

## АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ

*Тихонович А.С., Балыш А.П.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель - к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.

Кровоснабжение печени осуществляется двумя путями: по системе воротной вены и по печеночной артерии. Топографическая анатомия кровоснабжения печени артериальными сосудами весьма вариабельна и среди всего многообразия анатомических вариантов артериального кровоснабжения печени существуют те, которые, нередко, усложняют оперативные вмешательства на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Цель исследования – изучить варианты артериального кровоснабжения печени, усложняющие проведение оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Исследование проведено на 25 макропрепаратах гепатопанкреатодуоденальной зоны посредством анатомической препаровки.

В 16 (64%) случаях артериальное кровоснабжение печени соответствовало классическим представлениям. В 9 (36%) – варианты анатомии. Собственная печеночная артерия отсутствовала на 2 (22,3%) препаратах, при этом правая и левая печеночные артерии начинались непосредственно от общей. Собственная печеночная артерия образовывала три ветви, одна из которых — средняя печеночная артерия — изолированно обеспечивала кровоснабжение квадратной доли печени. Правая ветвь собственной печеночной артерии проходила впереди общего желчного или печеночного протоков в 2 (22,3%) случаях, либо позади воротной вены 1 (11,2%). Это усложняет вмешательства на внепеченочных желчных протоках, либо обнаружении и выделении артерии. Правая печеночная артерия отходила от верхней брыжеечной артерии 3 (33%). При этом она располагалась позади поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки, а затем по наружному краю печеночно-двенадцатиперстной связки и справа от желчного пузыря позади его шейки. Вероятность повреждения такого сосуда при холецистэктомии возрастает. Левая печеночная артерия отходит от левой желудочной артерии в 1 (11,2%) случае. Такой сосуд называют левожелудочно-печеночным стволом. В некоторых случаях он обеспечивает изолированное кровоснабжение левой доли печени. Перевязка его проксимальнее отхождения печеночной ветви при выполнении резекции желудка может привести к нарушению кровоснабжения II–III сегментов печени. Помимо основных артерий, кровоснабжение печени может осуществляться при помощи добавочных сосудов, которые чаще всего отходят от левой желудочной, верхней брыжеечной, желудочно-двенадцатиперстной артерий. В.В. Кованов и Т.И. Аникина различают добавочные и дополнительные сосуды. В отличие от добавочных, дополнительные артерии являются единственными источниками артериального кровоснабжения автономных областей печени (чаще в левой ее половине), и перевязка таких сосудов может привести к тяжелым ишемическим повреждениям соответствующих сегментов.

Таким образом, существуют варианты артериального кровоснабжения печени, которые могут, нередко, усложнять проведение оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Литература:

1. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей /Ш. Шерлок, Дж. Дули// ГЭОТАР Медицина., М.-1999.- 864с.
2. Алажилъ Д. Заболевания печени и желчных путей /Д. Алажилъ// Медицина., М.-1989.- 486с.

## **ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА**

*Тищенко Г.В.*

Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро,  
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра инфекционных болезней  
Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Цыркунов В.М.

Актуальность. ВИЧ проявляет выраженный тропизм к лимфоидной ткани на самых ранних стадиях инфекционного процесса [1, 2, 3]. Морфологические изменения лимфатического узла при ВИЧ инфекции варьируются от фолликулярной гиперплазии до полного лимфоидного истощения [1, 3].

Цель. Установить частоту и характер поражения лимфатических узлов у ВИЧ-инфицированных пациентов при гистологическом исследовании секционного материала.

Материалы и методы. Объектом исследования были лимфатические узлы, взятые при патологоанатомическом вскрытии 66 ВИЧ-инфицированных пациентов Светлогорского района Гомельской области за 2012-2014 гг. Сырой материал фиксировался в 10% растворе формалина, проводилась его дегидратация. Затем кусочки лимфатических узлов помещали в парафиновые блоки, нарезали микротомом и окрашивали по стандартной методике гематоксилином и эозином. В исследование включены лимфоузлы пациентов без сопутствующей оппортунистической патологии. В препарате оценивались лимфоидные фолликулы и их маргинальная зона, изменения паракортикальной зоны и синусов, а также такие общепатологические изменения как пролиферация соединительной ткани и сосудов, воспаление, наличие некрозов.

Результаты. 4-я стадия ВИЧ-инфекция диагностирована у 82,75%, 3-я стадия – 7,75%, 2-я – у 6,25%, 1-я клиническая стадия – у 3,25% пациентов. Гиперплазия лимфоидных фолликулов не выявлена (0%), полностью сохраненные лимфоидные фолликулы были только в 4,5%, частично сохранены в 21%, полностью редуцированы 74,5% лимфоузлов. Перисинусоидальная и перифолликулярная пролиферация В-лимфоцитов в маргинальной зоне обнаружены у 20,5% от общего числа случаев и у 76,5% от лимфоузлов с сохраненными лимфоидными фолликулами, расширение паракортикальной зоны, характерное для других вирусных лимфоаденопатий [1, 2, 3], в наших наблюдениях выявлено в 29% случаев, расширение синусов и синусовый гистиоцитоз – в 74,5%. Проллиферация сосудов наблюдалась в 87,5% лимфоузлов, утолщение капсулы – в 17%, выраженная пролиферация соединительной тка-