

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЗАВОРОТА СЛЕПОЙ КИШКИ I ТИПА

М. М. Хайдаров, У. А. Холматов, Д. С. Абдуворисов, Ш. У. Султонов,
Д. М. Суюнов

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Ключевые слова

заворот слепой кишки, прикрытая перфорация, рентген-исследование,
клинический случай, операционная находка

По данным большинства хирургов, заворот слепой кишки встречается у 1-3% всех больных с острой кишечной непроходимостью, у 6-10% всех больных с заворотами и у 30-44% всех больных с заворотами толстой кишки [1]. Отмечая, что у жителей США заворот встречается редко, нашли у 16 американских хирургов сообщения о 546 больных с заворотами толстой кишки, из них у 34,5% был заворот слепой кишки. Основным предрасполагающим фактором для развития заворота слепой кишки является общая брыжейка ее и подвздошной кишки, в результате чего весь этот отдел становится мобильным. Подвижная слепая кишка встречается у 10-12% людей, хотя еще у 25% кишка имеет также достаточную подвижность [1]. Подвижная слепая кишка может быть врожденной и приобретенной, подвижность ее увеличивается с возрастом. По мнению Д. П. Чухриенко (1955) [3], важное значение имеет угол впадения подвздошной кишки в слепую. Переход этого угла из тупого в острый, который происходит вследствие расширения и опущения слепой кишки и рубцового сморщивания общей брыжейки, способствует завороту слепой кишки. К таким же факторам относятся воспалительные изменения в области слепой кишки, перенесенные оперативные вмешательства, спайки, новообразования, беременность, усиленная перистальтика кишечника.

Различают три типа заворота слепой кишки: 1) заворот слепой и подвздошной кишки вокруг их общей брыжейки. В этих случаях в заворот вовлекается восходящая ободочная кишка, а иногда и правый ее изгиб, а также значительный участок подвздошной кишки; 2) заворот слепой кишки вокруг продольной ее оси. Место перекрута в этом случае находится ниже впадения подвздошной кишки в ободочную, вследствие чего проходимость кишки может не нарушаться; 3) заворот слепой кишки вокруг поперечной ее оси. При этом слепая кишка может находиться в различных отделах брюшной полости, под печенью, в левом подреберье [2].

По данным некоторых авторов [2], чаще встречается первый тип заворота. Д. П. Чухриенко (1955) [3] из 114 больных только у 4 наблюдал второй и третий типы заворота, а у остальных в процесс вовлеклись, кроме слепой, и подвздошная, и восходящая ободочная, а у некоторых больных — и поперечно-ободочная кишка. Клинические проявления заворота слепой кишки зависят от многих факторов и, в частности, от типа и степени заворота. При завороте слепой кишки вместе с подвздошной довольно быстро развиваются все признаки тонкокишечной непроходимости. Только при изолированном завороте слепой кишки постоянные боли в правой подвздошной области могут оставаться длительное время. Очень рано появляется рвота. С самого начала она многократная и носит рефлексорный характер, что объяс-

няется богатым рецепторным полем в илеоцекальной области. Застойная рвота наблюдается на более поздних сроках. Задержка газов и стула появляется при всех формах заворота слепой кишки и вначале также носит рефлексорный характер [2].

При завороте слепой кишки вокруг ее продольной оси она остается, как правило, на месте и прощупывается в виде резко болезненного уплотнения в правой подвздошной области. Однако такой заворот может наблюдаться в дислоцированной слепой кишке, и болезненное уплотнение в этих случаях будет прощупываться в других отделах брюшной полости, чаще всего в правом подреберье. Ранним, но также непостоянным симптомом является усиленная перистальтика кишечника, которая в более поздние сроки сменяется «тишиной» в брюшной полости, на фоне которой иногда можно услышать звук падающей капли с металлическим оттенком. Очень важные сведения можно получить при рентгенологическом обследовании брюшной полости. В типичных случаях определяется раздутая слепая кишка с широким уровнем жидкости в ней. Но поскольку слепая кишка часто бывает дислоцирована, этот уровень и раздутую кишку можно обнаружить в различных отделах брюшной полости. Для того, чтобы определить, к какому органу (желудок или толстая кишка) относятся эти признаки, ряд авторов рекомендует применять контрастное исследование [1].

Важно отметить, что в некоторых случаях заворот слепой кишки сочетается с другими заболеваниями. Первичный острый аппендицит может способствовать завороту слепой кишки, но более частым вариантом является развитие острого аппендицита после заворота слепой кишки, т. к. при этом нарушается кровоснабжение червеобразного отростка и отток секрета из его просвета.

В литературе указан ряд симптомов (Данса, Шимана, Чухриенко), характерных для заворота слепой кишки, но перемещение желудка вправо от позвоночного столба при рентгенологическом исследовании, характерное для заворота слепой кишки I типа, в литературе нам найти не удалось, поэтому мы решили поделиться своим наблюдением.

Больная X 1978 г.

ИБ №7217-840

Поступила в 01:15 02.09.2012 г.

Жалобы при поступлении на: сильнейшие опоясывающие боли в подложечной области, рвоту. Считает себя больной в течение двух дней. Причины своей болезни связывает с приемом горького перца. Заболевание началось остро, сильнейшими болями в подложечной области, тош-

нотой и рвотой, в связи с этим госпитализирована в хирургическое отделение Шахриханской районной больницы. Эффекта от лечения не последовало, была переведена в Андижан. Состояние при поступлении средней тяжести. Положение вынужденное, сидячее. Из-за усиления болей не может лечь. Пульс 80 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., в легких везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, определяется резкая болезненность в подложечной области. Перистальтика кишечника выслушивается, газы не отходят. Мочеиспускание свободное. Анализы: лейкоциты — $5,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 10 мм/ч. Амилаза в моче — 166,6 мг/(ч-л), амилаза в крови — 160 мг/(ч-л). Общий белок — 57 г/л, билирубин — 3,4 ммоль/л, прямой — 0 ммоль/л, непрямой — 3,4 ммоль/л. Обзорная рентгеноскопия грудной и брюшной полости: легочные поля чистые. В брюшной полости наличие свободного газа и чаши Клойбера не обнаружены. УЗИ: явление застойного холецистита. Наличие свободной жидкости в брюшной полости не определяется. На основании изложенных выше клинических, лабораторных, инструментальных исследований предварительно был поставлен диагноз: острый панкреатит, отечно-инфильтративная форма. Сделана инъекция баралгина, анальгина, но-шпы, атропина и двухсторонняя паранефральная новокаиновая блокада, очистительная клизма. Установлен назогастральный зонд. В/в введены 5% глюкоза, 0,9% натрий хлор, контрикал 30000 Ед. Цефтриаксон 1,0x2 р. в/в, квамател 5,0x2 р. в/в, после чего состояние несколько улучшилось. Из назогастрального зонда стала выделяться желчь. Вышеуказанное лечение повторялось ежедневно. 06.09.2012 г. на фоне приступообразных болей в подложечной области стали определяться тимпанит и асимметрия живота в сочетании с контурируемым образованием выше пупка слева.

Обзорная рентгеноскопия брюшной полости и контрастного исследования желудка; определяются чаши Клойбера в подложечной области, дистальный отдел желудка перемещен вправо от позвоночного столба (рис. 1). При контрольном УЗИ в брюшной полости прослеживается свободная жидкость, которая наиболее утолщена в нижних отделах живота, до 31 мм. 06.09.2012 г. с диагнозом острая кишечная непроходимость под общим обезболиванием произведена срединная лапаротомия. При этом к ране прилежит, с синюшным оттенком, расширенная в диаметре до 15 см (рис. 2) толстая кишка по ходу операционной раны. Петли кишки выведены наружу, они представлены закрученными на 360° по часовой стрелке слепой, восходящей и правой половиной ободочной кишки со странгуляционной бороздой. Правая половина толстой и подвздошной кишки имели длинную общую брыжейку (рис. 3).

В животе около 700 мл геморрагической жидкости. После разворота кишечника по ходу странгуляционной борозды, против часовой стрелки, по верхней стенке на уровне среднего отдела ободочной кишки определяется в продольном направлении в диаметре до 7 мм отверстие с ровными краями, откуда выделяется воздух (рис. 4).

Участок разрыва ушит двухрядными узловыми швами. После чего воздух стал перемещаться на левый фланг толстой кишки. Уменьшился диаметр слепой кишки. Произведена аппендэктомия, с целью страховки ушитой стенки толстой кишки, для декомпрессии при необходимости стенка слепой кишки выведена наружу с разрезом Дьяконова-Вольковича и подшита по краям раны кожи (рис. 5).

После санации брюшной полости — дренирование

левой поддиафрагмальной области и малого таза через отдельные разрезы брюшной стенки. На 3 сутки после операции начали отходить газы, на 4 сутки был стул. На 6 сутки удалена дренажная трубка из левой поддиафрагмальной области. На 8 сутки — контрольное УЗИ, в правой подвздошной области по ходу дренажа определяется в небольшом количестве жидкость. В связи с отсутствием показаний к декомпрессии толстой кишки, на 12 сутки после операции под общим обезболиванием стенка слепой кишки отделена от париетальной брюшины по краям кожной раны и вправлена в брюшную полость. В связи с отечностью стенки слепой кишки, в правый боковой канал установлен микроирригатор для введения антибиотиков в послеоперационном периоде. Послойные швы на операционную рану (рис. 6). Через установленный микроирригатор 2 раза в день вводился канамицин 1,0.

На 6 сутки после вправления в брюшную полость стенки слепой кишки удален микроирригатор. В динамике: гемоглобин — 67,8-80 г/л, лейкоциты — $6,3-7,8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 38-24 мм/с. При контрольной контрастной рентгеноскопии ЖКТ от 21.09.2012 г. на 15 сутки после операции по развороту слепой кишки желудок занимает исходное положение, т. е. слева от позвоночного столба. Эвакуация своевременная (рис. 7). Через сутки толстая кишка освобождена от контраста (рис. 8). 22.09.2012 г. путем интубации заменена дренажная трубка в малом тазу.

22.09.12 г. на 16 сутки после операции больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. С целью профилактики раневой инфекции правой подвздошной области вокруг шва в течение 7 дней амбулаторно получала медоцеф 1,0 лимфотропно.

Контрольный осмотр через 1-2 месяца после выписки из стационара: жалоб нет, общее состояние удовлетворительное.

Таким образом, можно отметить, что, наряду с имеющимися характерными симптомами заворота слепой кишки Данса, Шимана и пальпируемого болезненного раздутого уплотнения в брюшной стенке в виде «волейбольного мяча» по Д. П. Чухриенко [3], перемещение дистального отдела желудка вправо от позвоночного столба на фоне определяемой раздутой петли слепой кишки с горизонтальным уровнем в левом подреберье, отмеченное при контрастном исследовании желудка, в наблюдаемом случае является характерным рентгенологическим признаком заворота слепой кишки I типа. Перемещение дистального отдела желудка вправо от позвоночного столба можно объяснить вовлечением в процесс заворота слепой кишки правой половины толстой кишки в результате тракции желудочно-ободочной связки вправо.

Наши наблюдения указывают на то, что, хотя заворот слепой кишки встречается редко, при установлении диагноза больному «кишечная непроходимость» необходимо учесть возможность заворота слепой кишки.

На основании вышеуказанного наблюдаемого нами случая больной с заворотом слепой кишки I типа можно отметить возможность перемещения дистального отдела желудка вправо от позвоночного столба в связи с тракцией желудочно-ободочной связки в результате вовлечения заворота правой половины толстой кишки. Последний можно определить при контрастном исследовании желудка в предоперационном периоде, и перемещение желудка вправо является характерным рентгенологическим признаком заворота слепой кишки I типа.

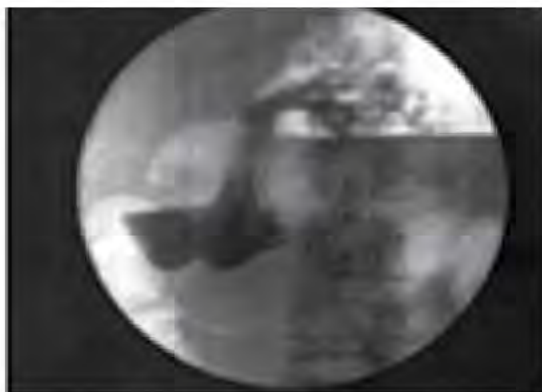


Рис. 1. Контрастное исследование желудка перед операцией



Рис. 5. Подшивание слепой кишки к брюшной стенке с целью страховки



Рис. 2. Вид слепой кишки после выведения ее наружу



Рис. 6. После вправления слепой кишки в брюшную полость

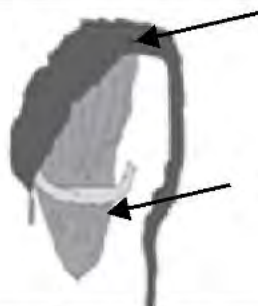


Рис. 3. Схематическое изображение правой половины толстой и подвздошной кишки (после деторсии), которые имеют общую брыжейку. Верхней стрелкой указано прободное отверстие поперечно-ободочной кишки, нижней стрелкой указана подвздошная кишка



Рис. 7. Контрастное исследование желудка. 15 сутки после операции. Желудок принял исходное положение. Моторно-эвакуаторная функция не нарушена



Рис. 4. Пинцетом указано прободное отверстие поперечно-ободочной кишки



Рис. 8. Контрастное исследование желудка. 16 сутки после операции. Пройодимость не нарушена, эвакуация своевременная. Толстый кишечник освобожден от контраста. Следи контраста в прямой кишке

Литература

1. Заворот слепой кишки // Medn.ru ; [электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.medn.ru/statyi/Zavorotslepojkishki.html>

2. Норенберг-Чарквиани А. Е. Острая непроходимость

кишечника / А. Е. Норенберг-Чарквиани. — М. : Медицина, 1969. — 373 с.

3. Чухриенко Д. П. Непроходимость кишечника : автореф. дис. д-ра мед. наук / Д. П. Чухриенко. — Днепропетровск ; Одесса, 1955. — 37 с.

УДК 616.34-089.346/.348

**РЕНТЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК,
ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЗАВОРОТА СЛЕПОЙ
КИШКИ I ТИПА**

М. М. Хайдаров, У. А. Холматов,
Д. С. Абдуворисов, Ш. У. Султонов,
Д. М. Суянов
Андижанский государственный
медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

Ключевые слова: заворот слепой кишки, прикрытая перфорация, рентген-исследование, клинический случай, операционная находка

Описан практический случай заворота слепой кишки, сочетанный с прикрытой перфорацией среднего отдела поперечно-ободочной кишки, имеющих общую длинную брыжейку. После их разворота удалось обнаружить отверстие в передней стенке среднего отдела ободочной кишки, прикрытой во время заворота стенкой подвздошной кишки. При контрастном исследовании желудка перед операцией было отмечено перемещение дистального отдела желудка вправо от позвоночного столба, причина которого подробно описана авторами. В послеоперационном периоде при контрастном рентгенологическом исследовании желудка на 15 сутки после операции желудок занимает исходное положение. Авторам удалось установить перемещение желудка вправо как характерный рентгенологический признак заворота слепой, правой половины ободочной и подвздошной кишки. Операционная находка и ход операции, последовательно описаны и иллюстрированы соответствующими фотоматериалами. Подобный материал найти в литературе не удалось.

УДК 616.34-089.346/.348

**РЕНТЕНОЛОГІЧНА ОЗНАКА,
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЗАВОРОТУ
СЛІПОЇ КИШКИ I ТИПУ**

М. М. Хайдаров, У. А. Холматов,
Д. С. Абдуворисов, Ш. У. Султонов,
Д. М. Суянов
Андижанський державний медичний
інститут, Андижан, Узбекистан

Ключові слова: заворот сліпої кишки, прикрита перфорація, рентген-дослідження, клінічний випадок, операційна знахідка

Описано практичний випадок завороту сліпої кишки у сполученні із прикритою перфорацією середнього відділу поперечно-ободової кишки, що мають загальну довгу брижу. Після їх розвороту вдалося виявити отвір у передній стінці середнього відділу ободової кишки, прикритої під час завороту стінкою клубової кишки. При контрастному дослідженні шлунка перед операцією було відзначено переміщення дистального відділу шлунка вправо від хребетного стовпа, причина якого докладно описана авторами. У післяопераційному періоді при контрастному рентгенологічному дослідженні шлунку на 15 добу після операції шлунок займає вихідне положення. Авторам вдалося встановити переміщення шлунка вправо як характерну рентгенологічну ознаку завороту сліпої, правої половини ободової і клубової кишки. Операційна знахідка і хід операції послідовно описані і ілюстровані відповідними фотоматеріалами. Подібний матеріал знайти в літературі не вдалося.

**RADIOGRAPHIC SIGN
CHARACTERISTIC FOR THE
CECAL VOLVULUS OF I TYPE**

M. M. Hajdarov, U. A. Holmatov,
D. S. Abdunarsov, S. U. Sultanov,
D. M. Suyunov
Andijan State Medical Institute,
Andijan, Uzbekistan

Key words: cecal volvulus, covered perforation, X-ray examination, clinical case, operative finding

Article describes a practical case of cecal volvulus combined with a covered perforation of the middle part of the transverse colon with long common mesentery. After their turn we managed to find a hole in the front wall of the middle part of colon, veiled during volvulus by the wall of ileum. Upon contrast examination of the stomach before the operation, we marked displacement of the distal part of stomach to the right of the spinal column, the cause of which is described in details by the authors. In the postoperative period upon contrast X-ray examination of the stomach on the 15th day after surgery, the stomach was in its starting position. Authors were able to establish the displacement of stomach to the right as a characteristic radiographic sign of the volvulus of cecum, the right part of colon and ileum. Operative finding and course of operation are consistently described and illustrated with appropriate photographs. Attempt to find out such a material in the literature failed.