

Первичный перекрут пряди большого сальника

С.М. Джанобилова, У.А. Курбанов, Б.С. Сайфуллоев, Ш.И. Холов

В настоящем сообщении предлагаем клинический случай перекрута пряди большого сальника у молодого мужчины, 25 лет, проявляющийся симптомами острого аппендицита.

Перекрут пряди большого сальника является довольно редким заболеванием и может стать причиной острого живота. Клиника заболевания часто маскируется симптомами острого аппендицита, острого холецистита, перфорации язвы желудка и т.д. Как правило, истинный диагноз выставляется только интраоперационно.

Ключевые слова: острый живот, первичный заворот, большой сальник, перекрут сальника

Первичный перекрут или заворот пряди большого сальника считается казуистически редким заболеванием и составляет 0,06%-0,14% среди всех острых хирургических вмешательств на органах брюшной полости [1]. Впервые о данной патологии было упомянуто ещё в 1851 г., но подробно клиника и хирургическое лечение перекрута большого сальника были описаны Оберстом в 1882г. [2,3]. С тех пор, в медицинской литературе периодически печатаются сообщения о клинических случаях с неожиданной для оперирующих хирургов интраоперационной находкой - первичный перекрут пряди большого сальника, и на сегодняшний день насчитывается всего около 300 таких наблюдений [4].

Из-за редкости возникновения и отсутствия единого симптомокомплекса при развитии перекрута большого сальника только в двух случаях за всю историю описания данной патологии дооперационный диагноз был правильно установлен, а в остальных случаях жалобы больных соответствовали состоянию острого живота, а клиническая картина маскировалась под острый аппендицит, острый холецистит, перфорацию язвы желудка, аппендикулярный абсцесс, панкреатит, перекрут и кисты яичника, дивертикулы. По данным Голубятниковой Ю.С. и соавт. (2005), преимущественное большинство пациентов с перекрутом сальника (74%) доставлялись в хирургический стационар с "типичной клиникой острого аппендицита" [5].

Жмудиков Ф.М. (1992) в своей статье подчёркивает следующие симптомы, по которым следует предполагать возможность перекрута большого сальника:

- постепенное нарастание внезапно появившихся постоянных болей в правой половине живота;
- несоответствие болевого синдрома удовлетвори-

- тельному состоянию больных;
- отсутствие у большинства пациентов диспепсии, признаков интоксикации;
- болезненность при пальпации в проекции завернувшегося сальника;
- длительное отсутствие у значительной части больных защитного напряжения мышц передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины;
- возможность обнаружения в правой половине живота опухолевидного образования;
- нормальная и субфебрильная температура тела;
- нормальный уровень лейкоцитов в крови и реже умеренный лейкоцитоз [6].

Однако даже при наличии указанных симптомов хирурги или забывали о существовании этого заболевания или не имели чёткого представления о перекруте большого сальника. Следовательно, почти во всех случаях истинный диагноз устанавливался во время операции, в том числе и при диагностической лапароскопии [7,8].

Следует отметить, что первичный перекрут большого сальника также именуют идиопатическим, ввиду неясности этиологии. Весьма интересным является "перистальтическая теория", согласно которой механизм возникновения перекрута большого сальника объясняется разнонаправленностью перистальтики желудка и толстой кишки: желудок сокращается слева направо, сверху вниз, а восходящая и поперечная кишка – справа налево и снизу вверх, что приводит к механическому передвижению прядей сальника. Помимо этого значительные физические нагрузки, обильный приём пищи, внезапное повышение внутрибрюшного давления или резкое сокращение мышц передней брюшной стенки могут являться

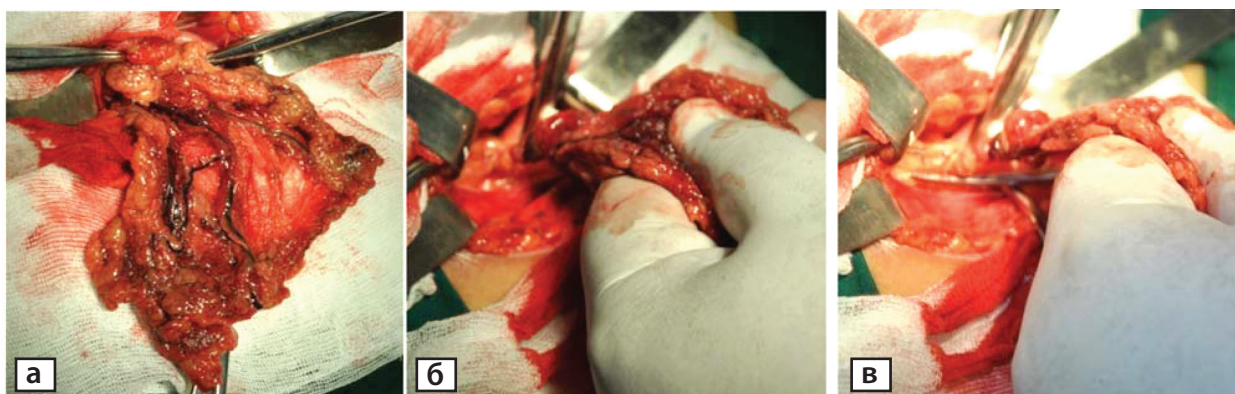


РИС. ИЗМЕНЁННАЯ ПРЯДЬ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА С ТРОМБОЗОМ ЕГО СОСУДОВ (А);
ЗОНА МНОГОКРАТНОГО ПЕРЕКРУТА САЛЬНИКА ВОКРУГ СВОЕЙ ОСИ (Б);
РЕЗЕКЦИЯ ПРЯДИ САЛЬНИКА В ПРЕДЕЛАХ ЗДОРОВЫХ ТКАНЕЙ (В)

провоцирующими факторами в развитии перекрута большого сальника [9].

Приведём наше клиническое наблюдение, которое интересно и тем, что пациентом оказался хирург-ординатор, 25 лет. Впервые боли тупого колющего характера в области правого подреберья среди полного здоровья без особого нарушения в режиме питания больной обнаружил 7.02.13г. С целью исключения диагноза острого холецистита пациент сдал необходимые анализы и сделал УЗИ органов брюшной полости и почек, однако каких-либо изменений не было выявлено. Приступы болей самостоятельно прошли спустя пару дней. Однако через несколько дней пациент почувствовал резкие жгучие боли в эпигастрии, тошноту, отсутствие аппетита. На сей раз больной решил исключить у себя заболевания желудка и сделал гастроскопию, по которой специалист дал заключение острого катарального гастродуоденита и назначил лечение. Спустя месяц, вечером 12.03.13г. больного начали вновь беспокоить боли в животе, но теперь вокруг пупка. Первоначально больной боли в животе связал с неудобным положением тела во время сна (уснул на кресле). Боли имели постоянный характер и постепенно переместились в правую подвздошную область, однако это не помешало ему заниматься врачебной деятельностью в течение суток, но вечером 13.03.13г. больной отметил ухудшение общего состояния, присоединились постоянная тошнота и двукратная рвота. Больной был уверен, что у него развился острый аппендицит. Сдал анализ крови, где количество лейкоцитов не было высоким $6,0 \times 10^9/\text{л}$. К утру 14.03.13г. больной был осмотрен профессором-хирургом.

Общее состояние больного удовлетворительное, правильного телосложения, умеренно повышенного питания. Рост 180 см, вес 78 кг. Пульс 98 ударов/мин., ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД 120/80 мм рт.ст. Температура тела $37,2^\circ\text{C}$. Язык суховат, чистый. Живот мягкий, не

вздут, при пальпации болезненный в правой боковой и правой подвздошной областях. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. На повторном анализе крови количество лейкоцитов $7,0 \times 10^9/\text{л}$. Выполнено УЗИ органов брюшной полости. Свободного выпота в брюшной полости не обнаружено, патологических образований не выявлено. Учитывая неясность диагноза, больному назначили покой, антибиотик широкого спектра действия и динамическое наблюдение. К полудню боли были локализованы в правой подвздошной ямке, а при анализе крови – лейкоцитоз поднялся до $10,0 \times 10^9/\text{л}$. Больной с диагнозом острый аппендицит взят на операцию. Под общим обезболиванием правосторонним доступом по Волковичу-Дьяконову выполнена лапаротомия, выпота нет. В ране прилежала изменённая прядь большого сальника размером 16×10 см. После того, как прядь сальника подтянута и выведена в рану, обнаружена зона многократного перекрута её вокруг своей оси, где на протяжении 5 см была в виде плетёного шнура, сосуды её тромбированы. Прядь сальника умеренно отёчна, тёмно-жёлтого цвета. Произведена резекция изменённого участка сальника в пределах здоровых тканей (рис.). Установлен интраоперационный диагноз – перекрут пряди большого сальника. Учитывая применение разреза по Волковичу-Дьяконову, решено выполнить аппендэктомию. Червеобразный отросток располагался ретроцекально, имел изогнутую форму, был без патологических изменений. Отросток полностью не удалось вывести в рану, в виду чего выполнена антеградная аппендэктомию. Длина удалённого отростка составила 13 см.

Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась антибактериальная терапия, обезболивание. В удовлетворительном состоянии больной выписан на 9-е сутки после операции. Ретроспективный анализ анамнеза и клиники данного случая позволяет предположить, что перекрут пряди сальника имел хронический характер, так как



кровооснабжающий её сосуд не был пережат. Нарушение кровообращения в пряди сальника возникло лишь накануне, что проявилось приступами болей в животе, полное прекращение кровообращения в ней привело к развитию патологических изменений. Таким образом, вышеприведённый клинический случай является первым за 20 лет существования службы экстренной хирургии в нашем отделении, что подтверждает утверждения других авторов относительно редкости перекрута пряди большого сальника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Первичный заворот большого сальника / Н.А.Талов, А.В.Малахов, М.П.Иванов, С.Р.Добровольский// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. - С.70-71
2. Беляев А.А. Перекручивание большого сальника / А.А.Беляев, Е.И.Фидрус, М.А.Языкова// Хирургия. - 1968. - №12. - С 62-66
3. Николаев Н.М. Патогенез, классификация заворотов большого сальника. Этиология / Н.М.Николаев, М.И.Коган// Хирургия. - 1975. - №12. - С. 16 -20
4. Ходос В.Г. Заворот большого сальника / В.Г.Ходос// Хирургия. - 1987. - №3. - С. 117 -118
5. Перекрут большого сальника / Ю.С.Голубятникова, М.В.Воробьёв, С.Н.Качалов, М.С. Хвостиков // Дальневосточный медицинский журнал. - 2005. - №4. - С.111-113
6. Жмудиков Ф.М. Клиника перекрута сальника / Ф.М.Жмудиков // Вестн. хир. им. Грекова. - 1992. - №4. - С. 54-55
7. Al-Jaberi T. Torsion of abdominal appendages presenting with acute abdominal pain / T.Al-Jaberi, K.Gharaibeh, R.Yaghan// Annals of Saudi Medicine. - 2000. - V.20(3-4)
8. Tsironis A, Zikos N, Bali C, Pappas-Gogos G, Koulas S, Katsamakias N. Primary Torsion of the Greater Omentum: Report of Two Cases and Review of the Literature / A.Tsironis// The Internet Journal of Surgery. - 2008. - V.17(2)
9. Kelly SB. Primary torsion of the greater omentum / S.B.Kelly// Ulster Med J. - 1987. -V.56(1). - P.58-59

Summary

Primary strand's omentum torsion

S.M. Janobilova, U.A. Kurbanov, B.S. Saifulloev, Sh.I. Kholov

A clinical case of strand's omentum torsion in young man, aged 25, manifestative by acute appendicitis symptoms is presented.

Strand's omentum torsion is a rare disease and can cause acute abdomen. Clinical picture often masked by symptoms of acute appendicitis, acute cholecystitis, perforated ulcer, etc. Generally, the true diagnosis is formed only intraoperatively.

Key words: acute abdomen, the primary volvulus, greater omentum, omentum torsion

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Джанобилова Ситора Муродуллоевна –
ассистент кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: sattarstar77@gmail.com