

УДК 616.343.848

Анатомо-гемопатофизиологические процессы при чрезбрыжеечных интестинопликациях

А. С. КАЛУГИН, И. Н. СЕРЕГОВ

Введение

Гемодинамика артериальной системы брыжейки человека отличается от животных, в частности от собак, большим количеством аркад. У животных наблюдается только дуги первого и второго порядка. Могут встречаться и одноаркадность сосудов брыжейки.

Проводя сравнительную характеристику артериальных сосудов брыжеечного края тонкого кишечника человека и собаки, мы можем констатировать, что анатомическое строение артериальной системы тонкой кишки человека является более дифференцированной и имеет лучшие условия для развития сосудистых коллатералей, чем артериальное русло брыжейки и стенки кишки собаки.

Цель и задачи. В данной работе были поставлены следующие задачи:

- изучить некоторые вопросы гемодинамики тонкого кишечника у человека и собак;
- изучить характер изменений, наступающих в тонком кишечнике после интестинопликаций как у человека, так и у собак;
- изучить функции брыжейки в обеспечении гемодинамики после интестинопликаций различных модификаций у животных и человека, проводя исследования на трупном материале тонкого кишечника;
- разработать методы интестинопликаций как у животных, так и человека на тонком кишечнике;
- дать комплексную оценку методов гемодинамики в эксперименте, которая наблюдается при различных методах интестинопликаций.

Материалы и методы исследования

Работа включает комплексное экспериментальное и клиническое исследования.

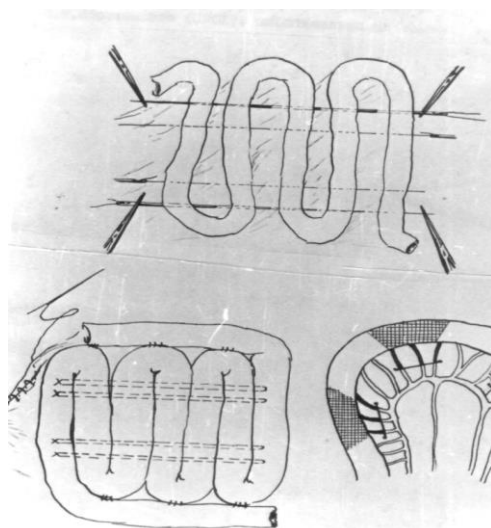


Рисунок 1 – Возможность нарушения брыжеечного кровообращения при наложении П-образных швов (из работ Ю.Т. Комаровского, И.Ю. Корчинского и С.К. Гордиенко)

Кровоснабжение тонкого кишечника при интестинопликациях изучалось в эксперименте у собак в остром опыте, а также при помощи наливки патологоанатомических препаратов через верхнюю брыжеечную артерию контрастной смесью по А.С. Золотухину-Бартальсу, временами применялась флуоресцентная проба.

Ю.М. Лопухин рассматривает внутривисцеральные кровяные сосуды как единое сплетение, которое друг с другом связаны анастомозами. При нарушении питания кишечника оно обеспечивает коллатеральное кровообращение [1], учитывая количественную вариативность прямых сосудов и индивидуальную особенность их в кровоснабжении брыжеечного края тонкой кишки.

Исследования Ю.Т. Комаровского, И.Ю. Корчинского и С.К. Гордиенко показали, что при пликировании тонкого кишечника П-образными швами по Чайлдсу (I этап операции) приводит к нарушению брыжеечного кровообращения [1, 2].

Результаты и обсуждения

Интестинопликации тонкого кишечника в определенном порядке зависят от размеров брыжейки и размеров кишечной трубки. Исходя из литературных данных и собственного исследования, следует считать наиболее физиологическим верообразное расположение тонкого кишечника.

Наши исследования показали, что ширина брыжейки тонкого кишечника в начальной части имеет $M=10,6 \pm 0,06$ см, в средней его части $M=15,0 \pm 0,1$ и конечной $M=14,0 \pm 0,1$ см.

Соответственно размерам брыжейки следует брать в начальном отделе тонкой кишки ряды длиной по 11-12 см, затем постепенно их увеличивать до 22-25 см и каудальному отделу снова уменьшать до 14-16 см. Такие размеры пликированных рядов полностью согласуются с анатомическими данными.

Наилучшее кровоснабжение кишечных петель происходит при фиксации указанным способом межсосудистых промежутков брыжейки вблизи края кишки, отступая от *pars nuda* 1-1,5 см. Углы поворотов кишечных рядов не пликируются на расстоянии 3-4 см.



Рисунок 2 – Вазорентгенограмма, тонкого кишечника пликированного сегментарно-брыжеечным методом

Таким образом, разработанный нами в эксперименте метод сегментарной брыжеечной интестинопликации в трех вариантах в полной мере согласуется с анатомическими данными размеров брыжейки и сосудистого строения брыжеечного края тонкой кишки человека.

Заключение

Применение лапораскопических современных методов при спаечной болезни брюшины имеют технические особенности, которые связаны с топографической перестройкой органов в следствие нарушения кровоснабжения, которые порой образуют единый конгломерат. Основная причина препятствия во время операции – это технические сложности и патофизиологические изменения гемодинамики.

По этой причине лечение больных, страдающих спаечной болезнью брюшины, должно быть комплексным и строго дифференцированным [4].

Abstract. The paper considers the study of physiological processes at treating peritoneum diseases.

Литература

1. Лопухин, Ю.М. Экспериментальная хирургия / Ю.М. Лопухин. – М., 1971. – 170 с.
2. Комаровский, Ю.Т. Методика энтероптисии при послеоперационной спаечной кишечной непроходимости / Ю.Т. Комаровский, И.Ю. Корчинский, С.К. Гордиенко // Клин. хир., 1962. – № 6. – С. 34-40.
3. Калугин, А.С. Еюнопластика / А.С. Калугин. – Мн.: Беларусь, 1976. – 142 с.
4. Калугин, А.С. Раскрытие физиологических закономерностей при комплексном лечении спаечной болезни брюшины в эксперименте и клинике / А.С. Калугин // Известия ГГУ им. Ф. Скорины, 2007. – № 1 (40). – С. 126-133.

Гомельский государственный
университет им. Ф. Скорины

Поступило 13.02.09