

Коротков О.С.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВОРОТНОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ И ПЕЧЁНОЧНЫХ ВЕН: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Трушель Н.А.,

канд. мед. наук, доц. Штурич И.П.

Кафедра нормальной анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск

Актуальность. В настоящее время тема вариантной анатомии воротной (ВВ) и печёночных вен (ПВ) остаётся актуальной, что подтверждается современными публикациями (А. Katsourakis (2021), E. Prado-Neto (2022), S.Shankar (2022)), и связано с её высокой вариабельностью и отсутствием единой современной классификации. По данным S.Iqbal (2017), A.Ahmed (2017) частота вариантов ВВ составляет 20-35%, а ПВ – 40-55%. Важное значение особенностям анатомии вен печени придаётся в хирургической гепатологии и трансплантологии, т.к. варианты венозного притока и оттока определяют операционную тактику и влияют на частоту хирургических осложнений.

Цель: установить варианты строения воротной вены печени и печёночных вен у взрослого человека по данным мультиспиральной компьютерной ангиографии (МСКТА).

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ данных МСКТА 60 пациентов в возрасте от 19 до 78 лет, полученных из МНПЦ ХТиГ. Показанием для проведения МСКТА являлось изучение ангиоархитектоники перед резекцией и трансплантацией печени. По данным МСКТА определялись тип ветвления ВВ печени в соответствии с классификацией A.Covey и соавт., а также варианты строения ПВ.

Результаты и их обсуждение. Классическая анатомия ВВ (тип I) была представлена в 63,3% случаев. Отдельное отхождение ветвей ВВ VI-ого (тип V) и VII-ого (тип IV) сегментов наблюдались в 15,0% и 12,0% случаев, соответственно. Реже встречались варианты, при которых правая задняя ветвь ВВ являлась первой ветвью основного ствола ВВ (тип III) – 5,0% случаев; трифуркация ВВ (тип II) была выявлена у 1,7% пациентов. Классическая анатомия ПВ (левая, средняя и правая ПВ) была представлена в 86,7%; из них в 66,7% случаев левая и средняя ПВ впадали в нижнюю полую вену (НПВ) общим стволом, в 20% случаев – раздельно. Встречались варианты с отдельным впадением ПВ в НПВ: вена VI-ого сегмента – 16,7%, вена VII-ого сегмента (вена Макиучи) – 13,3%, вена VIII-ого сегмента – 3,3%. У 40% пациентов наблюдались добавочные ПВ: добавочная правая ПВ (ДППВ) – 23,3% случаев, добавочная средняя ПВ (ДСПВ) – 18,3% случаев, добавочная левая ПВ (ДЛПВ) – 8,3% случаев.

Клиническое значение вариантов анатомии ВВ и ПВ в хирургии печени: а) при планировании обширных резекций выявление транспозиции основных ветвей ВВ позволяет избежать интра- и послеоперационных осложнений; б) выявление aberrаций ветвей ВВ у потенциальных родственных доноров является противопоказанием для донорства; в) наличие отдельно впадающих в НПВ сегментарных вен позволяет выполнять удаление опухолей печени с резекцией правой печёночной вены; г) в трансплантологии наличие добавочных ПВ определяет способы сосудистой гепатико-кавальной реконструкции.

Выводы: анатомия портальной и кавальной венозных систем печени имеет свои топографо-анатомические особенности и обусловлена широким диапазоном её вариантов. Классическая анатомия ВВ встречается в 63,3% случаев, наиболее частыми вариантами являются тип V (15,0%) и тип IV (12,0%) по Covey. Кавальная система печени характеризуется множественной вариантностью. В отдельных случаях (до 16,7%) наблюдалось впадение сегментарных вен в НПВ. Добавочные ПВ встречались у 40% пациентов. Предоперационная визуализация с прецизионной оценкой вариантной анатомии ВВ, ПВ и их отношения к НПВ необходимы для эффективного и безопасного выполнения хирургических вмешательств в гепатопанкреатодуоденальной области.