

THE FUNCTIONAL DISCHARGING TEST IN PROGNOSIS OF THE OUTCOMES OF ANTIGLAUCOMATOUS OPERATIONS

The informativity of the discharging glyceric test was studied. The results of the investigation showed that in prognosis of the antiglaucomatous operations the perimetric test is more informative in comparison with the visometric and campimetric ones.

The discharging test can be the criterion for the surgical treatment of the patients with glaucoma.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водовозов А. М. Мат. IV областной конф. офтальмологов и симпозиум по офтальмохромоскопии. Волгоград, 1975, с. 103.
2. Водовозов А. М., Мартемьянов Ю. Ф. Вестн. офтальмол., 1978, 1, с. 3.
3. Водовозов А. М., Борискина М. Г., Котельникова О. Д. Офтальмол. журн., 1980, 2, с. 90.
4. Водовозов А. М. Офтальмол. журн., 1981, 2, с. 80.
5. Козлова Л. П., Фролова П. П. В кн.: Актуальные проблемы офтальмологии, ч. I. Баку, 1977, с. 108.
6. Маринчев В. Н. Вестн. офтальмол., 1971, 6, с. 19.
7. Маринчев В. Н. В кн.: Актуальные проблемы офтальмологии, ч. I. Баку, 1977, с. 137.
8. Biettl G. M., Buccl M. G. Boll Oculist, 1967, 45, 11, 735.

УДК 616.342—002

П. А. РОМАНОВ, М. М. МИРИДЖАНИЯН

АНАТОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ
ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

В зависимости от степени фиксации двенадцатиперстной кишки выделены три варианта формы кишки: нормодуоденум, долиходуоденум и дуоденоптоз, которые имеют характерную рентгенологическую картину. При нормодуоденуме и долиходуоденуме, в отличие от дуоденоптоза, анатомических предпосылок для развития дуоденогастрального рефлюкса не отмечается.

Одной из теорий этиопатогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является «рефлюксная» теория [2, 8 и др.]. Частота дуоденогастрального рефлюкса при язвенной болезни колеблется от 30 до 70%. Важность проблемы подчеркивает факт развития раковых поражений слизистой желудка на фоне рефлюкса [3, 6, 7].

Ряд авторов [1, 4, 5] основной причиной развития дуоденогастрального рефлюкса считают хроническую дуоденальную непроходимость (ХДН). Ю. А. Нестеренко [4] пишет, что ХДН полиэтиологический процесс, который ведет к нарушению пассажа по двенадцатиперстной кишке и сопровождается, как правило, дуоденогастральным рефлюксом (ДГР).

Цель работы — выявить анатомические условия развития ДГР. Обследовано 130 нефиксированных трупов людей обоего пола в возрасте

от 19 до 75 лет и проанализированы истории болезни 12 больных. В результате анатомических исследований в зависимости от степени фиксации желудочно-кишечного тракта нами выделены три варианта двенадцатиперстной кишки и двенадцатиперстно-тощего изгиба: нормодуоденум с закругленным двенадцатиперстно-тощим изгибом, долиходуоденум с V-образным изгибом и дуоденоптоз с двенадцатиперстно-тощим изгибом в виде «двустволки». Каждый из этих вариантов имеет характерную синтопию и скелетотопию.

Нормодуоденум характеризуется правильной подковообразной формой кишки, которая лежит на уровне L_1-L_3 . Широкий корень брыжейки поперечно-ободочной кишки пересекает нисходящую часть двенадцатиперстной кишки, прикрывая спереди среднюю и нижнюю ее трети. Нижний изгиб кишки просматривается через нижний листок брюшины брыжейки поперечной ободочной кишки. Двенадцатиперстно-тощий изгиб равномерно закруглен и лежит на левой поверхности тела L_2 . К задневнутренней поверхности кишки на всем ее протяжении прилежит головка поджелудочной железы. Крючковидный отросток железы вдоль горизонтальной (нижней) и восходящей частей достигает двенадцатиперстно-тощего изгиба. Горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки спереди пересекают верхние брыжеечные сосуды. Нормодуоденум выявлен в 79 из 145 случаев.

Долиходуоденум проявляется разнообразием форм. Верхняя часть кишки расширена, нисходящая—удлинена и искривлена. Нижний изгиб расположен на уровне L_4 , восходящая часть удлинена и переходит в первую петлю тощей кишки на переднелевой поверхности тела L_3 под углом $50-60^\circ$, двенадцатиперстно-тощий изгиб имеет V-образную форму. Корень брыжейки поперечной ободочной кишки пересекает среднюю и частично нижнюю треть нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Оба изгиба плавно закруглены, несмотря на то, что нижний опущен. Крючковидный отросток поджелудочной железы не достигает двенадцатиперстно-тощего изгиба и заканчивается на восходящей части. Нижнюю горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки спереди пересекают верхние брыжеечные сосуды. Долиходуоденум выявлен в 49 из 145 случаев.

Дуоденоптоз характеризуется укорочением верхней и нижней частей двенадцатиперстной кишки, опущением длинной нисходящей части. Нижний изгиб кишки расположен на уровне L_4-L_5 , по форме он в виде острого угла $40-50^\circ$. Гастроптоз сопровождается опущением привратника до уровня L_3 и ниже и формированием верхнего изгиба на том же уровне в виде такого же острого угла. Тонкий корень брыжейки поперечно-ободочной кишки пересекает нижнюю треть нисходящей части двенадцатиперстной кишки.

Двенадцатиперстно-тощий изгиб в виде «двустволки» лежит на передней поверхности тела L_3 и под углом в $30-35^\circ$ переходит в первую петлю тощей кишки. Крючковидный отросток поджелудочной железы лежит вдоль нисходящей части. Верхние брыжеечные сосуды пересекают спереди восходящую часть двенадцатиперстной кишки. При дуоденоптозе верхний и двенадцатиперстно-тощий изгибы расположены на

одном уровне, но на разной глубине, нижний изгиб и горизонтальная (нижняя) часть опущены до уровня L_5 . Все это придает двенадцатиперстной кишке форму замкнутой петли. Дуоденоптоз выявлен в 17 из 145 случаев.

При изучении анатомо-функционального состояния, взаимной топографии желудка и двенадцатиперстной кишки мы производили рентгенологическое исследование больных в вертикальном и горизонтальном положении. Кроме того, при исследовании в вертикальном положении изучали топографию желудка и двенадцатиперстной кишки в различные фазы дыхания, а также при активном втяжении передней брюшной стенки, пассивном приподнимании органов живота рукой или с помощью люфы, при свободном расслаблении брюшной стенки.

У больных также установлено три основных варианта анатомо-функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки.

Первый (наиболее частый) вариант: желудок имеет форму крючка. Синус желудка при исследовании в вертикальном положении перекрывает горизонтальную (нижнюю) часть двенадцатиперстной кишки и двенадцатиперстно-тощий изгиб. Луковица кишки располагается на уровне L_2 , двенадцатиперстно-тощий изгиб равномерно закруглен и лежит на левой стороне L_3 . При подтягивании живота, а также в горизонтальном положении исследуемого желудок смещается вверх, обнажая петлю двенадцатиперстной кишки в виде равномерной подковы, которая при этом почти не меняет своего положения; остаются фиксированными верхний и двенадцатиперстно-тощий изгибы кишки. Нижняя (горизонтальная) часть располагается на уровне L_3-L_4 и также заметно не смещается. Этот вариант мы наблюдали у большинства обследованных — у 75 из 122, преимущественно у лиц мезоморфного типа телосложения, он соответствует анатомическому варианту нормодуоденум.

Второй вариант: желудок имеет форму рога или удлиненного крючка и сопровождается умеренным гастродуоденоптозом. Синус желудка находится на уровне L_4 . Луковица и верхний изгиб двенадцатиперстной кишки расположены на уровне L_3 , двенадцатиперстно-тощий изгиб в виде буквы «П» — на уровне L_3-L_4 . Горизонтальная (нижняя) часть находится на уровне L_4 . Вся петля двенадцатиперстной кишки обнажена, кишка имеет разнообразные формы, но чаще форму «П». Нисходящая часть удлинена и искривлена. При подтягивании живота вверх, а также в горизонтальном положении больного взаимное расположение желудка и двенадцатиперстной кишки меняется незначительно. Этот вариант имел место у 31 больного, главным образом брахиморфного типа телосложения.

Третий вариант: желудок удлинен и опущен, синус его находится над входом в малый таз, на уровне крестцовых позвонков. Луковица, верхний изгиб двенадцатиперстной кишки, а также и двенадцатиперстно-тощий изгиб в виде «двустволки» располагаются на уровне L_4-L_5 . Петля двенадцатиперстной кишки имеет форму замкнутого кольца. При подтягивании живота, а также исследовании больных в горизонтальном положении отмечалась значительная подвижность двенадцатиперстной кишки. Луковица смещалась вверх до уровня L_2 , двенадцатиперст-

но-тощий изгиб—до L_3 . При этом значительно менялось положение горизонтальной (нижней) части двенадцатиперстной кишки. Этот клинический вариант соответствует анатомическому варианту дуоденоптоза. Он обнаружен у 16 человек с долихоморфным типом телосложения.

Таким образом, наши данные, как и данные большинства исследователей, говорят о том, что следует выделять три формы двенадцатиперстной кишки: нормодуоденум (подковообразная форма), долихoduоденум (U- и V-образные формы) и дуоденоптоз (О-образная форма). Однако необходимо подчеркнуть, что эти три варианта кишки строго соответствуют степени фиксации органов желудочно-кишечного тракта к задней стенке живота после полного эмбриологического поворота в пренатальном периоде. При завершённой фиксации органов желудочно-кишечного тракта желудок имеет форму крючка, а двенадцатиперстная кишка (нормодуоденум)—подковообразную форму, причем верхний изгиб кишки лежит на уровне L_2 , двенадцатиперстно-тощий— L_3 , горизонтальная (нижняя) часть— L_3 — L_4 .

При неполной фиксации желудок имеет форму рога или удлинённого крючка, двенадцатиперстная кишка (долихoduоденум)—разнообразные формы (U, V, W-образные формы). Верхний изгиб ее находится на уровне L_2 , нисходящая часть удлинена и искривлена, горизонтальная (нижняя) часть лежит на уровне L_3 — L_4 , а двенадцатиперстно-тощий изгиб—на уровне L_3 .

При крайней форме незавершённой фиксации желудочно-кишечного тракта возникает состояние висцероптоза, которое у наших больных было частично выявлено в виде гастродуоденоптоза. При этом четко показано, что луковица, верхний изгиб кишки с одной стороны и двенадцатиперстно-тощий изгиб—с другой лежат на одном уровне L_4 — L_5 с низким провисанием горизонтальной части кишки, т. е. петля двенадцатиперстной кишки как бы замкнута, причем вход и выход из кишки лежат выше малой кривизны желудка.

У 12 больных (4—после СВ с пилоропластикой, 4—рак пилорического отдела желудка, 2—артерио-мезентериальная непроходимость, 2—язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) отмечен дуоденогастральный рефлюкс. Рентгенологически у них выявлен гастродуоденоптоз. Большая кривизна желудка располагалась над входом в малый таз, на уровне крестцовых позвонков. Луковица и верхний изгиб двенадцатиперстной кишки, а также двенадцатиперстно-тощий изгиб находились на уровне L_4 — L_5 . При подтягивании живота, а также при исследовании в горизонтальном положении отмечалась выраженная подвижность двенадцатиперстной кишки. Луковица смещалась с уровня L_4 до L_2 , двенадцатиперстно-тощий изгиб—до L_3 . При этом значительно менялось положение горизонтальной (нижней) части двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, положение пилоруса, верхнего изгиба и двенадцатиперстно-тощего изгиба на одном уровне L_4 — L_5 и выше малой кривизны опущенного желудка, острый угол в виде «двустволки» двенадцатиперстно-тощего изгиба являются анатомическими предпосылками развития ХДН. Пересечение горизонтальной (нижней) части двенадца-

типерстной кишки верхней брыжеечной артерией без защиты крючковидным отростком поджелудочной железы и наличие при этом острого аорто-мезентериального угла $15-25^\circ$ усугубляют явления ХДН.

Застойные явления в двенадцатиперстной кишке, положение луковичи и пилоруса, двенадцатиперстно-тощего изгиба выше антрального отдела желудка, который провисает до малого таза, значительная смещаемость петли двенадцатиперстной кишки вверх с L_4 до L_2 может объяснить рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок.

ХДН—результат дуоденоптоза, который является врожденным состоянием и частным проявлением общего висцероптоза. Исходя из этого, подходу патогенетически к вопросам лечения ДГР, мы рекомендуем при хирургических способах лечения ДГР обращать особое внимание на состояние висцероптоза.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
2-го лечебного факультета I ММИ им. И. М. Сеченова.

Поступила 9/IV 1986 г.

Պ. Ա. ՌՈՄԱՆՈՎ, Մ. Մ. ՄԻՐԻՋԱՆՅԱՆ

ԴՈՒՈՒԵՆՈԳԱՍՏՐԱԼ ՌԵՖԼՅՈՒԲՍԻ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ԱՆԱՏՈՄԻԱԿԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

Տասներկուամտնյա աղու ֆիքսման առանձնահատկություններից ելնելով տարբերում են նրա կառուցվածքի երեք տարբերակ. նորմոդուոդենում, դոլիխոդուոդենում և դուոդենոպտոզ, որոնք ունեն բնորոշ ռենտգենոլոգիական պատկեր: Նորմոդուոդենումի և դոլիխոդուոդենումի դեպքում, ի տարբերություն դուոդենոպտոզի, դուոդենոգաստրալ ռեֆլյուբսի զարգացման համար անատոմիական նախապայմաններ չեն դիտվում:

P. A. ROMANOV, M. M. MIRIDJANYAN

ANATOMICAL CONDITIONS OF THE DEVELOPMENT OF DUODENOGASTRAL REFLUX

Due to the fixation degree of duodenum three variants are distinguished: normoduodenum, dolichoduodenum and duodenoptosis which have their specific radiographic pictures. In the case of normoduodenum and dolichoduodenum unlike duodenoptosis preconditions for the development of duodenogastral reflux are not observed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Акимов Н. П., Бацков С. С. Тер. арх. 1982, 3 с. 137.
2. Витебский Я. Д. Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Челябинск, 1976, с. 16.
3. Михаськив И. Н. Хирургия, 1980, 2, с. 44.
4. Нестеренко Ю. А. В кн.: Тр II МОЛМИ им. Н. И. Пирогова. М., 1984, с. 5.
5. Циммерман Я. С. Клин. мед., 1983, 2, с. 141.
6. Davidson E., Hersh T. Amer. J. Surg., 1975, 130, 5, 514.
7. Davenport H. Digestion, 1972, 5, 2, 162.
8. Sonnenberg A., Schattenmonn G., Lepstien T., Blum A. et al. Tames Christensens Gastrointestinal Motility. Raven prebook, New York, 1980, 163.

А. Г. МАТЕВОСЯН

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ЗУБЦА R НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Под наблюдением находились 55 больных (мужчины). На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных больные были разделены на 2 группы: 35 больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) и 20 больных нейроциркуляторной дистонией с кардиалгическим синдромом, составивших контрольную группу. Каждому больному выполнено зондирование коронарного синуса сердца, легочной артерии, левых отделов сердца. Регистрировались кривые давления из левого желудочка, показатели центральной гемодинамики, отбирались пробы крови на исследование содержания в них лактата в покое и на высоте теста предсердной стимуляции (ТПС).

Определение ΣR в стандартных отведениях ЭКГ в покое и на высоте ТПС позволяет выделить группы больных хронической ИБС, различные по клиническим проявлениям заболевания, состоянию сократимости, гемодинамики и миокардиальной экстракции лактата.

Анализ ΣR у больных хронической ишемической болезнью сердца позволяет оценивать прогноз заболевания. Достоверно показано, что повышение ΣR соответствует наиболее тяжелой стенокардии и большому количеству инфарктов миокарда в ближайшем периоде.

с. 11, 3 табл., библиогр. 10 назв.

Ереванский медицинский институт

Полный текст статьи депонирован в ВНИИМИ

За № Д-13400 от 18/V 1987 г.

УДК 612.12.173.1/4 : 616.12—073.97 : 616.127—005.8

А. Г. МАТЕВОСЯН

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОЛИЧЕСТВЕННЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭКГ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Под наблюдением находились 55 больных (мужчины). На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных больные были разделены на 2 группы: 35 больных хронической ишемической болезнью сердца и 20 больных нейроциркуляторной дистонией с кардиалгическим синдромом, составивших контрольную группу. Каждому больному выполнено зондирование коронарного синуса сердца, легочной артерии, левых отделов сердца. Регистрировались кривые давления из левого желудочка, показатели центральной гемодинамики, отбирались пробы крови на исследование содержания в них лактата в покое и на высоте теста предсердной стимуляции (ТПС).