УДК: 617.55-036.11-07-035.7

НЕДОЛІКИ ДІАҐНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОСТРОГО ЖИВОТА. ПЕРЕМОЖЦІВ НЕ СУДЯТЬ?

Я.М. Зборівський[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 захворювань гострого живота.*

Матеріал і методи. *Проаналізовано результати обстеження, діагностики і хірургічного лікування захворювань гострого живота у хворого віком 54 роки.*

Результати й обговорення. *У 54-річного хворого під час першої операції із типового косого перемінного доступу в правій клубовій ділянці при підозрі на "гострий апендицит?", виявлено, що купол сліпої кишки - різко роздутий, місцями ціанотичний, декілька розривів серози. Червоподібний відросток - без змін. Висхідна ободова кишка - із ділянками дилатації та щільними утворами. Після верхньо-середньо-нижньої серединної лапаротомії виявлено дилатацію сліпої кишки до 10 см із розривами серозної оболонки, перстневидний утвір печінкового кута ободової кишки. Виконано правобічну геміколектомію, ілеотрансверзоанастомоз "бік у бік". Чому діагноз "гострий апендицит?" не підтвердився інтраопераційно? Чи було достатньо підстав стверджувати про наявність гострого апендициту? 08.10.2015 р. Аналіз клінічного випадку (проф. Федоренко В.П., академічна група студентів). З'ясовано, що 07.10.2015 р. о 3^{00} хворий прокинувся від нестерпного переймистого болю у животі, який утримувався до операції. Подібні, менш виражені болі були за місяць перед госпіталізацією, тривали протягом години, повністю пройшли після застосування спазмолітичного засобу і 4-разових рідких випорожнень. Аналізуючи записи лікуючого лікаря в історії хвороби, звертаємо увагу на неповноцінно зібраний анамнез, помилки у визначенні характеру болю, більш характерного для клінічної картини непрохідності кишок, відсутність патогномонічних симптомів гострого апендициту, обґрунтування показань до операції та діагнозу перед операцією. Спрацював стереотип мислення, а саме: "гострий апендицит - найчастіше захворювання гострого живота", що не підтвердився при косому перемінному операційному доступі. Для встановлення причини механічної непрохідності кишок та визначення обсягу хірургічного втручання виникла необхідність у здійсненні серединної лапаротомії. Очевидно, при невстановленій причині механічної непрохідності кишок доцільно було би одразу виконати серединну лапаротомію.*

Висновок. *У цьому випадку ретельно зібраний анамнез, деталізація болю в животі, дотримання стандартів при написанні історії хвороби, відпрацьованих багатьма поколіннями клініцистів, дозволили б одразу обрати оптимальний операційний доступ - серединну лапаротомію. Можливо, вже настав час відмовитись від догми: "почнемо з косого доступу в правій клубовій ділянці, якщо не гострий апендицит, перейдемо на серединну лапаротомію". Краще дотримуватись постулату: "мудрі хірурги вчаться на своїх помилках, наймудріші вчаться на чужих помилках, деякі не вчаться ніколи і нічого".*

Ключові слова: *гострий апендицит, рак товстої кишки, гостра непрохідність кишок, діагностика, лікування*

Abstract

DIAGNOSTIC DISADVANTAGES OF THE DISEASES OF ACUTE ABDOMEN. ARE WINNERS NOT JUDGED?

Ya.M. ZBORIVSKIY[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. *To improve the diagnostics and treatment of the diseases of acute abdomen.*

Materials and Methods. *The results of examination, diagnostics and surgical treatment of the acute abdomen in a 54-year-old patient were analyzed.*

Results and Discussion. *During the first operation in a 54-year-old patient with a suspected diagnosis of acute appendicitis, a typical oblique alternating approach in the right iliac area was performed. There was found that "the dome of the cecum was sharply inflated, cyanotic in some places and with ruptured serous membrane. Appendix was not changed. The ascending colon had areas of dilatations and tight formations. A cecum, dilatated to 10 cm with ruptured serous membrane, and an annular formation of the hepatic angle of the colon were revealed after laparotomy. Right hemicolectomy with ileo-transverse anastomosis "side to side" was performed. Why had the diagnosis of acute appendicitis not been confirmed intraoperatively? Was there enough evidence to suggest acute appendicitis? Oct 8, 2015: Analysis of clinical case by Prof. V.P Fedorenko and a group of medical students. The anamnesis: at 3 a.m. on Oct 7, 2015 the patient woke up from unbearable cramping abdominal pain, persisting until the operation. Similar, less severe pain was observed a month before hospitalization, lasted an hour, subsided completely after using antispasmodic agent and fourfold liquid stool. Analyzing the writing of the case-record by the doctor we notice the incomplete history; errors in determining the nature of the pain, which is more typical for bowel obstruction; no pathognomonic symptoms of acute appendicitis were found; no justified indications for surgery were present; and no diagnosis was formulated before the surgical intervention. The stereotype of thinking: "acute*

appendicitis is the most common cause of acute abdomen" was triggered, but it was not confirmed during the alternating oblique surgical approach. To determine the cause of bowel obstruction and to define the volume of surgical intervention it was necessary to perform median laparotomy. Obviously, during the unspecified cause of mechanical bowel obstruction it would be appropriate to perform median laparotomy right away.

Conclusions. *In this case, carefully collected history, details of abdominal pain, adherence to standards in writing a case-record, used by generations of clinicians, would help to choose an optimal surgical approach - the immediate median laparotomy. Perhaps, it is time to abandon the doctrine: "start with oblique approach in the right iliac region; if there is no acute appendicitis found, perform the median laparotomy." It is better to follow the postulate: "wise surgeons learn from their mistakes: the wisest learn from the mistakes of others some do not ever learn anything".*

Key words: *acute appendicitis, colon cancer, acute bowel obstruction, diagnostics, treatment*

Вступ

Термін "гострий живіт" містить у собі гострі хірургічні захворювання орґанів черевної порожнини, заочеревинного простору та їх ускладнення (перитоніт, непрохідність кишок, кровотечі та інші), своєчасна і правильна діаґностика яких визначає результати лікування [1-3]. За умови обмеженого часу визначальним у діаґностиці захворювань гострого живота залишається панорамне мислення лікуючого лікаря, яке не можуть замінити консультації вузьких спеціалістів, результати інструментальних методів досліджень [2]. Суттєвими недоліками ведення історій хвороб в ургентній абдомінальній хірургії є неповноцінно зібраний анамнез, відсутність деталізації болю у животі, невідповідність діаґнозу описаній клінічній картині, неправильна оцінка результатів допоміжних методів досліджень, тощо [3].

Метою дослідження було поліпшення діаґностики та результатів лікування захворювань гострого живота.

Матеріал і методи

Проаналізовано результати обстеження, діаґностики і хірургічного лікування захворювань гострого живота у хворого віком 54 роки.

Опис клінічного спостереження

Хворий, віком 54 роки, 07.10.2015 р. о 11^{02} госпіталізований у перше хірургічне відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Відповідно до запису в історії хвороби лікуючим лікарем 07.10.2015р. о 2^{00} у хворого виникли болі у навколопупковій ділянці, які протягом ночі посилювалися та перемістилися у праву клубову ділянку.

Загальний стан середньої важкості. Надмірної маси тіла. Шкірні покриви та видимі слизові блідо-рожеві. Температура тіла - 36,7°С. Пульс - 96 уд/хв., АТ - 130/80 мм.рт.ст. Язик сухий, вкритий білими нашаруваннями. Живіт симетричної форми, передня черевна стінка бере участь в акті дихання, визначається помірний дефанс м'язів та симптоми подразнення очеревини у правій клубовій ділянці, перистальтика кишок задовільна, сечовипускання не порушене. Встановлений діаґноз: гострий апендицит?

Загальний аналіз крові від 7.10.2015 р.: еритроцити - $3,4\times10^{12}$/л, гемоґлобін - 110 ґ/л, лейкоцити - $17,8\times10^{9}$/л. Біохімічний аналіз крові від 7.10.2015 р.: загальний білірубін - 10,4 мкмоль/л, ґлюкоза - 8,0 ммоль/л, білок - 76,0 ґ/л, K^+ - 4,7 ммоль/л, Na^+ - 140,0 ммоль/л, креатинін - 0,084 ммоль/л, амілаза -26,3 ґ/(год/л). Коагулоґрама: ПЧ - 18", ПІ - 88%, загальний фібриноґен - 3,1 ґ/л.

ЕКҐ від 07.10.2015 р.: синусовий ритм, ЧСС 94 уд/хв., нормальне положення електричної осі серця.

При УЗД від 07.10.2015 р.: печінка на 1,0 см виступає з-під краю правої реберної дуги. Жовчний міхур нормальних розмірів, конкременти не визначаються. Підшлункова залоза - не потовщена, контур чіткий, ехоґенність підвищена. Селезінка - без особливостей. Нирки - не блоковані, паренхіма збережена, ЧМС - не розширена. Пасаж сечі - не порушений. Купол сліпої кишки - подразнений. У правій клубовій ділянці - локальна болючість.

07.10.2015 р. 12^{30}-15^{30}. Операція - лапаротомія, правобічна геміколектомія, ілеотрансверзоанастомоз "бік у бік".

Під загальним знеболенням здійснений косий перемінний операційний доступ у правій клубовій ділянці. У черевній порожнині невелика кількість серозно-гемораґічного випоту. Купол сліпої кишки - різко роздутий, місцями ціанотичний, декілька розривів серози. Червоподібний відросток - без змін. Висхідна ободова кишка - з ділянками дилатації та щільними утворами.

Верхня-середня-нижня серединна лапаротомія. При ревізії виявлено дилатацію сліпої кишки до 10 см із розривами серозної оболонки, перстневидний утвір печінкового кута ободової

кишки. Поетапна мобілізація термінального відділу тонкої, сліпої, висхідної та правої половини поперечноободової кишки. Правобічна геміколектомія. Контроль гемостазу. Ілеотрансверзоанастомоз "бік у бік" однорядним швом. Санація, дренування черевної порожнини. Пошарова лапароґрафія. Асептична пов'язка.

Результати патоморфологічного дослідження: високодиференційована аденокарцинома із проростанням через усі шари стінки кишки, некрози, виразкування, гостре запалення.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Загальний аналіз крові від 12.10.2015 р.: еритроцити - $4{,}69\times10^{12}$/л, гемоглобін - 134 г/л, гематокрит - 0,409, лейк. - $10{,}4\times10^{9}$/л, е. - 1%, п. - 11, с. - 51, лімф. - 26, м. - 11%; ШЗЕ - 46 мм/год. Хворий отримував інфузійну коригуючу терапію, антибактерійні, спазмолітичні препарати, антикоагулянти. Шви зняті на 7 добу, рана гоїлась первинним натягом.

Результати й обговорення

У 54-річного хворого під час першої операції із типового косого перемінного доступу в правій клубовій ділянці при підозрі на "гострий апендицит?", виявлено, що "купол сліпої кишки - різко роздутий, місцями ціанотичний, декілька розривів серози. Червоподібний відросток - без змін. Висхідна ободова кишка - з ділянками дилатації та щільними утворами".

Після верхньо-середньо-нижньої серединної лапаротомії виявлено дилатацію сліпої кишки до 10 см з розривами серозної оболонки, перстневидний утвір печінкового кута ободової кишки. Виконана правобічна геміколектомія, ілеотрансверзоанастомоз "бік у бік".

Чому діаґноз "гострий апендицит?" не підтвердився інтраопераційно? Чи було достатньо підстав стверджувати про наявність гострого апендициту?

08.10.2015 р. Аналіз клінічного випадку (проф. Федоренко В.П., академічна група студентів). З'ясовано, що 07.10.2015 р. о 3^{00} хворий прокинувся від нестерпного переймистого болю у животі, які утримувались до операції. Подібні, менш виражені, болі спостерігались за місяць до госпіталізації, тривали протягом години, повністю пройшли після застосування спазмолітичного засобу і 4-разових рідких випорожнень.

Аналізуючи записи лікуючого лікаря в історії хвороби, звертаємо увагу на неповноцінно зібраний анамнез, помилки у визначенні характеру болю, більш характерного для клінічної картини непрохідності кишок, відсутність патогномонічних симптомів гострого апендициту, обґрунтування показань до операції та діаґнозу перед операцією. Спрацював стереотип мислення, а саме: "гострий апендицит - найчастіше захворювання гострого живота", що не підтвердився при косому перемінному операційному доступі. Для встановлення причини механічної непрохідності кишок та визначення обсягу хірургічного втручання виникла необхідність у здійсненні серединної лапаротомії.

Очевидно, при невстановленій причині механічної непрохідності кишок доцільно було би одразу виконати серединну лапаротомію.

Висновок

У цьому випадку ретельно зібраний анамнез, деталізація болю в животі, дотримання стандартів при написанні історії хвороби, відпрацьованих багатьма поколіннями клініцистів, дозволили б одразу обрати оптимальний операційний доступ - серединну лапаротомію. Можливо, вже настав час відмовитись від догми: "почнемо з косого доступу в правій клубовій ділянці, якщо не гострий апендицит, перейдемо на серединну лапаротомію". Краще дотримуватись постулату: "мудрі хірурги вчаться на своїх помилках, наймудріші вчаться на чужих помилках, деякі не вчаться ніколи і нічого".

Література

1. 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).
2. 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).
3. Yarema I.V., Pashinyan G.A., Kazaryan V.M. et al. Defects in writing of case records in emergency abdominal surgery and their importance. Journal of Surgery 2006. 165, 3; 86-88. Russian: (Ярема И.В. Пашинян Г.А., Казарян В.М. и соавт. Дефекты в ведении историй болезни в ургентной абдоминальной хирургии и их значение. Вестник хирургии 2006. 165, 3; 86-88).