

В. П. АИВАЗЯН

О ВЫБОРЕ НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПОКАЗАНИЙ
К ФИКСАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ «ПОДВИЖНОЙ
СЛЕПОЙ КИШКИ»

Произведено подробное изучение состояния слепой и восходящей ободочной кишок при синдроме «подвижной слепой кишки». На операционном столе при открытой брюшной полости определялась степень подвижности этого отдела толстой кишки по величине извлечения его из операционной раны, и на основании произведенных измерений составлены объективные показания к фиксации.

За последние годы интерес к синдрому «подвижной слепой кишки» вновь значительно возрос [6—8, 10]. Частота соесит mobile колеблется в пределах от 6,8 до 31,4% (по М. С. Лисицыну [15] — 6,8%, Я. Д. Витебскому [5] — 9,2%, по Т. Ф. Лавровой [13] — 23%, И. П. Арсеньевой [3] — 27%, Э. А. Лусь [16] — 28,8%, В. Н. Ошкадерову [17] — 31,4%).

Известно, что недооценка синдрома «подвижной слепой кишки» при ревизии брюшной полости, в частности при оперативных вмешательствах по поводу различных форм хронического аппендицита, часто чревата рецидивом дооперационных жалоб и нередко приводит к повторной операции. Большое значение соесит mobile как причине рецидива болей после аппендэктомии, произведенной по поводу хронического аппендицита, придают А. П. Беляев [4], И. Х. Геворкян и Г. Л. Мирза-Авакян [7], О. А. Левин [14], С. А. Смирнов [19], Вильмс [23] и др.

За последние годы повторная операция по поводу рецидива болей после аппендэктомии, причиной которых являлась «подвижная слепая кишка», нами выполнена у 28 больных. К сожалению, во время первой операции, выполненной у большинства больных по поводу хронического аппендицита, на чрезмерную подвижность правой половины толстой кишки не было обращено внимания. Диагноз синдрома «подвижной слепой кишки» у них был нами доказан как клинически, так и рентгенологически, и всем им была произведена забрюшинная фиксация нижней трети восходящей ободочной кишки. В нашей клинике принято пользоваться методом, предложенным И. Х. Геворкяном и Г. Л. Мирза-Авакяном [7], при котором часть восходящей ободочной кишки, непосредственно выше слепой, погружается в забрюшинный карман, образованный путем рассечения париетальной брюшины латерально от colon ascendens. Несколькими узловыми швами внутренний листок брюшины фиксируется к латеральной ленте, а наружный — к свободной ленте. При этом методе

фиксации слепая кишка сохраняет присущую ей физиологическую подвижность.

Из литературных источников известно, что степень подвижности правой половины толстой кишки зависит от анатомического варианта фиксации и от уровня прикрепления брыжейки восходящей ободочной кишки. И. Х. Геворкян и Г. Л. Мирза-Авакян, подробно изучившие подвижность этого отдела кишечника на трупах, отмечают, что степень подвижности правой половины толстой кишки при сохранении общей брыжейки для подвздошной и правой половины толстой кишки (*mesentrium ileo-colica communae*) всецело зависит от уровня ее прикрепления. Авторы отмечают, что если общая брыжейка этого отдела кишечника доходит до границы нижней и средней трети восходящей ободочной кишки, подвижность этого отдела кишечника бывает от 70° до 110° . В случаях, когда брыжейка доходит до границы верхней трети восходящей ободочной кишки, подвижность этого отдела кишечника доходит до 130° . При наличии же общей брыжейки для подвздошной и правой половины толстой кишки, доходящей до правого изгиба ободочной кишки, подвижность этого отдела кишечника может колебаться от 180° до 360° . Авторы отмечают также, что при патологической подвижности правой половины толстой кишки, обусловленной наличием собственной брыжейки у слепой и восходящей ободочной кишок, подвижность этого отдела также зависит от уровня прикрепления брыжейки. В этих случаях подвижность бывает менее выраженной и колеблется от 55° до 180° .

Вопрос о показаниях к фиксации при синдроме «подвижной слепой кишки» в литературе освещен недостаточно. И. Х. Геворкян и Г. Л. Мирза-Авакян дают подробные показания и противопоказания к фиксации, исходя из стадии клинического течения заболевания. В тех же случаях, когда диагноз синдрома «подвижной слепой кишки» до операции не поставлен, выявление патологической подвижности правой половины толстой кишки при аппендэктомии ставит оперирующего хирурга в затруднительное положение относительно выбора показаний к фиксации. Основным ориентиром в этих случаях служит степень извлечения илеоцекального отдела кишечника из операционной раны, так как косой разрез Волковича—Дьяконова (обычно небольшой величины) недостаточен для выявления истинной причины патологической подвижности правой половины толстой кишки и уровня прикрепления брыжейки у восходящей ободочной кишки. Поэтому необходим объективный метод для выявления показаний к фиксации при синдроме «подвижной слепой кишки».

Мы поставили задачу изучить на операционном столе при открытой брюшной полости степень подвижности слепой и восходящей ободочной кишок по величине извлечения их из брюшной полости и составить объективные показания к фиксации на основании произведенных измерений, выраженных в сантиметрах.

С этой целью произведено подробное изучение состояния илеоцекального отдела кишечника во время операции у 90 больных с различными вариантами анатомической фиксации толстого кишечника. После

лапаротомии и ревизии илеоцекальной области при выявлении ее чрезмерной подвижности слепая кишка вместе с восходящей ободочной кишкой извлекались из операционной раны, и в пределах возможности изучались варианты анатомической фиксации, состояние этого отдела кишечника и червеобразного отростка. Затем с помощью металлической линейки с делениями определялась длина выведенного сегмента толстой кишки, и на основании полученных данных делалось заключение о степени подвижности слепой и восходящей ободочной кишок. Помимо металлической линейки, можно применять обычный маточный зонд с делениями, который при максимальном извлечении слепой и восходящей ободочной кишок из операционной раны вводится латерально от слепой кишки до задней стенки брюшной полости, и определяется степень извлечения этого отдела кишечника из операционной раны (в см).

Анализ результатов исследований позволил выделить три степени подвижности правой половины толстой кишки.

Из 90 обследованных на операционном столе больных у 28 илеоцекальный угол извлекался из операционной раны в пределах от 6 до 10 см — подвижность I степени (рис. 1). У 39 больных (43,3%) слепая и

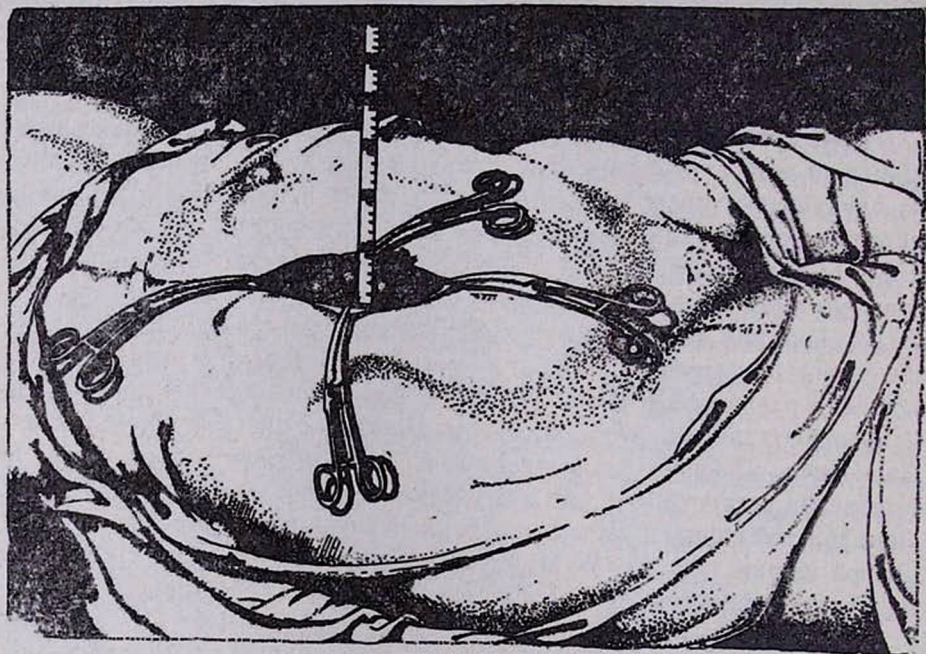


Рис. 1. Слепая кишка извлечена из операционной раны в пределах до 10 см (I степень)

восходящая ободочная кишки извлекались из операционной раны в пределах от 10 до 15 см от задней стенки брюшной полости — подвижность II степени (рис. 2). Наконец, у 23 из 90 больных (25,6%) слепая и восходящая ободочная кишки свободно извлекались из операционной раны больше чем на 15 см от задней стенки брюшной полости, что на-

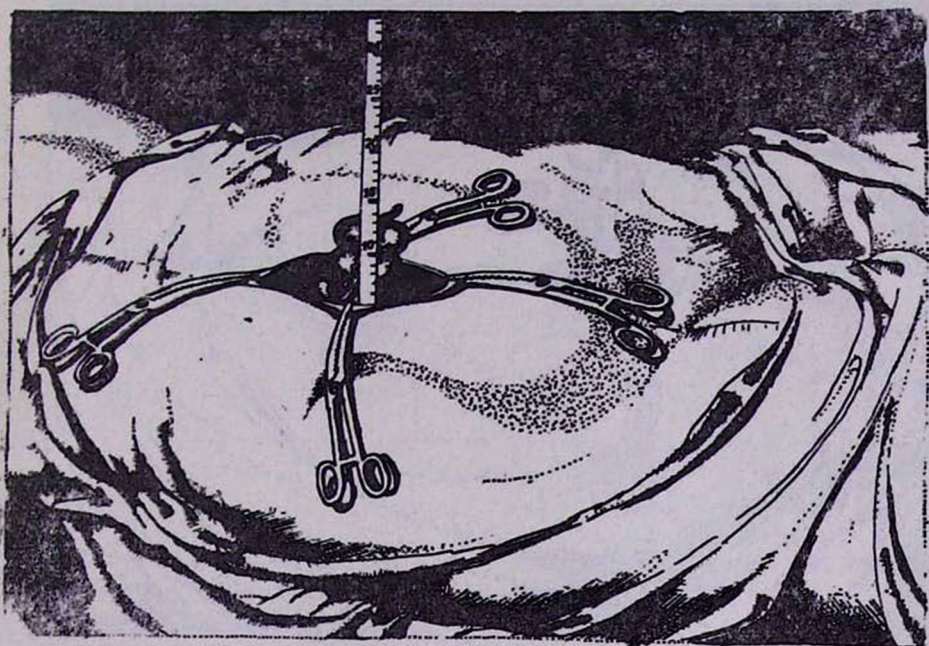


Рис. 2. Слепая и часть восходящей ободочной кишки извлечены из операционной раны более чем на 10 см (II степень)

ми рассматривалось как подвижность III степени (рис. 3). Наименьшая длина выведения слепой и восходящей ободочной кишок равнялась 6 см, наибольшая—24 см.

Как показали наши исследования, I степень подвижности встречается в основном при наличии брыжейки у слепой кишки. Как данные литературы, так и наши наблюдения показывают, что I степень подвижности встречается очень часто и не является аномалией развития связочного аппарата толстой кишки, это скорее нормальное состояние для слепой кишки. О том, что слепая кишка со всех сторон покрыта брюшиной и обладает более или менее выраженной подвижностью, говорит ряд авторов [7, 11 и др.]. Г. И. Турнер [20] отметил полный брюшинный покров у слепой кишки в 96% случаев, Т. Ф. Лаврова [13]—в 95,3%, П. П. Кулик [12]—в 84%. Необходимо отметить, что I степень подвижности обычно не приводит к возникновению синдрома «подвижной слепой кишки».

При II степени подвижности в основном наблюдается наличие общей брыжейки для конечного отдела подвздошной и правой половины толстой кишок (*mesenterium ileo-colica communae*), а также наличие длинной собственной брыжейки у слепой и восходящей ободочной кишок. Из 39 больных со II степенью подвижности общая брыжейка для конечного отдела подвздошной и правой половины толстой кишок была отмечена у 21 (53,8%). Наличие же собственной брыжейки у слепой и

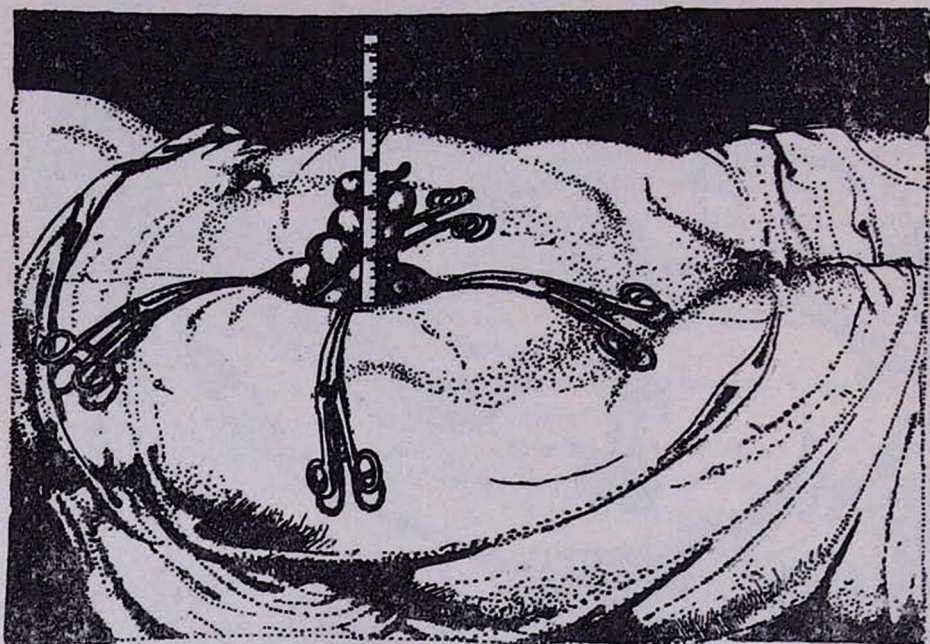


Рис. 3. Слепая и восходящая ободочная кишки извлечены из операционной раны более чем на 15 см (III степень)

восходящей ободочной кишок было отмечено у 18 из 39 больных (46,2%).

III степень подвижности слепой и восходящей ободочной кишок наблюдается, как правило, лишь при наличии общей брыжейки для конечного отдела подвздошной и начального отдела толстой кишок. При этой степени подвижности в рану извлекается фактически вся восходящая ободочная кишка, иногда даже с правым изгибом ободочной кишки.

Необходимо отметить, что при сохранении *mesenteriumileo-colica* сохранившая подвижность этого отдела кишечника бывает более выраженной, чем при наличии собственной брыжейки у слепой и восходящей ободочной кишок. Данные о степени подвижности правой половины толстой кишки при различных вариантах фиксации отражены в таблице.

Из таблицы видно, что собственная брыжейка у слепой кишки нами отмечена в 31,1% случаев, у слепой и восходящей ободочной кишок — в 20%, общая брыжейка для конечного отдела подвздошной и правой половины толстой кишок — в 48,6% случаев. Полного сохранения брыжейки для всего кишечника мы не встретили ни разу, что говорит о крайней редкости этой аномалии развития фиксирующего аппарата кишечника [2, 17, 21, 22 и др.].

На основании проведенных клинических исследований мы выработали определенные показания к фиксации, исходя из стадии клиниче-

Таблица

Вариант фиксации	Степень подвижности			Всего
	I	II	III	
Собственная брыжейка у слепой кишки	28 (100%)	—	—	28 (31,1%)
Собственная брыжейка у слепой и восходящей ободочной кишок	—	18 (46,2%)	—	18 (20%)
Общая брыжейка для конечного отдела подвздошной и правой половины толстой кишок	—	21 (53,8%)	23 (100%)	44 (48,6%)
Общая брыжейка для всего кишечника	—	—	—	—
Всего	28 (100%)	39 (100%)	23 (100%)	90 (100%)

ского течения синдрома «подвижной слепой кишки» и степени подвижности слепой и восходящей ободочной кишок.

Больных с I стадией клинического течения синдрома «подвижной слепой кишки», как правило, не следует оперировать. Эта стадия наблюдается в основном у детей и часто самостоятельно проходит, видимо, благодаря развитию спаечного процесса и фиксации восходящей ободочной кишки к задней стенке брюшной полости.

Вопрос о показаниях к фиксации у больных со II стадией клинического течения заболевания решается индивидуально с учетом клинической симптоматики заболевания, его давности, наличия морфологических изменений со стороны слепой и восходящей ободочной кишок, возникновения функциональных расстройств, в частности запоров, и в зависимости от степени подвижности этого отдела кишечника. В этой стадии заболевания при наличии длинной собственной брыжейки у слепой и восходящей ободочной кишок и при длине их выведения из брюшной полости более чем на 10 см лучше производить фиксацию. Если подвижность обусловлена наличием общей брыжейки для конечного отдела подвздошной и правой половины толстой кишок, фиксация является обязательной даже тогда, когда вторичные изменения со стороны слепой кишки еще не сильно выражены.

Показания к фиксации чрезмерно подвижной правой половины толстого кишечника в III стадии клинического течения заболевания, когда уже имеются вторичные изменения со стороны червеобразного отростка, устанавливаются на операционном столе при открытой брюшной полости. После удаления хронически измененного червеобразного отростка определяется степень подвижности слепой и восходящей ободочной кишок и анатомический вариант фиксации последних. При II степени подвижности как при наличии длинной собственной брыжейки у слепой и восходящей ободочной кишок, так и при наличии общей брыжейки для

конечного отдела подвздошной и правой половины толстой кишок фиксация части восходящей ободочной кишки является показанной. В III стадии клинического течения заболевания при третьей степени подвижности фиксация производится в обязательном порядке; конечно, при отсутствии противопоказаний к мезоперитонизации.

Приводим выписки из историй болезней двух наших больных.

Больной Я., 63 лет, история болезни № 3351/1515, поступил в клинику 20/XII 1973 г. с жалобами на боль в правой подвздошной области, временами тошноту. Боль носит постоянный характер, иррадирует в правое бедро и область пупка. Боль началась в околопупочной области и, постепенно усилившись, локализовалась в правой подвздошной области. Кратковременные колики в правой половине живота, появляющиеся при физической нагрузке, отмечает еще с юношеских лет.

Живот овальной формы, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации имеется резкая болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга и Ситковского положительные. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный.

Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем жалоб нет, объективно патологии не выявлено. Со стороны крови имеется лейкоцитоз 9000, РОЭ 20 мм в час. В моче патологии не выявлено. Клинический диагноз: острый аппендицит.

Косым разрезом в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. Ревизия показала, что слепая и восходящая ободочная кишки чрезмерно подвижны. Червеобразный отросток макроскопически не изменен. Причина подвижности заключается в наличии у слепой и восходящей ободочной кишок длинной собственной брыжейки. Илеоцекальный угол свободно извлекается из операционной раны на 12 см. Произведена типичная аппендэктомия и мезоперитонизация нижней трети восходящей ободочной кишки по принятой в клинике методике.

Обследован через 1,5 года. Здоров, жалоб не предъявляет.

Больной Д., 35 лет, история болезни № 218/76, поступил в клинику 13/I 1975 г. с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области. Считает себя больным три года, в течение которых неоднократно имел приступы болей в правой подвздошной области, длившиеся 30—40 мин, иногда сопровождавшиеся тошнотой. После приступов длительное время оставалась тупая боль.

Живот овальной формы, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации имеется болезненность в правой подвздошной области. Точки Ланца и Мак-Бурнея болезненны. Симптом Ситковского положительный. Симптомы Ровзинга, Щеткина—Блюмберга, «перемещающейся болевой точки» отрицательные. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем жалоб нет, объективно патологии не выявлено. Анализы крови, мочи и кала в норме.

Клинический диагноз: хронический рецидивирующий аппендицит.

16/I 1975 г. больной оперирован. Косым разрезом в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. Найдены слепая кишка и червеобразный отросток. Последний резко атрофирован, длиной три сантиметра, замурован в спайках. После аппендэктомии установлено, что слепая и восходящая ободочная кишки резко подвижны. Причина подвижности заключается в наличии общей брыжейки для конечного отдела подвздошной и правой половины толстой кишок. Слепая кишка свободно извлекается из операционной раны на 16 см. Операционный диагноз: синдром «подвижной слепой кишки», хронический рецидивирующий аппендицит. Произведена также мезоперитонизация нижней трети восходящей ободочной кишки по принятой в клинике методике.

Обследован через 6 месяцев. Жалоб не предъявляет.

Как видно из приведенных выше примеров, у обоих больных диагноз соеит мобиле до операции поставлен не был. В обоих случаях пока-

зания к фиксации устанавливались на операционном столе при открытой брюшной полости по степени извлечения слепой и восходящей ободочной кишок из операционной раны. В первом случае имела место вторая, а во втором случае — третья степень подвижности.

Что касается вопроса о показаниях к фиксации «подвижной слепой кишки» в четвертой стадии клинического течения заболевания, которая характеризуется возникновением различных осложнений (инвагинация, заворот слепой кишки, транспозиции плеоцекального угла и др.), то в литературе по этому поводу имеются весьма противоречивые мнения. Часть авторов в этих случаях ограничивается только лишь ликвидацией осложнения, не прибегая к фиксации [9, 18 и др.], большая же часть авторов после ликвидации осложнения считает целесообразным производить фиксацию тем или иным способом с целью профилактики рецидива заболевания [1, 6, 10]. В нашей клинике после ликвидации осложнения фиксация восходящей ободочной кишки является обязательной при наличии II и III степени подвижности.

Противопоказанием к забрюшинной фиксации восходящей ободочной кишки является ранний детский возраст, общий птоз кишечника и наличие инфекции в брюшной полости.

Синдром «подвижной слепой кишки» является весьма частой патологией брюшной полости. Для лечения больных с этой патологией необходимы научные обоснованные показания к фиксации, среди которых определение на операционном столе степени подвижности слепой и восходящей ободочной кишок по величине извлечения их из операционной раны является обоснованным показателем.

Хирургическое отделение
Ереванской железнодорожной
клинической больницы

Поступила 27/VII 1976 г.

Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ

«ՇԱՐԺՈՒՆ ԿՈՒՅՐ ԱՂՈՒ» ՍԻՆԴՐՈՍԻ ԴԵՊԲՈՒՄ
ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐԻ
ՖԻՔՍՄԱՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ա Վ Վ Ո Փ Ո Ւ Մ

Հեղինակը 90 հիվանդների մոտ վիրահատության ընթացքում ուսումնասիրել է կույր աղու և վերելակ հաստ աղու վիճակը՝ հաստ աղու աջ կեսի կապանային ապարատի զարգացման տարբեր տեսակների ժամանակ:

Կատարված հետազոտությունների հիման վրա հեղինակը կույր և վերելակ հաստ աղու շարժողականությունը բաժանել է երեք աստիճանի, կախված որովայնի հետին պատից նրանց վեր բարձրացման չափից:

«Շարժուն կույր աղու» սինդրոմի ժամանակ՝ կախված հիվանդության կլինիկական ընթացքից, կույր և վերելակ հաստ աղու շարժունակության աստիճանից, մշակված են ֆիքսման ցուցումները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авидон Д. Б. Хирургия, 1937, 6, стр. 111.
2. Анистратенко И. К. В кн.: Аппендицит. Киев, 1966, стр. 330.
3. Арсеньева И. П. Сб. тезисов и рефератов к отечественной научной сессии. Ростов-на-Дону, 1955, стр. 235.
4. Беллев А. П. Известия общества врачей Южно-Уссурийского края во Владивостоке, 1924, 14, стр. 427.
5. Витебский Я. Д. В кн.: Труды госпитальной хирургической клиники Свердловского медицинского института. Свердловск, 1951, стр. 153.
6. Геворкян И. Х. Хирургия, 1973, 9, стр. 154.
7. Геворкян И. Х., Мирза-Авакян Г. Л. Подвижная слепая кишка. М., 1969.
8. Иокарис К. Д. Хирургия, 1960, 4, стр. 85.
9. Кенигсберг К. Я. Хирургия, 1937, 6, стр. 100.
10. Кош Р. Хирургия, 1971, 12, стр. 8.
11. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита. М.—Л., 1972.
12. Кулик П. П. Дисс. докт. Киев, 1954.
13. Лаврова Т. Ф. Автореферат канд. дисс. М., 1942.
14. Левин О. А. Вестник хирургии и пограничных областей, 1930, 58—60, стр. 208.
15. Лисицын М. С. Врачебная газета, 1925, 20, стр. 479.
16. Лусь Э. А. Дисс. канд. Архангельск, 1955.
17. Ошкадеров В. Н. Труды Воронежского университета, 1927, т. IV, стр. 1.
18. Рубашов С. М. Аппендицит и его влияние на заболевания других органов брюшной полости. Минск, 1928.
19. Смирнов С. А. Сборник научных трудов, посвященный памяти проф. Березнеговского. Иркутск, 1946, стр. 234.
20. Турнер Г. И. Дисс. докт. СПб, 1892.
21. Schaaf. Arzl. Wschr., 1953, 20, 473.
22. Warmoes. Acta Gastro-Enterol. Belg., 1951, XIV, 5—6, 568.
23. Wilms. Dtsch. med. Wschr., 1908, 36, 1756.
24. Wolfer, Beaton, Auston. Surg. Gynec. Obstet., 1942, 74, 4, 882.