

УДК 616.34-007.271-053.2-089

М.П. Разин, Н.К. Сухих  
**АЦИОБЕЗОАР КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА ОБТУРАЦИИ КИШЕЧНИКА  
У ДЕТЕЙ**

M.P. Razin, N.K. Sukhikh  
**ACIOBEZOAR AS A RARE CAUSE OF INTESTINAL OBTURATION  
AMONG CHILDREN**

*ГОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития*

Представлен клинический опыт оперативного лечения ребенка 4-х лет с ациобезоаром желудка и тонкой кишки на фоне аллотриофагии.

**Ключевые слова:** Приобретенная кишечная непроходимость, дети, аллотриофагия, оперативное лечение

Present work describes clinical case of interventional treatment of a 4 years old child with gaster and small intestine aciobezoar complicated with allotriofagia.

**Key words:** Acquired intestinal obstruction, children, allotriofagiya, interventional treatment

### **Введение**

Различные вопросы этиопатогенеза, клинических проявлений, способов диагностики и дифференциальной диагностики, оптимальных методов лечения разнообразных форм приобретенной кишечной непроходимости по-прежнему являются актуальными для детской хирургии, что в том числе связано и со своеобразием контингента наших маленьких пациентов. В этой связи мы считаем небезынтересным поделиться одним клиническим случаем из собственной практики.

### **Результаты и их обсуждение**

Девочка Я., 4 лет, заболела остро, когда впервые появились боли в животе, была однократная рвота швейными нитками и семечками подсолнечника. Ребенок был доставлен из центральной районной больницы в детскую областную клиническую больницу через 10 часов от начала заболевания (со слов матери-домохозяйки). При поступлении больного – состояние средней степени тяжести. Девочка пониженного питания, вялая, бледная. Травм, операций, гемотрансфузий в анамнезе нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается, ЧД 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, пульс 100 в мин. Стул за сутки 1 раз оформленный. Диурез в норме. Живот равномерно вздут, болезненный при пальпации в мезогастральных отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Перистальтика кишечника громкая, активная. Общий анализ

крови при поступлении: лейкоциты  $14,6 \cdot 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $6,09 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 94 г/л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 0, моноциты 11%, лимфоциты 14%, СОЭ 6 мм/час. Общий анализ мочи при поступлении: желтая, слабо-мутноватая, реакция кислая, удельный вес 1027, белок 0,617, сахара не обнаружено, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – до 20, слизь «+». Обзорная рентгенография брюшной полости: чаши Клойбера и симптом «арки», инородное тело желудка (канцелярская скрепка). Рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта на протяжении: взвесь  $\text{BaSO}_4$  депонируется в желудке и верхних отделах ЖКТ, рентгенологически «немые» нижние отделы живота.

С диагнозом «кишечная непроходимость» ребенок был взят на операцию. Под интубационным наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии тонкого кишечника обнаружены множественные псевдоинвагинаты (расправлены), выявлено, что тощая кишка перераздута, кроме того обнаружен обтурат  $10 \times 6$  см., плотный, практически не перемещается по кишечнику, с плотным тяжом за ним на 50 см. по протяженности. Еюнотомия на  $3/4$  окружности кишки. Безоар, основу которого составляли швейные нитки, семечки и шелуха подсолнечника, удален. Дефект ушит двухрядным кишечным узловым швом. Безоар меньших размеров сцезен по кишке в толстую. При ревизии обнаружен дубликационный дивертикул по брыжеечному краю подвздошной кишки. Дивертикулэктомия с погружением культи основания в кисетный шов. Брюшная полость дренирована резиновым выпускником через отдельную операционную рану в левой подвздошной области, послойно ушита, йод, асептическая повязка. Диагноз: обтурационная кишечная непроходимость. Ациобезоар тощей кишки (асіа (лат.) – швейная нить).

Дальнейшее лечение девочка получала в палате интенсивной терапии и реанимации. На следующий день – состояние тяжелое, стабильное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, ЧД 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 140 в мин. Живот вздут, перистальтика вялая. По зонду из желудка застойное отделяемое. Стула не было. Диурез умеренный. Местно: отделяемого по дренажу нет. Сделана очистительная клизма, получено большое количество остаточного безоара из швейных нитей. Живот опал. Консервативная терапия продолжена, начато парэнтеральное питание, с заместительной целью перелита эритроцитарная масса. На 2-ой день после оперативного лечения – состояние ребенка тяжелое с отрицательной динамикой. В сознании, но вялая. По зонду из желудка – застойное отделяемое. Живот мягкий, вздут, при пальпации болезненный. Перитониальная симптоматика отрицательная, перистальтика вялая. При рентгеноконтрастном исследовании желудочно-кишечного тракта на протяжении пассаж бариевой взвеси замедлен, имеются уровни жидкости в тонкой кишке. Ребенок оперирован повторно. Под эндотрахеальным

наркозом выполнена релапаротомия. При ревизии выявлено: петли тонкой кишки раздуты газами, заполнены жидким содержимым с сульфатом бария. Стенки тонкой кишки ригидные, отечные, гиперемированные, местами покрыты фибрином. В среднем отделе тонкая кишка складывается в виде «двустволок». Лимфоузлы брыжейки увеличены до 1,0-1,5 см. Спайки разделены, сальник резецирован. Содержимое тонкой кишки сцежено в толстую. Кишечные швы состоятельны. В желудке пальпируется опухолевидное образование, плотное, занимающее 2/3 объема желудка. Выполнена гастротомия по передней стенке. Удален большой плотный безоар, состоящий из швейных нитей. Рана ушита двухрядным узловым швом. Брюшная полость осушена и дренирована латексным выпускником в правой подвздошной области, послойно швы на рану, йод, асептическая повязка. В динамике состояние больной улучшилось, появился самостоятельный стул. На 6-й день после повторной операции девочка переведена из отделения реанимации в хирургическое отделение; выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями на 12-е сутки после второй операции.

### **Заключение**

Приведенный случай из практики заостряет внимание на встречаемости аллотриофагии у детей (склонность к поеданию несъедобных предметов) и возможности казуистически редких причин для возникновения у них приобретенной кишечной непроходимости.

Разин Максим Петрович – зав.кафедрой хирургических болезней детского возраста Кировской ГМА, профессор, д.м.н.  
Сухих Николай Константинович – ассистент кафедры хирургических болезней детского возраста Кировской ГМА, к.м.н.

Рецензент Никитин Николай Александрович – заведующий кафедрой факультетской хирургии Кировской ГМА, д.м.н., профессор.

Для переписки:  
610050, г. Киров, ул. Менделеева, 16, ДОКБ, кафедра хирургических болезней детского возраста  
Разин М.П.  
Тел.: (8332) 51-26-79  
E-mail: [mprazin@yandex.ru](mailto:mprazin@yandex.ru)

Рецензент: Никитин Николай Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ГОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития России. 610027, г.Киров, ул.К.Маркса, 112. Тел.(8332) 23-65-10

Подлинность подписи рецензента подтверждаю:  
специалист отдела кадров по месту работы рецензента.