

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-209-1-182-186>

Инородное тело сальниковой сумки вследствие прикрытой перфорации желудка у ребенка 2 лет

Бокова Т.А.^{1,2}, Пыхтеев Д.А.¹, Карташова Д.А.¹, Елин Л.М.¹, Филюшкин Ю.Н.¹, Маккаева З.М.¹

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», 129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997, Россия

Для цитирования: Бокова Т.А., Пыхтеев Д.А., Карташова Д.А., Елин Л.М., Филюшкин Ю.Н., Маккаева З.М. Инородное тело сальниковой сумки вследствие прикрытой перфорации желудка у ребенка 2 лет. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;209(1): 182–186. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-209-1-182-186

✉ Для переписки:

Бокова

Татьяна

Алексеевна

bta2304@mail.ru

Бокова Татьяна Алексеевна, д.м.н., доцент, руководитель отделения педиатрии; профессор кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей

Пыхтеев Дмитрий Анатольевич, к.м.н., заведующий отделением детской хирургии, доцент курса детской хирургии

Карташова Дарья Александровна, младший научный сотрудник отделения педиатрии

Елин Леонид Михайлович, младший научный сотрудник отделения детской хирургии

Филюшкин Юрий Николаевич, младший научный сотрудник отделения детской хирургии

Маккаева Зухра Мухтаровна, младший научный сотрудник отделения детской хирургии

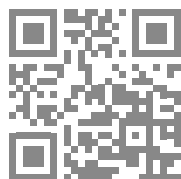
Резюме

Инородные тела (ИТ) в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) обнаруживают у детей всех возрастных групп, но чаще всего это пациенты 1–4 лет. Представлено описание клинического случая обнаружения ИТ сальниковой сумки вследствие прикрытой перфорации желудка у ребенка 2 лет. Описана тактика ведения ребёнка, комплекс диагностических методов обследования, способы хирургического лечения. Показано, что клиническая картина ИТ в верхних отделах ЖКТ у детей неспецифична и может не проявляться на ранних этапах. ИТ желудка может мигрировать в сальниковую сумку без развития клинической картины перфорации полого органа и перитонита. Методом выбора оперативного лечения ИТ, мигрировавшего за пределы желудка, является лапароскопическое удаление, а своевременная диагностика способствуют достижению положительных результатов как в лечении, так и в профилактике осложнений.

Ключевые слова: инородное тело, желудочно-кишечный тракт, дети, сальниковая сумка, перфорация.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: WGRLYP





A foreign body of the omentum bag due to a covered perforation of the stomach in a 2-year-old child

T. A. Bokova^{1,2}, D. A. Pyhteev¹, D. A. Kartashova¹, L. M. Elin¹, Yu. N. Filyushkin¹, Z. M. Makkayeva¹

¹ Moscow Regional research clinical institute n.a. M. F. Vladimirskiy, 61/2, Shepkina street, Moscow, Russia, 129110

² Pirogov Russian National Research Medical University, 1, Ostrovitianova str. Moscow, 117997, Russia

For citation: Bokova T. A., Pyhteev D. A., Kartashova D. A., Elin L. M., Filyushkin Yu. N., Makkayeva Z. M. A foreign body of the omentum bag due to a covered perforation of the stomach in a 2-year-old child. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;209(1): 182–186. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-209-1-182-186

✉ *Corresponding author:*

Tatyana A. Bokova
bta2304@mail.ru

Tatyana A. Bokova, PhD, MD, Head of the Pediatric Department; ORCID: 0000-0001-6428-7424

Dmitriy A. Pyhteev, PhD, Head of the Department of Pediatric Surgery, Associate Professor of the course of Pediatric Surgery; ORCID: 0000-0001-7432-7004

Daria A. Kartashova, Junior researcher of the Department of Pediatrics; ORCID: 0000-0002-4954-4872

Leonid M. Elin, researcher at the Department of Pediatric Surgery; ORCID: 0000-0003-2230-9220

Yuriy N. Filyushkin, researcher at the Department of Pediatric Surgery; ORCID: 0000-0001-8283-396X

Zuhra M. Makkaeva, researcher at the Department of Pediatric Surgery; ORCID: 0000-0002-0447-0654

Summary

Foreign bodies (FB) in the gastrointestinal tract are found in children of all age groups, but most often these are patients 1–4 years old. A description of a clinical case of the detection of an omentum bag due to a covered perforation of the stomach in a 2-year-old child is presented. The tactics of child management, a set of diagnostic methods of examination, methods of surgical treatment are described. It has been shown that the clinical picture of FB in the upper gastrointestinal tract in children is nonspecific and may not manifest itself in the early stages. FB of the stomach can migrate into the omentum bag without developing a clinical picture of perforation of the hollow organ and peritonitis. Laparoscopic removal is the method of choice for surgical treatment of a FB that has migrated outside the stomach, and timely diagnosis contributes to achieving positive results both in the treatment and in the prevention of complications.

Keywords: foreign body, gastrointestinal tract, children, omentum bag, perforation

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Инородные тела (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – это любой объект органического и неорганического происхождения случайно или намеренно проглоченный, введенный в просвет пищеварительного тракта или образовавшийся в самом организме, который по своему составу и расположению не может быть использован в качестве пищи [1]. ИТ в ЖКТ обнаруживают у детей всех возрастных групп, но чаще всего это пациенты 1–4 лет (от 46 до 59%), что обусловлено стадией развития человека, когда в качестве познания мира окружающие предметы «пробуются на вкус». У детей 4–7 лет ИТ в ЖКТ встречаются в 32%, а в возрастной группе старше 7 лет – у 22% [2]. При этом ИТ в ЖКТ крупных размеров (более 2,5 см в диаметре или более 6 см в длину) у детей раннего возраста встречаются крайне редко и обычно представлены безоарами желудка [3, 4]. Клинические проявления ИТ в ЖКТ могут быть разнообразными и неспецифичными, зависеть от активности паталогического воздействия на организм, количества, мобильности, размеров, формы и локализации ИТ. Возможно

и бессимптомное нахождение ИТ в ЖКТ. Случайно проглоченные детьми предметы в 80–90% выходят через ЖКТ самостоятельно, однако, задержка ИТ на любом уровне ЖКТ может стать причиной развития жизнеугрожающих осложнений (обтурация, пролежень, перфорация, кровотечение). Риск осложнений увеличивается от величины проглоченного предмета, химически активного или физически активного свойства ИТ и наличия на нем острых краев. В большинстве наблюдений крупные ИТ верхних отделов ЖКТ удаляют эндоскопическим путем, однако, в 1–5% необходимо оперативное хирургическое лечение. Перфорация желудка инородным телом является казуистикой (1% от всех случаев перфораций ЖКТ) [5].

Представляем клинический случай диагностики инородного тела сальниковой сумки вследствие прикрытой перфорации желудка у ребенка 2 лет 5 месяцев.

Мальчик поступил в отделение педиатрии впервые с жалобами на изменения в общем анализе мочи, подъемы температуры тела до 38,0°C. Из

Рисунок 1. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в проекции 4 сегмента печени анэхогенное образование с неровными контурами и гиперэхогенным аваскулярным включением размером до 8,5 мм, с тонкой акустической тенью)

Figure 1. Ultrasound examination of abdominal organs (in the projection of 4 segments of the liver, an anechoic formation with uneven contours and hyperechoic avascular inclusion up to 8.5 mm in size, with a thin acoustic shadow)



Рисунок 2. Микционная урография (рентгеноконтрастное ИТ брюшной полости).

Figure 2. Mictional urography (radiopaque FB of the abdominal cavity).

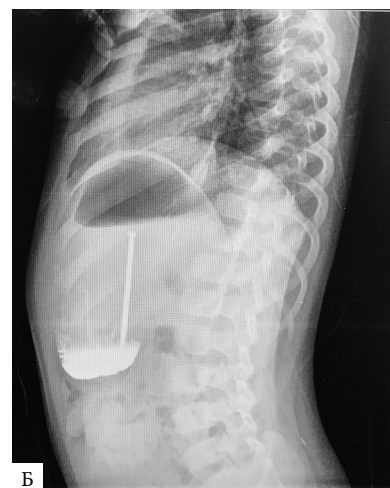
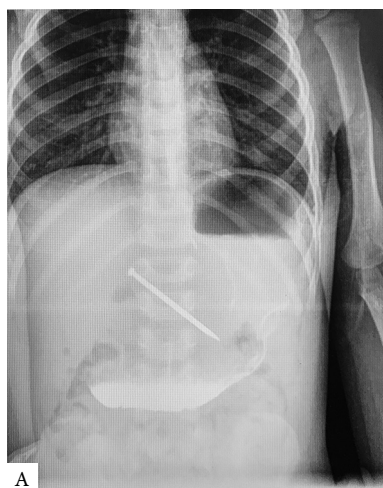


Рисунок 3. Полипозиционная рентгеноскопия брюшной полости с контрастированием (прямой и боковой снимки) (тень гвоздя длиной 7 см в проекции желудка).

Figure 3. Polypositional abdominal X-ray with contrast (direct and lateral images) (shadow of a nail 7 cm long in the projection of the stomach).

А

Б

анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 1 беременности, срочных, самостоятельных родов. Раннее развитие без особенностей. Со слов мамы около 2х недель назад после перенесенной ОРВИ у ребенка отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр, впервые появились изменения в моче осадке в виде умеренной лейкоцитурии. С диагнозом «Инфекция мочевой системы» ребёнок направлен на стационарное обследование.

При поступлении состояние средней степени тяжести, самочувствие удовлетворительное. Мальчик активный, сон и аппетит сохранены. Тошноты, рвоты не было. В течение суток отмечается субфебрильная лихорадка до 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Катаральных явлений нет. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот не вздут, мягкий во всех отделах, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы, гепатоспленомегалия отсутствовали. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Температура тела нормализовалась на 3й день приема антибиотика. В общеклинических анализах воспалительные маркеры были отрицательные. Лейкоцитурия купировалась. При выполнении УЗИ брюшной полости в проекции 4

сегмента не увеличенной печени визуализировано анэхогенное образование, с неровными контурами и гиперэхогенным аваскулярным включением размером до 8,5мм, с тонкой акустической тенью (рис. 1). По другим внутренним органам патологических изменений не выявлено. Рекомендовано проведение компьютерной томографии печени для верификации образования. В то же время при выполнении микционной цистографии, назначенной нефрологом для исключения инфравезикальной обструкции, было обнаружено рентгеноконтрастное ИТ брюшной полости (рис. 2). При полипозиционной рентгеноскопии, как на обзорной, так и после приема водорастворимого контраста регос рентгенограммах органов брюшной полости, зафиксирована тень ИТ (гвоздь длиной 7 см) в проекции желудка (рис. 3).

В результате уточнения анамнеза выяснилось, что ребенок 3 недели назад, находясь на даче, оставался без присмотра и имел доступ к крепежным изделиям. Кроме того, родители стали замечать, что через некоторое время после этого во время активных игр мальчик периодически замирал на несколько секунд, а затем продолжал активно двигаться, при этом общее самочувствие не менялось, аппетит оставался прежним. В связи с отсутствием активных жалоб родители за медицинской помощью не обращались.

Для дальнейшего лечения ребенок переведен в отделение детской хирургии. Была проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): эндоскопическая картина неатрофического умеренно выраженного антрального гастрита, дуодено-гастрального рефлюкса. ИТ в верхних отделах ЖКТ не обнаружено. Учитывая длительность нахождения ИТ (гвоздь больших размеров), отсутствие его дислокации, принято решение о проведении ребенку лапароскопии, удаления ИТ брюшной полости. В ходе лапароскопической манипуляции произведена ревизия петель толстой и тонкой кишок, ИТ не обнаружено. Интраоперационно осуществлен поиск ИТ с помощью передвижной рентгенологической установки с электронно-оптическим преобразователем (ЭОП). ИТ определялось в проекции пилорического отдела желудка и 12-перстной кишки. Интраоперационно произведена ФГДС с целью ревизии зоны транслкации ИТ, исключения возможной прикрытой ИТ перфорации желудка или 12-перстной кишки: ИТ в просвете желудка и 12-перстной кишки, дефектов слизистой и рубцовых изменений выявлено не было. Лапароскопически вскрыта сальниковая

сумка. Основная часть ИТ – гвоздь длиной 7 см, обнаружена над поджелудочной железой в образовавшейся рыхлой соединительнотканной капсуле, неострый конец гвоздя находился в серозном мышечном слое желудка (*рис. 4 на цветной вклейке в журнал, стр. VI*). ИТ извлечено. Дефект стенки желудка 1,0 см ушит отдельными узловыми швами (нить PDS 5/0), герметичность шва верифицирована пневмопробой. В сальниковую сумку был установлен дренаж.

Оперативное вмешательство ребенок перенес удовлетворительно. В первые сутки после операции состояние стабильное, самочувствие удовлетворительное. Начата энтеральная нагрузка. По данным контрольного УЗИ органов брюшной полости свободной жидкости межпетельно и в сальниковой сумке не обнаружено, парапанкреатическая клетчатка не изменена, изменения структуры и увеличения размеров поджелудочной железы не отмечено. На 2е сутки после операции дренаж из сальников сумки удален. На 8е сутки после операции в удовлетворительном состоянии мальчик выписан домой.

Обсуждение

ИТ в ЖКТ у детей являются частой патологией, с которой сталкиваются детские хирурги и педиатры. От 80 до 90% ИТ, попадающих в желудок, проходят самопроизвольно через ЖКТ, от 0 до 20% требуют эндоскопического удаления, и лишь 1% требует оперативного хирургического лечения [6]. Одним из жизнеугрожающих осложнений ИТ в верхних отделах ЖКТ является перфорация полого органа (в зависимости от локализации ИТ) и развитие перитонита [7].

Представленный клинический случай, демонстрирует крайне редкий вариант перфорации желудка ИТ больших размеров у ребенка 2 лет 5 месяцев жизни, без развития перитонита. Учитывая данные анамнеза, перфорация желудка произошла за 3 недели до госпитализации и вызвала «инкапсулирование» ИТ в сальниковой сумке. Обнаруженным по УЗИ образованием в печени являлась «шляпка» и часть тела гвоздя, окруженные рыхлой соединительнотканной капсулой.

Клинический случай подтверждает тезис, что анамнез заболевания не всегда является критерием,

позволяющим достоверно установить наличие или отсутствие ИТ в ЖКТ. Нередко дети любого возраста, приспосабливаясь к дискомфорту, могут не предъявлять жалоб или не всегда могут правильно сформулировать свои жалобы. Большинство авторов признают большую ценность КТ с применением контрастирующих методик для диагностики ИТ, мигрировавших за пределы ЖКТ [8]. Однако рентгенконтрастное ИТ больших размеров успешно может быть локализовано с помощью передвижной рентгенологической установки с электронно-оптическим преобразователем. Часто ИТ в желудке даже большого размера удается извлечь при фиброэзофагоскопии, а при наличии длительно стоящих ИТ обнаружить признаки повреждения стенки желудка [3]. В нашем случае перфорационное отверстие в стенке желудка благодаря небольшому размеру сечения ИТ и анатомическим особенностям желудка закрылось самостоятельно со стороны слизистой желудка, что не позволило выявить ИТ при ФЭГДС и удалить его эндоскопическим путем.

Заключение

Клиническая картина ИТ в верхних отделах ЖКТ у детей неспецифична и может не проявляться на ранних этапах, что ни в коем случае не должно снижать качество сбора анамнеза заболевания у данной группы пациентов. Любые симптомы и отклонения в поведении детей, особенно раннего возраста, должны приниматься во внимание. ИТ желудка может мигрировать в сальниковую сумку

без развития клинической картины перфорации полого органа и перитонита. Лапароскопическое удаление ИТ, мигрировавшего за пределы желудка, является методом выбора оперативного лечения. Своевременная диагностика и грамотная лечебная тактика способствуют достижению положительных результатов лечения детей с ИТ, мигрировавшими за пределы ЖКТ.

Литература | References

1. Khryshchanovich V. Ya., Ladutko I. M., Prokhorova Ya. V. Foreign bodies of the digestive tract: surgical aspects of diagnosis and treatment. *Medical journal*. 2009;27(1):9–14. (In Russ.)
Хрыщанович В. Я., Ладутько И. М., Прохорова Я. В. Инородные тела пищеварительного тракта: хирургические аспекты диагностики и лечения. *Медицинский журнал*. 2009;27(1):9–14.
2. Drobyazgin E. A., Chikinev Yu. V. Diagnosis and treatment of children with foreign bodies in upper gastrointestinal tract. *Endoscopic Surgery*. 2021;27(2):10–16. (In Russ.) doi: 10.17116/endoskop20212702110.
Дробязгин Е. А., Чикинев Ю. В. Диагностика и лечение детей с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Эндоскопическая хирургия*. 2021;27(2):10–16. doi: 10.17116/endoskop20212702110.
3. Babich I. I., Bagnovsky I. O. Foreign bodies of the digestive tract in children. *Russian Bulletin of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Resuscitation*. 2017;7(4):26–30. (in Russ.) doi: 10.17816/psaic369.
Бабич И. И., Багновский И. О. Инородные тела пищеварительного тракта у детей. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2017;7(4):26–30. doi: 10.17816/psaic369.
4. Petlakh V. I., Sergeev A. V., Vinogradov A. Ya. Stomach trichobezoars in children. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2013;58(2):70–73. (In Russ.)
Петлах В. И., Сергеев А. В., Виноградов А. Я. Трихобезоары желудка у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2013;58(2):70–73.
5. Jayachandra S., Eslick G. D. A systematic review of pediatric foreign body ingestion: presentation, complications, and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77(3):311–317. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.11.025.
6. Simonetti I., Puglia M., Tarotto L., Palumbo F., Esposito F., Sciuto A., et al. When traditions become dangerous: Intestinal perforation from unusual foreign body-Case report and short literature review. *Eur J Radiol Open*. 2019;6(1):152–155. doi: 10.1016/j.ejro.2019.04.002.
7. Davidov M. I., Nikonova O. E. [Clinic and diagnosis of foreign bodies of gastric-intestinal tract from the position of a gastroenterologist]. *Medical almanac*. 2017;46(1):53–56. (In Russ.)
Давидов М. И., Никонова О. Е. Клиника и диагностика инородных тел желудочно-кишечного тракта с позиции гастроэнтеролога. *Медицинский альманах*. 2017;46(1):53–56.
8. Garaev M. R., Vorotnikov M. Yu., Garaeva Z. R., Nartailakov M. A. Gastric perforation covered by a foreign body. A clinical case. *Creative surgery and oncology*. 2020;10(3):228–232. (in Russ.) doi: 10.24060/2076–3093–2020–10–3–228–232.
Гараев М. Р., Воротников М. Ю., Гараева З. Р., Нартайлаков М. А. Прикрытая инородным телом перфорация желудка. Клинический случай. *Креативная хирургия и онкология*. 2020;10(3):228–232. doi: 10.24060/2076–3093–2020–10–3–228–232.

К статье

Инородное тело сальниковой сумки вследствие прикрытой перфорации желудка у ребенка 2 лет (стр. 182–186)

To article

A foreign body of the omentum bag due to a covered perforation of the stomach in a 2-year-old child (p. 182–186)

Рисунок 4. Интраоперационный снимок инородного тела сальниковой сумки (гвоздь 7 см).

Figure 4. Intraoperative image of a foreign body of the omentum bag (nail 7 cm).

