

УДК 616.344-002

**ПЕРЕКРУТ ЖИРОВОГО ПОДВЕСКА****Р. Р. Нигматуллин****КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Павлодар**

Основная доля всех заболеваний жировых подвесок ободочной кишки приходится на заворот подвеска сигмовидной кишки. На втором и третьем местах стоят – некроз подвесков сигмовидной и слепой кишки.

**Тұжырым  
Майдың іркілуі**

Тоқ ішектегі майдың іркілуіндегі жиілігінің өсу қарқыны байқалады. Сигмалы тоқ ішектің негізгі бөлігінің іркіліп бұралып кетуінің болуы. Бүйен ішекпен сигмалы тоқ ішектің некрозы – екінші және үшінші орында тұр.

**Summary  
Dispose epiploica torsion**

There is an increasing tendency of dispose epiploica torsion. The main share is concerns sigmoid intestine. On the second and the third places there are necrosis of sigmoid and cecum epiploica.

Заболевания жировых подвесок ободочной кишки (заворот, воспаление, некроз) встречаются редко и составляют 0,09-0,3% острых заболеваний органов брюшной полости [1-4, 15, 18, 19]. В структуре экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости удельный вес заболеваний сальниковых отростков достигает 0,21%, а среди острых хирургических заболеваний толстой кишки возрастает до 1,19% [1, 2, 19]. Анализ проявлений заболевания сальниковых отростков показал, что заворот жирового подвеска остается наиболее частой формой развития болезни. Некроз жировых подвесков является результатом заворота сальниковых отростков и их воспаления. Первичное воспаление жировых подвесков описано как казуистика. По данным различных статистик, заворот сальниковых отростков был обнаружен у 31,4% больных, тромбоз сосудов и инфаркт - у 15,6%, гангрена жирового подвеска - у 19,7%, острое воспаление и нагноение жировых подвесков - у 18,6% оперированных [1, 4, 7, 9, 10, 18, 19]. Летальность при заболеваниях сальниковых отростков достигала 1,6% [1-4, 6, 10, 13, 16-19].

Рассматривая перекут сальникового отростка как наиболее частую форму патологических изменений при данном заболевании, важно отметить, что это заболевание обусловлено комплексом взаимосвязанных факторов, среди которых общему ожирению и строению сальникового отростка отводится значительная роль [1, 3, 4, 7, 15, 17-19]. Подвижность как жировых подвесков, так и некоторых отделов толстой кишки, наклонность к спастическому и атоническому состоянию, образование липом на верхушке сальникового отростка способствуют его завороту. Редко завороту предшествует воспаление [4-7, 9-11, 16, 17, 19].

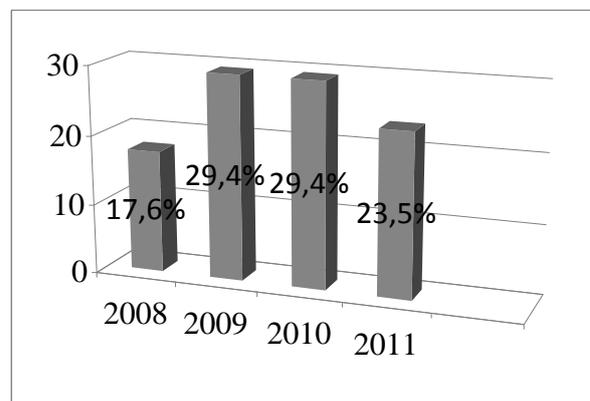
По сведениям разных авторов [1-4, 15, 16, 18, 19], число пораженных сальниковых отростков колеблется от 1 до 12. При завороте жировых подвесков происходят сдавление и тромбоз основных его сосудов, ведущие к ишемии и некрозу сальникового отростка и стенки ободочной кишки. В доступной литературе имеются сообщения об отрыве подвеска с развитием внутрибрюшного кровотечения из его основания, формировании инфильтрата, стенозировании просвета кишки, некрозе и перфорации ее стенки [14-19]. Среди причин развития заболевания жировых подвесков толстой кишки отмечают избыточную массу тела, пожилой возраст, ожирение. В развитии заворота сальниковых отростков имеют значение подвижность подвесков, их размеры и форма, наличие узкого и длинного основания, бурная перистальтика, наличие долихосигмы, аномалии развития ободочной кишки, спаечный процесс в брюшной полости, резкое повышение внутрибрюшного давления,

нарушение пассажа по кишечнику, эндокринные нарушения [1-3, 8, 9, 11, 13, 15, 18, 19]. Редкость заболевания, отсутствие ярких клинических проявлений болезни часто ведут к диагностическим ошибкам [1, 6, 8, 9, 12, 15, 17-19]. Значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике заболевания жировых подвесков ободочной кишки и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно ободочной кишки.

**Цели и задачи исследования:**

- Определить частоту встречаемости у мужчин и женщин;
- Выделить основные возрастные группы;
- Выявить различные формы заболеваний жировых подвесков и выявить их процентное соотношение.

Исследования проводились на базе КГКП «Больницы скорой медицинской помощи» г. Павлодара. Были проанализированы медицинские карты стационарных больных, с заболеваниями подвесков ободочной кишки, в период с 2008 г. по первый квартал 2011 г. (рис. 1).



**Рис. 1. Частота встречаемости с 2008 по первый квартал 2011гг.**

Было пролечено 17 человек. Из них женщины - 4 (23,5%) и мужчины - 13 (76,4%). В возрасте от 25 до 74 лет. Средний возраст составил 39 лет. В 2008г. - 3 человека (17,6%); в 2009г. - 5 (29,4%); в 2010г. - 5 (29,4%); а на первый квартал 2011г. составил - 4 (23,5%); При этом мы не нашли ни одного летального случая. Некроз жирового подвеска сигмовидной кишки встречался у 5 (29,4%) больных, слепой у 3 (17,6%) больных. Заворот жирового подвеска, располагавшегося немного выше червеобразного отростка, отмечался у 1 (5,8%) больного. Заворот жирового подвеска сигмовидной кишки встретился у 8 (47,0%) оперированных.

При этом мы не наблюдали вариантов множественного некроза или заворота подвесков.

Таким образом, путем нашего анализа за период с 2008 г. по первый квартал 2011 г. отмечается тенденция к росту частоты встречаемости заболеваний жировых подвесков ободочной кишки. Если в 2009-2010 гг. этот показатель особо не отличался, то только за первый квартал 2011г. нами было прооперированно 4 (23,5%) больных. Средний возраст составил 39 лет, в основном мужчины (76,4%). Летальных случаев нами не обнаружено. Основная доля всех заболеваний жировых подвесков ободочной кишки приходится на заворот подвеска сигмовидной кишки. На втором и третьем местах стоят – некроз подвесков сигмовидной и слепой кишки. И очень редко встречаются завороты жирового подвеска слепой кишки. Примечателен тот факт, что некроз жирового подвеска слепой кишки встречался чаще у лиц пожилого возраста, в равном соотношении мужчин и женщин. При этом мы не наблюдали вариантов множественного некроза или заворота подвесков. Своим исследованием, мы хотели обратить ваше внимание на то, что заболевания жировых подвесков ободочной кишки остаются одной из актуальных тем в экстренной хирургии. Как правило, urgentные хирурги выставляют диагноз клинически. Но не надо забывать о современных методах диагностики, особенно это относится к лапароскопии. В большинстве случаев удается правильно поставить диагноз, безусловно, за исключением редких патологий.

#### Литература:

1. Абдулжатов И.М. Заболевания сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1989; 2: 46-50.
2. Абдулжатов И.М. Заболевания сальникового отростка аппендицита. Клинический журнал 1990; 4: 73-74.
3. Абдулжатов И.М. Симптоматика заболеваний жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 1992; 2: 76-83.
4. Белых И.С., Малинецкий Т.Г. Патология жировых подвесков толстой кишки. Вестник хирургии 1984; 10: 79-80.
5. Буянов В.М., Перминова Г.И. Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний жирового подвеска. Хирургия 1987; 7: 102-105.
6. Добик П.И. К патологии, диагностике и лечению жировых привесков толстой кишки. Вопросы гнойной хирургии. Кишинев 1976; 97-100.
7. Забарский Д.Т., Смолкин Э.А., Лившиц Ю.Г. Заворот сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1984; 3: 59-60.
8. Ильченко В.Я., Рябухин К.М., Руденко Р.М. О диагностике заворота жировых придатков толстой кишки. Вестник хирургии 1972; 12: 101-102.
9. Коритэ В.Р. Заболевания жировых подвесков. Хирургия 1984; 12: 26-28.
10. Левковец Е.Н. О патологии жировых подвесков толстой кишки. Труды Ленинградского института усовершенствования врачей. Л 1970; 93: 59-65.
11. Орнатский В.В. Завороты аппендикса ерпидикае. Диагностика «острого живота». Л 1952; 419-422.
12. Орнатский В.В. Заворот жировых подвесков червеобразного отростка. Хирургия 1957.
13. Метревели В.В., Гонджилшвили Г.В., Казанцев Е.М., Чиквадзе Т.Ф. Хирургия 1989; 4: 99-101.
14. Подоненко-Богданова А.П., Ярополов В.И. Ошибки и опасности, связанные с патологией жировых придатков толстой кишки. Вестник хирургии 1972; 12: 103-104.
15. Рехачев В.П., Дуберман Л.Б., Ярыгин В.А. Диагностика и лечение перекута жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 1989; 8: 88-90.
16. Спыну А.В., Кабак А.И., Чумак И.В. Клинические «маски» эпиплоитов и тактика лечения. Вестник хирургии 1992; 3: 357-359.
17. Тимирбулатов В.М., Уразбахтин И.М., Хасанов А.Г., Нагаев Н.Р. Диагностика перекута сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1993; 3: 69-70.
18. Уразбахтин И.М. Диагностика и лечение заворота сальниковых отростков толстой кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург 1993.
19. Швецов С.К., Большаков И.А. Заворот жировых подвесков ободочной кишки. Хирургия 1992; 2: 76-80.

УДК 618.11-006.6-085.227.3

## СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ЯИЧНИКА

А. А. Кухарева

Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

#### Резюме

В статье проведен анализ методов химиотерапии рака яичника на современном этапе с использованием наиболее эффективных комбинаций цитостатиков. Рак яичников представляет особую форму злокачественных опухолей, так как более чем у 70 % больных к моменту диагностики опухоли развивается асцит.

#### Түжырым

#### Аналық бездің шаяны қазіргі терапиясы

Мақалада өте тиімді цитостатиков комбинациялардан қолдануымен қазіргі кезеңде яичника шаян химиотерапиялары әдістердің талдауы өткізілген. Көп не ісікке диагностикаға сәтке 70 % ауруы шөмен дамғандықтан, аналық бездердің шаяны қатерлі ісіктердің ерекше форманы ұсынып жатыр.

#### Summary

#### Modern therapy of ovarian cancer

The article analyzes methods of cancer chemotherapy of ovarian cancer at present using the most effective combinations of cytotoxic drugs. Ovarian cancer is a particular form of cancer, since more than 70% of patients at the time of diagnosis of tumors developed ascites.

Рак яичников представляет особую форму злокачественных опухолей, так как более чем у 70 % больных к моменту диагностики опухоли развивается асцит. Данная клиническая ситуация обусловлена тем, что диссемина-

ция происходит в результате эксфолиации опухолевых клеток с поверхности пораженного опухолью яичника с током внутрибрюшной жидкости по всей брюшной полости и таким образом, поражает париетальную и висцер-