

4. Bø, K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? / K. Bø // International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction. – 2004. – Vol. 15, № 2. – P. 76–84.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ОТХОЖДЕНИЯ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ ОТ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИИ

Петько И.А.¹, Лабушняк Д.А.², Усович А.К.²

¹Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М.Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

²Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет, Витебск, Беларусь

Введение. Анатомия пузырной артерии (a. cystica) привлекает внимание исследователей в связи с её высокой клинической значимостью в гепатобилиарной хирургии. Особое внимание уделяется изучению её вариантной анатомии и топографии в области печёочно-пузырного треугольника (треугольника Кало), поскольку точное знание расположения сосуда является критически важным для профилактики послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической и открытой холецистэктомии [1; 3]. Точная верификация источника отхождения и количества пузырных артерий необходима для совершенствования хирургической техники, а также для корректной интерпретации данных современных методов инструментальной диагностики, таких как мультиспиральная компьютерная томография и ангиография [2; 4]. В большинстве случаев (до 90%) пузырная артерия отходит от правой печёочной артерии (a. hepatica dextra). Она проходит в рыхлой соединительной ткани, направляясь вправо и косо к шейке жёлчного пузыря, где делится на переднюю и заднюю ветви, кровоснабжающие стенки органа. Длина артерии обычно составляет 1–2 см, диаметр – 1–2 мм [5, с. 29]. Знание вариативности анатомии пузырной артерии имеет важное значение для клинической практики, поскольку атипичное расположение сосуда может приводить к развитию послеоперационных осложнений [2, с. 534; 5, с. 30].

Цель исследования. Описать редкий вариант отхождения пузырной артерии от гастродуоденальной артерии, выявленный в ходе препарирования.

Метод и методы исследования. Для исследования индивидуальной изменчивости пузырной артерии проводилось анатомическое препарирование кровеносных сосудов учебного трупа мужского пола на кафедре нормальной анатомии Витебского государственного медицинского университета.

Результаты и их обсуждение. В ходе препарирования был выявлен вариант анатомического строения, при котором пузырная артерия отходила от гастродуоденальной артерии и располагалась ниже границ треугольника Кало (рисунок 1).



Рисунок 1 – Вариант отхождения пузырной артерии от гастродуоденальной артерии

В исследуемом случае длина а. cystica составила 4,1 см, что превышает средние анатомические показатели (1–2 см). Артерия имела преимущественно прямолинейный ход, однако в области перехода к жёлчному пузырю наблюдался выраженный изгиб во фронтальной плоскости. Диаметр артерии в месте отхождения от а. gastroduodenalis составлял 1,1 мм и уменьшался до 0,8 мм по её ходу.

Согласно литературным данным, подобный вариант встречается в среднем в 4,5% случаев [4, с. 26; 5, с. 30]. Также описаны случаи отхождения пузырной артерии от левой печёночной артерии (около 1% случаев), при которых сосуд может иметь восходящую и нисходящую ветви, огибающие жёлчный пузырь. Дополнительной пузырной артерии выявлено не было. Данные, полученные в ходе настоящего исследования, согласуются с результатами ранее опубликованных работ, подтверждающих значительную вариабельность источников кровоснабжения жёлчного пузыря.

Выводы. Пузырная артерия, отходящая от гастродуоденальной артерии, представляет собой редкий вариант анатомического строения. Выявление подобных сосудистых вариаций подчёркивает важность детального изучения анатомии гепатобилиарной области и учёта индивидуальных анатомических особенностей при планировании и выполнении хирургических вмешательств. Полученные данные могут быть использованы при обучении студентов и врачей хирургического профиля, а также при планировании оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. New classification of the anatomic variations of cystic artery during laparoscopic cholecystectomy / Y. Ding, B. Wang, W. Wang [et al.] // World Journal of Gastroenterology. – 2007. – Vol. 13. – P. 5629–5634.
2. The clinical anatomy of cystic artery: a review of over 9800 cases / R. G. Andall, P. Matusz, M. du Plessis, [et al.] // Surgical and Radiologic Anatomy. – 2016. – Vol. 38. – P. 529–539.

3. Hiatt, J. R. Surgical anatomy of the hepatic arteries in 1000 cases / J. R. Hiatt, J. Gabbay, R. W. Busuttil // Annals of Surgery. – 1994. – Vol. 220. – P. 50–52.

4. Вариантная анатомия структур треугольника Кало / А. Н. Шилова, Т. С. Жарикова, К. Р. Койчуев, [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2024. – № 1. – С. 24–28.

5. Курбанов, Д. М. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Д. М. Курбанов, Н. И. Расулов, А. С. Ашуров // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22. – С. 26.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ВИСОЧНОЙ КОСТИ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Пырич Д.В.

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь*

Введение. Исследование морфологических и морфометрических особенностей сосцевидного отростка височной кости приобретает особую значимость на фоне учащения случаев мастоидита и его тяжелых осложнений (зигоматит, абсцесс Бецоляда и др.). Опасность данных состояний заключается в распространении инфекции на глубокие структуры отростка, окружающие венозный синус. Современная медицина сталкивается с проблемой неэффективности медикаментозной терапии из-за растущей резистентности патогенов к антибиотикам, что ведет к увеличению доли хирургических методов лечения мастоидита [1, с.90]. Риск развития осложнений часто детерминирован индивидуальными вариантами пневматизации височной кости, что затрудняет постановку диагноза и требует индивидуального подхода к предоперационному планированию.

Цель. Выявление закономерностей морфологического строения и морфометрических параметров сосцевидного отростка у взрослых лиц в норме и при наличии воспалительных процессов. Исследование направлено на определение анатомических факторов, способствующих возникновению мастоидита и его осложнений.

Методы исследования. Работа основывается на ретроспективном анализе результатов компьютерной томографии (КТ) черепа 63 человек в возрасте от 18 до 90 лет. Распределение участников проводилось в соответствии с возрастными периодами, принятыми ВОЗ: Первая группа: 18–44 года (молодой возраст, n=16); Вторая группа: 45–59 лет (средний возраст, n=16); Третья группа: 60–74 года (пожилой возраст, n=15); Четвертая группа: 75–90 лет (старческий возраст, n=16). Внутри каждой категории пациенты были дифференцированы на две подгруппы: основную, включающую лиц с диагностированным двусторонним мастоидитом (n=33), и контрольную,