

В. М. Чекмарев, А. Я. Волков, И. В. Харченко, О. В. Золкина

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОСЛОЖНЕННЫЕ ПЕРФОРАЦИЕЙ

МУЗ Видновская районная клиническая больница (гл. врач В. Г. Соколенко), Видное

Виктор Максимович Чекмарев, д-р мед. наук., детский хирург, che-viktor@yandex.ru

Инородные тела (ИТ) дистальных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в большинстве случаев не требуют оперативного вмешательства, и ситуация ограничивается динамическим наблюдением, заканчиваясь отхождением ИТ с каловыми массами при акте дефекации [2–4]. При перфорации кишки возникают трудности в своевременной предоперационной диагностике этого осложнения [1]. Установка правильного диагноза и послеоперационный период усложняются сопутствующей психосоматической патологией.

Приводим собственное наблюдение.

Больной К., 12 лет, поступил во 2-е хирургическое отделение МУЗ Видновская районная клиническая больница 07.11.10 в 19 ч 50 мин с жалобами на боль в животе периодического характера, появившуюся около 2 ч назад. Ребенок из психоневрологического интерната, находился дома в выходные дни. Со слов матери, имеет склонность к глотанию ИТ. При поступлении состояние средней тяжести, несколько вял, агрессивен, негативно настроен, сопротивляется осмотру. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, тургор кожи сохранен. Язык влажный, обложен налетом белого цвета. Живот обычной формы, мягкий, болезненный в околопупочной области, перитонеальные симптомы сомнительны. Перистальтика выслушивается, патологических шумов нет. Органы дыхания без патологии. Артериальное давление 125/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 82 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Температура тела нормальная. Физиологические отправления в норме. Лейкоциты крови $20,8 \cdot 10^9/\text{л}$. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – высококонтрастное ИТ в правой подвздошной области (предположительно металл), единичные тонкокишечные арки и уровни в левой половине брюшной полости. Установлен диагноз: ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость. Попытка консервативно разрешить явления кишечной непроходимости оказалась безуспешной. 18.11.10 произведена релапаротомия, рассечение спаек в области перфорации подвздошной кишки, назоинтестинальная интубация, санация, дренирование брюшной полости. Получал инфузионную терапию с коррекцией водно-электролитного баланса, стимуляцию пассажа по ЖКТ, антибиотики, анальгетики, спазмолитики, антикоагулянты, антиоксиданты, симптоматическую терапию. В послеоперационном периоде на фоне разрешения кишечной непроходимости и улучшения общего состояния развилось нагноение послеоперационной раны. После проведенного лечения 10.12.10 больной выписан в удовлетворительном состоянии с гранулирующей раной 1,5 x 1,5 см в области послеоперационного рубца. Больной с момента поступления нерегулярно получал специфическое психотропное лечение, в связи с чем развилось постоянное негативное поведение и агрессия к окружающим, что значительно усложняло ведение послеоперационного периода.

На следующий день состояние больного прежнее, стабильное. Жалобы на боль в нижних отделах живота при движении. Живот несколько напряжен, болезнен в нижних отделах, больше справа. Перитонеальные симптомы сомнительны там же. ЧСС 90 в минуту. Лейкоциты крови $19,7 \cdot 10^9/\text{л}$. Биохимические показатели крови в пределах возрастной нормы. Продолжена инфузионная, симптоматическая, антибиотикотерапия. Сделана очистительная клизма, в каловых массах множество инородных тел (резинových колец). На обзорной рентгенографии брюшной полости инородное тело (металл) в прежней позиции, имеется вздутие петель тонкой кишки с единичными уровнями жидкости. Высказано предположение, что ИТ, располагаясь в области баугиниевой заслонки, препятствует нормальной эвакуации содержимого по кишечной трубке и как вариант перфорации полого органа.

Ввиду неэффективности консервативного лечения 08.11.10 принято решение оперировать больного с целью удаления ИТ. При лапаротомии выявлено умеренное количество мутного выпота. На петлях кишечника местами фибринозно-гнойный налет. В области купола слепой кишки имеется линейная перфорация 1,5 x 0,3 см с отчетливыми, гиперемизированными краями (см. рисунок на вклейке). В просвете толстой кишки множество ИТ различной величины и плотности (резинových полоски, косточки, зубчистки, 2 плоских, округлых, металлических предмета размерами 12,5 x 0,3 см, возможно, пластины от батареек). Последние располагались возле перфорационного отверстия. Металлические и частично другие предметы удалены через этот дефект кишечной стенки, который ушит двухрядным викриловым швом. На расстоянии 50 см от илеоцекального угла перфорация подвздошной кишки 0,6 x 0,6 см, располагающаяся на противобрыжечном

крае. Дефект ткани ушит поперечно 2-рядным викриловым швом. После санации и дренирования брюшной полости лапаротомная рана ушита. Послеоперационный диагноз: инородные тела (металл, зубчистки, косточки, резинových кольца) тонкой и толстой кишки. Перфорация подвздошной и слепой кишки. Диффузный фибринозно-гнойный перитонит. На 3-й день после операции состояние средней тяжести с положительной динамикой, больной ходит. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационного рубца. Перистальтика выслушивается, газы отходят, был стул. Удален катетер из мочевого пузыря, зонд из желудка, дренаж из брюшной полости. Больной проконсультирован психиатром.

На 9-е сутки послеоперационного периода состояние больного ухудшилось, появилась рвота, болезненность, вздутие живота. Ребенок беспокоен, негативно настроен к осмотру, агрессивен, периодически неадекватно возбужден, препятствует медицинским манипуляциям и процедурам. На обзорной рентгенографии брюшной полости тонкокишечные арки и уровни в левой половине брюшной полости. Установлен диагноз: ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость. Попытка консервативно разрешить явления кишечной непроходимости оказалась безуспешной. 18.11.10 произведена релапаротомия, рассечение спаек в области перфорации подвздошной кишки, назоинтестинальная интубация, санация, дренирование брюшной полости. Получал инфузионную терапию с коррекцией водно-электролитного баланса, стимуляцию пассажа по ЖКТ, антибиотики, анальгетики, спазмолитики, антикоагулянты, антиоксиданты, симптоматическую терапию. В послеоперационном периоде на фоне разрешения кишечной непроходимости и улучшения общего состояния развилось нагноение послеоперационной раны. После проведенного лечения 10.12.10 больной выписан в удовлетворительном состоянии с гранулирующей раной 1,5 x 1,5 см в области послеоперационного рубца. Больной с момента поступления нерегулярно получал специфическое психотропное лечение, в связи с чем развилось постоянное негативное поведение и агрессия к окружающим, что значительно усложняло ведение послеоперационного периода.

Заключительный диагноз: инородные тела (металл, зубчистки, резинových кольца) ЖКТ. Перфорация подвздошной и слепой кишки. Диффузный фибринозно-гнойный перитонит. Ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость. Нагноение послеоперационной раны. Умеренная умственная отсталость. Шизофрения, детский тип.

Таким образом, диагностика и лечение детей с ИТ ЖКТ на фоне врожденной органической патологии ЦНС представляет значительные трудности. Длительное нахождение инородного тела ЖКТ в одной позиции при динамической обзорной рентгенографии брюшной полости, появление перитонеальных симптомов является показанием к экстренной операции. В послеоперационном периоде у таких больных необходимо проводить парентеральное специфическое лечение психотропными препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шапкина А. Н., Шмырева Е. С. // Хирургия. – 2011. – № 1. – С. 65.
2. Arana F., Hauser B., Hachimi-Idrissi S., Vandeplass Y. // Eur. J. Perdiat. – 2001. – Vol. 160, N 8. – P. 468–472.
3. Binder L., Anderson W. A. // Ann. Emerg. Med. – 1984. – Vol. 13. – P. 112–117.
4. Macmanus J. E. // Gastrointest. Endosc. – 1982. – Vol. 28. – P. 26–28.

Поступила 21.03.12

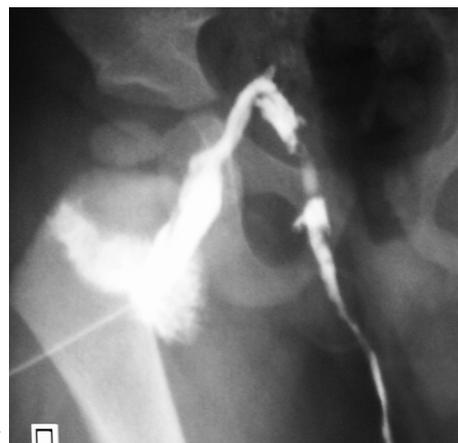
К ст. В. М. Чекмарева и соавт.



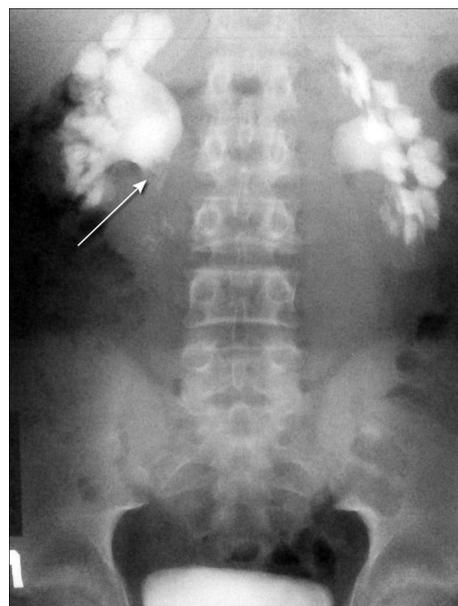
Место перфорации купола слепой кишки инородным телом (металлическая пластина от батарейки).

Рис. 2. Фистулограмма ребенка И.

К ст. А. В. Писклакова и соавт.



К ст. С. Н. Зоркина и соавт.



К ст. Маикова и соавт.

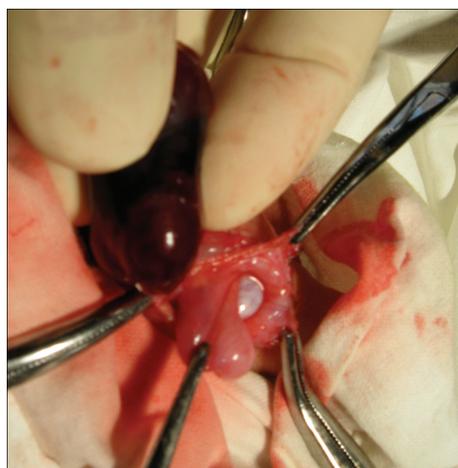


Рис. 1. Вид перекрученной, некротизированной гидатиды во время операции.

Рис. 1. Экскреторная урография (стрелкой обозначен дефект наполнения лоханки справа).

К ст. Ю. Н. Козлова и соавт.

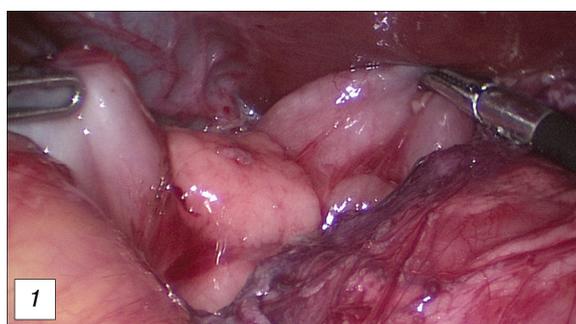


Рис. 1. Эндоскопический вид дуоденальной атрезии в сочетании с кольцевидной поджелудочной железой (зажим справа фиксирует приводящую порцию двенадцатиперстной кишки, зажим слева – отводящий сегмент, между ними – ткань поджелудочной железы).

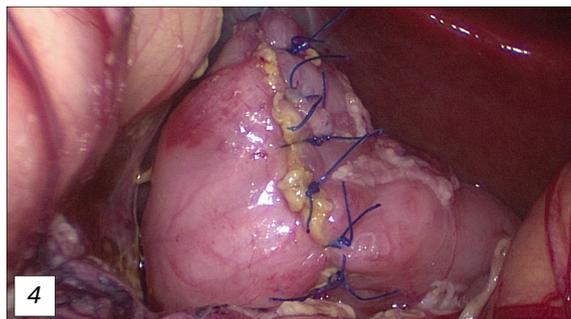
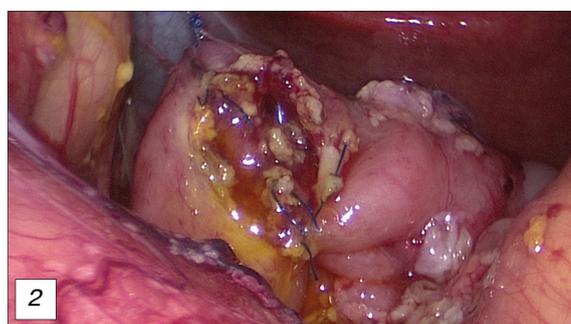


Рис. 2. Формирование задней стенки дуоденального анастомоза.

Рис. 3. Начало конструкции передней линии дуоденодуоденостомии.

Рис. 4. Окончательный вид лапароскопического анастомоза Кимура.