

сосудов и желчных протоков в портальных и кавальных воротах печени с применением хирургического аспиратора, что позволяет сохранять здоровую печеночную ткань. Летальных исходов или опасных для жизни осложнений у пациентов не отмечалось.

Выводы:

1. Среди очаговых доброкачественных заболеваний печени чаще всего встречаются паразитарные и непаразитарные кисты, абсцессы разного генеза, доброкачественные опухоли.

2. Оперативные вмешательства при указанных заболеваниях требуют соответствующего оснащения хирургических стационаров и подготовки высококвалифицированных кадров.

ОСОБЕННОСТИ ГРАНИЦ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИИ

Белоус П. В., Дешук А. Н., Сермяжко В. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. 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.

Цель данной научно-исследовательской работы – детализация границ I-VIII сегментов печени человека.

Материал и методы. Для достижения данной цели произведено исследование 142 препаратов печени человека обоего пола в возрасте от 20 до 80 лет (108 макропрепаратов, 34 рентгенограммы).

Результаты и их обсуждение. Изучая вопрос сегментарного строения печени у взрослого человека (в своем исследовании 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, 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.

- 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 впереди 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, 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 (внутрь) 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.

ОСОБЕННОСТИ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Белоус П. В., Сермяжко В. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. В практике хирургии гепатобилиарной зоны по-прежнему актуальная задача – минимизация интраоперационных ятрогенных осложнений пузырного протока.

Цель: изучить хирургические особенности пузырного протока для применения полученных данных в оперативной практике.

Материалы и методы исследования. Для достижения данной цели было произведено макропрепарирование 95 органокомплексов человека, ретроспективный анализ данных 5 МРХПГ, исследование 3 коррозионных препаратов, рентгенологическое исследование 30 макропрепаратов печени человека обоего пола, а также исследование особенностей пузырного протока во время проведения 25 лапароскопических холецистэктомий.

Результаты исследования. При изучении индивидуальной вариабельности пузырного протока в качестве основных параметров были взяты его длина и диаметр. Итак, длина составляла от 18 до 43 мм, в среднем 30 мм, а диаметр – $4,2 \pm 0,1$ мм.