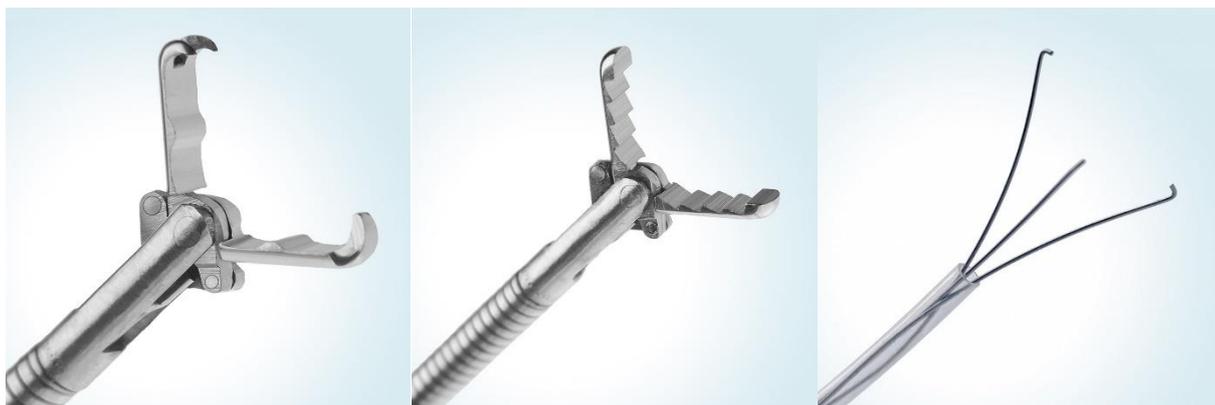
Показания к удалению инородных тел

- Острые или остроконечные объекты.
- Длинные объекты. (6 см у детей 10 см у взрослых)
- Тупые объекты после (после 2 недель нахождения в желудке, после 1 недели в ДПК)
- Дисковые батареи после 48 часов в желудке
- Пластиковые пакеты

В пищеводе – все инородные тела

Инструменты

В зависимости от характера, формы и величины инородных тел могут быть использованы различные инструменты: щипцы с зазубренными чашечками, захватывающие устройства типа «крокодил», «крысиный зуб», и др., различной конструкции петли, корзинки для захвата и извлечения монет из верхних отделов пищеварительного тракта через эндоскоп.



Методы удаления инородных тел:

1.Медикаментозный

2.Хирургический

3.Эндоскопический

Во время эндоскопического исследования врачу необходимо:

- установить, можно ли удалить инородное тело, не вызовет ли это повреждение стенки органа;
- выбрать инструмент, наиболее рациональный и безопасный технический прием удаления инородного тела;
- выбрать вид обезболивания, соответствующий состоянию и возрасту больного и характеру операции.

Общие технические требования при удалении инородных тел:

- все манипуляции следует производить под строгим визуальным контролем;
- извлекать инородное тело безопаснее при постоянной инсуффляции воздуха для расправления складок и увеличения просвета органа;
- захват инородного тела должен быть прочным, а извлечение плавным, без насилия и форсирования, особенно в местах физиологических сужений;

- после извлечения инородного тела необходимо немедленно произвести контрольное исследование для исключения повреждений стенок органов

Особая деликатность требуется при извлечении острых предметов: при неточных движениях эндоскопом или инструментом они могут внедриться в стенку пищевода и исчезнуть из поля зрения. Если инородное тело расположено под углом, в результате чего его невозможно извлечь, необходимо провести его в желудок, развернуть и извлечь в выгодном положении. Предмет, внедрившийся в стенку острием, извлекается из нее с помощью щипцов, а удаляются петлей.

Крупные инородные тела (шарики, монеты, зубные протезы, коронки и т. д.) захватывают петлей, корзинкой Dormia или другими инструментами, которые подводят к объективу и медленно извлекают вместе с эндоскопом. Не следует форсированно проводить эндоскоп через кардию, так как именно здесь чаще всего теряется инородное тело.

Извлечение кусочков мяса, которые обычно застревают в нижней трети пищевода, может быть осуществлено с помощью биопсийных щипцов, петли или путем присасывания к инструментальному каналу эндоскопа. В случае безуспешности подобных мероприятий можно попытаться осторожно эвакуировать пищевой комок в желудок.

Для удаления кусков пищи предпочтительно использовать петлю, для более мелких тупых объектов - корзинку. Проблема чаще всего возникает при невозможности завести инструмент за инородное тело (в пищеводе), тогда возможна аккуратная попытка его проталкивания в желудок (в случае острых инородных тел данный метод неприемлем).

Дисковые батарейки особо опасны в пищеводе, где они могут быстро вызывать коликвационный некроз и перфорацию. При невозможности извлечь батарейку необходимо сместить ее в желудок, где, как правило, захватить ее легче. Однако прошедшие в желудок батарейки (при их размере менее 20 мм) как правило, не

опасны и успешно выходят самостоятельно. Считается, что после преодоления ДПК батарейки в 85 % случаев выводятся в течение 72 часов

При безоарах желудка лечение целесообразно начинать с консервативной терапии, включающей прием растворов соды, целлюлозы или других аналогичных препаратов. Даже если этот вид лечения и не приведет к полному эффекту, он способствует размягчению камней растительного происхождения, что облегчает последующее эндоскопическое вмешательство. В промежутках между сеансами лечебной эндоскопии консервативную терапию следует продолжать. При уже частично разрушенных безоарах она оказывает более выраженное терапевтическое действие

При инородном теле пищевода, если его невозможно удалить эндоскопически показана операция, которая заключается в эзофаготомии, удалении инородного тела, ушивании стенки пищевода. В случае, когда проглоченный предмет угрожает перфорацией стенки желудка или кишки, когда инородное тело по величине и форме не может пройти через весь желудочно-кишечный тракт или не может быть извлечено гастроскопом, показана операция - гастротомия и удаление инородного тела.

Заключение

При эндоскопическом удалении инородных тел с применением отработанных методик и современных эндоскопов осложнения практически не встречаются. Безопасность манипуляций напрямую зависит от соблюдения правил техники выполнения лечебной эндоскопии и квалификации врача-эндоскописта. После эндоскопического удаления инородных тел из ЖКТ обычно не требуется проведения специального последующего лечения. Большинство больных может быть отпущено домой в течение суток после лечебного вмешательства, если есть уверенность в том, что были удалены все имеющиеся инородные тела и что часть из них не прошла в тонкую кишку. В случаях, когда эндоскопическое вмешательство было достаточно травматичным (удаление крупных инородных тел, большого числа шовных лигатур и др.), целесообразно наблюдение за больными в стационаре в течение 2-3 дней. Стационарное наблюдение показано и тогда, когда извлеченное инородное тело было

уже частично внедрившимся в стенку органа или в результате длительного давления вызвало образование пролежня. Больным этой группы показана противовоспалительная терапия с ограничением приема пищи. Контрольное эндоскопическое исследование, осуществляемое через несколько дней, позволяет решить вопрос о дальнейшей тактике.

Список литературы

- 1) Аверин В. И., Голубицкий С. Б., Заполянский А. В., Валек Л. В., Никуленков А. В. Диагностика и лечебная тактика при магнитных инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей // Новости хирургии. 2017. № 3.
- 2) Бастрыгин А. В., Махотин А. А., Гандуров С. Г., Ефременко А. Д., Жила Н. Г. Лечебная тактика при инородных телах – батарейках верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей, особенности эндоскопической диагностики и лечения // Дальневосточный медицинский журнал. 2008.
- 3) Хрыщанович В. Я., Ладутько И. М., Прохорова Я. В. Инородные тела пищеварительного тракта: хирургические аспекты диагностики и лечения // Медицинский журнал. 2009
- 4) Ермаченко, М.Ф. Два случая успешного лечения обтурационной кишечной непроходимости, вызванной желудочным и кишечным безоаром / М.Ф. Ермаченко, Р.М. Хакимов, Ю.М. Барахтина [и др.]
- 5) Хирургические болезни: в 2 томах // Под ред. Савельева В.С. М.: Гэотар-Медиа, 2005 г.