

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.

Длинный пузырный проток (более 40 мм), вызвавший трудности при его идентификации, встретился в 5,9% случаев.

В ряде случаев (14%) пузырный проток располагался вдоль общего печеночного протока, плотно прилегая к последнему, огибал его сзади и медиально, а затем впадал классически в общий печеночный проток, т. е. со стороны желчного пузыря. Такая особенность расположения создает трудности при выделении пузырного протока.

По нашим данным, в каждом четвертом случае пузырный проток, располагаясь параллельно общему печеночному протоку, мог дренироваться в последний в ее верхней трети (21% случаев), средней трети (67%) или нижней трети (12%), при этом длина супрадуоденальной части общего желчного протока, соответственно, уменьшалась. Данная ситуация опасна тем, что при выполнении холецистэктомии может сохраниться большая длина культи пузырного протока, что повышает риск послеоперационных осложнений, в частности возникновения постхолецистэктомического синдрома или возможного оставления конкремента в культе пузырного протока.

Короткий пузырный проток (менее 20 мм) выявлен в 8,5% случаев. Такой вариант несет в себе опасность повреждения общего желчного протока при манипуляциях в области устья пузырного протока. Это дополнительно осложняет манипуляции в данной области, т. к. повышается риск повреждения данных структур.

Кроме того, подобно длинному пузырному протоку, короткий пузырный проток также мог проходить параллельно общему печеночному протоку, что может создать опасность одновременной перевязки пузырного и общего печеночного протоков.

В 97% случаев пузырный проток впадал в общий печеночный проток на расстоянии 7-47 мм (в среднем 24,8 мм) от места соединения левого печеночного протока с правым. В 3% случаев пузырный проток впадал не в общий печеночный проток, а в правый печеночный проток, что сочеталось с короткой длиной пузырного протока.

Наличие двух пузырных протоков, которые впадали в общий печеночный проток, было выявлено в 1,5% случаев. При этом один пузырный проток располагался классически и впадал в общий печеночный проток со стороны желчного пузыря, а второй пузырный проток начинался от дна желчного пузыря, проходил вдоль него, плотно был с ним спаян и впадал в общий печеночный проток с противоположной стороны от первого. Подобные варианты топографии пузырных протоков являются достаточно редкими и трудно диагностируемыми. Осложнением данной ситуации при оперативных вмешательствах может стать повреждение одного из пузырных протоков при выделении желчного пузыря, когда хирург, клипировавший один из протоков, не подозревает о наличии второго. В свою очередь такое осложнение может вызвать истечение желчи и увеличить риск послеоперационных осложнений.

Дополнительные печеночные протоки в виде небольших по диаметру тонкостенных трубчатых структур выявлены на 1 препарате. Все они брали начало из правой доли печени и впадали в общий печеночный проток выше места впадения в него пузырного протока.

Выводы. Таким образом, после проведенного исследования можно резюмировать, что наличие длинного пузырного протока нередко становится причиной возникновения постхолецистэктомического синдрома после проведенного оперативного вмешательства; наличие aberrантного или двух пузырных протоков может вызвать осложнения во время проведения оперативного вмешательства в виде повреждения одного из пузырных протоков и последующего желчеистечения; наличие короткого пузырного протока может увеличить риск повреждения общего желчного протока при манипуляции в данной области.