

Литература:

1. Гаджиева, Ф. Г. Топографоанатомические особенности магистральных артерий верхних конечностей новорожденных / Ф. Г. Гаджиева // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – Т. 12, № 4. – 2013. – С. 6–10.
2. Эмболии бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей: уроки прошлого и современные тенденции в решении проблемы / М.В. Мельников [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 153–156.

ПУТИ ЛИМФОГЕННОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Майоров А.Д. Кендыш Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Ложко П.М.

Актуальность. ак толстой кишки занимает 3-4 место среди злокачественных образований всего желудочно-кишечного тракта, пропуская вперед злокачественные образования, локализующиеся в желудке, пищеводе и прямой кишке. По данным правая половина толстой кишки поражается злокачественным процессом в 36,6%, левая - в 42,7% случаев. Основным путем метастазирования опухоли толстой кишки является лимфогенный.

Целью исследования: явилось изучение путей распространения рака ободочной кишки по регионарной лимфатической системе.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты КТ-исследования 30 пациентов с раком ободочной кишки. Среди них было 17 женщин и 13 мужчин, в возрасте от 54 до 63 лет. Локализация рака ободочной кишки была следующая: слепая кишка – 1 пациент, восходящий отдел – 3, печеночный угол – 4, поперечно-ободочная кишка – 4, селезеночный угол – 3, нисходящий отдел – 3, сигмовидная кишка – 12.

Результаты. Выделяют следующие группы лимфатических узлов: эпиколические (локализуются по стенке ободочной кишки); параколические (локализуются по ходу краевого сосуда, питающего определенный сегмент кишки); промежуточные (располагаются вдоль основных ветвей мезентериальных артерий, питающих определенный отдел ободочной кишки); базальные (локализуются в устье мезентериальных артерий). Далее лимфоотток идет в лимфатические узлы, расположенные вдоль брюшной аорты. Визуализация при КТ-исследовании измененных эпиколических и параколических лимфатических узлов не имеет большой клинической значимости, так как при операциях эти группы лимфоузлов всегда резецируются единым блоком вместе с первичной опухолью. Для выбора тактики лечения на дооперационном этапе, при решении вопроса о применении лучевой терапии, важное значение имеет выявление промежуточных и базальных групп лимфоузлов. При раке слепой кишки на КТ-сканах анализировали лимфоузлы по ходу а.ileocolica, а.mesenterica superior и забрюшинное пространство у основания брыжейки тонкой кишки. При раке восходящего отдела, печеночного угла и правой половины поперечного отдела ободочной кишки – вокруг а.colica dextra, а также вокруг двенадцатиперстной кишки, головки поджелудочной железы и в корне а.mesenterica superior. При раке левой половины поперечного отдела ободочной кишки и ее селезеночного угла при КТ-исследовании следует внимательно изучить зону брыжейки поперечно-ободочной кишки, где лимфоузлы локализуются вдоль левых ветвей а.colica media, зону желудочно-толстокишечного ствола впереди головки поджелудочной железы. При раке левой половины ободочной кишки и сигмовидной кишки лимфатические узлы по ходу а.colica sinistra, а.а.sigmoideaea, а также зону а.mesenterica inferior. При всех локализациях рака ободочной кишки необходимо обязательно просматривать группу забрюшинных лимфоузлов (парааортальные, межаortoкавальные и паракавальные).

Выводы. Таким образом, знание КТ-анатомии лимфатических путей ободочной кишки, позволяет повысить точность диагностики лимфогенного метастазирования рака ободочной кишки и выбрать необходимый объем лечебных мероприятий.

Литература:

1. Ханевич М.Д. Колоректальный рак, подготовка толстой кишки к операции. /М.Д. Ханевич М., 2003. – 132с.

ВАРИАНТЫ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ПО ДАННЫМ АНГИОГРАФИИ

Майоров А.Д. Кендыш Е.Н.

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Киселевский Ю.М.

Актуальность. Типичная анатомия, при которой общая печеночная артерия (ОПА) отходит от чревного ствола (ЧС), отдает гастродуоденальную артерию (ГДА) и затем, продолжаясь как собственная печеночная (СПА), делится на правую (ППА) и левую (ЛПА) печеночные артерии, по данным различных авторов наблюдается в 29-85% случаев. В остальных - имеется тот или иной вариант артериального кровоснабжения печени. Вариант артериальной анатомии печени имеет важное практическое значение при выполнении открытых и лапароскопических операций на желчном пузыре, внепеченочных желчных протоках, печени, выполнении эмболизации и химиоэмболизации печеночных артерий.

Цель исследования: изучить варианты отхождения печеночных артерий по данным ангиографии.

Материал и методы. Нами ретроспективно проанализированы ангиограммы печени 25 пациентов, у которых по тем или иным показаниям выполняли висцеральную ангиографию.

Результаты: По классификации N. Michels (1955) идентифицированы 8 из 10 типов артериальной анатомии печени. Типичная анатомия, при которой ОПА отходит от ЧС, делится на ГДА и СПА, которая, в свою очередь, делится на ППА и ЛПА составила 64 %. Замещающая ЛПА отходит от левой желудочной артерии (ЛЖА), являющейся ветвью чревного ствола; ОПА делится на ГДА и ППА - 8%. Замещающая ППА от верхней брыжеечной артерии (ВБА); ОПА делится на ГДА и ЛПА - 4%. Замещающая ЛПА от ЛЖА; замещающая ППА от ВБА; ГДА от ЧС - 4%. Добавочная ЛПА от ЛЖА; ЛПА и ППА от СПА - 4%. Добавочная ППА от ВБА; ЛПА и ППА от СПА - 4%. Добавочная ЛПА от ЛЖА; добавочная ППА от ВБА; ЛПА и ППА от СПА - 4%. ОПА от ВБА; от ЧС отходят ЛЖА и селезеночная артерия - 4%. Трифуркация ОПА: типичная анатомия, при которой ОПА делится на ГДА, ЛПА и ППА, а также когда протяженность СПА не более 1 см - 4%.

Выводы. Таким образом, типичная анатомия печеночных артерий наблюдалась у 64% пациентов. В остальных случаях имелся тот или иной вариант артериальной анатомии. Все варианты артериальной анатомии печени необходимо учитывать при оперативных и рентгеноэндоваскулярных вмешательствах.

Литература:

1. Гранов Д.А., Таразов П.Г. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени. СПб.: «Фолиант», 2002.
2. Таразов П.Г. Эмболизация печеночной артерии при нетипичных анатомических вариантах ее строения у больных злокачественными опухолями печени // Вестн. рентгенологии. 1990. № 2. С. 28-32.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА

Малыхина А.В. Кендыш Е.Н.

Кафедра общей хирургии

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Цилиндз И.Т.

Актуальность. Рак поджелудочной железы из всех онкологических локализаций имеет самый худший прогноз, 5-летняя выживаемость составляет от 6% до 8%. Рак большого