

Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ;
ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3, Волгоград

КАЗУИСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПЕРЕКРУТА БОЛЬШОГО САЛЬНИКА И ОСТРОГО ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА

УДК 616.341-007.64:616.381-002

В статье приводится клинический случай редкого сочетания двух острых хирургических заболеваний: перекрута пряди большого сальника и острого деструктивного аппендицита, возникших на фоне физической нагрузки, произошедшего у мужчины 53 лет. Авторами описан вероятный патогенез, симптоматика и тактика хирургического лечения при возникшем клиническом кейсе, который закончился благополучно.

Ключевые слова: острый аппендицит, перекрут большого сальника, казуистика в хирургической практике.

R. V. Myakonkiy, K. O. Kaplunov

THE CASUISTIC CASE OF A COMBINATION OF A TORSION OF A GREATER OMENTUM AND AN ACUTE PHLEGMONOUS APPENDICITIS

The article presents the clinical case of a rare combination of two acute surgical diseases: a twist strands of the greater omentum and an acute destructive appendicitis, which arose against the background of a physical activity that occurred in men 53 years. The authors describe the probable pathogenesis, symptoms and tactics of a surgical treatment in the clinical case, which ended fine.

Key words: acute appendicitis, torsion of the greater omentum, casuistry in surgical practice.

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 % [1, 6–10, 14, 15]. Особенностью указанных острых хирургических заболеваний является отсутствие патогномоничных признаков и специфических данных клинико-лабораторных показателей, а также объективные сложности их неинвазивной инструментальной диагностики [1, 4, 10–16]. 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, могут выявляться аппендикулярные симптомы: Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина–Блюмберга [3–10].

По указанным причинам на дооперационном этапе достаточно редко ставится правильный диагноз, в абсолютном большинстве случаев диагноз становится ясен исключительно интраоперационно, при ревизии брюшной полости, предпринятой по поводу других острых хирургических или гинекологических заболеваний [1, 4, 8–14].

В лечении перекрута и/или некроза жировых структур брюшной полости хирургический метод следует признать основным, несмотря на имеющиеся предложения отдельных авторов по консервативному ведению пациентов в тех случаях, когда диагноз перекрута все же удается установить, не входя в брюшную полость [1, 9–11]. Очевидно, что хирургическое вмешательство может быть успешно выполнено как из срединной лапаротомии, так и лапароскопическим методом [11]. Выбор доступа в повседневной клинической практике, главным образом, определяется системой оказания неотложной хирургической помощи и оснащенностью конкретного стационара. 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, 4, 10–14].

Классическая открытая аппендэктомия – операция профессионального старта, именно с этого вмешательства, как правило, начинает каждый хирург. Отработанная техника данного оперативного вмешательства, частая встречаемость острого аппендицита, все это соблазняет хирурга к выполнению аппендэк-

томии при малейших подозрениях на острый аппендицит [2].

По официальным данным Минздрава РФ, в нашей стране в 2014 г. на стационарном лечении находились 225 636 пациентов с острым аппендицитом, 224 412 из которых были оперированы, летальность составила 0,13 %.

По сводным данным, из 80 регионов Российской Федерации на 2017 г., представленной Российским обществом хирургов (Нижний Новгород, 2018 г.), ситуация по острому аппендициту выглядела следующим образом: количество пациентов составило 176 131, оперативная активность 99,1 %, послеоперационная летальность 0,12 %, общая летальность 0,13 %.

Большинство хирургов, особенно начинающих, продолжают руководствоваться алгоритмом В. М. Минца (1909): «...операция должна быть продиктована намеками, а не вполне развившимися клиническими симптомами». Однако хирургу, вне зависимости от стажа и опыта, не следует забывать о том, что в клинической практике продолжает оставаться место для казуистических случаев [6].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Больной К., 53 года, поступил в хирургическое отделение в срочном порядке, через 10 часов от начала заболевания был доставлен каретой скорой медицинской помощью (СМП) с диагнозом: Острый аппендицит.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на умеренную боль в околопупочной и в правой подвздошной области, сухость во рту. Со слов пациента боль в животе появилась после физической нагрузки (находился на свадьбе, участвовал в конкурсах, танцевал). Травму отрицал. Когда возникла боль в животе, самостоятельно принимал спазмолитический препарат (но-шпу) – без эффекта, в связи с чем вызвал карету СМП.

Анамнез жизни без особенностей: туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекцию отрицал. Наследственность не отягощена, вредные привычки – курение отрицал, указал на эпизодический прием алкоголя. Гемотрансфузий и операций не было. Лекарственная непереносимость не выявлена, аллергологический анамнез не отягощен. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

При первичном объективном обследовании состояние расценено ближе к удовлетворительному. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Обращает на себя внимание, что при пальпации живота, вне зависимости от его отделов, пациент произвольно напрягает мышцы

передней брюшной стенки (управляемый дефанс), как бы препятствуя глубокой пальпации. Отмечены положительные аппендикулярные симптомы: Менделя–Раздольского, Воскресенского, Щеткина–Блюмберга, Черемского–Кушниренко [3].

По остальным системам и органам – без особенностей.

При поступлении пациент был осмотрен терапевтом, выставлен диагноз: Хронический гастродуоденит, вне обострения. Также выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Заключение

Наличие мелкодисперсной взвеси в полости желчного пузыря. Умеренные диффузные изменения в поджелудочной железе. Наличие свободной жидкости в правой подвздошной области толщиной до 0,8 см. Аппендикс достоверно не визуализируется.

На основании жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Острый аппендицит. В экстренном порядке пациент взят в операционную.

В связи с оперативным вмешательством согласно стандарту предоперационного обследования назначено обследование в объеме: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимическое исследование крови, коагулограмма, кровь на маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекцию, сифилис, определение группы крови и резус принадлежности, электрокардиография (ЭКГ).

В результатах анализов от 07.08.2018 г.:

ОАК: Эр. – $4,9 \times 10^{12/n}$, Нб – 156 г/л, Нб – 46,8 %, Тр. – $228 \times 10^{9/n}$, Лейк. – $14,1 \times 10^{9/n}$, э – 0 %, п – 5 %, с – 80 %, л – 11 %, м – 4 %, СОЭ – 18 мм/ч;

ОАМ: желтая, мутная, кислая, белок – 0,8 г/л, сахар – 0 %, лейкоц. – густо на все п/зр., слизь – значительное количество в п/зр.;

диастаза мочи – 790 Е/л;

биохимия крови – без изменений;

коагулограмма – без изменений;

серологические маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, сифилиса – отрицательно;

ЭКГ – без особенностей.

Из протокола операции: «...под спинномозговой анестезией косоперечным разрезом Н. М. Волковича – П. И. Дьяконова длиной 8,0 см вскрыта брюшная полость. Выделилось до 50,0 мл алой крови. Пациенту выполнена седация, введены миорелаксанты, выполнена интубация трахеи, больной переведен на эндотрахеальный наркоз. В связи с наличием гемоперитонеума, по абсолютным показаниям,

с целью ревизии органов брюшной полости, выполнена срединная лапаротомия с обходом пупка слева. При ревизии органов брюшной полости выявлен перекрут пряди большого сальника на 360 °С подкравливанием пульсирующей струйкой. Ниже места перекрута на сальник наложен зажим, произведена резекция сальника. Прошивание сальника. Гемостаз – сухо. При ревизии желудка, кишечника и паренхиматозных органов *ad oculus* патологии не выявлено. При ревизии купола слепой кишки с основанием червеобразного отростка видимая его часть багрового цвета, аппендикс напряжен, сероза с инъецированными сосудами, по ходу отростка определяется его булавовидное расширение в дистальной части. Брыжейка отростка из-за ее мясистой и инфильтрации порционно взята на зажимы, отсечена, прошита, перевязана.

Выполнена антеградная аппендэктомия. Культи аппендикса после обработки 70%-м этиловым спиртом погружена в купол слепой кишки кисетным и Z-образным швами. Контроль на гемостаз – сухо. Малый таз (Дугласово пространство) дренирован полихлорвиниловой трубкой. Послойное ушивание раны правой подвздошной области и лапаротомной раны. Швы на кожу. Асептическая повязка».

Макропрепараты:

- 1) прядь сальника 30,0 x 20,0 см бурого цвета с гематомой и начинающимся некрозом;
- 2) червеобразный отросток слепой кишки 7,0 x 0,5 см булавовидной формы в дисталь-

ной части, багрового цвета, напряжен, сероза с инъецированными сосудами, на разрезе слизистая утолщена с участками кровоизлияниями, в просвете продолговатый каловый камень 0,3 x 0,5 см.

Диагноз после операции: Перекрут пряди большого сальника. Гемоперитонеум. Вторичный аппендицит.

Результат прижизненного патологоанатомического (гистологического операционного материала) исследования от 17.08.2018 г.:

- препарат № 1: жировая ткань багрового цвета – жировая ткань с отеком, полнокроем сосудов, кровоизлияниями и локальным скоплением крови – гематома;

- препарат № 2: червеобразный отросток слепой кишки – флегмонозный аппендицит.

Послеоперационный период протекал гладко, пациент получал с целью обезболивания кеторол 1,0 мл 2 раза в сутки в/м, с целью профилактики инфекционных осложнений со стороны зоны операции, – антибиотик цефтриаксон 1000 мг 2 раза в сутки в/м. Улавливающий дренаж из малого таза удален через 1 сутки. Через день проводились перевязки. Швы сняты на 7-е сутки. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Пациент выписан на 8-й день госпитализации с выздоровлением.

В связи с выполненным оперативным лечением было рекомендовано продолжить амбулаторное лечение под наблюдением хирурга в поликлинике по месту жительства.





ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный казуистический случай из собственной клинической практики показывает, что оперирующему хирургу пришлось столкнуться с сочетанием перекрута большого сальника и острого флегмонозного аппендицита, который, по счастливому стечению обстоятельств, не привел к врачебной ошибке, развитию осложнений и возможного неблагоприятного исхода.

В то же время оба оперативных приема были выполнены из срединной лапаротомии, а доступ Волковича–Дьяконова оказался диагностическим и фактически излишним. Начало оперативного пособия с диагностической лапароскопии позволило бы произвести инспекцию брюшной полости, поставить правильный диагноз, выполнить конверсию на срединную лапаротомию и избежать дополнительной травматизации тканей передней брюшной стенки.

Следует отметить, что данный случай можно расценивать как благоприятное стечение обстоятельств, в результате которых самопроизвольно была предотвращена ошибка (недиагностированный перекрут пряди большого сальника с развитием ишемии и некроза), которая могла бы проявиться послеоперационным перитонитом.

Предпосылкой для подобного сценария могло стать то обстоятельство, что перекрут жировых структур брюшной полости не имеет патогномоничных симптомов и специфических отклонений в клинико-лабораторных показателях (в нашем случае отмечено повышение уровня диастазы мочи, возможно, маркер ишемии), а также относительную редкость данной патологии в рутинной хирургической практике.

На наш взгляд, учитывая современные тенденции в мировой и отечественной хирургии, этапом окончательной диагностики в urgentной хирургии должна стать диагностическая лапароскопия, позволяющая не допустить непреднамеренную ятрогению и совершение врачебной ошибки в нетипичных, казуистических случаях. Данное обстоятельство приобретает особую актуальность в настоящее время, когда преследование врачей, в том числе уголовное, зачастую является трендом современного российского общества. Говоря о начинающих хирургах, нужно признать существование социально-профессионального парадокса, заключающегося в том, что приступая к самостоятельной профессиональной деятельности, начинающий хирург несет за свои действия всю полноту юридической ответственности наравне с опытными коллегами. К сожалению, отечественная Фемида не учитывает существующий феномен гипоскиллии как следствие затянувшегося реформирования отечественного медицинского образования, в том числе в части подготовки хирургов [8].

Стоит обратить внимание, что диагностическая лапароскопия как этап окончательной диагностики острых хирургических (гинекологических) заболеваний органов брюшной полости является эффективным и безопасным методом, позволяющим установить диагноз перекрута жировых структур в брюшной полости в 97,8 % случаев. При этом завершить вмешательство лапароскопическим доступом удается у 93,3 % пациентов. Данная тактика при перекруте и/или некрозе жировых структур обладает рядом преимуществ перед лапаротомией, обеспечивая более раннюю активизацию пациентов и менее длительные сроки пребывания

ния в стационаре после хирургического вмешательства [10–12].

Данный клинический кейс демонстрирует трудности дооперационной диагностики перекрута и/или некроза жировых структур брюшной полости, а при сочетании двух и более острых хирургических патологий может стать причиной врачебной ошибки и развития непреднамеренной ятрогении.

Диагностическая лапароскопия как этап окончательной диагностики острой хирургической патологии следует рассматривать как золотой стандарт, целесообразно введение данной методики в регламентирующие документы: стандарты оказания медицинской помощи и национальные клинические рекомендации.

Отсутствие острой хирургической патологии, установленное при диагностической лапароскопии, позволяет ею же закончить вмешательство, что дает возможность сократить занятость хирургической койки, длительность госпитализации и нетрудоспособности пациента, а при острой хирургической патологии – выполнить малоинвазивное вмешательство или произвести конверсию.

Необходимо предусматривать оснащение хирургической службы, позволяющее рутинно выполнять диагностическую лапароскопию как метод окончательной диагностики в ургентной хирургии. При обучении студентов медицинских вузов, ординаторов и курсантов хирургического профиля, а также при формировании обучающих программ в рамках проекта непрерывного медицинского образования следует учитывать возможности применения диагностической лапароскопии, техническое выполнение которой доступно в том числе начинающим хирургам.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдулжавадов И. М.* Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний сальниковых отростков толстой кишки / И. М. Абдулжавадов // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 5. – С. 50–53.
2. *Быков, А. В.* Аппендэктомия как предиктор профессионализации начинающего хирурга в условиях экстренной хирургии / А. В. Быков [и др.] // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – № 3. – С. 132–136.
3. *Иванченко, А. Ю.* Мяконького – новый опорный симптом в диагностике острого аппендицита / А. Ю. Иванченко, К. О. Каплунов, Р. В. Симптом // Материалы II съезда хирургов Приволжского феде-

рального округа. – Нижний Новгород, 2018. – С. 149–154.

4. *Кургузов О. П.* Клинические маски заворота сальниковых отростков ободочной кишки / О. П. Кургузов // Хирургия. – 2006. – № 8. – С. 27–32.

5. *Мяконький, Р. В.* Аппендикулярная тройка / Р. В. Мяконький, А. Ю. Иванченко // Сборник материалов II съезда хирургов Приволжского федерального округа с международным участием. Под ред. М. В. Кукоша и В. В. Паршикова. – Нижний Новгород, 2018. – С. 159–164.

6. *Мяконький, Р. В.* Опорные симптомы острого аппендицита / Р. В. Мяконький, С. В. Иванченко // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – № 2. – С. 127–130.

7. *Мяконький, Р. В.* Выбор оперативной тактики в случае острого аппендицита с ретроцекальным расположением аппендикса в рутинной практике общего хирурга / Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2018. – № 4. – С. 53–55.

8. *Мяконький, Р. В.* Гипоскиллия как предиктор юридической уязвимости начинающих хирургов / Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов, С. В. Дронов // Сборник материалов II съезда хирургов Приволжского федерального округа с международным участием. Под ред. М. В. Кукоша и В. В. Паршикова. – Нижний Новгород, 2018. – С. 239–247.

9. *Мяконький, Р. В.* Новый опорный симптом при остром аппендиците у взрослых / Р. В. Мяконький [и др.] // Вестник ДГМА. Приложение. – 2018. – № 2 (27). – С. 212.

10. *Талов, Н. А.* Первичный заворот большого сальника / Н. А. Талов [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 9. – С. 70–71.

11. *Тимофеев, М. Е.* Клиника, диагностика и лечение патологических изменений сальниковых отростков толстой кишки / М. Е. Тимофеев [и др.] // Хирургия. – 2013. – № 10. – С. 77–83.

12. *Тимофеев, М. Е.* Особенности диагностики и лечения перекрута жировых структур брюшной полости лапароскопическим доступом / М. Е. Тимофеев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 5. – С. 13–16.

13. *Aronsky, D.* Abdominal fat tissue necrosis as a cause of acute abdominal pain. Laparoscopic diagnosis and therapy / D. Aronky [et al.] // Surg Endosc. – 1997. № 11 (7). – P. 737–740.

14. *Barut, I.* Lipoma of the parietal peritoneum: an unusual cause of abdominal pain / I. Barut [et al.] // Ann Saudi Med. – 2006. – № 26 (5). – P. 388–390.

15. *Sakamoto, N.* Omental torsion / N. Sakamoto [et al.] // Radiat Med. – 2006. – № 24 (5). – P. 373–377.

16. *Chowbey, P. K.* Torsion of appendices epiploicae presenting as acute abdomen: laparoscopic diagnosis and therapy / P. K. Chowbey [et al.] // Indian J. Gastroenterol. – 2003. – № 22 (2). – P. 68–69.