

Топографоанатомічне обґрунтування використання подовжених пасом великого сальника при оментопанкреатопластиці

I.V. ШКВАРКОВСЬКИЙ

Буковинська державна медична академія

TOPOGRAPHICAL AND ANATOMICAL SUBSTANTIATION OF USING ELONGATED FLAPS OF GREATER OMENTUM AT OMENTOPANCREATOPLASTY

I.V. SHKVARKOVSKY

Bucovynian State Medical Academy

Топографо-анатомічним дослідженням вивчена можливість використання подовжених пасом великого сальника із збереженням судинної ніжки для оментопанкреатопластики.

A possibility of using the elongated flaps of the greater omentum with the preservation of the vascular peduncle for omentopancreatoplasty has been studied by means of topographic and anatomical investigation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Останні роки характеризуються значним зростанням гострозапальних захворювань підшлункової залози, які займають третє місце серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, поступаючи тільки гострому апендициту та гострому холециститу [1, 2]. Деструктивні форми гострого панкреатиту традиційно вважаються однією з найбільш складних проблем хірургічної гастроентерології через високу летальність (до 80%), крім того, не існує єдиної думки щодо способів та методів хірургічного лікування [3, 4, 5].

На основі топографоанатомічного дослідження, ми дійшли висновку, що у разі наявності локальних деструктивних змін паренхіми підшлункової залози оперативні втручання мають бути оптимальними і не потребувати зайвого розширення об'єму хірургічних маніпуляцій. У випадках, коли при ревізії сальникової сумки та заочеревинного простору виявляються запальні зміни в ділянці голівки та правої половини тіла підшлункової залози, ми розглянули можливість використання одного пасма сальника.

Матеріали і методи. Дослідну групу склали результати 33 топографоанатомічних дослід-

жень. Праве пасмо формувалось за рахунок відсічення сальника від поперечноободової кишки, починаючи від селезінкового кута до місця проходження правих шлунково-сальникових судин, які в даному випадку виконують роль живлячої судинної ніжки (рис. 1). Довжина сформованого пасма сальника коливалась від 42,3 до 48,2 см, що в середньому становить $(44,57 \pm 1,67)$ см, сформоване пасмо містило в середньому дві магістральні гілки сальниково-шлункових судин, що, з нашої точки зору, забезпечує достатнє кровопостачання.

На наступному етапі дослідження виконувалась мобілізація низхідного відділу дванадцятипалої кишки за Кохером, перехідна складка очеревини розтиналась на проміжку від 5 до 7 см, в середньому $(5,98 \pm 0,52)$ см, в подальшому тупим шляхом формувався дренажний канал позаду ДПК в напрямку головки підшлункової залози та правого паранефрального, заочеревинного простору.

Відстань від основи сформованого пасма сальника на правій живлячій ніжці до отвору в ретродуоденальний дренажний канал коливалась від 11,4 до 14,3 та в середньому становила $(12,57 \pm 0,75)$ см.

Тканина сальника заводилась та укладалась вздовж задньої поверхні підшлункової

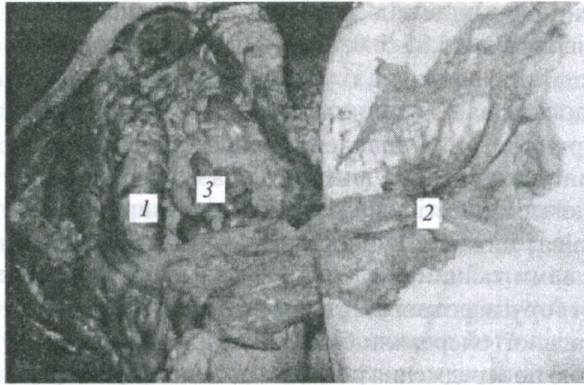


Рис. 1. Сформоване пасмо сальника із збереженням правої живлячої ніжки:

1 – поперечно-ободова кишка, 2 – сальник, 3 – петлі кишечника.

залози, для проведення візуального контролю та зручності маніпуляцій в заочеревинному просторі ми використовували бурсостомічний отвір, довжина якого коливалась від 5 до 7 см в середньому ($5,78 \pm 0,57$) см.

Фіксацію сальника здійснювали до країв парієтальної очеревини та краю ДПК з метою відмежування заочеревинного простору від вільної черевної порожнини та швидкого формування каналу за рахунок спайкового процесу.

Вздовж нижнього краю заведеного пасма сальника встановлювався рукавичково-трубчастий дренаж, який виводився на бокову поверхню черевної стінки по правій середній підпахвинній лінії нижче XII ребра, з метою ефективної промивної санації можливе встановлення додаткового дренажу.

Подальша доля бурсостоми вирішується в кожному окремому випадку індивідуально: в разі незначного розповсюдження запального процесу по структурах підшлункової залози отвір в шлунково-поперековоободовій зв'язці слід ушивати повністю. Якщо ж виникають сумніви у визначенні меж розповсюдження гнійно-некротичного процесу та з метою додаткового дренивання, можливе підшивання країв шлунково-ободової зв'язки до парієтальної очеревини та шкіри на зразок класичної бурсостоми. Отримані нами дані свідчать, що пасмо сальника, сформоване із збереженням однієї живлячої ніжки, має більшу довжину, ніж при формуванні двох окремих пасом. Після заведення правого пасма сальника вздовж підшлункової залози, його залишок коливався від 29,3 до 36,2 см, що в середньому стано-

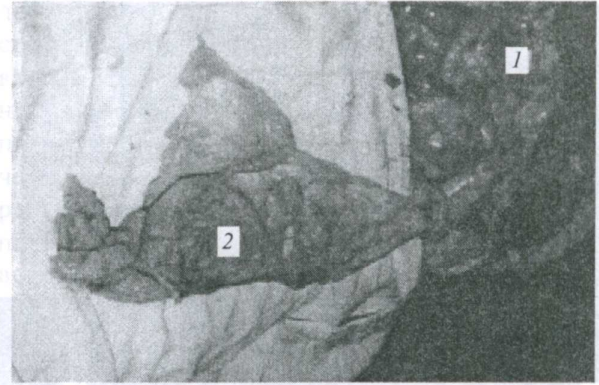


Рис. 2. Сформоване пасмо сальника із збереженням лівої живлячої ніжки:

1 – поперечно-ободова кишка, 2 – пасмо сальника.

вить ($32 \pm 1,75$) см, а цього виявлялось достатньо для проведення оментопанкреатопластики. Якщо ж виникає необхідність у формуванні бурсостоми шляхом підшивання країв шлунково-ободової зв'язки до шкіри, то надлишок великого сальника може використовуватись для герметизації цих швів.

Як ще один варіант оментопанкреатопластики нами розглянута можливість використання пасма великого сальника із збереженням лівих шлунково-сальникових та селезінково-сальникових судин, як живлячої ніжки (рис. 2). Дослідження з вивчення цього варіанта дренивання проведено на 34 трупах.

Використання цього способу дренивання гнійно-запальних процесів підшлункової залози та парапанкреатичних клітковинних просторів доцільне у випадку локалізації вогнищ запалення в ділянці хвоста та лівої половини тіла. При формуванні пасма перетинались гілки правих шлунково-сальникових судин на рівні протибрижового краю поперечноободової кишки в напрямку від печінкового кута до лівої половини останньої. Довжина сформованого пасма коливалась від 39,2 до 48,4 см і в середньому становила ($44 \pm 2,36$) см, наявність в складі ніжки пасма двох – трьох магістральних судин дозволяла бути впевненими в його життєздатності та реалізації притаманних цій структурі фібропластичних, ангіогенних та імунокомпетентних властивостей. Доступ в чепцеву сумку здійснювався після розсічення діафрагмально-ободової зв'язки, мобілізації селезінкового кута та низхідної ободової кишки і пересічення селезінково-товстокишкової зв'яз-

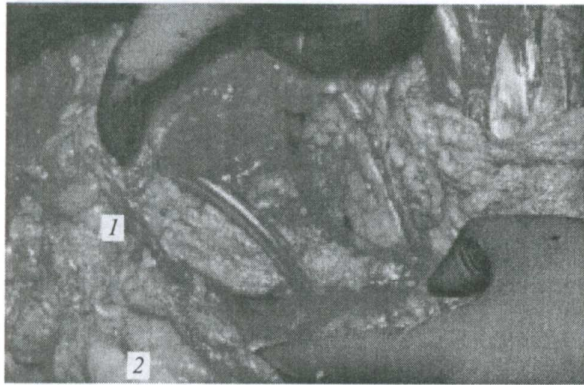


Рис. 3. В ретрогастральний простір заведене пасмо сальника та встановлено дренажі.

1 – шлунково-ободова зв'язка, 2 – поперечно-ободова кишка.

ки, величина отвору в зв'язці коливалась від 5 до 7 см, в середньому ($6,39 \pm 0,46$) см. Мобілізація селезінкового кута ободової кишки створює умови для проведення повноцінної ревізії заочеревинної клітковини і дозволяє адекватно та безпечно розташувати дренажі. Відстань від основи судинної ніжки лівого пасма до отвору в чепцевій сумці коливалась від 13,0 до 15,1 см, що в середньому становило ($13,73 \pm 0,65$) см, для зручності проведення маніпуляцій та ефективного візуального контролю за введенням пасма сальника ми розкривали шлунково-ободову зв'язку від великої кривизни шлунка до товстої кишки. Величина бурсосто-

ми коливалась від 5 до 7 см, і в середньому дорівнювала ($5,85 \pm 0,56$) см. Сальник заводився вздовж хвоста та тіла підшлункової залози і заповнював сальникову сумку, по її нижньому краю встановлювався рукавичково-трубчастий дренаж, який виводився на бокову поверхню черевної стінки по середній підпахвинній лінії зліва, нижче XII ребра. Окремими вузловими швами тканина сальника фіксувалась до країв отвору в ретрогастральний простір та парієтальної очеревини бокової стінки живота з метою попередження розповсюдження гнійно-ферментативного ексудату у вільну черевну порожнину. Після заведення лівого пасма сальника в ретрогастральний простір його залишок коливався від 25 до 35 см, що в середньому становить ($30,41 \pm 2,62$) см. Цього виявлялось цілком достатньо для проведення оментопанкреатоластики. Встановлення додаткового дренажу для промивної санації можливо як через Вінслоуєвий отвір, так і через отвір в шлунково-селезінковій зв'язці ближче до дна шлунка. Отвір в шлунково-ободовій зв'язці може бути зашитий, а в разі необхідності додаткового шляху дренивання – переводиться в бурсостому шляхом підшивання країв зв'язки до парієтальної очеревини та шкіри.

Результати досліджень та їх обговорення.

Однією з причин, що нерідко призводить до

Таблиця. Порівняльна характеристика різних способів оментопанкреатоластики

	Використання двох пасом сальника	Використання правого пасма сальника	Використання лівого пасма сальника
Довжина сальника, см	$29,02 \pm 1,62$	$30,15 \pm 1,97$	$29,17 \pm 1,38$
Ширина сальника, см	$33,37 \pm 1,91$	$34,48 \pm 1,57$	$33,64 \pm 1,82$
Ліве пасмо, см	$37,11 \pm 2,25$		$44,14 \pm 2,36$
Праве пасмо, см	$36,68 \pm 2,45$	$44,57 \pm 1,67$	
Отвір в шлунково-ободовій зв'язці, см	$5,7 \pm 0,57$	$5,78 \pm 0,57$	$5,85 \pm 0,56$
Мобілізація ДПК за Кохером, см	$5,58 \pm 0,52$	$5,98 \pm 0,52$	
Отвір в селезінково-ободовій зв'язці, см	$6,15 \pm 0,68$		$6,39 \pm 0,46$
Відстань від основи правого пасма до отвору в ретродуоденальний канал, см	$12,31 \pm 0,74$	$12,57 \pm 0,75$	
Відстань від основи лівого пасма до отвору в селезінково-ободовій зв'язці, см	$13,4 \pm 0,75$		$13,73 \pm 0,65$
Довжина пасма, заведеного позаду ДПК, см	$24,8 \pm 2,25$	$32 \pm 1,75$	
Довжина пасма, заведеного позаду шлунка, см	$23,28 \pm 2,52$		$30,41 \pm 2,62$
Загальна кількість спостережень	35	33	34

летальних наслідків у хворих з панкреонекрозом в стадії гнійно-некротичних ускладнень є арозивна кровотеча, дане ускладнення зустрічається у 15-29% хворих і призводить до тяжких крововтрат, а в окремих випадках і до летальних наслідків [1,3,4]. На думку деяких авторів, використання "відкритого" методу дренивання парапанкреатичного простору дозволяє в короткі терміни виявити це небезпечне ускладнення та забезпечити адекватний доступ до джерела кровотечі і своєчасно його лікувати. [2]

Нами розглянуто можливість профілактичної спленектомії при виконанні оментопанкреатоластики.

Підводячи підсумок проведеного топографоанатомічного дослідження, слід зауважити, що питання забезпечення адекватного дренивання вогнищ панкреонекрозу далеко від остаточного вирішення. Це обумовлено особливостями розташування підшлункової залози, а саме, тісним зв'язком протокової системи з жовчовивідною системою, близьким розташуванням магістральних гілок черевного стовбура, ворітної вени та сонячного сплетення, близькістю парапанкреатичного клітковинного простору від паранефральної, навколотовстокишкової клітковини та лівого піддіафрагмального простору.

Співдружність з цими анатомічними структурами обумовлює швидке розповсюдження запального процесу та недостатню ефективність запропонованих дренажних систем. З огляду на це ми дійшли висновку: при локалізації вогнища панкреонекрозу в дистальній частині тіла та хвості підшлункової залози без розповсюдження на паранефральну та навко-

лотовстокишкову клітковину перевага віддається використанню пасма сальника, сформованого із збереженням лівих шлунково-сальникових судин, як живлячої ніжки. Утворене пасмо заводиться в ретрогастральний простір через отвір в шлунково-ободовій зв'язці попереду від судинної ніжки селезінки (рис. 3,4). До підшлункової залози підводиться рукавичково-трубчастий дренаж.

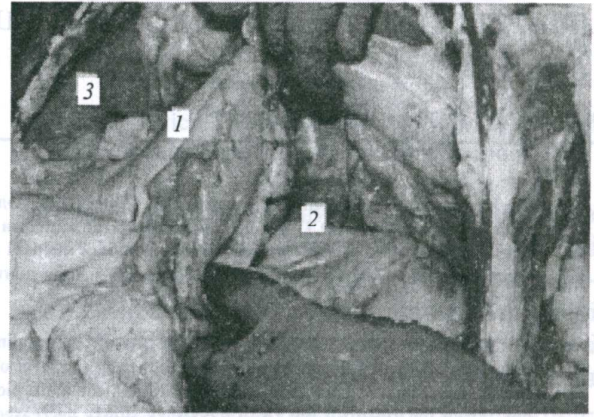


Рис. 4. Виконано спленектомію.

1 – шлунок, 2 – отвір в ретрогастральний простір, 3 – печінка.

Висновки. Інтраопераційне виявлення обмеженого вогнища гнійно-некротичного запалення в ділянці головки підшлункової залози є показання до використання пасма сальника із збереженими правими шлунково-сальниковими судинами як живлячої ніжки. Сформоване пасмо заводиться позаду мобілізованої за Кохером дванадцятипалої кишки та укладається вздовж головки підшлункової залози. Додатково встановлюється рукавичково-трубчастий дренаж, який виводиться на бокову поверхню тіла.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Иманов Б.М. Хирургическое лечение обширного панкреонекроза // Хирургия. – 1998. – №7. – С. 31-33.
2. Павловський М.П., Чуклін С.М., Переяслов А.А. Вибір тактики хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит // Одеський медичний журнал. – 2001. – №1(63). – С.13-16.
3. Прудков М.И., Галимзянов Ф.В., Юсупов А.М. Программированные санации забрюшинного пространства у больных с гной-

ными осложнениями деструктивного панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т.3. – №1. – С.53-55.

4. Филимонов М.М., Бурневич С.З. Хирургическое лечение панкреонекроза: История и перспектива. Часть II "Закрытые" и "полуоткрытые" методы дренирующих операций при панкреонекрозе // Ан. хирургии. – 1999. – № 5. – С. 37-42.

5. Малиновский Н.Н., Агафонов Н.П., Решетников Е.А., Банилов В.П. Лечение острого деструктивного алиментарного панкреатита // Хирургия. – 2000. – № 1. – С.4-7.