

УДК 616.348-003.6-089.878

О.П. Москалюк, П.Ю. Москалюк*, І.В. Шкварковський

*Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г. Іфтодій) ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці; *Комунальна установа “Кельменецька центральна районна лікарня”, смт. Кельменці Чернівецької області*

СТОРОННЄ ТІЛО СЕЛЕЗІНКОВОГО КУТА ТОВСТОЇ КИШКИ

Резюме. Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту – порівняно рідкісна патологія, проте їх запізнена діагностика призводить до тяжких інтраабдомінальних ускладнень. Більшість сторонніх тіл, які потрапили до шлунково-кишкового тракту, мають тенденцію до самовільного відходження при дефекації (75,6%), лише у 4,8% випадків виникає потреба в оперативному лікуванні. Рідко сторонні тіла великого розміру в товстій кишці дають клініку гострої обтураційної кишкової непрохідності. Найбільш частими перешкодами для сторонніх тіл товстої кишки є печінковий та селезінковий кути ободової кишки, прямокишковосигмоподібний відділ.

Ключові слова: стороннє тіло, шлунково-кишковий тракт.

Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – предмети (їх частини) або утворення органічного чи неорганічного походження, які потрапляють до ШКТ природним шляхом, через операційну або нанесену твердим предметом рану [1, 2]. Структура, розмір та форма сторонніх тіл (СТ) є різноманітними. Найчастіше це металеві, дерев'яні, скляні та кам'яні предмети, але можуть бути й органічні тіла (кістки риб і тварин, кісточка ягід і фруктів, безоари).

Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту – порівняно рідкісна патологія, проте їх запізнена діагностика призводить до тяжких ускладнень, таких як кровотеча, перфорація органів травного тракту з розвитком перитоніту, утворення інфільтратів черевної порожнини і заочеревинних флегмон, які досить часто стають причиною смерті [1-3].

Причини й обставини потраплення СТ до ШКТ є різними, схильні до цього в основному діти, особи похилого віку та психічно хворі [1, 4]. Діти під час ігор часто беруть до рота дрібні предмети і випадково ковтають їх. Особи старшого віку часто бувають неуважними під час прийому їжі, особливо квапливому, чи при наявності зубних протезів, внаслідок чого щільна їжа недостатньо пережовується [3]. Переважна кількість СТ великого діаметра припадає на осіб з психічними відхиленнями, дрібні предмети в основному заковтують діти [4].

СТ органів травлення поділяють на дві групи: дрібні предмети з нерівною поверхнею та великі з гладкою поверхнею. Більшість сторонніх тіл, які потрапили до ШКТ, мають тенденцію до самовільного відходження під час дефекації (75,6%), лише у 4,8% випадків виникає потреба в оперативному лікуванні [1]. Затримуються на тому чи іншому рівні ШКТ в основному СТ великих розмірів або з гострими краями і шипами. Цьому можуть сприяти патологічні зміни кишки (пухлини, рубцювання, сегментарний спазм, запальний інфільтрат, стискання ззовні тощо).

За видом СТ можна класифікувати так:

1. Проковтнуті предмети: а) випадково; б) навмисне.
2. Утворені в просвіті порожнистих органів: а) жовчні камені; б) шлункові чи кишкові безоари.
3. Сторонні тіла, які потрапили до просвіту ШКТ внаслідок травми.
4. Залишені під час операції (лігатури, марлеві серветки, дренажі тощо).
5. Живі сторонні тіла (паразитарного

походження).

6. Калові камені [3].

Частота локалізації СТ ШКТ: стравохід – 68,4%; шлунок – 18,9%, тонка кишка – 7,1%, товста та пряма кишка – 5,6% [1, 3]. Клінічна картина залежить від виду, величини, форми і локалізації стороннього тіла, а також розвитку ускладнень. СТ можуть спричинити obturацію просвіту, кишкову непрохідність, реактивне запалення, пролежні, механічне ураження – стискання стінок з порушенням мікроциркуляції, виникненням ішемії, некрозу та перфорації з проникненням СТ до черевної порожнини, перитоніт [5, 6].

Історія вивчення СТ товстої кишки досить давня. Вперше з товстої кишки стороннє тіло видалив Reol у 1886 році [3]. Проковтнуті СТ, що дійшли до товстої кишки, в більшості випадків спонтанно виходять під час дефекації. Такі СТ не мають специфічної симптоматики щодо виникнення ускладнень. Серед останніх переважає перфорація кишки у вільну черевну порожнину з розвитком перитоніту та пенетрація гострокінцевих СТ в стінку кишки з формуванням абсцесу або кишкової нориці. Рідко СТ великого розміру (фруктові кісточка, великі конгломерати аскарид, жовчні камені) в товстій кишці дають картину гострої obturаційної кишкової непрохідності. Найбільш частими перешкодами для СТ товстої кишки є фіксовані відділи та фізіологічні звуження: печінковий та селезінковий кути ободової кишки, прямокишковий і сигмоїдний відділи [1, 3].

Мета роботи: визначення тактики обстеження та лікування хворих із сторонніми тілами товстої кишки.

Матеріали і методи. Наводимо клінічний випадок виникнення гострої obturаційної кишкової непрохідності у хворої зі стороннім тілом товстої кишки.

Хвора М., 1937 р.н., госпіталізована до хірургічного відділення Кельменецької ЦРЛ зі скаргами на виражений переймоподібний біль у нижніх відділах живота, нудоту, блювання, частий стілець. Зі слів хворої, вищевказані скарги виникли гостро близько 16 годин тому без видимих причин. Спочатку відзначила гострий спастичний біль у животі, потім тричі мав місце оформлений стілець. Об'єктивно: загальний стан хворої середньої тяжкості. Хвора нормальної тілобудови, у свідомості. Шкіра та видимі слизові звичайного кольору, язик сухий, обкладений білими нашаруваннями. Температура тіла 37,5°C. Тони серця ритмічні,

АТ 110/80 мм рт. ст., пульс 92/хв, задовільного наповнення і напруження. В легенях везикулярне дихання. ЧДР 17/хв. Під час пальпації живота відзначена виражена болючість у нижніх відділах живота, лівій бічній ділянці. Печінка не пальпується, печінкова тупість збережена, перистальтика децю посилена. Симптоми подразнення очеревини позитивні в нижніх та лівих бічних відділах живота. Периферійні набряки відсутні. Ректально: тонус анального сфінктера збережений, слизова прямої кишки рівна, гладка, утворень не виявлено. Ампула прямої кишки порожня.

Лабораторні показники під час госпіталізації: загальний аналіз крові – Нв 122 г/л, еритроцити 3,8 Т/л, лейкоцитоз 18,5 Г/л, еозинофілі 4%, паличкоядерні лейкоцити 15%, сегментоядерні 51%, лімфоцити 27%, моноцити 3%, ШОЕ 10 мм/год. Загальний аналіз сечі - у межах вікової норми. Глюкоза крові - 3,8 ммоль/л. Біохімічні показники: сечовина 7,8 ммоль/л, загальний білірубін 14,8 мкмоль/л, загальний білок 71 г/л. Коагулограма без патологічних відхилень. Рентгеноскопія органів грудної клітки та живота – легені, серце та аорта в межах вікових змін. Спостерігаються роздуті петлі тонкої та товстої кишок з горизонтальними рівнями рідини.

Хворій проводилась інфузійно-спазмолітична терапія, яка не дала ефекту. Враховуючи наявність перитоніту, хвору було прооперовано. Під загальним знеболенням з міорелаксацією та з використанням штучної вентиляції легень виконано середньосередню лапаротомію. У черевній порожнині - до 300 мл серозного ексудату з домішками фібрину, переважно в нижніх та лівих бічних відділах живота. Ревізія органів черевної порожнини показала роздуті газом та рідким вмістом петлі тонкої та товстої кишок до рівня селезінкового кута ободової кишки, дистальні відділи товстої кишки вільні від вмісту. В ділянці селезінкового кута виявлено цільне рухоме пухлиноподібне утворення з рівними краями та гладкою структурою діаметром до 6 см, що обтурає просвіт кишки. Змістити утворення в дистальному напрямку не вдалось через анатомічну особливість фіксації селезінкового кута ободової кишки. Утворення переміщено в середню третину ободової кишки. Виконано колотомію – видалено стороннє тіло (сливу) розмірами 5х6 см, прохідність кишки відновлена. Рану кишки зашило дворядним швом. Черевну

порожнину сановано розчинами антисептиків. Встановлено поліхлорвінілові дренажі до порожнини таза та лівого бічного каналу. Операційну рану поширово зашило. Виконано девульсію анального сфінктера.

Післяопераційний діагноз: Стороннє тіло селезінкового кута товстої кишки. Гостра обтураційна кишкова непрохідність. Розлитий серозно-фібринозний перитоніт.

Під час детального опитування після операції хвора звернула увагу на те, що за три доби до госпіталізації вживала в їжу чорнослив без термічної обробки розмірами до 3 см. Враховуючи наявність зубних протезів пережувати його не змогла і проковтнула цілим. Під впливом травних соків слива збільшилась в розмірах і призвела до кишкової непрохідності.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Отримувала грандазол, флуконазол, кета-нов, анальгін, фленокс, тіотріазолін, аспаркам та інфузійну терапію у віковому об'ємі. Дренажі з черевної порожнини видалено на п'яту добу. Рана загоїлась первинним натягом, шви знято на восьму добу. Виписана на десяту добу в задовільному стані під спостереження хірурга поліклініки.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи викладений матеріал, варто відзначити, що далеко не всі СТ шлунково-кишкового тракту вдається діагностувати до операції під час оглядової рентгенографії органів черевної порожнини. Під час звернення хворих, за умови розвитку інтраабдомінальних ускладнень, які потребують ургентного оперативного лікування, діагностика стороннього тіла ще більше ускладнюється. Особливістю описаного випадку є те, що СТ, які дійшли до товстої кишки найчастіше спонтанно виходять при акті дефекації. Натомість у нашої хворої СТ стало причиною обтураційної кишкової непрохідності.

Висновки та перспективи подальших досліджень. 1. Хірургам під час звернення хворих слід детальніше і більш прискіпливо збирати анамнез. Це стосується, насамперед, осіб літнього віку, які забувають події, що можуть спричинити захворювання. 2. Лікарям дільничної терапевтичної служби та сімейної практики необхідно проводити санітарно-просвітницьку роботу серед населення щодо дотримання здорового способу життя, своєчасної санації та протезування зубів.

Список використаної літератури

1. Блажитко Е.М. Инородные тела / Е.М. Блажитко. – Новосибирск: Наука, 1996. – 200 с. 2. Пинчук Т.П. Эндоскопическая тактика при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Т.П. Пинчук, М.М. Абакумов, О.В. Квардакова // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 1. – С. 52-56. 3. Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту / В.П. Перепелиця, В.С. Хоменко, В.Г. Шкляєв, М.В. Хренов // Здоров'я України. – 2012. – № 5. – С. 12-13. 4. Крицький О.І. Діагностична та лікувальна тактика при сторонніх тілах шлунково-кишкового тракту у вигляді побутових літєвих або кадмієвих батарейок у дітей / І.О. Крицький, П.В. Гоцинський, І.М. Горішній // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – № 2. – С. 38-39. 5. Горелкин І.І. Гостра кишкова непрохідність у дитини грудного віку, викликана магнітами / І.І. Горелкин // Медицина невідкладних станів. – 2011. – № 6(37). – С. 123-124. 6. Инородные тела желудочно-кишечного тракта, осложненные перфорацией / В.М. Чекмарев, А.Я. Волков, И.В. Харченко, О.В. Золкина // Детская хирургия. – 2012. – № 5. – С. 52-54.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО СЕЛЕЗЕНОЧНОГО УГЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Резюме. Инородные тела желудочно-кишечного тракта – сравнительно редкая патология, однако их запоздалая диагностика приводит к тяжелым интраабдоминальным осложнениям. Большинство инородных тел, попавших в желудочно-кишечный тракт, имеют тенденцию к самопроизвольному отхождению при дефекации (75,6%), только в 4,8% случаев возникает необходимость в оперативном лечении. Редко инородные тела большого размера в толстой кишке дают клинику острой обтурационной кишечной непроходимости. Наиболее частыми препятствиями для инородных тел толстой кишки является печеночный и селезеночный углы ободочной кишки, прямокишечно-сигмовидный отдел.

Ключевые слова: инородное тело, желудочно-кишечный тракт.

FOREIGN BODY OF SPLENIC ANGLE OF COLON

Abstract. Foreign bodies of the gastrointestinal tract – a relatively rare pathology, but they delayed diagnosis leads to severe intra-abdominal complications. The majority of foreign bodies that were in the gastrointestinal tract, tend to spontaneous discharge during defecation (75.6%), only 4.8% of cases need surgical treatment. Sometimes large foreign bodies in the colon give clinic of acute obstructive ileus. The most common barriers to foreign bodies in colon are hepatic and splenic angles, rectosigmoid part of colon.

Key words: foreign body, gastrointestinal tract.

Оригінальні дослідження

State Higher Educational Establishment in Ukraine
“Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Надійшла 07.06.2016 р.
Рецензент – проф. Сидорчук Р.І. (Чернівці)