

КОЛИ «КУРЯЧА ВЕЧЕРЯ ДЛЯ ПЕРЕМОЖЦЯ»* ОБЕРНУЛАСЯ КАТАСТРОФОЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРФОРАЦІЇ КИШКІВНИКА (ГОСТРОГО ЖИВОТА)

Переклала й адаптувала канд. мед. наук Тетяна Можина

Випадки гострого живота надзвичайно часто спостерігають у відділеннях невідкладної допомоги; існує безліч причин, які їх провокують.

Однією з таких причин, яку найчастіше фіксують за гострого живота, є випадкове проковтування стороннього тіла, найімовірніше, риб'ячої кістки [1].

Більшість таких проковтнутих сторонніх тіл проходять крізь шлунково-кишковий тракт без жодних наслідків, хоча в 1% випадків у певний момент відбувається перфорація, причому близько 83% випадків порушення цілісності кишківника виникає в клубовій кишці [2, 3].

Проведення тільки клінічного обстеження не дає змоги чітко діагностувати цей стан, імовірність точної діагностики значно зменшується, якщо пацієнт не надає відповідних анамнестичних даних. Клінічна картина часто буває різноманітною, що утруднює встановлення остаточного діагнозу. Часто такі випадки помилково діагностують як гострий апендицит або розрив геморагічної кісти. У таких випадках ключову роль у встановленні точного діагнозу відіграють візуалізаційні методи дослідження, в тому числі комп'ютерна томографія (КТ).

Це повідомлення являє собою клінічний випадок, який стався з 35-річною пацієнткою: хвора звернулася в клініку із симптомами гострого живота, котрий був помилково трактований як розрив геморагічної кісти; проте через погіршення симптоматики було виконано КТ, за допомогою якої діагностовано перфорацію тонкої кишки, що була спричинена проковтнутою курячою кісткою.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Пацієнтка 35 років звернулася до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на біль у животі протягом 2 днів. Під час з'ясування анамнезу хвороби встановлено, що біль має переймоподібний характер і не іррадіює в сусідні ділянки. В анамнезі не було згадок щодо нудоти чи блювання, підвищення температури тіла на тлі больового синдрому. Пацієнтка також заперечувала наявність аменореї, вагінальної кровотечі або неприємних виділень з піхви, дизурії чи діареї. Згідно

з результатами загального об'єктивного обстеження та показниками життєво важливих функцій стан пацієнтки визнано стабільним. Під час обстеження живота відзначили болючість над правою клубовою ямкою, в надлобковій ділянці симптом Щоткіна – Блюмберга (подразнення очеревини) негативний, ознаки м'язового дефансу та ригідності не виявлені. Клінічні ознаки асцитів відсутні. Результати лабораторного дослідження зафіксували підвищення рівня С-реактивного білка (63,10 мг/л) і анемію легкого ступеня (гемоглобін – 9,49 г/дл). Під час ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини виявлено кістозне утворення в правому яєчнику розміром $\approx 3 \times 3$ см у найбільшому вимірі з мінімальною кількістю вільної рідини в ректоуретральній кишені, також відомій як Дугласів простір. Пацієнтка нещодавно (3 місяці тому) перенесла лапаротомію з приводу розриву геморагічної кісти правого яєчника. На підставі анамнезу хвороби, анамнезу життя та результатів об'єктивного огляду встановлено ймовірний діагноз розриву геморагічної кісти, пацієнтка була госпіталізована в гінекологічне відділення для спостереження та подальшого лікування. Оскільки протягом наступних 12-24 годин стан пацієнтки погіршився, виконано КТ органів черевної порожнини й малого таза для виключення гострого апендициту та/або будь-якої іншої значущої патології черевної порожнини. На КТ черевної порожнини в аксіальній (рис. 1) і коронарній (рис. 2) проєкціях виявлено лінійне, довжиною 3 см, внутрішньопросвітне стороннє тіло всередині тонкої кишки, що проникало в обидві бічні стінки, з помірним вогнищевим розширенням петлі та потовщеними набряклими стінками кишки.

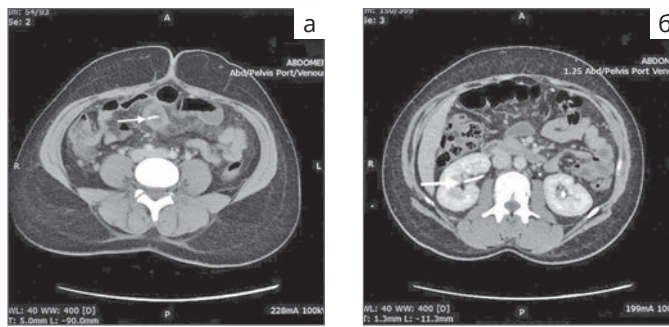


Рис. 1. КТ органів черевної порожнини: а – аксіальна проєкція, виявлено лінійне внутрішньопросвітне стороннє тіло всередині тонкої кишки; б – аналогічні дані на іншій висоті й інше розташування чужорідного об'єкта в тілі пацієнтки

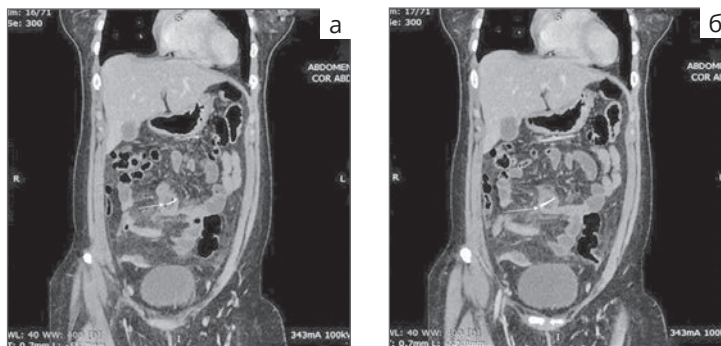


Рис. 2. КТ органів черевної порожнини: а – корональна проєкція, виявлено чужорідне тіло всередині тонкої кишки, що проникає в обидві бічні стінки, з легким вогнищевим розширенням петлі та потовщеними набряклими стінками кишківника; б – аналогічна проєкція, вигляд з іншої анатомічної ділянки, вздовж осі тіла

Апендикс, матка та яєчники мали незмінений вигляд. Пацієнтці пояснили результати КТ, отримали письмову інформовану згоду на проведення екстреної лапароскопії. При введенні абдомінальних портів (медичний пристрій, призначений для забезпечення швидкого та легкого доступу до черевної порожнини з метою введення лікарських препаратів і відсмоктування внутрішньочеревної рідини) в порожнині очеревини виявлено 300 мл каламутної рідини, спайки між протилежними

петлями середньої клубової кишки з пластівцями гною та жировими прошарками між петлями. Гострий кістковий фрагмент (найімовірніше, куряча кістка) пронизував брижовий бік середньої клубової кишки. У ході лапароскопії виконано видалення стороннього тіла (рис. 3) із сегментарною резекцією худой кишки (рис. 4) та накладанням анастомозу «кінець у кінець». Післяопераційний період перебігав без ускладнень, пацієнтка була виписана на 2-гу добу після операції в стабільному стані.

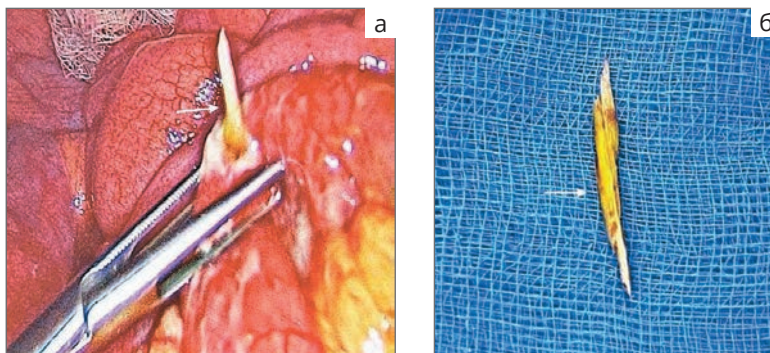


Рис. 3. Причина гострого живота: а – ендоскопічна візуалізація чужорідного тіла (гострий кістковий фрагмент, куряча кістка), що пронизує брижовий бік середньої клубової кишки; б – видалене стороннє тіло (куряча кістка)

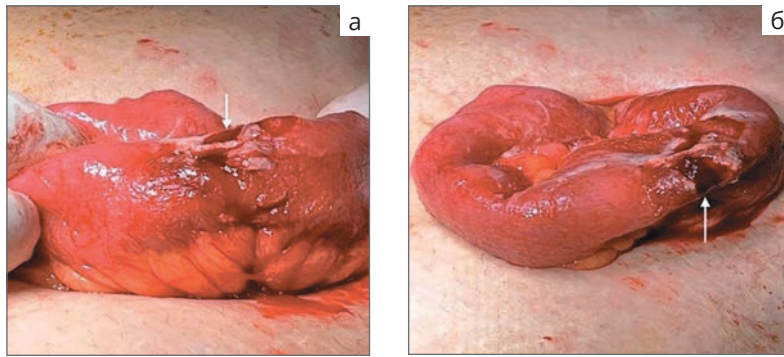


Рис. 4. Післяопераційні знімки: а – післяопераційна рана, що утворилася після видалення стороннього тіла (курячої кістки) з тонкої кишки; б – видалена частина тонкої кишки після виконаної сегментарної резекції

ОБГОВОРЕННЯ

У більшості випадків пацієнти з гострим животом, який виникає внаслідок перфорації кишківника стороннім тілом, мають неспецифічні симптоми у вигляді гострого болю в животі, нудоти, блювання та лихоманки [4]. Через зазначені особливості на ранніх стадіях захворювання цей стан часто діагностується неправильно, що може призвести до подальшого погіршення симптоматики. У серії випадків, які описані Nicolodi та співавт. [5], на момент звернення жоден з пацієнтів не згадав про ймовірність проковтування чужорідного тіла. Однак нині доступні різні сучасні візуалізаційні методи дослідження, котрі здатні полегшити ранню діагностику та забезпечити проведення відповідного оперативного втручання, позбавляючи пацієнтів від надмірних страждань. Новітні методи досліджень не позбавлені деяких обмежень чи недоліків. У подібному контексті рутинна рентгенографія черевної порожнини зазвичай не допомагає виявити проковтнуті сторонні тіла через їхні незначні розміри та низьку рентгеноконтрастність, а також через їх маскування кишковими газами [6]. В одному проспективному дослідженні, в якому взяли участь 358 пацієнтів, які раніше випадково проковтнули риб'ячу кістку, за допомогою рутинної рентгенографії органів черевної порожнини стороннє тіло виявлено лише в 32% хворих [7]. У таких ситуаціях УЗД черевної порожнини допомагає чітко визначити наявність внутрішньочеревної рідини, а також виключити інші ймовірні хвороби; однак результати в цьому разі є більш-менш неспецифічними, до того ж слід урахувувати, що цей метод дослідження є операторозалежним. У сучасній практиці КТ є загальноприйнятим дослідженням вибору,

яке виконується з метою виявлення сторонніх тіл і перфорацій кишківника. Точність КТ у визначенні місця перфорації кишківника становить $\approx 86\%$, що робить її надійним методом дослідження, котрий дає хірургам змогу планувати проведення операції [8]. КТ також має високу чутливість у виявленні кальцинованих сторонніх тіл, як-от риб'ячі та курячі кістки. У місцях перфорації кишківника на КТ часто виявляють потовщені стінки, підвищену щільність мезентеріального жиру та газ у черевній порожнині, який часто обмежується місцем перфорації [9]. Спосіб лікування здебільшого залежить від локалізації стороннього тіла в травному тракті та наявності чи відсутності ускладнень у вигляді непрохідності, перфорації та/або кровотечі. Якщо стороннє тіло виявлено в стравоході або шлунку, їх переважно видаляють ендоскопічно, тоді як ті сторонні предмети, що перебувають у тонкій кишці, видаляють хірургічним шляхом сегментарної резекції ураженої кишкової петлі або петель [9]. У будь-якому разі завжди потрібно зберігати високий рівень підозри на наявність проковтнутого стороннього тіла у випадках, що супроводжуються гострим животом. Це передбачає детальний збір анамнезу та використання візуалізаційних методів досліджень, як-от КТ, особливо в разі, коли клінічні дані й симптоми вводять в оману та суперечать результатам УЗД.

ВИСНОВКИ

Цей клінічний випадок підкреслює важливість детального збору анамнезу, а також необхідність раннього проведення КТ за наявності оманливих клінічних даних у разі гострого живота, якщо діагноз не є однозначним.

Література

Dsouza Q., Dhar H., Raja A., et al. When 'winner winner chicken dinner' turned into a catastrophe: intestinal perforation, a case of acute abdomen, a clinical case study. *J. Minim. Access Surg.* 2025. doi: 10.4103/jmas.jmas_203_24.

* В оригінальному тексті статті використано вислів «Winner winner, chicken dinner», що дослівно можна перекласти як «Переможець, переможець – куряча вечеря». Він виник у колах гравців в азартні ігри, коли люди вітали переможця цією фразою. Вислів означає, що виграв настільки великий, що переможець зможе купити на вечерю курку та пригостити всіх.