

Ливай К. В.

ПАТОЛОГИЯ ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Научные руководители доцент кафедры ВПХ, к.м.н. Блахов Н. Ю.

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Перекрут и некроз жировых подвесков толстой кишки является редко встречающейся (0,1–0,3%) патологией у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Редкость заболевания и трудности диагностики, отсутствие патогномоничных симптомов определяют актуальность темы.

Цель: обосновать критерии клинической диагностики некроза жировых подвесков и определить наиболее подходящую тактику лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с патологией жирового подвеса в 432 Главном военном клиническом медицинском центре Вооруженных Сил Республики Беларусь за период с 2012 по 2018 гг.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента (мужчины 91.2% (31), женщины 8.8% (3)) с острым заболеванием жирового подвеса толстой кишки в возрасте от 19 до 78 лет ($42.4 \pm 5,4$ года). 82.4% (28) имели избыточную массу тела, индекс массы тела $29 \pm 2,8$ года. Первично по этой патологии были госпитализированы 91.2% (31) пациентов, повторно 8.82% (3). В первые сутки от начала заболевания поступили в стационар 50% (17) пациентов, максимальный срок от начала заболевания составил 11 суток. Общую слабость и недомогание отмечали 26.4% (9) пациентов, снижение аппетита – 5.9% (2). При пальпации 85.2% (29) пациентов предъявляли жалобы на боль в левой подвздошной области, на боль в правой подвздошной области – 14.7% (5). Вздутие живота выявлено у 5.9% (5) пациентов. У всех пациентов отмечалась нормальная перистальтика. У 76.4% (26) пациентов отмечались перитониальные симптомы. Абсолютно все 100% пациенты имели нормального цвета стул, без патологических примесей с частотой 1-2 раза в день. Так же все отмечали свободное, безболезненное, без патологических примесей мочеиспускание с частотой 4-7 раз в дневное время и 0-2 раза в ночное. Температура тела при поступлении у 58.8% (20) пациентов находилась в пределах нормы, 41.2% (14) имели субфебрильные цифры. У 35.2% (12) пациентов отмечался незначительный лейкоцитоз в общем анализе крови (до 13.2×10^9). Рентгенологическое и ультразвуковое исследование пациентов данных за патологию жировых подвесков не выявили. Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия. Перед оперативным вмешательством 14.7% (5) пациентов проводилась антибиотикопрофилактика. Операция по времени в среднем заняла $35 \pm 4,5$ минут. Выпот определялся у 14.7% (5) в объеме до 50 мл. Привесок находился на сигмовидной кишке в 58.8% (20) случаев, на нисходящем отделе ободочной кишки – в 29.4% (10), в восходящем отделе ободочной кишки – в 5.8% (2), на брыжейке червеобразного отростка – 2.9% (1), на слепой кишке – 2.9% (1). Средние размеры привеска в продольно-поперечном направлении составили 2.7 на 1.9 см соответственно. Привесок удалялся при помощи аппаратов LigaSure или UltraSigion. Всем пациентам был поставлен дренаж в малый таз. У 76.4% (26) пациентов срок стояния дренажа составил 1 сутки, у 29.2% (7) – 2 суток и 2.9% (1) – 3 суток. У 64.7% (22) пациентов проводили антибактериальную терапию в послеоперационном периоде.

Выводы.

1. Основную массу пациентов составляют мужчины (91.2%).
2. Клиническая картина, данные лабораторных, неинвазивных и инвазивных лучевых и эндоскопических методов исследования при патологии жирового подвеса ободочной кишки чаще неспецифичны и маловыразительны
3. Основным методом диагностики является диагностическая лапароскопия.