

І.В.Шкварковський

ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ РЕБЕРНО-ГРУДИННОГО ТРИКУТНИКА ДЛЯ ВИВЕДЕННЯ САЛЬНИКА В ЛІВИЙ ГЕМІТОРАКС

Кафедра госпітальної хірургії (зав.-проф. О.В. Алексеєнко)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У статті досліджено можливі варіанти проведення пасма великого сальника в плевральну порожнину з метою прискорення процесів регенерації стінки бронха при лівобічній пульмонектомії.

Під час дослідження використано пасмо сальника зі збереженням лівої плунково-сальникової артерії. Як можливі варіанти розглянуті стравохідний отвір діафрагми, лівий реберно-грудинний трикутник і штучно створений отвір у сухожильній частині лівого купола діафрагми. Дослідження показали, що найбільш оптимальним варіантом проведення сальника є лівий реберно-грудинний трикутник.

Ключові слова: діафрагмотомія, реберно-грудинний трикутник, пасмо сальника.

Вступ. Проблема неспроможності швів кукси бронха вирішується з використанням різних прийомів. В одних випадках - це засоби механічного опрацювання із застосуванням зшивальних апаратів або різноманітних методик ручного шва [1,2], в інших - використання прокладок із різноманітних авто- і алотканин[3], що дозволяє зменшити роздавлення стінки бронха. На наш погляд, більш перспективним є використання власних тканин, що забезпечують додаткове кровопостачання кукси бронха і тим самим прискорюють процеси її регенерації. З цією метою використовуються міжреберний м'яз, пасмо діафрагми, великий грудний або прямий м'яз живота. Найбільш перспективним є використання пасма великого сальника на судинній ніжці.

Мета дослідження. Вивчити найбільш оптимальний варіант проведення пасма великого сальника на судинній ніжці в плевральну порожнину для захисту кукси бронха при лівобічній пульмонектомії.

Матеріал і методи. Дослідження виконано на 27 трунах. Проводилася оцінка структури сальника, його судинної архітекtonіки, вимірювалася довжина і ширина немобілізованого сальника, оцінювалася можливість мобілізації його від великої кривини шлунка і попереково-ободової кишки зі збереженням кровопостачання. Уточнювалася довжина пасма сальника залежно від методики його викручування зі збереженням однієї зі шлунково-сальникових артерій.

Із можливих варіантів дислокації сальника через діафрагму в плевральну порожнину розглянуто стравохідний отвір діафрагми (СОД), лівий реберно-грудинний трикутник (ЛРГТ), штучно створений отвір у сухожильній частині діафрагми (ШОД). Визначалася відстань від вищеназваних отворів до кореня лівої легені, оцінювалася можливість стиснення судинної ніжки при проведенні через діафрагму, ступінь натягу тканини сальника при підведенні до кореня легені.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведеного дослідження встановлено, що в усіх випадках чепець нормально розвинутий. Судинна мережа добре виражена. Довжина пасма сальника до мобілізації сягала 19-33см, тобто у середньому 25,2 см, а ширина сальника коливалася від 21 до 35 см. У 27 випадках пасмо сальника викручувалося зі збереженням лівої шлунково-сальникової артерії. Довжина утвореного пасма великого сальника збільшувалася до 29-55см, (у середньому - 44,2см). При відділенні сальника від

великої кривизни шлунка спочатку перетиналася права шлунково-сальникова артерія на рівні воротаря. Далі розтин ішов паралельно стінці шлунка до його середньої третини. З метою збільшення рухливості пасма, а також для запобігання можливої деформації попереково-ободової кишки (ПОК) здійснювалася його мобілізація від останньої. У результаті досягалося подовження пасма зі збільшенням його рухомості та зі збереженням анатомічної цілісності його судин. Для визначення оптимального шляху проведення сальника через діафрагму вивчено топографо-анатомічні взаємовідносини шлунка, попереково-ободової кишки, печінки, діафрагми, органів середостіння і лівого кореня легені.

Дослідження показали, що відстань від основи викроеного пасма зі збереженням лівої шлунково-сальникової артерії до СОД коливалася від 14 до 29 см (у середньому 19,5 см). Під час препаровки перетиналася ліва трикутна зв'язка печінки з метою доступу до СОД. При проведенні пасма сальника через стравохідний отвір діафрагми виникає потреба у його розширенні шляхом перетинання однієї з ніжок. При цьому необхідно враховувати можливість здавлювання судин пасма при недостатньо широкому отворі. При виведенні сальника через СОД він потрапляє до заднього середостіння і тільки після розсічення парієтальної плеври переміщується в ліву плевральну порожнину. Середня довжина викроеного пасма дорівнює 44,2 см, а середня відстань від основи судинної ніжки до СОД - 19,5 см. Середній розмір проведеного пасма в плевральну порожнину дорівнював 24,6 см. При вимірі відстані від кореня лівої легені до стравохідного отвору його розмір коливався від 11 до 18 см, (у середньому - 14,3 см). В усіх випадках пасмо сальника виявлялося достатньої довжини, воно вільно і без натягу підводилося до кореня легені. Для укріплення кукси бронха залишалася вільна частина сальника довжиною до 10,3 см.

Для другого способу проведення сальника в плевральну порожнину використано штучно створений діафрагмотомічний отвір у сухожильній частині лівого купола діафрагми. Штучний отвір розташований попереду від лівої ніжки діафрагми. Діаметр отвору визначався товщиною пасма. Необхідно враховувати і можливість міграції органів черевної порожнини через діафрагмотомічний отвір поруч із сальником у плевральну порожнину. За нашими спостереженнями середній розмір діафрагмотомічного отвору коливався в межах 2,5-3,5 см. Відстань від основи пасма до діафрагмотомічного отвору в лівому куполі діафрагми сягала 11-23 см, (у середньому - 16,5 см). Після проведення сальника в ліву плевральну порожнину довжина пасма дорівнювала в середньому 27,7 см. Тканина сальника фіксувалася окремими швами до діафрагми. Відстань від кореня лівої легені до ШОД коливалася від 9 до 19 см, (у середньому - 15,3 см). Проведене пасмо сальника легко і без натягу підводилось до кукси бронха. Після його фіксації залишався надлишок тканини сальника довжиною до 12,4 см. При проведенні сальника через штучний отвір стає непотрібним виконання медіастинотомії.

Одним із варіантів проведення тканини сальника в плевральну порожнину є лівий реберно-грудинний трикутник. Вищезазначене утворення не завжди добре диференціювалося. У цих випадках штучний отвір у зоні трикутника формували шляхом розсічення тканин діафрагми. Відстань від основи утвореного пасма сальника до лівого реберно-грудинного трикутника коливалася від 13 до 21 см, (у середньому - 15,4 см). Після проведення сальника, в лівій плевральній порожнині опинявся шматок, середня довжина якого дорівнювала 28,8 см. Відстань від кореня лівої легені до цього отвору дорівнювала 15,8 см. Фіксація сальника до

країв реберно-грудинного отвору краще виконувати з боку плевральної порожнини.

Висновки.

1 Найбільш оптимальним варіантом переміщення сальника є дислокація його через лівий реберно-грудинний трикутник. Цей шлях проведення забезпечує формування найдовшого пасма сальника, потрібного для оптимального укриття кукси бронха.

2 Використання в клінічних умовах реберно-грудинного трикутника підтверджує його ефективність.

Література. 1. *Богущ А.К.* Модификация шва культи бронха при резекции легких. // Хирургия.-1960. - №10. - С. 52. 2. *Вагнер Е.А., Ильчишин В.И., Брунс В.А.* Новая модификация ручного шва бронха с математическим обоснованием при пульмонэктомии. // Вестник хирургии. - 1992. - № 6. - С. 334 - 339. 3. *Коваленко П.П., Куценко В.П.* Плевро-надкостничная пластика грудного отдела трахеи. // Вестник хирургии. - 1974. - №6. - С. 25 - 29.

SUBSTANTIATION OF USING THE COSTOSTERNAL TRIANGLE FOR PASSING THE OMENTUM INTO THE LEFT HEMITHORAX

I.V. Shkvarkovskyi

Abstract. Possible variants of passing a flap of the omentum into the pleural sac for the purpose of acceleration processes of regeneration of the bronchial wall in case of left-sided pneumonectomy were studied in the article.

In the process of investigation we used a flap of the omentum with the preservation of the left gastroepiploica artery. The esophageal foramen of the diaphragm, the left costosternal triangle and the artificially created orifice in the tendinous part of the dome of the diaphragm are considered as possible variants. The research showed that the most optimal variant of passing the omentum is the left costosternal triangle.

Key words: diaphragmotomy, costosternal triangle, flap of the omentum.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 16.02.2000 року