

АБСЦЕС ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЯК НАСЛІДОК ПЕРФОРАЦІЇ КИШКІВНИКА РИБ'ЯЧОЮ КІСТКОЮ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Тивончук О.С., Москаленко В.В., Попов О.М., Щербина С.І.

Відділ хірургії шлунково-кишкового тракту, Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, Київ

Intra-Abdominal Abscess as the Result of Bowel Perforation by the Fish Bone — the Clinical Case and Literature Review

O.S. Tyvonchuk, V.V. Moskalenko, O.M. Popov, S.I. Scherbina

National Institute of Surgery and Transplantology named by A.A. Shalimov NAMS of Ukraine, Kiev

Received: March 17, 2016

Accepted: May 26, 2016

Адреса для кореспонденції:

Відділ хірургії шлунково-кишкового тракту
Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова
03680 Київ, вул. Героїв Севастополя, 30
Тел.: (+38)-044-454-20-08 / 408-74-49
e-mail: shalimovpress@gmail.com

Summary

43-year-old patient appealed with complaints of discomfort in the abdomen, fever for 3 days. As a result, ultrasound examination revealed a foreign body in the center of the abscess abdomen. On the same day made sanitation abscess and removal of the body through minilaparotomy (up to 3 cm) under ultrasound guidance. The postoperative period proceeded without complications, the wound healed by primary intention. The patient was discharged on day four.

Key words: fish bone, foreign body, US-guidance, minilaparotomy.

Вступ

Сторонні тіла потрапляють в шлунково-кишковий тракт (ШКТ) при випадковому чи навмисному проковтуванні. Найчастіше сторонні тіла виходять природнім шляхом, не викликаючи пошкоджень кишківника. Масивні сторонні тіла можуть застрягати в кишківнику, частіше в фіксованих ділянках, таких як зв'язка Трейтца, баугінієва заглибина, печінковий та

селезінковий згин товстої кишки, викликаючи обтураційну кишкову непрохідність. Гострокінцеві сторонні тіла можуть призводити до перфорації кишкової стінки, при чьому поступове проходження останньої інколи призводить до інкапсуляції в черевній порожнині та утворенню «запальної пухлини» чи абсцесу. Найбільш часто (75%) спостерігаються сторонні тіла стравоходу. Половина усіх сторонніх тіл стравоходу припадає на людей у віці більше 40 років, близько однієї чверті — на дітей до 10 років, остання чверть приблизно порівну розподіляється між людьми другого, третього та четвертого десятиліть. Сторонні тіла зупиняються у місцях фізіологічних звужень; найбільша їх частина (50–60%) застрягає біля входу або в шийному відділі, друге місце по частоті займає грудний відділ, і нарешті, третє — кардіальний (10–15%) [18]. Ураження шлунку — вкрай рідке явище, оскільки майже всі сторонні тіла проходять далі по ШКТ. Більшість сторонніх тіл, які мігрували в тонку кишку, зазвичай безперешкодно проходять

через ШКТ, навіть якщо вони затримуються протягом тижнів або місяців. Вони мають тенденцію затримуватися перед ілеоцекальним клапаном або в будь-якій ділянці звуження, які спостерігаються, наприклад, при хворобі Крона. Іноді об'єкти типу зубочисток можуть залишатися в просвіті ШКТ багато років, викликаючи утворення гранульоми або абсцесу. Такі дані були наведені в роботах таких авторів як Ngan et al (358 спостережень) [17], Goh et al (44 спостережень) [7], Rodriguez-Hermosa et al (33 спостережень) [3]. Поліщук зібрав 29 випадків перфорації ШКТ стороннім тілом в вітчизняній літературі та суттєвих відмінностей ані в частоті, ані в локалізації не вивлено.

За даними літератури, перфорація ШКТ сторонніми тілами рідке явище та виникає менш ніж в 1% пацієнтів [1]. Тіла що проковтуються мають залежність від харчових вподобань населення окремих країн, наприклад, в країнах Східної Азії превалює риб'ячі кістки (60,4%), тоді як в країнах з меншою орієнтацією на річкові/морські харчові продукти їх відсоток значно менший [2]. Найчастіше проковтують такі сторонні тіла, як риб'ячі та курячі кістки, зубочистки [3,4], проте нерідко зустрічаються ручки, нігті, ножиці та батарейки [5]. В літературі описаний випадок перфорації ШКТ мігрувавшим біліарним стентом [6].

Перфорація проковтнутим стороннім тілом описана в усіх відділах ШКТ, проте за даними літератури найчастіше вражаються клубова та голодна кишки (66%), на відміну від товстого кишківника (9%) [7]. Рідше зустрічаються повідомлення про перфорацію червоподібного відростка, дивертикула Меккеля, описані поодинокі випадки перфорації петлі кишківника, що знаходилась в гризовому мішку [8]. Описані випадки перфорації декількох ділянок ШКТ мігруючим стороннім тілом [9].

Випадки перфорації, що асоційовані з стороннім тілом, в переважній більшості проявляються симптоматикою гострого живота. Однак, відомі і інші прояви у вигляді обмежених абсцесів черевної порожнини, як у нашому випадку, або колоректальних, паравезікальних чи кишково — міхурових нориць, «запальних» чи чепцевих псевдопухлин, хронічних чи гострих обструкцій кишківника, кровотеч, ендокардитів чи ниркових колік [10-12]. Деякі такі випадки мали безсимптомний перебіг [13].

Ризик випадкового проковтування стороннього тіла підвищується при запальних захворюваннях стравоходу, старечому віці, швидкому споживанні їжі та втраті контактної чутливості внаслідок використання зубних протезів [10], чоловіча стать (60%) [7].

Широкий спектр клінічних проявів та відсутність чітких анамнестичних даних про випадок проковтування стороннього тіла призводить до складності діагностики.

Чутливість та специфічність рентенографії у випадку перфорації ШКТ 39% та 72%; УЗД може виявити більше поверхнево розташовані сторонні тіла та лише наслідки запального процесу черевної порожнини, саме тому перевага в локалізації стороннього тіла в черевній порожнині віддається комп'ютерній томографії (КТ) [14]. Саме цей метод дослідження дає можливість чітко встановити наявність, локалізацію та напрямок міграції або її відсутність, що може стати вирішальним у виборі методу лікування пацієнта. Описано 6 випадків, коли саме КТ дала змогу встановити діагноз та вибрати консервативний метод лікування [15].

Описані випадки як хірургічного так і консервативного лікування, вибір тактики проводиться індивідуально для кожного випадку та цілком залежить від маніфестації перфорації ШКТ.

Міграція сторонніх тіл по стравоходу протікає безсимптомно, якщо не виникає обструкція або перфорація. У 80% випадків сторонні тіла із стравоходу потрапляють у шлунок спонтанно, в 10–20% випадків потрібні неінвазивні втручання і менш ніж в 1% необхідна хірургічна допомога. Таким чином, в більшості випадків Внутрішньошлункові чужорідні тіла не вимагають спеціального лікування. Однак об'єкти більше, ніж 5×2 см, рідко евакуюються зі шлунку. Гострі сторонні тіла повинні видалятися з шлунку, так як в 15–35% вони викликають перфорацію кишечника, але пацієнти з невеликими круглими об'єктами (напр., монети і батарейки) вимагають тільки спостереження. Повинен бути обстежений стілець пацієнта і, якщо об'єкт не виявляється, необхідний рентгенологічний контроль з інтервалом в 48 годин. Монети, які зберігаються в шлунку більше 4 тижнів, або батарейки з ознаками корозії при рентгенографії, що залишаються в шлунку більше 48 годин, повинні бути вилучені. Портативний детектор металу може локалізувати металеві чужорідні тіла і забезпечити інформацію, яку можна зіставити з даними рентгенографії.

Пацієнти з ознаками обструкції або перфорації вимагають лапаротомії. Пацієнти, проковтнувши пакети з препаратами, заслуговують особливої уваги через ризик розриву пакета і подальшої передозування. Пацієнти з симптомами медикаментозної інтоксикації потребують термінової лапаротомії. Пацієнти без проявів інтоксикації повинні бути госпіталізовані. Деякі клініцисти рекомендують пероральний прийом розчину поліетиленгліколю як проносний засіб з метою прискорення пасажу матеріалу; інші пропонують його хірургічне видалення. У цілому однозначної думки немає. Більшість сторонніх тіл, які мігрували в тонку кишку, зазвичай безперешкодно проходять через ШКТ, навіть якщо вони затримуються протягом тижнів або місяців. Вони мають

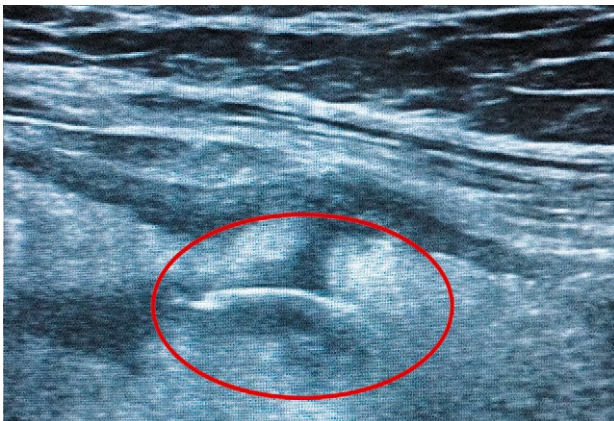


Рис. 1

УЗ-дослідження. Спостерігається стороннє тіло.

тенденцію затримуватися перед ілеоцекальним клапаном або в будь-якій іншій ділянці звуження, які спостерігаються, наприклад, при хворобі Крона. Іноді об'єкти типу зубочисток можуть залишатися в просвіті ШКТ багато років, викликаючи утворення гранульоми або абсцесу.

В літературі описані випадки лапароскопічного видалення сторонніх тіл з черевної порожнини, що перфорували ШКТ, з подальшим веденням хворих лише на антибіотиках без розширення об'єму хірургічної тактики з задовільними результатами [16].

Наводимо наше клінічне спостереження перфорації кишківника стороннім тілом з утворенням абсцеса черевної порожнини.

Клінічний випадок

Пацієнт 43 років звернувся зі скаргами на дискомфорт в животі, підвищення температури тіла впродовж 3 діб. В результаті обстеження виявлено підвищення температури тіла до 37,8°C, нормальний рівень лейкоцитів крові. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини в лівому фланку черевної порожнини, вище пупка, під апоневрозом передньої черевної стінки виявляється інфільтрат 7×4,8×3,4 см у вигляді ехогенного утворення з рідинним центром 3,3×1,7×1,2 см. В рідинній частині інфільтрата гіперехогенне включення лінійної форми 20×1,2 мм, що нагадує риб'ячу кістку (рис. 1). Під час колоноскопичного дослідже виявлено поліпи товстого кишківника (4), хронічний внутрішній геморої. Інших захворювань не виявлено.

Враховуючи клінічні та інструментальні дані обстежень діагностовано абсцес черевної порожнини та в той же день вирішено виконати оперативне втручання. Під УЗ-супроводом локалізована порожнини

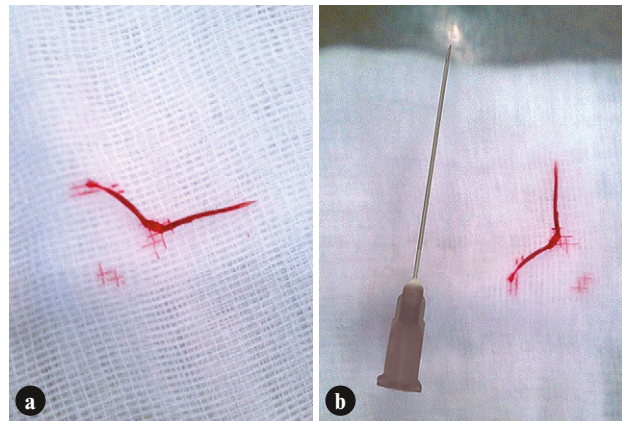


Рис. 2

А-В. Видалене стороннє тіло. Інтраопераційне фото.

абсцеса і проведено пункцію. Аспіровано 5 мл мутного білого ексудату без запаху та віддано на бактеріологічне дослідження. Потім в порожнину абсцеса введено метиленовий синій для контрастування його. Не виймаючи голку виконано розріз шкіри довжиною 3 см. Розширюючи норицевий хід, що йде під апоневроз внутрішнього косоного м'яза живота, вскрито порожнину контрастованого абсцеса, візуалізовано та видалено стороннє тіло (рис. 2).

На тлі внутрішньовенної антибактеріальної терапії (3 доби) післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний із клініки на 4 добу, рана загоїлась первинним натягом. Обстежений через 3 місяці — даних за рецидив не виявлено.

Висновки

Даний випадок вказує на важливість УЗД органів черевної порожнини, оскільки точний діагноз, локалізацію та контрастування було проведено саме завдяки цьому обстеженню без застосування КТ-дослідження. Все це дозволило застосувати мініінвазивний доступ і уникнути лапаротомії.

Література

1. McCanse D.E., Kurchin A., Hinshaw J.R. (1981) nGastrointestinal foreign bodies. *Am J Surg.* 142: 335-337
2. Zhang S., Cui Y., Gong X., Gu F., Chen M., Zhong B. (2010) Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in South China: a retrospective study of 561 cases. *Dig Dis Sci.* 55 (5): 1305-1312
3. Rodriguez-Hermosa J., Cacete N., Artigau E., Gironis J., Planellas P., Codina-Cazador A. (2009) Small bowel perforation by an unusual foreign body. *Spanish Rev Esp Enferm Dig.* 101: 639-641

4. Rodriguez-Hermosa J., Codina-Cazador A., Sirvent J.M., Martin A., Girones J., Garsot E. (2008) Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. *Colorectal Dis.* 10 (7): 701-707
5. Yagmur Y., Ozturk H., Ozturk H. (2009) Distal ileal perforation secondary to ingested foreign bodies. *J Coll Physicians Surg Pak.* 19: 452-453
6. Akbulut S., Cakabay B., Ozmen C., Sezgin A., Sevinc M.M. (2009) An unusual cause of ileal perforation: report of a case and literature review. *World J Gastroenterol.* 15: 2672-2674
7. Goh B., Chow P.K., Quah H.M., Ong H.S., Eu K.W., Ooi L.L. et al. (2006) Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg.* 30: 372-377
8. Ginzburg L., Beller J. (1927) The clinical manifestations of non-metallic perforating intestinal foreign bodies. *Ann Surg.* 86: 928-939
9. Toshiyuki Okuma, Nobuhide Nagamoto, Eui Tanaka, Yashi Yoshida et al. (2008) Repeated colon penetration by an ingested fish bone: report of a case. *Surg Today.* 38: 363-365
10. Coulier B., Tancredi M.H., Ramboux A. (2004) Spiral CT and multidetectorrow CT diagnosis of perforation of the small intestine caused by ingested foreign bodies. *Eur Radiol.* 14: 1918-1925
11. Takada M., Kashiwagi R., Sakane M., Tabata F., Kuroda Y. (2000) 3D-CT diagnosis for ingested foreign bodies. *Am J Emerg Med.* 18: 192-193
12. Coulier B. (1997) Diagnostic ultrasonography of perforating foreign bodies of the digestive tract. *J Belge Radiol.* 80: 1-5
13. Hashmonai M., Kaufman T., Schramek A. (1978) Silent perforations of the stomach and duodenum by needles. *Arch Surg.* 113: 1406-1409
14. Lue A.J., Fang W.D., Manolidis S. (2000) Use of plain radiography and computed tomography to identify fish bone foreign bodies. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 123: 435-438
15. de Carvalho R., Martins I., Pereira I., Lopes P., Pacheco H. et al. (2009) MDCT findings in gastrointestinal perforation caused by ingested dietary foreign bodies. *European Society of Radiology/ Electronic Presentation Online System*
16. Pramodh C., Pathirana C.K. (2015) Laparoscopically detected and nonsurgically managed ileal perforation by an ingested fish bone: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 9: 43
17. Ngan J.H.K., Fok P.J., Lai E.C.S., Branicki F.J., Wong J. (1989) A prospective study on fish bone ingestion: experience of 358 patients. *Ann Surg.* 211: 459-462
18. Ундриц В.Ф., Хилов К.Л., Лозанов Н.Н., Супрунов В.К. (2002) Руководство для врачей. (Москва). «Медицина». 168 с.