

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

3-го НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ

За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука

Чернівці, 2012

Решетілова Н.Б., Гузік Н.М., Куліш Н.М. Вікові зміни пропорцій голови людини.....	45
Ринжук Л.В., Нікіфор Л.В., Макаренко Г.М., Рак Л.М., Гресько М.Д. Позаматкова вагітність: клінічний випадок родорозрішення 34-тижневої черевної вагітності.....	46
Рябий С.І., Гайдич Л.І. Структурна організація м'язових замикачів спільної жовчної протоки в перинатальному періоді онтогенезу.....	48
Слободян О.М. Спосіб визначення критеріїв оцінки перинатального розвитку дванадцятипалої кишки.....	49
Слободян О.М., Калинин А.І. Анатомічне дослідження привушно-жувальної ділянки у плодів.....	50
Смірнова Т.В. Розвиток сльозового апарату людини на 7-9 тижнях гестації.....	50
Хмара Т.В., Стрижаковська Л.О. Мікроскопічна анатомія губчастої частини сечівника і залоз Літтре у плодів людини.....	51
Цигикало О.В. Метод контрастного епіскопічного тривимірного реконструювання мікроскопічних анатомічних структур.....	52
Шумко Б.І., Луканьова С.М., Козак М.М. Топографія селезінкової вени у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.....	53
Ясніковська С.М. Природжені вади шлунково-кишкового тракту в структурі множинних вад.....	53

АНАТОМО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Ахтемійчук Ю.Т., Ольховський В.О. Анатомо-топографічні та органометричні показники шлунка.....	55
Бабій Л.М., Вітріченко О.С., Сазонова О.М., Савицька Є.В. Аномалії розвитку товстої кишки у дітей.....	57
Боднар О.Б. Анатомічні особливості клубово-сліпокишкового сегмента при хірургічному лікуванні недостатності ілеоцекального замикального апарату у дітей.....	58
Боднар Я.Я., Бутницький Ю.І., Миколенко А.З., Трач Росоловська С.В., Фурдела М.Я., Орел О.С. Морфометричні параметри слизової оболонки дванадцятипалої кишки при НР-асоційованому гастродуоденіті у дітей.....	59
Габор Г.Г., Боднар Я.Я., Орел Ю.М., Орел М.М. Гістоморфометрична характеристика печінки новонародженого при респіраторному дистрес-синдромі.....	60
Захарчук О.І., Кадельник Л.О. Ураження печінки у дітей при токсикарозі.....	61
Ковальський М.П., Єршов В.Ю. Орієнтовний алгоритм хірургічної тактики при кишкових атрезіях у новонароджених.....	65
Кузняк Н.Б., Годованець О.І. Особливості клінічного перебігу хронічного катарального гінгівіту в дітей при надлишку нітратів у питній воді.....	66

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО СЕГМЕНТА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕДОСТАТНОСТІ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ЗАМИКАЛЬНОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ

О.Б.Боднар

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ураження одного з компонентів клубово-сліпокишкового сегмента (КСС) призводить до порушення діяльності всього шлунково-кишкового тракту. У дітей шкільного віку частота рецидивного болю в животі нез'ясованого генезу становить 10-15%. Близько 40% госпіталізованих у дитячій хірургічній стаціонарі з підозрою на гострий апендицит та болем у правій боковій ділянці лікуються з приводу нез'ясованих захворювань. Більшу частку причин недостатності ілеоцекального замикального апарату (НЦЗА) становлять природжені вади. Нами прооперовано 102 дітей з НЦЗА. Клінічно та рентгенологічно діагностована НЦЗА була показанням до хірургічного втручання у дітей старше 7 років. НЦЗА корегована шляхом проведення закритої баугініопластики з формуванням ілеоцекуса за власною методикою. Після пересікання клубово-сліпокишкової зв'язки накладали серозно-м'язові шви між прибрижовою ділянкою клубової кишки (КК) та медіальною частиною сліпої кишки (СК), формуючи штучний ілеоцекус, тим самим укріплюючи задню стінку баугінієвої заслінки (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 визначенні варіантів впадання КК в СК при НЦЗА у 54 пацієнтів встановлено, що висхідне впадання КК в медіальну стінку СК було в 8 (14,81%) дітей, висхідне впадання КК в задню стінку СК – 6 (11,11%), горизонтальне впадання КК в медіальну стінку СК – 31 (57,41%), низхідне впадання КК в медіальну стінку СК – 9 (16,67%). Інтраопераційно спостерігали розширення ілеоцекального клапана та СК з певною кількістю в ній газу. При помірному натисканні на СК газ та кишковий вміст легко переміщувалися в термінальну ділянку КК. Під час операцій з приводу НЦЗА спостерігали: дивертикул Меккеля в 16,67% випадків, коротку сліпу кишку – 12,96%, високе стояння купола СК – 9,26%, мембрану Джексона – 9,26%, рухому СК – 9,26%, зв'язку Лейна – 7,41%, ембріональні спайки – 5,55%. У 29,63% випадків уроджені вади були відсутні. У всіх дітей проводили усунення уроджених вад КСС та апендектомію. У видалених червоподібних відростках гістологічно реєстрували запальні явища. Отже, анатомічною основою недостатності ілеоцекального замикального апарату у дітей є тип впадання КК в СК, вираженість ілеоцекуса та наявність уроджених вад КСС.