



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.382–001.6

ЗАВОРÓТ ВЕЛИКОГО САЛЬНИКА

Л. Ф. Березіна, І. В. Ільїн

Хірургічне відділення Попільнянської центральної районної лікарні, Житомирська область

TORSION OF THE GREAT OMENTUM

L. F. Berezina, I. V. Ihlin

Заворот великого сальника (ЗВС) — досить рідкісне хірургічне захворювання, його виявляють у 0,16—0,37% пацієнтів, операціях з приводу гострих хірургічних захворювань. Вперше про ЗВС повідомив Eitel у 1899 р. В літературі наведені близько 250 спостережень цього захворювання [1].

Як правило, ЗВС виникає у пацієнтів віком від 30 до 50 років, дещо частіше — у чоловіків (співвідношення чоловіків і жінок 3:2) [2]. Виявляють первинний і вторинний ЗВС. Первінний ЗВС виникає при перекрученні і стисканні судин великого сальника [3]. Точна причина виникнення первінного ЗВС невідома, виділяють певні провокуючі чинники: анатомічні особливості (роздвоєння великого сальника, довгі сальникові вени, ожиріння, надмірна фізична активність, травма живота) [2]. Вважають, що ЗВС може спричинити скорочення шлунка з одночасним скороченням висхідної та поперечної ободової кишки. Оскільки права частина великого сальника рухоміша за ліву, надмірне скорочення органів черевної порожнини, як правило, спричиняє ЗВС за годинниковою стрілкою. Вторинний ЗВС виникає на тлі інших захворювань органів черевної порожнини (пухлини, кісти, оперативні втручання, грижі), що зумовлює спайкоутворення та фіксацію великого сальника до певної точки, навколо якої відбувається заворот [4]. Частіше закручується права частина великого сальника, хоча наведені спорадичні спостереження і лівобічного ЗВС [5].

Клінічні прояви ЗВС неспецифічні. Зокрема, запор відзначають 27,27% пацієнтів, загальну слабість — 27,27%, лихоманку (температура тіла вище 38,2°C) — 36,36%, блювання — 36,36%, здуття живота — 54%, абдомінальний біль — 100% [1]. З огляду на це, часто ЗВС відбувається під маскою інших гострих хірургічних захворювань. Високо достовірною для встановлення діагнозу до операції є комп'ютерна томографія [2]. Наводимо власне спостереження.

Хвора Б., 61 року, гіперстенічної статури, 04.05.13 госпіталізована у хірургічне відділення зі скаргами на біль в животі, загальну слабість. Захворіла напередодні ввечері, коли з'явився біль у надчеревній ділянці, який згодом поширився на всю черевну порожнину. Вранці наступного дня біль локалізувався в правій пахвинній ділянці, з'явилася загальна слабість.

Стан хвою середньої тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо- рожеві, чисті. Температура тіла 37,0 °C. Пульс 82 за 1 хв, ритмічний, АТ 16,0/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Тони серця звучні, ритмічні. Дихання везикулярне. Язык чистий, біля кореня — обкладений білим нашаруванням. Живіт дещо здутий, праві відділи відстають під час дихання. При пальпації виявлене напруження м'язів та болючість у

правій пахвинній ділянці. Симптоми подразнення очеревини позитивні в правих відділах живота. Аналіз крові: ер. 3,28 х 10¹²/л, Нб 106 г/л, КП 0,9, Нт 0,32, л 8,5 х 10⁹ в 1 л, п. 0,06, сегм. 0,66, еоз. 0,01, лімф. 0,15, мон. 0,12, ШОЕ 4 мм/год. Група крові 0(I). Аналіз сечі: відносна щільність 1,016, білок 0,066 г/л, лейкоцитів 25 — 35, епітеліальніх клітин 3 — 4 в полі зору. Вміст глукози у крові 6,6 ммоль/л. Попередній діагноз: гострий апендіцит.

Виконана операція. Під ендотрахеальним наркозом черевна порожнina розкрита доступом Мак—Бурнея—Волковича—Дьяконова. В черевній порожнині містилося близько 400 мл серозно—геморагічні рідини, яка видалена. Під час ревізії органів черевної порожнини виявлене перекручення ділянки великого сальника навколо своєї осі за годинниковою стрілкою на 540°. Дистальніше місця перекручення виявлено ділянка великого сальника розмірами 15 x 10 см багрово—синього забарвлення. Здійснено резекцію ділянки зміненого великого сальника. При подальшій ревізії органів черевної порожнини виявлений вторинно—змінений червоподібний відросток розмірами 8 x 1,1 x 1,1 см. Виконана типова апендектомія. Черевна порожнina промита ізотонічним розчином натрію хлориду, встановлений дренаж через контрапертуру. Рана пошарово защита. Діагноз після операції: перекручення ділянки великого сальника, місцевий серозно—геморагічний перитоніт, вторинний апендіцит.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Пацієнта виписана у задовільному стані на 6—ту добу.

Отже, встановити до операції діагноз ЗВС досить складно. При виявленні ЗВС інтраопераційно доцільна резекція ділянки великого сальника вище місця перекручення без попередньої спроби розкручування.

ЛІТЕРАТУРА

- Montiel—Jarquin A. Clinical characteristics of torsion of the omentum / A. Montiel—Jarquin, A. Lopez—Colombo // Gastroenterol. Res. — 2009. — Vol. 2, N 4. — P. 220 — 223.
- Breunung N. A diagnostic challenge: primary omental torsion and literature review — a case report / N. Breunung, P. Strauss // World J. Emerg. Surg. — 2009. — Vol. 4, N 40.
- Загінайко В.И. Заворот великого сальника и гнойный оментит / В. И. Загінайко // Хірургія. — 1982. — № 10. — С. 22 — 25.
- Кургузов О.П. О заворотах великого сальника / О. П. Кургузов // Там же. — 2005. — № 7. — С. 46 — 49.
- Left—sided torsion of the greater omentum / E. M. F. Wong, S. Y. J. Ka, W. K. Chau, P. Tsui // Hong Kong Col. Radiol. — 2010. — N 13. — P. 154 — 157.