

Пусть читатель не заподозрит меня в ретроградстве и консерватизме. Но есть педагогические принципы, закономерности, постулаты. В частности, есть уровни усвоения учебных элементов. Третий уровень усвоения их – «Умения и практические навыки» – может быть достигнут только при обеспечении реальных условий самостоятельной работы (изучение на препаратах, выполнение на трупе, операция на экспериментальном животном в оборудованной операционной). Все остальные учебные технологии, в том числе все до единой компьютерные, работа на «болванчиках», на виртуальных устройствах, позволяют обеспечить лишь второй уровень усвоения – «знания воспроизведения». И никогда не больше. Если кафедра не обеспечивает такие условия работы, не может или не хочет этого сделать, такая кафедра действительно не нужна.

Правда, сейчас много говорят о «двух» или «трехуровневом» принципе подготовки специалистов. Однако не так важно, где и когда, на каком «уровне» подготовки специалиста хирургического, да и не только, профиля будет идти речь, без обеспечения работы по усвоению учебных профессиональных элементов на уровне «умений и практических» навыков не обойтись. Не говоря уже о научных исследованиях.

Так преодолим ли кризис в науке и дисциплине? Если мы наряду с пресловутыми компьютерными технологиями в нашей науке, в нашей дисциплине не уйдем от бессмертных Пироговских принципов и методов, то преодолим. Нужна настойчивость и воля.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЛОЖЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ВАРИАНТОВ ЕГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ**

**Киселевский Ю.М., Ложко П.П., Олейникова А.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

*г. Гродно, Республика Беларусь*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

Изучение анатомотопографических особенностей червеобразного отростка важно для диагностики и лечения острого аппендицита. Несмотря на то, что клиническая картина данной патологии изучена детальным образом, диагностические ошибки составляют от 12 до 31%, а послеоперационная летальность от острого аппендицита – 0,22–0,26%, что в абсолютных цифрах – 5–6 тысяч человек ежегодно [3].

Червеобразный отросток имеет форму цилиндра диаметром 6–8 мм. Его длина варьирует от 1 до 15 см (в среднем 5–10 см). Локализация отростка в брюшной полости зависит от положения купола слепой кишки. Аппендикс может

находиться под печенью, в малом тазу, в правой или левой подвздошных областях. Червеобразный отросток фиксирован лишь в области основания, в то время как его верхушка может, как часовая стрелка, располагаться в любой точке окружности.

Ошибки диагностики зависят от «ложности» клинических симптомов острого аппендицита, что часто связано с особенностями его топографии. Начинаясь от медиально-задней или медиальной стороны слепой кишки, аппендикс не имеет фиксированной позиции по отношению к слепой кишке, так как его брыжейка обладает значительной подвижностью. В положении червеобразного отростка выделяется несколько вариантов: нисходящее (тазовое) – 15–20%, характеризуется тем, что отросток спускается в полость малого таза, соседствуя с мочевым пузырем, прямой кишкой, маткой и ее придатками; латеральное положение (12–15%), при котором аппендикс направлен в сторону правого бокового канала; медиальное положение 7–9% – отросток располагается по ходу конечной части подвздошной кишки (над или под подвздошной кишкой); заднее положение, когда отросток находится позади слепой кишки (ретроцекально), в свою очередь делящееся на интраперитонеальное 9–10%, ретроперитонеальное 3–5% и интрамуральное (в стенке слепой кишки) 0,1%. Переднее положение, – когда отросток лежит впереди от слепой кишки. Чрезвычайно редко встречается левостороннее положение слепой кишки и червеобразного отростка [2].

Большое практическое значение имеют также особенности кровоснабжения червеобразного отростка, которые описали ещё в 1905 году Kelly и Hurler (по Седов В. М. 2008). Важно отметить, что сама аппендикулярная артерия и её ветви в 60% случаев функционально являются сосудами конечного типа, т. е. не имеют анастомозов даже с соседними ветвями подвздошно-ободочной артерии. Выделяют четыре типа питания отростка: 1) одиночный ствол – отходит от *a. ileocolica* и питает весь червеобразный отросток, (30% случаев); 2) более чем 2/3 отростка снабжает кровью одиночный сосуд, отходящий от *a. ileocolica* (как и при первом типе), основание отростка получает питание через 1–2 сосуда, отходящих от задней стенки илеоцекальной артерии – 25%; 3) кровоснабжение червеобразного отростка осуществляется двумя отдельными веточками, отходящими от основного ствола *a. ileocolica* – 25%; 4) питание отростка аналогично третьему типу, но при этом червеобразный отросток снабжается кровью 1–2 веточками, отходящими от задней ветви илеоцекальной артерии [1, 3]. Без учета указанных типов кровоснабжения, перевязкой основного ствола *a. appendicularis*, можно спровоцировать ишемический некроз части слепой кишки.

Исследование проведено на 30 трупах взрослых людей. Изучались расположение червеобразного отростка и особенности его кровоснабжения в связи с топографией. В правой подвздошной области выполняли параректальный разрез передней брюшной стенки и путём осмотра и макроскопического препарирова-

ния оценивали расположение и особенности кровоснабжения аппендикса. Исследования показали, что в 18 случаях при нисходящем или тазовом расположении червеобразного отростка питание его осуществлялось по первому или второму типам кровоснабжения. В 12 случаях, когда аппендикс принимал ретроцекальное (в 2 случаях) и медиальное (в 10 случаях) положение, его васкуляризация осуществлялась посредством двух артерий, преимущественно по третьему и четвертому типам.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что кровоснабжение червеобразного отростка связано с его топографией. При восходящем расположении отростка он получает питание из двух артерий, при его нисходящем положении – из одной аппендикулярной артерии. Указанные топографо-анатомические особенности положения и кровоснабжения червеобразного отростка, несомненно, отражаются на диагностике его патологических состояний.

#### **Литература**

1. Исаков, Ю.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте / Ю.Ф. Исаков. – М.: Медицина, 1990. – 192с.
2. Колесов, В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В. И. Колесов. – М.: Медицина, 1992. – 342с.
3. Седов, В.М. Аппендицит / В. М. Седов. – СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. – 232с.

### **РЕНТГЕНАНАТОМИЯ СИСТЕМЫ НЕПАРНОЙ ВЕНЫ**

**Клюй Е.А., Баяшко А.А., Тихон С.Н., Крыжова Е.В., Маркауцан П.В.,  
Вартамян В.Ф., Дечко В. М., Ковалевич К.М.**

*Белорусский государственный медицинский университет*

*г. Минск, Республика Беларусь*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

Система непарной (НВ) и полунепарной (ПНВ) вен берет на себя значительную часть оттока крови при непроходимости нижней полой вены (НПВ) и аномалиях ее развития, а также при портальной гипертензии [1, 2, 3]. Основные сведения по топографо-анатомическим особенностям указанных венозных систем основаны на аутопсийных данных, в то время как детальная рентгеноанатомия их изучена недостаточно. Спиральная компьютерная томографии (СКТ) с контрастным усилением позволяет получить более объективную и полноценную информацию обо всем разнообразии встречающихся вариантов топографии сосудов [4].

**Цель исследования** – изучить варианты топографии НВ и ПНВ, а также их истоков – правой и левой восходящих поясничных вен на основании данных СКТ с контрастным усилением.