

УДК 615.456:611.9:617

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ В ХИРУРГИИ

Д.А. Мадякин, клинический ординатор, **Е.И. Мокшина**, аспирант,
кафедра общей хирургии и анестезиологии им. Н.И. Атясова,
ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск

За последние 2–3 десятилетия число больных с острыми и хроническими заболеваниями печени значительно возросло. Распространенность данной патологии существенно ухудшает состояние здоровья общества в целом, превращаясь в актуальную социально-медицинскую проблему [1].

В настоящее время отмечается заметный прогресс в лечении заболеваний печени, в том числе с использованием методов регионарной терапии, позволяющих подводить лекарственные средства высокой концентрации непосредственно к очагу повреждения и значительно повысить эффективность проводимого лечения [2].

При нарушении функций печени и панкреатодуоденальной зоны в качестве селективной органной терапии используются внутриворотные инфузии лекарственных растворов через реканализованную пупочную вену [3]. Данный метод является достаточно удобным и коротким путем подведения инфузионных сред в кровеносное русло печени. Но существующие раз-

ногласия по использованию данного варианта регионарной инфузионной терапии, методике ее проведения, отсутствии четких показаний и противопоказаний к нему ограничивает применение трансумбиликального введения лекарственных препаратов при лечении заболеваний, сопровождающихся выраженным нарушением функции печени [4].

Несмотря на встречающиеся в литературе работы по применению пупочной вены в лечебных целях, в них не достаточно отражены особенности ее топографо-анатомических взаимоотношений с воротной веной, что и явилось предметом наших исследований.

Цель исследования. Исследовать топографо-анатомические взаимоотношения пупочной и воротной вен для оптимизации внутриворотных инфузий.

Материалы и методы исследования. В работе были исследованы 30 печеночно-двенадцатиперстных органокомплексов во время патологоанатомических вскрытий трупов

обоих полов различного возраста, не страдавших при жизни заболеваниями печени и желчных протоков.

Анализировали топографо-анатомические взаимоотношения пупочной вены с воротной веной. Проводили морфометрию воротной и пупочной вен с фоторегистрацией. Исследования включали определение расстояния от места разветвления v. portae до места впадения пупочной вены в левую ветвь воротной вены (L), диаметра воротной вены (Dport), ее правой (Ddext) и левой (Dsin) ветви, диаметра пупочной вены после бужирования (Dumb), угла разветвления воротной вены на правую и левую ветви (α), угла впадения пупочной вены в воротную вену (β).

Результаты исследования

После препарирования и морфометрии нами были выявлены следующие варианты и параметры топографо-анатомических взаимоотношений пупочной вены с воротной веной:

1. пупочная вена впадает в левую ветвь воротной вены под острым углом, открытым влево в 90% случаев (рис. 1);

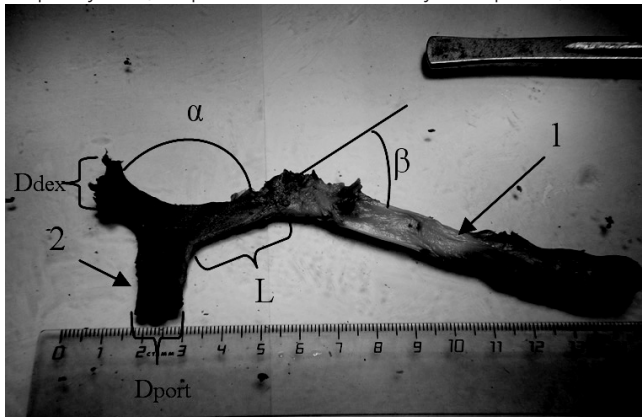


Рис. 1. Макропрепарат пупочной и портальной вен

1 – пупочная вена, 2 – воротная вены, α – угол разветвления воротной вены, β – угол впадения пупочной вены в воротную, L – расстояние от места разветвления воротной вены до места впадения пупочной вены.

Расстояние от места разветвления воротной вены до места впадения пупочной вены в левую ветвь воротной (L) в 30% случаев было в пределах от 30 до 40 мм и равнялось $35 \pm 2,5$ мм. В 40% данное расстояние было более 40 мм, в 30% – менее 30 мм. Диаметр воротной вены (Dport) был равен $10,5 \pm 0,5$ мм. Диаметр правой ветви воротной вены (Ddext) в 100% случаев был больше диаметра левой ветви (Dsin) и равнялся $8,7 \pm 0,7$ мм. Диаметр левой ветви воротной вены составлял $7,1 \pm 0,6$ мм. Диаметр пупочной вены после бужирования (Dumb) был равен $3,2 \pm 0,2$ мм. В 30% наблюдений угол разветвления воротной вены был менее 90° и правая ветвь представляла собой продолжение основного ствола воротной вены. В 70% наблюдений угол разветвления был более 90° и составил $112^\circ \pm 6,2^\circ$. Колебание значений угла впадения пупочной вены в воротную вену было незначительным и данный угол (открытый влево) составлял $66^\circ \pm 2,9^\circ$.

2. пупочная вена впадает в место разветвления воротной вены на правую и левую ветви в 6% случаев (рис. 2);

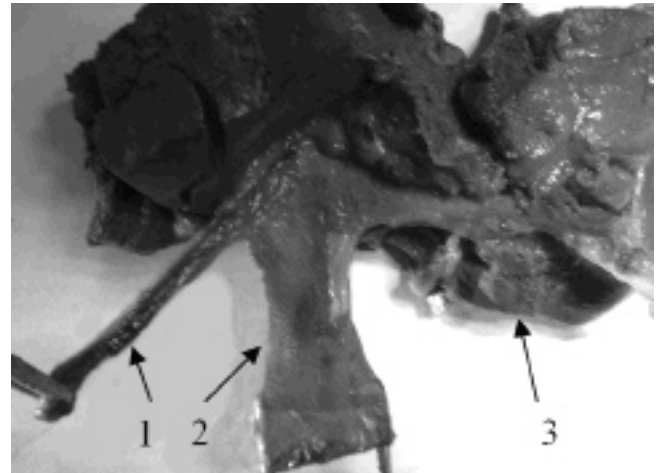


Рис. 2. Макропрепарат. Вариант впадения пупочной вены в портальную вену.

1 – пупочная вена, 2 – воротная вена, 3 – ткань печени.

3. пупочная вена впадает в основной ствол воротной вены до ее разветвления на правую и левую ветви в 4% случаев (рис. 3);

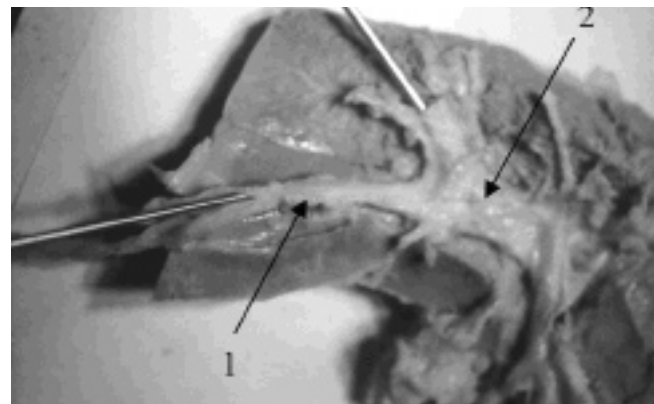


Рис. 3. Макропрепарат. Вариант впадения пупочной вены в портальную вену.

1 – пупочная вена, 2 – воротная вена.

Заключение

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о наличии нескольких топографо-анатомических вариантов взаимоотношения пупочной и воротной вен. Но наиболее частый вариант, когда пупочная вена впадает в левую ветвь воротной вены под острым углом, открытым влево, что необходимо учитывать при проведении внутриворотных инфузий.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. Практич. рук.: Пер. с англ. - Под ред. З.Г. Апросовой, Н.А. Мухина - М.: Гэотар Медицина, 1999. - С. 156-157.
2. Мамхегова Т.Р. Использование регулирующего воздействия клеток органов портальной системы для восстановления функции гепатоцитов поврежденной печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1998. - 32 с.
3. Yin D. Liver ischemia contributes to early islet failure following intraportal transplantation: benefits of liver ischemic-preconditioning / Yin D, Ding JW, Shen J. et al. // Am J Transplant. 2006 Jan; 6 (1): 60-8.
4. Вафин А.Э., Байчоров Э.Х., Гольяпина И.А., Восканян С.Э., Кузнецов О.Г., Шуршин Е.М. Внутриворотная регионарная перфузия при деструктивных формах острого панкреатита. Вестник хирургии им. Грекова. - Т. 158. - № 1. - 1999.