

## РЕДКИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА КИШЕЧНИКА

Семионкин Е.И.\*<sup>1</sup>, Луканин Р.В.<sup>2</sup>,  
Огорельцев А.Ю.<sup>1</sup>, Родимов С.В.<sup>3</sup>,  
Юдина Е.А.<sup>2</sup>, Серебрянский П.В.<sup>2</sup>,  
Кротков А.Р.<sup>2</sup>, Романов А.Н.<sup>1</sup>

DOI: 10.25881/20728255\_2022\_17\_2\_135

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Рязанский государственный  
медицинский университет им. академика  
И.П. Павлова», Рязань

<sup>2</sup> ГБУ РО «Областная клиническая  
больница», Рязань

<sup>3</sup> ГБУ РО «Городская клиническая больница  
скорой медицинской помощи», Рязань

**Резюме.** Цель исследования. Представить клинические случаи успешного хирургического лечения редких инородных тел кишечника и один случай длительного нахождения инородного тела в кишечнике.

Пациенты и методы. Изучены результаты обследования и лечения 5 пациентов с редкими инородными телами, как зубочистки, рыбы кости, металлический осколок зубного протеза. Возраст больных составил от 52 до 83 лет. Мужчин было 3 пациента, женщин 2.

Обсуждение. Данные наблюдения подтверждают, что инородные тела кишечника могут длительно находиться в кишечном тракте, вызывать перфорацию кишки, имитировать острый аппендицит, дивертикулит или опухоль кишечника. В двух случаях произошла перфорация стенки тонкой кишки острыми деревянными зубочистками с миграцией их в большой сальник и самостоятельным закрытием перфорационного отверстия в первом случае, во втором случае произошло прикрытие перфорационного отверстия брыжейкой сигмовидной кишки. Это привело к длительному нахождению инородных тел и впоследствии имитировало опухоль и дивертикулит сигмовидной кишки.

В одном случае перфорация восходящей ободочной кишки тонкой рыбьей костью имитировала острый аппендицит, в другом нахождение рыбьей кости в ректосигмоидном отделе прямой кишки привело к псевдоопухли, сужению кишки, хронической кишечной непроходимости. Наши наблюдения подтверждают возможность длительного бессимптомного нахождения инородного тела в брюшной полости.

Заключение. Таким образом, обобщая представленный материал можно сделать вывод, что даже при отсутствии в анамнезе указаний на заглатывание инородных тел, в практике необходимо помнить о возможности такой патологии. Инородные тела кишечника могут вызывать перфорацию кишки, с образованием перитонита или инфильтратов и абсцессов брюшной полости, имитировать опухоль и дивертикулы кишечника, острый аппендицит. Может наблюдаться длительное бессимптомное нахождение инородных тел в кишечнике.

**Ключевые слова:** редкие инородные тела кишечного тракта, диагностика, лечение.

**Актуальность**

Проблема инородных тел желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является актуальной в силу серьезности и опасности осложнений — развития кишечной

## RARE FOREIGN BODIES OF THE INTESTINAL

Semionkin E.I.\*<sup>1</sup>, Lucanin R.V.<sup>2</sup>, Ogoreltzev A.Y.<sup>1</sup>,  
Rodimov S.V.<sup>3</sup>, Yudina E.A.<sup>2</sup>, Serebryanskiy P.V.<sup>2</sup>,  
Krotkov A.R.<sup>2</sup>, Romanov A.N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ryazan State Medical University, Ryazan

<sup>2</sup> Ryazan State Clinical Hospital, Ryazan

<sup>3</sup> Emergency Medical Hospital, Ryazan

**Abstract.** Aim of the study. To present clinical cases of successful surgical treatment of rare foreign bodies of the intestine and one case of a long-term presence of a foreign body in the intestine.

Patients and methods. The results of the examination and treatment of 5 patients with rare foreign bodies, such as toothpicks, fish bones, a metal fragment of a denture, were studied. The age of the patients ranged from 52 to 83 years. There were 3 males and 2 females.

Discussion. These observations confirm that intestinal foreign bodies can stay in the intestinal tract for a long time, cause intestinal perforation, simulate acute appendicitis, diverticulitis or intestinal tumor. In two cases, the wall of the small intestine was perforated with sharp wooden toothpicks with their migration into the greater omentum and self-closing of the perforation in the first case. In the second case, the perforation was covered with the mesentery of the sigmoid colon. This led to a prolonged presence of foreign bodies and subsequently simulated a tumor and diverticulitis of the sigmoid colon.

In one case, perforation of the ascending colon with a small fish bone simulated acute appendicitis, in another case, the presence of a fish bone in the rectosigmoid section of the rectum led to a pseudotumor, narrowing of the intestine, and chronic intestinal obstruction. Our observations confirm the possibility of a long-term asymptomatic presence of a foreign body in the abdominal cavity.

Conclusion. Thus, summarizing the presented material, we can conclude that even in the absence of a history of indications of ingestion of foreign bodies, in practice it is necessary to remember the possibility of such a pathology. Foreign bodies of the intestine can cause perforation of the intestine, with the formation of peritonitis or infiltrates and abscesses of the abdominal cavity, simulate a tumor and intestinal diverticula, acute appendicitis. There may be a long asymptomatic presence of foreign bodies in the intestine.

**Keywords:** rare foreign bodies of the intestinal tract, diagnosis, treatment.

непроходимости, прободения кишечника с развитием перитонита или кровотечения, трудности диагностики, особенно при поздней и неадекватной диагностике, длительном нахождении в ЖКТ [1; 2; 4;

6; 8]. Инородные тела могут протекать с симптомами других заболеваний, в частности острым аппендицитом, перфоративной язвой желудка, дивертикулезом, кишечной непроходимостью [1; 3; 5; 9].

\* e-mail: semionkin@list.ru

**Цель**

Представить четыре клинических наблюдения успешного хирургического удаления редких инородных тел из кишечника и один случай длительного нахождения инородного тела в кишечнике.

**Материал и методы**

Описание пяти клинических случаев редких инородных тел кишечника. Возраст больных составил от 52 до 83 лет. Мужчин было 3 пациента, женщин 2.

**Результаты и обсуждение**

Пациентка 66 лет поступила экстренно в хирургическое отделение клиники с подозрением на острый аппендицит. В виду того, что нельзя было исключить заболевание, экстренно оперирована разрезом Дьяконова-Волковича под интубационным наркозом. На операции выявлена перфорация восходящей ободочной кишки тонкой рыбьей костью, отросток интактен. Кость удалена, произведено ушивание места перфорации. Выздоровление, выписана в удовлетворительном состоянии. Из анамнеза ела рыбу, у больной съемные зубные протезы.

Пациентка, 60 лет, поступила экстренно в колопроктологическое отделение клиники с диагнозом опухоль сигмовидной кишки, частичная кишечная непроходимость. Предъявляла жалобы на периодические боли в животе, вздутия живота, затрудненное отхождение стула и газов, повышение температуры тела до 38° С, недомогание. Болея в течение месяца, когда появились данные симптомы. Последние четверо суток отмечает ухудшение состояния, обратилась за медицинской помощью — госпитализирована в клинику. Сопутствующие заболевания: цереброваскулярная, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Состояние относительно удовлетворительное, повышенного питания, кожа и слизистые обычной окраски. Пульс 82 уд/мин., живот подвздут, умеренно болезненный в проекции сигмовидной кишки, здесь же мышечный дефанс. УЗИ органов брюшной полости — стенки сигмовидной кишки на протяжении 98 мм утолщены до 8 мм, рядом с кишкой жидкость 41 на 13 мм, газ. Не исключается опухоль сигмовидной кишки, перфорация. Экстренно оперирована. Произведена лапаротомия, выявлен конгломерат интимно связанный с передней брюшной стенкой, состоящий из большого сальника, петли подвздошной кишки, жирового подвеса сигмовидной кишки. Инфильтрат раз-



**Рис. 1.** Резецированная прядь большого сальника. Вверху инородное тело (зубочистка).

делен, кишка жизнеспособна, дефектов не выявлено, осмотрена сигмовидная и восходящая ободочная кишка, большой сальник. Прядь большого сальника с множеством абсцессов с гнойным содержимым до 40 мл гноя. Измененный большой сальник и жировой подвесок удалены. При разрезе большого сальника обнаружена зубочистка длиной 2 см (Рис. 1).

Брюшная полость промыта фурацилином, проведено ушивание брюшной полости с постановкой страховых дренажей в правый и левый латеральные каналы, малый таз. Послеоперационное течение гладкое. Дренажи удалены на 4 сутки. Выписана на 16 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Заживление швов первичным натяжением. Из анамнеза после операции выявлено, что больная пользуется зубочистками, но факт проглатывания зубочистки не помнит.

Гистологическое заключение хронический абсцесс большого сальника, некроз жировой подвески.

Пациент, 62 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, общую слабость, повышенную температуру. Данные явления в течение нескольких недель. На УЗИ органов брюшной полости — в нижних отделах брюшной полости петли тонкой кишки с утолщенной стенкой до 9 мм, петля сигмовидной кишки толщиной до 12 мм, между ними визуализируется гиперэхогенный ход протяженностью 58 мм и шириной 4,5 мм, по периферии инфильтрация. Не исключается дивертикулит сигмовидной кишки с перфорацией. Проведена лапаротомия, выявлен массивный спаечный процесс в брюшной полости. Спайки разделены острым путем. В области сигмовидной кишки 2 петли тонкой кишки и сигмовидная кишка с утолщенными стенками, спаяны между

собой. При разделении инфильтрата выявлено инородное тело (деревянная зубочистка) перфорировавшее дистальную часть тощей кишки одним концом в просвете кишки, другим в толще брыжейки сигмовидной кишки.

Инородное тело удалено, участок тонкой кишки (20 см) с перфорацией и утолщенной стенкой резецирован в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза конец в конец двухрядным швом викрил 3-0. Послойный шов брюшной стенки. Гистологическое заключение препарата фрагменты стенки тонкой кишки с воспалительной инфильтрацией всех слоев, микроабсцессами в мышечном слое и брыжейке.

Послеоперационный период протекал без особенностей, проводилась инфузионная терапия, антибиотикопрофилактика, профилактика тромбэмболических осложнений, перевязки. На 14 сутки выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, заживление швов первичным натяжением.

Пациент, 52 лет, длительное время лечился у уролога по поводу аденомы предстательной железы, несмотря на наличие хронической кишечной непроходимости. Обратился к колопроктологу, выполнена колоноскопия, на которой выявлено сужение ректосигмоидного отдела прямой кишки; проведены многократные биопсии, которые не выявили опухолевого роста. В анамнезе выявлены неоднократные проглатывания костей рыбы. Больной оперирован — выявлена плотная опухоль ректосигмоидного отдела, резко суживающая просвет кишки. Проведена передняя резекция прямой кишки с аппаратным анастомозом. Выздоровление. Гистологическое исследование подтвердило воспалительный характер опухоли, выявлены многоядерные гигантские клетки инородных тел

Пациент В., 83 лет, обратился на консультацию к колопроктологу. Жалоб не предъявляет, лабилен. Из анамнеза 14 месяцев назад случайно проглотил фрагмент отломившегося металлического зубного протеза. Протез был снят стоматологом, но в виду маленького размера отломившейся части обзорная рентгенография органов брюшной полости не проводилась, предполагалось, что она должна выйти самостоятельно естественным путем. Проведены обзорная рентгенография органов брюшной полости и КТ брюшной полости. Выявлено мелкое инородное тело — металлический осколок 2 на 2 мм (Рис. 2).



**Рис. 2.** Обзорная рентгенография брюшной полости. Бессимптомное инородное тело.

Высказаться точно о его локализации невозможно — или находится в кишечнике или мигрировал в мягкие ткани.

Данные наблюдения подтверждают, что инородные тела кишечника могут длительно находиться в кишечном тракте, вызывать перфорацию кишки, имитировать острый аппендицит, дивертикулит или опухоль кишечника. В двух случаях произошла перфорация стенки тонкой кишки острым инородными телами — зубочистками с внедрением их в стенку кишки и миграцией в большой сальник и самостоятельным закрытием перфорационного отверстия в первом случае, во втором случае произошло прикрытие перфорационного отверстия зубочисткой и брыжейкой сигмовидной кишки, припаянной к месту перфорации. Это привело к длительному нахождению

инородных тел и в последствие симулировало опухоль и дивертикулит сигмовидной кишки.

В одном случае перфорация восходящей ободочной кишки тонкой рыбьей костью симулировала острый аппендицит, в другом нахождение рыбьей кости в ректосигмоидном отделе прямой кишки привело к псевдоопухли, сужению кишки, хронической кишечной непроходимости. Наши наблюдения подтверждают возможность длительного бессимптомного нахождения инородного тела в брюшной полости.

### Заключение

Таким образом, обобщая представленный материал можно сделать вывод, что даже при отсутствии в анамнезе указаний на заглатывание инородных тел, в практике необходимо помнить о возможности такой патологии. Инородные тела кишечника могут вызывать перфорацию кишки, с образованием перитонита или инфильтратов и абсцессов брюшной полости, имитировать опухоль и дивертикулы кишечника, острый аппендицит. Может наблюдаться длительное бессимптомное нахождение инородных тел в ЖКТ.

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

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

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Давыдов М.И. и др. Инородные тела червеобразного отростка и слепой кишки, осложненные острым аппендицитом //Хирургия. — 2005. — №9. — С. 25-30. [Davydov M, et al. Inorodnye tela cherveobraznogo otrostka i

2. slepoj kishki, oslozhnennye ostrym appendicitom. *Hirurgiya*. 2005; 9: 25-30. (In Russ).]
2. Ионов Д.В. и др. Редкие инородные тела желудочно-кишечного тракта //Эндоскопическая хирургия. — 2011. — Т.17. — №3. — С. 51-53. [Ionov DV, et al. Redkie inorodnye tela zheludochno-kishechnogo takta. *Endoskopicheskaya hirurgiya*. 2011; 17(3): 51-53. (In Russ).]
3. Шапкин А.Н., Шмырёва Е.С. Инородное тело желудочно-кишечного тракта у ребенка // Хирургия. — 2011. — №1. — С. 65. [Shapkin AN, Shmyryova ES. Inorodnoe telo zheludochno-kishechnogo trakta u rebenka. *Hirurgiya*. 2011; 1: 65. (In Russ).]
4. Хубезов Д.А. и др. Тактика лечения пациентов с инородными телами прямой кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2016. — №9. — С. 57-63. [Hubezov DA, et al. Taktika lechenij pacientov s inorodnymi telami pryamoj kishki. *Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2016; 9: 57-63. (In Russ).]
5. Гаврилюк В.П. и др. Инородные тела (монета) меккелева дивертикула у ребенка двух лет. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. — 2020. — Т.28. — №1. — С. 73-78. [Gavriilyuk VP, et al. Inorodnye telo (moneta) mekkeleva divertikula u rebenka dvuh let //Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 2020; 28(1): 73-78. (In Russ).]
6. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi, Vandennep-las Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2001; 160(8): 468-472.
7. Nicolodi GC, Trippia CR, Caboclo MF, Gomes de Castro F, Miller WP, Rodrigues de Lima R, Tazima L, Geraldo J. Intestinal perforation by an ingested foreign body. *Radiol Bras*. 2016; 49(5): 295-299.
8. 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.
9. Yadav AK, Malla G, Deo KB, Giri S, Bhattarai BM, Adhikary S. Jejunal perforation due to ingested buffalo bone mimicking acute appendicitis. *BMC Res Notes*. 2016; 9: 3211.