

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. Стешенко 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. Вариантная 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

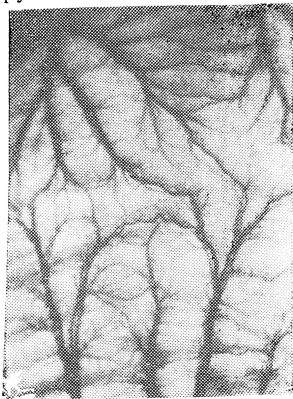
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

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 контралатеральных 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.

ную окраску. Наряду с ветвями подслизистого сплетения, заполненными красителем, имеются сосуды, принадлежащие этому же слою, не заполненные красителем. Поток крови по крупным интрамуральным подслизистым сосудам устремляется навстречу друг другу с разных сторон желудка. И лишь когда эти два потока смыкаются в области анастомозов, происходит выброс крови в боковые сосудистые ветви. Венозный отток совершается не одновременно в различных участках желудочной стенки. Количество красителя убывает по направлению ко дну желудка. При поступлении красителя в вены он на одном и том же участке неодинаково заполняет их. Одни подслизистые вены еще не заполнены, другие заполнены частично (основной ствол и вливающиеся в него две из трех вен), а третьи — полностью. Обнаруживается также, что краситель неравномерно проник в различные зоны слизистой. На одном и том же уровне могут сосуществовать сосуды подслизистого сплетения, содержащие краситель, и сосуды субсерозного сплетения и поля слизистой, лишенные пигмента. Наблюдались замкнутые круги кровотока в подслизистом слое.

В венах подслизистого сплетения желудка были замечены веретенообразные утолщения различной длины, связанные между собою более узкими перемычками, заполненные красителем. Можно предположить, что это связано с «перистальтикой» стенок вен. Подобные сокращения воротной вены наблюдал Вайнштейн (1932). Изменение диаметра сосудов, веретенообразные утолщения, фрагментация красителя, чередование узких и веретенообразно расширенных участков свидетельствуют об активных сокращениях.

Прижизненная пигментная вазография может служить методом определения жизнеспособности стенок полых органов во время операции. При помощи этого метода удалось установить неравномерность поступления красителя в различные участки подслизистого сплетения желудка, «запаздывание» кровотока в отдельных зонах, закономерное опережающее заполнение основных сосудов подслизистого сплетения; он окажется полезным для решения ряда проблем, связанных с исследованием интрамурального кровотока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А. Ф., Кочнев О. С. Казанский мед. ж., 1967, 3.—2. Дружков Б. К. Исследование кровотока по интрамуральным сосудам желудка при его деваскуляризации. Автореф. канд. дисс., Казань, 1968.—3. Розенгартен М. Ю. Мат. докл. Всерос. конф. хирургов. Калининград, 1968.—4. Сигал З. М. Проблемы морфологии нейротканевых и сосудистотканевых отношений. Казань, 1968.—5. Сигал М. З. Трансиллюминация при операциях на желудке. Медицина, М., 1964.

УДК 616—001—611.136.41—616.33—616—089

ОПАСНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДОБАВОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Проф. В. С. Шапкин

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. С. Шапкин) Владивостокского медицинского института

После резекции желудка, тотальной гастрэктомии, а иногда и других операций изредка могут наступать тяжелые осложнения — некрозы крупных частей печени. Они возникают вследствие ошибочной перевязки добавочных артерий печени при мобилизации желудка.

В настоящее время имеется много работ, в которых изучалась сосудистая архитектура печени, но лишь немногие из них специально посвящены хирургии желудка и тем опасностям, которые могут возникнуть в связи с необычным артериальным кровоснабжением печени. Эти осложнения можно легко предупредить, если знать атипичные варианты кровоснабжения печени.

Печеночная артерия — очень вариабильный элемент гилсоновой системы [2, 3, 6, 8, 9]. В настоящей работе мы рассмотрим только те вариации печеночной артерии, которые имеют практическое значение при операциях на желудке, поджелудочной железе и других вмешательствах на органах брюшной полости.

Среди всех внеорганных вариаций печеночной артерии в хирургии желудка наибольшее значение имеют те, при которых встречается добавочная артерия печени. Она отходит чаще всего от левой желудочной артерии, располагается в малом сальнике и вступает в ткань печени в области борозды венозного протока или невдалеке от нее. Термин «добавочная артерия» неудачен. Такая артерия не является «добавочным» сосудом к какому-то «основному», а самостоятельно кровоснабжает значительные по величине части печени — долю, сегмент, а иногда и целую анатомическую половину печени. Все эти части печени автономны по кровоснабжению. Перевязка долевой или