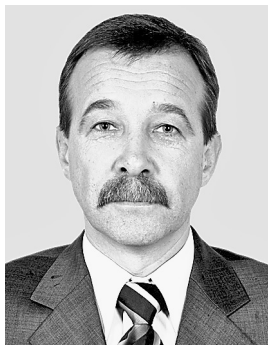


УДК 616.349-001.5-036-089



*І.Д. Герич, [Д.І. Герич], В.В. Ващук, А.С. Барвінська,  
І.А. Бец, С.А. Тарнавський, Н.Д. Заставна*

## Перфорація сигмоподібної кишки курячою кісткою: опис власного клінічного спостереження

Турківська центральна районна лікарня  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

**Ключові слова:** перфорація товстої кишки, куряча кістка, абдомінальні ускладнення, діагностика.

Потрапляння сторонніх тіл (СТ) у травний канал (ТК) є атрибутивною рисою життєдіяльності людини. За даними більшості дослідників, шороку СТ транзиторно мігрують просвітом ТК мільйонів людей, 10—20 % з яких потребують спеціалізованого хірургічного лікування, а 1500—2750 осіб помирають від ускладнень, спричинених різноманітними ушкодженнями (найчастіше перфорацією СТ) порожнистих органів черевної порожнини [1, 3, 6, 10, 16].

Перфорації ТК, найчастіше риб'ячими кістками, в літературі описують доволі часто — понад 300 випадків перфорації кишки СТ [1—3, 5, 11, 25]. Проте найчастіше це ускладнення виникає в сегменті тонкої кишки, перфорація товстої кишки СТ тваринного походження, незважаючи на значно ширший діапазон її ускладнень (перитоніт, внутрішня нориця, заочеревинна флегмона), трапляється значно рідше і зазвичай супроводжується об'єктивними труднощами діагностики та лікування [1, 3, 25].

Нижче наведено опис власного спостереження випадку перфорації сигмоподібної кишки курячою кісткою.

Хворий В., 64 роки, звернувся у хірургічне відділення Турківської центральної районної лікарні об 11.00 24.02.1993 року зі скаргами на біль у лівій здухвинній ділянці, загальну слабкість, здуття живота, затримку випорожнень і газів. Біль з'явився раптово 23.02.1993 року о 12.00 під час підняття пацієнтом важкого предмета і непокоїв протягом наступної доби. Наростали загальна слабкість, здуття живота, перестали відходити газів, що змусило хворого звернутися по медичну допомогу.

На час госпіталізації стан хворого середньої тяжкості. Притомний. Шкіра звичайного кольору. Температура тіла — 38,9 °С. Артеріальний тиск — 16,0/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.), пульс — 93 уд./хв, ритмічний, задовільного наповнення та напруження. Тони серця приглушені, ритмічні. В легенях вислуховується везикулярне дихання, послаблене в нижніх відділах. Язик сухий, вкритий біли-

ми нашаруваннями. Живіт правильної форми, симетричний, помірно піддутий, в акті дихання участі не бере, під час пальпації болючий у лівих відділах, де визначається захисне напруження м'язів і позитивний симптом Блюмберга—Щоткіна. Перистальтика не вислуховується, газів відходять. Під час дослідження *per rectum* — ампула прямої кишки порожня, задня стінка кишки нависає, різко болісна внаслідок пальпації. На оглядовій рентгеноскопії черевної порожнини: помірно виражений метеоризм кишечника, чаш Клойбера і вільного газу не виявлено.

Лабораторні показники: еритроцити — 4,5 Т/л; лейкоцити — 9,8 Г/л: п. — 5 %, с. — 84 %, л. — 9 %, м. — 2 %; білірубін — 17,22 мкмоль/л; загальний білок — 60 г/л; глюкоза крові — 4,8 ммоль/л; сечовина — 22,9 ммоль/л; залишковий азот — 67 ммоль/л; протромбіновий індекс — 78 %; загальний аналіз сечі — сліди білка.

На підставі наведених клініко-лабораторних даних встановлено попередній діагноз: «Гострий розлитий перитоніт на підґрунті перфорації пухлини сигмоподібної кишки (?)». Хворому рекомендована ургентна операція.

24.02.93 під ендотрахеальним наркозом виконано середню серединну лапаротомію. Петлі кишечника помірно роздуті, гіперемійовані. В черевній порожнині, більше по лівому флангу — до 200 мл серозної рідини без запаху. В лівій здухвинній ділянці візуалізується і пальпується пухкий інфільтрат, сформований пасмом великого сальника, петлями тонкої кишки та сигмоподібною кишкою. Після його роз'єднання виявлено «штампований» перфоративний отвір вільного краю сигмоподібної кишки, з якого вільно стирчить стороннє тіло (кістка — куряче ребро) довжиною 4 см. Стінка кишки за периметром перфоративного отвору різко гіперемійована, потовщена, вкрита нашаруваннями фібрину. Стороннє тіло видалено. Перфоративний отвір зашито трьохрядними шовковими швами, лінію швів перитонізовано пасмом великого сальника. Черевну по-

рожнину сановано 3 л антисептика. Малий таз і обидва бокові канали дреновано гумовими смужково-трубчастими дренажами, виведеними через контрапертури у здухвинних ділянках. Черевну порожнину зашито вузловими швами через усі шари черевної стінки.

Макропрепарат: куряче ребро — дугоподібної форми, розмірами 4,0 см × 0,3 см × 0,15 см, кінець, що перфорував кишку — гострий, зазубрений, протилежний — горбистий, гладенький; поверхня кістки гладенька, грані — заокруглені; після поперекового перетину — трикутної форми; колір — жовто-коричневий, очевидно, внаслідок імбібіції кишковими пігментами під час тривалого перебування у травному каналі.

Ретроспективний анамнез: у ранньому післяопераційному періоді з'ясовано, що хворий приблизно за місяць до захворювання споживав страву, приготовану з курки.

Післяопераційний перебіг: на 3-тю післяопераційну добу відновилася спонтанна перистальтика, на 5-ту усунуто трубчасті дренажі, на 7-му і 9-ту — смужкові дренажі. На 9-ту добу лапаротомна рана загоїлася первинним натягом — знято шви, на 17-ту добу післяопераційного періоду контрапертурні рани загоїлися вторинним натягом. На 20-ту добу після операції хворого в задовільному стані виписано зі стаціонару.

Пацієнта оглянуто через 1, 10 і 15 років: скарг, пов'язаних з перенесеним оперативним втручанням, не було.

### Результати та обговорення

Перфорація стінки товстої кишки СТ біологічного походження — кістками тварин чи птахів — є доволі казуїстичною хірургічною патологією, яку надзвичайно рідко описують у наукових публікаціях [5, 8, 12, 13, 21, 25].

Головними чинниками, що зумовлюють низьку інцидентність пошкодження стінки товстої кишки зазначеними СТ, очевидно, є відносно великий розмір (довжина  $\cong$  1/2 діаметра товстої кишки) та доволі «безпечна контурність» кісток тварин чи птахів, які суттєво зменшують ризик випадкового потрапляння їх у просвіт ТК у процесі їди і полегшують спонтанний транзит цих СТ ТК.

Як свідчать дані літератури, приблизно 80 % усіх пацієнтів з СТ ТК становлять діти, 18 % припадає на підгрупу людей, яким притаманні емоційно-поведінкові девіації, і майже 2 % — на так звані випадкові епізоди потрапляння СТ у просвіт ТТ у практично здорових людей [5, 16, 25]. До групи підвищеного ризику більшість авторів зараховують: пацієнтів з порушеннями психіки, осіб, які зловживають алкоголем, седативними чи психот-

ропними засобами, та людей похилого віку (вікові чи післямедикаментозні поведінкові зміни, неякісні зубні протези, порушення чутливості верхнього піднебіння, післяінсультна дисфагія) [1, 3, 5, 17, 25]. У нашому клінічному спостереженні потрапляння СТ у ТК мало випадковий характер і пов'язане з квапливим споживанням практично здоровою особою страви, приготованої з курячого м'яса.

Зазвичай суттєвість медичних наслідків СТ у ТК визначається правилом: що менші розміри і гостріші контури СТ, то вищий ризик гострої перфорації порожнистого органа. З огляду на це кістки тварин чи птахів у більшості випадків безперешкодно і без ускладнень спонтанно, повільно мігрують просвітом ТТ і, як правило, вільно виводяться з каловими масами *per vias naturalis*. Зазначений варіант безпечного транзиту СТ через ТК зумовлений тріадою чинників: по-перше, відносно великими розмірами та доволі «безпечною контурністю» кісток тварин чи птахів, по-друге, закономірністю проходження СТ уздовж центральної вісі просвіту кишки, по-третє, притаманним механізмом каудального розвороту СТ тупим кінцем на тлі рефлекторного розслаблення м'язів стінки кишки і сповільнення перистальтики.

За таких умов, ці СТ лише в 5 % випадків призводять до пошкодження стінки кишки чи виникнення інших життєво небезпечних ускладнень, які потребують ургентного хірургічного лікування [16].

Здебільшого перфорації стінок нормального ТК спричинені гострими кінцями СТ у місця анатомічного чи фізіологічного звуження просвіту кишок, найчастіше в ділянці ілеоцекального клапана, печінкового і селезінкового згинів ободової кишки, ректальних клапанів Хьюстона. Водночас низка патологічних змін товстої кишки призводить до суттєвого підвищення ризику перфорації її стінки в зоні порушення фізіологічного пасажу кишкового вмісту. Це зокрема різного генезу стриктури товстої кишки (ішемічні, в ділянці міжкишкових анастомозів, при виразковому коліті, після рентгенотерапії, травм чи інфекційних захворювань), дивертикули, злаякісні новоутворення, а також гіперперистальтика кишки, ідіопатичні закрепи, сімейний мегаколон, ідіопатична псевдообструкція [13, 16, 20, 25, 27].

Слід зауважити, що перфорація стінки товстої кишки СТ тваринного походження суттєво віддалена в часі від моменту потрапляння до ТК курячих або тваринних кісток, зокрема в нашому спостереженні — майже 30 діб, а за даними літератури, від 7 діб до 6 міс [6, 7, 10, 14, 22, 24] на відміну від часто описуваних у літературі перфорацій кишки риб'ячими кістками, що зазвичай виника-

ють протягом 1—7 днів після потрапляння у ТК [1—3, 9, 11].

Як впливає з даних літератури, перфорація стінки товстої кишки курячими кістками або СТ тваринного походження в більшості випадків відбувається за двома типовими «сценаріями»: або шляхом раптового «продірявлення» стінки кишки гострим кінцем СТ у разі збігу її перистальтичного скорочення з поперечним стоянням *sogri aliēni* та раптовим підвищенням внутрішньочеревного тиску (з виникненням вільної перфорації), або через формування повного належка стінки кишки за тривалої затримки СТ у місцях розташування анатомо-фізіологічних звужень чи патологічних уражень товстої кишки (з формуванням запального інфільтрату, параколярного гнояка чи внутрішньої нориці) [5, 11, 22, 23]. В аналізованому нами випадку, ймовірно, механізм перфорації товстої кишки був двохмоментним: на першому етапі тривале поперечне стояння курячої кістки в місці фізіологічної зміни напрямку пасажу товстокишкового вмісту призвело до утворення зони локального запалення стінки і рефлекторного посилення перистальтики, на другому — уразі збігу перистальтичного скорочення цієї ділянки кишки з епізодом підвищення внутрішньочеревного тиску (піднімання тягаря) сталася гостра перфорація товстої кишки.

Зазначені часові та патогенетичні особливості перфорації товстої кишки СТ значною мірою визначають і особливості клінічної маніфестації патологічного стану. Зокрема, для цієї патології характерний так званий холодний період — час між епізодом потрапляння СТ до ТК і власне виникненням перфорації стінки гострої кишки. Цей період (від 7 дб до 6 міс після потрапляння СТ до ТК) у більшості випадків має безсимптомний характер, а СТ можна виявити абсолютно несподівано під час хірургічного втручання з приводу іншої патології, наприклад грижі [5, 11]. У частини пацієнтів у цей час підтверджують «синдром іризації СТ товстої кишки» — мінімальні клінічні вияви подразнення відповідного відділу товстої кишки (біль, диспепсія, тенезми, закрепи, домішки крові чи слизу в калі). В окремих випадках, залежно від місця і тривалості тимчасового розташування в кишці курячої кістки, потрібно диференціювати цей синдром з ентероколітом, хворобою Крона, неспецифічним виразковим колітом, кишковою непрохідністю, апендицитом, запаленням дивертикула Меккеля, дивертикульозом, злоякісними пухлинами чи іншою патологією товстої кишки [5, 8, 10, 13, 15, 16, 22, 24].

Значно маніфестивнішим є «гострий період», який починається з моменту перфорації стінки товстої кишки, спричиненої СТ, і розвитку її хірур-

гічних ускладнень. Найчастіше бувають два варіанти клінічної маніфестації цієї патології: I — гостра перфорація (*per hexin*) у вільну черевну порожнину, яка виявляється типовою розгорнутою клінічною картиною «гострого живота»; II — перфорація шляхом утворення повного належка стінки кишки (*per descubiti*), для якої характерними є нетривалий епізод гострого абдомінального болю з подальшим розвитком клінічної картини домінуючого абдомінального ускладнення перфорації (перитоніт, інфільтрат, заочеревинний гнояк, міжпетлеві абсцеси, флегмона передньої черевної стінки, тонко-товстокишкова, товстокишково-міхурна, товстокишково-вагінальна нориці) [9, 11, 13, 14, 16, 17, 24]. Слід зауважити, що обидва зазначені клінічні варіанти перфорації товстої кишки доволі яскраво маніфестують, діагностують їх рутинно, хоча верифікація СТ як причини пошкодження цілості стінки товстої кишки потребує особливих діагностичних підходів [12, 16, 25, 26].

Головною умовою доопераційного виявлення СТ у ТК є обґрунтована пильність стосовно *sogri aliēni* як імовірного етіологічного чинника розвитку перфорації порожнинних органів, особливо у хворих з клінічною картиною «гострого живота», яка не вписується в рамки типових хірургічних сценаріїв. На наше переконання, «обґрунтована пильність» полягає в чіткому знанні хірургом-практиком патогенетичної ролі СТ у ТК, ретельному зборі анамнезу (звички харчування, характер споживання страв, що містять СТ) і визначенні належності пацієнта до групи ризику стосовно СТ ТК (поведінкові відхилення, розлади ковтання).

Діагностичними засобами, які дають змогу ефективно верифікувати СТ ТК, сьогодні більшість дослідників вважають візуалізаційні променеві та ендоскопічні методики [2, 4—7, 9, 10, 18, 21, 26].

Зокрема, традиційно дієвим методом виявлення СТ у ТК є рентгенологічне дослідження черевної порожнини, найчастіше — рентгеноскопія із застосуванням контрастних речовин (зокрема й іригографія) чи подвійного контрастування [6, 21, 23, 25]. З новітніх діагностичних методик для верифікації СТ автори рекомендують використовувати комп'ютерну томографію та ЯМРТ [9]. Клінічне значення ультразвукового дослідження порожнистих органів черевної порожнини (зокрема і товстої кишки) сьогодні визначається не так імовірністю візуалізації СТ у ТК (низька достовірність інформації), як можливістю виявлення низки патологічних змін стінки кишки, спричинених СТ (зміна діаметра і товщини стінки кишки, випіт, периколярні інфільтрати чи гнояки) [4].

Однак сьогодні як методику вибору в разі підозри СТ у товстій кишці більшість дослідників рекомендують традиційну колоноскопію чи її новітні аналоги — капсульну або двобалонну ентоколоноскопію [7, 18, 21, 26]. Вагомим аргументом на користь фіброколоноскопії є той факт, що вона дає змогу не лише верифікувати СТ у товстій кишці та чітко визначити характер і ступінь ураження її стінки, а й забезпечити негайне неінвазійне усунення СТ із просвіту ТК та в разі потреби ліквідувати дефект стінки кишки кліпуванням [6, 7, 18—21]. Остання обставина визначає фіброколоноскопичну елімінацію СТ із просвіту товстої кишки і як лікувальну методику вибору в «холодному періоді» цієї патології [7, 19—21, 26].

У гострому періоді в разі перфорації стінки товстої кишки, спричиненої СТ, хірургічне лікування полягає в ургентному виконанні відкритих операцій, які відповідають канонам класичних хірургічних підходів [3, 5, 11, 15]. Зазвичай діапазон оперативних втручань при СТ товстої кишки, залежно від ступеня завансування патології і тих чи інших інтраабдомінальних ускладнень, коливається у межах від ушивання дефекту стінки кишки і дренивання (як у нашому випадку) до широких експлорацій гнояків, резекційних чи стомівних операцій [1, 3, 11]. Оскільки перфорація СТ іноді

виникає в місці патологічних змін товстої кишки, вона може створювати приводи для первинного діагностування тяжкої, а іноді й небезпечної патології, найчастіше — злоякісних пухлин ТК [22, 27].

Загалом прогноз лікування при перфораціях товстої кишки, спричинених курячими кістками, залежить від своєчасності виявлення СТ у ТК і зумовлених ними ускладнень та прийняття адекватних лікувально-тактичних рішень.

### Висновки

Пошкодження цілості стінки товстої кишки СТ біологічного походження — кістками тварин чи птахів — є достатньо казуїстичною хірургічною патологією, яка може розвиватися за типом гострої перфорації у вільну черевну порожнину.

Для перфорації товстої кишки притаманний «холодний період» — час між епізодом потрапляння СТ у ТК і власне виникненням перфорації стінки гострої кишки (від 7 діб до 6 міс).

Запорукою доопераційного виявлення СТ у ТК є обґрунтована пильність стосовно соєрі алієні як імовірного етіологічного чинника розвитку перфорації порожнинних органів, особливо у хворих з клінічною картиною «гострого живота», яка не вписується в рамки типових хірургічних сценаріїв.

## Література

1. Бохан К.Л. Особенности клинической картины, диагностики и оперативной тактики при наличии рыбьих и мясных костей в пищеварительном тракте человека // *Анн. хир.* — 2004. — № 5. — С. 5—11.
2. Бугаев А.И., Малкова С.К., Францкевич В.В. Трудности диагностики перфорации кишки рыбьей костью // *Вестн. хир.* — 1990. — Т. 144. — № 3. — С. 41—42.
3. Комаров А.И., Комаров Н.В., Канашкин О.В. Инородные тела в практике хирурга // *Вестн. хир.* — 2005. — № 3, Т. 164. — С. 88—92.
4. Салов И.А., Рогожина И.Е., Балабанов Н.Г., Хворостухина Н.Ф. Особенности диагностики и акушерской тактики при острой кишечной непроходимости // *ЖРОАГ.* — 2006. — № 3.
5. Akhtar S., McElvanna N., Gardiner K.R., Irwin S.T. Bowel perforation caused by swallowed chicken bones — a case series // *Ulster. Med. J.* — 2007. — Vol. 76, N 1. — P. 37—38.
6. Bohmer R. Regression of an inflammatory abdominal tumor after endoscopic removal of a foreign body // *Z. Gastroenterol.* — 1983. — Vol. 21, N 2. — P. 85—88.
7. Church J. How to remove an impacted chicken bone from the sigmoid colon endoscopically // *Dis. Colon. Rectum.* — 2000. — Vol. 43, N 7. — P. 1018—1019.
8. Glasson R., Haghghi K.S., Richardson G. Chicken bone perforation of a sigmoid diverticulum // *ANZ J. Surg.* — 2002. — Vol. 72, N 6. — P. 448—449.
9. Goh B.K.P., Tan Y.-M., Lin S.-E. CT in the Preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract // *A. J. R.* — 2006. — Vol. 187. — P. 710—714.
10. Gomez N., Roldos F., Andrade R. Intestinal perforation caused by chicken bone mimicking perforated colonic diverticulitis // *Acta Gastroenterol. Latinoam.* — 1997. — Vol. 27, N 5. — P. 329—330.
11. Gracia C., Frey C.F., Bodai B.I. Diagnosis and management of ingested foreign bodies: a ten-year experience // *Ann. Emerg. Med.* — 1984. — Vol. 13. — P. 30—34.
12. Hoxha F.T., Hashani S.I., Komoni D.S., et al. Acute abdomen caused by ingested chicken wishbone: a case report // *Cases J.* — 2009. — Vol. 19, N 2 (1). — P. 64.
13. Joglekar S., Rajput I., Kamat S., Downey S. Sigmoid perforation caused by an ingested chicken bone presenting as right iliac fossa pain mimicking appendicitis: a case report // *J. Med. Case Reports.* — 2009. — Vol. 31, N 3. — P. 7385.
14. Khan M.S., Bryson C., O'Brien A., Mackle E.J. Colovesical fistula caused by chronic chicken bone perforation // *Ir. J. Med. Sci.* — 1996. — Vol. 165, N 1. — P. 51—52.



15. Kimbrell F.T. Jr., Tepas J.J. 3rd, Mullen J.T. Chicken bone perforation of the sigmoid colon: a report of three cases // *Am Surg.* — 1975. — Vol. 41, N 12. — P. 814–817.
16. Kornprat P., Langner C., Mohadjer D., J Mischinger H. Chicken-bone perforation of a sigmoid colon diverticulum into the right groin and subsequent phlegmonous inflammation of the abdominal wall // *Wien Klin. Wochenschr.* — 2009. — Bd. 121 (5–6). — S. 220–222.
17. Macmanus, J.E. Perforations of the intestine by ingested foreign bodies. Report of two cases and review of the literature // *Gastrointest. Endosc.* — 1982. — Vol. 28. — P. 26–28.
18. Mapelli P., Head L.H., Conner W.E., Ferrante W.E., Ray J.E. Perforation of colon by ingested chicken bone diagnosed by colonoscope // *Gastrointest Endosc.* — 1980. — Vol. 26, N 1. — P. 20–21.
19. Matsushita M., Hajiro K., Takakuwa H., Nishio A. Colonoscopic clipping closure of a diverticulum after the removal of an impacted chicken bone // *Gastrointest. Endosc.* — 1998. — Vol. 48, N 3. — P. 337–338.
20. Matsushita M., Takakuwa H., Nishio A. Endoscopic removal techniques and clipping closure for chicken bones wedged transversely in the colon // *Dis. Colon. Rectum.* — 2001. — Vol. 44, N 5. — P. 749–750.
21. Munoz C., Mendarte U., Sanchez A., Bujanda L. Acute abdomen due to perforation of colon by ingested chicken bone: diagnosis and endoscopic treatment // *Am. J. Gastroenterol.* — 1999. — Vol. 94, N 10. — P. 3069–3071.
22. Osler T., Stackhouse C.L., Dietz P.A., Guiney W.B. Perforation of the colon by ingested chicken bone, leading to diagnosis of carcinoma of the sigmoid // *Dis. Colon. Rectum.* — 1985. — Vol. 28, N 3. — P. 177–179.
23. Rasheed A.A., Deshpande V., Slanetz P.J. Colonic perforation by ingested chicken bone // *Am. J. Roentgenol.* — 2001. — Vol. 176, N 1. — P. 152.
24. Read T.E., Jacono F., Prakash C. Coloenteric fistula from chicken-bone perforation of the sigmoid colon // *Surgery.* — 1999. — Vol. 125, N 3. — P. 354–356.
25. Singh R.P., Gardner J.A. Perforation of the sigmoid colon by swallowed chicken bone: case reports and review of literature // *Int Surg.* — 1981. — Vol. 66, N 2. — P. 181–183.
26. Tarnasky P.R., Newcomer M.K., Branch M.S. Colonoscopic diagnosis and treatment of chronic chicken bone perforation of the sigmoid colon // *Gastrointest Endosc.* — 1994. — Vol. 40, N 3. — P. 373–375.
27. Vardaki E., Maniatis V., Chrisikopoulos H., et al. Sigmoid carcinoma incidentally discovered after perforation caused by an ingested chicken bone // *Am. J. Roentgenol.* — 2001. — Vol. 176, N 1. — P. 153–154.

**И.Д. Герич, Д.И. Герич, В.В. Ващук, А.С. Барвинская, И.А. Без, С.А. Тарнавский, Н.Д. Заставная**

### **Перфорация сигмовидной кишки куриной костью: описание собственного клинического наблюдения**

В статье приведен случай успешного лечения при перфорации толстой кишки куриной костью. Повреждение стенки толстой кишки инородными телами биологического происхождения — костями животных или птиц — является казуистической хирургической патологией, которая может развиваться по типу острой перфорации в свободную брюшную полость. Для перфорации толстой кишки характерен «холодный период» — промежуток между эпизодом попадания инородного тела в ЖКТ и возникновением перфорации стенки кишки (от 7 суток до 6 месяцев после попадания инородного тела в ЖКТ). Условием дооперационного выявления инородного тела ЖКТ является аргументированная бдительность относительно *corpi alieni* как вероятного этиологического фактора перфорации полостных органов, особенно у больных с картиной «острого живота», которая не вписывается в рамки типичных хирургических сценариев.

**I.D. Gerych, D.I. Gerych, V.V. Vashchuk, A.S. Barvinska, I.A. Bez, S.A. Tarnavsky, N.D. Zastavna**

### **Large intestine perforation with a chicken bone: description of own observations**

The article presents a case of successful treatment of large intestine perforation with a chicken bone. The damage of the bowel wall with alien bodies of a biological origin — bones of animals or birds — is a casuistic surgical pathology which can develop as acute perforation in a free abdomen cavity. For perforation of the bowel typically presence of «the cold period» an interval between an episode hits an alien body in gastrointestinal tract and occurrence of the punching of a wall of a gut (from 7 day till 6 months after hits an alien body in gastrointestinal tract).

A condition of perioperative diagnostics of the alien body of gastrointestinal tract is the argued vigilance relatively *corpi alieni* as probable of the etiological factor of occurrence of perforating gut, is especial at presence at the patient of the clinical symptoms of «a acute abdomen» which is not entered in frameworks of typical surgical scripts.

