

Жуков А. С.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА К РЕФЛЮКСУ ПРИ ПОГРУЖНОМ СПОСОБЕ АППЕНДЭКТОМИИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Антипов Н. В.

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк*

Актуальность. Аппендэктомия является операцией, проводимой в непосредственной близости от илеоцекального (ИЦ) угла (по нашим данным в 20% случаев основание червеобразного отростка (ОЧО) располагается на удалении менее 1 см от ИЦ угла) и таким образом может приводить к нарушению клапанной функции баугиниевой заслонки с развитием рефлюкса и дисбактериоза.

Цель: Разработать методику оценки анатомического компонента резистентности ИЦ клапана к рефлюксу при повышении давления в слепой кишке (СК) до и после проведения аппендэктомии погружным способом.

Материал и методы. Исследование было проведено на 4-х нефиксированных трупах людей мужского пола на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы по оригинальной методике. Параллельно совершалась макроморфометрия, фото- и видеосъёмка.

Результаты. В ходе наших исследований был проведен следующий эксперимент. Наложением на восходящую ободочную и на подвздошную кишку (ПК) двух кишечных жомов проводилась изоляция ИЦ отдела кишечника, воздух из подвздошной кишки выдавливался в СК. После этого проводилась имитация повышения давления в СК путем ее сдавливания и оценивалась принципиальная возможность рефлюкса в ПК. Затем проводилось вскрытие СК и введение в её просвет переходника манометра с его герметичной фиксацией. На дальнейшем этапе в СК нагнетался воздух и определялось давление, при котором происходил заброс воздуха в ПК. Затем проводилась аппендэктомия погружным способом и контрольное измерение резистентности ИЦ клапана. В двух случаях, когда отмечался выраженный купол СК и малый диаметр ПК, рефлюкс не возникал даже при сильном сдавлении СК (эквивалентно $P > 300$ мм рт. ст.), поэтому дальнейшие этапы эксперимента не выполнялись. В оставшихся двух случаях (удаленность ОЧО от ИЦ угла соответственно 1,5 см и 3,0 см) рефлюкс возник: 1) при $P = 200$ мм. рт. ст до аппендэктомии и при $P = 200$ мм. рт. после; 2) при $P = 120$ мм. рт. ст до аппендэктомии и при $P = 120$ мм. рт. после; аналогично и при наложении киста без культи на удалении 1 см.

Выводы:

1. Разработана методика определения анатомического компонента резистентности ИЦ клапана к повышению давления в СК.
2. Аппендэктомия погружным способом при удалении ОЧО от ИЦ угла > 1 см не влияет на резистентность ИЦ клапана к рефлюксу.
3. Выраженный купол СК и относительно малый диаметр ПК препятствуют рефлюксу.