

- зистентности при хроническом остеомиелите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов на/Д., 2003.
33. Федотов В. К. // Остеомиелит у детей. – Ижевск, 2006. – С. 262–263.
  34. Цуман В. Г., Машиков А. Е., Слесарев В. В. // Остеомиелит у детей. – Ижевск, 2006. – С. 267–269.
  35. Чевжик В. П., Арабская Е. А. // Материалы 6-го Российского конгресса. – М., 2007. – С. 313–314.
  36. Шамсиев А. М., Аманов А. И. и др. // Достижения и перспективы детской хирургии: Материалы конф. – СПб., 2002. – С. 142.
  37. Шамсиев А. М., Аманов А. И. и др. // Дет. хир. – 2004. – № 2. – С. 22–24.
  38. Al-Aubaidi Z. // Ugeskr. Laeger. – 2011. – Vol. 173, N 15. – P. 1126–1127.
  39. Deckles V. L., Jones H. W., Harrison W. J. // J. Bone Jnt Surg. Br. – 2010. – Vol. 92, N 8.
  40. Campbell R., Berry M. G., Deva A. et al. // Eplasty. – 2011. – № 11.
  41. Cierny G. // Plast. Reconstr. Surg. – 2011. – Vol. 127 (suppl. 1).
  42. Cotran R. S., Kumar V. Collins T. // Saunders Company Philadelphia et al., 2004.
  43. Hankin D., Bowling F. L. et al. // Foot Ankle Spec. – 2011. – Vol. 4, N 2. – P. 100–105.
  44. Howard- Jones A. R., Isaacs D. // J. Paediatr. Child Hlth. – 2010. – Vol. 46, N 12.
  45. John E. // Surg. Int. Adition. – 1992. – N 18. – P. 145–148.
  46. Jones H. W., Beckles V. L., Akinola B. et al. // J. Bone Jnt Surg. Br. – 2011. – Vol. 93, N 8.
  47. Kutscha-Lissber et al. // Orthopade. – 2004. – Bd 33, N 4. – S. 439–454.
  48. Luo D. J., Zhao H. B., Xu Z. // Zhongguo Gu Shang. – 2010. – Vol. 23, N 8. – P. 631–633.
  49. Mantero E., Carbone M., Calevo M. G. // Musculoskelet Surg. – 2011. – Vol. 95, N 1.
  50. Nosar A. E., Degtyar V. A., Lukyanenko D. N. et al. // Reports of Vinnytsia National Medical University. – 2007. – N 11 (1/1). – P. 190–193.
  51. Onche I. I., Obiano S. K. // Niger. J. Med. – 2004. – Vol. 13, N 4. – P. 355–358.
  52. Rao N., Ziran B. H., Lipsky B. A. // Plast. Reconstr. Surg. – 2011. – Vol. 127 (suppl. 1). – P. 177S–187S.
  53. Shea K. W. // N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 7. – P. 428–429.

Поступила 11.10.11

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.33/34-003.6-053.2-089

С. В. Весёлый, Г. А. Сопов, К. В. Латышов, В. К. Литовка, А. И. Буслаев, А. В. Лезур

### ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕБЕНКА НА ФОНЕ ЧАСТИЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра детской хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (зав. – проф. – Грона В. Н.);

областная детская клиническая больница, Донецк, Украина

Сергей Владимирович Весёлый, д-р мед. наук, проф. каф., veseliy@mir.dn.ua

В практической работе пациенты с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречаются довольно часто. Около 80% случаев проглатывания инородных тел приходится на детский возраст. Пик наблюдений регистрируется у пациентов в возрасте от 6 мес до 3 лет [2]. 80–90% всех инородных тел проходят через ЖКТ без особых трудностей. Приблизительно в 10–20% случаев требуется их эндоскопическое удаление, у 1% больных необходимо хирургическое вмешательство путем лапаротомии либо лапароскопии [4, 6]. В ряде случаев диагностика инородных тел ЖКТ представляет определенные трудности, и это нередко обуславливает развитие осложнений. Несвоевременное выявление инородных тел вызывает их имплантацию, кровотечение, непроходимость кишечника, перфорацию полых органов, перитонит, что может привести к летальному исходу [3, 5]. Наиболее частыми зонами внедрения инородных тел являются физиологические сужения пищевода, область привратника, залуковые отделы двенадцатиперстной кишки, илеоцекальный клапан, а также области анастомозов и патологических сужений [1].

В клинике детской хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького с 2000 г. 6 (1,25%) детям из всех пациентов с инородными телами ЖКТ потребовалось оперативное вмешательство. Извлечены инородные тела желудка – раскрытая булавка, зубная щетка, фи-то- и трихобезоар, найдена батарейка в дивертикуле Мекке-

ля. В одном случае выявлены две батарейки, находившиеся на уровне стеноза подвздошной кишки, который развился в результате наложения дигестивного анастомоза.

Приводим одно из этих наблюдений.

Б о л ь н а я Ч . , 1 год 4 мес, поступила в клинику 20.01.11 с жалобами на наличие двух плоских батареек в желудочно-кишечном тракте. Болеет с 17.01.11, когда появились беспокойство и многократная рвота, в связи с чем девочка была госпитализирована в городскую больницу по месту жительства, где была заподозрена частичная спаечная кишечная непроходимость. Из анамнеза заболевания известно, что в июле 2010 г. больная была оперирована по месту жительства по поводу тонко-тонкокишечной инвагинации, некроза подвздошной кишки. Была произведена резекция тощей кишки с наложением тонко-тонкокишечного анастомоза. Послеоперационный период тогда протекал без особенностей. 19.01.11 выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости (рис. 1, а, б, на вклейке). В проекции малого таза выявлены две тени, напоминающие батарейки. Больная переведена в клинику с диагнозом: инородное тело ЖКТ.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Ребенок нормального питания. Кожные покровы чистые, бледные. Легкие и сердце без особенностей. Живот правильной формы, умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Какие-либо патологические образования не пальпируются. Ректальное исследование без патологии. В общем анализе кро-

ви: Нб 123 г/л, эр.  $4 \cdot 10^{12}$ /л, цв. пок. 0,9, тр.  $272 \cdot 10^9$ /л, л.  $10,5 \cdot 10^9$ /л, п. 2%, с. 20%, э. 1%, лимф. 69%, мон. 8% (68:1000); СОЭ – 6 мм/ч. Биохимические анализы крови, общий анализ мочи – в пределах нормы. Данные УЗИ от 24.01.11: печень – контуры ровные, четкие, структура однородная, средней эхогенности, толщина левой доли по срединной линии 29 мм, толщина правой доли по срединно-ключичной линии 63 мм. Край печени выступает на 1,5 см по срединно-ключичной линии. Экскурсия при дыхании 1 см. Угол края печени острый. Диаметр воротной вены в месте пересечения с нижней полой веной 4 мм. Желчный пузырь правильной формы, с четкими, ровными контурами, свободный от внутренних структур, размером  $39 \times 10$  мм. Толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа с ровными, четкими контурами, однородной структуры, средней эхогенности, легко смещается при дыхании. Размеры: головка 7,7 мм, тело 7,1 мм, хвост 8,9 мм. Селезенка размером  $60 \times 20$  мм, в подреберье, паренхима однородная, средней эхогенности. В кишечнике обилие жидкого содержимого, активная перистальтика. В области печеночного угла поперечно-ободочной кишки определяются гиперэхогенные округлые включения диаметром 9 мм. Заключение: инородные тела кишечника (батарейки). За время наблюдения у ребенка появились жидкий стул и субфебрильная лихорадка – как проявления колита, связанного с воздействием батареек на стенку кишки. Возникли боли в животе. На 5-е сутки (25.01.11) произведена повторная обзорная рентгенография органов брюшной полости (см. рис. 1, б). Тени рентгеноконтрастных инородных тел регистрируются справа от  $L_{IV}$ . Под левым куполом диафрагмы наблюдается кишечная "арка". В связи с тем что на 5-е сутки инородные тела по кишке не продвигаются и имеются признаки частичной обтурационной кишечной непроходимости, решено произвести лапаротомию в срочном порядке.

25.01.11 выполнена операция (хирург – проф. С. В. Веселый): лапаротомия, разъединение спаек, резекция подвздошной кишки, удаление инородных тел ЖКТ, наложение тонко-тонкокишечного анастомоза. После обработки операционного поля произведена срединная лапаротомия длиной 10 см. Осуществлен гемостаз. Получен серозный выпот до  $50 \text{ см}^3$ . Париеальная брюшина обычных свойств. В рану предлежат умеренно раздутые петли тонкой кишки, которые спаяны между собой, с париеальной брюшиной и прядями большого сальника множественными плоскостными спайками. Тонкая кишка освобождена от спаек на всем протяжении. Выполнена экономная резекция пряди большого сальника, скомпрометированного в адгезивном процессе. При ревизии установлено, что на расстоянии примерно 40 см от илеоцекального угла, в месте ранее наложенного анастомоза, участок подвздошной кишки деформирован на протяжении 7 см в виде «двустволки», фиксирован мощными плоскостными спайками к корню брыжейки, что вызывает явления частичной обтурационной кишечной непроходимости. Диаметр приводящей кишки 1,4 см, диаметр отводящей кишки 0,7 см. Терминальный отдел тонкой кишки спавшийся. Скомпрометированная петля подвздошной кишки, несущая анастомоз,

освобождена от спаек. В просвете приводящей кишки пальпируются инородные тела, переместить которые за зону ранее наложенного анастомоза не представляется возможным ввиду сужения просвета (рис. 2, на вклейке). Эвакуация химуса из приводящей петли в отводящую затруднена. Определяется стеноз кишечного анастомоза. Осуществлена декомпрессия тонкой кишки методом "выдаивания". Скомпрометированная петля подвздошной кишки, несущая анастомоз, мобилизована с отступлением в проксимальном и дистальном направлении на расстояние до 10 см от границ стеноза. Произведена ее резекция. Вместе с резецированной петлей подвздошной кишки удалены инородные тела – две батарейки (рис. 3, см. на вклейке). Наложено илео-илеоанастомоз в конце в конце отдельными двухрядными синтетическими швами. Окно в брыжейке тонкой кишки ушито отдельными синтетическими швами. Контроль на герметичность и проходимость показал, что анастомоз герметичен и проходим. Выполнен контроль на гемостаз – кровотечения нет. Произведена санация брюшной полости. Послеоперационная рана послойно ушита наглухо отдельными синтетическими швами. Наложена асептическая повязка. Получены макропрепараты: 1) участок тонкой кишки – деформирован на протяжении 7 см, серозный покров гиперемирован, в центре – зона сужения анастомоза, слизистая отечная, гиперемирована; 2) прядь большого сальника – отечная, гиперемирована.

Диагноз после операции – инородные тела ЖКТ (две плоские батарейки); стеноз тонко-тонкокишечного анастомоза; частичная спаечная кишечная непроходимость; оментит. Патогистологическое исследование: в сальнике – полнокровные сосудов и мелкие очаговые кровоизлияния; участок тонкой кишки – с полнокровными сосудами подслизистой основы, выраженной лимфо- и плазмоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки с примесью полиморфно-ядерных лейкоцитов и переходом в подслизистую основу и мышечную оболочку; умеренный склероз подслизистой основы и гипертрофия мышечной оболочки.

Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты, рана зажила первичным натяжением. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Хрыщанович В. Я., Ладутько И. М., Прохорова Я. В. // Мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 4–9.
2. Dahshan A. // J. Okla. State. Med. Assoc. – 2001. – Vol. 94, N 6. – P. 183–186.
3. Jung Min Park, Chang Seog Lee, Min Seong Kim et al. // J. Korean Soc. Coloproctol. – 2010. – Vol. 26, N 6. – P. 433–436.
4. Wahbeh G., Wylie R., Kay M. // Clin. Pediatr. – 2002. – Vol. 41, N 9. – P. 633–640.
5. Wong H. H., Phillips B. A. // CJEM. – 2009. – Vol. 11, N 5. – P. 493–495.
6. Zameer M., Kanojia R. P., Thapa B. R., Rao K. L. // Afr. J. Paediatr. Surg. – 2010. – Vol. 7, N 2. – P. 114–116.

Поступила 07.04.11



*К ст. Г. И. Фисенко*

Рис. 3. Посттравматический рубец области кончика носа после укуса собаки у пациентки 10 лет. Давность травмы 1 год.

*а* – вид до операции, *б* – на 7-й день после операции механической дермabrasии, *в* – через 1 мес после операции. Сохраняются остаточные явления послеоперационной эритемы.



Рис. 4. Послеожоговый рубец области лица у пациентки 5 лет с детства.

*а* – до операции, *б* – после первой (базовой) операции дермabrasии, *в* – после 1-го раннего заживления с целью устранения оставшейся, более глубоко расположенной пигментации, на 10-й день после повторного вмешательства.

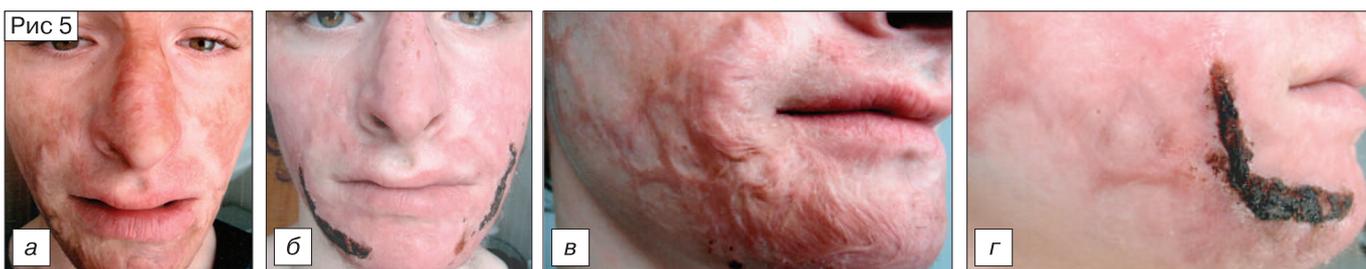


Рис. 5. Послеожоговый рубец с детства у пациента 16 лет.

*а* – до операции, *б* – после базовой механической дермabrasии, *в* – фрагмент рубца в области подбородка справа (профиль) после базовой дермabrasии; *г* и *б* – на этих фото видны незажившие участки под корочкой. Так как была прооперирована склонная к возникновению келоидов часть лица (верхняя губа и подбородок), пациенту сразу после заживления была назначена Букки-терапия. Лечение продолжается успешно.

Рис. 6. Атрофически-гипертрофический рубец «плюс/минус» ткань.



*К ст. С. В. Весёлого и соавт.*

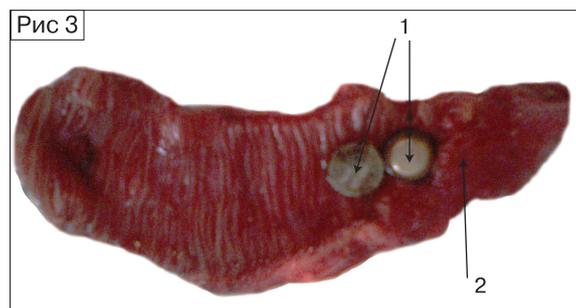
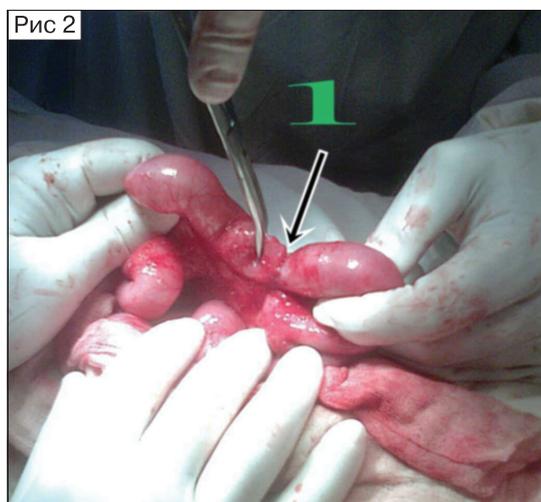


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости.

*а* – 1-е сутки от начала заболевания; *б* – 5-е сутки от начала заболевания.

Рис. 2. Тонко-тонкокишечный анастомоз с инородными телами (стрелкой показано место сужения).

Рис. 3. Инородные тела в просвете тонко-тонкокишечного анастомоза (*1* – место сужения; *2* – багарайки).