

ХИРУРГИЯ / SURGERY

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.135.37>**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ**

Научная статья

Макаров И.В.^{1,*}, Сидоров А.Ю.², Халиуллина Э.А.³³ORCID : 0009-0007-9401-5607;^{1,2,3}Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (makarov-samgmu[at]yandex.ru)

Аннотация

В статье проведен краткий обзор частоты и распространенности недостаточности баугиниевой заслонки, причины ее развития, клиническая картина и диагностика данной патологии, а также тактика хирургического лечения. Представлены 2 клинических случая успешного хирургического лечения несостоятельности илеоцекального клапана. У обоих пациентов была выполнена классическая вариация баугинопластики по Витебскому: При этом у первого больного – без проведения аппендэктомии, а у второго – с аппендэктомией. Все пациенты были выписаны в связи с выздоровлением. Наблюдалась нормализация пассажа по толстой кишке без заброса содержимого в тонкую на ирригограмме. Осложнение возникло у 1 пациента в виде нагноения послеоперационной раны.

Ключевые слова: недостаточность баугиниевой заслонки, баугинопластика по Витебскому.

SURGICAL TREATMENT OF BAUHIN'S VALVE INSUFFICIENCY. CLINICAL OBSERVATIONS

Research article

Makarov I.V.^{1,*}, Sidorov A.Y.², Khaliullina E.A.³³ORCID : 0009-0007-9401-5607;^{1,2,3}Samara State Medical University, Samara, Russian Federation

* Corresponding author (makarov-samgmu[at]yandex.ru)

Abstract

The article presents a summary of the incidence and prevalence of Bauhin's valve insufficiency, causes of its development, clinical picture and diagnosis of this pathology, as well as surgical treatment tactics. Two clinical cases of successful surgical treatment of Bauhin's valve insufficiency are presented. In both patients, the classical variation of bauhinioplasty by Vitebsky was performed: in the first patient – without appendectomy, and in the second – with appendectomy. All patients were discharged due to recovery. Normalization of passage through the large intestine without throwing of contents into the small intestine on irrigogram was observed. A complication occurred in 1 patient in the form of suppuration of the post-surgery wound.

Keywords: Bauhin's valve, Bauhinioplasty by Vitebsky.

Введение

Недостаточность баугиниевой заслонки (НБЗ) – это органическая или функциональная несостоятельность илеоцекального клапана, приводящая к забросу содержимого толстой кишки в тонкую.

Название «баугиниева заслонка» происходит от фамилии швейцарского анатома и ботаника Каспара Баугина. За рубежом же илеоцекальный клапан иногда называют «Tulp's valve» (клапан Тульпа) – от фамилии описавшего его голландского хирурга Николаса Тульпа [1].

НБЗ широко распространена среди населения. Она приводит к развитию синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке. По некоторым данным заболеваемость населения НБЗ составляет большую часть из всех заболеваний ЖКТ [2].

Развитие заболевания может быть связано со следующими причинами: анатомическими особенностями илеоцекального клапана, а также с дисплазией соединительной ткани; хроническими запорами, вызывающими резкое повышение внутрикишечного давления и как следствие дилатацию илеоцекального клапана; в результате повреждения клапана во время операции («дефектная» аппендэктомия), а также разрушения губ баугиниевой заслонки в результате липоматоза, полипоза и опухолевых поражений [3], [4], [5].

В клинической картине основным симптомом, как правило, является болезненность в правой подвздошной области и чувство «дискомфорта», усиливающиеся после обильного приема пищи. Помимо этого, возникает вздутие живота в эпигастральной области, метеоризм, нарушения стула в виде запора, диареи или их чередования [5].

Постановка диагноза затруднена, что обусловлено полиморфностью и неспецифичностью клинической картины, сходной с проявлениями других болезней пищеварительного тракта. Основным методом инструментальной верификации диагноза НБЗ является ирригография (характерен обратный заброс контраста из слепой кишки в подвздошную) [2].

В качестве лечения выделяют 2 варианта: консервативное и оперативное. Первое обладает преимущественно симптоматическим действием и состоит в применении анальгетиков, спазмолитиков и ингибиторов протонной помпы. Такое лечение не обладает длительным эффектом и в скором времени пациент снова обращается за помощью в связи с рецидивом заболевания. В качестве оперативного лечения предлагают различные варианты баугинопластики. Одна из

наиболее часто применимых – баугинопластика по Витебскому [6]. При этом сначала выполняется аппендэктомия, если ранее она не была произведена. Затем участок подвздошной кишки длиной 4 см (по нижнему краю кишки) погружается в слепую кишку и в таком виде фиксируется серо-серозными швами (рис. 1). Дополнительно накладывается треугольный шов, который соединяет верхнюю и нижнюю складки толстой кишки и передний участок стенки тонкой кишки, отступая на 0,2-0,3 см от ее выпадающего края. Таким образом, фиксируется противобрыжеечный край тонкой кишки в дубликатуру толстой с формированием вентральной уздечки, обеспечивающей поперечную растяжимость области анастомоза. Затем формируется дорзальная уздечка аналогично вентральной, только игла с нитью пропускается в бессосудистой зоне брыжейки тонкой кишки (рис. 2). Проводится контроль проходимости созданного клапана.

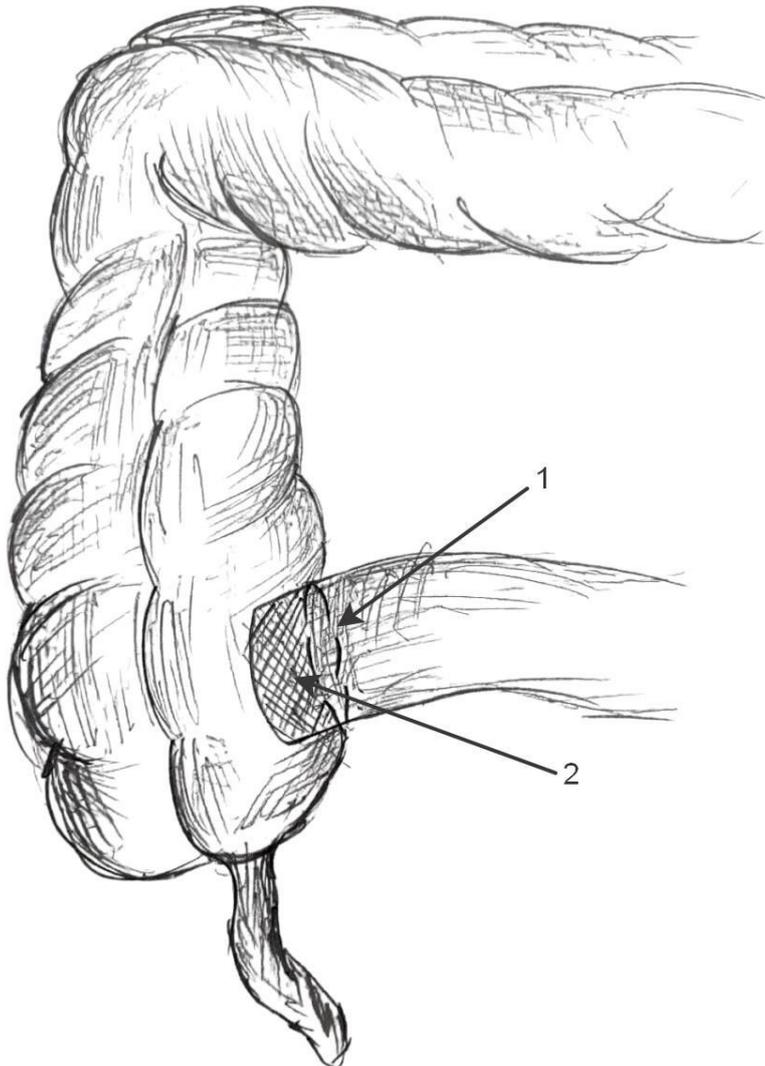


Рисунок 1 - Схема погружения тонкой кишки в толстую
DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.135.37.1>

Примечание: 1 – место погружения подвздошной кишки в слепую; 2 – участок тонкой кишки, инвагинированный в слепую кишку

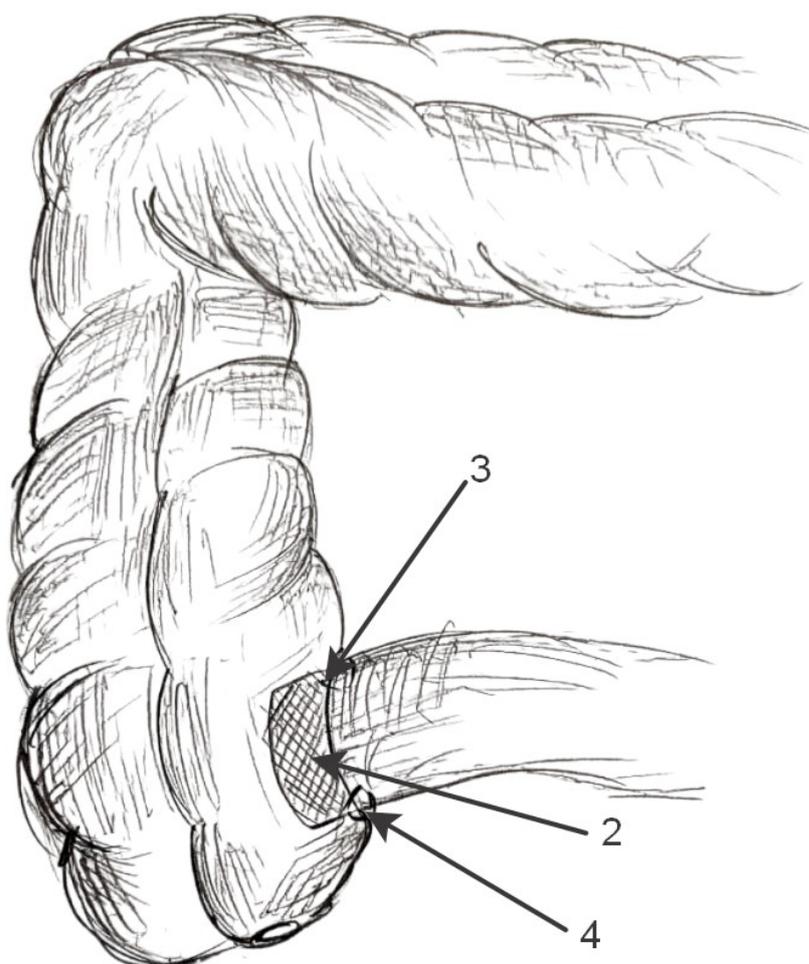


Рисунок 2 - Схема конечного результата баугинопластики
DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.135.37.2>

Примечание: 2 – участок тонкой кишки, инвагинированный в слепую кишку; 3 – «треугольный» шов с формированием вентральной уздечки; 4 – формирование дорзальной уздечки

Материалы и методы

На базе ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Самара» хирургического стационара в период с 2006 по 2022 гг. было проведено лечение 29 пациентам с диагнозом «Недостаточность баугиниевой заслонки». Возраст пациентов колебался от 26 до 61 года. Наблюдали 15 женщин и 14 мужчин. Из них 21 пациенту было проведено консервативное лечение в отделении гастроэнтерологии, 8 пациентов были прооперированы. Всем пациентам проводилась баугинопластика по Витебскому. Из них у 3 в анамнезе была выполнена аппендэктомия: открытым способом – 2, лапароскопически – 1. Также 2 пациентам одновременно с пластикой баугиниевой заслонки выполняли аппендэктомию. Пациенты находились в стационаре от 6 до 25 дней. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Осложнение возникло у 1 пациента в виде нагноения послеоперационной раны.

Основные результаты

Клиническое наблюдение 1. Пациентка Н., 57 лет, поступила в х/о№1 ЧУЗ КБ «РЖД – Медицина г. Самара», являющегося клинической базой кафедры, 20.04.2004 с жалобами на боли и дискомфорт в правой подвздошной области, метеоризм. Из анамнеза выяснено, что в 1998 году выполнена аппендэктомия. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились боли в правой подвздошной области после приема пищи. Впервые обратилась к врачу в 2001 году, когда боли стали чаще беспокоить пациентку, и реже приходило облегчение. Лечение проводилось консервативное, после которого снова наступал рецидив заболевания. При амбулаторном обследовании на ирригографии бариевой взвесью выполнены все отделы толстой кишки. Отмечался заброс бариевой взвеси в дистальные отделы тонкой кишки. Положение петель типичное. Пациентке был поставлен диагноз: K63.8 Другие уточненные заболевания кишечника.

Пациентка была госпитализирована в плановом порядке на оперативное лечение. 21.04.2004 г. была проведена баугинопластика по Витебскому (время операции 1 час 10 минут). Был осуществлен мини-доступ в правой подвздошной области. При ревизии брюшной полости установлена недостаточность баугиниевой заслонки – просвет кишки в области перехода подвздошной кишки в слепую – 4-4,5 см. Сбаривающими «треугольными» швами между

тением восходящей ободочной и подвздошной кишки выполнена баугинопластика. Оставлен дренаж в малом тазу. В послеоперационном периоде наблюдалось осложнение в виде нагноения послеоперационной раны. Выписана на 23 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При повторном осмотре через 3 месяца после операции пациентка жалоб не отмечает. При ирригографии – нормальный пассаж по толстой кишке без заброса содержимого в тонкую. Осмотрена через 5 лет после операции – жалоб не предъявляет, нарушения пассажа кишечного содержимого нет.

Клиническое наблюдение 2. Пациентка М., 28 лет, поступила в х/о №1 ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина г. Самара», являющегося клинической базой кафедры, 06.09.2022 г. с жалобами на схваткообразные боли в правой подвздошной области, метеоризм, вздутие живота после еды, неустойчивость стула с чередованием запоров и поносов. Пациентка в течение 2 лет наблюдалась по поводу несостоятельности баугиниевой заслонки и хронического аппендицита. Однако больной считает себя с детства, клинически это проявлялось периодическими болями в правой подвздошной области. Пациентка неоднократно обращалась к гастроэнтерологу, консервативное лечение имело временный положительный эффект. Поступила в х/о в плановом порядке в связи с рецидивом заболевания.

При ирригографии – пассаж бария по тонкой кишке своевременный, положение петель типичное, бариевой взвесью заполнены все отделы толстой кишки. Отмечается заброс бариевой взвеси в дистальные отделы тонкой кишки (рис. 3).

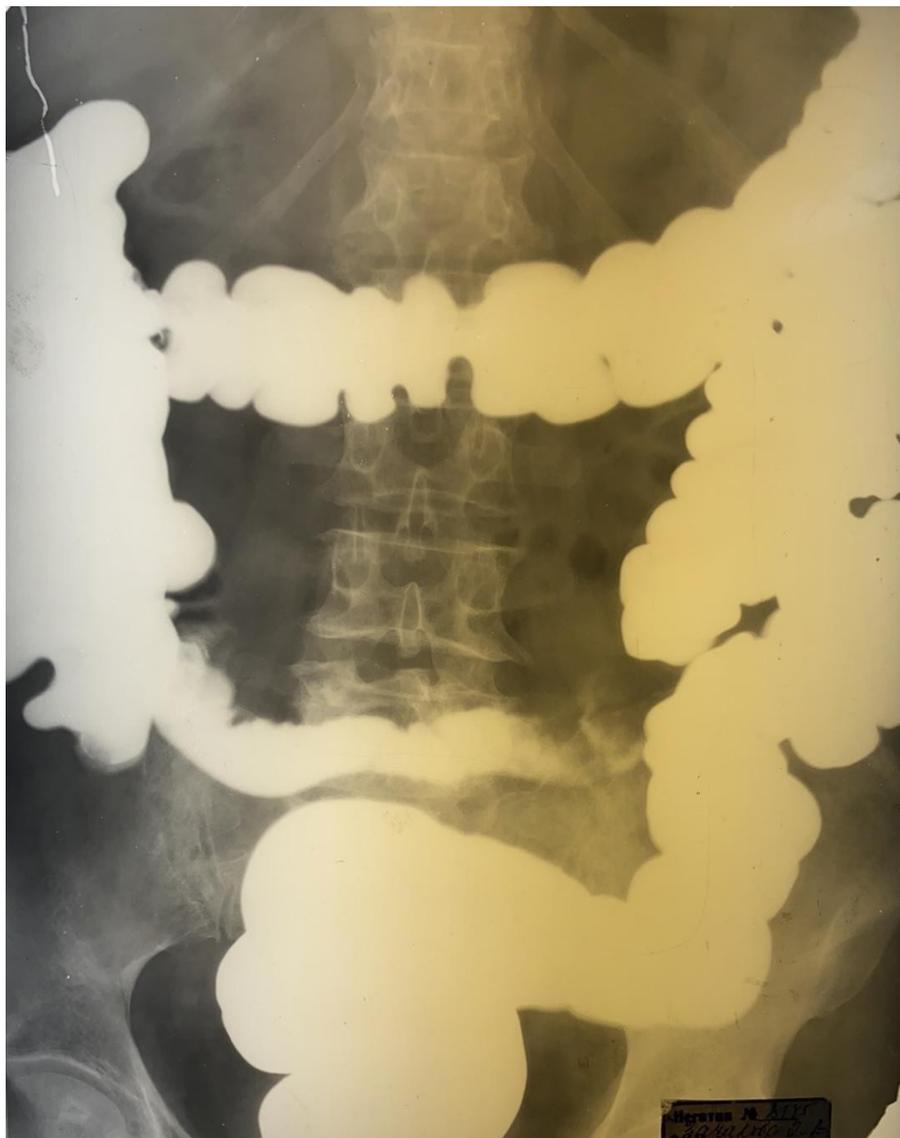


Рисунок 3 - Ирригография пациентки М., 28 лет, до операции
DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.135.37.3>

Пациентка взята на операцию с диагнозом: K63.8 Другие уточненные заболевания кишечника. 07.09.2022 года выполнена лапароскопическая аппендэктомия, баугинопластика по Витебскому, время операции 1 час 30 минут. При ревизии брюшной полости червеобразный отросток с хронически воспаленной, измененной рубцами стенкой, розового цвета, с сохраненным сосудистым рисунком. На брыжейку червеобразного отростка наложена лигатура. Брыжейка червеобразного отростка в режиме монополярной коагуляции отсечена. На основание червеобразного отростка наложено 3 лигатуры: 2 на культю отростка и 1 на основание удаленной части аппендикса. Червеобразный

отросток между лигатурами отсечен и удален из брюшной полости через троакар умбиликально. Сбаривающими «треугольными» швами между тенией восходящей ободочной и подвздошной кишки выполнена баугинопластика. Оставлен дренаж в малом тазу.

В послеоперационном периоде осложнений не было, наблюдалось улучшение состояния и отсутствие жалоб у пациентки. Выписана на 6 сутки после операции.

При повторном осмотре через 3 месяца после операции пациентка жалоб не отмечает. При ирригографии – нормальный пассаж по толстой кишке без заброса содержимого в тонкую (рис. 4).

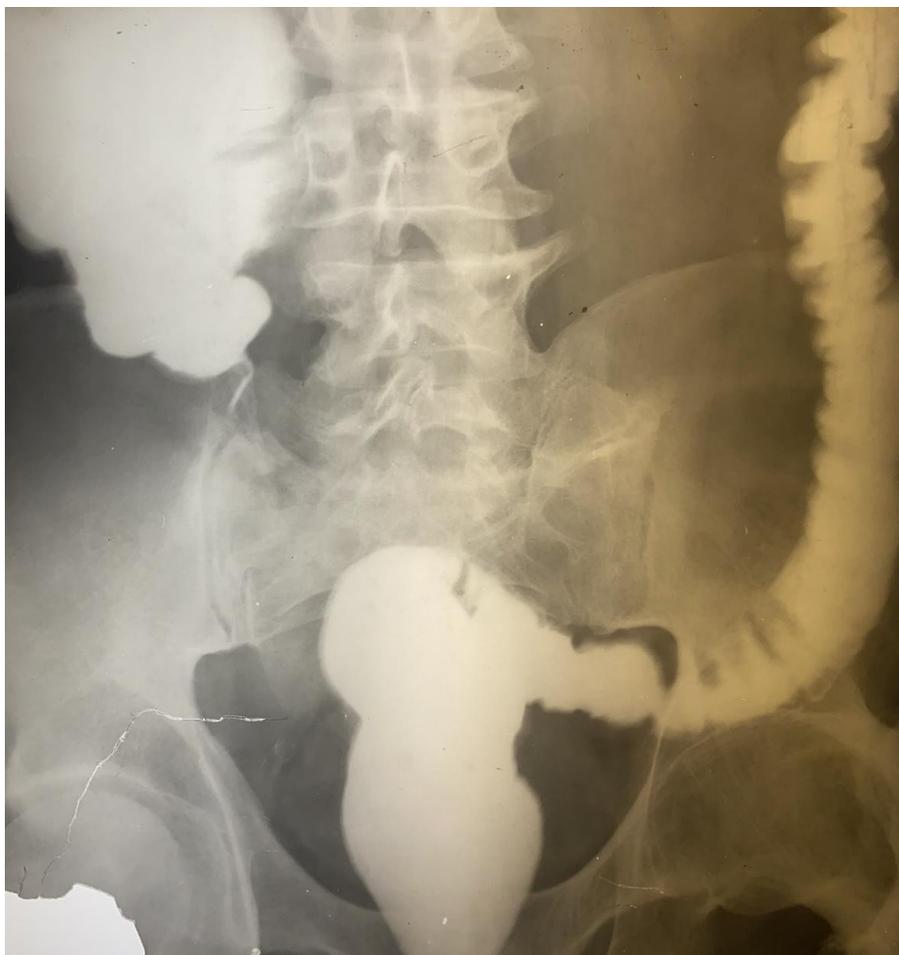


Рисунок 4 - Ирригография после баугинопластики
DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.135.37.4>

Заключение

Большинство случаев несостоятельности баугиниевой заслонки, обнаруживаемых на ирриграммах, носит бессимптомный характер. Ирригография является наиболее информативным методом в постановке диагноза. Наиболее типичным признаком НБЗ является боль в правой подвздошной области чувство «дискомфорта», усиливающиеся после обильного приема пищи, вздутие живота в эпигастральной области, метеоризм, нарушения стула в виде запора, диареи или их чередования. При отсутствии в анамнезе аппендэктомии необходимо дифференцировать с хроническим аппендицитом. Показанием к операции является неэффективность консервативной терапии. Баугинопластика по Витебскому является операцией выбора в лечении недостаточности баугиниевой заслонки, приводя к полному выздоровлению и не давая рецидивов заболевания в ближайшем и отдаленном периодах.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Кутя С.А. Описание илеоцекального клапана Николасом Тульпом / С.А. Кутя, Н.Г. Николаева, Г.А. Мороз и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2018. — № 5(153). — С. 150-153. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opisanie-ileotsekalnogo-klapana-nikolasom-tulpom> (дата обращения: 20.06.2023).
2. Боронджиян Т.С. Некоторые аспекты рентгенологической оценки состояния баугиневой заслонки при подозрении на ее недостаточность / Т.С. Боронджиян, К.В. Дружинин // Журнал фундаментальной медицины и биологии. — 2014. — № 1. — С. 10-13. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-rentgenologicheskoy-otsenki-sostoyaniya-bauginevoy-zaslonki-pri-podozrenii-na-ee-nedostatochnost> (дата обращения: 20.06.2023).
3. Кришталь В.В. Хирургическая коррекция недостаточности илеоцекального клапана / В.В. Кришталь, А.В. Гурулев, И.Ю. Кокотов и др. // Acta Biomedica Scientifica. — 2007. — № 4S. — С. 107-108. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgicheskaya-korreksiya-nedostatochnosti-ileotsikalnogo-klapana> (дата обращения: 20.06.2023).
4. Клеменов А.В. Первичная недостаточность баугиниевой заслонки как висцеральный фенотипический маркер дисплазии соединительной ткани / А.В. Клеменов, В.Л. Мартынов, Н.С. Торгушина // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2008. — № 2. — С. 83-86. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnaya-nedostatochnost-bauginievoy-zaslonki-kak-vistseralnyy-fenotipicheskij-marker-displazii-soedinitelnoy-tkani> (дата обращения: 20.06.2023).
5. Содиков Я.С. Диагностика и хирургическая коррекция рефлюкс-энтерита при желчно-каменной болезни : дис. ... канд. медицинских наук : 14.01.17 / Содиков Яхъё Содикбоевич. — Душанбе, 2019. — 141 с.
6. Воробьев В.В. Хирургическая коррекция несостоятельности илеоцекального запирающего аппарата (НИЗА) у детей по методу Я.Д. Витебского при функциональных кишечных заболеваниях / В.В. Воробьев, Е.Г. Гандурова, О.В. Коробова // Дальневосточный медицинский журнал. — 2004. — № 2. — С. 15-19.
7. Мартынов В.Л. Недостаточность баугиниевой заслонки, как причина синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки / В.Л. Мартынов, А.Х. Хайрдинов, Н.В. Казарина // Медицинский альманах. — 2015. — № 1(36). — С. 46-50. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nedostatochnost-bauginievoy-zaslonki-kak-prichina-sindroma-izbytochnogo-bakterialnogo-rosta-tonkoj-kishki> (дата обращения: 20.06.2023).
8. Шепелев А.Н. Состояние и возможности исследования анатомического строения илеоцекального угла / А.Н. Шепелев, О.Б. Дронова, И.И. Каган и др. // Фундаментальные исследования. — 2015. — № 1-4. — С. 859-862.
9. Витебский Я.Д. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника / Я.Д. Витебский. — Москва: Медицина, 1973. — 111 с.
10. Авраменко С.П. Хирургическая коррекция несостоятельности илеоцекального запирающего аппарата : автореф. дис. ... канд. медицинских наук : 14.01.17 / Авраменко Сергей Петрович. — Хабаровск, 1998. — 22 с.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Kutja S.A. Opisanie ileotsekal'nogo klapana Nikolasom Tul'pom [Nicolas Tulp's Description of the Ileocecal Valve] / S.A. Kutja, N.G. Nikolaeva, G.A. Moroz et al. // Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija [Experimental & Clinical Gastroenterology]. — 2018. — № 5(153). — P. 150-153. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opisanie-ileotsekalnogo-klapana-nikolasom-tulpom> (accessed: 20.06.2023). [in Russian]
2. Borondzhijan T.S. Nekotorye aspekty rentgenologicheskoy otsenki sostojaniya bauginevoj zaslonki pri podozrenii na ee nedostatochnost' [Some Aspects of Radiological Assessment of the State of Bauhin's Valve in Case of Its Failure] / T.S. Borondzhijan, K.V. Druzhinin // Zhurnal fundamental'noj mediciny i biologii [Journal of Fundamental Medicine and Biology]. — 2014. — № 1. — P. 10-13. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-rentgenologicheskoy-otsenki-sostoyaniya-bauginevoy-zaslonki-pri-podozrenii-na-ee-nedostatochnost> (accessed: 20.06.2023). [in Russian]
3. Krishtal' V.V. Hirurgicheskaja korrekciya nedostatochnosti ileocekal'nogo klapana [Surgical Correction of Insufficiency of the Ileocecal Valve] / V.V. Krishtal', A.V. Gurulev, I.Ju. Kokotov et al. // Acta Biomedica Scientifica. — 2007. — № 4S. — P. 107-108. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgicheskaya-korreksiya-nedostatochnosti-ileotsikalnogo-klapana> (accessed: 20.06.2023). [in Russian]
4. Klemenov A.V. Pervichnaja nedostatochnost' bauginievoj zaslonki kak vistseral'nyj fenotipicheskij marker displazii soedinitel'noj tkani [Primary Bauhin's Valve Insufficiency as a Visceral Phenotypic Marker of Connective Tissue Dysplasia] / A.V. Klemenov, V.L. Martynov, N.S. Torgushina // Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza [Medical Bulletin of the North Caucasus]. — 2008. — № 2. — P. 83-86. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnaya-nedostatochnost-bauginievoy-zaslonki-kak-vistseralnyy-fenotipicheskij-marker-displazii-soedinitelnoy-tkani> (accessed: 20.06.2023). [in Russian]
5. Sodikov Ja.S. Diagnostika i hirurgicheskaja korrektsija refl'juks-enterita pri zhelchno-kamennoj bolezni [Diagnostics and Surgical Correction of Reflux Enteritis in Cholelithiasis] : dis. ... of PhD in Medicine : 14.01.17 / Sodikov Jah'jo Sodikboevich. — Dushanbe, 2019. — 141 p. [in Russian]
6. Vorob'ev V.V. Hirurgicheskaja korrektsija nesostojatel'nosti ileotsekal'nogo zapiratel'nogo apparata (NIZA) u detej po metodu Ja.D. Vitebskogo pri funktsional'nyh kishhechnyh zabolevaniyah [Surgical Correction of Insolvency of the Ileocecal Obturator Apparatus (NIDA) in Children According to the Method of Ya.D. Vitebsky in Functional Intestinal Diseases] / V.V. Vorob'ev, E.G. Gandurova, O.V. Korobova // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal [Far Eastern Medical Journal]. — 2004. — № 2. — P. 15-19. [in Russian]
7. Martynov V.L. Nedostatochnost' bauginievoj zaslonki, kak prichina sindroma izbytochnogo bakterial'nogo rosta tonkoj kishki [Bauhin's Valve Insufficiency as a Cause of Small Intestine Bacterial Overgrowth Syndrome] / V.L. Martynov, A.H. Hajrdinov, N.V. Kazarina // Medicinskij al'manah [Medical Almanac]. — 2015. — № 1(36). — P. 46-50. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nedostatochnost-bauginievoj-zaslonki-kak-prichina-sindroma-izbytochnogo-bakterialnogo-rosta-tonkoj-kishki> (accessed: 20.06.2023). [in Russian]

8. Shepelev A.N. Sostojanie i vozmozhnosti issledovanija anatomicheskogo stroenija ileotsekal'nogo ugla [Condition and Opportunities Study of the Anatomical Structure of the Ileocecal Angle] / A.N. Shepelev, O.B. Dronova, I.I. Kagan et al. // Fundamental'nye issledovanija [Fundamental Research]. — 2015. — № 1-4. — P. 859-862. [in Russian]
9. Vitebskij Ja.D. Ocherki hirurgii ileotsekal'nogo otdela kishechnika [Essays on Surgery of the Ileocecal Intestine] / Ja.D. Vitebskij. — Moscow: Medicine, 1973. — 111 p. [in Russian]
10. Avramenko S.P. Hirurgicheskaja korrektsija nesostojatel'nosti ileotsekal'nogo zapiratel'nogo apparata [Surgical Correction of Insolvency of the Ileocecal Obturator Apparatus] : dis. abst. ... of PhD in Medicine : 14.01.17 / Avramenko Sergej Petrovich. — Khabarovsk, 1998. — 22 p. [in Russian]