

Сведения об авторах статьи:

Масляков Владимир Владимирович – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней медицинского университета «Реавиз». Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Верхний рынок, 10. E-mail: maslyakov@inbox.ru.
Урядов Сергей Евгеньевич – д.м.н., доцент, профессор кафедры хирургических болезней медицинского университета «Реавиз». Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Верхний рынок, 10. E-mail: mail@reaviz.ru.
Доржиев Павел Сергеевич – аспирант кафедры хирургических болезней медицинского университета «Реавиз». Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Верхний рынок, 10. E-mail: mail@reaviz.ru.
Чуманов Алексей Юрьевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней медицинского университета «Реавиз». Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Верхний рынок, 10. E-mail: mail@reaviz.ru.
Султонов Фирдавсхужа Пулотхужаевич – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет». Адрес: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, пл. Ленина, 1. E-mail: rector@marsu.ru.
Акберов Алмаз Рамилевич – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет». Адрес: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, пл. Ленина, 1. E-mail: rector@marsu.ru.
Гезали Аля Эдин – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет». Адрес: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, пл. Ленина, 1. E-mail: rector@marsu.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и хирургическая тактика при ранениях сердца / Р.Ш. Шаймарданов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7. Приложение 2. – С. 205-208.
2. Основные клинические симптомы при ранениях сердца / В.В. Масляков [и др.] // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2019. – №1. – С. 58-62.
3. Торакоскопия в диагностике и лечении травм груди / А.Е. Борисов [и др.] // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2010. – Т. 196. – №1. – С. 96-10.
4. Значение торакоскопии в улучшении результатов обследования и лечения пациентов, подвергшихся травме грудной клетки / Д.А. Зайцев [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Т. 7, №3. – С. 12-22.
5. Критерии безопасного выполнения торакоскопии у пострадавших с ранением груди / О.В. Воскресенский // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2015. – №1. – С. 33-37.
6. Торакоскопия – показания, типы вмешательств и манипуляций, лечебно-диагностический алгоритм действий, показания, основные виды ранений / К.Г. Жестков // Медицинская газета. – 2004. – №4.
7. Торакоскопия при травме грудной клетки / А.А. Панкратов [и др.] // Эндоскопическая хирургия – 2015. – Т. 21, №4. – С. 54-62.

REFERENCES

1. Diagnostika i hirurgicheskaja taktika pri ranenijah serdca / R.Sh. Shajmardanov [et al.] // Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny. 2014; 7. Application 2: 205-208. (In Russ.).
2. Osnovnye klinicheskie simptomy pri ranenijah serdca / V.V. Masljakov [et al.] // Vestnik Rossijskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2019; 1: 58-62. (In Russ.).
3. Torakoskopija v diagnostike i lechenii travm grudi / A.E. Borisov [et al.] // Vestnik hirurgii imeni I.I. Grekova. 2010; 196 (1): 96-10. (In Russ.).
4. Znachenie torakoskopii v uluchshenii rezul'tatov obsledovanija i lechenija pacientov, podvergshih'sja travme grudnoj kletki / D.A. Zajcev [et al.] // Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova. 2015; 7 (3): 12-22. (In Russ.).
5. Kriterii bezopasnogo vypolnenija torakoskopii u postradavshih s ranenijem grudi / O.V. Voskresenskij // Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo Neotlozhnaja medicinskaja pomoshh'. 2015; 1: 33-37. (In Russ.).
6. Torakoskopija – pokazanija, tipy vmeshatel'stv i manipulacij, lechebno-diagnosticheskij algoritm dejstvij, pokazanija, osnovnye vidy ranenij / K.G. Zhestkov // Medicinskaja gazeta. 2004; 4. (In Russ.).
7. Torakoskopija pri travme grudnoj kletki / A.A. Pankratov [et al.] // Jendoskopicheskaja hirurgija. 2015; 21 (4): 54-62. (In Russ.).

УДК 616 - 001.17

© Коллектив авторов, 2021

А.А. Гумеров¹, И.А. Комиссаров², Р.Р. Зайнуллин³, Б.Ф. Асфандияров³,
 Р.А. Гумеров³, И.И. Галимов¹, Д.В. Филиппов², Н.Н. Шарипов¹, С.В. Габдуллина³

**ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШОК
 НАШАТЫРНЫМ СПИРТОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ НЕКРОЗОМ
 КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА ТРЕХ ЛЕТ**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
 медицинский университет», г. Санкт-Петербург

³ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа

Описано клиническое наблюдение у пациента с химическим ожогом толстой и тонкой кишок с некрозом после ошибочного введения в прямую кишку нашатырного спирта. Ребенок до травмы страдал артрогрипозом с поражением нижних конечностей, хроническим запором. На вторые сутки после химического ожога ребенок оперирован – резекция толстой кишки с формированием колостомы. Через 4 месяца выполнена очередная операция – реконструктивно-восстановительная операция на толстой кишке, закрытие колостомы. Низведение толстой кишки на промежность с формированием кишечного анастомоза по Дюамелю. Наступило выздоровление.

Ключевые слова: дети, кишечник, нашатырный спирт, оперативное лечение.

A.A. Gumerov, I.A. Komissarov, R.R. Zainullin, B.F. Asfandiyarov,
R.A. Gumerov, I.I. Galimov, D.V. Filippov, N.N. Sharipov, S.V. Gabdullina
**CHEMICAL BURN OF SMALL AND LARGE INTESTINE WITH AMMONIA,
COMPLICATED WITH INTESTINAL NECROSIS IN A 3-YEARS-OLD CHILD**

The paper describes clinical observation of a patient with a chemical burn of the large and small intestines with necrosis after faulty injection of ammonia into the rectum. Before the injury, the child suffered from arthrogryposis (damage to the lower extremities), chronic constipation. On the second day, the child was operated on - resection of the large intestine, the formation of a colostomy. After 4 months the next operation was performed - reconstructive surgery on the large intestine, colostomy closure, lowering the colon to the perineum with the formation of an intestinal anastomosis according to Duhamel. The surgery led to recovery.

Key words: children, intestines, ammonia, surgical treatment.

Химический ожог толстой кишки у детей встречается крайне редко и является следствием небрежности при выполнении клизмы. В прямую кишку иногда случайно вводятся агрессивные растворы: перекись водорода, раствор перманганата калия, различные кислоты, нашатырный спирт и др.

Л.П. Шейник и соавт. (2002) описали случай химического ожога толстой кишки у ребенка 8 лет после клизмы, когда вместо гипертонического раствора натрия хлорида был использован 25% раствор формалина.

По данным литературы у взрослых указанная патология встречается больше, чем у детей. Так, С.Д. Ким и соавт. (2002) наблюдали 17 больных в возрасте от 17 до 70 лет с ожогами прямой кишки. Причинами ожогов у 8 больных из 17 был 3% раствор перекиси водорода, у 2 – очистительная клизма с раствором разведенной уксусной кислоты, у остальных клизмы с раствором перманганата калия, керосина, нашатырного спирта, алкогольной смеси, клея и кипятка.

Цель: демонстрация редкого клинического наблюдения химического ожога толстой и тонкой кишок нашатырным спиртом, осложненного некрозом кишечника.

Родители пациента Г. 3 лет с артрогрипозом (поражением нижних конечностей) обратились в приемное отделение Центральной районной больницы 05.06.2017 года с жалобами на периодические запоры, боли в животе. Для разрешения копростазу мальчику назначена клизма с раствором глицерина, но ошибочно в прямую кишку был введен раствор нашатырного спирта (10 мл).

Сразу после клизмы появились сильные боли в левой половине живота, ухудшилось общее состояние. Проведено комплексное лечение: обезболивающие и десенсибилизирующие препараты, трехкратное промывание прямой кишки теплой водой (по 250 мл) через зонд, клизма с растительным маслом.

После оказания экстренной помощи больной госпитализирован в стационар. Проводилась антибактериальная, инфузионная терапия. В связи с ухудшением состояния че-

рез 16 часов 06.06.17 г. после травмы больной переведен в Республиканскую детскую клиническую больницу (РДКБ). При поступлении состояние тяжелое, пациент вялый, питание осуществлялось через назогастральный зонд. Черты лица заострены. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Температура тела 38,6°C. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца приглушены, пульс 130 уд/мин. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, болезненный во всех отделах. Положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Перистальтика кишечника не выслушивается. Мочеиспускание не нарушено.

Во время экстренной лапаротомии обнаружены обширный некроз толстой кишки (рис. 1), множественные повреждения серозной оболочки подвздошной кишки размерами 0,5-2 см (рис. 2). В одном участке тонкой кишки выявлена перфорация размером 2-3 см. Наложены узловы́е швы. Измененные участки кишки обложены салфетками, смоченными в горячем изотоническом растворе хлорида натрия. Предварительно в брыжейку тонкой кишки введено 20-30 мл 0,25% раствора новокаина. Тонкая кишка признана жизнеспособной. Произведена резекция 2/3 нисходящей и поперечно – ободочной сигмовидной и часть прямой кишок (рис. 3). Культи́я прямой кишки длиной до 4 см ушита. Операция завершена лапаростомией. Через сутки выполнена релапаротомия. Признаки нежизнеспособности тонкой кишки не выявлены. Диагноз: химический ожог толстой и тонкой кишок с некрозом кишечника. Гистологическое исследование: некроз стенки толстой и тонкой кишок, перфорация, острый некротический колит, гнойный серозит, флегмонозный оментит.

После операции проводилась инфузионная, антибактериальная терапия и анальгезия. Послеоперационный период протекал гладко. На 14-е сутки больной выписан домой с колостомой.

Через 3 месяца после операции ребенок направлен в СПбГПМУ для оперативного лечения. Проведено клинико-лабораторное ис-

следование, в том числе ирригография (рис.4), пассаж контраста по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ). 29.11.2017 г. выполнена реконструктивно-восстановительная операция на толстой кишке: закрытие колостомы, низведение толстой кишки на промежность с формированием кишечного анастомоза по Дюамелю. Необходимо отметить, что данная операция была возможна, поскольку осталась небольшая культя толстой кишки (4 см.), что позволило не проводить аноректопластику и не травмировать сфинктерный аппарат. Послеоперационный период протекал без осложнений.

На 12-е сутки при осмотре колоректальный анастомоз свободно проходим. Явлений стеноза нет. На 13-й день больной выписан. Через 3 месяца при клиническом осмотре выявлен стеноз в зоне колоректального анастомоза. Проводилось бужирование прямой кишки с хорошим исходом. При очередном осмотре через 2 года жалоб нет. Стул регулярный, самостоятельный.

Обсуждение. Данное клиническое наблюдение демонстрирует крайне редкую патологию в детском возрасте – химический ожог толстой и тонкой кишок, осложненный некрозом.

Причиной возникновения данного осложнения явились невнимательность и небрежность медицинского персонала.



Рис. 1. Фото при операции. Некроз толстой кишки

Наше наблюдение согласуется с данными других авторов о том, что у детей наиболее частой причиной химического ожога толстой кишки является ошибочное введение в прямую кишку различных химических растворов: перекиси водорода, перманганата калия, различных кислот [1,2]. Ряд авторов указывают, что при химических ожогах поражается прямая и толстая кишка. Описанные нами данные свидетельствуют о том, что при тяжелых ожогах нашатырным спиртом поражается не только прямая и толстая, но и тонкая кишка.

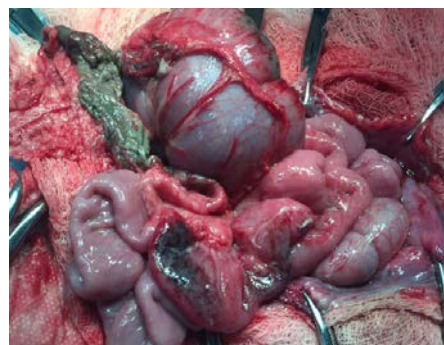


Рис. 2. Некроз серозной оболочки тонкой кишки



Рис. 3. Резецированный участок толстой кишки



Рис. 4. Ирригограмма. Заполнение через колостому, на ней видно, что сохранена значительная часть толстой кишки

По данным Л.П. Шейника и соавт. (2002) химический ожог прямой кишки у детей наблюдается реже по сравнению со взрослыми пациентами. Кроме того, при данной травме только раннее выключение пораженного отдела кишки способствует снижению риска осложнений.

Авторы, которые занимаются лечением взрослых больных, придерживаются мнения о необходимости диагностической ректоколоноскопии [1] при наличии квалифицированного специалиста и необходимой аппаратуры, а также при отсутствии осложнений.

Данное наблюдение представляет несомненный интерес для практических хирургов в плане редко встречающегося обширного некроза толстой и тонкой кишок, вызванного введением по ошибке в прямую кишку нашатырного спирта.

Сведения об авторах статьи:

Гумеров Аитбай Ахметович – д.м.н., профессор кафедры детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, ул. Ленина, 3. E-mail: prof.gumerov@gmail.com.

Комиссаров Игорь Алексеевич – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО СПбГПМУ. Адрес: 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2. E-mail: komissarov_i_a@mail.ru.

Зайнуллин Роберт Рамилович – заведующий отделением хирургии ГБУЗ РДКБ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 98.

Асфандияров Булат Фаритович – врач-колопроктолог хирургического отделения ГБУЗ РДКБ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 98.

Гумеров Рамиль Аитбаевич – д.м.н., заведующий отделом лучевой ГБУЗ РДКБ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 98.

Галимов Ильдар Искандарович – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: pedsurg@bk.ru

Филиппов Дмитрий Владимирович – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО СПбГПМУ. Адрес: 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2.

Шаринов Наиль Надирович – ассистент кафедры детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Габдуллина Сабина Вилевна – врач – стажер отделения хирургии ГБУЗ РДКБ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 98.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ким, С.Д. Тактика лечения ожога прямой кишки/ С.Д. Ким, А.М. Коплатадзе, С.Г. Смирнов //Проблемы проктологии. – 2002, вып.18. – С. 94-97.
2. Шейник, Л.П. Лечение обширного химического ожога толстой кишки у ребенка / Л.П. Шейник, Ю.Б. Мартов, В.Л. Равкова // Вестник хирургии. – 1987. – №7. – С.117-118.
3. Diarra B. Caustic Burns of Rectum and Colon in Emergencies/ B. Diarra, J. Roudie [et al.] //The American Journal of Surgery- 2004.- V.187. - №1.-P: 785-789.
4. Nallathambi MN Acid Burns of the Rectum and Colon; Report of a Case. / MN Nallathambi [et al.] //Dis Colon Rectum- 1987.-V. 30.- №6.-P: 469-471.
5. Randolph M. Acute Colitis Secondary to Self-Administered Alcohol Enemas: A Mimic of Ischemic Colitis. / M.Randolph, T.A. Longacre, L.B. Gerson //J Clin Gastroenterol.- 2005.-V.39.-№1.-P: 78- 79.
6. Da Fonseca J Acute colitis caused by caustic products./ J. Da Fonseca, MJ Brito, J. Freitas [et al.] // Am J Gastroenterol.- 1998.-V. 93.- P: 2601-2602.

REFERENCES

1. Kim S.D., Koplatadze A.M., Smirnov S.G. Treatment tactics for rectal burn. Proctology problems. - 2002, issue 18, p. 94-97.(In Russ.).
2. Sheinik L.P., Martov Y.B., Ravkova V.L. Treatment of an extensive chemical burn of a thick one in a child. Bulletin of surgery. - 1987. - No. 7. - P.117-118. (In Russ.).
3. Diarra B, Roudie J, et al.: Caustic Burns of Rectum and Colon in Emergencies. The American Journal of Surgery,; 2004; 187: 785.
4. Nallathambi MN, Sleeper R, Smith M, Ivatury RR: Acid Burns of the Rectum and Colon; Report of a Case. Dis Colon Rectum; 1987; 30: 469-471.
5. Randolph M, Longacre TA, Gerson LB: Acute Colitis Secondary to Self-Administered Alcohol Enemas: A Mimic of Ischemic Colitis. J Clin Gastroenterol; 2005; 39: 78-9.
6. Da Fonseca J, Brito MJ, Freitas J, et al.: Acute colitis caused by caustic products. Am J Gastroenterol; 1998; 93: 2601-2602.

УДК 616.34-007.271

© Коллектив авторов, 2021

**М.В. Тимербулатов¹, Е.Е. Гришина¹, Л.Р. Аитова¹,
Е.И. Сендерович¹, Т.М. Зиганшин², Э.Ф. Гимаев², А.А. Мухаммадиев¹**
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЛУЧЕВЫХ СТРИКТУР ТОНКОЙ КИШКИ:
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа

Случайное повреждение тонкой кишки ионизирующим излучением во время лучевой терапии онкогинекологической патологии встречается у 16% пациентов. Радиационно-индуцированное воспаление приводит к фиброзу стенки кишки и к формированию рубцовой стриктуры. Ключом к успешному лечению таких пациентов является максимально ранняя диагностика стойкого сужения просвета кишки и максимально ранняя операция. К сожалению, в настоящее время диагностика стриктур тонкой кишки сопряжена с трудностями в связи с отсутствием доступных методов инструментальной диагностики. В настоящее время не существуют методы, способные выявить степень фиброза при стриктуре кишечной стенки. В статье представлены два клинических примера диагностики и оперативного лечения постлучевых стриктур тонкой кишки, которые образовались при случайном повреждении во время лучевой терапии рака шейки матки в 2020 году. Также в статье приведена литература, посвященная патогенезу образования рубцового сужения просвета кишки после воздействия ионизирующего излучения и проблеме диагностики и лечения этой патологии.

Ключевые слова: стриктура тонкой кишки, радиационное повреждение, лучевой энтерит, радиационно-индуцированная энтеропатия.