

pharmacotherapy of common pain syndromes in outpatient practice. *Klinicheskaya farmakologiya i terapii = Clinical pharmacology and therapy*. 2001;10(5):67-73 (In Russ.)

5 Fagan E, Wannan G. Reducing paracetamol overdoses. *BMJ*. 1996;313:1417-8

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ф.Б. ЫҚЛАСОВА, С.А. РАЗУМОВ, А.М. БАЙСАЛОВА

№2 қалалық балалар ауруханасы, Астана қ., Қазақстан Республикасы

ҚАЗАҚСТАН ПЕДИАТРИЯСЫНДАҒЫ АНАЛЬГЕЗИЯНЫҢ ЗАҢДЫ АСПЕКТІЛЕРІ

Мақалада педиатрия тәжірибесінде қолданылатын анальгетиктердің клиникалық-фармакологиялық сиппатамасы берілген. British National Formulary for Children және Қазақстан

аумағында тіркелген анальгетиктердің нұсқауларда көрсетілген жас шектеулеріне ерекше назар аударылған.

Негізгі сөздер: анальгетиктер, педиатриялық тәжірибе, формуляр.

SUMMARY

F.B. IKLASOVA, S.A. RAZUMOV, A.M. BAYSSALOVA

Children's municipal hospital No. 2, Astana c., Republic of Kazakhstan

LEGAL ASPECTS OF ANALGESIA IN PAEDIATRICS IN KAZAKHSTAN

The article presents clinical-pharmacological characteristics of analgesics used in pediatric practice. Special attention is paid to the age restrictions of analgesics prescribed in the instructions was on the territory of Kazakhstan and British National Formulary for Children.

Key words: analgesics, pediatric practice, formulary.

Для ссылки: Икласова Ф.Б., Разумов С.А., Байсалова А.М. Юридические аспекты анальгезии в педиатрии в Республике Казахстан // *Medicine (Almaty)*. - 2017. – No 4 (178). – P. 159-161

Статья поступила в редакцию 05.04.2017 г.

Статья принята в печать 10.04.2017 г.

УДК 616.329-003.613-053.2

Н.Е. СЕИТОВА, К.М. ПУЛАТОВ, Ж.Х. ХАПЕЗ

Корпоративный Фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана, Республика Казахстан

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ПИЩЕВОДЕ (БАТАРЕЙКА) У РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)



Сеитова Н.Е.

В статье на основании собственного опыта указана лечебная тактика при инородных телах пищевода у детей, в зависимости от вида инородного тела, длительности и уровня его нахождения в пищеводе. В подавляющем большинстве случаев инородное тело проглатывали дети в возрасте до трех лет - до 80%. Чаще всего инородное тело локализовалось в начальном отделе пищевода. В первую неделю от начала заболевания за медицинской помощью обратилось больше половины пациентов. Наибольшую сложность в лечении представляли больные с дисковыми батареями, поэтому были трудности в лечебной тактике и результатах лечения.

Ключевые слова: инородное тела, пищевод, дети, эзофагоскопия, лечение.

Случайное попадание инородного тела в пищеварительный канал с последующим нарушением пассажа пищи представляет собой чрезвычайную ситуацию.

И в этом плане детское население является наиболее уязвимым, пик приходится на возраст от 6 месяцев до 6 лет [1]. По ряду субъективных и объективных причин случай может остаться незамеченным, и клиника развивается со временем.

Однако большинство инородных тел спонтанно проходят естественным путем. Мы хотим поделиться осложненным случаем инородного тела пищевода (батарейка – «таблетка») у ребенка.

Клинический случай

25 сентября 2015 г. в 16:20 в нашу клинику «ННЦМД» был доставлен ребенок Б., мальчик, в возрасте 1 год 3 ме-

Контакты: Сеитова Нургуль Ешмухаметовна, врач анестезиолог-реаниматолог отделения детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии КФ "УМС" Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана, Республика Казахстан. Тел.: + 7 702 165 80 47, e-mail: nurgul_seitova72@mail.ru

Contacts: Nurgul Eshmukhametovna Seitova, Doctor anesthesiologist-resuscitator of the department of pediatric anesthesiology, resuscitation and intensive care of the Corporate fund "University Medical Center" National Scientific Center of Motherhood and Childhood, Astana c., Republic of Kazakhstan. Ph.: + 7 702 165 80 47, e-mail: nurgul_seitova72@mail.ru

сяца. Ребенок переведен на 15-й день болезни из детской городской больницы, где находился на стационарном лечении с диагнозом: Инородное тело пищевода (батарейка), Состояние после эндоскопического удаления (18.09.2015 г.). Осложнение: Химический ожог пищевода 3-4 степени. Язвенно-некротический эзофагит в верхней трети пищевода с перфорацией и пенетрацией в мембранозную часть трахеи (уровень 4-7 полуколец), трахеопищеводный свищ. Двухсторонний язвенно-некротический эндобронхит. Аспирационная пневмония ДНЗ степени. Носитель трахеостомы.

Из анамнеза со слов матери ребенок заболел остро, на фоне полного здоровья 11 сентября 2015 г., когда появилась рвота до 4-х раз, за медпомощью не обращались. На следующий день, 12 сентября, к рвоте присоединились отсутствие аппетита, повышение температуры до 37,9°C, жидкий стул черного цвета, в связи с чем была вызвана бригада СМП. Ребенок доставлен в Детскую инфекционную больницу (ДИБ), осмотрен в приемном покое, с диагнозом: ОРВИ, ларингит, с рекомендациями направлен на амбулаторное лечение. Несмотря на проводимое лечение жидкий стул черного цвета сохранялся. На 5-й день болезни (15 сентября) температура тела нормализовалась, но присоединились кашель и одышка. На седьмой день болезни (17 сентября) самостоятельно обратились частную клинику, осмотрен педиатром, в/м введено амбробене, с рекомендациями отпущены домой. В тот же день к вечеру состояние ребенка ухудшилось, вызвали СМП, госпитализирован в ДИБ в ОРИТ. На утро 18 сентября отмечается ухудшение состояния ребенка, когда появилось стонущее, шумное дыхание. Проведена рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограммах - инородное тело пищевода, в связи с чем ребенок был переведен по профилю в ГДБ, где было осуществлено удаление инородного тела эндоскопически (18 сентября) и обнаружен трахеопищеводный свищ, в связи с чем пациент был оставлен на продленной ИВЛ. На пятый день госпитализации (23 сентября) была наложена трахеостома. После проведенного консилиума и консультации специалистов нашей клиники, для дальнейшего лечения принято решение перевести ребенка в ННЦМД.

Состояние при поступлении крайне тяжелое, уровень сознания - медикаментозный сон, дыхание через трахеостомическую трубку на ИВЛ аппарате.

В отделении реанимации и интенсивной терапии нашей клиники ребенок подключен к аппарату Гамильтон G5, режим APV-SIMV. Параметры ЧД – 28/мин, ДО – 120, РЕЕР – 5, FiO₂ – 50%. Ti:Te=1:2, Pirmak-25. Ребенку по срочным показаниям проведена компьютерная томография органов грудной клетки, на которой признаки трахеопищеводного свища слева, аспирационной пневмонии, фиброателектаза в верхней и нижних долях обоих легких. Ребенок по срочным показаниям после предоперационной подготовки взят на операцию. Под эндотрахеальным наркозом проведена двухчасовая операция: по поводу проксимальная концевая эзофагостомия на шею слева, справа установлен центральный подключичный катетер.

В послеоперационном периоде, в ходе динамического наблюдения состояние ребенка оставалось крайне тяжелым, дыхание аппаратное через трахеостомическую трубку. Через 3 часа после операции состояние ухудшилось за счет

десатурации, из эзофагостомы коричневое отделяемое, а также коричневое отделяемое из трахеостомической трубки, живот резко увеличен в объеме. Повторно осмотрен заведующим отделением хирургии и ординаторами, принято решение взять на операцию для ревизии. Под эндотрахеальным наркозом проведена операция: Лапаротомия, трансхиатальная экстирпация дистального отдела пищевода, формирование желудочного трансплантата, гастростомия. Длительность операции 3 часа 40 минут. По ходу операции трахеостомическая трубка удалена, ребенок заинтубирован термопластической трубкой диаметром 4,0 мм с манжеткой, манжетка раздута минимально. В послеоперационном периоде, учитывая специфичность операции и возраст ребенка, решено проводить продленную ИВЛ, с целью синхронизации с аппаратом ИВЛ седацию и анальгезию (тиопентал 1% из расчета 3-5 мг/кг/час, фентанил 0,005% из расчета 2-3 мкг/кг/час). Полное парентеральное питание с учетом суточного калоража 100 ккал/кг/сутки. Антибактериальная терапия по результатам бактериологического исследования, высевается *Candida krusei* 10⁵ КОЕ. После консультации клин. фармацевта назначен по чувствительности противогрибковый препарат в течение 15 суток. На третий день обходом рекомендовано отменить седацию, анальгезию. Через 11 часов после отмены седации ребенок переведен в режим SPONT, затем, через 6 часов по результатам анализа КОС крови и уровня сознания по шкале Алдеретто 9 баллов ребенок экстубирован. С третьего дня (28 сентября) начата энтеральная нагрузка в виде питья через гастростому. С 29 сентября назначено питание, кормление через гастростому по 20-50 мл, с постепенным увеличением дозы однократного кормления до 100 мл×8 р/день.

Ребенок находился в ОДАРИТ в течение 15 дней. Помимо хирургического вмешательства больной получал лечение: респираторную поддержку (находился на ИВЛ, был экстубирован), проводилась рациональная антибактериальная терапия, инфузионная, корригирующая терапия, трансфузия эритроцитной массы, заместительная терапия, питание комбинированное – зондовое и парентеральное, общеметаболические препараты, симптоматическое лечение.

На 15-е сутки, учитывая стабильное состояние, возможность проведения полного энтерального питания, необходимость ранней активизации пациента, после обхода решено перевести пациента с рекомендациями в профильное отделение для совместного пребывания с мамой.

Результатом случая явилось выздоровление. На 35-е сутки ребенок выписан из клиники под наблюдение хирурга по месту жительства с решением в последующем дальнейшей тактики.

ОБСУЖДЕНИЕ

Известно, что первые два-три года своей жизни дети тянут в рот всё подряд. Именно по этой причине 80% всех случаев инородных тел ЖКТ приходится на детский возраст. Только лишь в 10-20% случаев требуется эндоскопическое удаление, и только в 1% всех случаев отмечаются осложнения и/или необходимость хирургического вмешательства [2].

Самая узкая часть ЖКТ - пищевод, что делает его самым распространенным местом вклинения инородного тела. В

пределах пищевода инородное тело может застрять в грудном отделе (наиболее распространенное место), области дуги аорты или в гастроэзофагеальном переходе.

Объекты диаметром более 2 см скорее всего не смогут пройти дальше привратника, а предметы длиной более 6 см могут попасть в ловушку либо на привратнике, либо в дуоденальном отделе кишечника.

Как только объект попадает в желудок, вероятность застревания и вклинивания очень мала. Редко острые или крупные предметы застревают в районе привратника, двенадцатиперстной кишки, слепой кишки, аппендиксе, прямой кишке или в месте врожденного или приобретенного сужения ЖКТ [3].

Наиболее распространенным инородным телом, заглатываемым детьми, являются монеты. Другие включают игрушки целиком или их части, магниты, батареи, булавки, винты, шарики, игральные кости и твердая пища.

Количество случаев проглатывания батареек типа «таблетка» значительно увеличивается [4]. Это может привести к перфорации пищевода в результате некроза из-за прямого давления или из-за электрического заряда, или из-за утечки едкого материала.

Клинически инородные тела пищевода могут вызывать различные симптомы, включая нарушение глотания, слюнотечение и, иногда, обструкцию дыхательных путей. Инородные тела желудочно-кишечного тракта вызывают менее специфические симптомы, включая боль в животе, мелену и появление свежей крови в стуле.

Все дети с подозрением на инородное тело должны быть обследованы рентгенографически (шея, грудная клетка и брюшная полость). Рентгенопрозрачные объекты требуют прямой визуализации или рентгенограмм с контрастированием.

ВЫВОДЫ

Приведенный клинический случай свидетельствует о крайней тяжести механических повреждений пищевода вследствие инородного тела, особенно проникающего в средостение с последующим развитием медиастинита, плеврита, пневмомедиастинума, трахео-пищеводного свища, что сопровождается возникновением жизнеугрожающих синдромов, требующих проведения интенсивной терапии, а в ряде случаев и хирургического вмешательства. Важнейшими проблемами в лечении подобных больных являются выбор хирургической тактики, а также адекватная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, респираторная и нутритивная поддержка с учетом конкретной клинической ситуации. Следует помнить и о высоком анестезиологическом риске при выполнении операций по поводу повреждения пищевода, что в определенных случаях требует применения специальных методик проведения анестезиологического пособия.

В подобных случаях следует обратить особое внимание на то, что:

- Батарейки являются опасными инородными телами желудочно-кишечного тракта у детей, так как они могут вызывать тяжелые осложнения, порой угрожающие жизни ребенка [5].

- Для диагностики уровня расположения батареек

следует использовать ФЭГДС и обзорную рентгенографию шеи, органов грудной и брюшной полости. ФЭГДС является предпочтительным методом еще и потому, что в большинстве случаев позволяет не только установить диагноз и локализацию инородного тела, но и удалить его. Так же рекомендуется проводить рентгенографию в двух проекциях (передней и боковой).

- Все дети, проглотившие батарейку, должны госпитализироваться в специализированный стационар, а батарейки необходимо удалять в ургентном порядке даже в случае отсутствия жалоб.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- 1 Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Webb WA Gastrointest Endosc.* 1995;41(1):39-51
- 2 Gilger MA, Jain AK, McOmber ME. Foreign bodies of the esophagus and gastrointestinal tract in children. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/foreign-bodies-of-the-esophagus-and-gastrointestinal-tract-in-children>
- 3 Wahbeh G, Wyllie R, Kay M. Foreign body ingestion in infants and children: location, location, location. *Clin Pediatr (Phila).* 2002;41(9):633-40
- 4 Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, Kalantzi N. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002;21(4):653-6
- 5 Грона В.Н., Пошехонов А.С., Щербинин А.А., Легур А.В., Мишаков С.В. Батарейки — опасные инородные тела пищеварительного канала у детей // "Child's Health". -2011. — Т. 5 (32) [Grona VN, Poshekhonov AS, Shcherbinin AA, Legur AV, Mishakov SV. Batteries - dangerous foreign bodies in the digestive canal of children. "Child's Health". 2011;5(32) (In Russ.)]

Т Ж Ы Р Ы М

Н.Е. СЕЙТОВА, К.М. ПУЛАТОВ, Ж.Х. ХАПЕЗ

«University Medical Center» корпоративтік қоры, Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы, Астана қ., Қазақстан Республикасы

БАЛАДА ӨҢЕШТІҢ БӨГДЕ ЗАТТЫ (БАТАРЕЙКА) (клиникалық жағдай)

Мақала негізінде өзіндік тәжірибесі көрсетілген емдік көмек көрсету балалардың өңешіндегі бөгде заттын түріне байланысты, бөгде затты алу, ұзақтығы мен деңгейін, оның өңеште болуы. Басым көпшілік жағдайда бөгде затты 3 жасқа дейінгі балалар жұтқан (80%-ға). Көбінесе бөгде зат өңештің бастапқы бөлігінде тұрып қалады. Бірінші аптасында ауру басталғаннан бастап медициналық көмекке жүгінген науқастардың жартысынан көбі. Мақалада келтірілгендей, өзіндік тәжірибе барысында науқастардың дискілі батареяларды жұту кезінде «Өңештегі бөгде заттың» емдеу тактикасы және емдеу нәтижелері жиі қиындықтар тудырады.

Негізгі сөздер: өңештің бөгде заты, балалар эзофагоскопия, емдеу.

SUMMARY

N.Ye. SEITOVA, K.M. PULATOV, Zh.Kh. KHAPEZ

"University Medical Center" Corporate fund National Center of Motherhood and Childhood, Astana c., Republic of Kazakhstan

FOREIGN OBJECTS (BATTERY) IN THE ESOPHAGUS OF A CHILD (clinical case)

The article, on the basis of own experience, provides the

treatment policy at foreign objects of the esophagus at children depending on the type of foreign object, duration and level of its presence in the esophagus. In large majority of cases the children at the age till swallowed the foreign objects till 80%. More often, the foreign object was located in the beginning part of esophagus. On the first week from the beginning of the disease more than a half of patients turned for help. The most important complication in the treatment was the patients with disk batteries, which have the complications in treatment policy and results of patients.

Key words: *foreign object in the esophagus, children, esophagoscopy, treatment.*

Для ссылки: Сеитова Н.Е., Пулатов К.М., Хапез Ж.Х. Инородное тело в пищеводе (батарейка) у ребенка (клинический случай) // *Medicine (Almaty)*. - 2017. – No 4 (178). – P. 161-164

Статья поступила в редакцию 04.03.2017 г.

Статья принята в печать 10.04.2017 г.