

К.В.Ливай

ПАТОЛОГИЯ ЖИРОВЫХ ПРИВЕСКОВ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент. Н.Ю.Блахов

Кафедра военно-полевой хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

432 ГВКМЦ, г. Минск

K.V.Livai

Patology of fatty appendages

Tutors: docent N.Y.Blakhov

Department of Military field surgery

Belarussian State Medical University, Minsk

Резюме. Чаще всего воспаление жировых привесков возникает из-за их перекрута. Редкость этой патологии и отсутствие патогномичных признаков затрудняют диагностику. Окончательным методом диагностики является лапароскопия.

Ключевые слова. Жировой привесок, перекрут жирового привеска .

Resume. Most often, the inflammation of omental processes occurs because of torsion. The rarity of this pathology and the absence of pathognomonic signs complicate the diagnosis. Laparoscopy with the final diagnostic method.

Key words. Fatty appendage, torsion of the adipose pendant.

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. Среди причин развития заболевания отмечают нарушение обмена жиров, пожилой возраст, наличие бурной перистальтики кишечника, долихосигму, аномалии развития ободочной кишки, резкое повышение внутрибрюшного давления, эндокринные нарушения, спаечный процесс в брюшной полости и, как следствие, нарушение пассажа по кишечнику. Как правило, патология жировых привесков встречается преимущественно в левой половине ободочной кишки и, прежде всего, в сигмовидной кишке. Зачастую пациентов госпитализируют и оперируют с такими диагнозами, как острый аппендицит, кишечная непроходимость, перитонит и др. Исходя из вышесказанного, возникает необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики данной патологии, которая не всегда оказывается успешной даже при применении всего имеющего арсенала диагностических методов. Редкость заболевания и трудности диагностики, отсутствие патогномичных 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 подвеска 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 под-

веска 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 $29 \pm 2,8$. 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 подвеска ободочной кишки чаще неспецифичны и маловыразительны
3. Основным методом диагностики является диагностическая лапароскопия.

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. Абдулжавадов, И.М. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний сальниковых отростков толстой кишки / И.М. Абдулжавадов // Эндоскопическая хирургия, 2005. №5 С. 50—53.
3. Алимбаев, Е.С. Случай из клинической практики: удаление жирового подвеска в грыже спигелиевой линии / Е.С. Алимбаев // Вестник АГИУВ, 2010. №3. С. 68—72.
4. Кочуков, В. П. Некроз сальникового отростка восходящей кишки, симулирующий острый аппендицит / В.П. Кочуков [и др.] // Хирургическая практика 2011. №4. С. 32—35.
5. Муканов, С.М. Эффективность лапароскопии при диагностике и лечении перекута саль-

Репозиторий БГМУ