

П. П. АНАНИКЯН, Г. М. АНДРИАСЯН, С. М. НАНЯН

СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ
ПО ДАННЫМ АНГИОГРАФИИ

Усовершенствован и внедрен в клиническую практику новый способ ангиографии желудка при язвенной болезни, который обеспечивает четкое контрастирование и выявление патологических изменений, происходящих в сосудистой системе.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает важное место по своей распространенности в патологии желудочно-кишечного тракта. Изучение ангиоархитектоники органов брюшной полости может играть немаловажную роль для решения ряда вопросов, касающихся патогенеза заболеваний [1—3].

В настоящее время существует множество методик по изучению сосудистой системы желудочно-кишечного тракта при его различных патологических состояниях [1—13]. Однако все они имеют наряду с преимуществами и ряд недостатков. Наиболее простым является метод ангиографии, разработанный Н. Н. Миролюбовым [3], однако из-за применения вязких контрастных веществ и фиксации препарата формалином указанный метод не может гарантировать получение четкой ангиографической картины, т. к. вязкие контрастные вещества не могут проникать в мелкие сосуды, а формалин вызывает сморщивание препарата.

Учитывая эти недостатки, мы видоизменили методику ангиографии препаратов желудка и двенадцатиперстной кишки, сущность которой сводится к следующему. Во время операции резекции желудка необходимо тщательно производить перевязку кровоточащих сосудов резецированной части желудка и двенадцатиперстной кишки. Затем через несколько хорошо выраженных сосудов (артерии и вены) по малой и большой кривизне вводится контрастное вещество (10—20 мл 50% раствора в зависимости от величины удаленного препарата) до хорошего наполнения сосудов. Место пункции сосуда перевязывают, чтобы избежать выхода из него контрастного вещества, после чего производились рентгенографические снимки (фокусное расстояние 135 см).

В результате применения указанной методики нами произведено 80 ангиографических картин, которые отличались качеством изображения с четким отражением ангиоархитектоники сосудистой системы удаленной части желудка и двенадцатиперстной кишки. У 56 больных желудок был резецирован по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (6 с кровоточащими язвами) и у 24 больных была язва желудка (8 с кровоточащими язвами).

Проводя ангиографическое исследование удаленной части желудка и двенадцатиперстной кишки, мы преследовали цель—выяснить характер патологических изменений сосудистой системы желудка, выявить роль ангиоархитектоники в этиопатогенезе заболевания, а также ее значимость при хирургическом лечении данной патологии.

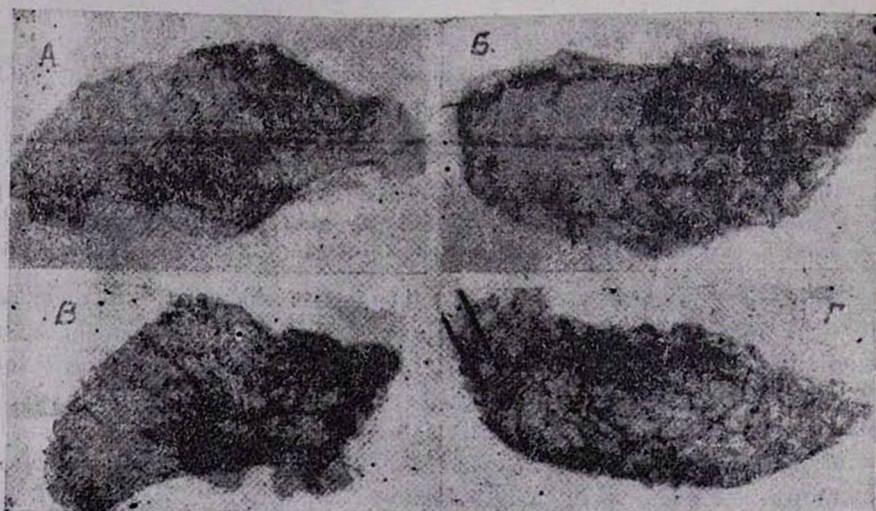


Рис. А. Склероз сосудов непосредственно у язвы. Б. Кавернозное расширение сосудов при кровоточащих язвах. В. Сужение сосудов при хронических калезных язвах. Г. Расширение венозных сосудов при свежих язвах желудка.

При интерпретации ангиографических рентгеноснимков и сопоставлении с патогистологическими данными нами установлено, что при язвенной болезни желудка нарушается нормальная ангиоархитектоника. При хронических калезных язвах желудка происходит сужение сосудов. Сосудистая сеть бедна. Чем ближе расположена язва к выходу желудка, тем уже просвет сосудов. При старых язвах отмечается склероз сосудов непосредственно у язвы (рис., А). При кровоточащих язвах ангиоархитектоника желудка несколько отличается—венозная система, в частности, тела желудка варикозно расширена; мелкие вены местами сплетены вокруг язвы в виде каверн, неравномерно расширены (рис., Б).

При хронических калезных язвах двенадцатиперстной кишки ангиоархитектоника резко обеднена. Отмечается резкое сужение всех сосудов по всему желудку и удаленной части двенадцатиперстной кишки. Вокруг язвы сосуды слабо развиты, изредка заметны вены, которые шаровидно расширены. При язвах с небольшим анамнезом артерии более склеротизированы, разрушены, а вены сплетены, шаровидно расширены, местами составляя циркулярные анастомозы вокруг язвы (рис., В). При кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки сосуды в несколько раз уже, чем в норме, а сосудистая сеть выражена слабо. В области тела желудка вены расширены. Чем ближе к

язве, тем больше склеротизированных артерий, вены расширены в виде песочных часов, местами расширение шаровидное, иногда тонкие вены сплетены (рис., Г).

Таким образом, знание ангиоархитектоники желудка и двенадцатиперстной кишки способствует выявлению патологических изменений сосудистой системы и определяет ее роль в этиопатогенезе язвенной болезни этих органов.

Кафедра общей хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 20/X 1988 г.

Պ. Պ. ԱՆԱՆԻԿՅԱՆ, Հ. Մ. ԱՆԴՐԻԱՍՅԱՆ, Ս. Մ. ՆԱՆԻԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԱՆՈՔՆԵՐԻ ՎԻԶԱԿԸ ԵՌՑԱՅԻՆ ՊԱՔՈՂՈԳԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԸՍՏ ԱՆԳԻՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ

Հաշվի առնելով ստամոքսի և 12-մատնյա խոցային հիվանդության ժամանակ անգիոգրաֆիկ հետազոտության գոյություն ունեցող եղանակների մի շարք թերությունները, կատարելագործվել և ներդրվել է նոր մեթոդ, որն ապահովում է ստամոքսի և 12-մատնյա աղու անոթային համակարգի հստակ կոնտրաստավորումը և նրանցում տեղի ունեցող պաթոլոգիական փոփոխությունների հայտնաբերումը: Կատարված է 80 ռենտգենակոնտրաստային հետազոտություն: Ստացված ռենտգեն նկարների վերլուծության հիման վրա ցույց է տրված անոթային համակարգի կարևոր դերը ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդության էթիոպաթոգենեզում:

P. P. ANANIKIAN, G. M. ANDRIASSIAN, S. M. NANIAN

THE STATE OF THE VESSELS OF STOMACH AND DUDENUM AT ULCEROUS PATHOLOGY ACCORDING TO ANGIOGRAPHIC DATA

The new method of angiography at ulcerous disease is worked out and applied in the clinical conditions, which allows to reveal the pathologic changes in the vascular system. The great significance of the vascular system in etiopathogenesis of the gastric and duodenal ulcerous disease is established.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Быков К. М., Курцан И. Т. Кортиковисцеральная теория патогенеза язвенной болезни. М., 1952.
2. Вишневский А. А. Зондирование и ангиография магистральных ветвей чревной артерии. М., 1963.
3. Миролубов Н. Н. Основные особенности архитектоники сосудов желудка при раке его (Тр. Иркутского мед. института). Иркутск, 1957, с. 13.
4. Огнев Б. В. К методике исследования кровеносных сосудов тушью (Тр. III Всероссийского съезда зоологов, анатомов и гистологов). М., 1927, с. 293.
5. Saldinger M. et al. Chir. pathol. Spor., 1956, 4, 563.
6. Oedman P. Acta Radiol., 1956, 45, 1.
7. Marino F. et al. Press med., 1956, 64, 1944.
8. Boljsen E. et al. Acta Radiol. diag., 1966, 4, 306.
9. Farians P. L. Am. J. Roent., 1946, 55, 4481.
10. Milans B. et al. Rey Cuban Cardiol., 1950, 11, 105.
11. Pereire-Caldos J. Radiol. electr., 1953, 34, 281.
12. Katow T. et al. Gastro-hepato-portography, IX Internat. Congress für Radiologic., München, 1959, 15.
13. Fesani F. et al. Wautins Radiologins., 1961, 27, 434. Bibl. Kas. Franc. Engl.