

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Журко А.И.

Гродненский государственный медицинский университет,
Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – д.м.н., профессор В.П.Юрченко

Желчный пузырь получает питание за счет пузырной артерии, отходящей в 83% случаев от правой печеночной артерии. Диаметр пузырной артерии колеблется от 1,2 до 1,8 мм, длина - от 0,5 до 4,7 см. Основной ствол артерии в области шейки делится на 2 ветви, идущие по верхней и нижней поверхности тела желчного пузыря. От основного ствола пузырной артерии, а при низком ее делении – и от ее ветвей, отходят тонкие сосуды, кровоснабжающие пузырный проток. Важное значение при оперативных вмешательствах на желчном пузыре имеет атипичный ход пузырной артерии, ошибки при перевязке последней могут привести к нежелательным осложнениям. Мы наблюдали отхождение пузырной артерии от собственно печеночной, левой печеночной и верхней желудочно-двенадцатиперстной артерий и наличие трех стволов: один - от правой печеночной и два - от общей печеночной артерий.

Кровоснабжение правого, левого и общего печеночных протоков в основном осуществляется от правой печеночной артерии и реже от общей печеночной и задней двенадцатиперстно-поджелудочной артерий. Правый печеночный проток получает кровоснабжение только от правой печеночной артерии. Левый печеночный проток получает кровоснабжение в 90% случаев от правой печеночной артерии и в 10% случаев к нему подходят ветви от левой печеночной артерии. При этом количество ветвей к левому печеночному протоку может варьировать от одной до четырех, чаще три. В случаях, когда проток кровоснабжается за счет левой печеночной артерии, от нее отходит

одна ветвь к левой части протока, а к правой подходят ветви от артерий, кровоснабжающих общий печеночный проток.

Общий печеночный проток в 80% случаев получает кровоснабжение за счет ветви правой печеночной артерии. Диаметр артерии - 0,2-0,3 мм. При параллельном ходе общего печеночного и пузырного протоков ветвь принимает участие в кровоснабжении последнего. Этот факт необходимо учитывать при выделении пузырного протока во время операции, так как возможно повреждение данной ветви, что может привести к нарушению кровоснабжения общего печеночного протока. В 11% случаев артерия к общему печеночному протоку начиналась от левой печеночной артерии. В 9% случаев артерия общего печеночного протока является ветвью общей печеночной артерии

Кровоснабжение общего желчного протока в основном (62%) осуществляется за счет задней верхней двенадцатиперстно-поджелудочной артерии. От нее отходят две ветви, идущие вдоль правой и левой стенок протока. Правая ветвь более крупная, ее диаметр колеблется от 0,4 до 0,6 мм. Она располагается чаще всего на расстоянии $0,33 \pm 0,24$ см от стенки протока. Направляясь снизу вверх, артерия отдает ветви к общему желчному протоку, которые подходят к нему перпендикулярно. Левая артерия меньшего диаметра (0,3 – 0,4 мм) идет вдоль левой стенки протока, вплотную прилегая к ней. В 20% случаев довольно крупная ветвь, отходящая от общей печеночной артерии, подходит с левой стороны к протоку и делится на восходящую и нисходящую ветви, которые располагаются вдоль левой стенки протока на расстоянии 0,3 см от нее. В 18% случаев кровоснабжение общего желчного протока осуществляется за счет мелких артерий, отходящих от общей, правой печеночной, желудочно-двенадцатиперстной и верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерий. Эти артерии в количестве от 8 до 12 подходят самостоятельно к левой стенке общего желчного протока. В кровоснабжении

панкреатической части общего желчного протока принимают участие верхняя задняя и нижняя задняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерии. Однако выделить самостоятельную ветвь, идущую к протоку, не удается.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРД

Журов Е.М., Гуминская Т.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент В.Н. Волков

Дополнительные (аномально) расположенные хорды (АРХ) желудочков относятся к малым аномалиям развития сердца. Одним из клинических проявлений АРХ является систолический шум, который служит показанием к назначению эхокардиографии (ЭхоКГ). Однако часть АРХ выявляются в виде случайных находок без шумовых феноменов.

Цель работы: изучение влияния морфологических характеристик АРХ и внутрисердечной гемодинамики на формирование систолического шума.

Материал и методы. Обследовано 1427 пациентов (средний возраст 35.2 ± 0.5 лет, 42% мужчин) с помощью ЭхоКГ. Исследование проводилось по стандартной методике с оценкой морфологических характеристик АРХ (локализация, направление, длина и толщина). Оценка интенсивности систолического шума проводилась по отношению к I тону: высоко- ($\geq \frac{1}{2}$ I тон), низкоинтенсивный ($\leq \frac{1}{2}$ I тон) или его отсутствие.

Результаты исследования. У 540 пациентов (средний возраст 24.4 ± 0.5 года, 41.7% мужчин) выявлены одиночные (89.6%) и множественные (10.4%) АРХ. В левом желудочке АРХ локализовались в 87.6% случаев, правом – 7.2%, обоих желудочках – 4.4%. АРХ