

УДК 616.3:616-003.6

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Понкратов П.А.

Красноярская Государственная медицинская академия

Под наблюдением автора было 298 больных инородными телами желудочно-кишечного тракта. Обсуждаются вопросы тактики консервативного лечения. В основном тактика консервативная. У поступивших больных спустя 2-3 часа инородные тела удалены эндоскопически 185 (62%), инородные отошли самостоятельно у 88 больных. Однако, 35 (11,7%) больных были оперированы. Поэтому авторами обсуждаются сроки оперативных вмешательств. Сформулирована концепция сроков операций. Больные с перитонитом, кровотечением, непроходимостью, с инородными телами длиной более 13 см оперируются в экстренном порядке, а пациенты с фиксированными инородными телами (диагноз рентгенологически) с клиническими проявлениями (боль, повышение температуры, лейкоцитоз) оперируются в срочном порядке. В несрочном порядке авторы предлагают оперировать больных с фиксированными инородными телами на 5-7 день (диагноз рентгенологически без клинических проявлений). Летальных исходов не было.

Лечение больных инородными телами желудочно-кишечного тракта в настоящее время является одной из сложных и актуальных проблем в хирургии. По данным ряда авторов, [1,5,7] в 4 - 8-% проводится оперативное лечение [4], у 2-3% больных развиваются такие грозные осложнения, как перфорация, кровотечение, непроходимость, миграция в свободную брюшную полость [2], а в США ежегодно умирает 1500-1600 человек с инородными телами желудочно-кишечного тракта, известная редкость инородных тел желудочно-кишечного тракта, недостаточное освещение этого вопроса в литературе, своеобразие этого вопроса и индивидуальность тактики, а также желание лишней раз обратить внимание хирургов на серьезность патологии, побудили нас поделиться клиническим опытом и высказать определенные соображения по лечению этой категории больных.

Под нашим наблюдением находилось 298 больных инородными телами желудочно-кишечного тракта. Все больные мужского пола, возраст от 19 до 62 лет, в состоянии аффекта и преднамеренно проглотившие различные предметы- 124 (41,6%), случайно -174 (58,3 %), причем, из них трое поступили повторно, психбольные-17 (5%), военнослужащие-72 (24%). Из следственного изолятора -17 (5%), из учреждений, где производится лечение алкоголизма-34 (1,4%) и прочие-164 (55%). Характер инородных тел представлен в таблице №1.

С момента проглатывания, до обращения больного к врачу, срок составлял от 2-3 часов до 7 суток. При поступлении в хирургическое отделение все больные осматривались хирургом, уточнялись факт и время проглатывания инородного тела, проводилась обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости. При этом уточнялись размеры инородного тела, форма и возможность самостоятельного отхождения или удаления с помощью фиброгастроскопии. Таких больных было 185 (62%). Это больные, в основном, случайно проглотившие инородные тела и доставленные через 3 часа.

Все они направлены на амбулаторное лечение под наблюдение врача. Осложнения во время удаления инородных тел с помощью эндоскопа - развились у 11 (3,6%) больных. В 9 случаях при выполнении ФГДС была повреждена слизистая желудка (3), пищевода (5) и двенадцатиперстной кишки (1). У 1 больного была повреждена стенка желудка и еще у 1 -стенка двенадцатиперстной кишки.

Им выполнена операция лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия с удалением инородного тела.

При всех других осложнениях мы придерживались консервативной тактики. Кровотечение останавливали гемостатиками или диатермокоагуляцией, обработкой биологическим клеем и т.д.

В случае невозможности остановки кровотечения консервативными методами считаем, что необходима экстренная лапаротомия с прошиванием кровоточащего сосуда.

Госпитализированы 113 (37%) больных, которым проводилась срочная эндоскопия, в том числе у 1 больного обнаружено инородное тело не удалено, так как оно проходило через стенку выходного отдела желудка в луковицу двенадцатиперстной кишки, у 2-х больных была повреждена стенка желудка и двенадцатиперстной кишки, у 8- слизистая органа. Из них 79 (69,9%) больных обратились за помощью позже 3 часов, у 15- эндоскопическое исследование при поступлении не представилось возможным.

Из числа госпитализированных больных, у 78 (26,1%) лечение было консервативным.

Расчитывая на возможность самостоятельно отхождения инородных тел, а также развития осложнений (перфорация полого органа и др.), за больными проводилось строгое динамическое наблюдение. Через каждые 1-2 дня выполнялась контрольная рентгенофафия брюшной полости. Как при поступлении, так и в процессе лечения, мы учитывали анатомические ориентиры для уточнения, наличия и характера инородного тела в желудочно-кишечном тракте, динамики его продвижения или подтверждения фиксации, а также для уточнения локализации.

Однако для окончательного определения локализации, особенно при фиксации инородного тела, более информативной считаем контрастную рентгенографию брюшной полости.

Инородные тела отошли в сроки от 2-9 суток, черенок ложки на 13 день. Осложнений при самостоятельном отхождении инородных тел не наблюдались. Также и не отмечалось у больных никаких жалоб и симптомов раздражения брюшины, во всех отделах прослеживалась перистальтика кишечника, была в пределах нормы температура тела, у троих имело место повышение лейкоцитов крови до 9-9,2х 10 /м л. Средний койко-день составил 11,5 - + 0,5.

В том случае, где инородное тело было представлено черенком ложки, у больного периодически отмечалось чувство дискомфорта в брюшной полости, незначительные преходящие боли в различных отделах живота.

Хотелось бы коротко остановиться на вопросах диеты и режима больных, так как в литературе взгляды авторов по этому вопросу противоречивы. Одни рекомендуют щадящую диету, другие назначают медикаментозное лечение.

Анализируя наших больных мы пришли к выводу, что они должны находиться на 15 столе и не получать никакого медикаментозного лечения, так как щадящая диета замедляет перистальтику, а медикаментозная терапия ускоряет ее. В результате и то и другое способствует фиксации инородных тел.

Так, при ведении 4 наших больных на щадящей диете, в 3-х случаях больные были оперированы, и лишь у одного больного инородное тело отошло самостоятельно.

По мнению многих авторов, режим больных должен быть ограничен, что способствует продвижению инородного тела по желудочно-кишечному тракту.

При фиксации инородного тела, режим должен быть палатный, а при появлении показаний к срочной операции больной переводится на постельный режим.

Были оперированы 35 (11,7%) больных - наркоз эндотрахеальный. На основании наших клинических исследований и данных литературы [3,6], мы сформировали показания к различным видам операций:

экстренные - перитонит, кровотечение, перфорация полого органа, инородные тела более 13 см;

срочные - фиксированные инородные тела с клиническими проявлениями: боли, повышение температуры тела, лейкоцитоз;

несрочные - фиксированные инородные тела без клинических проявлений.

В результате наблюдения за больными мы пришли к выводу, что инородные тела более 13 см, как правило, самостоятельно не отходят, вызывают осложнения: кишечную непроходимость, пролежни,

кровотечение. Поэтому, больных с инородными телами более 13 см, мы относим к группе риска по исходу заболевания и оперируем в экстренном порядке.

В срочном порядке оперировано -19 (54%) больных, из них 6-оперировано по поводу перфорации стенки желудка и кишечника инородными телами, 3- в состоянии предперфорации, 5 больным диагноз установлен до операции: перфорация инородным телом желудка у 4-х больных; у 3-х - выходной отдел, у 1-го средняя треть тела с перфорацией задней стенки; у 1-го перфорация задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, с последующей перфорацией желчного пузыря. Остальные 14 (40%) больных, оперировано не срочно.

Клиническая диагностика перфорации представляла значительные трудности, так как во всех случаях она была прикрытой.

Боли в животе носили тупой, ноющий преходящий характер, без четкой локализации. Из пяти, в двух случаях, отмечалась субфебрильная температура тела до $37,6^{\circ}$, лейкоцитоз во всех случаях был $9,0-9,5 \times 10^9$ /мл.

Симптом перфорации полого органа и пневмоперитонеум отсутствовали. Сохранилась печеночная тупость, это вероятно потому, что прободению полого органа предшествовали явления воспалительного инфильтрата, изъязвление, кровотечение, пенетрация, развитие которых идет не всегда последовательно.

Перфорация всегда наступает в результате пролежня стенки желудка или кишки. Этим, видимо, объясняется тот факт, что воспалительный процесс успевае ограничиться окружающими тканями.

При проведении операции, в зоне перфорации был выявлен незначительный инфильтрат, к месту перфорации во всех случаях подпаян сальник. Явлений общего и местного перитонита не отмечалось.

При динамическом, клиническом наблюдении за больными, в случае фиксации инородного тела в течение 5-7 дней проводилось контрастное рентгенологическое исследование, уточнялась локализация инородного тела и выполнялась операция.

Характер оперативного вмешательства зависил от характера инородного тела, его расположения, фиксации (табл. №2).

Причины фиксации инородных тел в желудочно-кишечном тракте были различными. С одной стороны, они зависели от формы, размеров (более 13 см), наличие острых углов и граней (остроконечные инородные тела), швейная игла, раскрытая булавка, с другой - от возраста пациента, наличия спаечного процесса в брюшной области или заболеваний желудочно-кишечного тракта. Также имели значение для фиксации т.н. «тупики» (дивертикул, червеобразный отросток).

После установления фиксации инородного тела больному выполнялась лапаротомия, делали небольшой разрез стенки желудка в безсосудистом месте продольно его длиннику. Затем хирург заводил руку за дно желудка и, предупреждая возможное возвращение предмета в пищевод, движением пальцев приближал его к разрезу. Мягким зажимом, стараясь не травмировать слизистую оболочку, инородное тело удалялось.

Разрез в стенке желудка зашивали двухрядным швом поперечно его длиннику.

Для удаления инородного тела из кишки, его фиксировали пальцами и подводили к безсосудистому участку стенки кишки. Последнюю поперечно рассекали над инородным телом, после чего, его легко удаляли. При таком способе удаления, опасность инфицирования брюшной полости минимальна.

В стенке кишки разрез ушивался трехрядным швом. Средний койко-день оперированных больных составил $23,5 + -0,5$, летальных исходов и осложнения после операции не было.

В предоперационной подготовке наши больные не нуждались. Однако необходимым правилом считаем предварительную обзорную рентгенограмму брюшной полости в день операции, потому что в течение суток, положение инородного тела может измениться.

Таким образом, проведенный клинический анализ позволяет утверждать, что консервативная тактика у больных инородными телами желудочно-кишечного тракта вполне оправдана. В то же время целесообразной считаем своевременно выполненную операцию по показаниям, которая избавляет больного от вторичных грозных осложнений.

ВЫВОДЫ:

1. Все больные инородными телами желудочно-кишечного тракта, должны быть осмотрены хирургом, с последующим рентген исследованием и проведением через 2-3 часа срочной ФГДС.

2. Больные, которым не удалось удалить с помощью эндоскопа инородное тело, вне зависимости от клинической картины должны быть госпитализированы в хирургический стационар, и находиться под строгим наблюдением врача, с проведением контрольной рентгенографии брюшной полости через 1-2 суток по показаниям.

3. Больные с признаками перитонита, кровотечения, обтурации, с инородными телами более 13 см, оперируются в экстренном порядке.

4. При фиксации инородных тел в желудочно-кишечном тракте и появлении клинических признаков (боль, повышение температуры, лейкоцитоз), должны быть оперированы в срочном порядке.

Список литературы

1. Геллер А.И., Волкин В.К., Сидоров// Клин. хир.-1979-№8.- С. 46-47.

2. Блом, Напано // МРЖ. -1987- №4.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов З.А., Красовская Т.В. // М.-Медицина. -1988-С. 121-147.
4. Иванов Г.И., Морозов Э.Ф., Иванов А.Г. // Педиатрия.-1981.-№6.-С.43.
5. Орлов А.Н. // Педиатрия.-1962.-№7.с.78-80.
6. Скрипниченко Д.Ф. // Киев. -Здоровье.-1974.-С.243-247.
7. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. М.- 1985.- С. 250-254.

Alien bodies of a gastroenteric path

Р.А. Ponkratov

Under supervision of the author there were 298 patients. At 62 % from them alien bodies are removed with the help endoscopy, at 88-they have departed independently. 35 patients are executed operations. Patients with a peritonitis, a bleeding, intestinal impassability, operative it is emergency. Patients with the fixed alien bodies with clinical attributes in an extra hurry, and patients without clinical displays in not urgent order, for 5-7 day after receipt. Lethality at this tactics was not.