

В. П. АИВАЗЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
СИНДРОМА «ПОДВИЖНОЙ СЛЕПОЙ КИШКИ»

Изучены отдаленные результаты операции мезоперитонизации нижней трети восходящего отдела толстой кишки. Выявлена определенная зависимость отдаленного результата лечения от стадии клинического течения заболевания в момент операции и от срока, прошедшего после операции. В 86,2% случаев получен хороший результат, в 13,8%—удовлетворительный. Плохих результатов в сроки обследования до 10 лет после операции не отмечено.

Чрезмерная подвижность слеповосходящего отдела толстой кишки, обусловленная наличием либо длинной собственной брыжейки для слепой и восходящей кишок, либо общей брыжейки для подвздошной, слепой и восходящей кишок иногда приводит к возникновению своеобразного симптомокомплекса, получившего название синдрома «подвижной слепой кишки».

Умение своевременно распознать и по показаниям произвести оперативное лечение данной аномалии—фиксацию начального отдела толстой кишки—играет важную роль в профилактике рецидива болей после операции по поводу хронического аппендицита, где на самом деле основным заболеванием был синдром «подвижной слепой кишки».

Рецидив болей после аппендэктомии, особенно по поводу первично-хронического аппендицита, колеблется от 3 до 90% [14]. Основной причиной рецидива болей после аппендэктомии многие авторы считают *соесит mobile*, так как постоянное «болтание» и повороты этого отдела толстой кишки на длинной брыжейке являются причиной схваткообразных болей, дилатации и атонии слепой кишки [3, 4, 6, 12, 18].

Интересный клинический эксперимент с целью выяснения роли *соесит mobile* в этиологии рецидива болей после аппендэктомии произвел Wilms [20]. У пяти больных, у которых во время операции была констатирована чрезмерная подвижность слеповосходящего отдела толстой кишки, он не произвел фиксации. У всех больных в ближайший послеоперационный период боли вновь рецидивировали.

Значительный материал, доказывающий большую роль синдрома «подвижной слепой кишки» как причины рецидива дооперационных болей после аппендэктомии по поводу хронического аппендицита, имеется и у нас. В госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института и ее филиале (на базе железнодорожной больницы) за последние годы было оперировано 27 человек с синдромом «подвижной

слепой кишки», у которых в прошлом была произведена аппендэктомия, но на чрезмерную подвижность слеповосходящего отдела толстой кишки не было обращено внимания. Все больные были повторно оперированы, так как боли после аппендэктомии у них остались и только после повторной операции—мезоперитонизации нижней трети восходящего отдела толстой кишки—они полностью излечились.

В нашей клинике при постановке диагноза хронического аппендицита, в особенности первичнохронического аппендицита, проводится тщательная дифференциальная диагностика этой патологии с другими заболеваниями брюшной полости. Большое значение придается диагностике и выявлению синдрома «подвижной слепой кишки», и при обнаружении его, как правило, по показаниям производится предложенная И. Х. Геворкяном и Г. Л. Мирза-Авакяном [6] фиксация, названная авторами мезоперитонизацией восходящей кишки. Изучая в последние годы синдром «подвижной слепой кишки», мы решили провести анализ отдаленных результатов фиксации с целью выяснения состояния больных после операции и количества послеоперационных рецидивов.

В литературе имеется мало данных по изучению отдаленных результатов операций фиксации «подвижной слепой кишки». Весьма неудовлетворительные отдаленные результаты отмечены после фиксации купола слепой кишки как узловыми швами [16], так и по способу Wilms, т. е. забрюшинной фиксации слепой кишки [12].

Неутешительны также отдаленные результаты фиксации узловыми швами по способу Гуссбаума-Клозе. П. А. Герцен [7] еще в 1939 г. отмечал, что фиксация подвижной слепой кишки к пристеночной брюшине несколькими узловыми швами является неправильной. Он отметил рецидив болей после такой фиксации в 15% случаев. При этом же способе фиксации И. А. Зворыкин [8] отметил рецидив болей в 33%. И. Х. Геворкян и Г. Л. Мирза-Авакян [6] также отмечают малоутешительные результаты после фиксации узловыми швами.

К. Д. Иокаmis [11] изучил отдаленные результаты забрюшинной фиксации восходящей кишки по предложенному им способу, где вся восходящая кишка фиксировалась к *musculus psoas*, причем в 18% случаев улучшения не наблюдал.

Наилучшие отдаленные результаты отмечены при применении забрюшинного способа фиксации по Герцену-Ильину [9, 10, 12, 17] и по применяемому в нашей клинике способу—мезоперитонизации части восходящей кишки [5, 6].

В госпитальной хирургической клинике и ее филиале с 1964 по 1974 г. было произведено 210 фиксаций при синдроме «подвижной слепой кишки».

Из 211 больных, оперированных по поводу чрезмерной подвижности слеповосходящего отдела толстой кишки, у 183 была произведена забрюшинная фиксация, а у 28—фиксация узловыми швами.

Повторному обследованию было подвергнуто 109 человек, которым была произведена забрюшинная фиксация, и 8 человек с фиксацией

узловыми швами. Часть больных явилась лично, часть была обследована на дому, другие прислали письменные ответы на наш вопросник.

Изучив отдаленные результаты фиксации слепой кишки узловыми швами, мы полностью согласны с литературными данными, так как из имеющихся в нашем распоряжении 8 случаев фиксации узловыми швами в 5 в отдаленном послеоперационном периоде больные продолжали страдать болями в правой половине живота и диспептическими расстройствами (удовлетворительный результат), а у одного больного улучшение вообще не наступило (плохой результат).

Основной наш материал касается изучения отдаленных результатов забрюшинного метода фиксации части восходящей кишки при синдроме «подвижной слепой кишки». Из 109 обследованных женщин—84, мужчин—25. Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 месяца до 10 лет после перенесенной операции. По сроку изучения отдаленных результатов больные распределялись следующим образом: от 1 мес. до 1 г.—34 человека (мужчин 7, женщин 27); от 1 г. до 3 лет—47 человек (9 и 38 соответственно), от 3 до 6 лет—20—(мужчин 6, женщин 14), от 6 до 10 лет—8 (мужчин 3, женщин 5).

При этом нами были тщательно изучены дооперационные жалобы больных и состояние обследуемых в настоящий период (жалобы, данные объективного и дополнительных обследований). Кроме того, часть больных была подвергнута рентгенологическому обследованию с целью сравнения состояния слепой и восходящей кишок до фиксации и в поздние сроки после фиксации.

Исходы операции решено было оценивать по трехбалльной системе: хороший—когда больные полностью освобождались от своего страдания; удовлетворительный—когда изредка возникали незначительные боли и диспептические расстройства, но больные считали, что операция принесла им облегчение; плохой—если улучшения не наступило и все дооперационные боли сохранились, или же наступило ухудшение. Хороший результат констатирован у 94 обследованных—86,2% (71 женщина и 23 мужчины), считающих себя полностью здоровыми. При изучении рентгеновских снимков четко видно ограничение подвижности восходящего отдела толстой кишки после произведенной фиксации. Сохранилась лишь незначительная физиологическая подвижность слепой кишки. У 15 обследованных (13 женщин и двое мужчин) результат операции оценен как удовлетворительный—13,8%. Часть из них (8 чел.) жаловались на временами появляющуюся боль (тупую—2, ноющую—3, тянущую—3) в правом нижнем квадрате живота, часто связанную с переохлаждением; часть изредка отмечала урчание в правой подвздошной области (3), часть—колики в правой поясничной области (3).

Плохих исходов операции мезоперитонизации нижней трети восходящего отдела толстой кишки за прошедшие 10 лет мы не наблюдали.

Был проведен также анализ отдаленных результатов оперативного лечения синдрома «подвижной слепой кишки» в зависимости от стадии «клинического течения заболевания» (табл. 1).

Таблица 1

Отдаленные результаты мезоперитонизации при синдроме «подвижной слепой кишки» в зависимости от стадии клинического течения заболевания

Отдаленный результат	2-я стадия заболевания			3-я стадия заболевания			Всего
	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	
Хороший	10 (100%)	24 (100%)	34 (100%)	13 (86,7%)	47 (78,3%)	60 (80%)	94 (86,2%)
Удовлетворительный	—	—	—	2 (13,3%)	13 (21,7%)	15 (20%)	15 (13,8%)
Плохой	—	—	—	—	—	—	—
Всего	10 (100%)	24 (100%)	34 (100%)	15 (100%)	60 (100%)	75 (100%)	109 (100%)

Таблица 2

Отдаленные результаты мезоперитонизации при синдроме «подвижной слепой кишки» в зависимости от срока обследования

Отдаленный результат	От 1-го месяца до 1-го года			От 1-го года до трех лет			От трех до шести лет			От шести до десяти лет			Всего
	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	
Хороший	6 (85,7%)	20 (74,1%)	26 (76,5%)	8 (88,8%)	32 (84,2%)	40 (85,1%)	6 (100%)	14 (100%)	20 (100%)	3 (100%)	5 (100%)	8 (100%)	94 (86,2%)
Удовлетворительный	1 (14,7%)	7 (25,9%)	8 (23,5%)	1 (11,2%)	6 (15,8%)	7 (14,9%)	—	—	—	—	—	—	15 (13,8%)
Плохой	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	7 (100%)	27 (100%)	34 (100%)	9 (100%)	38 (100%)	47 (100%)	6 (100%)	14 (100%)	20 (100%)	3 (100%)	5 (100%)	8 (100%)	109 (100%)

Мы не располагаем отдаленными результатами фиксации при первой стадии клинического течения синдрома «подвижной слепой кишки», так как в этой стадии, встречающейся в основном в детском возрасте, без наличия абсолютных показаний (осложнений) операцию не производим. Известно, что у детей до 8—10 лет приблизительно в 50% случаев слепая кишка и значительная часть восходящего отдела толстой кишки подвижны и лишь к 12—14 годам происходит прекращение процессов фиксации этих отделов толстой кишки к задней брюшной стенке [1, 2].

При сопоставлении полученных данных видна определенная зависимость результата лечения от стадии клинического течения заболевания в момент операции. Лучшие результаты получены у больных, оперированных во второй стадии, когда имеющиеся вторичные изменения со стороны слепой кишки еще не очень глубокие и видимые изменения со стороны червеобразного отростка еще не наступили. В этой группе больных и у женщин и у мужчин хороший результат отмечен в 100% случаев.

У больных, оперированных в 3-й стадии клинического течения синдрома «подвижной слепой кишки», удовлетворительный результат равен 20%, а оставшиеся незначительные жалобы можно связать с более глубокими вторичными изменениями, происшедшими в слепой кишке еще до операции (тифлоатония, тифлоэктазия и др.), т. е. с ее частичной декомпенсацией. Из табл. 1 видно незначительное превалирование в 3-й стадии заболевания хорошего результата у мужчин (8,4%) и соответственно больший процент удовлетворительных результатов у женщин.

Анализ отдаленных результатов фиксации при *coesum mobile* в зависимости от срока обследования приведен в табл. 2, из которой видно, что в более поздние сроки изучения процент удовлетворительных результатов постепенно снижается, параллельно идет повышение процента хороших результатов. Как видно из табл. 2, процент хороших отдаленных результатов во все сроки обследования у женщин немного ниже, чем у мужчин. У женщин выше процент удовлетворительных результатов, однако колебания соответствующих процентных величин небольшие—в пределах от 11,6 до 4,6.

Интересно отметить, что в сроки обследования через три и больше лет и у мужчин и у женщин в 100% случаев получен хороший исход. Некоторые из них в первое время после операции временами отмечали незначительные неприятные ощущения в правой половине живота, которые постепенно самостоятельно проходили. Такая закономерность, вероятно, объясняется тем, что в более поздние сроки после фиксации исчезают вторичные изменения со стороны слепой кишки и ее функция полностью восстанавливается.

При детальном обследовании больных, жалующихся на боли в правой половине живота после мезоперитонизации части восходящей кишки, из 25 обследуемых только у 15 (13,8%) незначительные жалобы

действительно были связаны с основным заболеванием. Из оставшихся десяти у одной диагностирован лямблиозный холецистит, у одной калькулезный холецистит, трое больных в период обследования страдали патологией со стороны мочеполовой сферы (у двух камень правого мочеточника, у одной блуждающая правая почка); у четырех больных выявлены гинекологические заболевания (у трех правосторонний аднексит, у одной была произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу фибромиомы). Один больной страдал спастическим колитом. Всем больным было рекомендовано соответствующее лечение. Из упомянутых 15 больных 2 мужчины и 13 женщин. Все они до операции имели вторичные изменения со стороны слепой кишки.

Как видно из вышеизложенного, причины жалоб больных часто кроются в обратимых изменениях, происшедших в слепой кишке во 2- и 3-й стадиях клинического течения заболевания и при сопутствующих заболеваниях (холециститы, колиты, заболевания мочеполовой сферы, заболевания гениталий у женщин и др.).

Анализ изучения отдаленных результатов оперативного лечения чрезмерной подвижности слеповосходящего отдела толстой кишки показал, что своевременная и по показаниям выполненная мезоперитонизация нижней трети восходящей кишки дает хорошие отдаленные результаты.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института,
Ереванская железнодорожная клиническая
больница

Поступила 14/III 1975 г.

Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ

«ՇԱՐԺՈՒՆ ԿՈՒՅՐ ԱՂԻՔԻ» ՍԻՆԴՐՈՍԻ ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՄԲ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակը 109 հիվանդների մոտ ուսումնասիրել է հաստ աղիքի ստորին մեկ երրորդ մասի մեզոպերիտոնեազման հեռավոր արդյունքները: Լավ արդյունքներ են հայտնաբերվել 94 հիվանդների (86,2%), բավարար 15-ի (13,8%) մոտ:

Հստ հեղինակի, նշված մեթոդով վիրահատման հեռավոր արդյունքները որոշակի կախում ունեն վիրահատման պահին հիվանդութան կլինիկական ընթացքի ստադիայից և վիրահատումից հետո անցած ժամանակաշրջանից:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Азбукин А. П. Дисс. канд. Томск, 1926.
2. Башров Г. А., Островский Е. А. Хирургия голстой кишки у детей. Л., 1974.
3. Беляев А. П. Известия Общества врачей Южно-Уссурийского края во Владивостоке, 1924, 14, стр. 427.

4. *Брайцев В. Р.* Новый хирургический архив, 1924, 4, 3—4, 15—16, стр. 464.
5. *Геворкян И. Х.* Хирургия, 1973, 9, стр. 154.
6. *Геворкян И. Х., Мирза-Авскаян Г. Л.* Подвижная слепая кишка. М., 1969.
7. *Герцен П. А.* Хирургия, 1939, 6, стр. 122.
8. *Зворыкин И. А.* Дисс. канд. Львов, 1948.
9. *Ильин А. И.* Новая хирургия, 1926, 2, 4, стр. 930.
10. *Ильин А. И.* Советская хирургия, 1927, 10, стр. 643.
11. *Иокарис К. Д.* Хирургия, 1960, 4, стр. 85.
12. *Левин О. А.* Вестник хирургии и пограничных областей, 1930, 58—60, стр. 203.
13. *Смирнов С. А.* Сборник научных трудов, посвященный памяти проф. Березнеговского. Иркутск, 1946, стр. 234.
14. *Топчибашев И. М., Гусейнов А. С.* Хронический аппендицит. Баку, 1970.
15. *Юкельсон М. Б.* Врачебное дело, 1926, 23, стр. 1882; 24, стр. 2015.
16. *Яковлев М. В.* Дисс. канд. Рязань, 1954.
17. *Яникиан М. С.* Новый хирургический архив, 1938, 40, 3, стр. 259.
18. *Waugh G. E.* Brit. J. Surg., July 1919—April 1920, 7, 25—28, 343.
19. *Wilms.* Dtsch. med. Wschr., 1908, 36, 1756.
20. *Wilms.* Zbl. Chir., 1908, 38, 1189.