

# OSTRY DYŻUR PEDIATRYCZNY

## RADA NAUKOWA DZIAŁU



Dr n. med.  
Małgorzata  
Wielopolska  
(przewodnicząca)



Dr hab. n. med.  
Anna Klukowska



Dr n. med.  
Artur Mazur



Dr hab. n. med.  
Ewa Toporowska-  
Kowalska

## Połknięcie ciała obcego

Marek Woynarowski

### Opis przypadku 1

*Do izby przyjęć zgłosili się rodzice z 10-miesięcznym, uporczywie wymiotującym chłopcem.*

#### Wywiad

*Dziecko urodzone z ciąży I, siłami natury, o czasie. Było karmione piersią przez 3 miesiące, a następnie sztucznie. W 9 miesiącu życia do diety wprowadzono produkty zawierające gluten. Rozwój dziecka przebiegał prawidłowo. Szczepienia przeprowadzono według obowiązującego kalendarza. Sporadyczne zakażenia górnych dróg oddechowych. W ciągu kilku dni poprzedzających zgłoszenie się do izby przyjęć dziecko przebywało w domu, a rodzice nie obserwowali żadnych niepokojących objawów. Na 6 h przed zgłoszeniem się do izby przyjęć dziecko zaczęło wymiotować treścią pokarmową. Próby pojenia dziecka prowokowały kolejne epizody wymiotów. Po 5 h w wymiocinach widać było niewielką ilość fusowatej treści.*

#### Badanie przedmiotowe i badania dodatkowe

*Przy przyjęciu do izby przyjęć stan ogólny chłopca był dość dobry. Dziecko nie gorączkowało. Stan odżywienia był dobry, badanie przedmiotowe poza niewielkimi cechami odwodnienia nie wykazało żadnych odchyłeń od normy. Perystaltyka dobrze słyszalna, bez objawów otrzewnowych. Badania laboratoryjne krwi i moczu nie wskazywały na obecność zakażenia ani stanu zapalnego. Radiologiczne badanie przeglądowe klatki piersiowej nie wykazało zmian. Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej wykazało obecność metalicznego, cylindrycznego ciała obcego tkwiącego w rzucie odźwiernika. Rodzice i opiekunowie dziecka nie byli w stanie zidentyfikować połkniętego przedmiotu ani określić momentu, w którym mogło dojść do jego połknięcia.*

### Opis przypadku 2

*Do izby przyjęć zgłosili się rodzice z 2-letnią dziewczynką sporadycznie wymiotującą.*

#### Wywiad

*Dziecko urodzone z ciąży II, siłami natury, o czasie. Okres noworodkowy i niemowlęcy bez problemów. Szczepienia przeprowadzono wg kalendarza szczepień. Sporadycznie dziecko było leczone z powodu zakażeń dróg oddechowych. Kilka dni przed przyjęciem dziecko połknęło przedmiot, którego rodzice nie byli w stanie zidentyfikować. Do izby przyjęć zgłosili się wtedy, gdy u dziecka pojawiły się niezbyt nasilone wymioty.*

#### Badanie przedmiotowe i badania dodatkowe

*Przy przyjęciu do izby przyjęć stan ogólny dziewczynki był dobry. Dziecko nie gorączkowało. Stan odżywienia był dobry, w badaniu przedmiotowym nie było odchyłeń. Zdjęcie prze-*

Klinika Gastroenterologii Hepatologii  
i Immunologii Instytut  
„Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”  
Al. Dzieci Polskich 20  
04-730 Warszawa  
m.woynarowski@med-net.pl



RYCINA 1. Przypadek 1. Badanie endoskopowe: kanał odźwiernika po usunięciu ciała obcego – baterii zegarkowej. Obrzęk, martwica błony śluzowej i zwężenie światła.



RYCINA 2. Przypadek 2. Badanie radiologiczne: metaliczne ciało obce tkwiące w kanale odźwiernika, ograniczające możliwość przechodzenia treści żołądkowej do dwunastnicy.

głądowe jamy brzusznej wykazało obecność metalicznego ciała obcego w rzucie odźwiernika.

W obydwu przypadkach wiodącym objawem, który spowodował zgłoszenie się pacjenta do izby przyjęć, były wymioty.

### Różnicowanie przyczyn wymiotów

U małych dzieci wymioty występują często i mają wiele potencjalnych przyczyn. U dzieci wymiotujących w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić:

- Choroby zakaźne (nieżyty żołądkowo-jelitowe, zakażenia górnych i dolnych dróg oddechowych, zakażenie dróg moczowych, zapalenie otrzewnej, zapalenie wyrostka robaczkowego itp.)
- Wady anatomiczne i zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego (odpływ żołądkowo-przełykowy, wrodzone lub nabyte zwężenia przewodu pokarmowego, nieprawidłowy zwrot lub skręt jelit, niedrożność przewodu pokarmowego, w tym wgłobienie itp.)
- Choroby układu nerwowego (nadciśnienie śródczaszkowe, guzy mózgu, zapalenia mózgu i opon mózgowo-rzuceniowych itp.)
- Choroby metaboliczne (zespół nadnerczowo-płciowy, kwasice metaboliczne, hiperamonemie itp.)
- Odruch wymiotny może występować u chorych z kamicą dróg żółciowych, kamicą dróg moczowych, ostrym zapaleniu trzustki, przy skręcie jądra itp.
- Przedawkowanie niektórych leków (np. eufilina, cytotastyki).

### Rozpoznanie ostateczne

W obu przypadkach rozpoznanie wstępne ustalono w izbie przyjęć na podstawie wykonanego zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej. W pierwszym przypadku rozstrzygającym o rozpoznaniu badaniem było zdjęcie radiologiczne, które wykazało obecność metalicznego ciała obcego blokującego odźwiernik. W drugim przypadku rozpoznanie można było postawić już na podstawie wywiadu, a zdjęcie radiologiczne było tylko jego potwierdzeniem. W obydwu przypadkach dzieci były hospitalizowane i wykonano u nich zabieg endoskopowego usunięcia ciała obcego tkwiącego w żołądku. W pierwszym przypadku była to bateria zegarkowa, która spowodowała obrzęk i oparzenie odźwiernika, całkowicie blokując odpływ z żołądka (ryc. 1). W drugim był to metalowy guzik, który częściowo blokował odpływ z żołądka (ryc. 2 i 3).

### Omówienie problemu

Połknięcia ciał obcych przez dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6 lat są zdarzeniami stosunkowo częstymi. Połknięcia ciał obcych u dorosłych zdarzają się u osób z zaburzeniami psychiatrycznymi, opóźnieniem umysłowym, upojeniem alkoholowym. U starszych osób, noszących protezy zębowe, mogą występować zaburzenia czucia w obrębie podniebienia, co sprzyja niezamierzonemu połknięciu ciała obcego. Mogą też zdarzać się celowe połknięcia ostrych ciał obcych, np. przez więźniów.

Większość połkniętych ciał obcych przechodzi swobodnie przez przewód pokarmowy i jest wydalana drogą naturalną w ciągu 4-6 dni. W 10-20% może jednak dochodzić



RYCINA 3. Przypadek 2. Badanie endoskopowe: ciało obce – metalowy guzik – w żołądku. Po zmianie pozycji dziecka ciało obce uwidocznione na zdjęciu radiologicznym w odzwierniaku przemieściło się do trzonu żołądka.

do utkwienia ciała obcego w przewodzie pokarmowym, co wymaga interwencji endoskopowej. Sporadycznie, gdy ciało obce znajduje się poza zasięgiem endoskopu lub nie może być uchwycone narzędziami endoskopowymi, konieczne może być leczenie operacyjne. Większość ciał obcych, które przedostały się do przewodu pokarmowego, nie wywołuje żadnych objawów klinicznych. Objawy pojawiają się w przypadkach, gdy ciało obce mechanicznie ograniczy drożność (tak jak zdarzyło się w obydwu opisywanych przypadkach), bądź spowoduje perforację przewodu pokarmowego. Jest to możliwe w przypadku, gdy połknięte ciało obce jest ostro zakończony lub ma ostre krawędzie (igły, szpilki, kości lub rybie ości) albo uwalnia substancje żrące (baterie zegarkowe). Opisywano zgony wywołane przez połknięcie ciała obcego, ale są to przypadki bardzo rzadkie.

U małych dzieci i osób upośledzonych połknięcie ciała obcego często jest niezauważone. U pozostałych zebranie wywiadu pozwala zwykle na ustalenie czasu zdarzenia i rodzaju ciała obcego. W przypadku ciał obcych, które utkwiają w przełyku, występuje znaczne utrudnienie lub całkowita niemożność połykania pokarmów lub płynów, wymioty, ból lub ucisk w klatce piersiowej lub w okolicy szyi, świszczący oddech oraz odpluwanie krwistej wydzieliny. Te objawy pojawiają się szybko i w połączeniu z wywiadem łatwo dają się wyjaśnić. Jeżeli ciało obce przejdzie przez przełyk, to objawy kliniczne będą niecharakterystyczne i nie będą umożliwiały precyzyjnego określenia, w którym miejscu przewodu pokarmowego znajduje się połknięte ciało obce.

### TABELA 1. Wskazania do pilnej interwencji endoskopowej w przypadku ciał obcych w przewodzie pokarmowym

- Połknięcia baterii lub ciał obcych o ostrych krawędziach stanowiących potencjalne zagrożenie perforacją przewodu pokarmowego, jeżeli znajdują się one w zasięgu endoskopu;
- Utkwienia ciała obcego w przełyku.

### TABELA 2. Sposoby postępowania z ciałem obcym w przewodzie pokarmowym

- Podejrzanie perforacji przewodu pokarmowego – skierować pacjenta na oddział chirurgiczny w trybie pilnym.
- Objawy wskazujące na utkwienie ciała obcego w gardle lub górnej części przełyku – skierować pacjenta na pilne badanie laryngologiczne.
- Objawy świadczące o utkwieniu ciała obcego w przełyku lub potwierdzona badaniem radiologicznym obecność ciała obcego w przełyku – skierować pacjenta na pilne badanie endoskopowe.
- Ciałem obcym jest bateria zegarkowa znajdująca się w przełyku lub żołądku – skierować pacjenta na pilne badanie endoskopowe.
- Ciało obce tkwi w żołądku, a u pacjenta występują objawy niedrożności żołądka – skierować pacjenta na pilne badanie endoskopowe.
- Ciało obce znajdujące się w żołądku ma ostre brzegi i zagraża perforacją w trakcie przemieszczania się przez przewód pokarmowy – skierować pacjenta na pilne badanie endoskopowe.
- Obecność w żołądku ciała obcego nieupośledzającego drożności, o krawędziach niezagrażających perforacją – zalecić pacjentowi poszukiwanie ciała obcego w kale, a jeżeli nie zostanie wydalone w sposób naturalny wykonać badanie radiologiczne za 3 dni.
- Ciało obce w jelitach poza zasięgiem endoskopu – zalecić pacjentowi poszukiwanie ciała obcego w kale, a jeżeli nie zostanie wydalone w sposób naturalny, kontrolę radiologiczną za 3 dni.
- W przypadkach ciał obcych, których nie można zlokalizować za pomocą badania radiologicznego, zalecić obserwację objawów klinicznych i poszukiwanie ciała obcego w kale. Jeżeli nie zostanie wydalone w ciągu 2-3 tygodni, należy rozważyć wykonanie badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Podstawowym badaniem służącym do określenia lokalizacji ciała obcego w przewodzie pokarmowym jest przeglądowe badanie radiologiczne klatki piersiowej i brzucha. Pozwala ono na uwidocznienie cieniujących ciał obcych oraz

określenie wywołanych przez ciało obce objawów perforacji lub niedrożności przewodu pokarmowego. Badania radiologiczne z użyciem środka cieniującego nie są rutynowo zalecane, gdyż ten środek może znacznie utrudnić późniejsze badanie endoskopowe lub spowodować komplikacje w przypadku, gdy doszło już do perforacji.

Większość chorych, którzy połknęli ciało obce, nie wymaga hospitalizacji i może zachować normalny tryb życia. Pilna interwencja endoskopowa i usunięcie ciała obcego są konieczne tylko w przypadkach zebranych w tabeli 1.

U pacjentów, u których ciała obce o ostrych krawędziach lub baterie opuściły żołądek i nie mogą być usunięte endoskopowo, wskazana jest obserwacja, czy nie występują objawy perforacji przewodu pokarmowego. W przypadku dzieci taką obserwację najlepiej prowadzić w warunkach szpitalnych. Można zalecić dietę bogatoresztkową, natomiast nie ma potrzeby rutynowego płukania jelita grubego.

U wszystkich pacjentów, którzy połknęli ciało obce, wskazane jest śledzenie jego przemieszczenia się przez przewód pokarmowy i potwierdzenie, że zostało wydalone. Ciała obce, które nie opuszczają żołądka przez 1-3 tygodnie, powinny być usunięte endoskopowo. Leczenie operacyjne konieczne jest tylko u chorych, u których doszło do powikłań w postaci perforacji przewodu pokarmowego lub ciało obce tkwi w tym samym miejscu przez 3 dni i nie może być usunięte endoskopowo.

Postępowanie w izbie przyjęć z pacjentami, którzy połknęli ciało obce:

1. Zebranie wywiadu:
  - ustalić czas połknięcia ciała obcego
  - ustalić rodzaj ciała obcego
2. Przeprowadzenie badania przedmiotowego:
  - sprawdzić czy występują objawy niedrożności przewodu pokarmowego
  - sprawdzić czy występują objawy perforacji przewodu pokarmowego
3. Określenie lokalizacji ciała obcego:
  - wykonać skopię lub przeglądowe zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej i brzucha (należy pamiętać, że badanie wykaże tylko tzw. ciała obce cieniujące. Ciała obce z plastiku, szkła, drewna lub gumy nie będą widoczne na zdjęciach radiologicznych).
4. Podejmowanie decyzji w izbie przyjęć w zależności od lokalizacji i rodzaju ciała obcego (sposoby postępowania z różnymi rodzajami ciał obcych zestawiono w tab. 2).

### Zalecane piśmiennictwo

- American Society of Gastrointestinal Endoscopy: Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002, 55(7), 802-6
- Spirt MJ. Ciała obce w przewodzie pokarmowym i połknięcie substancji żrących. W: Stany nagłe w chorobach przewodu pokarmowego. Red Z Knapik, Urban&Partner 2000, wyd. I polskie.

ciąg dalszy ze str. 92

### 5. Czy łącząc terapię metodą Vojty i ćwiczenia z grupy Bobatha nie idziemy w kierunku indywidualizacji terapii?

Pytanie tak naprawdę dotyczy rozumienia pojęcia indywidualizacji terapii.

Każdy terapeuta czy metody Vojty, czy też Bobath-NDT jest fizjoterapeutą, co też oznacza, że

posiada pełne wykształcenie fizjoterapeutyczne. A więc ten sam fizjoterapeuta może korzystać z arsenału wszystkich metod terapeutycznych. Idealnie jest, kiedy terapeuta posiada wykształcenie we wszystkich metodach.

Problem raczej istnieje w tym, że jeśli jednego pacjenta prowadzi dwóch fizjoterapeu-

tów, to rodzice dostają czasami zupełnie przeciwne informacje, czyli jeden doradzi kładzenie na brzuchu a drugi nie zaleca takiego ułożenia. Określenie bliższego celu terapii może być różne dla dwóch fizjoterapeutów, stąd podejście terapeutyczne może być zupełnie inne.