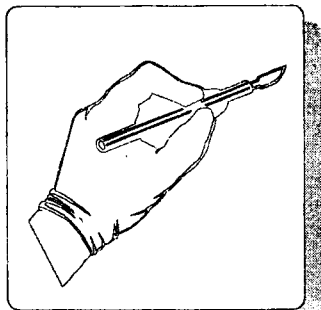




Ю.С. Голубятникова, М.В. Воробьев, С.Н. Качалов,
М.С. Хвостиков

ПЕРЕКРУТ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-I, г. Хабаровск*

Перекрут большого сальника — крайне редкое заболевание в группе острой хирургической патологии органов брюшной полости. Первое упоминание о нем относится к 1851 г. [9]. Более подробно клиника и оперативное лечение перекрута сальника были описаны Оберстом в 1882 г. [2]. Всего, со времени описания первого случая, в мировой литературе описано около 300 наблюдений перекрута большого сальника [1, 2, 5, 10, 11, 14, 15]. Казуистическая редкость заболевания является причиной недостаточной осведомленности о нем практических врачей и определяет трудность дооперационной диагностики. Это подчеркивает и тот факт, что за всю историю после описания перекрута большого сальника правильный дооперационный диагноз был установлен лишь дважды [1, 7, 11, 15].

Этиология перекрута сальника окончательно не ясна, однако в ряде исследований [3, 6, 8, 9, 12] указывается на существование предрасполагающих и производящих факторов развития заболевания. К предрасполагающим факторам относят спаечный процесс в брюшной полости, грыжи передней брюшной стенки, ожирение, хронические воспалительные процессы органов брюшной полости. К производящим — значительные физические нагрузки, обильный прием пищи, внезапное повышение внутрибрюшного давления или резкое сокращение мышц передней брюшной стенки [1, 5, 7].

Различают первичный и вторичный перекрут сальника [1, 7, 10]. Возможной предпосылкой первичного перекрута является утолщение свободного конца сальника в результате опухоли, образование отдельных узлов при ожирении или разрастание соединительной ткани при хроническом оментите [10]. Вторичный перекрут сальника возникает при фиксации дистального конца сальника в зоне какого-либо патологического очага (грыжи, спайки). Создается ось, вокруг которой и происходит перекрут, в литературе он описывается как “биполярный” [11].

Определенный интерес представляет “перистальтическая теория” развития первичного перекрута. Механизм возникновения заворота объясняется разнонаправленностью перистальтики желудка и толстой кишки: желудок сокращается слева направо, сверху вниз, а восходящая и поперечная кишка — справа налево и снизу вверх. За счет этого происходит механическое передвижение краев сальника [4].

В ряде работ, посвященных хирургическому лечению данной патологии, обращается внимание на наличие других острых заболеваний органов брюшной полости. В данной ситуации встает вопрос о первичности развития поражения [1, 2, 4]. Авторами предполагается, что возникшее острое заболевание какого-либо органа брюшной полости может способствовать завороту сальника, особенно при наличии плотных спаечных сращений сальника с воспаленным органом. Одновременно с этим указывается, что первичный перекрут сальника может явиться причиной вторичного воспаления в других органах.

Специфическая клиническая картина при перекруте сальника отсутствует [1, 2, 4, 10, 12, 14]. Тем не менее, при анализе представленного в литературе материала условно можно выделить три основных варианта клинической картины перекрута большого сальника. Ряд хирургов отмечают острое развитие заболевания, сопровождающееся выраженным болевым синдромом, вначале без четкой локализации, а затем более выраженным в правых отделах живота [4, 10, 9]. Отмечается уменьшение болевого синдрома через несколько часов от его возникновения, что объясняет значительно более позднее обращение таких пациентов в приемный покой. Другими исследователями указывается на постепенное развитие заболевания с ремиттирующим характером болей незначительной интенсивности, с тенденцией к локализации в правой половине живота [2, 7]. Третья группа авторов обращает внимание на выявляемое, при обследовании пациента, болезненное подвижное опухолевидное образование в брюшной полости, чаще по правому боковому фланку [4, 14]. Большинство пациентов с перекрутом сальника (74%) доставляются в хирургические стационары с “типичной клиникой острого аппендицита” [2, 4, 7, 14]. В нашей клинике за последние пять лет мы наблюдали пять случаев перекрута сальника. В трех случаях интраоперационно выявлен первичный перекрут, у двух пациентов — вторичный.

Больной К., 28 лет, поступил в хирургическое отделение 04.07.04 в 20:20 с жалобами на постоянные боли в нижних отделах живота, преимущественно справа, тянущего характера, усиливающиеся при движении, сухость во рту, общую слабость. Болен в течение 3 сут, когда отметил появление умеренных болей в верхних отделах живота. Самостоятельно принимал но-шпу, без эффекта.

03.07.04 болевой синдром купировался самостоятельно. 04.07.04 в 05:00 больной проснулся от интенсивных болей в нижних отделах живота справа. Бригадой СМП доставлен в приемный покой с диагнозом "острый аппендицит".

При осмотре — состояние средней тяжести. Язык суховат, обложен белесоватым налетом. Температура 37,1°. Живот не вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах, наибольшая болезненность в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, положительные симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона, Раздольского. В периферической крови лейкоцитоз до $18,8 \times 10^{12}/л$. Установлен диагноз "острый аппендицит". По экстренным показаниям больной взят на операцию.

Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость. В брюшной полости серозно-геморрагический выпот. В правой подвздошной области обнаружена прядь сальника темно-багрового цвета, полностью в рану не вводится. Среднесрединная лапаротомия. В брюшной полости до 200 мл серозно-геморрагического выпота. Практически весь большой сальник, темно-багрового цвета, не спаянный с окружающими органами и тканями, располагался по направлению к правой подвздошной области. Выявлен перекут его относительно вертикальной оси на 540° по часовой стрелке (рисунок). Выполнена резекция сальника. Червеобразный отросток флегмонозно изменен. Аппендэктомия. Течение послеоперационного периода без осложнений. Послеоперационный диагноз: "перекут большого сальника, вторичный аппендицит, диффузный серозный перитонит". Результат гистологического исследования: миксоглобулез червеобразного отростка, ложная миксома сальника.

В другом случае больной поступил с жалобами на боли в правом подреберье и болезненность при пальпации по правой половине живота. Для исключения острого холецистита больному было выполнено ультразвуковое исследование, при котором выявлен инфильтрат в правой подвздошной полости. С диагнозом "острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат" больной взят на операцию. Выполнена лапароскопия, по данным которой обнаружен инфильтрат в правой половине живота, вовлекающий большой сальник. Переход на лапаротомию. Интраоперационно выявлен первичный перекут сальника, червеобразный отросток флегмонозно изменен. Произведена резекция сальника, аппендэктомия.

Анализируя другие случаи перекута сальника, наблюдаемые в клинике, выяснилось, что от начала болей до госпитализации проходил значительный промежуток времени — 2-3 сут. Лишь в одном случае больная была доставлена в стационар в течение 5 ч. В двух случаях симптоматика укладывалась в первый клинический тип развития заболевания, в двух — клиническая картина развивалась по второму типу, и только в одном случае при объективном обследовании пациента в брюшной полости выявлено болезненное опухолевидное образование. У всех пациентов при поступлении отмечены явления общей интоксикации. В четырех случаях из пяти до операции был установлен диагноз острого аппендицита, в одном случае



Перекут большого сальника

— грыжи. Всем больным выполнено экстренное оперативное вмешательство. Диагностическая лапароскопия проведена в одном случае. Во время операции в преобладающем большинстве отмечалось умеренное количество серозно-геморрагического выпота. Все операции закончены резекцией участка сальника, в четырех случаях выполнена аппендэктомия. Перекут сальника на 360° и более выявлен в 3 случаях, в одном случае отмечен перекут на 720°. Течение послеоперационного периода у всех пациентов — без осложнений.

Таким образом, на основании изучения данных литературы и собственных наблюдений мы можем сформулировать следующие выводы.

1. При проведении дифференциальной диагностики острого аппендицита следует помнить о возможности развития такой патологии, как перекут большого сальника.

2. Ультразвуковое исследование при перекуте сальника позволяет выявить инфильтрат в брюшной полости, установление происхождения которого затруднено.

3. Лапароскопия является наиболее достоверным методом диагностики перекута большого сальника, позволяющим одновременно выполнить резекцию сальника и лапароскопическую аппендэктомию при обнаружении изменений в червеобразном отростке.

Л и т е р а т у р а

1. Бондарчук А.С., Бондарчук Т.А. // Хирургия. 1981. №11. С. 101-104.
2. Гавриленко В.Г., Лавров А.С. // Клин. хир. 1995. №6. С. 53.
3. Голованов Я.С. // Вестн. хир. им. Грекова. 1990. №10. С. 68-70.
4. Жмудиков Ф.М. // Вестн. хир. им. Грекова. 1992. №4. С. 54-55.
5. Зобнин В.П., Брегг В.И. // Вестн. хир. им. Грекова. 1989. №9. С. 99.
6. Ковальков В.Ф., Залогин К.А. // Клин. хир. 1992. №8. С. 51-53.
7. Кутузов И.И. // Вестн. хир. им. Грекова. 1977. №10. С. 107-108.
8. Опушнев В.А. // Вестн. хир. им. Грекова. 1991. №7-8. С. 46-47.

9. Петровский Б.М. // Хирургия. 1964. №3. С. 103.
10. Чумак Г.О., Кобетс И.С., Гулиар А.Д. // Хирургия. 1971. №3. С. 124-127.
11. Элькин М.А. Внебольничная диагностика острого живота. М.: Медицина, 1974. 147с.
12. Adams J.T. // Am.J.Surg., 1973. Vol. 20.
13. Karayiannakis A.J., Polychronidis A.N. // Surg Today. 2002. №10. Vol. 913.
14. Sarac A. // Surg Today. 1997. №3. Vol. 251.
15. Young T., Lee H., Tang H. // Int Surg. 2004. Apr-Jun; №2. Vol. 72.

