

## МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ

О. С. Кочнев, В. Н. Биряльцев

Кафедра неотложной хирургии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Определение состояния желчевыводящих путей и терминального отдела холедоха является одним из труднейших вопросов интраоперационной диагностики при осложненном холецистите. В настоящее время никто из хирургов не сомневается в необходимости проведения интраоперационной холангиографии и в ее ценности. Именно она позволяет выявить у многих больных наличие конкрементов в желчных путях, определить степень расширения общего желчного протока и желчную гипертензию, состояние терминального отдела холедоха. Однако анализ рентгенограмм, выполненных во время 170 оперативных вмешательств по поводу различных степеней стеноза большого дуоденального сосочка, показал, что даже этот наиболее достоверный метод интраоперационной диагностики имеет существенный недостаток. Он заключается в том, что при обычном выполнении холангиографии нередко тень контрастного вещества в концевой части холедоха наслаивается на тень контраста в двенадцатиперстной кишке. Мы столкнулись с подобным явлением у 22 больных, т. е. у 13% оперированных. У этих пациентов при холангиографии обычным способом не удалось определить один из главных ее элементов, а именно — вид и состояние терминального отдела холедоха. У половины этих пациентов наслоение контрастированной тени холедоха и двенадцатиперстной кишки наблюдалось при сравнительно нешироком холедохе, что не дало возможности ни подтвердить, ни исключить патологию в большом дуоденальном сосочке (БДС). В то же время у 30% оперированных отсутствовала прямая зависимость между степенью расширения общего желчного протока и выраженностью стеноза БДС.

Таким образом, неширокий холедох и частичное поступление вводимого в желчные пути под давлением контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку могут симулировать при наслоении тени холедоха и двенадцатиперстной кишки или недостаточность БДС, или его благополучие при наличии патологии. Мы предлагаем в указанных сомнительных случаях производить повторную холангиографию после бескровной мобилизации панкреатодуоденального комплекса — мобилизационную холангиографию. Подобная мобилизация приводит к смещению медиального контура двенадцатиперстной кишки за счет сокращения ее круговых мышц и «освобождению» терминального отдела холедоха от тени двенадцатиперстной кишки. Рентгенологическая картина при этом существенно меняется. До мобилизационной холангиографии не только не видна тень терминального отдела холедоха, но и симулируется недостаточность БДС. После мобилизационной холангиографии четко определяется тень концевой части общего желчного протока и выявляется его патология (рис. 1, 2). При проверке у больных с указанными сомнительными рентгенологическими данными проходимости папиллы другими методами (зондированием папиллы, дебитоманометри-



Рис. 1. Интраоперационная холангиография до мобилизации двенадцатиперстной кишки. Общ. желчный проток расширен до 1,2 см. Контрастное вещество поступает в двенадцатиперстную кишку, причем тень контраста в кишке накладывается на тень терминального отдела холедоха и вирсунгова протока, симулируя недостаточность БДС и стриктуру вирсунгова протока.

Рис. 2. Мобилизационная холангиография. Четко видна тень терминального отдела холедоха, ее ампулярная часть и конечная часть вирсунгова протока. Имеется рефлюкс контрастного вещества в вирсунгов проток за счет стеноза БДС.

ей) у половины из них были обнаружены изменения в БДС, подтвержденные мобилизационной холангиографией и гистологическим исследованием кусочка БДС.

Мы считаем, что мобилизационная холангиография показана не для всех больных при интраоперационной диагностике. Однако этот метод очень полезен в случаях, когда результаты рентгенологического исследования вызывают сомнения и особенно при наслоении тени двенадцатиперстной кишки на тень общего желчного протока, что симулирует патологию БДС, которой нет, или скрывает ее. Если в целях диагностики необходимо мобилизовать двенадцатиперстную кишку, целесообразно сразу произвести мобилизационную холангиографию.

Поступила 13 декабря 1980 г.

УДК 616.34—089—06—005.1

## ИНТРАМУРАЛЬНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЛЫХ ОРГАНАХ

З. М. Сигал

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—доктор мед. наук З. М. Сигал) Ижевского медицинского института*

Расстройства интрамурального кровотока наблюдаются при механических нарушениях проходимости экстраорганных сосудов, вызванных тромбозом, эмболиями, перевязкой тех или иных ветвей, метастазами в регионарные лимфоузлы. Последнее отмечено в качестве анатомического субстрата ишемических энтеритов, гангрены пораженного отдела подвздошной кишки при карциноидных опухолях ее [12]. Второй разновидностью являются такие расстройства кровотока, при которых проходимость сосудов сохранена. Есть основания рассматривать стрессовые язвы как следствие неокклюзионной ишемии желудка. В патогенезе их играет роль нарушение микроциркуляции в слизистой; чаще они возникают в проксимальных отделах желудка.

Предположение о значении нарушений кровообращения как причине несостоятельности швов анастомозов высказывается рядом авторов. К кишечному шву для **успеха в создании** кишечного анастомоза предъявляются два требования: сопоставление серозных поверхностей и обильное кровоснабжение. Включение клетчатки в шовную линию вызывает несостоятельность, и поэтому кишечник должен быть освобожден от брыжейки вместе с вступающими в кишку в этом участке кровеносными сосудами [8]. Таким образом создается полоса стенки кишки, кровоснабжающаяся только через внутрстеночные сосудистые анастомозы.

Нет единства мнений при сравнительной оценке способов эзофагопластики. Одни хирурги считают, что при тотальной кишечной пластике предпочтительна эзофагопластика левой половиной толстой кишки изоперистальтически [2], другие получили лучшие результаты при использовании в качестве трансплантата правой половины толстой кишки с участком подвздошной [1]. Однако при различных видах пластики пищевода встречаются осложнения в виде некрозов трансплантата, и это типовое осложнение часто трудно предвидеть. Наряду с несостоятельностью швов, оно является наиболее частой причиной смертельных исходов, если трансплантат не расположен в подкожном канале. Несостоятельность швов анастомозов, некрозы кишки остаются типовыми осложнениями при различных операциях. В литературе за последние 30 лет мы нашли 42 публикации, в которых авторы указывают на прямую связь летальных исходов после различных операций на полых органах с этими осложнениями.

На первый взгляд кажется, что при несостоятельности швов после резекции и операций пластики пищевода полыми органами в качестве причин ишемических осложнений выступает лишь механический фактор — лигирование тех или иных экстраорганных сосудов и нарушение кровотока. Достаточно представить интрамуральную сеть пищевода, желудка, тонкой и толстой кишок, чтобы убедиться, что перевязка экстраорганных сосудов не нарушает непрерывности путей кровотока при резекциях и пластике. Учитывая структуру многоярусной широкоанастомозирующей сети сосудистой патологии при редуцированном кровотоке. При лигировании экстраорганных сосудов происходит переключение кровообращения на сохраненные экстраорганные и интрамуральные сосуды. В основе некроза трансплантата, несостоятельности швов интрамурального русла.

Важными для клинической практики представляются исследования растяжения, парезов кишки с гемодинамических позиций. Имеются лишь экспериментальные ис-