

Դ. Լ. ՄԻՐՅԱ-ԱՎԱԿՅԱՆ

К КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ „ПОДВИЖНОЙ СЛЕПОЙ КИШКИ“

Подвижная слепая кишка была описана Куршманом (Kurschman) еще в 1894 г. Однако „Coecum mobile“ как самостоятельную нозологическую единицу выделил Ф. О. Гаусман в 1904 г. [24]. За рубежом описание этой патологии связано с именем Вильмса (Wilms), который только в 1908 г. осветил этот вопрос.

В дальнейшем „Coecum mobile“ были посвящены работы как отечественных (И. А. Герцен [4], И. И. Греков [5], А. И. Ильин [8], И. Н. Ищенко [9], А. Л. Поленов [15], В. Н. Розанов [17], Н. В. Савков [18], Н. Д. Стражеско [21], О. А. Левин [11], М. С. Яшкян [22] и др.), так и зарубежных авторов (Гаустон [22], Боуг [32], Уосегени [33] др.).

Мнения ученых о „подвижной слепой кишке“ весьма разноречивы. Если одни считают эту патологию невинным страданием или просто анатомическим вариантом, другие признают за ней весьма важную роль в патологии брюшной полости. В этом отношении весьма характерным является заявление одного из крупнейших представителей русской земской хирургии В. В. Успенского [22]. Автор, выступая в прениях на XVII съезде российских хирургов, указал, что мало внимания уделяется „подвижной слепой кишке“ с ее многочисленными осложнениями, с неясной симптоматологией, симулирующей заболевания других органов.

С тех пор прошло 35 лет, однако слова В. В. Успенского еще не потеряли своего значения. С сожалением можно отметить, что в противоположност иностранной литературе (Юнгганс [25], Николь [26], Кауфман [27], Бонзениго и Моло [30], Фогт [36] и др.) в нашей стране, где впервые была описана „Coecum mobile“ и так много внимания обращалось на нее многими выдающимися представителями отечественной медицины, за последние годы о ней почти забыто. Между тем вопросы клиники и диагностики „подвижной слепой кишки“ в настоящее время становятся особенно актуальными в связи с огромным ростом количества операций, производимых по поводу хронического аппендицита.

Известно, что рецидив болей после столь распространенной операции и в настоящее время остается еще высоким, в чем в определенном проценте случаев повинна незамечанная при первой операции „подвижная слепая кишка“ (И. И. Греков, В. Н. Розанов, Н. Л. Савков, Н. Сороко [20] и др.). Известно, что „подвижная слепая кишка“

является предрасполагающим фактором для возникновения ряда осложнений (заворот слепой кишки, инвагинация), при ней создаются условия для возникновения аппендицита (И. И. Греков и др.), и, наконец, в ряде случаев она дает своеобразный симптомокомплекс, сходный с картиной хронического аппендицита. Оставшись незамеченным в ранние периоды жизни человека, „Соесит мобиле“ приводит к расширению и атонии слепой кишки, что в свою очередь ведет к застою содержимого и интоксикации организма.

Анатомическими исследованиями ряда авторов (И. А. Зворыкин [7], А. Н. Ильин [8], С. Н. Лисниця [12], Лериш, Кавеллон) доказано, что „подвижная слепая кишка“ встречается нередко. Особенно часто слепая кишка бывает подвижной у маленьких детей, что нужно считать для них физиологическим явлением. Наши данные, полученные при исследовании 102 трупов лиц различных возрастных групп, также подтверждают литературные данные.

Несмотря на частоту анатомических находок, „подвижная слепая кишка“ не всегда клинически проявляется и, видимо, в ряде случаев не дает о себе знать до конца жизни. В тех же случаях, когда возникает определенный клинический симптомокомплекс, известный в литературе под названием „Соесит мобиле“, больные требуют к себе необходимого внимания и подлежат хирургическому лечению—фиксации начального отдела восходящей кишки.

По данным большинства авторов, „подвижная слепая кишка“ чаще встречается у женщин, что нужно объяснить физиологическими особенностями строения связочного аппарата толстого кишечника.

В госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института за последние годы больных с симптомокомплексом „Соесит мобиле“ наблюдалось 62 человека. Среди них женщины было 56, мужчины 6. Соотношение больных женского и мужского пола 9:1.

Таблица 1
Возрастные показатели больных

От 6—15 лет	От 16—25 лет	От 26—35 лет	От 36—45 лет	Всего
17	29	13	3	62

Как видно из приведенной таблицы, подавляющее большинство больных было в молодом возрасте, среди которых около половины составляли подростки.

Клиника „подвижной слепой кишки“ недостаточно знакома широким кругам врачей, между тем ее диагностика не представляет особых трудностей, если знать, что она в определенных случаях может служить источником болезненных явлений. Об этом особенно важно помнить тогда, когда патологические явления не укладываются полностью в рамки клинической картины хронического аппенди-

цита. Знание патологии „Соесит мобиле“ одинаково важно как для хирургов, так и для терапевтов, и в особенности педиатров, ибо оно в определенном проценте случаев даст возможность избежать диагностических ошибок.

Больные с симптомокомплексом „Соесит мобиле“, как правило, поступают в клинику с ошибочными диагнозами. Из 62 больных лишь один был направлен в клинику с правильным диагнозом.

В табл. 2 приведены сведения о диагнозах больных, с которыми они поступили на лечение к нам.

Таблица 2
Данные о диагнозе направлявшего учреждения

Больных	Подвижная слепая кишка	Хронический аппендицит	Острый аппендицит	Подострый аппендицит	Хронический холангит	Почечная колика	Острый живот	Без диагноза
62	1	30	16	9	1	2	1	2

Из приведенных в табл. 2 данных можно заключить, что клиника „Соесит мобиле“ в основном сходна с клиникой аппендицита, так как 55 больных из 62 были направлены на лечение под диагнозом различных форм аппендицита.

Авторы, описавшие клинические проявления „подвижной слепой кишки“, дают ей различную характеристику. Boag [36] по локализации болей различает: желудочные, дуоденальные, желчно-каменные формы и форму „правой подвздошной ямки“. Из перечисленных форм, нам кажется, практический интерес представляет лишь последняя форма, хотя и ряд авторов (В. В. Успенский [22], М. Л. Пейлет [14] и др.) указывают, что „Соесит мобиле“ может быть источником диагностических ошибок даже при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и желчно-каменной болезни.

Клинически „подвижная слепая кишка“ может проявляться как в виде острого приступа, так и иметь хроническое течение с периодическими обострениями. Из 62 больных 18 поступили с острым приступом, а 44 с хроническим течением заболевания.

Основным симптомом „подвижной слепой кишки“ является боль в правой подвздошной области. Одни авторы считают характерным для этих болей их приступообразность (В. А. Корочанский [10]), другие указывают, что они бывают коликообразными и с раннего детства (М. С. Яникман [23], Кауфман [27], Юнгас [25]), третьи считают характерным для них нестрогу с частыми обострениями (Е. Г. Малыхова [13], Хоустон [29]), наконец, последняя группа авторов утверждает, что боли носят постоянный, тупой характер (П. А. Гершен [4], Шор [16] и др.).

Столь разноречивые мнения о характере болей при „Соесит мобиле“, вероятно, можно объяснить тем, что авторы изучали неодинаковые

наковый контингент больных как по возрасту, так и по характеру и длительности их заболевания. Если одни авторы описывают клинику „подвижной слепой кишки“, базируясь на изучении этой патологии у детей, другие, а их большинство, свои выводы строят на случаях, где налицо имеются вторичные изменения со стороны слепой кишки в виде ее расширения, атонии и колита. Наши больные отмечали разнообразные боли, локализованные, как правило, в правой подвздошной области (табл. 3).

Таблица 3

Данные о характере болей

Характер болей	Число наблюдений
Постоянные тупые боли с периодическими обострениями	23
Приступообразные боли, без наличия их в межприступном периоде	16
Коликообразные боли при беге и ходьбе	14
Схваткообразные боли	7
Разлитые боли в животе без определенной локализации	2
Всего	62

Постоянные боли мы наблюдали у больных более старшего возраста, тогда как у молодых и у детей боли носили характер кратковременных, но порою очень сильных колик. Последние большей частью наблюдались днем. Дюпюи д' Френель [6] наблюдал больных, у которых колики бывали настолько сильными, что больные катались в постели.

Подобные коликообразные боли объясняются временными перегибами и частичным заворотом слепой кишки. Боли проходят после расправления кишки. Насколько разнообразны данные о характере болей, столь же разноречив вопрос их иррадиации.

Если одни авторы вообще не пишут об иррадиации болей, а другие считают ее редким явлением, то другие считают характерной иррадиацию в пупок, эпигастрий, правую ногу.

Среди наших больных боли не иррадиировали у 22 чел. Иррадиация в спину имела у 13, в правую ногу—у 12, в поясницу и нижнюю конечность—у 26, и эпигастральную область—у 4 и в область пупка—у двух больных. Таким образом, иррадиацию болей наиболее часто мы имели в поясницу и правую нижнюю конечность.

В литературе характерным признаком „Соесит мобиле“ принято считать постоянного характера запоры, которые объясняются стеркороальным стазом. И. А. Зворыкин [7] на большом материале запоры отмечал в 45% случаев. Авторы же, изучавшие „Соесит мобиле“ у детей (Николь [26], Кауфман [27] и др.), частые запоры не отмечают.

Среди больных жалобы на запоры имелись у 16 человек, из ко-

торых двое болели меньше одного года, а остальные страдали симптомокомплексом „Соесит мобиле“ в течение 2—6 лет. Среди детей запоры мы отметили лишь у одной 9-летней девочки.

Приведенные данные говорят о необходимости более ранней диагностики и своевременного лечения „подвижной слепой кишки“, что явится лучшей профилактикой возникновения вторичных изменений, предрасполагающих к запорам.

Симптомокомплексом „подвижной слепой“ кишки больные страдали в течение 1 года—39 человек, от 1—3 лет—17, свыше 3 лет—6 человек: этим можно объяснить довольно низкий процент вторичных изменений у больных со стороны слепой кишки, появляющихся упорными, часто не поддающимися лечению запорами.

Из объективных симптомов диагностическую ценность представляет, по мнению многих авторов, наличие урчания и пустоты правой подвздошной ямки, иногда шум плеска. Вышеуказанные симптомы мы встретили лишь у 12 больных.

Ф. О. Гаусман [3] придавал огромное значение методической пальпации брюшной полости по Образцову. Автор на основании изучения 113 больных считал, что слепую кишку можно прощупывать и смещать (в случаях патологической подвижности) более чем в 90% случаев. Этому способу пальпации придает значение А. П. Бельмев [1].

К сожалению, ни у одного больного Ф. О. Гаусмана диагноз не был проверен на операции, следовательно, на наш взгляд, трудно говорить об объективности оценки вышеуказанного метода и ценности его в диагностике „Соесит мобиле“.

Большую роль в диагностике имеет рентгенологическое исследование больного как дачей контрастной массы *per os*, так и при помощи контрастной клизмы.

При наличии общей брыжейки толстого и тонкого кишечника характерными рентгенологическими признаками считают правостороннее расположение тонкого кишечника и отсутствие печеночного угла (Шааф [35], Ледю-Лебор, Кириш [37], Фогт [36] и др.). Такая патология встречается довольно редко.

Для подвижной правой половины толстого кишечника, кроме являемой под экраном подвижности этого отдела, характерными косвенными признаками являются: стеркороальный стаз (В. П. Смотров [79]), вертикальная экскурсия печеночного угла „floating colon“ по Мак Коннелю и Гардману [31], опущение печеночного угла и др. Уинтиг для более точной диагностики предлагал производить рентгенокимографию.

Из 62 больных рентгенологическому обследованию были подвергнуты 41 человек, причем у 17 одновременно с просвечиванием была произведена и Р-графия. Дооперационный диагноз „Соесит мобиле“ был поставлен у 29 больных.

Со стороны крови и мочи, по мнению подавляющего большинства авторов, изменений не бывает. На нашем материале наблюдений незначительно выраженный лейкоцитоз (в пределах 10 000—14 000) был у 17 больных, причем во всех случаях в период обострения.

На основании данных, имеющихся в литературе, а также собственных наблюдений, можно считать, что ненормальная подвижность правой половины толстой кишки, известная в литературе под термином „Coesum mobile“, в большинстве случаев, дает следующую клиническую картину.

В ранние периоды проявления этой аномалии, в частности, в детском возрасте больные жалуются на приступообразные боли в правой половине живота, которые носят перемежающийся характер, усиливаясь при беге, длительной ходьбе. Временами боли обостряются чаще в дневное время и имеют характер колик, продолжительность которых исчисляется минутами, реже до 1—2 часов. Боли с самого начала приступа достигают своей наивысшей интенсивности. У большинства больных отмечается иррадиация болей в правую ногу и в поясничную область.

В более поздние сроки больные отмечают постоянные тупые боли в правой подвздошной области, которые временами обостряются, чувство тяжести, а также постоянные запоры. В анамнезе у многих из этих больных можно найти указания на кратковременные колики в животе еще в раннем возрасте.

Таким образом, уже тщательно собранный анамнез наводит на мысль о существовании патологической подвижности правой половины толстого кишечника. Это особенно важно, так как объективное исследование больного дает сравнительно мало данных для диагностики, в особенности дифференциальной диагностики с хроническим аппендицитом. При осмотре живот бывает равномерным, не вздутым. Иногда (в более поздние сроки) замечается некоторая асимметрия живота за счет выпирания его правой половины (раздутый соесум). Поверхностная пальпация безболезненная; при глубокой пальпации определяется умеренная болезненность в правой подвздошной ямке. При обострении заболевания болезненность бывает резко выражена, однако мышечного напряжения не бывает. Полученные при объективном исследовании данные не отражают глубины жалоб больных. На то нужно обратить внимание, особенно в тех случаях, когда дифференциальная диагностика трудна и неясна.

За последнее время в нашей клинике проверялся симптом, названный „симптомом подвижной болевой точки“. Последний заключается в том, что при пальпации правой подвздошной области в положении на спине, а затем на левом боку отмечается перемещение болевой точки и средней линии. Симптом этот проверялся сравнительно у небольшого количества больных и поэтому мы считаем пока преждевременным говорить о его ценности. Тем не менее нужно

указывать, что в ряде случаев при положительности этого симптома диагноз подтверждается на операции. С другой стороны, этот симптом помогал нам при дифференциальной диагностике «Соесит мобиле» и хронического аппендицита.

В поздние сроки заболевания при пальпации определяется урчание, а иногда и шум плеска в правой подвздошной ямке.

В большинстве случаев симптом Ровзинга бывает положительным.

При рентгеноскопии под экраном определяется подвижность слепо-кишечного угла в больших пределах, опущение печеночного угла, инвагинация слепой кишки.

При постановке диагноза «Соесит мобиле» наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика с хроническим аппендицитом. Однако, нам кажется, что при тщательном собирании анамнеза, оценке полученных результатов объективного обследования, а также данных рентген и лабораторных исследований правильный диагноз может быть поставлен без особых трудностей.

В ы ы о д ы

1. Несмотря на значительное количество работ, посвященных как в отечественной, так и в зарубежной литературе ненормальной подвижности правой половины толстой кишки и важности этой проблемы, за последние годы в нашей стране ей не уделяется должного внимания.

2. Подвижность правой половины толстой кишки является не редким анатомическим вариантом и в ряде случаев служит источником различных серьезных осложнений. В определенном проценте случаев дает своеобразный симптомокомплекс, именуемый в литературе «Соесит мобиле».

3. Указанный симптомокомплекс в подавляющем большинстве случаев встречается у женщин и у детей.

4. Клиника этой патологии мало знакома широкому кругу врачей, между тем диагностика ее не представляет особых трудностей. При тщательной оценке данных анамнеза результатов клинического и рентгенологического исследования диагноз может быть поставлен с достаточной точностью.

5. Своевременное выявление и лечение подвижной слепой кишки предупреждает развитие различных осложнений, в частности заворота слепой кишки и инвагинации плеоцекального угла.

Գ. Լ. ՄԻՐԶԱ-ԱՎԱԳՅԱՆ

«ՇԱՐՔԻՆ ԿՈՒՅՐ ԱՂԻՔԻ» ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԵՎ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ ֆ ո փ ո ս ւ փ

«Շարժման կույր աղիքը» հանդիսանում է որովայնի խոռոչի մի շարք պաթոլոգիական երևույթների պատճառ:

Չնայած դրան գրականության մեջ, նոտանալանդ վերջին տարիներին, այս հարցի վրա պատշաժ ուշադրություն չի դարձվում:

Շարժման կույր աղիքը սրուշ ղեպքերում տալիս է յուրահատուկ կլինիկական սիմպտոմսիմպլեքս, որի նկարագրությունը տարբեր հեղինակների մոտ բավականին տարբեր է: Երեանի բժշկական ինստիտուտի հոսպիտալ վերաբուժական կլինիկայում վերջին տարիներս ուսումնասիրվել և բուժման են ենթարկվել 62 հիվանդներ. որոնք տառապել են շարժման կույր աղիքի սիմպտոմսիմպլեքսով:

Դրականության և սեփական զիտոզությունների հիման վրա կարելի է ասել, որ այս պաթոլոգիայի հիմնական կլինիկական ախտանիշները հետևյալներն են: Հիվանդության առաջին շրջանում հիվանդները նշում են կարճատև ցավեր աջ զստափոսի շրջանում, որոնք երբեմն ասանում են նոսպայի բնույթ: Նոսպան կարճատև է, և ցավերը ամենից հաճախ ճառագայթում են զնայի աջ ուղիղ և աջ գոտկային շրջանը: Հիվանդության ավելի ուշ շրջանում հիվանդները նշում են մշատկան բովի ցավեր և փորկապություն, ցավերը երբեմն սրանում են:

Օբյեկտիվ քննության ժամանակ նշվում է ցավոսություն աջ զստափոսի շրջանում, իսկ երկարատև ղեպքերում շոշափվում է լայնացած շարժման կույր աղիքը և զգացվում է ծփանք: Ռեպլինդի ախտանիշը ղեպքերի մեծ մասում լինում է դրական: Դիֆերենցիալ ախտորոշման տեսակետից ամենից ավելի մեծ դժվարություն է ներկայացնում խրոնիկական ապենդիցիտի դիֆերենցիան: Ճշգրիտ ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունի ունտղենյան քննությունը, որի ժամանակ հաստ աղիքի աջ կեսի աննորմալ շարժունության ևս միտման նշվում է հաստ աղիքի աջ տնկյան իջնցում, երբեմն կույր աղի պարունակության էփուկապիտայի ուշացում և ալլն:

Հիվանդի անամնեզատիկ, օբյեկտիվ և սենտղենյան քննությունների ճշգրիտ ուսումնասիրության և ղեհահատման ղեպքում շարժման կույր աղիքի, ախտորոշումը տաննին մեծ դժվարություն չի ներկայացնում: Այս հարցը առանձնապես կարևոր է այն տեսակետից, որ նախաօպերացիոն ախտորոշումը հնարավորություն է տալիս ընտրել վիրահատման ճշգրիտ սղան և որոշ ղեպքերում խոսափել հետօպերացիոն ռեցիդիվոյ ցավերից, որոնք լինում են ոչ արնքան հապիաղիկ որդանման կուտտի հետոցումից հետո:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Беляев А. П. Диагностика „Coecum mobile“ с помощью ежегодической палъци по способу Гаусмана-Образцова. Известия об-ва врачей Южи. Устуркря, 14, 1924.
2. Гаусман Ф. О. О подвижной и блуждающей слепой кишке. Журн. Практический врач, 4, 1911.

1. Гаусман Ф. О. Основы методического прощупывания желудочно-кишечного тракта. М., 1912.
4. Герцен П. А. О расширенной и подвижной слепой кишке. Изб. труды. 1956.
5. Греков И. И. О подвижной слепой кишке. Избр. труды. 1952.
6. Дюлюи л. Френель. Аппендицит, перитониты и колиты (пер. с франц.). 1929.
7. Зворинки И. А. К вопросу о значении подвижности правого отдела толстой кишки в хирургической клинике. Дисс. канд. Львов, 1948.
8. Ильин А. И. Значение фиксации „Coecum mobile“ при оперативном лечении тифлоколитов. Журнал современной хирургии, вып. 4 (10), 1927.
9. Ищенко. До питання про Coecum mobile Українські Медичні вісті, 2, 1925.
10. Корочанский В. А. Coecum mobile и dilatatio coeci. XVII съезд российских хирургов. 1925 г. Изд. Л., 1926.
11. Левин О. А. Так называемый хронический аппендицит и Coecum mobile. Вестник хирургии и пограничных областей, кн. 58—60, 1930.
12. Лисицин С. И. Варианты форм и положение слепой кишки. Врач. газета, 20, 1925.
13. Малыхова Е. Г. Влияние резекции брыжеечных сплетений на функцию кишечника. Сб. трудов, посв. памяти П. А. Герцена, 1949.
14. Пейлет М. Л. К вопросу о блуждавшей Coecum и язве желудка. Врач. газета, 13—14 и 15—16, 1924.
15. Поленов А. Л. Опушение проксимального отдела толстых кишок с точки зрения хирургической клиники. Нов. хирург. архив, т. 2, кн. 1, 1922.
16. A. Rendle Schott. (A. Morp). Аппендицит, Л., 1926.
17. Розанов В. И. Coecum mobile. Хирург. Архив Вельяминова, кн. 5, 1912.
18. Савков И. В. К вопросу о Coecum mobile. Хирургия, т. 35, 1914.
19. Смотров В. Н. Некоторые аномалии толстых кишок и отношение их к клинике. Советская клиника, 83—86, т. XV, 1931.
20. Сороко И. Ошибки в диагностике и их причины. Нов. хирург. Архив, т. 34 кн. 133/126, 1936.
21. Стражеско Н. Д. О подвижной слепой кишке. Изб. труды, т. 2. Изд. АН УССР, 1956.
22. Успенский В. В. (Выст. в прениях). XVII съезд российских хирургов, 1926.
23. Яникин М. С. Хирургическое лечение Coecum mobile. Нов. хир. Архив, т. 40, 3, 1938.
24. Нанзган Т. Das Coecum mobile. Berlin, kl. Wochenschr. 44, 1904.
25. Junghans H. Der Sammelbegriff „Coecum mobile“ und seine chirurgische Behandlung. Der Chirurg, № 3, 17—18, 1947.
26. Nicole R. Über das Coecum mobile syndrom bei Kindern. Ann. Paediatrici, v. 186, 6, 1954.
27. Кантман Н. Das Coecum mobile in Kindesalter Ann. Paediatrici, v. 176, 3, 1952.
28. Wills. Das Coecum mobile als Ursache mancher Fälle von Symptomer Chronischer Appendicitis. Dent. Med. Wochenschr, 36, 1908.
29. Houston W. The mobile right colon. JAMA v. 93, 10, 1929.
30. Benzantje und Molo. Zur symptomatologie das Coecum mobile. Monatssch für Kinderheilkunde Bd. 107, n. 4, 1959.
31. Mc. Connell T. Hardman. Abnormalities of fixation of the ascending colon. The Brit. Journ. of Surgery, v. X, 37—40, 1922—23.
32. Waugh G. The morbid consequences of a Mobile Ascending colon, with a report of 180 operations. The Brit. Journ. of Surgery, v. VII, 25—28, 1919—20.
33. Woxeigen M. Nebenbefunde am Coecum bei Appendektomia (дисс. докт.). 1938.
34. Wittig G. Die Lehre vom Coecum mobile. Bruns. Beitr. zur klin. Chirurgi. 178, 2.
35. Schaal J. Die klinische Bedeutung das mesenterium communae. Arch. Wochenschr. 8, 20, 1953.
36. Yoegi H. Über das mesenterium communae Fortsch. auf dem geb. Röntgenstrahlen ver mit Röntgenpraxis. Bd. 73, 2, 1959.
37. Ledoux-Levard, Kirsch et Heltz. Le „mesenterium communae“ Son diagnostic radiologique et sa symptomatologie. Paris med. 27, 1950.