# **План**

1. Инородные тела тканей лица и полости рта
2. Инородные тела наружного уха
3. Инородные тела среднего уха
4. Инородные тела носа
5. Инородные тела глотки
6. Инородные тела гортани
7. Инородные тела пищевода и желудка
8. Инородные тела прямой кишки
9. Инородные тела мочевого пузыря
10. Инородные тела мочеиспускательного канала

Литература

**1. Инородные тела тканей лица и органов полости рта**

Инородные тела в тканях лица и органах полости рта встречаются при огнестрельных и неогнестрельных ранениях и в том числе во время проведения местной анестезии и удаления зубов. Инородными телами могут быть пули, осколки гранат, мин и снарядов, инъекционные иглы, неметаллические предметы (стекло, деревянные щепки, спички), а также зубы, их корни, пломбы, коронки и т.п. Локализация их может быть самая различная: мягкие ткани лица, язык, небные миндалины, придаточные пазухи носа и др.

Диагноз уточняется на основании данных анамнеза, жалоб больного и объективного обследования. Больные могут предъявлять жалобы на боль и кровотечение, нарушение речи, приема пищи, глотания и дыхания, ограниченное открывание рта. Иногда во время удаления зуба последний может оказаться в верхнечелюстной пазухе; при этом из лупки появляется пенистая кровь, полость рта сообщается с паузой, что определяется при помощи зонда, жидкость попадает в полость носа, больной не может надуть щеки. При позднем обращении за медицинской помощью в месте расположения инородного тела может образоваться абсцесс или флегмона с типичной клинической картиной (отек, гиперемия, местная и общая гиперемия, флюктуация, нарушение функции, общие симптомы воспалительного процесса). Точная локализация рентгенонегативных предметов определяется на рентгенограммах в двух или более проекциях.

Неотложная помощь заключается в своевременной остановке кровотечения, профилактике воспалительных осложнений. Если перфорация стенки верхнечелюстной пазухи произошла во время удаления зуба при интактной пазухе (без ранее имевшихся очагов воспаления), то врач, удалявший зуб, обязан произвести широкую мобилизацию краев раны и ушить лунку кетгутовыми швами. При наличии же воспалительного процесса в пазухе следует направить больного в стоматологический стационар для проведения гайморотомии, пластики и удаления из пазухи зуба.

В госпитализации нуждаются все больные, которым требуется хирургическое удаление инородных тел. Обязательному удалению подлежат инородные тела, а также те, которые привели к нарушению функции глотания, речи, открывания рта и др. Множественные металлические инородные тела, например деформированные дробинки при ранениях из охотничьих ружей, обязательному удалению не подлежат; если они не нарушают функций, то могут быть оставлены в тканях для инкапсуляции.

**2. Инородные тела наружного уха**

Инородные тела наружного уха наиболее часто наблюдаются у детей, которые, играя с различными мелкими предметами (камешки, вишневые косточки, бусины, пуговицы, зерна подсолнуха, горох, бумажные шарики и др.), вкладывают их себе в ухо. У взрослых инородными телами могут быть спички, кусочки ваты. Встречаются также живые инородные тела (насекомые).

Симптомы зависят от величины и характера инородного тела. При острых однородных телах отмечаются боль и кровотечение из уха. Инородные тела, обтурирующие слуховой проход, вызывают чувство давления и шум в ухе, понижение слуха, иногда головокружение. При живых инородных телах возникают резкая боль в ухе и шум. Диагноз ставят на основании анамнеза и отоскопии.

Неотложная помощь. Инородные тело уха, как правило, не представляет опасности для больного и не требует срочного удаления. Опасны неумелые попытки удаления инородного тела. Не рекомендуется использовать пинцет для удаления круглых инородных тел, так как это может привести к смещению их в костный отдел слухового прохода и даже в барабанную полость. Пинцетом можно удалять только инородные тела удлиненной формы (спичка). При живых инородных телах рекомендуется вливание в наружный слуховой проход подогретого масла (подсолнечного или вазелинового), что приводит к гибели насекомого. Удаление инородного тела производится промыванием уха теплой водой или дезинфицирующим раствором (раствор перманганата калия слабой концентрации, 0,02% раствор фурацилина) из шприца Хане вместимостью 100150 мл. При отсутствии шприца его можно заменить резиновым баллоном. Струю жидкости направляют по верхнезадней стенке наружного слухового прохода, вместе с жидкостью удаляется инородное тело. Перед удалением разбухших инородных тел (горох, фасоль) для их обезвоживания рекомендуется предварительно влить в ухо несколько капель подогретого 70% спирта. Во время промывания уха голова должна быть хорошо фиксирована. Промывание уха противопоказано при наличии перфорации барабанной перепонки (особенно сухой), при полной обтурации слухового прохода инородным телом, а также при инородных телах остроконечной формы (металлическая стружка). Как правило, инородные тела уха удаляют амбулаторно. Если удалить инородное тело промыванием не удается, больного направляют в оториноларингологическое отделение.

Госпитализация. Больных с осложнениями направляют в оториноларингологическое отделение для удаления инородные тела хирургическим путем и лечения.

**3. Инородные тела среднего уха**

Встречаются редко. Они бывают при травмах и ранениях височной кости. Инородное тело при неудачных попытках удаления может внедриться в барабанную полость из слухового прохода.

Симптомы: боль в ухе и снижение слуха, кровотечение из уха. Может быть тяжелым общее состояние. Возможны головокружение, нистагм, периферический парез лицевого нерва.

Диагноз ставят на основании анамнеза, клинической картины, данных отоскопии и рентгенографии височной кости.

Неотложная помощь. При кровотечении вводят в ухо стерильную турунду.

Госпитализация. Больного в экстренном порядке в положении лежа направляют в оториноларингологическое отделение.

**4. Инородные тела носа**

Чаще встречаются у детей, которые во время игры вводят себе в нос различные мелкие предметы (бусины, пуговицы, зерна подсолнуха, горох, ягодные косточки, монеты, кусочки бумаги и др.). Инородные тела могут попасть в нос при болевых и производственных травмах лица (осколки снаряда, пуля, кусочки стекла, камня, расплавленный металл), а также через носоглотку при рвоте (пищевые массы), редко встречаются живые инородные тела (пиявки, аскариды). При длительном пребывании инородного тела в носовой полости вследствие выпадения вокруг него фосфатов и карбонатов кальция образуются ринолиты (носовые камни).

Симптомы инородного тела носа зависят от характера инородного тела и длительности его пребывания в носовой полости. Инородное тело, попавшее в носовую полость, рефлекторно вызывает чиханье и слезотечение. Позднее появляются затруднение носового дыхания и односторонний гнойный насморк. При острых инородных телах возникают боль и кровотечение. Небольшие, с гладкой поверхностью инородные тела могут длительное время не вызывать симптомов.

Диагноз ставят на основании анамнеза, данных риноскопии, зондирования и рентгенологического исследования.

Неотложная помощь. Удаление небольших инородных тел может быть выполнено путем высмаркивания после предварительного закапывания в нос сосудосуживающих средств (3% раствор эфедрина или 0,1% раствор нафтазина). Если попытка удаления не удалась, больного направляют в оториноларигологическое отделение, где инородное тело обычно удаляют амбулаторно.

Госпитализация. Больных, которым для удаления инородного тела крупных размеров предполагается хирургическое вмешательство, направляют в отоларингологический стационар.

**5. Инородные тела глотки**

Инородные тела чаще попадают в глотку вместе с пищей (рыбьи и мясные кости, осколки стекла, кусочки проволоки, куски мяса, сала). Инородными телами могут быть и случайно попавшие в рот предметы (булавки, гвозди, кнопки), зубные протезы. Реже наблюдаются живые инородные тела (пиявки, аскариды). Попадание инородных тел в глотку бывает обусловлено такими предрасполагающими моментами как быстрая еда, внезапный смех или кашель во время еды, отсутствие зубов или наличие зубных протезов, привычка держать во рту мелкие предметы. В ротоглотке обычно застревают острые и мелкие инородные тела, внедряясь в небные миндалины, дужки, корень языка, валлекулы. Инородные тела крупного размера останавливаются в гортаноглотке (над входом в пищевод или в грушевидном кармане). Значительно реже инородные тела попадают в носоглотку (при травмах носа и околоносовых пазух, рвоте).

Симптомы зависят от размеров инородного тела, его формы, места внедрения. Основные симптомы: боль в горле, усиливающаяся при глотании, ощущение постороннего предмета в горле, затруднение при проглатывании пищи, саливация. Большие инородные тела, застрявшие в нижнем отделе глотки, нарушают речь, вызывают кашель и резкое затруднение дыхания, возможна асфиксия. Следствием попадания в глотку пиявки может быть кровохарканье. В месте внедрения инородного тела в стенку глотки возникает воспаление, что усиливает болевые ощущения. При длительном пребывании в глотке инородного тела возможны осложнения в виде абсцессов глотки, флегмоны шеи, сепсиса, кровотечения. Часто инородное тело, уже прошедшее в желудок, травмирует слизистую оболочку глотки, что может вызвать симптомы мнимого инородного тела. Ощущение инородного тела может быть связано с хроническими воспалительными процессами и опухолями глотки, парестезиями, удлинением шиловидного отростка и чрезмерной мнительностью пациента.

Диагноз может быть поставлен на основании данных анамнеза, осмотра глотки, пальпации, рентгенографии. Выявление крупных инородных тел в глотке не представляются сложным. Труднее обнаружить мелкие и прозрачные инородные тела, а также инородные тела, внедрившиеся в стенку глотки.

Неотложная помощь. Удаление инородного тела глотки должно производиться в оториноларинголоическом кабинете (отделении). Как правило, инородные тела удаляют амбулаторно. При асфиксии нужно попытаться удалить инородное тело пальцем, в случае неудачи необходима трахеостомия.

Госпитализация. Вопрос о госпитализации решается индивидуально.

**6. Инородные тела гортани**

Мясные и рыбьи кости, иголки, булавки, кнопки, яичная скорлупа, зубные протезы, монеты, мелкие части игрушек обычно попадают в гортань из полости рта, реже – из желудка при рвоте. Значительно реже встречаются такие инородные тела, как части сломанных хирургических инструментов, удаления во время операции ткань (аденоиды, небная миндалина, хоанальный полип), а также живые инородные тела (пиявки, аскариды, пчелы, осы). Механизм попадания инородного тела в гортань связан с неожиданным глубоким вдохом, во время которого предмет, находящийся в полости рта, струей воздуха увлекается в гортань. К аспирации инородных тел предрасполагают вредная привычка держать во рту мелкие предметы, разговор во время торопливой еды, неожиданный глубокий вдох при испуге, плаче, падении; опьянение, снижение рефлексов слизистой оболочки глотки и гортани при некоторых заболеваниях центральной нервной системы. В гортани задерживаются крупные инородные тела, которые не могут пройти через голосовую щель, или инородные тела небольшого размера с острыми неровными краями, вонзающимися в слизистую оболочку. Инородные тела из гортани могут спуститься в трахею. Выкашливание инородного тела наблюдается редко.

Симптомы зависят от размера инородного тела и его локализации. При аспирации небольших инородных тел возникает судорожный кашель, затруднение дыхания, цианоз. Затем появляется охриплость, боль в области гортани как самостоятельная, так и при разговоре. Периодически повторяются приступы кашля. При небольших инородных телах затруднения дыхания вначале может не быть. Оно появляется позднее, когда вследствие травмы слизистой оболочки и кровоизлияния начинается отек тканей, что и приводит к сужению просвета гортани. Инородное тело небольшой величины иногда может длительное время находиться в подскладковом пространстве, вызывая охриплость и кашель. Осложнения инородного тела гортани: абсцесс гортани, флегмонозный ларингит, перихондрит, сепсис. При аспирации крупного инородного тела, полностью обтурирующего голосовую цель, развивается асфиксия с летальным исходом.

Диагноз ставят на основании данных анамнеза, клинической картины, прямой ларингоскопии у детей и непрямой – у взрослых. Рентгенологическое исследование ценно только при рентгеноконтрастных инородных телах.

Неотложная помощь. При развитии асфиксии показана срочная трахеостомия.

Госпитализация. Больных с инородным телом гортани срочно направляют в оториноларинголоическое отделение.

**7. Инородные тела пищевода и желудка**

В пищеводе задерживаются инородные тела различного характера. Чаще всего происходит случайное проглатывание рыбьей или мясной кости, зубной коронки, зубного съемного протеза, иголки, булавки, монеты и т.д. Пострадавший обычно сам указывает, что случайно проглотил тот или иной предмет. Возможно умышленное проглатывание инородных тел психически больными. Инородные тела пищевода относительно чаще наблюдается у лиц, страдающих частичным его сужением после перенесенного ожога пищевода. В желудок инородные тела проникают через пищевод и лишь изредка через гастростому или во время операции.

Первоначально больные отмечают ощущение задержки проглоченного предмета в пищеводе, вскоре присоединяется боль в груди, связанная с развитием эзофагоспазма. Появляется дисфагия, выраженность которой зависит от степени перекрытия просвета пищевода инородным телом. При полной обтурации пищевода возникает срыгивание. Инородные тела пищевода могут приводить к развитию тяжелых осложнений: перфорация пищевода острым инородным телом с развитием гнойного медиастинита; пролежень стенки пищевода, который может развиваться в течение нескольких дней с осложнениями в виде медиастинита, плеврита, перикардита или аррозии крупного сосуда со смертельным кровотечением; полная непроходимость пищевода вследствие его обтурации. Однако почти у 75% больных имеется лишь субъективное ощущение задержки инородного тела в пищеводе. На самом деле инородное тело оставляет лишь ссадину на слизистой оболочке пищевода и самостоятельно опускается в желудок. Острые предметы могут изредка внедряться в слизистую оболочку желудка. При этом может возникнуть перфорация стенки желудка с развитием перитонита. Крупные инородные тела при длительном их пребывании в желудке могут вызвать пролежень его стенки, приводящий к кровотечению или прободению. Относительно мелкие инородные тела, даже имеющие острые края, как правило, свободно эвакуируются в кишечник.

Диагноз основывается на данных анамнеза и оценке клинических симптомов. Завершающим этапом диагностики является эзофагоскопия, рентгенологическое исследование.

Неотложная помощь и госпитализация. В связи с опасностью чрезвычайно грозных осложнений все больше с жалобами на задержку в пищеводе инородного тела, а также больные с инородными телами желудка должны быть в экстренном порядке доставлены в специализированное лечебное учреждение, где уточняется диагноз. Любые попытки протолкнуть инородное тело из пищевода в желудок в домашних условиях абсолютно недопустимы. Для подавления рвотного рефлекса перед транспортировкой следует ввести внутримышечно 2 мл 2,5% раствора аминазина или пропазина.

Инородное тело из пищевода должно быть экстренно удалено с помощью жесткого эзофагоскопа или фиброэзофагоскопа. При обнаружении свежего разрыва пищевода производят экстренную операцию. Удалению подлежат все крупные инородные тела желудка, которые не могут выйти самостоятельно. Боль в желудке, симптомы обтурации, кровотечения или малейшие признаки раздражения брюшины диктуют необходимость экстренного оперативного вмешательства. При проглатывании иглы, булавки больного необходимо госпитализировать для клинического наблюдения и рентгенологического контроля за пассажем их по пищеварительному тракту. В подавляющем большинстве случаев иглы выходят самостоятельно естественным путем. Из желудка и двенадцатиперстной кишки иглу иногда удается удалить гастродуоденоскопом.

**8. Инородные тела прямой кишки**

Инородные тела попадают в прямую кишку из кишечника после проглатывания их или же вводятся через задний проход преднамеренно. При проглатывании инородных тел. (кости, зубные протезы, гвозди и т.д.) они могут остановиться в промежностном отделе прямой кишки при постановке клизмы (наконечник), при мастурбации или насильственном введении другими лицами с целью озорства.

Боль в заднем проходе или чувство полноты и давления в кишке, при помощи прямокишечного зеркала, ректоскопа и рентгенологического исследования.

Неотложная помощь и госпитализация. При сильных болях – 1 мл 2% раствора промедола или 1 мл 2% раствора пантопона подкожно. Лишь относительно мелкие тупые инородные тела можно удалить не в больничных условиях (при пальцевом исследовании). Более крупные или острые инородные тела необходимо удалять в хирургическом отделении, так как для достаточного растяжения сфинктера заднего прохода требуется местная анестезия или наркоз с применением миорелаксантов.

**9. Инородные тела мочевого пузыря**

Различные предметы (карандаши, стеклянные трубки, металлические стержни и т.д.) попадают в мочевой пузырь через мочеиспускательный канал (у женщин) во время мастурбации или по ошибке при попытке произвести аборт. Части эндоскопических инструментов, катетеров при их неисправности могут быть оставлены в мочевом пузыре при эндоскопических манипуляциях. При заболеваниях соседних органов через стенку мочевого пузыря могут проникнуть лигатуры, секвестры, пули или металлические осколки, причем иногда это происходит бессимптомно. Инородные тела мочевого пузыря способствуют развитию в нем воспалительных изменений, которые при инфицировании могут привести к возникновению пиелонефрита. Инородные тела могут стать ядром для образования конкрементов, а длинные и тонкие предметы могут привести к прободению пузыря с развитием парацистита.

Боль внизу живота, иррадиирующая в наружные половые органы, учащенное и болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия и пиурия. Все эти явления усиливаются при движении; может возникать прерывание струи мочи, а иногда острая задержка ее. Анамнез облегчает диагностику, но нередко больные скрывают факт и пути попадания инородного тела в мочевой пузырь.

Диагноз подтверждается цистокопией («всплывающие конкременты») и обзорной рентгенографией.

Неотложная помощь. При болях подкожно вводят 1 мл 2% раствора промедола или 1 мл 2% раствора пантопона.

При повышенной температуре назначают антибиотики (бензилпенициллин по 300000 ЕД 4 раза в день внутрь).

Госпитализация обязательна в урологическое или хирургическое отделение, где производят эпицистомию и удаляют инородное тело.

**10. Инородные тела мочеиспускательного канала**

Встречаются преимущественно у мужчин (детей и взрослых). Нередко вводятся детьми во время игры или с целью мастурбации. Иногда инородным телом уретры оказываются части эндоскопических инструментов или ватные шарики, используемые при уретроскопии. Длительное пребывание инородного тела в уретре приводит к распространению воспалительного процесса с уретры на окружающие ткани и возникновению парауретрального абсцесса.

Сразу после попадания инородного тела в мочеиспускательный канал возникает боль, которая может резко усиливаться во время мочеиспускания или эрекции; мочеиспускание затруднено, болезненно, нередко возникает острая задержка мочи.

Сопутствующий гнойный воспалительный процесс в уретре приводит к кровотечению.

Диагноз при четком анамнезе нетруден. При локализации инородного тела в передней уретре его иногда можно определить пальпаторно.

Неотложная помощь. В амбулаторных условиях нецелесообразно пытаться извлечь инородное тело из уретры, так как при этом легко повредить мочеиспускательный канал или неблагоприятно изменить локализацию инородного тела. Назначают противоинфекционное лечение (фурадонин по 0,1 г 3–4 раза в день внутрь, бензилпенициллин по 300000 ЕД 4 раза в день внутримышечно, стрептомицин по 0,25 г. 2 раза в день внутримышечно) и обезболивающие препараты (1 мл 2% раствора промедола или 1 мл 1% раствора пантопона подкожно).

Госпитализация в урологическое отделение для оказания срочной специализированной помощи.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского В.И. Кандрора, М.В. Неверовой, Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 г.