

## ЩО СПРИЧИНИЛО ПОСТІЙНИЙ ОПЕРІЗУЮЧИЙ БІЛЬ В МЕЗОГАСТРІЇ ПРОТЯГОМ ДВОХ ДІБ У 30-РІЧНОГО ХВОРОГО?

**І.І. Кобза, Ю.С. Мота, В.П. Федоренко**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра хірургії № 2 (зав. - проф. І.І. Кобза)*

### Реферат

**Мета** - поліпшення діагностики та результатів лікування захворювань гострого живота.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано недоліки обстеження і лікування хворого віком 30 років лікарями хірургічних відділень Львівської обласної клінічної лікарні.

**Результати й обговорення.** Ретроспективно, суттєвими недоліками обстеження і лікування хворого віком 30 років були помилки у визначенні тривалості, локалізації і характеру болю, відсутність вказівки на тривалість основного захворювання, неправильна оцінка результатів УЗД, що завершилися експлоративною лапаротомією. Операція видалення пухлиноподібного утвору, резекція черевної аорти із лінійним протезуванням, резекція нижньої порожнистої вени із пластикою автовенозною латкою, виконана через 5 діб із наступним гістологічним дослідженням препарату, дозволила встановити істинну причину захворювання - семіному правого яєчка. Для уточнення характеру та меж поширення процесу хворому показано визначення вмісту хоріонічного гонадотропіну (ХГ), ембріоспецифічного альфа-глобуліну (фетопротеїну - FP), рентгенографія органів грудної клітки, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини і заочеревинного простору і лікування в умовах ЛДОРЛДЦ (орхофунікулектомія, лімфаденектомія?, хіміотерапія).

**Висновки.** Дотримання стандарту обстеження дозволило б своєчасно встановити правильний діагноз, визначити оптимальне хірургічне лікування, уникнути можливих ускладнень повторних операцій та значних фінансових витрат.

**Ключові слова:** гострий живіт, гострий апендицит, апендикулярний абсцес, семінома, діагностика, лікування

### Abstract

WHAT CAUSED CONSTANT GIRDLE PAIN IN THE MESOGASTRIUM OF A 30-YEAR-OLD PATIENT FOR TWO DAYS?

*I.I. KOBZA, Yu.S. MOTA, V.P. FEDORENKO*

*The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv*

**Aim.** Improvement of the diagnosis and results of treatment of the acute abdomen.

**Methods.** Analysed the examination and treatment of a 30-year-old patient by surgeons of the surgical departments in Lviv Regional Hospital.

**Results.** Significant shortcomings in the examination and treatment of a 30-year-old patient were identified on retrospective examination, including mistakes in determining the duration, location, and nature of the

patient's pain, not taking note of the duration of the underlying disease, and incorrect evaluation of the ultrasound, which resulted in exploratory laparotomy. Operation for removal of a tumor, resection of the abdominal aorta with a linear prosthesis, resection of the inferior vena cava with a plastic autovenous patch within 5 days, followed by histological examination made it possible to establish the true cause of the disease, a right testicular seminoma. The determination of human chorionic gonadotropin (ChG) and alpha-fetoprotein (AFP,  $\alpha$ -fetoprotein) levels, chest radiography, computed tomography of the abdomen and retroperitoneum, and treatment in the Lviv State Regional Cancer Treatment and Diagnostic Center (orchifuniculectomy, lymphadenectomy?, chemotherapy) were needed.

**Conclusion.** Compliance with standard tests should promptly establish the correct diagnosis, help determine the optimal surgical treatment, and avoid possible complications from repeated operations and substantial financial costs.

**Key words:** acute abdomen, acute appendicitis, appendiceal abscess, seminoma, diagnosis, treatment

Термін "гострий живіт" містить у собі гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини і заочеревинного простору, а також за їх межами - защемлення стегових гриж, пухлини яєчка, метаболічні порушення та інші, своєчасна і правильна діагностика яких визначає результати лікування. Отож, визначальним у діагностиці захворювань гострого живота залишається дотримання стандарту обстеження хворого, панорамне мислення лікуючого лікаря, яке не можуть замінити консультації вузьких спеціалістів, результати інструментальних, біохімічних та морфологічних методів досліджень [1-5]. Суттєвими недоліками ведення історій хвороб в ургентній абдомінальній хірургії є не повноцінно зібраний анамнез, відсутність деталізації болю в животі, невідповідність діагнозу описаній клінічній картині, неправильна оцінка результатів допоміжних методів досліджень, тощо [6].

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

Подасмо ретроспективний аналіз результатів обстеження, діагностики і хірургічного лі-

кування хворого віком 30 років лікарями хірургічних відділень Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).

Хворий, віком 30 років, 29.03.2013 о 11<sup>20</sup> скерований хірургом консультативної поліклініки ЛОКЛ із діагнозом "апендикулярний інфільтрат, хвороба Крона?". При госпіталізації встановлено діагноз - "гострий апендицит, апендикулярний абсцес".

Відповідно до запису в історії хвороби лікуючим лікарем хворий скаржився на біль у правій клубовій ділянці, нудоту, здуття живота, підвищену температуру тіла до 38°C. Нетривалий біль у епігастрії згодом перемістився у праву клубову ділянку, утримувався протягом двох тижнів, посилювався в останній день; хворий почав "тягнути" праву ногу. Загальний стан задовільний. Живіт - помірно здутий у гіпогастрії, передня черевна стінка бере участь в акті дихання, визначається болючість, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга у правій клубовій ділянці.

Загальний аналіз крові від 29.03.2013 р.: еритроцити -  $4,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін - 146 г/л, к.п. - 0,9, лейкоцити -  $22,3 \times 10^9/л$ , е - 0%, п - 5% , с - 73%, лімф. - 12%, м - 10%, ШЗЕ - 30 мм/год. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 15,0 мкмоль/л, глюкоза - 6,8 ммоль/л, загальний білок - 82,4 г/л, креатинін - 0,085 ммоль/л, амілаза - 59,0 г/(год/л), АСТ - 26,0 од/л, АЛТ - 15,0 од/л. Коагулограма: ПІ - 74%, загальний фібриноген - 3,3 г/л.

УЗД від 29.03.2013 р.: у правій пахвинній ділянці візуалізується гіпоехогенний утвір розмірами 40×80 мм - параапендикулярний абсцес.

29.03.2013 р. о 13<sup>30</sup> - 15<sup>30</sup> - операція - експлоративна лапаротомія.

Кулісна лапаротомія у правій клубовій ділянці. У черевній порожнині невелика кількість серозного ексудату без запаху. Сліпа кишка, червоподібний відросток - без патологічних змін. Заочеревинно пальпується пухлинний утвір. Подальша ревізія з цього доступу - неможлива.

Верхня серединна лапаротомія. Щільна, горбиста, нерухома пухлина розмірами 10x15 см поширюється від біфуркації аорти, нижньої порожнистої вени до нижньої горизонтальної частини дванадцятипалої кишки та підшлункової залози. Видимих метастазів немає. Для консультації запрошений проф. Кобза І.І.: обсяг адекватної операції включає мобілізацію аорти, нижньої по-

рожнистої вени, а, можливо, і верхньої брижової вени, що краще здійснити в умовах операційної відділення судинної хірургії. При кількаретових спробах пункційної біопсії тонкою голкою матеріалу не отримано. Дренування малого тазу двома трубками. Пошарова лапароррафія. Асептична пов'язка.

03.04.2013 р. о 11<sup>20</sup> - 15<sup>50</sup> Операція: видалення пухлиноподібного утвору, резекція черевної аорти із лінійним протезуванням. Резекція нижньої порожнистої вени із пластикою автовенозною латкою (проф. Кобза І.І.).

Повна серединна лапаротомія. Інфільтрація 0,5% розчином новокаїну в брижу. Мобілізація субренального відділу черевної аорти. Пухлиноподібний утвір розмірами 8×12 см з інвазією в аорту та нижню порожнисту вену. Резекція ураженої пухлиною стінки аорти, прошивання люмбальних артерій. Здійснено лінійне протезування аорти. Відновлено кровоплин через протез та артерії нижніх кінцівок. Із окремого доступу у верхній третині лівого стегна забрано сегмент великої підшкірної вени довжиною 7 см. Резекція ураженої пухлиною стінки порожнистої вени, пластика дефекту автовенозною латкою. Відновлено кровоплин. Гемостаз. Санація заочеревинного простору розчином бетадину. Шви на задній листок парієтальної очеревини. Пошарова лапароррафія. Асептичні пов'язки.

Макропрепарат: пухлина неправильної форми, з найбільшим діаметром 8 см. На розрізі пухлина сірого кольору з жовтими вогнищами некрозу.

Результати гістологічного дослідження №4899/13 від 05.04.2013 р.:

1. Пухлина складається з мономорфних крупних клітин полігональної і круглої форми з чіткими границями. Цитоплазма світла, зерниста, ядра великі. Мітотична активність помірна. Між полями пухлинних клітин спостерігаються прошарки строми різної товщини з лімфоцитними інфільтраціями. Спостерігаються обширні некрози.
2. Фрагменти фіброзно-м'язової тканини з пухлинною інвазією, лімфовузол з фолікулярною гіперплазією і гістіоцитозом синусів, стінка аорти з інвазією пухлини в адвентицію.
3. Фрагменти фіброзно-м'язової тканини з пухлинною інвазією.
4. Лімфовузол з фолікулярною гіперплазією і гіс-

тіоцитозом синусів, фрагменти фіброзно-м'язової тканини з пухлинною інвазією або без ознак пухлинного росту.

Діагноз: морфологічна структура пухлин відповідає семіному (типовий варіант).

05.04.2013 р. Аналіз клінічного випадку (проф. Федоренко В.П., академічна група студентів). З'ясовано, що у ніч з 27.03.2013 р. на 28.03.2013 р. хворий через годину прокинувся від нестерпного оперізуючого болю в мезогастрії, не спав протягом ночі. Вдень 28.03.2013 р. звернувся за допомогою в медичну установу, після введення знеболюючих і спазмолітичних засобів біль зменшився, але повністю не зник. Із анамнезу: останні 6 місяців відмічав збільшення правого яєчка, неприємні відчуття. При огляді: праве яєчко збільшене в 1,5-2 рази у порівнянні з лівим, визначається симптом балотування. На підставі результатів клінічного обстеження, операцій, гістологічного дослідження можна встановити діагноз: семінома правого яєчка, T<sub>2</sub>N<sub>2</sub>Mx [4, 5]. Хворому показано визначення вмісту хоріонічного гонадотропіну (ХГ), ембріоспецифічного альфа-глобуліну (фетопротеїну - FP), рентгенографія органів грудної клітки, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини і заочеревинного простору і лікування в умовах ЛДОРЛДЦ (орхофунікулектомія, лімфаденектомія?, хіміотерапія) [7-11].

Аналізуючи записи в історії хвороби лікуючого лікаря, звертаємо увагу на помилки у визначенні тривалості болю (два тижні, насправді - протягом двох діб), локалізації і характеру болю (нетривалий біль в епігастрії згодом перемістився у праву клубову ділянку, насправді - нестерпний оперізуючий біль в мезогастрії), що спричинили до неправильної оцінки результатів УЗД (гіпоехогенний утвір розмірами 40×80 мм у правій пахвинній ділянці - параапендикулярний абсцес). Суттєвим недоліком збирання анамнезу захворювання - відсутність вказівки на тривалість основного захворювання (збільшення правого яєчка, неприємні відчуття протягом останніх 6 місяців). А тому, хірургічне втручання з приводу апендикулярного абсцесу завершилось лише експлоративною лапаротомією.

Операція видалення пухлиноподібного утвору, резекція черевної аорти із лінійним протезуванням, резекція нижньої порожнистої вени

із пластикою автовенозною латкою, виконана через 5 діб з наступним гістологічним дослідженням препарату, дозволила встановити істинну причину захворювання - семіному правого яєчка. Для уточнення характеру та меж поширення процесу хворому показано визначення вмісту хоріонічного гонадотропіну (ХГ), ембріоспецифічного альфа-глобуліну (фетопротеїну - FP), рентгенографія органів грудної клітки, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини і заочеревинного простору і лікування в умовах ЛДОРЛДЦ (орхофунікулектомія, лімфаденектомія?, хіміотерапія).

### Висновок

Дотримання стандарту обстеження дозволило своєчасно встановити правильний діагноз, визначити оптимальне хірургічне лікування, уникнути можливих ускладнень повторних операцій та значних фінансових витрат.

### Література

- Standards of organization and professional-oriented protocols provide emergency care to patients with surgical pathology of the abdomen and chest: Departmental statement. - К., 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).
- Shain M. Common sense in emergency abdominal surgery. Per. Russ. 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).
- Bulletin of the National Cancer Registry "Cancer in the Ukraine, 2009-2010", Kyiv 2011 12. Ukrainian: (Бюлетень Національного канцер-реєстру "Рак в Україні, 2009-2010", Київ 2011; 12).
- Vorobiev A.V., Nosov A.K. Diagnosis of testicular germ cell tumors, staging, prognostic factors. Practical Oncology 2006; 1 (7): 16 - 23. Russian: (Воробьев А.В., Носов А.К. Диагностика герминогенных опухолей яичка, стадирование, факторы прогноза. Практическая онкология 2006; 1(7): 16 - 23).
- Matsko D.E., Ivancov S.A. Pathological anatomy of germ cell tumors. Practical Oncology 2006; 1 (7): 6-15. Russian: (Мацко Д.Е., Иванцов А.О. Патологическая анатомия герминогенных опухолей. Практическая онкология 2006; 1(7): 6-15).
- Yarema I.V., Pashinyan G.A., Kazarian V.M., Kim P.P. Defects in the conduct of medical records in emergency abdominal surgery and their meaning. Journal of Surgery. - 2006. - № 3. - S. 86 - 88. Russian: (Ярема И.В., Пашинян Г.А., Казарян

- В.М., Ким П.П. Дефекты в ведении историй болезни в ургентной абдоминальной хирургии и их значение. Вестник хирургии. - 2006. - № 3. - С. 86 - 88).
7. Sivak L.A., Lyalkin S.A., Stakhovsky O.E. , et al. Treatment of patients with testicular germ cell tumors: current strategies and evaluation of therapy. *Clinical Oncology* 2012; 5 (1): 104 - 108. Ukrainian: (Сивак Л.А., Лялькін С.А., Стаховський О.Е. та співавт. Лікування хворих на герміногенні пухлини яєчка: сучасні стратегії та оцінка результатів терапії. *Клінічна онкологія* 2012; 5(1): 104 - 108).
  8. Bulanov A.A., Tryakin A.A., Tyulyandin S.A. Treatment of germ cell tumors on early (I, IIА, В) stages. *Practical Oncology* 2006; 1 (7): 24-29. Russian: (Буланов А.А., Трякин А.А., Тюляндин С.А. Лечение герминогенных опухолей ранних (I, IIА, В) стадий. *Практическая онкология* 2006; 1(7): 24-29).
  9. Tryakin A.A., Bulanov A.A., Tyulyandin S.A. Induction chemotherapy of metastatic germ cell tumors. *Practical Oncology* 2006; 1 (7): 30 - 38. Russian: (Трякин А.А., Буланов А.А., Тюляндин С.А. Индукционная химиотерапия метастатических герминогенных опухолей. *Практическая онкология* 2006; 1(7): 30 - 38).
  10. Figurin K.M. Afterchemotherapeutical retroperitoneal lymphadenectomy. *Practical Oncology* 2006;1(7): 39 - 43. Russian: (Фигурин К.М. Постхимиотерапевтические забрюшинные лимфаденэктомии. *Практическая онкология* 2006; 1(7): 39 - 43).
  11. Procenko S.A. Treatment of recurrent germ cell tumors. *Practical Oncology* 2006; 1 (7): 44 - 51. Russian: (Проценко С.А. Лечение рецидивов герминогенных опухолей. *Практическая онкология* 2006; 1(7): 44 - 51).