

ребролизин ретробульбарно, винпоцетин внутривенно капельно, эмоксипин внутривенно, дицинон ретробульбарно 0,5 мл, дицинон внутримышечно или перорально. При выписке положительная динамика зрительных функций была у 6 пациентов, отрицательная – у 2 пациентов, без динамики – у 1 пациента.

#### **Выводы:**

1. Поражение ЗН при РС является одним из самых первых признаков заболевания.
2. Стандарт обследования больных с ретробульбарным невритом должен включать МРТ головного мозга, консультацию невролога.
3. Использование оптической когерентной томографии позволяет объективно оценить степень патологических изменений диска ЗН, а также их динамику у пациентов с рассеянным склерозом.

## **ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ**

*Тихонович А.С., Ложко П.П., Балыш А.П., Климович Е.В.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

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

Кровообращение печени осуществляется двумя путями: по системе воротной вены и по общей печеночной артерии. Топографическая анатомия кровоснабжения печени артериальными сосудами весьма вариабельна. 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, в аспекте проведения 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%) – выявлены 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 обнаружение и выделение артерии. Правая печеночная артерия отходила от верхней брыжеечной артерии 3 (33%). При этом, она располагалась позади головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки, а затем шла по наружному краю печеночно-двенадцатиперстной связки и справа от желчного пузыря позади его шейки. Вероятность повреждения сосуда при такой топографии во время 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. Шерлок Ш. и Дули Дж.

различают добавочные и дополнительные сосуды. В отличие от добавочных, дополнительные артерии являются единственными источниками артериального кровоснабжения автономных областей печени (чаще левой ее половины), и перевязка таких сосудов может привести к тяжелым ишемическим повреждениям соответствующих сегментов.

**Вывод.** Таким образом, существуют варианты артериального кровоснабжения печени, нередко усложняющие 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. Алажиль Д. Заболевания печени и желчных путей /Д. Алажиль// Медицина., М.- 1989.- 486с.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Тихонович А.С., Киселевская А.Ю., Климович Е.В.***

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель - к.м.н., доц. Ложко П.М.

Протоковая система поджелудочной железы складывается из крупных коллекторов (главного и добавочного выводных протоков и протоков головки) и открывающихся в них протоков первого порядка, которые образуются из протоков меньшего калибра. Все элементы протоковой системы отличаются большой вариабельностью.

**Цель исследования** – изучить варианты протоковой системы поджелудочной железы и их влияние на проведение оперативных вмешательств на органе.

Исследование проведено на 30 макропрепаратах поджелудочной железы и ампулы двенадцатиперстной кишки посредством анатомической препаровки.

Главный проток поджелудочной железы был выявлен на всех макропрепаратах, его отверстие располагалось на медиальной стенке ампулы двенадцатиперстной кишки соответственно 5 ч по циферблату. Добавочный панкреатический проток выявлен в 28 (93,4%) наблюдениях, но лишь в 10 (35,7%) из них впадал самостоятельно в двенадцатиперстную кишку выше большого сосочка двенадцатиперстной кишки, образуя малый дуоденальный сосочек. В остальных 18 (64,3%) случаях главный и добавочный протоки сливались в толще головки поджелудочной железы. Так же можно выделить два типа строения протока: магистральный и рассыпной. На нашем материале, при магистральном типе число протоков второго порядка, впадающих в основной проток, колебалось от 16 до 32, а расстояние между ними от 0,6 до 1,4 см. При рассыпном типе количество протоков второго порядка достигало 50, а промежутки между ними до 0,9 -2 мм.

Главный выводной проток поджелудочной железы имел дугообразную, коленообразную и S-образную формы и повторял форму органа. Изгиб главного панкреатического протока располагался в области головки поджелудочной железы, а часть протока, расположенная в теле железы, была достаточна прямолинейная. Эта анатомическая особенность делает технически простым дренирование протока при выполнении панкреатодуоденальной резекции. Однако при S-образной форме поджелудочной железы изгиб протока располагался на 1,6-2,1 см левее перешейка. В этих случаях дренаж удается ввести в проток лишь на небольшом протяжении, а попытка бужирования нередко заканчивается перфорацией стенки протока и формированием ложного хода в паренхиме железы. Головка поджелудочной железы в большинстве случаев имеет свою собственную вы-