УДК 616.345-007.272-089
DOI 10.11603/2414-4533.2022.3.13396

©В. В. БЕНЕДИКТ, А. М. ПРОДАН, О. А. ПИЖЕВСЬКИЙ, С. Я. ВАТАМАНЮК

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Курйозна причина виникнення гострої непрохідності травного каналу

У статті описано рідкісний випадок непрохідності товстої кишки, спричиненої стороннім тілом, яке видалили лапаротомічним доступом. Випадок характеризується нетиповою клінічною симптоматикою.

Ключові слова: стороннє тіло; товстий кишечник.

Гостра непрохідність травного каналу різного генезу є однією зі складних та актуальних проблем ургентної хірургії, яка супроводжується високою летальністю [1]. Причинами незадовільних результатів лікування таких хворих є пізнє звернення по медичну допомогу та перевага пацієнтів із цією патологією похилого та старечого віку [2]. Особливо діагностичні та тактичні проблеми виникають при лікуванні пацієнтів старечого віку. Це пов'язано з тим, що деякі загальноприйняті принципи лікування гострої абдомінальної хірургічної патології внаслідок віку та наявної супутньої патології можуть бути небажаними у них [3]. Окрім цього, і різноманітність варіантів клінічного перебігу непрохідності травного каналу зумовлюють складність у діагностиці і лікуванні [4].

Хвора К., 75 років, госпіталізована в хірургічне відділення зі скаргами на біль у животі, здуття, погане відходження газів та калу, багаторазове блювання, загальну слабість. Хворіє з 06.05.22 р., лікувалась та обстежувалась у центральній районній лікарні. Було стверджено наявність у хворої дивертикульозу дистального відділу товстого кишечника, проведено комп'ютерну томографію органів черевної порожнини із внутрішньовенним контрастуванням. 16.05.22 р. госпіталізована в хірургічне відділення міської лікарні м. Тернопіль. При проведенні рентгенологічного дослідження – роздуті петлі товстого кишечника до рівня клубової кишки зліва. За данами сонографії органів черевної порожнини (ОЧП) – потовщені та набряклі стінки сигмоподібної кишки. Близько 200 мл вільної рідини в малому тазі.

На фоні розпочатої консервативної терапії стан хворої дещо покращився, відійшли гази та незначна кількість калу. У зв'язку із наявністю дивертикульозу та не виключено дивертикуліту товстого кишечника фіброколоноскопію вирішили не проводити через високий ризик перфорації. 19.05.22 р. стан хворої різко погіршився: посилився біль, здуття живота, перестали відходити гази. Повторно проведено рентгенографію органів черевної порожнини – визначаються множинні горизонтальні рівні рідини/газу. Роздуті петлі товстого та тонкого кишечника. Вільного газу в черевній порожнині не виявлено. На контролі сонографії ОЧП – вільна рідина в тазу (близько 200 мл). Смужка рідини між печінкою і ниркою. Низхідна кишка розширена до 50 мм (перистальтика не визначається). У загальному аналізі крові: гемоглобін 105 г/л; еритроцити 3,57 х 10^{12}; гематокрит 25,14 %; лейкоцити – 8,26 х 10^{9}; паличкоядерні – 18 %; сегментоядерні – 51 %; лімфоцити – 18 %; моноцити – 1 %. У біохімічному аналізі крові: глюкоза 7,54 ммоль/л; білок загальний 45,7 г/л; сечовина 3,3 – Од/л; креатинін – 66 Од/л; калій – 3,27 ммоль/л; натрій – 145.2 ммоль/л; хлор – 99,2 ммоль/л; кальцій загальний – 1,89 ммоль/л.

Стверджено наявність у хворої гострої обтураційної кишкової непрохідності в стадії декомпенсації на тлі супутньої патології: Дивертикульоз сигмоподібної та низхідної кишки. Дивертикуліт. ІХС. Дифузний кардіосклероз. Кальциноз АК та МК. Дилатація ЛП. Гіпертонічна хвороба ІІ ст., ступінь АГ І-ІІ. Гіпертензивне серце. СН ІІА ст., із збереженою ФВ ЛШ (57–60 %). Операційно-анестезіологічний ризик за ASA – III.

19.05.22р. проведено операцію – в/с лапаротомія, тотольна назогастроінтестинальна інтубація кишечника. Ретроградна інтубація товстого кишечника. Підвісна сигмостомія. Дренування черевної порожнини. Під час операції було виявлено м'яко-еластичний утвір ректо-сигмоїдної ділянки товстої кишки розмірами 4х5 см, при пальпації нерухомий. Крім цього від низхідного відділу товстої кишки до прямої кишки визначаються дивертикули в діаметрі до 5-6 см, стінка в цих місцях щільна.

Післяопераційний період супроводжувався гіпопротеїнемією, порушеннями електролітного обміну, проводили відповідне лікування.

На 3-ю добу післяопераційного періоду почали відходити гази природним шляхом та по сигмостомі. Того ж дня були випорожнення, у калових масах виявлено стороннє тіло – поліетиленова плівка розмірами 35х50 см, з гладкою поверхнею та отворами (рисунок).

Перебіг післяопераційного періоду не ускладнений. Рана загоїлася первинним натягом. На 14-ту добу хвору виписали із стаціонару хірургічного відділення.

Хвору оглянули через 4 місяці після операції. Стан задовільний. Підтверджено діагноз дивертикульоз товстої кишки. Порушення пасажу по травному каналу не виявлено.

Клінічний перебіг гострої непрохідності травного каналу внаслідок різних можливих причин її виникнення характеризується різноманітністю варіантів її клінічного перебігу, довготривалим періодом захворювання і, відповідно, пізнім зверненням хворих по хірургічну допомогу.

Рис. Стороннє тіло травного каналу (харчова поліетиленова плівка).

Проведення динамічного рентгенологічного та сонографічного дослідження у хворих на гостру непрохідність травного каналу дає змогу підтвердити наявність цієї патології, однак не завжди сприяє встановленню причини цього захворювання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Pattonieri V. Large bowel emergencies. Trauma centers and acute care surgery. Springer, Cham, 2022. – P. 195–206.
2. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians / F. Catena, B. De Simone, F. Coccolini [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2019. – Vol. 14 (1) – P. 1–8.
3. Emergency surgery for bowel obstruction in extremely aged patients / A. Oldani, V. Gentile, C. Magaton [et al.] // Minerva Chirurgica. – 2020. – Vol. 75 (1). – P. 11–14.
4. Sawai R. S. Management of colonic obstruction: A review / R. S. Sawai // Clinics in Colon and Rectal Surgery. – 2012. – Vol. 25 (04). – P. 200–203.

REFERENCES

1. Pattonieri, V. (2022). *Large bowel emergencies. Trauma centers and acute care surgery.* Springer, Cham.
2. Catena, F., De Simone, B., Coccolini, F., Di Saverio, S., Sartelli, M., & Ansaloni, L. (2019). Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. *World Journal of Emergency Surgery*, 14 (1), 1-8.
3. Oldani, A., Gentile, V., Magaton, C., Calabrò, M., Maroso, F., Ravizzini, L., ... & Gentilli, S. (2020). Emergency surgery for bowel obstruction in extremely aged patients. *Minerva Chirurgica*, 75 (1), 11-14.
4. Sawai, R.S. (2012). Management of colonic obstruction: a review. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 25 (04), 200-203.

Отримано 21.07.2022

Електронна адреса для листування: prodan@tdmu.edu.ua

V. V. BENEDYKT, A. M. PRODAN, O. A. PYZHEVSKYI, S. YA. VATAMANYUK

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

A CURIOUS CAUSE OF ACUTE OBSTRUCTION OF THE DIGESTIVE CANAL

The article describes a rare case of colon obstruction caused by a foreign body, which was removed by laparotomy. The case is characterized by atypical clinical symptoms.

Key words: foreign body; colon intestine.