

истинных кистах, карциноид ПЖ. При этом типе вмешательства после открытия сальниковой сумки и выделения передне-верхней поверхности дистальных отделов ПЖ короткие желудочные сосуды не пересекают. Селезеночную артерию берут на турникет у места ее приближения к верхнему краю железы на уровне перешейка-тела. Далее под контролем турникета мобилизуют 3 порцию селезеночной артерии до места ее вхождения в ворота селезенки. Весь связочный аппарат селезенки максимально сохраняют. На границе планируемого пересечения и стороны нижней поверхности ПЖ выполняют "туннелизацию" ретропанкреатического пространства. Далее, а также при невозможности "туннелизации" производят поэтапное пересечение паренхимы железы с нижней ее поверхности и по направлению к селезеночной артерии. При этом должна быть постоянная готовность к выделению селезеночной вены в толще паренхимы ПЖ в процессе ее пересечения. При появлении стенки вены ее берут на турникет-держалку и после этого заканчивают пересечение железы. Затем удаляют дистальные (удаляемые) отделы органа справа налево в сторону ворот селезенки, сохраняя магистрали селезеночных сосудов, но вместе с тем перевязывая их ветви, входящие в ткань железы. При невозможности сохранения селезеночной вены последняя может быть пересечена. При остальных типах дистальной резекции ПЖ используют те же принципы и технические приемы. ПЖ особенностью являются только ориентиры для границ пересечения ПЖ и анатомические образования этой зоны.

Выводы - таким образом, описанная техника левосторонней резекции ПЖ сопровождается меньшей опасностью краевого некроза культи ПЖ, незначительной кровопотерей и травматизацией окружающих тканей, не требует дополнительной герметизации культи железы.

Литература:

1. Стародубцев Е.Г. Закономерности топографии поджелудочной железы и её строения /Е.Г. Стародубцев// Медицина., Н.-2001.- 90с.

ВАРИАНТЫ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ТРЕУГОЛЬНИКА КАЛО

Хакимов Х.В. Лукашевич Ю.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

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

Треугольник Кало (гепатобилиарный треугольник) — общепринятый хирургический ориентир при холецистэктомии. Его двумя боковыми сторонами являются пузырный и общий печеночный протоки, а основанием — правая печёночная артерия. Треугольник назван в честь французского хирурга Жана-Франсуа Кало (Jean-François Calot), описавшего его в 1891 году. В пределах этого треугольника отходит желчно-пузырная артерия, которая нередко образует его основание. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия является одним из наиболее популярных методов лечения холелитиаза как в нашей стране, так и за рубежом. Одними из факторов, осложняющих проведение лапароскопических холецистэктомий, до настоящего времени являются трудности дифференциации и выделения определенных анатомических структур в условиях ограниченной видимости при выполнении операции через

лапароскопический доступ. Согласно данным зарубежных авторов в Европе и США ятрогенное повреждение внепечёночных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии отмечается в 0,1%-2,7% случаев, а по данным российских хирургов это осложнение встречается в 0,18% - 1,75% случаев.

Цель исследования - анализ вариантов анатомического строения треугольника Кало в ходе лапароскопических холецистэктомий.

Материалы и методы - нами изучено строение треугольника Кало, оцененное визуально в ходе оперативных вмешательств (100 лапароскопических холецистэктомий).

Результаты - у 71 пациента (71%) анатомия треугольника Кало соответствовала классическим представлениям. В 29 случаях (29%) мы столкнулись с вариантами анатомии, потребовавшими изменения интраоперационной тактики. Все эти случаи нами разделены на две группы: варианты анатомии желчных протоков и варианты анатомии артериальных ветвей. Варианты анатомии пузырных протоков встретились нам в 12 случаях. Длинный пузырный проток, вызвавший трудности при его идентификации встретился у 5 (41,6%) больных. Короткий пузырный проток был выявлен у 3 больных (25%). Такой вариант несет в себе опасность повреждения холедоха при грубых манипуляциях в зоне устья пузырного протока. У 3 (25%) пациентов пузырный проток впадал в правый печеночный. Дополнительный печеночный проток в виде небольшой по диаметру тонкостенной трубчатой структуры был выявлен у 1 (8,4%) больного. Анатомические варианты отхождения артериальных ветвей встретились в 17 случаях. У 8 (47%) пациентов пузырная артерия проходила позади пузырного протока. В 2 случаях (11,8%) она находилась впереди пузырного протока, у 3 больных (17,6%) была выявлена дополнительная артерия, выходящая из ложа желчного пузыря. Рассыпной тип в виде множественных мелких артериальных стволов идущих от правой ветви печеночной артерии встретился у 4 больных (23,6%).

Выводы - таким образом, существует множество анатомических вариантов отхождения протока от желчного пузыря, а так же артериальных ветвей кровоснабжающих его. Необходимо учитывать данные особенности при проведении лапароскопических холецистэктомий для предотвращения возникновения кровотечений и повреждений близлежащих анатомических структур.

Литература:

1. Сажин, В.П., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /В.П. Сажин, А.В. Федоров// ГЭОТАР-МЕДИА., М.-2010.-502С.
2. Астапенко, В.Л. Ошибки и осложнения в хирургии «острого живота» /В.Л. Астапенко// Высшая школа., Мн.-1982.-162С.