

УДК 616.345

Девіаційна патологія проксимального відділу товстого кишечника

Ю.С. СЕМЕНЮК, І.В. СИДОРУК, В.Д. КОРДЯК, О.В. ПОТІЙКО, В.А. ФЕДОРУК, В.Г. МІНІЧ, А.І. СИДОРУК

Рівненська обласна клінічна лікарня, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

DEVIATIVE PATHOLOGY OF PROXIMAL PART OF LARGE INTESTINE

YU.S. SEMENYUK, I.V. SYDORUK, V.D. KORDYAK, O.V. POTIYKO, V.A. FEDORUK, V.H. MINICH, A.I. SYDORUK

Rivne Regional Clinical Hospital, Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Патологія, зумовлена незвично рухомими висхідною ободовою і сліпою кишками, – складна і недостатньо вивчена проблема абдомінальної хірургії, в якій вона трактується, як “рухома сліпа кишка”, “патологічно рухома сліпа кишка”, або девіаційна патологія проксимального відділу товстого кишечника. На нашу думку, найбільш достовірним є останнє визначення.

Підтвердженням цього стають особливості ембріонального формування правої половини ободової кишки при нормальному розвитку зародка людини. В 7 місяців внутрішньоутробного його життя висхідна ободова кишка вже не має своєї брижі. Між 7 і 9 місяцями вона поступово спускається вниз, в здухвинну ділянку, і щільно зростається з фасцією м'язів задньої черевної стінки, що створює опору для перистальтики і переміщення кишкового вмісту вгору. Сліпа кишка залишається в черевній порожнині вільним органом і розміщена в здухвинній ямці.

Таким чином, в момент народження дитини проксимальний відділ товстої кишки має закінчений ембріональний розвиток. Висхідна кишка фіксована вертикально справа від хребта, а сліпа позбавлена можливості самостійно здійснювати рухи за межі клубової ямки, за винятком похитування за рахунок перистальтики. Такий розвиток спостерігається в 30 % навіроджених. У них загальна брижа втрачається поступово, і до 10-15 років висхідна ободова кишка стає нерухомою.

Коли ж ембріональний розвиток правої половини товстої кишки затримується або ж зупиняється на якомусь етапі, то в момент народження дитини загальна брижа не зникає, а зберігається на все життя. Висхідна ободова кишка, звисаючи на довгій брижі, стає мобільною і втягує в патологічну девіацію нічим не фіксовану сліпу кишку з червоподібним відростком, що призводить до порушення крово- і лімфообігу, стазу калового вмісту. Таким чином, зміщується не сліпа, а рухома висхідна обо-

дова кишка з її довгою брижею. Такі девіації викликають біль у животі і частіше в кінці дня, який триває від 20-30 хв до декількох годин. При положенні на правому боці біль стихає. При фізичному навантаженні повторюється і знижує працездатність. Неприємним для хворого стає відчуття переміщення газів у рухомій кишці, яке супроводжується бурчанням, чутним іноді на відстані. Причиною такого симптомокомплексу стають: натяг довгої брижі, перегин висхідної кишки, застій кишкового вмісту, травматизація нервових закінчень.

Анамнестичні дані дають підставу запідозрити наявність девіаційної патології, а іноді і діагностувати її. Для підтвердження діагнозу є і об'єктивні критерії:

1) болючість при пальпації в зоні локалізації пневматизованої або спазмованої висхідної ободової і сліпої кишок;

2) позитивний симптом “ілеоцекальної пустки”, тобто порожня при пальпації здухвинна ділянка;

3) симптом “виковзування сліпої кишки”, коли при глибокому введенні пальців від пупка до крила клубової кістки сліпа кишка вислизає з-під них, зміщуючись медіально;

4) симптом “апендектомія в анамнезі”, коли після апендектомії видужання не настало. Хірург зобов'язаний при видаленні апендикса вивчити стан сліпої кишки, тим більше у випадку вільного виведення в рану проксимального відділу;

5) іригографія в 40-45 % випадків дає можливість підтвердити зміщення сліпої і висхідної товстої кишки. Проте негативний висновок рентгенолога не свідчить про її відсутність.

У таких випадках остаточної діагностичної цінності набувають анамнез і клінічні дані.

Разом з тим слід пам'ятати, що девіаційна хвороба може імітувати клініку гострого апендициту, виразкової хвороби шлунка, гострого холециститу, патологію внутрішніх геніталій. В більшості ви-

падків її супроводжує хронічний апендицит і нерідко з копролітами.

Тривалий дискомфорт в черевній порожнині негативно впливає на психоемоційний стан хворої людини, формуючи його нестабільність. В цій ситуації неважко розібратися, якщо лікар знає, що таке девіаційна хвороба сліпої і висхідної ободової кишок.

На фоні постійно наростаючого травного дискомфорту, коліту, периколіту, перивісцериту, дегенеративних змін ілеоцекальної ділянки, тривалих патологічних девіацій, порушення функції здухвинно-сліпокишкової заслінки виникають ускладнення девіаційної хвороби: заворот сліпої кишки, сліпо-ободова інвагінація, спайкова непрохідність, проникнення і защемлення сліпої кишки в грижових воротах. Кожне із цих ускладнень є не що інше, як заключний етап девіаційної патології. Такі катастрофічні ускладнення не можуть і не повинні розглядатись в аспекті окремого самостійного захворювання.

Великий діапазон зміщення значної частини правої половини товстої кишки аж до положення її зліва, постійна травматизація її приводять до хронічного перивісцериту, коліту, утворення злук, зрощення з сусідніми органами, що і формує відповідну клінічну картину.

При гострому апендициті виникають свої специфічні особливості, помилки в діагностиці і тактиці оперативного втручання. Прогресуючий злуковий процес може викликати кишкову непрохідність. Наявність довгої брижі сприяє можливості проникнення сліпої кишки в усі анатомічні дефекти органів черевної порожнини. Так виникають і інвагінації: ілеоцекальна і сліпо-ободова, які можуть мати гострий, хронічний і рецидивний характер. Для останнього типу характерний принцип: інвагінація – самостійна дезінвагінація.

Одним із найбільш рідких, тяжких в клінічному, діагностичному і тактичному аспекті кишкової непрохідності є заворот сліпої кишки. Цей термін піддається критичній оцінці, оскільки сліпа кишка не має можливості завернутись самостійно. Більш доцільний термін “заворот ілеоцекального кута” або “заворот висхідної ободової кишки”, який ближчий до істини.

В окремих випадках патологічна рухомість висхідної кишки спостерігається одночасно з рухомою і опущеною правою ниркою. Тоді слід визначити, яка патологія більш виражена і в якій послідовності їх корегувати.

Хвороба рухомої сліпої і висхідної ободової кишки оборотного розвитку не має.

Такі хворі підлягають диспансерному спостереженню і плановому оздоровленню. Хірург повинен попередити виникнення ускладнень, які становлять загрозу для життя.

Протягом 100 років тривають пошуки радикального лікування цієї хвороби – створення нерухомості висхідної і сліпої ободової кишок. Операції поділені на 2 групи:

1. Внутрішньочеревні цекофіксації, цекопексії, цекоплекції та ін.

2. Заочеревинні цекофіксації.

Дебати про доцільність і ефективність тієї чи іншої методики цекопексії тривають. Ми використовуємо внутрішньочеревну асцендоцекопексію за власною методикою (рацпропозиція № 16 від 8.02.1999 р. і публікація в журналі “Шпитальна хірургія” № 4 за 2003 рік).

Проведено 78 планових оперативних втручань. Незадовільні віддалені результати відмічені у 5 хворих, в яких була уроджена патологія і лівої половини ободової кишки – доліхосигма, синдром Пайра. В такій ситуації порушується нормальний пасаж кишкового вмісту, що створює застій в проксимальному відділі товстої кишки і загострює коліт, периколіт, відновлюючи больовий синдром. Вірогідно, є потреба в оперативній корекції і зліва.

З приводу ускладнення девіаційної патології оперовано хворих: 2 – зі злуковою хронічною кишковою непрохідністю в ілеоцекальному куті; 1 – з гострою кишковою непрохідністю, викликаною апендиксом; 3 – із заворотом сліпої кишки; 1 – із невправимою грижею спігелієвої лінії справа, вмістом якої був проксимальний відділ товстої кишки; 1 – з рецидивною сліпо-ободовою інвагінацією; 1 – з гострим гангренозним апендицитом, що локалізувався на правій нирці, і 2 – на дні малої миски; 5 – після перенесеної апендектомії.

Переміщення зі зростанням ілеоцекального кута під попереково-ободову кишку привело до помилкового накладання при резекції шлункового анастомозу з клубовою кишкою, що викликало потребу в повторному оперативному втручанні.

Наш досвід і позитивність результатів дають підставу погоджуватись із думкою і рішенням хірургів, які займаються вивченням і удосконаленням корекції девіаційної патології проксимального відділу товстого кишечника.

Доцільно вивести і ступінь рухомості:

I ст. – патологічно рухомий ілеоцекальний кут;

II ст. – рухома висхідна кишка до збереженої печінково-ободової зв’язки;

III ст. – рухома вся права половина ободової кишки з відсутньою печінково-ободовою зв’язкою.

Наша ж мета – спонукати зацікавленість і увагу лікарів, а тим більше хірургів, до цієї недосконало вивченої складної і тяжкої патології.