

МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С
ПРОГЛОЧЕННОЙ РЫБНОЙ КОСТЬЮСемионкин Е.И.*¹, Огорельцев А.Ю.¹,
Луканин Р.В.², Серебрянский П.В.²,
Ведищев В.В.²¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова», Рязань² ГБУ РО «Областная клиническая
больница», Рязань

DOI: 10.25881/20728255_2025_20_3_158

Резюме. Приводится клиническое наблюдение успешного лечения пациентки 46 лет с проглоченной мелкой по размеру остроконечной рыбной костью прямой кишки, осложненной прогрессирующей флегмоной промежности, что потребовало многоэтапного лечения – вскрытия флегмоны, некрэктомии раны, выведения петлевой сигмостомы ввиду прогрессирования гнойного процесса, с последующим закрытием сигмостомы в плановом порядке через 4 месяца.

Ключевые слова: инородное тело, проглоченная рыбная кость, повреждение прямой кишки, флегмона промежности, многоэтапное хирургическое лечение.

Несмотря на то, что большинство проглоченных инородных тел (80–90%) проходят через желудочно – кишечный тракт самостоятельно и без осложнений [1; 2], проблема является актуальной в силу распространенности заболевания, серьезности и опасности осложнений – прободения кишечника, развития кишечной непроходимости, кровотечений, трудности лечения, особенно при поздней и неадекватной диагностике [3–8].

Из огромного многообразия проглоченных инородных тел успешно леченных и извлеченных из кишечника представляют особую опасность остроконечные предметы, как механически активные, такие, как зубочистки, кости, гвозди, щепы от тары, иголки, булавки, стекло, фрагменты зубного протеза, лезвие бритвы и т.п., так как лечение их представляет большие трудности.

Проглоченные остроконечные инородные тела относятся к механически активным, так как оказывают повреждающее механическое действие на ткани. Наиболее часто отмечаются по локализации инородные тела пищевода – 68,4 %, желудок – 18,9%, тонкая кишка – 7,1%, толстая кишка – 3%, наиболее редко прямая кишка – 2,6% [5].

Больная М., 46 лет находилась на лечении в колопроктологическом отде-

MULTISTAGE SURGICAL TREATMENT IN A PATIENT WITH AN INGESTED TISH BONE

Semionkin E.I.*¹, Ogorelcev A.Yu.¹, Lukanin R.V.², Serebryanskii P.V.², Vedischev V.V.²¹ Ryazan State Medical University, Ryazan² Ryazan State Clinical Hospital, Ryazan

Abstract. There is demonstrated the clinical monitoring of the successful treatment of the 46-year-old patient ingested a small sharp fish bone of the rectum, complicated with the progressive perineum abscess, that required a multistage treatment – opening the abscess, wound necroectomy, sigmoid colostomy formation in connection with the progressing of purulent process, followed by sigmoid colostomy closure in a planned manner after 4 months.

Keywords: foreign body, swallowed fish bone, rectal injury, purulent paraproctitis multistage surgical treatment.

лении клиники с 16.11 по 27.11.2024 г. с диагнозом: проглоченная рыбная кость, перфорация прямой кишки, флегмона промежности. Из анамнеза известно, что 10.11.2024 г. употребляла жареную рыбу (камбала), поспешила и отметила проглатывание рыбной кости. На следующий день во время дефекации появились боли в прямой кишке, при помощи мануального пособия самостоятельно с большим трудом удалила кость размером 1,0 на 0,8 см с острыми краями через анальное отверстие. После этого отмечала дискомфорт в области анального канала. 16.11.2024 г. появилась температура до 39 °С, боли, уплотнение и покраснение перианальной области. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в клинику.

Обследована: эритроциты $3,39 \times 10^{12}/л$, Hb 118 г/л; лейкоциты, $7,73 \times 10^9/л$, СОЭ 50 мм/час, фибриноген 9,7 г/л.

Экстренно оперирована 16.11.2024 г. дежурным хирургом. Под интубационным наркозом выполнено вскрытие и дренирование гнойника около кишки, получено около 30 мл гноя; 17, 18.11.2024 г. перевязки проводились дежурными хирургами. 19.11.2024 г. осмотрена колопроктологом: в области промежности отек, инфильтрация, бо-

лезненность, кожная гиперемия, рана с некротическими краями, обильное каловое отделяемое, при пальцевом осмотре прямой кишки выше сфинктера нечетко определяется перфорационное отверстие. У больной клиника травматического повреждения (перфорация рыбной костью) стенки прямой кишки с развитием флегмоны перианальной области. Экстренно выполнена лапароскопическая петлевая сигмостомия для отключения раны от каловой струи, некрэктомия раны.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 27.11.2024 г. выписана в удовлетворительном состоянии с функционирующей сигмостомой.

03.03.2025 г. поступила в плановом порядке для закрытия сигмостомы. Состояние удовлетворительное. В левой подвздошной области определяется петлевая функционирующая сигмостома (Рис. 1). Перед плановой госпитализацией проведены обследования: ФКС 23.02.2025 г. – заключение сигмостома – картина умеренно выраженного ректита, МРТ перианальной области 10.02.2025 г. – признаки закрытия свища, внутренне отверстие и ход не визуализируются, по ходу свища имеются рубцовая ткань с накоплением контраста (Рис. 2).

* e-mail: semionkin@list.ru



Рис. 1. Петлевая сигмостома.

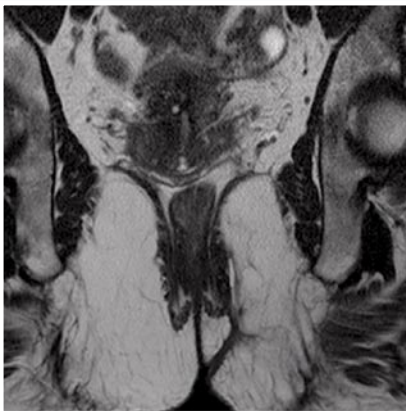


Рис. 2. МРТ малого таза. Внутреннее отверстие и ход не визуализируются, по ходу свища рубцовая ткань с накоплением контраста.

06.03.2025 г. под интубационным наркозом проведена операция внутрибрюшинное закрытие сигмостомы с резекцией свищ несущего отрезка кишки с формированием анастомоза конец в конец двухрядным швом викрилом 3-0. Кровопотеря 10 мл, время операции 60 мин. Послеоперационное течение гладкое. Выписана из стационара 14.03.2025 г. в удовлетворительном состоянии. Живот мягкий, спокойный. Физиологические отправления в норме.

Результаты и обсуждение

Наше наблюдение подтверждает мнения других авторов, что проглоченные инородные тела могут продвигаться до прямой кишки, травмировать ткани прямой кишки и симптомы осложнений зависят не только от размеров инородного тела, длительности нахождения в кишке, но и от наличия у него острого края или острых краев. В данном наблюдении клиника прохождения мелкой по размеру рыбной кости с острыми множественными краями была только при прохождении глотки в виде царапания ее и проявилась болями в прямой кишке при дефекации.

Заключение

Представлено клиническое наблюдение успешного лечения пациентки с проглоченным мелким по размеру инородным телом рыбной костью, которая прошла через пищевод, тонкую кишку, Баугиниеву заслонку, ободочную кишку, ректосигмоидный отдел и внедрилась в стенку нижеампулярного отдела прямой кишки, была самостоятельно пальцем с трудом извлечена больной через анальное отверстие. Это привело к дополнительному повреждению стенки прямой кишки с развитием прогрессирующей флегмоны промежности, что потребовало многоэтапного хирургического лечения: вскрытие дренирование флегмоны с некрэтомией раны, с последующим наложением петлевой сигмостомы для отключения раны от каловой струи, а затем через 4 месяца закрытия сигмостомы.

Врачебное удаление инородного тела из прямой кишки предусматривает под анестезией дивульсию сфинктера перед осмотром и введением ректального зеркала и инструментов, что значительно облегчает удаление инородного тела без травмы прямой кишки.

Недопустимо пациентами самостоятельное извлечение инородных тел из прямой кишки, так как это может привести к дополнительному повреждению кишки и флегмоне промежности, хирургическому лечению, которое может быть многоэтапным, как в нашем наблюдении.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ambe P, Weber SA, Schauer M, et al. Swallowed foreign bodies in adults. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109: 869-875.
2. Sugawa C, Ono H, Taleb M, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: A review. World J Gastrointest Endosc. 2014; 6: 475-481.
3. Давыдов М.И., Лебедев А.С., Субботин В.М. и др. Инородные тела червеобразного отростка и слепой кишки, осложненные острым аппендицитом // Хирургия. – 2005. – №9. – С.25-30. [Davidov MI, Lebedev AS, Subbotin VM, et al. Inorodnye tela cherveobraznogo otrostka i slepoj kishki, oslozhnennnye ostrym appendicitom. Hirurgiya. 2005; 9: 25-30. (In Russ.)]
4. Ионов Д.В., Туманян Г.Т., Лисюк И.П. Редкие инородные тела желудочно-кишечного тракта //Эндоскопическая хирургия. – 2011. – Т.17. – №3. – С.51-53. [Ionov DV, Tumanian GT, Lisyuk IP. Redkie inorodnye tela zheludочно-kishechnogo trakta. Endoskopicheskaya hirurgiya. 2011; 17(3): 51-53. (In Russ.)]
5. Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия). Категория МКБ: Инородное тело в пищеварительном тракте (Т 18). Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. [Klinicheskie rekomendacii RF 2024 (Rossiya). Kategoriya MKB: Inorodnoe telo v pischevaritelnom trakte (T 18). Odobreno Nauchno-prakticheskim Sovetom Minzdrava RF. (In Russ.)]
6. Хубезов Д.А., Трушин С.Н., Пучков К.В. и др. Тактика лечения пациентов с инородными телами прямой кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – №9. – С.57-63. [Hubezov DA, Trushin SN, Puchkov KV, et al. Taktika lechenij pacientov s inorodnymi telami pryamoj kishki. Hirurgiya. Zhurnal im.N.I. Pirogova. 2016; 9: 57-63. (In Russ.)]
7. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi, Vandeplass Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. Eur J Pediatr. 2001; 160(8): 468-472.
8. Rodrigues de Lima R, Tazima L, Geraldo J. Intestinal perforation by an ingested foreign body. Radiol Bras. 2016; 49(5): 295-299.
9. Pulat H, Karakose O, Benzin MF, Benzin S, Cetin R. Small bowel perforation due to fish bone: A case report. Turk J Emerg Med. 2015; 15(3): 136-138.