

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

Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш., Худойкулов А.У., Асатов Ф.Ш.

*Кафедра Хирургии и ВПХ Ташкентского Государственного Стоматологического Института,
многопрофильная клиника ТМА, Ташкент, Узбекистан*

Заболевание жировых подвесков ободочной кишки (заворот, воспаление, некроз) встречаются редко и составляют 0,09–0,3% острых заболеваний органов брюшной полости. При завороте жировых подвесков происходят сдавление и тромбоз основных его сосудов, ведущие к ишемии и некрозу сальникового отростка и стенки ободочной кишки. Значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике заболеваний жировых подвесков ободочной кишки и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно ободочной кишки.

Нами успешно использовано видеолaparоскопическое вмешательство в диагностике и лечении перекрута и некроза сальникового отростка восходящей кишки. Больной поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке через 2 суток с момента начала заболевания с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области и внизу живота постоянного характера, повышение температуры тела, слабость, тошноту. Выполнено ультразвуковое исследование и мультислайсная компьютерная томография органов брюшной полости, где обнаружено утолщение и инфильтрация стенок толстой кишки ободочной кишки.

На основании объективного осмотра, клинико-лабораторных данных, УЗИ и МСКТ органов брюшной полости, больному выставлен диагноз острого аппендицита, но не исключали перекрут и некроз жирового подвеска толстой кишки. Под общим обезболиванием через три часа с момента поступления выполнена видеолaparоскопия, при этом выявлен некроз жирового подвеска восходящей 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 с интракорпоральным швом (наложены два шва). Червеобразный отросток не изменен, других измененных подвесков на ободочной кишке не выявлено. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия. Послеоперационный период протекал без осложнений. На шестые сутки в удовлетворительном состоянии выписан домой. Швы сняты на седьмые сутки, заживление троакарных ран первичным натяжением.

Гистологическое заключение №10458: 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 подвесков не имеет патогномичных симптомов, но воспользовав 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 восходящей ободочной кишки симулировал клинику острого живота, использование видеолaparоскопии позволило достоверно установить диагноз и выполнить адекватное эндоскопическое вмешательство.

