



## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.34–003.7:616.346.2–002

### СТОРОННІ ТІЛА КИШЕЧНИКУ, ЩО МАСКУЮТЬ ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

Я. І. Ломей, В. О. Олексювський, Ю. Я. Ломей

Жидачівська центральна районна лікарня, Сколівська центральна районна лікарня, Львівська область

### A FOREIGN BODY OF THE INTESTINE AS THE MASK OF ACUTE APPENDICITIS

Ya. I. Lomey, V. A. Oleksovski, Yu. Ya. Lomey

Гострий апендицит (ГА) — найпоширеніше гостре захворювання органів черевної порожнини (ОЧП). Частота його виявлення залежить від віку дитини: чим молодша дитина, тим рідше спостерігають ГА [1].

У теперішній час відзначена тенденція до зменшення захворюваності на ГА через кожні 10 років майже удвічі [2].

Причини й обставини потрапляння сторонніх тіл (СТ) в організм людини різні, схильні до цього в основному діти, особи похилого віку та психічно хворі.

Діти під час ігор часто беруть в рот дрібні предмети і випадково ковтають їх.

Особи старшого віку нерідко неуважні під час їди, особливо квапливої, у стані алкогольного сп'яніння, за втрати зубів, внаслідок чого щільна їжа недостатньо пережовується, і відчуття в ній СТ перед ковтанням значно знижується.

СТ органів травлення поділяють на дві групи (за Adelman—Konig): предмети шорсткої поверхні і відносно великі з гладенькою поверхнею [3, 4].

СТ частіше безперешкодно проходить по травному каналу і виводиться природним шляхом. Затримуються на тому чи іншому рівні травного каналу в основному СТ великих розмірів або з гострими краями і шипами. Цьому можуть сприяти патологічні зміни кишечника (рубцювання або пухлинне звуження, сегментарний спазм, запальний інфільтрат, стискання ззовні тощо). СТ в місці розташування можуть спричиняти обтурацію просвіту, непрохідність кишечника, реактивне запалення, пролежні, механічне ураження—стискання стінок з порушенням мікроциркуляції і виникненням ішемії, некрозу, перфорації з проникненням СТ у вільну черевну порожнину, перитоніт. Частіше, через анатомо—фізіологічні особливості, пошкоджується тонка кишка, а саме її проксимальний відділ, біля зв'язки Трейтца, та дистальний відділ клубової кишки [1]. В літературі описане виявлення під час операції СТ у вигляді загостреної

курчячої кістки довжиною 5 см у защемленій лівобічній пахвинній грижі [4].

Наводимо спостереження встановлення хибного діагнозу ГА у дитини при фіксації СТ (дві намагнічені металеві кульки) з подальшими патологічними змінами в ілеоцекальній ділянці.

До хірургічного відділення Жидачівської ЦРЛ госпіталізований хворий К., 8 років, з діагнозом ГА. Дитина скаржилася на біль у животі, нудоту, сухість в роті, загальну слабкість, температура тіла 39,5° С.

Напередодні відчув незначний біль в животі, нудоту, яка минула самостійно. У подальшому біль у правій пахвинній ділянці посилювався, підвищилася температура тіла, з'явилася сухість у роті. Батьки давали мезим—форте, но—шпу по 1 таблетці двічі на добу, проте, без ефекту.

Стан хворого середньої тяжкості. Шкіра і слизові оболонки блідо—рожеві, чисті. Губи сухі. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені, безболісні. Температура тіла 39,5° С. Артеріальний тиск 16,0/8,0 кПа (120/60 мм рт. ст.), пульс 112 за 1 хв, задовільного наповнення і напруження. Тони серця звучні, чисті, ритмічні. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Язик сухий, обкладений сірим на шаруванням. Живіт м'який, у верхніх відділах децю здутий, болісний під час пальпації у правій пахвинній ділянці, де визначаються позитивний симптом Щоткіна — Блюмберга, напруження м'язів передньої черевної стінки. Участь живота у диханні обмежена. Печінка, селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Випорожнення сформоване. Сечовиділення вільне, безболісне. Встановлений діагноз: ГА.

Аналіз крові: ер 4,05 × 10<sup>12</sup> в 1 л, Нб 130 г/л, л. 27,7 × 10<sup>9</sup> в 1 л, еоз. 0,02, п. н. 0,07, с. н. 0,83, лімф. 0,06, мон. 0,02, ШЗЕ 14 мм/год. Глюкоза в крові 4,8 ммоль/л. Аналіз сечі без особливостей. За даними УЗД ОЧП патологічні зміни не виявлені.

Після проведення відповідної передопераційної підготовки та отримання поінформованої згоди батьків на хірургічне втручання з приводу ГА здійснена успішна "апендектомія" за життєвими показаннями.

Після обробки операційного поля розчином бетадину розкрито черевну порожнину доступом за Волковичем — Дьяконовим. В рану виступають великий сальник та верхівка незміненого червоподібного відростка. Під час ревізії в рану виведений купол сліпої кишки, до якої в ділянці ілеоцекального клапана припаяна петля клубової кишки з намагніченими металевими СТ (2 кульки) у місці їх прилягання. Обережно роз'єднано цю структуру, виявлений конгломерат з двох металевих кульок, які перфоровали стінку сліпої та клубової кишки. Видалені СТ — дві намагнічені металеві кульки діаметром 0,5 см. На перфоративні отвори діаметром 0,3 см накладені серозно—м'язові та серо—серозні вузлові шви. Прокідність ілеоцекального клапана та клубової кишки в місці зашивання хороша. Стінки клубової кишки та ілеоцекального клапана інфільтровані. Проведено ревізію тонкої кишки через апендикулярний розріз, СТ не виявлені.

Місце перфорації клубової кишки локалізоване на відстані приблизно 50 — 60 см від ілеоцекального клапана, сліпої — на 1,5 — 2 см вище нього.

В порожнині малого таза виявлено помірну кількість світло—жовтого випоту консистенції рідкого желе, який видалений. Введений силіконовий дренаж № 6. Опе-

раційна рана пошарово зашита до дренажів. Накладена асептична пов'язка.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Рана зажила первинним натягом. Дитина виписана у задовільному стані з відповідними рекомендаціями. Під час огляду через 6 міс — практично здоровий.

Як з'ясувалося під час опитування, дитина випадково з проміжком 1,5 — 2 год проковтнула дві намагнічені залізни кульки від дитячої іграшки. Проїшовши безперешкодно травний канал, кульки притягнулися одна до одної через намагніченість. Це спричинило механічне стискання, защемлення стінки сліпої і клубової кишки з подальшим порушенням їх мікроциркуляції, стаз крові, ішемію тканин, некроз, перфорацію, перитоніт. Оскільки перфорований отвір кишки з перифокальним запаленням був менший за діаметр кульок, це не дало змоги потрапити їм у просвіт кишечника чи у вільну черевну порожнину. Оскільки СТ містилися в топографічній зоні розташування червоподібного відростка, вони спричинили морфологічні зміни з відповідними клінічними проявами ГА, діагноз якого і встановлений хірургами.

Лікарям при зверненні хворих слід більш детально і прискіпливо збирати анамнез. Це стосується, насамперед, осіб поважного віку та дітей, які забувають чи не хочуть через страх перед батьками відтворити правдиву картину тієї чи іншої події, що спричинило виникнення захворювання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Хірургія дитячого віку; за ред. В. І. Сушка. — К.: Здоров'я, 2002. — 234 с.
2. Ломей Я. І. Самоампутація апендикса як прояв саногенезу / Я. І. Ломей, Ю. Я. Ломей // Медицина неотлож. состояний. — 2013. — № 4 (51). — С. 123.
3. Частная хирургия: в 2 т. ; под ред. Ю. Л. Шевченко. — СПб.: СпецЛит, 1998. — Т. 1. — 517 с.
4. Ломей Я. І. Стронне тіло лівобічної защемленої рецидивної пахової грижі або знахідка в защемленій лівобічній паховій грижі / Я. І. Ломей, Ю. Я. Ломей // Медицина неотлож. состояний. — 2013. — № 3 (50). — С. 180.

