УДК: 616.345-007.271/.272-036.11-07-053.89-055.1

ТРУДНОЩІ ДІАҐНОСТИКИ ПРИЧИНИ ГОСТРОЇ МЕХАНІЧНОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ У 67-МИ РІЧНОГО ЧОЛОВІКА: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

О.Д. Плахтін[1], Ю.С. Мота[2], В.П. Федоренко[2]

[1] Львівська обласна клінічна лікарня (головний лікар - М.М. Гичка)
[2] Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра хірургії № 2 (зав. каф. - проф. І.І. Кобза)

Реферат

Мета. *Поліпшення діагностики та результатів лікування гострого апендициту та його ускладнень.*

Матеріал і методи. *Проаналізовано випадок діагностики і лікування гострого апендициту, ускладненого апендикулярним абсцесом, гострою механічною обтураційною непрохідністю товстої кишки у хворого віком 67 років. Хворий, віком 67 років, 9.05.2014 о 16.45 звернувся за медичною допомогою в приймальне відділення Львівської обласної клінічної лікарні на третю добу від початку захворювання. Відповідно запису в історії хвороби лікуючим лікарем хворий скаржився на переймоподібні болі в животі, більше виражені в нижніх відділах, здуття, не відходження ґазів. Загальний стан середньої важкості. Живіт здутий, переважно за рахунок лівих відділів, болючий над лоном та по правому флангу. Визначається посилена перистальтика кишок. Діагноз при госпіталізації: новотвір лівої половини товстої кишки, механічна обтураційна непрохідність. Загальний аналіз крові від 9.05.2014 р.: еритроцити - 4,8×10^{12}/л, гемоглобін - 165 г/л, лейкоцити - 11,0×10^{9}/л. 09.05.2014 р.- оглядова рентгенографія органів черевної порожнини - вільного ґазу (серпів) немає, метеоризм окремих петель кишок. 10.05.2014 р. Стан хворого середньої важкості. Язик підсихає, живіт піддутий, болючий в мезогастрії, передня черевна стінка бере участь в акті дихання. Печінкова тупість збережена. Перистальтичні шуми кишок посилені, дзвінкі. Випорожнень не було, після очисної клізми відійшли ґази. Сечовипускання не порушене. 11.05.2014 р. Загальний стан середньої важкості, утримуються помірні болі в животі, які посилюються при зміні положення тіла. Язик підсихає. Живіт рівномірно піддутий, визначається помірний дефанс м'язів передньої черевної стінки по правому і болючість по лівому флангу. Наявна хвилеподібна перистальтика кишок, інколи дзвінка. Після очисної клізми відійшли ґази. Сечовипускання не порушене. 12.05.2014 р. Загальний стан хворого не покращується, турбує нудота, посилились болі по лівому флангу та над лоном, де визначається захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, виражений тимпаніт. Перистальтика кишок змінюється від посиленої дзвінкої до ослабленої, ґази не відходять. Діурез до 1 л/добу. Загальний аналіз крові від 12.05.2014 р.: еритроцити - 5,08×10^{12}/л, гемоглобін - 158 г/л, лейкоцити - 14,2×10^{9}/л. При УЗД від 12.05.2014 р.: печінка на 1,5 см виступає з-під краю правої реберної дуги, ехогенність підвищена, структура - середньо-зерниста, край - помірно заокруглений. Жовчний міхур не блокований, стінка ущільнена, у просвіті - дрібні множинні конкременти. Підшлункова залоза - підвищеної ехогенності, не потовщена. Селезінка - без особливостей. Нирки - у межах вікових змін. 12.05.2014 р. - повторна оглядова рентгенографія органів черевної порожнини - вільного ґазу (серпів) немає, метеоризм петель тонкої і товстої кишок. Погіршення стану хворого, ознаки гострої механічної обтураційної непрохідності на тлі можливого новотвору дистальних відділів товстої кишки визначили показання до хірургічного втручання - лапаротомії, усунення причини непрохідності кишок. 12.05. 2014 р. 12^{45}-13^{45} операція: середня - нижня серединна лапаротомія, роз'єднання апендикулярного інфільтрату - абсцесу, апендектомія, санація та дренування черевної порожнини. Середня - нижня серединна лапаротомія. Тонка кишка помірно дилятована, товста - значно роздута, між петлями кишок - помірна кількість жовтуватого випоту без запаху, поодинокі нашарування фібрину. У просторі Дугласа виявлено рихлий інфільтрат, при роз'єднанні якого видалено 20 мл мутного сірого випоту з колібацилярним запахом. Апендикулярний відросток розмірами 1×6 см, чорно-сірого кольору з перфорацією верхівки, фіксований до стінки прямої кишки. Апендектомія від верхівки, кукса відростка перитонізована кисетним та Z-подібним швами. Черевна порожнина промита розчином бетадину, контроль гемостазу. Дренування порожнини малого тазу. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка. Макропрепарат: апендикулярний відросток розмірами 1×6 см, чорно-сірого кольору з перфорацією верхівки.*

Результати й обговорення. *Ретроспективно, труднощі діагностики причини гострої механічної обтураційної непрохідності товстої кишки у 67-ми річного чоловіка були зумовлені несвоєчасним зверненням за медичною допомогою лише на третю добу від початку захворювання, звичним уявленням, що в старшому віці непрохідність кишок часто спричиняють новотвори, поступовим наростанням непрохідності кишок через дистальну локалізацію інфільтрату-абсцесу в малому тазі. Про можливі труднощі діагностики гострого апендициту так образно висловився І. І. Греков: "Гострий апендицит - захворювання подібне до хамелеона. Його не знаходять там, де очікують, і, навпаки, знаходять там, де про нього навіть і не думають". А тому, якими б не були клінічна картина та абдомінальні прояви, завжди варто пам'ятати про можливість гострого апендициту.*

Висновки. *Таким чином, несвоєчасне звернення за медичною допомогою, повсякденне уявлення, що в старшому віці непрохідність кишок частіше спричиняють новотво-*

ри, поступове наростання непрохідності кишок через дистальну локалізацію інфільтрату-абсцесу в малому тазі створило труднощі діагностики найчастішої нозологічної форми "гострої живота" - гострого апендициту.
Ключові слова: *гострий апендицит, апендикулярний абсцес, гостра механічна обтураційна непрохідність товстої кишки, діагностика, лікування*

Abstract

DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF THE CAUSE OF ACUTE MECHANICAL COLON OBSTRUCTION IN 67-YEAR-OLD PATIENT: A CASE FROM PRACTICE

O.D. PLAHTIN[1], Yu.S. MOTA[2], V.P.FEDORENKO[2]
[1] Regional Clinical Hospital in Lviv
[2] The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim. *The improvement of the diagnostics and treatment results of acute appendicitis and its complications.*
Materials and Methods. *A case of diagnostics and treatment of acute appendicitis complicated by an appendicular abscess and acute mechanical obstruction of the colon in 67 year-old patient was analyzed. A 67-year-old patient sought medical care on 9.05.2014 at 16.45 at the emergency department of Lviv Regional Clinical Hospital on the third day of onset. According to the case-record, the patient complained of cramping abdominal pain, more expressed in the lower divisions, bloating,and lack of gas. Upon examination, the general condition of the patient is moderate. The abdomen is swollen, mainly in the left divisions, painful over the pubis and on the right side. The increased peristalsis of the intestines is determined. The diagnosis at admission: the tumor of the left half of the colon, mechanical bowel obstruction. Complete blood count from 09.05.2014: erythrocytes - 4,8 ×10^{12}/ l, hemoglobin - 165 g / L, white blood cells - 11,0×10^{9}/ l. 09.05.2014 - plain radiography of the abdominal cavity - no free gas (sickles), bloating of some intestinal loops. The patient's condition is moderate. The tongue is dry, the abdomen is bloated, painful in the mesogaster; the anterior abdominal wall is involved in breathing. Hepatic dullness is saved. Increased and sonant peristalsis of the intestines. No stool, after cleansing enema gases were moved out. Urination is not impaired. 11.05.2014. The general condition of the patient is moderate, mild abdominal pain is kept and increased by changing of the body position. The tongue is dry. The abdomen is evenly bloated, the defense of the anterior abdominal wall is determined on the right side and painfulness on the left. The wavy peristalsis of the intestines, sometimes sonant. After cleansing enema gases were released. Urination is not impaired. 12.05.2014. The general condition of the patient is not improving, nausea has appeared,and an increased pain on the left side and above the pubis, where the protective muscle tension of the anterior abdominal wall is determined; an expressed tympanitis. Peristalsis of the intestines varies from enhanced sonant to depressed, lack of gas. Diuresis to 1 L/day. Complete blood count from 12.05.2014: erythrocytes - 5,08×10^{12}/ l, hemoglobin - 158 g / L, white blood cells - 14,2×10^{9}/ l. Ultrasound results from 12.05.2014: the liver is protruding +1.5 cm out of the edge of the right costal arch, with increased echogenicity, structure is medium-grained, edge is moderately rounded. Gall bladder is not blocked, the wall is sealed, there are multiple small concretions in the lumen. Pancreas has increased echogenicity, not thickened. Spleen is normal. Kidneys - within the age-related changes. 12.05.2014 - repeated plain radiography of the abdominal cavity - no free gas (sickles), loops of the small and large intestines are bloated. The deterioration of the patient's condition, signs of acute mechanical bowel obstruction against the background of a possible tumor of distal colon had defined indications for surgical intervention - laparotomy, elimination the cause of bowel obstruction. 12.05.2014 12^{45}-13^{45} operation: lower midline laparotomy, separation of appendicular infiltrate-abscesses, appendectomy, sanation and drainage of the abdominal cavity. Lower midline laparotomy. Small intestine is moderately expanded; large intestine is significantly inflated; there are a moderate amount of yellowish odourless exudate and solitary layers of fibrin between the intestinal loops. In the space of Douglas loose infiltration was found. 20 ml of cloudy gray effusion with specific smell were removed. Appendix was black and gray, with size 1×6 cm and a perforated top. It was fixed to the wall of the rectum. Appendectomy from the top. The stump of the appendix was peritonized by pouch and Z-shaped sutures. Abdominal cavity was washed by Betadine solution. Hemostasis. Drainage of the pelvis. Layered seams on the wound. Aseptic bandage. Macropreparation: black and gray appendix, with size 1×6 cm and perforated top.*
Results and Discussion. *Retrospectively, diagnostic difficulties of the cause of acute mechanical colon obstruction in a 67- year-old man were caused by late seeking care (on the third day of onset); the prevailing perception that at an older age obstruction of the intestines is often caused by tumor;, gradual increase of the bowel obstruction through the distal localization of the infiltration abscess in the pelvis. I.I. Grekov figuratively described the possible difficulties of diagnostics of acute appendicitis: "Acute appendicitis is a disease like chameleon. It is not found where it's expected, and, conversely, it is found where it hasn't been even thought of." So, whatever the clinical and abdominal manifestations, we should always be aware of the possibility of acute appendicitis.*
Conclusion. *Thus, delayed seeking of medical help, the common idea that at older age tumors often cause obstruction of the intestines, gradual increase of the bowel obstruction through the distal localization of infiltration abscess in the pelvis has created diagnostic difficulties in the most frequent nosology of the "acute abdomen" - acute appendicitis.*
Key words: *acute appendicitis, appendicular abscess, acute mechanical obstruction of the colon, diagnosis, treatment*

Вступ

Гостра непрохідність кишок - це ускладнення різ-

них захворювань, повне або часткове порушення проходження вмісту по травному тракту, патогномонічною клінічною ознакою якої є невідходження ґазів. Навіть підозра на непрохідність кишок вимагає невідкладного скерування хворого в урґентне хірургічне відділення для уточнення діаґнозу та визначення оптимального лікування [2].

Матеріал і методи

Проаналізовано випадок діаґностики і лікування гострого апендициту, ускладненого апендикулярним абсцесом, гострою механічною обтураційною непрохідністю товстої кишки у хворого віком 67 років.

Опис клінічного спостереження

Хворий, віком 67 років, 9.05.2014 о $16.^{45}$ звернувся за медичною допомогою в приймальне відділення ЛОКЛ на третю добу від початку захворювання. Відповідно запису в історії хвороби лікуючим лікарем хворий скаржився на переймоподібні болі в животі, більше виражені в нижніх відділах, здуття, невідходження ґазів. Загальний стан середньої важкості. Живіт здутий, переважно за рахунок лівих відділів, болючий над лоном та по правому флангу. Визначається посилена перистальтика кишок. Діаґноз при госпіталізації : новотвір лівої половини товстої кишки, механічна обтураційна непрохідність.

Загальний аналіз крові від 9.05.2014 р.: еритроцити - $4{,}8\times10^{12}$/л, гемоґлобін - 165 ґ/л, лейкоцити - $11{,}0\times10^{9}$/л.

09.05.2014 р.- оглядова рентґеноґрафія орґанів черевної порожнини - вільного ґазу (серпів) немає, метеоризм окремих петель кишок.

10.05.2014 р. Стан хворого середньої важкості. Язик підсихає, живіт піддутий, болючий в мезоґастрії, передня черевна стінка бере участь в акті дихання. Печінкова тупість збережена. Перистальтичні шуми кишок посилені, дзвінкі. Випорожнень не було, після очисної клізми відійшли ґази. Сечовипускання не порушене.

11.05.2014 р. Загальний стан середньої важкості, утримуються помірні болі в животі, які посилюються при зміні положення тіла. Язик підсихає. Живіт рівномірно піддутий, визначається помірний дефанс м'язів передньої черевної стінки по правому і болючість по лівому флангу. Наявна хвилеподібна перистальтика кишок, інколи дзвінка. Після очисної клізми відійшли ґази. Сечовипускання не порушене.

12.05.2014 р. Загальний стан хворого не покращується, турбує нудота, посилились болі по лівому флангу та над лоном, де визначається захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, виражений тимпаніт. Перистальтика кишок змінюється від посиленої дзвінкої до ослабленої, ґази не відходять. Діурез до 1 л/добу.

Загальний аналіз крові від 12.05.2014 р.: еритроцити - $5{,}08\times10^{12}$/л, гемоґлобін - 158 ґ/л, лейкоцити - $14{,}2\times10^{9}$/л.

При УЗД від 12.05.2014 р.: печінка на 1,5 см виступає з-під краю правої реберної дуги, ехоґенність підвищена, структура - середньо-зерниста, край - помірно заокруглений. Жовчний міхур не блокований, стінка ущільнена, у просвіті - дрібні множинні конкременти. Підшлункова залоза - підвищеної ехоґенності, не потовщена. Селезінка - без особливостей. Нирки - у межах вікових змін.

12.05.2014 р. - повторна оглядова рентґеноґрафія орґанів черевної порожнини - вільного ґазу (серпів) немає, метеоризм петель тонкої і товстої кишок.

Погіршення стану хворого, ознаки гострої механічної обтураційної непрохідності на тлі можливого новотвору дистальних відділів товстої кишки визначили показання до хірургічного втручання - лапаротомії, усунення причини непрохідності кишок.

12.05. 2014 р. 12^{45}-13^{45} операція: середня - нижня серединна лапаротомія, роз'єднання апендикулярного інфільтрату - абсцесу, апендектомія, санація та дренування черевної порожнини.

Середня - нижня серединна лапаротомія. Тонка кишка помірно дилятована, товста - значно роздута, між петлями кишок - помірна кількість жовтуватого випоту без запаху, поодинокі нашарування фібрину. У просторі Дугласа виявлено рихлий інфільтрат, при роз'єднанні якого видалено 20 мл мутного сірого випоту з колібацилярним запахом. Апендикулярний відросток розмірами 1×6 см, чорно-сірого кольору з перфорацією верхівки, фіксований до стінки прямої кишки. Апендектомія від верхівки, кукса відростка перитонізована кисетним та Z-подібним швами. Черевна порожнина промита розчином бетадину, контроль гемостазу. Дренування порожнини

малого тазу. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

Макропрепарат: апендикулярний відросток розмірами 1×6 см, чорно-сірого кольору з перфорацією верхівки.

Результати й обговорення

Ретроспективно, труднощі діагностики причини гострої механічної обтураційної непрохідності товстої кишки у 67-ми річного чоловіка були зумовлені несвоєчасним зверненням за медичною допомогою лише на третю добу від початку захворювання, звичним уявленням, що в старшому віці непрохідність кишок часто спричиняють новотвори, поступовим наростанням непрохідності кишок через дистальну локалізацію інфільтрату-абсцесу в малому тазі. Про можливі труднощі діагностики гострого апендициту так образно висловився І. І. Греков: "Гострий апендицит - захворювання подібне до хамелеона. Його не знаходять там, де очікують, і, навпаки, знаходять там, де про нього навіть і не думають". А тому, якими б не були клінічна картина та абдомінальні прояви, завжди варто пам'ятати про можливість гострого апендициту [1-6].

Висновки

Таким чином, несвоєчасне звернення за медичною допомогою, повсякденне уявлення, що в старшому віці непрохідність кишок частіше спричиняють новотвори, поступове наростання непрохідності кишок через дистальну локалізацію інфільтрату-абсцесу в малому тазі створило труднощі діагностики найчастішої нозологічної форми "гострого живота" - гострого апендициту.

Література

1. Belyavska B.M. Acute appendicitis: key questions of diagnostics and treatment. Abstract. PhD. Lviv, 2004; 19. Ukrainian: (Белявська Б.М. Гострий апендицит: вузлові питання діагностики та лікування хворих. Автореф. дис. к. мед. н. Львів, 2004; 19).
2. Standards of organization and professionally oriented protocols of providing emergency care for patients with surgical pathology of the stomach and chest: departmental instructions. K.; 2008; 307. Ukrainian : (Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим із хірургічною патологією органів живота та грудної клітки: Відомча інструкція. К.; 2008; 307).
3. Shain M. Common sense in emergency abdominal surgery. Trans., With English. Ed. B.D.Savchuka, M. GEOTAR - MED, 2003; 272. Russian : (Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Пер., с англ. Под ред. Б.Д.Савчука, М. : ГЭОТАР - МЕД, 2003; 272).
4. Andy Petroianu. Diagnosis of acute appendicitis. International Journal of Surgery. 2012; V.10; Is.3:115-119.
5. Aneel Bhangu, Dmitri Nepogodiev, Caroline Taylor et all. Accuracy of clinical coding from 1210 appendectomies in a British district general hospital. International Journal of Surgery 2012; V.10, Is.3:144-147.
6. D.R. McGowan, M.H. Howlader, R. Patel et all. Management and outcome of appendicitis among octogenarians in an English hospital over a five year period. International Journal of Surgery 2011; V.9, Is.8: 669-671.