

Подводя итог, можно констатировать, что профессором С.С. Усоевым создано научное направление, которое посвящено проблеме анатомической изменчивости через призму конституциологии в норме и при патологии, т.е. медицинской антропологии.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ

Белоус П.В., Дердюк М.С., Черковская В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Одним из факторов, сдерживающих широкое внедрение лапароскопических технологий в хирургии, является трудность дифференциации и выделения важных анатомических структур в условиях ограниченной видимости при выполнении операции через лапароскопический доступ. Из значительного количества вариантов сосудов этой области их общая доля составляет 40-50%, а около 10-20% населения земного шара являются их носителями [Adams, D.V. 1997]. Таким образом, теоретически можно утверждать, что для каждого второго человека расположение элементов артериальной системы ворот печени и печеночной ножки являются индивидуальными. Более того, их взаимодействие на уровне печеночной ножки часто меняется на фоне воспаления желчного пузыря или прилежащих образований.

На первый взгляд кажется, что данная проблема является достаточно изученной. Однако, несмотря на это, каждая встреча с атипичной локализацией анатомических структур в составе гепатодуоденальной связки, которым посвящено множество работ [Винд, Д.Г. 1997, Лапкин, К.В. 1998, Archer, S.V. 2001 и др.], представляет для хирурга дилемму и часто способствует возникновению тяжелых осложнений.

Разные варианты происхождения, числа и траектории пузырной артерии в ассоциации со сложностью взаимоотношений её с пузырным протоком, с общим желчным протоком, правой печеночной артерией и другими соседними образованиями, делают иногда оперативные вмешательства опасными, могут способствовать появлению тяжелых осложнений как в интра- так и в постоперационном периоде.

Повреждение правой печеночной артерии, принятие её за другой сосуд или её перевязка во время мобилизации пузырного протока представляют собой «трагедию» такого рода операций. Впоследствии, при попытке остановки кровотечения может возникнуть травматический стеноз основного желчного пути, а иногда и летальный исход. Случайное появление кровотечения нарушает нормальный ход оперативного вмешательства.

Все большую актуальность в настоящее время приобретает

трансплантация печени, необходимая в случае декомпенсаторных состояний печени. При этом крайне важными являются как качественный забор печени донора, с сохранением всех основных сосудистых элементов в области гепато-дуоденальной зоны, так и удаление печени реципиента, с целью предотвращения ятрогенных, внутриоперационных осложнений, которые могут возникать при атипичном варианте расположения сосудистых структур. Так повреждение добавочных артерий к правой и левой долям может привести к массивным кровотечениям. Знание возможных вариантов расположения артерий, таким образом, становится принципиальным.

Целью данной научно-исследовательской работы является изучение вариантной анатомии левой и правой печеночных артерий, а также пузырной артерии; установление процентного соотношения этих вариантов.

Для достижения данной цели было произведено анатомическое препарирование 40 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».

В результате получены данные показывающие, что в 31 случае (77,5%) местом отхождения левой печеночной артерии являлась собственная печеночная артерия в срединном отделе печеночно-двенадцатиперстной связки, что дает основание считать этот вариант классическим. В 3 случаях (7,5%), левая печеночная артерия начиналась от собственной печеночной артерии, имея низкое расположение (короткая собственная печеночная артерия). В 6 случаях (15%) левая печеночная артерия отходила не от собственной печеночной артерии (от чревного ствола, либо от левой желудочной артерии). В 1 случае (2,5%) была выявлена дополнительная левая печеночная артерия от чревного ствола, т.е. левая доля печени получала кровоснабжение из двух независимых артериальных сосудов.

Анализ вариантной анатомии правой печеночной артерии показывает, что в 34 случаях (85%) местом отхождения правой печеночной артерии являлась собственная печеночная артерия в срединном отделе печеночно-двенадцатиперстной связки, что дает основание считать этот вариант классическим. В 3 случаях (7,5%) правая печеночная артерия начиналась от собственной печеночной артерии, имея низкое расположение (короткая собственная печеночная артерия). В 3 случаях (7,5%) правая печеночная артерия отходила не от собственной печеночной артерии (от чревного ствола, либо от верхней брыжеечной артерии). В 4 случаях (10%) была выявлена дополнительная правая печеночная артерия (от чревного ствола, верхней брыжеечной артерии, аорты), т.е. левая доля печени получала кровоснабжение из двух независимых артериальных сосудов. При этом в

разных ситуациях пузырная артерия имела начало либо от обеих артерий, кровоснабжающих правую долю печени, либо только от дополнительной ветви.

Анализ вариантной анатомии пузырной артерии показывает, что в 32 случаях (80%) местом отхождения пузырной артерии является правая печеночная артерия, что дает основание считать этот вариант классическим. При этом необходимо отметить, что в 13 случаях (32%) выявлено изменение длины (длинная или короткая) и формы (извитая). В 7 случаях (17,5%), помимо отходящей пузырной артерии, найдена дополнительная артерия к желчному пузырю. В 3 случаях (7,5%) пузырная артерия, либо дополнительная артерия к желчному пузырю, начиналась от дополнительной правой печеночной артерии. При этом в разных ситуациях пузырная артерия имела начало либо от обеих артерий, кровоснабжающих правую долю печени, либо только от дополнительной ветви. В 1 случае (2,5%) было выявлено отхождение пузырной артерии от левой печеночной артерии, а также в 1 случае (2,5%) пузырная артерия имела начало не из печеночных артерий, а из желудочно-двенадцатиперстной артерии.

Выявлена значительная вариабельность левой и правой печеночных артерий. Это имеет прикладное значение при проведении манипуляций в области гепато-дуоденальной связки, т.к. неучтенная дополнительная ветвь или атипичное расположение левой и правой печеночных артерий может стать причиной серьезных осложнений, грозящих массивной кровопотерей и развитием осложнений в послеоперационном периоде. Современная научная тенденция должна быть направлена на доказательность и обеспечение повышения уровня безопасности лечебных манипуляций. Достаточно высокая вариабельность анатомии левой и правой печеночных артерий должна стать причиной к разработке методов предоперационной диагностики индивидуальной анатомии.

Литература:

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

2. Галлингер, Ю.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций/ Ю.И. Галлингер, В.И. Капенова// Эндоскопическая хирургия. – 2007. – Т13, № 2. – С. 3–73.

3. Евтушенко, Е.Г. Малоинвазивное хирургическое лечение острого холецистита с наличием большого кармана Гартмана, сращенного с желчными путями: специальность 14.00.27 «Хирургия»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Е.Г. Евтушенко; [Ульян. гос. университет]. – Ульяновск, 2009. – 20 с.

4. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз: обзор зарубежной литературы / Б.А. Балагуров [и др.] // Вестник Ивановской медицинской

академии. – 2009. – Т.14, №4. – С. 45–50.

5. Канищев, Ю.В. Диагностическая и оперативная эндоскопия желчекаменной болезни и ее осложнений: специальность 14.00.27 «Хирургия»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/ Ю.В.; [Курск. гос.мед.ун-т]. – Курск, 2008, – 46 с.

6. Гордеев, С.А. Особенности хирургической анатомии треугольника Кало при лапароскопической холецистэктомии / С.А. Гордеев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – Т.14, №5. – С. 21 – 26.

7. Стрижелецкий, В.В. Осложнения в абдоминальной хирургии./ В.В. Стрижелецкий, Г.М. Рутенбург, А.П. Михайлов // Эндоск. Хир. 2000. – № 5. – С. 3 – 11.

8. Федоров, И. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии./ И. Федоров, Л. Славин // Казань, 1995. – 72 с.

9. Browne, E.Z. Variations in origin and course of the hepatic artery and its branches / E.Z. Browne // Surgery.1940. – Vol. 8. – P. 424 – 445.

11. 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.

12. Kullman, E. Value of routine intraoperative cholangiography in detecting aberrant bile ducts and bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy./ Kullman E. [et al.] // Br. J. Surg. 1996. – Vol. 83. – P. 171 – 175.

13. Scott-Conner, C.E.H Hall T.J. Variant arterial anatomy in laparoscopic cholecystectomy / C.E.H Scott-Conner, T.J. Hall // Am.J.Surg. – 1992. – Vol. 163. – P. 590 – 592.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СЕНСОРНЫХ СИСТЕМ ЧЕЛОВЕКА

Бурак Г.Г., Ким Т.И., Ольшанникова В.В., Кобец Г.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет», Беларусь

Научный и профессиональный интерес к изучению структурной организации сенсорных систем человека (анализаторов по И.П. Павлову) на макро- и микроуровнях в медицинских вузах обусловлен важностью их функций в здоровом и больном организме.

С одной стороны, сенсорная система обеспечивает восприятие организмом информации о состоянии внешней и внутренней среды с последующей ее обработкой и трансформацией в ощущения. Последние (ощущения) есть особая функция наиболее высокоорганизованной материи – мозга, а возникновение их связано с деятельностью периферических