

Сильвеструк С.В.

Перекрут и некроз жировых подвесков толстой кишки и прядей большого сальника

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Silvestruk S.V.

Torsion and necrosis of fat suspensions of the colon and strands of the large omentum

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky

Резюме

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 33 пациентов (данные за октябрь 2015 – декабрь 2019 гг.), у которых по данным хирургического вмешательства обнаружены перекрут и некроз сальниковых отростков толстой кишки и прядей большого сальника (К 63.8). Клиническая картина, как и данные лабораторно-инструментальных исследований при перекруте и некрозе жировых структур брюшной полости скудны и неспецифичны. Ведущим симптомом являются боли в животе (100%), с преимущественной локализацией в нижних отделах. На догоспитальном этапе диагностика данной патологии представляет определенные трудности, поэтому в неясных случаях лапароскопия является методом выбора, который позволяет поставить правильный диагноз в 100%. Успешное оперативное лечение перекрута и некроза жировых структур возможно в 93,9% случаев лапароскопическим доступом, имеющим ряд преимуществ перед лапаротомией.

Ключевые слова: сальниковые отростки, большой сальник, некроз сальника, толстая кишка, лапароскопия

Abstract

The authors retrospectively analyzed history cases of 33 patients (data for October 2015–December 2019), who were found to have torsion and necrosis of the omentum processes of the colon and strands of the large omentum (K 63.8). The clinical picture, as well as the data of laboratory and instrumental studies for torsion and necrosis of abdominal fat structures are sparse and non-specific. The leading symptom is abdominal pain (100%), with predominant localization in the lower parts. At the pre-hospital stage, the diagnosis of this pathology presents certain difficulties, so in unclear cases, laparoscopy is the method of choice that allows you to make a correct diagnosis in 100%. Successful surgical treatment of torsion and necrosis of fat structures is possible in 93.9% of cases by laparoscopic access, which has a number of advantages over laparotomy.

Keywords: omentum processes, large omentum, omentum necrosis, colon, laparoscopy

Введение

Перекрут и некроз сальниковых отростков (appendices epiploicae) ободочной кишки относится к редким заболеваниям и встречается у 0,09—0,3% пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, а среди острых хирургических заболеваний толстой кишки – до 2% [8-10, 15, 16]. В литературе встречаются лишь единичные описания случаев диагностики и лечения данной патологии, также редко приводится анализ наблюдений пациентов.

Предполагают, что в развитии перекрута и некроза отростков играют роль ряд факторов: нарушения моторной функции кишечника, наличие воспалительного очага (дивертикулит, холецистит, болезнь Крона), спаечного процесса в брюшной полости, подвижность, размеры и форма подвесков, аномалии развития толстой кишки. Триггерными факторами выступают резкие повороты, сгибания туловища, тяжелая физическая нагрузка, быстрое снижение массы тела, закрытая травма живота [3-9, 15, 17]. Среди наиболее частых причин развития заболевания жировых подвесков толстой кишки выступают избыточная масса тела, ожирение, пожилой возраст [3, 5, 6, 11].

Перекрут и некроз отростков диагностируется на дооперационном этапе не более в 63% наблюдений, что связано с отсутствием специфики клиники [1, 3-4, 7, 9]. Основным симптомом являются остро возникшие постоянные боли в животе, которые чаще всего локализуются в левой или правой подвздошной области, могут периодически усиливаться. При вовлечении в воспалительный процесс других органов наблюдается иррадиация. Больных заставляет обратиться за помощью отсутствие купирования болевого синдрома самостоятельным приемом анальгетиков, спазмолитиков. Тошнота, рвота, задержка стула и газов, диарея не являются характерными для перекрута и некроза отростков (30 % наблюдений) [1, 6, 14]. Температура тела в ряде случаев может повышаться до субфебрильной. Так как данный процесс отличается более мягким течением и более медленным нарастанием симптоматики, это обуславливает позднюю обращаемость ряда пациентов (от 1 до 8 сут от начала заболевания) [2, 6, 8, 14, 15].

Физикальное обследование больных также не дает патогномоничных симптомов. При пальпации живота определяется только локальную болезненность, в ряде случаев — локальное напряжение мышц передней брюшной стенки в проекции измененного отростка. Иногда может пальпироваться болезненное образование. Существенные трудности возникают при дифференциальной диагностике с острым аппендицитом, так как нередко у этих пациентов выявляются симптомы воспаления червеобразного отростка (Ровзинга, Ситковского и др.) [3, 6, 9]. При вовлечении в воспалительный процесс при длительном существовании перекрута и некроза отростков могут возникать жалобы на дизурические явления (при вовлечении стенки мочевого пузыря), на боли в правом подреберье (при вовлечении желчного пузыря, печени) и др. [3-6, 9, 14-16]

При исследовании показателей лабораторных данных могут отмечаться умеренный лейкоцитоз (до 12·10⁹ /л), незначительное повышение уровня С-реактивного белка, что не дает весомо значимой информации для постановки точного

диагноза. Зарубежные авторы подчеркивают значительную роль инструментальных методов исследования при визуализации и дифференциальной диагностике перекрута и некроза жировых отростков толстой кишки. При компьютерной томографии можно выявить сальниковый отросток как овальное толстокишечное жировое образование в окружении инфильтрированной брызжейки [11, 12, 14]. Тем не менее в 50—63,4% наблюдений неинвазивные лучевые методы не дают достоверных результатов, поэтому на дооперационном этапе, как правило, устанавливают диагноз других заболеваний органов брюшной полости и малого таза, таких как дивертикулит (50% наблюдений), острый аппендицит (13—76,5%), почечная колика (до 35%), перитонит (до 27,3%), заболевания придатков матки (до 19,6%) [1-3, 6-8].

С появлением лапароскопических бригад данный метод стал «золотым стандартом» диагностики перекрута и некроза отростков и позволяет верифицировать диагноз в 83—100% наблюдений. В настоящее время все большее значение в лечении придается лапароскопии. Консервативное ведение данной патологии не рекомендуется, так как данная тактика может приводить к развитию осложнений, рецидиву заболевания (до 10% наблюдений). В большинстве случаев предлагается лапароскопическое удаление патологически измененных отростков с различными способами обработки и пересечения ножки отростка: коагуляцией, клипированием, лигированием. При осложнениях (обширных некрозах прядей большого сальника) производится переход на лапаротомный доступ [2, 4, 5, 7, 8, 15-16].

Диагноз перекрута и некроза отростков редко удается поставить на дооперационном этапе, что обуславливает актуальность изучения особенностей клинической картины, возможностей различных лабораторно-инструментальных методов в диагностике заболеваний сальниковых отростков ободочной кишки.

Цель: изучение особенностей клинической симптоматики и оценка возможностей лапароскопии в современной диагностике и лечении больных с патологическими изменениями сальниковых отростков ободочной кишки.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 33 пациентов (данные за октябрь 2015 – декабрь 2019 гг.), у которых по данным хирургического вмешательства обнаружены перекрут и некроз сальниковых отростков толстой кишки и прядей большого сальника (К 63.8). Возраст пациентов составлял от 18 до 74 лет (средний возраст 45,03) (табл.1); мужчин было 12 (36,3%), женщин – 21 (63,6%). Данные представлены на основании средних значений.

Результаты

Время от начала заболевания до поступления в клинику составляло от 3 часов до 2 недель: до 12 часов с начала заболевания поступило 4 (12,5%) пациента, с 12 до 24 часов с начала заболевания – 4 (12,5%), до 2 суток - 7 (21,88%) пациентов, до 4 суток – 14 (43,75%), до 2 недель – 3 (9,37%).

У 1 пациентки нельзя достоверно указать, через сколько обратилась за помощью по поводу данного заболевания, так как первично была диагностирована левосторонняя почечная колика с клиническими и лабораторными данными подтверждения данной патологии, и лишь через несколько дней была переведена в хирургический стационар для оказания оперативной помощи.

22 (68,75%) пациента поступили путем самообращения, 7 (21,88%) пациентов были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, 3 (9,37%) пациентов были направлены из поликлиники.

Также варьировало время от поступления в стационар до операции – от 2 до 48 часов (в среднем 7,9 ч). В первые 6 часов после обращения был прооперирован 21 (65,63%) пациент, в первые 12 часов после обращения – 4 (12,5%), в течение суток после обращения – 6 (18,75%), более суток после обращения – 1 (3,125%).

Индекс массы тела больных колебался от 20,2 до 37,46 кг/м². Средний ИМТ исследуемых: женщины - 25,14 кг/м², мужчины – 26,76 кг/м². Данные свидетельствуют в пользу того, что избыточная масса тела является одним из этиологических факторов возникновения перекрута и некроза жировых подвесков. Избыточный вес (ИМТ 25,1 – 27,0) был зарегистрирован у 5 (15,6%) пациентов. У 10 (31,25%) пациентов имело место ожирение различной степени, в том числе у 6 (18,75%) – I ст., у 3 (9,4%) – II ст., у 1 (3,1%) – III ст. (табл.2)

В ходе оперативных вмешательств у большинства пациентов было выявлено выраженное ожирение внутренних органов. Достоверно нельзя оценить ИМТ у одной пациентки, так как сопутствующий диагноз – беременность 15 недель.

Диагностика в стационаре на дооперационном этапе основывалась на жалобах больных, данных анамнеза, физикального и инструментального методов обследования. Клинические проявления перекрута и некроза отростков были скудными и неспецифичными, что приводило к постановке ошибочного предварительного диагноза на дооперационном этапе у большинства больных. Больные предъявляли жалобы на внезапно возникающие боли в различных отделах живота, тошноту, иногда рвоту. Данные о характере клинических признаков представлены в таблице 3.

Таблица 1. Возраст исследуемых пациентов

Возраст, лет	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
N наблюдений, общ. (N женщин, N мужчин)	8 (4ж, 4м)	7 (3ж,4м)	5 (3ж,2м)	2 (1ж,1м)	8 (7ж, 1м)	3ж
%	24,2%	21,2%	15,2%	6,1%	24,2%	9,1%

Таблица 2. Таблица измеряемой массы тела пациентов

Индекс массы тела	Мужчины, N	%	Женщины, N	%
Нормальный вес (20,1 – 25,0 кг/м ²)	7	58,3	10	50
Лишний вес (25,1 – 27,0 кг/м ²)	1	8,3	4	20
Ожирение I ст. (27,1 – 30,0 кг/м ²)	2	16,6	4	20
Ожирение II ст. (30,1 – 35,0 кг/м ²)	2	16,6	1	5
Ожирение III ст. (более 35,1 кг/м ²)			1	5

Таблица 3. Клинические проявления у больных с перекрутом и некрозом сальниковых отростков

Клинические проявления	Количество случаев, абс.	%
Боли в животе		
Верхние отделы живота	2	6,25
Правое подреберье	2	6,25
Правый боковой канал (отделы живота)	2	6,25
Околопупочная область	3	6,25
Правая подвздошная область	7	21,9
Левая подвздошная область	15	46,9
Левая мезогастральная область (отделы живота)	2	6,25
Нижние отделы живота	7	21,9
Тошнота	10	31,3
Жидкий стул	1	3,13
Задержка стула	1	3,13
Повышение температуры	1	3,13
Рвота	1	3,13

Таблица 4. Локализация болей при проведении пальпации

Локализация болей	Количество случаев, абс.	%
Эпигастральная область	1	3,13
Правое подреберье	2	6,25
Левое подреберье	1	3,13
Правый боковой канал (мезогастр.обл.)	3	9,38
Левый боковой канал (мезогастр.обл.)	2	6,25
Околопупочная область	2	6,25
Правая подвздошная область	9	28,13
Левая подвздошная область	18	56,25
Симптом Орнера	1	3,57
«+» Перитонеальные симптомы	5	15,63

Все случаи (100%) сопровождал болевой синдром. Ведущими симптомами были внезапные боли в левой подвздошной у 15 (46,9%), в правой подвздошной области у 7 (21,9%) пациентов или в нижних отделах живота без иррадиации - 7 (21,9%). Тошноты и рвоты у большинства больных – 21 (65,6%) – не отмечалось. Повышение температуры тела имело место у 1 (3,13%) больного. В 1 случае также наблюдался лейкоцитоз – $13 \cdot 10^9/\text{л}$.

Нехарактерные жалобы по локализации болей были у 4 пациентов (12,5%), что заставляло задуматься о другой патологии и мешало в постановке правильного диагноза. С учетом данных интраоперационной лапароскопической картины возникновение жалоб можно связать с развитием инфильтрата вокруг некротизированного отростка, а в одном случае с наличием сопутствующей беременности. Пример: У одной пациентки была первично диагностирована левосторонняя почечная колика (боли в поясничной области справа, в пахово-подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку и ягодичную область, рези при мочеиспускании и поллакиурия, положительный симптом поколачивания слева), а затем возникли боли в левой половине живота, тошнота, болезненность при пальпации левой мезогастрально-подвздошной области. По вышеизложенной клинической картине был поставлен предварительный диагноз «Сигмоидит/некроз жирового подвеса/дивертикулит?»

У всех пациентов отмечалась болезненность при пальпации живота, чаще локальная. Локальное напряжение мышц передней брюшной стенки обнаружено у 5 (15,63%) больных. В 27 (84,37%) наблюдениях болезненность при пальпации обнаруживалась в нижних отделах живота, из них в 18 (56,25%) максимальная болезненность выявлена в левой подвздошной области, в 9 (28,13%) — в правой подвздошной области. Области, в которых выявлена максимальная болезненность при пальпации живота, представлены в табл.4.

У 11 (34,37%) больных с перекрутом жировых структур до операции был установлен предварительный диагноз: «Острый аппендицит(/пельвиоперитонит)», у 7 (21,88%) больных был поставлен предварительный диагноз «Сигмоидит», 7 пациентам был выставлен предварительный диагноз «Сигмоидит/некроз ж.п./дивертикулит/кишечная колика». Только у 4 (12,5%) пациентов до операции был выставлен диагноз: «Некроз/перекрут жирового подвеса». У 1 (3,13%) пациента в предоперационном эпикризе фигурировал диагноз «Опухоль левой половины ободочной кишки/некроз ж.п.», у другого был заподозрен острый холецистит.

Все больные с данной патологией были оперированы. Заболевание сальниковых отростков толстой кишки обнаружено у 29 (90,6%) больных, пряди большого сальника у 4 (12,1%).

31 (93,9%) пациентам предпринято лапароскопическое вмешательство. У 2 (6,1%) была предпринята лапаротомия в связи с некрозом обширной пряди большого сальника и явлениями перитонита, а также поздним обращением (14 суток) у одного пациента и выраженными перитонеальными симптомами у другого (по данным оперативного вмешательства был выявлен распространенный перитонит). В 1 случае при лапароскопическом пособии диагностировано осложнение – гнойный оментит.

Длительность лапароскопического оперативного вмешательства в среднем составила 30-50 минут.

Точный диагноз у всех пациентов был установлен во время лапароскопической ревизии. При проведении хирургического вмешательства перекрут и некроз жировых подвесок толстой кишки выявлен у 23 (69,6%) больных, перекрут и некроз пряди большого сальника у 4 (12,1%)(табл.5).

Таблица 5. Локализация некротизированных отростков по данным лапароскопического вмешательства

Локализация	Число случаев, абс.	%
Сигмовидная кишка (в т.ч. фиксированный к париетальной брюшине)	22 (5)	66,6%
Прядь большого сальника	4	12,1%
Стенка купола слепой кишки	2	6,1%
Верхушка червеобразного отростка	1	3,3%
Восходящий отдел ободочной кишки	1	3,3%
Долихосигма	1	3,3%
Участок жировой ткани париетальной брюшины на передней брюшной стенке	1	3,3%
Фиксированный к передней брюшной стенке в правой мезогастральной области	1	3,3%

В ходе оперативного пособия было также выявлено, что в 2 (6,1%) случаях жировой подвесок был на стенке купола слепой кишки, в 1 (3,13%) случае подвесок находился на верхушке червеобразного отростка, в 1 – на восходящем отделе ободочной кишки, у одного пациента участок жировой ткани париетальной брюшины располагался на передней брюшной стенке. В одном случае интраоперационно была диагностирована долихосигма.

В большинстве наблюдений измененная прядь локализовалась в левой мезогастральной и левой подвздошной областях – у 23 (69,6%) больных; меньше – в правой мезогастральной и подвздошно областях – у 5 (15,1%). Перекрут ножки жирового отростка встречался в 7 случаях (21,2%).

Применялись различные способы лапароскопического удаления: отсечение жировых структур с использованием диссектора или ножниц в режиме монополярной коагуляции выполнено у 29 (87,9%), эндоскопическая резекция – у 4 (12,1%) (лигирование основания отростка и его отсечение ножницами).

Обсуждение

Выбор способа лапароскопического удаления сальниковых отростков зависел от особенностей патологически измененного отростка. В большинстве случаев они имели достаточно тонкую длинную ножку, что давало возможность использовать диссектор или ножницы в режиме монополярной коагуляции. В случаях, когда отростки имели более короткую ножку и были расположены ближе к стенке толстой кишки либо располагались на широком основании, производили предварительное клипирование или лигирование отростка с последующим отсечением ножницами без использования коагуляции.

Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Летальных исходов после хирургического лечения перекрута и некроза жировых структур как лапароскопическим, так и лапаротомным доступом также не было.

Заключение

Лапароскопия является эффективным и безопасным методом диагностики и лечения перекрута и некроза жировых структур брюшной полости, позволяя установить диагноз заболевания в 100% случаев. Завершить вмешательство лапароскопическим доступом удалось у 93,9% пациентов. Лапароскопическое вмешательство при перекруте и некрозе жировых структур обладает рядом преимуществ перед лапаротомией, обеспечивая более раннюю активизацию пациентов и менее длительные сроки пребывания в стационаре после хирургического вмешательства.

Литература

1. Абдулжавадов И.М. Лапароскопическая диагностика заворота сальниковых отростков толстой кишки у женщин. Эндоскоп хир 2005; 5: 33-35.
2. Абдулжавадов И.М. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний сальниковых отростков толстой кишки. Эндоскоп хир 2005; 5: 50-53.
3. Абдулжавадов И.М. Некроз жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 2006; 2: 44-46.
4. Буянов В.М., Перминова Г.И. Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний жирового подвеса. Хирургия 1987; 7: 102-105.
5. Кашпитарь А.В. Применение лапароскопии в диагностике и лечении острых заболеваний сальниковых отростков сигмовидной ободочной кишки. Клинический журнал 1995; 2: 46-47.
6. Кургузов О.П. Острое воспаление сальниковых отростков ободочной кишки. Хирургия 2005; 9: 45-49.
7. Муқанов С.М. Эффективность лапароскопии при диагностике и лечении перекрута сальниковых подвесков толстой кишки. Медицинский журнал Западного Казахстана 2011; 3: 31: 108-109.
8. Шаповальянц С.Г., Тимофеев М.Е., Федоров Е.Д. и др. Видеолапароскопические вмешательства в неотложной хирургии перекрута и некроза сальниковых отростков ободочной кишки. Тезисы XI съезда хирургов Российской Федерации (25-27 мая 2011 г., Волгоград): 395-396.
9. Эфендиев Ш.М., Волков О.В., Курбанов М.А. и др. Заболевания жировых подвесков ободочной кишки. Хирургия 2003; 10: 64-66.
10. Chouillard E., Fingerhut A. Acute appendicitis after laparoscopic treatment of acute epiploic appendagitis. Surg Endosc 2003; 17: 4: 660-661.
11. Chowbey P.K., Singh G., Sharma A. et al. Torsion of appendices epiploicae presenting as acute abdomen: laparoscopic diagnosis and therapy. Indian J Gastroenterol 2003; 22: 2: 68-69.
12. Hasbahceci M., Erol C., Seker M. Epiploic Appendagitis: is there need for surgery to confirm diagnosis in spite of clinical and radiological findings? World J Surg 2011; 36: 2: 441-446.
13. Lee Y.C., Wang H.P., Huang S.P. et al. Gray-scale and color Doppler sonographic diagnosis of epiploic appendagitis. J Clin Ultrasound 2001; 29: 3: 197-199.
14. Mazza D., Fabiani P., Casaccia M. et al. A rare laparoscopic diagnosis in acute abdominal pain: torsion of epiploic appendix. Surg Laparosc Endosc 1997; 7: 6: 456-458.
15. Rao P.M., Wittenber J., Lawrason J.N. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. Radiology 1997; 204: 3: 713-717.
16. Silva P.D., Ripple J. Laparoscopic diagnosis and treatment of an infarcted epiploic appendage. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1996; 3: 2: 325-327.
17. Vazques-Frias J.A., Castaneda P., Valencia S. et al. Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiploic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen. JSLS 2000; 4: 3: 247-250.