

прогнозировать оптимальный режим электрорасщепления тканей при выделении протоковых и сосудистых структур, однако не следует пересекать короткий d. cysticus в режиме коагуляции.

Таким образом, ЛХЭ является малоинвазивной и малотравматичной операцией, однако встречаются неудачи, осложнения и ошибки, об этом следует помнить, и тогда их будет значительно меньше.

Литература

1. Гальперин, Э.И. Что должен делать хирург при повреждении желчных протоков? / 50 лекций по хирургии: под ред. В.С. Савельева. – Москва: Медиа Медика, 2003. – 408 с.
2. Лапкин, К.В. Причины и профилактика травмы желчевыводящих протоков и кровотечений при лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 4. – С. 3-10.
3. Федоров, И.В. Эндоскопическая хирургия. – 2-е издание / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 352 с.
4. Adams, D.B. Bile duct complications after laparoscopic cholecystectomy / D.B. Adams [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. – 1997. – V.7. – N. 3. – P. 271-275.
5. Davidoff, A.M. Mechanism of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. / A.M. Davidoff [et al.] // Ann. Surg. – 1992. – V. 215. – N 3. – P. 196-202.
6. Cates, Y.A. Biliary complications of laparoscopic cholecystectomy / Cates Y.A. [et al.] // Br.J.Surg. – 1996. – V.83. – № 7. – P. 938-941.
7. Martin, R.F. Bile duct injuries. Spectrum, mechanisms of injury and their prevention / R.F. Martin, R.Z. Rossi // CSurg. Clin.North Am. – 1994. – V. 74. – № 4. – P.781-803.

АНАТОМИЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ПЛОДОВ С С-ОБРАЗНОЙ ФОРМОЙ СИГМОВИДНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Гораш Е.В.

Буковинский государственный медицинский университет

г. Черновцы, Украина

Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии

Пороки развития терминального отдела желудочно-кишечного тракта (атрезии и стенозы толстой кишки, долихоколон, мегаколон, удвоение отделов толстой кишки, болезнь Гиршпрунга и т. д.) нуждаются в оперативной коррекции в раннем неонатальном периоде [1, 2]. Эти болезни часто имеют единую анатомиче-

скую основу, но до сих пор отсутствуют сведения о строении сигморектального сегмента в перинатальном периоде.

Цель изучения. Определить особенности строения и топографо-анатомические взаимоотношения компонентов сигморектального сегмента у плодов 4–6 месяцев с С-образной формой сигмовидной ободочной кишки.

Материал и методы. Исследование проведено на 30 трупах 4–6-месячных плодов (161,0–290,0 мм ТПД) методами макромикропрепарирования, морфометрии, фотодокументации, инъекции артериальных сосудов. Для определения границ сигморектального сегмента учитывали макроскопические отличия сигмовидной и прямой кишок: выпячивания ободочной кишки, жировые привески, место, где начинается расширение просвета кишечной трубки (ампула прямой кишки) [3, 4], место перехода лент сигмовидной ободочной кишки в сплошной продольный мышечный слой прямой кишки [5].

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что частота С-образной формы сигмовидной кишки во втором триместре составляет 26,6 %. У плодов с С-образной формой сигмовидной ободочной кишки её проксимальный и дистальный отделы находятся слева от срединной плоскости, причем проксимальный выше левой передней верхней подвздошной ости. Сигморектальный сегмент также определяется слева от срединной плоскости. Латерально от него проходят левая яичковая артерия и вена. Непосредственно к сигморектальному сегменту латерально прилегает левое яичко. Позади сегмента проходит левый мочеточник.

Отсутствие функциональной нагрузки и функциональная незрелость тканей у плодов 4 месяцев не позволяют чётко дифференцировать макроскопические признаки сигморектального сегмента. Последний согнут в сагиттальной плоскости, является продолжением сигмовидной ободочной кишки и без чётких границ переходит в прямую кишку.

У плодов 5-го месяца обнаружены хорошо развитые полулунные складки и выпячивания ободочной кишки, которые размещены по ходу свободной ленты. Жировые привески отсутствуют. Следует отметить, что в месте сигморектального перехода выпячивания ободочной кишки отсутствуют, а ленты дистального отдела сигмовидной ободочной кишки переходят в сплошной продольный мышечный слой прямой кишки.

К концу 6-го месяца форма, размеры, строение и взаимоотношение компонентов сигморектального сегмента изменяются. Дистальный отдел сигмовидной ободочной кишки достигает уровня пупочной области. Сегмент определяется справа от срединной плоскости.

Задняя стенка сигморектального сегмента граничит с червеобразным отростком. Сигморектальный сегмент согнут во фронтальной плоскости, четко визу-

лизируется ректосигмоидный угол. Сигморектальный переход уже, чем сигмовидная ободочная кишка и прямая кишка.

Вывод. У плодов с С-образной формой сигмовидной ободочной кишки на протяжении 4–6 месяцев установлены следующие анатомические признаки сигморектального сегмента: наличие сужения кишечной трубки и отсутствие жировых отростков в переходном отделе между сигмовидной и прямой кишками, формирование сплошного мышечного шара толстокишечной стенки с трех мышечных лент, наличие ректосигмоидного угла. В начале второго триместра сигморектальный переход находится слева от срединной плоскости, в конце второго триместра – справа.

Литература

1. Калмин, О.В. Аномалии развития органов и частей тела человека: справ. пособие / О.В. Калмин, О.А. Калмина. – Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2004. – 404 с.
2. Молдавская, А.А. Васкуляризация производных пищеварительной трубки на этапах онтогенеза / А.А. Молдавская – М.: Академия естествознания, 2007. – 33 с.
3. Жуков, Б.Н. Колопроктология / Б.Н. Жуков – Самара, 2000. – 315 с.
4. Bretagnol, F. Surgery treatment of rectal cancer / F. Bretagnol, L. Calan // J. Chir. – 2006. – V. 143, № 6. – P. 366-372.
5. Bharucha, A.E. Recent advances in assessing anorectal structure and functions / A.E. Bharucha, J.G. Fletcher. – Gastroenterology. – 2007. – V. 133. – № 4. – P. 1069-1074.

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ ГИПОФИЗА

Горецкая О.О., Конопелько Г.Е.

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

Кафедра нормальной анатомии

Введение. Изучение заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы является одним из приоритетных направлений клинической эндокринологии. При оценке состояния селлярной области методы магнитно-резонансной и компьютерной томографии являются ведущими в диагностическом процессе, так как обеспечивают точную топическую диагностику. Это особенно важно на стадии выработки стратегии и тактики лечения при аденомах гипофиза. В Белоруссии частота пороков развития центральной нервной системы составляет 0,8 случая на 1000 [4].