Инородное тело в пищеварительном тракте

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T18 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии "Российское общество рентгенологов и радиологов"

Инородное тело пищеварительного тракта — проглоченный, введённый или образовавшийся в организме объект, который не может использоваться как пища. Рекомендация посвящена распознаванию опасных вариантов, выбору сроков эндоскопического удаления, наблюдению за безопасными инородными телами и тактике при перфорации, непроходимости и других осложнениях.

Главное

- Диагноз подтверждают обнаружением инородного тела при рентгенологическом или эндоскопическом исследовании либо во время операции (УУР B, УДД 3).
- Консервативное ведение противопоказано при агрессивных инородных телах: батарейках, магнитах, остроконечных инородных телах, безоарах, силикагелевых шариках, а также при длительно стоящих инородных телах пищевода (УУР B, УДД 3).
- Полная обструкция пищевода, батарейка или остроконечный предмет в пищеводе требуют эндоскопии предпочтительно в течение 2 часов, но не позднее 6 часов. Другие инородные тела пищевода удаляют в пределах 24 часов (УУР C, УДД 5).
- Большинство инородных тел проходит самостоятельно, но наблюдение допустимо только при отсутствии симптомов, локализации вне пищевода и безопасных характеристиках предмета: тупой, инертный, до 2–2,5 см в диаметре или до 5 см в длину (УУР C, УДД 4).
- Предпочтительный метод удаления инородных тел верхних отделов ЖКТ — гибкая эндоскопия; при удалении острых предметов нужны защитные устройства на эндоскопе. Эндоскопическое вмешательство выполняют с анестезиологическим пособием; у детей извлечение проводят под общим обезболиванием с эндотрахеальной интубацией либо под внутривенным обезболиванием с сохранением спонтанного дыхания или в условиях глубокой седации (УУР B, УДД 2; УУР C, УДД 5).
- После удаления пищевого комка или небольшого инертного предмета следует обследовать участок фиксации для поиска стриктуры, эозинофильного эзофагита, опухоли, ахалазии или другой причины нарушения пассажа (УУР C, УДД 4).

Диагностика

1. Соберите анамнез: что именно проглочено или введено, когда это произошло, когда пациент последний раз ел и пил, были ли попытки протолкнуть или извлечь предмет, выполнялась ли эндоскопия ранее. Уточните эпизоды дисфагии и заболевания пищевода, включая стриктуру, ахалазию, эозинофильный эзофагит и ГЭРБ (УУР C, УДД 5).
2. Оцените симптомы полной обструкции пищевода: гиперсаливацию и невозможность глотать жидкости.
3. В стационаре необходимы осмотр оториноларинголога и хирурга. Осмотрите рот и глотку, шею и подчелюстные области, лёгкие и живот; при подозрении на предмет в прямой кишке выполните трансректальное пальцевое исследование (УУР C, УДД 5).
4. Выполните общий анализ крови и биохимический анализ крови с глюкозой, мочевиной, креатинином, амилазой, билирубином, АлАТ и АсАТ. По показаниям исследуйте электролиты, тромбоциты, показатели свёртывания, группу крови АВ0 и резус-фактор (УУР C, УДД 5).
5. При рентгеноконтрастном или неизвестном инородном теле выполните рентгенографию мягких тканей шеи, грудной клетки и брюшной полости; при отрицательном снимке в прямой проекции добавьте боковую проекцию. Детям с подозрением на проглатывание выполняют неотложную рентгенографию шеи, грудной клетки, живота и по показаниям таза (УУР B, УДД 1; УУР C, УДД 4).
6. При подозрении на рентген-негативное тело, обтурацию или перфорацию используют водорастворимый йодсодержащий контраст; применение бария сульфата не рекомендуется. При признаках перфорации,

флегмоны шеи, медиастинита или другого осложнения выполняют КТ грудной и брюшной полости (УУР С, УДД 5; УУР В, УДД 3).

7. ЭГДС показана всем пациентам с подозрением на инородное тело верхних отделов ЖКТ, в том числе при отрицательной рентгенографии; она одновременно уточняет предмет, состояние слизистой и может быть первым этапом удаления (УУР В, УДД 2). При подозрении на тело прямой или сигмовидной кишки выполняют эндоскопическое исследование прямой кишки и при необходимости сигмовидной кишки (УУР А, УДД 3).

Лечение

- Наблюдение допустимо при бессимптомном состоянии, если предмет находится не в пищеводе, тупой, инертный и не превышает 2–2,5 см в диаметре или 5 см в длину. Для рентгеноконтрастного предмета выполняют периодический рентгенологический контроль; при отсутствии выхода из желудка 3–4 недели его удаляют эндоскопически (УУР С, УДД 4; УУР С, УДД 5).
- Безоар желудка начинают лечить консервативно: используют 5–10% раствор пищевой соды или напитки с ортофосфорной кислотой; это может размягчить безоар и облегчить последующее эндоскопическое удаление (УУР В, УДД 3).
- При полной обструкции пищевода, остроконечном предмете или батарейке в пищеводе выполняют экстренное удаление — предпочтительно до 2 часов, но не позднее 6 часов. Остальные пищеводные инородные тела и пищевые комки удаляют в течение 24 часов; у детей пищевой комок при симптомах полной обструкции удаляют экстренно, без симптомов — до 24 часов (УУР С, УДД 5).
- Остроконечные, крупные и длинные инородные тела, а также магниты и батарейки, располагающиеся в желудке или проксимальной части двенадцатиперстной кишки у детей с клиническими симптомами, удаляют эндоскопически экстренно, в первые 2 часа. У взрослых остроконечные, крупные и длинные инородные тела, магниты и батарейки в желудке, а также магниты у детей без клинической симптоматики удаляют в пределах 24 часов. Предметы диаметром более 2–2,5 см обычно не проходят привратник, а длиной более 5–6 см — изгиб двенадцатиперстной кишки.
- Пищевой комок осторожно низводят в желудок после попытки обойти его эндоскопом; при значительном сопротивлении проталкивание прекращают из-за риска перфорации. Если низведение невозможно, комок извлекают целиком или после фрагментации (УУР С, УДД 5).
- Не удаляйте эндоскопически контейнеры с наркотиками: при бессимптомном состоянии нужны наблюдение в стационаре, лаваж кишечника и рентгенологический контроль. При интоксикации, нарушении целостности упаковки или непроходимости требуется хирургическая тактика.
- При значительном повреждении слизистой пищевода назначают щадящую, преимущественно жидкую и прохладную диету на 3–4 дня и противовоспалительные средства; после значительных повреждений или ушивания свежей перфорации — короткий курс антибактериальной терапии. При воспалении слизистой оболочки прямой кишки, изъязвлениях или трещинах используют местные противовоспалительные суппозитории (УУР С, УДД 5).
- Операция показана при неудаче эндоскопического удаления, перфорации с флегмоной, медиастинитом или перитонитом, кишечной непроходимости, длительно стоящем инородном теле тонкой кишки без продвижения, которое невозможно извлечь с помощью тубус- или баллонно-ассистированной энтероскопии, и массивном кровотечении, которое не удаётся остановить эндоскопически (УУР С, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- Всех пациентов с подозрением на инородное тело направляют в многопрофильный стационар с круглосуточной эндоскопической службой. Не следует вызывать рвоту, проталкивать предмет плотной пищей или промывать пищевод и желудок.
- При аспирационном синдроме, признаках перитонита или декомпенсированной острой кишечной непроходимости пациента госпитализируют в ОРИТ для дообследования и специализированного лечения.
- После технически сложного удаления, при нескольких предметах, батарейке, магните, остроконечном или крупном предмете размером более 5–6 см либо обширном повреждении слизистой следует рассмотреть госпитализацию для наблюдения.
- Если острый предмет или батарейку не удалось удалить, необходимо стационарное наблюдение и контроль прохождения: ежедневные рентгенограммы для острых предметов, для батареек за пределами двенадцатиперстной кишки — каждые 3–4 дня.

- Стационарное лечение необходимо при травмах пищевода 3–5 степени, травме стенки при неподтверждённом инородном теле и выявленной патологии пищевода, имитирующей инородное тело.

Частые вопросы

Когда инородное тело пищевода нужно удалять немедленно?

При полной обструкции, остроконечном предмете или батарейке — предпочтительно в течение 2 часов, но не позднее 6 часов от поступления. Другие инородные тела пищевода удаляют в пределах 24 часов.

Можно ли наблюдать пациента с проглоченной монетой или другим небольшим тупым предметом?

Да, если пациент не имеет симптомов, предмет не находится в пищеводе, он тупой и инертный, а его размер не превышает 2–2,5 см в диаметре или 5 см в длину. При рентгеноконтрастном предмете проводят периодический рентгенологический контроль.

Что делать при проглатывании магнита или дисковой батарейки?

Консервативное ведение противопоказано. Магнит удаляют в срочном порядке; дисковую батарейку у ребёнка удаляют предпочтительно в течение 12 часов, но не позднее 24 часов, независимо от симптомов, размера и количества.

Нужно ли делать рентгенографию при застрявшем пищевом комке без костей?

При пищевом комке без костей и признаков осложнений обзорная рентгенография обычно не нужна из-за высокой частоты ложноотрицательных результатов. ЭГДС показана при подозрении на инородное тело верхних отделов ЖКТ, даже если рентгенография отрицательна.

Что обследовать после удаления пищевого комка из пищевода?

Нужно осмотреть место фиксации и обследовать пищевод для поиска стриктуры, эозинофильного эзофагита, ахалазии, опухоли или другой причины нарушения пассажа. При подозрении на эозинофильный эзофагит выполняют биопсию пищевода, включая верхнюю, среднюю и нижнюю трети.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/710-inorodnoe-telo-v-pishchevaritelnom-trakte. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/710_2