

Г. Л. МИРЗА-АВАКЯН

РОЛЬ «ПОДВИЖНОЙ СЛЕПОЙ КИШКИ» В ПАТОЛОГИИ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Из данных эмбриологии известно, что к концу внутриутробной жизни плода толстая кишка, совершая свой поворот в виде подковы, окружает тонкий кишечник, а некоторые отделы ее начинают фиксироваться к задней брюшной стенке.

В процессе поворота и фиксации толстой кишки возникает ряд вариаций и отклонений, среди которых наиболее вариационно прикрепление правого отдела толстого кишечника, обусловленное сохранением общей брыжейки (*mesenterium ilco-coecale commune*).

Не останавливаясь на причинах, а также анатомических вариантах ненормальной подвижности правой половины толстого кишечника, в настоящей работе мы хотим только коснуться роли, которую играет эта аномалия в возникновении ряда патологических процессов брюшной полости. Вопросы «*Coecum mobile*» посвящен ряд работ как отечественных (П. А. Герцен [11, 12], И. И. Греков [13], В. П. Розанов [36], И. Д. Стражеско [39] и др.), так и зарубежных авторов.

На основании анатомических данных нужно считать, что патологическая подвижность слепой кишки обусловлена как неполной фиксацией, так и сохранением общей брыжейки начального отдела или всей восходящей кишки. Следовательно, термин «*Coecum mobile*», широко используемый в литературе, нужно считать анатомически необоснованным, пользоваться же им можно лишь условно, подразумевая под этим термином ненормальную подвижность правой половины толстой кишки.

Знакомство с литературой, а также многочисленные клинические наблюдения показывают, что подвижность начального отдела толстой кишки в ряде случаев является источником болей в правой подвздошной области. И по настоящее время нередко рецидивы болей после столь распространенной операции, какой является аппендектомия, между тем известно, что среди причин рецидива почетное место занимает и «подвижная слепая кишка», незамеченная во время операции (17,3% по А. Л. Поленову).

По данным изучавших анатомическую сторону этого вопроса авторов, «подвижная слепая кишка» встречается не так уж редко (до 35% по М. Ростовцеву), а у детей раннего возраста весьма часто (до 80% по П. О. Исаеву). Однако подвижность правой половины толстой кишки у детей раннего возраста, на наш взгляд, следует считать физиологическим явлением.

Далеко не всегда «подвижная слепая кишка» сопровождается клиническими проявлениями, видимо нередко она не дает о себе знать даже до конца жизни. Однако, с другой стороны, встречаются случаи, когда так наз. «Соесит мобиле» с ранних лет вызывает ряд болезненных явлений, проявляющихся своеобразной клинической картиной. Известны также случаи, когда «подвижная слепая кишка» является основной причиной весьма грозных, часто смертельных осложнений.

За последние 10 лет в госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института находились на излечении 80 больных, у которых симптомокомплексе «подвижной слепой кишки» сопровождался различными осложнениями.

Основываясь на данных литературы и собственных клинических наблюдений, мы позволим себе остановиться на тех осложнениях, которые возможны при ненормальной подвижности правой половины толстого кишечника.

Исследованиями ряда физиологов (Э. Ш. Айрапетянц, С. И. Кайдарова, Н. А. Моисеева [3], А. В. Риккль [35], И. М. Джексон [15] и др.) доказана огромная роль рефлекторных связей илеоцекальной области в деятельности желудка, желчевыделительной функции печени и др.

С этой точки зрения различные патологические процессы илеоцекальной области, безусловно, могут привести к ряду функциональных сдвигов в деятельности желудка, печени и желчных путей.

А. А. Киров [21] считает, что заболевания червеобразного отростка и слепой кишки могут быть причиной желудочных расстройств, а наступающий при этом длительный рефлекторный пилороспазм может привести даже к органическим изменениям.

Известно, что некоторые старые хирурги (И. Н. Греков и др.) придавали большую роль аппендициту в этиологии язв желудка. Подвижная слепая кишка при определенных случаях также может симулировать картину язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

На это обстоятельство указывали В. В. Успенский [40], М. Л. Пейлет [34]. Последний при производстве 2000 гастроэнтеростомии по поводу язвенной болезни и 200 случаях обнаружил «Соесит мобиле». Особенно часто отмечалось сочетание язвы и фиксированной спайками в правом подреберье. В 29 случаях, при Соесит мобиле fixatum и при наличии длительного симптомокомплекса язвы и рентгенологической картины деформации дуоденум (спайки слепой кишки с 12-перстной кишкой) на операции язвы не оказалось.

С хирургической точки зрения, фиксированная в правом подреберье слепая кишка может стать причиной весьма досадных технических ошибок. В этих случаях конечный отдел тонкого кишечника может быть принят за первую петлю толщей кишки и анастомозирован с желудком. Эта ошибка не исключена и при резекции желудка.

С практической точки зрения, гораздо большее значение представляет связь между «подвижной слепой кишкой» и аппендицитом. По мнению ряда авторов (И. Н. Греков [13], Е. Д. Дмитриева [16], М. Л. Пейлет [34],

Воседжисен [51], аппендицит часто развивается у лиц с подвижной слепой кишкой.

По Бородуллину в 20—25% всех случаев хронического аппендицита была обнаружена подвижная слепая кишка, а по данным Шалье у женщин на 50 аппендектомий *Socium mobile* констатировано в 80% по С. М. Рубашеву [38].

Благодаря наличию длинной брыжейки, правая половина толстой кишки подвергается перемещениям с частыми перегибами. Это обстоятельство способствует стазу кишечного содержимого, который в свою очередь создает условия для возникновения стаза в червеобразном отростке, образования каловых камней и проникновения инфекции в стенку отростка. Благодаря этим перегибам образуются также спайки, деформирующие отросток. Все сказанное создает предпосылки для возникновения аппендицита, вплоть до ее деструктивных форм.

При операциях по поводу типичного симптомокомплекса «подвижной слепой кишки» нередко приходится констатировать наличие множества рыхлых, плоскостных спаек и деформации аппендикса, при отсутствии изменений со стороны стенок слепой кишки. С другой стороны, нередко наблюдаются больные, у которых на фоне типичного и длительного наличия симптомокомплекса «подвижной слепой кишки» развивается приступ аппендицита.

Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни одной больной.

Б-ная М. А., 43 лет. История болезни № 703. Поступила в клинику 30 марта 1960 г. с диагнозом — острый аппендицит.

Доставлена каретой скорой помощи с жалобами на постоянные, сильные боли в правой подвздошной области, иррадиирующие в правую ногу. Боли начались 7 дней назад, но за последние сутки резко усилились.

Больная указывает, что еще в детстве имела коликообразные боли в правой подвздошной области, особенно при беге. Боли эти отмечались и позже, но за последние годы они приняли более постоянный характер, а приступы стали более длительными.

Со стороны органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено. Пульс 96 ударов. Язык суховат, обложен.

Живот овальной формы, правая половина несколько отстает при дыхательных экскурсиях. При пальпации резкая болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга и Щеткина-Блюмберга положительные. Лейкоцитоз — 16 600.

Через час после поступления в клинику произведена операция. Под м/а Sol. Novocaini 0,25% — 25,0 мл косым разрезом по Мак Бурнью дл. 10 см послойно вскрыта брюшная полость. Слепая кишка расширена, отросток в рану не выводится ввиду наличия спаек. Аппендикс выделен из спаек с основания и выведен в рану. Он резко утолщен, деформирован, стенки его инфильтрованы. После освобождения отростка установлено, что восходящая кишка имеет общую с тонкой кишкой брыжейку и чрезмерно подвижна. Типичная аппендектомия и фиксация начального отдела восходящей кишки по принципу мезоперитонизации. Рана зашита послойно наглухо.

Послеоперационное течение гладкое. Выписана по выздоровлении 12 марта

В приведенном наблюдении найденные при операции данные ясно показывают, что отмечаемые больной с ранних лет боли объяснялись ненормально подвижной правой половиной толстой кишки, на фоне которой

развился хронический аппендицит, во время очередного приступа которого больная была оперирована.

Таким образом, на основании данных литературы, а также наших клинических наблюдений, можно сделать заключение, что ненормальная подвижность правой половины толстой кишки в определенных случаях создает условия для возникновения аппендицита.

Одним из наиболее тяжелых осложнений «подвижной слепой кишки» является ее заворот. Этому вопросу посвящена довольно большая литература: Н. Н. Блохин [4], Я. Д. Витебский [7], И. Х. Геворкян [10], М. Д. Ковалевич [22], Н. Н. Малиновский [26], К. Е. Покотилов [32], Иордан, Беарс [45], Ваинштейн [47], Донгаузер, Атуел [46] и др. Все они считают, что основным фактором для образования заворота слепой кишки является ненормальная подвижность правой половины толстого кишечника.

Первый случай заворота слепой кишки описан Рокитанским в 1841 г. Наиболее обстоятельно эта патология освещена Цеге-фон-Мантейфелем в 1913 г., который также указывал на решающую роль подвижности слепой кишки в образовании ее заворота.

По данным Д. А. Аранова [2], заворот слепой кишки составляет 14,4% всех видов непроходимости кишечника.

Несмотря на то, что подвижная слепая кишка больше встречается у женщин, а симптомокомплекс «*Sigmoid mobile*» почти исключительно бывает у них, заворот слепой кишки чаще наблюдается у мужчин. По Фалтину это соотношение выражается цифрой 3 : 1, а по Филиппини 4 : 1.

С другой стороны, несмотря на довольно большой процент «*Sigmoid mobile*», который встречается при анатомических исследованиях, заворот слепой кишки встречается не так уж часто. Прав Я. Д. Витебский [7], который считает, что параллелизма нет между частотой мобильности слепой кишки и с заворотом, несмотря на то, что подвижность является обязательным условием для возникновения заворота. Очевидно, для возникновения этого осложнения «подвижной слепой кишки» имеют значение и другие факторы (нарушения режима питания, условия труда и пр.). Описаны случаи заворота слепой кишки после родов Шелдон, оперативных вмешательств (Иордан, Беарс [45], Диксон, Мейер [49] и др.).

В анамнезе больных с заворотом слепой кишки в большинстве случаев можно найти указания на наличие кратковременных болей, сходных с аппендикулярными, запоры и пр. На этот факт указывают Н. Н. Блохин, И. Х. Геворкян, Н. Н. Малиновский и др.

Юнгельфингер [50] по сводной статистике 12 авторов наличие вышеуказанных симптомов отмечал у 47% больных, причем у некоторых из них в прошлом была произведена аппендэктомия.

Таким образом, на основании всего вышесказанного можно считать бесспорным, что ненормальная подвижность правой половины толстой кишки является обязательным условием для возникновения заворота слепой кишки, чему способствует ряд и других факторов (нарушения режима питания, условия труда, роды, оперативные вмешательства и пр.).

В литературе имеется ряд сообщений об узлообразовании с участием илеоцекального угла, обусловленное подвижностью правой половины толстой кишки (Е. Т. Зыкова [19], П. А. Куприянов [24], Б. М. Костюченко [23]), П. И. Поляков [33] и др.). Такую патологию мы встретили во время секции.

«Подвижная слепая кишка» является основным фактором возникновения другого, не менее тяжелого осложнения, инвагинации илеоцекального угла. Известно, что наиболее частым видом кишечной инвагинации является ее слепо-ободочная форма.

На значение «подвижной слепой кишки» в этиологии илеоцекальной инвагинации указывали Цере-фон Маттейфель [42], П. Д. Стражеско [39], И. С. Шварц [43], А. Р. Шуринок [44] и др. Описано много случаев и рекуррентных инвагинаций, когда при первой операции слепая кишка оставалась нефиксированной (П. В. Воскресенский [6] и др.).

Во всех 22 случаях илеоцекальных инвагинаций (за последние годы), мы как правило отмечали наличие общей брыжейки (mesenterium ileo-caecale commune) и чрезмерную подвижность правой половины толстой кишки.

Таким образом, если принять во внимание, что инвагинации составляют от 11 до 37,7% (по Д. А. Арапову), а заворот слепой кишки от 9 до 14% всех илеусов, то становится очевидным, что осложнения, связанные с «подвижной слепой кишкой», занимают довольно значительное место среди всех видов непроходимости кишечника.

Будучи свободно подвижной во всех направлениях, слепая кишка с участками восходящей кишки может оказаться в любом отделе брюшной полости. Это обстоятельство создает порой весьма большие диагностические трудности, тем более если слепая кишка фиксируется в необычном для себя месте («*Socium mobile fixatum*»). Кроме того, фиксированная слепая кишка может служить причиной острой или хронической непроходимости кишечника. Подобные случаи описаны Е. И. Адо и Ф. В. Пшеничниковым [1], А. А. Гаджиевым [8], А. Н. Васильевым [5] и др.

Случай частичной хронической непроходимости кишечника в связи с «фиксированной *Socium mobile*» наблюдался и в нашей клинике. Приводим краткую выписку из истории болезни этого больного:

Б-ой Э. П., 34 лет. История болезни № 2004. Поступил в клинику 5/X — 59 г. с жалобами на боли в животе, справа от пупка усиливающиеся в стоячем положении и при ходьбе, на чувство тяжести, затрудненное отхождение газов, метеоризм.

Восемь месяцев назад перенес операцию — аппендэктомию. Послеоперационное течение было осложнено расхождением раны, а вскоре образовалась послеоперационная грыжа по ходу параректального рубца.

При операции под нитратрахеальным наркозом (проф. И. Х. Геноркян) было установлено, что слепая кишка спаяна в области левого подреберья. По освобождению ее обнаружена общая брыжейка и резкая подвижность правой половины толстой кишки. Слепая кишка фиксирована в правой подвздошной области. Пластика передней брюшной стенки. Послеоперационное течение гладкое. Выздоровление.

«Подвижная слепая кишка» может быть содержимым грыжевого мешка. По сборной статистике И. М. Деревянко [14], на 4.489 грыжесечений в 2,4% случаях содержимым грыжевого мешка была слепая кишка. Описаны случаи аппендицита при ущемленной (И. И. Краковский [25]) и свободной грыже, а также при левосторонней грыже (И. И. Гашев [9] и др.).

Содержание илеоцекального угла в левосторонней грыже у детей не представляет большой редкости. Среди наших больных, в 4 случаях «подвижная слепая кишка» являлась содержимым грыжевого мешка.

В литературе имеется и ряд казуистических наблюдений о патологии подвижной слепой кишки.

Так, М. И. Молоденцевым [29] приведен случай заворота слепой кишки, расположенной в переднем средостении при наличии врожденной грыжи и mesenterium commune (наблюдение В. А. Федосеева).

Сочетание mesenterium commune с другими врожденными пороками встречается нередко, так же как и при прочих аномалиях развития, но на это сочетание, видимо, не обращается должного внимания.

На секционном материале нам приходилось наблюдать сочетание mes. commune с другими пороками развития (заячья губа, волчья пасть и др.).

В клинике мы встретились с сочетанием «подвижной слепой кишки» и дивертикула Меккеля. Это наблюдение относится к 4,5 л. ребенку Г. Г.

История болезни № 2164. Мальчик был доставлен в клинику 31/А — с. г. с диагнозом — острый аппендицит. При поступлении жаловался на разлитые боли в животе, которые начались сутки тому назад. Боли носят схваткообразный характер и повторяются каждые 10—15 мин. Была двухкратная рвота. Стул в течение последних суток отсутствует.

Общее состояние средней тяжести. Пульс — 112 ударов, температура 39,3°. Язык — обложен, влажный. Живот округлой формы, правая половина несколько выпирает. Брюшная стенка в дыхании не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность и мышечное напряжение, из-за чего глубокая пальпация невозможна. Перкуторно в отлогих частях имеется притупление. Пальцевое исследование, имеется болезненность справа.

Диагноз — острый аппендицит? Илеоцекальная инвагинация?

Произведена операция через 25 ч после начала заболевания, под эфирным наркозом. Параректальным разрезом дл. 10 см послойно вскрыта брюшная полость, откуда излилось небольшое количество мутной жидкости. В рану выведена резко подвижная слепая кишка (mesenterium non-соесале comm.) Острый ток интактен.

Подвздошная кишка спаяна с ней. Обнаружен дивертикул Меккеля дл. 12 см, связанный с пупком. На стенке дивертикула имеются участки некроза и фибринозные налеты. Между дивертикулом и брюшной стенкой ущемлена петля тонкой кишки. Резекция дивертикула, фиксация слепой кишки. Послеоперационное течение гладкое. Выписан по выздоровлении.

Наконец, надо отметить, что «подвижная слепая кишка» является одним из главных факторов, способствующих стазу содержимого слепой кишки, плохой ее опорожняемости. Это обстоятельство приводит к вторичным изменениям стенки кишки, к ее дилатации и атонии (Лениндер*,

* Прив. по И. А. Зворыкину [18].

П. А. Герцен [11], Дюкюн де Френель [17], Н. Д. Стражеско [39], Воседжин [51], к тифлоколиту (П. А. Герцен [12], А. И. Ильин [20] и др.), а по мнению С. Л. Фельдмана [41], даже к воспалительным инфильтратам, симулирующим иногда новообразование слепой кишки. Известно, что М. Ростовцев [37] придавал большое значение «Coecum mobile» в этиологии паритифлита.

Все вышесказанное дает нам основание прийти к следующим выводам:

1. Подвижность правой половины толстого кишечника играет немаловажную роль в возникновении различных патологических процессов брюшной полости.

2. «Coecum mobile» наряду с частым вызыванием своеобразного симптомокомплекса служит также благоприятствующим фактором в этиологии аппендицита.

3. Подвижность слепой кишки является обязательным условием для возникновения ее заворота и илео-цекальной инвагинации.

4. «Coecum mobile» может быть содержимым грыжевого мешка и создать условие для развития грыжевого аппендицита, а также нередко сочетаться с другими аномалиями развития.

5. Подвижность слепой кишки является одной из главных причин, способствующих возникновению в ее стенке вторичных изменений вследствие застоя содержимого.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 30. IV 1960 г.

Գ. Լ. ՄԻՐՁԱ-ԱՎԱԳՅԱՆ

«ՇԱՐՏՈՒՆ ԿՈՒՅՐ ԱՂԻՔԻ» ԳԵՐԸ
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՍԻ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱՅԱՆՈՒՄ

Ա մ փ ո ս փ ո մ

Անատոմիական տվյալների հիման վրա կարելի է ընդունել, որ կույր աղիքի աննորմալ շարժողությունը կախված է վերելակ հաստ աղիքի ոչ լրիճ ֆիքսացիայից կամ ընդհանուր միջընդերքի ասկայությունից (mesenterum ileo-coecale communae) Հեռաբար, «Coecum mobile» տերմինը անատոմիորեն հիմնավորված համարել չի կարելի:

Փրականության տվյալներից և կլինիկական մի շարք դիտողություններից հայտնի է, որ հաստ աղիքի աջ կեսի աննորմալ շարժողությունը շատ զեպրերում նանդիսանում է որովայնի ցավերի պատճառ, որոնք արտահայտված են յուրահատուկ սիմպտոմախոմպլեքսով: Բացի դրանից, այս զարդացման արատը որոշ զեպրերում հանդիսանում է ապենդեկատիայի հետո նկատվող ցավերի պատճառը:

վերը նշված երևույթների հետ մեկտեղ «շարժուն կույր ազիբը» որոշ դեպքերում հանդիսանում է մի շարք ծանր բարդությունների պատճառ:

Համաձայն Վ. Վ. Ռադկոսկու, Մ. Լ. Պելլեաի տվյալների, «շարժուն կույր ազիբը» կարող է ֆիբրոզի աչ թուլակույր շրջանում և դիագնոստիկ սխալների պատճառ լինել, ստամոքսի և 12-մատնյա ազիբի խոցային հիվանդության զեպրում:

Մի շարք հեղինակների կարծիքով՝ «շարժուն կույր ազիբը» նպաստավոր պայմաններ է ստեղծում կույր ազիբի որդանման ելուտի բորբոքման համար: Նման դիսոզություններ մեծք ունեցել ենք Երևանի Բժշկական ինստիտուտի հոսպիտալ վիրարությունից կլինիկայում:

«Շարժուն կույր ազիբի» ամենածանր բարդություններից մեկը կույր ազիբի ուռուցումն է:

Այս բարդությունը հնարավոր է միայն այն դեպքում, երբ կան անատոմիական նախապայմաններ (ընդհանուր միջրնդեբր կամ վերելակ հասա ազիբի սևիական միջրնդեբր):

«Շարժուն կույր ազիբը» նաև հիմնական նախապայման է իլեոցեկոլ ինվազիոնացիայի զարգացման համար:

Աղաա և շարժուն կույր ազիբը կարող է լինել որովայնի տարբեր մասերում: Այս հանդամանքը որոշ դեպքերում կարող է բավականին մեծ զժվարություններ ստեղծել դիագնոստիկայի համար, նամանավանդ երբ կույր ազիբը ֆիբրոզում է որովայնի մի որևէ հատվածում: Այսպիսի աննորմալ ֆիբրոզը կարող է ազիբների սուր կամ խրոնիկական անանոսանիտիայի պատճառ հանդիսանալ:

«Շարժուն կույր ազիբը» կարող է հանդիսանալ իջվածքապարկի պարունակության և առաջացնել իջվածքային ապևնդիցիտ:

«Շարժուն կույր ազիբը» հանդիսանում է նաև կույր ազիբի ատոնիայի, լայնացման և բորբոքային պրոցեսների առաջացման նախապայման:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ало Е. Н. и Ишеничкинов Ф. В. Закупорка кишок и ileocolic-ной области, познижная слепая кишка и ее расширение. Казанский мед. журнал. 3, 1921.
2. Аранов Д. А. Хирургическое лечение острой кишечной непроходимости. Ж. Хирургия, 4, 1952.
3. Айранетяни Э. Ш., Кайданова С. И., Монсеева И. А. Материалы к физиологии рецеторно-плеодекальной области кишечника. Бюллет. эксперим. биологии и медицины, вып. 4, т. 29, вып. 5, т. 29, 1950 г.
4. Блохин Н. Н. К вопросу о завороте слепой кишки. Горьковский мед. журнал. 8—9, 1934.
5. Васильев А. И. Червеобразный отросток в левом подреберье. Вестник хирургии, 5, 1956.
6. Воскресенский И. В. Послеоперационный рецидив плеодекальной инвагинации и мероприятия к устранению повторных инвагинаций. Журн. Хирургия, 2, 1941.
7. Витебский Я. Д. Заворот слепой кишки. Патогенез, клиника и оперативное лечение. Дисс. канд. Свердловск—Курган, 1951.
8. Гаджиси А. А. Врожденная аномалия толстого кишечника как причина кишечной непроходимости. Журн. Хирургия, 10, 1949.

9. Гашева Н. И. Аппендицит в левом пахо-мошоночном грыжевом мешке. Врач. газета, 7, 1928.
10. Геворкян И. X. Два случая заворота слепой кишки. Сборн. трудов кафедры общей хирургии Ереванского мед. ин-та, 1, 1951.
11. Гершен П. А. К вопросу о хроническом аппендиците и псевдоаппендиците. Журн. Хирургия, 6, 1938.
12. Герцен П. А. О расширенной и подвижной слепой кишке. Избр. труды, 1956.
13. Грекол И. И. О подвижной слепой кишке. Избр. труды, 1, 1952.
14. Дерепяико П. М. О слепой кишке и червеобразном отростке, как грыжевом содержимом. Журн. Хирургия, 2, 1954.
15. Джексон П. М. К механизму рефлекторных связей илеоцекальной области и желудка. Нервно-гуморальная регуляция деятельности пищеварительного аппарата, 1949.
16. Дмитриева К. Д. Патологоанатомические данные при остром и хроническом аппендиците. XVI съезд росс. хирургов, 1924 г., изд. 1952.
17. Дюпюи де Френель. Аппендицит, псевдоаппендициты и колиты (пер. с франц.), 1929.
18. Звирякин П. А. К вопросу о значении подвижности правого отдела толстой кишки в хирургической клинике. Дисс. канд., Львов, 1948.
19. Зыкова Е. Г. Острая кишечная непроходимость. Вестник хирургии, т. 56, кн. 3-4, 1938.
20. Ильин А. И. Значение фиксации „Coecum mobile“ при оперативном лечении тифлоколитов. Журн. Сов. хирургия 4(10), 1927.
21. Киров А. А. Функциональные нарушения деятельности желудка при заболеваниях слепой кишки и червеобр. отростка. Вест. хирургии, 5, 1955.
22. Ковалевич М. Д. Заворот слепой кишки. Труды отчетной научной конференции за 1956 г. Ростов, мед. ин-т, 1957.
23. Костюченко Б. М. Случай обширной резекции кишечника по поводу заворота слепой кишки с узлообразованием. Вестник хирургии, 4, 1956.
24. Куприянов П. А. Случай кишечного узла между толстой и слепой кишками. Вест. хирургии, т. 56, 2, 1938.
25. Краковский Н. И. Об остром аппендиците и ущемленной паховой грыже. Хирургия, 1, 1955.
26. Мазинковский Н. Н. Заворот слепой кишки. Вест. хир. и погр. областей, т. 13, кн. 39, 1928.
27. Горшкова С. М. Влияние илеоцекальной области на железистую функцию печени. Нервно-гуморальная регуляция деят. пищеварит. аппарата, 1949.
28. Монсеева Н. А. Интрорепцепция илеоцекальной области и желудка. Вопросы физиологии интрорепцепции, вып. 1, 1952.
29. Молодцев М. Н. Обзор. Диафрагмальная грыжа. Журн. Хирургия, 9, 1959.
30. Мухина М. В. Заворот слепой кишки. Вестник хирургии, т. 56, 3-4, 1938.
31. Нишенич М. Я. Связанные заболевания органов системы пищеварения. Чита, 1957.
32. Покотилов К. Е. О завороте слепой кишки. Журн. Хирургия, 11, 1938.
33. Поляков П. И. Обширная резекция тонкой и толстой кишки у 10-летнего мальчика. Вестник хирургии 8, 1955.
34. Пейлет М. Л. К вопросу о блуждающей соссит и язве желудка. Врач. газета, 13-14 и 15-16, 1924.
35. Риккель А. В. Влияние илеоцекальной области кишечника на деятельность желудка. Нерв.-гумор. регуляция деятельности пищевар. аппарата, 1949.
36. Розанов В. Н. „Coecum mobile“. Хирургический архив Векьяминола, 5, 1912.
37. Ростоваца М. Учение о перитифлите. СПб., 1902.

38. Рубашев С. М. Аппендицит и его влияния на заболевания других органов брюшной полости, Минск, 1928.
39. Стражеско Н. Д. О подвижной слепой кишке (*Caecum mobile*) Избр. труды, т. 2, 1956.
40. Успенский В. В. Вест. в прениях XVII съезда рос. хир., 1925, изд. 1926.
41. Фельдман С. Я. К вопросу о воспалительных опухолях слепой кишки. Вестник хирургии и погранич. областей, т. XI, кн. 31, 1927.
42. Цеге-Мантейфель Непроходимость кишек—Рус. Русская хирургия, 31, 1913.
43. Шварц И. С. К этиологии Пseudo-соединений инвагинаций. Вест. хир. и погранич. областей, т. XI, кн. 33, 1928.
44. Шурников А. Р. Рецидивирующая форма кишечной инвагинации у детей. Нов. хир. архив, 6(216), 1958.
45. Jordan G. O Behrs Volvulus of the caecum as a post-operative complication. Ann. of surgery, v. 137, 2, 1953.
46. Donhauser J., S. Atwele Volvulus of caecum. Arch of Surgery, v. 58, 2, 1949.
47. M. Weinstein Volvulus of the caecum and ascending colon. Am. of Surgery, 107, 2, 1938.
48. Dean C. Sheldon Volvulus of caecum as a postpartum complication. Amer. J. of obstetrics and gynecology, v. 47, 2, 1944.
49. Dixon C. A. Meyer. Volvulus of the caecum The Surgical clinics of north Amer. (Mayo Clinic number) v. 28, 4, 1948.
50. F. Jungelfinger. Intermittent volvulus of the Mobile caecum. Arch. of Surgery, v. 45, 1, 1942.
51. Wosegien M. Nebenbefunde an „Caecum bei Appendektomia (Дисс. докт.) 1938.