

УДК 616.346—007.42

В. П. АИВАЗЯН

КЛИНИКО-РЕНТГЕНО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ СИНДРОМЕ «ПОДВИЖНОЙ СЛЕПОЙ КИШКИ»

У 48 больных проведены клинико-рентгено-анатомические параллели для распознавания синдрома «подвижной слепой кишки».

Анализ результатов исследований показал, что указанный синдром имеет достаточно клинических и рентгенологических признаков для правильного диагностирования.

За последние годы интерес к патологической подвижности правой половины толстой кишки вновь значительно возрос [2].

В хирургическом отделении Ереванской железнодорожной клинической больницы с 1963 по 1969 г. произведено 450 операций по поводу различных форм хронического аппендицита. Анализ историй болезни этих больных, в частности описания операций, дал основание предположить, что у 319 из 450 оперированных имелась патологическая подвижность восходящего отдела толстой кишки, что составляет 70,8% всех больных, оперированных по поводу хронического аппендицита. Однако из 319 вероятных случаев чрезмерной подвижности правой половины толстой кишки диагноз на операционном столе был поставлен только у 29 больных (9%). Интересно отметить, что, несмотря на правильное распознавание некоторыми хирургами данной патологии на операционном столе, фиксация кишки была произведена только у 11 человек (все-го 3,5% всех больных с патологической подвижностью правой половины толстой кишки).

Как известно, недооценка патологической подвижности восходящего отдела толстой кишки и невыполнение фиксации этого отдела приводит к рецидиву болевого синдрома в брюшной полости и повторной операции (колофиксации). И. Х. Геворкян приводит сведения о 20 таких больных, которые были повторно оперированы [1].

В нашем отделении только за период с 1970 по 1973 г. повторная операция по поводу рецидива боли после аппендэктомии была выполнена у 5 больных. К сожалению, во время операции на подвижность восходящего отдела толстой кишки не было обращено внимания. У всех этих больных диагноз патологической подвижности правой половины толстой кишки был доказан как клинически, так и рентгенологически, и была произведена мезоперитонизация восходящего отдела толстой кишки.

За последние 3 г. (1970—1973) среди оперированных в нашей клинике 260 больных с диагнозом: хронический аппендицит анатомически

подвижность правой половины толстой кишки была констатирована в 142 случаях (54,6%). Фиксация восходящего отдела была произведена в 48 случаях, что составляет 38,7% всех больных с патологической подвижностью правой половины толстой кишки. Таким образом, по сравнению с прошедшим периодом (1963—1969 гг.) за указанные годы число оперативных вмешательств по поводу патологической подвижности восходящего отдела толстой кишки возросло в нашем отделении в 11 раз.

В проблеме чрезмерной подвижности правой половины толстой кишки одним из важнейших вопросов является ее правильное распознавание и выбор обоснованного показания к ее фиксации.

В настоящей работе мы подвергли клинико-рентгено-анатомическому анализу вопросы диагностики этого заболевания и провели параллели между клиническим, рентгенологическим и анатомическим диагнозом.

На вопрос—имеет ли сегодня практический врач достаточно веские основания для правильного распознавания этого заболевания—можно дать положительный ответ.

Мы подвергли оперативному вмешательству 48 больных с синдромом подвижной слепой кишки, руководствуясь при диагностике последнего как субъективными данными, так и результатами объективного и дополнительных исследований.

Жалобы больных в зависимости от стадии клинического течения заболевания сводятся к болям и диспептическим расстройствам. Боли обычно тупые, постоянного характера, располагаются в правой подвздошной области. Они иррадируют в правую нижнюю конечность и поясницу, временами обостряются, носят характер кратковременных колик, чаще появляются днем при физической нагрузке (бег, прыжки, быстрая ходьба). Иногда боли проходят в положении больного на спине. Диспептические расстройства чаще выражаются запорами и тошнотой.

Объективно: у этих больных живот овальной формы, равномерно участвует в акте дыхания, симметричен (иногда на фоне мягкой брюшной стенки выступает правая подвздошная область). Поверхностная пальпация безболезненная. При глубокой пальпации правая подвздошная область болезненна, иногда определяется урчание, иногда пальпируется вздутая слепая кишка, перкуссия над которой дает высокий тимпанит. Точки Мак-Бурнея, Ланца, Кюммеля болезненны, симптомы Ровзинга, Ситковского, перемещающейся болевой точки положительны, симптомы раздражения брюшины обычно отрицательны. Для диагностики имеет определенное значение и анамнез болезни—давность заболевания, часто с детских лет.

Из дополнительных методов исследования у больных с этой патологией наибольшее значение имеет рентгенологическое исследование, которому были подвергнуты 28 больных. Рентгено-симптоматология патологической подвижности правой половины толстой кишки характеризуется следующими основными признаками: опущением печеночного угла толстой кишки; низкой локализацией слепой кишки, часто в малом тазу; резкой смещаемостью правой половины толстой кишки (норма 15—50°); цекостазом, расширением цекума и восходящей кишки; локальной болезненностью слепой кишки (пальпация под экраном).

Рентген-исследование проводится лежа на животе, на левом боку и стоя. У всех 28 больных диагноз патологической подвижности правой половины толстой кишки был подтвержден рентгенологически.

Таким образом, диагноз патологической подвижности правой половины толстой кишки был нами поставлен на основании вышеизложенных симптомокомплексов, как клинического, так и рентгенологического.

Возникает вопрос—в скольких случаях рентгенологический и клинический диагноз получил свое подтверждение на операционном столе?

У всех наших 48 больных клинический диагноз патологической подвижности восходящего отдела толстой кишки подтвердился во время операции. В 11 случаях восходящая кишка имела длинный собственный связочный аппарат; в 19 была общая брыжейка для подвздошной и восходящего отдела толстой кишки. К сожалению, в 18 случаях причина подвижности в историях болезни не отмечена.

Рентгенологический диагноз у всех 28 больных был также подтвержден на операционном столе.

С целью иллюстрации приводим краткие сведения из истории болезни двух больных.

Больной У., 16 лет (история болезни № 2795/1267), поступил в клинику 23/X 1973 г. с диагнозом: хронический рецидивирующий аппендицит.

Жалобы на боли в правой подвздошной области, носящие характер кратковременных коликообразных приступов, иррадирующие в правую поясницу и левую часть живота. Вне приступов отмечает постоянные тупые боли. Болен около года. Имел три приступа продолжительностью 5—6 часов. Боли появлялись днем и самостоятельно проходили.

Со стороны органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено. Пульс 75 в минуту, хорошего наполнения. Язык слегка обложен. Стул нормальный. Со стороны мочеполовой системы отклонений от нормы не выявлено.

Живот овальной формы, активно участвует в акте дыхания, симметричный. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области. Пальпируется вздутая, болезненная слепая кишка. Симптомы Ровзинга и Ситковского положительные. Симптом перемещающейся болевой точки положительный. Точки Мак-Бурнея и Ланца болезненные.

Клинический диагноз: синдром «подвижной слепой кишки», вторичный хронический аппендицит.

Анализ крови, мочи и кала в норме.

Рентгеноскопия толстого кишечника: через 24 часа равномерное заполнение всех отделов толстого кишечника. Имеется значительная подвижность правой половины толстой кишки. Цекум опущен, находится в малом тазу, расширен. Пальпаторно область цекума болезненна. Червеобразный отросток не заполняется (рис. 1, а).

На основании вышеизложенного у больного был поставлен диагноз: синдром «подвижной слепой кишки» и хронический аппендицит. 30.X 1973 г. больной был оперирован.

Ревизия показала: слепая кишка и часть восходящей кишки имеют общую брыжейку с тонкой кишкой. Имеются явления тифлоэктазии и перетифлита. Червеобразный отросток крючкообразно изогнут, покрыт спайками, расположен частично позади слепой кишки, сосуды слегка инъецированы. Брыжейка рубцово сморщена.

Произведена типичная аппендэктомия и мезоперитонизация начального отдела восходящей кишки. Операционная рана зашита послойно наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

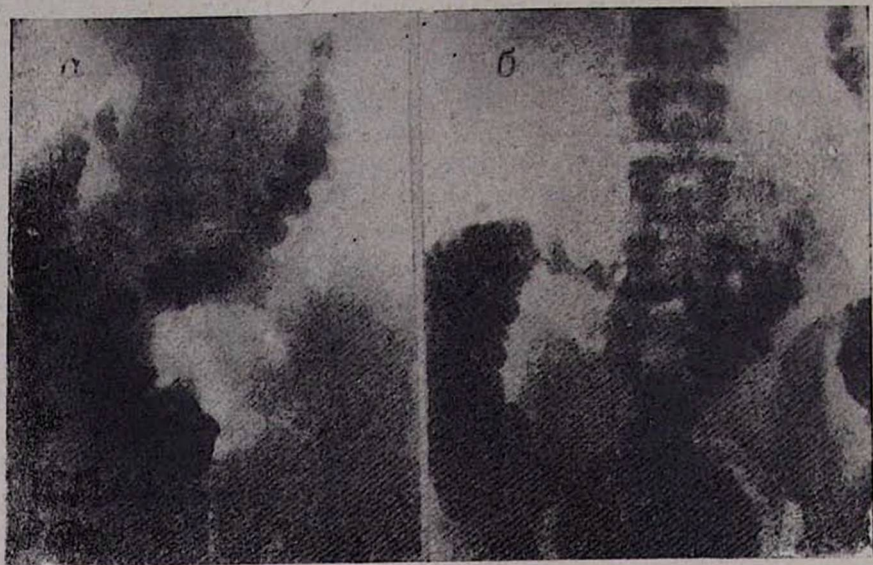


Рис. 1.

Больной А., 45 лет (история болезни № 2727/1241), поступил в клинику 15.X 1973 г. с диагнозом: хронический рецидивирующий аппендицит.

Жалобы на боли в правой подвздошной области и области пупка. Боли носят приступообразный характер, иррадируют в правую поясничную область, длятся 5—10 мин. Считает себя больным один год. Боли возникают обычно днем, внезапно (при физической нагрузке, быстрой ходьбе) и самостоятельно проходят.

Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы не выявлено. Пульс 80 в минуту, хорошего наполнения, язык чистый, влажный. Стул нормальный. Со стороны мочеполовой системы отклонений от нормы не выявлено.

Живот овальной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области. Симптом Ровзинга положительный. Симптом перемещающейся болевой точки положительный. Пальпируется вздутая, болезненная слепая кишка. Точки Мак-Бурнея и Ланца болезненные.

Клинический диагноз: синдром «подвижной слепой кишки», вторичный хронический аппендицит.

Анализ крови, мочи и кала в норме.

Рентгеноскопия толстого кишечника: через 24 часа отмечается равномерное заполнение всех отделов толстой кишки. Цекум и правая половина толстой кишки подвижны, печеночный угол опущен, цекум находится в малом тазу, пальпаторно область цекума болезненна. Червеобразный отросток не заполняется (рис. 1, б).

19.X 1973 г. больной был оперирован. Ревизия показала: слепая кишка и восходящий отдел толстой кишки подвижны, имеется общая брыжейка с тонкой кишкой, цекум расширен, восходящая кишка без особых изменений. Червеобразный отросток крючкообразно изогнут, сосуды инъецированы, кончик рубцово изменен. Брыжейка плотная, покрыта спайками.

Произведена типичная аппендэктомия и мезоперитонизация начального отдела восходящей кишки. Операционная рана зашита послойно наглухо.

Послеоперационное течение гладкое.

Таким образом, на основании проведенной клинико-рентгено-анатомической параллели в диагностике патологической подвижности правой половины толстой кишки можно прийти к следующему заключению. Существующая в настоящее время симптоматология патологической подвижности правой половины толстой кишки дает возможность при детальном обследовании больных с этой патологией, при глубоком анализе их жалоб и данных объективных исследований поставить правильный диагноз. Рентгенологическая симптоматология этого заболевания довольно яркая и дает возможность правильно распознать эту патологию.

Все сказанное дает основание отметить, что практический врач имеет достаточно широкий круг диагностических возможностей для распознавания этого заболевания и проведения дифференциальной диагностики.

Мы затронули только вопросы диагностики патологической подвижности «слепой кишки», в частности провели клинико-рентгено-анатомические параллели при этом заболевании. Что касается вопросов выбора показаний к его оперативному лечению и методике, то эти вопросы явятся предметом специального обсуждения.

Хирургическое отделение
Ереванской железнодорожной
клинической больницы

Поступила 29/XI 1973 г.

Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ

ԿԼԻՆԻԿԱ-ՌԵՆՏԳԵՆԱ-ԱՆԱՏՈՄԻԱԿԱՆ ԶՈՒԳԱԶՆՈՒ ՇԱՐԺՈՒՆ
ԿՈՒՅՐ ԱՂՈՒ ԴԵՊՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակը 48 հիվանդների մոտ անցկացրել է կլինիկա-ռենտգենա-անատոմիական զուգահեռ շարժուն կույր աղու սինդրոմի ախտորոշման հարցերի վերաբերյալ:

Նրանցից ռենտգեն հետազոտման են ենթարկվել 26-ը: Բոլոր 43 հիվանդների մոտ կույր աղու պաթոլոգիկ շարժունությունը հաստատվել է վիրահատման սեղանի վրա: Հիշատակված հետազոտությունների արդյունքների անալիզը ցույց տվեց, որ հիշյալ սինդրոմը ունի բավարար կլինիկական և ռենտգենա-անատոմիական տվյալներ՝ այն ճիշտ ախտորոշելու համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Геворкян И. Х. Хирургия, 1973, 9, стр. 154.
2. Геворкян И. Х., Мирза-Авакян Г. Л. Подвижная слепая кишка. М., 1969.