

Доля в заболеваемости кожными заболеваниями АД представлена в таблице 5.

Таблица 5 - Вклад АД (%) в заболеваемость кожными заболеваниями

Возраст, лет	Доля АД в структуре заболеваемости, %	
	первичная	общая
до 1 года	7,2	7,2
1-4	6,0	9,3
5-9	7,3	11,7
10-14	6,4	11,1
15-18	3,7	12,6
0-18	6,0	11,2

*Выводы.* АД вносит значительный вклад в структуру заболеваемости болезнями кожи, оставаясь широко распространённой патологией.

*Литература*

1. Beasley, R. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC / R. Beasley // The Lancet. – 1998. – Vol. 351, № 9111. – P. 1225-1232.
2. Prevalence of allergic diseases in children's population / N. Adamia [et al.] // Аллергология и иммунология. – 2012. – Т. 13, № 3. – С. 215-220.
3. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в учреждениях здравоохранения / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук. – Минск : БЕЛМАПО, 2006. – 446 с.
4. Дыбунова, Е.Л. Распространённость аллергических заболеваний у детей, проживающих в различных эколого-географических районах / Е.Л. Дыбунова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6, № 4. – С. 12-16.
5. Федорцов, О.Е. Распространённость аллергических заболеваний среди детей Тернопольской области / О.Е. Федорцов, Ян Зейда, Н.Ю. Лучишин // Экология и здоровье детей: Международный науч. семинар Гродно, Беларусь (17-21 ноября 2011 г.). – Гродно, 2011. – С. 45.

## **АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ**

*Белоус П.В., Богданович И.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Актуальность.* Из всех элементов печеночно-двенадцатиперстной связки наиболее вариабельной является анатомия сосудов, обеспечивающих артериальное

кровоснабжение правой и левой долей печени [1]. Знание конкретных анатомических вариантов сосудистых структур гепато-дуоденальной связки является принципиальным при выполнении разных оперативных вмешательств на этой области [2].

*Целью* данной научно-исследовательской работы является изучение вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих печень.

*Материал и методы исследования.* Для достижения данной цели было произведено анатомическое препарирование 85 органокомплексов человека обоего пола в возрасте от 45 до 60 лет, полученных из УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в соответствии с Законом Республики Беларусь № 55-3 от 12.11.2001 г. «О погребальном и похоронном деле».

*Результаты исследования.* В результате исследования вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих правую долю печени, получены данные, показывающие, что в 64 случаях (75,3%) местом отхождения правой доленой печеночной артерии является собственная печеночная артерия в срединном отделе печеночно-двенадцатиперстной связки. Этот вариант отхождения правой доленой печеночной артерии является классическим. При варианте кровоснабжения правой доли от правой доленой артерии, исходящей из собственной печеночной артерии, выявлены и иные варианты места исхода правой доленой артерии. В 7 случаях (8,3%) правая доленая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея низкое расположение (короткая собственная печеночная артерия). В 14 случаях (16,4%) правая доленая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея высокое расположение (длинная собственная печеночная артерия). Выявлены также и случаи, когда правая доленая печеночная артерия берет свое начало не от общей печеночной артерии, а от верхней брыжеечной артерии, чревного ствола или аорты. Такие варианты встретились в 3 случаях (3,5%). Достаточно важным, на наш взгляд, является выявление относительно распространенного варианта кровоснабжения правой доли печени за счет двух артериальных сосудов. В данном случае, помимо наличия правой

долевой артерии, выявляется дополнительный артериальный сосуд, идущий в правую долю печени. Такой вариант кровоснабжения правой доли печени определен в 14 (16,5%) случаях. Наиболее часто (12 случаев (87,5%)) источником дополнительной артерии к правой доле печени является верхняя брыжеечная артерия, в 2 случаях (12,5%) - аорта. При этом в различных ситуациях пузырная артерия имела начало либо от обеих артерий, кровоснабжающих правую долю печени, либо только от дополнительной ветви.

В результате исследования вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих левую долю печени, получены данные, показывающие, что в 63 случаях (74,1%) местом отхождения левой долевой печеночной артерии является собственная печеночная артерия в срединном отделе печеночно-двенадцатиперстной связки. Этот вариант отхождения левой долевой печеночной артерии является классическим. При варианте кровоснабжения левой доли печени от левой долевой артерии, исходящей из собственной печеночной артерии, выявлены и иные варианты места исхода левой долевой артерии. В 8 случаях (9,4%) левая долевая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея низкое расположение (короткая собственная печеночная артерия). В 14 случаях (16,5%) левая долевая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея высокое расположение (длинная собственная печеночная артерия). Выявлены также и случаи, когда левая долевая печеночная артерия берет свое начало не от общей печеночной артерии, а от левой желудочной или общей печеночной артерии. Такой вариант встретился в 6 случаях (7%). Достаточно важным, на наш взгляд, является выявление варианта кровоснабжения левой доли печени за счет двух артериальных сосудов. В данном случае, помимо наличия левой долевой артерии, выявляется дополнительный артериальный сосуд, идущий в левую долю печени. Такой вариант кровоснабжения левой доли печени определен в 2 (2,3%) случаях. В таких случаях дополнительная артерия к левой доле печени исходила либо из общей печеночной артерии, либо из левой желудочной артерии.

*Выводы.* Представленная вариабельность правой и левой долевых печеночных артерий имеет важное значение при

проведении манипуляций в области гепато-дуоденальной связки, т.к. не учтенная дополнительная ветвь или атипичное расположение печеночных артерии может стать причиной серьезных осложнений, грозящих массивной кровопотерей и развитием осложнений в послеоперационном периоде. Кроме того, сохранение дополнительной артерии, кровоснабжающей правую или левую долю печени, является серьезной задачей при заборе трансплантата для последующей пересадки. Также точное знание вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих печень, чрезвычайно важно при проведении оперативных вмешательств на желчевыводящих путях и желчном пузыре.

#### *Литература*

1. Профилактика, диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчных путей при лапароскопической холецистэктомии / А.Н. Тарасов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996. – Т. 1. – С. 301.
2. Johnston, E.V. Variations in the formation and vascular relationship of the bile ducts / E.V. Johnston, B.J. Anson // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1952. – Vol. 94. – P. 669-686.

## **АНТЕГРАДНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

*Белюк К.С., Жандаров К.Н., Русин И.В., Кулага А.В., Вихарев А.А.*  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

*Актуальность.* Неуклонный рост желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений ставит проблему лечения данной патологии в число актуальных и значимых [1].

*Цель исследования.* Показать возможность и преимущества одномоментной коррекции холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка с использованием антеградной папиллосфинктеротомии.

*Материал и методы исследования.* На базе Гродненской областной клинической больницы за период с 2002 по сентябрь 2012 гг. проведено хирургическое лечение 582 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, стенозом терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и механической желтухой. Эндоскопическая