

(введение новой пищи) у них часто возникает рвота. Такие дети с трудом привыкают к более густой пище и годами могут есть только жидкую; в весе отстают, прибавляют неравномерно, особенно на первом году жизни. У некоторых развивается гипотрофия.

Начало любого заболевания у таких детей сопровождается очень высокой температурой и отклонениями со стороны центральной нервной системы. У больных детей как бы «оживают» симптомы, наблюдавшиеся в остром периоде внутричерепной родовой травмы. Часто у них ошибочно диагностируют отит, сифилофилию, менингит.

В период выздоровления у таких детей иногда наблюдается длительный субфебрилитет. Большинство из них болело рахитом и экссудативным диатезом.

В последующем у большинства этих детей были обнаружены различного рода отклонения в психо-физическом развитии, а также заболевания, связанные с перенесенной травмой. Так, болезнь Литтля диагностирована у 4 детей, значительное отставание в физическом развитии (в основном у недоношенных) — у 35, гемипарезы — у 3, расстройство речи (позднее развитие речи) — у 19, врожденная мышечная атония — у 3, недержание мочи — у 4, косоглазие — у 8, умственная отсталость — у 8. У 25 детей отмечалось умеренное отставание в физическом развитии до 2—3-летнего возраста.

УДК 611.351

### В. В. Козлов (Казань). Варианты венозного оттока от прямой кишки человека и их клиническое значение

Клинике и лечению заболеваний вен прямой кишки уделено много внимания, однако морфология самих вен все еще остается мало изученной. Наши исследования были проведены на 93 (70 коррозийных и 23 просветленных) препаратах прямой кишки человека (возраст — от 2 до 80 лет).

Внутриорганные венозные русла прямой кишки представлено подслизистым, подожным, подфасциальным и околожонным сплетениями, которые соединяются между собой анастомозами. Отток из этих сплетений происходит по верхней, средним, нижним, коротким прямокишечным и средним крестцовым венам. Основная масса крови от прямой кишки оттекает по верхней прямокишечной вене, начинающейся в подслизистом и подфасциальном сплетениях. Средний диаметр слепков ее основного ствола равняется 4,8 мм ( $\sigma = \pm 0,29$ ,  $m = \pm 0,04$ ). Помимо этого, венозный отток от тех же сплетений осуществляется по параартериальной венозной сети, которая окружает верхнюю прямокишечную артерию, отдавая анастомотические ветви диаметром 0,7—0,9 мм к верхней прямокишечной вене. Парные средние прямокишечные вены, берущие начало из подфасциального сплетения переднебоковой поверхности нижеампулярного и анального отделов прямой кишки, обнаружены в 77,5% (в 47,5% — с двух сторон и в 30,0% — с одной). Средний диаметр слепков этих вен равняется 1,76 мм ( $\sigma = \pm 0,29$ ;  $m = \pm 0,03$ ). Они впадают или во внутренние подвздошные вены, или в их притоки. Нижние прямокишечные вены имеются во всех случаях. Средний диаметр их слепков равняется 2,6 мм ( $\sigma = \pm 0,32$ ;  $m = \pm 0,04$ ). Они начинаются от кожного и околожонного сплетений и присоединяются к внутренним срамным венам. С каждой стороны встречается по 2—3 пары вен. Короткие прямокишечные вены постоянные, образуются из околожонного сплетения. Средний диаметр слепков этих вен равняется 2,74 мм ( $\sigma = \pm 0,35$ ;  $m = \pm 0,04$ ), а длина — 5—8 мм. Прободая мышцу, поднимающую задний проход, они вливаются спереди в задние отделы мочепоолового сплетения, а сзади — в подфасциальное сплетение. Средние крестцовые вены получают притоки от подфасциального сплетения задней поверхности анального канала в 53,75%. Диаметр их слепков в среднем равняется 2,1 мм ( $\sigma = \pm 0,32$ ;  $m = \pm 0,03$ ). Кровь по ним оттекает в переднее крестцовое венозное сплетение.

Исследование клапанного аппарата прямой кишки показало, что в системе верхней прямокишечной вены клапаны отсутствуют. В средних, нижних, коротких прямокишечных и средних крестцовых венах клапаны обнаружены во всех случаях. Они располагаются в местах слияния и в местах впадения этих сосудов. Клапаны устроены таким образом, что кровь может оттекать только от прямой кишки. В опытах на трупном материале нам не удавалось заполнить вены прямой кишки со стороны мочепоолового сплетения, хотя само сплетение хорошо заполнялось через тыльную вену полового члена или клитора. Таким образом, при нормальной морфологии вен прямой кишки обратный ток крови по средним, нижним, коротким, прямокишечным и средним крестцовым венам в сторону прямой кишки невозможен, а следовательно, эмболы и метастазы гематогенным путем могут переноситься только от прямой кишки. Выделено три варианта венозного оттока от прямой кишки: а) с минимальным; б) со средним и в) с максимальным количеством внеорганных вен. В 1-м варианте отток от кишки осуществляется только по верхней, коротким и нижним прямокишечным венам (3,75%), во 2-м — по верхней, средним, нижним и коротким прямокишечным венам (42,5%), в 3-м — по верхней, средним, нижним, коротким прямокишечным и средним крестцовым венам (53,75%). Варианты венозного оттока следует учитывать во время хирургических операций. При 1-м варианте застойные явления в дистальном отрезке прямой кишки при ее резекции будут сильно выраженными, что, как показали наши опыты на животных, приводит к дистрофическим изменениям в стенке кишки.