

Ю. Ю. Соколов, С. А. Коровин, С. В. Стоногин, Е. В. Дворовенко, Е. В. Тимохович, Д. В. Ионов

РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии (зав. – проф. Ю. Ю. Соколов) РМАПО, Тушинская детская городская больница Москвы (главный врач О. Е. Куликова)

Юрий Юрьевич Соколов, д-р мед. наук, sokolov@permlink.ru

Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей встречаются достаточно часто. Клинические проявления и частота возникновения различных осложнений определяются характером инородных тел и их локализацией [3, 6]. В большинстве случаев после попадания инородных тел в двенадцатиперстную кишку и нижележащие отделы пищеварительного тракта ограничиваются наблюдением за пассажем последних по кишечнику. С другой стороны, попадание инородных тел в просвет червеобразного отростка у детей отмечается крайне редко [1, 5]. Описание даже единичных клинических наблюдений может быть интересно для уточнения возможных осложнений и выработки лечебной тактики.

Клиническое наблюдение 1. Б о л ь н о й М., 13 лет, поступил 06.07.04 в Тушинскую детскую городскую больницу через 1 сут от начала заболевания с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела до 37,3°C.

Из анамнеза известно, что в 2001 г. (за 3 года до этого) мальчику была выполнена правосторонняя гемигепатэктомия по поводу хронического пилефлебического абсцесса VII–VIII сегментов печени в одном из лечебных учреждений.

При поступлении живот не вздут. В правом подреберье имеется послеоперационный рубец. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненность, положительный симптом Щеткина–Блюмберга.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости жидкости и свободного газа нет. Находкой явилось обнаружение рентгеноконтрастного инородного тела в области крыла правой подвздошной кости.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости в правом латеральном канале определяется тубулярная апериостальтическая структура со слоистыми стенками диаметром 16 мм с гиперэхогенным линейным включением (рис. 1, на вклейке).

По экстренным показаниям больной был оперирован с диагнозом острый аппендицит. Разрезом по кожной складке в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. В брюшной полости умеренное количество гнойного выпота, который взят для посева. В рану выведен купол слепой кишки с утолщенным, гиперемиро-

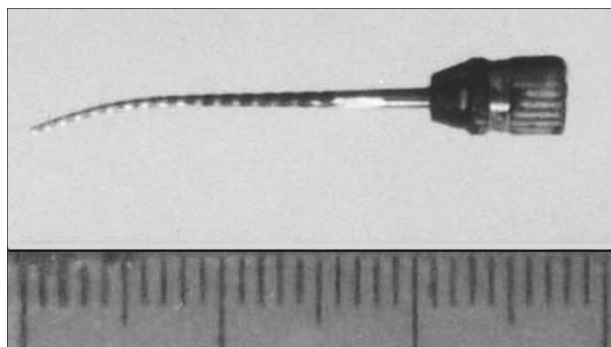


Рис. 2. Стоматологический депульпатор, извлеченный из просвета червеобразного отростка.

ванным, покрытым фибрином червеобразным отростком длиной 8 см. Брыжейка червеобразного отростка прошита и перевязана. Аппендэктомия лигатурным способом. Выпот из брюшной полости эвакуирован. Рана ушита послойно наглухо.

На разрезе червеобразного отростка в его просвете имеется большой каловый камень, внутри которого определяется инородное тело – стоматологический депульпатор (рис. 2). При гистологическом исследовании удаленного червеобразного отростка установлен флегмонозный аппендицит.

Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 6-й день после операции.

При сборе дополнительного анамнеза после операции было установлено, что мальчик лечил зубы в 2000 г., когда проводилась экстракция пульпы.

Клиническое наблюдение 2. Б о л ь н о й А., 5 лет, поступил в Тушинскую детскую городскую больницу 20.01.10 с жалобами на боли в животе, 3-кратную рвоту, слабость, недомогание, субфебрильную температуру. При поступлении острая хирургическая патология была исключена. Ребенок с диагнозом функциональное нарушение желудочно-кишечного тракта был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. При ирригоскопии на серии рентгенограмм были выявлены рентгенологические признаки долихосигмы, а также инородные тела (шуруп-саморез и скрепки) в области баугиниевой заслонки и в просвете червеобразного отростка (рис. 3, на вклейке).

При сборе дополнительного анамнеза было установлено, что в доме, где проживает мальчик с родителями, 6 мес назад проводился ремонт, ребенок имел доступ к материалам для ремонта. Было также установлено, что на протяжении последнего времени ребенок отмечал периодические боли в правой подвздошной области, которые самостоятельно купировались. При повторном ультразвуковом исследовании в правой подвздошной области определялась тубулярная структура диаметром 5 мм без видимой перистальтики, в просвете которой визуализируется гиперэхогенное содержимое с акустической тенью (инородное тело?).

08.02.10 по поводу длительно находящихся инородных тел червеобразного отростка выполнена операция: лапароскопически ассистированная трансумбиликальная аппендэктомия. В разрез под пупком открытым способом введен 10 мм троакар, наложен пневмоперитонеум, введена оптика. Дополнительный 5 мм троакар введен в левой подвздошной области. При ревизии выявлено, что червеобразный отросток до 6 см длиной, умеренно инфильтрирован. Мобилизован купол слепой кишки, червеобразный отросток выведен на переднюю брюшную стенку через троакарный разрез в области пупка (рис. 4). Пальпаторно в просвете отростка определяются два инородных тела, в области купола слепой кишки – третье инородное тело. Выполнена аппендэктомия лигатурным способом. Купол слепой кишки погружен в брюшную полость. Наложены швы на раны брюшной стенки.

При ревизии удаленного червеобразного отростка в его

просвете обнаружены две металлические скрепки. При гистологическом исследовании имеются признаки кровоизлияний в слизистую оболочку червеобразного отростка, воспалительных изменений не выявлено.

Течение послеоперационного периода гладкое. Инородное тело (шуруп-саморез) естественным путем вышло через сутки. Через 7 дней после операции ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан домой.

О том, что в червеобразном отростке может «складываться мусор желудочно-кишечного тракта» известно в хирургии почти 300 лет со времен первой аппендэктомии, которая была произведена английским королевским хирургом Claudius Amyand в 1735 г. Тогда у 11-летнего мальчика в просвете отростка была обнаружена инкрустированная солями булавка [7].

За последующие столетия список видов инородных тел аппендикса значительно пополнился. Большинство подобных наблюдений описано детскими хирургами и относятся к детям дошкольного возраста. По данным литературы [7], ежегодно детьми проглатывается более 100 000 инородных тел. Инородные тела червеобразного отростка встречаются достаточно редко, но разнообразие их видов чрезвычайно велико. Чаще всего у детей младшего возраста в червеобразном отростке находят косточки от фруктов, булавки, металлическую ртуть градусника, у детей старшего возраста инородными телами червеобразного отростка могут быть мелкая дробь, мелкие куриные и рыбы кости, семена подсолнуха, фрагменты стекла, швейные иглы, зубные коронки, металлическая проволока, гвозди, фрагменты древесины. К наиболее редким инородным телам аппендикса можно отнести наконечники от медицинского термометра, металлические детали пирсинга, презервативы, рыболовные крючки, стоматологическое сверло [1, 3, 5].

Чаще всего проглоченные детьми инородные тела свободно проходят через весь желудочно-кишечный тракт. В ряде случаев попавшие в червеобразный отросток инородные тела могут явиться причиной развития острого аппендицита. P. Klingler и соавт. [6], проанализировав данные литературы 256 случаях обнаружения инородных тел в червеобразном отростке, попытались определить потенциально опасные инородные тела, способные вызывать острый аппендицит и его осложнения. Авторы предположили, что тонкие длинные инородные тела с острыми краями металлической плотности, способные внедряться в слизистую и перфорировать отросток, наиболее опасны в плане возникновения острого аппендицита.

Ряд авторов считают, что при подозрении на наличие инородного тела в червеобразном отростке первым этапом показана диагностическая колоноскопия и попытка извлечь инородное тело в ходе эндоскопии [4, 6]. При невозможности удалить инородное тело при колоноскопии прибегают к илеотомии (колотомии) или выполняют открытую или лапароскопическую аппендэктомию [1, 3, 5].

В представленном нами первом клиническом наблюдении, по-видимому, после попадания инородного тела (стоматологического депульпатора) в червеобразный отросток в течение длительного времени происходило травмирование

стенки аппендикса. Возбудители инфекции из червеобразного отростка восходящим путем по воротной венозной системе могли попасть в ткань печени, где сформировался хронический абсцесс, что потребовало выполнения правосторонней гемигепатэктомии. В дальнейшем в червеобразном отростке образовался каловый камень, который вызвал обструкцию просвета аппендикса, нарушение кровоснабжения стенки отростка и развитие флегмонозного воспаления.

Особенность второго наблюдения заключается в длительном бессимптомном нахождении множественных инородных тел в червеобразном отростке без развития в нем воспалительных изменений. Выбранный нами способ лапароскопически ассистированной трансумбиликальной аппендэктомии позволил в ходе вмешательства пропальпировать червеобразный отросток и исключить, таким образом, вероятность нахождения инородного тела в области основания отростка, что было бы затруднительно при выполнении традиционной лапароскопической аппендэктомии.

Выводы

1. Инородные тела червеобразного отростка встречаются у детей исключительно редко. Для профилактики попадания инородных тел в червеобразный отросток необходимо своевременное их удаление при эзофагогастродуоденоскопии из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Для диагностики инородных тел червеобразного отростка, наряду с обзорной рентгенографией, может быть информативно ультразвуковое исследование илеоцекальной области.

3. Инородные тела червеобразного отростка могут быть причиной развития пилефлебита и формирования хронического абсцесса печени.

4. При наличии инородных тел в червеобразном отростке у детей эффективным методом лечения является лапароскопическая или лапароскопически ассистированная трансумбиликальная аппендэктомию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидов М. И., Субботин В. М., Гернер А. О. и др. // Хирургия. – 2005. – № 9. – С. 25–30.
2. Сафонов Д. В., Богомолов Н. И., Пикулина Л. Г., Иванова О. В. // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 76.
3. Glen P., Ihedioha U., Mackenzie I. // Br. Dent. J. – 2007. – Vol. 10, N 3. – P. 141–142.
4. Hadi H. I., Quah H. M., Maw A. // Int. Surg. – 2006. – Vol. 91, N 2. – P. 87–90.
5. Hartin C. W., Lau S. T., Caty M. Y. // J. Pediatr. Surg. – 2008. Vol. 43, N 11. – P. 2106–2108.
6. Klingler P. J., Seelig M. H., De Vault K. R. et al. // Dig. Dis. – 1998. – Vol. 16, N 5. – P. 308–314.
7. Zampieri N., Zuin V., Ottolenghi A., Camoglio F. S. // Acta Paediatr. – 2008. – Vol. 197, N 7. – P. 983–984.

Поступила 18.04.11

Рис. 1. На эхограмме определяется тубулярная аперистальгическая структура со слоистыми стенками с гиперэхогенным линейным включением (указано стрелкой).

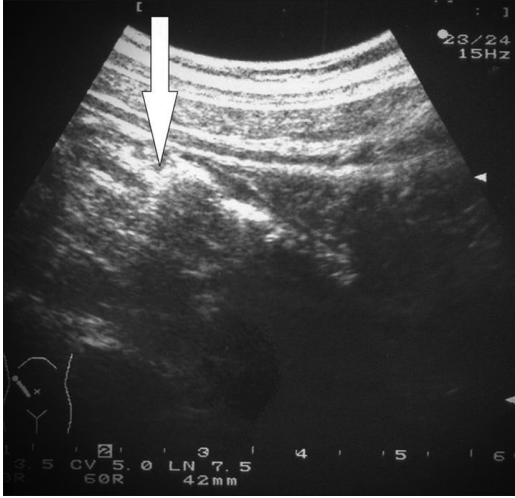
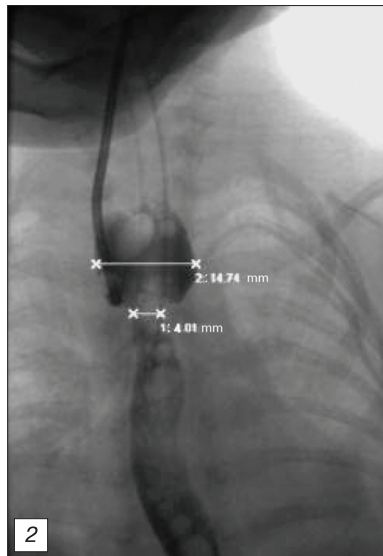


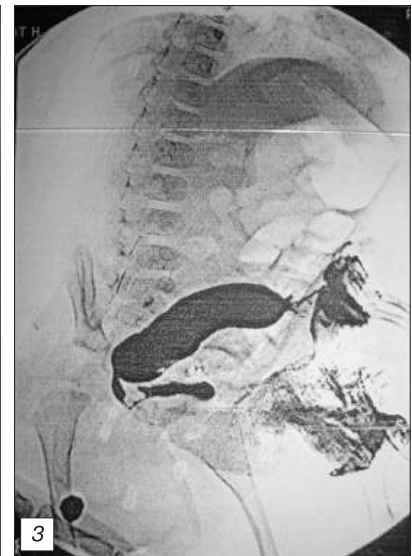
Рис. 3. На ирригোগрамме определяются инородные тела в области баугиниевой заслонки и в просвете червеобразного отростка.



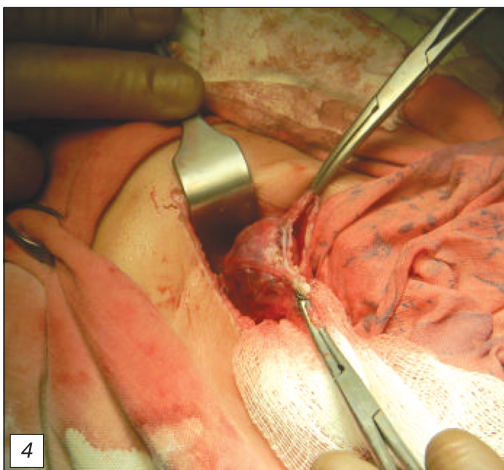
1



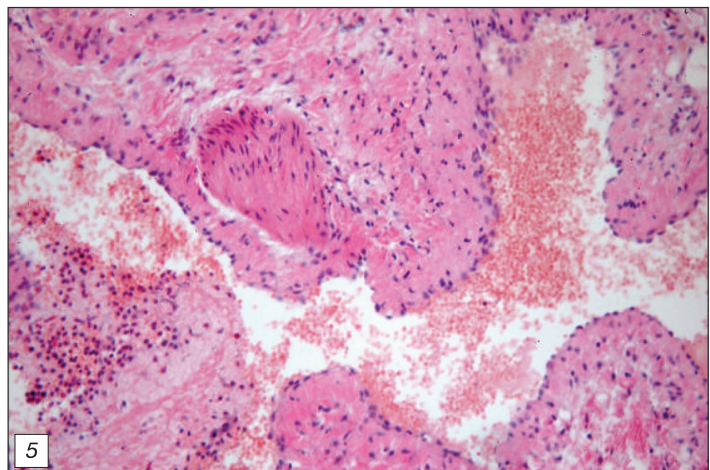
2



3



4



5

Рис. 1. Рентгенограмма брюшной полости.

Перфорация желудка.

Рис. 2. Субкомпенсированный стеноз эзофагоанастомоза (до баллонной дилатации).

Рис. 3. Контрастирование отводящей петли через стому.

Ректоуретральный простатический свищ.

Рис. 4. Интраоперационная фотография.

Гемангиома культи прямой кишки.

Рис. 5. Гистологический препарат гемангиомы.