

© И.В.Шкварковский, 2000
УДК 616.382-089.11-032:611.25.031

И.В.Шкварковский

ДИСЛОКАЦИЯ САЛЬНИКА В ПРАВУЮ ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ

Буковинская государственная медицинская академия (ректор — акад. В.П.Пишак), г. Черновцы, Украина

Ключевые слова: диафрагма, лоскут сальника, культя бронха.

Цель настоящего исследования заключалась в уточнении вариантов перемещения большого сальника на ножке в плевральную полость при правосторонней пульмонэктомии. В связи с этим нами проведено топографоанатомическое исследование на 18 трупах с изучением возможности проведения лоскута сальника через искусственно созданное отверстие в сухожильной части правого купола диафрагмы (ИОД), правый реберно-грудинный треугольник (РГТ), а также через отверстие нижней полой вены. Измеряли расстояние от этих отверстий до основания сосудистой ножки лоскута сальника и корня правого легкого. Целесообразность использования того или иного отверстия оценивали по следующим критериям: сдавление ножки лоскута при проведении через диафрагму; степень натяжения сальника при перемещении его к корню легкого; длина лоскута в плевральной полости и остаток сальника после его фиксации к стенке главного бронха.

При исследовании установлено, что длина сальника до мобилизации от желудка и поперечной ободочной кишки достигала 19–33 см (в среднем 25,2 см), а его ширина при этом колебалась от 21 до 35 см. Мобилизацию лоскута с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии проводили по большой кривизне желудка от середины его тела до привратника. Для предупреждения смещения поперечной ободочной кишки при тракции сальника в плевральную полость выполняли его мобилизацию от поперечной ободочной кишки. Это позволило удлинить лоскут до 43–65 см (в среднем до 50,5 см).

Диафрагматомию в сухожильно-мышечной части правого купола производили на 2–3 см впереди от места прохождения нижней полой вены через диафрагму. Размер отверстия зави-

сел от толщины ножки лоскута сальника и, в среднем, составил 2–3,5 см. Расстояние от его основания до диафрагмотомического отверстия достигало 12–26 см (в среднем 19,6 см). После выведения сальника через ИОД в плевральной полости оказывался лоскут, длиной, в среднем, 30,9 см. Важным моментом при проведении лоскута сальника является его фиксация в диафрагмотомическом отверстии с учетом полного разграничения плевральной и брюшной полостей для достижения разряжения в первой за счет оптимальной герметизации диафрагмы, а также исключения сдавления сосудистой ножки лоскута для обеспечения жизнеспособности сальника. Отверстия диафрагмы диаметром 2–3 см вполне достаточно для проведения лоскута сальника. При необходимости оно может быть расширено. Фиксацию сальника в диафрагмотомическом отверстии выполняли со стороны плевральной полости путем наложения 7–8 отдельных швов с захватом сальника и краев сухожильной части диафрагмы вместе с париетальной плеврой. Расстояние от корня правого легкого до ИОД колебалось от 10 до 29 см (в среднем 15,2 см). После подведения лоскута к элементам корня легкого остается избыток ткани сальника длиной до 16,4 см.

Другим путем проведения лоскута сальника в плевральную полость был РГТ. Расстояние от основания образованного лоскута большого сальника до РГТ варьировало от 13 до 24 см (в среднем 16,1 см). После проведения сальника через указанный треугольник в правой плевральной полости оказывался лоскут, средняя длина которого составила 34,4 см. Расстояние от корня правого легкого до данного отверстия равнялось 16,6 см. После фиксации сальника к корню легкого оставался лоскут длиной до 17,8 см.

Исследована также возможность использования пищевода отверстия диафрагмы (ПОД) для проведения лоскута сальника с со-

хранением правой желудочно-сальниковой артерии. Расстояние от основания сосудистой ножки до ПОД колебалось в пределах от 13 до 30 см (в среднем 20,8 см). После расширения указанного отверстия за счет рассечения одной из его ножек сальник проводили в заднее средостение, а затем в правую плевральную полость. Длина выведенного лоскута достигала 29,7 см. При дальнейшем измерении оказалось, что расстояние от корня правого легкого до ПОД колеблется от 11 до 18 см (в среднем 14,3 см). Выведенный лоскут подводили к корню правого легкого и фиксировали к устью главного бронха, после чего оставалась свободная часть сальника длиной до 15,4 см. Недостатком использования ПОД является то, что после рассечения ножек диафрагмы не исключается возникновение грыжи ПОД, а при развитии воспалительного процесса в плевральной полости существует реальная угроза развития гнойного медиастинита.

Проведенные нами топографоанатомические исследования позволяют сделать заключение, что ПОД использовать для проведения лоскута сальника в плевральную полость нецелесообразно. Ограничены возможности проведе-

ния сальника и через отверстие нижней полой вены из-за высокого риска ее сдавления или повреждения. Как показали наши исследования, при использовании РГТ для проведения сальника почти всегда возникала необходимость в его расширении. Кроме этого, бывают технические трудности при герметизации плевральной полости.

Оптимальным путем проведения сальника или его лоскута на ножке является диафрагмотомическое отверстие, созданное в сухожильно-мышечной части правого купола диафрагмы.

Поступила в редакцию 29.09.99 г.

I.V.Shkvarkovsky

DISLOCATION OF THE OMENTUM INTO THE RIGHT PLEURAL CAVITY

The author presents results of a topographo-anatomical investigation aimed at studying and proving the optimum way of dislocation of a greater omentum flap into the pleural cavity in order to improve processes of regeneration of the bronchus stump. A flap of the omentum with the saved right gastro-omental artery was used. The esophageal foramen of the diaphragm, right sternocostal triangle were considered as possible ways of dislocation as well as the artificially made foramens in the tendinous center of the right half of the diaphragm.

Уважаемый автор!

Редакция нашего журнала с удовольствием примет дискету с текстом Вашей статьи

- ◆ Дискета должна быть **3,5-дюймовая**.
- ◆ Статья может быть набрана в редакторе Word (не выше версии **Word-6**, работающей под Windows-95) или **Lexicon**. Если Вы работаете с Word-8 под Windows-97, пожалуйста, сохраните текст как text only для **Word-6** под **Windows-95** (File → Save as → text only).
- ◆ Текстовый файл должен иметь **расширение**, соответствующее тому редактору, в котором он был набран (**.TXT**, **.DOC** или **.RTF**).
- ◆ Файлы должны быть **незаархивированы**.
- ◆ Распечатка текста статьи должны в точности соответствовать её электронному варианту.

Если Ваша статья содержит **рисунки**, Вы также можете передать их нам на дискете в формате TIFF (расширение **.TIF**), JPEG (**.JPG**), BitMap (**.BMP**) или PCX. Если рисунки выполнены в редакторе Word (версии не выше Word-7), они обязательно должны содержаться в **отдельных файлах**, а не внутри файла с текстом статьи.

Файлы с рисунками также **не должны быть заархивированы**.

Если Вы не можете передать рисунки в электронном формате, постарайтесь, чтобы оригиналы были хорошего качества. *Графические рисунки* должны быть выполнены на белой бумаге чёрной тушью или чёрными чернилами либо напечатаны на лазерном или струйном принтере. *Фотографии* должны быть в 2-х экземплярах, один — с обозначениями (если они есть), другой — без.

Желаем здоровья Вам и Вашему компьютеру!