

Зайцева Т.В., Золотарева А.В., Игнатьев Р.О., Розинов В.М.

ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ, У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ

Детская городская клиническая больница №9 имени Г.Н. Сперанского, г. Москва;
НИИ хирургии детского возраста РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Zaitseva T.V., Zolotaryova A.V., Ignatiev R.O., Rosinov V.M.

ACUTE OBTURATION INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY A FOREIGN OBJECT IN A 1.5-YEAR-OLD

G.N. Speransky Children's Municipal Clinical Hospital No.9, Moscow;
Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of Russia

Резюме

Представлено клиническое наблюдение ребенка 1,5 лет с гидрогелевым инородным телом подвздошной кишки, определившим развитие острой обтурационной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: дети, инородное тело, кишечная непроходимость

Abstract

Clinical observation of a 1.5-year-old with a hydrogel foreign object in the ileum causing an acute obturation intestinal obstruction was submitted.

Key words: children, foreign object, intestinal obstruction

Проблема инородных тел желудочно-кишечного тракта в педиатрической практике эволюционно сохраняет актуальность в связи с безудержной креативностью производителей, наполняющих отечественный потребительский рынок разнообразными товарами, представляющими опасность для детей младшей возрастной группы.

Ребенок 1,5 лет поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с направляющим диагнозом «Кишечная непроходимость».

Анамнез заболевания содержит указание на регулярную рвоту в течение 4 суток, возникающую после каждого приема пищи, общую слабость, отсутствие стула. Беспокойства, повышения температуры не отмечалось. На 2-е сутки заболевания осмотрен бригадой СМП, назначена симптоматическая терапия по поводу кишечной инфекции – без эффекта.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Умеренно выражена интоксикация, вялый, отказывается от приема пищи и жидкости. Субфебрильная температура тела. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, умеренно бледные. Одышки нет, при аускультации над легочны-

ми полями выслушивается везикулярное дыхание. Незначительная тахикардия – частота сердечных сокращений 110 в мин. Сердечные тоны ясные. Живот симметрично умеренно вздут. Передняя брюшная стенка, через которую контурируются раздутые кишечные петли, ограниченно участвует в акте дыхания. В верхних отделах живота выслушивается усиленная «звонкая» перистальтика и шум «плеска». При пальпации живот мягкий во всех отделах, умеренно болезненный в области гипогастрия. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При ректальном исследовании: ампула пустая, патологических образований на высоте пальца не обнаруживается.

По данным лабораторных исследований нарушений кислотно-щелочного равновесия, анемии и гемоконцентрации нет. При рентгенографии брюшной полости выявлено неравномерное газонаполнение кишечника, резко расширенные петли тонкой кишки с формированием «арок» (рис. 1).

Проведена абдоминальная эхография – визуализация органов брюшной полости затруднена в связи с повышенным газонаполнением кишечника. В левых отделах кишечные петли расширены до 22 мм,

заполнены жидким содержимым, стенки их не утолщены, перистальтика сохранена, «маятникообразных» движений химуса не зафиксировано. Определяется свободная жидкость между кишечными петлями и за мочевым пузырем. При сканировании малого таза слева от мочевого пузыря визуализируется округлое образование с четкими, ровными контурами и анэхогенным содержимым, диаметром 25 мм, с толщиной стенок до 2 мм. Кровоток в образовании убедительно не определяется из-за выраженного беспокойства ребенка (рис. 2).

После гипертонической клизмы получен оформленный стул, однако клинические проявления кишечной непроходимости сохранялись в виде вздутия живота за счет раздутых кишечных петель, а также усиленной перистальтики и шума «плеска». Данная клиническая картина в совокупности с анамнезом заболевания, результатами рентгенографических и эхографических исследований позволяла предположить наличие энтерокистомы либо новообразования как вероятной механической причины нарушения пассажа кишечного содержимого. В связи с вышеизложенным принято решение выполнить диагностическую лапароскопию с интраоперационным определением дальнейшей тактики.

После предоперационной подготовки выполнена лапароскопия, 3-миллиметровой оптикой осмотрена брюшная полость: выявлено большое количество прозрачного выпота, резко расширенные кишечные петли, затрудняющие манипуляции. В просвете подвздошной кишки определяется округлое, плотное образование, полностью обтурирующее просвет (рис. 3).

До уровня образования и после него визуализировались расширенная и спавшаяся тонкая кишка соответственно. Учитывая, невозможность дифференцировать энтерокистому и злокачественное новообразование, дальнейшая лапароскопическая ревизия признана нецелесообразной. Проведена конверсия.

Выполнена нижнесрединная лапаротомия, установлено, что образование расположено в подвздошной кишке на расстоянии 50 см от илеоцекального угла. При мануальной пальпации природу образования установить не удалось. Так как не исключался неопластический процесс, выполнена резекция подвздошной кишки на протяжении 10 см с формированием илеоилеоанастомоза «конец в конец», аппендэктомия, дренирование малого таза.



Рис. 1. Рентгенограмма брюшной полости – неравномерное газоуплотнение кишечника, формирование «арок»

Послеоперационный диагноз: Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость. Инородное тело подвздошной кишки.

При разрезе резецированного сегмента подвздошной кишки в ее просвете обнаружено инородное тело – гидрогелевый шарик диаметром 25 мм (рис. 4).

Ретроспективно, при дополнительном анализе анамнеза заболевания, родители пояснили, что ребенок, возможно, проглотил полимерный цветной шарик, предназначенный для игр и декорирования ландшафта. Известно, что данные изделия характеризуются исходно небольшими размерами (диаметром до 1 см), однако при контакте с жидкой средой увеличиваются в объеме в десятки раз, что в данном наблюдении явилось причиной обтурации кишки (рис. 5).

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление операционной раны первичным натяжением, ребенок выписан на 12-е сутки с выздоровлением.

В специальной литературе нами обнаружено описание двух сходных клинических случаев [1, 2, 3]. После публикации данных материалов производство подобных изделий не было ограничено. В частности, продукция компании «The Maya

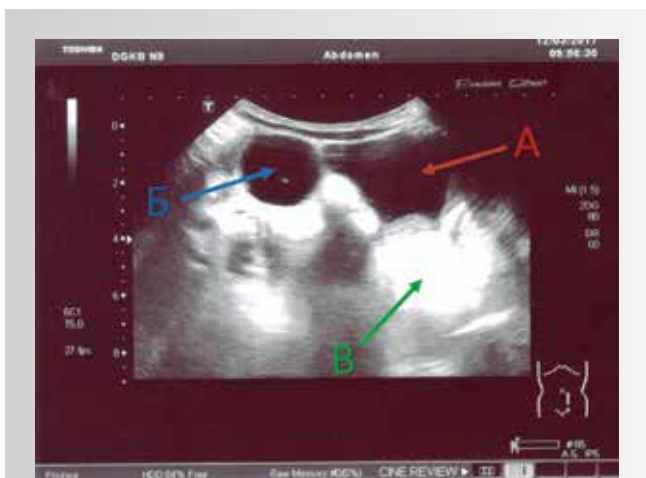


Рис. 2. Абдоминальная эхография. А – мочевой пузырь; Б – инородное тело; В – кишечные петли, заполненные жидким содержимым



Рис. 3. Интраоперационная картина. А – большое количество свободной жидкости; Б – инородное тело в просвете подвздошной кишки

Group» (США), известная как «Orbeez», производится в Китае, рекламируется и распространяется через сеть интернет-магазинов в России.

Целью настоящей публикации является прежде всего необходимость оперативно информировать



Рис. 4. Макропрепарат. Рассеченный фрагмент резецированной кишки, в просвете инородное тело

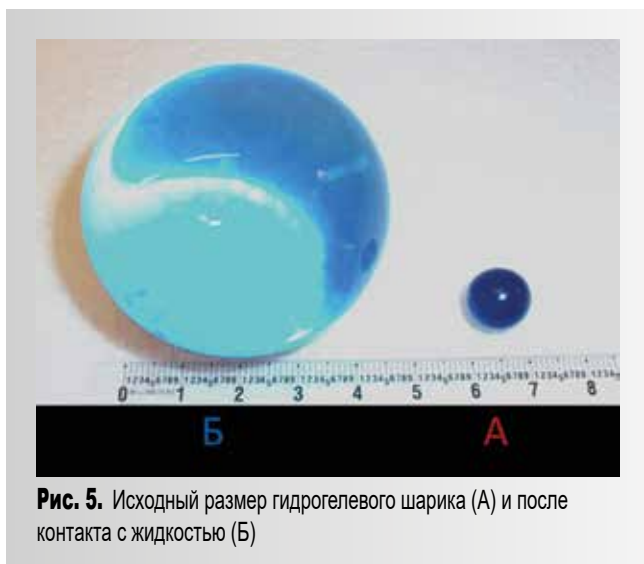


Рис. 5. Исходный размер гидрогелевого шарика (А) и после контакта с жидкостью (Б)

профессиональное сообщество о расширении спектра угроз детям в их среде обитания.

Взаимодействие со средствами массовой информации – реальное условие сформировать атмосферу целевой настороженности в широких слоях населения.

Ограничительные мероприятия в части доступа на отечественный рынок опасных для жизни и здоровья товаров относятся к компетенции Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Список литературы

1. Jackson J., Randell K.A., Knapp J.F. Two Year Old With Water Bead Ingestion // *Pediatr Emerg Care*. 2015; 31 (8):605–607.
2. Moon J.S., Bliss D., Hunter C.J. An unusual case of small bowel obstruction in a child caused by ingestion of water-storing gel beads // *J Pediatr Surg*. 2012;47 (9):19–22.
3. Zamora I.J., Vu L.T., Larimer E.L., Olutoye O.O. Water-absorbing balls: a «growing» problem // *Pediatrics*. 2012;130 (4):1011–1014.

Авторы

ЗАЙЦЕВА Татьяна Вадимовна	Врач – детский хирург ГБУЗ «ДГКБ №9 имени Г.Н. Сперанского» Департамента здравоохранения г. Москвы; E-mail: vostok-zapad87@yandex.ru ; Тел.: 8 (925) 886-81-45
ЗОЛОТАРЕВА Анна Викторовна	Врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «ДГКБ №9 имени Г.Н. Сперанского» Департамента здравоохранения г. Москвы; E-mail: ann436@yandex.ru
ИГНАТЬЕВ Роман Олегович	Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России; E-mail: romarion74@mail.ru
РОЗИНОВ Владимир Михайлович	Доктор медицинских наук, профессор, директор НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России; E-mail: rozinov@inbox.ru