

функцию. Эти исследования до настоящего времени не привлекали к себе внимание анатомов и антропологов. Технология планшетного компьютерного сканирования позволила определить ряд новых научных направлений дальнейшего развития плантографии и путей ее практического использования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мицкевич В. А., Арсеньев А. О. Педиатрия. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. — 136 с.
2. Дубровский В. И. Валеология. Здоровый образ жизни. — М.: Retorika-A: Флинта, 1999. — 560 с.
3. Колпиков В. В., Бакин Е. А., Семенов В. В., Анальин Е. Ю // Тезисы докладов XVIII Междун. съезда фи-

зиолог. общества им И.П. Павлова. — Казань, 2001. — С. 529.

4. Давыдов В. Ю. Схемы нормальных конституций (соматотипов) / Учебное пособие. — Волгоград: ВГАФК, 2003. — 126 с.

5. Гавриков К. В., Перепелкин А. И., Ефремова Г. В., Букина Е. В. // Вестник Волг. гос. мед. ун-та. — 2007. — Т. 21, № 1. — С. 7—9.

Контактная информация

Перепелкин Андрей Иванович — к. м. н., заведующий детским отделением ГУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1», главный детский ортопед Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области — similipol@mail.ru

УДК 616.341: 616-089.878

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

М. Ю. Овсейчик, И. С. Попова

Кафедра хирургических болезней с курсом проктологии ФУВ ВолГМУ

Проведен анализ результатов лечения 130 больных с проглоченными инородными телами пищеварительного тракта. Активно-консервативная тактика лечения применена у 78 человек (60 %), эндоскопическое удаление инородных тел — 4 человек (3 %), оперировано 48 пациентов (37 %). Показаны осложнения пребывания инородных тел в пищеварительном тракте и различные ошибки на этапах диагностики и лечения.

Ключевые слова: инородные тела, пищеварительный тракт.

ERRORS AND COMPLICATIONS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF FOREIGN BODIES IN THE ALIMENTARY TRACT

M. Yu. Ovseichik, I. S. Popova

An analysis was made to assess the results of treatment of 130 patients with foreign bodies swallowed into the alimentary tract. Active-conservative tactics of treatment was used for 78 patients (60 %); endoscopic removal of foreign bodies was performed in 4 patients (3 %), 48 patients underwent surgery (37 %). Complications of foreign bodies presence in the alimentary tract and different errors at stages of diagnostics and treatment were shown.

Key words: foreign bodies, alimentary tract.

Среди значительного разнообразия инородных тел (ИТ), проникающих различными путями в просвет пищеварительного тракта, наиболее многочисленную их часть составляют проглоченные инородные тела. Группами риска по заглатыванию ИТ остаются дети (от 73 до 80,5 % больных с ИТ) и пациенты специальных контингентов — психиатрических клиник, военнослужащие и заключенные. С внедрением в клиническую практику гибкой эндоскопии значительно сократилось количество больных с ИТ тонкой и толстой кишок в связи с извлечением инородных предметов из верхних отделов пищеварительного тракта при раннем обращении пострадавших. Так, в эндоскопическом отделении МУЗ ГКБСМП № 25 Волгограда за 20-летний период с 1980 по 1999 г. у 352 больных

было удалено 382 ИТ из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [2]. По литературным данным, эндоскопическим методом сегодня успешно удаляется от 47,6 до 64,3 % ИТ [3] у пациентов, поступающих в общехирургические отделения гражданских стационаров. Это привело к тому, что случаи попадания проглоченных ИТ в дистальные отделы пищеварительного тракта свелись к единичным наблюдениям, а хирурги постепенно стали забывать применявшиеся ранее в доэндоскопическую эпоху схемы наблюдения и лечения таких больных. В то же время в группах заключенных и военнослужащих на проглоченные ИТ приходится абсолютное большинство больных и вызываемых ИТ осложнений — до 25,6—29,6 %, большая часть из которых носит угрожающий для

жизни характер и приходится на нижележащие от желудка отделы [1]. Мы считаем, что опыт лечения больных с проглоченными ИТ в условиях спецконтингента может быть полезен современным хирургам в подобных ситуациях в гражданской медицине.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Показать возможные осложнения пребывания проглоченных ИТ в пищеварительном тракте, а также допущенные ошибки на этапах лечения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование обобщает опыт диагностики и лечения больных с ИТ пищеварительного тракта из спецконтингента колоний и следственных изоляторов Волгоградской области, получавших медицинскую помощь в общехирургическом отделении Областной соматической больницы лечебно-исправительного учреждения № 15 Волгограда за 13-летний период с 1994 по 2006 гг. В ходе работы учитывались больные с выявленными при первичном обследовании ИТ, удаление которых в дальнейшем подтвердилось во время манипуляций и операций или контрольными инструментальными методами обследования после самостоятельного отхождения ИТ, а также данные ретроспективного анализа историй болезней и рентгеновских снимков, соответствующие тем же критериям. Изучаемый контингент представлен достаточно однородной группой — всего 130 мужчин молодого и среднего возраста от 18 до 47 лет, без серьезной сопутствующей патологии или практически здоровые лица.

Проглоченные предметы представляли собой в основном металлические инородные тела: куски проволоки, большие гвозди, сварочные электроды (рис. 1), отломанные ручки от ложек (рис. 2), супинаторы от подошв ботинок, металлические пластины, оконные шпингалеты, штыри (рис. 3), а также пружины от кроватных сеток, лезвия от бритв, иголки, пластмассовые авторучки и другие ИТ, нередко во множественном числе.



Рис. 1. Извлеченные гвозди, скрученные куски проволоки



Рис. 2. Отломанные ручки от столовых ложек

Было отмечено, что в отличие от случайно проглоченных ИТ у гражданского населения, имеющих четкую бытовую принадлежность, среди заключенных распространены самодельные металлоконструкции — «кресты» из гвоздей, кусков проволоки и иглолок, связывающихся попарно посередине резинками. Для проглатывания они складываются по длине, на свободные концы надевается хлебный мякиш или тоненькая нитка, которые препятствуют преждевременному раскрытию крестов в пищеводе и в дальнейшем растворяются пищеварительным соком, а крест принимает изначальную форму (рис. 4).



Рис. 3. Извлеченные во время операций металлические пластины, шпингалет, штыри, супинаторы от подошв ботинок, телевизионная лампа



Рис. 4. Извлеченные во время операций «кресты» из гвоздей, кусков проволоки и иглолок

В группе заключенных из 130 человек консервативно лечились 78 (60 %), эндоскопическое удаление ИТ проведено всего у 4 человек (3 %), оперативное лечение получили 48 пациентов (37 %). Оперативными пособиями были гастротомии (25 чел.), дуоденотомии (2 чел.), энтеротомии (2 чел.), колотомии (2 чел.) с удалением ИТ из соответствующих отделов пищеварительного тракта или сочетания гастротомий с колотомией (1 чел.), дуоденотомией (1 чел.) и энтеротомией (2 чел.) с одновременным удалением ИТ из желудка и нижележащих отделов. Осложненные ИТ удалялись путем шейной медиастинотомии (1 чел.), резекции тонкой кишки (1 чел.), через перфорационные отверстия с их ушиванием (8 чел.), из свободной брюшной полости (1 чел.), при вскрытии абсцессов брюшной стенки (1 чел.) и передней поверхности левого бедра (1 чел.), куда ИТ мигрировали из инфильтратов брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все ИТ, проглоченные больными, на основании сходства их форм, размеров и в зависимости от исходов их пребывания распределились следующим образом: мелкие ИТ до 8 см длиной отходили самостоятельно; крупные ИТ свыше 8 см и до 24 см длиной и ИТ сложноконфигурационной формы — кресты и ежи из гвоздей, иголок и кусков проволоки размера от 3х3 см до 10х10 см — в большинстве случаев удалялись оперативно; конгломераты ИТ всегда удалялись оперативно.

На материале оперированных больных были проанализированы места задержек и перфораций ИТ пищеварительного тракта. Установлено, что местами длительных задержек продвижений ИТ функционального характера, потребовавших для их устранения оперативного лечения, явились: большая кривизна желудка, пилорический канал желудка вместе с верхнегоризонтальной ветвью 12-перстной кишки, нисходящая и восходящая части 12-перстной кишки со связкой Трейца, терминальный отдел тонкой кишки, восходящая толстая кишка. Причинами задержек продвижения со стороны ИТ были вес, размеры ИТ более 8 см длиной, сложная конфигурация ИТ (кресты). Места перфораций совпадали с местами физиологических сужений пищеварительного тракта и наблюдались в области верхнего физиологического сфинктера пищевода, пилорическом канале желудка, в зоне связки Трейца, начальном отделе тонкой кишки (у пациента после резекции желудка), илеоцекальном углу, терминальном отделе тонкой кишки, ректосигмоидном переходе. Перфорации вызывались длинными заостренными предметами или ИТ сложной конфигурации — крестами (рис. 5).

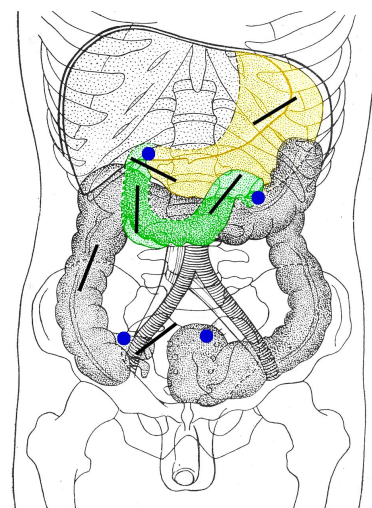


Рис. 5. • места перфораций и — задержек продвижений ИТ

Активно-выжидательная тактика, с которой начинали лечение всех больных с неосложненными ИТ, была успешна, по нашим данным, при размерах линейных ИТ до 8 см и крестах до 5х5 см. Не наблюдалось самостоятельного отхождения ИТ длиной свыше 15 см и конгломератов ИТ. Часть крупных ИТ от 8 до 15 см, и во всех случаях ИТ свыше 15 см и кресты более 5х5 см, а также конгломераты ИТ требовали оперативного извлечения. В первой группе из 35 больных с малосимптомными ИТ основным показанием к оперативному вмешательству были длительность задержек продвижения ИТ на разных уровнях и риск перфораций при их ущемлениях. Послеоперационные осложнения гнойно-воспалительного характера со стороны ран и брюшной полости развились в 75 % случаев. Вторую группу больных составили 13 человек, оперированных в срочном порядке в связи с перфорациями желудочно-кишечного тракта на различных уровнях ИТ и поступивших с клиникой острой дисфагии, перитонита, пальпируемыми инфильтратами брюшной полости и острой кишечной непроходимостью (ОКН) в сроки от 4 сут. до 4 мес. от начала болезни. Гнойно-воспалительные осложнения зафиксированы в 100 % случаев. У 8 больных выполнялись неоднократные релапаротомии.

Ведущими осложнениями ИТ являются пролежни и острые перфорации стенки пищеварительной трубки с развитием медиастинита, инфильтратов и абсцессов брюшной полости, перитонита, ОКН. Анализ лечебной тактики (консервативной и оперативной) позволил выделить основные организационные и лечебно-тактические ошибки, повлиявшие на развитие жизненно опасных осложнений и осложненное течение послеоперационного периода: длительные сроки догоспитального наблюдения за больными в колониях без должного медицинского и рентгенологического контроля, отсутствие преимущества в работе,

недооценка психического статуса (многие пациенты дополнительно глотали ИТ уже в самом стационаре), недооценка данных анамнеза. В ходе самого оперативного пособия мы обратили внимание на проведение операций без контрольных рентгеновских снимков в день операции, проведении неполной ревизии брюшной полости и ее органов, лапаротомии с удалением ИТ под местной анестезией, отсутствие интраоперационного рентгеновского контроля при обнаружении ИТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Хирургическая тактика должна определяться формой и размерами ИТ, общепризнанными сроками физиологического кишечного пассажа, а также длительностью нахождения ИТ в ЖКТ и наличием осложнений.

2. Оперативное лечение абсолютно показано при ИТ линейной формы размерами свыше 15 см и ИТ сложной конфигурации (крестах) от 5x5 см и более, конгломератах ИТ и развитии осложнений ИТ — ущемлений, перфораций, инфильтратов, непроходимости кишечника.

3. На успех активно-выжидательной тактики можно рассчитывать у больных с ИТ линейной формы размерами до 8 см и крестами до 5x5 см, а также у части больных с линейными ИТ размерами от 8 до 15 см. При задержках продвижения ИТ в местах типичных перфораций свыше 36—48 часов показана срочная операция по извлечению ИТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ларичев А. Б., Аверина А. А., Русина Н. А. Хирургия инородных тел желудочно-кишечного тракта. — Ярославль, 2006. — 135 с.
2. Шемонаев Ю. Ф., Маскин С. С., Щепоткин И. В. и др. // Вестн. ВолГМУ. — 2000. — № 6. — С. 151—152.
3. Mosca S. // Endoscopy. — 2001. — № 33 (8). — P. 692—696.

Контактная информация

Попова Ирина Степановна — д. м. н., профессор кафедры хирургических болезней с курсом проктологии ФУВ ВолГМУ (8442) 67-24-07, 69-71-88, iri6428@yandex.ru

УДК (574.24+612.43):617.9(571.121)

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ ЯМАЛЬСКОГО РЕГИОНА С РАЗЛИЧНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА

Н. С. Половодова, Т. В. Мальцева

Научно-исследовательский институт медицинских проблем Крайнего Севера РАМН

В статье представлены данные, характеризующие особенности иммунного статуса у детей среднего школьного возраста из числа коренного и пришлого населения Ямальского региона с различной направленностью вегетативного тонуса. У детей-симпатикотоников из числа пришлых европеоидов установлен наибольший дисбаланс показателей иммунного статуса по сравнению с детьми-парасимпатиками аналогичного этноса. При сравнении иммунологических показателей у коренных и пришлых детей-симпатикотоников выявлен ряд достоверных различий.

Ключевые слова: иммунный статус, дети, Ямальский регион, симпатикотония, парасимпатикотония.

SPECIFICS OF IMMUNE STATUS IN TENAGERS WITH DIFFERENT VEGETATIVE TONUS DIRECTIONS IN YAMAL REGION

N. S. Polovodova, T. V. Maltseva

Data characterizing the specifics of immunity in native and non-native schoolchildren are presented. The examined children live in the Yamal region and are characterized by different directions of vegetative tonus. The greatest imbalance of immune-status indices was defined in sympathetico-tonic non-native europeoid children in comparison with parasympathetic children of the analogous ethnos. When comparing immunologic indices of native and non-native children, some significant differences were determined.

Key words: immune state, children, the Yamal region, sympathicotonia, parasympathotonia.

Проживание человека в условиях севера связано с воздействием на организм ряда неблагоприятных климатических и геофизических факторов, среди которых важную роль играют длительный период

низкой температуры, специфический аэродинамический режим, повышенная активность космических излучений и магнитных полей, резкие перепады атмосферного давления, отрицательный годовой баланс