

**Descriere:**

Invenția se referă la medicină, în special la hepatologia chirurgicală, și poate fi aplicată în corecția chirurgicală a sindromului ascitic la pacienții cu ciroză hepatică.

Este cunoscut faptul că cauza principală a evoluției ascitei la bolnavii cu ciroză hepatică este hiperlimfogeneza hepatică, ca urmare a hipertensiunii portale, și blocajul circulației limfatice aferente prin ductul toracic limfatic (DTL). În urma măririi presiunii intraductale are loc transsudarea transparietală a limfei, sedimentarea proteinelor plasmatică în țesuturile adiacente cu inflamare productivă și formarea bridelor care deformează DTL. Insuficiența aparatului valvular al DTL, care apare în acest caz, agravează blocajul circulației limfatice magistrale aferente, ceea ce duce la progresarea ascitei și evoluția ei în stadiul rezistent (terminal), când administrarea preparatelor diuretice devine nerezultativă.

Este cunoscută metoda de decompresie a ductului toracic limfatic, ce include efectuarea operației de drenaj exterior al DTL, care se aplică pentru corecția chirurgicală a sindromului ascitic în ciroza hepatică și ca metodă extracorporală de dezintoxicare în ciroza hepatică cu complicații de insuficiență hepatică. Operația constă în introducerea în lumenul ductului a unui cateter de drenaj prin incizia peretelui vasului și aplicarea suturii parietale de fixare. În acest caz se mobilizează doar un sector limitat al porțiunii cervicale a DTL suficient pentru aplicarea drenajului. Limfa evacuată se supune filtrării prin absorbantți (limfosorbție) și reinfuziei intravenoase [1].

Dezavantajul metodei constă în efectul temporar asupra sindromului ascitic, deoarece procedura se desfășoară o perioadă limitată de timp. Mai mult decât atât, ca rezultat al deformării DTL, dereglările circulației limfatice aferente se pot chiar agrava și după înlăturarea cateterului de drenaj ascita se acumulează din nou.

Este cunoscută de asemenea metoda de decompresie a ductului toracic limfatic prin efectuarea anastomozelor limfo-venoase, ce constă în exteriorizarea și mobilizarea venei jugulare interne, separarea ductului toracic limfatic în regiunea unghiului venos stâng, mobilizarea porțiunii cervicale a DTL suficientă pentru aplicarea anastomozelor (în regiunea proximală sau distală a porțiunii cervicale a DTL) și formarea unei anastomozes între porțiunea cervicală a DTL și vena jugulară internă pentru înlăturarea hipertensiunii limfatice în duct și ameliorarea circulației limfatice aferente [2].

Dezavantajul metodei constă în aceea că efectul de drenaj este limitat și local, metoda fiind eficientă doar în cazurile blocajului segmentar al circulației limfatice aferente, pe când blocajul circulației limfatice aferente are un caracter difuz, înglobând toată porțiunea cervicală a DTL. În plus, operația poate cauza o deformare și mai mare a ductului toracic și ca rezultat al acestora anastomozele deseori se trombozează, fapt ce explică nereușitele frecvente și aplicarea destul de rară a lor chiar și în clinicile hepatologice specializate.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în înlăturarea blocajului limfodinamic al circulației limfatice aferente în porțiunea cervicală a ductului toracic limfatic, acesta constituind una din cauzele principale ale sindromului ascitic în cadrul cirozei hepatice.

Metoda, conform invenției, înlătură dezavantajele menționate mai sus prin aceea că include exteriorizarea și mobilizarea venei jugulare interne, separarea ductului toracic limfatic în regiunea unghiului venos stâng și mobilizarea porțiunii cervicale a ductului toracic limfatic, efectuându-se mobilizarea ductului pe parcursul întregii porțiuni cervicale cu secționarea tuturor ramurilor limfatice aferente din această porțiune.

Mobilizarea largă a ductului toracic limfatic pe tot arcul segmentului cervical, de la locul de ieșire din mediastinul posterior până la confluența cu unghiul venos stâng, și secționarea ramurilor limfatice aferente conduc la eliberarea colectorului principal al DTL de bride și diverse deformații, care provoacă insuficiența aparatului valvular și la denervarea (desimpatizarea) porțiunii cervicale a DTL, ce duce la dilatarea compensatorie a vasului, păstrând tonusul peretelui vascular. În plus, pe măsura executării intervenției se formează un spațiu liber în jurul unghiului venos stâng și, sub acțiunea forțelor hidrodinamice intraductale, ductul toracic eliberat ia o formă optimă. Prin aceasta se creează condiții pentru circulația limfatică firească prin DTL, pentru deblocajul circulației limfatice aferente. Astfel, prin decompresia DTL se înlătură limfostaza hepatică și intraabdominală ca una din principalele cauze de formare a ascitei în ciroza hepatică, ceea ce duce la regresul treptat al sindromului ascitic.

Așadar, rezultatul tehnic al invenției constă în mărirea lumenului porțiunii cervicale a ductului toracic limfatic și în restabilirea tonusului vascular.

Metoda se realizează în felul următor. Sub anestezie locală, prin abord chirurgical de-a lungul claviculei stângi cu lungimea de 5 cm se incizează pielea, țesutul adipos subcutanat, mușchiul plat, fasciile cervicale. Se exteriorizează vena jugulară internă, care se mobilizează extins pe parcursul a 5-6 cm până la confluența ei cu vena subclaviculară stângă. În regiunea unghiului venos stâng se separă ductul toracic limfatic, care se ia pe fire tractoare. Se efectuează o mobilizare extinsă a ductului pe tot parcursul porțiunii cervicale, de la ostiumul confluenței lui cu unghiul venos stâng până la locul de ieșire a ductului din mediastinul posterior. Toate ramurile limfatice aferente, inclusiv tr. jugularis, subclavius, mammaris sinistra se ligaturează și se secționează. Se înlătură toate deformațiile, bridele și țesuturile adiacente din zona cervicală. Ductul se eliberează de fire tractoare și în spațiul liber format el de sine stătător ia forma optimă în condițiile date de circulație limfatică. Ca rezultat diametrul ductului limfatic se mărește considerabil și încetează refluxul sangvin patologic în ostiumul ductului datorită restabilirii funcției valvelor. Se efectuează hemo- și limfostaza necesară. Se suturează numai straturile superioare ale plăgii postoperatorii, superficial de mușchiul sterno-cleido-mastoidian. Se aplică pansament aseptice.

**Exemplul 1.** Pacienta S., 47 ani, nr. fișei de observație 3226/68, internată pe 27.02.1997. Diagnosticul clinic: ciroză hepatică în stadiu de decompensare. Hipertensiune portală. Ascită rezistentă. Suferă de ciroză hepatică timp de 3 ani. În mai 1996 s-a efectuat splenectomie cu deconectare azigo-portală. Ascita a recidivat cu 2 luni înainte de spitalizare, nu se supune terapiei conservative cu preparate diuretice, progresează în dinamică. Diureza nictemer, chiar și aplicând doze maxime de preparate diuretice (furosemidă 100 mg i/v + uracton 400 mg +hipotiazidă 200 mg) nu depășește 500-600 ml.

În scopul înlăturării blocajului limfocirculației aferente la 10.03.1997 sub anestezie locală s-a efectuat o intervenție chirurgicală la DTL - decompresia porțiunii cervicale a DTL. S-a stabilit intraoperatoriu îngustarea și deformarea segmentului cervical al canalului toracic. După o mobilizare extinsă (ductoliză) pe tot parcursul porțiunii cervicale diametrul DTL s-a mărit de la 0,4 până la 0,8 mm, arcul ductului s-a reexpansionat. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Diureza nictemer s-a mărit până la 1500 ml. Administrarea dozelor moderate de preparate diuretice (furosemidă 40 mg + uracton 150 mg) a condiționat un efect diuretic adecvat - până la 2500 ml/nictemer. Masa corporală peste 30 zile după operație s-a redus cu 8 kg datorită diminuării considerabile a

ascitei. S-a externat în stare satisfăcătoare la 11.04.1997. La examenul de control peste 2 luni după operație ascita clinic nu se determina, diuretice nu se mai administrau, probele hepatice erau în limitele normei.

**Exemplul 2.** Pacientul C., 40 ani, nr. fișei de observație 6432/136, s-a internat la 20.04.1997. Diagnosticul clinic: ciroză hepatică în stadiul de decompensare, fază activă. Hipertensiune portală. Ascită rezistentă. Suferă de ciroză hepatică circa 2 ani. Evoluția afecțiunii s-a complicat cu sindrom ascitic cu 2,5 luni înainte de spitalizare. Administrarea diureticelor (160 mg furosemidă + 200 mg verosșpironă) n-a dat efectele dezirabile, diureza nu depășește 800 ml/nictemer. În scopul corecției sindromului ascitic la 19.05.1997 s-a efectuat o intervenție chirurgicală - decompresia porțiunii cervicale a DTL. Dilatarea intraoperatorie a DTL după mobilizarea lui totală (ductoliza) - de la 0,4 până la 0,7 mm. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Diureza nictemer s-a mărit până la 1100 ml, terapia diuretică (furosemidă 40 mg + verosșpironă 100 mg) a contribuit la sporirea diurezei până la 2000 ml/nictemer. Masa corporală s-a micșorat cu 6 kg, ascita s-a redus considerabil. S-a externat la 28.05.1997 în stare satisfăcătoare. La examenul de control peste 2 luni ascita clinic nu se determina, la ecografie se depista o cantitate nesemnificativă de lichid liber în cavitatea abdominală în bazinul mic. Administrează doze minime de diuretice (75 mg verosșpironă nictemer). Probele hepatice sunt satisfăcătoare.

Metoda elaborată de decompresie a ductului toracic limfatic permite ameliorarea rezultatelor tratamentului ascitei rezistente la pacienții cu ciroză hepatică în baza lichidării blocajului circulației limfatice în porțiunea cervicală a ductului toracic limfatic, înlăturarea edemului hepatic limfatic și resorbția ascitei.