

Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.Р. Титов, Э.Ф. Гайнетдинов, А.В. Чабин
**СТАТИСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА
 У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В статье приводятся результаты изучения частоты возникновения недостаточности илеоцекального клапана при различных хирургических неопухолевых заболеваниях органов брюшной полости. Ведущим патогенетическим фактором несостоятельности илеоцекального клапана, авторы считают нарушение проходимости в зонах несущих ободочных изгибов толстой кишки при висцероптозе.

Ключевые слова: илеоцекальный клапан, недостаточность, неопухолевые хирургические заболевания органов брюшной полости.

R.Z. Latypov, V.V. Plechev, A.R. Titov, E.F. Gaynetdinov, A.V. Chabin
STATISTICS OF ILEOCECAL VALVE INSUFFICIENCY IN SURGICAL PATIENTS

The article provides the results of the study of ileocecal valve insufficiency incidence at various surgical non-neoplastic abdominal diseases. The authors consider the blockade of colon zones during visceroptosis to be the leading pathogenetic factor of ileocecal valve insufficiency.

Key words: ileocecal valve, insufficiency, surgical non-neoplastic abdominal diseases, incidence.

В функциональной хирургической гастроэнтерологии болезни, сопровождающиеся болевым синдромом в правой подвздошной области, остаются одной из сложных и нерешенных проблем. Все это находит прямое отражение на результатах диагностики и применения эффективных методов проводимого лечения [1,2,4].

Среди патологических состояний возникающих в правой подвздошной области, важное место занимает недостаточность илеоцекального клапана, сопровождающаяся «колонизацией», нарушением замыкательной и барьерной функций тонкой кишки [3].

Сложность проблемы заключается в том, что к настоящему времени этиопатогенез недостаточности илеоцекального клапана остается мало изученным, по этой причине в настоящее время отсутствует общепринятая тактика диагностики и лечения данной категории больных.

Целью исследования явилось изучение частоты и оценки причин, а также механизмов возникновения недостаточности илеоцекального клапана среди больных хирургического профиля.

Для решения поставленной задачи нами проведен анализ полученных при иригоскопии данных в период с 2000 года по 2009 год у 206 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике БГМУ с наличием клинических и рентгенологических симптомов недостаточности илеоцекального клапана.

Материал и методы

Больные поступали в плановом и экстренном порядке, из них экстренно 109

(52,4%) и планово 107 (47,6%). Колебание возраста пациентов составило от 16 до 85 лет, средний возраст 54 – 56,5 года.

Установленные диагнозы при поступлении в хирургический стационар представлены в табл. 1.

Таблица 1
 Диагнозы больных при поступлении в стационар

Диагнозы при поступлении	Количество больных	
	абс.	%
Острый панкреатит	49	23,7
Спаечная болезнь болевая форма	34	16,5
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	26	12,6
Острый холецистит	23	11,2
СРТК	21	10,2
Синдром ободочных изгибов толстой кишки	16	7,7
Острый аппендицит	16	7,7
Острая кишечная непроходимость	12	5,8
Другие заболевания органов брюшной полости	5	2,4
Всего...	206	100

Как видно из табл. 1, диагноз острый панкреатит был установлен у 49 (23,7%) больных, спаечная болезнь (болевая форма) – у 34 (16,5%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – у 26 (12,6%), острый холецистит – у 23 (11,2%), СРТК – у 21 (10,2%), синдром ободочных изгибов толстой кишки – у 16 (7,7%), острый аппендицит – у 16 (7,7%), острая кишечная непроходимость – у 12 (5,8%), другие заболевания органов брюшной полости 5 (2,4%) больных.

Ранее 178 больных перенесли различные операции на органы брюшной полости (табл. 2).

Поводом для проведения иригоскопии послужило наличие симптомов нарушения опорожнительной функции толстой кишки,

проявляющихся в виде метеоризма с задержкой отхождения газов, запоров и неустойчивого стула, а также абдоминально болевого синдрома у обследованных пациентов.

Таблица 2

Ранее перенесенные операции у больных с выявленной недостаточностью илеоцекального клапана

Операции	Количество больных	
	абс.	%
Аппендэктомия	61	29,6
Оперативное пособие на органы малого таза	43	20,9
Оперативные пособия по поводу других заболеваний органов брюшной полости	42	34
Холецистэктомия	32	15,5
Всего...	178	100

После всестороннего обследования больных и анализа данных ирригоскопии выставлены клинические диагнозы, которые представлены в табл. 3.

Таблица 3

Частота выявляемости недостаточности илеоцекального клапана при различных патологических состояниях органов брюшной полости

Клинические диагнозы	Количество больных	
	абс.	%
Висцероптоз, Синдром ободочных изгибов	85	41,3
СРТК, долихосигма	45	21,8
Язвенная болезнь желудка и 12 п. кишки	24	11,7
Острый панкреатит	21	10,2
ЖКБ	13	6,3
Спаечная болезнь брюшины	12	5,9
Другие заболевания органов брюшной полости	6	2,9
Всего...	206	100

При анализе клинических диагнозов первое место занимает синдром ободочных изгибов – у 85 (41,3%) из 206 пациентов, представленный, с одной стороны, висцероптозом, с другой – аномалиями развития и фиксацией ободочной кишки, вызывающими удвоенную патологическую нагрузку на правый фланг ободочной кишки.

На втором месте стоит синдром раздраженной толстой кишки с наличием долихосигмы у 45 пациентов, у которых имело место нарушение транзитной функция в левом фланге поперечной ободочной кишки.



Рис.1. Контрастная рентгенограмма толстой кишки у больных с синдромом ободочных изгибов. Снимок сделан через 6 часов после ирригоскопии



Рис.2. Контрастная рентгенограмма толстой кишки у больных с СРТК и долихосигмой



Рис.3. Контрастная рентгенограмма толстой кишки у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки



Рис.4. Контрастная рентгенограмма толстой кишки у пациентов с острым панкреатитом

Выводы

1. Недостаточность илеоцекального клапана является частой патологией, встречающееся в хирургической практике.
2. Частота произведенных в прошлом аппендэктомий (29,6%) свидетельствуют о возможности существования ложного аппендикулярного симптомо-комплекса при наличии недостаточности илеоцекального клапана.
3. Недостаточность илеоцекального клапана является частым и характерным осложнением висцероптоза, указывающим на наличие нарушений проходимости в ободочных изгибах толстой кишки и нуждающимся в патогенетической хирургической коррекции.
4. Выявленная несостоятельность илеоцекального клапана при других патологических состояниях находит объяснение как следствие существующего гастродуоденптоза.

Сведения об авторах статьи:

Латыпов Ринат Закирович – д.м.н., профессор, кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Титов Андрей Ремович – к.м.н., зав. хирургическим отделением № 1 Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Гайнетдинов Эльмир Фларисович – врач-хирург ГБУЗ РБ Бураевская ЦРБ. Адрес: с. Бураево, ул. Нагорная, 1.

Чабин Алексей Владимирович – врач-хирург СКДЦ КБГМУ, ассистент кафедры хирургических болезней и новых технологий ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулов Д.А., Курбонов К.М., Даминова Н.М. Нарушение барьерной функции подвздошной кишки в патогенезе желчно-каменной болезни // Актуальные вопросы колопроктологии. – Уфа, 2007. – С. 516-517.
2. Витебский, Я.Д. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника. – М.: Медицина, 1973. – С. 110.
3. Нартайлаков М.А., Плечев В.В., Бакиров С.Х. Коррекция недостаточности илеоцекального клапана // Современные проблемы гастроэнтерологии: материалы научной конференции, посвященной 75-летию со дня рождения профессора Я.Д. Витебского. – Курган, 1994. – С. 302-303.
4. Парфенов, А.И. Болезни илеоцекальной области / под ред. Б.Д. Комарова. – М.: Анархарсис, 2005. – 271 с.

УДК 616.3-007.42-089

© Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.Р. Титов, Э.Ф. Гайнетдинов, А.В. Чабин, 2013

Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.Р. Титов, Э.Ф. Гайнетдинов, А.В. Чабин
**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВИСЦЕРОПТОЗА,
 ОСЛОЖНЕННОГО РЕФЛЮКС-ЭНТЕРИТОМ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В статье приводятся результаты клиничко-рентгенологической оценки механизмов возникновения и прогрессирующего течения рефлюкс-энтерита у больных висцероптозом.

Ключевые слова: клиника, диагностика, рефлюкс-энтерит, висцероптоз.

R.Z. Latypov, V.V. Plechev, A.R. Titov, E.F. Gaynetdinov, A.V. Chabin
**CLINICAL X-RAY DIAGNOSTICS OF VISCEROPTOSIS
 WITH REFLUX-ENTERITIS**

The article provides the results of clinical x-ray assessment of mechanisms of emergence of progressive reflux enteritis in patients with visceroptosis.

Key words: clinic, diagnostics, reflux enteritis, visceroptosis.

Вопросам диагностики висцероптоза посвящено большое количество литературы, направленной прежде всего на уточнение анатомического варианта висцероптоза и участвующих в этом процессе органов, а также на выявление и оценку симптомов, наблюдаемых при висцероптозе. [1-8]

Одним из ведущих осложнений у больных с висцероптозом согласно классификации Тобохова А.В. (2003) является рефлюкс-энтерит, реальность возникновения которого на сегодняшний день остается общепризнанным фактом. Это объясняется анатомо-функциональной предрасположенностью правого фланга толстой кишки к гипотонии в норме в связи с направленностью хода эвакуации каловых масс вертикально вверх и часто в условиях резкого повышения внутриполостного давления в нижележащих отделах, создаваемого антиперистальтикой толстой кишки, возникающей при закрытом илеоцекальном клапане. Следующим фактором патогене-

за, вызывающим недостаточность илеоцекального клапана, является стойкое нарушение проходимости ободочных изгибов толстой кишки у больных висцероптозом, что в конечном счете делает неизбежным прогрессирующее течение рефлюкс-энтерита.

В клинике БГМУ находилось 165 больных с установленным диагнозом висцероптоз. Женщин было 134 (81,2%), мужчин 31 (18,8%). Средний возраст женщин составил 51,3±1,4 года, мужчин 45,5±2,9 года.

При поступлении в стационар подробно изучались жалобы, указывающие на стадию дисфункции толстой кишки, характер стула, выраженность болей и локализация их (табл. 1).

При выяснении анамнеза заболевания было отмечено довольно продолжительное время болезни – 5-10 лет.

Ирригоскопия проведена всем 165 больным с последующей количественной рентгенооценкой тонуса толстой кишки с ис-