

УДК 617.55-036.11-07

© В.П. ФЕДОРЕНКО, О.В. ЗАГОРОДНІЙ¹, Я.М. ЗБОРИВСЬКИЙ¹, С. ГЖЕГОЦЬКА, О.А. ЗУБЕНКО¹, Б.С. КЕЛЕМАН¹, О.І. МИЦИК², Ю.М. МІХЕЛЬ¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівська обласна клінічна лікарня¹, Львівське обласне бюро судово-медичної експертизи²

Недоліки в діагностиці причини гострого живота

V.P. FEDORENKO, O.V. ZAGORODNIY¹, Ya.M. ZBORIVSKYI¹, S. GRZEGOCKA, O.A. ZUBENKO¹, B.S. KELEMAN¹, O.I. MYCYK², Yu.M. MIKHEL¹Lviv National Medical University by Danylo Halytsky, Lviv Regional Clinical Hospital¹, Lviv Regional Bureau of Forensic Medical Expertise²

DEFECTS IN THE DIAGNOSIS OF THE CAUSE OF ACUTE ABDOMEN

Проаналізовані недоліки в діагностиці причини гострого живота у хворого віком 61 рік. Неправильна оцінка результатів УЗД – зосередження уваги лише на виявленні жовчного каменя в жовчному міхурі без спроби пояснити іншу знахідку – “незвичний образ – роздутий газами порожнистий орган?”, що вимагало виконання фіброколоноскопії, невідповідність діагнозу перебігу і клінічній картині захворювання спричинило виконання неадекватної операції – лапароскопічної холецистектомії. Вже через 12 днів хворий ургентно госпіталізований із приводу гострої непрохідності кишок, викликаній раком поперечноободової кишки. Виконана операція – резекція лівої половини поперечної кишки, селезінкового кута, проксимальної половини низхідної товстої кишки, лівої половини великого сальника, формування колоостоми. Через 5 місяців виконана операція – ліквідація колоостоми, формування термінального коло-колоанастомозу. Очевидно, що дотримання стандарту обстеження дозволило б своєчасно встановити правильний діагноз, визначити оптимальне хірургічне лікування, уникнути можливих ускладнень повторних операцій та значних фінансових витрат.

Analyzed defects in the diagnosis of the cause of acute abdomen in a 61 year old patient. Incorrect valuation of the USG results – concentrating attention only on the appearance of bile stones in the gall bladder without an attempt to explain other findings – “unusual appearance – dilated hollow organ with gas?”, which required execution of fibrocolonoscopy. Incongruity of the diagnostic course and clinical picture of the disease evoked the execution of inadequate surgery – laproscopic cholecystectomy. In 12 days the patient was urgently hospitalized under the pretext of acute obstruction of intestines, caused by cancer of the transverse colon. Operation performed – resection of the left half of transverse colon, corner of the spleen, proximal half of descending colon, left half of omentum major, formation of colostomy. After 5 months, surgery performed – liquidation of colostomy, formation of terminal-lateral colo-coloanastomosis. Obviously, abidance of inspectional standards would have allowed timely establishment of correct diagnosis, assignment of optimal surgical treatment, as well as the escape of the possible complications of repeated surgeries and significant financial loss.

Термін “гострий живіт” містить у собі гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини і заочеревинного простору, своєчасна і правильна діагностика яких визначає результати лікування. Суттєвими недоліками ведення історій хвороб у плановій та ургентній абдомінальній хірургії є неповноцінно зібраний анамнез, відсутність деталізації болю у животі, невідповідність діагнозу описаній клінічній картині, неправильна оцінка результатів допоміжних методів досліджень тощо [1, 2, 3].

Подаємо ретроспективний аналіз результатів обстеження, діагностики і повторного хірургічного лікування хворого віком 61 рік лікарями хірургічних відділень Львівської обласної клінічної лікарні (ЛЮКЛ).

Хворий віком 61 рік 16.04.08 госпіталізований у III хірургічне відділення ЛЮКЛ із діагнозом жовчнокам'яної хвороби, хронічного калькульозного холецистити.

Відповідно до запису в історії хвороби лікуючим лікарем “на момент огляду хворий скарг не пред'являв”. В історії захворювання відмічено дискомфорт в епігастрії, періодичне здуття живота, відсутність нападів гострого болю або жовтяниці. УЗД від 11.04.08: “Жовчний міхур побільшений, напружений, в шийці блокований великим каменем розмірами до 28 мм; стінка міхура без запальних змін, загальна жовчна протока не розширена. Звертає увагу роздутий газами порожнистий орган в епі-

гастрії – поперечноободова кишка чи шлунок? – незвичний образ”.

В історії життя відмічено цукровий діабет типу 2, лікується діабетом.

Загальний стан хворого задовільний, свідомість ясна. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Температура тіла – 36,6 °С, пульс – 120 за 1 хв, АТ – 120/70 мм рт. ст. Аускультативно: в легенях визначається везикулярне дихання, тони серця чисті. Язик вологий, чистий; живіт м’який, не болючий, нижній край печінки на рівні правої реберної дуги, жовчний міхур не пальпується.

Загальний аналіз крові від 17.04.08: гемоглобін – 113 г/л, лейкоц. – $5,7 \times 10^9$ /л, е. – 2 %, п. – 3, с. – 70, лімф. – 16, м. – 9 %, ШОЕ – 24 мм/год. Загальний аналіз сечі від 18.04.08: відносна густина – 1027, білок – не виявлено, епітелій – 3-4 в полі зору, лейкоцити – 3-4 в полі зору. Біохімічний аналіз крові від 17.04.08: білірубін – 6,7 мкмоль/л, холестерин – 2,62 ммоль/л, глюкоза – 14,0 ммоль/л, амілаза – 20 мг/мл/год, АСТ – 0,54 мкмоль·год/мл, АЛТ – 0,65 мкмоль·год/мл, лужна фосфатаза – 237 од./л, креатинін – 0,108 ммоль/л. Коагулограма від 17.04.08: ПЧ – 24,7г, ПІ – 53 %, загальний фібриноген – 2,4 г/л, етаноловий тест – слабопозитивний. Група крові: В (III) Rh “+” позитивний.

ЕКГ від 17.04.08: синусова тахікардія з ЧСС 125 уд/хв, невизначене положення електричної осі серця, блокада правої ніжки пучка Гіса.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки та шлунково-кишкового тракту від 11.04.08: “Легеневі поля без вогнищевих та інфільтративних тіней. Корені ущільнені, тяжисті. Синуси вільні, часткова релаксація правого купола діафрагми. Аорта ущільнена, серце – аортальної конфігурації. Акт ковтання не порушений, стравохід вільнопрохідний, функція кардії збережена, у шлунку – незначна кількість рідини”.

Встановлено діагноз: “Жовчнокам’яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит”.

18.04.08 мала місце операція: лапароскопічна холецистектомія. Пневмоперитонеум. У типових місцях передньої черевної стінки введені 4 троакари. В черевній порожнині патологічного випоту немає. Печінка звичайних розмірів та забарвлення. Жовчний міхур напружений, без зростів та запальних змін. Холецистектомія від шийки з поетапним кліпуванням протоки та артерії жовчного міхура. Гемостаз ложа міхура. Санація черевної порожнини. Дренування ложа міхура та правого підребер’я. Усунення пневмоперитонеуму. Пошарові шви на рани передньої черевної стінки.

19.04.08 загальний стан хворого був задовільний. Скарги на незначний дискомфорт. Температура тіла

– 37,1 °С, пульс – 70 уд/хв, АТ – 130/80 мм рт. ст. Аускультативно: в легенях визначається везикулярне дихання, тони серця чисті. Живіт м’який, перистальтика ослаблена. Перев’язка: з черевної порожнини видалені дренажі.

Післяопераційний період без ускладнень, пацієнт отримував знеболювальні, антибактерійні засоби. Рани гоїлися первинним натягом. Виписаний у задовільному стані 21.04.08. Рекомендовано спостереження хірурга за місцем проживання.

03.05.08 хворий ургентно госпіталізований у І хірургічне відділення ЛОКЛ із скаргами на здуття, переймистий біль у животі, затримку випорожнень протягом 2 діб, невідходження газів, загальну слабкість. Вважає себе хворим протягом 2 тижнів. Амбулаторне лікування, застосування клізм не полегшило стану. 18.04.08 переніс лапароскопічну холецистектомію.

Загальний стан пацієнта незначно порушений. Свідомість збережена. Нормостенік, задовільного відживлення. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс – 70 уд/хв, АТ – 140/80 мм рт. ст. Аускультативно: в легенях визначається жорстке дихання, тони серця чисті.

Живіт піддутий, асиметричний, контуруються перероздуті петлі тонких кишок, перистальтика кишок посилена, високотональна, часом з “кишковими переливами”. Печінкова тупість збережена. Симптом Щоткіна–Блумберга негативний. Rectum: ампула прямої кишки порожня.

Діагноз: “Гостра непрохідність кишок”.

Загальний аналіз крові від 03.05.08: еритроцити – $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 150 г/л, лейкоц. – $5,4 \times 10^9$ /л. Біохімічний аналіз крові від 03.05.08: загальний білок – 75 г/л, білірубін – 8,8 мкмоль/л, глюкоза – 12,5 ммоль/л, амілаза – 32 мг/мл/год. Коагулограма від 03.05.08: ПЧ – 22", ПІ – 77 %, загальний фібриноген – 3,1 г/л, гематокрит – 0,52. Група крові: В (III) Rh “+” позитивний.

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини від 03.05.08: “Шлунок порожній. Петлі тонких кишок та права половина товстої кишки роздуті у вигляді арок із декількома чашами Клойбера”.

03.05.08 мала місце операція: резекція лівої половини поперечної кишки, селезінкового кута, проксимальної половини низхідної товстої кишки та лівої половини великого сальника, формування одноканальної колостоми.

Серединна лапаротомія. Петлі тонких кишок перероздуті до 7 см, а права половина товстої кишки – до 12 см. Перед селезінковим згином товстої кишки виявлена рухома пухлина до 10 см у діаметрі, яка інтимно прилягає до великої кривини

шлунка. Мобілізовано ліву половину поперечної, селезінковий кут, проксимальну половину низхідної товстої кишки та ліву половину великого сальника. Перев'язана середня товстокишкова артерія. Декомпресія та резекція мобілізованої товстої кишки і сальника. Дистальна кукса низхідної товстої кишки закрита двома рядами швів. Декомпресія тонкої кишки (до 5 л вмісту). Формування одноканальної колостоми в правому мезогастрії. Контроль гемостазу. Порожнина малого таза та лівий фланг живота дреновані гумовими трубками через контрапертури. Пошарова лапарорафія.

Результати гістологічного дослідження № 20272-5, 20276-83 від 15.05.08: "Помірно диференційована аденокарцинома з ділянками солідної карциноми, що проростає всі шари стінки кишки. По краю резекованої кишки пухлинних елементів не виявлено".

Перебіг післяопераційного періоду – без ускладнень. Хворий отримував: мератин по 100 мл внутрішньовенно двічі на добу, заноцин по 100 мл внутрішньовенно двічі на добу, 5 % розчин глюкози та 0,9 % розчин натрію хлориду, знеболювальні засоби.

У день виписування загальний стан хворого задовільний, температура тіла – 36,6 °С, пульс – 70 уд./хв, АТ – 130/80 мм рт. ст., випорожнення через колостому регулярні. Операційні рани загоїлися первинним натягом.

02.10.08 пацієнт повторно госпіталізований у І хірургічне відділення ЛОКЛ із приводу функціонує колостоми в правій мезогастральній ділянці.

03.10.08 хворому виконана операція: резекція лівої половини поперечної, селезінкового кута і лівої половини низхідної товстої кишки та лівої половини великого сальника, формування одноканальної колостоми з приводу аденокарциноми поперечноободової кишки, гострої обтураційної непрохідності товстої кишки. Протягом 5 місяців клінічних ознак метастазування аденокарциноми поперечноободової кишки не спостерігали.

Загальний стан хворого задовільний. Свідомість збережена. Нормостенік, задовільного відживлення. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс – 76 уд./хв, АТ – 150/90 мм рт. ст. Частота дихання – 19 за 1 хв. Аускультативно: в легенях визначається жорстке дихання, тони серця чисті.

Живіт симетричний, передня черевна стінка бере участь в акті дихання, не болючий. Наявний рубець після середньої лапаротомії. Перистальтика кишок звичайна. Випорожнення через колостому. Сечовипускання не порушене.

Загальний аналіз крові від 03.10.08: еритроцити – $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 128 г/л, КР – 0,9, ретикулоцити – 5 %, лейкоцити – $4,3 \times 10^9$ /л, е. – 4 %, п. – 1, с. – 61, лімф. – 28, м. – 6 %, ШОЕ – 8 мм/год. Загальний аналіз сечі від 03.10.08 в межах норми. Біохімічний аналіз крові від 03.10.08: загальний білок – 69,3 г/л, білірубін – 6,9 мкмоль/л, глюкоза – 15,0 ммоль/л, креатинін – 0,068 ммоль/л, К⁺ – 4,4 ммоль/л, Na⁺ – 144 ммоль/л, амілаза – 24 мг/мл/год, АСТ – 0,27 мкмоль·год/мл, АЛТ – 0,55 мкмоль·год/мл. Коагулограма від 03.10.08: ПЧ – 16,6", ПІ – 79 %, загальний фібриноген – 3,1 г/л, етаноловий тест – слабопозитивний. Група крові: В (III) Rh "++" позитивний. Глікемічна крива від 03.10.08: глікемія натще – 5,9 ммоль/л, через 1,5 год – 7,1 ммоль/л, через 2,5 год – 6,1 ммоль/л.

УЗД від 03.10.08: "Нижній край печінки сягає краю правої реберної дуги. Структура її підвищеної ехогенності, неоднорідна, з гіперехогенними включеннями (від 2 до 4 мм). Жовчного міхура немає. Огляд підшлункової залози утруднений. Вільної рідини в черевній порожнині немає".

ЕхоКГ від 03.10.08: "ІХС. Дифузний кардіосклероз. Артеріальна гіпертензія І ст. Фракція викиду 65 %".

Іригоскопія і графія від 03.10.08: "Суспензія сульфату барію виповнила пряму, сигмоподібну і дистальну частини товстої кишки. Сигмоподібна кишка спазмована, дефектів наповнення немає".

09.10.08 мала місце операція: ліквідація колостоми, формування термінолатерального коло-колоанастомозу.

Середина лапаротомія з висіченням старого післяопераційного рубця. У черевній порожнині виражений спайковий процес. Після розсічення множинних зростів та виділення петель тонких кишок із порожнини малого таза знайдена дистальна кукса низхідної кишки. Колостома висічена. Мобілізована висхідна частина, печінковий згин товстої кишки. Сформований термінолатеральний анастомоз між правою половиною поперечної та низхідною дистальною частиною товстої кишки одним рядом вузлових швів. Через окремі контрапертури дреновані піддіафрагмальні простори та фланги. Пошарова лапарорафія. Рана після ліквідованої колостоми зашита пошарово над гумовим випускником.

Результати гістологічного дослідження № 44880-5 від 15.10.08: "У стінці препарату колостоми хронічне, незначне, вогнищеве запалення та фіброз підслизового шару".

Перебіг післяопераційного періоду – без ускладнень. Пацієнт отримував: мератин по 100 мл внутрішньовенно двічі на добу, кімацеф по 0,75 внутрішньовенно тричі на добу, 5 % розчин глюкози та 0,9 % розчин натрію хлориду, знеболювальні засоби.

ПОВІДОМЛЕННЯ

На день виписування загальний стан хворого задовільний, температура тіла – 36,8 °С, пульс – 78 уд./хв, АТ – 130/70 мм рт. ст., язик вологий, чистий. Передня черевна стінка бере участь в акті дихання, живіт м'який, чутливий в ділянці операційної рани. Перистальтика кишок звичайна. Випороження та сечовипускання не порушені. Операційні рани загоїлися первинним натягом.

Висновки. Неправильна оцінка результатів УЗД – зосередження уваги лише на виявленні жовчного каменя в жовчному міхурі без спроби пояснити іншу знахідку – “незвичний образ – роздутий газами порожнистий орган?”, що вимагало виконання фіброколоноскопії, невідповідність діагнозу перебігу і клінічній картині захворювання спричи-

нило виконання неадекватної операції – лапароскопічної холецистектомії. Вже через 12 діб хворий ургентно госпіталізований із приводу гострої непрохідності кишок, спричиненої раком поперечноободової кишки. Виконана операція – резекція лівої половини поперечної кишки, селезінкового кута, проксимальної половини низхідної товстої кишки, лівої половини великого сальника, формування колостоми. Через 5 місяців виконана операція – ліквідація колостоми, формування термінолатерального коло-колоанастомозу.

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим із хірургічною патологією органів живота та грудної клітки: Відомча інструкція. – К., 2008. – 307 с.
2. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хи-

рургии / Пер. с англ. и ред. Б.Д. Савчука. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 272 с.

3. Ярема И.В., Пашиян Г.А., Казарян В.М., Ким П.П. Дефекты в ведении историй болезни в ургентной абдоминальной хирургии и их значение // Вестник хирургии. – 2006. – Т. 165, № 3. – С. 86-88.

Отримано 08.04.10