

## ПОДВИЖНАЯ СЛЕПАЯ КИШКА: СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Кафедра хирургических болезней*

*ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России*

В статье рассмотрены особенности лечения подвижной слепой кишки – аномалии толстого кишечника, заключающейся в патологической подвижности слепой и правой половины ободочной кишки с нарушением ее моторной функции и последующими органическими изменениями слепой и восходящей кишок. Диагностика в дооперационном периоде возможна и должна основываться на совокупности данных анамнеза, жалоб, клинического и рентгенологического исследований. Автор приводит собственные методики оперативного лечения в зависимости от анатомического варианта патологии, основанные на различных способах фиксации слепой и восходящей ободочной кишок и обеспечивающие преимущественно хорошие и удовлетворительные результаты.

**Ключевые слова:** подвижная слепая кишка, клинические признаки, рентгенологическая диагностика, способы цекофиксации.

## MOBILE CECUM: METHODS OF SURGICAL TREATMENT

Yu.A. Isaev

*Tver State Medical University*

The article describes the features of the mobile cecum – an anomaly of the large intestine in the form of pathological mobility of the cecum and right-sided colon with a violation of its motor function and subsequent organic changes in cecum and ascending intestines. Diagnosis is possible even in the preoperative period and should be based on a combination of anamnesis, complaints, clinical and X-ray imaging. The author cites his own methods of surgical treatment, depending on the anatomical pathology and based on various methods cecum and ascending colon fixation and providing mostly good and satisfactory results.

**Key words:** mobile cecum, clinical features, X-ray imaging, methods of cecum fixation.

### Введение

Положение и прикрепление толстой кишки в брюшной полости представлены большим количеством вариантов [1–2]. Наиболее частым является нарушение прикрепления и развития правой половины ободочной кишки, известное в литературе как «подвижная слепая кишка» или *coecum mobile* [3–5].

В ряде случаев патология не ограничивается подвижностью слепой кишки, сочетаясь с нарушением фиксации восходящей и ободочной кишок, отсутствием прикрепления печеночного и, реже, селезеночного углов, опущением всей правой половины ободочной кишки либо тотальным колоноптозом [6].

Причиной патологической подвижности является наличие общей илеоцекальной брыжейки, длинной собственной брыжейки слепой кишки, отсутствием или функциональной неполноценностью связочного аппарата в области печеночного и селезеночного изгибов.

Патологические девиации в основном правой половины ободочной кишки приводят к ее опущению, перегибам, заворотам, подкрутам с нарушением крово- и лимфообращения [4, 7]. Кроме того, отсутствие опоры для задней стенки восходящей кишки и перегибы самой кишечной трубки способствуют застою кишечного содержимого, развитию воспалительных процессов преимущественно в области слепой кишки.

Наличие илеоцекальной брыжейки может явиться фактором, предрасполагающим к заворотам или илеоцекальной инвагинации [8–9].

Данные изменения со стороны толстого кишечника не всегда протекают бессимптомно и могут проявлять себя клинически. Наиболее характерным симптомом являются боли, локализованные преимущественно в правой подвздошной области [4, 10–11]. Их особенностью является возникновение при беге, тряской езде, длительной ходьбе, уменьшаются или полностью исчезают они в положении лежа на спине или правом боку [11–13]. Другой характерный симптом – нарушения стула по типу запоров [11]. Длительный стаз содержимого в ободочной кишке, неизбежные при этом процессы гниения и брожения приводят к вторичному воспалению ее стенки. По данным ряда авторов, из группы больных, обследованных по поводу хронических запоров, у 40% имелись признаки колита, у 30,6% – анатомические аномалии [14]. Толстый кишечник при воспалительных процессах в нем может стать очагом хронической интоксикации и сенсибилизации организма [14].

Для анамнеза таких пациентов типично упоминание о предшествующем обращении пациента к врачам-специалистам – терапевтам, урологам, гинекологам, хирургам – в связи с упорством болевых ощущений в животе. Многим из них ранее была выполнена аппендэктомия, тем не менее не улучшившая их состояния [12].

При наличии общей илеоцекальной брыжейки могут развиваться симптомы илеоцекальной инвагинации или заворота слепой кишки. Многие авторы считают уместным каждое из этих самостоятельных заболеваний рассматривать как осложнение *coecum mobile* [15–16].

Диагностика патологии основывается на данных анамнеза, объективного и рентгенологического исследований. Рентгенологическая оценка особенностей и скорости пассажа бария по кишечнику, выполненная через 12 часов от приема бария *per os* проводится в двух положениях больного – стоя и лежа на левом боку. Основными рентгенологическими признаками принято считать смещаемость слепой кишки (как мануальная, так и под действием собственной тяжести в положении на левом боку), опущение слепой кишки, низкое положение печеночного и селезеночного изгибов, несформированный печеночный угол, расширение и длительный застой контраста в слепой кишке.

К современным методам инструментальной диагностики аномалий положения и прикрепления ободочной кишки относятся компьютерные методы исследования и, в частности, метод мультиспиральной компьютерно-томографической колонографии. Данная методика позволяет построить трехмерное объемное изображение толстой кишки с ее аномальной архитектурой и необычным расположением в брюшной полости. Метод объективно отражает особенности строения толстой кишки, анатомо-топографические взаимоотношения различных ее отделов, дистрофические изменения ее стенки, локализацию стаза кишечного содержимого, а также позволяет визуализировать редкие формы толстокишечных аномалий, обусловленные индивидуальными особенностями строения кишечника и анатомо-топографическими изменениями в полости малого таза. Тем не менее диагностика патологической подвижности органа с ее помощью затруднена и требует уточнения по результатам других лучевых методов исследования [7].

Учитывая, что для подтверждения клинических данных, указывающих на патологическое положение и девиации отделов ободочной кишки, для решения вопроса о выборе способа оперативного лечения в качестве первой линии диагностики вполне достаточно более простого метода исследования (пассаж бария по кишечнику или ирригация). Это обстоятельство позволяет диагностировать данный вид патологии практически во всех лечебных учреждениях.

Анализируя анатомический, собственный операционный материал и данные литературы, мы посчитали возможным определить три наиболее часто встречающиеся варианта патологической фиксации толстой кишки, играющие роль в выборе способа оперативной коррекции.

Первый обусловлен изолированной подвижностью слепой и восходящей ободочной кишок при сохраненной фиксации печеночного угла (собствен-

но *coecum mobile*). Второй вариант представлен подвижностью и опущением всей правой половины ободочной кишки (правосторонний колоноптоз). Третий вариант формируется при подвижности и опущении восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки с отсутствием прикрепления в области печеночного и селезеночного углов (тотальный колоноптоз).

Лечение аномалий фиксации толстой кишки, сопровождающихся упорным болевым синдромом и осложнениями – оперативное. Первые операции фиксации толстого кишечника были выполнены в начале двадцатого века, когда О.Г. Шима в 1900 году после деторсии заворота слепой кишки произвел ее фиксацию, а в 1903 году В.И. Розанов, установив до операции диагноз «подвижной слепой кишки», выполнил ее фиксацию к пристеночной брюшине. В последующие годы как в нашей стране, так и за рубежом предлагалось много способов фиксации подвижных участков ободочной кишки. Это операции Бира, Гуссбаума, Вильмса, Ильина, Геворкяна и др. [17]. Имеются данные об оперативном лечении тяжелых хронических колостазов на фоне различных аномалий строения и фиксации ободочной кишки [18].

Предложенные методики, как правило, не учитывают индивидуальные особенности нарушений фиксации и имеют как положительные, так и отрицательные стороны.

В связи с этим нами была поставлена цель разработать на анатомическом материале и применить в клинике способы хирургической коррекции патологической подвижности различных отделов ободочной кишки, предусматривающие индивидуальный, более физиологичный и наименее травматичный, метод оперативного вмешательства с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

## Материалы и методы

Для хирургического лечения пациентов с первым вариантом патологии предложен способ фиксации слепой и подвижной части восходящей ободочной кишки (рационализаторское предложение № 1416 от 05.04.90). Операция выполняется правосторонним параректальным доступом с продольным рассечением париетальной брюшины заднебокового латерального канала на длину подвижного участка кишки и последующей фиксацией слепой и подвижной части восходящей кишки к забрюшинным фасциальным образованиям и краям рассеченной париетальной брюшины.

Способ коррекции при втором варианте предполагает фиксацию всей правой половины с формированием и фиксацией печеночного угла ободочной кишки (авторское свидетельство на изобретение № 1780720 от 15.08.92). Доступ при этом также параректальный, однако, рассечение париетальной брюшины правого бокового канала продляется вверх до заднего края печени и далее на 3–4 см медиально для формирования и укрепления сформированного печеночного угла.

За основу предлагаемой операции при третьем варианте аномалии фиксации (тотальный колоноптоз) взята методика лечения правостороннего колоноптоза, дополненная формированием селезеночного угла (рационализаторское предложение № 1489 от 07.02.91). В этом случае оптимальным доступом является срединная лапаротомия.

Следует отметить, что при всех вариантах оперативного лечения первым этапом операции является удаление червеобразного отростка слепой кишки, поскольку выведение фиксированного купола слепой кишки и выполнение аппендэктомии в случае возникновения у пациента острого аппендицита будет затруднительным. Менее травматичный, лапароскопический способ фиксации ободочной кишки при ее патологической подвижности, очевидно, возможен при первом варианте патологии, когда имеется необходимость только устранения девиаций слепой кишки. Если же речь идет о втором или третьем варианте патологии, когда требуется перенос и фиксация печеночного угла ободочной кишки с обязательной визуальной оценкой предполагаемого результата на фоне положения всей ободочной кишки в брюшной полости, то эндоскопический метод может быть технически сложным и не дать желаемого эффекта.

### Результаты

По предлагаемым методикам нами оперировано 52 больных. Отдаленные результаты лечения прослеживались через 3, 6, и 12 месяцев от момента операции. В указанные сроки пациенты осматривались амбулаторно, а в некоторых случаях выполнялось контрольное рентгенологическое исследование положения и моторной функции толстой кишки с исследованием пассажа бария. На контрольных рентгенограммах положение фиксированных отделов ободочной кишки было стабильным. Смещение в горизонтальной плоскости отсутствовало. Оценку результатов мы проводили по трем критериям. Хорошим считался результат с отсутствием болей в животе, нормализацией стула, полным восстановлением трудоспособности; удовлетворительным – при уменьшении у пациента интенсивности и частоты болевых приступов, возникающих в основном при физических нагрузках, а также улучшении моторной функции кишечника; неудовлетворительным признавался результат в случае отсутствия положительного эффекта от операции.

Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 96% пациентов.

### Заключение

Таким образом, предлагаемые нами методики хирургического лечения аномалий положения и прикрепления толстой кишки в брюшной полости позволяют осуществить достаточно прочную, близкую к физиологической, фиксацию подвижных отделов ободочной кишки и достичь хороших и удовлетворительных результатов при сравнительно небольшой травматичности операции.

### Литература/References

1. Романов, П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстого кишечника / П.А. Романов. – М.: Медицина, 1987. – 187 с.
2. Senderovich, I.L. К вариантам топографии ободочной кишки / И.Л. Сендерович // Клиника и лечение заболеваний пищеварительного тракта: Сборник трудов Одесского медицинского ин-та. – Киев: [Б.и.], 1985. – С. 30–36.
3. Герцен, П.А. О расширенной и подвижной слепой кишке / П.А. Герцен // Медицинское обозрение. – 1911. – Т. 76, № 20. – С. 913.
4. Осипенко, М.Ф. Синдром селезеночной флексуры и синдром раздраженного кишечника – сопряженность состояний / М.Ф. Осипенко, Е.А. Бикбулатова, В.И. Бут-Гусаим // Терапевтический архив. – 2008. – № 2. – С. 48–52.
5. Gasslander, T., Experience of surgical treatment for chronic idiopathic constipation / T. Gasslander, I. Larsson, I. Wetterfors // Acta Chir. Scand. – 1987. – Vol. 153, № 9. – P. 553–555.
6. Мультиспиральная компьютерно-томографическая колонография / О.Ю. Карпухин, А.Ф. Юсупова, А.А. Елеев и др. // Медицинская визуализация. – 2016. – № 1. – С. 94–99.
7. Боднар, О.Б. Аномалии фиксации толстой кишки у детей / О.Б. Боднар, Л.И. Ватаманэску // Хирургия детского возраста. – 2012. – № 4. – С. 64–69.
8. Лебедев, А.П. К вопросу о сложных инвагинациях кишечника / А.П. Лебедев // Клиническая хирургия. – 1974. – № 12. – С. 23–25.
9. Геворкян, И.Х. Подвижная слепая кишка / И.Х. Геворкян, Г.Л. Мирза-Авакян. – М.: Медицина, 1969. – 128 с.
10. Gevorkyan, I.H. Podvizhnaya slepaya kishka / I.H. Gevorkyan, G.L. Mirza-Avakyan. – M.: Medicina, 1969. – 128 s.
11. Grossman, E.B. Chronic Appendicitis / E.B. Grossman // Surg. Gynecol. Obstet. – 1978. – Vol. 146, № 4. – P. 596–598.
12. Блинов, Н.И. Трудности и ошибки диагностики острых заболеваний органов брюшной полости / Н.И. Блинов, Г.А. Гомзяков. – Л.: Медицина, 1962. – С. 242.
13. Зворыкин, И.А. К вопросу о значении подвижности правого отдела толстого кишечника в хирургии

ческой практике / И.А. Зворыкин: автореф. дис... канд. мед. наук. – Львов, 1948–20 с.

*Zvorykin, I.A.* K voprosu o znachenii podvizhnosti pravogo otdela tolstogo kishechnika v hirurgicheskoj praktike / I.A. Zvorykin: avtoref. dis... kand. med. nauk. – L'vov, 1948–20 s.

14. *Каххаров, А.Н.* Аномалия фиксации и положения ободочной кишки у взрослых и их клиническое значение / А.Н. Каххаров, М.А. Каххаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2014. – № 3 (322). – С. 12–21.

*Kahharov, A.N.* Anomaliya fiksacii i polozheniya obodochnoj kishki u vzroslyh i ih klinicheskoe znachenie / A.N. Kahharov, M.A. Kahharov // Zdravoohranenie Tadzhiqistana. – 2014. – № 3 (322). – S. 12–21.

15. *Белканиа, С.П.* Некоторые итоги сдержанной тактики хирургического лечения больных с диагнозом хронический рецидивирующий аппендицит / С.П. Белканиа, С.П. Жученко // Клиническая хирургия. – 1984. – № 2. – С. 19–21.

*Belkaniya, S.P.* Nekotorye itogi sderzhannoj taktiki hirurgicheskogo lecheniya bol'nyh s diagnozom hronicheskij recidiviruyushchij appendicit / S.P. Belkaniya, S.P. Zhuchenko // Klinicheskaya hirurgiya. – 1984. – № 2. – S. 19–21.

16. *Meyer-Marcotty, W., Plarre I.* Chronic Appendicitis / W. Meyer-Marcotty, I. Plarre // Langenbecks Arch. Chir. – 1986. – Vol. 369. – P. 187–190.

17. *Матяшин, И.М.* Справочник хирургических операций / И.М. Матяшин, А.М. Глузман. – Киев: Здоров'я, 1979. – 312 с.

*Matyashin, I.M.* Spravochnik hirurgicheskikh operacij / I.M. Matyashin, A.M. Gluzman. – Kiev: Zdorov'ya, 1979. – 312 s.

18. Caecal volvulus: ten year experience in an Australian teaching hospital / D.A. Neil, P.G. Reasbeck, J.C. Reasbeck, D.J. Effenev // Ann. R. Coll Surg. Engl. – 1987. – Vol. 69, № 6. – P. 283–285.

19. Диагностическая и лечебная тактика при хроническом кологенном запоре / О.Ю. Карпухин, А.Ф. Шакуров, Н.Ю. Савушкина и др. // Практическая медицина. – 2012. – № 8–2 (64). – С. 90–93.

*Diagnosticheskaya i lechebnaya taktika pri hronicheskom kologennom zapore / O. Yu. Karpuhin, A.F. Shakurov, N. Yu. Savushkina i dr. // Prakticheskaya medicina. – 2012. – № 8–2 (64). – S. 90–93.*

*Исаев Юрий Алексеевич (контактное лицо) – к. м. н., ассистент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. +7-960-703-01-25; e-mail: djoulai@mail.ru.*