

ПАТОЛОГИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Аверин В.И., Зельский А.А., Коростелев О.Ю., Рустамов В.М.

Белорусский Государственный медицинский университет, Детский хирургический центр,
Минск, Беларусь

Актуальность. Заворот участка большого сальника (БС) относится к редким заболеваниям органов брюшной полости. По данным литературы встречается в 0,08 – 0,1% экстренных операций.

Цель работы – анализ клинической картины и лечения детей с заворотом БС у детей в Детском хирургическом центре (ДХЦ).

Материал и методы. В ДХЦ с 2012 по март 2014 г. находилось на лечении 11 пациентов с заворотом и некрозом участка БС в возрасте от 2 до 12 лет, что составило 0,85% от всех экстренно оперированных (1283) за этот период. Мальчиков – 8, девочек – 3. Все дети поступили в стационар с направляющим диагнозом: «острый аппендицит?». До 6 часов – 1 ребенок; от 6 до 12 - 1; от 12 до 24 – 7, 2 – поступили через 2 суток от начала заболевания. Все пациенты были избыточного питания.

Результаты и обсуждение. У всех 11 пациентов заболевание началось остро, появлялись непостоянные, несильные, ноющие, локализованные в мезогастральной области справа или слева боли в животе, температура была нормальной (5 больных) или субфебрильной (6 больных), рвоты не было ни у одного больного. Ночью дети спали спокойно. При осмотре в приемном отделении со стороны живота на уровне пупка справа (9 больных) или слева у 2 – имелась болезненность, усиливающаяся при глубокой пальпации, нечеткий дефанс был у 3 пациентов, положительные перитонеальные симптомы были у 4 детей. Ни в одном наблюдении не удалось пальпировать объемное образование в брюшной полости. Данные лабораторного исследования периферической крови свидетельствовали о лейкоцитозе в пределах $15,5—16,9 \cdot 10^9/\text{л}$ у 6 больных, с небольшим палочкоядерным сдвигом. У 5 детей общий анализ крови был в пределах возрастной нормы. УЗИ брюшной полости выполнено 4 детям при поступлении. Косвенные признаки заворота сальника выявлены у 2 из них с давностью заболевания 2 суток.

На основании анамнеза и данных осмотра первично правильный диагноз был заподозрен у 2. Учитывая давность заболевания, симптоматику, укладывающуюся в острый воспалительный, процесс в брюшной полости, а также в связи с невозможностью исключения атипичного расположения деструктивно измененного червеобразного отростка мы были вынуждены прибегнуть к оперативному вмешательству, причем предварительно 9 детям выполнена видеолапароскопия. Длительность наблюдения детей

до операции составила от 1,5 до 4,5 часов у 5 больных, 6 часов – у 1 и у 5 более 14 часов.

Эндоскопическая картина заворота БС у детей имела определенные особенности. Так, уже при панорамном осмотре брюшной полости обращали на себя внимание умеренное количество геморрагического выпота. Воспалительные изменения червеобразного отростка отсутствовали. При дальнейшем осмотре в области БС выявлялась зона инфильтрации диаметром от 3 до 7 см, овальной формы, плотная при инструментальной пальпации, с застойными расширенными венозными сосудами, с чередованием участков темно-багрового и ярко-красного цвета. Воспалительный процесс имел локализованный характер.

Эндовидеолапароскопия позволила не только поставить диагноз, но и выполнить лапароскопическую резекцию измененного участка сальника у 5 детей. Лапаротомия и резекция сальника выполнена у 4 после видеолапароскопии. У 2 больного, оперированного без предварительного эндоскопического обследования брюшной полости, диагноз заворота и некроза участка БС был поставлен при ревизии органов брюшной полости после определения отсутствия воспалительных изменений в червеобразном отростке. В мезогастрии справа патологический процесс локализовался у 9 детей, в правом и левом подпеченочном пространстве по 1 случаю.

У всех пациентов воспалительные явления в БС сочетались с перекрутом на 360—720°, и он не был спаян с соседними органами. При ревизии воспаленного участка БС не обнаружено зон размягчения. В брюшной полости содержался интенсивно окрашенный геморрагический выпот с хлопьями фибрина, вместе с тем фиброзных наложений именно в зоне воспаления не отмечено. У 1 больного инфильтрат сальника располагался в области основания его правой половины в подпеченочном пространстве, в связи с чем лапаротомия выполнена в правом подреберье. Червеобразный отросток удален у 8 больных. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия в течение 5-7 дней.

Заключение.

1. Заворот и некроз участка большого сальника у детей не имеет характерных клинических симптомов и встречается у детей с избыточной массой тела.

3. Методом выбора позволяющим поставить диагноз заворота и некроза участка большого сальника у детей, является видеолапароскопия.

Аверин Василий Иванович, заведующий кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор Белорусский Государственный медицинский университет, Минск, Беларусь, averinvi@mail.ru

Зельский Андрей Андреевич, врач детский хирург, Детский хирургический центр, Минск, Беларусь

Коростелев Олег Юрьевич, врач детский хирург, Детский хирургический центр, Минск, Беларусь

Рустамов Васим Мирзабекович, ассистент кафедры детской хирургии Белорусского Государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Форма участия – только публикация тезисов.