

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПЕРЕКРУТА И НЕКРОЗА ПРЯДИ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Сайфиддин Рисбаевич Баймаков,

*д.м.н., доцент, заведующий кафедры Хирургия и ВПХ Ташкентского
государственного стоматологического института, Ташкент, Узбекистан
bsayfiddin@yahoo.com*

Мирхаким Мирсавирович Пулатов,

*к.м.н., доцент кафедры Хирургия и ВПХ Ташкентского государственного
стоматологического института, Ташкент, Узбекистан
mir181164@gmail.com*

Шараф Хамракулович Бабакулов,

*к.м.н., доцент кафедры Хирургия и ВПХ Ташкентского государственного
стоматологического института, Ташкент, Узбекистан
drsharof@mail.ru*

Шерзод Шавкатович Болтаев,

*старший преподаватель кафедры Хирургия и ВПХ Ташкентского
государственного стоматологического института, Ташкент, Узбекистан
saidazam9377@gmail.com*

Сейдамет Шевкет-оглу Юнусов,

*старший преподаватель кафедры Хирургия и ВПХ Ташкентского
государственного стоматологического института, Ташкент, Узбекистан
dr.syu1990@gmail.com*

Аннотация. Перекрут и некроз пряди большого сальника является казуистическим заболеванием и встречается 0,06% – 0,14% среди всех ургентных хирургических патологий органов брюшной полости. Учитывая редкую встречаемость и отсутствие характерного симптомокомплекса при перекруте пряди большого сальника, дооперационный диагноз правильно устанавливается в единичных случаях. Этиология развития данной патологии остается загадкой в современной медицине и привлекает большой интерес к себе в следствии трудности в диагностике, именно в дооперационном периоде. Выделяют предрасполагающие факторы (спаечный процесс в брюшной полости, вентральная грыжа, ожирение, хронический воспалительный процесс органов брюшной полости) и производящие факторы (физические нагрузки, употребление пищи в большом объеме, резкое увеличение внутрибрюшного давления или внезапное сокращение мышц передней брюшной стенки). Наиболее часто клинику перекрута пряди большого сальника симулируют такие патологии

брюшной полости как острый аппендицит, острая кишечная непроходимость спаечной этиологии, острый холецистит. В течении последних десятилетий широко распространяется миниинвазивная хирургия, а в частности лапароскопическая хирургия, как мультипортовая, так и однопортовая. В статье освещаются трудности дооперационной диагностики, роль лапароскопии в дифференциальной диагностике и особенности клинического течения перекрута и некроза жировых структур брюшной полости.

Ключевые слова: перекрут и некроз пряди большого сальника, острый холецистит, диагностическая лапароскопия.

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND DIFFERENTIATION OF TORSION AND NECROSIS OF THE GREATER OIL STRAND WITH ACUTE CHOLECYSTITIS (CASE REPORT)

Sayfiddin Risbayevich Baymakov,

*DSc, Associate Professor, head of Surgery and Military Field Surgery Department of Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
bsayfiddin@yahoo.com*

Mirkhakim Mirsavirovich Pulatov,

*PhD, Associate Professor, Surgery and Military Field Surgery Department of Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
mir181164@gmail.com*

Sharaf Khamrakulovich Babakulov,

*PhD, Associate Professor, Surgery and Military Field Surgery Department of Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
drsharof@mail.ru*

Sherzod Shavkatovich Boltayev,

*Senior Lecturer, Surgery and Military Field Surgery Department of Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
saidazam9377@gmail.com*

Seydamet Shevket-oglu Yunusov,

*Senior Lecturer, Surgery and Military Field Surgery Department of Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
dr.syu1990@gmail.com*

Abstract. *Torsion and necrosis of the omentum strand is a casuistic disease and occurs in 0.06% – 0.14% of all urgent surgical pathologies in the abdominal organs. Taking into account the rare occurrence and the absence of a characteristic symptoms complex in the torsion of the omentum strand the preoperative diagnosis is correctly established in single cases. The etiology of the development of this pathology remains a*

mystery in modern medicine and attracts more interest in itself due to the difficulty in diagnosis namely in the preoperative period. There are predisposing factors (adhesions in the abdominal cavity, ventral hernia, obesity, chronic inflammation of the abdominal organs) and producing factors (physical activity, eating a large amount of food, a sharp increase in intra-abdominal pressure or sudden contraction of the muscles of the anterior abdominal wall). Most often, the clinic of torsion of the omentum strand simulates such abdominal pathologies as acute appendicitis, acute intestinal obstruction of adhesive etiology, acute cholecystitis. Over the past decade, minimally invasive surgery has become widespread, in particular laparoscopic surgery, as a multi-port and single-port. The article highlights the difficulties of preoperative diagnostics, the role of laparoscopy in differential diagnostics and the features of the clinical course of torsion and necrosis of the fatty structures of the abdominal cavity.

Key words: *torsion and necrosis of the greater of omentum major, acute cholecystitis, diagnostic laparoscopy.*

КАТТА ЧАРВИНИНГ БУРАЛИШИ ВА НЕКРОЗНИ ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ТАШ+ИСЛАШ ВА ТАҚҚОСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ (АМАЛИЁТДАН ОЛИНГАН ҲОЛАТ)

Сайфиддин Рисбаевич Баймаков,

*т.ф.д., доцент, Тошкент давлат стоматология институти Хирургия ва
ХДЖ кафедраси мудири, Тошкент, Ўзбекистон
bsayfiddin@yahoo.com*

Мирхаким Мирсавирович Пулатов,

*Тошкент давлат стоматология институти Хирургия ва ХДЖ кафедраси
т.ф.н., доцент
mir181164@gmail.com*

Шараф Хамракулович Бабакулов,

*Тошкент давлат стоматология институти Хирургия ва ХДЖ кафедраси
т.ф.н., доцент
drsharof@mail.ru*

Шерзод Шавкатович Болтаев,

*Тошкент давлат стоматология институти Хирургия ва ХДЖ кафедраси
катта укитувчиси
saidazam9377@gmail.com*

Сейдамет Шевкет-оглу Юнусов,

*Тошкент давлат стоматология институти Хирургия ва ХДЖ кафедраси
катта укитувчиси
dr.syu1990@gmail.com*

Аннотация. Катта чарви бўлагининг буралиши ва некрози казуистик касаллик бўлиб, қорин бўшлиғи органларининг барча шошилини жарроҳлик патологиялари орасида 0,06% – 0,14% ни ташкил қилади. Катта чарви бўлаги буралганда камдан-кам учрайдиган ва характерли белги мажмуасининг йўқлигини ҳисобга олган ҳолда, операциядан олдин таш=ис алоҳида ҳолатларда тўғри аниқланади. Ушбу патологиянинг ривожланиш этиологияси замонавий тиббиётда сирлигича қолмоқда ва операциядан олдинги даврда таш=ис қўйиш қийинлиги натижасида ўзига кўпроқ қизиқиш уйғотмоқда. Мойиллик олиб келувчи омиллар (қорин бўшлиғидаги ёпишқоқлик, вентрал чурра, семириш, қорин аъзоларининг сурункали яллиғланиши) ва ишлаб чиқарувчи омиллар (жисмоний зўриқиш, кўп миқдордаги овқатни истеъмол қилиш, қорин бўшлиғи ички босимининг кескин кўтарилиши ёки қорин олд девори мушакларининг кескин қисқариши) мавжуд. Кўпинча катта чарви бўлагининг буралиш клиникаси қорин бўшлиғининг ўткир аппендицит, ёпишқоқ этиологияли ўткир ичак тутилиши, ўткир холецистит каби патологиялари билан симуляция қилинади. Сўнги ун йил ичида миниинвазив жарроҳлик, хусусан, мултипорт ва битта портли лапароскопик жарроҳлик кенг қўлланилмоқда. Мақолада операциядан олдинги ташҳиснинг қийинчиликлари, дифференциал диагностикада лапароскопиянинг роли ва қорин ёғ тузилмаларининг буралиши ва некрозининг клиник кечиши хусусиятлари ёритилган.

Калит сўзлар: катта чарви бўлагининг буралиши ва некрози, ўткир холецистит, диагностик лапароскопия.

В структуре острых хирургических заболеваний перекрут и/или некроз жировых структур брюшной полости – жировых подвесков толстой кишки, предбрюшинных липом, пряди большого сальника, встречается достаточно редко, по сводным данным разных авторов они определяются с частотой порядка 0,3 % [2,6], по литературным данным дальнего зарубежья частота встречаемости составляет 0,0016-0,37% [3, 5] а среди острых хирургических заболеваний толстой кишки – до 1,19% [4, 10].

Впервые о данной патологии было упомянуто ещё в 1851 г., но подробно клиника и хирургическое лечение перекрута большого сальника были описаны Оберстом в 1882 году [4, 5]. По данным некоторых источников, данная патология впервые была описана Eitel в 1899 году [6, 7]. В медицинской литературе периодически печатаются сообщения о клинических случаях с неожиданной для оперирующих хирургов интраоперационной находкой – первичный перекрут пряди большого сальника, и на сегодняшний день насчитывается всего около 300 таких наблюдений [8, 12].

При завороте пряди большого сальника происходят сдавление и тромбоз основных его сосудов, ведущие к ишемии и некрозу пряди большого сальника.

По данным И.М. Абдулжавадова, К.Л. Бохана (2006), по частоте встречаемости заворот отростка занимает первое место, воспаление – второе, ущемление – третье, отрыв – четвертое. По частоте локализации поражения на первом месте стоит сигмовидная ободочная кишка, на втором – слепая, на третьем – восходящая ободочная, на четвертом – поперечная ободочная, на пятом – нисходящая ободочная.

Следует отметить, что первичный перекрут большого сальника также именуют идиопатическим, в виду неясности этиологии. Весьма интересным является «перистальтическая теория», согласно которой механизм возникновения перекрута большого сальника объясняется разнонаправленностью перистальтики желудка и толстой кишки: желудок сокращается слева направо, сверху вниз, а восходящая и поперечная кишка – справа налево и снизу вверх, что приводит к механическому передвижению прядей сальника [1, 8, 11].

Особенностью указанных острых хирургических заболеваний является отсутствие патогномичных признаков и специфических данных клинико-лабораторных показателей, а также объективные сложности их неинвазивной инструментальной диагностики. У большинства пациентов с перекрутом и/или некрозом жировых структур брюшной полости при физикальном обследовании выявляются болезненность при пальпации живота, чаще она имеет локальный характер [9, 14].

Редкость заболевания, отсутствие ярких клинических проявлений болезни часто ведут к диагностическим ошибкам. Значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике заболевания жировых подвесок ободочной кишки и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно ободочной кишки.

На дооперационном этапе заподозрить перекрут и некроз жировых структур брюшной полости удастся лишь в 10,5% случаев. Применение видеолапароскопии позволяет диагностировать данную патологию почти во всех случаях и успешно выполнить лапароскопическое вмешательство у 88,5% пациентов, не прибегая к лапаротомии [1, 9, 10, 13, 15].

Естественно, что в настоящее время все большее значение в диагностике перекрута и/или некроза жировых структур брюшной полости и в их лечении придается лапароскопии, однако, стоит отметить, что конверсия и переход на лапаротомию по-прежнему требуется в 5–11% предпринятых лапароскопических вмешательств [1, 3, 9, 10].

Ниже, приводим клиническое наблюдение из собственной практики в соответствии с этическим стандартом Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации (2000 г.).

Больная Н.М., история болезни №8201/702, 54 года, поступила в хирургическое отделение Многопрофильной клиники ТМА в экстренном порядке через четыре суток с момента заболевания с болевым синдромом в животе. При поступлении жалобы на боли в правой подреберной области постоянного характера, тошноту, рвоту, общую слабость. Со слов больной, развитие данного заболевания связывает с нарушением диеты. За медицинской помощью обращалась амбулаторно по месту жительства, где больная была обследована на УЗИ (заключение: острый холецистит, хронический панкреатит). Больная дома принимала лекарственные препараты (нош-па), без эффекта. Из-за усиления болевого синдрома обратилась в Многопрофильную клинику ТМА госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом «Хронический холецистит».

При поступлении состояние больной средней тяжести, пациентка умеренного питания. Кожные покровы и склеры обычной окраски. В легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 20 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, пульс 86 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания слабо, при пальпации мягкий, резко болезненный в области правого подреберья, локально отмечает напряженность мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается ослабленно, газы отходят, был самостоятельный стул, мочится без расстройств, диурез адекватный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 99 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,2-9,0-9,6 \times 10^9$ /л; ВСК 03,30-04,00. *Общий анализ мочи:* общий белок – 0,033%; билирубин – отр.; эпителий – 12-15/1; лейкоциты – 3-4/1; эритроциты – абс; соли (ураты) +. *Биохимия крови:* АЛТ – 19 U/L; АСТ – 11 U/L; общий билирубин – 16 ммоль/л; глюкоза после еды – 4,5 ммоль/л; общий белок – 74,8 г/л; мочевины – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62,4 ммоль/л. *Коагулограмма:* гематокрит – 35%; фибриноген – 4,72 г/л; ПТИ – 92%; тромботест – 6; МНО – 1,15.

Рентген: умеренный пневматоз кишечника. *УЗИ органов брюшной полости:* признаки хронического холецистита (конкременты не выявлены), хронического панкреатита, выраженный пневматоз кишечника.

Кардиолог: Гипертоническая болезнь 2 ст. Артериальная гипертензия 1 ст. Риск 2.

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, больной выставлен диагноз «*Основной:* Острый бескаменный холецистит. *Осложнение:* Перитонит. *Сопутствующий:* Гипертоническая болезнь 2 ст. Артериальная гипертензия 1 ст. Риск 2. Хронический панкреатит. Хроническая анемия 1 ст.».

Под эндотрахеальным наркозом выполнена операция «Диагностическая лапароскопия. Верхняя срединная лапаротомия. Резекция некротизированного участка большого сальника. Дренирование брюшной полости». При видеолапароскопии, на переднебоковой стенке живота справа отмечается интимный спаечный процесс между частью большого сальника, петлей тонкого кишечника и передне-боковой стенкой живота. Спаечный процесс тупым путем разъединен от передней брюшной стенки, петля тонкого кишечника отделена от спаечного процесса. Спаечный инфильтрат размерами 15x10 см, плотной консистенции, темно-багрового цвета, попытки дальнейшего разъединения безуспешны, из-за технических трудностей выполнена конверсия.

Спаечный процесс разъединен острым и тупым путем, выявлено, что имеется перекрут в области печеночного угла пряди большого сальника. Выполнена резекция некротизированной пряди большого сальника. При ревизии желчный пузырь не увеличен, стенки тонкие, в полости конкременты не выявлены. Выполнена дренирование брюшной полости (рис. 1 а, b, с).

Послеоперационный диагноз: «*Основной:* Перекрут и некроз пряди большого сальника. *Сопутствующий:* Гипертоническая болезнь 2 ст. Артериальная гипертензия 1 ст. Риск 2. Хронический панкреатит. Хроническая анемия 1 ст.».

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, антикоагулянтная, инфузионная, анальгетическая терапия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж из брюшной полости удален на 3 сутки в послеоперационном периоде, после контрольного УЗИ брюшной полости (в отлогих участках брюшной полости и в малом тазу свободной жидкости не выявлено).

Пациентка на пятые сутки в удовлетворительном состоянии выписана домой. Швы сняты на десятые сутки, заживление раны первичным натяжением.

Гистологическое заключение № 1934-43

Заключение: жировая ткань с межуточным отеком, некрозом и кровоподтеком (рис. 2).

Таким образом, на сегодняшний день диагностическая лапароскопия является самым эффективным и безопасным методом диагностики перекрута жировых структур брюшной полости в 97,8% случаев. Диагностическую лапароскопию можно считать золотым стандартом, которая при отсутствии патологии брюшной полости позволяет ей же закончить вмешательство или дает возможность выбора правильной хирургической тактики.

В приведенном примере перекрута и некроза пряди большого сальника, использование видеолапароскопии позволило достоверно установить диагноз и выполнить адекватное хирургическое вмешательство.

Благодарность

Данный случай из практики поддержан администрацией и сотрудниками отделения хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии.

Библиографические ссылки:

1. Арипова Н.У. и др. Малоинвазивные методы в ургентной хирургии билиарной системы // *Анналы хир гепатол.* – 2003. – Т. 2. – С. 259–260.

2. Баймаков С.Р. и др. Некроз сальникового отростка восходящей ободочной кишки, симулировавший острый живот (случай из практики) // *AIJR Abstracts.* – 2020. – С. 47.

3. Баймаков С.Р., Адилходжаев А.А. Нестандартная лапароскопическая холецистэктомия при situs inversus viscerum // *Биология.* – 2021. – №. 1. – С. 125.

4. Баймаков С.Р., Жамилов У.Р., Юнусов С.Ш., Аширметов А.Х. Сочетание острого аппендицита с перекрутом и некрозом жирового подвеска толстой кишки при транспозиции внутренних органов // *Вестн. хир.* 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sochetanie-ostrogo-appenditsita-s-perekrotom-i-nekrozom-zhirovogo-podveska-tolstoy-kishki-pri-transpozitsii-vnutrennih-organov> (дата обращения: 17.10.2022).

5. Джанобилова С.М., Курбанов У.А., Сайфуллоев Б.С., Холов Ш.И. Первичный перекрут пряди большого сальника. Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны». 2013;(1):65-67. Janobilova S.M., Kurbanova U.A., Saifulloev B.S., Kholov Sh.I. Primary strand's omentum torsion. Nauchno-medicinskiy jurnal "Vestnik Aviceni". 2013;(1): 65-67. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2013-15-1-65-67>

6. Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Казуистический случай сочетания перекрута большого сальника и острого флегмонозного аппендицита. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2019; (1): 54–58. Myakonkiy R.V., Kaplunov K.O. The caustic case of a combination of a torsion of a greater omentum and an acute phlegmonous appendicitis. Volgogradskiy nauchno-medicinskiy jurnal. 2019;(1): 54–58. ISSN 2309–7183

7. Самсонов В.Т., Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Абдуламитов Х.К., Саттарова З.И. Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении заболеваний, симулирующих острый аппендицит. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017; (6): 22–27. Samsonov V.T., Ermolov A.S., Guliaev A.A., Yartsev P.A., Abdulamitov Kh.K., Sattarova Z.I. Videolaparoscopy in diagnosis and treatment of diseases simulating acute appendicitis. Khirurgiya. 2017; (6): 22–27. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017622-27>.

8. Самсонов В.Т., Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Рогаль М.М. Видеолапароскопия в экстренной хирургии редко встречающихся, атипичных заболеваний. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020; (11):

25–31. Samsonov V.T., Ermolov A.S., Gulyaev A.A., Yartsev P.A., Rogal M.M. Laparoscopy in emergency surgery of rare atypical diseases. *Khirurgiya*. 2020; (11): 25–31. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202011125>.

9. Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К. Перекрут и некроз пряди большого сальника и жировых подвесок толстой кишки. *Вестник экстренной медицины*. 2017, XI (3):30-33. Khadjibaev F.A., Gulomov F.K. Torsion and necrosis of greater omentum strand and appendix epiploica. *Vestnik ekstrennoy medicine*. 2017, XI (3): 30–33. ISSN 2010-9881.

10. Ali Z. Elsayed, Anaam R. Alhadeethi, Saifullah Khan, Mohamed E. Hassan, Khalid Al ali. Omental torsion, an overlooked differential diagnosis of acute abdomen in children. A case series. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*. Volume 64, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2020.101684>

11. Baimakov S.R. et al. Necrosis of the omental process of the descending colon, simulating an acute abdomen // IX Annual International Scientific-Practical Conference “Medicine Pressing Questions. – 2020. – Т. 4. – С. 47–48.

12. Baymakov S.R. et al. Combination of acute appendicitis with torsion and necrosis of epiploic appendage in the transposition of internal organs // *Grekov's Bulletin of Surgery*. – 2020. – №. 179. – С. 1.

13. Mihețiu A., Sandu A., Bratu D., & Mihețiu C. (2021). Laparoscopic Management of Primary Omental Torsion. *Case reports in surgery*, 2021, 5536178. <https://doi.org/10.1155/2021/5536178>.

14. Occhionorelli S., Zese M., Cappellari L., Stano R., & Vasquez, G. (2014). Acute Abdomen due to Primary Omental Torsion and Infarction. *Case reports in surgery*, 2014, 208382. <https://doi.org/10.1155/2014/208382>.

15. Zaleta-Cruz J.L., Rojas-Méndez J., Garza-Serna U., González-Ruvalcaba R., de Elguea-Lizarraga J.O., Flores-Villalba E. Torsión de epiplón. Reporte de caso. *Cir Cir*. 2017; 85: 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.circen.2016.12.001>.