

А. Х. Давлетшин (Казань). О кровоснабжении вогнутого края двенадцатиперстной кишки

В предыдущем сообщении о возможности перевязки магистральных артерий двенадцатиперстной кишки и их ветвей нами было показано (на клиническом и экспериментальном материале), что перевязка магистральных артерий и их прямых ветвей приводит к дистрофическим процессам во всех слоях стенки этого органа, а в ряде случаев — к некрозу. Из литературных источников известно, что при оперативных вмешательствах у человека нарушение кровоснабжения вогнутого края кишки нередко служит причиной расхождения швов культи. Однако имеющиеся сведения о морфологии сосудов вогнутого края двенадцатиперстной кишки разрозненны. По данным отдельных авторов, вогнутый край двенадцатиперстной кишки скудно снабжается кровью. Мы провели исследование всех звеньев артериального русла двенадцатиперстной кишки человека (50 коррозийных и 50 просветленных инъецированных препаратов) на макро-микроскопическом уровне. Это позволило нам более полно представить кровеносное русло органа во всех его слоях и частях. Помимо артериальных дуг и сосудов, отходящих от них в направлении свободного края двенадцатиперстной кишки и описанных также другими исследователями, мы обнаружили особую систему артериальных сосудов, питающих непосредственно вогнутый край кишки. Вильмер (1941) описал артериальное сплетение, расположенное экстраорганно на медиальном крае начальной части двенадцатиперстной кишки. Автор обращает на него внимание хирургов как на возможный источник обильного кровотока, не указывая на его участие в непосредственном питании кишечной стенки. Сведений о наличии сосудистой сети, прилежащей к вогнутому краю двенадцатиперстной кишки, у других исследователей мы не встретили. Анализ нашего материала показал, что, во-первых, между передней и задней артериальными дугами по вогнутому краю двенадцатиперстной кишки в 87% случаев имеются хорошо выраженные поперечные анастомозы (от 6 до 7), находящиеся друг от друга на приблизительно одинаковом расстоянии, равном 9—10 мм. Их длина составляет 18—21 мм, а диаметр — 0,4—0,6 мм; во-вторых, в 10% случаев при наличии верхней срединной поджелудочно-двенадцатиперстникокишечной артерии, также лежащей на вогнутом крае двенадцатиперстной кишки, количество этих анастомозов меньше; в-третьих, в 3% случаев при наличии сплетения Вильмера анастомозы также более редкие. Во всех 100% случаев от описанных трех видов экстраорганной сети вогнутого края двенадцатиперстной кишки отходят короткие прямые артерии, внедряющиеся в ее стенку и включающиеся в образование подслизистого сплетения, которое в области вогнутого края кишки выражено в такой же степени, как и в остальных отделах периметра кишки. Прямые сосуды в наибольшем количестве отходят от указанных выше поперечных анастомозов, сплетения Вильмера, верхней срединной поджелудочно-двенадцатиперстникокишечной артерии и в меньшем количестве — непосредственно от артериальных дуг. Прямые артерии, диаметром 0,2—0,3 мм, длиной 3—4 мм, по характеру подхода к стенке кишки и ветвления в подслизистом слое делятся на два вида: 1) артерии подходят к стенке кишки перпендикулярно и делятся в ее подслизистом слое по моноподиально-дихотомическому типу под тупым углом (120—180°); 2) они подходят к стенке кишки под острым углом (45—70°) и ветвятся по моноподиально-дихотомическому типу. Площадь кровоснабжения отдельного прямого сосуда первого вида равняется $8 \times 13 - 9 \times 15$ мм², а количество их на 1 см² колеблется от 1 до 2, в то время как площадь кровоснабжения каждого короткого прямого сосуда второго вида равняется $5 \times 5 - 6 \times 9$ мм², количество их на площади в 1 см² — 2—3.

Таким образом, при оперативных вмешательствах на двенадцатиперстной кишке следует помнить, что на вогнутом крае кишки располагаются экстраорганные артериальные анастомозы, связывающие переднюю и заднюю поджелудочно-двенадцатиперстникокишечные дуги, и что повреждение их может вызвать кровотечение или же резко нарушить кровоснабжение стенки двенадцатиперстной кишки в пределах вогнутого ее края.

И. Л. Белый, Д. Н. Маянский (Казань). Иммуногенные и аллергенные свойства пыли полиэфиров

В современном мебельном производстве в процессе шлифования деталей образуются пыль различных пород древесины и высокодисперсный аэрозоль полиэфирных лаков. Представлялось интересным изучать иммуногенные и аллергенные свойства пыли полиэфиров, а также пыли красного дерева.

В задачи настоящего исследования входило: 1) изучить иммуногенность аэрозоля полиэфирного лака ПЭ-246 и пыли красного дерева; 2) исследовать аллергизирующее действие пыли путем ее аппликации на кожу интактных и специфически сенсибилизированных животных; 3) определить влияние пыли красного дерева (препарат № 1) и пыли полиэфирного лака (препарат № 2) на фагоцитарную активность перитонеальных макрофагов; 4) изучить способность макрофагов перитонеального экссудата фагоцитировать частицы исследуемых препаратов.