مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية المجلد (19) العدد (6) 1997
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medicine Series Vol. (19) No (6) 1997

# دراسة تبدلات القناة تحت الحجاج كعامل مسبب لألم الوجه بعد عملية كالدول-لوك على الجيب الفكي

الدكتور فايز العلوني*

قبل للنشر في 1997/12/22

## ❐ ملخص ❐

*لقد أجريت الدراسة على 59 مريضاً بأعمار تتراوح بين 16-72 سنة جميعهم خضعوا لعمل جراحي بطريقة كالدول-كول على الجيب الفكي خلال فترة من 1-4 سنوات.*

*لوحظ أن الألم الوجهي له علاقة بنكس التهاب الجيب الفكي المزمن وله علاقة أيضاً بالتبدلات التعظمية في جدران القناة تحت الحجاج كنتيجة للتبدلات التندبية والشد الذي تحدثه هذه الأنسجة على الجدران العظمية.*

* مدرس في قسم أمراض الرأس – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (19) العدد (6) 1997
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medicine Series Vol. (19) No (6) 1997

# CHANGES OF THE INFRAORBITAL CANAL AFTER CALDWELL-LUCK OPERATION ON THE MAXILLARY SINUS

**Dr. Faiz Aluni***

**Accepted 22/12/1997**

## ❐ ABSTRACT ❐

*This study concerns /59/ patients aged 16-72 years who were subjected to maxillary sinustomy according to Caldwell-Lock in term 1-4 years.*

*Facial pain syndrome was related to the recurrence of the chronic inflamation in the maxillary sinus, and to the osteoplastic changes in the walls of the infraorbital canal as a result of traction of the fibrotic tissuse on the walls of the sinus.*

* Lecturer, Department of Head Diseases, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة

### ألم الوجه:

هو حالة تتصف بنوب معاودة من الألم يوافق توزع الأعصاب القحفية أو الفروع العصبية المحيطية.

هناك الألم الأساسي أو مجهول السبب Idiopathic وهو ذلك النوع من الألم الذي لا يمكن إيجاد سبب واضح له في حين يكون للألم الثانوي سبب واضح يمكن تحديده. ولحسن الحظ مع تقدم المعرفة ووسائل التشخيص فإن عدد أنماط ألم الوجه الثانوي في تزايد مستمر[7].

### ألم مثلث القوائم:

ويدعى أيضاً Hunt's neuraglia وهو اضطراب في النهايات الحسية للعصب مثلث التوائم. السبب عادة غير معروف وفي كثير من الحالات لا يشاهد تبدلات عضوية في العصب أو في الجملة العصبية المركزية ولكن هناك حالات يكون السبب فيها واضحاً مثل انضغاط العصب بورم أو بوعاء دموي شاذ. وقد لوحظ ألم مثلث التوائم في سياق التصلب العديد بنسبة 3%[7].

### الأعراض:

يتميز ألم العصب مثلث القوائم بأنه شديد ومعذب جداً يدفع المريض أحياناً إلى الاستلقاء على الأرض والدحرجة مع الصراخ. وقد يستمر من 10-30 ثانية أو أكثر وقد يكون على مسير فرع أو أكثر من فروع العصب القحفي الخامس. قد يكون على شكل نوب تتراوح من عدة نوبٌ في اليوم إلى بضعة نوب في الشهر. الألم غالباً في جهة واحدة من الوجه ونادراً ما يعبر إلى الجهة المقابلة وقد نشاهد الدماغ وسيلان الأنف واحتقان الوجه خلال الهجمة في الجهة الموافقة لحدوث الألم[7].

هناك مناطق تدعى مناطق الإطلاق (Trigger zones) يحدث ألم شديد عند ملامستها ولو بشكل خفيف وهي تتوضع حول فتحتي الأنف -على مسير اللثة- وفوق الحنك الصلب وعلى طول الشفة السفلية[7].

لوحظ ألم الوجه عند نسبة لا بأس بها من المرضى الذين خضعوا لعمل جراحي على الجيب الفكي[6،7].

إن تفسير هذا التناذر الألمي ومعرفة مدى علاقته بالتبدلات الالتهابية في الجيب الفكي أو بحدوث أذية في فروع العصب مثلث القوائم واختيار الطريقة العلاجية المناسبة يعتبر من المشاكل السريرية الهامة[1،3] كما أن صعوبة التشخيص غالباً ما تكون ناجمة عن عدم إمكانية توصيف وتحديد هذا الإحساس الألمي بشكل دقيق[5]. حتى أن وجود الألم في نقطة خروج أحد فروع العصب مثلث التوائم لا يعتبر دليل سريري وصفي على إصابة مجمل العصب[3] تشير بعض الدراسات إلى دور التبدلات التشريحية للقناة تحت الحجاج في حدوث ألم مثلث التوائم[3،4]، كما لوحظ على الصور الشعاعية للجيوب الأنفية تشوه في القناة تحت الحجاج[2] بالإضافة إلى وجود تبدلات مرضية حول القناة تحت الحجاج عند المرضى الذين تعرضوا لعمل جراحي على الجيب الفكي تظاهرات على شكل تبدلات تعظمية Ostioplastic changes. ومع هذا فإن موضوع التبدلات في القناة تحت الحجاج كعامل مسبب للألم الوجهي يحتاج إلى مزيد من الدراسة السريرية والشعاعية.

**هدف البحث**

يهدف هذا البحث إلى إجراء مقارنة لتبدلات القناة تحت الحجاج مع التظاهرات السريرية الأساسية عند الأشخاص الذين خضعوا لعمل جراحي (كالدول-لوك) على الجيب الفكي والربط بينهما.

**مادة البحث وطريقته**

أجريت الدراسة على /59/ مريضاً بأعمار تتراوح بين 16-72 سنة ممن أجريت لهم عملية تجريف جيب فكي واحد بطريقة كالدول-لوك بين أعوام 1993-1996 في مشفى الأسد الجامعي. ثم وضع التشخيص بعد إجراء فحص كامل للمريض شمل جس الوجه - تنظير الأنف والبلعوم الأنفي - استقصاء الفتحة بين الأنف والجيب الفكي - دراسة جرثومية لغسالة الجيب الفكي - دراسة دموية بالإضافة إلى إجراء صور شعاعية لجميع المرضى بالوضعين بالإضافة إلى تصوير طبقي محوري وتصوير الجيب الفكي الظليل لبعض المرضى.

**النتائج**

تم تقسيم المرضى إلى أربعة مجموعات كما هو مبين في الجدول التالي:

| المجموعة | عدد المرضى | وجود الأمل | وجود نكس لالتهاب الجيب الفكي | علامات أخرى |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 27 | غائب | موجود | - |
| 2 | 12 | موجد | غائب | - |
| 3 | 17 | موجود عند /3/ مرضى فقط | موجود | ± بوليبات |
| 4 | 3 | غائب | غائب | + بوليبات |

إن الدراسة الشعاعية للمرضى موضوع البحث بينت وجود نوعين من الإصابة في القناة تحت الحجاج هما: التشوه Deformation والتبدلات التعظمية Ostioplastic changes.

بدا التشوه في جدران القناة على شكل تبدل في شكل وقطر القناة مقارنة مع الجهة السليمة هذا التبدل أخذ شكل إما توسع أو تضيق في لمعة القناة.

توسع القناة ناجماً عن الشد الذي تطبقه الأنسجة الندبية على الجدار العلوي لجيب الفكي ولذلك لوحظ أن تباعد جدران القناة كان يتناسب مع مقدار الشد وتظاهر ذلك على الصور الشعاعية على شكل تباعد بين صفيحتي الجدار العلوي للجيب الفكي حيث أن الصفيحة السفلية بلغت أحياناً مستوى يتناسب مع منتصف الجيب الفكي.

أما تضيق القناة فكان ناجماً إما عن التشوه بسبب شد الأنسجة الندبية في الجيب الفكي أو بسبب التبدلات التعظمية في جدران القناة تحت الحجاج وهذه الأخيرة تظاهرت على شكل تصالب مع تشكلات عظمية في محيط القناة وفي بعض جدران الجيب الفكي الأخرى أحياناً.

لوحظ تفاوت في نسبة إصابة القناة تحت الحجاج حسب المجموعات كما هو مبين في الجدول:

| نمط التشوه | المجموعة الأولى | المجموعة الثانية | المجموعة الثالثة | المجموعة الرابعة |
|---|---|---|---|---|
| تضيق | %26 | %25 | %35 | %0 |
| توسع | %48 | %33 | %46 | %100 |
| التبدلات التعظمية | %11 | %33 | %100 | %33 |
| تباعد جدران القناة | 155 | %33 | %17 | %0 |
| غياب التبدلات | %22 | %8 | - | - |

هذا وقد صادف وجود تضيق في لمعة القناة تحت الحجاج وغياب النكس الالتهابي في الجيب الفكي مع غياب التناذر الألمي عند 26% من الحالات ومع وجود التناذر الألمي عند 25% من الحالات وبنسبة أكبر 35% مع وجود نكس في التهاب الجيب الفكي الزمن كما لوحظ أن التضيق في القناة كان ناجماً عن شد الأنسجة الندبية على جدران الجيب الفكي بشكل أساسي ولكن عند وجود نكس في التهاب الجيب الفكي المزمن كان هناك عامل مضيق إضافة هو التبدلات التعظمية في وحول جدران القناة.

إن التضاعف في الصفيحة العظمية لجدران القناة كمؤشر على وجود عامل الشد التندبي على الجدران التعظمي لوحظ بنسبة الضعف 33% عند المرضى الذين يعانون من التناذر الألمي في الوجه.

أخيراً لم نلاحظ تبدلاً في القناة تحت الحجاج عند 2% من المرضى الذين خضعوا للدراسة والذين لا يعانون من تناذر ألم الوجه أو من أعراض تدل على نكس في التهاب الجيب الفكي المزمن. في حين كانت موجودة عند جميع المرضى الذين وجد لديهم نكس التهاب الجيب الفكي المزمن.

بهذا الشكل نلاحظ أن التضيق والتبدلات التعظمية في جدران القناة تحت الحجاج أكثر ما تكون واضحة في حال وجود نكس في التهاب الجيب الفكي المزمن في حين أكثر ما يشاهد تضاعف جدران القناة والذي يدل على وجود تندبات في الجيب الفكي مترافقاً مع وجود التناذر الألمي في الوجه.

كذلك لاحظنا أن تبدلات القناة ماعدا التوسع غالباً ما تكون مترافقة مع وجود التناذر الألمي. وعند مقارنة إصابة القناة تحت الحجاج في المجموعات التي تعاني من ألم الوجه والتي يغيب فيها هذا الألم. لوحظ سيطرة التضيق 41% في الحالة الأولى والتبدلات التعظمية 58% وتضاعف القناة 33% وكانت غائبة عند 8% من الحالات فقط في حين لم يلاحظ تبدل في القناة تحت الحجاج عند المرضى الذين لا يعانون من الألم الوجهي في 13% من المرضى والتضيق كان عند 25% التبدلات التعظمية عند 38% والتضاعف عند 16%.

وهكذا فإن حدوث الألم الوجهي بعد إجراء العمل الجراحي على الجيب الفكي قد يكون ناجماً إما عن نكس في التهاب الجيب الفكي المزمن أو عن التبدلات التشريحية في القناة تحت الحجاج. وأكثر العوامل التي تساهم في إحداث هذا الألم هو تضيق لمعة القناة والتبدلات التعظمية في جدران القناة بالإضافة إلى تضاعف القناة كمؤشر على وجود تشوه في جدران الجيب الفكي ناجم عن شد الأنسجة الندبية المتشكلة بعد المداخلة الجراحية.

## Reverences


[1]- Арzыкуова Г.С.: Ролъпотолгиилор-оргонов В Этиолгии лецевых блей | | Вест оториноларингологии. 1989. No. 1.

[2]- Гинзбург В. Г. Рентгенологиуеские набпюения Над изменениями костных стенок. | | Вет. Рентгенолии. 1952. No 5 с. 41-49.

[3]- Ерохина Л. Г. : Лецевые бли 1973.

[4]- Карпов В. А. Невролгия Тройничего Нерва. 1980.

[5]- Шток В. К. : Головная Болб. 1988.

[6]- Ballenger J.J. Diseases of the nose, throat, head and neck 1991.

[7]- hohn M. Loree: Atlas of head and neck surgery. 1988.

من أكثر أسباب انسداد الأمعاء شيوعاً عند حديثي الولادة "Intestinal atresia"يعتبر رتق الأمعاء ويشكل 3/1 حالات انسداد الأمعاء ويشاهد عند الذكور والإناث على حد سواء.

وإن كلمة رتق "Atresia" تعني الغياب الكامل للمعة المعي ويجب تفريقها عن التضييق "Stenosis" والتي تعني انسداداً غير تام (جزئي) للمعة المعي وتعطي علامات سريرية متأخرة.

وعلى الرغم من وجود حالات كثيرة نسبياً بهذا التشوه فإن أول مقالة علمية عن إجراء مفاغرة للأمعاء الدقيقة بسبب هذا التشوه صدرت عام 1922 من قبل Fockens في هولندا. ويورد "Evans" 1498 حالة حتى عام 1950 وكانت نسبة الشفاء عنده 10% فقط، وقد تحسنت هذه النسبة بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة نتيجة حدوث تطورات جديدة في علاج هذه الحالات.

وقد صنف Touloukian (1978) رتق الأمعاء على الشكل التالي:

نموذج I- وجود حجب داخل لمعة المعي مغطاة بطبقة عضلية في القسم الداني أو القاصي من المعي الدقيق ويشكل هذا النموذج نسبة 20% من الحالات.

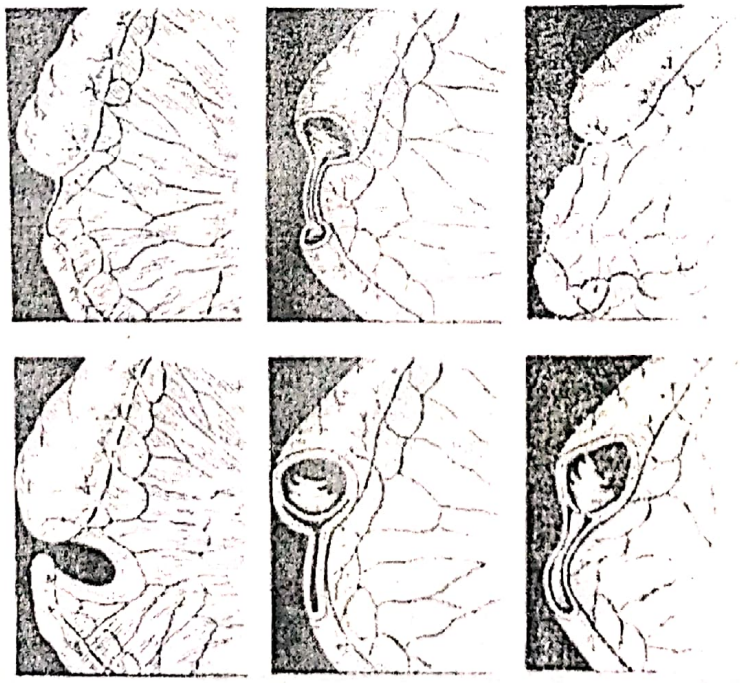
نموذج II- رتق مع اتصال ليفي يبن نهايتي المعي على شكل شريط ونسبته 35%.

نموذج IIIa- رتق أمعاء مع وجود نهايتين عورائيتين بدون اتصال ليفي بينهما مع غياب المساريقي على شكل حرف "V" وتشكل 35%.

نموذج IIIb- رتق أمعاء مع غياب كبير للمساريقي وتكون تروية هذا الجزء من الأمعاء من الشريان الدقاقي - الأعوري، ويكون المعي المصاب ملتفاً حول الشريان المذكور على شكل "قشرة التفاح" أو "شجرة الميلاد".

وهذا التشوه الأخير له أهمية خاصة حيث يشاهد عند الأطفال الخدج وتكون الأمعاء قصيرة.

نموذج IV- رتوق متعددة للأمعاء الدقيقة على شكل "أمعاء الدجاج" وتشكل 6% من الحالات. انظر الشكل (1).



**الشكل (1)**

إن رتق القولون أقل شيوعاً من رتق الأمعاء الدقيقة، كما توجد حالات أخرى من التشوهات الولادية منها سوء الدوران وما يترتب عنه من تشوهات.

فمن المعلوم أن مساريقي المعي المتوسط تلتصق بالجدار الخلفي للبطن وتمتد من المنطقة الشرسوفية من اليسار إلى المنطقة الحرقفية اليمنى للبطن، وهي منطقة ضيقة فيمكن للمعي المتوسط أن يدور حول المساريقي مسبباً بذلك ما يسمى الانفتال "Volvulus" وهناك تشوهات أخرى غير الانفتال من سوء الدوران هو انضغاط العفج بالأعور أو وجود أشرطة صفاقية ضاغطة على العفج مسببة بذلك الانسداد المعوي. ولكل منها صورة سريرة خاصة بها.

لقد قسمنا البحث إلى قسمين حيث أوردنا في القسم الأول حالات انسداد الأمعاء عند الأطفال بسبب الكيسات البطنية، أما في القسم الثاني هذا فقد تطرقنا إلى تشوهات جهاز الهضم والتي سببت انسداد الأمعاء عند حديثي الولادة.

**الهدف من البحث:**

1. التشخيص الباكر لحالات انسداد الأمعاء عند الأطفال وخاصة حديثي الولادة، الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي ما بين عامي 1988-1995.
2. إدخال تعديلات جديدة على طريقة العلاج الجراحي لانسداد الأمعاء عند حديثي الولادة.
3. اتباع طريقة موحدة لتدبير هؤلاء الأطفال قبل وبعد الجراحة.

**أهمية البحث:**

إن التشخيص الباكر لانسداد الأمعاء عند الأطفال يقلل من نسبة الوفيات والتي مازالت إلى حد ما عالية جداً وخاصة عند حديثي الولادة نتيجة لتأخير التشخيص وكذلك لعدم التدبير الصحيح لهؤلاء الأطفال قبل وبعد الجراحة مما ينعكس سلباً على نتائج الجراحة وأن إدخال تعديلات جديدة على الجراحة قلل من نسبة الاختلاطات ومدة الاستشفاء.

**طريقة الدراسة والبحث:**

شمل البحث كل حديثي الولادة الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي بانسداد الأمعاء كاختلاط هام لتشوهات الجهاز الهضمي (رتق الأمعاء، انفتال الأمعاء، سوء الدوران وغيرها) والذي بلغ عدد 36 مريضاً توزعوا على الشكل التالي:

| شكل التشوه | عدد المرضى |
|---|---|
| انفتال الأمعاء | 12 |
| رتق الأمعاء الدقيقة | 10 |
| البنكرياس الحلقية | 4 |
| انسداد الأمعاء بالعقي | 10 |

وحسب المشاهدات السريرية. قسمنا الانسداد المعوي إلى ما يلي:

I- انسداد أمعاء علوي - 16 مريض (البنكرياس) الحلقية، انفتال المعي المتوسط أشرطة صفاقية في منطقة العفج).

II- انسداد أمعاء سفلي - 20 مريض (انسداد الأمعاء بالعقي، رتق الأمعاء الدقيقة).

**انسداد الأمعاء العلوي:**

تظاهرت الأعراض السريرية بالاقياءات الصفراوية الباكرة بدون تطبل واضح في البطن، مع علامات تجفاف وزلة تنفسية وتوقف خروج العقي وبعد فحص الطفل سريرياً تم إجراء صورة شعاعية للبطن بوضعية الوقوف، حيث كانت نموذجية لانسداد الأمعاء العلوي - وجود سويتين سائلتين مع فقاعتين غازيتين إحداهما إلى اليسار من الخط المتوسط للجسم وتوافق المعدة والأخرى إلى اليمين وتوافق العفج (علامة الفقاعة المزدوجة Double buble) كما أجرى فحص ظليل للقولون بالطريق الراجع للكشف عن وجود دوران الأمعاء ومكان توضع الأعور، وقد كان الأخير متوضعاً على مستوى العفج تحت الكبد في /8/ حالات من بين /12/ حالة.

**انسداد الأمعاء السفلي:**

لقد كانت الصورة السريرية على شكل اقياءات عقية ومتأخرة وأحياناً اقياءات كطحل القهوة، مع غياب العقي منذ الولادة وتطبل بطن معمم وشديد، زلة تنفسية بالإضافة إلى التجفاف والاضطرابات الشاردية وحالة عامة سيئة.

وباللمس الشرجي لوحظ تقبض المصرة الشرجية مع خروج كمية قليلة من المخاط بدون عقي.

**الصورة الشعاعية:** تم إجراء الصورة الشعاعية للبطن لكل المرضى بوضعية الوقوف وبالوضعين (أمامية - خلفية وجانبية) حيث شوهد وجود سويات سائلة متعددة في أنحاء البطن مع غياب الهواء تحت مستوى الانسداد وللتأكد من طبيعة الانسداد تم إجراء صورة ظليلة للقولون بالطريق الراجع بمادة Gastrogrphin وقد كانت الصورة نموذجية لانسداد الأمعاء بالعقي أو لرتق الدقاق وهي صغر لمعة القولون أو ما يسمى قولون "Microcolon". انظر الشكل (2):

**الفحوصات المتممة:**

لقد تمت معايرة شوارد الدم لكل المرضى (الصوديوم البوتاسيوم الكالسيوم) وغازات الدم، البولة الدموية الكرياتنين، سكر الدم بالإضافة إلى الفحوصات الدموية الروتينية: خضاب وهيماتوكريت، تعداد وصيغة، زمن النزف وزمن التخثر. وقد لوحظ وجود الاضطرابات الشاردية عند غالبية المرضى وذلك حسب زمن الدخول إلى المشفى ومدة المرض.

لذلك قبل التدخل الجراحي تم تحضير هؤلاء المرضى تحضيراً جيداً حسب الخطة التالية:

1- تنبيب المعدة ومص المفرزات.

2- المحافظة على حرارة الجسم - تم وضع هؤلاء المرضى في حاضنات بدرجة حرارة 30°-32° مع تأمين الأكسجين والرطوبة المناسبة.

3- قثطرة وريدية لإعطاء السوائل وتعديل الاضطرابات الشاردية وقد تم تحديد الحاجة اليومية من السوائل كما يلي:

| | |
|---|---|
| اليوم الأول (بعد 12 ساعة من الولادة) | 25 مل/كغ |
| اليوم الثاني | 40 مل/كغ |
| اليوم الثالث | 60 مل/كغ |
| اليوم الرابع | 90 مل/كغ |
| اليوم الخامس | 110 مل/كغ |
| اليوم السادس | 120 مل/كغ |
| اليوم السابق وحتى 14 يوم | 130-140 مل/كغ |
| من 15 يوم حتى الشهر | 150مل/كغ |

تم تعويض الحاجة اليومية على شكل سوائل سكرية 10% أما الحاجة اليومية من الشوارد فكانت بالنسبة للصوديوم 2 ملي مول/كغ وبالنسبة للبوتاسيوم 1.6 ملي مول/كغ كما أعطي محلول غلوكاونات الكالسيوم حسب كمية الخسارة.

أما الخسارة المرضية (كالاقياءات) فقد تم تعويضها على شكل محلول سكري 10% مضافاً إليه محلول كلور البوتاسيوم 7.5% بنسبة 2 كلور بوتاسيوم / 100 محلول سكري

وفي خمس حالات تم نقل دم للمرضى نتيجة لانخفاض كمية خضاب الدم والتجفاف الشديد، وفي بعض حالات الانسمام نتيجة التهاب الصفاق وذلك بمعدل 10-15 مل/كغ من الوزن مرة أو مرتين خلال الأسبوع الأول بعد العمل الجراحي، أو البلازما بمعدل 15 مل/كغ.

4- إعطاء الصادات مثل Ampicilin بمقدار 100 مغ/كغ وGentomycin بمقدار 5 مغ/كغ.

**انسداد الأمعاء بالعقي:**

ظاهرة غير نادرة عند حديثي الولادة يشاهد بنسبة 18% من الحالات ويترافق أحياناً مع تليف المعثكلة الكيسي بنسبة 10-15% حيث يصبح العقي لزجاً ومتماسكاً ويسد القسم الداني من الدقاق.

وقد شاهدنا 10 حالات انسداد أمعاء بالعقي حيث دخلوا المشفى بشكل إسعافي مع اقيـــاءات عقيـــة وتطبل بطن شديد وغياب العقي وحالة انسمام عام بالإضافة إلى الزلة التنفسية والاضطرابات الشاردية.

فبعد إجراء الصورة الشعاعية البسيطة للبطن لاحظنا وجود توسع في العرى المعوية فوق مســتوى الانسداد مع فقاعات صغيرة ضمن العقي شبيهة بفقاعات الصابون "Buble soap" أما على الصورة الظليلة للقولون لوحظ وجود صغر في لمعة القولون "Microcolon".

**العلاج الجراحي:**

لقد تمت معالجة هؤلاء المرضى جراحياً وبشكل إسعافي بعد تحضير المريض وتعويض الســوائل والشوارد.

تم فتح البطن إما عبر المستقيمة البطنية Transrectal وإما جانب المستقيمة البطنية Paramedian وذلك على مستوى السرة حيث سمح لنا باستقصاء واسع لمحتويات البطن. وبعد معاينة الأمعاء بشكل دقيــق والتعرف على الحالة نوعية التشوه الحاصل تم إجراء الجراحة اللازمة. والجدول التالي يبين نوع الجراحــة حسب شكل التشوه:

| شكل التشوه | نوع الإجراء الجراحي | عدد الحالات | الوفيات |
|---|---|---|---|
| انفتال الأمعاء "المعي المتوسط" | رد الانفتال | 12 | – |
| البنكريات الحلقية | مفاغرة صمائية – معدية | 2 | 2 |
| | مفاغرة عفجية – عفجية | 1 | |
| | مفاغرة صائمية – عفجية | 1 | |
| انسداد الأمعاء بالعقي | مفاغرة على شكل "Y" | 8 | – |
| | مفاغرة بطريقة ميكوليكز | 2 | 2 |
| رتق الأمعاء | مفاغرة طرف – بطرف | 1 | – |
| | مفاغرة طرف بجنب | 4 | – |
| | مفاغرة على شكل "Y" | 5 | – |

**نتائج الجراحة:**

من بين /36/ مريضاً توفي /4/ (11% تقريباً) اثنان بانسداد الأمعاء بالعقي حيــث وجــد انفتــال الأمعاء مع انثقاب العروة المعوية (الدقاق)، واثنان بعد المفاغرة المعدية الصائمية بسبب البنكريــاس الحلقيــة حيث تبين حدوث استنشاق واختلاطات تنفسية.

إن المفاغرة على شكل "Y" أعطت نتائج أفضل وبنسبة الاختلاطات كانت أقل وقــد تــم إغــلاق "Enterostoma" في مرحلة ثانية بعد مضي /3/ أشهر على الجراحة الأولى.

**النتائج:**

1. إن أهم أسباب انسداد الأمعاء عند حديثي الولادة هي تشوهات الجهاز الهضمي الخلفية (رتــق الأمعــاء، البنكرياس الحلقية، انسداد الأمعاء بالعقي، سوء الدوران).

2. إن إجراء مفاغرة طرف بجنب عل شكل "Y" وتثبيت القسم البعيد من العروة المعوية إلى جدار البطن على شكل "Enterostoma" أعطت نتائج جيدة وقللت من نسبة الاختلاطات والوفيات.
3. إن إدخال القثطرة إلى العروة المعوية المثبتة إلى جدار البطن سمح لنا بإطعام الطفل باكراً عن طريق القثطرة، أما إدخال القثطرة الثانية إلى العروة القريبة سمح بإجراء غسل العقي المتماسك واللزج مما ساعد على تحرير العروة المعوية منا لانسداد وسهل المرور الباكر لمحتويات القسم العلوي للأمعاء.
4. من بين أسباب الوفيات في انسداد الأمعاء عند حديثي الولادة هو انثقاب الأمعاء والتموت الذي يحصل للعروة المعوية نتيجة الانفتال والتأخير في التشخيص كما أن الاختلاطات التنفسية نتيجة الاستنشاق بسبب الاقياءات لها دور كبير في رفع نسبة الوفيات.
5. من الضروري إجراء تصوير ظليل للقولون بالطريق الراجع في انسداد الأمعاء عند حديثي الولادة وذلك للكشف عن وجود ميكروقولون أو سوء دوران.

## المراجع


[1]- Enans C.H.: Collective review: atresias of the gastrointestinal tract; Surg. Gynecol. obwtet. 92:1, 1951.

[2]- Touloukian R.J.: Intestinal atresia Clin. Perinatol. 5:3, 1978.

[3]- Pediatric Surgery. Holder T.M., Ashcraft K.W. 1980.

[4]- Urgent surgery of children. Bairov G.A. 1983.

[5]- Abdominal surgery of children; Isakov Yu et al. 1988.