

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 jejunal 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 jejunal 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 mic de 6...10 mm pe partea antemezenterică a brațului Roux și cu 3...5 cm distal de bontul jejunal 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 lărgeste 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 care se efectuează controlul de ermetizare și suturarea țesuturilor pe straturi [1].

Dezavantajele metodei menționate constau în efectuarea unei ajustări ineficiente a mucoaselor jejunului și a ductului hepatic, riscul de apariție a proceselor ischemice ale țesuturilor din zona anastomozei, apariția complicațiilor inflamatorii la acțiunea sârilor 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, evitarea ischemiei țesuturilor din zona anastomozei, traumatizarea minimă a bontului biliar cu evitarea bilioragiei și ajustarea ideală a mucoaselor jejunului și a ductului hepatic.

Esența metodei constă în aceea că se efectuează laparotomia mediană superioară, se determină obiectiv localizarea stricturii căii biliare, se pregătește brațul jejunal Roux pe o lungime de cel puțin 80 cm prin transecția jejunului la 20...30 cm distal de ligamentul Treitz, capătul închis orb al brațului jejunal 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 jejunal suturat pentru formarea hepatojejunostomei termino-laterale. 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 lărgeste și pe canalul hepatic drept. Apoi se aplică suturi prin toate straturile din polidioxanonă de 4-0 într-un singur plan la o distanță de 2...4 mm dintre ele pe peretele posterior, după care se aplică pe peretele anterior. Se tracționează simultan toate suturile de pe peretele posterior și se ligaturează, apoi procedura se repetă pe peretele anterior, pe care se aplică suturi sero-seroase. Anastomoza se fixează cu suturi de reper de capsula hepatică. Apoi 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, cu tracțiunea sincronă a tuturor suturilor de pe peretele posterior și apoi anterior, care duce la micșorarea factorului traumatic și ischemizant local, asigurând o răspândire uniformă a efortului fizic și o congruență ideală de atașare a mucoasei la mucoasă, care permite o îmbunătățire nemijlocită a rezultatelor postoperatorii, a evoluției clinice, biologice și psiho-sociale postoperatorii.

Avantajele metodei constau în formarea unei hepaticojejunostomoze cu ajustarea mucoasei la mucoasă cu un ermetism sporit, prevenirea ischemiei țesuturilor din zona anastomozei, ajustarea bună a partenerului biliar la peretele jejunului, poziționarea suturilor incluzând toate straturile peretelui intestinal și ale ductului hepatic cu tracțiunea sincronă a tuturor suturilor de pe peretele posterior și apoi anterior, care duce la micșorarea factorului traumatic și ischemizant local, asigurând o răspândire uniformă a efortului fizic și o congruență ideală de atașare a mucoasei la mucoasă.

Orice reconstrucție de cale biliară, în experiența noastră, a îndeplinit următoarele cerințe: a) excizia țesutului fibros din calea biliară proximală; b) realizarea unei anastomoze largi; c) prezența unei mucoase intacte, fără procese inflamatorii la toate 360° ale liniei de anastomoză; d) o bună vascularizare pe linia de sutură; e) lipsa tensiunii la linia de anastomoză. Actualmente realizarea derivațiilor biliodigestive, folosind ansa Roux au devenit un standard recunoscut în chirurgia stricturilor biliare.

Principiile metodei revendicate sunt:

- se aplică toate suturile atât pe peretele posterior cât și pe cel anterior;
- se recurge la tracțiunea sincronă a tuturor suturilor cu deplasarea manuală a ansei jejunale spre partenerul biliar;
- chirurgul purcede la ligaturarea suturilor, aplicate anterior pe peretele posterior. Moment ce permite o afruntare practic ideală și evită integral tracțiunile deformante ale liniei de sutură și ale mișcărilor mecanice ce duc la lezarea involuntară a mucoaselor și a altor straturi din peretele biliar sau jejunal;
- se recurge la același mod de formare și a peretelui anterior;
- fixarea obligatorie a anastomozei cu suturi de reper de capsula hepatică, moment ce facilitează prevenirea dehiscențelor majore pe linia de anastomoză și este un factor fizic local de menținere a formei anterioare a HJA;

- controlul ermetismului prin proba hidrodinamică, realizată prin intermediul drenajului transanastotic. Prezenta deficiențelor de ermetism s-au lichidat prin suturi sero-seroase suplimentate pe linia de anastomoză.

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 mic de 6...10 mm pe partea antemezenterică a brațului Roux și cu 3...5 cm distal față de bontul jejunului suturat, pentru formarea hepaticojejunostomei termino-laterale. Diametrul orificiului jejunului trebuie să fie întotdeauna mult mai mic decât lățimea ductului hepatic, deoarece ultimul se lărgiște la momentul formării anastomozei. Se mobilizează canalul biliar cu deschiderea canalului hepatic stâng anterior printr-o incizie longitudinală păstrând peretele posterior al bifurcației, conform tehnicii Hepp-Couinaud, dacă este necesar se lărgiște incizia și pe canalul hepatic drept. Apoi se aplică suturi din polidioxanonă de mărimea 4-0 într-un singur plan prin toate straturile pe peretele posterior la o distanță de 2...4 mm dintre suturi, după care se aplică pe peretele anterior. Se tracționează simultan toate suturile de pe peretele posterior și se ligaturează, apoi procedura se repetă pe peretele anterior. Pe peretele anterior se aplică suturi sero-seroase. Anastomoza se fixează cu suturi de reper de capsula hepatică. După aceasta se efectuează controlul de ermetizare și suturarea țesuturilor pe straturi.

Exemplu

Pacienta C., anul nașterii 1975, internată în clinică în mod programat. Diagnosticul de strictură biliară benignă a fost confirmat la colangiografie prin RMN. S-a stabilit strictură Bismuth tip III. Pacienta a primit preoperator un curs de tratament intensiv infuzional și antibacterian. În mod programat sub anestezie generală s-a efectuat hepaticojejunostomia termino-laterală cu drenarea gurii de anastomoză, procedeul Veolker. S-au aplicat suturi separate și sincron pe ambele buze anastomotice. Ligaturarea s-a efectuat după o tracțiune sincronă a tuturor suturilor cu poziționarea mucoaselor la o poziție oportună. Material de sutură PDS 4/0. Anastomoza formată într-un singur plan de sutură. Evoluția clinică postoperatorie satisfăcătoare. Pacienta externată la a 12-a zi postoperator cu drenaj în CBP. Drenajul din CBP a fost extras postoperator peste 8 săptămâni. Însănătoșire. La monitorizarea postoperatorie în dinamică pe o perioadă de 5 ani nu s-au constatat abateri patologice din partea zonei hepatobiliare. Calificăm starea clinico-funcțională postoperatorie după clasificarea lui J.Terblancke ca foarte bună.