

Invenția se referă la medicină, în special la chirurgie și poate fi utilizată pentru tratamentul stricturilor căii biliare principale.

Este cunoscută metoda de tratament al stricturilor căii biliare principale, care constă în aceea că se efectuează laparotomia mediană superioară, se determină obiectiv localizarea stricturii căii biliare, se pregătește brațul jejunului Roux pe o lungime de cel puțin 80 cm, care este preparat prin transecțiunea jejunului aproximativ la 20...30 cm distal de ligamentul Treitz, capătul închis orb al brațului jejunului Roux este întărit cu suturi întrerupte din polidioxanonă de mărimea 4-0 și translocat retrocolic și anteduodenal, în dreptul vaselor colice de mijloc, în partea superioară dreaptă a abdomenului. Se efectuează o incizie cu formarea unui orificiu mic de 6...10 mm pe partea antemezenterică a brațului Roux și cu 3...5 cm distal de bontul jejunului suturat, pentru formarea hepaticojejunostomei termino-laterale. Se mobilizează canalul biliar cu deschiderea canalului hepatic stâng anterior printr-o incizie logitudinală, dar păstrând peretele posterior al bifurcației, conform tehnicii Hepp-Couinaud, dacă este necesar se lărgțește incizia și pe canalul hepatic drept. Apoi se aplică suturi ordinare, ce sunt trecute prin toate straturile cu material de sutură polidioxanonă (PDS) sau Vicril 4-0...5-0. Se pune accentul pe un ermetism bun, aplicând suturile cu un pas de 2...3 mm. Buza posterioară de regulă se aplică cu nodurile în lumen, iar cea anterioară în exterior. Linia de sutură este întărită cu suturi anterioare sero-seroase, de regulă până la 5 la număr. După aceasta se efectuează controlul de ermetizare și suturarea țesuturilor pe starturi [1].

Dezavantajele metodei menționate constau în efectuarea unei ajustări ineficiente a mucoaselor jejunului și a ductului hepatic, riscul mare de apariție a proceselor ischemice ale țesuturilor din zona anastomozei, apariția complicațiilor inflamatorii la acțiunea sărurilor biliare în zona anastomozei din cauza unei ajustări incomplete a mucoaselor cu formarea excesivă a țesutului cicatricial și recidivarea stricturilor.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în elaborarea unei metode de tratament al stricturilor căii biliare principale cu formarea unei hepaticojejunostomoze cu un ermetism sporit, ajustarea ideală a mucoaselor bine adaptate pentru anastomozele biliare înalte (Bismuth III și IV).

Esența metodei constă în aceea că se efectuează laparotomia mediană superioară, se determină obiectiv localizarea stricturii căii biliare, se pregătește brațul jejunului Roux de o lungime de cel puțin 80 cm prin transecția jejunului la 20...30 cm distal de ligamentul Treitz, capătul închis orb al brațului jejunului Roux este întărit cu suturi întrerupte din polidioxanonă de 4-0 cu translocația lui retrocolică și anteduodenală, la nivelul vaselor colice de mijloc, în partea superioară dreaptă a abdomenului se efectuează o incizie cu formarea unui orificiu de 6...10 mm pe partea antemezenterică a brațului Roux și cu 3...5 cm distal de bontul jejunului suturat pentru formarea hepaticojejunostomei termino-laterale, apoi se mobilizează canalul biliar și se deschide în partea anterioară cu o incizie logitudinală canalul hepatic stâng, păstrând peretele posterior al bifurcației, conform tehnicii Hepp-Couinaud, dacă este necesar incizia se lărgțește și pe canalul hepatic drept, primele două suturi din polidioxanonă de 4-0...6-0 se aplică în colțul stâng și drept al capetelor pentru anastomoza jejunului și canalului biliar, și anume la nivelul orei 3.00 și 9.00, care în canalul biliar trec din exterior spre interior, iar în jejun din interior spre exterior, apoi se aplică suturi prin surjet într-un singur plan prin straturile seros și muscular al jejunului și canalului biliar, cu distanța dintre suturi de 2...3 mm, după care brațul jejunului se deplasează în jos spre canalul hepatic, iar suturile sunt legate după o tracțiune sincronă a tuturor firelor pentru fiecare buză a anastomozei în parte cu etanșarea și ajustarea mucoaselor căii biliare și jejunale, acoperind linia de sutură, după care se efectuează controlul de ermetizare și țesuturile se suturează pe starturi.

Rezultatul invenției constă în formarea unei hepaticojejunostomoze mucoasă la mucoasă cu un ermetism sporit, prevenirea ischemiei țesuturilor din zona anastomozei, traumatizarea minimă a bontului biliar și evitarea bilioragiei. Avantajele metodei constau în formarea unei hepaticojejunostomoze cu ajustarea mucoasei la mucoasă cu un ermetism sporit, prevenirea ischemiei țesuturilor din zona anastomozei, ajustare bună a partenerului biliar la peretele jejunului, poziționarea suturilor incluzând toate straturile peretelui intestinal și a peretelui ductului hepatic cu excepția mucoasei, care este un moment important în protecția liniei de anastomoză de acțiunea agresivă a sărurilor biliare, care induc indirect un proces inflamator cu formarea excesivă a țesutului cicatricial, totodată previne traumatizarea bontului biliar și evitarea bilioragiei.

Cerințele moderne față de anastomozele bilio-digestive și avantajele chirurgiei moderne impun de a elabora o tehnică nouă pentru formarea hepaticojejunostomozei (HJA), aplicând sutura într-un singur strat prin surjet continuu, termino-lateral, folosind material de sutură modern de tipul PDS (de la 4-0 până la 6-0). Grosimea suturii depinde de nivelul stricturii și diametrul căii biliare principale (CBP). E de remarcat momentul că pentru stricturile de tip III și IV este necesar de a folosi doar materialul de sutură de mărimea 5-0 și 6-0.

Metoda se efectuează în modul următor.

Se efectuează laparotomia mediană superioară, se determină obiectiv localizarea stricturii căii biliare, se pregătește brațul jejunului Roux pe o lungime de cel puțin 80 cm prin transecțiunea jejunului aproximativ la 20...30 cm distal de ligamentul Treitz, capătul închis orb al brațului jejunului Roux este întărit cu suturi întrerupte din polidioxanonă de mărimea 4-0 și translocat retrocolic și anteduodenal, la nivelul vaselor colice de mijloc, în partea superioară dreaptă a abdomenului. Se efectuează o incizie cu formarea unui orificiu de 6...10 mm pe partea antemezenterică a brațului Roux și cu 3...5 cm distal de bontul jejunului suturat, pentru formarea hepaticojejunostomei termino-laterale. Se mobilizează canalul biliar cu deschiderea canalului hepatic stâng anterior cu o incizie logitudinală, păstrând peretele posterior al bifurcației, conform tehnicii Hepp-Couinaud, dacă este necesar se lărgțește incizia și pe canalul hepatic drept. Diametrul orificiului jejunului trebuie să fie întotdeauna mult mai mic decât lățimea ductului hepatic, deoarece

ultimul se lărgeste la momentul formării anastomozei. Primele două suturi din polidioxanonă de mărimea 4-0...6-0 sunt aplicate în colțul stâng și drept al extremităților viitoare a guri de anastomoză a jejunului și canalului biliar, și anume la ora 3.00 și 9.00, care sunt trecute prin canalul biliar din exterior spre interior, iar prin jejun din interior spre exterior, apoi se aplică suturi într-un singur plan prin surjet continuu prin straturile seros și muscular ale jejunului și canalului biliar, unde fiecare pas următor al suturilor se efectuează la o distanță de 2...3 mm unul de altul. Brațul jejunal este împins ușor în jos spre canalul hepatic, iar suturile sunt legate după o tracțiune sincronă a tuturor firelor pentru fiecare buză anastomotică în parte cu etanșarea și ajustarea mucoaselor biliare și jejunale, acoperind linia de sutură, după care se efectuează controlul de ermetizare și suturarea țesuturilor pe straturi.

În plus, trebuie să menționăm că fiecare sutură a canalului biliar trebuie să cuprindă cel puțin 2...3 mm de țesut pentru a evita ruperea și ischemia, iar în cazul unui perete biliar subțire și fin poate fi și de 4 mm. Numărul suturilor aplicate este legat de calibrul ductului biliar, experiența îndelungată ne-a confirmat că fiecare pas până la următoarea sutură trebuie să fie de asemenea de 2...3 mm. Numărul de suturi pentru întreaga anastomoză depinde și de diametrul ductului biliar. Prezența canalului biliar proximal dilatat cu o grosime optimală a pereților biliari este de o importanță tehnică și clinică deosebită, deoarece atunci când canalele sunt dilatate din cauza obstrucției biliare sau sunt cu pereții îngroșați, anastomoza poate fi ușor de constituit, ceea ce la rândul său reduce la minimum riscul de complicații postoperatorii la distanță, acest lucru nu este valabil în cazul bontului biliar nedilatat.

Exemplu

Pacienta T, anul nașterii 1966, a suportat colecistectomie laparoscopică într-un spital de circumscripție, apoi a fost transferată în clinică în stare gravă, cu tabloul de fistulă biliară externă nederijată, peritonită biliară. După o pregătire în terapia intensivă s-a intervenit chirurgical pe indicații vitale. Intraoperator s-a constatat o peritonită biliară difuză, o lezare de CBP prin transecțiune totală, traumă Bismuth IV. S-a asanat peritonita, s-a instalat un by-pass bilio-jejunal extern cu drenare separată a ambelor canale hepatice. Peste 6 luni pacienta a fost internată în mod programat pentru o intervenție reconstructivă. Preoperator s-a examinat prin colangioRMN cu confirmarea nivelului stricturii biliare și starea arborelui intrahepatic.

În mod programat, sub anestezie generală, s-a efectuat mobilizarea hilului hepatic. S-au preparat separat ambele canale hepatice, având o diastază mai mare de 5 mm între canalele hepatice. S-a recurs la bihepaticojejunooanastomoză pe ansa Roux cu drenare separată a ambelor canale după procedeul Veolker cu drenaje de 7Fr, din silicon. Anastomozele s-au format sub control de optică chirurgicală cu suturi în surjet continuu, folosind PDS 6-0. Drenajele postoperatorii au fost menținute 6 luni. Evoluția clinică la distanță este satisfăcătoare. La monitorizarea postoperatorie în dinamică pe o perioadă de 4 ani nu s-au constatat abateri patologice din partea zonei hepatobiliare. Calificăm starea clinico-funcțională postoperatorie după clasificarea lui J.Terblancke ca foarte bună.