

УДК 616.342–002.4

СУБТОТАЛЬНИЙ НЕКРОЗ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ НЕЗ'ЯСОВАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

М. Г. Гончар, О. В. Питтюк, М. М. Багрий, М. Д. Ризюк

Івано—Франківський національний медичний університет

CRYPTOGENIC SUBTOTAL DUODENAL NECROSIS

М. G. Gonchar, O. V. Pyptyuk, M. M. Bagriy, M. D. Ryzuk

Хвора Г., 32 років, поступила в клініку 10.10.11 р. зі скаргами на постійне багаторазове блювання протягом 2 діб, спочатку вмістом шлунка, у подальшому — водою, яку хвора постійно пила. Протягом 2 років хвору 4 рази лікували у терапевтичних і хірургічних стаціонарах міста з приводу гострого панкреатиту, гепатиту, припущення про наявність пухлини головного мозку, з ознаками тетраплегії, порушенням мови і ковтання. Раніше хвора оперована в онкодиспансері з приводу пухлини сліпої кишки. Під час операції виявлена кіста на задній поверхні сліпої кишки, вмістом якої була рідка темна кров з домішками серозної

рідини. Однією з стінок кісти була слизова оболонка сліпої кишки, серозна і м'язова оболонка відсутня. Здійснена правобічна геміколектомія.

Стан хворої задовільний, нормальної тілобудови, видимі слизові оболонки і шкіра звичайного забарвлення. Живіт м'який, активно бере участь у диханні. Перистальтика звичайна в усіх відділах черевної порожнини. Незначна болючість у надчеревній ділянці. За даними оглядової рентгеноскопії черевної порожнини чаші Клойбера відсутні. За даними гастрофіброскопії шлунок збільшений, містить велику кількість рідини. Початковий відділ дванадцятипалої кишки

(ДПК) без патологічних змін. Ультразвукове дослідження (УЗД): підшлункова залоза не збільшена, бугриста, в ділянці головки візуалізується тонкостінна кіста об'ємом до 50 мл. Аналіз крові: лейкоцити $18,6 \times 10^9$ в 1 л, зсув лейкоцитарної формули вліво (паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів 0,16), сечовина 21,8 ммоль/л, креатинін 394,6 мкмоль/л; в сечі вміст білка 0,33 г/л. Призначена детоксикаційна, коригувальна терапія. Наступної доби хворій проведено рентгеноконтрастне дослідження (проба Шварца). Через 24 год контрастна речовина перебуває у початковому відділі ДПК, пасаж відсутній. За даними УЗД кіста головки підшлункової залози збільшилась до 130 мл. Встановлений діагноз: висока непрохідність кишечника, хвору вирішено оперувати. Проте, у хворої виникла анурія (об'єм сечі за добу 50 мл), прогресували ознаки інтоксикації (сечовина 31,61 ммоль/л, креатинін 758 мкмоль/л). Хвора переведена до реанімаційного відділення. Після відповідної корекції екскреторна функція нирок відновилась (за ніч виділилось до 1100 мл сечі), тяжкість інтоксикації зменшилась (сечовина 25,1 ммоль/л, креатинін 290 мкмоль/л). Здійснена операція. Лапаротомія. Кишечник випинає в рану через наявність заочеревинного утворення еластичної консистенції, яке поширюється від головки підшлункової залози до входу в порожнину малого таза. Під час спроби відпрепарувати утворення воно відкрилося, в рану виділилось до 500 мл чорної рідкої крові. В центрі гематоми містилось ще одне утворення — м'якоеластичний мішок розмірами 8×4 см, стінка товщиною до 2 мм, чорно-бурякового забарвлення.

Шийка цього утворення поширювалася до зв'язки Трейтца і під корінь брижі поперечної ободової кишки. Утворення вкрите дрібними згустками крові і немає серозної та м'язової оболонки. Під час препарування цього мішка в ділянці зв'язки Трейтца відсічено тонку кишку, дистальний кінець легко прослідковується, проксимальний — відсутній. З метою ідентифікації проксимального відділу тонкої кишки через ніс заведений кишковий зонд, який, пройшовши че-

рез шлунок і ДПК, потрапив у відпрепарований мішок, яким виявився великий дивертикул кінцевого відділу ДПК.

Розкрито шлунково-ободову зв'язку, мішок відпрепарований разом з ДПК до її верхньої частини. Саме ця частина кишки була життєздатною. Решта ДПК позбавлена серозної та м'язової оболонки, ціанотично-бурякового забарвлення, тобто, нежиттєздатна. Некротизована ділянка ДПК разом з дивертикулом видалена. Кукса ДПК закрита атипово. Зашитий раніше відсічений початковий відділ тонкої кишки біля зв'язки Трейтца, накладений дуоденоеюноанастомоз бік у бік з міжкишковим Браунівським співустьям.

Через два анастомози в тонку кишку проведений шлунковий зонд. Черевна порожнина санована і дренована. Післяопераційний діагноз: субтотальний некроз ДПК невідомої етіології, заочеревинна гематома. Через 7 год після операції хвора померла в реанімаційному відділенні.

За даними патологоанатомічного дослідження анастомози спроможні. В черевній порожнині вмісту немає. У видаленій частині ДПК відзначені наступні зміни.

1. Фібриноїдний некроз сполучнотканинних волокон підслизового прошарку.

2. У кількох зрізах у власній пластинці слизової оболонки і підслизовому прошарку виражена дифузна лейкоцитарна інфільтрація, переважно нейтрофільними гранулоцитами.

3. Виражене повнокров'я судин оболонок кишки з масивними крововиливами та некротичними змінами (каріопікноз, каріолізис, плазмоліз) елементів оболонок без реактивної запальної інфільтрації.

Метою публікації було ознайомлення широкого кола хірургів з унікальною патологією, вибір оптимального методу оперативного лікування хворої. Під час проведення патологоанатомічної конференції етіологію субтотального некрозу ДПК не встановлено.

