

JAN NIELUBOWICZ, WALDEMAR OLSZEWSKI

WYKONANIE ZESPOLENIA PRZEWODU PIERSIOWEGO Z ŻYŁĄ SZYJNĄ WEWNĘTRZNĄ DLA LECZENIA WODOBRZUSZA

Z I Kliniki Chirurgicznej AM w Warszawie
i z Zespołu Chirurgii Doświadczalnej i Transplantologii CMDK PAN
Kierownik: prof. dr J. Nielubowicz

W przypadkach wodobrzusza wybitnie opornego na leczenie farmakologiczne oraz u chorych w ciężkim stanie ogólnym niektórzy autorzy (1, 2, 3, 4) zalecają jako metodę leczenia wodobrzusza odcięcie przewodu piersiowego tuż przy jego ujściu do kąta żylnego żż. obojczykowej i szyjnej i zespolenie koniec do końca z ż. szyjną. Ma to zmniejszyć zastój chłonki w jamie brzusznej oraz obniżyć ciśnienie wrotne.

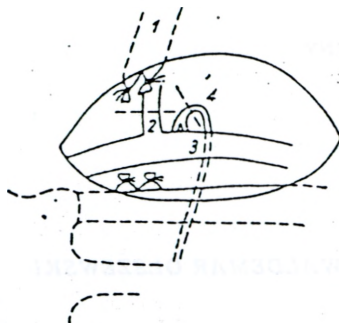
Twórcy i zwolennicy tej metody leczenia wodobrzusza uważają, że nowo wytworzone szerokie zespolenie stworzy odpowiednie warunki odpływu dla nadmiaru chłonki, która nie może odpłynąć przez wąskie naturalne połączenie.

Przewód piersiowy często rozgałęzia się, a także zagina przed ujściem do kąta żylnego powodując zwiększenie oporów dla przepływu chłonki. W warunkach zwykłych przy małym przepływie chłonki, te stosunki anatomiczne należy uznać za prawidłowe, a różnice ciśnień między przewodem piersiowym a ż. podobojczykową są nieznaczne. W przypadku zwiększonego przepływu chłonki opór w miejscu ujścia przewodu do żyły wzrasta znacznie, a różnice ciśnień przewód — żyła mogą sięgać niekiedy kilku cm H₂O.

Odcięcie przewodu tuż powyżej miejsca zwiększonego oporu i zespolenie z układem żylnym w innym miejscu może zmniejszyć gradient ciśnień przewód-żyła, obniżyć ciśnienie w przewodzie piersiowym i zwiększyć odpływ chłonki z układu wrotnego. Teoretycznie podstawy tej operacji są przedmiotem wielu dyskusji i sprzecznych opinii (5).

Opisana wyżej metoda chirurgicznego leczenia wodobrzusza była stosowana w I Klinice Chirurgicznej i I Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie. W niniejszym doniesieniu chcieliśmy przedstawić szczegóły operacyjne zespolenia przewodu piersiowego z ż. szyjną wewnętrzną.

Wykonanie. Cięcie długości 10 cm nad przyśrodkową częścią lewego obojczyka, z przecięciem obu przyczepów m. mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Oddzielając w kierunku od góry ku dołowi ż. szyjną wewnętrzną dochodzi się do kąta żylnego szyjno-podobojczykowego. W tej okolicy przy starannym rozdzieleniu tkanek uwidaczniają się naczynia chłonne szyjne, które zwykle uchodzą do końcowego odcinka przewodu piersiowego, lub do ż. podobojczykowej. Idąc wzdłuż tych naczyń odnakuje się przewód piersiowy wychodzący od tyłu z głębszych tkanek w kierunku do przodu (ryc. 1).



Ryc. 3. Stan po wykonaniu nowego połączenia, przez które chłonka odpływa do ż. szyjnej wewnętrznej.

Я. Нелюбович, В. Ольшевски

АНАСТОМОЗ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА С ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА

Содержание

Описывается техника анастомоза грудного лимфатического протока с внутренней яремной веной, с целью лечения асцита, не поддающегося консервативному лечению. Принцип операции состоял в создании нового лимфо-венозного соединения на шее, с целью уменьшения сопротивления лимфотoku в естественном соединении в венозном угле подключичной и яремной вены.

J. Nielubowicz, W. Olszewski

PERFORMANCE OF AN ANASTOMOSIS OF THE THORACIC DUCT TO THE INTERNAL JUGULAR VEIN FOR TREATMENT OF ASCITES

Summary

Technical details of an anastomosis of the thoracic duct to the internal jugular vein were described. This surgical procedure was performed for treatment of ascites, resistant to conservative management. The principle of the above described operation consisted in creating a new lymphatico-venous connection on the neck with purpose to reduce the resistance of lymph flow within the natural venous angle.

PIŚMIENNICTWO

1. Bhalerao R. A., Trivedi D. R., Ben P. K.: Lympho-venous anastomosis in the management of portal hypertension. *Surgery* 1971, 69, 569. — 2. Cole W. R., Witte M. H., Bleish V. R., Maley E., Abernathy R. E.: A lymphatic porto-caval shunt for the treatment of experimental ascites. *Progress in Lymphology*, G. Thieme, Stuttgart 1967. — 3. Dumont A. E.: Liver lymphatics. *Child C. Ch.: The liver and portal hypertension*. Saunders, Philadelphia 1964. — 4. Szabo G., Magyar Z., Serenyi P.: Effects on ascites of thoracic duct fistula and of cervical lymphatic-venous shunt. *Act. Med. Acad. Sc. Hung.*, 1970, 27, 257. — 5. Warren W. D., Fomon J. J., Lenc C.: Critical assessment of the rationale of thoracic duct drainage in the treatment of portal hypertension. *Surgery* 1968, 63, 7.

Pracę nadesłano: 4. I. 1972.

Adres autora: Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.