

4. Ключарева С. Г. В сб.: Мат. общенст. научн. конф., посвящен. 40-лет. со дня основания ТАССР. Казань, 1960, 10.— 5. Кухта В. К. Здравоохр. Белоруссии, 1963, 6.— 6. Нарубанов П. К. Клини. мед., 1965, 7.— 7. Пашинин П. М. Лаб. дело, 1961, 5.— 8. Подильчак М., Карпюк С. Neoplasma, 1963, 2.— 9. Салаямон Л. С. VIII Международный противораковый конгресс. 1963, т. 2.— 10. Смирнова А. М. Лаб. дело, 1966, 11.— 11. Сорокин Н. М. Мат. юбилейн. научн. конф. Казань, 1967.— 12. Шакирзянова Р. М. Казанский мед. ж., 1960, 2.— 13. Bianpin Od. Compt. rend. Soc. Biol., 1963, 157, 1090.— 14. Comino E., Piccotti F., Fian-desio D. Minerva med., 1961, 52, 67—68, 2839.— 15. Gabor Miklos, Pinkovich Istvan, Szegvary Menyhert. Magyar onkol., 1964, 8, 1, 29.— 16. Huth E. Mschr. Kinderheilk., 1962, 110, 3, 191.— 17. Perilline P. J. Clin. Investig., 1964, 43, 3, 425.— 18. Ross I., Böhm P. Klin. Wschr., 1957, 33, 7, 351.

УДК 611.381—611.33—611.37

ЖЕЛУДОЧНО-ПОДЖЕЛУДОЧНЫЕ СВЯЗКИ ЧЕЛОВЕКА

Проф. В. Х. Фраучи

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В 1946 г. в докторской диссертации мы описали желудочно-поджелудочные связки. Как часто бывает, уже повседневная деятельность хирургов, производящих операции на желудке, подготовила почву для описания этих связок. Так, в работе В. Л. Астрахана, посвященной описанию десерозированных полей желудка, автор уже называет брюшину, фиксирующую желудок к поджелудочной железе, желудочно-поджелудочной связкой, но не дает описания этого образования. Большой знаток связочного аппарата брюшной полости К. П. Сапожков также упоминает о желудочно-поджелудочной связке. Учитывая, что в том периоде количество обширных резекций по поводу злокачественных новообразований желудка все возрастало и требовались более детальные знания вариационной анатомии связочного аппарата, мы и провели изучение желудочно-поджелудочных связок на 500 трупах. В этой работе были описаны три связки: желудочно-поджелудочная — между левой половиной тела поджелудочной железы и задней стенкой желудка, привратниково-поджелудочная — между выводным каналом желудка и головкой поджелудочной железы и, в случае слияния этих двух связок, — непрерывная желудочно-поджелудочная связка, полностью разгораживающая сальниковую сумку на два этажа: полость малого сальника, sacum omenti minoris, и желудочно-поджелудочный мешок, saccus gastropancreaticus. Этим связкам нами были даны и соответствующие латинские наименования: lig. gastropancreaticum, lig. pyloropancreaticum, lig. gastropancreaticum completum.

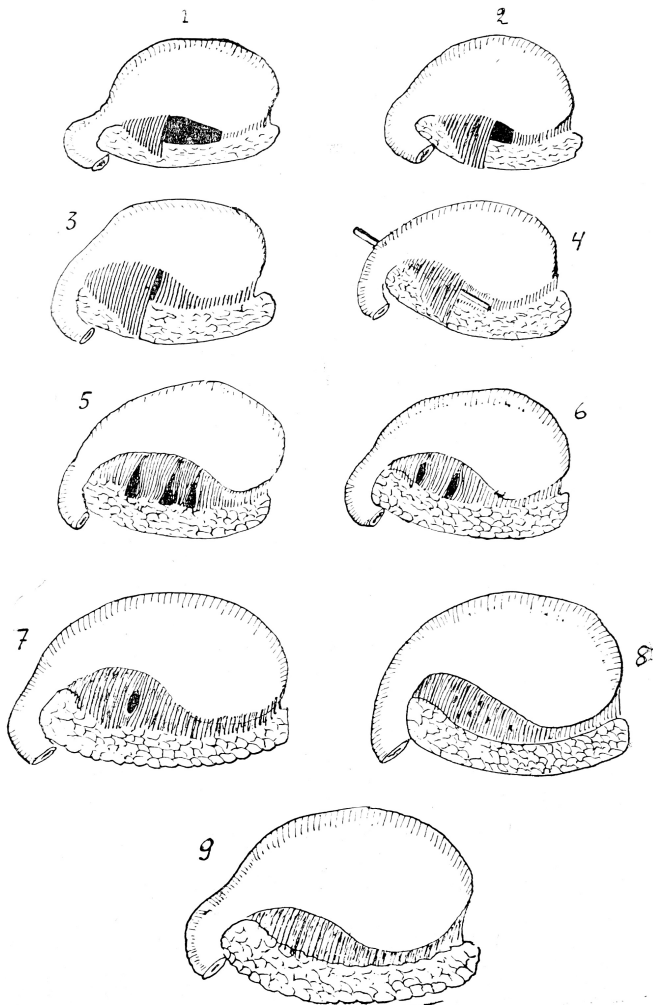
И. А. Стешенко в своей докторской диссертации, вышедшей из нашей кафедры (1967), подвергла дальнейшему изучению вопрос о желудочно-поджелудочных связках. В результате исследования она установила непрерывный морфологический вариационный ряд из малозаметных переходов от изолированных и далеко отстоящих друг от друга желудочно-поджелудочной и привратниково-поджелудочной связок до непрободенной непрерывной желудочно-поджелудочной связки. В последнем случае образуется полная изоляция полости малого сальника, sacum omenti minoris, от желудочно-поджелудочного мешка, saccus gastropancreaticus. При окончатых формах непрерывной связки сообщения между этими этажами сальниковой сумки сохраняются в разной степени: при решетчатой связке может просочиться в желудочно-поджелудочный мешок жидкий выпот из полости малого сальника; при одно-, двух- и трех-окончатой формах связки туда могут проникнуть в результате прободной язвы и плотные кусочки желудочного содержимого; при изолированных желудочно-поджелудочной и привратниково-поджелудочной связках в зависимости от положения тела больного при тех же условиях может свободно переместиться из одного этажа сальниковой сумки в другой все желудочное содержимое.

Все эти данные, конечно, весьма важны для хирурга, производящего операции на желудке.

Изучение вариационной анатомии желудочно-поджелудочной и привратниково-поджелудочной связок позволило установить четкий вариационный морфологический ряд этих связок:

1. Lig. gastropancreaticum parvum — малая желудочно-поджелудочная связка;
Lig. pyloropancreaticum parvum — малая привратниково-поджелудочная связка;
Foramen gastropancreaticum magnum — большое желудочно-поджелудочное отверстие.

2. Lig. gastropancreaticum medium — „средняя“ желудочно-поджелудочная связка;
 Lig. pyloropancreaticum medium — „средняя“ привратниково-поджелудочная связка;
 Foramen gastropancreaticum latum — широкое желудочно-поджелудочное отверстие.
 3. Lig. gastropancreaticum latum — широкая желудочно-поджелудочная связка;
 Lig. pyloropancreaticum latum — широкая привратниково-поджелудочная связка;
 Foramen gastropancreaticum fissu- — щелевидное желудочно-поджелудочное отверстие.
 ratum 4. Lig. gastropancreaticum latum — широкая желудочно - поджелудочная связка;
 Lig pyloropancreaticum latum — широкая привратниково-поджелудочная связка;
 Foramen gastropancreaticum cana- — желудочно-поджелудочное отверстие в виде канала.
 liculare 5. Lig. gastropancreaticum completum — непрерывная трехкончатая желудочно-поджелудочная связка.
 trifenestratum 6. Lig. gastropancreaticum completum — непрерывная двухкончатая желудочно-поджелудочная связка.
 bifenestratum 7. Lig. gastropancreaticum completum — непрерывная однокончатая желудочно-поджелудочная связка.
 unifenestratum 8. Lig. gastropancreaticum completum — непрерывная решетчатая желудочно-поджелудочная связка;
 cribriforme 9. Lig. gastropancreaticum completum — непрерывная непрободевшая желудочно-поджелудочная связка.
 mperforatum



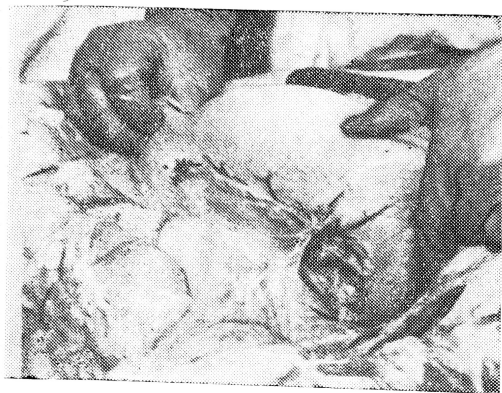


Фото 1. Широкая привратниково-поджелудочная связка; желудочно-поджелудочная связка расположена глубоко слева.

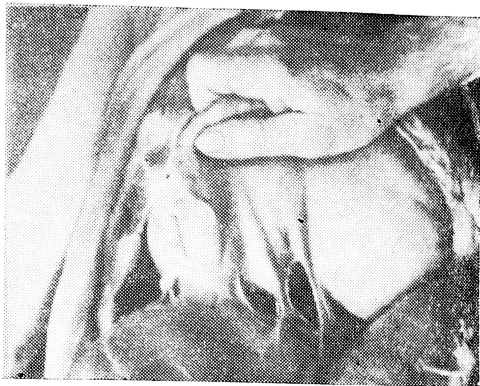


Фото 2. Двухокончатая желудочно-поджелудочная связка.



Фото 3. Двухокончатая желудочно-поджелудочная связка (другой вариант) — с боковыми отверстиями.

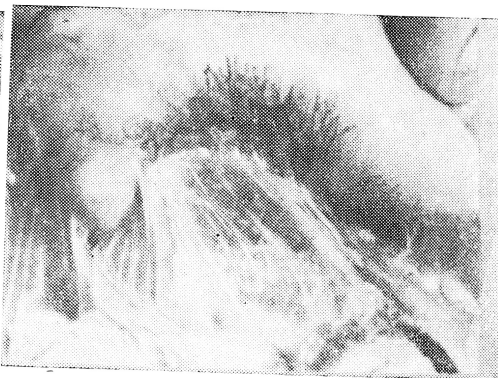


Фото 4. Непрерывная непрободенная желудочно-поджелудочная связка.



Фото 5. Широкая и короткая желудочно-поджелудочная связка и привратниково-поджелудочная связка треугольной формы.

На приведенных схематических рисунках и фотоснимках можно наблюдать форму, протяженность, места прикрепления желудочно-поджелудочной и привратниково-поджелудочной связок, а также образование сплошной «непрерывной» желудочно-поджелудочной связки.

Чрезвычайное многообразие желудочно-поджелудочных связок, что уже видно на этих нескольких примерах, требует разработки различной методики мобилизации их во время резекции желудка. Несомненно, что из всех связок желудка желудочно-поджелудочные связки являются самыми важными в практическом отношении и требующими к себе пристального внимания со стороны хирургов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астрахан В. Л. Нов. хир. арх., 1935, 3.— 2. Сапожков К. П. Хирургия, 1939, 11.— 3. Стещенко И. А. Связочный аппарат, сумки и карманы брюшной полости. Автореф. канд. дисс., Горький, 1955; Лимфатические узлы желудка и желудочно-поджелудочные связки в норме и патологии. Автореф. докт. дисс., Казань, 1967.— 4. Фраучи В. Х. Вариатная анатомия желудочно-поджелудочных связок и оперативный доступ к ним. Автореф. докт. дисс., М., 1946; Хирургия, 1949, 11; Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота и таза. Учебное пособие. Изд. Казанского ун-та, 1966.

УДК 616.33—616—005.5

О КРОВООБРАЩЕНИИ В СТЕНКАХ ЖЕЛУДКА

З. М. Сигал

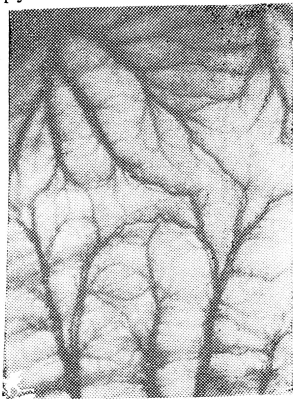
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Мы разработали методику прижизненной пигментной вазографии полых органов в эксперименте на собаках (З. М. Сигал, 1968). Эта методика создала предпосылки для непосредственного наблюдения за заполнением ветвей интрамурального сосудистого русла. Обзорению доступны не только сосуды крупного калибра, но и мельчайшие ветви. Дифференцируется поступление красителя и распределение его по артериям и венам подслизистого сплетения (см. рис.).

Предлагаемая нами методика сводится к следующему. В полость желудка через рот по пищеводу вводят зонд-трансиллюминатор, желудок раздувают и включают лампочку осветителя. В период исследования интрамуральных сосудов в отпрепарованную бедренную вену собаки вводят 1% водный раствор метиленовой сини в количестве 1 мл/кг и производят динамическое наблюдение и повторное фотографирование на цветной пленке одной и той же зоны желудка по ходу изучения кровенаполнения — поступления пигмента при различных степенях раздувания желудка. Этот процесс мы изучали при различных формах деваскуляризации. Таким же способом был исследован кровоток в стенках других полых органов (кишечник, пищевод, гортань, трахея). Мочевой пузырь наполняли прозрачной жидкостью при изучении его внутривенных сосудов. Наш метод может иметь значение для определения жизнеспособности стенок полых органов во время операции. Заполнение внутривенных сосудов красителем является доказательством сохранения кровотока в сосудах полого органа.

На полученных цветных фотографиях и диапозитивах, а также при просмотре изготовленного нами цветного кинофильма четко устанавливаются отличия в наполнении сосудов подслизистого слоя желудка в различных его отделах.

Приведем описание данных, полученных в одном из наших опытов. Из двух контрлатеральных экстраорганных ветвей, вступающих со стороны большой и малой кривизны, наблюдалось синхронное поступление красителя. На первом этапе ветви подслизистого сплетения, вступающие со стороны большой и малой кривизны, оказываются заполненными, в то время как сосуды других сплетений сохраняют естествен-



Инъекционная пигментная прижизненная вазограмма. Зона анастомозов ветвей перигастрических дуг малой и большой кривизны.