

К ВОПРОСУ О ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖИРОВЫХ ПРИВЕСКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Д. С. Лобанов², В. В. Дарвин^{1,2}, А. Я. Ильканич^{1,2}, Н. В. Климова^{1,2}, Т. В. Девяткина²

¹ Кафедра госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет

² Сургутская окружная клиническая больница

Резюме. На основании собственного опыта авторами предложен и внедрен клинико-диагностический алгоритм при острых заболеваниях жировых привесков ободочной кишки, который позволил улучшить результаты лечения данной когорты пациентов. Эффективность консервативного лечения достигает 19,2 %. Лапароскопия остается оптимальным методом диагностики и лечения.

Ключевые слова: жировой привесок толстой кишки; компьютерная томография; клинико-диагностический алгоритм; лапароскопия.

ВВЕДЕНИЕ

Патология жировых подвесков толстой кишки достаточно редкое заболевание, составляющее 0,09–1,3 % в структуре острой абдоминальной хирургической патологии [1–4]. В ургентной хирургии толстой кишки частота острых заболеваний жировых подвесков достигает 0,7–1,2 % [3].

Клиническая диагностика некроза жирового привеска трудна в связи с отсутствием специфических симптомов заболевания. До недавнего времени диагноз в большинстве случаев устанавливали путем диагностической лапаротомии. В настоящее время для неинвазивной диагностики патологии жировых привесков используют ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию (КТ), которые позволяют выявить причину заболевания в 80,5–100 % [4–6]. По мнению ряда авторов, проведение КТ является одним из наиболее эффективных методов дифференциальной диагностики патологии жировых привесков с прочими острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями [5–8]. Этому противоречат данные, свидетельствующие об ограниченных возможностях клинических и неинвазивных методов диагностики заболевания на дооперационном этапе. При этом заподозрить перекрут и некроз сальниковых отростков ободочной кишки удается лишь в 10,5 % случаев [9]. По мнению V. Golash [10] видеолапароскопические вме-

шательства позволяют правильно установить диагноз в 100 % случаев и успешно выполнить лечебное оперативное вмешательство у 88,5 % пациентов, не прибегая к лапаротомии. Это подтверждается и целым рядом публикаций, посвященных проблеме диагностики и лечения острой патологии жировых привесков. Считается, что наиболее информативным диагностическим методом на сегодня все же является лапароскопия, которая позволяет не только поставить точный диагноз, но и определить дальнейшую тактику хирургического лечения, решить вопрос о продолжении эндоскопического лечения или конверсии и/или выбрать наиболее рациональный хирургический доступ [1, 3, 9, 10].

Все перечисленное подтверждает существование проблемы диагностики и лечения острой патологии жировых привесков и необходимости дальнейшего поиска оптимальной тактики ведения данной группы больных.

ЦЕЛЬ

Улучшение диагностики и результатов лечения больных с острой патологией жировых привесков толстой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основу настоящего исследования положены данные анализа результатов лечения 26 больных с острой

TOWARDS PATIENTS MANAGEMENT WITH ACUTE DISTRESS OF COLON EPIPLOIC APPENDAGE

D. S. Lobanov², V. V. Darvin^{1,2}, A. Ya. Ilkanich^{1,2}, N. V. Klimova^{1,2}, T. V. Devyatkina²

¹ Hospital Department Surgery, Medical Institute, Surgut State University

² Surgut Regional Clinical Hospital

Summary. On the basis of own experience the authors proposed and implemented a clinical diagnostic algorithm for acute colon epiploic appendage, which allowed improving the results of the treatment in this group of patients. The effectiveness of conservative treatment reaches of 19.2 %. Laparoscopy remains the optimal method of diagnosis and treatment.

Keywords: colon epiploic appendage; computer tomography; laparoscopy; clinicodiagnostic algorithm.

патологией жировых привесков толстой кишки, находившихся в хирургическом отделении БУ «Сургутская окружная клиническая больница» в период 2006–2015 гг. В анализируемой группе мужчин – 14 (53,8 %), женщин – 12 (46,2 %). Возраст варьировал от 18 до 71 года, при этом средний возраст составил $37,1 \pm 3,5$ лет. Всем пациентам при поступлении проводили стандартный комплекс обследования, включающий общеклиническое исследование, лабораторную диагностику (группа крови, общий анализ крови и мочи, по показаниям – биохимическое исследование и коагулограмму) и УЗИ органов брюшной полости.

При УЗИ изучали следующие параметры: наличие инфильтрата и/или жидкостного скопления; утолщение стенки, изменение перистальтики толстой кишки в проекции, определяемой физикально зоны интереса патологического участка.

В качестве дополнительного инструментального исследования 18 больным (69,2 %) выполнена КТ брюшной полости. Исследование проводили по традиционной методике с болюсным контрастным усилением на аппарате Aqualion (64-спиральный компьютерный томограф фирмы Toshiba) со следующими параметрами сканирования: стандартная компьютерная программа Abdomen, ScanThickness 0,5 mm, interval 3 mm; Couchspeed 47,5 mm/rot; 120 kv 168 mAs, 0,5 s/0,8 mm. Контрастировали с помощью контрастного вещества «Оптирей» (350 mgJ на ml, 100 ml). Анализ полученных изображений с постпроцессинговой обработкой осуществлялся с помощью программного комплекса Multivox с использованием различных вариантов мультипланарной реконструкции (МПР).

Лапароскопия выполнена 13 (50 %) больным, при этом оценивали локализацию, цвет жирового привеска, степень локального воспаления и вовлечение в воспалительный процесс органов и тканей брюшной полости, наличие патологического выпота в животе, наличие инфильтратов в проекции предполагаемого патологического очага.

Проанализированы клинические проявления заболевания, характер изменений в лабораторных анализах, данные УЗИ и КТ брюшной полости, результаты, полученные при диагностической лапароскопии, оценена эффективность лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди факторов, влияющих на своевременность диагностики острой патологии жировых привесков, можно отметить позднюю обращаемость за медицинской помощью. В нашем исследовании все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке, из них 23 (88,5 %) более чем через сутки от начала заболевания. Большая часть госпитализированных – 23 (88,5 %) были лицами трудоспособного возраста. Избыточный вес и ожирение были отмечены у подавляющего большинства – в 80,8 % наблюдений (21 больной).

Подозрение на острое заболевание жирового привеска толстой кишки возникало при выявлении клинических признаков данной патологии: постоянные тупые ноющие остро возникшие боли без иррадиации в левой или правой подвздошной области; отсутствие тошноты, рвоты. Пальпаторно выявлялась болезненность и локальная ригидность мышц передней брюшной стенки в левой или правой подвздошной области. В анамнезе у 22 (84,2 %) пациентов отмечены

нарушения дефекации. При первичном обследовании у 5 (19,2 %) поступивших в проекции патологического очага определялся болезненный малоподвижный инфильтрат. При лабораторном исследовании лейкоцитоз выявлен у 16 (61,5 %) больных. Гипертермия при госпитализации отмечена у 11 (42,3 %) пациентов.

При УЗИ ограниченный инфильтрат обнаружен у 5 (19,2 %) больных, ограниченное скопление жидкости – у 4 (15,4 %), снижение перистальтики и утолщение стенки толстой кишки в проекции патологического очага – у 8 (30,8 %).

Компьютерная томография брюшной полости выполнена 18 больным (69,2 %). По мнению ряда авторов, острое воспаление сальниковых отростков ободочной кишки имеет вполне типичную картину с точки зрения расположения, размера и плотности пораженного придатка [4; 5; 7; 8]. Мы обнаружили в 3 наблюдениях (11,5 %) поражение жировой ткани в проекции края толстой кишки овальной формы с двойным наружным контуром и гиподенсивным центром. Анализ полученных при КТ томограмм не позволил с достаточной уверенностью установить диагноз острой патологии жировых подвесков.

21 (80,8 %) пациент был подвергнут хирургическому вмешательству, которое выполняли под эндотрахеальным наркозом. С использованием лапароскопического доступа оперированы 13 (50 %) пациентов, при этом резекция некротизированного привеска проведена 9 (34,6 %) больным. Конверсия осуществлена у 4 (15,4 %) оперированных. Показанием к конверсии явились: перитонит – у 2 (7,7 %), невозможность установить причину заболевания при лапароскопии – у 2 (7,7 %) больных. Таким образом, лапароскопия носила лечебно-диагностический характер и позволила определить оптимальный хирургический доступ при необходимости конверсии.

Лапаротомным доступом были прооперированы 8 больных (30,8 %). Нижняя срединная лапаротомия выполнена 3 (11,5 %) больным, лапаротомия из минидоступа – 5 (19,2 %). Показаниями к операции послужили: местный серозный или серозно-гнойный перитонит – у 4 (15,4 %), при этом объем оперативного вмешательства включал резекцию жирового подвеска, санацию и дренирование брюшной полости. Воспалительный инфильтрат с абсцедированием выявлен у 4 (15,4 %) больных, подтвержденный до операции УЗИ – у 2 (7,7 %) (рис. 1, 2).

В нашем исследовании обнаружено более частое поражение левых отделов толстой кишки – в 78,9 %, правых – в 21,1 %. Острой патологии сальниковых отростков поперечной ободочной кишки в нашей практике не было.

Послеоперационное осложнение – ранняя спаечная кишечная непроходимость, было выявлено в одном наблюдении (7,1 %), что потребовало релапаротомии, интубации тонкой кишки. Местных инфекционных осложнений не было.

5 (19,2 %) пациентов были пролечены консервативно. Диагноз был верифицирован на основании данных инструментальных исследований (УЗИ и КТ брюшной полости). Лечение включало щадящий вариант диеты, нестероидные противовоспалительные препараты, спазмолитики, анальгетики и антибиотики широкого спектра действия (мы использовали защищенные полусинтетические пенициллины или комбинацию цефалоспоринов III поколения и метронида-

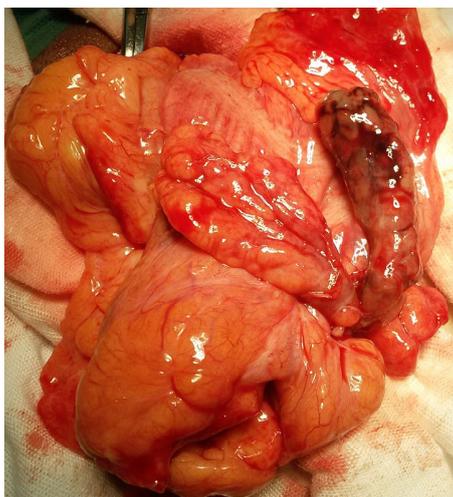


Рис. 1. Интраоперационная картина при острой патологии привесков толстой кишки



Рис. 2. Резицированный при лапароскопии привесок толстой кишки

зола в среднетерапевтических дозах). Длительность антибактериальной терапии составила $7,8 \pm 3,4$ суток. После стихания острых воспалительных явлений в лечебный комплекс была включена физиотерапия.

Средний койко-день составил $10,1 \pm 1,2$ суток. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии с выздоровлением.

Учитывая опыт лечения больных с острой патологией жировых привесков толстой кишки, нами была сформирована следующая лечебно-диагностическая маршрутная карта пациента (лечебно-диагностический алгоритм) (рис. 3).

При подозрении на острую патологию жировых привесков толстой кишки, возникшем на основании общеклинического исследования и лабораторной диагностики, выполняется УЗИ брюшной полости. При обнаружении инфильтрата без признаков абсцедирования проводится консервативное лечение. При сомнениях в наличии абсцесса – КТ брюшной полости с контрастированием и МПР. При отсутствии ультразвуковых

или томографических данных о наличии острой патологии жировых привесков толстой кишки выполняется лапароскопия как для верификации диагноза, так и для проведения резекции некротизированного подвеса. При выявлении перитонита или абсцедирования проводится лапаротомия, при этом предпочтение отдается минидоступу. Вид лапаротомного доступа уточняется при лапароскопии. При абсцедировании жировой привесок толстой кишки не удаляется. Выполняется дренирование малоинвазивным способом, при необходимости под УЗ- или КТ-навигацией.

ВЫВОДЫ

Диагностика острой патологии жировых привесков ободочной кишки основывается на дополнительных инструментальных методах исследования. Клинические проявления заболевания не носят специфического характера, это же касается и изменений в лабораторных показателях. Проведение УЗИ брюшной полости позволяет выявить изменения в очаге воспа-



Рис. 3. Схема лечебно-диагностической маршрутной карты при острых заболеваниях жировых привесков ободочной кишки

ления у 65,4 % обследуемых, но они не носят специфического характера. Значение КТ брюшной полости при данной патологии требует дальнейшего изучения. При этом отсутствие признаков абсцедирования и/или перитонита при верифицированном диагнозе перекрута/некроза жирового привеска ободочной кишки является показанием для консервативной тактики ведения пациентов, которая эффективна в 19,2 %. Лапароскопия остается оптимальным методом диагно-

стики, позволяющим не только установить диагноз, но и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения больных данной категории.

Соблюдение разработанного лечебно-диагностического маршрута для пациентов с острой патологией жировых привесков толстой кишки позволяет сократить время до принятия окончательного тактического решения до 98 ± 12 мин, а также количества проведенных исследований до 3 ± 1 .

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулжавадов И. М. Некроз жировых подвесков толстой кишки // Хирургия. 2006. № 2. С. 42–44.
2. Баулина Е. А., Николашин В. А., Баулин А. А. и др. Патология жировых подвесков // XIII съезд рос. общ-ва эндоскоп. хирургов : мат-лы съезда. 2009. С. 170–171.
3. Эфендиев Ш. М., Волков О. В., Курбанов М. А. и др. Заболевания жировых подвесков ободочной кишки // Хирургия. 2003. № 10. С. 64–66.
4. Brito P., de Gomez M. A., Besson M. et al. Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain // J Radiol. 2008. № 89 (2). P. 235–278.
5. Pereira J. M., Sirlin C. B., Pinto P. S. et al. Disproportionate fat stranding: a helpful CT sign in patients with acute abdominal pain // Radiographics. 2004. № 24 (3). P. 703–718.
6. Sandrasegaran K., Maglinte D. D., Rajesh A., Akisik F. M. Primary epiploic appendagitis: CT diagnosis // Emerg Radiol. 2004. № 11. P. 9–14.
7. Gakhal M. S. Epiploic appendagitis: a clinically valuable imaging diagnosis // Del Med J. 2010. № 82 (7). P. 237–277.
8. Singh A. K., Gervais D. A., Hahn P. F. et al. CT appearance of acute appendagitis // AJR Am J Roentgenol. 2004. № 183 (5). P. 1303–1310.
9. Шаповальянц С. Г., Тимофеев М. Е., Фёдоров Е. Д. и др. Видеолапароскопические вмешательства в неотложной хирургии перекрута и некроза салниковых отростков ободочной кишки / XI съезд хирургов России : тезисы докладов. 2011. С. 395.
10. Golash V., Willson P. D. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1,320 patients // Surg Endosc. 2005. № 19 (7). С. 882–887.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Лобанов Дмитрий Сергеевич – врач-хирург хирургического отделения, Сургутская окружная клиническая больница; e-mail: lobanov.dmitrij@rambler.ru.

Дарвин Владимир Васильевич – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: dvv@mf.surgu.ru.

Ильканич Андрей Яношевич – д. м. н., профессор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: ailkanich@yandex.ru.

Климова Наталья Валерьевна – д. м. н., профессор кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: lds34@yandex.ru.

Девяткина Татьяна Валерьевна – заведующая отделением ультразвуковой диагностики, Сургутская окружная клиническая больница; e-mail: tanyadeva@yandex.ru.

ABOUT AUTHORS

Lobanov Dmitry Sergeevich – Operation-surgeon, Department of Surgery, Surgut Regional Clinical Hospital; e-mail: lobanov.dmitrij@rambler.ru.

Darvin Vladimir Vasilyevich – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head of Hospital Surgery Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: dvv@mf.surgu.ru.

Ilkanich Andrey Yanoshevich – Doctor of Science (Medicine), Professor, Hospital Surgery Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: ailkanich@yandex.ru.

Klimova Nataliya Valeryevna – Doctor of Science (Medicine), Professor, Hospital Surgery Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: lds34@yandex.ru.

Devyatkina Tatyana Valeryevna – Head of Ultrasound Diagnostics Department, Surgut Regional Clinical Hospital; e-mail: tanyadeva@yandex.ru.