

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.345-07-089:616.381-072.1

М. Е. Тимофеев^{1, 2}, Е. Д. Фёдоров^{1, 2}, А. П. Кречетова¹, С. Г. Шаповальянц^{1, 2}

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕКРУТА И НЕКРОЗА ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова (и.о. ректора — проф. А. Г. Камкин); Научно-образовательный центр абдоминальной хирургии и эндоскопии: кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии (зав. — проф. С. Г. Шаповальянц); ² Городская клиническая больница № 31 (главврач — Р. А. Маслова), Москва

Ключевые слова. лапароскопия, жировые подвески, толстая кишка

Введение. Перекрут и некроз жировых подвесков (сальниковых отростков) толстой кишки (далее — подвески) встречается у 0,1–0,3% пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Диагноз перекрута и некроза подвесков чаще всего устанавливается интраоперационно во время лапароскопии или лапаротомии, показаниями к которым, как правило, служат другие заболевания органов брюшной полости и малого таза [9, 10, 15, 16]. Послеоперационные осложнения при перекруте и некрозе подвесков встречаются в 7,6–17,3% случаев, а летальность, по данным ряда авторов, достигает 1,6% [1, 4, 7, 8].

Перекрут и некроз подвесков не имеет патогномоничных симптомов и часто протекает под маской острых хирургических (преимущественно острого аппендицита), урологических (почечной колики) и гинекологических заболеваний [1–3, 6–8]. Ведущим симптомом заболевания являются постоянные боли в животе нарастающей интенсивности. Тошнота, рвота, задержка стула и газов, диарея встречаются не более чем в 30% случаев [1, 6, 14]. К факторам, затрудняющим предоперационную диагностику перекрута и некроза подвесков, относятся также отсутствие специфических изменений лабораторных показателей, недостаточные возможности неинвазивной инструментальной

диагностики с помощью ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии [11, 12, 14]. В связи с этим особую роль в диагностике заболевания подвесков приобретает лапароскопия. Диагностическая ценность лапароскопии при перекруте и некрозе подвесков достаточно высока: данный метод позволяет верифицировать диагноз у 83–100% больных [1, 9, 10, 13, 15, 16].

В настоящее время среди врачей нет единого мнения о лечебной тактике при перекруте и некрозе подвесков. Ряд авторов [11, 12] придерживаются мнения о консервативном лечении данного заболевания, другие — являются сторонниками активного хирургического лечения [1, 6, 8, 12, 16]. Некоторые хирурги [3, 6, 8] предпочитают выполнять лапаротомию и лигирование ножки подвеса и его отсечение, а иногда — сочетая удаление подвеса с перитонизацией его ложа серозно-мышечными швами. В последнее время появились работы, демонстрирующие возможности применения лапароскопии для диагностики заболевания, но при верификации диагноза перекрута и некроза подвесков лечебный этап операции всё ещё выполняют через лапаротомный доступ [3, 6].

Наряду с этим, появляются единичные публикации, посвященные видеолапароскопическим вмешательствам при перекруте и некрозе подвесков [7, 13, 15, 16]. При наличии перекрута подвеса без развития некроза ряд авторов предлагают производить эндоскопическую деторсию с

Сведения об авторах:

Кречетова Александра Павловна (e-mail: krechetova.ap@yandex.ru), Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Научно-образовательный центр абдоминальной хирургии и эндоскопии; кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии, 117997, Москва, ул. Островитянова, 1;

Тимофеев Михаил Евгеньевич (e-mail: metimofeev@mail.ru), Фёдоров Евгений Дмитриевич (e-mail: efedorov@mail.ru),

Шаповальянц Сергей Георгиевич (e-mail: sgs31@mail.ru), Городская клиническая больница № 31, 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42

помощью манипулятора с последующей оценкой жизнеспособности подвеска, однако, данное вмешательство выполняется нечасто — в 4,3–10% случаев [2, 4, 5]. Чаще (в 14,3–100%), по данным большинства авторов, выполняется лапароскопическое удаление патологически измененных подвесков с различными способами обработки и пересечения ножки подвеска: коагуляцией, клипированием, лигированием [2, 7, 15, 16]. В настоящее время накоплен опыт применения лапароскопии для диагностики перекрута и некроза подвесков, но лишь небольшое число публикаций посвящено лапароскопическому лечению этого заболевания [9, 10, 16]. Чаще всего основным методом лечения перекрута и некроза подвесков остается удаление их через лапаротомный доступ [3, 6, 8].

Цель нашего исследования — оценка возможности и эффективности видеолапароскопических вмешательств в диагностике и лечении патологии подвесков.

Материал и методы. С января 1995 г. по январь 2012 г. в нашей клинике было выполнено 82 видеолапароскопических вмешательства по поводу перекрута и некроза подвесков (89,1% всех 92 пациентов, оперированных в клинике с данным заболеванием). Заболевания подвесков развиваются в основном у лиц зрелого и пожилого возраста [1, 2, 6–8, 14], по нашим данным, возраст больных колебался от 20 до 78 лет — средний ($44,7 \pm 3,5$) лет. Распределение по полу было абсолютно равным, однако многие авторы отмечают более частое возникновение перекрута и некроза подвесков у женщин [1, 2, 6–8].

Сроки поступления больных в стационар значительно варьируют, составляя от нескольких часов до 8 дней. В связи со скудностью симптоматики и постепенным нарастанием болевого синдрома большинство больных обращаются за медицинской помощью в среднем через 1–3 дня [2, 6–8], нами были получены схожие результаты. В сроки до 24 ч от начала заболевания оперированы 17 больных (20,7%), от 24 до 48 ч — 21 (25,6%), от 48 до 72 ч — 14 (17,1%) и более 72 ч — 30 больных (36,6%).

Диагноз перекрута и некроза подвесков был заподозрен на догоспитальном этапе врачом поликлиники лишь в 1 (1,2%) случае; врачами приёмного отделения — в 5 (6,1%). Диагностика в стационаре на предоперационном этапе базировалась на жалобах больных, данных анамнеза, физического обследования больного, данных лабораторных и инструментальных методов исследования (рентгенографии брюшной полости (у 12), УЗИ органов брюшной полости (у 7) и малого таза у женщин (у 9), экскреторной урографии (у 12)). Использование инструментальных методов применялось для исключения диагнозов других заболеваний и не позволяло подтвердить перекрут и некроз подвесков. Ввиду отсутствия возможности проведения компьютерной и магнитно-резонансной томографии для экстренно поступающих пациентов, мы не располагаем опытом применения указанных методов для диагностики заболевания подвесков. Основную роль в диагностике заболеваний подвесков в нашей клинике играет лапароскопия.

По результатам клинико-лабораторного обследования в стационаре подозрение на заболевания подвесков возникает в 0–63,0% случаев [2, 6–8]. По нашим данным, предоперационный диагноз перекрута и некроза подвесков был поставлен у 28 (34,1%) пациентов: у 3 (3,6%) — в предоперационном эпикризе он был основным и единственным диагнозом, у 25 (30,5%) — дифференцировался с иными острыми хирургическими заболеваниями. У этих пациентов лечебная тактика заключалась в экстренном лапароскопическом вмешательстве. У остальных 54 (65,9%) пациентов показанием к диагностической лапароскопии послужило подозрение на другие острые хирургические и гинекологические заболевания органов брюшной полости. Наиболее частыми предоперационными диагнозами были: острый аппендицит (у 38), дивертикулёз с дивертикулитом (у 16), опухоль толстой кишки с перифокальным воспалением (у 11), перфорация полого органа (у 6), перекрут цистаденомы яичника с нарушением питания (у 5), апоплексия яичника (у 3). Следует отметить, что к настоящему моменту частота дооперационной диагностики перекрута и некроза подвесков значительно улучшилась. Так, с 1995 по 2002 г. данное заболевание было диагностировано у 6 (26,1%) из 23 пациентов, а с 2003 по 2011 г. — у 22 (37,2%) из 59 пациентов. С нашей точки зрения, на этот факт повлияли информированность врачей о возможном заболевании подвесков и проводимые разборы клинических случаев.

Лапароскопическое вмешательство у 70 (85,4%) пациентов выполняли под эндотрахеальным наркозом. У 12 (14,6%) пациентов на первых этапах применения лапароскопического метода использовали внутривенный наркоз с сохранением спонтанного дыхания.

Доступ для иглы Вереща и лапароскопа осуществляли чаще всего в параумбиликальной области — у 79 (96,4%) пациентов, иногда — в правой нижней точке Калька — у 2 (2,4%) и левой мезогастральной области — у 1 (1,2%). Карбоксиперитонеум у всех осуществляли через иглу Вереща с интраабдоминальным давлением 10–12 мм рт. ст. Доступы для манипуляторов чаще всего производили в правой и левой подвздошной (81,0%), а также в мезогастральных областях (7,6%). В большинстве случаев (81,7%) требовалось использование 2 манипуляторов.

Результаты и обсуждение. На современном этапе лапароскопическая ревизия брюшной полости при наличии перекрута и некроза подвесков позволяет подтвердить диагноз у 83–100% больных [2–5, 7, 8]. По нашим данным, во время видеолапароскопии диагноз перекрута и некроза подвесков был установлен у 78 (95,1%) из 82 пациентов, которым было выполнено данное вмешательство, у 4 (4,9%) — этот диагноз был установлен после конверсии, произведённой в связи с наличием плотного воспалительного инфильтрата брюшной полости (у 2), небезопасностью вскрытия абсцесса малого таза (у 1), а также невозможностью уточнения причины выраженных воспалительных изменений участка стенки сигмовидной кишки и оценки её целостности (у 1).

По данным лапароскопической ревизии, у 78 больных поражение одного подвеса было обнаружено у 69 (88,5%) из них; двух — у 6 (7,7%), трех — у 2 (2,5%), четырех — у 1 (1,3%), при этом они могли располагаться как на одном, так и на разных отделах кишки изолированно друг от друга. Самой частой локализацией измененных подвесков у 78 пациентов была сигмовидная кишка — у 61 (78,2%) пациента, восходящая ободочная — у 9 (11,5%) и слепая кишка — у 4 (5,1%). Наиболее частое развитие перекута подвесков этих отделов кишки связано со сравнительно большей длиной подвесков, а также большей мобильностью сигмовидной и слепой кишки, расположенных интраперитонеально [2, 6, 10, 14]. Иногда измененные подвески располагались на поперечной ободочной кишке — у 2 (2,6%) пациентов, в области печеночного изгиба ободочной кишки — у 1 (1,3%) и на верхушке червеобразного отростка — у 1 (1,3%).

Макроскопические изменения подвесков были выражены в разной степени в зависимости от длительности заболевания, выраженности ишемических и некротических изменений. Различные стадии перекута и некроза подвесков, по данным видеолaparоскопии, представлены на *рисунке*.

Воспалительные инфильтраты были выявлены, по данным лапароскопии, у 19 (23,2%) из 82 пациентов. Применение лапароскопии у этих пациентов имеет особое значение, так как позволяет малоинвазивно провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, нередко служащими причиной инфильтрата, такими как перфорация дивертикула, опухоли толстой кишки и др. У 15 из этих 19 пациентов причиной инфильтрата являлись измененные подвески, обнаруженные после лапароскопического разделения рыхлого инфильтрата. Возникновение плотных инфильтратов (у 5,8% пациентов) при перекуте и некрозе подвесков является показанием для конверсии [3–6].

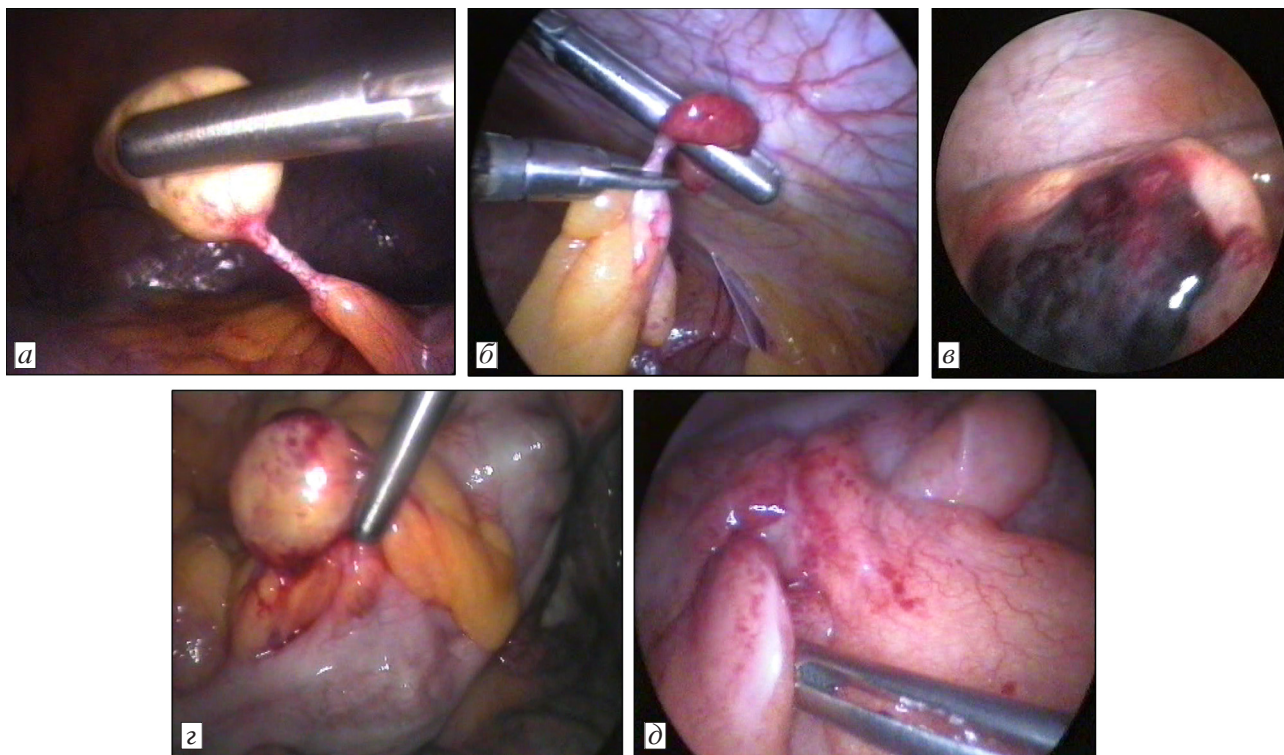
По нашим данным, необходимость в конверсии в связи с наличием плотного инфильтрата, который не удалось разделить лапароскопически, возникла у 2 больных (2,4%): после конверсии при разделении инфильтрата были выявлены некротизированные подвески. У 2 (2,4%) из 82 пациентов при лапароскопической ревизии было установлено, что причиной инфильтрата был дивертикулит левой половины ободочной кишки с перфорацией дивертикула (у 1), острый гангренозно-перфоративный аппендицит с ретроцекальным и ретроперитонеальным распо-

ложением червеобразного отростка (у 1). У них поражённый подвесок располагался на сигмовидной кишке в отдалении от воспалительного инфильтрата брюшной полости, и его перекут и некроз, по-видимому, развились изолированно от сочетанного заболевания. Абсцедирование перекуренных и некротизированных подвесков, по данным лапароскопии, было обнаружено у 2 (2,6%) из 78 пациентов. Кроме того, у 1 пациента с выявленным, по данным лапароскопии, абсцессом малого таза некротизированный подвесок, послуживший причиной его формирования, был выявлен только после конверсии.

Местный перитонит при лапароскопии выявлен у 6 (7,3%) из 82 пациентов: фибринозный (у 3), фибринозный (у 1) и серозный (у 2). Развитие перитонита было связано с абсцедированием некротизированного подвеса (у 1), а также наличием сочетанной патологии — острого флегмонозного (у 1) и гангренозно-перфоративного аппендицита (у 1), дивертикулита левой половины ободочной кишки с перфорацией дивертикула (у 1), длительными сроками (в течение 7 дней) заболевания (у 2). Сочетанная патология, по данным лапароскопии, отмечена у 14 (17,1%) из 82 пациентов: хирургическая (у 7) и гинекологическая (у 7). У 11 (13,4%) пациентов выявлен спаечный процесс в различных отделах брюшной полости. У 1 пациентки при лапароскопии выявлена маточная беременность (5 нед).

В настоящее время вопрос о необходимости перехода от лапароскопии к лапаротомии при перекуте и некрозе подвесков окончательно не решён. По мнению ряда авторов [2–5], конверсия должна быть произведена при обнаружении, по данным лапароскопии, плотного инфильтрата, деструктивных изменений подвеса с развитием перитонита, при сомнениях в жизнеспособности прилежащей стенки толстой кишки, ранее перенесённых операциях брюшной полости с вовлечением в спаечный процесс толстой кишки с поражёнными подвесками, наличии сочетанных заболеваний, перитонита с паралитической непроходимостью кишечника. Необходимость в конверсии при заболевании подвесков по этим причинам возникает в 0,8–4% [2–5, 7].

По нашим данным, после лапароскопической ревизии переход на лапаротомию был осуществлён у 10 (12,2%) из 82 больных. Причинами конверсии у 4 (4,9%) из них послужили невозможность разделения инфильтрата брюшной полости (у 2) и небезопасность вскрытия абсцесса малого таза (у 1), а также невозможность



Различные стадии заболевания жировых подвесков при видеолaparоскопическом вмешательстве.

- а — перекут основания жирового подвеска вокруг своей оси без макроскопических признаков ишемии самого подвеска;
 б — перекут основания жирового подвеска с выраженными ишемическими изменениями в подвеске;
 в — некроз жирового подвеска в результате перекута его основания; г — формирование воспалительного инфильтрата вокруг некротизированного жирового подвеска; д — воспалительный инфильтрат и признаки местного фибринозного перитонита вокруг некротизированного жирового подвеска.*

уточнения причины выраженных воспалительных изменений участка стенки сигмовидной кишки, подпаянного к передней брюшной стенке, и оценки её целостности (у 1). Во всех 4 наблюдениях после лапаротомии был выявлен перекрученный и некротизированный подвесок сигмовидной кишки, который был лигирован и отсечен. У 1 из 4 этих пациентов подвесок был подпаян к червеобразному отростку, обусловив развитие острого вторичного аппендицита; была выполнена традиционная аппендэктомия. У 4 (4,9%) пациентов переход на лапаротомию был обусловлен плотной фиксацией подвеска к стенке сигмовидной кишки, в связи с чем его лапароскопическое удаление было признано небезопасным. У 3 из этих пациентов подвесок был лигирован и отсечен; у 1 — было выполнено лапароскопически ассистированное удаление подвеска через мини-доступ в левой подвздошной области.

У 2 (2,4%) больных необходимость в конверсии была обусловлена сочетанной хирургической патологией по данным видеолaparоскопической ревизии. В первом случае, помимо перекута подвеска сигмовидной кишки, выявлен острый

гангренозный аппендицит с ретроцекальным ретроперитонеальным расположением. В связи с этим произведено лапароскопическое удаление подвеска (путем коагуляции ножки), после чего из доступа по Волковичу—Дьяконову была выполнена аппендэктомия. Во втором случае при лапароскопии, помимо некротизированного подвеска сигмовидной кишки, был выявлен воспалительный инфильтрат, эпицентром которого являлся дивертикул сигмовидной кишки с перфорацией. В связи с экстренностью ситуации, неподготовленностью толстой кишки была выполнена резекция измененного участка сигмовидной кишки с наложением сигмостомы. У обоих пациентов развитие перекута и некроза подвеска сигмовидной кишки, вероятно, произошло изолированно от развития острого аппендицита и дивертикулита с перфорацией дивертикула, так как подвесок находился в отдалении от воспалительного инфильтрата брюшной полости (см. рисунок, 2, д).

Выполнение лечебного этапа при перекуте и некрозе подвесков с применением лапароскопии возможно в 14,3–100% наблюдений [1–2, 4, 5, 7,

9, 10, 17]. Хирургическое лечение перекрута и некроза подвесков с применением видеолaparоскопии в нашей клинике было выполнено у 72 (87,8%) из 82 больных. У 6 (7,3%) пациентов в процессе лапароскопической ревизии и манипуляций произошла самоампутация патологически измененных подвесков. У 2 пациентов, по данным лапароскопии, ишемические изменения в подвесках были обратимы, в связи с чем они не удалены, при этом произведено устранение причин, вызвавших перекрут и ишемию: отделение перекрученного подвеска от париетальной брюшины (у 1), иссечение ножки гидатиды маточной трубы (у 1). Несмотря на эти два наблюдения (без удаления подвесков), мы не рекомендуем применять подобные варианты лечения в клинической практике и считаем обоснованным удаление измененных подвесков из брюшной полости.

Различные способы лапароскопического удаления 77 измененных подвесков применили у 66 (80,5%) из 82 пациентов. Произведено отсечение с использованием диссектора и ножниц с монополярной коагуляцией 63 (81,8%) подвесков, клипирование основания подвеска и последующее отсечение ножницами — 13 (16,9%), лигирование кетгутовой лигатурой — 1 (1,3%). Лапароскопическая эпиплоэктомия с применением коагуляции является наиболее часто используемым методом (54,5–67%), в то же время частота клипирования (18,2–22%) и лигирования (11–27,3%) основания подвеска варьирует [2, 7, 13].

По нашему мнению, выбор способа лапароскопического удаления определяется особенностями патологически измененного подвеска. Чаще всего подвески имели достаточно тонкую длинную ножку, что давало возможность использовать диссектор или ножницы в режиме монополярной коагуляции без риска распространения тока на стенку кишки. Если подвески имели более короткую ножку и были ближе расположены к стенке кишки, то применение монополярной коагуляции было небезопасным. При достаточно узком основании подвеска производили клипирование ножки подвеска с последующим отсечением ножницами. При широком основании подвеска (10 мм) было произведено лигирование с последующим отсечением ножницами и удалением его из брюшной полости.

Тем не менее, в настоящее время в литературе отсутствует сравнение результатов лечения с применением различных методов лапароскопического удаления пораженного подвеска. Мы согласны с мнением некоторых авторов, что применение

в неотложной хирургии современных энергий в виде биполярной коагуляции, ультразвуковых ножниц позволит безопаснее и эффективнее выполнять лапароскопические операции, в том числе производить удаление измененных подвесков из брюшной полости [8, 11, 17].

Ряд авторов обращают внимание на возможность выполнения сочетанных лапароскопических вмешательств при обнаружении перекрута и некроза подвесков и другого заболевания, требующего оперативного лечения. Частота таких вмешательств составляет до 18,2% [2, 7]. По нашим данным, в связи с выявленной хирургической или гинекологической патологией сочетанное лапароскопическое вмешательство было произведено у 8 (9,8%) пациентов, в том числе рассечение спаек (у 4), лапароскопическая аппендэктомия (у 1). Санация брюшной полости при лапароскопии произведена у 22 (26,8%) пациентов промыванием 0,4–2 л физиологическим раствором натрия хлорида с диоксидом и последующей аспирацией содержимого. Дренирование брюшной полости выполнено у 8 (11,1%) больных с последующим удалением дренажа на 2–3-и сутки. Длительность лапароскопического вмешательства составила от 20 до 100 мин, в среднем — $(43,5 \pm 4,0)$ мин. Интраоперационных осложнений не было.

Послеоперационный период у большинства (93,1%) пациентов после лапароскопического лечения перекрута и некроза подвесков протекал гладко. Медикаментозная терапия в послеоперационном периоде включала в себя применение в течение первых суток 1–2 инъекций наркотических анальгетиков у 31 (43,1%) пациента, ненаркотических анальгетиков — у 67 (93,1%), антибактериальных препаратов — у 50 (69,4%), у ряда больных — спазмолитиков и средств, способствующих стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта. В течение нескольких часов — 1,5 сут после операции 4 (5,5%) пациента находились в реанимационном отделении, что было связано с трудностями интубации, тяжелой сопутствующей патологией терапевтического и неврологического профиля.

Частота послеоперационных осложнений после лапароскопического вмешательства по поводу перекрута и некроза подвесков невелика — не более 5%, в то время как после лапаротомии — до 17,3% [3, 6, 8]. По нашим данным, послеоперационное осложнение наблюдалось у 1 (1,4%) из 72 пациентов: на 9-е сутки после лапароскопического вмешательства было отмечено появление инфильтрата в проекции раны в левой подвздошной

области, на 11-е сутки диагностирован неполный наружный толстокишечный свищ. Развитие осложнения у данного пациента было связано с микроперфорацией дивертикула и последующим образованием наружного толстокишечного свища через дренажный ход, что подтверждалось данными фистулографии и ирригоскопии. Летальный исход у 1 (1,4%) пациентки наступил спустя 25 ч после лапароскопического вмешательства по поводу заболевания подвеса.

Пациентка Л., 76 лет, с выраженной сопутствующей терапевтической (ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения IV функционального класса, гипертоническая болезнь III стадии, пароксизмальная форма мерцательной аритмии на фоне атеросклеротического кардиосклероза) и неврологической патологией (атеросклероз сосудов головного мозга, 2 перенесённых острых нарушения мозгового кровообращения с развитием правостороннего гемипареза и дизартрии) поступила в клинику в тяжёлом состоянии. В связи с подозрением на мезентериальный тромбоз, перитонит в нижних отделах живота возникла объективная необходимость в выполнении диагностического лапароскопического вмешательства. Пациентка была оперирована после подготовки в условиях отделения реанимации через 33 ч от начала заболевания, 4 ч от поступления. Лапароскопическое удаление некротизированного подвеса сигмовидной кишки путем коагуляции его ножки заняло 10 мин, произведено без особенностей, с интраабдоминальным давлением 8 мм рт. ст. Летальный исход был связан с развитием пароксизма мерцательной аритмии и ишемического инсульта в височно-лобной области левого полушария головного мозга.

Длительность пребывания пациентов в стационаре после лапароскопического вмешательства по поводу перекрута и некроза подвесков составила от 1 до 20 дней, в среднем — $(7,3 \pm 0,7)$ дня. По данным литературы, по мере освоения лапароскопической методики при заболевании подвесков отмечается сокращение длительности пребывания больного после операции — с $(5,3 \pm 1,6)$ до $(4,6 \pm 1,2)$ дня [1, 2]. Длительность пребывания больных в стационаре после лапаротомии по поводу заболевания подвесков превышает такую после лапароскопии, достигая в среднем до 9,3 дня [3, 6, 8].

У одной пациентки, 25 лет, через 28 дней после лапароскопического удаления некротизированного подвеса сигмовидной кишки произошел рецидив заболевания с появлением аналогичной клинической картины, причиной которой явился перекрут и некроз подвеса восходящей ободочной кишки. Больной выполнено лапароскопическое удаление некротизированного подвеса с использованием монополярной электрокоагуляции с благоприятным исходом.

Выводы. 1. Клиническая картина, данные лабораторных и неинвазивных инструментальных методов исследования при перекруте и некрозе жировых подвесков неспецифичны, что позволяет заподозрить данное заболевание на дооперационном этапе лишь у 34,1% пациентов.

2. Лапароскопическое вмешательство является основным диагностическим и лечебным методом при заболевании подвесков. Лапароскопия позволяет установить правильный диагноз перекрута и некроза жировых подвесков у 95,1% пациентов с данным заболеванием и выполнить малоинвазивное хирургическое лечение, не прибегая к лапаротомии, в 87,8% случаев с возможностью лечения сочетанных заболеваний и минимальным количеством послеоперационных осложнений.

3. Необходимость в конверсии при перекруте и некрозе подвесков возникает, по нашим данным, в 12,2% случаев. Причиной перехода на лапаротомию служили невозможность установления диагноза по данным лапароскопической ревизии, плотная фиксация подвеса к стенке сигмовидной кишки, сочетанные хирургические заболевания и их осложнения, не корригируемые при лапароскопии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдулжавадов И.М. Лапароскопическая диагностика заворота сальниковых отростков толстой кишки у женщин // Эндоскоп. хир. 2005, № 5. С. 33–35.
2. Абдулжавадов И.М. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний сальниковых отростков толстой кишки // Эндоскоп. хир. 2005, № 5. С. 50–53.
3. Абдулжавадов И.М. Некроз жировых подвесков толстой кишки // Хирургия. 2006, № 2. С. 44–46.
4. Буянов В.М., Перминова Г.И. Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний жирового подвеса // Хирургия. 1987, № 7. С. 102–105.
5. Кашпитарь А.В. Применение лапароскопии в диагностике и лечении острых заболеваний сальниковых отростков сигмовидной ободочной кишки // Клини. хир. 1995, № 2. С. 46–47.
6. Кургузов О.П. Острое воспаление сальниковых отростков ободочной кишки // Хирургия 2005, № 9. С. 45–49.
7. Муканов С.М. Эффективность лапароскопии при диагностике и лечении перекрута сальниковых подвесков толстой кишки // Мед. журн. Зап. Казахстана. 2011. Т. 3, № 31. С. 108–109.
8. Шаповальянц С.Г., Тимофеев М.Е., Фёдоров Е.Д. и др. Видеолaparоскопические вмешательства в неотложной хирургии перекрута и некроза сальниковых отростков ободочной кишки // Тезисы XI съезда хирургов Российской Федерации (25–27 мая, 2011 г.). Волгоград, 2011. С. 395–396.
9. Эфендиев Ш.М., Волков О.В., Курбанов М.А. и др. Заболевания жировых подвесков ободочной кишки // Хирургия. 2003, № 10. С. 64–66.
10. Chouillard E., Fingerhut A. Acute appendicitis after laparoscopic treatment of acute epiploic appendagitis // Surg Endosc. 2003. Vol. 17, № 4. P. 660–661.

11. Chowbey P.K., Singh G., Sharma A. et al. Torsion of appendices epiploica presenting as acute abdomen: laparoscopic diagnosis and therapy // Indian J. Gastroenterol. 2003. Vol. 22, № 2. P. 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. Vol. 36, № 2. P. 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. Vol. 29, № 3. P. 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. Vol. 7, № 6. P. 456–458.
15. Rao P.M., Wittenber J., Lawrason J.N. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance // Radiology. 1997. Vol. 204, № 3. P. 713–717.
16. Silva P.D., Ripple J. Laparoscopic diagnosis and treatment of an infarcted epiploic appendage // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1996. Vol. 3, № 2. P. 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. Vol. 4, № 3. P. 247–250.

Поступила в редакцию 22.05.2013 г.

М.Е.Тимофеев^{1, 2}, Е.Д.Федоров^{1, 2}, А. П.Креchetova¹,
S.G.Shapovalyants^{1, 2}

VIDEO-LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TORSION AND NECROSIS OF APPENDICES EPIPLOICA

¹ Pirogov Russian National Research Medical University;

² Municipal clinical hospital № 31, Moscow

A retrospective analysis of treatment of 82 patients with torsion and necrosis of appendices epiploica was made. The video-laparoscopic surgery of these patients was performed. When the diagnosis is unclear, the differential diagnostics should be made between the appendices epiploica disease and other abdominal diseases using the video-laparoscopy. This method allowed the establishment of the correct diagnosis of torsion and necrosis of appendices epiploica in 95,1% of patients. The laparoscopic treatment was made in 87,8% of cases with minimal quantity of postoperative complications. The video-laparoscopy allowed the detection of accompanying pathology of abdominal organs and performance of the correction by low-invasive method. The need of conversion occurred in 12,2% of patients. Postoperative period was characterized by uneventful recovery, minimal usage of analgesics and antibiotics, early stages of rehabilitation, perfect cosmetic effect in majority of patients.

Key words: *laparoscopy, appendix epiploica, epiploic appendices, large intestine, treatment*