



## ВКЛАД Л.М. РОШАЛЬ В ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА

Акимкина А.С., 315 гр., Беспалова В.А., 315 гр., Седелкова В.А. 315 гр.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Кафедра общей хирургии

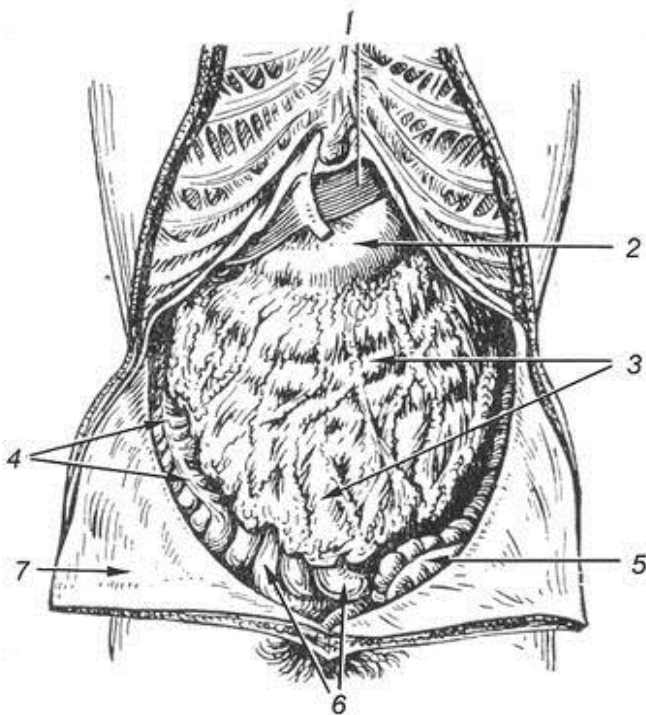
Научные руководители: доцент, к.м.н. Пешиков О.В., асс., к.м.н. Катунькина Т.В.



Интерес исследователей к анатомо-физиологическим свойствам большого сальника (БС) на протяжении всей истории хирургии не случаен. Активное участие в защитных реакциях брюшной полости с одной стороны, решающая роль в развитии продолженного воспаления и спайкообразования в послеоперационном периоде – с другой, а также уникальные пластические свойства, позволяющие широко использовать БС в реконструктивных операциях у детей, обусловили постоянное повышенное внимание детских хирургов и исследователей к этому органу [1, 2].

БС (*omentum majus*) является производным первичной дорсальной брыжейки желудка (дорсального мезогастрия); его развитие связано с образованием сальниковой сумки (*bursa omentalis*). У эмбриона БС появляется на 5 и окончательно формируется к 20 неделе внутриутробного развития. БС плода и новорожденного имеет пластинчатое строение и содержит мало жировой ткани, которая располагается исключительно вдоль желудочно-сальниковых артерий и их крупных ветвей. До 5-летнего возраста ее количество изменяется незначительно. С увеличением массы тела возрастает и масса жировой ткани сальника. Встречаются разнообразные варианты ее распределения. Это зависит, скорее, от массы тела ребенка, чем от его возраста и пола. Средняя площадь поверхности БС у детей колеблется от 0,2 до 0,6 м<sup>2</sup>, у взрослых – от 0,4 до 0,81 м<sup>2</sup>, что составляет почти половину всей поверхности брюшины [2].

Размеры и топографическое расположение БС зависят от возраста ребенка. Так, у доношенного новорожденного сальник прикрывает четверть площади тонкой кишки, в 3-4 мес. – 2/3, к 5 годам – достигает изгибов поперечной ободочной кишки, а в возрасте 5-10 лет в зависимости от длины и содержания жировой ткани может быть абсолютно похожим на БС взрослого [1, 2].



Функция БС долгое время оставалась предметом споров ученых. В ходе исследований было показано, что при патологических состояниях БС приобретает совершенно особые свойства: пластичность, способность к адгезии с травмированной и воспаленной поверхностью, гемостазу, реваскуляризации, абсорбции жидкости из брюшной полости, иммунологическому реагированию [1]. К настоящему времени накоплен большой экспериментальный опыт, свидетельствующий об активной роли БС в защите брюшной полости от инфекции. Оценивая защитную функцию БС у детей, в первую очередь следует остановиться на его способности создавать ограничительный вал вокруг интраперитонеального воспалительного очага [1, 2]. Факторами, активизирующими защитные свойства ткани сальника, являются: механическое повреждение серозной поверхности; инфекционный процесс;

инородный материал; ишемия ткани сальника и органов брюшной полости; нарушение перистальтики кишечника. В заключение необходимо подчеркнуть функциональное многообразие и уникальность БС для организма ребенка.

### Список литературы:

1. Гатауллин Н.Г. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника. / Н.Г. Гатауллин, Ш.Х. Ганцев, С.Н. Хунафин. – Уфа.: Башк. Изд-во. ,1988. – С. 96.
2. Поддубный И.В. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей / И.В. Поддубный, В.О. Трунов // Детская хирургия. – 2002. – №5. – С. 42-44.