

Блахов Н.Ю.², Чуманевич О.А.¹, Мазаник А.В.¹, Трухан А.П.¹,
Пивоварчик С.Н.¹, Горустович А.Г.³, Ливай К.В.²

ПАТОЛОГИЯ ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ. ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

*ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский
центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»¹*

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный
медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии²*

*ГУ «1-й военный госпиталь органов пограничной службы
Республики Беларусь»³*

Резюме: Чаще всего воспаление жировых привесков возникает из-за их перекрута, тромбоза сосудов и инфаркта, гангрены, острого воспаления. Исходя из вышесказанного, возникает необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики данной патологии, которая не всегда оказывается успешной даже при применении всего имеющего арсенала диагностических методов.

Ключевые слова: жировой привесок, перекрут и некроз жирового привеска, дивертикулит, долихосигма.

Невзирая на широкий спектр возможных морфологических нарушений жировых подвесков (ЖП) ободочной кишки, заболевания последних относятся к редким и встречаются у 0,04-0,3% пациентов с острыми хирургическими

заболеваниями органов брюшной полости, при этом такой диагноз редко удается поставить на дооперационном этапе (не более чем в 63% наблюдений) [1].

В большинстве наблюдений патология ЖП обнаруживается во время лапароскопии или лапаротомии, показаниями к которым, как правило, служат подозрения на другие заболевания органов брюшной полости и малого таза [2].

По данным литературы, среди всех заболеваний ЖП ободочной кишки наиболее часто (31,4%) встречается перекрут ЖП. Кроме того, частота поражений ЖП находится в прямой зависимости от их расположения в ободочной кишке с ее увеличением в дистальном направлении [2, 3].

При развитии заболевания ЖП ободочной кишки имеют значение некоторые общие факторы, такие как возраст, нарушение обмена жиров, их локализация, форма и размеры, наличие узкого или широкого основания, бурная перистальтика, долихосигма, повышение внутрибрюшного давления, нарушение пассажа по кишечнику, эндокринные нарушения, спаечный процесс в брюшной полости [4].

К провоцирующим факторам развития заболевания ЖП относят резкие движения (сгибание, разгибание), тяжелую физическую нагрузку, резкое снижение массы тела, голодание или переедание, закрытую травму живота [3].

Перекрут и некроз ЖП встречается у лиц зрелого и пожилого возраста, примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. В большинстве описанных наблюдений пациенты с перекрутом и некрозом ЖП имели нарушение обмена жиров [4, 5].

В клиническом течении заболевания характерных симптомов, указывающих на наличие перекрута ЖП ободочной кишки, нет. Поэтому диагноз, основанный только на клинических проявлениях болезни, часто приводит к диагностическим ошибкам и нуждается в дополнительной дооперационной объективизации.

Как правило, заболевание возникает остро с появления постоянной боли в животе, являющейся основным симптомом данной патологии. Боль чаще всего локализуется в левой или правой подвздошной области, может периодически усиливаться, не иррадирует (при отсутствии вовлечения в воспалительный процесс других органов). Самостоятельный прием различных лекарственных средств (анальгетиков, спазмолитиков) не купирует болевой синдром, что заставляет пациентов обращаться за медицинской помощью. Тошнота, рвота, задержка стула и газов, диарея не характерны для перекрута и некроза ЖП и встречаются не более чем в 30% наблюдений [1].

Температура тела может оставаться нормальной, а в ряде наблюдений повышается до субфебрильной. Перекрут и некроз ЖП характеризуется более мягким течением и более медленным нарастанием симптоматики, что обуславливает позднюю обращаемость ряда пациентов (до 8 суток от начала заболевания). В среднем сроки поступления пациентов в стационар от начала заболевания составляют 1-3 дня [3,4].

Физикальное обследование пациентов, как правило, позволяет выявить только локальную болезненность при пальпации, в ряде наблюдений —

ограниченное напряжение мышц передней брюшной стенки. Существенные диагностические трудности возникают при локализации боли в правой подвздошной области, так как нередко у этих пациентов выявляются также симптомы острого аппендицита (Ровзинга, Ситковского и др.) [1,2].

При длительном существовании перекрута и некроза ЖП возможно развитие инфильтратов, вовлекающих соседние органы брюшной полости и малого таза, на что могут указывать жалобы на дизурические расстройства (при вовлечении стенки мочевого пузыря), боль в правом подреберье (при вовлечении желчного пузыря, печени) и др. Это нередко приводит к установлению ошибочного диагноза и неверной тактике ведения таких пациентов [3].

Лабораторные методы исследования не позволяют обнаружить каких-либо специфичных изменений: в анализах крови могут отмечаться умеренный лейкоцитоз (до $12 \times 10^9/\text{л}$), незначительное повышение уровня С-реактивного белка. Зарубежные авторы подчеркивают значительную роль ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии брюшной полости в диагностике перекрута и некроза ЖП [4].

Эти неинвазивные методы позволяют визуализировать измененный привесок, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов брюшной полости и малого таза. Тем не менее, в 50-63,4% наблюдений неинвазивные лучевые методы не позволяют обнаружить изменений ЖП, либо выявленные изменения трактуют как проявление другого заболевания органов брюшной полости и малого таза. В то же время инвазивные методы (ирригоскопия, колоноскопия) при заболеваниях ЖП недостаточно информативны [2].

В связи с этим на дооперационном этапе, как правило, устанавливают диагноз других заболеваний органов брюшной полости и малого таза, при этом наиболее частыми являются дивертикулит (до 50% наблюдений), острый аппендицит (13-76,5%), почечная колика (до 35%), перитонит (до 27,3%), заболевания придатков матки (до 19,6%) [2].

Большую диагностическую ценность при патологии ЖП ободочной кишки имеет лапароскопия, позволяющая выбрать адекватную тактику лечения и являющаяся, по мнению большинства авторов, основным методом диагностики перекрута и некроза ЖП с верификацией диагноза в 83-100% наблюдений [2].

В настоящее время вопрос о лечебной тактике при перекруте и некрозе ЖП окончательно не решен. Зарубежные авторы придерживаются мнения о консервативном лечении этого заболевания, однако такая тактика может приводить к развитию осложнений, рецидиву заболевания (до 10% наблюдений). Большинство авторов являются сторонниками хирургического лечения – удаления пораженного ЖП, которое может быть выполнено с использованием как лапароскопического, так и лапаротомного доступов [3].

Некоторые хирурги предпочитают при перекруте и некрозе ЖП выполнять операцию непременно из лапаротомного доступа, в ряде наблюдений сочетая удаление вовлеченного ЖП с перитонизацией его ложа серозно-мышечными швами [2].

Заключение: Диагностика перекрута и некроза ЖП представляет значительные трудности как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. Клиническая картина, данные лабораторных, неинвазивных и инвазивных лучевых и эндоскопических методов исследования чаще неспецифичны и маловыразительны. Данная нозология чаще протекает под «маской» других острых хирургических и гинекологических заболеваний органов брюшной полости. Поэтому данные особенности, зачастую, приводят к диагностике данной патологии только во время оперативного вмешательства по поводу синдромосходных заболеваний брюшной полости. Лапароскопическое вмешательство является основным диагностическим и, при определенных благоприятных условиях, лечебным методом при перекруте и некрозе ЖП ободочной кишки со всеми преимуществами малоинвазивного доступа. Редкая встречаемость, неосведомленность врачей о заболевании ЖП, необходимость хирургического лечения заболевания обуславливают актуальность изучения особенностей клинической картины, возможностей различных лабораторно-инструментальных методов в диагностике заболеваний ЖП ободочной кишки [3,5].

Литература

1. Абдулжавадов, И.М. Лапароскопическая диагностика заворота сальниковых отростков толстой кишки у женщин / И.М. Абдулжавадов // Эндоскопическая хирургия, 2005. №5 С. 33—35.
2. Кашпитарь А.В. Применение лапароскопии в диагностике и лечении острых заболеваний сальниковых отростков сигмовидной ободочной кишки / А.В. Кашпитарь // Клиническая хирургия 1995. С. 46—47.
3. Эфендиев, Ш.М. Заболевания жировых подвесков ободочной кишки / Ш.М. Эфендиев, О.В. Волков, М.А. Курбанов и др. // Хирургия 2003. С. 64—66.
4. Sand, M. Epiploic appendicitis – clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis / M. Sand [et al.] // BMC Surgery, 2007. Vol. 11. P. 47–50.
5. Silva P.D., Ripple J. Laparoscopic diagnosis and treatment of an infarcted epiploic appendage / P.D. Silva, J. Ripple // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1996. Vol. 3 (2). P. 325–327.