

Выводы. Лапароскопическое дренирование забрюшинной клетчатки по предложенной методике является малоинвазивной патогенетически и анатомически обоснованной дренирующей операцией и может быть применено в раннем лечебном комплексе при остром некротизирующем панкреатите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г. Хирургическая тактика при остром некротизирующем панкреатите./ П.Г. Кондратенко М.В. Конькова, А.А. Васильев, А.А. Епифанцев, И.Н. Джансыз, И.В. Ширшов и др. // Украинский журнал хирургии. 2013. № 3(22) С.150-155

2. Лызигов А.Н. Морфологические особенности экстрапанкреатического поражения внутренних органов при остром ферментативном парапанкреатите / А. Н. Лызигов, В. М. Майоров, З. А. Дундаров, Ю. Н. Авижец // Проблемы здоровья и экологии. 2014. №2 (40) С.61-66.

3. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Красногоров и др.; под общ. ред. А.Д. Толстого. – СПб: Ясный свет, 2003. – 256 с.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГРАНИЦ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ ЧЕЛОВЕКА

Белоус П.В., Ващенко В.В., Сермяжко В.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В хирургической практике гепатобилиарной зоны актуальной задачей является нетравматичное рассечение. Для достижения данной задачи необходима точная ориентация в границах сегментов, обладающих наименьшей васкуляризацией и количеством протоков. В связи с недостатком данных о вариантной анатомии и закономерностей расположения долей печени все еще встречаются осложнения во время оперативных вмешательств.

Целью данной научно-исследовательской работы является детализация границ I-VIII сегментов печени человека.

Методы исследования. Для достижения данной цели было произведено исследование 138 препаратов печени человека обоего пола в возрасте от 20 до 80 лет (108 макропрепаратов, 30 рентгенограмм).

Результаты и их обсуждение. Изучая вопрос сегментарного строения печени у взрослого человека (в своем исследовании мы придерживались классификации Куино) мы пришли к следующей детализации границ I-IV сегментов печени:

I сегмент печени соответствует хвостатой доле органа и проецируется на висцеральную его поверхность. Его передняя граница – ворота печени, а задняя – задний край органа, ограниченный венечной связкой. Левая граница I сегмента определяется как задняя часть левой продольной борозды или на некотором расстоянии (до 1 см) отстает от нее. Правая граница I сегмента проходит по левому краю нижней полой вены или задняя часть правой продольной борозды.

II сегмент составляет большую часть левой доли печени на висцеральной ее поверхности и меньшую - на диафрагмальной. Его границы на висцеральной поверхности печени: задняя – задний край печени или венечная и треугольная связки; правая – задняя часть левой продольной борозды; передняя – условная линия, проходящая от ворот печени к ее нижнему краю и, продолжающаяся на диафрагмальной поверхности до серповидной связки. Границы II сегмента на диафрагмальной поверхности: задняя - венечная и треугольная связки; правая – верхняя часть (2/5) серповидной связки; левая – нижний край печени.

III сегмент печени находится кпереди второго сегмента. Его границы: диафрагмальная поверхность - задняя граница совпадает с передней границей второго сегмента; передняя и левая границы соответствуют нижней границе левой доли печени; правая – нижняя часть (3/5) серповидной связки. Висцеральная поверхность – передняя и левая границы аналогичны границам на диафрагмальной поверхности; задняя – условная линия, проходящая от ворот печени к ее нижнему краю; правая – передняя часть левой продольной борозды.

IV сегмент на висцеральной поверхности печени соответствует квадратной доле органа. Его задняя граница – ворота печени, правая – передняя часть правой продольной борозды, левая – передняя часть левой продольной борозды, передняя – нижний край органа. Справа IV сегмент печени граничит с III сегментом, сзади располагается I сегмент. На диафрагмальной поверхности печени границы IV сегмента следующие: задняя и передняя – соответственно задний и нижний края органа; левая – серповидная связка; правая – условная линия, соединяющая правый край нижней полой вены и середину желчного пузыря. На этой поверхности к IV сегменту справа прилежат VIII и V сегменты, а слева – II и III сегменты.

V сегмент печени располагается в ее правой доле. Его границы

на висцеральной поверхности: левая – правая продольная борозда, правая – условная линия, соединяющая точку пересечения правой продольной борозды и правый верхний латеральный край ворот печени, с местом перехода нижней границы печени в верхнюю, передняя – нижний край печени. На диафрагмальной поверхности: левая граница – условная линия, соединяющая правый край нижней полой вены и середину желчного пузыря; задняя – горизонтальная линия, соединяющая середину правой границы IV сегмента и верхнюю границу печени справа; передняя – нижний край органа; правая – общая граница с VI сегментом.

VI сегмент на висцеральной поверхности печени имеет треугольную форму и прилежит к V и VII сегментам. Его границы: левая – условная линия, соединяющая точку пересечения правой продольной борозды и правый верхний латеральный край ворот печени, с местом перехода нижней границы печени в верхнюю; задняя – горизонтальная линия, соединяющая нижний правый латеральный край ворот печени и точку на верхней границе печени справа. На диафрагмальной поверхности: задняя граница V и VI сегментов общая, левая граница является единой для VI и VII сегментов. Она начинается от правого края верхней полой вены и идет параллельно верхней границе печени справа, отступая от нее медиально (кнутри) на 1-2 см.

VII сегмент печени на висцеральной поверхности имеет следующие границы: передняя (общая с VI сегментом) – горизонтальная линия, соединяющая нижний правый латеральный край ворот печени и точку на верхней границе печени справа; левая (общая с I сегментом) – задняя часть правой продольной борозды; задняя – задний край печени. На диафрагмальной поверхности его передняя граница общая с VI и V сегментами, а левая – с VIII и V сегментами печени.

VIII сегмент проецируется в верхних отделах правой доли печени. Снизу он граничит с V, VI и VII сегментами, а слева с IV сегментом. На диафрагмальной поверхности этот сегмент доходит до нижнего края, но при этом не выходит на висцеральную поверхность печени. Сзади его граница также доходит до заднего края печени, но также не выходит на висцеральную поверхность.

Выводы. Таким образом, детализация границ V-VIII сегментов печени позволит снизить риск осложнений при проведении резекции печени из-за снижения крово- и желчеистечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрижелецкий, В.В. Осложнения в абдоминальной хирургии / В.В. Стрижелецкий [и др.]// Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №5. - С 3-11.
2. Erbay, N. Living donor liver transplantation in adults: Vascular variants impotant in surgical planning for donors and recipients/ N. Erbay[et al.] // AJR. – 2003. – Vol.181, No.1. – P.109-114.
3. Lamah M. Anatomical variations of the extrahepatic biliary tree: review of the world literature / M/Lamah // Clin. Anat. - 2001. - Vol.14. - P. 167-172.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Белюк К.С., Батвинков Н.И., Могилевец Э.В., Камарец А.М.,
Казакевич П.Н., Колошук Г.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродненская областная клиническая больница*

Актуальность. Эхинококкоз печени – широко распространенное паразитарное заболевание, частота которого в эндемических регионах не имеет тенденции к уменьшению [1]. За последние годы отмечается заметный рост заболеваемости эхинококкозом печени, увеличение осложненных форм течения и рецидивов заболевания [2]. Большое число послеоперационных осложнений – 6,7-47,5%, высокая летальность – до 4,5%-10,2% и значительная частота рецидивов заболевания – 3,3-54% [3], оставляют проблему актуальной в настоящее время. По мнению многих исследователей одним из факторов, существенно влияющих на эффективность лечения, является выбор метода оперативного вмешательства [3]. Радикальные операции, такие как перицистэктомия, резекция печени, правосторонняя и левосторонняя гемигепатэктомии остаются основными методами хирургического лечения, несмотря на их высокую травматичность и большой риск интраоперационных осложнений. Самым частым интраоперационным осложнением является кровотечение, которое в ряде случаев может быть летальным. Вследствие вышесказанного снижение степени кровопотери и сохранения радикальности оперативного вмешательства является одной из приоритетных задач в хирургии печени.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени путем анализа собственного клинического материала.