

УДК 616.346.2-002

Б.С. Коваленко, А.А. Копылов, Д.В. Маслов, А.В. Коровяковский,
А.А. Коржова, Н.С. Зубкова

АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ СЛЕПОЙ КИШКИ

Белгородский государственный университет, Белгород, Россия

Варианты расположения слепой кишки в брюшной полости изучались при помощи рентгенологического исследования. Купол слепой кишки у женщин располагался достоверно ниже, чем у мужчин; подпеченочного расположения у женщин не встречалось. Полученные результаты могут быть использованы для коррекции локализации разреза при аппендэктомии из мини доступа у больных с небольшим передне-задним размером тела.

Ключевые слова: слепая кишка, анатомические особенности.

Аппендэктомия является самым распространенным абдоминальным вмешательством. В настоящее время хирурги располагают широким арсеналом вмешательств при аппендиците: это и традиционные вмешательства [5, 6], и лапароскопическая аппендэктомия в чистом виде [2, 3, 7], и аппендэктомия из мини доступа [8], а также лапароскопически дополненные вмешательства мини доступа [1, 4].

Одной из задач настоящего исследования является изучение вариантов расположения купола слепой кишки в брюшной полости с помощью рентгенологического метода исследования.

Материал и методы

Предметом изучения явились 456 обзорных урограмм, выполненных по стандартной методике в положении пациента лежа на спине с полным захватом тазовых костей (в отли-

чие от рентгенограмм брюшной полости). Измеряем координаты расположения центра купола слепой кишки (l и h) относительно костных ориентиров таза, осью абсцисс является линия между нижними точками крестцово-подвздошных сочленений, линией ординат – средняя линия (рис. 1). Также условно оценивались высота таза (ВТ) – расстояние между запирательным бугорком и гребешковой линией, а также ширина таза (ШТ) – расстояние между левым и правым запирательными бугорками. Для адекватной интерпретации результатов вводим понятие «среднего таза» как для мужчин, так и для женщин. Общеизвестно, что в среднем женский таз шире мужского, так в нашем случае средняя ширина мужского таза (ШТ_м) составила 118,1 мм, а женского (ШТ_ж) – 133,4 мм. В тоже время ширина женского таза более вариабельна, что подтверждается показателем среднего квадратичного

Распределение больных по полу и возрасту

Таблица.

Возраст (лет)	Число больных			Всего	
	Муж.	Жен.			
15-29	11	17	28	22,8%	
30-44	14	14	28	22,8%	
45-59	20	20	40	32,5%	
60-74	8	11	19	15,4%	
75 и старше	3	5	8	6,5%	
ИТОГО	56 (45,5%)	67 (54,5%)	123	100%	

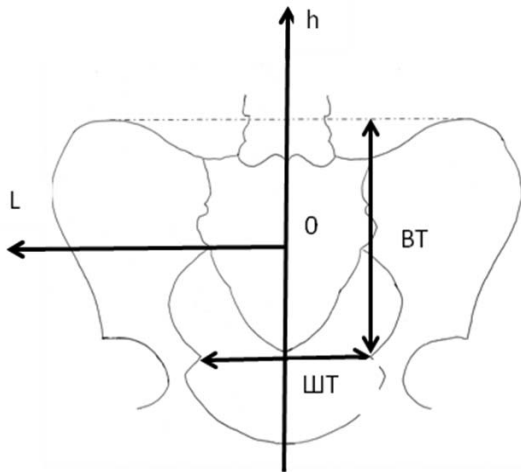


Рис. 1. Костные ориентиры таза

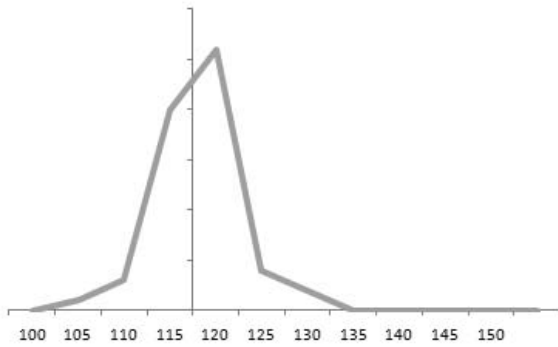


Рис. 2. Ширина мужского таза

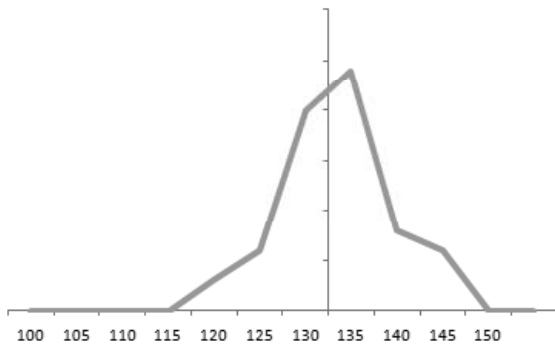


Рис. 3. Ширина женского таза

отклонения выборки: 6,0 – для женского таза и 3,6 – для мужского (Рис. 2., 3.).

При анализе рентгенограмм лишь в 123 случаях (27%) достоверно удалось определить контур слепой кишки контрастированный естественным кишечным газом. Мужчин в указанной выборке 56 (45,5%), женщин – 67

(54,5%). Половой и возрастной состав пациентов представлен в таблице.

Результаты и обсуждение

Во всех случаях, когда тень купола слепой кишки могла быть достоверно определена, производились измерения показателей l и h относительно указанных выше костных ориентиров таза. Полученные результаты графически представлены на рисунках 4 и 5.

Диапазон показателя h у мужчин от – 10 до 55; у женщин – от – 20 до 40. Ни в одном из наблюдений аномального расположения купола слепой кишки не встретилось. Имелись отклонения от типичного положения в сторону подпеченочного или тазового. Подпеченочное расположение констатировалось при значении h превышающем 50 мм, а тазовое при h менее 0. У мужчин подпеченочное располо-

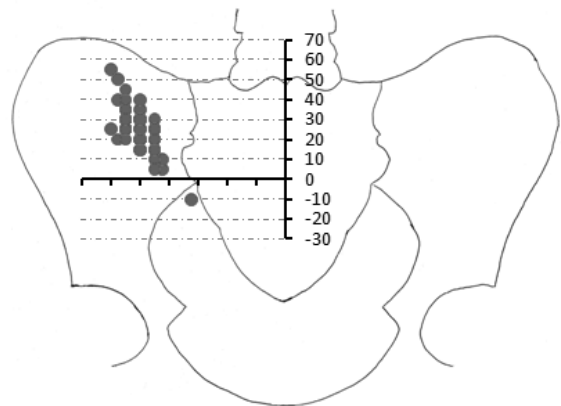


Рис. 4. Варианты расположения купола слепой кишки у мужчин

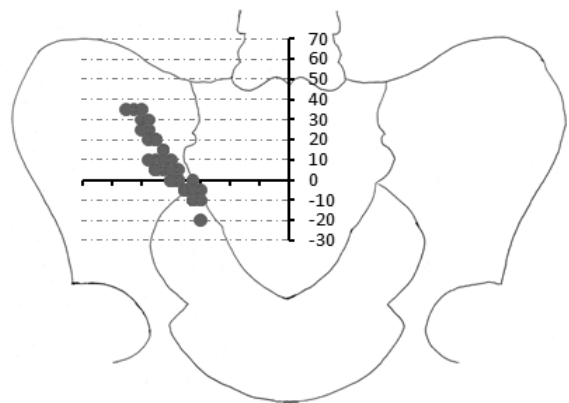


Рис. 5. Варианты расположения купола слепой кишки у женщин

жение купола слепой кишки отмечено в 2 случаях (3,6%), тазовое расположение – в 1 случае (1,8%), среднее значение показателя h – 25 мм. У женщин подпеченочного расположения не встречалось, тазовое – 22 случая (32,8%), среднее значение показателя h – 4,9 мм.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, в проведенных наблюдениях купол слепой кишки у женщин располагался достоверно ниже, чем у мужчин; подпеченочного расположения у женщин не встречалось, тогда как доля тазового расположения купола у женщин довольно значительна – 32,8%. Полученные результаты могут быть использованы для коррекции локализации разреза при аппендэктомии из мини доступа у больных с небольшим передне-задним размером тела.

АНАТОМІЧНІ ВАРІАНТИ РОЗТАШУВАННЯ СЛІПОЇ КИШКИ

Б.С. Коваленко, О.О. Копилов, Д.В. Маслов, А.В. Коров'яковський, О.О. Коржова, Н.С. Зубкова

Варіанти розташування сліпої кишки в черевній порожнині вивчалися за допомогою рентгенологічного дослідження. Купол сліпої кишки у жінок розташовувався достовірно нижче, ніж у чоловіків; підпечінкового розташування у жінок не зустрічалося. Отримані результати можуть бути використані для корекції локалізації розрізу при аппендектомії з міні доступу у хворих з невеликим передньо-заднім розміром тіла.

Ключові слова: сліпа кишка, анатомічні особливості.

VARIATIONS OF ANATOMY LOCALISATION OF CAECUM

B.S. Kovalenko, A.A. Kopilov, D.V. Masliv, A.V. Korovakovsky, A.A. Korjova, N.S. Zubkova

Variations of localization of caecum in abdominal cavity are studied in the article using X-ray photograph. Dome of caecum is determined to be lower in female cases; there was no under-liver localization of caecum in female; pelvic localization in female was considerable. The results received may be used to choose the localization of the incision when appendectomy is made.

Key words: caecum, anatomical variations.

ЛИТЕРАТУРА

1. Операции из открытого малого доступа, сочетанные с другими миниинвазивными технологиями / А.Г. Бибуршвили, С.В. Михин [и др.] // Хирургия минидоступа. – 2005. – С.111-112.
2. Лапароскопическое лечение острого аппендицита / А.Г. Кригер, А.М. Череватенко, Э.Р. Фаллер [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 2-3. – С. 34-36.
3. Никитенко А.И. Результаты лапароскопической аппендэктомии / А.И. Никитенко, Е.Г. Никитенко, А.Р. Майорова, А.М. Желанов // Эндохирургия для России. – 1993. – № 2. – С. 24-26.
4. Прудков М.И. Применение лапароскопически дополненной аппендэктомии в лечении острого аппендицита / М.И. Прудков, Е.В. Нишневич, С.В. Пискунов // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 1. – С. 42.
5. Русанов А.А. Аппендицит. / А.А. Русанов – М.: Медицина, 1979. – 173 с.
6. Сазон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клиническое обоснование хирургических доступов к внутренним органам. / А.Ю. Сазон-Ярошевич. – Л.: Медгиз, 1954. – 180 с.
7. Эффективность лапароскопической технологии в лечении острого аппендицита / В.М. Седов, В.В. Стрижелецкий, Г.М. Рутенберг [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 2-3. – С.24-27.
8. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в общей хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов // Анналы РНЦХ РАМН. – 2004. – № 13. – С. 133-143.

Стаття надійшла 20.03.2011