

КОМОРБІДНІСТЬ (ПОЄДНАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ)

Я.І. Ломей, Ю.Я. Ломей

Комунальний заклад Сколівської районної ради

"Сколівська центральна районна лікарня" Львівської області (головний лікар - І.В. Щадей)

Реферат

Защемлені вентральні кили, як й запальний процес червоподібного відростка, входять у групу захворювань гострого живота. На сьогодні у медичній практиці часто трапляється коморбідність - поєднання двох або й більше патологічних станів у одного й того ж хворого, які пов'язані між собою або єдиним етіопатогенетичним ланцюгом або патологічні процеси відбуваються в одній або сусідній ділянці тіла, що вносить додаткові труднощі у діагностику хворого.

Мета. Акцентувати увагу лікарів відповідних спеціальностей на необхідності завжди бути готовим до зміни ситуації під час проведення операції.

Матеріал і методи. Об'єктом клінічного спостереження став неординарний випадок з нашої практичної роботи - 12.09.2012 р. о 12 год. 30 хв. за екстремим показанням у хірургічне відділення КЗ СРР "Сколівської ЦРЛ" був госпіталізований хворий І., 52 років, із діагнозом: защемлена правобічна пахвинна кила. Після підпису пацієнтом поінформованої згоди на операційне втручання, останнє було проведено й під час якого було виявлено у защемленому мішку кили флегмонно змінений червоподібний відросток.

Результати й обговорення. Вмістом пахвинної кили, окрім інших органів черевної порожнини, може бути й червоподібний відросток. Хворий І. під час фізичної роботи на горі 10.09.2012 р. о 17 год. вперше відчув біль у правій пахвинній ділянці (гострий початок розвитку згаданої кили), який його час від часу турбував. У 8 год. 30 хв. 12.09.2012 р. біль посилювався, що свідчило про защемлення апендиксу у пахвинному каналі.

Висновок. Будь-яка кила здебільшого має тенденцію до збільшення своїх розмірів у майбутньому, іноді із розвитком різних ускладнень. Такі хворі є обмежено-працездатними щодо фізичної роботи. Вони підлягають періодичним оглядам, щоб завчасно скерувати їх на операційне лікування. Один із пунктів поінформованої згоди хворого на операційне втручання звучить так: "Під час операції можуть виникнути непередбачені обставини й ускладнення. У цьому випадку перебіг втручання може бути змінений лікарями на їх розсуд". По це завжди слід пам'ятати ескулапам і бути до цього готовими.

Ключові слова: кила, червоподібний відросток, защемлення, герніотомія, апендектомія

Abstract

APPROACH TO SURGERY IN PATIENTS WITH COMORBIDITIES

Ya.I. LOMEY, Yu.Ya. LOMEY

Municipal Establishment Skole district council "Skolivska regional hospital", Lviv region

Aim. To review the impact of comorbid conditions on surgical treatment. For example, a strangulated ventral hernia and acute appendicitis presenting in the same patient with an acute abdomen is discussed to highlight the need for surgeons to be prepared to respond effectively under changing situations during surgery.

Methods. Two cases of comorbid conditions in patients with acute abdomen were reviewed.

Results. A 52-year-old man presented to the emergency department with a right-sided incarcerated inguinal hernia. During surgery, a strangulated hernia sac abscess was found along with an inflamed appendix. The second case was a patient who developed right groin pain while engaged in physical work. Approximately 2 days later, the pain increased, and he was found to have a strangulated appendix in the inguinal canal.

Conclusions. In patients with inguinal pain, the presence of an inflamed appendix should be kept in mind because the contents of the inguinal canal may include the appendix. Informed consent forms for surgery include a section that notes that, during the operation, various contingencies and complications, may occur; in such cases, the procedure may be changed at the discretion of the surgeons, who should always be ready for such cases and remember Aesculapius.

Key words: hernia, appendix, pinched herniotomy, appendectomy

Вступ

Вчення про кили - герніологія у своїй еволюції до наших днів пройшла тривалий і досить складний шлях. Змінювалися погляди і підходи щодо лікування, вдосконалювалися діагностика та техніки операційного втручання.

За вислідами П.А. Маценка, частота виявлення кил різної локалізації є такою: пахвинні - 66,8%, стегнові - 21,7%, пупкові - 6%, епігастральні - 4,5%, усі інші - 1%. Якщо пахвинні кили трапляються в основному у чоловіків (91.6%), то стегнові й пупкові - у жінок (74%).

Основними патогенетичними факторами розвитку вентральних кил є слабкість м'язово-зв'язкового апарату черевної стінки, підвищення внутрішньочеревного тиску, тобто порушення динамічної рівноваги між цими факторами.

Килу не слід вважати безпечним захворюванням, оскільки вона нерідко закінчується ускладненнями: защемленням із розвитком кишкової непрохідності або без неї, невправимістю,

запаленням, копростазом, новоутвореннями, травматизацією, сторонніми тілами та інше. Серед останніх у мішку кили знаходять проковтнуті хворим предмети, аскариди, каміння сечового міхура, жирові уривки чепця та інші. Найчастіше трапляється защемлення кили (до 20%) у практичній роботі, що найбільш небезпечно для життя. Гостре запалення кили нерідко обумовлене апендицитом. За вислідами І.М. Дерев'янка, червоподібний відросток потрапляє у мішок вентральної кили у 2,4% випадків, а його гостре запалення розвивається у 0,6%.

Питання коморбідності залишається актуальним, коли у одного хворого трапляється одночасно два і більше патологічні стани, які пов'язані між собою єдиним етіопатогенетичним ланцюгом або патологічні процеси відбуваються в одній або сусідній ділянці тіла, що вносить додаткові труднощі у діагностику хворого. Ми наводимо неординарний випадок із нашої практичної роботи, коли при операційному втручанні з приводу защемленої правобічної пахвинної кили у її мішку виявили патологічно змінений червоподібний відросток.

Матеріал і методи

Хворий І., 52 р., 12.09.2012 р., о 12 год. 30 хв. хірургом поліклініки був скерований на шпиталізацію у КЗ СРР "Сколівська ЦРЛ" із діагнозом: защемлена правобічна пахвинна кила.

Скарги при надходженні: біль і наявність випуклості у правій пахвинній ділянці, сухість у роті, нудота.

Із анамнезу стало відомо, що напередодні 10.09.2012 р., о 17-й год. відчув пекучий біль у нижній ділянці живота праворуч, на яку не звернув належної уваги. Час від часу біль повторювався, але останні чотири години він наростав. Пацієнт помітив припухлість у правій пахвинній ділянці. Хворіє виразковою хворобою шлунка зі студентських років, іноді приймає протирецидивне лікування у сімейного лікаря. У 1986 р. переніс операцію резекції шлунка з приводу перфораційної виразки. Не палить, алкоголем не зловживає, веде здоровий спосіб життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, інфекційний гепатит заперечує. Алергічним анамнезом не обтяжений.

Загальний стан хворого середньої важкості. Астенічної будови тіла, нормального від-

живлення. Орієнтований, словесному контакту доступний, самокритичний. Шкірні покриви та видимі слизові звичайного забарвлення, чисті. Температура тіла - 37,6°C. АТ 120/80 мм.рт.ст. Пульс 94 уд./хв., ритмічний, задовільний. Тони серця ослаблені, чисті. У легенях - дихання везикулярне з обох боків, хрипів не чути. Язик сушить, обкладений нальотом. На передній стінці живота по середній лінії є післяопераційний рубець. Живіт при пальпації м'який, болючий у правій паховій ділянці, де визначається ущільнений утвір 2x2 см, який не вправляється у черевну порожнину. Перистальтика кишечника задовільна. Ознак подразнення очеревини не виявлено. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького не викликається з обох боків. Сечовипускання збережене, стільця останню добу не було.

Проведено наступне обстеження 12.09.2012 р.

ЗАК: еритроцити-4,2 Т/л, Нв - 130 г/л, лейкоцити - 10,9 г/л, еозинофіли - 3%, нейтрофіли паличкоядерні - 8%, а сегментоядерні - 51%, лімфоцити - 36%, моноцити - 2%, ШОЕ - 14 мм/год. Кров на цукор - 3,3ммоль/л. ЗАС:білок - 0,03 г/л, плоский епітелій - 2-4, лейкоцити - 4-6, еритроцити незмінені - 0-1 у п/зору, оксалати - "++". ЕКГ: ритм синусовий, 96 уд./хв. Знижений вольтаж зубців. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. Порушення процесів реполяризації передньої стінки лівого шлуночка. ФГ ОГК - без особливостей.

Хворому, після одержання поінформованої згоди хворим на операційне втручання, ургентно проведено операцію під загальним знеболенням з приводу защемленої правобічної пахвинної кили - герніотомію та апендектомію, які тривали від 17 год. 30 хв. до 18 год. 20 хв.

Після дворазового приготування операційного поля проведено косий розріз у правій пахвинній ділянці над випуклістю. Від навколишніх тканин виділено мішок кили, який розкрито: у ньому знаходився вторинно змінений флегмонний червоподібний відросток. Проведено апендектомію, пластику пахового каналу за Бассіні, контроль на гемостазом, пошарово накладено шви на рану та асептичну пов'язку.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом, шви знято.

Хворого 21.09.2012 р. виписано у задовільному стані із відповідними рекомендаціями.

Заключний клінічний діагноз:

а) основний - правобічна защемлена пахова кила;
б) ускладнення - вторинно змінений флегмонний червоподібний відросток.

Операційне лікування: герніотомія, апендектомія.

Катанамнез: 5 міс. - практично здоровий.

Особливості перебігу та обговорення даного клінічного випадку

Вмістом пахвинної кири може бути будь-який орган черевної порожнини, окрім печінки та підшлункової залози.

За вислідами деяких клінік, тонкий кишечник у мішку пахвинної кири трапляється у 46,3% хворих, чепець (один або у комбінації із іншими органами) - 41,3%, сліпа кишка - 3,4%, червоподібний відросток - 1%, сечовий міхур - 3,3%, сигмовидна кишка - 3,1%, внутрішні жіночі статеві органи (маткова труба, яєчник, навіть вагітна матка) - 1,6%, іноді сечовід, сечовий міхур, дивертикул Меккеля. Останній, як й апендикс, може знаходитися у різних станах у мішку кири: лежати вільно, зростатися із ним, бути защемленим та мати запальний процес.

Чи знаходився вільно у просвіті правого пахвинного каналу червоподібний відросток деякий час, чи защемився одразу після потрапляння у нього внаслідок рефлексійного спазму м'язів? Дати однозначну відповідь складно. Ступінь ішемічного пошкодження защемленого органу залежить від ступеню стиснення його заземлюючим кільцем кири, терміну защемлення, будови органу. Спостерігають 2-а варіанти роз-

витку змін у защемленому органі: швидкий - при різкому стисненні й більш повільний при слабшому стисненні, що буває частіше, із відповідним порушенням артерійного та венного кровоплину із наступним розвитком ішемічного некрозу органу.

Хворий І. під час фізичної роботи 10.09.2012 р. о 17 год. вперше відчув біль у правій пахвинній ділянці (гострий початок розвитку згаданої кири), який 12.09.2012 р. о 8 год. 30 хв. посилювався, що свідчило про защемлення червоподібного відростка у пахвинному каналі за першим варіантом. До захворювання пацієнт не відчував болю і випинань.

Висновок

Отож, будь-яка кила, зазвичай, має тенденцію до збільшення її розмірів у майбутньому, іноді із розвитком різних ускладнень. Хворі не можуть виконувати важку фізичну працю, їх працездатність знижена. Їм необхідно вести здоровий спосіб життя для загального зміцнення організму. Вони підлягають періодичним оглядам, щоб завчасно їх скерувати на операційне лікування, яке на сьогодні є найбільш радикальним.

Література

1. Great Medical Encyclopedia. V.6. Editor in Chief Acad. B. V. Petrovskiy, 3rd edition. - Moscow: Publishing house "Soviet Encyclopedia", 1977. - Pp. 503-505, 507, 513, 539. Russian: (Большая медицинская энциклопедия. Т.6. Главный редактор акад. Б.В. Петровский, 3-е издание. - Москва: Издательство "Советская энциклопедия", 1977. - С. 503-505, 507, 513, 539.
2. Private surgery. Vol. 1. Allowance for medical schools. During the editorship of member-correspondent of the RAMS, Professor. J.L. Shevchenko. - St. Petersburg. Lan, 1998. - P.286-287. Russian: (Частная хирургия. - Т.1. Пособие для медицинских вузов. За ред. члена - кор. РАМН, проф. Ю.Л. Шевченка. - СПб. Лань, 1998. - С. 286-287).