

О. А. Чуманевич¹, Н. Ю. Блахов², А. В. Мазаник¹, А. П. Трухан¹,
С. Н. Пивоварчик¹, А. Г. Горустович³, К. В. Ливай²

ЭПИПЛОИТЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: 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»²,
ГУ «1-й военный госпиталь органов пограничной службы Республики Беларусь»³

Чаще всего воспаление жировых привесков возникает из-за их перекрута. По литературным данным, при патологии жировых привесков перекрут был обнаружен у 31,4% пациентов, тромбоз сосудов и инфаркт – у 15,6%, гангрена – у 19,7%, острое воспаление и нагноение жировых привесков – у 18,6%. По сведениям ряда авторов, число пораженных жировых привесков колеблется от 1 до 12. Летальность при этом достигает 1,6%. 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. Редкость этой патологии и отсутствие патогномичных признаков затрудняют диагностику. 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.

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

O. A. Chumanevich, N. Y. Blakhov, A. V. Mazanik, A. P. Trukhan,
S. N. Pivovarchik, A. G. Gorustovich, K. V. Livai

EPIPLOIC COLON: FEATURES DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Most often, the inflammation of omental processes occurs because of torsion. According to various statistics, in the disease of omental processes, torsion was found in 31.4% of patients, vascular thrombosis and heart attack – in 15.6%, gangrene – in 19.7%, acute inflammation and suppuration of fat suspensions – in 18.6%. According to some authors, the number of affected omental processes ranges from 1 to 12. The mortality rate for diseases of the gland processes reaches 1.6%. Among the reasons for the development of the disease noted by overweight, older age, the presence of stormy peristalsis, dolichosigma, developmental abnormalities of the colon, adhesions in the abdominal cavity, and as a consequence the violation of the passage through the intestine, a sharp increase in intra-abdominal pressure, endocrine disorders. As a rule, the pathology of fat grafts occurs mainly in the left half of the colon, and above all, in the sigmoid colon.

The rarity of this pathology and the absence of pathognomonic signs complicate the diagnosis. Often patients are hospitalized and operated with such diagnoses as acute appendicitis, bowel obstruction, peritonitis, etc. Based on the above, it is necessary to conduct a thorough differential diagnosis of the disease, which may not always be successful.

Key words: fatty appendage, torsion and necrosis of the adipose pendant, diverticulitis, dolichosigma.

Прошло около 470 лет с момента описания А. Везалием в 1543 г. жировых привесков (далее ЖП) ободочной кишки [1]. Однако до настоящего времени в отечественной литературе отсутствует даже единая анатомическая терминология. Латинское словосочетание «appendices epiplöicae» авторы по-разному переводят на русский язык: «привески», «подвески», «придатки», «отростки», «бах-

ромки». Одни авторы называют их «жировыми», другие «сальниковыми» [1, 8, 10]. В зарубежной литературе встречаются следующие понятия: «epiploic appendix», «apparcil sero-gras-sieux», «adipose appendages», «sero-appendices» [1].

По анатомическим источникам они описаны как маленькие физиологические перитонеальные жировые мешочки, которые прикреплены к внеш-

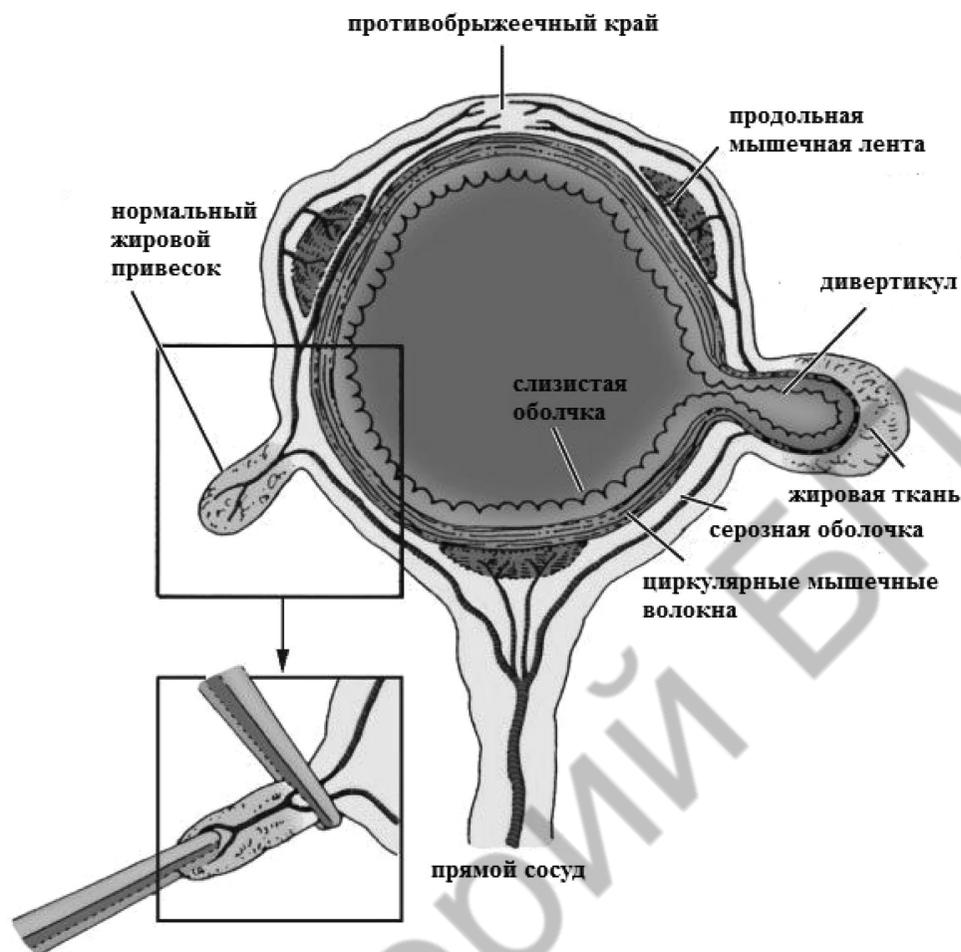


Рис. 1. Строение и кровоснабжение жировых привесков ободочной кишки

ней поверхности ободочной кишки сосудистыми стеблями. Как правило, ЖП, имеют толщину 1–2 см и длину 0,5–5 см, в некоторых случаях достигают 15 см, увеличиваясь в дистальном направлении, от купола слепой кишки до сигмовидной. При этом каждый из них снабжен одной или двумя маленькими концевыми артериями ободочной кишки и небольшой веной [19].

О физиологической роли ЖП на данный момент нельзя сказать уверенно. Предложено множество функций ЖП: мягкая и гибкая опора, смягчающая ободочную кишку, участие в иммунном ответе (как маленький сальник), абсорбция содержимого ободочной кишки. С патофизиологической точки зрения растяжение ЖП вдоль их длинной оси с нарушением сосудистого обеспечения (перекрут), приводящее в последующем к развитию венозного тромбоза (воспаление) и выраженной недостаточности кровоснабжения (некроз) – это патологическая последовательность, которая в зависимости от локализации и выраженности изменений может имитировать различные первопричины абдоминальных состояний. Сообщают также об отрыве

привеска с развитием внутрибрюшного кровотечения из его основания, формированием инфильтрата, некроза и перфорации стенки ободочной кишки [19].

Первое упоминание о патологии ЖП относится к 1703 г., когда французский анатом Littre нашел свободное твердое овальное тело, образовавшееся в результате инфаркта ЖП с последующим омылением, кальцификацией и отрывом [18]. Изучению заболеваний ЖП и до настоящего времени уделяется мало внимания. Как правило, в литературе имеются описания единичных случаев диагностики и лечения перекрута и некроза отростков, и лишь отдельные авторы приводят анализ нескольких десятков наблюдений [1, 3]. Так, К. Л. Бохан нашел в мировой литературе 1125 упоминаний о пациентах с различной патологией ЖП [1]. Наиболее часто встречаются перекрут, воспаление, некроз, ущемление и отрыв ЖП [1, 2, 5], реже – кишечная непроходимость при эпиплоите [18], киста [25] и карциноид ЖП [12], дивертикул у основания [1, 3, 7–12].

Невзирая на широкий спектр возможных морфологических нарушений 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 [2]).

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 [7, 9, 11].

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 [12].

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, 12].

Спонтанное воспаление, без перекрута, расположенного в области слепой кишки ЖП – казуистика [15, 18].

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.

Это связано в первую очередь с неспецифичностью клинических проявлений заболевания привесков.

Как правило, заболевание возникает остро с появления постоянной боли в животе, являющейся основным симптомом данной патологии [1, 13, 17]. 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 [13, 15].

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 [5, 6, 16].

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.) [7, 17, 18].

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 [8].

Лабораторные методы исследования не позволяют обнаружить каких-либо специфических изменений: в анализах крови могут отмечаться умеренный лейкоцитоз (до $12 \cdot 10^9/\text{л}$), 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 [9, 10].

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 [12, 15]. В то же время



Рис. 2. Нативная МРТ в дооперационной диагностике перекрута и некроза ЖП ободочной кишки

инвазивные методы (ирригоскопия, колоноскопия) при заболеваниях ЖП недостаточно информативны.

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%) [13].

Большую диагностическую ценность при патологии ЖП ободочной кишки имеет лапароскопия, позволяющая выбрать адекватную тактику лечения [7] и являющаяся, по мнению большинства авторов, основным методом диагностики перекрута и некроза ЖП с верификацией диагноза в 83–100% наблюдений [2, 14].

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) [1, 2]. Большинство авторов являются сторонниками хирургического лечения – удаления пораженного ЖП, которое может быть выполнено с использованием как лапароскопического, так и лапаротомного доступов [18].

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 [6].

В последнее время появляется все больше работ, посвященных лапароскопическим вмешательствам при перекруте и некрозе ЖП. При отсутствии некротических изменений перекрученного ЖП ряд авторов предлагают производить эндоскопическую деторсию с помощью манипулятора с последующей оценкой жизнеспособности ЖП (выполня-

лась в 4,3–10% наблюдений). В 14,3–100% наблюдений выполняется лапароскопическое удаление патологически измененных ЖП с различными способами обработки и пересечения ножки привеска: коагуляцией, клипированием, лигированием [5, 6]. При этом, однако, стоит обращать внимание на возможность полного поперечного лигирования (клипирования, коагуляции) на протяжении одного из питающих стенку ободочной кишки циркулярных сосудов (см. рис. 1). При условии недостаточного развития анастомозов между ними по противоположному краю кишки создаются предпосылки к развитию некроза стенки последней в непосредственной близости от места лигирования и, как следствие, может проявляться нарастанием воспалительных изменений даже в послеоперационном периоде на фоне перфорации некротизированной стенки кишки, по времени совпадающей с началом полноценного питания пациента.

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 [2, 3, 17]. Редкая встречаемость, неосведомленность врачей о заболевании ЖП, необхо-

димность хирургического лечения заболевания обуславливают актуальность изучения особенностей клинической картины, возможностей различных лабораторно-инструментальных методов в диагностике заболеваний ЖП ободочной кишки [3, 8].

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. Абдулжавадов, И. М. Некроз жировых подвесков толстой кишки / И. М. Абдулжавадов // Хирургия, 2006. № 2. С. 44–46.
4. Алимбаев, Е. С. Случай из клинической практики: удаление жирового подвеска в грыже спигелиевой линии / Е. С. Алимбаев // Вестник АГИУВ, 2010. № 3. С. 68–72.
5. Буянов В. М., Перминова Г. И. Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний жирового подвеска / В. М. Буянов, Г. И. Перминова // Хирургия 1987. С. 102–105.
6. 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.
7. Кургузов О. П. Острое воспаление сальниковых отростков ободочной кишки / О. П. Кургузов // Хирургия, 2005. № 9. С. 45–49.
8. Кочуков, В. П. Некроз сальникового отростка восходящей кишки, симулирующий острый аппендицит / В. П. Кочуков [и др.] // Хирургическая практика 2011. №4. С. 32–35.
9. Муканов, С. М. Эффективность лапароскопии при диагностике и лечении перекрута сальниковых подвесков толстой кишки / С. М. Муканов // Медицинский журнал Западного Казахстана 2011. С. 108–109.
10. Шаповальянц, С. Г. Видеолапароскопические вмешательства в неотложной хирургии перекрута и некроза сальниковых отростков ободочной кишки / С. Г. Шаповальянц [и др.] // Тезисы XI съезда Хирургов Российской Федерации. 25–27 мая, 2011. Волгоград. С. 395–396.
11. Эфендиев, Ш. М. Заболевания жировых подвесков ободочной кишки / Ш. М. Эфендиев, О. В. Волков, М. А. Курбанов и др. // Хирургия 2003. С. 64–66.
12. Chowbey, P. K. Torsion of appendices epiploicae presenting as acute abdomen: laparoscopic diagnosis and therapy / P. K. Chowbey [et al.] // Indian J. Gastroenterol, 2003. Vol. 22 (2). P. 68–69.
13. Hasbahceci, M. Epiploic Appendagitis: is there need for surgery to confirm diagnosis in spite of clinical and radiological findings? / M. Hasbahceci, [et al.] // World J. Surg. 2011. Vol. 36 (2). P. 441–446.
14. Lee, Y. C. Gray-scale and color Doppler sonographic diagnosis of epiploic appendagitis / Y. C. Lee [et al.] // J. Clin. Ultrasound. 2001. Vol. 29 (3). P. 197–199.
15. Lynn, T. E. A clinicopathologic study of the epiploic appendages / T. E. Lynn [et al.] // Surg Gynecol Obstet, 1956. Vol. 103. P. 423–433.
16. 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.
17. Vazques-Frias, J. A. Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiploic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen / J. A. Vazques-Frias [et al.] // JSLS, 2000. Vol. 4 (3). P. 247–250.
18. Koranyi, G. Appendix epiploica torsio okozta ileus / G. Koranyi // Orv. Hetil, 1961. Vol. 102 (49). P. 2338–2339.
19. Sand, M. Epiploic appendicitis – clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis / M. Sand [et al.] // BMC Surgery, 2007. Vol. 11. P. 47–50.