

<https://doi.org/10.17816/mechnikov201911161-64>

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ КИШКИ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

Г.И. Синенченко, В.Г. Вербицкий, А.Е. Демко, А.О. Парфёнов, А.В. Осипов, А.А. Терешичев, В.Н. Новожилов, А.В. Косачев

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

Для цитирования: Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Демко А.Е., и др. Современные возможности ранней диагностики и малоинвазивного хирургического лечения перфораций кишки инородным телом // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2019. – Т. 11. – № 1. – С. 61–64. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911161-64>

Поступила: 12.12.2018

Одобрена: 18.01.2018

Принята: 04.03.2019

♦ Представлены два клинических случая перфорации кишки инородным телом, что является достаточно редкой причиной развития острого живота. В обоих случаях заболевание протекало под маской острого аппендицита. Внедрение в хирургическую практику эндовидеохирургических технологий расширяет возможности ранней диагностики перфорации стенки кишки инородным телом и позволяет ограничиться малоинвазивным хирургическим лечением.

♦ **Ключевые слова:** перфорация; инородное тело; дивертикул Меккеля; тонкая кишка; сигмовидная кишка.

MODERN OPPORTUNITIES OF EARLY DIAGNOSTICS AND MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL PERFORATION BY A FOREIGN BODY

G.I. Sinenchenko, V.G. Verbitsky, A.E. Demko, A.A. Parfenov, A.V. Osipov, A.A. Tereshichev, V.N. Novozhilov, V.A. Kosachev

Saint Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Saint Petersburg, Russia

For citation: Sinenchenko GI, Verbitsky VG, Demko AE, et al. Modern opportunities of early diagnostics and minimally invasive surgical treatment of intestinal perforation by a foreign body. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2019;11(1):61-64. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911161-64>

Received: December 12, 2018

Revised: January 18, 2018

Accepted: March 4, 2019

♦ The article presents two cases of intestinal perforation by a foreign body rarely being the cause for “acute abdomen”. In both cases the disease resembled acute appendicitis. The introduction of endovideosurgical technologies into surgical practice contributes to early diagnostics of a gut wall perforation by a foreign body and allows performing only low-invasive surgical treatment.

♦ **Keywords:** perforation; foreign body; Meckel’s diverticulum; small intestine; sigmoid colon.

Введение

Одной из причин перфорации полых органов живота является попадание в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) различных инородных тел (ИТ). По сведениям ряда авторов, этот вид перфорации встречается в практике хирурга крайне редко и чаще возникает у пациентов с грыженосительством или меккелевым дивертикулом [1, 2].

По данным литературы, в настоящее время ежегодно миллионы ИТ попадают в ЖКТ. При этом в 10–20 % случаев требуется специальное лечение [3, 4]. Как сообщается в литературе, 70–90 % случаев попадания острых предметов (иглы, гвозди, булавки, зубочистки) в ЖКТ не сопровождаются осложнениями [4, 5].

По данным L.D. Budnick (1984), частота обнаружения зубочистки, как причины перфорации

органов ЖКТ, составила 3,6 на 100 000 населения в год [6]. Другие авторы сообщают, что перфорация кишки рыбной костью встречается у 0,1 % пациентов, поступивших в стационар с клиникой острого живота [7].

Описание клинических случаев

Больной Б., 30 лет, поступил в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе на вторые сутки от начала заболевания с жалобами на боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, преимущественно справа, усиливающиеся при акте дефекации, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость. Из анамнеза:



Рис. 1. Перфорация сигмовидной кишки инородным телом

Fig. 1. Perforation of the sigmoid colon by a foreign body



Рис. 2. Инородное тело (зубочистка)

Fig. 2. Foreign body (toothpick)

два дня назад на фоне полного благополучия отметил появление резкой острой боли в нижних отделах живота. Самостоятельно принимал спазмолитики — без эффекта. На вторые сутки от начала заболевания вызвал скорую помощь, госпитализирован в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с диагнозом направления «Острый аппендицит?». Пальпаторно при поступлении определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной и надлобковой областях, аппендикулярные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона слабopоложительные, симптом Воскресенского положительный. По данным УЗИ органов брюшной полости и малого таза определяется небольшое количество свободной жидкости в малом тазу. Аппендикулярный отросток не визуализируется. В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз — $12 \cdot 10^9/\text{л}$. Остальные показатели без отклонений от нормативных значений. С учетом клинической картины, положительной перитонеальной симптоматики было решено выполнить диагностическую лапароскопию. При лапароскопии: в малом тазу до 30 мл серозного выпота. Брюшина в малом тазу гиперемирована. Выявлена микроперфорация сигмовидной кишки по передней стенке ИТ (рис. 1). К области перфорации фиксированы сальник и верхушка червеобразного отростка. Аппендикс располагается в малом тазу, размером $8,0 \times 2,0$ см, напряжен, гиперемирован. ИТ извлечено мягким зажимом из стенки кишки и брюшной полости, им оказалась деревянная зубочистка (рис. 2). Поступления кишечного содержимого из области перфорационного отверстия при осмотре не обнаружено. Выполнено наложение трехрядных Z-образных швов рассасывающимся материалом в поперечном направлении с целью герметизации перфорационного отверстия. Произведены аппендэктомия, санация брюшной полости, операция завершена дренированием полости малого таза и установкой двух силиконовых дренажей в область ушивания кишки. Послеоперационный период протекал гладко. Дренажи удалены на 3-и сутки после операции. На 5-е сутки в удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства.

Пациент Я., 43 года, поступил с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту. Из анамнеза: заболел накануне вечером. На фоне полного благополучия отметил появление острой боли в эпигастральной области с последующей миграцией в правую подвздош-

ную область. В связи с усилением интенсивности болевого синдрома вызвал скорую помощь и доставлен в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с диагнозом направления «Острый аппендицит?». Накануне ел рыбу (морской окунь). При осмотре в приемном отделении отмечалась болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области с положительными перитонеальными симптомами. По данным УЗИ органов брюшной полости и малого таза отмечено незначительное количество свободной жидкости по правому боковому каналу. Червеобразный отросток не визуализирован. В общем анализе крови — лейкоцитоз, до $14,3 \cdot 10^9/\text{л}$. Остальные показатели без отклонений от нормативных значений. С учетом клинической картины установлен предварительный диагноз «Острый аппендицит». Пациенту выполнена лапароскопия: на 50,0 см от илеоцекального угла определялся дивертикул Меккеля размером $6,0 \times 5,0 \times 3,0$ см, по передней стенке которого визуализировалось ИТ (рыбная кость), перфорировавшее стенку дивертикула (рис. 3, 4). Принимая во внимание размеры дивертикула, широкое основание, перфорацию, мы приняли решение о выполнении конверсии доступа. Из срединной лапаротомии выполнена клиновидная резекция дивертикула Меккеля. Операция завершена дренированием полости малого таза силиконовым дренажем.

Дренаж удален на третьи сутки после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан на шестые сутки после оперативного вмешательства под наблюдением хирурга поликлиники по месту жительства.

Выводы

Представленные клинические наблюдения являются достаточно редкими в хирургии острого живота. Применение эндовидеохирургических методов позволяет в кратчайшие сроки установить локализацию, причину перфорации и выполнить малоинвазивное хирургическое вмешательство при отсутствии признаков распространенного перитонита.

Литература

1. Choi Y, Kim G, Shim C, Kim D, et al. Peritonitis with small bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient. *World J Gastroenterol*. 2014;20(6):1626-1629. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i6.1626>.



Рис. 3. Дивертикул Меккеля, перфорированный рыбной костью

Fig. 3. Meckel's diverticulum perforated by a bone fish



Рис. 4. Инородное тело (рыбная кость)

Fig. 4. Foreign body (fish bone)

2. Yagci G, Cetiner S, Tufan T. Perforation of Meckel's diverticulum by a chicken bone, a rare complication: Report of a case. *Surg Today*. 2004;34(7):606-608.
3. Гегечкори Ю.А., Гегечкори З.Ю., Бабаев Ф.А. Особенности диагностики и лечебной тактики при инородных телах желудочно-кишечного тракта // Военно-медицинский журнал. – 1991. – № 9. – С. 67. [Gegechkori YA, Gegechkori ZY, Babayev FA. Peculiarities of diagnostics and therapeutic tactics in case of foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Mil Med Journal*. 1991;(9):67. (In Russ.)]
4. Taylor MB. *Gastrointestinal Emergencies*. Ed. M. Taylor. Williams and Wilkins; 1997. P. 691-698.
5. Кулачек Ф.Г., Головко Ф.Э., Кудла А.А., и др. Инородные тела желудка и кишечника // Клиническая хирургия. – 1991. – № 11. – С. 39-41. [Kulachek FG, Golovko FE, Kudla AA, et al. Inorodnye tela zheludka i kishechnika. *Klinicheskaya hirurgiya*. 1991;(11):39-41. (In Russ.)]
6. Budnick LD. Toothpick-related injuries in the United States, 1979 through 1982. *JAMA*. 1984;252(6):796-797.

7. Ситников В.Н., Турбин М.В., Петренко А.В., Митюрин М.С. Опыт лапароскопии в дифференциальной диагностике и лечении острого аппендицита // Тезисы VIII съезда РОЭХ. – М., 2005. – С. 43. [Sitnikov VN,

Turbin MV, Petrenko AV, Maturin MS. Experience of laparoscopy in the differential diagnosis and treatment of acute appendicitis. VIII Congress of ROAH. (Conference proceedings) Moscow; 2005. P. 43. (In Russ.)]

◆ **Адрес автора для переписки** (*Information about the author*)

Георгий Иванович Синенченко / Georgii Sinenchenko

Тел. / Tel. +7(921)9577882

E-mail: parfenov_anton@mail.ru

SPIN-код: 9355-2073