

по результатам гистологического, так и по результатам уреазного теста. Тем не менее, элиминация *Helicobacter pylori* по данным обоих использованных тестов (гистологического и уреазного) была более эффективной в группе пациентов, принимавших Хелинорм (95% и 100% соответственно). В группе, получающей Хелинорм, после окончания курса терапии только у одного пациента гистологическое исследование показало наличие *Helicobacter pylori*, в противоположность шести и трем пациентам групп активного контроля с добавлением солей висмута и просто эрадикационной терапии соответственно. При этом эндоскопическая динамика была сходной во всех трех группах наблюдения.

Также обратило на себя внимание отсутствие нежелательных явлений в группе исследуемого продукта «Хелинорм», что позволяет сделать благоприятное заключение в отношении профиля его безопасности.

После использования Хелинора в комплексе с эрадикационной терапией отмечено более выраженное улучшение качества жизни по сравнению с обычно используемыми схемами эрадикации *Helicobacter pylori*, в первую очередь улучшение качества жизни пациентов было связано со снижением выраженности болевого синдрома.

Полученные результаты позволяют предположить, что включение Хелинора в стандартную эрадикационную схему

лечения может повысить эффективность терапии *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний. По эффективности такая комбинация сравнима с группой, получавшей эрадикационную терапию + соли висмута, а благоприятный профиль безопасности средства «Хелинорм» выгодно выделяет продукт среди препаратов для борьбы с *Helicobacter pylori*.

Прием Хелинора вместе со стандартной эрадикационной терапией:

- повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* на 10%;

- оказывает положительное влияние на клиническую картину заболевания *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и, в частности, способствует купированию абдоминального болевого синдрома;

- имеет хорошую переносимость и безопасность;

- улучшает показатели качества жизни, что свидетельствует о высокой медико-экономической эффективности данного подхода к лечению.

Таким образом, продукт «Хелинорм» может быть рекомендован для применения у пациентов с *Helicobacter pylori*-ассоциированным заболеванием.

Рекомендуемая схема приема препарата «Хелинорм»: по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 28 дней на фоне эрадикационной терапии.



УДК: 616.32/33-008.5-07:614.211

Код специальности ВАК: 14.01.04, 14.01.28, 19.00.04

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЩУЩЕНИЕМ КОМА В ГОРЛЕ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Л.Д. Фирсова, Н.В. Туник,

ГБУЗ «Московский клинический научный центр Департамента здравоохранения города Москвы»

Фирсова Людмила Дмитриевна – e-mail firsovald@gmail.com

В статье обсуждаются результаты обследования 94 больных, проведенного в рамках предлагаемого диагностического алгоритма. У абсолютного большинства больных выявлены заболевания пищевода (ГЭРБ – 88,3%, дискинезия пищевода – 75,5%, при этом в 69,1% случаев оба заболевания присутствовали одновременно). При психодиагностическом обследовании выявлен большой процент нарушений психической адаптации (91,5% больных), сопровождающейся вегетативной дисфункцией (85,2% больных). Полученные данные позволили прийти к заключению, что в происхождении данного симптома имеет значение сочетание предрасположенности к невротическим реакциям и наличия заболеваний пищевода. Предлагаемый алгоритм повышает качество диагностики и способствует выбору этиологически обоснованного лечения.

Ключевые слова: ком в горле, ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), дискинезия пищевода, психовегетативные нарушения.

In the article the medical examination results of 94 patients are discussed. The study was conducted within the framework of the proposed diagnostic algorithm. The absolute majority of patients were diagnosed with an esophageal disease (GERD – 88,3%, esophageal dyskinesia – 75,5%, while in 69,1% of cases both conditions were present together). Psychodiagnostic examination has identified a high percentage of psychological adaptation disorders (91,5% of patients), accompanied by vegetative dysfunction (85,2% of patients). The results allowed to conclude that the origin of this symptom is an important combination of predisposition to neurotic reactions and esophageal diseases. The proposed algorithm improves the quality of diagnosis and facilitates the selection of etiologically based treatment.

Key words: lump in the throat, globus sensation, gastro-esophageal reflux disease (GERD), esophageal dyskinesia, psycho-vegetative dysfunction.

Введение

Жалоба на ощущение кома в горле, воспринимаемого как присутствие инородного тела, сжатия или полноты в области шеи, часто встречается в повседневной практике врачей различных специальностей – терапевтов, оториноларингологов, эндокринологов, гастроэнтерологов, психотерапевтов.

В отношении этиологии симптома, а соответственно и подходов к лечению, много неясного. В настоящее время самым распространенным мнением и в отечественной [1–3], и в зарубежной литературе [4–11] является отнесение кома в горле к числу внепищеводных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Однако ряд авторов, опираясь на результаты сопоставлений клинических проявлений, ларингоскопии и внутрипищеводной рН-метрии, а также принимая во внимание отсутствие достаточного эффекта от традиционной терапии ГЭРБ, пришли к заключению, что гастроэзофагеальный рефлюкс и ком в горле являются не связанными друг с другом патологическими состояниями [5, 12].

Клиническими наблюдениями (Guy D. et al., 2008; Tsutsui H. et al., 2012) отмечено частое сочетание кома в горле и проявлений дискинезии пищевода [13, 14]. Учитывая анатомическую и функциональную связь ротоглотки и пищевода, возникающие одновременно нарушения могут быть объяснены дисфункцией вегетативной нервной системы, проявляющейся значительным снижением симпатической и увеличением парасимпатической функции [15–17]. Вегетативная дисфункция, в свою очередь, сопряжена с нарушениями в эмоциональной сфере – в свете данной концепции ком в горле рассматривается как соматическое проявление тревожного [4] или депрессивного [18] расстройства.

Выше обозначенные положения и соответственно вопросы обследования и лечения до настоящего времени остаются спорными, в связи с чем назрела необходимость разработки алгоритма обследования больных данного профиля в гастроэнтерологическом стационаре.

Цель исследования: предложить и апробировать алгоритм обследования больных с ощущением кома в горле в гастроэнтерологическом стационаре.

Материал и методы

Обследованы 94 больных (61 женщина и 33 мужчины; средний возраст составил $50,0 \pm 13,8$ года), находившихся на лечении в МКНЦ по поводу заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Критерий включения – наличие клинического симптома «ком в горле» в период обследования.

Клиническими проявлениями ГЭРБ считали изжогу и отрыжку, диагноз ГЭРБ ставился согласно рекомендациям Монреальского консенсуса (2006) при наличии как минимум одного из трех критериев: характерных для заболевания клинических симптомов, изменений слизистой оболочки пищевода при ЭГДС (исследование проводили аппаратом Olympus Evis Exera II) и данных суточной рН-метрии, подтверждающей рефлюкс содержимого желудка в пищевод (исследование проводили аппаратом «Гастроскан-24» фирмы «Исток-Система», Россия). Проявлениями дискинезии пищевода считали за грудиные боли и затруднение при прохождении пищи по пищеводу. Диагноз

считали правомочным при его подтверждении данными пищеводной манометрии (исследование проводили аппаратом «Гастроскан-Д»). Признаком сегментарного эзофагоспазма считали повышение амплитуды дистальных сокращений пищевода более 180 мм рт. ст., диффузного – несогласованную моторику пищевода в виде одновременных сокращений нескольких участков пищевода после более 20% глотков; в том и другом случае к дополнительным признакам относили повышение длительности дистальных сокращений более 6 сек. Моторику пищевода определяли как неэффективную при повышении количества переданных волн перистальтики ($\geq 30\%$) и/или снижение амплитуды дистальных перистальтических волн (< 30 мм рт. ст.).

Психодиагностическое обследование включало сбор жалоб тревожного и депрессивного спектра, дополненный применением Опросника выявления вегетативных нарушений (Вейн А.М.) и Методики сокращенного обследования личности (Зайцев В.П.).

Частоту встречаемости признаков анализировали на основании критерия Фишера. При статистической обработке материала применена программа Statistica 10.

Результаты исследования

На основании приобретенного в течение нескольких лет опыта клинических наблюдений разработан алгоритм обследования больных с комом в горле (таблица), который в его окончательном варианте апробирован в данной работе.

При анализе жалоб больных получены следующие данные:

1.1. У абсолютного большинства больных (85; 90,4%) имели место пищеводные жалобы: у 73 больных (77,6%) ощущение кома в горле присутствовало на фоне клинических проявлений ГЭРБ; у 52 (55,3%) данное ощущение сочеталось с признаками дискинезии пищевода. Почти в половине случаев (40; 42,6%) клинические проявления ГЭРБ и дискинезии пищевода присутствовали одновременно.

1.2. В отдельную группу выделены жалобы, генез которых может быть определен только дальнейшим обследованием больных, так как по современным представлениям они могут быть как внепищеводными проявлениями ГЭРБ, так и невротической симптоматикой. К ним были отнесены следующие симптомы: изнуряющее ощущение кислоты во рту, необычные ощущения (жжения, давления или покалывания) в языке, на слизистой оболочке ротовой полости и губ; присутствие посторонних вкусовых ощущений (соленого, сладкого, горечи, металла и т. п.) или неприятного запаха изо рта; упорная (зачастую громкая) отрыжка, осиплость голоса, покашливание, эпизодически возникающее ощущение нехватки воздуха. Анализ полученных данных показал, что у подавляющего большинства больных с комом в горле (72; 76,6%) одновременно присутствовали одна или несколько жалоб из выше приведенного списка. Самыми частыми из них были ощущение кислоты во рту (29; 30,9%) и жжение кончика языка (28; 29,8%).

Из девяти больных без жалоб, свойственных ГЭРБ или дискинезии пищевода, в шести случаях наряду с ощущением кома в горле присутствовали другие симптомы подобного рода. Таким образом, только у трех больных ощущение кома в горле было единственной жалобой и служило поводом для обращения за медицинской помощью.

1.3. К третьей группе жалоб отнесены проявления эмоциональных и сопутствующих им вегетативных нарушений. Спектр жалоб, предъявляемых активно (без наводящих вопросов), представлен на рис. 1.

Результаты 2-го этапа обследования больных показали следующее:

2.1. При эндоскопическом исследовании пищевода у 33 из 94 больных (35,1%) выявлены отек и гиперемия слизистой оболочки дистального отдела пищевода, которые были расценены как терминальный эзофагит, в остальных случаях (64,9%) слизистая оболочка пищевода была нормальной.

Моторные нарушения по данным манометрии пищевода выявлены у 71 из 94 больных (75,5% больных); признаки эзофагоспазма в результатах манометрии присутствовали в три раза чаще, чем признаки неэффективной моторики пищевода (58,5% и 17,0% соответственно, $p < 0,05$).

2.2. Суточная pH-метрия проведена 76 больным, из них наличие патологического рефлюкса желудочного содержимого в пищевод подтверждено в 60 случаях (63,8%).

2.3. Психодиагностическое обследование больных.

По данным Опросника для выявления вегетативных изменений нарушения выявлены у 80 больных (85,2%); степень их выраженности чаще была умеренной (54 из 80 больных; 67,5%).

Нарушения психической адаптации по данным СМОЛ выявлены в абсолютном большинстве случаев (86; 91,5%).

Самую многочисленную группу (80; 85,1%) составили больные, у которых характер профиля СМОЛ свидетельствовал о преходящих и нерезко выраженных невротических и психопатических расстройствах. О выраженных психопатических проявлениях профиль СМОЛ свидетельствовал в шести случаях, что составило 6,4% от общего числа больных.

Об окончательном заключении, основанном на сопоставлении жалоб и результатов обследования, можно сказать следующее:

3.1. Диагноз ГЭРБ с учетом Монреальских критериев диагностики поставлен 83 из 94 пациентов (88,3%). В сопоставлении с данными ЭГДС у 50 больных (60,2%) стадия болезни обозначена как эндоскопически негативная, у 33 больных (39,8%) – как стадия неэрозивного эзофагита.

Диагноз дискинезии пищевода поставлен 71 больному (75,5%). Сопоставление имеющихся жалоб и данных манометрии пищевода показало, что более чем в трети случаев (38,0%) ощущение кома в горле указывало на наличие дискинезии пищевода при отсутствии ее классических проявлений.

Обобщая, следует сказать, что заболевания пищевода диагностированы у 89 из 94 больных (94,7%), из них у 65 больных (69,1% случаев) ГЭРБ и подтвержденная данными манометрии дискинезия пищевода присутствовали одновременно.

ТАБЛИЦА.

Алгоритм обследования больных с «комом в горле» в гастроэнтерологическом стационаре

1. Оценка жалоб и данных анамнеза	1.1. Жалобы, характерные для заболевания пищевода (ГЭРБ, дискинезия пищевода)
	1.2. Жалобы, генез которых требует проведения дифференциального диагноза (внепищеводные симптомы ГЭРБ? предположительно невротические жалобы?)
	1.3. Жалобы, свидетельствующие о нарушениях эмоциональной сферы и вегетативной дисфункции
2. Обследование	2.1. Уточнения состояния пищевода (ЭГДС, манометрия пищевода)
	2.2. Выявление ГЭР, его качественная и количественная характеристика (суточная pH-метрия)
	2.3. Оценка состояния эмоциональной сферы и вегетативного статуса (психодиагностическое обследование)
3. Формулировка заключения	3.1. Гастроэнтерологический диагноз: -ГЭРБ (К 21.0) -Дискинезия пищевода (К 24.4)
	3.2. Синдромальная оценка психовегетативных нарушений

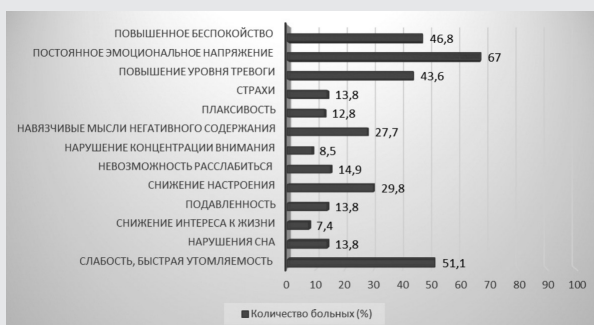


РИС. 1.
Частота жалоб, относящихся к психовегетативным нарушениям, у больных с комом в горле.



РИС. 2.
Варианты психовегетативных нарушений у больных с комом в горле.

3.2. Оценка эмоционального состояния и вегетативного статуса свидетельствовала об отсутствии их нарушений только у 4 больных (4,3%). В 14 случаях (14,9%) диагноз ограничивался СВД. В подавляющем большинстве случаев (76 из 94; 80,9%) присутствовали комплексы эмоциональных и вегетативных нарушений. При сопоставлении жалоб с результатами психодиагностического обследования больных выделено несколько вариантов психовегетативных нарушений (рис. 2).

Синдромальная оценка эмоциональной сферы (и при необходимости психофармакологическое лечение) проводилась совместно с психотерапевтом.

Обсуждение

Клинические наблюдения свидетельствуют о резком возрастании встречаемости в гастроэнтерологической практике больных с жалобой на ощущение кома в горле, что обуславливает актуальность обсуждаемой темы. Предположения об этиологии симптома в литературе противоречивы, при этом преобладают два мнения: связь симптома с патологией пищевода (ГЭРБ или дискинезия пищевода) и соматическое проявление психовегетативных нарушений. Учитывая сказанное, предлагаемый алгоритм включает обследование больных в обоих вышеуказанных направлениях.

Результат свидетельствует о чрезвычайно высоком проценте (94,7%) выявления у больных данной группы патологии пищевода, хотя значимость этого показателя нельзя преувеличивать, т. к. частично он объясняется особенностью выборки (больные отделения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта). Среди выявленных заболеваний присутствовала как ГЭРБ (88,3%), так и дискинезия пищевода (75,5%). Обращает на себя внимание частое сочетание этих заболеваний (69,1%). В то же время высоким оказался процент выявления психовегетативных нарушений (91,5% нарушений психической адаптации, 85,2% изменений вегетативного статуса). Полученные данные позволили прийти к заключению, что в происхождении симптома имеют значение оба фактора. Логично предположить, что симптом появляется у пациентов с заболеваниями пищевода при наличии предрасполагающего фактора в виде вегетативных нарушений и склонности к невротическому реагированию.

Опыт, приобретенный применением данного алгоритма, позволил выделить несколько практически значимых моментов. При сборе анамнеза важно не только разделение жалоб на «соматические» и «психические», но и выделение особой группы жалоб, к числу которых могут быть отнесены ощущение кислоты во рту, жжение кончика языка и т. п., этиология которых к настоящему времени остается неясной. Полученные данные свидетельствуют о большой частоте подобных жалоб (76,6%), что является основанием для их дальнейшего изучения. В связи с этим следует подчеркнуть целесообразность дополнения обследования больных психодиагностическим тестированием.

Важным оказался результат сопоставления жалоб и данных манометрии пищевода – более чем в трети случаев (38,0%) ощущение кома в горле указывало на наличие дискинезии пищевода при отсутствии ее классических

проявлений. Это подтверждает необходимость включения манометрии пищевода в алгоритм обследования больных с комом в горле.

Наиболее ответственным является третий, обобщающий этап (формулировка заключения). Критерии постановки гастроэнтерологических диагнозов хорошо разработаны и не представляют трудностей при наличии результатов суточной рН-метрии и манометрии пищевода. Тогда как в сфере оценки эмоциональных нарушений существует много нерешенных вопросов, в частности не разработаны критерии постановки различных синдромальных диагнозов.

Подводя итог, следует сказать, что вопрос о принадлежности ощущения кома в горле к внепищеводным симптомам ГЭРБ и невротической симптоматики не имеет однозначного ответа и решается индивидуально в каждом конкретном случае. В ряде случаев окончательное мнение обосновывается только результатом антисекреторной и анксиолитической терапии.

Выводы

1. Предлагаемый алгоритм с разделением обследования на три этапа и конкретизацией задач каждого из них позволяет получить информацию о состоянии больного в максимальном объеме.

2. Для уточнения состояния пищевода необходимо проводить манометрию пищевода, т. к. ощущение кома в горле может быть единственным проявлением дискинезии пищевода.

3. При оценке эмоциональной сферы обязательным является психодиагностическое тестирование.

4. Обследование больных с применением предлагаемого алгоритма позволило прийти к заключению, что в происхождении симптома кома в горле имеет значение сочетание наличия заболеваний пищевода и предрасположенности к невротическим реакциям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. и др. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. МЗ РФ.: Пособие для врачей. 2003. 30 с.

Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Trukhmanov A.S. i dr. Diagnostika i lecheniye gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni. MZ RF: Posobiye dlya vrachey. 2003. 30 s.

2. Завикторина Т.Г. Фаринголарингеальный рефлюкс и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с хроническими заболеваниями гортани. Рос. журнал гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 2008. Т. 18. № 3. С. 78-83.

Zaviktorina T.G. Faringolaringeal'nyy refluks i gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni' u detey s khronicheskimi zabolovaniyami gortani. Ros. zhurnal gastroenterol. gepatol. koloproktol. 2008. T. 18. № 3. S. 78-83.

3. Погосова И.Е., Завикторина Т.Г., Солдатский Ю.Л. Состояние гортани у детей с гастроэзофагеальным рефлюксом // Мат-лы 8-го международного славяно-балтийского форума «СПб Гастро-2008». 2008. С. 59.

Pogosova I.Ye, Zaviktorina T.G., Soldatskiy YU.L. Sostoyaniye gortani u detey s gastroezofageal'nyim refluksom // Mat-li 8-go mezhdunarodnogo slavyano-baltiyskogo foruma «SPb Gastro-2008». 2008. S. 59.

4. Deary I.J., Wilson J.A., Kelly S.W. Globus pharyngis, personality, and psychological distress in the general population. Psychosomatics. 1995. Vol. 36 (6). P. 570-577.

5. Vaezi M.F. Atypical Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. MedGenMed. 2005. Vol. 7 (4). P. 25.

6. Stephan R. Vavricka, Claudio A. Storck, Stephan M. Wildi et al. Limited Diagnostic Value of Laryngopharyngeal Lesions in Patients With Gastroesophageal Reflux During Routine Upper Gastrointestinal Endoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2007. Vol. 102 (4). P. 716-722.
7. Qua C.S., Wong C.H., Gopala K. Gastro-oesophageal Reflux Disease in Chronic Laryngitis: Prevalence and Response to Acid-suppressive Therapy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007. Vol. 25 (3). P. 287-295.
8. Joel J. Heidelbaugh, Arvin S. Gill, R. Van Harrison et al. Atypical Presentations of Gastroesophageal Reflux Disease. University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan. *Am Fam Physician.* 2008. Vol. 78 (4). P. 483-488.
9. Tokashiki R., Funato N., Suzuki M. Globus sensation and increased upper esophageal sphincter pressure with distal esophageal acid perfusion. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2010. Vol. 267 (5). P. 737-741.
10. Thad Wilkins, Ralph A. Gillies, April Getz et al. Nasolaryngoscopy in a Family Medicine Clinic: Indications, Findings, and Economics. *J Am Board Fam Med.* 2010. Vol. 23 (5). P. 591-597.
11. Wang A.J., Liang M.J., Jiang A.Y. et al. Comparison of patients of chronic laryngitis with and without troublesome reflux symptoms. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012. Vol. 27 (3). P. 579-585.
12. Dean B.B., Aguilar D., Johnson L.F. Night-Time and Daytime Atypical Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease: Frequency, Severity and Impact on Health-Related Quality of Life. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2008. Vol. 27 (4). P. 327-337.
13. Eslick G.D., Talley N.J. Dysphagia: Epidemiology, Risk Factors and Impact on Quality of Life – A Population-based Study. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2008. Vol. 27 (10). P. 971-979.
14. Tsutsui H., Manabe N., Uno M. et al. Esophageal motor dysfunction plays a key role in GERD with globus sensation – analysis of factors promoting resistance to PPI therapy. *Scand. J. Gastroenterol.* 2012. Vol. 47 (8/9). P. 893-899.
15. Code C.F. *An Atlas of Esophageal Motility in Health/and Disease.* Springfield IL: Thomas. 1958.
16. DeMeester T.R., Wernly J.A., Bryant G.H. et al. Clinical and in vitro analysis of determinants of gastroesophageal competence. *Am. J. Surg.* 1979. Vol. 137. P. 39-46.
17. Massey B.T., Dodds W.J., Hogan W.J. et al. Abnormal esophageal motility. An analysis of concurrent radiographic and manometric findings. *Gastroenterology.* 1991. Vol. 101. P. 344-354.
18. Cybulska EM. Globus hystericus – a somatic symptom of depression? The role of electroconvulsive therapy and antidepressants. *Psychosom. Med.* 1997. Vol. 59 (1). P. 67-69.



УДК: 616.33/34-008.856.6-07-08

Код специальности ВАК: 14.01.28, 14.01.17

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С ПОЗИЦИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

М.И. Давидов, О.Е. Никонова,

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера»

Никонова Ольга Евгеньевна – e-mail: nikonova-olga@yandex.ru

В течение 20 лет под наблюдением находились 80 больных (мужчин – 53, женщин – 27) с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – проволока, гвозди, иглы. Инородные тела располагались в желудке (у 51), двенадцатиперстной кишке (ДПК) (у 10), тонкой кишке (у 19). Выделены три формы клинического течения: латентная, манифестная и осложненная. Определены наиболее характерные симптомы инородных тел ЖКТ. Разработанный комплекс физикальной, ультразвуковой, рентгенологической и эндоскопической диагностики инородных тел ЖКТ, доступный практическому гастроэнтерологу, позволил своевременно установить диагноз у 100% пациентов.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, инородные тела, желудок, клиника, диагностика.

For 20 years was observed in 80 patients (53 men, 27 women) with foreign bodies of the gastrointestinal tract (GIT). Dominated wire, nails, needles. Foreign bodies was located in the stomach (51), duodenum (10), small intestine (19). There are three forms of the clinical course: latent, overt and complicated. The most characteristic symptoms of foreign bodies of the gastrointestinal tract. The developed complex of physio, ultrasound, x-ray and endoscopic diagnosis of foreign bodies of the gastrointestinal tract, of available practical gastroenterologist, allowed us to establish the diagnosis in 100% of patients.

Key words: gastrointestinal tract, foreign bodies, stomach, clinic, diagnostics.

Введение

Актуальной, но малоизученной проблемой в гастроэнтерологии являются симптоматология и диагностика инородных тел, которые случайно или умышленно проглатываются больными и локализуются в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), преимущественно в желудке, двенадцатиперстной кишке (ДПК) и (реже) тонкой кишке [1–3]. Как правило, авторами публикаций, посвященных инородным телам, являются хирурги, которые основной акцент делают на осложнениях инородных тел и на оперативное и эндоскопическое их удаление [4–7].

В то же время вопросы симптоматологии инородных тел ЖКТ остаются обделенными вниманием, и подобные публикации практически отсутствуют. Между тем, в своей практической работе гастроэнтерологи и терапевты постоянно сталкиваются с такими больными. При этом нередко возникают трудности в диагностике.

Цель исследования: изучить вопросы клиники и диагностики инородных тел ЖКТ применительно к работе врача-терапевта и гастроэнтеролога.

Материал и методы. В течение 20 лет, с 1997 по 2016 г., под наблюдением находились 80 больных с инородными