

## РІДКІСНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ НЕКРОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

*Р.В.Сенютович, В.Д.Бабін, Е.В.Олійник, М.В.Настас*

*Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В.Сенютович)  
Буковинської державної медичної академії*

Хвора М. (історія хвороби № 2895), 1940 року народження, поступила в хірургічне відділення № 1 Чернівецького обласного онкологічного диспансеру 16.07.2002 року з діагнозом – рак шлунка. Хворіє впродовж 6 місяців. З 1971 року хворіє на туберкульоз легень. У 1988 році оперована з приводу раку ободової кишки, виконана лівобічна геміколектомія, яка ускладнилася кишковими свищами, септичним станом. Хворій накладено трансверзостому.

Стан хворої при поступленні задовільний. Дефіцит маси тіла 8 кг. Органи грудної порожнини в межах норми. АТ 130/70 мм. рт. ст. У мезогастрії справа трансверзостома. Живіт м'який, болючий в епігастрії при глибокій пальпації. Рентгенологічно та ендоскопічно підтверджено рак пілоричної частини шлунка. Результат біопсії – аденокарцинома.

24.07.2002 року виконана субтотальна резекція шлунка за способом Більрот-ІІ. Верхньосередина лапаротомія. Виявлена пухлина вихідного відділу шлунка, яка перекриває його просвіт, до 4 см у діаметрі, проростає всі шари стінки. Збільшені лімфовузли І порядку. Печінка без метастатичних уражень. Жовчний міхур, селезінка в численних спайках. Поперечна ободова кишка без особливостей. Проведено мобілізацію шлунка. Великий сальник відсутній. Дванадцятипалу кишку пересікли між двома затискачами, її кукса зашита обвивним (кетгутовим) і двома кисетними швами. Вирізано 3/4 шлунка і накладено анастомоз на корот-

кій петлі за способом Більрот ІІ в модифікації Гофмейстера-Фінстерера (рисунок). Анастомоз зафіксовано вузловими швами у "вікні" брижі поперечної ободової кишки. У лівому підребер'ї через контрапертуру виведений гумовий дренаж.

Стан хворої в післяопераційному періоді тяжкий. У перші 4 дні після операції спостерігалися виражені паретичні явища, біль в епігастрії, підвищення температури тіла до 39°C, напруження м'язів живота в лівому підребер'ї, виділення по дренажу мутної рідини. Ці явища розцінені як прояви місцевого перитоніту внаслідок інтраопераційного інфікування очеревини. Призначено цефалоспори 2-го ряду. На 7 добу проведено заміну дренажів та ревізію черевної порожнини через контрапертуру в лівій половині живота. При видаленні рукавичного дренажу в контрапертурі з'явилася некротизована петля товстої кишки, яка затискачем видалена з черевної порожнини. Довжина її понад 20 см. У черевну порожнину повторно введено дренажну трубку і рукавичний дренаж. Упродовж 2 тижнів через контрапертуру черевної стінки видаляли залишки некротизованої кишки, детрит, гній, після чого настало одужання. Хвора оглянута через 4 місяці після операції. Скарги відсутні. При іригоскопії контрастується дистальна частина товстої кишки до рівня сигмоподібної кишки.

У літературі відсутні повідомлення про некроз виключеної дистальної частини поперечної ободової кишки після резекції шлун-

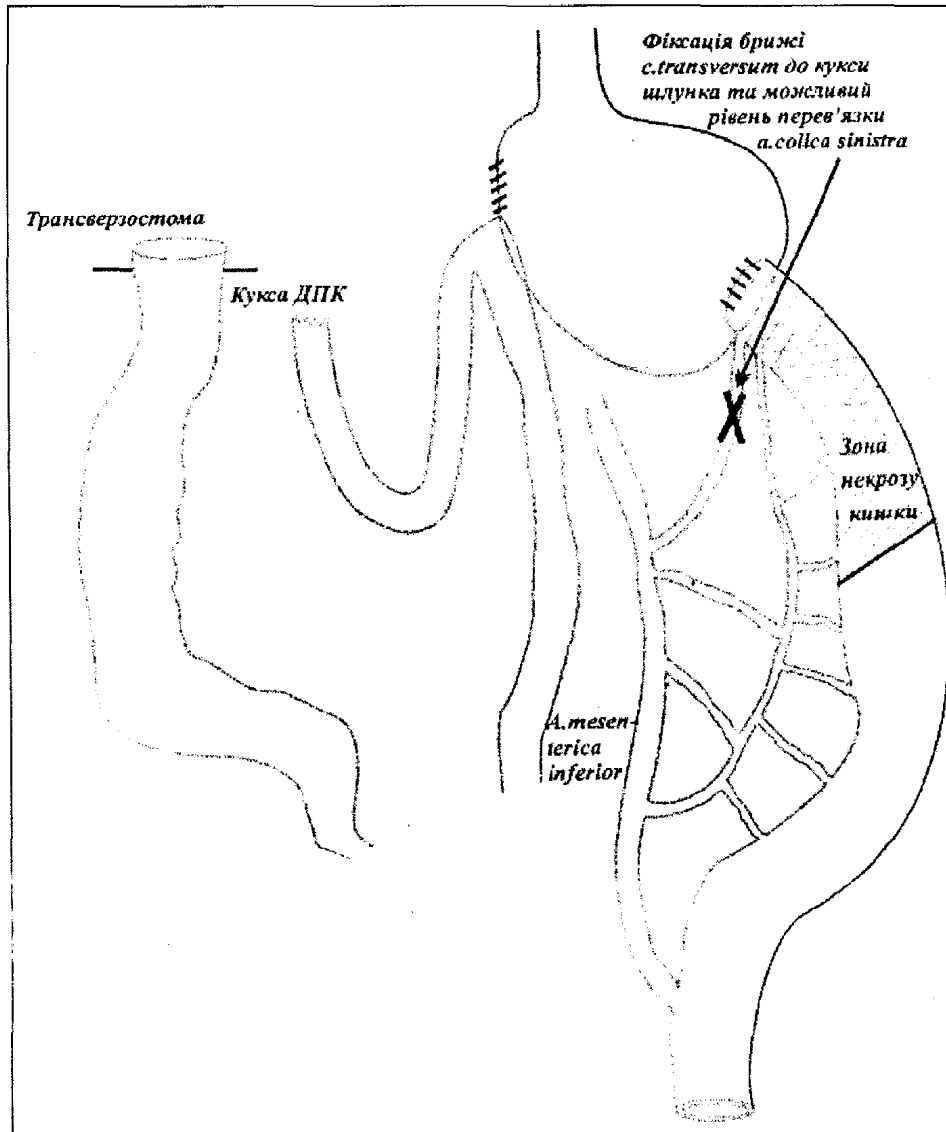


Рис. Схема операції у хворі М.

ка, який би вилікувався консервативно.

Причиною некрозу кишки міг стати післяопераційний тромбоз судин дистальної

куки поперечної ободової кишки. Вважаємо, що хірургам варто пам'ятати про можливість такого ускладнення.

Надійшла в редакцію 30.01.2003 р.