

НЕКРОЗ САЛЬНИКОВОГО ОТРОСТКА НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, СИМУЛИРОВАВШИЙ ОСТРЫЙ ЖИВОТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Баймаков С.Р., Аширметов А.Х., Юнусов С.Ш., Болтаев Ш.Ш., Файзуллахонов Ш.А.

ТУШУВЧИ ЧАМБАР ИЧАК ЁҒЛИ ЎСИМТАСИНИНГ БУРАЛИБ НЕКРОЗГА УЧРАШИ, ЎТКИР ҚОРИН СИНДРОМИ КАБИ СИМУЛЯЦИЯЛАНИШИ (АМАЛИЁТДАН ЭСЛАТМА)

Баймаков С.Р., Аширметов А.Х., Юнусов С.Ш., Болтаев Ш.Ш., Файзуллахонов Ш.А.

NECROSIS OF THE OMENTAL PROCESS OF THE DESCENDING COLON, SIMULATED AN ACUTE ABDOMEN (CASE REPORT)

Baimakov S.R., Ashirmetov A.Kh., Yunusov S.Sh., Boltaev Sh.Sh., Fayzullakhonov Sh.A.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Чамбар ичак ёғ ўсимтасининг буралиб некрозга учраши ҳақида адабиётларда биринчи бўлиб 1928 йилда А.М. Григорьев томонидан баён қилинган. Ушбу касалликнинг диагностикаси бир мунча ўзига хос қийинчиликлар туғдиради. Тушувчи чамбар ичак ёғ ўсимтасининг буралиб некрозга учраган ҳолати баён қилинган. Касалликнинг клиник манзараси “ўткир қорин” сифатида намоён бўлган. Касалликни диагностика қилишда видеолапароскопиядан фойдаланилган. Бу ўз навбатида тўғри таъхис қўйиш ва некрозга учраган ёғ ўсимтасини олиб ташлашга қаратилган эндоскопик амалиётни мувофақиятли бажарилишига имкон яратган.

Калит сўзлар: чамбар ичак ёғ ўсимтаси, ёғ ўсимтасининг некрози, лапароскопик хирургия.

In the surgical literature, the inversion of fatty suspensions of the colon was first described in 1928 by A.M. Grigoryev. Demonstrated a case of necrosis adipose pendant of descending colon. Clinical picture was simulated acute abdomen, for differential diagnosis videolaparoscopy was used, which was allowed to correct diagnose and successfully execute laparoscopic operation for ablate the necrotizing appendix of epiploon.

Key words: appendix of colon epiploon, necrosis adipose pendant, laparoscopic surgery.

Заболевание жировых подвесков ободочной кишки (заворот, воспаление, некроз) встречается редко и составляют 0,09-0,3% от всех острых заболеваний органов брюшной полости [4,5].

При завороте жировых подвесков происходят сдавление и тромбоз основных его сосудов, которые приводят к ишемии и некрозу сальникового отростка и стенки ободочной кишки. Среди причин развития заболевания жировых подвесков толстой кишки отмечают избыточную массу тела, пожилой возраст, долихосигму, аномалии развития толстой кишки. Относительная редкость заболевания, отсутствие ярких клинических признаков проявления болезни часто затрудняют диагностику и приводят к диагностическим ошибкам. Поражение жировых подвесков нисходящей и сигмовидной кишки встречается с частотой от 16,9 до 7% [2,3].

Значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике заболеваний жировых подвесков ободочной кишки и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно ободочной кишки. На дооперационном этапе заподозрить перекрут и некроз сальниковых отростков ободочной кишки удается лишь в 10,5% случаев. Видеолапароскопия позволяет диагностировать данную патологию в 100% случаев и успешно выполнить лапароскопическое вмешательство у 88,5% пациентов, не прибегая к лапаротомии [1].

Приводим клиническое наблюдение перекрута сальникового отростка нисходящей кишки. В диа-

гностике и лечении этого пациента успешно использовано видеолапароскопическое вмешательство.

Больной К.Э., 33 лет, и/б №9981/728, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке через двое суток с момента заболевания с болевым синдромом в животе. При поступлении жалобы на боли внизу живота слева постоянного характера, повышение температуры тела, слабость, тошноту. Со слов больного двое суток назад появились боли внизу живота справа, была однократная рвота, озноб. За медицинской помощью не обращался. На вторые сутки боли в животе усилились, обратился в поликлинику, осмотрен хирургом. После выполнения УЗИ брюшной полости с подозрением на острый аппендицит больной госпитализирован в хирургическое отделение.

При поступлении состояние больного удовлетворительное, пациент повышенного питания. Кожные покровы и склеры розовой окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный, пульс 92 в мин, артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот увеличен в размерах, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный внизу живота слева, здесь резкое напряжение и положительный симптом Щеткина – Блюмберга, перистальтика выслушивается, газы отходят, был самостоятельный стул, мочится без расстройств, диурез адекватный. В об-

щем анализе крови – лейкоцитоз до 16 тыс., общий анализ мочи без патологии. УЗИ брюшной полости: косвенные признаки хронического колита. На МСКТ: признаки больше соответствуют воспалению жировой привески нисходящего отдела толстой кишки.

На основании клинико-лабораторных данных и результатов УЗИ брюшной полости больному выставлен диагноз острого аппендицита. Под общим обезболиванием через три часа с момента поступления выполнена видеолапароскопия, при этом выяв-

лен некроз жирового подвеска нисходящей кишки размером 3×1,5 см. При выделении подвеска обнаружено, что в месте фиксации к стенке кишки имеется некроз 0,3×0,3 см, распространяющийся до слизистой оболочки. Некротизированный подвесок удален, дефект в стенке кишки ушит интракорпоральным швом (наложено два шва). Червеобразный отросток не изменен, других измененных подвесков на ободочной кишке не выявлено.



Рисунок 1. Интраоперационный снимок.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия. Послеоперационный период протекал без осложнений.

На 6-е сутки в удовлетворительном состоянии пациент выписан домой. Швы сняты на 7-е сутки, заживление троакарных ран первичным натяжением.

Гистологическое заключение №10458, микроскопическое описание: Жировая подвеска толстой кишки с гистологической картиной некроза и наложениями фибрина с примесью лейкоцитов на поверхности серозной оболочки.

Заключение: Жировой некроз подвески толстой кишки. Очаговый острый фибринозный перитонит.

Таким образом, заворот жировых подвесок не имеет патогномичных симптомов, но используя опыт, можно поставить диагноз. Для заворота жировых подвесков характерно острое начало и течение заболевания при удовлетворительном общем

состоянии больных. Довольно острые боли в животе начинаются и сохраняются обычно в области расположения подвеска. Там же возможно умеренное и по мере развития изменений в подвеске и брюшной полости довольно резкое защитное напряжение мышц брюшной стенки с симптомами раздражения брюшины. Показана неотложная операция, включающая ревизию органов брюшной полости и удаление измененного подвеска.

В приведенном примере некроз жирового подвеска нисходящей ободочной кишки симулировал клинику острого живота, использование видеолапароскопии позволило достоверно установить диагноз и выполнить адекватное эндоскопическое вмешательство.

Литература

1. Аслонов З.А., Баймаков С.Р., Мамарджабов С.Э. и др. Эффективность лапароскопического адгезиолизиса при

острой спаечной кишечной непроходимости // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2016. – №3. – С. 154-158.

2. Лобанов Д.С. и др. К вопросу о ведении пациентов с острой патологией жировых подвесков толстой кишки // Вестн. СурГУ. Медицина. – 2017. – №2 (28). – С. 24-27.

3. Тимофеев М.Е. и др. Перекрут и некроз сальниковых отростков ободочной кишки // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2015. – №2. – С. 25-32.

4. Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К. Перекрут и некроз пряди большого сальника и жировых подвесков толстой кишки // Вестн. экстр. медицины. – 2017. – Т. XI, №3. – С. 30-33.

5. Baymatov S.R., Aslonov Z.A., Boltaev Sh.Sh., Yunusov S.Sh. Estimated of effectiveness of using of enterosorbption in complex treatment of acute intestinal obstruction // Europ. Sci. Rev. – 2018. – Vol. 9 (№10). – P. 215-218.

Благодарность

Данный случай из практики поддержан администрацией и сотрудниками отделения общей хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

НЕКРОЗ САЛЬНИКОВОГО ОТРОСТКА НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, СИМУЛИРОВАВШИЙ ОСТРЫЙ ЖИВОТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Баймаков С.Р., Аширметов А.Х., Юнусов С.Ш., Болтаев Ш.Ш., Файзуллахонов Ш.А.

В хирургической литературе заворот жировых подвесков толстой кишки впервые описал в 1928 г. А.М. Григорьев. Диагностика этого заболевания представляет значительные трудности. Авторы наблюдали больного с некрозом жирового подвеска нисходящей кишки. Клиническая картина симулировала острый живот, в диагностике использована видеолапароскопия, которая позволила правильно поставить диагноз и успешно выполнить эндоскопическое вмешательство по удалению некротизированного сальникового отростка.

Ключевые слова: сальниковые отростки ободочной кишки, некроз жировых подвесков, лапароскопическая хирургия.

