

Матер конф: «Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии»
Бобруйск, сентябрь 2012 г. //Хирургия Восточная Европа.-2012.-№
3.- С.219-221.

ЗАВОРОТ И НЕКРОЗ УЧАСТКА БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ

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

Кафедра детской хирургии БГМУ, Детский хирургический центр, УЗО
«1 ГКБ», Минск

Введение

Заворот участка большого сальника 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 большого сальника у детей в Детском хирургическом центре (ДХЦ).

Материал и методы

В ДХЦ за последние 5 месяцев (с января по май 2012 г.) находилось на лечении 6 пациентов с заворотом и некрозом участка большого сальника в возрасте от 2 до 12 лет, что составило 1,9% от всех экстренно оперированных за этот период. Мальчиков 3, девочек 3. В первые 6 часов поступил 1 ребенок; от 6 до 12 - 1; от 12 до 24 – 3 детей, 1 ребенок поступил через 2 суток от начала заболевания. Все пациенты были избыточного питания. Все дети доставлены в стационар машиной скорой помощи с направляющим диагнозом: «острый аппендицит?».

Результаты и обсуждение

У всех 6 пациентов заболевание началось остро, появлялись непостоянные, несильные, ноющие, локализованные в мезогастральной области справа или слева боли в животе, температура была нормальной (3 больных) или субфебрильной (3 больных), рвоты не было ни у одного больного. Ночью дети спали спокойно. При осмотре в приемном отделении со стороны живота на уровне пупка справа (5 больных) или слева (1 больной) имелись болезненность, усиливающаяся при глубокой пальпации, нечеткий дефанс был у 1 ребенка, положительные перитонеальные симптомы были у 2 детей. Ни в одном наблюдении не удалось пальпировать объемное образование в свободной брюшной полости, хотя, по данным литературы, это достигается у трети больных. Данные лабораторного исследования периферической крови свидетельствовали о лейкоцитозе в пределах $15.5—16,9 \cdot 10^9/\text{л}$ у 3 больных, с небольшим палочкоядерным сдвигом. У 3 детей общий анализ крови был в пределах возрастной нормы. УЗИ брюшной полости выполнено 3 детям при поступлении. Косвенные признаки заворота сальника выявлены у 1 из них с давностью заболевания 2 суток.

На основании анамнеза и данных осмотра первично правильный диагноз был заподозрен у одного ребенка. 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 5 детям выполнена видеолaparоскопия. Длительность наблюдения детей до операции составила от 1,5 до 4,5 часов у 4 больных, у двоих детей – 14 и 22 часа.

Эндоскопическая картина заворота сальника 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 большого сальника 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.

Предоперационное эндоскопическое обследование брюшной полости позволило не только поставить диагноз, но и выполнить лапароскопическую резекцию измененного участка сальника у 4 детей. Лапаротомия и резекция сальника выполнена у 1 ребенка после видеолaparоскопии. У 1 больного, оперированного без предварительного эндоскопического обследования брюшной полости, диагноз заворота и некроза участка большого сальника был поставлен при ревизии органов брюшной полости после определения отсутствия воспалительных изменений в червеобразном отростке. В мезогастрии справа патологический процесс локализовался у 4 детей, в правом подпеченочном пространстве – 1, в левом подпеченочном пространстве – у 1 ребенка.

У всех больных воспалительные явления в большом сальнике сочетались с перекрутом на $360\text{—}720^\circ$, у всех детей изолированный инфильтрат большого сальника не был спаян с соседними органами. При ревизии воспаленного участка большого сальника 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 4 больных. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия в течение 5-7 дней.

Выводы

1. Заворот и некроз участка большого сальника встречается чаще чем идиопатический оментит и встречается у детей с избыточной массой тела.

2. Заворот и некроз участка большого сальника у детей не имеет характерных клинических симптомов.

3. Основным дифференциально-диагностическим приемом, помогающими поставить диагноз заворота и некроза участка большого сальника у детей, является видеолaparоскопия.