

положение, его васкуляризация осуществлялась посредством двух артерий, преимущественно по третьему и четвёртому типам.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что кровоснабжение червеобразного отростка связано с его топографией. При восходящем расположении отростка он получает питание из двух артерий, при его нисходящем положении – из одной аппендикулярной артерии. Указанные топографо-анатомические особенности положения и кровоснабжения червеобразного отростка, несомненно, отражаются на диагностике его патологических состояний.

*Литература:*

1. Исаков, Ю. Ф. Острый аппендицит в детском возрасте / Ю.Ф. Исаков. – М.: Медицина, 1990. – 192с.
2. Колесов, В. И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. – М.: Медицина, 1992. – 342с.
3. Седов, В. М. Аппендицит / В. М. Седов. – СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. – 232с.

**ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ ЛЕВОГО ФЛАНГА ТОЛСТОЙ  
КИШКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПРИ  
ВЫПОЛНЕНИИ НИЗВЕДЕНИЯ ЕГО УЧАСТКОВ**

**Киселевский Ю.М., Ложко П.П., Тихонович А.С.**

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

Химиотерапия и лучевое облучение имеют эффект паллиативного воздействия при лечении рака прямой кишки и применяется в основном как дополнительная терапия к оперативному вмешательству. Единственным и радикальным методом лечения онкологии прямой кишки является хирургическая операция.

В последнее время за счёт внедрения новых оперативных технологий увеличилось количество сфинктеросохраняющих операций при раке прямой кишки и одним из методов операции является низведение различных участков левой половины ободочной кишки. Самым тяжёлым и опасным осложнением при

низведении левого отдела ободочной кишки является некроз низводимой петли за счёт нарушения её кровоснабжения, что приводит к несостоятельности и развитию перитонита.

**Цель исследования:** изучение длины и диаметра краевых сосудов вдоль левого фланга толстой кишки и их влияние на кровоснабжение разных участков ободочной кишки при низведении.

Исследование проведено на 30 препаратах левой половины ободочной кишки посредством анатомической препаровки.

Диаметр главного ствола нижней брыжеечной артерии в среднем составил  $3,9 \pm 0,8$  мм, длина ствола –  $2,2 \pm 0,7$  см. Магистральный тип ветвления нижней брыжеечной артерии выявлен в 60% случаев, рассыпной – в 40%. Несмотря на разные типы ветвления артерии, общая архитектоника главного ствола и его ветвей оставалась постоянной. Левая ободочная артерия встречалась на всех препаратах и имела диаметр  $2,3 \pm 0,5$  мм. Нами выявлены два типа ветвления левой ободочной артерии. При первом типе (43% случаев) артерия вертикально поднималась под брюшиной левого брыжеечного синуса к левому углу толстой кишки и делилась на две главные ветви. При данном варианте строения артерия имеет длину 8-11 см. В случае пересечения нижней брыжеечной артерии ниже левой ободочной последняя не мешает низведению левого угла толстой кишки, но расправить угол при этом не удаётся за счёт конечных ветвей. В 57% случаев выявлен второй тип ветвления левой ободочной артерии, при котором артерия отходила отклоняясь в сторону нисходящей ободочной кишки. По пути она отдавала одну-две крупные ветви к нисходящей ободочной кишке. Вблизи левого угла толстой кишки артерия подходила близко к толстой кишке, повторяла её изгиб и формировала дугу Риолана. Диаметр артерии 1,7-2,2 мм. При втором варианте ветви к нисходящей ободочной кишке ограничивают её при пересечении нижней брыжеечной артерии ниже левой ободочной. Однако второй тип ветвления имеет и свои положительные качества: в связи с тем, что артерия повторяет изгиб кишки в области левого угла – при низведении левый угол расправляется без нарушения кровоснабжения, увеличивая тем самым длину трансплантата.

Дуга Риолана является крупным анастомозом между левой ободочной артерией и средней ободочной артерией. На нашем

материале её диаметр составил  $1,9 \pm 0,3$  мм. В ряде случаев (18%) диаметр дуги Риолана составил 1,1-1,2 мм. Такой малый диаметр может сказаться на кровоснабжении левой половины толстой кишки при перевязке нижней брыжеечной артерии.

Таким образом, существуют вариации диаметра и длины артерий левого фланга толстой кишки, что, несомненно, сказывается на его кровоснабжении и может привести к тяжёлым и опасным осложнениям. Необходимо помнить о них и учитывать при выполнении низведения левого отдела ободочной кишки, во избежание некроза низводимой петли и несостоятельности с развитием перитонита.

*Литература:*

1. Ривкин, В.Л., Капуллер Л.Л. Колонопроктология /В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер// ГЭОТАР-МЕДИА., М.-2011.-368С.
2. Бондарь, Г.В. Низкая брюшно-анальная резекция в лечении рака прямой кишки /Г.В. Бондарь// Онкология.-2002.-№1.-С.59-61.
3. Дюсупов, А.А. Изучение кровоснабжения толстой кишки с целью профилактики ишемических осложнений /А.А. Дюсупов// Вестник экспериментальной хирургии.-2012.-т.5.-№1.

## **ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ТОПОГРАФИИ И ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ**

**Кудло В.В., Юнаш С.С.**

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

Актуальность изучения развития знаний о строении и хирургическом лечении заболеваний печени связана с несколькими факторами. Во-первых, печень – по многим параметрам уникальный и незаменимый орган у высших животных, в том числе и у человека. Во-вторых, благодаря возросшему уровню развития анестезиологического и реанимационного пособия у хирургов появилась возможность расширить показания для выполнения радикальных органосохраняющих операций на печени при тяжёлых опухолевых и травматических повреждениях. Это в свою