

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ КУЛЬТЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ

М.М.Мириджанян, В.Г.Оганесян

*/Кафедра хирургии N1 Ереванского государственного медицинского
университета им. М.Гераци/
375025 Ереван, ул. Корюна 2*

Ключевые слова: кровоснабжение, культя, двенадцатиперстная кишка

Возможности компенсации кровоснабжения культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) после перевязки желудочно-двенадцатиперстной, верхних поджелудочно-двенадцатиперстных и атипичных сосудов изучены достаточно полно [1-4]. Однако вопрос о развитии ишемических некрозов культи в зависимости от вариантов образования поджелудочно-двенадцатиперстными сосудами артериальных дуг освещен недостаточно.

В связи с этим нами изучено 50 рентгеноангиограмм культи ДПК. Исследования проводились на трупах людей в возрасте от 18 до 72 лет. Во всех случаях рентгеноконтрастный водный раствор сурика вводили в верхнюю брыжеечную, а в 32 — и в желудочно-двенадцатиперстную артерию одномоментно под давлением 180 мм.рт.ст. при температуре раствора 37-40°C. Полученные рентгеноангиограммы позволили составить схематическое изображение сосудов артериальных дуг (рис. 1).

При инъекции сосудов культи ДПК только через верхнюю брыжеечную артерию в одном из 18 случаев не заполнились сосуды ее начального участка (рис. 2). При этом на ангиограмме не контрастировались передняя и задняя поджелудочно-двенадцатиперстные артериальные дуги, а определялись лишь нижние передняя и задняя поджелудочно-двенадцатиперстные артерии. Во втором случае не заполнились контрастным раствором сосуды задней стенки культи ДПК (рис.3). На ангиограмме определялась передняя поджелудочно-двенадцатиперстная артериальная дуга и задненижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия. В этом случае для предупреждения вытекания контрастного раствора была предварительно перевязана желудочно-двенадцатиперстная артерия в месте ее деления на переднюю и заднюю верхние ветви. Поэто-

му контрастный раствор из передней артериальной дуги не мог попасть в верхнюю заднюю поджелудочно-двенадцатиперстную артерию.

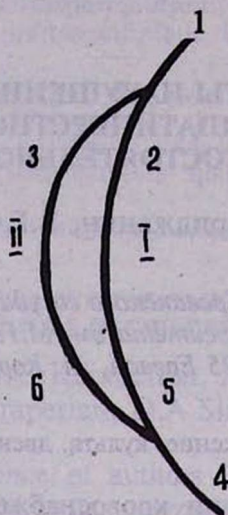


Рис.1 Схема сосудов и артериальных дуг ДПК:

I — передняя поджелудочно-двенадцатиперстная артериальная дуга;
II — задняя поджелудочно-двенадцатиперстная артериальная дуга;
1 — желудочно-двенадцатиперстная артерия; 2 — передняя верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия; 3 — задняя верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия; 4 — верхняя брыжеечная артерия; 5 — передняя нижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия; 6 — задняя нижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия



Рис.2 Рентгеноангиограмма культи ДПК с бессосудистым участком

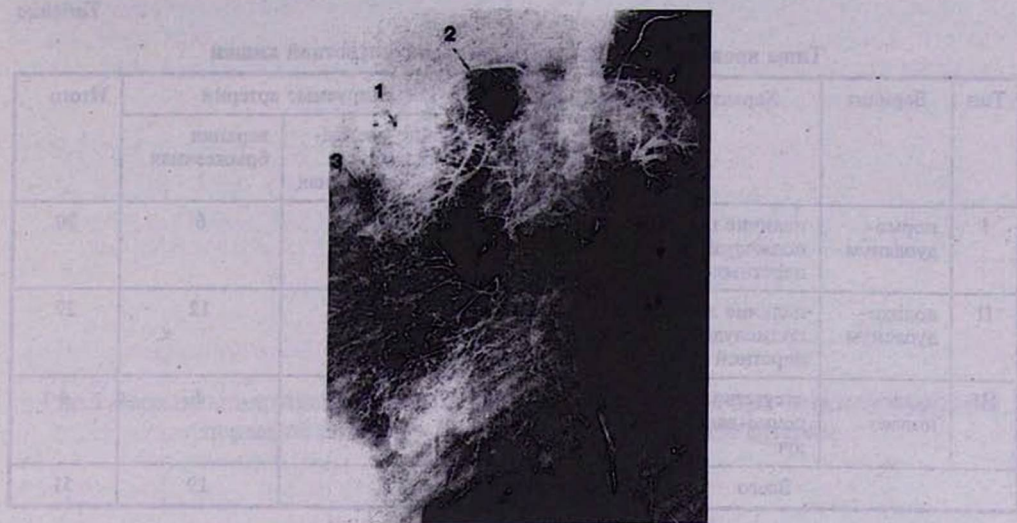


Рис.3 Рентгеноангиограмма культи ДПК после рассечения ее с последующим расправлением на препаровальном столике:
1—задняя "бессосудистая" стенка; 2 — место ушивания (тканевой валик); 3 — передняя стенка



Рис.4 Варианты нарушений кровоснабжения культи ДПК при перевязке желудочно-двенадцатиперстной артерии

В зависимости от вариантов желудка и ДПК и наличия артериальных поджелудочно-двенадцатиперстных дуг мы выделили три типа кровоснабжения культи ДПК (табл.).

Проведенные исследования показали, что в зависимости от типа артериальных дуг культи двенадцатиперстной кишки во время резекции желудка в связи с перевязкой ее сосудов могут возникать различные ситуации нарушения ее кровоснабжения.

Типы кровоснабжения культи двенадцатиперстной кишки

Тип	Вариант	Характеристика типов	Инъецируемые артерии		Итого
			желудочно-двенадцатиперстная и верхняя брыжеечная	верхняя брыжеечная	
I	нормо-дуоденум	наличие передней и задней поджелудочно-двенадцатиперстных дуг	14	6	20
II	долихо-дуоденум	наличие лишь передней поджелудочно-двенадцатиперстной дуги	15	12	27
III	дуоденоптоз	отсутствие обеих поджелудочно-двенадцатиперстных дуг	3	1	4
Всего			32	19	51

В случаях выключения кровотока по желудочно-двенадцатиперстной артерии (рис. 4) при первом типе кровоснабжения ток крови осуществляется по замкнутому кругу. Сохраняется контралатеральный кровоток по Р.Леришу, что имеет большое значение для нормальной микроциркуляции в тканях. При втором типе кровоснабжения кровоток идет по полукругу, но отсутствует контралатеральный ток крови. При третьем типе — снабжается кровью лишь нижний участок культи двенадцатиперстной кишки.

Выключение кровотока по верхней передней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии (рис. 5) при первом и втором типе кровоснабжения не вызывает нарушения последнего, а лишь исчезает контралатеральный ток крови в передней, а при втором типе — и в задней стенке культи ДПК. При третьем типе отсутствует кровоснабжение передней верхней стенки культи ДПК и контралатеральный ток крови в области ее задней стенки.

Перевязка с выключением кровотока по верхним передней и задней поджелудочно-двенадцатиперстным артериям (рис. 6) при первом типе кровоснабжения не вызывает нарушения последнего, но исчезает контралатеральный ток крови. При втором типе отсутствует кровоснабжение задневерхней стенки культи ДПК, исчезает контралатеральный ток крови в области передней и задней стенки. При третьем типе не снабжается кровью начальный участок ДПК.

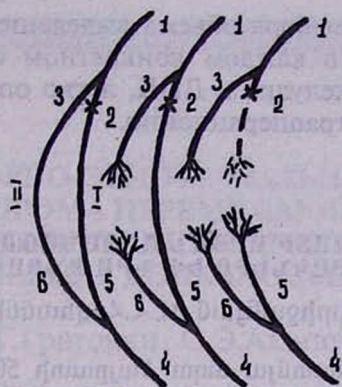


Рис.5 Варианты нарушений кровоснабжения культи ДПК при перевязке верхней передней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии

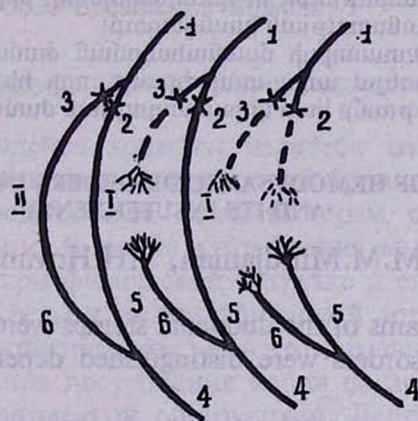


Рис.6 Варианты нарушений кровоснабжения культи ДПК при перевязке верхних передней и задней поджелудочно-двенадцатиперстных артерий

Таким образом, при первом типе кровоснабжения, т.е. при нормодуоденуме, нарушения кровоснабжения культи ДПК почти не происходит, имеется лишь нарушение контралатерального тока крови. Учитывая, что язвы при этом в основном образуются во внелуковичном отделе ДПК, без риска можно выделить луковицу как можно ниже.

При втором типе кровоснабжения, т.е. при долиходуоденуме, слишком низкое выделение дуоденума опасно в связи с перевязкой поджелудочно-двенадцатиперстных артерий и нарушением кровоснабжения культи ДПК.

При третьем типе кровоснабжения, т.е. при дуоденоптозе, нарушается кровоснабжение культи ДПК и нежелательно оголение ДПК. В этом случае лучше проводить операцию по Бильрот-1.

Таким образом, для выбора объема выделения ДПК и метода оперативного вмешательства в каждом конкретном случае можно руководствоваться вариантами желудка и ДПК, легко определяемыми как рентгенологически, так и интраоперационно.

Поступила 20.12.96

12ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԾԱՅՐԱՏԻ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Մ.Մ.Միրիջանյան, Վ.Հ.Հովհաննիսյան

Ուսումնասիրվել են 12մատնյա աղու ծայրատի 50 ռենտգենագիտորամներ, ըստ 12մատնյա աղու անատոմիական տարբերակների: Հետազոտությունների արդյունքում, ըստ 12մատնյա աղու կառուցվածքի, առանձնացվել է 3 տարբերակ՝ նորմոդուոդենում, որի ժամանակ ծայրատի արյան շրջանառության խանգարում չի լինում, դոլիխոդուոդենում, որի ժամանակ խանգարվում է միայն առաջնա-ստորին պատի արյան շրջանառությունը եւ դուոդենոպտոզ, երբ տեղի է ունենում ամբողջ ծայրատի արյան շրջանառության խանգարում:

Առաջարկվում է ստանդարտ մասնահատման ժամանակ մեթոդի ընտրության համար որոշել 12մատնյա աղու տարբերակը, որը հեշտությամբ կարելի է անել ռենտգեն-հետազոտությամբ կամ վիրահատության ժամանակ:

THE MAIN TYPES OF HEMODYNAMIC DISORDERS IN THE DUODENAL STEM AND ITS INSUFFICIENCY

M.M.Miridjanian, V.H.Hovanissian

50 X-ray angiograms of the duodenal stems were investigated. Three types of hemodynamic disorders were distinguished depending upon the duodenal form.

In the first type, normoduodenum, hemodynamic disorders don't take place, in the second type, dolichoduodenum, the antero-inferior section has some disorders, and in the third type, duodenoptosis, the hemodynamic disorders are observed in the whole duodenal stem.

All three duodenal types are easily determined by X-ray examination and during the operation, which is very helpful for choosing the volume and method of surgical intervention in gastric resection.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давлетшин А.Х. Венозное кровоснабжение желудка и ДПК. Клин. хир., 1988, 3, с. 60.
2. Попов С.Д. Методы оперативного лечения дуоденальных язв. Вест. хир. им. Грекова, 1995, 6, с. 70.
3. Чесноков А.А. Особенности кровоснабжения двенадцатиперстной кишки. Автореф. дисс. канд., Пермь, 1975.
4. Fan S.T., Law W.I., Yip W.C. Surg. Gynecol. Obstet., 1988, 166, 4, p. 307.