

ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ СЛЕПОЙ КИШКИ

Н.Д. Маслакова¹, к.м.н., доцент; Н.Ф. Силяева¹, д.м.н., профессор;
В.П. Василевский¹, к.м.н.; А.А. Новицкий², А.О. Флеров²;
В.В. Макарич²; Т.Б. Теличко¹; А.Е. Русак¹

1 - УО «Гродненский государственный медицинский университет»

2 - ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр Вооруженных сил РБ»

Спонтанное воспаление жировых подвесок, расположенных в области слепой кишки, является казуистикой. Анализ клиники в данном случае позволяет выявить общие признаки заболевания с острым аппендицитом.

Ключевые слова: жировые подвески, слепая кишка, казуистика.

Appendices epiploicae may be located in the region of intestinum caecum. Their spontaneous inflammation is casuistic. Analysis of clinical presentation in this case allows to detect the common signs of the disease.

Key words: Appendices epiploicae, intestinum caecum, casuistic.

Патология жировых подвесок толстого кишечника (appendices epiploicae), по данным разных статистик, составляет 0,09–0,3% острых заболеваний брюшной полости [1, 2, 4, 5]. Чаще всего воспаление appendices epiploicae возникает из-за его перекрута. Чем длиннее подвеска, тем выше вероятность ее перекрута. Средняя длина подвески составляет 3 см, однако может достигать 15 см и более [2, 3, 5]. В дистальных отделах толстой кишки число подвесок и длина постепенно возрастает. По данным различных статистик, при заболевании жировых подвесок заворот был обнаружен у 31,4% больных, тромбоз сосудов и инфаркт – у 15,6%, гангрена – у 19,7%, острое воспаление и нагноение жировых подвесок у – 18,6% [5]. По сведениям ряда авторов, число пораженных сальниковых отростков колеблется от 1 до 12 [1, 2, 3, 5]. Летальность при заболеваниях сальниковых отростков достигает 1,6% [2, 3, 5].

Среди причин развития заболевания отмечают избыточную массу тела, пожилой возраст, наличие бурной перистальтики, долихосигма, аномалии развития ободочной кишки, спаечный процесс в брюшной полости, нарушение пассажа по кишечнику, резкое повышение внутрибрюшного давления, эндокринные нарушения. Как правило, патология жировых подвесок встречается при их локализации на левой половине толстой кишки и, прежде всего, сигмовидной кишки.

Спонтанное воспаление, без перекрута, расположенной в области слепой кишки appendices epiploicae – казуистика [5].

Редкость этой патологии и отсутствие патогномичных признаков затрудняет диагностику. Зачастую больные госпитализируются и оперируются с такими диагнозами, как острый аппендицит, непроходимость кишечника, перитонит и др. Исходя из вышесказанного, необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику данного заболевания, которая не всегда может быть успешной.

Приводим наблюдение.

Пациент К., 40 лет, обратился в военный медицинский центр «1134 ВКМЦ ВС РБ» г. Гродно с жалобами на постоянные тупые боли в эпигастральной области, имеющие связь с физической нагрузкой, которые спустя 24 часа сместились в правую подвздошную область, сухость во рту. Больным считает себя с 10.06.2011г., не обращался за помощью до 12.10.2011г.

При обследовании на момент поступления: состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. На-

блюдается нормостения, ожирение I степени; язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, резко болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ситковского, Ровзинга, Кохера-Волковича, Щеткина-Блюмберга положительные. Температура тела – 36,2°C, пульс – 72 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт. ст., в общем анализе крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 137 г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, данные общего анализа мочи и биохимического исследования крови в норме. С учетом анамнеза и данных физикального обследования диагностирован острый аппендицит, показана экстренная аппендэктомия.

После предоперационной подготовки под эпидуральным наркозом был произведен разрез по Дьяконову-Волковичу в правой подвздошной области длиной 7 см. Брюшина не изменена. Выпота нет. Купол слепой кишки в рану не выводится из-за спаечного процесса. Произведено рассечение спаек. Червеобразный отросток макроскопически не изменен. На стенке кишки имеется плоскостная некротизированная жировая подвеска 2,0x1,5 см темно-багрового цвета без признаков перекрута (рис. 1). В окружности подвески кишка инфильтрирована на протяжении 3,0x2,0 см. Жировая подвеска взята на зажимы и удалена. Десерозированный участок слепой кишки ушит кистетным швом. Несмотря на то, что аппендикс макроскопически не был изменен, не исключалась возможность возникновения вторичного воспаления в связи с тем, что

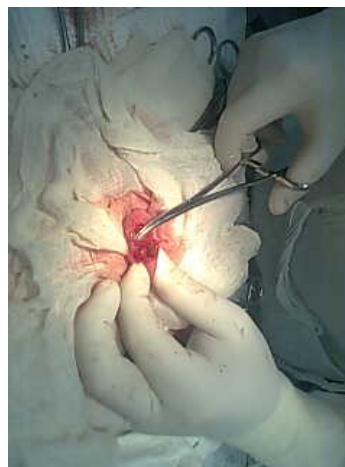


Рисунок 1 – Слепая кишка с участком некротизированной жировой подвески

воспалительный инфильтрат располагался вблизи (5 см) от основания червеобразного отростка. Произведена аппендэктомия.

Послеоперационный диагноз: острый катаральный аппендицит, некроз жировой подвески.

Послеоперационный период без особенностей. Швы сняты на 7-е сутки рана зажила первичным натяжением. Жалоб нет. 21.06.2011 г. выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. По прошествии 1 месяца пациент чувствовал себя хорошо.

Данные гистологического исследования: стенка червеобразного отростка без воспалительных изменений. В *appendices epiploicae* очаговый некроз, полнокровие сосудов, кровоизлияния и очаговая лимфо-лейкоцитарная инфильтрация (рис. 2).

Анализ клинической картины болезни позволяет выявить наиболее характерные признаки заболевания сальниковых отростков: наличие ожирения пациента, постоянные тупые боли ноющего характера, возникшие внезапно, без иррадиации, отсутствие тошноты, рвоты, отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки. Наличие симптома «смещения болей». Отсутствие признаков нарастающей интоксикации (удовлетворительное общее состояние пациента, влажный язык, отсутствие гипертермии, чистота пульса 72 уд. в мин. нормальные показатели количества лейкоцитов крови).

Литература

1. Абдулжатов, И.М. Симптоматика заболеваний жировых подвесков толстой кишки / И.М. Абдулжатов // Хирургия. – 1992. – №2. – С. 76-83.

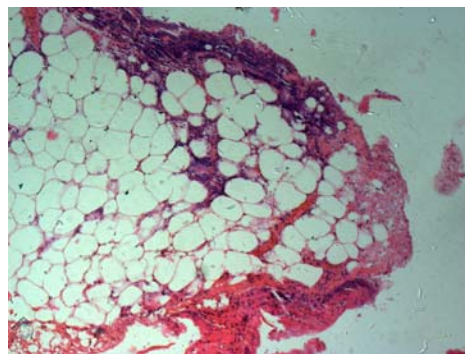


Рисунок 2 – Гистологическая картина некроза жировой подвески

2. Забарский, Д.Т. Заворот сальниковых отростков толстой кишки / Д.Т. Забарский, Э.А.Смолкин, Ю.Г.Лившиц // Клиническая хирургия. – 1984. – №3. – С. 59-60.

3. Рехачов, В.П. Диагностика и лечение перекрута жировых подвесков толстой кишки / В.П. Рехачов, Л.Б. Дуберман, В.А. Ярыгин // Хирургия. – 1989. – №8. – С. 88-90.

4. Швецов, С.К. Заворот жировых подвесков ободочной кишки / С.К. Швецов, И.А. Балышаков // Хирургия. – 1992. – №2. – С. 76-80.

5. Эфендиев, Ш.М. Заболевания жировых подвесков ободочной кишки / Ш.М. Эфендиев, О.В. Волков, М.А. Курбанов, Д.М. Джабалов // Хирургия. – 2003. – №10. – С. 64-66.

Поступила 29.12.2011