© Полянський І.Ю., Гресько М.М., Андрієць В.В., Бродовський С.П.
УДК 617.55 - 003.6: 616.366 - 002

СТОРОННЄ ТІЛО ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРОЇ НА ГОСТРИЙ ФЛЕГМОНОЗНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

І.Ю.Полянський, М.М.Гресько, В.В.Андрієць, С.П.Бродовський

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю.Полянський) Буковинської державної медичної академії

Повідомлення в літературі про сторонні тіла (СТ) очеревинної порожнини епізодичні [1, 2]. Одна третина СТ органів травлення призводить до ускладнень, а в 3-5 % випадків хвороба закінчується летальністю [3]. У США щороку помирає 1600 хворих від ускладнень, викликаних СТ органів травлення. У значної частини хворих СТ виходять природнім шляхом через декілька днів. Частіше вони затримуються у фізіологічних звуженнях стравоходу, тонкої або товстої кишок, нерідко – у прямій кишці. Шпичасті СТ можуть призвести до перфорації стравоходу і розвитку медіастиніту, а частіше (близько 50%) – до перфорації тонкої кишки і розвитку перитоніту [4].

Найбільше клінічне значення мають СТ, які проникають в очеревинну порожнину і викликають ускладнення.

Наводимо наше клінічне спостереження.

Хвора П., 63 років, поступила в клініку 10.09.2002 р. зі скаргами на біль у правому підребер'ї, нудоту. Хворіє 13 днів. Об'єктивно: пульс – 84 уд/хв, АТ – 130/80 мм рт. ст. Тони серця глухі, ритмічні. У легенях дихання везикулярне. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт овальної форми, бере участь в акті дихання, м'який, болючий у правому підребер'ї. Позитивний симптом Грекова-Ортнера. Симптоми подразнення очеревини негативні. При УЗД органів черевної порожнини виявлено, що жовчний міхур містить мало жовчі, у просвіті безліч конкрементів. Внутрішньопечінкові протоки не розширені, спільна жовчна протока без змін. У нирках з обох боків визначаються "сліди піску". При езофагогастродуоденоскопії встановлено: стравохід не змінений, слизова шлунка гіперемована, складки не змінені. Воротар прохідний, слизова дванадцятипалої кишки гіперемована, фатеровий сосочок не змінений. Висновок: гастродуоденіт.

Рентгенологічне дослідження: легеневі поля без вогнищевих тіней, легеневий рисунок не змінений, корені структурні; помірна гіпертрофія лівого шлуночка; аорта ущільнена. На рентгенограмі правого кульшового суглоба нерівномірно звужена суглобова щілина, в латеральних відділах – ділянка нерівномірного остеоартрозу. У верхньому боковому квадранті голівки стегнової кістки і дна вертлюгової западини – дегенеративно-деструктивні зміни. Діагноз: Гострий калькульозний холецистит, ІХС, дифузний кардіосклероз. Симптоматична артеріальна гіпертензія. Асептичний некроз голівки правої стегнової кістки I ст.

12.09.2002 р. хворій виконано лапароскопічне оперативне втручання.

Після обробки операційного поля за допомогою голки Вереша в очеревинну порожнину інсуфльовано 6 л CO_2. За допомогою троакара введені робочі інструменти. Ревізією встановлено: жовчний міхур у спайках, до лівої частки печінки фіксована пілорична

частина шлунка. Тупим шляхом і коагулятором жовчний міхур виділено із спайок до заглибини Гартмана. При цьому між лівою часткою печінки і пілоричною частиною шлунка розітнуто абцес, що містить 3-4 мл гною. Гній евакуйовано, після чого на дні абсцесу виявлено СТ білого кольору у вигляді смужки. За допомогою дисектора СТ видалено. Це була кістка до 7 см довжиною і до 3 мм в діаметрі, з гострими кінцями. У просвіт шлунка введено барвник, який не поширювався за межі шлунка. Вирішено продовжувати лапароскопічне оперативне втручання. Після адекватної санації вмістища абцесу виділено міхурову протоку, накладено 3 кліпси. Між кліпсами протоку пересікли. Субсерозно за допомогою коагулятора видалено жовчний міхур. Санація, коагуляція вмістища міхура. Встановлено дренаж до місця абцесу, жовчний міхур видалено через розріз біля пупка. На місця введення інструментів накладені окремі шви, пов'язка.

Макропрепарат: жовчний міхур розмірами 17х10х6 см, з потовщеними стінками, конкременти до 1 см.

Післяопераційний період без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. Дренажна трубка видалена на 4 добу. На 7 добу хвора в задовільному стані виписана. Оглянута через місяць – стан задовільний.

Клінічна унікальність даного випадку полягає в тому, що мала місце перфорація порожнистого органа (шлунка чи дванадцятипалої кишки) гострою кісткою, яка проникла за межі органа, проте ознак клінічних проявів перфорації та перитоніту не спостерігалося.

Вважаємо, що при впевненості у герметичності порожнистих органів такі лапароскопічні знахідки не потребують розширення обсягу операції, доказом чого є наш результат.

Література

1. Барамія Н.С., Панасенко С.В., Нікітаєв В.М. та ін. Сторонні тіла травного каналу // Клін. хірургія. – 2001. – № 6. – С. 48-50. 2. Косенко А.В. Випадок тривалого існування чужорідного тіла шлунково-кишкового тракту, яке ускладнилося перфорацією дванадцятипалої кишки // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 3. – С. 150-151. 3. Кулинич О.В., Золотаницин В.І. Ускладнені сторонні тіла черевної порожнини // Гал. лікар. вісник. – 2002. – Т. 9, № 1. – С. 103-104. 4. Глухов А.И., Мошуров И.И., Минаков О.П. Отдаленные осложнения инородного тела тонкой кишки // Вестн. хирургии. – 2001. – Т. 160, № 6. – С. 84-85.

A FOREIGN BODY IN THE ABDOMINAL CAVITY OF A FEMALE PATIENT WITH ACUTE PHLEGMONOUS CALCULOUS CHOLECYSTITIS

I.Yu.Polianskiyi, M.M.Gresko, V.V.Andriets', S.P.Brodovskyi

Abstract. The paper presents a clinical case of removing a foreign body from the abdominal cavity by means of the laoparoscopic method in a female patient with acute calculous cholecystitis complicated by an abscess of the abdominal cavity.

Key words: foreign body of the abdominal cavity, laparoscopic cholecystectomy, acute calculous cholecystitis.

Резюме. Наведено клінічний випадок видалення стороннього тіла черевної порожнини лапароскопічним методом у хворої на гострий калькульозний холецистит, ускладнений абцесом черевної порожнини.

Ключові слова: стороннє тіло очеревинної порожнини, лапароскопічна холецистектомія, гострий калькульозний холецистит.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi).

Надійшла в редакцію 06.02.2003 р.