

# ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОЙ ВЕТВИ СОБСТВЕННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

**Околокулак Е.С., Белоус П.В., Янчук А.В.**

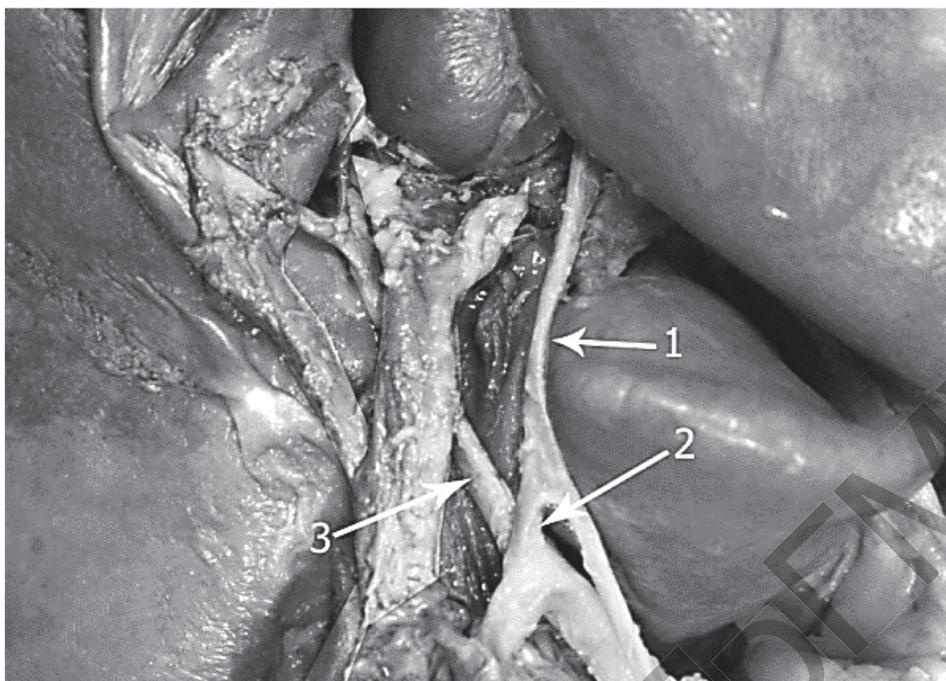
*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Республика Беларусь*

**Введение.** Из всех элементов сосудистого русла наряду с вариантной анатомией артериальных сосудов, кровоснабжающих правую долю печени, одной из наиболее переменных является анатомия сосудов, обеспечивающих артериальное кровоснабжение левой доли печени [1]. Особую актуальность данные об индивидуальных особенностях печеночно-двенадцатиперстной связки получают при необходимости диагностических манипуляций и оперативных вмешательствах, таких как трансплантация печени [2, 3]. Кроме того, данные о вариантной анатомии артериальных сосудов, кровоснабжающих левую долю печени, необходимы в силу того, что зачастую именно эти артериальные сосуды принимают участие и в кровоснабжении малой кривизны желудка [4]. Данный факт заслуживает особого внимания при оперативных вмешательствах, одним из этапов которых является лигирование сосудов, кровоснабжающих левую долю печени. Такое действие может достаточно сильно повлиять на кровоснабжение малой кривизны желудка, что приводит к необходимости коррекции подобных нарушений.

**Цель:** проанализировать варианты артериального кровоснабжения левой доли печени для совершенствования диагностических и оперативных вмешательств в области гепатодуоденальной связки.

**Материалы и методы.** Для достижения цели было исследовано 245 препаратов, из которых 95 органокомплексов человека, описанных после анатомического препарирования, а также 150 ретроспективных данных МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография).

**Результаты исследования.** Проведено исследование вариантной анатомии левой ветви (ramus sinister), доставляющей артериальную кровь

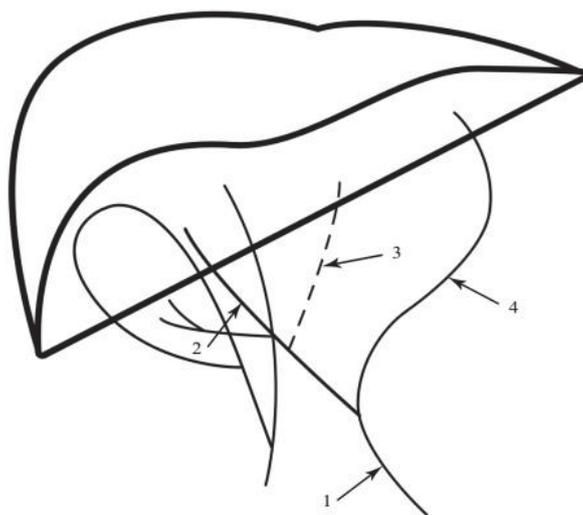


**Рисунок 1 – Левая ветвь собственной печеночной артерии:**

1 – левая ветвь собственной печеночной артерии; 2 – собственная печеночная артерия; 3 – правая ветвь собственной печеночной артерии непосредственно в левую долю (рис.1).

В 219 случаях (89,4%) источником левой ветви являлась собственная печеночная артерия. Такое подавляющее количество дает основание считать этот вариант классическим. В 16 исследованных нами случаях (6,4%) источником левой ветви являлась левая желудочная артерия. При таком варианте собственная печеночная артерия непосредственно продолжалась в правую ветвь, участвуя в кровоснабжении исключительно правой доли печени. Кроме того, в 3 случаях (1,2%), левая ветвь являлась непосредственным продолжением собственной печеночной артерии в левую долю.

Проведенный анализ длины левой ветви показывает, что значением ее является 35,08 мм. Данный показатель варьировал в пределах от 12 до 70 мм. При этом максимальные значения встречались в случае своеобразного хода левой ветви (рис. 2), что, возможно, становится причиной ложного принятия ее за дополнительную левую ветвь.



**Рисунок 2 – U-образный ход левой ветви собственной печеночной артерии:** 1- общая печеночная артерия; 2 - правая ветвь; 3 - обычный ход левой ветви; 4 – U-образная левая ветвь

Необходимо отметить, что вариабельность типа строения левой ветви в сравнении с правой ветвью значительно ниже. Так, в 222 случаях (90,6%) тип строения левой ветви не имеет выраженных особенностей (относительно правой ветви данный показатель – 175 случаев (71,4%). В 18 случаях (7,4%) тип строения был дугообразным, а в 5 случаях (2%) извитым. Внимания заслуживают полученные результаты об иных особенностях левой ветви, к которым мы отнесли внепеченочное разделение на более мелкие ветви и наличие отходящих от нее ветвей к малой кривизне желудка. Так, внепеченочное разделение на более мелкие ветви встретилось в 51 случае (21%). В 23 случаях (9,4%) от левой ветви наблюдалось отхождение ветвей к малой кривизне желудка. Необходимо обратить особое внимание на наличие варианта кровоснабжения левой доли печени, при котором присутствует дополнительная артерия к левой доле печени. В нашем исследовании было обнаружено 10 подобных случаев (4%). Этот показатель гораздо выше у других авторов. Объяснением этого, возможно, является «U»-образный ход левой ветви при ее большой длине. В таких случаях левая ветвь, отходящая от короткой собственной печеночной артерии подобно букве «U», практически огибает печеночно-двенадцатиперстную связку и проникает в ткань левой доли печени по латеральному краю печеночно-

двенадцатиперстной, а не в ее центральной части, из-за чего может быть принята за дополнительную артерию к левой доле. Источником дополнительной артерии к левой доле в двух случаях являлась левая желудочная артерия, в одном случае – правая желудочная артерия, а также в одном случае – правая ветвь. Наружным диаметром дополнительной артерии к левой доле был показатель 3,6 мм (варьировал от 3,1 до 4,1), а показатель длины – 34,0 мм (варьировал от 28 мм до 50 мм).

Диаметр левой ветви также достаточно variabelен. Значением наружного диаметра левой ветви у места начала стал показатель 3,59 мм. Данный показатель варьировал в пределах от 1,5 мм до 7,1 мм. Знание о достаточно выраженной variability наружного диаметра левой ветви имеет значение при формировании анастомозов во время реконструктивного этапа при проведении трансплантации. Среднеарифметический показатель наружного диаметра левой ветви был дифференцирован в зависимости от наличия или отсутствия дополнительной ветви к левой доле печени. В случае наличия дополнительной артерии к левой доле показатель наружного диаметра левой ветви составил 3,28 и варьировал в пределах от 1,5 мм до 3,9 мм. Такой низкий минимальный показатель наружного диаметра левой ветви объясняется компенсаторным влиянием дополнительной артерии к левой доле печени.

**Выводы.** Таким образом, проведя исследование особенностей кровоснабжения левой доли печени, мы пришли к выводу, что кровоснабжение левой доли печени, подобно кровоснабжению правой доли печени, подвержено выраженной индивидуальной variability, что подтверждается найденными, ранее не описанными вариантами путей кровоснабжения печени (непосредственное продолжение собственной печеночной артерии в левую ветвь). Кроме того, существует значительная variability диаметра и длины артерий, кровоснабжающих левую долю печени, что приводит к необходимости их исследования, особенно в сфере трансплантологии.

*Литература:*

1. Винд, Д.Г. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз / Д.Г. Винд ; пер. с англ. под ред. проф. А.Н. Лызикова, д.м.н., проф. О.Д. Мядеца. – М.: Медицинская литература, 1999. – 384 с.

2. Донорский этап ортотопической трансплантации печени (первый клинический опыт) / О.Г. Скипенко [и др.] // Клиническая медицина. – 1991. – Т. 69, № 9. – С. 201–202.
3. Ортотопическая трансплантация печени / А.К. Ерамишанцев [и др.] // Клиническая медицина. – 1991. – Т. 69, № 9. – С. 12–15.
4. Molmenti, E.P. Normal and variant arterial supply of the liver and gallbladder / E.P. Molmenti, P.A. Pinto, A.S. Klein // *Pediatr. Transplantation*. – 2003. – Vol. 7. – P. 80–82.

## **ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ**

**Околокулак Е.С, Белоус П.В., Янчук А.В.**

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

**Введение.** Варианты строения пузырной артерии весьма вариабельны как по источнику происхождения, так и по месту и форме расположения по отношению к треугольнику Кале. Знание этой анатомии имеет непосредственное отношение к безопасности хирургического вмешательства, так в 70-75% случаев пузырная артерия отходит от правой печеночной артерии. Вариантам анатомии пузырной артерии посвящено много работ [2, 3, 4]. Аномалии анатомии данных структур, по данным литературы, встречаются до 20% случаев [1, 5]. Однако исследование вариантной анатомии чрезвычайно актуально, так как обнаруживаются все новые и новые их формы.

**Целью** данной научно-исследовательской работы является установление индивидуальной изменчивости пузырной артерии человека.

**Материал и методы исследования.** Для достижения цели было произведено исследование 245 препаратов, из которых 95 органокомплексов желудочно-кишечного тракта человека, описанных после анатомического препарирования, полученных из УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в соответствии с Законом Республики Беларусь №55-3 от