

Для ушивания разрывов диафрагмы используют различные способы — от применения сшивающих аппаратов до вшивания в дефект диафрагмы синтетических заплат [4, 6]. На наш взгляд, простое ушивание краев разрыва диафрагмы нерассасывающимися нитями является эффективным и надежным способом коррекции травматической диафрагмальной грыжи у детей.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о сложностях диагностики разрыва диафрагмы при сочетанной травме. При малейшем подозрении необходима повторная рентгенография органов грудной полости или спиральная компьютерная томография. В отсроченном периоде травмы при стабильном состоянии пациентов, отсутствии данных, подтверждающих наличие повреждения внутрибрюшных органов, оптимальным является использование торакоскопического доступа. В ходе торакокопии удается вправить эвентрированные внутренние органы в брюшную полость и ушить дефект диафрагмы путем наложения отдельных узловых швов с применением нерассасывающегося шовного материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов А.М., Ермолова И.В., Погодина А.Н. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы. *Хирургия*. 2000; 7: 28—33.
2. Nau T., Seitz H., Mousavi M. et al. The diagnostic dilemma of traumatic rupture of the diaphragm. *Surg. Endosc.* 2001; 15 (6): 892—926.
3. Adler D.H. Blunt diaphragmatic injury in a 7-year-old girl. *J. Emerg. Med.* 2002; 23 (1): 39—42.
4. Sandesh V., Parelkar, Sanjay N. Oak et al. Traumatic diaphragmatic

hernia: Management by video assisted thoracoscopic repair. *J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.* 2012; 17 (4): 180—3.

5. Koehler R.H., Smith R.S. Thoracoscopic repair of missed diaphragmatic injury in penetration trauma: A case report. *J. Trauma.* 1994; 36 (1): 424—7.
6. Martinez M., Briz J.E., Carillo E.H. Video thoracoscopy expedites the diagnosis and treatment of penetrating diaphragmatic injuries. *Surg. Endosc.* 2001; 15 (1): 28—32.
7. Mealy K., Murphy M., Broe P. Diagnosis of diaphragmatic rupture of the right hemidiaphragm by thoracoscopy. *Br. J. Surg.* 1993; 80 (1): 210—1.

Поступила 30.03.14

REFERENCES

1. Abakumov A.M., Ermolova I.V., Pogodina A.N. et al. Diagnostics and treatment of ruptures of a diaphragm. *Khirurgiya*. 2000; 7: 28—33. (in Russian)
2. Nau T., Seitz H., Mousavi M. et al. The diagnostic dilemma of traumatic rupture of the diaphragm. *Surg. Endosc.* 2001; 15 (6): 892—926.
3. Adler D.H. Blunt diaphragmatic injury in a 7-year-old girl. *J. Emerg. Med.* 2002; 23 (1): 39—42.
4. Sandesh V., Parelkar, Sanjay N. Oak et al. Traumatic diaphragmatic hernia: Management by video assisted thoracoscopic repair. *J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.* 2012; 17 (4): 180—3.
5. Koehler R.H., Smith R.S. Thoracoscopic repair of missed diaphragmatic injury in penetration trauma: A case report. *J. Trauma.* 1994; 36 (1): 424—7.
6. Martinez M., Briz J.E., Carillo E.H. Video thoracoscopy expedites the diagnosis and treatment of penetrating diaphragmatic injuries. *Surg. Endosc.* 2001; 15 (1): 28—32.
7. Mealy K., Murphy M., Broe P. Diagnosis of diaphragmatic rupture of the right hemidiaphragm by thoracoscopy. *Br. J. Surg.* 1993; 80 (1): 210—1.

Received 30.03.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.34-003.74-053.2-089

Кобилев Э.Э.¹, Раупов Ф.С.¹, Мансуров А.Б.²

ФИТОБЕЗОАР, ЯВИВШИЙСЯ ПРИЧИНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

¹Бухарский государственный медицинский институт; ²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, 200100, г. Бухара, Узбекистан

Для корреспонденции: Кобилев Эргаш Эгамбердиевич, ahad_ahmedov@mail.ru
For correspondence: Kobilov Ergash, ahad_ahmedov@mail.ru

Непроходимость кишечника у детей может быть вызвана одним или несколькими анатомо-физиологическими нарушениями в организме. В каждом случае непроходимость кишечника требует индивидуальной тактики обследования и лечения.

Ключевые слова: фитобезоар; непроходимость кишечника.

Kobilov E.E.¹, Raupov F.S.¹, Mansurov A.B.²

PHYTOBEZOAR AS A CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION

¹Bukhara State Medical Institute; ²Bukhara Branch of Republican Research Centre of Emergency Medicine, 200100, Bukhara, Uzbekistan

Intestinal obstruction in children may result from one or several anatomical/physiological disorders. Such cases should be addressed on an individual basis.

Key words: phytobezoar; intestinal obstruction.

На долю непроходимости кишечника у детей приходится свыше 2% всех заболеваний хирургического профиля [1]. Приобретенная непроходимость кишечника у детей в 89% случаев бывает механической и в 11% — динамической. Среди различных видов механической непроходимости кишечника инвагинация составляет 65—77%, около 20% — спаечная

непроходимость, 5—6% — обтурационная и 4—5% — заворот кишок [2]. Причинами обтурационной непроходимости кишечника являются копростаз, аскаридоз, опухоли, инородные тела, безоар и т. п. [3—5]. Предрасполагающими факторами непроходимости кишечника могут быть различные аномалии развития желудочно-кишечного тракта [2, 6, 7].

Описание случая

Под нашим наблюдением находился больной П. С., 1 года (история болезни № 7647-266-621), поступил в клинику 30.06.2013 с жалобами на многократную рвоту, вздутие живота, отсутствие стула, беспокойство и слабость. Из анамнеза: болеет 3 сут, стационарно лечился в детской инфекционной больнице по поводу пареза кишечника, получил антибактериальную, общеукрепляющую терапию, проводили стимуляцию кишечника, несколько раз промывали желудок и кишечник. Эффекта не было, состояние больного ухудшилось, и с диагнозом «острая кишечная непроходимость» больной был переведен в детское хирургическое отделение Бухарского филиала РНЦЭМП.

При поступлении общее состояние больного тяжелое, в сознании, кожные покровы бледные, сухие, язык покрыт фибриновым налетом. Со стороны органов дыхания патология не выявлена. Сог. тоны приглушены, шумов нет, пульс учащенный, 140 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 80/50 мм рт. ст. Живот округлой формы, резко вздут, в акте дыхания не участвует. Пальпаторно: живот болезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются. Перкуторно: определяется тимпанический звук во всех частях живота. Аускультативно: перистальтические шумы кишечника не выслушиваются. Рентгенологически определяются высокое стояние диафрагмы, множественные чашечки Клойбера. Лабораторные показатели: Нб 87 г/л, эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л$, цв. пок. 0,9, л. $7,4 \cdot 10^9/л$, с. 4%, п. 56%, э. 1%, мон. 2%; СОЭ 15 мм/ч, общий белок 41,9 г/л.

С учетом вышеизложенного поставлен диагноз: острая кишечная непроходимость, и после предоперационной подготовки больной направлен на операцию. Под интубационным наркозом выполнена срединная лапаротомия, из брюшной полости выделено около 50 мл серозной жидкости. При ревизии петли кишечника резко вздуты, в *colon descendens* обнаружен конгломерат — резко расширенный диаметром до 15 см, синюшного цвета участок кишечника. Конгломерат кишечника пришлось резецировать, и наложен анастомоз конец в конец. Брюшная полость дренирована и закрыта послойно. При секции резецированного участка кишки обнаружены мембранозная форма атрезии толстой кишки с микроперфорацией и трихофитобезоар — волосы, косточки вишни, яблок, частицы древесины (опилки), которые были причиной obturации просвета кишечника (в дополнение к анамнезу выяснилось, что ребенок часто без присмотра находился во дворе, где велись строительные-ремонтные работы).

В послеоперационном периоде больной получил антибактериальное, инфузионно-трансфузионное, общеукрепляющее лечение и витаминотерапию. Несмотря на адекватную терапию, на 5-е сутки после операции из дренажа, оставленного в брюшной полости, начались выделения серозно-гнойного характера, общее состояние больного ухудшилось, появились симптомы перитонита. При повторной обзорной рентгенографии брюшной полости обнаружено наличие свободного газа под диафрагмой. Сделана релапаротомия, брюшная полость очищена от гнойно-каловых содержимого (около 100 мл), обнаружена несостоятельность и прорезывание швов анастомоза, вокруг которого имелось множество огрызков древесины. После санации брюшной полости наложена двустольная колостома, из нее в течение нескольких дней продолжалось выделение древесных опилок с кишечным содержимым. В послеоперационном периоде ребенок

получил соответствующее интенсивное лечение, после стабилизации общего состояния выписан и через 6 мес в плановом порядке проведена ликвидация колостомы. В отдаленном периоде наблюдения общее состояние ребенка оценивается как удовлетворительное.

Заключение

Этот случай из практики указывает на то, что фитобезоар может симулировать различную патологию брюшной полости. Необходимо иметь в виду, что у детей, обращающихся к врачам по поводу болей в животе, могут быть явления фитобезоара. При подозрении на него необходимы комплексные обследования и лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. *Эндоскопическая хирургия у детей*. М.: Изд. ГЭОТАР; 2002.
2. Исаков Ю.Ф. и др. *Хирургические болезни детского возраста: Учебник для медицинских вузов*. М.: Изд. ГЭОТАР; 2004; 1: 335—7.
3. Давидов М.И., Соколов Ю.Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей. *Педиатрия*. 2010; 2: 60—5.
4. Маховский В.З., Ворущилин В.А., Печенкин Е.В. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости. *Хирургия*. 2005; 7: 54—5.
5. Мкртычева Т.Э., Саламаха А.П., Шахзадьянц А.А., Чепурной Г.И. Трихобезоар подвздошной кишки. *Детская хирургия*. 2004; 3: 48—9.
6. Еловой М.М., Борозна В.Г., Кухтарев А.А., Разумова Т.Е. Трихобезоары желудка и тонкой кишки у детей. *Новости хирургии*. 2012. 2: 96—100.
7. Хаджибаев А.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости. *Казанский медицинский журнал*. 2013; 3: 377—81.

Поступила 11.02.14

REFERENCES

1. Dronov A.F., Poddubnyy I.V., Kotlovskiy V.I. *Endoscopic Surgery in Children [Endoskopicheskaya khirurgiya u detey]*. Moscow: GEOTAR; 2002. (in Russian)
2. Isakov Yu.F. et al. *Surgical Illnesses of Children's Age: The Textbook for Medical High Schools [Khirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta: Uchebnik dlya meditsinskikh vuzov]*. Moscow: GEOTAR; 2004; 1: 335—7. (in Russian)
3. Davidov M.I., Sokolov Yu.Yu. Bezoary of a gastroenteric tract in children. *Pediatrya*. 2010; 2: 60—5. <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=219627> (in Russian)
4. Makhovskiy V.Z., Vorushilin V.A., Pechenkin E.V. Fitobezoar as the reason sharp intestinal impassability. *Khirurgiya*. 2005; 7: 54—5. <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=132559> (in Russian)
5. Mkrtycheva T.E., Salamakha A.P., Shakhzad'yants A.A., Chepurnoy G.I. Trikhobezoar of ileac guts. *Detskaya khirurgiya*. 2004; 3: 48—9. (in Russian)
6. Elovoy M.M., Borozna V.G., Kukhtarev A.A., Razumova T.E. Trihobezoars of a stomach and a small intestine at children. *Novosti khirurgii*. 2012; 2: 96—100. <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=261137> (in Russian)
7. Hadzhibayev A.M., Hodzhimukhamedova N.A., Hadzhibayev F.A. Diagnostics and treatment of sharp intestinal impassability. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2013; 3: 377—81. (in Russian)

Received 11.02.14