

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ЗАМИКАЛЬНОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ ПРИ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО СЕГМЕНТА

О.Б.Боднар

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Інтраопераційно вивчено стан ілеоцекального замикального апарату (ІЦЗА) при хірургічних захворюваннях клубово-сліпокишкового сегмента (КСС) у дітей. Прооперовано 130 дітей з приводу катарального апендициту, дивертикула Меккеля, хвороби Гіршспрунга та хвороби Пайра. Доведено, що в 43,08 % випадків хірургічні захворювання КСС у дітей супроводжуються недостатністю ІЦЗА, яка потребує корекції.

Ключові слова: клубово-сліпокишковий сегмент, ілеоцекальний замикальний апарат, діагностика, лікування, діти.

Клубово-сліпокишковий сегмент (КСС) як єдине анатомічне утворення включає кінцевий відділ клубової кишки (КК), сліпу кишку (СК) з червоподібним відростком та баугінієвою заслінкою (БЗ), початкову частину висхідної ободової кишки [1]. Захворювання КСС часто пов'язані з порушенням діяльності замикальних механізмів, особливо ілеоцекального клапана, які нерідко потребують реконструктивних хірургічних втручань [2]. До хвороб КСС у дітей відносять: апендицит, дивертикул Меккеля (ДМ), ілеоцекальну інвагінацію, недостатність ілеоцекального замикального апарату (НІЦЗА). Окрім того, припускається, що хвороба Пайра та хвороба Гіршспрунга виявляють певний вплив на стан КСС [3-5]. В абдомінальній дитячій хірургії досі не вирішені питання інтраопераційної діагностики та лікування НІЦЗА [6, 7].

Мета дослідження. Вивчити можливості інтраопераційної манометрії в діагностиці НІЦЗА при хірургічних захворюваннях КСС у дітей та обґрунтувати засоби її корекції.

Матеріал і методи. З приводу захворювань КСС нами прооперовано 130 дітей віком 3-18 років, зокрема, з приводу катарального апендициту – 32, ДМ – 35, ілеоцекальної інвагінації – 25, хвороби Гіршспрунга – 29, хвороби Пайра – 9.

При апендициті виконано апендектомію; при ДМ – субсерозну резекцію ДМ з використанням інвертованих швів (15), дивертикулектомію кистетним способом (17), клиноподібну резекцію ДМ (3); при хворобі Гіршспрунга – операцію Соаве-Боля (29); при хворобі Пайра – резекцію поперечної ободової кишки з анастомозуванням кінцець у кінцець з формуванням правого та лівого кутів ободової кишки. При проведенні оперативних втручань всім хворим виконували інтраопераційну манометрію за власною методикою з метою виявлення НІЦЗА.

Методика інтраопераційної манометрії. *Нами використаний апарат (рисунок), який складається з гумової трубки 1, з'єднаної з манометром. У середній третині трубки 1 є сполучення з трубою 2, яка закінчується гумовою грушею. До нижнього відділу трубки 1 через перехідник під'єднується катетер Нелатона № 8. З метою інтраопераційної манометрії в куку червоподібного відростка під час апендектомії вводили катетер Нелатона, під'єднаний до манометричної системи, який фіксували кетгутковою ниткою. Вміст товстої та клубової кишок переміщували у прилеглі петлі. Дистальний відділ висхідної ободової кишки стискали м'яким кишковим затискачем на 7 см вище БЗ. КК та-*

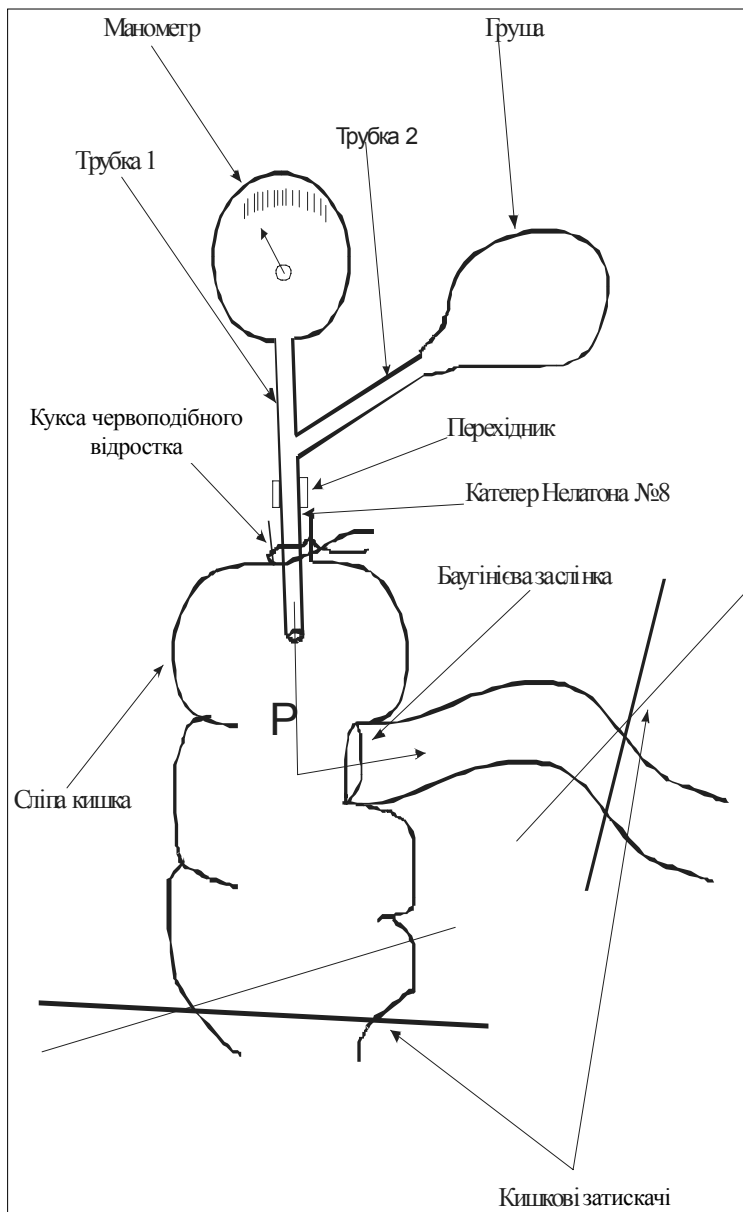


Рис. Схема інтраопераційної манометрії (пояснення в тексті).

кож стискали м'яким кишковим затискачем на 10 см даліше від БЗ. Грушею нагнітали повітря, на манометрі фіксували тиск попадання повітря в КК, що визначали візуально.

Контролем для манометрії були діти віком 3-18 років, оперовані з приводу флегмонозного апендициту без явищ перитоніту та тифліту чи будь-якої іншої абдомінальної патології при незмінній основі червоподібного відростка. Контрольна манометрія проведена в 44 дітей. У нормальних умовах БЗ пропускає повітря при тиску 25 ± 5 мм рт. ст. (діти від 3 до 6 років – 15 пацієнтів), 30 ± 5 мм рт. ст. (діти від 7 до 14

років – 12), 40 ± 7 мм рт. ст. (діти від 15 до 18 років – 17). При обстеженні цих пацієнтів іригоскопічно у віддаленому післяопераційному періоді НЦЗА не виявлено. На підставі цього можна припустити про вірогідність інтраопераційних манометричних показників. Манометрія проводилася до виконання основного етапу оперативного втручання.

Результати дослідження та їх обговорення. При виконанні інтраопераційної манометрії в 28,13 % при катаральному апендициті, в 77,14 % – при ДМ, в 40 % – при ілеоцекальній інвагінації, в 24,14 % – при хворобі Гіршпрунга, в 33,33 % – при хворобі Пайра виявлено НЦЗА (табл. 1). Оскільки НЦЗА, мабуть, пов'язана з анатомічною будовою клубово-сліпокишкового переходу, нами вивчені варіанти впадання КК в СК (табл. 2).

Нами виявлено, що при захворюваннях КСС у дітей, що супроводжуються НЦЗА, в 55,36 % випадків спостерігається горизонтальне впадання КК в медіальну стінку СК, в 21,43 % – висхідне впадання КК в медіальну стінку СК, в 17,85 % – низхідне впадання КК в медіальну стінку СК, в 5,36 % – висхідне впадання КК в задню стінку СК. Отже, НЦЗА була зумовлена анатомічною будовою ілеоцекального відділу та вираженістю ілеоцекуса.

Інтраопераційно спостерігали розширення ілеоцекального клапана від 2 до 4 см, розширення СК з певною кількістю в ній газів, іноді вона набувала мармурового відтінку. При помірному тискові на СК газ та кишковий вміст легко переміщувалися в термінальний відділ КК.

Виявлена НЦЗА була корегована після виконання основного етапу оперативного втручання методом закритої баугініопластики з формуванням ілеоцекуса за власною методикою. Вона полягала в тому, що після пересікання клубово-сліпокишкової зв'язки (при її наявності) накладали серозно-м'язові шви між прибірковою ділянкою КК та медіальним відділом

Таблиця 1

Недостатність ілеоцекального замикального апарату при хірургічних захворюваннях клубово-сліпокишкового сегмента у дітей

Захворювання	Кількість хворих	Недостатність ілеоцекального замикального апарату
Катаральний апендицит	32	9
Дивертикул Меккеля	35	27
Ілеоцекальна інвагінація	25	10
Хвороба Гіршпрунга	29	7
Хвороба Пайра	9	3
Всього	130	56

Таблиця 2

Анатомічні варіанти впадання клубової кишки в сліпу при захворюваннях клубово-сліпокишкового сегмента у дітей, що супроводжуються недостатністю ілеоцекального замикального апарату

Захворювання	Варіанти впадання клубової кишки в сліпу			
	висхідне в медіальну стінку	висхідне в задню стінку	горизонтальне в медіальну стінку	низхідне в медіальну стінку
Катаральний апендицит	1	1	5	2
Дивертикул Меккеля	5	1	14	7
Ілеоцекальна інвагінація	2	1	6	1
Хвороба Гіршпрунга	3	-	4	-
Хвороба Пайра	1	-	2	-
Всього	12	3	31	10

СК, формуючи штучний ілеоцекус, тим самим укріплюючи задню стінку БЗ. На передню стінку СК та протибрижовий край КК накладали серозно-м'язові шви із захопленням власне ілеоцекального переходу, тим самим укріплюючи передню стінку БЗ. При проведенні іригоскопії у віддаленому післяопераційному періоді (1-2 роки після виконання оперативного втручання) даних за НІЦЗА не виявлено.

Висновки. 1. Інтраопераційну манометрію вважаємо ефективним методом діагностики недостатності ілеоцекального замикального апарату (НІЦЗА) при хірургічних захворюваннях

клубово-сліпокишкового сегмента (КСС) у дітей. 2. НІЦЗА при хірургічних захворюваннях КСС у дітей зумовлена анатомічною будовою ілеоцекального відділу та вираженістю ілеоцекуса. 3. Закрити баугініопластику з формуванням ілеоцекуса за власною методикою з метою корекції НІЦЗА у дітей можна рекомендувати для широкого клінічного використання.

Перспективи наукового пошуку. На підставі одержаних результатів вважаємо за доцільне вивчити можливості ендоскопічних технологій з метою діагностики та лікування НІЦЗА при хірургічних захворюваннях КСС у дітей.

Література

1. Ахтемійчук Ю.Т. Анатомічні особливості клубово-сліпокишкового переходу людини / Ю.Т.Ахтемійчук, Д.В.Проняев // Укр. морфол. альманах. – 2006. – № 3. – С. 8-13.
2. Логинов А.С. Болезни илеоцекального угла / А.С.Логинов, М.Д.Парфенов, М.Д.Чижикова // Росс. гастроэнтерол. ж. – 2000. – № 1. – С. 20-25.
3. Дивертикул Меккеля у дітей / А.А.Данилов, А.М.Урин, В.Ф.Рыбальченко [та ін.] // Хірургія дит. віку. – 2006. – № 3. – С. 56-60.
4. Катько В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей / Катько В.А.

– Минск: Зорны верасень, 2006. – 116 с. 5. Принципы диагностики и хирургического лечения болезни Пайра у детей / А.Н.Смирнов, Е.И.Дорофеева, А.Р.Жаров [и др.] // Дет. хирургия. – 2007. – № 1. – С. 10-11. 6. Aarnio P.M. Abdominal disorders arising from 71 Meckel's diverticulum / P.M.Aarnio, I.S.Salonen // Ann. Chirur. Gynaecol. – 2000. – Vol. 89, № 4. – P. 281-284. 7. Bronchial hyperreactivity in patients with inflammatory bowel disease / G.Ilonidis, I.Agorastos, G.Anogianakis [et al.] // Eur. Resp. J. – 2003. – Vol. 22. – P. 480-483.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СФИНКТЕРНОГО АПАРАТА У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДВЗДОШНО-СЛЕПОКИШЕЧНОГО СЕГМЕНТА

Резюме. Интраоперационно изучено состояние илеоцекального сфинктерного аппарата (ИЦСА) при хирургических заболеваниях подвздошно-слепокишечного сегмента (ПСС) у детей. Проперировано 130 детей по поводу катарального аппендицита, дивертикула Меккеля, болезни Гиршспрунга и болезни Пайра. Доказано, что в 43,08 % случаев хирургические заболевания ПСС у детей сопровождаются недостаточностью ИЦСА, которая требует коррекции.

Ключевые слова: подвздошно-слепокишечный сегмент, илеоцекальный сфинктерный аппарат, диагностика, лечение, дети.

INTRAOPERATIVE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INSUFFICIENCY OF THE ILEOCECAL OBTURATIVE APPARATUS IN CHILDREN IN CASE OF SURGICAL DISEASES OF THE ILEOCECAL SEGMENT

Abstract. The state of the ileocecal obturative apparatus (ICOA) in case of surgical diseases of the ileocecal segment (ICS) in children has been studied intraoperatively. 130 children have been operated for catarrhal appendicitis, Meckel's diverticulum, Hirschsprung's disease and Payr's disease. It has been proved that surgical diseases of the ICS in children are accompanied with ICOA insufficiency, requiring repair in 43,08 % of the cases.

Key words: ileocecal segment, ileocecal obturative apparatus, diagnostics, treatment, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 16.02.2010 р.
Рецензент – проф. Ф.Г.Кулачек (Чернівці)