

<https://doi.org/10.30946/2219-4061-2019-9-3-87-95>



Инородное тело больших размеров – карандаш в полости малого таза у девочки двух лет

Гаврилюк В.П.¹, Костин С.В.^{1,2}, Мучкина В.А.^{1,2}, Северинов Д.А.¹

¹ Курский государственный медицинский университет Минздрава России; ул. К. Маркса, 3, г. Курск, Россия, 305041

² Курская областная детская больница № 2 Минздрава России; ул. Хуторская, д. 43-а, г. Курск, Россия, 305029

Резюме

Цель данной работы: информирование врачей, оказывающих помощь детскому населению, об особенностях течения патологических процессов и клинической картине случаев попадания инородного тела больших размеров – карандаш, располагавшийся в полости малого таза. **Клиническое наблюдение:** в приемное отделение Курской областной детской больницы № 2 обратилась мать с девочкой М. в возрасте двух лет с жалобами на беспокойство ребенка, нарушения отхождения стула, повышение температуры тела до субфебрильных значений. За три дня до обращения, вечером, мать вышла в ванную комнату, в этот момент девочка рисовала карандашами. После чего мать обнаружила осаднения в области промежности, скудное геморрагическое отделяемое и обратились за помощью. Девочка осмотрена дежурным врачом-гинекологом, по итогам осмотра острая гинекологическая патология была исключена. В динамике беспокойство ребенка сохранилось, появились нарушения отхождения кала, повышение температуры тела. Выполнено обследование: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – слева паравертебрально от уровня L_v и ниже, в проекции малого таза, определяется продолговатое стержневидное рентгеноконтрастное инородное тело с четкими контурами длиной 8 см и диаметром 0,3–0,4 см. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза, позади мочевого пузыря по ходу прямой и сигмовидной кишки, визуализируется верхний контур анэхогенного инородного тела протяженностью около 60 мм, толщиной около 8,5 мм. **Заключение.** В статье наглядно продемонстрирован план и этапность обследования ребенка с инородным телом больших размеров в свободной брюшной полости. Стоит подчеркнуть, что в случае подобной локализации последнего важным критерием успешного лечения и ведения пациента является четкая и слаженная работа двух служб – детской хирургической и гинекологической. Также авторы обращают внимание читателей на необходимость тщательного расспроса родителей с особой концентрацией на мелких деталях (питание, стул, поведение и др.).

Ключевые слова: инородное тело, детская хирургия, брюшная полость, оперативное вмешательство, пельвиоперитонит

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Гаврилюк В.П., Костин С.В., Мучкина В.А., Северинов Д.А. Инородное тело больших размеров – карандаш в полости малого таза у девочки двух лет. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019; 9(3): 87–95. <https://doi.org/10.30946/2219-4061-2019-9-3-87-95>

Large foreign body – pencil in the pelvic cavity of a girl two years

Vasily P. Gavriiliuk¹, Stanislav V. Kostin^{1,2}, Valentina A. Muchkina^{1,2}, Dmitry A. Severinov¹

¹ Kursk State Medical University; K. Marx St., 3, Kursk, Russia, 305041

² Kursk regional children's hospital No. 2; Hutorskaya St., 43a, Kursk, Russia, 305029

Abstract

Purpose. To inform doctors providing aid to children of the peculiar course of abnormal processes and clinical picture of cases when a big foreign body – a pencil – enters the small pelvis. **Clinical observation:** A 2-year-old girl was admitted to the emergency room of Kursk Regional Children's Hospital No. 2. According to her mother, the girl was anxious, had abnormal rectal discharge and a subfebrile rise in temperature. Three days prior to the admission, the mother went to the bathroom, whereas the girl was drawing with pencils. Then the woman found a graze wound in the perineum, scanty hemorrhagic discharge and sought medical attention. The girl was examined by the duty gynecologist and an acute gynecological pathology was excluded. During the follow-up, the child remained anxious, abnormal defecation and rise in temperature were observed. An oblong, rod-shaped opaque foreign body 8 cm long and 0.3–0.4 cm in diameter was visible paravertebral and left to Lv and in the small pelvis projection on plain abdominal radiography. An upper outline of an anechoic foreign body which is 60 mm long and 8.5 mm wide is visualized posteriorly to the urinary bladder and along the rectum and sigmoid colon during an abdominopelvic ultrasound. **Conclusion.** The article shows an examination plan and stages to be used in a child with a big foreign body in the free abdomen. It must be noted that an important criterion of successful treatment and management in this localization consists of well-coordinated work of pediatric surgical and gynecological services. Authors also state that detailed interrogation of parents is necessary (nutrition, defecation, behavior, etc.).

Key words: foreign body, pediatric surgery, abdominal cavity, surgery, pelvic inflammation

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

For citation: Vasily P. Gavriiliuk, Stanislav V. Kostin, Valentina A. Muchkina, Dmitry A. Severinov Foreign body of the bigger sizes – pencil of the small pelvis at the two-years-old girl. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2019; 9(3): 87–95. <https://doi.org/10.30946/2219-4061-2019-9-3-87-95>

Введение

Одной из отличительных черт детской хирургии, бесспорно, является «особый» контингент пациентов, в силу возрастных особенностей имеющих склонность к тактильному познанию окружающего мира. Зачастую такая любознательность приводит родителей и их детей в отделения детской хирургии после проглатывания, вдыхания, присасывания на какое-либо инородное тело [1]. В настоящее время подобные случаи (инородные тела желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей, мягких тканей и др.) не редкость в виду роста числа разного рода специализированных товаров, обладающих мелкими деталями и представляющих

интерес для маленького ребенка (как правило, возраст до 3–5 лет) [2,3]. К сожалению, не всегда родители успевают предостеречь ребенка от их использования не по назначению. В виду чего была разработана условная классификация инородных тел согласно следующим категориям: по происхождению: эндогенные и экзогенные; по характеру: органические (в том числе фито-, трихо-, себо- и пихсобезоары) и неорганические (металлические и неметаллические); по форме: округлые, острые, цилиндрические, режущие, неправильной формы; по отношению к рентгеновским лучам: рентгеноконтрастные и рентгенонеконтрастные; по локализации: инородные тела пищевода, желудка, тонкой

кишки, толстой кишки, прямой кишки; по степени фиксации: свободно лежащие, мигрирующие, фиксированные; по количеству: одиночные и множественные [4].

В последние годы отмечается увеличение сообщений как в отечественной, так и в зарубежной литературе о казуистических случаях в педиатрической практике, сопряженных с трудностью диагностики и определения дальнейшей тактики оперативного лечения и ведения таких пациентов в целом [5,6,7].

Цель данной работы: информирование врачей, оказывающих помощь детскому населению, об особенностях течения патологических процессов и клинической картине случаев попадания инородного тела больших размеров, в данном случае карандаша, располагавшегося в области малого таза.

Клиническое наблюдение: вечером 10.07.2019 года в приемное отделение Курской областной детской больницы №2 обратилась мать с ребенком (девочка М., 2-х лет) с жалобами на беспокойство ребенка, нарушения отхождения стула, повышение температуры тела до субфебрильных значений. Со слов матери известно, что за три дня до обращения, вечером, мать вышла в ванную комнату, в этот момент девочка рисовала карандашами. Через пару минут мать прибежала из ванной на плач ребенка, обнаружила осаднения в области промежности, скудное геморрагическое отделяемое. После чего сразу же обратилась за медицинской помощью, бригадой скорой медицинской помощи девочка была доставлена в дежурную гинекологическую клинику, где осмотрена врачом-гинекологом. По итогам осмотра острая гинекологическая патология была исключена. Однако мать отмечает, что беспокойство ребенка сохранилось, появились нарушения стула (закрывающиеся практически в полном отсутствии кала при сохранившемся аппетите и нормальном питании ребенка), повышение температуры тела до субфебрильных значений. Учитывая последнее, самостоятельно обратились в Курскую областную детскую больницу №2.

Объективный статус при поступлении: общее состояние ребенка средней степени тяжести. Ребенок беспокойный, в контакт вступает неохотно. Температура тела 37,4 °С. Кожные покровы бледно-розовые. Язык обложен белым налетом, суховат. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Грудная клетка обычной формы, не деформирована, равномерно участвует в акте дыхания. ЧДД – 24 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Хри-

пов нет. ЧСС – 98 в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах, аппендикулярные и перитонеальные симптомы отрицательные. Выражен мышечный дефанс в нижних и средних отделах слева брюшной полости. Перистальтика выслушивается ослабленная. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторно-инструментальном обследовании выявлено следующее: на обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полости в вертикальном положении свободного газа и уровней жидкости в брюшной полости не определяется. Пневматизация кишечника снижена в центральных и нижних отделах. Слева паравертебрально от уровня L₄ и ниже в проекции малого таза определяется продолговатое стержневидное рентгеноконтрастное инородное тело с четкими контурами длиной 8 см и диаметром 0,3–0,4 см средней интенсивности, направленное вверх, в сторону брюшной полости (рис. 1).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза: позади мочевого пузыря на границе прямой и сигмовидной кишки визуализируется верхний контур анэхогенного инородного тела протяженностью около 60 мм, толщиной около 8,5 мм (рис. 2). Мочевой пузырь умеренно наполнен. Выпота в полости малого таза нет.

В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз до $10,8 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Общий анализ мочи без особенностей.

Учитывая вышеуказанные клинические и лабораторно-инструментальные данные поставлен предварительный диагноз – инородное тело прямой кишки (?). В связи с чем ребенку было показано проведение экстренного оперативного вмешательства – осмотр прямой кишки и анального канала в зеркалах, удаление инородного тела.

Ход операции: под общим обезболиванием выполнено введение ректального зеркала в прямую кишку, осмотрена слизистая прямой кишки и анального канала. Последняя не изменена. Инородные тела, дополнительные образования на глубине 10 см не определяются, отмечается выбухание передней стенки прямой кишки. Зеркало удалено. Выполнено пальцевое ректальное исследование – на глубине 5 см определяется несмещаемое обра-

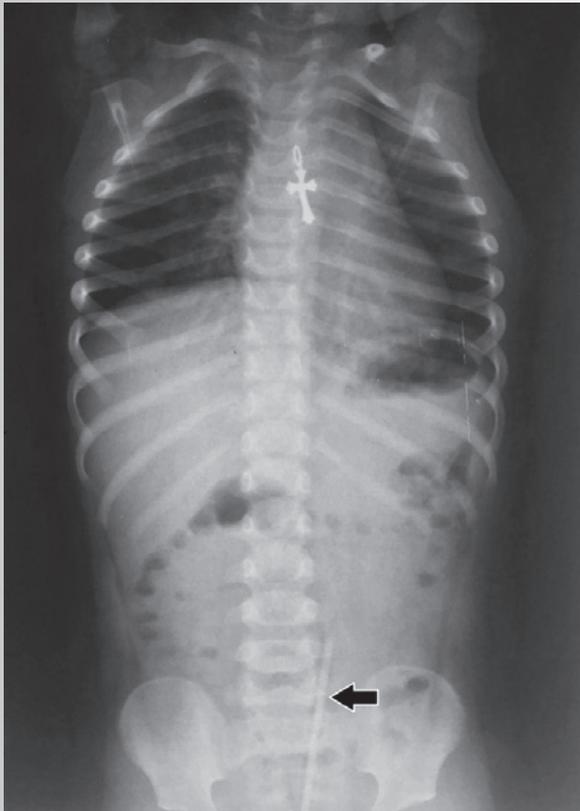


Рисунок 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной и брюшной полости (тень инородного тела указана стрелкой)

Figure 1. Survey radiograph of the chest and abdomen (shadow of a foreign body is marked with an arrow)

зование плотной консистенции по передней стенке прямой кишки, при пальпации передней брюшной стенки от лонного сочленения и к пупку – по центру и влево пальпируется плотное стержневидное образование – инородное тело влагалища (?), инородное тело матки(?)

В операционную был приглашен дежурный врач-гинеколог. Ребенок осмотрен врачом-гинекологом: наружные половые органы сформированы правильно, гимен отсутствует, влагалище свободное, во влагалище введено зеркало, визуализация свода влагалища, тела матки затруднена, в проекции шейки матки (свода влагалища?) визуализируется нижний полюс инородного тела точечного размера. При исследовании отмечается серозное отделяемое из влагалища с включениями ярко-синего цвета (окраска карандаша?).

Принято решение о необходимости выполнения нижнесрединной лапаротомии. Посредством по-

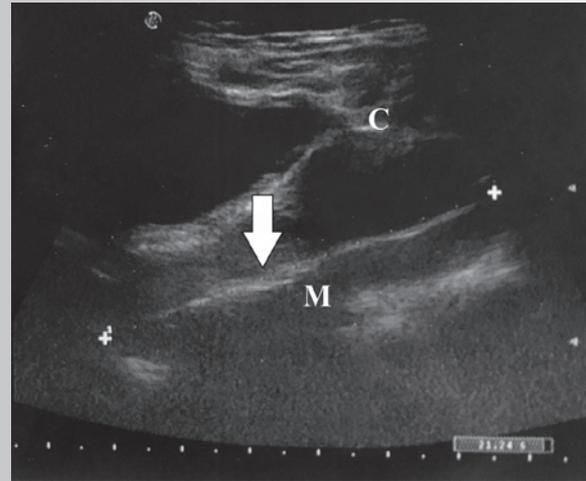


Рисунок 2. Эхо-картина органов малого таза (М – матка, С – сигмовидная кишка, тень инородного тела указана стрелкой)

Figure 2. Echo picture of the small pelvis (U – uterus, S – sigmoid colon, shadow of a foreign body is marked with an arrow)

следней выполнен доступ в брюшную полость; по вскрытии брюшины – большой сальник без особенностей. При ревизии тонкого отдела кишечника на всем протяжении патологии не обнаружено. В полости малого таза дистальный отдел сигмовидной кишки припаян к дну матки и левым придаткам. Последние тупо разделены. После чего визуализируется инородное тело (карандаш) – длиной 11 см, нижний полюс которого находится в области заднего свода влагалища, верхний – у корня брыжейки сигмовидной кишки (рис. 3). Инородное тело удалено (рис. 4). Кровотечения нет. Органы малого таза осмотрены: матка 2×1×2 см. Левые придатки припаяны к задней поверхности матки, тупо отделены. Маточная труба длиной 3 см, гиперемирована, утолщена, яичник 0,5×0,5 см, макроскопически неизменен, белесоватого цвета. Правые придатки: маточная труба 3 см, яичник 0,5×0,5 см макроскопически неизменен. Серозный покров задней стенки матки гиперемирован, целостность его не нарушена. Перфорационное отверстие диаметром 5 мм в области заднего свода влагалища покрыто сгустками фибрина, активного кровотечения нет.

Брюшная полость и полость малого таза промыты раствором фурацилина, осушены. Учитывая тяжесть, локализацию и характер патологического процесса, с целью адекватной санации в просвет раневого канала, в котором находилось инородное

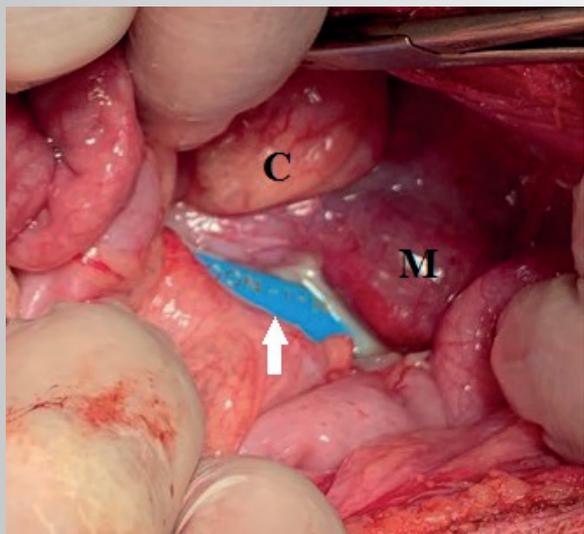


Рисунок 3. Интраоперационная картина (С – сигмовидная кишка, М – матка, стрелкой указано инородное тело – карандаш)

Figure 3. Intraoperative picture (S – sigmoid colon, U – uterus, shadow of a foreign body is marked with an arrow)

тело, установлен трубчатый дренаж, который выведен через контрапертуру в правой подвздошной области. Брюшная полость послойно ушита наглухо.

Клинический диагноз после выполнения оперативного вмешательства. Инородное тело брюшной полости и заднего свода влагалища (карандаш). Проникающее ранение брюшной полости через задний свод влагалища. Серозно-фибринозный пельвиоперитонит.

Учитывая интраоперационные данные и тяжесть оперативного вмешательства, ребенок был переведен в отделение интенсивной терапии. Дренаж удален на вторые сутки после операции. По истечении трех суток девочка переведена в отделение детской хирургии. За период лечения ребенку проводилась антибактериальная терапия в объеме: Цефоперазон 433 мг – 3 р./д., Амикацин 195 мг – 1 р./д., Метронидазол 0,5% 20 мг – 3 р./д. На момент выписки состояние пациентки удовлетворительное, кормится энтерально, питание усваивает, тошноты, рвоты нет. Стул кашицеобразный до трех раз в сутки. Послеоперационная лапаротомическая рана зажила первичным натяжением.

Обсуждение

Одним из ведущих факторов, затруднивших диагностику данной патологии, является неясный



Рисунок 4. Удаленное инородное тело (фрагмент карандаша)

Figure 4. Remote foreign body (pencil's part)

анамнез заболевания, в котором мама ребенка при расспросе не указала на факт того, что ребенок потерял фрагмент одного из карандашей, которыми рисовал за три дня до обращения. В результате чего девочка в течение этого времени буквально проходила с инородным телом, которое перфорировало задний свод влагалища и вышло в нижний этаж свободной брюшной полости. Причем также остается открытым вопрос механизма травмы в целом, а также возможности самостоятельного введения ребенком инородного тела подобных размеров (длиной 8 см, толщиной 0,5 см) в полость влагалища [8,9,10,11]. Отсутствие данных, свидетельствующих об острой гинекологической патологии в день получения травмы (когда впервые мама отметила осаднения в области промежности), можно объяснить смазанной клинической картиной: выделения из влагалища не прослеживались, осмотр в зеркалах пациента дежурным врачом-гинекологом не проводился, как и ультразвуковое исследование (УЗИ) полости малого таза и органов брюшной полости, так как не были озвучены явные анамнестические данные, указывающие на необходимость выполнения указанных исследований [12,13].

Отдельно следует остановиться на клинической картине. Общеизвестно, что у детей до трех лет острая хирургическая патология зачастую скрывается под «маской» астеновегетативного синдрома, который не позволяет выявить отдельные симптомы на ранних стадиях заболевания [14]. При осмотре у данного ребенка отсутствовали аппендикулярные и перитонеальные симптомы. Ведущие клинические синдромы: болевой абдоминальный синдром и синдром нарушения дефекации, которые заставили бы врачей-хирургов уже в приемном отделении насторожиться и выполнить рентгенографию органов грудной и брюшной полости (подозревая один из вариантов кишечной непроходимости), на

которой впервые было визуализировано инородное тело в области малого таза [15,16]. Однако данный метод инструментальной диагностики не позволил установить его точную локализацию ввиду топографо-анатомических особенностей малого таза у детей (малые размеры анатомической области, близкое расположение органов и тканей различных систем – мочеполовой и пищеварительной) [17]. УЗИ малого таза и органов брюшной полости, выполненные позже, лишь подтвердили факт наличия инородного тела и примерное его расположение: в просвете прямой кишки, на ее границе с сигмовидной (так как верхний полюс карандаша лоцировался высоко относительно ампулы прямой кишки) или же в просвете влагалища с проникновением в брюшную полость [18,19].

Последнее предположение было рассмотрено, но ввиду отсутствия подобных прецедентов в отечественной и зарубежной педиатрической практике, было оставлено в качестве рабочего «варианта исключения». Концентрация хирургов на мнении относительно того, что инородное тело локализуется в просвете кишечной трубки, обусловлено большим числом случаев различного рода инородных тел желудочно-кишечного тракта из личной практики, а также описанных в публикациях авторитетных изданий, посвященных вопросам детской хирургии [20,21]. Это поясняет дальнейшую тактику – осмотр прямой кишки в зеркалах и удаление инородного тела [22]. Только под седацией, после полного расслабления мышц передней брюшной стенки, посредством глубокой пальпации удалось выявить верхний полюс инородного тела, обнаруженного пальпаторно слева в параумбиликальной области. Опираясь на эти данные и результат осмотра врача-гинеколога (нижний полюс инородного тела точечного размера в проекции шейки матки (свода влагалища?)), принято решение выполнения лапаротомии и удаления инородного тела.

Несмотря на широкое внедрение в педиатрическую клиническую практику лапароскопического способа выполнения оперативных вмешательств [23], такой метод был признан неприемлемым в данном случае. Подобное заключение основано на несоответствии соотношения объема брюшной полости ребенка и размеров инородного тела, которые бы значительно затруднили работу оператора инструментами-манипуляторами [24]. Также возможна была перфорация матки инородным телом,

окружающих ее сосудов и необходимость оказания пособий, направленных на остановку кровотечения. Последнее трудноосуществимо согласно всему вышесказанному. Нельзя было исключить и перфорацию кишечной стенки как самим инородным телом, так и последствиями его пребывания в брюшной полости (сдавление кишки и формирование «пролежня» на ее стенке), а это, в свою очередь, потребовало бы выполнения резекции поврежденного участка кишечной трубки с дальнейшим наложением межкишечного анастомоза, что требует значительного объема пространства для манипуляций, которого у врача-хирурга могло не быть в случае эндоскопического выполнения оперативного вмешательства [25].

Не ответственным остается вопрос: «Почему же у девочки не было клиники перитонита?». Ответить на него удалось лишь после оценки интраоперационной картины: дистальный отдел сигмовидной кишки припаян к дну матки и левым придаткам, последние тупо разделены, после чего визуализируется инородное тело (карандаш), перфорационное отверстие диаметром 5 мм в области заднего свода влагалища покрыто сгустками фибрина. Сгустки фибрина препятствовали генерализации воспалительного процесса брюшной полости, локализовали его вокруг инородного тела, в следствие чего брюшина в целом осталась интактна. Конечно, это позволило избежать большого числа периоперационных осложнений.

Заключение

Описанный нами клинический случай представляет профессиональный интерес для врачей-детских хирургов, врачей-акушеров-гинекологов ввиду анатомической сложности локализации инородного тела (полость малого таза). В статье наглядно продемонстрирован план и этапность обследования ребенка с инородным телом больших размеров в свободной брюшной полости. Авторы обращают внимание читателей на необходимость тщательного расспроса родителей с особой концентрацией на мелких деталях (питание, стул, поведение и пр.). В педиатрической практике родители остаются основным источником информации о пациенте, и итог беседы зачастую позволяет сделать первоначальные выводы для определения дальнейшей тактики и построения плана обследования ребенка.

Литература/References

1. Аверин В.И., Голубицкий С.Б., Заполянский А.В., Валек Л.В., Никуленков А.В. Диагностика и лечебная тактика при магнитных инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей. *Новости хирургии*. 2017;25(3):317–324. DOI: 10.18484/2305–0047.2017.3.317
Averyn V.I., Halubitski S.B., Zapalianski A.V., Valiok L.V., Nikulenkov A.V. Diagnostics and medical tactics in magnetic foreign bodies gastrointestinal tract in children. *Novosti Khirurgii*. 2017;25(3):317–24. DOI: 10.18484/2305–0047.2017.3.317. (In Russ.)
2. Игнатъев Р.О., Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Зайцева Т.В., Молотов Р.С. Инородные тела пищеварительного тракта у детей: новые аспекты известной проблемы. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2017;96(6):113–116
Ignatyev R.O., Batajev S.M., Zurbayev N.T., Zaytseva T.V., Molotov R.S. Foreign matters of a digestive tract at children: new aspects of the known problem. *Pediatrics. Journal named after G.N. Speransky*. 2017;96(6):113–6. (In Russ.)
3. Лейга А.В., Карагезян Р.Л., Чепурной М.Г., Тихомирова Е.М., Лукаш Ю.В., Маклецов Е.Г. Инородное тело (игла) в дивертикуле Меккеля у ребенка. *Детская хирургия*. 2016;20(2):109–110. DOI: 10.18821/1560–9510–20–2–109–110
Leyga A.V., Karagezyan R.L., Chepurnoy M.G., Tikhomirova E.M., Lukash Yu.V., Makletsov E.G. Foreign body (needle) in Mekkel's diverticulum at the child. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2016;20(2):109–10. DOI: 10.18821/1560–9510–20–2–109–110. (In Russ.)
4. Донской Д.В., Ионов Д.В., Коровин С.А., Воробьев В.В., Соловова В.П., Туманян Г.Т., Соколов Ю.Ю. Классификация и лечебная тактика при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей. *Детская хирургия*. 2017; 21(3):127–130. DOI:10.18821/1560–9510–2017–21–3–127–130
Donskoy D.V., Ionov D.V., Korovin S.A., Vorob'ev V.V., Solovova V.L., Tumanyan G.T., Sokolov Yu. Yu. Classification and treatment of foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2017;21(3):127–30. DOI:10.18821/1560–9510–2017–21–3–127–130. (In Russ.)
5. Барская М.А., Завьялкин В.А., Варламов А.В., Кузьмин А.И., Родионов В.Г., Тимашев И.В., Бусов Н.А., Терехина М.И. Лечебно-диагностическая тактика при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей. *Современные проблемы науки и образования*. 2018;2(34). Доступно: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27493>
Barskaja M.A., Zavyalkin V.A., Varlamov A.V., Kuzmin A.I., Rodionov V.G., Timashev I.V., Busov N.A., Terekhina M.I. Medical and diagnostic tactics at foreign matters of digestive tract at children. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2018;2(34). <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27493>. (In Russ.)
6. Гумеров А.А., Алибаев А.К., Кинзикеев Р.Р., Парамонов В.А., Гумеров Р.А., Рахмангулов Р.Р., Шарипов Н.Н. Крупные инородные тела пищевода и желудка у детей. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2018;8(2):89–93. DOI: 10.30946/2219–4061–2018–8–2–89–93
Gumerov A.A., Alibaev A.K., Kinzikeev R.R., Paramonov V.A., Gumerov R.A., Rakhmangulov R.R., Sharipov N.N. Large foreign bodies of the esophagus and stomach in children. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2018;8(2):89–93. DOI: 10.30946/2219–4061–2018–8–2–89–93. (In Russ.)
7. Toubia T., Sangha R. Retained vaginal foreign body in minimally invasive gynecological surgeries. *CRSLS e108680813X13794522667166*. DOI:10.4293/108680813X13794522667166
8. Nayak S., Witchel S.F., Sanfilippo J.S. Vaginal foreign body: a delayed diagnosis. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2017;27(6):127–9. DOI:10.1016/j.jpag.2013.10.006
9. Pallavee P., Samal S., Sabita P. Foreign body in vagina: a cause of persistent vaginal discharge in children. *Int. J. Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2013;2:224–5. DOI:10.5455/2320–1770.ijrcog20130624
10. Chinawa J.M., Obu H.A., Uwaezuoke S.N. Foreign body in vagina: an uncommon cause of vaginitis in children. *Annals of medical and health sciences research*. 2013;3(1):102–4. DOI:10.4103/2141–9248.109463
11. Жумакаев М.Н. Проникающее ранение брюшной полости у ребенка с редким механизмом травмы. *Медицина и экология*. 2012;1(62):142–144
Zhumakayev M.N. The getting wound of an abdominal cavity at the child with the rare mechanism of a trauma. *Medicina i jekologija*. 2012;1(62):142–4. (In Russ.)

12. Давидов М.И., Субботин В.М., Никонова О.Е. Симптоматология инородных тел желудочно-кишечного тракта. *Пермский медицинский журнал*. 2018;35(4):20–25. DOI: 10.17816/pmj35420–25
Davidov M.I., Subbotin V.M., Nikonova O.E. Symptomatology of foreign bodies of digestive tract. *Permskij medicinskij zhurnal*. 2018;35(4):20–5. DOI: 10.17816/pmj35420–25. (In Russ.)
13. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Глыбина Т.М., Богданова Е.А. Кровяные выделения из половых путей у девочек в периоде детства. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2014;4(57):30–34
Adamyan L.V., Siberian E.V., Glybina T.M., Bogdanova E.A. Blood allocations from a genital tract at girls in the childhood period. *Reproduktivnoe zdorov'e detej i podrostkov*. 2014;4(57):30–4. (In Russ.)
14. Гаврилюк В.П., Конопля А.И., Костин С.В. Иммунометаболические нарушения у детей с разлитым аппендикулярным перитонитом с различной степенью тяжести. *Курский науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье»*. 2010;4:38–42
Gavriljuk V.P., Konoplja A.I., Kostin S.V. Immunometabolic disorders in children with different appendicular peritonitis. *Kurskij nauch.-prakt. vestn. «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2010;4:38–42. (In Russ.)
15. Шангареева Р.Х., Мирасов А.А., Зайнуллин Р.Р., Солдатов П.Ю., Валева Г.Р. Сложности диагностики инородного тела желудочно-кишечного тракта (гидрогеля) у ребенка 10 месяцев. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019;9(1):104–109. DOI:10.30946/2219–4061–2019–9–1–104–109
Shangareeva R.K., Mirasov A.A., Zaynullin R.R., Soldatov P.Y., Valeeva G.R. Difficulties in diagnosing a foreign body in the gastrointestinal tract (hydrogel) of a 10-month-old child. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2019;9(1):104–9. (In Russ.) DOI:10.30946/2219–4061–2019–9–1–104–109
16. Бабаева А.А., Ахадов Т.А., Карасева О.В. Рентгенодиагностика у больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта при наблюдении в динамике, на фоне проводимого лечения. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2018;12(6):46–58. DOI: 10.24411/2075–4094–2018–16224
Babayeva A.A., Akhadov T.A., Karasyova O.V. Radiodiagnosis at patients with foreign matters of a digestive tract at observation in dynamics, against the background of the carried-out treatment. *Vestnik novykh medicinskih tehnologij*. 2018; 12(6):46–58. DOI: 10.24411/2075–4094–2018–16224. (In Russ.)
17. Бабич И.И., Багновский И.О. Инородные тела пищеварительного тракта у детей. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2017;7(4):26–30
Babich I.I., Bagnovsky I.O. Foreign matters of a digestive tract at children. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2017;7(4):26–30. (In Russ.)
18. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика инородных тел тазовой локализации и внутренних половых органов. *Акушерство и гинекология*. 2012;8(1):69–73.
Demidov V.N. Ultrasonic diagnostics of foreign matters of pelvic localization and internal genitals. *Obstetrics and gynecology*. 2012;8(1):69–73. (In Russ.)
19. Делягин В.М., Мясникова С.В., Тонян К.А., Сенякович Н.Б., Дядик Т.Г. Ультразвуковые исследования малого таза у девочек и девушек-подростков. *SonoAce Ultrasound*. 2011;22:78–87
Delyagin V.M., Myasnikova S.V., Toniyan K.A., Senyakovich N.B., Dyadik T.G. Ultrasound examinations of a small pelvis at girls and teenage girls. *SonoAce Ultrasound*. 2011;22:78–87. (In Russ.)
20. Аксельров М.А., Сергиенко Т.В., Горохов П.А., Столяр А.В., Дадашева С.М., Мальчевский В.А., Хрупа Д.А. Повреждения прямой кишки у детей. *Колопроктология*. 2017; 3(61):72
Akselrov M.A., Sergienko T.V., Gorokhov P.A., Joiner A.V., Dadasheva S.M., Malchevsky V.A., Hrupa D.A. Injuries of a rectum at children. *Koloproktologija*. 2017;3(61):72. (In Russ.)
21. Becker A., Peleg K., Dubose J., Daskal Y., Givon A., Kessel B. Abdominal stab wound injury in children: Do we need a different approach? *Journal of pediatric surgery*. 2019;54(4): 780–2. DOI:10.1016/j.jpedsurg.2018.04.041
22. Хубезов Д.А., Трушин С.Н., Пучков К.В., Пучков Д.К., Огорельцев А.Ю. Тактика лечения пациентов с инородными телами прямой кишки. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2016;9:57–63. DOI:10.17116/hirurgia2016957–63
Hubezov D.A., Trushin S.N., Bunches of K.V., Bunches of D.K., Ogoreltsev of A. Yu. Taktik of treatment of patients with foreign bodies of a rectum. *Pirogov Journal of Surgery*. 2016;9:57–63. DOI: 10.17116/hirurgia2016957–63. (In Russ.)
23. Шапкина А.Н., Шапкин В.В., Матвейчук М.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых процессов и травм брюшной полости у детей. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2009;20(36):99–100.

- Shapkina A. N., Shapkin V. V., Matveychuk M. V. Laparoscopy in diagnostics and treatment of acute processes and injuries of an abdominal cavity at children. *Pacific Medical Journal*. 2009;20(36):99–100. (In Russ.)
24. Шидаков И.Х., Калниязов Б.М., Войтковский А.Е. Лапароскопическое удаление трихобезоара желудка. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019;9(1):110–114. DOI:10.30946/2219–4061–2019–9–1–110–114
- Shidakov I. H., Kalniyazov B. M., Voytkovsky A. E. Laparoscopic treatment of gastric trichobezoar. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2019;9(1):110–4. (In Russ.) DOI:10.30946/2219–4061–2019–9–1–110–114. (In Russ.)
25. Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н., Страшинский А.С., Ли И.Б., Сапухин Э.В. Редкие формы кишечной непроходимости у детей. *Acta Biomedica Scientifica*. 2019;4(2):144–147. DOI:10.29413/ABS.2019–4.2.21
- Stalmakhovich V. N., Kaigorodova I. N., Strashinsky A. S., Li I. B., Sapukhin E. V. Rare Forms of Intestinal Obstruction in Children. *Acta Biomedica Scientifica*. 2019;4(2):144–147. (In Russ.) DOI:10.29413/ABS.2019–4.2.21. (In Russ.)

Сведения об авторах:

Information about authors:

ГАВРИЛЮК Василий Петрович

Доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой детской хирургии и педиатрии факультета последипломного образования, Курский государственный медицинский университет Минздрава России; ORCID – 0000–0003–4792–1862

Vasily P. GAVRILYUK

Dr. Sci. (Med.), the associate professor, the head of the department of pediatric surgery and pediatrics of faculty of postdegree education of the Kursk State Medical University; ORCID – 0000–0003–4792–1862

КОСТИН Станислав Витальевич

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии и педиатрии факультета последипломного образования, Курский государственный медицинский университет Минздрава России; заведующий отделением детской хирургии Курской областной детской больницы № 2; ORCID – 0000–0003–0857–6437

Stanislav V. KOSTIN

Cand. Sci. (Med.), the associate professor, the associate professor of the department of pediatric surgery and pediatrics of faculty of postdegree education of the Kursk State Medical University; the head of the department of pediatric's surgery of the Kursk regional children's hospital No. 2; ORCID – 0000–0003–0857–6437

МУЧКИНА Валентина Александровна

Ассистент кафедры детской хирургии и педиатрии факультета последипломного образования, Курский государственный медицинский университет Минздрава России; врач-детский хирург отделения детской хирургии Курской областной детской больницы № 2; ORCID – 0000–0003–3347–5611

Valentina A. MUCHKINA

Assistant of the department of pediatric surgery and pediatrics of faculty of postdegree education of the Kursk State Medical University; pediatric surgeon of the Kursk regional children's hospital No. 2; ORCID – 0000–0003–3347–5611

СЕВЕРИНОВ Дмитрий Андреевич

Ассистент кафедры детской хирургии и педиатрии факультета последипломного образования Курский государственный медицинский университет Минздрава России; ORCID – 0000–0003–4460–1353

Dmitry A. SEVERINOV

Assistant of the department of pediatric surgery and pediatrics of faculty of postdegree education of the Kursk State Medical University; ORCID – 0000–0003–4460–1353

Контакты:

Гаврилюк Василий; ул. К. Маркса, 3, г. Курск, Россия, 305041; моб.: +7(920)703–19–83, E-mail: wvas@mail.ru

Contacts:

Vasily Petrovich Gavrilyuk; K. Marx St., 3, Kursk, Russia, 305041; mobile phone: +7(920)703–19–83; E-mail: wvas@mail.ru

Статья получена: 29.07.2019
Принята к печати: 05.09.2019

Received: 29.07.2019
Adopted for publication: 05.09.2019