

ПЕРФОРАЦІЯ ДИВЕРТИКУЛА ГОЛОДНОЇ КИШКИ СТОРОННІМ ТІЛОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Посівнич М.М., Чукла Р.О., Лукавецький О.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №1 (зав. - проф. О.В. Лукавецький)*

Реферат

Мета. Висвітлення клінічного перебігу, діагностики та лікування перфорації дивертикула голодної кишки стороннім тілом рослинного походження (лавровий листок).

Матеріал і методи. Ретроспективно проаналізовано клінічний випадок у хворої, яка знаходилася на стаціонарному лікуванні у II-ому хірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).

Результати й обговорення. Хвора Б., 88 років, надійшла 04.12.13р. у хірургічне відділення зі скаргами на виражений біль у правому підребер'ї, нудоту, блювання. Загальний стан середньої тяжкості. Живіт розпластаний, під час пальпації болючий у правому підребер'ї, епігастрії. Після обстеження встановлено діагноз: ЖКХ. Хронічний калькульозний обструктивний холецистит. Хворій призначено медикаментне лікування, яке призвело до незначного поліпшення. Вранці 06.12.13р. стан хворої різко погіршився: з'явилися болі по всьому животі, живіт здутий, язик підсихає. Ургентно виконано діагностичну лапароскопію: по всій черевній порожнині каламутний випіт з великою кількістю рихлих фібринозних нашарувань. Конверсія: верхня середина лапаротомія. На відстані 40 см від зв'язки Трейтца виявлено множинні дивертикули голодної кишки, один з яких з перфорацією. До просвіту отвору прилягає черешок лаврового листа. Стороннє тіло видалено через перфоративний отвір з наступним ушиванням останнього. Ушити петлю тонкої кишки виведено назовню; санація і дренажування черевної порожнини та порожнини малої миски. На четверту добу після операції наступила неспроможність шва виведеної петлі. Ділянку неспроможності герметизовано шляхом накладання клею n-бутил-2-ціанакрилата. На п'яту добу стан хворої різко погіршився, з'явилися розлади дихання і гемодинаміки. Для подальшого лікування хвору перевели у реанімаційне відділення ЛОКЛ. Незважаючи на проведення постійної інтенсивної терапії, стан хворої погіршувався. Наростали ознаки поліорганної дисфункції, які призвели до летального висліді 18.12.13р.

Висновки. 1. Пошкодження цілісності стінки тонкої кишки стороннім тілом рослинного походження є край рідкісною патологією. Її розвитку сприяє супутня патологія - дивертикули тонкої кишки. 2. Наявність у хворої ознак вклинення конкременту жовчного міхура при поступленні до стаціонару відвернуло увагу у розпрацьованні діагностично-лікувальної програми.

Ключові слова: стороннє тіло, дивертикул голодної кишки, перфорація, перитоніт

Abstract

PERFORATION OF DIVERTICULUM OF

JEJUNUM BY FOREIGN BODY (CLINICAL CASE)

POSIVNYCH M.M., CHUKLA R.O., LUKAVETS'KYY O.V.
The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim: to highlight the clinical course, diagnosis and treatment of perforation of a diverticulum of the jejunum by a foreign body of vegetable origin (a bay leaf).

Materials and Methods. Retrospective analysis of the clinical case of a patient who was hospitalized in the 2nd surgery department of the Lviv Regional Hospital (LRH).

Results and Discussion. Patient B., 88 years old, on 04.12.13 was admitted into surgery department with complaints of the right upper quadrant pain, nausea, and vomiting. The general condition was of moderate severity. The abdomen was painful on palpation in the right upper quadrant and epigastric area. After the examination, a diagnosis of GSD (chronic obstructive calculous cholecystitis) was established. Medical treatment was appointed, which led to a slight improvement. In the morning of 06.12.2013 the patient's condition deteriorated: there appeared pain around the abdomen, abdominal distension, and dryness of the tongue. Urgent diagnostic laparoscopy was performed, which showed profuse turbid effusion in the abdominal cavity with a large quantity of loose fibrinous layering. Conversion: upper middle laparotomy. At a distance of 40 cm from the ligament of Treitz multiple diverticula of the jejunum were found, one of which was perforated. A bay leaf petiole was located adjacent to the perforating hole. The foreign body was removed through a perforated hole, followed by suturing. The stitched loop of the small intestine was placed outside abdominal cavity; sanitation and drainage of abdominal cavity and small pelvis was performed. On the fourth day after the operation a failure of the suture of the loop of the jejunum occurred. The plot of failure was closed by imposing n-Butyl-cyanoacrylate glue. On the fifth day the patient's condition worsened; there were disturbances of breathing and hemodynamics. For further treatment, the patient was transferred to the intensive care unit of LRH. Despite the continuous intensive therapy, the patient's condition deteriorated. The growing signs of multiple organ dysfunction led to a fatal outcome on 18.12.2013.

Conclusions. 1. Damage of the integrity of the wall of the small intestine by a foreign body of plant origin is very rare. It is enhanced by comorbidity - the multiple diverticula of the small intestine. 2. The signs of chronic obstructive cholecystitis at admission to hospital diverted attention during elaboration of diagnostic and therapeutic procedure.

Keywords: foreign body, diverticulum of the jejunum, perforation, peritonitis

Вступ

Перфорація шлунково-кишкового тракту (ШКТ) сторонніми тілами (СТ) є рідкісною патологією, але в той же час досить небезпечною для здоров'я людини. Серед сторонніх тіл найчастіше зустрічаються металеві, полімерні предмети, риб'ячі і курячі кістки [2, 3, 4, 5, 7, 13]. Що ж до СТ рослинного походження ми знайшли єдиний клінічний випадок, дуже схожий на наш але з іншою локалізацією [11]. За даними літератури СТ ШКТ частіше виявляють у пацієнтів з порушеною психікою, дітей віком 3-8 років та у людей похилого віку [1, 3, 4, 5, 8, 10]. У більшості випадків, за наявності СТ у верхніх відділах ШКТ проблема вирішується мініінвазивним шляхом з використанням гастродуоденоскопа [6, 9, 12, 14]. Проте, якщо СТ проходить далі по кишківнику і зупиняється, без операційного втручання обійтися вже неможливо [8].

Мета - на основі клінічного випадку висвітлити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування рідкісної патології: перфорації СТ (лавровий листок) дивертикула тонкої кишки.

Матеріал і методи

Проаналізовано клінічний випадок у пацієнтки, яка лікувалася у II хірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).

Результати й обговорення

Пацієнтка Б., 88 років, поступила у II хірургічне відділення ЛОКЛ зі скаргами на виражені переймоподібні болі у правому підребер'ї з іррадіацією в спину, нудоту, блювання. Із анамнезу відомо, що болі почали турбувати 7 днів тому, було відчуття дискомфорту в епігастрії, більше зліва. Хвора приймала спазмолітики, анальгетики, які давали тимчасовий позитивний ефект. Вранці 04.12.2013р. інтенсивність болів наростала і хвора каретою швидкої медичної допомоги була доставлена в ЛОКЛ. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, ЧД 18/хв., пульс ритмічний 84 уд./хв., АТ-120/80 мм.рт.ст. Живіт розпластаний, під час пальпації незначно напружений і болючий у правому підребер'ї, епігастрії. Симптоми подразнення очеревини від'ємні. Слабопозитивні симптоми Ортнера та Мерфі. Загальний аналіз крові: еритроцити - $3,2 \times 10^{12}/л$,

Нв-98 г/л, лейкоцити - $14 \times 10^9/л$. Загальний аналіз сечі: кількість - 80мл, прозора, реакція кисла, густина - 1,020, білок - 0,176 г/л, епітелій плоский - 2-4в п/з. лейкоцити - 25-30в п/з. Коагулограма: протромбіновий час - 18,9 с, протромбіновий індекс - 68%, загальний фібриноген - 3,7 г/л, INR - 1,64. При УЗД: печінка не виступає з-під краю реберної дуги, з ознаками жирового гепатозу. Жовчний міхур збільшений, напружений стінка потовщена до 5мм, не розшарована. У шийці міхура фіксований конкремент розміром 15×17 мм. При повертанні пацієнтки з боку-набік конкремент не мігрував. Холедох та внутрішньо печінкові жовчні протоки не розширені, конкрементів не містять. Підшлункова залоза без патологічних змін. Вільної рідини в черевній порожнині та в порожнині малої і великої миски не виявлено. При Rtg-графії органів черевної порожнини (ОЧП) - помірний метеоризм, органів грудної клітки (ОГК) - фіброз легень. Вільного газу в черевній порожнині не виявлено. Встановлено діагноз: основний - ЖКХ. Хронічний калькульозний обструктивний холецистит; супутній - фіброз легень. Хворій призначена полікомпонентна консервативна терапія, яка призвела до незначного покращення. Болі у правому підребер'ї, нудота та блювання зникло. Проте зліва в епігастрії утримувалися незначні болі ниючого характеру. При повторному УЗД від 05.12.2013р. конкремент жовчного міхура відійшов від шийки і вільно знаходився у його просвіті. Решта УЗ картина без особливих змін. Вранці 06.12.13 р. стан хворої різко погіршився: з'явилися болі по всьому животі, живіт виражено здутий, в акті дихання участі не приймає, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в надчеревній ділянці, більше зліва. Язик підсихає. АТ-95/60 мм.рт.ст., пульс 96 уд./хв. В ургентному порядку хвору доставлено в операційну. Виконано діагностичну лапароскопію: по всій черевній порожнині каламутний випіт з великою кількістю рихлих фібринозних нашарувань. При ревізії шлунка, 12-палої кишки, жовчного міхура перфораційних отворів не виявлено. Вирішено перейти на відкритий тип операції: верхня середина лапаротомія. Під час ревізії тонкого кишківника на відстані 40 см від зв'язки Трейтца протягом 30 см виявлені множинні дивертикули голлоїдної кишки, один з яких з перфорацією (рис. 1).

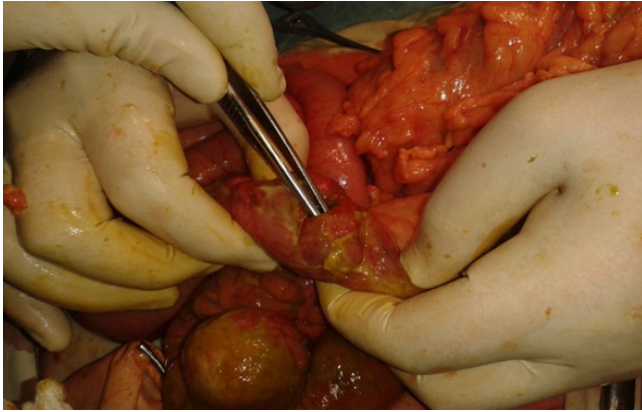


Рис. 1

Перфоративний отвір дивертикула голодної кишки

У просвіт отвору прилягає черешок лаврового листка. Стороннє тіло видалено (рис. 2) через перфораційний отвір, а сам отвір вшито дворядним швом. Ушиту петлю тонкої кишки виведено у лівому мезогастрії назовні - ентеропексія; черевну порожнину та порожнину малої миски сановано і дреновано за допомогою силиконових трубок через контрапертури у правому і лівому мезогастрії, та правій і лівій здухвинній ділянках.

У післяопераційному періоді на 4-у добу настала неспроможність шва петлі тонкої кишки, яку було виведено назовні, з'явилося незначне виділення кишкового вмісту. Ділянку неспроможності герметизовано за допомогою накладання клею n-бутил-2-ціанакрилата. Ділянка неспроможності швів виведеної петлі загоїлася, через три доби тканинний клей відійшов у вигляді тонких лусочок без травматизації кишки. Вранці 11.12.2013 р. стан хворої погіршився, з'явилися розлади дихання та гемодинаміки - АТ 80/60 мм.рт.ст., ЧД - 22/хв., насичення крові киснем - 94%, а також психічні розлади за типом синильного психозу. Для подальшого лікування хвору переведено у відділення інтенсивної те-



Рис. 1

Стороннє тіло - лавровий листок

рапії, анестезіології та реанімації (ІТАР) №1 ЛОКЛ. Хвору було заінтубовано та переведено на апарат штучної вентиляції легень (ШВЛ). Проводилася інтенсивна консервативна терапія в повному об'ємі.

Як видно з динаміки загального, біохімічного аналізів крові, та показчиків коагулограми (табл. 1, 2, 3) у хворої наростали ознаки ПОД (гострої ниркової та дихальної недостатності). За час перебування у реанімаційному відділенні у хворої почав наростати рівень глюкози у крові, що на нашу думку було додатковим негативним фактором у прогресуванні ускладнень.

Не зважаючи на проведення постійної інтенсивної терапії стан хворої погіршувався. Ознаки ПОД наростали, що призвело до летального висліді 18.12.13 року.

Після секційного дослідження встановлено діагноз:

I. Основне захворювання: множинні псевдо та істинні дивертикули тонкої кишки з нагноєнням та перфорацією одного з дивертикулів голодної кишки стороннім тілом.

II. Ускладнення: розлитий гнійно-фібринозний перитоніт (клінічно). Гнійний трахеобронхіт.

Таблиця 1

Загальний аналіз крові

	12.12.2013	14.12.2013	16.12.2013	17.12.2013
Еритроцити, ? 10 ¹² /л	3,1	2,6	3,1	3,2
Гемоглобін, г/л	87	88	103	105
Кольоровий показник	0,8	0,9	0,9	0,9
Лейкоцити, ? 10 ⁹ /л	17	18,6	9,3	24
Еозинофіли,%	0	1	0	0
Паличкоядерні,%	17	21	3	18
Сегментоядерні,%	77	70	88	73
Лімфоцити,%	2	6	3	4
Моноцити,%	4	2	6	5
Гематокрит	0,28	0,4	0,4	0,36

Таблиця 2

Біохімічний аналіз крові

	12.12.2013	14.12.2013	16.12.2013	17.12.2013
Глюкоза, мМ/л	11,4	15,8	15,5	24,4
Креатинін, мкМ/л	182	240	266	309
Загальний білок, г/л	41	50	50	48
K ⁺ , мМ/л	3,9	4,5	4,3	6,3
Na ⁺ , мМ/л	134	128	129	125
Загальний білірубін мкМ/л	10,2	9,2	8,8	8,9
Сечовина, мМ/л	19	33	36	42
СГ, мМ/л	107	101	101	98

Таблиця 3

Коагулограма

	12.12.2013	14.12.2013	16.12.2013	17.12.2013
Протромбінний індекс, %	80	94	94	72
Загальний фібриноген	2,7	2,4	2,6	3,3
Фібриноген "Б"	1+	-	-	-
INR	1,64	1,33	1,44	1,31
Час рекальцифікації, с	90	46	75	42

Ацинарна фіброзна пневмонія. Ерозивна гастропатія. Частковий тубулонекроз нирок. Ателектаз нижньої частки лівої легені. Тромбоз (емболія) дрібних гілок легеневої артерії. набряк легень. набряк головного мозку.

III. Супутні захворювання: плеврофіброз. Гіпоплазія лівої нирки. Вторинна артеріальна гіпертонія. Виразений атеросклероз аорти та її гілок. Калькульозний холецистит.

Як показав розтин причиною гострої ниркової недостатності був гострий тубулярний некроз обох нирок, а дихальної - фіброзна пневмонія та ателектаз нижньої частки лівої легені і, як наслідок, тромбоз (емболія) дрібних гілок легеневої артерії з набряком легень. Ймовірно фіброз легень у цієї пацієнтки був в анамнезі, а внаслідок тривалого перебування на апараті ШВЛ приєднався гнійний трахеобронхіт та пневмонія. Діагноз перитоніту лікар-патологоанатом виставив як такий, що був виставлений клінічно - на розтині його ознак не виявлено.

Висновки

1. Пошкодження цілісності стінки тонкої кишки СТ рослинного пошкодження є вкрай рідкісною хірургічною патологією. Її розвитку сприяє супутня патологія, як у нашому випадку - множинні дивертикули тонкої кишки
2. наявність у хворої ознак вклинення конкrementу жовчного міхура при поступленні до стаціонару відвернуло увагу у розпрацюванні діагностично-лікувальної програми.

Література

1. AmbeP., WeberS.A., SchauerM. Swallowed Foreign Bodies in Adults [etal.] Dtsch. Arztebl. Int. 2012; 109 (5): 869-875.
2. Anderson K.L., Dean A.J. Foreign bodies in the gastrointestinal tract and anorectal emergencies. Emerg. Med. Clin. North. Am. 2011; 29 (2): 369-400.
3. Bodnar O.B., Bodnar B.M., Khashchuk V.S. etal. External body of the gastrointestinal tract (magnets) at a 4-year-old child. Clinical and Experimental Pathology. 2014; 13 (2): 24-26. Ukrainian (Боднар О.Б., Боднар Б.М., Хашчук В.С. та співавт. Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту (магніти) у 4-річної дитини. Клінічна та експериментальна патологія. 2014; 13(2): 24-26).
4. Grona V.N., Poshekhonov A.S., Shcherbinin A.A. et al. Batteries - dangerous foreign bodies of the digestive canal in children. Health of the child 2011; 5 (32): 112-114. Russian (Грона В.Н., Пошехонов А.С., Щербинин А.А. и соавт. Батарейки - опасные инородные тела пищеварительного канала у детей. Здоровье ребенка 2011; 5 (32): 112-114).
5. Ignatiev V.V., Ametov E.R., Tjatkalo E.N. etal. Foreignbody (magnets) of the gastrointestinal tract in the child. Surgery of child hood 2013; 1: 85-88. Russian (Игнатъев В.В., Аметов Э.Р., Тютькало Е.Н. и соавт. Инородные тела (магниты) желудочно-кишечного тракта у ребенка. Хирургия дитячого віку 2013; 1: 85-88).
6. Lee J.H., Kim H.C., Yang D.M. [etal.] What is the role of plain radiography in patients with foreign bodies in the gastrointestinal tract? Clin. Imaging. 2012; 36 (5): 447-454.
7. Liu S., Li J., Lv Y. Gastrointestinal damage caused by swallow in gmultiplemagnets. Front. Med. 2012; 6 (3): 280-287.
8. Nikishayev. V.I., SadovyV.Yu., Bolotsky M.O. Rarecase of migratory corpusalium. Ukrainian Journal of Minimally Invasiveand Endoscopic Surgery. 2013; 17 (2): 48-49. Ukrainian (Нікішаєв, В.І., Садовий В.Ю., Болотських М.О. Рідкісний випадок міграції corpusalium.

- Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 2013; 17 (2): 48-49).
9. Shaariyah M.M., Goh B.S. Retrospective review of surgical management of foreign body ingestion. *Med. J. Malaysia*. 2009; 64 (4): 307-310.
 10. Shapkina A.N., Shmyreva E.S. Foreign body of the gastrointestinal tract in the child. *Surgery Journal named after N.I. Pirogov*. 2011; 1: 65. Russian (Шапкина. А.Н., Шмырева Е.С. Инородное тело желудочно-кишечного тракта у ребенка. *Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова* 2011; 1: 65.)
 11. Terefeyev A.M., Kononko O.P., Rudenko V.I. Alienbody (laurel leaf) as a cause of destructive process in Meckel's diverticulum. *Hospital Surgery*. 2007; 2: 116-117. Ukrainian (Терещев А.М., Кононко О.П., Руденко В.І. Стороннє тіло (лавровий лист) як причина запально-деструктивного процесу в дивертикулі Меккеля. *Шпитальна Хірургія*. 2007; 2: 116-117).
 12. Tsesmeli N.E., Savopoulos C.G., Hatzitolios A. I. [etal.] Public health and potential complications of novel fashion accessories: an unusual foreign body in the upper gastrointestinal tract of an adolescent. *Cent. Eur. J. Public. Health*. 2007; 15 (4): 172-174.
 13. Williams H.E., Khokhar A.A., Rizvi M. [etal.]. Gastric perforation by a foreign body presenting as a pancreatic pseudotumour. *Int. J. Surg. Case. Rep.* 2014; 5 (7): 437-439.
 14. Yakubova, F.U., Ruzibaev R.Yu. Rare observations of the successful removal of foreign bodies from the stomach by an endoscopic method (clinical case). *Bulletin of Biology and Medicine*. 2011; 3 (2): 164-166. Russian (Якубова. Ф.У., Рузибаев Р.Ю. Редкие наблюдения у спешного удаления инородных тел из желудка эндоскопическим методом (случай из практики). *Вісник проблем біології і медицини*. 2011; 3 (2): 164-166).