УДК 616.37–089.844

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОМЕНТОПАНКРЕАТОПЛАСТИКИ

І. В. Шкварковський
Кафедра госпітальної хірургії (зав. — проф. А. Г. Іфтодій)
Буковинської державної медичної академії, м. Чернівці

РЕФЕРАТ
На основі аналізу результатів топографоанатомічних досліджень опрацьований новий спосіб оментопанкреатопластики, суть якого полягає у формуванні двох пасм великого сальника з збереженим кровопостачанням. Тканину сальника фіксують вздовж всієї підшлункової залози (ПЗ).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: панкреонекроз; сальник; оментопластика.

TOPOGRAPHOANATOMICAL SUBSTANTIATION OF OMENTOPANCREATOPLASTY

I. V. Shkvarkovskiy

SUMMARY
A new method of omentopancreatoplasty, envisaging formation of two strands of greater omentum with secured blood supply, was elaborated, basing on analysis of topographoanatomical investigations results. Omentum tissue are fixed along all the pancreas.

KEY WORDS: pancreonecrosis; omentum; omentoplasty.

Гострий деструктивний панкреатит є основною причиною смерті пацієнтів при гострих захворюваннях ПЗ. Летальність при цьому захворюванні становить від 45 до 85%. Існуючі методи хірургічного лікування деструктивних форм гострого панкреатиту обмежені, найчастіше використовують дренування сальникової сумки, заочеревинного простору, рідше — некректомію або резекцію ПЗ.

З метою розробки нового способу оментопанкреатопластики нами проведене топографоанатомічне дослідження, розглянуті можливості формування двох окремих пасм великого сальника з збереженням судинних ніжок та їх використання з метою укриття ПЗ та відмежування від вільної черевної порожнини вогнищ панкреонекрозу з забезпеченням адекватного дренування та промивної санації. До дослідної групи включені матеріали патологоанатомічного дослідження 35 спостережень.

Під час проведення дослідження насамперед брали до уваги відсутність зрощень у вільній черевній порожнині, що могли б деформувати сальник та змінювати його розміри і рухомість. В усіх спостереженнях великий сальник був нормально розвинутий, з індивідуальним накопиченням жирової тканини, судинна мережа якого формувалась з гілок правої та лівої шлунково—сальникових артерій, що з'єднуються одна з одною за допомогою аркад Галера. Аркади чітко диференціюються в дистальних відділах сальника, в окремих спостереженнях відзначали додаткову селезінково—сальникову артерію.

Форма сальника може бути різною, що зумовлене конституційними особливостями будови тіла людини. В осіб астенічного типу довжина сальника переважала його ширину, в осіб гіперстенічної будови — ширина сальника більша за його довжину. Як свідчать отримані нами дані, ширина сальника становила від 29 до 36 см, у середньому (33,4 ± 1,9) см; довжина інтактного сальника від 26 до 32 см, у середньому (29,0 ± 1,62) см. На наступному етапі дослідження формували два пасма сальника (ліве і праве) з збереженням відповідної шлунково—сальникової артерії як живлячої судинної ніжки. Тканину сальника розсікали у напрямку від вільного краю до

поперечної ободової кишки, при цьому перерізали одну з гілок аркади Галера, розріз продовжували по безсудинній ділянці центральної частини сальника. З метою подовження сформованих пасм, надання їм більшої рухливості та запобігання деформації поперечної ободової кишки мобілізували сальник від кишки, при цьому необхідно контролювати збереження цілісності серозної оболонки товстої кишки. Слід остерігатися перерізання однієї або двох дрібних гілок шлунково–сальникових судин, що спричиняє порушення кровопостачання сформованих пасм та невиконання ними очікуваних функцій. Довжина лівого пасма від 32 до 41 см, у середньому (37,11 ± 2,25) см, правого пасма – від 31 до 41 см, у середньому (36,68 ± 2,45) см. У сформованих пасмах сальника було від 2 до 4 магістральних судинних гілок шлунково–сальникових судин, що, на нашу думку, достатнє для збереження життєздатності великого сальника та його функцій.

Наступним етапом дослідження було здійснення візуального контролю стану тканини ПЗ, а за наявності запально–некротичних вогнищ – їх ретельна топічна діагностика. Встановлення локалізації патологічного процесу в ПЗ є важливим етапом під час виконання оперативного втручання з приводу панкреонекрозу, оскільки визначає подальшу тактику хірургічних маніпуляцій та вибір способу дренування ретрогастрального та заочеревинного простору. З огляду на це, проводили широке розкриття шлунково–ободової зв'язки в її центральній частині. Довжина розрізу сальникової сумки від 5 до 7 см, у середньому (5,7 ± 0,57) см, що було достатнім для виконання маніпуляцій з дренування парапанкреатичного простору. В окремих спостереженнях, навіть за умови візуалізації ПЗ, не вдається встановити справжню локалізацію та глибину ураження. Виключення помилок можливе тільки при ревізії ПЗ після розсічення парієтальної очеревини по верхньому та нижньому її краях, а також мобілізація головки ПЗ разом з дванадцятипалою кишкою (ДПК) за Кохером. Шляхом тупого препарування вдається відділити більшу частину тіла і хвоста ПЗ від заочеревинного простору, при цьому слід пам'ятати про можливість пошкодження селезінкових вен. Проведення цієї маніпуляції забезпечує повну ревізію ПЗ, виявлення вогнищ розм'якшення її тканини, декомпресію органа, дозволяє оцінити стан навколишньої клітковини, попередити поширення ферментно–геморагічного трансудату і, як наслідок, утворення заочеревинної флегмони. Особливої уваги потребує вибір способу та шляхів заведення сформованих пасм сальника і дренажів до ПЗ. Це питання широко обговорюється в літературі, проте, єдиних підходів, що дозволяли б сформувати алгоритм способів дренування вогнищ панкреонекрозу, немає. З численних варіантів застосування дренажних систем найбільш поширені такі:

– заведення силіконових трубок в сальникову сумку через сальниковий отвір – при набряковому панкреатиті;

– наскрізне дренування трубками великого діаметра з великою кількістю бічних отворів, які розташовують по задньо–нижньому краю ПЗ;

– використання гумово–марлевих тампонів за необхідності створення широкого дренувального каналу. Слід зазначити, що тампони не виконують функції дренування і без максимального видалення вогнищ некрозу сприяють прогресуванню гнійно–некротичного процесу [1];

– формування бурсостоми забезпечує відокремлення вогнищ запалення від вільної черевної порожнини, проте, після такого втручання можуть виникати дрозивна кровотеча, зовнішня панкреатична та кишкова нориця, утворюється значний дефект передньої черевної стінки, крім того, наявність широкої бурсостоми не гарантує адекватної санації гнійної порожнини і може стати джерелом вторинного інфікування [2];

– методика герметизації бурсостоми шляхом підшивання сальника до країв отвору в шлунково–ободовій зв'язці в поєднанні з дренуванням ретрогастрального простору [4].

Проаналізувавши дані літератури щодо способів дренування гнійно–некротичних вогнищ у ПЗ та заочеревинному просторі, ми опрацювали новий спосіб оментопанкреатопластики (позитивне рішення про видачу Деклараційного патента за заявкою № 2003043478 від 17.04.03)

Для доступу до головки ПЗ мобілізували ДПК за Кохером. Перерізали перехідну складку очеревини вздовж латерального краю ДПК на відстані від 4,5 до 6,5 см, у середньому (5,58 ± 0,52) см, препарували задню стінку низхідної частини ДПК, частково мобілізували правий згин поперечної ободової кишки, яку відводили медіально.

Відстань від основи судинної ніжки сформованого лівого пасма сальника до ретродуоденального каналу від 11 до 13,5 см, у середньому (12,31 ± 0,74) см. Під час формування каналу у напрямку головки ПЗ слід пам'ятати про можливість пошкодження загальної жовчної протоки, розташованої в щілині між низхідною частиною ДПК та головкою ПЗ, судин правої нирки та верхніх брижових артерії та вени. В ретродуоденальний канал заводили сформоване раніше праве пасмо великого сальника та укладали вздовж головки та частково тіла ПЗ. Процес заведення та укладання сальника контролювали крізь отвір в шлунково–ободовій зв'язці. Як свідчили отримані дані, довжини та об'єму сформованого пасма сальника було достатньо для укриття головки і тіла ПЗ. Після заведення правого пасма сальника в ретродуоденальний канал його довжина становила від 20,5 до 29 см, у середньому (24,8 ± 2,25) см. По нижньому краю сформованого каналу укладали рукавичково–трубчастий дренаж, який виводили на бічну поверхню тулуба через контрапертуру нижче XII ребра по середній пахвовій лінії. З метою відокремлення ділянок заочеревинного простору, які дренували, від вільної черевної порожнини та запобігання поширенню ферментно–гнійного ексудату сальник фіксували до парієтальної очеревини та латерального краю ДПК, з одного боку, та очеревини бічної черевної стінки – з другого. Зважаючи на потужний пластичний потенціал великого сальника, його здатність зрощуватись з травмованою поверхнею, можна сподіватись на швидке відмежування від вільної черевної порожнини та формування широкого дренувального каналу, а, маючи на увазі здатність сальника до реваскуляризації інфільтрованих тканин та імунного реагування, можна очікувати поліпшення кровопостачання запаленої ПЗ та швидкого очищення від некротизованих тканин.

Для здійснення промивної санації встановлювали додатковий дренаж крізь сальниковий отвір, який виводили на бічну черевну стінку.

З метою виконання оментопластики хвоста та лівої половини тіла ПЗ ми розрізали шлунково–ободову зв'язку попереду від селезінкових судин. Довжина розрізу від 5 до 7,5 см, у середньому (6,15 ± 0,68) см, тупим шляхом формували дренувальний канал вздовж ПЗ, відстань від основи сформованого правого пасма сальника до отвору в ретрогастральний простір від 12 до 15 см, у середньому (13,4 ± 0,75) см. Під час формування доступу в сальникову сумку частково мобілізували лівий згин поперечної ободової кишки. Тканину сальника заводили та укладали вздовж хвоста і тіла ПЗ, по нижньому краю встановлювали рукавичково–трубчастий дренаж, який виводили на бічну черевну стінку нижче XII ребра по середній пахвовій лінії зліва. Сальник фіксували до країв розсіченої шлунково–ободової зв'язки та парієтальної очеревини бічної черевної стінки, формували дренувальний канал. Через окремий розріз на рівні дна шлунка в сальникову сумку заводили додатковий дренаж для промивної санації вогнищ панкреонекрозу. За результатами наших досліджень підтверджено, що довжина сформованого лівого пасма сальника значно переважає відстань від основи його судинної ніжки до отвору в ретрогастральний простір. Довжина залишку пасма, заведеного вздовж хвоста і тіла ПЗ, становила від 19 до 28 см, у середньому (23,28 ± 2,52) см. Отже, загальна площа заведених з двох боків (правого і лівого) пасм сальника була цілком достатньою для повного укриття ПЗ. На нашу думку, використання великого сальника доцільне ще і тому, що його тканина пом'якшує тиск дренажних систем на ДПК та поперечну ободову кишку, магістральні судини, що значно зменшує ризик утворення пролежнів і нориць, за даними літератури, частота виникнення цих ускладнень становить 5 – 8% [3].

Використання розробленого способу оментопанкреатопластики з двобічним заведенням пасм сальника, на нашу думку, доцільне за умови тотального панкреонекрозу з поширенням гнійно–некротичного процесу на заочеревинний простір, забезпечує адекватне дренування, додаткове кровопостачання іншемізованих ділянок ПЗ, прискорення відмежування вогнищ запалення від вільної черевної порожнини завдяки активній фіксації сальника до краю дренувального каналу. Починаючи з 2 – 3–ї доби після операції, беручи до уваги фібропластичні процеси за участю тканини великого сальника, можна здійснювати промивну санацію вогнищ запалення.

Підводячи підсумки проведеного топографоанатомічного дослідження, слід зауважити, що питання забезпечення адекватного дренування вогнищ панкреонекрозу та заочеревинного простору остаточно не вирішене. Це зумовлено особливостями розташування ПЗ, тісним зв'язком її протокової системи з жовчовивідними шляхами, близьким розташуванням магістральних гілок черевного стовбура, ворітної вени та черевного сплетіння, близькістю парапанкреатичного клітковинного простору від паранефральної, навколотовстокишкової клітковини та лівого піддіафрагмального заглиблення.

Близькість до цих анатомічних структур зумовлює швидке поширення запального процесу та недостатню ефективність існуючих дренажних систем. З огляду на це, за умови інтраопераційної верифікації поширеного субтотального або тотального панкреонекрозу з переходом гнійно–некротичного процесу на навколишні клітковинні простори, вважаємо за доцільне використання двох пасм великого сальника, які заводять позаду мобілізованої за Кохером ДПК та через лівобічний отвір в шлунково–ободовій зв'язці, в поєднанні з рукавичково–трубчастим дренуванням парапанкреатичного простору.

ЛІТЕРАТУРА

1. **Павловський М. П., Чуклін С. М., Переяслов А. А.** Вибір тактики хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит // Одес. мед. журн. – 2001. – № 1 (63). – С. 13–16.
2. **Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З., Орлов Б. Б.** Оценка эффективности вариантов хирургической тактики при инфицированных формах панкреонекроза // Анналы хирургии. – 2001. – № 5. – С. 30–35.
3. **Филимонов М. И., Бурневич С. З.** Хирургическое лечение панкреонекроза: История и перспектива. Часть II. «Закрытые» и «полуоткрытые» методы дренирующих операций при панкреонекрозе // Там же. – 1999. – № 5. – С. 37–42.
4. **Шор Н. А., Левина В. П.** Гнойный панкреатит // Клин. хирургия. – 1999. – № 4. – С. 7–9.

Коментар проф. В. М. Копчака (Інститут хірургії та трансплантології АМН України).

Робота представляє теоретичний інтерес. Проте, рекомендувати операцію оментопанкреатопластики до застосування у широкій клінічній практиці не можна, оскільки вона не відповідає сучасним підходам до лікування гострого панкреатиту.