

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.342-007.64-002.44-007.251-07

Н.И. Глушков, Г.М. Горбунов, В.Д. Шубинский, Г.А. Тросиненко

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н.И. Глушков) Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, некротический дивертикулит, псоит, сепсис.

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки встречаются в 1–3% случаев у больных гастроэнтерологического профиля. Одним из осложнений является острый дивертикулит, который может приводить к развитию язвы с перфорацией в забрюшинную клетчатку или в свободную брюшную полость [1, 3, 5, 9–11]. Впервые сообщение о перфорации дивертикула двенадцатиперстной кишки было опубликовано в 1913 г. [4].

При перфорации в свободную брюшную полость клиническая картина сходна с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. В случаях перфорации дивертикула в забрюшинную клетчатку диагноз ставится преимущественно во время операции. При этом в свободной брюшной полости отмечается незначительное количество серозного выпота, а брюшина в области двенадцатиперстной кишки, как правило, пропитана желчью.

Описаны наблюдения развития флегмоны забрюшинной клетчатки с летальностью до 50% [2, 4, 6–8]. Эти осложнения встречаются чрезвычайно редко. По данным мировой литературы, описаны 20 случаев перфорации дивертикулов двенадцатиперстной кишки, в том числе с образованием забрюшинной флегмоны.

Имеются сообщения о абсцессах поджелудочной железы, явившихся следствием перфорации дивертикулов двенадцатиперстной кишки. Описаны единичные наблюдения перфорации дивертикула двенадцатиперстной кишки в аорту со смертельным исходом, в общий желчный проток [4, 10]. Иногда воспалительный процесс в дивертикуле может привести к его некрозу. Подобное осложнение в 1971 г. описали И.М.Жуков-

ский, Ф.М.Кумейша [5]. Поскольку такое осложнение представляет чрезвычайную редкость, мы сочли целесообразным представить наше наблюдение из клинической практики.

Пациент Л., 82 лет, был доставлен в Госпиталь для ветеранов войн 09.01.2004 г. санитарным транспортом из дома через 4 сут от начала заболевания с жалобами на головные боли, головокружение, тошноту и периодическую рвоту с примесью желчи.

Анамнез собран преимущественно со слов родственников, поскольку контакт с больным был затруднен.

Из анамнеза было известно, что в 1999 г. наблюдалось желудочное кровотечение на почве синдрома Маллори–Вейсса, имеется рецидивная косая паховая грыжа слева в течение 3–4 лет, гипертоническая болезнь, аденома предстательной железы.

Состояние при поступлении средней тяжести, пониженного питания. Кожные покровы бледные, язык влажный, не обложен. Живот правильной формы, участвует в дыхании. Пальпируются расширенная до 4,0 см пульсирующая аорта и умеренно раздутая сигмовидная кишка. В правой паховой области обнаружена рецидивная паховая грыжа — вправимое грыжевое выпячивание 6,0×5,0 см, в левой паховой области ниже связки плотное, смещаемое, безболезненное образование размером 3,0×3,0 см. Температура тела 36,8 °С.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется пневматоз левой половины ободочной кишки. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до $12,9 \times 10^9/\text{л}$.

Клинический диагноз при поступлении: опухоль желудка?

Больному назначено парентеральное питание, обследование желудочно-кишечного тракта и наблюдение дежурного медперсонала. Состояние пациента оставалось средней тяжести, гемодинамические показатели были стабильными, была однократная рвота желчью в день поступления.

Утром 12.01.2004 г. состояние резко ухудшилось. Накануне вечером после очистительных клизм (подготовка к ректороманоскопии) появились боли в животе. Осмотрен дежурным врачом — больной без сознания, кожные покровы синюшные, пульс нитевидный, АД 60/30 мм рт. ст. Живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий при пальпации. В 11 ч на фоне сердечно-сосудистой недостаточности наступила смерть больного.

Клинический диагноз: рак толстой кишки; ИБС, острый инфаркт миокарда от 12.01.2004 г. Рецидивная паховая грыжа справа, невправимая бедренная грыжа слева. Раковая интоксикация.

Причина смерти — острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне раковой интоксикации.

Во время секционного исследования в брюшной полости выпота не выявлено, петли кишечника умеренно раздуты, серозная оболочка блестящая. В нисходящей части двенадцатиперстной кишки на 7,0 см ниже привратника латеральнее большого дуоденального сосочка выявлено округлое отверстие диаметром 1,0 см, ведущее в просвет дивертикула «двурогой» формы. Один «рог» направлялся книзу, косо и латерально в сторону забрюшинной клетчатки; другой — вверх, параллельно общему желчному протоку, до уровня шейки желчного пузыря. Длина «рогов» — 6,5 и 7,0 см, диаметр соответственно 2,0 и 3,0 см. Слизистая оболочка дивертикула истончена, некротизирована, желто-серого цвета. При введении пальца стенка дивертикула рвется при незначительном усилии. В просвете дивертикула скудное гнойное содержимое. Забрюшинная клетчатка справа темно-серого цвета с очагами кровоизлияний и геморрагическим пропитыванием. Клетчатка малого таза имеет аналогичный вид. Большая поясничная мышца в поверхностных слоях также темно-серого цвета.

При гистологическом исследовании дивертикула выявлены некроз всех слоев стенки; парафатеральная клетчатка с очагами кровоизлияний, тромбозом сосудов; большая поясничная мышца с участками некроза в поверхностных отделах, очагами инфильтрации; аорта с множественными атеросклеротическими бляшками, занимающими 50% интимы, аневризма брюшного отдела аорты. В легких — очаги гнойно-абсцедирующей инфильтрации. В миокарде выявлены дистрофические изменения, атеросклеротический кардиосклероз, очаги гнойной инфильтрации и абсцедирования.

Патологоанатомический диагноз: гигантский дивертикул нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. Осложнения: некротический дивертикулит с некротическим правосторонним паранефритом, псоитом. Сепсис-септикопиемия: абсцедирующая пневмония, диффузно-очаговый абсцедирующий миокардит с формированием гранулем, дистрофия паренхиматозных органов.

Посмертно из ткани легкого высеяны фекальный стафилококк и гемолизирующая кишечная палочка. Давность процесса — не менее недели.

На основании жалоб больного (слабость, тошноту, рвоту, которую периодически вызывал сам, резкое истощение) и данных осмотра, лечащий врач вполне обоснованно заподозрил рак желудка и назначил адекватное лечение и обследование.

Ввиду кратковременного пребывания больного в стационаре (3 сут), стертости клинической картины, устано-

вить характер осложнения дивертикула двенадцатиперстной кишки не представлялось возможным.

Уникальность приведенного наблюдения заключается в том, что у больного, страдающего ИБС, распространенным атеросклерозом, развился тотальный некроз гигантского «двурогого» дивертикула с правосторонним некротическим псоитом, правосторонней пневмонией, диффузным очаговым абсцедирующим миокардитом, сепсисом, без признаков перфорации полого органа. Наиболее вероятной причиной развития данного осложнения явились сосудистые нарушения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Барамия И.Н., Супрун Ю.А., Лавчук А.Н., Диброва Ю.А. Некроз дивертикула двенадцатиперстной кишки с перфорацией в свободную брюшную полость // Клин. хир.—1986.—№ 2.—С. 56–57.
2. Воронина Е.Н. Прободение дивертикула тонкого кишечника // Хирургия.—1954.—№ 6.—С. 76–77.
3. Гуров В.И., Даненков А.С. Осложненные дивертикулы двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. «Дивертикулы двенадцатиперстной кишки». Конф., посвящ. 50-летию кафедры хирургии ЛенГИДУВа.—Л., 1983.—С. 31–32.
4. Жуковский И.М., Кумейша В.Д. Некротический дивертикулит двенадцатиперстной кишки // Здравоохр. Белоруссии.—1971.—№ 9.—С. 73–74.
5. Земляной А.Г. Дивертикулы.—Л.: Медицина, 1970.—237 с.
6. Мамыкин С.Н., Хохоля В.П. Осложнения дивертикулов двенадцатиперстной кишки и их лечение // Тез. докл. «Дивертикулы двенадцатиперстной кишки». Конф., посвящ. 50-летию кафедры хирургии ЛенГИДУВа.—Л., 1983.—С. 34–35.
7. Чернышева Э.А., Перепелкин Б.М. Множественные дивертикулы тонкой кишки // Клин. мед.—1941.—№ 5.—С. 49–56.
8. Brian T. E., Stair. L. Noncolon diverticular disease // Surg. Gyn. Obstet.—1985.—Vol. 161, № 4.—P. 189–190.
9. Dippon R. Perforation eines duodenal divertikels // Relv. Chir. Acta.—1974.—Vol. 41, № 1/2.—P. 121–122.
10. Monnsarat K. W. Acute perforatise of a duodenal diverticulas // Br. j. surg.—1925.—Vol. 14, № 2.—P. 174–180.
11. Pugash R. Y. Brien S.H. Perforating duodenal diverticulitis // Gastrointest Radiolog.—1990.—Vol. 15, № 2.—P. 156–158.

Поступила в редакцию 09.03.2006 г.