

проводили 17 больным. Психическое состояние больных этой группы также отличалось эмоциональной напряженностью, но несколько меньшей монотонностью аффекта. Эмоциональные нарушения вначале поддавались лечению транквилизаторами, однако чаще приходилось назначать нейролептические средства, в некоторых случаях эффект наступал при назначении тегретола. Дозы нейролептических средств колебались от 100 до 400 мг, транквилизаторов — от 10 до 50 мг, тегретола — от 200 до 800 мг в сутки. Лечение продолжалось в среднем 3 месяца. Выраженных побочных явлений и осложнений не наблюдалось. В процессе лечения постепенно уменьшалась склонность к аффективным реакциям, причем отмечалась меньшая вязкость и обстоятельность мышления.

Комплексную терапию эпилепсии с соблюдением преемственности и длительности в применении противосудорожных средств и назначением изредка транквилизаторов на 3—4 недели проводили 13 больным. Эмоциональные нарушения у больных не достигали большой степени и массивности, что и объясняло лишь эпизодическое назначение психотропных средств. Пароксизмальная симптоматика поддавалась лечению; что касается эмоциональных нарушений, то отмечалось нарастание их и учащение дисфорических состояний.

Наши наблюдения позволяют сделать некоторые выводы. Включение в комплексную терапию эпилепсии психотропных средств, даже при большой давности заболевания и выраженных характерологических изменениях, оказывает благоприятное влияние. Эффект терапии психотропными средствами наступает при лечении в течение месяцев и даже лет при индивидуально подобранной дозе. Нейролептики группы бутирфенонов и группы фенотиазина в наших наблюдениях оказывали идентичное терапевтическое действие, но применение галоперидола чаще сопровождалось побочными явлениями. Транквилизаторы более эффективны при их сочетании с нейролептическими средствами.

В теоретическом плане можно предположить, что благоприятный эффект лечения сочетанием противосудорожных и психотропных средств зависит от синергизма их воздействия на гипоталамо-лимбические структуры головного мозга, играющие роль в формировании вегетативных и эмоциональных компонентов поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баншиков В. М. В кн.: Современные психотропные средства. М., 1967.—
2. Беляев В. П. В кн.: Антидепрессанты и лечение депрессивных состояний. Л., 1966.—
3. Вольф М. Ш. Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1969, т. II; В кн.: Дифференцированное применение психотропных средств в психиатрии, неврологии. Диагностика, клиника и лечение инсультов. Львов, 1971.—
4. Маер, Гросс и др. Клиническая психиатрия. Медицина, М., 1967.—
5. Невзорова Т. А., Лукомский М. И. и др. В кн.: Материалы фармакологического и клинического изучения препарата тегретол. М., 1968.—
6. Сараджидзе П. М., Геладзе Т. Ш. и др. В кн.: Дифференцированное применение психотропных средств в психиатрии, неврологии. Диагностика, клиника и лечение инсультов. Львов, 1971.—
7. Шапиро Б. К., Баскевич К. Ф. и др. Там же.

УДК 611.342

О ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРЕВЯЗКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Х. Давлетшин, Н. М. Уразильдеев

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и хирургическое отделение Чистопольской центральной районной больницы (зав. — Н. М. Уразильдеев).

Панкреатодуоденальная область представляет собой зону, где сложные топографо-анатомические взаимоотношения органов и образований сочетаются с большой вариабельностью архитектоники кровеносных сосудов. Литературные данные по вопросу о возможности и последствиях перевязки отдельных сосудов двенадцатиперстной кишки крайне разноречивы, что побудило нас уточнить некоторые детали кровоснабжения этого органа и попытаться проследить изменения в сосудах и в стенке кишки на отдаленных сроках после выключения магистральных артерий и их ветвей.

Изучение морфологии сосудов проведено на 50 коррозийных и 50 просветленных инъецированных препаратах артерий двенадцатиперстной кишки человека. Кроме того, сделано 20 экспериментов на собаках, в ходе которых путем оперативного трансабдоминального вмешательства выключали желудочно-двенадцатиперстные, краниальные и каудальные поджелудочно-двенадцатиперстные или прямые артерии.

Исследование 50 коррозионных препаратов двенадцатиперстной кишки человека выявило различные точки отхождения поджелудочно-двенадцатиперстных артерий и варибельность их количества. 1. Передне-верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия на всех 50 коррозионных препаратах отходила от желудочно-двенадцатиперстной артерии. 2. Передне-нижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия в 25 случаях отходила от верхней брыжеечной артерии, в 3 (6%) отсутствовала, а в 22 (44%) отходила не от основного ствола этой артерии, а от ее ветви — первой кишечной артерии. 3. Задне-верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия на 48 препаратах (96%) являлась ветвью желудочно-двенадцатиперстной артерии, а на 2 (4%) — общей печеночной артерии. 4. Задне-нижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия на 31 препарате (62%) отходила от верхней брыжеечной артерии.

Общее количество поджелудочно-двенадцатиперстных артерий сильно варьирует: мы встречали от 3 до 6. На 36 препаратах из 50 (72%) их было 4, на 2 препаратах — 3 (4%). По 1 разу отсутствовали задне-нижняя или передне-нижняя поджелудочно-двенадцатиперстные артерии (2%). В 11 случаях (22%) было по 5 поджелудочно-двенадцатиперстных артерий. В 1 случае (2%) была двойная передне-нижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия и в 3 случаях (6%) — двойная передне-верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия. На 4 препаратах (8%) установлено наличие верхне-срединной поджелудочно-двенадцатиперстной артерии, отходящей от желудочно-двенадцатиперстной артерии. В 1 случае (2%) было 6 поджелудочно-двенадцатиперстных артерий и двойная передне-верхняя и задне-нижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия.

На ряде препаратов двенадцатиперстной кишки человека мы производили анатомические эксперименты, при которых инъекционную массу вводили после лигирования тех или иных магистральных артерий или их ветвей, питающих этот орган. При малом количестве (3) магистральных артерий или их ветвей исключение приводило к дефекту слизистой всего участка кишки, кровоснабжаемого лигированным сосудом. При значительном количестве магистральных артерий (4—6) масса, хотя и в малой степени, все же проникала в сосуды данной зоны. При исключении же прямых артерий масса всегда в незначительном количестве проходила в выключенные участки по анастомозам из прямых артерий противоположной стороны.

Аналогичные эксперименты, проведенные в условиях живого организма (на собаках), показали, что выключение крупных магистральных стволов артерий или их ветвей (прямые артерии) приводит к развитию морфологических изменений вначале слизистой, а затем и остальных оболочек кишки. Это отмечается при малом количестве магистральных артерий, питающих кишку. При большем числе сосудов степень морфологических изменений бывает менее выражена.

Мы наблюдали 2 больных, у которых вынужденная перевязка задне-верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии во время резекции желудка привела к некрозу стенки культи двенадцатиперстной кишки.

1. Х., 62 лет, поступил в хирургическое отделение Чистопольской центральной районной больницы 12/VI 1964 г. с диагнозом: язва желудка. 17/VI больному под интратрахеальным наркозом произведена резекция желудка по Бильрот II в модификации Говмейстера — Финстерера. Язва располагалась на задней стенке двенадцатиперстной кишки, пенетрировала в поджелудочную железу. При мобилизации начального отдела кишки вынужденно была перевязана задне-верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия. Операция технически была выполнена легко, без излишней травмы тканей органа. Послеоперационный период протекал тяжело: появились явления перитонита, на 4-е сутки возник кишечный свищ. Принятые лечебные меры не дали эффекта. Через месяц после операции больной умер.

Патологоанатомический диагноз: разлитой гнойный перитонит, некроз участка задней стенки культи двенадцатиперстной кишки (0,4×0,3 см) в зоне выключенного сосуда.

2. Б., 49 лет, поступил 3/VI 1970 г. по поводу язвенного стеноза привратника. 25/VI под интратрахеальным наркозом произведена резекция желудка по Бильрот II в модификации Говмейстера — Финстерера. Язва 0,5×0,8 см располагалась на задней стенке двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу. Ввиду особых технических условий в момент мобилизации начального отдела двенадцатиперстной кишки была лигирована задне-верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия. Операция технически была выполнена легко. Послеоперационный период протекал тяжело: 30/VI появились признаки перитонита. 3/VII больной умер от нарастающей интоксикации.

Патологоанатомический диагноз: разлитой фибринозный перитонит, некроз стенки культи двенадцатиперстной кишки.

На основании всего изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Возможности окольного кровотока в двенадцатиперстной кишке зависят от количества магистральных артерий, питающих этот орган.

2. При оперативных вмешательствах на двенадцатиперстной кишке хирургу необходимо максимально щадить кровеносные сосуды, питающие двенадцатиперстную кишку, во избежание некроза ее стенки.