

ARTICOLE ORIGINALE

**PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL
A HERNIEI VENTRALE LATERALE (SPIEGEL)
PECULIARITIES OF DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF
EXTERNAL LATERAL ABDOMINAL HERNIA (SPIEGEL)****Vladimir Hotineanu, Vasile Lipovan, Liviu Andon, Petru Bujor***Catedra Chirurgie nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu”***Rezumat**

Studiul include 29 cazuri de hernii ventrale laterale (Spiegel) ce alcătuiesc 1,01% din 1908 bolnavi cu hernii abdominale externe. Vârsta bolnavilor a variat între 34-84 ani, majoritatea tarați de sex feminin.

Cauza herniilor a fost efortul fizic, operațiile suportate la peretele abdominal anterior – cât și patologii colorectală.

La majoritatea bolnavilor au fost depistate maladii concomitente – obezitate, maladii pulmonare, diabet zaharat, boala hipertonică.

Tabloul clinic deseori poate simula apendicita acută sau cronică, colecistita cronică, patologii renală și colonică în deosebi la pacienții cu hernii mici și mijlocii. Aceste hernii sunt mai frecvent întâlnite decât diagnosticate până la operație, deoarece nu întotdeauna se ține cont de ele.

Diagnosticul a fost complex și a inclus examenul clinic, radiologic, ultrasonografia, tomografia computerizată și examenul endoscopic la necesitate.

În herniile voluminoase cu atrofia țesutului musculo-aponeurotic în jurul porții herniare cu pierderea de substanță s-a efectuat plastia combinată biosintetică din autoderma perforată, localizată intraabdominal și plasa sintetică deasupra fixate împreună sub tensiune, iar pe plasa sintetică lambourile formațiunii herniare. Morfologic la distanță s-a constatat că lamboul autodermal se concrește intim cu plasa de propilen, formează un țesut conjunctiv fibros cu colagenizare în care elementele celulare se reabsorb și în sfârșit lamboul autodermal împreună cu plasa sintetică formează un strat bine adaptat și rezistent. La distanța complicații nu s-au înregistrat.

Cuvinte cheie: Hernia ventrală laterală, hernia Spiegel, tratament chirurgical.

Summary

The study includes 29 external lateral abdominal hernia (Spiegel) representing 1.01% of 1908 patients with external abdominal hernias. Age of the patients was from 34 to 84 years, most of them were women.

The causes of hernias were physical activities, surgeries on the anterior abdominal wall as well as colorectal pathology.

Most patients had concomitant diseases - obesity, lung diseases, diabetes, and hypertension.

The clinical picture can often simulate acute and chronic appendicitis, renal and large intestine pathology, especially in patients with small and medium-sized hernias. These hernias are more common than diagnosed before surgery because they do not always take into account.

Diagnostics was comprehensive and included clinical and radiographic examination, ultrasound, CT and endoscopic examination if necessary.

In the case of voluminous hernias with atrophy of muscle-aponeurotic tissues around the hernial gate and loss of substance, was performed a combined biosynthetic plastic from perforated autoderma located intraperitoneal and on top of it synthetic mesh connected under pressure, and on top of synthetic mesh - flaps of hernia formation. Morphologically in the distant period was noted the intimate adnation of autodermal flap with synthetic mesh, the formation of fibrous connective tissue with collagenization at which cellular elements are reabsorbed and eventually autodermal flap formed the resistant layer with synthetic mesh. There were no complications in the distant period.

Keywords: lateral abdominal hernia, Spiegel hernia. surgical treatment

Introducere. Din lotul herniilor externe rar întâlnite fac parte herniile ventrale laterale (Spiegel), dorsale, perineale, obturatorii și xyphoidiene.

În literatura de specialitate nu este adusă frecvența acestor hernii, dar se descriu numai cazuri particulare. Bulânin I.I. (1968) descrie 5 cazuri de hernii ventrale laterale (Spiegel) la 1171 de hernii abdominale externe. Toskin K.D., Jebrowschi V.V. (1990) la 3500 operații pentru hernii abdominale externe, hernia ventrală laterală (Spiegel) a fost depistată în 3 cazuri ce alcătuiește 0,07%.

În structura herniilor abdominale aceste hernii sunt mai frecvente decât diagnosticate până la operație, deoarece nu întotdeauna se ține cont de ele. Greutățile diagnostice depind nu numai de localizarea anatomică a herniei, dar și de alte particularități cum ar fi: vârsta, durata herniei, volumul ei, asocierea cu gradul obezității și manifestările clinice, maladiile asociate.

Până la moment nu sunt pe deplin studiate și rezolvate

problemele legate de plastia defectului porții herniare, de oarece deseori durata herniei duce la atrofia aponeurotico-musculară, care formează pereții căii herniare și joacă un rol important în eficacitatea hernioplastiei.

În legătură cu aceasta experiența diagnostică și de tratament chirurgical este dificilă și necesită studierea diagnosticului și folosirea diverselor materiale de sutură și metode plastice la aceste hernii.

Scopul lucrării. Studierea herniilor abdominale externe laterale (Spiegel) cu scop de ameliorare a diagnosticului și tratamentului chirurgical.

Material și metode. Studiu include 29 cazuri de hernii abdominale externe laterale (Spiegel). Vârsta bolnavilor a fost de la 34 la 84 ani. De sexul feminin au fost 26 cazuri și 3 bărbați.

Rezultate. Cauza herniilor mai frecvent a fost efortul fizic, modificările anatomice și operațiile suportate la peretele abdominal anterior. Maladii concomitente au fost la majoritatea bolnavilor: obezitate gr. II-III, boala hipertonică gr. II-III, diabet

zaharat tip. II, maladii pulmonare cronice. Toți bolnavi au fost examinați în complex, examinări de laborator și instrumentale: examenul radiologic a toracelui și abdomenului inclusiv irigoscopia, ultrasonografia abdomenului, și mai rar tomografia computerizată.

Hernia ventrală laterală (Spiegel) se formează într-o zonă a peretelui abdominal cuprinsă între: medial – marginea laterală a mușchiului drept abdominal, lateral – regiunea lombară, cranial – grilajul costal și caudal – ligamentul inghinal. (Fig. 1).

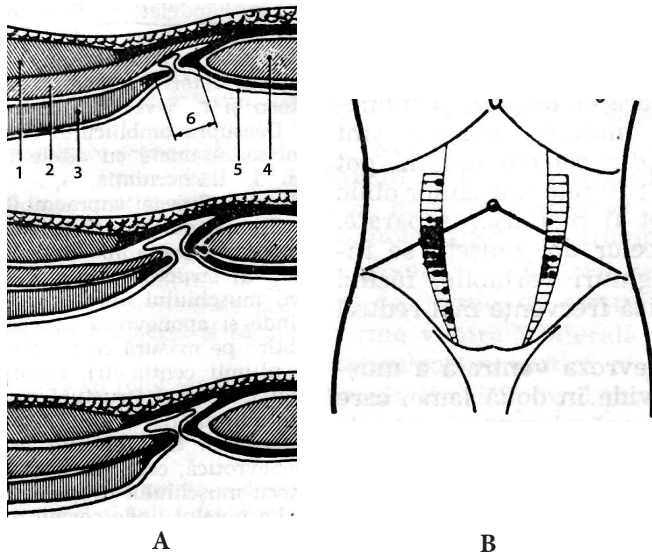


Fig. 1. *Hernia liniei semilunare (hernia Spiegel).*

A – Fazele evolutive ale herniei Spiegel pe secțiune transversală; 1 – mușchiul oblic extern; 2 – mușchiul oblic intern; 3 – mușchiul transvers abdominal; 4 – mușchiul drept abdominal; 5 – peritoneul parietal; 6 – zona herniară.

B – Topografia punctelor de minimă rezistență pe linia Spiegel.

Sunt cunoscute 3 forme de hernii abdominale externe laterale (Spiegel).

Prima forma - hernie abdominală externă laterală simplă, când sacul herniar trece prin peretele abdominal pe lângă vasele sanguine, nervi, sau prin defectele musculo-aponeurotice postoperatorii și se localizează subcutan. Herniile abdominale externe laterale Spiegel simple, mici și mijlocii au fost întâlnite în 12 cazuri, iar voluminoase la 17 bolnavi cu poarta herniară peste 10 cm.

Cazul clinic.

B. 56 ani, internată în clinică 5 IV 1990 cu diagnosticul – hernie abdominală externă laterală bilaterală (Spiegel) voluminoasă.

Din anamneză s-a constatat că 2 ani în urmă 17 III 1988 a fost operată pentru hernie ombilicală voluminoasă. S-a efectuat operația hernioplastia, procedeu Sapejco. La controlul medical peste 2 ani după efort fizic s-a depistat hernie bilaterală a liniei Spiegel voluminoasă. (Fig. 2).

După pregătirea corespunzătoare s-a efectuat operația – hernioplastia combinată (biosintetică) din autoderma perforată, dezepitelizată, plasată către viscerele interne și deasupra ei plasa de polipropilen fixate împreună în tensiune, din ambele părți, cu aplicarea elementelor sacului herniar deasupra plasei. Drenarea

plăgi pe 24 ore. Perioada postoperatorie a decurs obișnuit. Vindecarea primară. Control la distanță după 14 ani – recidiva herniei nu s-a depistat.

A doua formă. Hernia abdominală externă laterală (Spiegel) interstițială – sacul herniar localizat între fibrele musculare a mușchilor oblici (interni și externi).



Fig. 2. *Hernie bilaterală Spiegel.*

Caz clinic

B. 58 ani, internat în clinică 9 III 1988 cu diagnosticul formațiune tumorală a colonului ascendent, pentru investigație și tratament. 3 ani în urmă (1985) a fost operată pentru apendicită acută distructivă prin incizie pararectală. Peste 3ani după operația suportată au apărut dureri în regiunea cicatricei postoperatorie, în legătură cu ce s-a adresat la chirurg, care a depistat formațiunea tumorală în proiecția colonului ascendent. (Fig. 3).



Fig. 3. *Hernie ventrală Spiegel interstițială*

După examinările paraclinice nu s-a confirmat tumora a intestinului, în legătură cu ce s-a efectuat laparotomia diagnostică pararectală pe dreapta, s-a depistat între mușchii oblici (interni și externi) o hernie interstițială care conținea colonul ascendent. S-a prelucrat sacul herniar obișnuit și plastia combinată biosintetică (autoderma + plasa sintetică).

Perioada postoperatorie a evoluat fără particularități cu vindecare primară.

La distanță recidiva herniei nu s-a înregistrat.

Această formă a fost întâlnită în 5 cazuri.

A treia formă a herniei abdominale externe laterale (Spiegel) – când sacul herniar se localizează între fascia transversală și peritoneu. Herniază țesutul adipos localizat pe peritoneu (lipom peritoneal). Această formă a fost întâlnită într-un caz și depistată intraoperator.

Mai frecvent herniile abdominale externe laterale (Spiegel) se formează după intervenții chirurgicale la cavitatea abdominală, după incizii mediane și pararectale.

În cazurile observate au fost după operație pentru hernie ombilicală voluminoasă – 5 cazuri și după apendicectomie pentru apendicită distructivă cu incizie pararectală în 3 cazuri.

Posibil în dezvoltarea acestor hernii au importanță schimbările topografoanatomice a peretelui abdominal după operație. Volumul herniei abdominale externe laterale (Spiegel) variază de la mărimi mici până la dimensiuni voluminoase, deoarece depistarea lor în deosebi la partea feminină obeză este dificilă. Obezitatea a fost în 18 cazuri. Cel mai frecvent simptom a fost durerea care s-a localizat la marginea laterală a mușchiului rect abdominal în proiecția liniei Spiegel, care se micșorează în poziție orizontală, și se intensifică în ortostatism la palpate și efort fizic.

Uneori herniile abdominale externe laterale (Spiegel) de volum mic se pot strangula (5 cazuri) după tipul strangulare elastică când sacul herniar cu conținutul lui trece prin inelul herniar îngust.

După datele din literatură (V.V. Jebrovski, M., 1990) aceste hernii se strangulează în 40-70% cazuri.

Deseori aceste hernii pot simula tabloul clinic de apendicită acută, colecistită acută și patologie renală.

Tratamentul acestor hernii este chirurgical. În herniile abdominale ventrale externe laterale (Spiegel) abordul chirurgical cel mai rațional este pararectal longitudinal la nivelul prolabării sacului herniar.

La herniile complicate cu strangulare revizuirea conținutului sacului se efectuează ca la toate herniile strangulate prin laparotomie mediană.

În hernii voluminoase cu atrofia țesutului musculo-aponeurotic în jurul porții herniare sau cu pierderea de substanță a peretelui abdominal, este indicată plastia defectului cu diverse materiale plastice.

Materialele plastice au nevoie de manevre tehnice de protecție care sunt mai mult sau mai puțin traumatice și pot aduce la diverse complicații. Materialele plastice sintetice aplicate intraperitoneal provoacă iritarea organelor abdominale, în primul rând intestinul și ca urmare formarea procesului aderențiar, fistulelor intestinale și peritonită.

Materialele biologice cu timpul se relaxează și duc la formarea herniei false care deseori necesită tratament chirurgical repetat.

Pentru excluderea particularităților negative a materialelor

plastice atât sintetice cât și biologice s-a folosit metoda de plastie combinată biosintetică din 2 straturi, propusă de V. Lipovan (invenție nr. 1475211, 1992) care constă în aplicarea lamboului autodermal dezepitelizat perforat, direct pe organele intraabdominale, deasupra autodermei plasa de polipropilen, fixate împreună sub tensiune de țesuturile înconjurătoare, iar pe plasă se aplică țesuturile formațiunii herniare.

Lamboul autodermal se obține din regiunea inciziei și se prelevează și se prelucrează cu iod eteric 15% și o singură dată se opărește cu apă de 96-980 C din partea epidermei. Cu bisturiu se înlătură epiderma și stratul adipos (invenție nr. 1697786, 1991, V. Lipovan).

Această metodă a fost folosită la 17 bolnavi cu hernie abdominală externă laterală voluminoasă (Spiegel) cu defectul herniar peste 10 cm.

Prin acest procedeu autoderma protejează organele cavității abdominale de plasă sintetică, iar plasa sintetică protejează lamboul autodermal de relaxare. Perioada postoperatorie la toți pacienții operați a decurs fără complicații: La distanță până la 20 ani starea pacienților favorabilă, recidive nu s-au înregistrat.

La un bolnav care peste 8 luni după hernioplastie a fost operat pentru colecistita acută intraoperator s-a luat la examenul histologic un fragment din materialul plastic. (Fig. 4.)

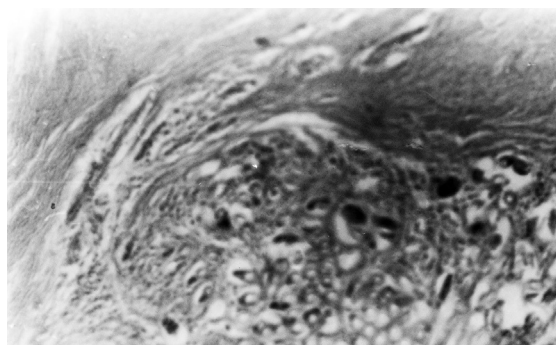


Fig. 4 Examenul morfologic a materialului studiat.

Lamboul autodermal e concreșcut intim cu plasa sintetică cu formarea țesutului conjunctiv fibros și collagen în care elementele celulare se reabsorb. În sfârșit lamboul autodermal împreună cu plasa formează un strat bine adaptat și rezistent.

Concluzii:

1. Herniile abdominale externe laterale (Spiegel) în realitate se întâlnesc mai frecvent decât diagnosticate până la operație, deoarece nu întotdeauna se ține cont de ele.

2. Bolnavii cu suspiciune la hernii abdominale externe laterale (Spiegel) necesită examen minuțios și complex.

3. Cea mai favorabilă variantă de plastie la bolnavii cu pierderea de substanță a peretelui abdominal și atrofia musculo-aponeurotică în jurul porții herniare este plastia combinată – biosintetică din autodermă dezepitelizată și plasă sintetică.

Bibliografia

1. BANCU Ș., ZAMFIR D., BORZ C., BUTIURCA A. Procedee plastice pentru evențații abdominale postoperatorii dificile folosind piele dezepitelizată autologă. Al II-lea Simpozion Național de chirurgie. Târgu-Mureș, România, 1996; 84.
2. HOTINEANU V. Chirurgie. Curs selectiv. Chișinău, CEP Medicina, 2002; 700 p.
3. LIPOVAN V., ȚĂBĂRNĂ C., ANDON L. Metoda de plastie defectelor mari la hernii ventrale. Al XVIII-lea Congres Național de chirurgie (Perete abdominal) România, București 22-25 mai, 1995; număr special.
4. LIPOVAN V. Preîntâmpinarea complicațiilor unor materiale plastice în herniologie. Al IX-lea Congres al Asociației chirurgilor „N. Anestiadi”. Chișinău 17-19.09. 2003; 68.
5. LIPOVAN V. Plastia biosintetică a defectelor peretelui abdominal. Al XXII-lea Congres Național de chirurgie. Sovata – Târgu-Mureș, România. 5-7 V 2004; 95.
6. LIPOVAN V., BUJOR P., BUJOR S. Probleme și realizări în chirurgia herniilor abdominale cu defecte parietale mari. Al XXIV-lea Congres Național de chirurgie. Constanța, România, 4-7. 06. 2008; 125.
7. PĂTRUȚ MIRCEA Herniile abdominale. Editura militară, București. 1989; 231 p.
8. TROIANESCU OCTAV Chirurgia herniilor. Editura Medicina București. 1959; 254 p.
9. TOSKIN K., JEBROVSKI V. Herniile peretelui abdominal. Moscova, Medicina, 1990; 260 p.

УДК 616.37-036.12-089.166-06

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПОЗИЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC COMPLICATED PANCREATITIS BY THE USE OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY

Шевченко В.Г., Запороженко Б.С., Муравьёв П.Т., Бородаев И.Е., Горбунов А.А., Бондарец Д.А.

Резюме

Основную группу наблюдения – 75 больных (50,7%), составили больные, которым оперативное лечение проводилось с использованием миниинвазивных технологий (эндо- и лапароскопически). В контрольной группе оперативное лечение осуществлялось лапаротомным доступом и объединяло как дренирующие, так и резекционные методы хирургического лечения – 73 больных (49,3%). При кистах, изолированных от панкреатических протоков, с диаметром не менее 6 см, применяли пункционно- дренирующие методы хирургического лечения (чрезкожные УЗИ- контролируемые и лапароскопически ассистируемые- 22 (14,9%) и 4 (2,7%) соответственно). К наружному дренированию прибегали вынужденно, в случае нагноения кисты (n= 48), кровотечения в полость кисты (n= 2), отсутствия доказанной связи кисты с протоковой системой. Лапаротомные вмешательства в виде продольной панкреатикоюностомии по Ру осуществлены у 9 пациентов (6,1%). В виде цистогастротомии у 18 (12,1%) пациентов, цистоеюностомии – у 6 (4,1%) пациентов и цистодуоденостомии у 1 (0,7%) больного. Бернский вариант операции Бегера выполнен у 5 (3,4%) больных, операция Фрея- у 4 (2,7%), панкреатодуоденальная резекция с наложением дуктомукозного анастомоза по методике клиники, и дистальных резекций ПЖ распределилось поровну - по 3 (2,0%) пациента. Хороший результат лечения в группе с лапаротомными хирургическими вмешательствами был отмечен у 10 пациентов (15,6%), в то время как при миниинвазивных – у 52 больных (82,5%).

Summary

In the main observation group – 75 of patients (50.7%) surgery was performed using minimally invasive techniques (endo- and laparoscopy). In the control group surgical treatment was performed through laparotomy access and united as draining and resection methods of surgical treatment - 73 patients (49.3%). When the cysts are isolated from pancreatic duct with a diameter less than 6 cm, puncture- draining surgical methods were used (USR controlled transdermal and laparoscopy assisted- 22 (14.9%) and 4 (2.7%), respectively). The external drainage was performed in the case of festering cysts (n = 48), bleeding in the cyst cavity (n = 2), due to the lack of proven cyst duct system. Longitudinal pancreaticojejunostomy by Roux was performed in 9 patients (6.1%). Cystogastrostomy was performed in 18 (12.1%) of patients, cystjejunostomy - 6 (4.1%) patients and in cystoduodenostomy- 1 (0.7%) patients. Berne'e type of Beger's procedure performed in 5 (3.4%) patients, Frey's procedure - in 4 (2.7%), pancreatoduodenal resection with the ductomucos anastomosis imposition and distal pancreatectomy distributed equally - 3 (2.0 %) patients. Good results in the group with laparotomic surgical procedures were seen in 10 patients (15.6%), while with minimally invasive - 52 patients (82.5%).

Актуальность. Неуклонный рост заболеваемости ХП и, как следствие, высокая инвалидизация, отсутствие стойкого эффекта от консервативного лечения и неудовлетворительные показатели качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде обуславливают актуальность проблемы хирургического лечения осложнённого ХП. В свою же очередь, огромное разнообразие оперативных пособий при лечении псевдокист (от миниинвазивных пункционно- дренирующих до обширных паренхимоуносящих и резекционных) обуславливает множество противоречивых мнений специалистов касательно индивидуализации и

сроков их проведения в зависимости от этиологии, локализации, связи с протоковой системой ПЖ, осложнений. Именно это и поддерживает дискуссионность проблемы лечения осложнённого хронического панкреатита.

Целью работы было улучшить результаты комплексного лечения пациентов, страдающих осложнённым псевдокистами поджелудочной железы путем применения миниинвазивных хирургических методов.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положен анализ комплексного хирургического лечения 148 больных псевдокистами ПЖ, как осложнения ХП,

находившихся на лечении в хирургическом стационаре Одесского областного центра хирургии печени и поджелудочной железы с 2009 по 2014 г.г. с применением различных методов хирургической коррекции их патологической симптоматики. Основную группу наблюдения – 75 больных (50,7%), составили больные, которым оперативное лечение проводилось с использованием миниинвазивных технологий (эндо- и лапароскопически). В контрольной группе оперативное лечение осуществлялось лапаротомным доступом и объединяло как дренирующие, так и резекционные методы хирургического лечения – 73 больных (49,3%). Пациентов мужского пола было 77 (52,0%), женского – 71 (48,0%).

Верификация диагноза осложнённого ХП осуществлялась на основании данных комплексного обследования, включающего применение клинических, лабораторных (определялись общеклинический и биохимический анализы крови, мочи, оценивался уровень онкомаркера СА 19-9, С-пептид, эндогенный инсулин, гликозилированный гемоглобин, иммуноглобулин G, копрограмма, панкреатическая эластаза-1 в кале) и инструментальных методов (ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография, мультисрезовая спиральная компьютерная томография

(МСКТ) и селективная КТ- ангиография сосудистого русла панкреатобилиарной зоны с последующей 3D- размерной реконструкцией изображения, миниинвазивные лапароскопические (диагностическая лапароскопия) и УЗИ- контролируемые пункционные (пункционно- аспирационные биопсии с последующим бактериологическим, биохимическим и цитологическим исследованием полученного материала), стандартные методы эндоскопического исследования- ФЭГДС, ЭРХПГ).

Вид и объём оперативного вмешательства определялся состоянием протоковой системы ПЖ (наличие стриктур, расширений различной протяжённости), локализацией и размером псевдокистозных образований и их взаимоотношением с главным панкреатическим протоком. Всем больным на этапе предоперационной подготовки проводили интенсивную, патогенетически и симптоматически обоснованную, терапию, направленную на снижение интенсивности болевого синдрома, купирование местных воспалительных процессов, имеющую преимущественно антицитокиновый, антиоксидантный и антиферментный характер. После максимально возможного купирования проявлений обострения хронического панкреатита больным проводилось хирургическое лечение.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от объёма хирургического лечения

Оперативные вмешательства (n=148)			
Миниинвазивные (основная группа) (n= 75)	Кол- во больных (%)	Лапаротомные (контрольная группа) (n= 73)	Кол- во больных (%)
Чрезкожные пункционно- дренирующие	22 (14,9)	Наружное дренирование	24 (16,2)
Лапароскопические пункционно- дренирующие	4 (2,7)	Внутреннее дренирование: - цистогастростомия - цистодуоденостомия - цистоеюностомия (по Ру) - панкреатикоюностомия	18 (12,1) 1 (0,7) 6 (4,1) 9 (6,1)
Эндоскопические: - транспапиллярные - трансмуральные	4 (2,7) 9 (6,1)	Резекционные: - Бернская операция - Операция Фрея - ПДР - Дистальная резекция ПЖ	5 (3,4) 4 (2,7) 3 (2,0) 3 (2,0)
Лапароскопическая панкреатоцистогастростомия	36 (24,3)		

Вид и объём оперативного вмешательства определялся состоянием протоковой системы ПЖ (наличие стриктур, расширений различной протяжённости), локализацией и размером псевдокистозных образований и их взаимоотношением с главным панкреатическим протоком. Всем больным на этапе предоперационной подготовки проводили интенсивную, патогенетически и симптоматически обоснованную, терапию, направленную на снижение интенсивности болевого синдрома, купирование местных воспалительных процессов, имеющую преимущественно антицитокиновый, антиоксидантный и антиферментный характер. После максимально возможного купирования проявлений обострения хронического панкреатита больным проводилось хирургическое лечение.

При кистах, изолированных от панкреатических протоков, с диаметром не менее 6 см, применяли пункционно- дренирующие методы хирургического лечения (чрезкожные УЗИ- контролируемые и лапароскопически ассистируемые- 22 (14,9%) и 4 (2,7%) соответственно), ко-

торые обеспечивали аспирацию содержимого, полноту которой контролировали с помощью УЗИ (Табл. 1). К наружному дренированию прибегали вынужденно, в случае нагноения кисты (n=48), кровотечения в полость кисты (n=2), отсутствия доказанной связи кисты с протоковой системой, невозможности выполнения более радикального метода оперативного вмешательства ввиду наличия технических сложностей и тяжести состояния больного.

В случае обнаружения псевдокисты ПЖ, связанной с ГПП, при интимном её прилегании к задней стенке желудка и стриктуры ГПП без его расширения применяли эндоскопические (трансмуральные и транспапиллярные) и лапароскопические (лапароскопическая панкреатоцистогастростомия) методы хирургической коррекции. Миниинвазивные трансмуральные внутренние дренирующие вмешательства в виде лапароскопической панкреатоцистогастростомии и эндоскопической трансмуральной (трансгастральной) панкреатоцистогастростомии выполнены у 36 (24,3%) и 9 (6,1%) больных соответственно. При

наличии рубцовых стриктур ГПП транспапиллярное эндоскопическое стентирование выполнено 4 (2,7%) больным (Табл. 1).

Лапаротомные вмешательства в виде продольной панкреатикоэюностомии по Ру осуществлены у 9 пациентов (6,1%). В виде цистогастростомии у 18 (12,1%) пациентов, цистоеюностомии – у 6 (4,1%) пациентов и цистодуоденостомии у 1 (0,7%) больного (Табл. 1).

К резекционным паренхимоуносящим операциям прибегали, в основном, при вовлечении в рубцовый процесс магистральных структур, соседствующих с головкой ПЖ и необратимых изменениях в паренхиме железы в пределах 1- 2 анатомических отделов (в частности, в хвосте и теле). Бернский вариант операции Бегера выполнен у 5 (3,4%) больных, операция Фрея- у 4 (2,7%). Количество выполненных панкреатодуоденальных резекций с наложением дуктомукозного анастомоза по методике клиники, и дистальных резекций ПЖ распределилось поровну - по 3 (2,0%) пациента (Табл. 1).

Сравнение продолжительности отдельных этапов выполнения, а также общей продолжительности дренирующих оперативных вмешательств, выполняемых с помощью различных технологий показало, что наибольшую длительность занимает этап дренирования тем или иным способом. Из групп сравнения заранее исключили больных, которым по показаниям выполнялась панкреатодуоденальная резекция, принимая во внимание тот факт, что основной этап операции был несоизмеримо длительнее такового при остальных оперативных вмешательствах. Данная процедура занимает 42,4% общей продолжительности выполнения вмешательства при лапаротомном наружном дренировании, 42,7% при лапаротомном внутреннем дре-

нировании, 34,1% - при миниинвазивном внутреннем и 33,0% при миниинвазивном наружном дренировании. Общая продолжительность оперативного вмешательства была наименьшей при применении миниинвазивных методов дренирования. В этих условиях она была меньше таковой, зарегистрированной при лапаротомных операциях на 47,9% и 54,5% (наружное и внутреннее дренирование соответственно) ($P < 0,05$).

Оценка показателей клинической эффективности применения различных оперативных вмешательств по поводу псевдокист ПЖ при отсутствии перифокального воспаления показала, что в подгруппе пациентов с применением наружного миниинвазивного дренирования данный показатель был на 33,3% ($17,4 \pm 1,9$ сут) ($P < 0,05$), а у пациентов с применением внутреннего миниинвазивного дренирования – на 25,0% ($19,6 \pm 1,8$ сут) соответственно меньше такового в группе наружного лапаротомного ($P < 0,05$). В то же время у пациентов с применением внутреннего лапаротомного дренирования время появления перистальтической активности было большим на 11,1% ($29,0 \pm 2,1$ сут) ($P > 0,05$) (Рис. 1).

Продолжительность пребывания в стационаре пациентов после лапаротомного наружного дренирования на 9,7% ($14,5 \pm 1,9$ сут) превосходила таковую у пациентов после миниинвазивного наружного дренирования ($P > 0,05$). Длительность пребывания в стационаре пациентов после внутреннего миниинвазивного дренирования и лапаротомного внутреннего дренирования были соответственно меньше (на 6,5% ($12,3 \pm 1,7$ сут)) и больше (на 5,7% ($12,5 \pm 1,8$ сут)) в сравнении с показателями в группе пациентов с наружным лапаротомным дренированием ($P > 0,05$) (Рис. 1).

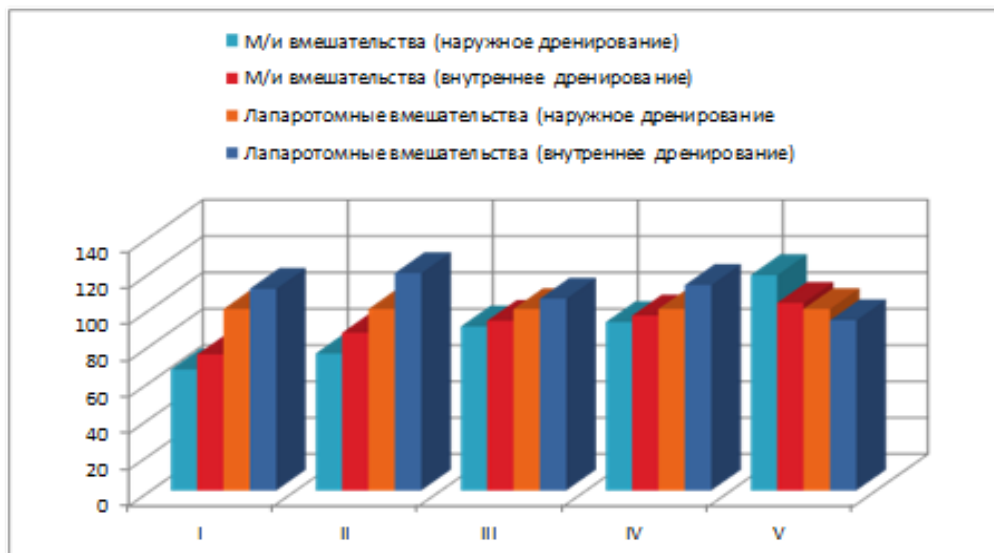


Рисунок 1. Показатели клинической эффективности проведенного оперативного лечения при отсутствии перифокального воспаления

Обозначения: по оси абсцисс: I – время появления перистальтики; II - продолжительность болевого синдрома; III - продолжительность пребывания в стационаре; IV - длительность нетрудоспособности; V - оценка косметического эффекта оперативного вмешательства.

Продолжительность периода нетрудоспособности у пациентов после наружного миниинвазивного дренирования, а также пациентов после миниинвазивного внутреннего дренирования были меньшими на 7,2% ($25,3 \pm 1,7$

сут) и на 3,6% ($26,3 \pm 1,7$ сут) соответственно, чем таковая у больных после лапаротомного наружного дренирования ($P > 0,05$) (Рис. 1). При этом у пациентов после лапаротомного внутреннего дренирования, длительность пребывания

ния в стационаре была большей, чем при лапаротомном наружном дренировании на 13,2% ($30,9 \pm 1,8$ сут) ($P > 0,05$), и данный показатель достоверно превосходил таковой у пациентов с миниинвазивным наружным дренированием ($P < 0,05$) (Рис. 1). Применение наркотических анальгетиков в течение первых послеоперационных суток было осуществлено у 17 из 19 пациентов с традиционным лапаротомным наружным дренированием (89,5%), в то время как при применении внутреннего лапаротомного дренирования – у 23 из 24 пациентов (95,8%). При этом в подгруппах с применением миниинвазивных внутреннего и наружного дренирования данные анальгетики применяли соответственно у 2 (7,4%) и у 1 (5,5%) пациентов ($P < 0,05$). С третьих суток в группах с миниинвазивным лечением наркотические анальгетики не назначались ($P < 0,05$), в то время как в группах с наружным и внутренним лапаротомным дренированием получали соответственно 7 (36,8%) и 11 (45,8%) пациентов.

Оценка показателей клинической эффективности применения различных оперативных вмешательств по поводу псевдокист ПЖ при наличии перифокального воспаления показала, что у пациентов с воспалительной инфильтрацией окружающих псевдокисту тканей, которым применяли миниинвазивное дренирование, период с момента завершения операции до появления перистальтики был на 11,2% ($30,1 \pm 2,1$ сут) меньшим, чем у пациентов с лапаротомным дренированием ($P > 0,05$) (Рис. 2). Также достоверно большим в сравнении с пациентами, которым выполняли дренирование миниинвазивными способами, был период пребывания пациентов в стационаре при применении лапаротомного дренирования (на 25,8% ($17,7 \pm 1,7$ сут)) ($P < 0,05$) (Рис. 2). Длительность периода нетрупособности пациентов с применением лапаротомного дренирования была достоверно большей в сравнении с аналогичным показателем в группе с миниинвазивным дренированием на 53,0% ($41,2 \pm 1,6$ сут) (Рис. 2).

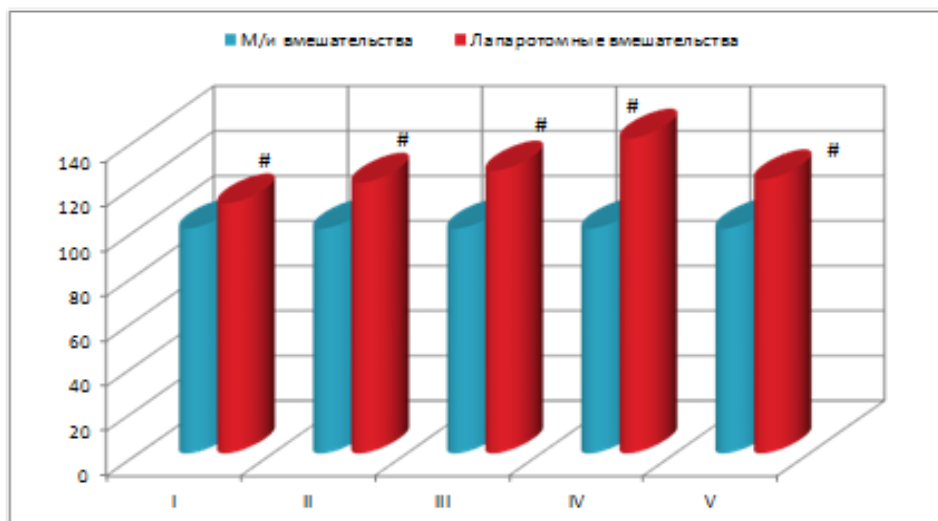


Рисунок 2. Показатели клинической эффективности проведенного оперативного лечения при отсутствии перифокального воспаления (обозначения те же, что на рис.1)

У пациентов, которым осуществляли дренирование полости псевдокисты в условиях наличия воспаления, существенных адгезивных изменений тканей, в первые послеоперационные сутки наркотические анальгетики были назначены в 93,3% случаев (28 больных) после лапаротомных и в 23,3% случаев (7 больных) – после миниинвазивных. На вторые послеоперационные сутки наркотические анальгетики в группе с лапаротомным дренированием получало 19 больных (63,3%).

В процессе выполнения хирургического вмешательства осложнения возникли у 2 пациентов с применением традиционного наружного лапаротомного дренирования (8,3%). У одного пациента развилось кровотечение в полость кисты, у другого пациента имело место формирование наружного панкреатического свища. Интраоперационные осложнения у пациентов с применением внутреннего лапаротомного дренирования отмечены также в 2 случаях (4,1%). У одного пациента произошла травма стенки тонкой кишки и у второго развилось кровотечение в процессе осуществления адгезиолизиса. В послеоперационном периоде у 2 (4,1%) пациентов, которым были выполнены операции лапаротомного внутреннего дренирования, отмечено раз-

витие частичной несостоятельности цистодигестивного анастомоза. У пациентов с применением миниинвазивного внутреннего дренирования как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде развития осложнений не наблюдалось.

Эффект от проведенного оперативного вмешательства в отдаленном послеоперационном периоде оценивали с помощью руссифицированной версии опросника MOS-SF-36. В соответствии с указанными критериями хороший результат лечения в группе с лапаротомными хирургическими вмешательствами был отмечен у 10 пациентов (15,6%), в то время как при миниинвазивных – у 52 больных (82,5%) ($P < 0,05$). При этом неудовлетворительные результаты лечения зарегистрированы в 15 случаях при лапаротомных хирургических вмешательствах (23,4%) и у 2 больных при применении миниинвазивных методов дренирования (3,2%) ($P < 0,05$). Следует также заметить, что при проведении лапаротомных вмешательств неудовлетворительные результаты преимущественно отмечались в группе пациентов, которым осуществляли внутреннее дренирование – 8 из 15 пациентов (58,3%), в то время как при миниинвазивных вмешательствах неудовлетворительные результа-

ты в одинаковой степени регистрировались у пациентов с внутренним и наружным дренированием.

Таким образом, предложенный и внедрённый в клиническую практику диагностический и лечебный алгоритм с применением миниинвазивных хирургических методов лечения псевдокист поджелудочной железы (пункционных, пункционно-дренирующих и лапароскопически асстистируемых) прогностически обеспечивает хорошие ре-

зультаты лечения в отдалённом периоде в 84,1% случаев и удовлетворительные результаты в 12,7% случаев (наружное и внутреннее дренирование соответственно) при отсутствии послеоперационной летальности и потенциально жизненно опасных осложнений, сохраняя при этом качество жизни оперированных больных на достаточно высоком уровне ($P < 0,05$).

Литература:

1. Выбор тактики лечения больных с кистозными поражениями поджелудочной железы / В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Федоров и соавт. // Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2011. – Т 6. - №2. – С. 245.
2. Карпачев А. А., Парфёнов И. П., Хлынин А. Ю., Ярош А. Л., Солошенко А. В., Полянский В. Д. Сравнительная оценка влияния различных методов хирургического лечения хронического панкреатита на качество жизни БОЛЬНЫХ // Казанский мед.ж.. 2012. №1. С.34-38
3. Ничитайло М.Е., Снопко Ю.В., Бублик И.И. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы. — К.: Полиграфкнига, 2012. — 544 с.
4. Копчак В.М. Хирургическое лечение хронического панкреатита // В.М. Копчак, К.В. Копчак, Л.А. Перерва и др. // Здоров'я України, 2012.- №1.- С. 18- 19
5. Beger H.G., Warshaw A.L., Buchler M.W. et al. The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine and Surgery, Second Edition. – Blackwell Publishing Limited, Oxford, 2008. – 1006 p.

УРОВЕНЬ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ И В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ И ЕГО РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

LEVEL OF THE NITRIC OXIDE IN THE BLOOD PLASMA AND IN THE GASTRIC JUICE AND ITS ROLE IN THE PATHOGENESIS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Алина Скурту

Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
КГМУ им. Николая Тестемицану.

Rezumat.

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) este considerată o maladie, cauzată de revarsarea retrogradă a conținutului gastric în esofag. BRGE cauzează un spectru larg de manifestări clinice, începând de la regurgitație, pirozis și dureri epigastrale, fără leziuni endoscopice vizibile, până la esofagite erozive severe, complicate cu ulcer esofagian, stricturi, metaplazie și displazie a epitelului esofagian. În dereglarea mecanismului antireflux veriga-cheie aparține scăderii presiunii bazale a SEI și perturbării motilității esogastrice. NO joacă un rol important în procesele fiziologice și patologice la nivelul tractului digestiv, și este o moleculă importantă de semnalizare care acționează în aproape toate țesuturile pentru a regla o gamă largă fiziologică. Cantitatea excesivă de oxid nitric se poate conjuga cu oxigenul, formând peroxinitrit, astfel provocând procese inflamatorii în stomac, pancreas, intestin. Rolul oxidului nitric în afecțiunile acidodependente este bazat pe determinarea metaboliților lui în serul sanguin și în sucul gastric. Noi am studiat nivelul metaboliților oxidului nitric în serul sanguin și sucul gastric la pacienții cu boala de reflux gastroesofagian în dependența de gradul de severitatea maladiei.

Cuvinte-cheie: boala de reflux gastroesofagian (BRGE), oxidul nitric (NO), sintazele oxidului nitric (NOS), serul sanguin, sucul gastric.

Summary

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is considered to be a disease caused by the retrograde flow of gastric content into the esophagus. GERD causes a wide spectrum of clinical manifestations, from regurgitation, heartburn and epigastric pain without visible endoscopic lesions on esophagus which can progress to severe erosive esophagitis complicated with esophageal ulcer or stricture, esophageal epithelium metaplasia and dysplasia.

Antireflux mechanism disturbance is caused by decreased basal pressure in lower esophageal sphincter and diminished esogastric motility. Nitric oxide (NO) plays a key role in various pathological and pathophysiological processes of digestive tract. NO is an important biologic mediator involved in multiple and various chemical reactions in human biology.

NO excessive quantity is combined with oxygen to form peroxynitrite, thus causing inflammatory processes in the stomach, pancreas, bowel. The role of NO in acid-dependent diseases is based on the quantification of its metabolites in serum and gastric juice. We studied the levels of nitric oxide metabolites in serum and gastric juice in patients with GERD according to the degree of severity of the disease.

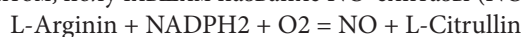
Key words: gastroesophageal reflux disease (GERD), nitric oxide (NO), serum, gastric juice

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, причиной развития которого является повторяющийся заброс (рефлюкс) в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных симптомов (типичных, атипичных) и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода и значительно нарушающий качество жизни, независимо от того сопровождаются ли они эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки дистального отдела пищевода. В последнее время все чаще высказывают предположение о том, что оксид азота, играет не менее важную роль в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Оксид азота (NO) оказывает многофакторное влияние при ГЭРБ, участвует как в регуляции моторики пищевода, так и в защите его слизистой оболочки (2,9,10). Описана протективная роль NO, которую связывают с повышением микроциркуляции, стабилизацией функции тучных кле-

ток, стимуляцией секреции слизи и бикарбонатов [3,14]. NO относится к нейромедиаторам, расслабляющим НПС, и таким образом способствующим ГЭР. Приведенные данные указывают на актуальность исследования патогенетической роли NO при ГЭРБ.

Оксид азота не является классическим трансмиситтером и будучи свободнорадикальной молекулой газа, достигает своих мишеней путем простой диффузии [25]. Но в то же время оксиду азота присущи важные свойства, характеризующие нейротрансмиситтеры: наличие в нейронах субстрата и синтезирующего фермента; способность высвобождаться из терминалей в ответ на нервные импульсы, способность воспроизводить эффект нервной стимуляции (25). Оксид азота синтезируется из аминокислоты L-аргинина в результате реакции, которая катализируется ферментом, получившим название NO-синтазы (NOS):



Кроме оксида азота (NO), образуется также L-цитрул-

лин. Часть цитрулина, поступающая в печень, преобразуется в мочевины, другая часть попадает в почки и вновь превращается в L- аргинин, благодаря чему в организме поддерживается достаточная концентрация субстрата [15,17].

Конечными продуктами NO в организме, образующимися в результате оксидазной реакции, являются нитриты и нитраты [22].

Существует и второй путь синтеза оксида азота, связанный с активацией нитритредуктазных систем. При патологических процессах, протекающих на фоне гипоксии, ишемии или воспаления роль NO-синтазного механизма может снижаться и повышаться активность нитритредуктазных систем. При этом происходит образование NO в результате восстановления ионов нитратов и нитритов в условиях дефицита кислорода. Оба механизма связаны между собой и являются компонентами цикла оксида азота:

L – аргинин - NO- NO₂/NO₃ – NO [23,25]

Синтезировать и выделять оксид азота способно большинство клеток организма, но наиболее изучены 3 клеточные популяции: эндотелий кровеносных сосудов, клетки нервной ткани (нейроны) и макрофаги. Предполагается наличие четвертого типа NOS-митохондриальной [16].

Таким образом выделяют 3 основные изоформы NOS, которые были названы согласно тем типам клеток, где они были впервые обнаружены [14]:

- тип 1 — нейрональная (NOS -1)
- тип 2 — макрофагальная (NOS -2)
- тип 3—эндотелиальная (NOS -3).

Синтаза оксида азота – сложный фермент гомодимер, т.е. состоит из двух одинаковых субъединиц, к каждой из которых присоединено несколько кофакторов. Одним из важнейших кофакторов является внутриклеточный кальцийсвязывающий белок кальмодулин. При увеличении содержания ионов кальция в клетке он присоединяется к молекуле NOS, что приводит к активации фермента и синтезу NO. Таким образом изоформы отличаются друг от друга локализацией в организме и способом активации. Нейрональная изоформа (тип-1) и эндотелиальная изоформа (тип-3) являются конститутивными (сNOS), и постоянно присутствуют в цитозоле клеток и зависят от кальция – кальмодулиновой системы. Они обеспечивают синтез NO в нормальных условиях.

А макрофагальная изоформа, связанная с клеточными мембранами, является индуцибельной (iNOS), т.е. синтезируются в ответ на действие патогенных стимулов. Индуцибельные формы NOS продуцируют огромное (в 100-1000 раз больше, чем конститутивные) количества NO. Поскольку высокие дозы NO токсичны для клеток, эта форма фермента считается патологической в отличие от конститутивной. Макрофагальная NOS обнаруживается при воспалении, септическом шоке, злокачественных новообразованиях [23].

Синтез iNOS индуцируется интерлейкином 1, интерфероном, фактором некроза опухолей, липополисахаридами грамотрицательных бактерий. В настоящее время доказано, что кроме макрофагов, iNOS содержится в гепатоцитах, лимфоцитах, моноцитах, фибробластах, клетках нейроглии и кишечного эпителия. Таким образом можно сказать, что NO синтезируется во всех органах. Выделение высоких концентраций оксида азота связаны с многочисленными патологическими процессами ЖКТ. Клеточные мишени

NO – это железосодержащие ферменты и белки, такие как гуанилатциклаза, гемоглобин, митохондриальные ферменты, ферменты синтеза белка и ДНК. Взаимодействие NOS с этими мишенями играет роль в цитотоксическом действии макрофагов, расслаблении мышц сосудов и желудочно-кишечного тракта [15].

Чрезмерное количество оксида азота, выделяемое при активации iNOS конъюгирует с кислородом, образуя пероксинитрид [5]. Принимая участие в образовании свободных радикалов, NO провоцирует воспалительные процессы в желудке, поджелудочной железе, кишечнике, печени [7,8]

Таким образом для оценки особенностей метаболизма оксида азота в патогенезе кислотозависимых заболеваний необходимо определение не только метаболитов оксида азота в плазме крови, но и в желудочном соке. Учитывая, что этот вопрос недостаточно изучен и представляет собой клинический интерес, мы поставили цель определить уровень метаболитов оксида азота в сыворотке крови и в желудочном соке у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в зависимости от степени тяжести и возможности его определения в качестве маркера для оценки активности воспалительного процесса слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ.

Материалы и методы:

В исследование было включено 144 пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в возрасте от 20 до 67 лет, из них 57 пациентов с эндоскопически негативной формой ГЭРБ и 87 пациентов с эрозивной формой. Диагноз подтвержден на основании клинико-анамнестических данных (т.е. жалобы на изжогу, регургитацию, боли в грудной клетке, дисфагию) и инструментальных методов исследования (ФЭГДС). Контрольную группу составили 108 клинически здоровых добровольцев, которые не предъявляли жалобы и добровольно согласились пройти клиническое и лабораторное обследование метаболитов оксида азота в сыворотке крови, из них 18 было проведено эндоскопическое исследование с забором желудочного сока. Уровень метаболитов NO (нитратов и нитритов) в сыворотке крови и желудочном соке определяли колориметрическим методом по интенсивности цвета в результате реакции азотирования сульфониламида ионами NO₂-.

Результаты исследования

Уровень метаболитов NO плазмы крови в контрольной группе составил 71,76±0,8 мкмоль/л. Определилось очевидное увеличение концентрации метаболитов оксида азота в сыворотке крови больных ГЭРБ. Более высокая концентрация нитритов оказалась у 87 больных с эрозивной рефлюксной болезнью что составляло (97,02±0,4 мкмоль/л), тогда как в группе больных с эндоскопически негативной ГЭРБ уровень метаболитов NO был равен (83,43±0,7 мкмоль/л) . (таб 1).

Таблица 1. Концентрация нитритов плазмы крови в группах

Показатель	Контрольная группа, n =108	НЭРБ n = 57	ЭРБ n = 87
Концентрация нитритов плазмы крови, мкмоль/л	71,76±0,8	83,43±0,7	97,02±0,4

Примечание: p1,2 < 0,001 статистическое отличие между данными групп I и II; p1,3 < 0,001 статистическое отличие между данными групп I и III; p2,3 < 0,001 статистическое отличие между данными групп II и III;

Исследование концентрации метаболитов оксида азота в желудочном соке показало повышение этого параметра у больных, страдающих ГЭРБ по сравнению с показателями в контрольной группе. Так у больных с неэрозивной формой рефлюксной болезни концентрация метаболитов оксида азота в желудочном соке составила $42,92 \pm 0,6$ ммоль/л, а у больных с эрозивной формой ГЭРБ - $52,09 \pm 0,3$ ммоль/л, что достоверно выше, чем в контрольной группе ($26,8 \pm 0,5$ ммоль/л). Результаты исследования NO в желудочном соке у больных с ГЭРБ, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Концентрация нитритов в желудочном соке

Показатель	Контрольная группа, n = 108	НЭРБ n = 57	ЭРБ n = 87
Концентрация нитритов в желудочном соке, мкмоль/л	$26,8 \pm 0,5$	$42,92 \pm 0,6$	$52,09 \pm 0,3$

Примечание: $p_{1,2} < 0,001$ статистическое отличие между данными групп I и II; $p_{1,3} < 0,001$ статистическое отличие между данными групп I и III; $p_{2,3} < 0,001$ статистическое отличие между данными групп II и III;

Обсуждения

При изучении особенностей метаболизма оксида было выявлено, что повышение конечных метаболитов NO (нитратов и нитритов) характерно, как для ЭРБ, так и для НЭРБ. В первой группе больных с эндоскопически негативной формой ГЭРБ, содержание метаболитов оксида азота в плазме крови и желудочном соке достоверно выше по сравнению с контрольной группой. Иммуногистохимическими методами установлено содержание n NOS в нейронах сплетения Ауэрбаха [18]. Расслабление пищевода и НПС осуществляется за счет неадренергической нехолинергической иннервации (NANC), в которой NO является главным медиатором, высвобождающимся из NANC нейронов межмышечного сплетения, которые наряду с холин- и норадренергическими проводниками автономной нервной системы представляют третий тип нервной системы [20]. Установлено, что около 5% преганглионарных нейронов (I тип Догеля), иннервирующих ЖКТ, являются нитроксидагическими, и они синтезируют конститутивную форму нейрональной NOS. Распределение нитроксидагических нейронов в пищеварительном тракте неоднородно: наибольшее количество содержится в межмышечном сплетении сфинктерных зон: в пищеводе - 80%, в 12п. кишке - 70%, в прямой кишке - 74%. Стимуляция нейронов сопровождается увеличением синтеза NO, который проникает в мышечный слой и активирует растворимую гуанилатциклазу, которая в свою очередь активирует синтез цГМФ. Повышение уровня цГМФ приводит к снижению ионов кальция в цитозоле и ослаблению связи между миомином и актином, что приводит к расслаблению клеток НПС, замедляет

перистальтику пищевода. Таким образом можно с уверенностью утверждать, что NO и нервные клетки в которых он присутствует в качестве медиатора, имеют важное значение в патогенезе ГЭРБ [6,11].

Вторая группа больных с эрозивной формой характеризуется наличием осложнений ГЭРБ. Уровень метаболитов метаболитов оксида азота в плазме крови и желудочном соке достоверно выше по сравнению с первой группой (НЭРБ) и группой контроля. Сравнительный анализ содержания нитратов и нитритов в трех группах показал что, воспалительный процесс в пищеводе достоверно сопровождается повышенной продукцией оксида азота. Доказано, что ионы водорода повреждают межклеточные пространства, активируют нейтрофилы и макрофаги, те в свою очередь продуцируют провоспалительные цитокины, такие как интерлейкины, интерферон γ , фактор некроза опухоли α и другие медиаторы воспаления, которые воздействуют на iNOS с последующей гиперпродукцией оксида азота и нарастанию воспаления и свободно-радикального окисления [5,7]. Проведенное нами исследование показало достоверное повышение концентрации метаболитов оксида азота, что прямо коррелирует со степенью эзофагита. При этом происходит формирование так называемого порочного круга патогенеза ГЭРБ: повышение синтеза NO, вследствие активации нейрональной синтазы оксида азота приводит к снижению давления НПС, что в свою очередь усиливает гастроэзофагеальный рефлюкс и замедляет перистальтику пищевода, увеличивается время экспозиции кислоты в пищеводе, что усиливает воспаление (при этом активируется индуцибельная синтаза оксида азота) и приводит к еще большему повышению оксида азота.

Выводы

1. Содержание метаболитов NO в сыворотке крови и в желудочном соке у больных ГЭРБ достоверно выше по сравнению с контрольной группой.

2. Концентрация метаболитов NO в сыворотке крови и в желудочном соке больных с эрозивной формой ГЭРБ достоверно выше по сравнению с неэрозивными формами.

3. Выявлена прямая зависимость от степени тяжести ГЭРБ - чем выше степень активности воспалительного процесса в слизистой оболочке, тем больше уровень оксида азота в плазме крови и в желудочном соке, что позволяет предположить патогенетическую значимость NO в развитии и прогрессировании ГЭРБ.

4. Определение уровня метаболитов оксида азота в плазме крови и желудочном соке является маркером степени тяжести воспалительного процесса у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Литература:

1. Allen A, Flemstrom G, Carner *Physiol Rev* 1993 Oct 73/4;
2. Angel F, Bayer S., Moog R., Ringwald C., Crenner F. Monoxyde d'azote : neurotransmetteur inhibiteur dans le système nerveux entérique *Hepato-gastro*, Vol. 6, N2, Mars-Avril 1999.
3. Brown J.F., Hanson P.J., Whittle B.J. *Eur.J.Pharmacol.* 1992 Nov.13; 223(1)
4. Brown J.F., Keates A.C., Hanson P.J., *Am J Physiol* 1993, Sep; 265 (3 Pt.1)
5. Beckmann J.S., Koppenol W.H. Nitric oxide, superoxide and peroxynitrit: the good, the bad and ugly. *Am.J.Physiol.* 1996.Vol.271.p.1424-1437.
6. Casselbrant A., Pettersson A., Fandriks L. Oesophageal intraluminal nitric oxide facilitates the acid-induced oesophago-salivary reflex. *Scand J Gastroenterol* 2003;
7. Dumbraва V-T., Taran N. Evaluarea nitraților și nitriților în lichidele biologice (ser și urina) la pacienții cu hepatite cornice virale în dependență de sindromul citolic.

Materiale conf. științifice intern. Chișinău, 2005, p.210-217.

8. Taran N.V., Dumbraва V-T., Lupașco I.A., Tofan-Scutaru L.G. The study of NO (nitrates and nitrites) metabolites content and the immune status of patients with chronic hepatitis C and D, dependent on the activity of the inflammatory process. 19-ая Российская гастроэнтерологическая неделя. Москва. 2013.
9. Koturek J.W., Thor P., Lukashyk A., et al. Endogenous nitric oxide in the control of esophageal motility in humans. *J Physiol Pharmacol* 1997; 48(2).
10. Kato S., Kitamura M., Korolkiewich R.P., *Br J Pharmacol* 1998, Mar.
11. Moncada S., Palmer R.M.J., Higgs E.A. Nitric oxide: physiology, pathophysiology and pharmacology. *Pharmacol.Rev.* 1991. - Vol.43.
12. Moncada S., Higgs A. Mechanisms of disease: the L-arginine nitric oxide pathway. *New Engl.J.Med.* - 1993. - Vol.329.
13. Furchgott R.W., and Zawadski J.V. The obligatory role of endothelial cells in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholin. *Nature.*- 1980.- 288.
14. Forstermann U., Closs E.L, Pollock J.S. et al. Nitric oxide synthase isozymes, characterization, purification, molecular cloning and function. *Hypertension.*- 1994.-Vol. 23
15. Виноградов Н.А. Многоликая окись азота. *РЖГГК* 1997; 2:6-11.
16. Виноградов Н.А. Изменение синтеза оксида азота, содержания адренокортикотропного гормона и кортизола при вирусном гепатите В. *Клин. мед.* 2001. 11
17. Горрен А.К.Ф., Майер Б. Универсальная и комплексная энзимология синтазы оксида азота. *Биохимия.* 1998. Т.63, вып.7
18. Кирнус Н.И., Артамонов Р.Г., Смирнов И.Е.// Оксид азота и хронические болезни пищеварительного тракта у детей. *Педиатрия.* 2007.Т.86 №5
19. Малышев И.Ю. Введение в биохимию оксида азота. *РЖГГК* 1997; 7(1):49-55.
20. Мотавкин П.А. Оксид азота в органах пищеварительной системы. *Рac.Medical Journal*, 2004, №2.
21. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. Оксид азота в регуляции функциональной активности физиологических систем. *РЖГГК* 2000; 10(4):16-21.
22. Осадчук М.А., Калинин А.В.// Роль диффузной нейроэндокринной системы в патогенезе и исходе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *РЖГГК.* 2007, 3
23. Поленов С.А. Окись азота в регуляции функций желудочно-кишечного тракта. *РЖГГК* 1998.
24. Реутов В.П., Сорокина Е.Г. NO-синтазная и нитритредуктазная компоненты цикла оксида азота. *Биохимия.* 1998. Т.63, вып.7.
25. Стариков В. Н. Патогенетическое и клинико-диагностическое значение особенностей метаболизма оксида азота у больных ГЭРБ Автореф., Санкт-Петербург 2003

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛАПАРОЛИФТИНГА В СИМУЛЬТАННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

NEW TECHNOLOGY LAPAROLIFTING IN SIMULTANEOUS SURGICAL TREATMENT OF CHOLELITHIASIS AND GYNECOLOGICAL DISEASES

Б.С. Запороженко, В.В. Колодий, И.Е. Бородаев, М.Б. Запороженко

*Одесский областной клинический медицинский центр
Одесский национальный медицинский университет*

Резюме

В работе проанализированы результаты оперативного лечения 40 пациенток, перенесших классическую лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) в сочетании с гинекологической операцией, а также 39 пациенток, перенесших ЛХЭ в сочетании с лапароскопической гинекологической операцией с использованием оригинальной системы лапаролифтинга. Определены варианты оптимальных оперативных доступов, характер течения послеоперационного периода, время восстановления больных, количество послеоперационных осложнений. Выявлено, что одновременные лифтинговые лапароскопические операции обладают рядом неоспоримых преимуществ: снижаются частота и тяжесть послеоперационных осложнений, интенсивность послеоперационного болевого синдрома, количество обострений сопутствующих хронических заболеваний, длительность пребывания в стационаре после операции.

Ключевые слова: лифтинговая лапароскопия, одновременные вмешательства.

Summary

The results of operative treatment of 40 patients with classical laparoscopic cholecystectomy in a combination with gynecologic surgical procedures and 22 of patients also with laparoscopic cholecystectomy by use of original laparolift system were analyzed. Optimal operative accesses variants are defined, the nature of the postoperative period, time of patients' restoration, quantity of postoperative complications were studied. It is revealed that simultaneous lifting laparoscopic operations poses a number of conclusive advantages: frequency and severity of postoperative complications, intensity of a postoperative pain syndrome, amount of concomitant chronic diseases exacerbation, duration of treatment after operation are decrease.

Keywords: lifting laparoscopy, simultaneous interventions.

Актуальность

На современном этапе развития общества в связи с увеличением продолжительности жизни людей, улучшением диагностических возможностей при обследовании больных наблюдается тенденция к увеличению числа сочетанных хирургических заболеваний. Однако выраженный болевой синдром после одновременных вмешательств, постоянный и значительный процент послеоперационных осложнений, большая часть которых непосредственно связана с травматичностью доступа, длительность сроков реабилитации, опасность формирования вентральных грыж и уродливых рубцов сдерживали хирургов от проведения сочетанных вмешательств. Появление и активное внедрение в практику эндовидеохирургии позволило хирургам пересмотреть свои взгляды на одновременные операции. Лапароскопические холецистэктомию и лапароскопические гинекологические операции наиболее активно внедрены и применяются в повседневной практике. Их одномоментная комбинация может являться приоритетной при хирургической коррекции соответствующей сочетанной патологии. Вместе с тем лапароскопические вмешательства имеют ряд особенностей и специфически воздействуют на организм больного. Такие агрессивные факторы как напряженный карбоксиперитонеум и нейрогуморальные эффекты гиперкапнии оказывают сложный комплекс отрицательных воздействий на организм больного во время операции. При одновременных лапароскопических вме-

шательствах ситуация дополнительно осложняется более длительным воздействием этих факторов. Особенно важно отметить, что негативные эффекты карбоксиперитонеума у пациентов, имеющих сопутствующие сердечно-легочные заболевания, становятся клинически значимыми.

Таким образом, при растущих возможностях выявления и хирургического лечения сочетанных желчнокаменной болезни и гинекологических заболеваний, многие аспекты этой проблемы остаются нерешенными.

Материал и методы

С учетом изложенного выше клиникой кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии была предложена и запатентована универсальная лифтинговая система для выполнения лифтинговых (безгазовых) лапароскопических операций (патент Украины на изобретение № 101921 от 13.05.2013 - устройство для выполнения лапаролифтинговых лапароскопических вмешательств по Б.С. Запороженко и В.В. Колодий), изучены клинические и статистические данные течения послеоперационного периода.

Основу исследования составили результаты одновременных оперативных вмешательств, выполненных в клинике кафедры на базе Одесского областного медицинского центра 73-м пациенткам с высоким индексом полиморбидности. Наиболее часто сопутствующая патология представляла собой сочетание различных форм ишемической болезни сердца и ожирения, гипертонической болезни, дыхательных расстройств. Для проведения сравнительной оценки

больные разделены на две группы: в контрольной (первой) лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проведена симультанно с лапароскопической гинекологической операций в условиях напряженного карбоксиперитонеума 10-12 мм рт.ст. — 40 наблюдений; в основной (второй) ЛХЭ проведена симультанно с лапароскопической гинекологической операцией в условиях лапаролифтинга — 39 наблюдений. Пациентки всех групп были сопоставимы по возрасту, основному заболеванию, характеру и количеству сопутствующих заболеваний.

В 49-ти случаях лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена по поводу хронического калькулезного холецистита, в 24-х наблюдениях процесс был острым. Гинекологический этап операции определялся заключался в выполнении цист- и овариоэктомии, сальпингэктомии, аднексэктомии, резекции яичника, электрокоагуляции кисты яичника, консервативной миомэктомии, надвлагалищной ампутации матки, экстирпации матки (таблица 1).

Все пациентки контрольной группы имели операционно-анестезиологический риск I-II категории по классификации ASA, в отличие от больных основной группы, где риск III-IV категории не позволял выполнять операции использованием напряженного карбоксиперитонеума.

Таблица 1.

Объем симультанных операций, выполненных в исследуемых группах.

Объем операции	Число пациенток		Всего (n=79)
	Контрольная группа (n=40)	Основная группа (n=39)	
ЛХЭ + энуклеация кисты яичника	6 (15,0%)	8 (20,5%)	14 (17,7%)
ЛХЭ + овариэктомия	2 (5,0%)	3 (7,7%)	5 (6,3%)
ЛХЭ + сальпингэктомия	4 (10,0%)	3 (7,7%)	7 (8,9%)
ЛХЭ + аднексэктомия	4 (10,0%)	5 (12,8%)	9 (11,4%)
ЛХЭ + резекция яичника	8 (20,0%)	5 (12,8%)	13 (16,5%)
ЛХЭ + консервативная миомэктомия	3 (7,5,0%)	5 (12,8%)	8 (10,1%)
ЛХЭ + надвлагалищная ампутация матки	8 (20,0%)	6 (15,4%)	14 (17,7%)
ЛХЭ + экстирпация матки	5 (12,5%)	4 (10,3%)	9 (11,4%)

Степень хирургической агрессии оценивалась по интенсивности болевого синдрома, количеству послеоперационных осложнений.

Все вмешательства производились под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксации.

В обеих группах доступы при ЛХЭ были стандартными, однако при небольших по объему вмешательствах в малом тазу правый латеральный троакарный доступ по передней подмышечной линии смещали на 3—4 см книзу (5—6 см ниже реберной дуги) и на 1—2 см медиальнее, что на гинекологическом этапе позволило у 44 (55,7%) больных ограничиться выполнением только одного дополнительного прокола, а в 8 (10,1%) наблюдениях на втором этапе

дополнительных доступов не понадобилось. При этом у пациенток основной группы на этапе ЛХЭ лифтинг осуществлялся по средне-ключичной линии на 4-5 см ниже реберной дуги, а на гинекологическом этапе посредине линии, проведенной между пупком и лобковым симфизом. Небольшие по объему манипуляции на правых придатках у миниатюрных пациенток были проведены из «холецистэктомических» портов.

Технические аспекты проведения симультанных операций оценивались совместно бригадой хирургов и гинекологов в каждом конкретном наблюдении. Варианты операционных доступов были различными и зависели от проводимых симультанных вмешательств, анатомических особенностей пациентки и технической безопасности операций.

Результаты и обсуждение

Длительность операции во 2-й группе была в среднем на 3- 5 минут больше, чем в 1-й при выполнении сопоставимых объемов.

При проведении лапароскопического гинекологического этапа у 31 (39,2%) больной после ЛХЭ использованы стандартные троакарные доступы для операций на органах малого таза. В 17 наблюдениях при лапароскопической надвлагалищной ампутации матки, лапароскопической экстирпации матки также был использован дополнительный доступ на 5 см выше лобка по срединной линии для введения 5-миллиметрового троакара. Лапаротомические доступы на гинекологическом этапе были обусловлены медицинскими показаниями и использовались при наличии крупных кист яичников, аденомиоза, рецидивирующего гиперпластического процесса эндометрия, при множественных миомах матки крупных размеров (более 12—15 нед беременности). В контрольной группе конверсия на втором этапе выполнена у 6-х (15 %) больных, в основной — у 7-х (17,9%) больных ($p > 0,05$).

Таким образом, доступ при проведении симультанных ЛХЭ и гинекологических операций может быть различным и зависит в основном от самого оперативного вмешательства, результатов интраоперационной ревизии, навыков хирурга и конституции пациентки.

Длительность лапароскопических симультанных операций в условиях карбоксиперитонеума в среднем составила 118 ± 6 минут, в условиях лифтинга — 121 ± 5 минут.

Для анализа интенсивности болевого синдрома у оперированных больных мы использовали визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ), представляющую собой горизонтальную линию длиной 10 см, на одном конце написано «отсутствие боли», на другом — «самая сильная боль». Интенсивность боли по ВАШ оценивали через 5—6 ч и 24 ч после операции (до инъекции анальгетика) у 40 пациенток 1-й группы и 39 пациенток 2-й группы. При проведении симультанных операций в обеих группах к 3—4-м суткам послеоперационного периода большинство пациенток почти не испытывали дискомфорта. Но при этом интенсивность боли в первые, вторые сутки во 2-й группе была заметно ниже в сравнении с первой. Послеоперационный плече-лопаточный болевой синдром отмечен у 33 (82,5%) пациенток контрольной группы, в основной у 2 (5,1%).

Были проанализированы количество и характер послеоперационных осложнений в двух группах. В контрольной группе осложнения отмечены у 5 (12%) больных; в основной — у 3 (7,6%) ($p < 0,05$). В большинстве наблюдений отмечались нетяжелые «раневые» осложнения, не представляющие опасности для жизни пациентки, однако в контрольной группе у 3-х пациенток были зарегистрированы «большие» осложнения, такие как пароксизм мерцательной аритмии в одном случае, желудочковая тахикардия

и внутригоспитальная пневмония еще по одному случаю. В обеих группах у 2-х больных наблюдалось внутрибрюшное кровотечение, остановленное интраоперационно. Летальных исходов не было.

Анализ осложнений, связанных с обострением сопутствующих заболеваний представлен в таблице 2.

Таблица 2.

Частота и характер осложнений, связанных с обострением сопутствующей патологии в группах сравнения.

Характер осложнений	Число больных		Всего
	Основная группа (n=39)	Контрольная группа (n=40)	
Прогрессирование сердечной недостаточности	2 (5%)	--	2 (2,5%)
Обострение хронических обструктивных заболеваний легких	1 (2,5%)	--	1 (1,3%)
Острый тромбоз вен нижних конечностей	2 (5%)	--	2 (2,5%)
Обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	--	1 (2,6%)	1 (1,3%)
Итого	5 (12,5%)	1 (2,6%)	6 (7,6%)

Во 2-й группе их количество было наименьшим — 2,6%, в 1-й — 12,5 % ($p < 0,05$), причем в 1-й группе чаще регистрировались обострения хронических заболеваний со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем и вен нижних конечностей.

Длительность пребывания в стационаре после операции была наименьшей во 2-й группе — 4,6 койко-дня, в 1-й группе она составила 6,1 койко-дня ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, за счет сокращения количества койко-дней проведение лифтинговых лапароскопических сочетанных операций экономически более рентабельно по сравнению с классическими лапароскопическими вмешательствами и, несомненно, имеет преимущество перед двукратной госпитализацией и повторным нахождением в стационаре при изолированных операциях.

«Безгазовые» симультанные лапароскопические операции у больных с желчнокаменной болезнью в сочетании с гинекологическими заболеваниями и выраженной сопутствующей патологией позволяют снизить количество и тяжесть послеоперационных осложнений, обострений сопутствующих хронических заболеваний, интенсивность послеоперационного болевого синдрома, длительность пребывания в стационаре после операции.

Следует признать лапаролифтинговые видеоэндоскопические вмешательства методом выбора оперативного лечения этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авершин В.И., Дьяченко С.Р., Кузан О.Я. и др. Сочетанные лапароскопические вмешательства у больных с желчнокаменной болезнью. Эндоскопия в гинекологии. М 1999; 5—7.
2. Басос А.С., Майстренко Н.А., Берлев В.И. и др. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия у гинекологических больных: достоинства и недостатки // Эндоскопическая хирургия. М., 2009. - № 1-С. 143-144.
3. Гешелин С.А., Каштальян М.А., Гладчук И.З. и др. Симультанные операции у больных холециститом // Украинский журнал хирургии. - Киев. 2008. - №2. - С.60-63.
4. Рутенбург Г.М. Симультанные лапароскопические операции в лечении заболеваний малого таза и желчнокаменной болезни. Журнал акушерства и женских болезней 2006. - № 4. - С. 26-29.
5. Шалимов С.А., Земсков В.С., Саенко В.Ф., Злой В.В. Симультанные операции при сочетании желчнокаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости. II Клиническая хирургия. Киев, 1982. - №9. - С.34-37.
6. Хафизов Т.Н., Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И. и др. // Симультанные лапароскопические операции в абдоминальной хирургии. Эндоскопическая хирургия. - М., 2007. - №1. - С.97.
7. Olivari N., Luerti M., Torzilli G. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and laparoscopically assisted vaginal hysteradnexectomy. Dept of G Surg Hospital of Lodi. Italy 2007.
8. Pelosi M.A., Pelosi M.A. Simultaneous laparoscopic surgical treatments. Surgical Laparoscopy & Endoscopy 1988; 8: 81-82.
9. Wittgen C.M. et al. Analyses of the hemodynamic and ventilatory effects of laparoscopic cholecystectomy. // Arch.Surg.- 1991.-Vol. 126.- P.997.

OSTEOCLASTOMUL BENIGN, CONTROVERSE MEDICOBIOLOGICE, PRINCIPII DE TRATAMENT

OSTEOCLASTOMA, MEDICOBIOLOGICAL CONTROVERSIES, PRINCIPLES OF TREATMENT

Ion Marin¹, Ion Baciu²

¹ Catedra Traumatologie și Ortopedie, USMF „N. Testemițanu”

² Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie, Republica Moldova

Rezumat

În articol sunt prezentate - sinteza bibliografică, date din experiența proprie la tratamentul chirurgical a 124 de pacienți (1962-2010) afectați de osteoclastomul benign. Sunt elucidate complicațiile postoperatorii și consecințele ulterioare, rezultatele recuperării oncologice (95,1%) și eficacitatea ortopedică a osteoplastiei defectelor restante cu grefe osoase alogene (95,2%).

Cuvinte cheie: osteoclastomul

Summary

The article presents a bibliographical synthesis, data from the authors' experience in surgical treatment of 124 patients (1962-2010) affected by benign osteoclastoma. There were highlighted the postoperative complications and further consequences and the oncological recovery outcomes (95,1%) and orthopedical efficacy of the remaining osteoplasty defects with allogeneous bony grafting (95,2%).

Key words: osteoclastoma

Sinteză bibliografică

Tumora cu celule gigante (osteoclastomul, osteoblastoclastomul) este una din cele mai controversată formațiune oncologică benignă din sistemul osteoarticular [1,15,29,35]. Frecvent afectează persoane mature de diferită vârstă [9]: datele autorilor variază între 20-30 de ani [7], 15-40 de ani [35], 20-40 de ani [21], 19-48 de ani [26], 15-62 de ani [23]. La copii se întâlnește rar, sau chiar sporadic [6, 10, 28]. Pe parcursul multor decenii această patologie este prezentată în prioritare publicații și discutată de experți specialiști în ramură la numeroase forumuri științifice locale și internaționale [4,5,16,19,22,24,27,31]. Până-n prezent nu-i determinată originea, evoluția medic biologică și etiologia acestei tumori. Multe întrebări gnostice și de tratament rămân discutabile, părerile diferitor autori în această direcție nu coincid. Confirmare de asemenea pot servi clasificările tumorilor osteoarticulare elaborate în ultimii 60 de ani, inclusiv și sub egida OMS. Pentru a lărgi în continuare cunoștințele medicobiologice la acest capitol, astăzi sunt posibile metode moderne de investigații de ordin genetic [2,3,18], hormonal, virotic etc. cu folosire de nanotehnologii la nivelul biologiei moleculare. În literatura de specialitate, de regulă, predomină prezentări descriptive, bazate pe observații clinice și foarte rar apar investigații fundamentale.

Osteoclastomul se dezvoltă expansiv [33], cu localizare în țesutul spongios epifizar, epimetafizar, frecvent la oasele tubulare și mai rar la cele plate. Are loc un proces litic sau chistic-trabecular [2]. Evoluția clinică depinde de specificul tumorii - conform clasificărilor clinico-morfologice elaborate de W.F. Enneking (1983), M. Campanacci (1999): 1) proces patologic latent, 2) activ, 3) agresiv (primar malign). În cazul formei latente tumora crește încet, timp îndelungat, fără dureri în debut. La forma activă durerile apar treptat, preponderent noaptea [30,35], creșterea tumorii este sporită, durerile apărute în focarul patologic iradiază în articulația adiacentă [30]. Fiind benignă după conținut, poate da metastaze benigne în plămâni și în țesuturile apropiate, grație structurii tisulare, vasculare

și de circulație sanguină, de asemenea aspectului genetic al formațiunii [2] - anomalii cromozomiale sporadice la nivelul cromozomilor 6 și 14. Recidivele postoperatorii la acești pacienți sunt frecvente, cu toate că la prima vedere radicalismul extirpării focarului patologic pare a fi perfect. Forma primară malignă a osteoclastomului se manifestă ca sarcom gigantocelular, ocupând circa 10% din structura acestei nozologii. În prezentul articol elucidăm materiale din literatura de specialitate și date din experiența noastră - despre osteoclastomul benign. Afectarea predomină la genul feminin [25, 30], ocupând până la 20% din structura tumorilor benigne osteoarticulare în general [21]. În fond, forma activă a osteoclastomului benign este considerată ca o tumoră agresivă local și cu potențial de recidivare, malignizare în circa 15% din cazuri și metastazare - în 3,4% [1,1,3,14,23]. Pe parcursul evoluției tumorii, paralel cu intensificarea durerilor locale, pot apărea fracturi patologice pe osul afectat. Sediul „preferat” al tumorii date este regiunea genunchiului (femurul distal, tibia proximală) [7,8]; urmează afectarea radiusului distal și a humerusului proximal, adică zonele încadrate la exagerat în efortul fizic cotidian [14]. Însă conform statisticii, patologia în cauză afectează în diferite proporții orice os al scheletului. Tumora este acoperită de o capsulă care în stadiul avansat are imaginea unei coji de ou cu elemente de osificare reactivă [30, 34]. În cazul distrugerii stratului spongios, cartilajul epifizar prolabează în articulație [33], rămânând intact față de țesutul tumoral. Însă conținutul tumorii poate pătrunde în articulația respectivă pe traiectul ligamentelor și capsulei articulare [30].

Radiologic în focar se depistează zonă osteolitică, localizată excentric, fără margine sclerozantă [2], fără reacții periostale [33]. În rezultatul creșterii expansive a procesului patologic osul devine bombat, stratul cortical subțiat [34, 35]. Septuri intracavitare, despre care spun unii autori, în tumoră lipsesc; țesutul tumoral prezintă o destrucție omogenă [30]. În situații avansate a bolii are loc întreruperea corticalei osului afectat, iar progresarea proliferării tumorose spre diafiză este lipsită de

demarcație [14]. Macroscopic – culoarea naturală a țesutului tumoral este albicioasă cu focare de culoare cafeniu închis, gălbuie; există chisturi mărunte și cavități mai mari în volum cu conținut sanguin ori seros. De regulă, predomină culoarea brun-închisă și roșietică, ca rezultat al distrugerii eritrocitelor și depunerea hemosiderinei. Consistența tumorii este cărnoasă, fărâmicioasă, pe alocuri sunt elemente granulante. În unele cazuri seamănă cu țesutul hepatic, în altele cu țesutul cerebral. Se depistează zone de necroză [2,7,14,25,30,33]. Microscopic se determină celule gigante polinucleate care conțin fosfatază acidă și până la 10-100 și chiar până la 200 de nuclei, în care pot fi și nucleoli. Stroma tumorii este împânzită de celule mononucleate care conțin fosfatază alcalină, rotunde sau ovale după formă, cu nucleu mare în centru și puțină protoplasmă [14,30,33,34], fără nucleoli [2]. Celulele gigante seamănă cu cele osteoclaste, însă se deosebesc prin mărimea dimensională și numărul mare de nuclei; în citoplasma lor se deosebesc eritrocite [30]. Stroma tumorii este bogat vascularizată, se întâlnesc arii de celule fusiforme, celule xantomatoase, elemente de os reactiv, trabecule osoase primitive [34] - ce demonstrează originea osteogenă a osteoclastomului. Mitoze pot fi întâlnite în celule mononucleate și nicidecum în cele polinucleate [2]. Circulația sanguină la periferia tumorii este asigurată prin neocapilare, iar în centrul tumorii există fisuri prin care sângele circulă intertisular foarte încet. Are loc stază a sângelui și „înmlăștinarea” țesutului tumoral în aceste zone. Prin urmare, există o irigare sanguină similară circulației de tip embrionar, unde sângele circulă liber printre elementele tisulare ale tumorii. În stromă există fibre fine colagene [2, 14]. Ca rezultat, că celulele tumorii sunt „spălate” în aceste zone direct de sângele care circulă intertisular, unele dintre ele nimeresc în circulația vasculară arterială și venoasă extratumorală și pot fi transportate la distanță, chiar și sub formă de trombi de țesut tumoral. Acest fenomen este considerat ca dovadă a apariției recidivelor locale, de asemenea și a metastazelor benigne în plămâni [30,34]. Metamorfoza osteoclastomului benign în diferite perioade de dezvoltare evoluțională este multivariată, prezintă manifestări controversate medicobiologice și clinice. Un rol decisiv în stabilirea diagnosticului corect îl are biopsia chirurgicală care permite colectarea și investigarea țesuturilor din toate zonele tumorii.

Clarifică situația efectuarea diagnosticului diferențial cu multe patologii osteoarticulare oncoortopedice: fibromul neosificant, condroblastomul, displazia fibroasă, fibromul condromixoid, chistul anevrismal, chistul osos esențial, angiomul osos, echinococoză, metastaza unică de hipernefroză, metastaze a tumorilor somatice maligne în os, diferite tipuri de osteosarcom, histiocitomul fibros malign, plasmocitomul, tumorile brune din hiperparatiroidism, la care elementele macro- și microscopice sunt identice cu cele ale osteoclastomului benign, însă clinic manifestările sunt diametral opuse [2,14,30,34].

Tratamentul acestei patologii este chirurgical, radioterapia se folosește excepțional – numai în cazuri când accesul chirurgical este imposibil sau contraindicat: cauza principală – pericolul de malignizare a tumorii. Din intervențiile chirurgicale se folosesc diferite tipuri de rezecție [6, 12] a tumorii (marginală, segmentară, a extremității articulare; extirparea segmentului osos în caz de afectare totală), inclusiv rezecția tumorii din interior – parietală intracavitară în asociere cu crioterapia sau electrocoagularea cavității restante. Defectele apărute după

înlăturarea focarului patologic, la necesitate, se substituie cu auto- sau alogrefe osoase corticale, cortico-spongioase [25], cu materiale sintetice, iar a extremităților articulare - cu alogrefe similare [11, 32], cu diferite tipuri de endoproteze [31]. Amputații sau dezarticulații se admit numai în caz de malignizare a procesului patologic [14, 34]. După înlăturarea radiusului distal, a humerusului proximal se efectuează reconstrucție cu folosirea fibulei proximale vascularizată [17], sau nevascularizată [26], colectată de la pacient în timpul intervenției chirurgicale. Operații recosnstructive cu folosire de grefe auto- sau alogene și artrodezare se folosesc în regiunea genunchiului [20]. Din complicațiile postoperatorii mai frecvent au loc recidiva procesului patologic și infecția plăgii. După chiuretaj recidivele ajung până la 50-60% [12, 25]. Din această cauză majoritatea autorilor au exclus operația dată din arsenalul oncoortopedic. Însă recidivele apar și după diferite tipuri de rezecție a tumorii: după cea marginală – în 29,2%, iar după cea segmentară - în 6,6% [34]. Recidivele în cazul fracturilor patologice se dezvoltă din cauza implantării celulelor tumorale în țesuturile adiacente. Dispensarizarea pacienților operați se asigură pe parcursul întregii vieți [34].

Materiale și metode

Pe parcursul a 48 de ani (1962-2010) în clinica noastră au fost operați peste 2700 de bolnavi afectați de tumori benigne și procese pseudotumorale, din care la 124 (4,59%) clinico-radiologic și morfopatologic s-a stabilit maladia cu denumirea de osteoclastom. De sex masculin – 61, feminin – 63. În vârstă de până la 18 ani – 13 pacienți, 19-30 de ani – 79, 31-50 de ani – 30 și peste 50 de ani – 2. La 34 din ei au avut loc fracturi patologice la nivelul focarului de destrucție. Trei pacienți au fost internați cu recidivă a tumorii, preventiv fiind operați în alte instituții medicale: la humerusul proximal – 1, la femurul proximal – 2. Forma latentă a tumorii s-a constatat la 90 de bolnavi, forma activă – la 34, la 9 din care procesul patologic era în stare avansată – cu manifestări de malignizare (la femurul distal – la 1, tibia proximală – la 7, tibia distală – la 1). Cauza: diagnosticul întârziat din motivul lipsei la timp a controlului medical, neadresarea timpurie a pacienților la medic, erori de diagnostic, efectuarea tratamentului incipient inadecvat, inclusiv folosirea procedurilor fizioterapice în instituții medicale de profil general. La toți cei 124 de pacienți focarul patologic era localizat în zone de structură spongioasă – pe dreapta la 56, pe stânga la 68. Au fost afectate: clavicula în regiunea acromială – 1, humerusul – 17 (proximal – 13, distal - 4), radiusul distal – 6, ulna – 4 (proximală – 2, distală -2), falange a degetelor mâinii – 2, coaste – 2, corpul vertebral – 1, osul pubian – 1, femurul – 37 (proximal – 20, distal - 17), tibia – 45 (proximală – 39, distală - 6), fibula - 4 (proximală – 2, distală - 2), calcaneul – 2, osul cuboid – 1, osul metatarsian I – 1.

Intervențiile chirurgicale s-au efectuat ținând cont de localizarea tumorii, gradul de destrucție a osului afectat, evoluția clinică, vârsta și profesia pacientului. Chiuretajul tumorii necompletat cu rezecția parietală nu s-a folosit. Au fost efectuate următoarele tipuri de intervenții chirurgicale: rezecție parietală intracavitară – la 50 de bolnavi, rezecție marginală – la 45, rezecție segmentară - la 6, rezecția extremității articulare – la 19, extirparea segmentului osos falangian – la 1, amputația pe fond de malignizare a procesului recidivant al tumorii – la 3. Toate piesele de rezecție au fost studiate la laboratorul morfopatologic al SCTO și consultate, la necesitate, la Institutul Oncologic Republican. Defectele restante după înlăturarea

focarului patologic, de regulă, au fost substituite cu grefe osoase alogene. Complicații postoperatorii au avut loc la 36 de pacienți: eliminări seroase de scurtă durată în plagă – la 7, proces purulent în regiunea aloplastiei – la 5, periartrită – la 1, fractura alogrefei – la 4, recidiva tumorii – la 19 (15,32%). Din ei reoperați – 24, inclusiv toți cei cu recidiva procesului patologic (la o fetiță dublu s-a reintervenit chirurgical pe fond de recidivă repetată în regiunea radiusului distal – rezultat pozitiv). Este necesar de subliniat, că tratamentul pacienților afectați de osteoclastomul benign rămâne cel mai dificil și nu rar controversat, comparativ cu ale celorlalte nozologii tumorale benigne osteoarticulare. În acest aspect prezentăm unele exemple clinice. În cazul malignizării tumorii la femurul distal, extremitatea articulară a fost înlăturată, iar defectul restant substituit cu alogrefă similară. Peste 8 luni de la operație s-a depistat recidiva tumorii – ce a dictat amputația extremității. Peste un an pacienta a decedat pe fond de metastaze în plămâni. La un pacient cu malignizarea tumorii în regiunea tibiei proximale peste 1 an de la rezecția focarului patologic și aloplastie, a apărut recidivă – s-a efectuat amputația extremității (examenul histopatologic repetat – osteoclastom benign; confirmare la Institutul Oncologic). Au apărut metastaze în ambii plămâni, s-a prelungit tratamentul chimioterapic, a decedat peste 16 ani de la amputație – toți acești ani și-a îndeplinit funcția de medic stomatolog. La 11 pacienți după înlăturarea osteoclastomului benign (nemalignizat) s-a efectuat substituirea defectului restant cu extremități alogene similare: humerusul proximal la 2 pacienți (la una din ele – rezultat bun, capacitatea de muncă restabilită; peste 40 de ani de la operație a fost demonstrată la ședința ATORM. La cealaltă pacientă s-a dezvoltat proces de rezorbție a alogrefei, ea a fost trimisă la CIITO, unde s-a înlăturat alogrefa, iar defectul apărut s-a endoprotezat prin metoda profesorului S. T. Zațepin, peste 11 ani proteza a fost scoasă din cauza instabilității – la distanță de 37 de ani rezultatul ortopedic este satisfăcător. Femurul distal alogen transplantat unei paciente (cu artrodezarea genunchiului) a evoluat pozitiv, peste 35 de ani - rezultat stabil.

Prezentare de caz clinic. Pacienta S., 35 de ani, a fost internată în clinică la 27.12.1971 pe fond de osteoclastom la radiusul distal pe stânga, fractură patologică (Fig. 1). Intervenția chirurgicală (I. Marin) – s-a înlăturat focarul patologic, iar defectul restant a fost înlocuit cu alogrefă similară (Fig. 2). Evoluție pozitivă. Până la pensionare, conform profesiei, a muncit învățătoare la școala medie. Peste 41 de ani de la operație a fost prezentată la ședința republicană a Asociației Traumatologilor-Ortopezi (Fig. 3) – rezultat bun.



Fig. 1 Osteoclastom la radiusul distal pe stânga, fractură patologică

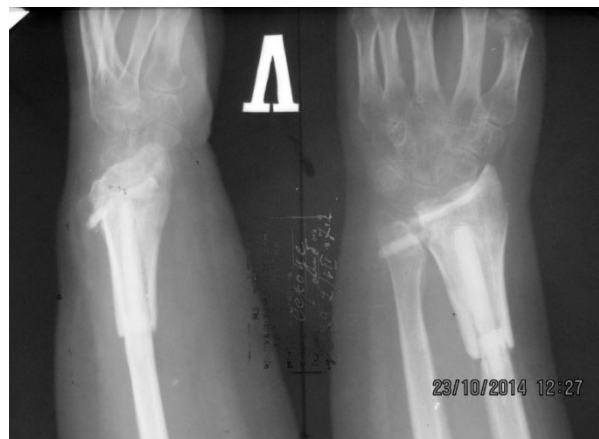


Fig. 2 Înlocuirea defectului restant cu alogrefă similară



Fig. 3 Rezultatul peste 41 de ani de la operație

Rezultate și discuții

Pe parcursul perioadei postoperatorii și la distanță din cei 124 de pacienți operați – oncologic au fost recuperați 117 (95,1%). La 30 din ei s-au înregistrat diferite consecințe: 7 pacienți au murit pe motiv de malignizare a procesului patologic; 5 – după amputații s-au ales cu bonturi la membrul inferior (4 la femur, 1 la gambă); anchiloză la genunchi – 1; rigiditate în articulațiile la care s-au transplantat extremități articulare – la 8 (la scapulo-humerală – 1, la cot – 2, la radiocarpiană – 2, la genunchi – 3); scurtarea extremității supuse intervenției chirurgicale până la 2-4 cm – la 9 (la humerus – 4, antebrăț – 1, la femur – 2, la tibie – 2).

Această patologie tumorală benignă numită osteoclastom, cu conținut celular specific și parțial cu structuri tisulare și circulație sanguină de tip embrionar, local agresivă; cu tendințe de a da metastaze morfologic benigne în plămâni și de a se maligniza – cu toate consecințele ulterioare – rămâne problemă rezolvată insuficient – atât din punct de vedere oncologic, cât și ortopedic. Nu ocazional în multiplele clasificări internaționale a tumorilor osoase, elaborate în ultimile decenii (în diferite interpretări), acestei tumori nu i s-a definitivat numirea adecvată [30], permanent este prezentată în rubrică aparte, nefiind inclusă în nicio grupare de nozologii osteogenice.

Dacă morfologic tabloul macro- și microscopic al osteoclastomului este identic cu cel care are loc în cazul tumorilor brune în paratiroidism, provocate de patologie endocrino-hormonală (adenom la una din paratiroide), apoi

manifestările clinice și evoluția bolii în ambele situații sunt diferite; aici clarifică diagnosticul tabloul clinic [35]; asemenea confirmare demonstrează și experiența noastră. Nu este exclus, că la dezvoltarea osteoclastomului participă factori de origine hormonală și genetică – încă neidentificați. Tendința de subapreciere a importanței grefelor alogene, promovată în ultimii ani, poartă aspect comercial. De facto, eficacitatea prioritară în însănătoșirea ortopedică a pacienților afectați de osteoclastom (biologic și economic) aparține aloplastiei osteoarticulare. Folosirea de endoproteze, componenți de ordin sintetic, mineral, etc. pot completa, însă nu pot concura în această direcție cu osul alogen ca material plastic. În ansamblu, aloplastia osoasă a defectelor restante contribuie la ameliorarea procesului recuperării ortopedice și menținerea extremităților

afectate la mulți pacienți, conform datelor noastre – în 95,2%.

Concluzii

1. Osteoclastomul benign prezintă o formațiune oncologică osteogenă cu particularități controversate de proveniență, diagnostic și tratament.

2. Patologia dată necesită continuarea de noi investigații fundamentale la nivel polidisciplinar clinic și medicobiologic.

3. Tratamentul pacienților afectați de osteoclastom este chirurgical – rezecția focarului patologic și substituirea defectului restant cu alogrefe osoase scindate, cu extremități articulare alogene sau endoproteze cu destinație oncologică

4. Dispensarizarea pacienților supuși intervențiilor chirurgicale pe fond de osteoclastom este de lungă durată – pe tot parcursul vieții.

Bibliografie:

1. Amanatullah D., Clark T., Lopez M., Borys D., Tamurian R. Giant cell tumor of bone In: Orthopedics, 2014;37 (2): 112-20.
2. Antonescu D. M., Pop D. M. Tumora cu celule gigante (osteoclastomul). Elemente de patologie osteo-articulară. București, Teora, 2000:106-108.
3. Chen S., Li C., Wu B., Zhang C., Liu X., Lin X., Wu X., Sun L., Liu C., Chen B., Zhong Z., Xu L., Li E. Identification of differentially expressed genes and their subpathways in recurrent versus primary bone giant cell tumors. In: Int. J. Oncol., 2014; 45 (3): 1133-42.
4. Dahlin D., Unni K. Bone Tumors. Data on 8542 cases, 4th edition. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1986.
5. Dominok G. W., Knoch H.-G. Knochengeschwülste und geschwulstähnliche Knochenerkran-Kungen. Veb Gustav Fischer Verlag Jena, 1971, p.137-151.
6. Federman N., Brien E., Narasimhan V., Dry S., Sodhi M., Chawla S. Giant cell tumor of bone in childhood: Clinical aspects and novel therapeutic targets. In: Paediatr. Drugs., 2014; 16 (1): 21-8.
7. Hantjissalatas S. G. Investigații anatomo-patologice în tumorile osoase. București: Editura Medicală, 1995, p. 83-85.
8. Heijden L., Mastboom M., Dijkstra P., Sande M. Functional outcome and quality of life after the surgical treatment for diffuse-type giant cell tumour around the knee. A retrospective analysis of 30 patients. In: Bone Joint J., 2014; 96(8): 1111-8.
9. Hing R., Yang J., Kong Q., Tu C., Zhou J., Duan H. Giant cell tumour of bone in the appendicular skeleton: an analysis of 276 cases. In: Acta Orthop. Belg. 2013; 79(6): 731-7.
10. Xu L.H., Zhang Q., Ding, Y., Niu XH. Diagnosis and treatment of giant cell tumor of bone in skeletal Immature patients. In: Zhonghua Wai Ke Za Zhi, 2013; 51 (9): 827-30.
11. Lv C., Tu C., Min L., Duan H. Allografts arthrodesis of the knee for giant cell tumors. In: Orthopedics, 2012; 35 (3): 397-402.
12. Moon M., Kim. S., Moon J., Moon H. Treating giant cell tumours with curettage, electrocautery, burring, phenol irrigation and cementation. In: J. Orthop. Surg. (Hong Kong), 2013; 21 (2): 209-12.
13. Niu X., Zhang Q., Hao L., Ding Y., Li Y., Xu H., Liu W. Giant cell tumor of the extremity: retrospectiv analysis of 621 chinese patients from one institution. In: J. Bone Joint Surg. Am., 2012; 94 (5): 461-7.
14. Pană I., Voinea A., Roventă N., Filipescu G., Gorun N., Vladăreanu M. Tumorile osului. București: Editura Academiei Române, 1984, p. 89-102.
15. Ran XY. Huang J., Zhang HZ, Jiang ZM, Chen J. Factors related to biologic behavior in giant cell tumor of bone. In: Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi, 2013; 42 (10): 669-74.
16. Jaffe H. L. Tumors and Tumorous Conditions of the Bones and Joints. Philadelphia, 1965.
17. Jaminet P., Rahmanian-Schwarz A., Pfau M., Nusche A., Schaller H., Lotter O. Fibulo-scapo-lunate arthrodesis after resection of the distal radius for giant cell tumor of the bone. In: Microsurgery, 2012; 32 (6): 458-62.
18. Lehner B., Kunz P., Saehr H., Fellenberg J. Epigenetic silencing of genes and microRNAs within the imprinted DLK-1-Dio3 region at human chromosome 14.32 in giant cell tumor of bone. In: BMC cancer, 2014; 14: 495.
19. Lichtenstein L. Bone Tumors. St. Louis, 1972.
20. Li X., Guo W., Yang Y., Wei R., Du ZY. Surgical treatment for long bone giant cell tumor of extremity with pathologic fracture. In: Beijing Da Xue Bao, 2013; 45 (5): 745-51.
21. Rico-Martinez G., Linares-González L., Delgado-Cedillo E., Espejo-Sánchez G., Cerrada-Moreno L., Clara-Altamirano M. Long-term results of the treatment of a giant cell tumor with en bloc resection and unconventional hip arthroplasty with ipsilateral knee arthrodesis. Clinical case report and literature review. In: Acta Ortop. Mex., 2013; 27 (4): 250-5.
22. Shajovic F., Sissons H. A., Sobin L.H. The WHO Histological Classification of Bone Tumors. A commentary of the Second Edition. In: cancer, 1995; 75 (5): p.1208-1214.
23. Sun S., Zhang Q., Zhao C., Cai J. Long-term outcomes of ultrasonic scalpel treatment in giant cell tumor of long bones. In: Oncol. Lett., 2014; 8(1): 145-150.
24. Siddiqui M., Seng C., Tan M. Risk factors for recurrence of giant cell tumours of bone. In: J. Orthop. Surg (Hong Kong), 2014; 22 (1): 108-10.
25. Stănculescu D., Orban H. Tumorile aparatului locomotor (concepții actuale). București: Editura Tehnică, 1997, p.80-91.
26. Taraz-Jamshidi M., Gharadaghi M., Mazloumi S., Hallaj-Moghaddam M., Ebrahimzadeh M. Clinical outcome of en-block resection and reconstruction with nonvascularized fibular autograft for the treatment of giant cell tumor of distal radius. In: Res. Med. Sci., 2014; 19(2): 117-21.
27. Unni K., Inwards C. Dahlin's Bone Tumors. Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
28. Xu LH, Zhang Q., Hao L., Ding Y., Niu XH. Diagnosis and treatment of giant cell tumor of bone in skeletal immature patients. In: Zhonghua Wai Ke Za Zhi., 2013; 51(9): 827-30.
29. Yoshida Y., Kojima T., Taniguchi M., Osaka S., Tokuhashi Y. Giant cell tumor of the patella. In: Acta Med. Okayama, 2012; 66(1): 73-6.
30. Виноградова Т. П. Опухоли костей. Москва: Медицина, 1973, с. 76-100.
31. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых, Москва: Медицина, 2001, с. 266-272.
32. Корж А.А., Талышинский Р.Р. Гомопластика в лечении опухолей костей. Киев: Здоров'я, 1973, 168 с.
33. Куслик М.И. Хирургическое лечение гигантоклеточных опухолей. Ленинград: Медицина, 1964, 280 с.
34. Трапезников Н.Н., Еремина Л.А., Амирасланов А.Т., Синюков П.А. Опухоли костей, Москва: Медицина, 1986, с. 172-198.
35. Чаплин В. Д. Опухоли костей и суставов. Москва: Медицина, 1974, с. 55-58.

REFERATE GENERALE

IMPLICAȚIILE DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR CIROTICI CHIRURGICAL TRATAȚI PENTRU HIPERTENSIUNE PORTALĂ

THE IMPORTANCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT ON THE LIFE QUALITY IN CASES OF CIRRHOTIC PATIENTS TREATED SURGICALLY FOR PORTAL HYPERTENSION

Eugeniu Darii

Catedra chirurgie nr.2, USMF "Nicolae Testemițanu"

Rezumat

Hepatitele virale și ciroza hepatică au o largă răspândire și o tendință constantă de creștere a frecvenței în toată lumea, și reprezintă probleme de sănătate publică. Statisticile OMS raportează, că numărul deceselor cauzate de ciroză este estimat la aproximativ 800.000/an, peste 70% din cazurile de mortalitate prin boli digestive datorându-se cirozei hepatice. Calitatea vieții bolnavilor suferinzi de afecțiuni hepatice a constituit și constituie subiect de cercetare interdisciplinară (medicală, socială, psihologică, socio-economică), domeniu prioritar al asistenței medicale, având ca rezultat îmbunătățirea parametrilor psihofiziici, sociali, familiali a acestor pacienți.

Summary

Viral hepatitis are wide spreaded with a constant tendency for increasing in the world and represent a problem of public health. It was recorded by WHO that the number of deaths caused by liver cirrhosis is approximately 800.000/year, more than 70% from them mortality causes in digestive pathology due to liver cirrhosis. The quality of life of patients suffered by hepatic pathology is a subject for interdisciplinary research (medical, social, psychological, socio-economical) as well as priority sphere of public health, having result evident improvement of psychophysical, social, family indexes of these patients.

Ciroza hepatică reprezintă o adevărată problemă de sănătate publică, atât prin costurile spitalizării și tratamentului cât și prin implicațiile socio-economice. Argumentele care susțin această afirmație sunt:

1. În regiunea OMS pentru Europa, mortalitatea specifică prin boli hepatice cronice și ciroză cu 116 decese la 100.000 locuitori, plasează R. Moldova pe primul loc.

2. Ciroza hepatică, patologie complexă, este o provocare pentru medicul internist, gastroenterolog și chirurg deoarece hipertensiunea portală evolutiv instalată determină modificări ce stau la baza dezvoltării ulterioare a celor mai severe complicații: hemoragie digestivă superioară prin sângerarea varicelor esofagiene și prin gastropatia hipertensivă; hemoragie digestivă inferioară; ascita; encefalopatie hepatică; hipersplenism; insuficiență metabolică hepatică; hipoxemia arterială; bacteriemia

3. Pacienții diagnosticați cu ciroză hepatică trăiesc un profund disconfort individual, care se reflectă mai ales asupra calității vieții, constatare care sugerează necesitatea unui studiu complex al impactului bolii și a tratamentului acesteia asupra tuturor aspectelor vieții

Evaluarea calității vieții este importantă pentru pacienți, familiile acestora, clinicieni și factorii decizionali în dorința de a îmbunătăți metodele terapeutice, scăzând morbiditatea și îmbunătățind prognosticul. Remarcăm o serie de beneficii pe care aceasta le aduce întregii societăți, printre care: sporirea cunoștințelor despre boală, aprecierea eficienței tratamentului și a evoluției bolii, posibilitatea identificării problemelor individuale sau ale unor grupuri de pacienți, evaluării calității îngrijirii medicale și psihologice acordate, precum și realizarea

unei legături între sănătatea fizică și cea psihică [1, 2, 3, 15, 19]. La ora actuală, în lumea științifică medicală, se constată o preocupare din ce în ce mai frecventă pentru calitatea vieții [7, 8, 10, 24, 35, 38, 62] și care, constituie un domeniu prioritar al asistenței medico-chirurgicale și a celei medico-sociale și psihologice a pacienților cu suferință hepatică cronică. Interesul elevat în lumea medicală pentru problemele calității vieții pacienților este estimat prin numărul articolelor pe teme despre calitatea vieții, publicate în reviste de prestigiu și prezentate în baza de date PubMed a National Library of Medicine din SUA. Evoluțiile recente în domeniul CV au permis testarea unor scale care explorează aspecte variate ale vieții pacienților, cum sunt activitățile cotidiene, relațiile sociale și imaginea de sine. Pornind de la aceste premise, studierea unor particularități de răspuns terapeutic și corelarea acestora cu evoluția calității vieții, la distanță postterapeutic, este o problemă actuală, o condiție necesară în practica medicală. Reiese cu certitudine că o analiză detaliată a gradului de dizabilitate și a impactului asupra calității vieții la pacienții cu ciroză hepatică este importantă în evaluarea, monitorizarea bolii pe termen lung și scurt și în cuantificarea răspunsului la tratament. Nu este surprinzător deci că Republica Moldova, în 2012, a aprobat cel de-al treilea program național de combatere a hepatitelor virale B, C, D, program valabil până în 2016 care conține multe aspecte: date recente despre situația hepatitelor cronice, impactul acestora asupra calității vieții și a costurilor pe termen lung pe care le impun asupra sistemului, propune categorii foarte variate de populație care trebuie atât vaccinate împotriva hepatitei B cât și testate pentru hepatitele cronice [18]. Practica medicală demonstrează că pacienții cu ciroză hepatică pot fi considerați

„persoane cu ne-voi speciale” deoarece viața lor este influențată global, sever și pe termen lung, practic pe întreaga ei durată, în plus, acești pacienți și familiile lor se confruntă și cu stigmatizarea pe care din păcate o atrage acest diagnostic, care de cele mai multe ori este perceput „mai degrabă ca o sentință și nu doar ca un diagnostic” [72, 73, 76, 79]. Astfel, alături de problemele de ordin medical, pacienții cu ciroză hepatică caracteristic sunt și numeroase provocări de ordin social și economic [50, 84]. Rapoartele indică faptul că pentru pacienții cu ciroză hepatică, conceptul de calitate a vieții diferă față de cel utilizat pentru pacienții cu alte suferințe cronice mai puțin invalidante fiindcă ciroza hepatică are implicații profunde asupra vieții persoanelor afectate, atât în ceea ce privește partea socială, cât și în ceea ce privește starea de sănătate [5, 11, 43]. Cunoscând calitatea vieții pacienților cu ciroză hepatică și a factorilor ce o influențează, putem determina prioritatea prevenției secundare a factorilor de morbiditate ce cresc calitatea vieții pacienților sau viceversa [14, 45, 51, 57, 62]. Cercetările actuale cu privire la impactul cirozei hepatice asupra sănătății merg dincolo de simpla estimare a prevalenței, a severității simptomelor și a complicațiilor [73, 92], demonstrând că impactul cirozei hepatice asupra sănătății populației poate fi judecat după următoarele criterii: frecvență, severitate, consecințe, disponibilitatea intervențiilor, preocuparea publică [5, 6, 51, 72]. Trebuie subliniat totuși faptul că studiile privind calitatea vieții efectuate la pacienții cu ciroză hepatică și hipertensiune portală secundară sunt extrem de heterogene, unele fiind efectuate în perioada de activitate maximală a bolii, altele în perioada de activitate minimală, foarte puține fiind efectuate funcție de stadiul cirozei (scorul Child A,B,C) și mult mai puține cuantifică impactul medicației antivirale și a tratamentului chirurgical asupra calității vieții, pe loturi relativ mici, astfel că este greu să se efectueze metaanalize sau să se tragă concluzii clare privind indicarea calității vieții la această categorie de pacienți [6, 7, 24, 28, 45, 49]. Este cunoscut faptul, că diversitatea și gama manifestărilor simptomatice ale bolii hepatice cronice nu sunt direct proporționale cu progresia bolii. Există pacienți care le experimentează încă din fazele incipiente, iar alții care progresează în fibroză fără vreun indiciu al infectării [3, 17, 77]. În același timp, spectrul efecte negative asupra calității vieții variază de la simptome ca slăbiciune, prurit, lipsa poftei de mâncare, depresie, dureri abdominale, durere articulară, îngrijorarea despre complicațiile bolii, scăderea activității sexuale, până la singurătate, desperare, probleme de integrare în societate și probleme cu memorie / concentrație [28, 40, 47, 59, 72]. Caracterul infecțios al hepatitei și cirozei, prezența complicațiilor hipertensiunii portale pot duce la: depresie; izolare; probleme la locul de muncă / dificultatea de a găsi un loc de muncă; stigmatizare socială [17, 47, 59]. Stigmatizarea frecvent este asociată cu creșterea anxietății și depresiei, cu înrăutățirea calității vieții și dificultatea de a le face față. O evaluare a 15 studii observaționale, care au comparat calitatea vieții bolnavilor cu hepatopatii cu a persoanelor sănătoase a constatat scăderi semnificative ale valorilor mediane în cazul funcționalității fizice (-20,5%), stării generale de sănătate (-19,6%), vitalității (-14,4%), durerilor corporale (-13,7%) și sănătății mintale (-10%) [35]. Constatăm deci, că sechelele bolii hepatice cronice (BHC), precum și complicațiilor ei evolutive, principala cauză de invaliditate, au un impact deosebit asupra funcționalității individului și sunt corelate cu un prognostic mai rezervat și cu un nivel al calității

vieții mai scăzut. Este dificil de a traduce în termeni reali, economici ce costuri a generat BHC dar trebuie subliniată totuși magnitudinea acestora. Studiile de specialitate [4, 7, 22, 28, 30, 50, 56] demonstrează că cele mai mari costuri sunt generate de cheltuielile de spitalizare (necesare datorită complicațiilor, tratamentului sindromal complex hepatotrop și de durată, perioadelor de exacerbare, intervențiilor chirurgicale paliative, urmate de cele cu terapia antivirală și imunosupresorie posttransplant hepatic, precum și cu invalidizarea anticipată a acestor bolnavi. Actualmente se constată o preocupare a forurilor științifice medicale de a stabili un algoritm eficient de diagnostic, de a implementa protocoale terapeutice și de a realiza un management adecvat al complicațiilor cu analiza calității vieții a acestor pacienți [7, 12, 24, 28, 47, 64, 71, 76]. Activitatea de cercetare este orientată pe de o parte, către elucidarea mecanismelor patogenetice ale hepatopatiilor cronice și, pe de altă parte, către evaluarea unor metode de diagnostic și tratament rigurose și comparativ urmărit în timp. La ora actuală există un consens general că tratamentul bolii cronice hepatice se face diferențiat, în funcție de tipul și stadiul bolii (antifibroze hepatice, corticoizi, interferon, antiviralele, propranolol, norfloxacină, diuretice, paracenteza, albumina) și este un factor extrem de important, atât ca eficiență pe simptomele bolii cât și ca profil al efectelor secundare [10, 11, 24, 28, 64, 71]. Abordările terapeutice moderne [3, 10, 18, 23, 25, 26, 34, 37, 38] implică o intervenție de tip multimodal (tratament medicamentos, endoscopic și intervenții chirurgicale), care să vizeze atât menținerea unui grad de funcționare maxim posibil, gestionarea optimă a simptomelor bolii și a consecințelor acesteia cât și creșterea calității vieții la pacientul cirotic. E știut că simptomele asociate cu hepatitele până în faza cirozei compensate pot fi rezolvate numai prin vindecarea cu tratament antiviral [30, 31, 34, 47, 49, 71]. În prezent, în R. Moldova, circa 400 de persoane, care suferă de boli hepatice, beneficiază de tratament antiviral compensat. Anual, pentru un pacient bolnav de hepatita C, costul tratamentului este de 20 000 de dolari, iar, în ultimii ani, în programul național de tratament au fost incluși și copiii de la 7 ani [10, 11]. Important însă de subliniat că, deși calitatea vieții pacienților cu hepatopatii cronice difuze preocupă în cel mai înalt grad clinicienii implicați în acest domeniu, puține studii și-au propus să evalueze în ce măsură noile strategii terapeutice, diferitele compartimente de îngrijire terapeutică se reflectă în percepția acestor pacienți asupra calității vieții. Nu există încă un consens privind dimensiunile și indicatorii calității vieții la pacienții cirolici operați pentru hipertensiune portală și nici dovezi clare privind eficacitatea tratamentelor actuale din această perspectivă dar eforturile actuale ale cercetătorilor sunt orientate către elucidarea acestor aspecte, spre găsirea unor metode de diagnostic sensibile, specifice, ieftine și ușor aplicabile în practica medicală. Scorurile generale de evaluare a funcționalității Child și Meld și chestionarul de evaluare a calității vieții SF36 s-au dovedit a fi instrumente utile în cuantificarea acestor parametrii, folosirea lor de rutină la pacientul cu ciroză hepatică fiind argumentată [5, 7, 11, 22, 34, 45, 60, 66, 73]. Trebuie însă subliniat, că evoluția clinică a pacienților cu ciroză este adesea complicată de un număr de modificări importante. Acestea includ hipertensiunea portală și consecințele sale (respectiv varicele gastro-esofagiene, ascita și splenomegalia cu hipersplenismul hematologic secundar), encefalopatia hepatică, peritonita bacteriană spontană,

sindromul hepatorenal și carcinomul hepatocelular [3, 4, 41, 58, 63, 70, 76]. Practica zilnică ne aduce frecvent în contact direct cu asemenea cazuri, la care asistăm uneori neputincioși la evoluția progresivă, nefavorabilă spre insuficiență hepatică ireversibilă și deces [5, 7, 10, 37, 42, 54, 55, 56, 63, 70, 76]. În consecință, este înțeles din ce în ce mai mult faptul că pe lângă măsurarea rezultatelor în termenii simptomelor și ai altor aspecte ale funcționării, atunci când se compară diverse abordări terapeutice, perspectiva pacienților asupra tratamentului și modului de administrare are o mare importanță iar rezultatele acestuia pot și trebuie evaluate multidimensional, cu ajutorul chestionarelor hepatice specifice, prin tehnici ce țin de psihometrie și sociologie [22, 30, 47, 48, 60, 62, 65, 66]. O revizuire recentă sistematică a demonstrat că tratamentul pacienților cirofici cu hipertensiune portală secundară reprezintă un efort multidisciplinar care combină două sau mai multe discipline clasice: hepatologia, endoscopia și chirurgia [5]. La nivel mondial sunt aprobate și puse la dispoziția pacienților și a medicilor noi terapii antivirale în tratamentul hepatopatiilor cornice [10, 30, 47, 49, 52, 55]. Studii de calitate vieții pacienților care au suferit un tratament au arătat că medicația antivirală are un impact enorm asupra acesteia, comparativ cu pacienții netratați [15, 20], aduc avantaje uriașe pacienților, iar pentru unii dintre ei reprezintă ultima lor șansa de vindecare, respectiv cresc de aproximativ 2 ori șansele de vindecare la pacienții care nu au fost tratați cu niciun fel de terapie și de 3 ori la pacienții care au fost tratați anterior, dar nu au răspuns la terapia standard. Trebuie subliniat însă că în timpul tratamentului antiviral adesea asistăm la reducerea calității vieții pacientului, lucru explicat prin efectele secundare numeroase la interferon care includ febra, durere musculară, fatigabilitate, depresie, agresiune, impotență, căderea părului și eczemă [30, 47, 49, 52]. Aceste efecte secundare afectează viața de familie, lucrul și altele aspecte a vieții zi de zi. Apariția, în special la primele administrări de peginterferon, a efectelor secundare, uneori extrem de dificil de suportat de către pacient, impune un efort suplimentar din partea medicului curant, acela de a explica în detaliu semnificația diverselor tulburări posibile, atât înaintea primei injecții, cât și ulterior, la apariția acestora [47]. Efectul psihologic de încurajare a bolnavului pentru a depăși disconfortul generat de efectele adverse este esențial pentru succesul menținerii complianței pacientului pe o perioadă adecvată de tratament. Literatura medicală a ultimilor ani [3, 19, 28, 63, 77] consemnează o modificare importantă în atitudinea terapeutică în cazul pacienților cu hipertensiune portală prin ciroză hepatică. Chirurgia hipertensiunii portale prin ciroză este o chirurgie de graniță, în care sunt implicate mai multe specialități [5]. În unele situații clinice particulare tratamentul chirurgical oferă singura speranță de vindecare a pacientului cirotic asociat cu diverse complicații ale hipertensiunii portale [4, 23, 25, 56, 63, 66]. Progresele înregistrate în tehnica chirurgicală, precum și în managementul pre- și postoperator al acestor pacienți au crescut mult siguranța chirurgiei hepatice [4,5]. Înafara de rezultatele supraviețuirii postoperatorii la distanță, calitatea vieții pacienților supuși acestei chirurgii “agresive” a început să capete o importanță crescândă în plan general, făcându-se multe eforturi în încercarea de a standardiza atitudinea chirurgicală și în stabilirea tipului optim de operație care să ofere cele mai bune rezultate în timp atât sub raport subiectiv-simptomatic, cât și obiectiv [22, 36, 37, 38, 52, 65, 66]. Se știe că, de cele mai multe ori, decizia terapeutică este rezultatul cântăririi unor bene-ficii

în raport cu efectele nedorite ale aceluia tratament. Plecând de la aceste observații, încercarea de a ajusta radicalitatea intervenției chirurgicale în concordanță cu factorii de prognostic și prezența comorbidităților pacientelor pare a fi una din cele mai bune strategii pentru a reduce incidența complicațiilor și severitatea lor [5, 70]. Dezvoltarea rapidă a tehnologiei conexe actului operator, explorările imagistice pre și intraoperatorii, la care se adaugă posibilitatea explorării rezervei funcționale hepatice, au determinat ameliorarea evidentă a rezultatelor cu o mortalitate admisă [20, 21, 26, 38, 56, 61, 70]. Amploarea intervenției chirurgicale trebuie întotdeauna dimensionată în raport cu caracterul radical sau paliativ al acesteia. În fazele avansate ale bolii apare ascita ireductibilă, care mult agravează parametrii calității vieții și numai intervenția chirurgicală poate oferi o paliativă optimă la pacienții cu ciroză hepatică parenchimatous decompensată. În plus, numeroși cirofici prezintă comorbiditate psihiatrică și tulburări psihologice. Odată cu îmbunătățirea managementului pacienților cu ciroză hepatică, cu introducerea tratamentului paliativ endoscopic sau chirurgical intervențiile terapeutice moderne aduc un plus de eficiență și avantaje de necontestat față de metodele tradiționale [5, 17, 22, 38, 46, 46, 56, 61], ameliorează calitatea vieții pacienților cu hipertensiune portală prin ciroza. Evaluarea calității vieții pacienților ajută profesioniștii să aleagă între diferite tratamente alternative, să informeze pacienții asupra efectelor posibile ale diferitelor intervenții chirurgicale și în luarea unor decizii dificile, să monitorizeze efectele terapeutice din punctul de vedere al pacientului, al evoluției bolii, precum și să elaboreze proto-coale terapeutice eficiente și adecvate [9, 27, 48, 59, 64, 73]. În anumite situații, se poate recurge la transplantul hepatic, cu rezultate încurajatoare, atât sub aspectul prelungirii vieții pacientului, cât și al calității ei [26, 38, 44]. Ratele de supraviețuire a pacienților de aproximativ 85% după primul an și de 75% la cinci ani după transplant au fost raportate în Registrul Transplant Hepatic European [www.eltr.org]. Amintim ca introducerea transplantului de ficat în R. Moldova a reprezentat un moment crucial în dezvoltarea chirurgiei hepatice autohtone și a transplantului. Primul transplant hepatic (TH) cu supraviețuire a fost realizat în Departamentul de chirurgie hepato-bilio-pancreatică de prof. V. Hotineanu și echipa sa în februarie 2013. Experiența acumulată la nivel mondial relevă că eficacitatea, efectele secundare, impactul tratamentului asupra vieții pacientului și indicațiile transplantului hepatic trebuie reevaluate periodic, pentru fiecare pacient în parte [45]. Importantă crucială o are pregătirea psihologică preoperatorie și asistența psihologică postoperatorie precum și estimarea factorilor care influențează legătura calității sănătății vieții la pacienți cu transplant hepatic. Trebuie însă subliniat că transplantul hepatic reprezintă un important factor de stres. Pregătirea, teama de operație și de rezultat, viața cu un ficat nou, împreună cu întreg corolarul emoțional pentru pacient și familie, sunt de natură să modifice masiv stilul de viață. Calitatea vieții este de aceea alterată înainte și imediat după transplant, dar se îmbunătățește evident dacă operația a fost realizată cu succes. Dintre complicațiile generale ale transplantului hepatic notate în literatura de specialitate trebuie menționate în special complicațiile neurologice [44]. Incidenta acestora este estimată a fi între 2,8 și 47% din pacienți [38]. Manifestările apar, de regulă, în primele trei luni postTH, având o gamă diversă, de la alterări discrete ale statusului mental, deficite focale până la convulsii, comă și deces [45]. Tulburările neuropsihice survin

pe fondul alterărilor deja existente la candidații cu boală hepatică în stadiu terminal (encefalopatie hepatică sau și portal-hipertensivă). Spectrul problemelor neuropsihice variază de la tulburări cognitive discrete, disfuncții sexuale, alterări ale ritmului circadian, la delir și tulburări ale conștiinței [47]. Simptomele apar în medie la 3-7 zile post transplant; chiar după rezoluția simptomelor evidente, pentru mai multe săptămâni pot persista tulburări psihice discrete (care trebuie căutate activ), memoria și capacitatea de concentrare fiind ultimele reabilite. Modificări ale statusului psihic al pacienților cu TH au fost remarcate și în seria noastră. Datele expuse motivează necesitatea elaborării unei cercetări specializate, consacrate studiului problemelor evaluării impactului transplantului hepatic asupra calității vieții posttransplant și rezultatelor acestuia [38, 44, 45]. Analiza efectelor tratamentelor sau bolii, din punctul de vedere al pacientului, precum și în determinarea nevoilor pacientului de suport psihic, fizic și social pe durata îmbolnăvirii conferă intervenției chirurgicale perspectiva multidimensională a unui act care ține seama atât de dezideratul primar, de ameliorare sau de ștergere a simptomatologiei, cât și de respectarea pacientului ca persoană, luând în calcul toate aspectele importante ale vieții acestuia [26, 38, 44]. Uneori

chiar din interviul cu pacientul putem obține date prețioase pentru luarea unei decizii terapeutice care să aducă beneficii atât în ceea ce privește evoluția bolii cât și în ceea ce privește calitatea vieții.

În sumar, recunoașterea și urmărirea calității vieții pacienților cirofici chirurgical asistați a devenit o condiție necesară în practica medicală. Studiile de calitate a vieții trebuie să cuantifice statutul pacienților atât în perioada imediată postoperatorie cât și la distanță. Trebuie subliniat că la ora actuală, pe o patologie atât de des întâlnită cum este ciroza hepatică, lipsesc date care ar studia complex impactul bolii și a tratamentului acesteia asupra tuturor aspectelor vieții. Nu avem un program național de screening postterapeutic corelat cu indicii calității vieții și nu este cuantificat efectul diferitor gesturi terapeutice asupra calității vieții. În acest sens sarcina specialistului nu este doar aceea de a identifica terapia adecvată pacientului cu ciroză hepatică, ci și de a sprijini în managementul „social”. În literatura de specialitate nu există un consens privind factorii cauzali care negativ influențează calitatea vieții pacienților cu ciroză și hipertensiune portală asociată. Problema calității vieții pacienților cirofici, chirurgical asistați pentru hipertensiune portală, practic nu este studiată.

Bibliografia

1. Adina Karner –Huțuleac Aspecte etice ale cercetării calității vieții pacienților cronici. Revista Română de Bioetică. Vol. 11, Nr 1. 2013. Pag. 79-82.
2. Bhangui P, Laurent A., Amathieu R., Azoulay D. Assessment of risk for non-hepatic surgery in cirrhotic patient. Jurnal de Hepatology, 2012, Vol. 57, pag. 874-884
3. Cazacov V., Hotineanu V., Gherghelieju P., Guțan V. Particularități și controverse în abordarea hipersplenismului portal cirogen sever. Anale științifice V. IV, USMF „N. Testemițanu”. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2005, p. 57-62.
4. Cazacov V. Considerații clinico-morfologice și terapeutice în splenopatia portală. Chișinău, 2012, 133 p.
5. Cazacov V. Impactul chirurgical asupra raportului morfo-funcțional al splenopatiei portale cu component autoimun secundar hipertensiunii portale. Rezumat teză de doctorat. Chișinău, 2013, pag. 3 -50.
6. Constantinescu R., Vicol MC. Tratamentul antiviral în hepatitele B și C – mai mult decât un demers terapeutic. Revista Română de Bioetică, 2009, Vol. 7, Nr. 3, pag. 65-68
7. Corneci Dan. Managementul perioperator al pacientului cu insuficiență hepatică. Actualități în ATI și medicina de urgență. Timișoara, 2005, 54 p.
8. Cotârla L. Posibilitățile de optimizare a calității vieții la bolnavi renali, dializați cronic. Rezumat teză de doctorat. Sibiu, 2009, 22p.
9. Diaconu C.G. Anchetă asupra autoevaluării calității vieții pacienților cu insuficiența renală conică în stadiu de dializă AMT, vol II, nr. 4, 2010, pag. 99-103
10. Dumbravă V-T. Hepatologie. Ghid practic național. Chișinău, 2005.
11. Dumdrava V., Romanciu I., Țurcan S. Tulburările funcționale gastrointestinale. Criteriile de la Roma III. Arta Medica, 2007, Nr.2(23), pag.30-34
12. O.M.S., - Les buts de la Santé pour tous. La politique de santé de l'Europe. Version actualisée. Copenhague, 1991.
13. Foster G. R. Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality life in absence of cirrhosis / G. R. Foster, R. D. Goldin, H. S. Thomas // Hepatology. — 1998. — Vol. 27. — P. 209–212.
14. Foster G.R. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. Journal of viral hepatitis. 2009, 16. pp. 605-611.
15. Grozăvescu R. Dimensiunile și indicatorii calității vieții copiilor și adolescenților cu psihoze, Revista de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România, SNPCAR 2009 - vol. 12 - nr. 4, pag. 26-40.
16. Heidarzadeh A. Quality of life in chronic hepatitis B and C patients / A. Heidarzadeh, M. Yousefi-Mashhour, F. Mansour-Ghaneai [et al.] // Journal of hepatitis. — 2007. — Vol. 7, N 2. — P. 67–72.
17. Heidarzadeh A., Yousefi-Mashhour M., Mansour-Ghaneai F., et al. Quality of life in chronic hepatitis B and C patients. Journal of hepatitis. V.7, I.2. 2007. pp. 67 – 72.
18. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 90 din 13.02.2012 privind aprobarea Programului național de combatere a hepatitelor virale B, C și D pentru anii 2012-2016, publicat: 17.02.2012 în Monitorul Oficial Nr. 34-37 art. Nr. 11
19. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbravă V., Brănzea Gh. Atitudinea chirurgicală în hipersplenismul secundar hipertensiunii portale cirofice, Curier Medical, 1997, nr.2, p.4-7.
20. Hotineanu V., Cazacov V. Soluție tehnică de necesitate pentru omentopexie în tratamentul hipertensiunii portale. Materialele congresului IX al Asociației Chirurgilor din RM, 2003, p.35-69
21. Hotineanu V., Cazacov V., Țâmbală C., Cuțitaru I., Cotoșneț A., Darii E. Importanța metodelor imagistice moderne în diagnosticul hipertensiunii portale și splenopatiei portal hipertensive cirogene. Arta Medica 2010 Nr. 3. (42), p. 37-3
22. Hotineanu V., Cazacov V., Anghelici Gh., Dumbrava V.T. Hipertensiunea portală la adulți. Protocol clinic național. Chișinău, 2009. 36p.
23. Hotineanu V., Cazacov V., Casnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. În: Indicații metodice. 2002, p. 3-31.
24. Hotineanu V., Cazacov V., Cazac A. și alții. Noi abordări chirurgicale ale hipersplenismului portal cirogen autoimun. În: Proiect științific în cadrul programului de stat "Hepatitele și cirozele, profilaxia și metode avansate de tratament". Academia de Științe a Republicii Moldova. Chișinău, 2009, p. 3-41.
25. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbrava V., Moscalu Iu. Hipersplenismul portal – atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie. Arta Medica, Nr. 4(25), 2007 :68-69
26. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice. Chișinău, 2002, 32 p.

27. Hsu P. C. Health Utilities and Psychometric Quality of Life in Patients With Early- and Late-Stage Hepatitis C Virus Infection / P. C. Hsu, C. A. Federico, M. Krajden, E. M. Yoshida [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2011. — Jun 16. — Pag. 1440–1446.
28. Iovanescu L. C., Zaharie S. I., Biciusa V., și alții. Implicațiile terapeutice ale unor stări patologice asociate cirozei hepatice. Craiova Medicală, 2007, nr.2, vol.9, p.89-95.
29. Jain, A., Brody, D., Hamad, I., Rishi, N., Kanal, E., Fung, J. Conversion to neofar for neurotoxicity after primary adult liver transplantation under tacrolimus. *Transplantation*, 2000, 69:172.
30. Lencu M. Tratatamentul hepatitei și cirozei hepatice virale A și B: mijloace terapeutice, criteria de elegibilitate și urmărire. *Clujul Medical*, 2010, Vol. LXXXIII-Supliment, pag.8-12
31. Marcellin P. Hepatitis B and hepatitis C in 2009. *Liver International*, 2009; 29 (s1): 1 – 8.
32. Marius D. C. Interrelații anatomoclinice în studiul morfologic al hepatopatiilor cronice inflamator distrofice. În: Rezumat teză de doctorat. 2012, p. 5-35
33. Mucci S, Citero V., Gonzalez A., et al. Adaptação cultural do Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) para população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010, 26(1):199-205.
34. Noi abordări ale Sănătății Publice și Managementului în Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății/Cristina Maria Borzan. Cluj-Napoca : Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", 2007. 254 p.
35. Orr G.O., Homer T., Newton J., et al. Health related quality of life in people with advanced chronic liver disease. *Journal of Hepatology* 2014, Vol.61, pag. 1158-1165
36. Popa M., Vasilescu C. Splenectomy minimal invazivă la pacientul cirotic. *Chirurgia*, 105(1):15-20.
37. Popovici A., Grigoriu G. Splenectomy: indicații medico-chirurgicale. *București*, 1995, p.3-252.
38. Popescu I., Turbule D., Ionescu M. și alții. Transplantul hepatic - consideratii asupra a 8 cazuri operate în anul 2000. *Chirurgia (Bucur.)*, 2001, 96:453.
39. Rodger A.J., Jolley D., Thompson S.C., et al. The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology* 1999; 30: 1299 – 1301.
40. Schulz KH, Kroencke S, Ewers H, Schulz H, Younossi ZM. The factorial structure of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). *Qual Life Res* 2008; 17: 575-584
41. Seeff L.B. The history of "the natural history" of hepatitis C (1968 – 2009). *Liver Int.* 2009; 29 (1): 89 – 99.
42. Soblonslidsuk A., Silkapit C., Konqsakon R., et al. Factors influencing health related quality of life in chronic liver disease. *World J Gastroenterol.* 2006; 12 (48): 7786 – 7791.
43. Sumskiene J. Disease specific health-related quality of life and its determinants in liver cirrhosis patients in Lithuania / J. Sumskas, L. Sumskas, D. Petrauskas, L. Kupcinskas // *World. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 12 (48). — P. 7792–7797.
44. Strouse, T. B. - Neuropsychiatric outcomes in liver transplantation. Sub redactia: Busutill, R.W. și Klintmalm, G.B. *Transplantation of the liver*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996, pag. 659-664.
45. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 34-42
46. Tomikawa M, Akahoshi T, Sugimachi K. Laparoscopic splenectomy may be a superior supportive intervention for cirrhotic patients with hypersplenism. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010 Feb;25(2):397-402.
47. Formann E., Steindl-Munda P., Hofer H., W. Продолжительное наблюдение больных хроническим гепатитом В, у которых был достигнут устойчивый вирусологический ответ на фоне различных схем интерферонотерапии. <http://www.hv-info.ru/info/statyi/gepatit-s/222-gepatit-s-uvo.html>
48. Foster G.R. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. *Journal of viral hepatitis.* 2009,16. pp. 605-611.
49. Veldt B.J., Saracco G., Boyer N. Long term clinical outcome of chronic hepatitis C patients with sustained virological response to interferon monotherapy // *Gut.* – 2004. – V.53 – P.1504–1508.
50. Vulcu, L. Precup, I. – „Introducere la necesitatea unei priviri economice asupra sănătății”, *Rev. Acta Medica Transilvanica, Sibiu*, nr. 1, 1998, p.32-38
51. Younossi Z., Kallman J., Kincaid J. The effects of HCV infection and management on health-related quality of life. *Hepatology.* 2007; 45 (3): 806 – 816.
52. Алексов О. Особенности диспансеризации и ведения больных после комплексного консервативного и хирургического лечения диффузных заболеваний печени в поликлинических условиях Автореферат к. М. Н., Великий Новгород, 2006, стр. 3-23
53. Алексеева А.С. Клинико-морфологические проявления хронических гепатитов и циррозов печени различной этиологии во взаимосвязи с психологическим профилем и качеством жизни пациентов: Автореф. Дис. Д-Ра Мед. Наук. Томск, 2010. 42 С.
54. Анализ летальности у больных циррозом печени / Г.И. Сторожаков, Н.Н. Мерзликина, И.Г. Федоров И Др. // *Российский Медицинский Журнал.* -2009.-№4.-С. 10-14.
55. Богомолов П.О., Буеверов А.О., Кузьмина О.С., Трофимова М.Н. Стратегии лечения цирроза печени. *Клиницист*, № 4, 2006, с.68-73.
56. Бойко В.В. Портальная гипертензия и ее осложнения. Харьков, 2008.
57. Буеверов А.О. Гастроэнтерология, базирующаяся на доказательствах. // *Российский Журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии.* – 2002. – №4. – Т.12. – С.45-49
58. Гарбузенко Д.В. Факторы риска внепечёночных абдоминальных операций у больных циррозом печени // *Хирургия. Журнал Им. Н.И. Пирогова* - 2013.-№ 8. - С. 86-92.
59. Григорьева И.Н., Романова Т.И. Методологические аспекты исследования качества жизни в современной медицине // *клинико-эпидемиологические и этнокологические проблемы заболеваний органов пищеварения.* Красноярск, 2005. С. 364—371
60. Дудник О. В. Качество жизни и возможности его улучшения у больных хроническими гепатитами В и С. М., 2013, стр. 2-21
61. Дзидзава И.И. Отдаленные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностические факторы выживаемости у больных циррозом печени Автореферат диссертации д. М. н. Санкт-Петербург, 2010, с.1-38.
62. Задорожная О. В. Адаптация и качество жизни пациентов страдающих шизофренией с сопутствующим поражением печени вирусной этиологии. Диссерт к м н Томск, 2014, стр 1-39
63. Ким И.Н. Коррекция гиперспленизма у больных с синдромом портальной гипертензии. Дисс. канд. Мед. Наук. Новосибирск, 2009.
64. Левитан Б.Н., Колчина В.П., Дедов А.В. Проблема выживаемости и причины летальности при циррозах печени по результатам длительного проспективного наблюдения // *Южно-Рус. Мед. Журн.* 1999. № 2. С. 76-78
65. Машенко И. В. Метод Оценки Индивидуального Качества Жизни. Минск, 2012
66. Назыров Ф. Г., Девятов А. В., Бабаджанов А. Х., Мардонов Л. Л. Анализ качества жизни больных циррозом печени с портальной гипертензией после портоси-

- темного шунтирования. *Bulletin of experimental and clinical surgery*, 2012, том. 3, С. 509-516
67. Никушкина И.Н. Состояние портально-печеночного кровотока при хронических диффузных заболеваниях печени (Межорганные И Гемодинамические Взаимоотношения)// Дисс. Д.М.Н. М., 2007. 415 С.
68. Новик А.А., Ионова Т.И.. «Руководство По Исследованию Качества Жизни В Медицине», С-Питербург, 2002 г. С.15-40
69. Орлов В.А., Гиляровский С.Р. Проблемы Изучения Качества Жизни В Современной Медицине. М.: Б. 1992.
70. Рачковский М. И. Прогнозирование выживаемости при циррозе печени различной этиологии: Автореф. Дисс. Д-Ра Мед. Наук. Томск, 2009. - 39 С.
71. Романова Е.Б., Амбалов Ю.М. Стандарты диагностики и лечения инфекционных болезней: Методические указания для инфекционистов и врачей амбулаторно-поликлинического звена. Ростов-на-Дону, 2007, с.120.
72. Романова Н.В. Клинико-лабораторные особенности, психологические аспекты личности и уровень качества жизни у пациентов с печеночной энцефалопатией на фоне хронических заболеваний печени: Автореф. Дис.Канд.Мед.Наук.,Спб., 2007. 24 С.
73. Рутгайзер Я. М., Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // *Клин. Мед.*— 1999.— № 3.С. 35—38.
74. Сенкевиц Н.Ю., Белявская А.С. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии // *Терапевт. Арх.* 2000. Т. 72, № 2. С. 35-38.
75. Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.В. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца — стабильной стенокардией напряжения // *Клинич. Медицина.* 1998. № 6. С. 52—57.
76. Хазанов А.И. Из полувекового опыта наблюдения за больными циррозом печени // *Рос. Журн. Гастроэнтерологии, Гепатологии и Колопроктологии.* 1998. Т. 8, № 2. С. 50—56.
77. Шахгильдян И.В. Гепатиты В, С И Д – Проблемы диагностики, лечения и профилактики. – М.: 2001. – С. 381 – 384.

DENTAL IMPLANTS CAN GENERATE MAXILLARY POSTIMPLANTATION SYNDROME

SINDROMUL POST-IMPLANTAR MAXILAR: CONSECINȚĂ A IMPLANTAȚIEI DENTARE

Asmolova A. A.

Odessa National Medical University

Summary

The researcher determined a problem of the distant maxillary postimplantation syndrome. The peculiarity of the syndrome is constituted by 3 groups of symptoms: neurological, rinological, ophthalmic.

Key words: dental implantation, maxillary postimplantation syndrome

Rezumat

Autorul argumentează existența problemei unui sindrom postimplantar maxilar. Particularitățile acestuia cuprind trei grupe de simptome: neurologic, rinologic, oftalmic.

Cuvinte cheie: implant dentar, sindrom postimplantar maxilar

Any pharmaco-surgical intervention (including dental implants) - a violation of the integrity of the structure and function of tissues, organs, body systems on the background to some extent severe pathological endogenous conditions and afferentiation, which leads to a reduction of some risks, and upon completion of the intervention - an increase in other...

Dental implantation (DI) - generally acceptable technology orthopedic functional and aesthetic rehabilitation of patients with partial dentition defects and the complete absence of teeth.

Examination of volumes and types of DI found that the frequency of implantation in various clinical situations in 1996-2005 has not changed significantly, the average age of the patients corresponded efficiency; all patients had clinically significant concomitant somatic pathology. Known absolute and relative contraindications for DI: hypertension, type 1 diabetes, tuberculosis, rheumatic disease, diseases of the blood and blood-forming organs, diseases of the skeletal system (reducing its regenerative capabilities), diseases of the central and peripheral nervous system, malignant tumors during treatment, diseases of the oral mucosa [7]. Risk of unsuccessful DI due to the following reasons: osteoporosis, causing violations of biomechanical relationships jaw - implant - prosthetic design implant -jaw, lack of general and local immune defenses, disturbance of microcirculation in the tissues of the mouth. DI, there are three dangers. [13]

Dangerous anatomy. Form, structure, pneumatization of the maxillary sinus and the structure of the alveolar bone of the upper jaw are in close anatomical dependence. Close anatomical relationship topographical lacrimal and rhinology systems remains an indisputable fact [4,5,9]. The mucous membrane of the lower divisions of the nasolacrimal duct, which is a continuation of the nasal mucosa, it is absolutely identical in their morphological structure, which can not predispose to direct the spread of pathological processes of the nasal cavity to the lacrimal pathway [9,13]. The main condition for the use

of intraosseous implants - is a sufficient amount of bone with good quality, it provides stabilization and allows the implant to support non-removable prosthesis design. Even a slight absence of bone in the horizontal or vertical direction can create a significant problem [5,9,11]. In assessing classification S. Misch (1990) quality of alveolar bone most common type D3 - 45% of cases, type D2 - the most favorable for DI, met only in 18.5% of cases [4].

Taking into account topographic anatomical relationship with neighboring maxillary bone structures should be allocated following the pockets of the maxillary sinuses: alveolar, palatal, zygomatic, infraorbital or lacrimal front (prelacrimality), wedge or sphenoid, palatine bone. Infraorbital sinuses or prelacrimality pocket extends to the frontal process of the maxilla. It is bounded behind lacrimonasal duct, and outside - the infraorbital canal. In 12.8 % of cases lacrimonasal channel can go deep in the pocket and prelacrimality is surrounded on three sides. Such contact may facilitate the transition from sinus inflammation on lacrimal sac, lacrimonasal channel and the front of the ethmoid bone cells. In this anatomical variant exists the possibility of damage during DI thin bony wall separating the infraorbital sinus pocket of the lacrimal sac and lacrimonasal channel [4, 9]. Chronic dacryocystitis in 80-85% of patients were found with various forms of nasal diseases [9, 11].

Innervation of the maxillary sinuses performed two branches of the trigeminal nerve and its other branches (infraorbital nerve, upper alveolar nerves, external nasal branches) [8]. You should remember about axoplasmatic anterograde and retrograde transport - moving substances from your body processes and processes in the body of the neuron. Transport is represented by two main components: a fast component (200-4000 mm per day) and slow (1-20 mm per day). Axoplasmatic transport is quite complex and vulnerable function of nerve cells, which are often the first to suffer when neuropathies [16].

Dangerous pathology. Despite the extensive use DI in the

upper jaw with a sinus-lift, there are 2 problems: pathology of the paranasal sinuses, which restricts the holding DI; development of sinusitis maxillary sinus after sinus lift, which occurs in 3 to 20% of patients [4, 5, 9, 11]. For example, maxillary sinus pathology was detected in 56.5% of patients [5]. On the basis of nasal endoscopy and computed tomography of the maxilla and ostiomeatal complex (OMC) 27 (23.5%) patients required surgical, 19 (16.5%) patients - conservative treatment before sinus lift.

Odontogenic maxillary sinusitis (result of odontogenic infection) is characterized by clinical features (toothache or dental intervention in history, one isolated lesion of the maxillary sinus, the characteristic putrid odor discharge) instrumental and radiological methods of research (localization of pathological changes in the alveolar sinus bay, minor inflammatory changes in the nasal cavity, nasal breathing is satisfactory, open form of sinusitis, presence antro-oral anastomosis or defect of the reflex sinus bone plate) [4,5].

Valsalva retinopathy was first described in 1972 by Thomas Duane as a «special form of retinopathy, preretinal and hemorrhagic in nature, secondary to a sharp increase in intrathoracic pressure» as a result of stress (Valsalva maneuver). [15] It Valsalva maneuver caused hemorrhage of retina and vitreous in apparently healthy subjects and patients with blood diseases, diabetes, hypertension, venous occlusion eyes during dental implantation[17].

In all patients with nasal breathing difficulties lasting more than 1 year are shifts cerebrovascular autoregulation and acid-base balance, regardless of the etiology of the disease: the timing of nasal obstruction from 1 to 5 years - an increase in reactivity of cerebral vessels (unidirectional shift constrictor and dilatatory reactions) and compensated respiratory alkalosis (surgery normalizes clinical and laboratory parameters and cerebral hemodynamics in the first month after surgery); from 6 to 10 years - reduced reactivity of the cerebral vessels and compensated respiratory alkalosis (normalizes within 3 months after the operation, but there is still tension cerebrovascular autoregulation), more than 10 years - a gross violation of autoregulation of cerebral arteries (two vascular reactivity disparity pools brain) and compensated respiratory alkalosis compensated metabolic acidosis (treatment normalizes clinical and laboratory parameters after 6 months, but not cerebral hemodynamics - gross violations persist vascular autoregulation mechanisms that lead to the formation of cerebral pathology) [10].

Functional status among patients, formed under the influence of fear and emotional stress can lead to a variety of somatic complications, prolongs prosthetics and reducing the level of satisfaction with the treatment [12]

The fate of implants depends on somatic states: in the long term (after 6 - 8 years) loss of implants in patients with diabetes was 29.7%, and in patients suffering from hypertension - 11% in patients with pathology of the urinary system - 14.4% [7].

Important role to play biocenosis oral condition which is often associated with the presence of concomitant somatic disease in patients [3]. Even outside of inflammation in the oral cavity for a significant microbial colonization (degree of contamination often reaches a critical limit of 10⁵-10⁶), which is considered a natural, but can cause microbial adhesion and invasion. The normal oral flora dominated by Gram-positive cocci, wherein the ratio of aerobes and anaerobes 1000:1

[11]. The composition of biocenosis oral includes 700 species of microorganisms, which are interconnected in a dynamic equilibrium that emerged in the course of a long evolution and maintained by immune factors [2]. For the most clinical significance of aerobic microorganisms allocated streptococci and staphylococci, and among anaerobes - Bacteroides group.

Known effect of chronic rhino - and odontogenic infection on local immunity eyes in patients with absence of clinical symptoms and complaints from the organ of vision, but the presence in the body of the periorbital focal infections are deviations in leukocyte migration inhibition reaction with antigens of the eye tissue. This indicates subclinical violations of state authority and can not be regarded as a normal condition. [1]

Dangerous surgery. To install the implant need a certain thickness and height of the alveolar bone. Implant should surround the bone thickness not less than 1 mm. Maxillary sinus and piriform aperture, must be separated from the implant bone layer at least 1 mm [9,11].

Almost DI - a precision surgery. The success of dental implants depends on how accurately the surgeon will be able to install the implant in the bone. Regenerative potential of bone tissue directly adjacent to the infected bone defect, accompanied by tissue hypoxia, usually significantly reduced.

The ideal condition is a position of the implant at which it is surrounded by bone tissue on all sides, In this case bone properties are such that they maximally promote primary fixation of the implant. The ideal implant should have a maximum length and diameter. that would allow him to distribute the maximum mechanical load over a larger area. DI surgeon has to decide sometimes opposite problem.

So taking care of the maximum length of the implant comes into conflict with the anatomy of the maxillary sinus, the introduction of which must be avoided..

Described the sudden loss of the central field of vision in one eye in a patient with hypertension during dental implant on the background intravitreal, sub - and intraretinal hemorrhage [18], dental implantation induces pathology of the eye. After DI possible postoperative complications (gapping, painful syndrome, swelling, bleeding, fever, numbness and loss of sensation) and complications during healing of the implant (peri-implantitis, implant rejection) [4,5,11].

Derived in the maxillary sinus implants performed operation traumatic sinus floor elevation combined with chronic sinusitis, deformation and OMC dysfunction natural anastomosis promotes the development of sinusitis in the postoperative period [5]. Results of the study [14] indicate that after DI in brain structures occur multidirectional compensatory and destructive changes of neurons and blood vessels.

According to [11] must fulfill the implant patient to have clinical stability and function for at least 8 years, without inducing the negative symptoms and without damaging the adjacent anatomical structure. Around the implant should be no progressive bone resorption, and vertical bone volume to be lost is minimal. Deviation from these criteria for successful implantation of a 5-year period after the operation can be considered complications.

Clinical examination of 94 patients after 6 months or more after DI (made against the background of the lack of absolute and relative contraindications, clinically designed neurological, rinological, ophthalmic diagnoses) identified 100% of patients

with pathology of the conjugate after implantation, which we define as the maxillary postimplantation syndrome. Syndrome develops at a mean of 6-12 months after DI and has varying degrees of severity of degenerative process from subjectively imperceptible when compensated forms to bright with exacerbation of clinical manifestations. Maxillary postimplantation syndrome occurs in almost all patients after dental implantation regardless of the number of implant units,

always runs a chronic and occurs in three forms: compensated, and sub compensated, decompensated.

Feature flow decompensated forms maxillary postimplantation syndrome is the presence of 3 groups of symptoms identified over the last three years: neurological (various facial prosopalgia and sympathalgia) rinological (presence of nasal obstruction, rhinorrhea), ophthalmic (noninfectious lacrimation, dacryocystitis, conjunctivitis) [9].

Литература

1. Алябьев М.В. Оценка иммунного статуса при открытых травмах глаза и первичных отслойках сетчатки на фоне очаговой параокулярной инфекции. Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2012; 23.
2. Асмолова А.А. Анализ таксонометрического спектра микробного «пейзажа» слизистых оболочек краниофациальной области у больных с верхнечелюстным постимплантационным синдромом. Крым. терапевт. журнал 2012; 1; 48—52.
3. Виноградов А.В. Анализ эффективности алгоритмизированных профилактических мероприятий, проводимых пациентам с соматической патологией перед дентальной имплантацией. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2007; 38.
4. Гайворонская М.Г. Анатомическое обоснование имплантации искусственных опор зубных протезов на верхней челюсти. Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2009; 25.
5. Даминов Р.О. Лечение пациентов с патологией полости носа и околоносовых пазух перед синус-лифтингом и дентальной имплантацией. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2011; 24.
6. Кржижановская Ю.А. Особенности стоматологического лечения пациентов с гипертонической энцефалопатией. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2008; 23.
7. Кузнецов С. В. Дентальная имплантация у пациентов с соматической патологией. Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 2009; 23.
8. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Гайдар Б.В. и др. О периодической подвижности костей черепа человека. Физиология человека 1999; 6; 62—70.
9. Пионтовская М.Б., Асмолова А.А. Введение в проблему: верхнечелюстной постимплантационный синдром. Лучевая диагностика, лучевая терапия 2013; 1; 92—98.
10. Секерина А.О. Цереброваскулярные изменения у больных с хроническим затруднением носового дыхания. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2012; 23.
11. Стоматологическая имплантология /С.Ю. Иванов, А.Ф. Бизяев, М.В. Ломакин и др.. - М.: 2000; 96 с.
12. Темников В.Ю. Функциональное состояние организма пациентов и их адаптация в процессе протезирования с применением зубных имплантатов. Автореф. дис. канд. мед. наук. Саратов, 2009; 24.
13. Терновой К.С., Розенфельд Л.Г., Колотилов Н.Н. Принципы поиска решений медицинских проблем. К.: 1990; 200.
14. Умурзаков К.Ж. Изменения морфологических и морфометрических параметров хвостатого и чечевицеобразного ядер головного мозга после ампутации конечности: (экспериментальное исследование). Автореф. дис. канд. мед. наук. Уфа: 2006; 22.
15. Duane T.D. Valsalva hemorrhagic retinopathy. Trans. Am. Ophthalmol. Soc 1972; 70; 298—313.
16. Duncan J.E. The genetics of axonal transport and axonal transport disorders. PLoS Genet 2006; 29; 124 – 126..
17. Jones W.L. Valsalva maneuver induced vitreous hemorrhage. J. Am. Optom. Assoc 1995; 66; 301—304.
18. Krepler K. Intraocular hemorrhage associated with dental implant surgery. Am. J. Ophthalmol. 1996; 5; 745—746.

STUDII CLINICE

УДК: 618.134-006.363.03-06:618.17-008.8-071.1

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ (КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

INFRINGEMENT OF MENSTRUAL FUNCTIONS AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH LEYOMYOMA A UTERUS (CLINICO-ANAMNESTIC ANALYSIS)

Запорожченко М.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета

Резюме

Наличие опухолевых процессов матки сопровождаются нарушениями менструального цикла, маточными кровотечениями, болевыми синдромами, является причиной ухудшения качества жизни и снижения репродуктивной функции, может привести к инвалидизации женщины. Целью работы являлось исследовать роль нарушений менструальной функции в возникновении лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста во взаимосвязи с пролиферативным процессом в лейоматозных узлах матки на основе клиничко - анамнестического анализа. Обследовано 270 женщин репродуктивного возраста. Частота позднего менархе при простой лейомиоме составила 22,3%, при лейомиоме пролиферативного типа - 31,7% случаев. У женщин с пролиферативной формой лейомиомы матки частота менструального цикла менее 21 дня и более 35 дней встречались в 2,5 и 3,0 раза чаще, срока менструации 7 и более дней - в 4,0 раза больше, гиперменорреи - в 3,7 раза больше, болезненной альгодисменорреи - в 1,9 раза больше, чем при простой лейомиоме ($p < 0,001$). Нарушение менструальной функции может свидетельствовать о недостаточности гормонопродуцирующей функции яичников и других эндокринных желез, является процессом зависимым от сбалансированности метаболических процессов в организме женщины и характеристикой преморбидного фона для возникновения лейомиомы матки. Доказана взаимосвязь нарушений менструальной функции с возникновением лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста и ее влияние на пролиферативные процессы в лейоматозных узлах матки.

Ключевые слова: менструальная функция, репродуктивный возраст, лейомиома матки.

Summary

Presence of tumoral processes of a uterus are accompanied by infringements of menstrual cycle, uterus bleedings, pain syndromes, are at the bottom of deterioration of life and decrease in reproductive function, can lead invalidisation of women. The work purpose was to investigate a role of infringements menstrual functions in occurrence leyomyoma a uterus at women of reproductive age in interrelation with proliferative process in leyomatoz nodes of uterus on a basis of clinico-anamnesti analysis. 270 women of reproductive age are surveyed. Frequency serotinal menarche at simple leyomyoma has compounded 22,3%, at leyomyoma a uterus proliferative type - 31,7% of cases. Frequency of menstrual cycle at women with proliferative form of leyomyoma a uterus less than 21 days and more than 35 days met in 2,5 and 3,0 times more often, term of mensis 7 and more days - in 4,0 times it is more, hypermenorrea - in 3,7 times it is more, painful algolismenorrea - in 1,9 times more than at simple leyomyoma ($p < 0,001$). Infringement of menstrial functions can testify to insufficiency of hormone-productive functions of ovaries and other endocrin glands, is process dependent on equation of metabolic processes in an organism of the woman and the characteristic premordid a background for occurrence of leyomyoma a uterus. The interrelation of infringements menstrual function is proved with occurrence leyomyoma a uterus at women of reproductive age and its influence on proliferative processes in leyomatoz nodes of uterus.

Keywords: menstrual function, reproductive age, leyomyoma a uterus.

Введение. В последние десятилетия опубликовано значительное количество научных работ, посвященных изучению лейомиомы матки. Тема доброкачественных опухолевых образований матки остается чрезвычайно актуальной как в чисто научной, так и практической медицине. Последнее находит объяснение в росте частоты выявления этой патологии у пациенток различных возрастных групп. Особого внимания заслуживает эта проблема у женщин репродуктивного и более младшего возраста. Наличие опухолевых процессов матки сопровождаются нарушениями менструального цикла, маточными кровотечениями, болевыми синдромами, является причиной ухудшения качества жизни и снижения репродуктивной функции, может привести к инвалидизации женщины [2,5,7].

Лейомиома матки у женщин репродуктивного возраста занимает первое место в структуре всех гинекологических заболеваний, частота которой достигает 60 % [4].

В последние годы в литературе рассматривается ряд новых концепций этиологических факторов возникновения

и патогенетических механизмов прогрессирования роста лейомиомы матки. Одним из них является исследование состояния менструальной функции у женщин репродуктивного возраста [6].

Нарушение менструальной функции (МФ) в большинстве случаев является гормонозависимым процессом [1,8].

С нарушением менструальной функции связано возникновение доброкачественных дисплазий молочной железы и доброкачественных новообразований молочной железы, непроизводительных выкидышей, несостоявшихся аборт (синдром потери плода в ранние сроки гестации), неразвивающейся беременности (abortus missedes) [3,5].

Цель. Исследовать особенности и роль нарушений менструальной функции в возникновении лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста во взаимосвязи с пролиферативным процессом в лейоматозных узлах матки на основе клиничко - анамнестического анализа.

Материалы и методы. Согласно цели и задач исследования в стационарных, амбулаторных условиях обследо-

вано 270 женщин репродуктивного возраста. Группу сравнения (А) представлено 135 женщинами репродуктивного возраста, у которых диагностировано простую лейомиому матки. Основную группу (Б) составили 135 женщин репродуктивного возраста с лейомиомой матки пролиферативного типа. На каждую пациентку кроме общепринятой документации оформляли специально разработанную нами индивидуальную карту обследуемых.

Результаты и их обсуждение. В следствие того, что нарушения менструальной функции в большинстве случаев являются гормонозависимым процессом, целесообразным было более подробно изучить в анамнестических аспекте состояние менструальной функции в зависимости от типа лейомиомы матки у обследованных больных (таблица 1).

Таблица 1

Данные исследования менструального цикла у больных с лейомиомой матки, $n = 270$

Характер менструальной функции	Группы			
	А, $n=135$		Б, $n=135$	
	Абс.	%	Абс.	%
Менархе - до 11 лет	18	13,3	22	16,3
До 11–13 лет	87	64,4	70	51,9
До 14–16 лет	21	15,6	28	20,7***
После 16 лет	9	6,7	15	11,1
МЦ меньше 21 дня	8	5,9	20	14,8*
21–35 дней	112	83,0	91	67,4**
Более 35 дней	8	5,9	24	17,8**
Опсоменорея	14	10,4	5	3,7*
Длительность менструации 1–3 дня	23	17,0	13	9,6
4–6 дня	106	78,5	98	72,6
7 и более дней	6	4,4	24	17,8***
Кровопотеря минимальная	20	14,8	21	15,6
Кровопотеря умеренная	91	67,4	24	17,8***
Кровопотеря чрезмерная (гиперменоррея)	24	17,8	90	66,7***
Альгодисменоррея (умеренная боль)	77	57,0	44	32,6***
Альгодисменоррея (болезненная)	48	35,6	91	67,4***

Примечание: Разница между основной и группой сравнения: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Как показали данные таблицы 2, частота некоторых основных характеристик МФ у больных лейомиомой матки отличались между собой.

Для большинства женщин обеих групп начало менструаций приходится на период с 11 до 13 лет (64,4 % и 51,9 % соответственно).

Отклонения в период полового созревания выявлено в 113 (41,9 %) обследуемых. В 13,3 % женщин группы А менструации начались в 11 лет, в группе Б - в 16,3 % случаев. Следует отметить у больных лейомиомой матки позднее менархе - после 14 лет: при простой лейомиоме - 22,3 %, а при лейомиоме пролиферативного типа - в 31,7 % случаев (разница достоверна - $p < 0,001$), что свидетельствует о дисбалансе гормонального фона половых гормонов.

В 83,0 % женщин группы А и у 67,4 % - группы Б менструальный цикл (МЦ) продолжался 21-35 дней. При этом

частота нормального периода МЦ у женщин с лейомиомой пролиферативного типа в 1,2 раза была меньше, чем при простой лейомиоме ($p < 0,01$). Наличие лейомиомы матки была причиной того, что частота менструального цикла менее 21 дня и более 35 дней в группе А составила по 5,9 %. У женщин с пролиферативной формой лейомиомы матки данные нарушения МЦ встречались в 2,5 и 3,0 раза чаще ($p < 0,05$, $p < 0,01$).

Опсоменорея не является характерным признаком нарушения МФ у больных лейомиомой матки (10,4 % и 3,7 % по группам А и Б), однако при простой лейомиоме матки она диагностировалась достоверно чаще в 2,8 раза, чем при лейомиоме пролиферативного типа ($p < 0,05$).

Продолжительность менструации характеризует состояние менструальной функции организма женщины. У обследованных женщин с лейомиомой матки характерной продолжительностью менструации было 4-6 дней (78,5 % в группе А и 72,6 % - в группе Б). Продолжительность менструации 1-3 дня и 7 и более дней в группе А встречались в 17,0 % и 4,4 % случаев, в группе Б - в 9,6 и 17,8 % соответственно. Для женщин с пролиферативной лейомиомой матки частота срока менструации 7 и более дней была в 4,0 раза больше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$).

Характеристика кровопотери во время менструации у беременных с лейомиомой матки является важным признаком. Минимальная кровопотеря не характерна при лейомиоме матки. Ее частота в группах А и Б составила 14,8 % и 15,6 % соответственно. Для большинства больных с простой лейомиомой матки кровопотеря была умеренной (67,4%) и встречалась достоверно чаще (в 3,8 раза), чем при пролиферативной форме лейомиомы ($p < 0,001$). Частота гиперменорреи у женщин с лейомиомой матки пролиферативного типа диагностирована у 66,7 %, тогда как в группе сравнения - 17,8 % случаев, в 3,7 раза больше ($p < 0,001$).

Увеличение частоты неритмичных и обильных месячных, характерных для женщин с лейомиомой матки, становится более выраженным, так как к ним присоединяется болевой компонент. Как правило, менструация сопровождается умеренными болями, которые в группе А составили 57,0 %, а в группе Б - 32,6 %. Частота умеренной альгодисменорреи при простой лейомиоме матки была в 1,7 раза больше, чем при лейомиоме матки пролиферативного типа ($p < 0,001$). В то же время, болезненная альгодисменоррея характерна для лейомиомы матки пролиферативного типа (67,4 %), что в 1,9 раза больше, чем при простой лейомиоме ($p < 0,001$).

Выводы. Нарушение менструальной функции свидетельствует о недостаточности гормонопродуцирующей функции яичников и других эндокринных желез, является процессом зависимым от сбалансированности метаболических процессов в организме женщины и характеристикой преморбидного фона для возникновения лейомиомы матки. Подтверждением этому является наличие лейомиомы матки у обследуемых женщин.

Доказана взаимосвязь нарушений менструальной функции с возникновением лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста и пролиферативными процессами в лейоматозных узлах матки.

Перспективой дальнейших разработок будет углубленное изучение патогенетических механизмов пролиферирующей лейомиомы матки во взаимосвязи с акушерско-гинекологической патологией у женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. Белых О. А. Гормоны и репродуктивная система / О. А. Белых, Е. А. Кочеткова, Б. И. Гельцер // Сибирский медицинский журнал: научно-практический рецензируемый журнал. - 2005. - Т. 20, № 3. - С. 56 - 61.
2. Буянова С. Н. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки / С. Н. Буянова, М.В. Мгелишвили, С. А. Петракова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Т. 8, № 6. - С. 45-51.
3. Дубініна В.Г. Досвід удосконалення роботи щодо профілактики та раннього виявлення захворювань молочної залози серед жіночого населення Одеси / В. Г. Дубініна, О. В. Заволока, І. В. Шпак // Одеський медичний журнал. - 2013(136). - № 2. - С. 72-76.
4. Ибрагимова Д. М. Спорные вопросы патогенеза миомы матки и лечения больных с этим заболеванием / Д.М. Ибрагимова, Ю.Э. Доброхотова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2011. - № 2. - С. 37- 43.
5. Сучасні аспекти профілактики гестаційних ускладнень / В. М. Запорожан, В. П. Міщенко, І. В. Руденко // Журнал НАМН України. - 2012. -Т. 18, № 3. - С. 134-138.
6. Тихомиров А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин // - М.: МИА, 2006.- 174 с.
7. Франциянц Е.М. Состояние тканевой фибринолитической системы при опухолях женской репродуктивной системы / У.М. Франциянц, Е.Ф. Комарова, М.И. Верескунова, Н.Д. Черярина // Успехи современного естествознания. - 2014. - №4. - С. 46-48.
8. Kim J.J. The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma / Kim J.J., Sefton E.C. // Mol. Cell. Endocrinol. - 2012. - Vol. 358(2). -P. 223-231.

Автор

*Запороженко Марина Борисовна - к.мед. н., докторант кафедры акушерства и гинекологии № 1, Одесский национальный медицинский университет, заведующая гинекологическим отделением Одесского медицинского центра.
т.м. 067-749-67-58.
e-mail: mischenko_vasil@i.ua*

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL BOLNAVIILOR CU CISTITĂ DIN MEDIUL RURAL AL REPUBLICII MOLDOVA

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CYSTITIS IN RURAL AREAS OF REPUBLIC OF MOLDOVA

Marcel Balagura

Departamentul de Urologie, Asociația Medicală Teritorială, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Afecțiunile infecto-inflamatorii ale tractului urogenital, atât prin frecvența lor cât și prin consecințele acestora și complicațiile sale asupra organismului uman și a societății în general, prezintă o problemă medico-socială de o actualitate sporită. Diagnosticul cistitei în unele cazuri prezintă dificultate, deoarece unele simptome anamnestic (subiective) precum și semne obiective ale acestei afecțiuni, coincid cu simptomatologia altor boli. În pofida faptului că actualmente în tratamentul cistitei se folosesc medicamente contemporane și ele au o eficacitate pozitivă, morbiditatea populației prin cistită nu are tendință către micșorare.

Au fost examinați 1125 de pacienți din mediul rural al Republicii Moldova. Pentru prima dată în Republica Moldova a fost studiată incidența cistitei la persoanele din mediul rural, de către urolog și medicul de familie.

Cistita a fost diagnosticată la 283 de pacienți: 66,37% femei și 33,63% bărbați, care au fost tratați cu Rotacef, Palin și Rofluzol. În rezultatul tratamentului au fost: vindecați 84,6%, ameliorați-13% și numai la 2,2% dintre cei tratați tabloul clinic, după tratament, nu s-a modificat.

Summary

Infectious-inflammatory diseases of the urogenital tract, through their frequency and their consequences and complications upon the human organism and the society in general, is a health and social problem. The diagnosis of cystitis is difficult in some cases, because some anamnestic symptoms (subjective) and objective signs of these conditions, coincide with the symptomatology of other diseases. Although, currently it is used a contemporary treatment of cystitis and it has a positive efficacy, the morbidity in cystitis does not tend to decrease. There were examined 1125 patients from rural areas of Moldova. For the first time in Moldova, it was studied the incidence of cystitis among rural people, realized by urologist and family doctor. Cystitis was diagnosed in 283 patients: 66.37% women and 33.63% men, who were treated with Rotacef, Palin and Rofluzol. The treatment resulted with 84.6% healed patients, health improvement in 13% of patients and only 2.2% of those treated did not show a change in the clinical signs, after treatment.

Actualitatea studiului

Afecțiunile infecto-inflamatorii ale tractului urogenital, atât prin frecvența lor cât și prin consecințele acestora și complicațiile lor asupra organismului uman și a societății în general prezintă o problemă medico-socială de o actualitate sporită [3,4,6]. În patologia generală infecțiile urinare ocupă locul doi după infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (PCN 89, 2008). Printre aceste afecțiuni pielonefrita și cistita sunt cele mai des întâlnite în activitatea medicilor de familie și în același timp sunt cele mai răspândite în rândul populației rurale, însă studii la acest capitol lipsesc.

Cistita se definește ca o afecțiune infecto-inflamatorie a întregului organism, condiționată de inflamația mucoasei vezicii urinare.

Diagnosticul cistitei în unele cazuri prezintă dificultăți deoarece unele simptome anamnestic (subiective) precum și semne obiective ale acestei afecțiuni, coincid cu simptomatologia altor boli [8,10,11].

Cistita se manifestă printr-o simptomatologie multiplă și diversă, având atât semne specifice cât și semne generale nespecifice [5,6,7]. Semnele specifice stau la baza confirmării diagnosticului. Valoarea acestor simptome are o actualitate sporită și o incidență diferită [7,10,11], iar durerea, ca simptom anamnestic, este cel mai des întâlnit în majoritatea absolută a afecțiunilor tractului urogenital în general și a cistitei în special [14]. Morbiditatea urogenitală în general și a cistitei în special, în rândul populației rurale din R.Moldova, nu este suficient studiată.

Totuși, se cunoaște că pentru a organiza, precum și a efectua, un tratament adecvat și la timp, este important de a cunoaște nivelul de morbiditate a populației și structura acesteia [15].

În pofida faptului că actualmente în tratamentul cistitei se folosesc medicamente contemporane și ele au o eficacitate pozitivă [7,11,16], morbiditatea populației prin cistită nu are tendință de micșorare [7,11,16]. Pe de altă parte, pe piața farmaceutică tot mai mult se propun diferite medicamente pentru tratamentul diferitor patologii, inclusiv și a cistitei [1,2,11,15]. Anual piața farmaceutică se completează cu medicamente noi, ultimele au reacții adverse, altele sunt contraindicate la unii bolnavi [7].

Pentru tratamentul afecțiunilor tractului urinar în general și a cistitei în special s-au propus mai multe și diverse medicamente și metode [1,2,16].

Analizând minuțios bibliografia științifică contemporană în ceea ce privește: „Cistita - diagnostic și tratament”, la pacienții care locuiesc și activează în satele Republicii Moldova precum și particularitățile clinico-evolutive și de tratament la acești bolnavi, ne-am propus scopul: „Studierea morbidității prin cistită a populației din mediul rural și efectuarea tratamentului cu Rotacef, Palin și Rofluzol la acești pacienți.”

Sarcinile studiului

1.Examinarea a 1125 de persoane locuitoare în mediul rural din R.Moldova, care s-au adresat la medicul urolog în oficiul medicilor de familie, pentru a stabili diagnosticul și implicit - nivelul de morbiditate prin cistită.

2.Determinarea rolului simptomatologiei subiective, obiective și paraclinice, în aprecierea nivelului de morbiditate prin cistită, a populației din mediul rural.

3.Efectuarea tratamentului bolnavilor cu cistită, folosind: Rotaceful (Ceftriaxonul), Palinul (Acidum pipemidicum) și Rofluzol (Fluconazol).

4.Stabilirea eficacității tratamentului.

5.Elaborarea propunerilor practice pentru medicii urologi și medicii de familie în privința diagnosticului și tratamentului bolnavilor cu diagnosticul de cistită.

Materiale și metode

Studiul nostru a demarat în anul 2008. El se prelungește în unele sate ale Moldovei până în prezent. Au fost examinați 1125 de persoane locuitoare în satele R.Moldova. Studiul în cauză a cuprins toate zonele geografice ale Moldovei: centrul, sudul și nordul Republicii Moldova. Rezultatele studiului au fost acumulate într-o anchetă specială în care au fost introduse toate datele examenelor și rezultatele lui.

Pentru stabilirea diagnosticului de cistită am studiat minuțios anamneza personală și cea eredocolaterală, de asemenea, s-a efectuat examenul obiectiv și cel special.

Toți bolnavii cu cistită au fost supuși tratamentului cu cele trei preparate: Rotacef (ceftriaxon), Palin (Acidum pipemidicum) și Rofluzol (fluconazole).

Grupele de control au fost tratate cu următoarele medicamente:

1. Sol. Rotacef – 1,0 i/m odată în zi, 7-10 zile
2. Caps. Palin – 2 caps., de 2 ori pe zi, 10 zile
3. Rofluzol – 1 tab. în 2 zile
4. Floxan 400mg – 1 caps. în zi, 10-12zile
5. Furaghini – 2 tab. de 3ori pe zi, 5-7zile
6. 5-Noc – 2 tab. de 3ori pe zi, 7-10zile
7. Vohecini – 1 tab. în zi, 10zile
8. Furamag – 2 tab. de 3 ori pe zi, 7-10zile
9. Bisepitol 480mg – 2 tab. de 2 ori pe zi, 5-7zile
10. Fluzon – 1 tab. în 2 zile

În continuare vom analiza rezultatul studiului.

Tabelul 1

Repartizarea pacienților cu diagnosticul de cistită după vîrstă

N	Vârsta, ani	Total persoane examinate		Au fost diagnosticați cu cistită	
		abs	%	abs	%
1	0-20	8	0,71	4	1,79
2	21-40	306	27,20	124	55,61
3	41-60	595	52,89	76	34,08
4	61-80	208	18,49	17	7,62
5	Peste 80 ani	8	0,71	2	0,90
	Total	1125	100	223	100

Datele prezentate în tabelul 1 evidențiază că cistita mai frecvent se întâlnește la sexul feminin cu vârsta de 21-40 ani [55,6%], pe locul doi sunt persoanele cu vârsta de 41-60 ani [34,08%] și numai 7,62% dintre ei cu vârsta de la 60-80 ani.

Tabelul 2

Repartizarea pacienților cu diagnosticul de cistită după vîrstă și sex.

N	Vârsta, ani	Total persoane examinate		Bărbați		Femei	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	0-20	4	1,79	3	75,00	1	25,00
2	21-40	124	55,61	44	35,48	80	64,52
3	41-60	76	34,08	24	31,58	52	68,42
4	61-80	17	7,62	3	17,65	14	82,35
5	Peste 80 ani	2	0,90	1	50,00	1	50,00
	Total	223	100	75	33,63	148	66,37

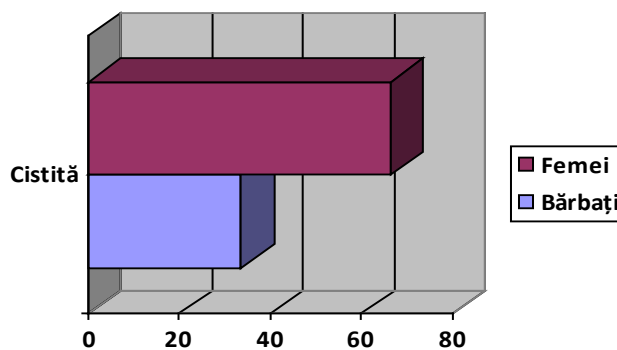


Fig. 1: Repartizarea pacienților după sex

Datele prezentate în tabelul 2 demonstrează că cistita mai frecvent se întâlnește la femeii și constituie 66,37% , pe când la bărbați constituie 33,63% (fig. 1).

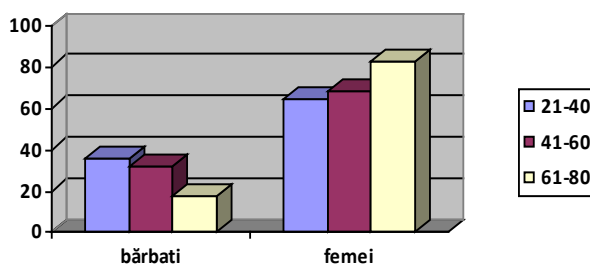


Fig. 2: Repartizarea pacienților după vîrstă

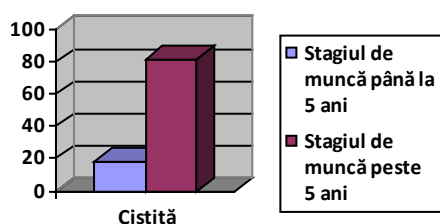
Totodată cea mai afectată vîrstă pentru cistită este de 21-40ani. Vârstele de 21-40 ani; 41-60 ani; 61-80 ani la femeii au un procent mai înalt de afectare decât la bărbați, iar la vârsta de 0-20 ani, bărbații ocupă primul loc cu 75%, pe când femeile – 25% (fig. 2).

Aceste date coincid cu datele din bibliografia contemporană, cu unele mici excepții în ce privește vîrstele de 10-20 de ani și peste 80 ani.

Tabelul 3

Repartizarea pacienților cu diagnosticul de cistită după stagiul de muncă

N	Stagiul de muncă	Numărul de bolnavi cu cistită	
		abs	%
1	Până la 5 ani	41	18,39
2	De la 5 la 10 ani	84	37,67
3	De la 10 ani și mai mult	98	43,95
	Total	223	100

**Fig. 3:** Repartizarea pacienților după stagiul de muncă

Rezultatele studiului, prezentate în tabelul 3, confirmă faptul că majoritatea pacienților cu cistită aveau stagiul de muncă peste 5 ani, ce constituie 81,61%, și numai 18,38% dintre pacienți aveau stagiul de muncă până la 5 ani (fig. 3).

Tabelul 4

Repartizarea pacienților cu diagnosticul de cistită după apartinența profesională, starea socială și alți factori

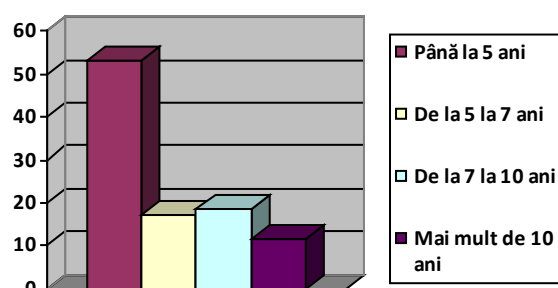
N	Apartinența profesională	Cistită	
		abs	%
1	Lucrători ai fabricilor, uzinelor, din agricultură și altele	30	13,45
2	Funcționari ai instituțiilor de stat și private	33	14,80
3	Profesori, elevi și studenți	24	10,76
4	Pensionari	72	32,29
5	Invalizi	20	8,97
6	Șomeri	19	8,52
7	Alte profesii	25	11,21
	Total	223	100,00

Așadar, cistita acută a fost diagnosticată în primul rând la pensionari, cu o frecvență de 32,30%, pe locul doi a fost stabilită la funcționari, cu o frecvență de 14,80%, și pe locul trei la lucrători - 13,45% (tabelul 4).

Tabelul 5

Repartizarea pacienților examinați după timpul în care ei suportau simptome clinice caracteristice cistitei

N	Perioada în care pacienții suportau simptome caracteristice cistitei	abs	%
1	Până la 5 ani	118	52,91
2	De la 5 la 7 ani	38	17,04
3	De la 7 la 10 ani	41	18,39
4	Mai mult de 10 ani	26	11,66
	Total	223	100

**Fig. 4:** Perioada în care pacienții suportau simptome caracteristice cistitei

Din datele tabelului 5 și a figuri 4 s-a constatat că:

1. Fiecare al doilea pacient, diagnosticat cu cistită, nu se adresează la timp la medic (tabelul 5 și fig. 4).

2. Fiecare al zecelea pacient se adresează la medic peste mai mult de 10 ani de când îl deranjează unele semne clinice ale cistitei și bolnavul nu se adresează la medic.

3. Acest fapt nu poate duce la un tratament eficient și la profilaxia complicațiilor cistitelor.

Tabelul 6

Repartizarea pacienților examinați după factorii nocivi

N	Factori nocivi	cifre abs	%
1	Temperatura ridicată	21	9,42
2	Temperatura scăzută	123	55,16
3	Curenți de aer rece	27	12,11
4	Umiditate sporită	53	23,77
5	Praf	31	13,90
6	Substanțe chimice	25	11,21
7	Alcool	7	3,14
8	Tabagism	19	8,52
9	Stres psihoemoțional	41	18,39
10	Afecțiuni cronice concomitente	45	20,18
11	Catar respirator acut, viroze	59	26,46
12	Alți factori	21	9,42
	Total	472	

Datele prezentate în tabelul 6 reflectă prezența și acțiunea factorilor nocivi asupra persoanelor care locuiesc și activează în condițiile prezenței factorilor favorizanți pentru dezvoltarea cistitei.

Asupra celor 223 de bolnavi cu cistită au acționat mai mult de 10 factori favorizați (tabelul 6).

La fiecare caz de cistită au influențat mai mult de 2 factori, fapt ce trebuie să cunoască atât urologul cât și medicul de familie, care poate contribui la profilaxia cistitei. Totodată trebuie de subliniat că cel mai important factor care a influențat la dezvoltarea cistitei la 123 de persoane, căruia îi revine 55,16%, a fost temperatura scăzută. Al doilea factor, care de asemenea a putut declanșa apariția cistitei, a fost catarul respirator acut care s-a stabilit la 59 de persoane (26,46%). Pe locul trei se situează umiditatea sporită, stabilită la 53 persoane (23,77%).

Așadar la fiecare caz de cistită au influențat mai mult de doi factori (tabelul 6), fapt ce ne impune concluzionăm: „Cistita are o etiopatogenie multifactorială, ce prezintă date importante și necesare de a fi cunoscute de către medicul de familie și urologi.

Tabelul 7

Repartizarea bolnavilor cu diagnosticul de cistită după caracterul și frecvența plîngerilor la momentul adresării la medic.

N	Acuzele bolnavilor	abs	%
1	Durere în regiunea lombară	16	7,17
2	Durere acută în regiunea lombară	11	4,93
3	Durere surdă în regiunea lombară	5	2,24
4	Durere permanentă în regiunea lombară	3	1,35
5	Durere periodică în regiunea lombară	13	5,83
6	Durere în regiunea lombară la efort	4	1,79
7	Durere în regiunea lombară în repaos	12	5,38
8	Dereglări de micțiune	213	95,52
9	Durere în regiunea suprapubiană	193	86,55
10	Prurit, senzație de arsură în regiunea suprapubiană	189	84,75
11	Senzație de apăsare în regiunea suprapubiană	178	79,82
12	Macrohematuria la sfârșitul micțiunii	67	30,04
13	Microhematuria la sfârșitul micțiunii	12	5,38
14	Incontinența de urină	35	15,70
15	Retenție de urină	98	43,95
16	Micțiuni dese nocturne și nictemerale	118	52,91
17	Aspectul turbure al urinei	168	75,34
18	Slăbiciune generală	72	32,29
19	Greață	35	15,70
20	Vărsături	26	11,66
21	Febră	28	12,56
22	Cefalee	31	13,90
23	Pierdere permanentă a capacității de muncă	29	13,00
24	Pierdere periodică a capacității de muncă	51	22,87
25	Disconfort	63	28,25
26	Transpirații	17	7,62
27	Alte acuze ale bolnavului	27	12,11
	Total	1714	

În diagnosticarea cistitei bolnavii prezintă mai frecvent următoarele acuze (tabelul 7). Conform datelor obținute în rezultatul examinărilor pacienților în oficiul medicilor de familie, cifrele sunt următoarele:

1. Dereglări de micțiune s-au constatat la 95,52% din cei 223 de bolnavi cu cistită
2. Durere în regiunea suprapubiană - 86,55%
3. Prurit, senzație de arsură în regiunea suprapubiană - 84,76%
4. Senzație de apăsare în regiunea suprapubiană la sfârșitul micțiunii - 79,82%
5. Aspectul turbure al urinei - 75,34%
6. Micțiuni dese nocturne - 52,92%
7. Microhematuria - 30,05%

Datele studiului nostru arată că medicul de familie este în stare să pună un diagnostic corect preventiv de cistită, folosind acuzele bolnavului.

Tabelul 8

Repartizarea pacienților examinați după semnele clinice obiective, stabilite la bolnavii cu cistită

N	Semne obiective	abs	%
1	Edem periorbital și a membrelor inferioare	18	8,07
2	Fistule	3	1,35
3	Procedul obrazțov-Strajescu	15	6,73
4	Simptomul Pasternațchii	27	12,11
5	Manevra Giovani	21	9,42
6	Senzație de durere la palpația vezicii urinare	197	88,34
7	Senzație de durere la percuția vezicii urinare	203	91,03
8	Senzație de durere la palpația superficială a regiunii de proiecție a ureterului	29	13,00
9	Senzație de durere la percuția profundă a regiunii de proiecție a ureterului	33	14,80
10	Senzație de durere la palpația bimanuală a vezicii urinare	43	19,28
11	Senzație de durere la palpația bimanuală a prostatei	17	7,62
12	Alte semne	6	2,69
	Total	612	

Analizînd datele prezentate în tabelul 8 putem conchide că pentru diagnosticul cistitei, medicul de familie are la dispoziția sa semne obiective necesare a cistitei. Din aceste date se vede că la fiecare bolnav cu cistită obiectiv se depistează 2,75% din semnele obiective.

Acest fapt permite să afirmăm că medicul de familie are și un alt algoritm de simptome obiective pentru a stabili un diagnostic corect și preventiv de cistită, nu numai datele anamnezei.

Examenul suplimentar al bolnavilor cu diagnosticul de cistită a inclus:

1. Urografia
2. Radiografia simplă
3. Urografia intravenoasă
4. Ecografia (ultrasonografia)
5. Tomografia computerizată
6. Rrezonanța magnetică nucleară.
7. Cistografia

Unele din metodele de investigație suplimentare enumerate mai sus au fost utilizate pentru a diferenția diagnosticul de cistită cu alte afecțiuni ale tractului urogenital, cât și a altor afecțiuni din alte organe și sisteme.

Tabelul 9

Repartizarea pacienților examinați după afecțiunile concomitente la pacienți cu diagnosticul de cistită

N	Afecțiuni concomitente a:	Numărul de persoane examinate	abs	%
1	Sistemului cardiovascular	223		
	a) Boala ischemică	223	57	25,56
	b) Ateroscleroza	223	68	30,49
	c) Hipertensiunea arterială	223	73	32,74
	d) Insuficiența cardio-vasculară cronică	223	56	25,11
2	Sistemul urogenital a)Pielonefrita b)Nefroptoza c)Adenom de prostata	223	38	17,04
3	Sistem endocrin a)Diabet zaharat b)Tireotroxicoza c)Tiroida autoimună	223	47	21,08
4	Sistemul de organe ORL a)Rinita b)Faringita c)Tonzilita d)Otita e) Laringita	223	98	43,95
5	Sistemul gastro-hepato-intestinal a)gastrita b)ulcer stomacal și duodenal c)refluxul gastroesofagian	223	75	33,63
6	Oftalmologiei	223	41	18,39
7	Dermatovenerologiei	223	32	14,35
8	Tumorilor	223	15	6,73
9	Aparatul respirator	223	65	29,15
10	Sistemului nervos	223	15	6,73
11	Alte organe	223	17	7,62
	Total		697	

Datele din tabelul 9 ne demonstrează că:

Cistita la bolnavii studiați a fost asociată cu mai multe afecțiuni. Printre acestea se situează pe primul loc – rinita, faringita, tonzilita, laringita și otitele, ce constituie -43,95%, pe locul doi – patologia tractului gastrointestinal – 33,64% și pe locul trei – hipertensiunea arterială – 33,74%.

Așadar, atât semnele anamnestice cât și cele obiective, în asociere cu afecțiunile însoțitoare ale cistitei, constituie pivotul principal care trebuie să stea la baza diagnosticului și tratamentului cistitei, care, după cum s-a constatat, este o afecțiune dereglări în multiple sisteme și organe a organismului uman.

Tratamentul bolnavilor care suferă de cistită, locuitori ai mediului rural al R.Moldova.

Una dintre principalele probleme ale medicinei practice contemporane, cu care în fiecare zi se întâlnesc medicii în general și medicii de familie în special, este tratamentul bolnavilor.

Atunci când tratamentul bolnavilor este început la timp și se aplică după indicații bine determinate efectul lui va fi cel dorit de medic și așteptat de bolnavi. Însă pentru acest fapt este necesar ca și diagnosticul să fie pus cât posibil de precoce și corect.

În tratamentul cistitelor au fost utilizate:

1. ROTACEF – 1,0mg – (Ceftriaxone) - este un antibiotic din grupa cefalosporinelor din generația a treia. care are o acțiune bactericidă prin mecanismul de oprindere a sintezei membranei celulare a bacteriilor. Este activ față de majoritatea infecțiilor cu agenți patogeni gram-negativi și a multor infecții cu agenți patogeni gram-pozitivi, precum și a unor anaerobi. Acest medicament este rezistent la acțiunea betalactamazei produse de bacterii.

Printre indicațiile pentru tratamentul bolnavilor cu Rotacef se numără:

1. Infecțiile organelor cavității abdominale
2. Afecțiunile căilor respiratorii superioare și inferioare
3. Infecțiile tractului urogenital.

Rotaceful este administrat intramuscular și intravenos, în perfuzie. Pentru administrarea intramusculară se utilizează 250mg sau 500mg, dizolvate în 2 ml de soluție lidocaină 1%.

Pentru administrarea intravenoasă - 250mg sau 500mg de Rotacef se dizolvă în 5ml de apă pentru injecție. Introducerea intravenoasă continuă încet timp de 2-4 minute. Rotaceful se utilizează nu mai puțin de 3 zile după ce sa normalizat temperatura corpului.

Noi am administrat acest preparat în doze de 250mg și 500mg odată pe zi timp de 3-5-7 zile, în dependență de manifestarea clinică și de masa corporală a pacientului.

2. ROFLUZOL – (Fluconazole) - preparat antimicotic din grupa triazol. Fluconazolul este un medicament cu acțiune asupra ciupercilor prin împiedicarea sintezei ergosterolului - component esențial din membrana fungică, prin inhibarea unor enzime specifice (14 alfa-steroldemetilazei, scualenepohidozei etc.), are acțiune bactericidă asupra microorganismelor gram-negative (Proteus microbilis, Escherichie coli, Pseudomonas aeroginasa, Neisseria Sop și alt).

3. PALIN –Acidum pipemidicum – Se indică în infecțiile tractului urinar.

Tabelul 9

Repartizarea pacienților după rezultatele tratamentului (acuzele bolnavilor până și după tratament).

N	Acuzele pacienților	Până la tratament		După tratament	
		abs	%	abs	%
1	Durere în regiunea lombară	16	7,17	2	0,90
2	Durere acută în regiunea lombara	11	4,93		0,00
3	Durere surdă în regiunea lombara	5	2,24	2	0,90
4	Durere permanentă în regiunea lombara	3	1,35		0,00
5	Durere periodică în regiunea lombara	13	5,83	2	0,90
6	Durere efort în regiunea lombara la	4	1,79		0,00
7	Durere repaos în regiunea lombara în	12	5,38		0,00
8	Dereglări de micțiune	213	95,52		0,00
9	Durere în regiunea suprapubiană	193	86,55		0,00
10	Prurit, senzație de arsură în regiunea suprapubiană	189	84,75		0,00
11	Senzație de apăsare în regiunea suprapubiană	178	79,82	15	6,73
12	Macrohematuria	67	30,04		0,00
13	Microhematuria	12	5,38		0,00
14	Incontinența de urină	35	15,70	1	0,45

15	Retenție de urină	98	43,95	1	0,45
16	Micțiuni dese nocturne și nictimurale	118	52,91	1	0,45
17	Aspectul tulbure al urinei	168	75,34	2	0,90
18	Slăbiciune generală	72	32,29	3	1,35
19	Greață	35	15,70	1	0,45
20	Vărsături	26	11,66	2	0,90
21	Febra	28	12,56		0,00
22	Cefalee	31	13,90	3	1,35
23	Pierderea permanentă capacitații de muncă	29	13,00		0,00
24	Pierderea periodică capacitații de muncă	51	22,87	2	0,90
25	Disconfort	63	28,25	4	1,79
26	Transpirații	17	7,62	1	0,45
27	Alte acuze ale bolnavului	27	12,11	3	1,35
	Total	1714		45	

Analiza rezultatelor prezentate în tabelul 9 a confirmat că preparatele utilizate la tratamentul cistitei sunt eficiente, iar unele acuze care se mențin după tratament constată faptul că acești pacienți trebuie să se afle sub supravegherea medicului și trebuie precizată cauza acestor acuze: fie este nevoie de prelungirea tratamentului indicat sau aceste acuze au o altă origine, dar nu tractul urogenital.

Pentru a stabili eficacitatea tratamentului cu preparatele enumerate au fost analizate și semnele obiective la bolnavi cu cistită după tratament (tabelul 10).

Tabelul 10

Dinamica semnelor obiective la bolnavi cu cistită, până și după tratament

N	Semne obiective	Până la tratament		După tratament	
		abs	%	abs	%
1	Edem periorbital și al membrilor inferioare	18	8,07		0,00
2	Fistule	3	1,35		0,00
3	Procedul Obrazțov-Strajescu	15	6,73		0,00
4	Simptomul Pasternațchii	27	12,11		0,00
5	Manevra Giovanni	21	9,42		0,00
6	Senzație de durere la palpația vezicii urinare	197	88,34	4	1,79
7	Senzație de durere la percuția vezicii urinare	203	91,03	5	2,24
8	Senzație de durere la palpația superficială a regiunii de proiecție a ureterului	29	13,00		0,00
9	Senzație de durere la percuția profundă a proiecției ureterului	33	14,80	1	0,45
10	Senzație de durere la palpația bimanuală a vezicii urinare	43	19,28		0,00
11	Senzație de durere la palpația bimanuală a prostatei	17	7,62		0,00
12	Alte semne	6	2,69	1	0,45
	Total	612		11	

Tabelul 11

Eficacitatea tratamentului bolnavilor cu cistită

N ord	Lotul de pacienți	Numărul de pacienți	Medicamentele folosite	Rezultatele						
				vindecat	ameliorat	fără efect pozitiv	reacții adverse	complicații	deces	P
1	Lotul de bază	223	1.Rotacef-ceftiaxone 2.Palin-Acidum Pipemcidum 3.Roflusol-Fluconazalum	189/84,6%	29/13,01%	5/2,2%				p=0,01
2	Lotul de control A	103	1.Floxan 2.Furaghin 3.Noc	76/73,8%	17/16,50%	7/6,8%	3/2,9%			p=0,05
3	Lotul de control B	110	1.Vohecini 2.Furamag 3.Biseptol 480 mg 4.Fluzon	82/74,5%	19/17,3%	6/5,5%	3/2,7%			p=0,05
	Total	436								

Așadar, rezultatele tratamentului bolnavilor cu cistită au demonstrat că eficacitatea a fost diferită, în dependență de preparatele folosite. În lotul de bază eficacitatea a fost egală cu 84,6 % pentru cei vindecați și 13,1 % - pentru cei cu ameliorare. În total, eficacitatea la bolnavi cu cistită, din grupa de bază, a fost 97,76% . În grupele de control eficacitatea a fost 90,3% și

91,8% corespunzător.

Concluzii

1. Cistita prezintă o afecțiune a tractul urogenital cu o incidență înaltă în rândul populației rurale care s-a adresat la medicul de familie și la urolog în oficiile medicilor de familie. Din cei 1125 de persoane examinate, cistita a fost constatată la

19,8%. Ea ocupă locul doi după pielonefrită în morbiditatea urogenitală a populației din satele Moldovei care sa stabilit de urolog la momentul adresării.

2. La baza etiologiei cistitei stau: infecțiile, factorii predispozanți atât de ordin extern (factori nocivi) ai mediului de muncă și de viață, cât și de ordin intern (anatomofuncțional).

3. Tabloul clinic al cistitei se manifestă prin semiologie subiectivă specifică și semiologie generală, precum și printr-un cortegiu de semne obiective.

4. Diagnosticul cistitei nu este dificil. El se va stabili în rezultatul culegerii minuțioase a anamnezei și examenului obiectiv special și general al bolnavilor. Cea mai semnificativă simptomatologie a cistitei poate fi clasificată în:

- Durere
- Dereglări de micțiune
- Tulburări generale

• Semiologie obiectivă

5. Tratamentul cistitei cu Rotacef-Ceftriaxone, și Palin-Acidum pipemidicum și Rofluzol-Fluconazol este eficientă.

Majoritatea semnelor subiective specifice ale cistitei, după tratament s-au micșorat considerabil. Numai 3,5% din acuzele bolnavilor cu cistită persistă după tratament. Acest fapt confirmă eficiența tratamentului aplicat și impune medicii de familie și urologii să supravegheze ulterior acești bolnavi, în vederea apariției recidivelor sau cronicizării proceselor patologice ale vezicii urinare.

6. Studiul efectuat pe un lot de 1125 pacienți, din diferite sate și raioane a Republicii Moldova, au demonstrat că medicii de familie pot diagnostica patologii urogenitale inclusiv a cistitei, dat fiind faptul că simptomele subiective și cele obiective sunt suficiente pentru a pune un diagnostic preventiv de cistită.

Bibliografie

1. Ceban Emil, Banov Pavel, Golearschii Andrei et al. Rolul preparatului Bior în tratamentul complex al adenomului de prostată. *Arta Medica*. Ediție specială al cincilea congres de urologie, dializă și transplant renal din R.Moldova cu participare Internațională 1-3 iunie 2011, pag 14-19.
2. Cepoia Petru, Lupășcu Constantin, Tanase Andrian. Tratamentul antibacterian secvențional al infecțiilor uronefrotice. *Arta Medica* Ediție specială al cincilea congres de urologie, dializă și transplant renal din R.Moldova cu participare Internațională, 1-3 iunie 2011, pag 132-134.
3. Ciocîrleanu A, Mănescu M, Rodulescu D. Infecțiile tractului urinar în „Nefrologie București, 2001, pag 443 – 523.
4. Costică I. Infecțiile tractului urinar în „Medicina Internă. Bolile aparatului renal București, 2002, pag 243-261.
5. Dumbrăveanu Ion. Aspecte contemporane de diagnostic și tratament a prostatitei cronice. *Arta Medica*. Ediție specială al cincilea congres de urologie, dializă și transplant renal din R.Moldova cu participare Internațională, 1-3 iunie 2011, p 38-41.
6. Felix Voinea. Infecții urinare nespecifice. Editura Medicală. București 2005-p 195.
7. Ghicavii V, Gh-ge Gușuică, N Bacinschii – Autotratamentul și medicamentele eliberate fără prescripție medicală. *Curierul medical*. Vol 57, N 03- 2014 pag.75 – 79.
8. Proca E. Cistita interstițială. *Revista Română de urologie* N1-2 2008. Volumul 7, pag.125.
9. Sasu Boris, Cepoia Petru, Ciaburu Lealea. Pielonefrită cronică la adulți PCN-89 2008, P52.
10. Sinescu I, Gluck G. *Tratat de urologie*. București, 2008 p875 – 932.
11. Talan DA, Naber K.G, Palou I et al. Extended-release ciprofloxacin for treatment of urinary tract infections. *Inf. Antimicrob Agents* 2004, 23suppl 1: 554 -66.
12. Лоран О Б. Снякова Л А. Косова И В. Роль урогенитальных инфекций в этиологии цистита и необструктивного пиелонефрита у женщин. *Урология* 3 год 2005, стр 63-64
13. Рональд М Каннер. Секреты лечение боли. Москва. 2006, 400с
14. Тестимицану Н А. Научное обоснование ликвидации существенных различий в уровне медицинской помощи городскому и сельскому населению на опыте МССР. Автореферат диссертации доктора медицинских наук РИГА. 1971 51с
15. Ушакова Е-Номидин в лечении острого цистита Врач 2006, N

Autor corespondent

Marcel Balagura, ma.bal@mail.ru, tel 069368454

СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В СОСУДАХ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

STATE OF A REGIONAL HEMODYNAMICS OF UTERUS AT WOMEN WITH LEYOMYOMA A UTERUS OF REPRODUCTIVE AGE

Запорожченко М.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета

Резюме

Лейомиома матки у женщин репродуктивного возраста занимает более 60,0% в структуре всех гинекологических заболеваний. Цель исследования заключалась в проведении оценки состояния региональной гемодинамики матки у женщин с лейомиомой матки. Проведена оценка состояния региональной гемодинамики у 120 женщин с лейомиомой матки репродуктивного возраста. У женщин с лейомиомой матки выявлено снижение резистентности в обеих маточных артериях. Во внутритропухолевом кровотоке индекс резистентности был достоверно ниже, чем в перитуморальный, в центральной части узла ниже, чем по периферии, чем больше узел, тем ниже индекс резистентности во внутри узла. При лейомиоме среднее значение индекса резистентности ниже на 4%, а внутритропухолевый кровоток на 35% выше, чем при фиброме. Результаты проведенных исследований позволяют в определенной степени на основании доплерометрии маточного и внутритропухолевого кровотока прогнозировать морфологическую структуру с риском «быстрого роста» для определения дальнейшей тактики. Допплерометрия имеет большое клиническое значение при оценке лейомиомы матки, поскольку позволяет оценивать особенности маточного и внутритропухолевого кровотока, как дополнительных показателей в диагностике морфофункционального состояния органа и опухоли, обосновать вида лечения.

Ключевые слова: региональная гемодинамика, лейомиома матки, репродуктивный возраст .

Summary

Leyomyoma a uterus from women of reproductive age occupies more, than 60,0 % in frame of all gynecologic diseases. The research objective consisted in carrying out of an assessment of a state of a regional hemodynamics at women with leyomyoma a uterus. The assessment of a state of a regional hemodynamics is made at 120 women with leyomyoma a uterus of reproductive age. Resistance decrease in both uterus arteries is revealed at women with leyomyoma a uterus. The resistance index in an intratumoral blood-flow was authentically more low, than in peritumoral, in the central part of knot more low, than on peripheries, the more knot, the more low a resistance index in inside knot. Average value of an index of resistance at leyomyoma more low on 4 %, and an intratumoral blood stream on 35 % above, than at a fibroma. Results of the made researches allow in certain degree on the establishment dopplerographia a uterus and intratumoral blood-flow to predict morphological frame with risk of «tachyauexsis» for definition of further tactics. Dopplerometria has the big clinical value at an assessment leyomyoma a uterus as allows to estimate features of a uterust and intratumoral blood-flow, as additional indexes in diagnostics morphofunctional organ and tumour states and a substantiation of a kind of treatment.

Keywords: regional hemodynamics, leyomyoma a uterus, reproductive age.

Введение. Лейомиома матки относится к болезням, заболеваемость которой постоянно растет. Лейомиома матки у женщин репродуктивного возраста занимает первое место в структуре всех гинекологических заболеваний. Частота этой патологии среди женщин репродуктивного возраста достигает более 60 %. Последние годы отмечается увеличение частоты заболевания, особенно среди женщин молодого возраста, что приводит к снижению качества жизни и репродуктивной функции [2,4].

Стандарты обследования и лечения лейомиомы матки

требуют доработки. Это объясняется отсутствием стандартов обследования и лечения с учетом патогенетических механизмов развития лейомиомы матки с точки зрения характеристики региональной гемодинамики, частоты ее встречаемости, нарушений функций репродуктивной системы [3,5]. Необходимость улучшения диагностики и лечения лейомиомы матки соответствует современным требованиям и мировым стандартам.

Трехмерная эхография предполагает многоплановую реконструкцию с послойным анализом тела матки и по-

зволяет оценить величину, структурные особенности, топографию миоматозного узла, а также определить характер его васкуляризации и объемного кровотока, повышает информативность стандартного ультразвукового исследования, что особенно актуально при выборе метода лечения миомы [1,6].

Появление внутри опухоли зоны с повышенной эхогенностью и без четких границ, визуализация анэхогенного образования, окруженного пояском с повышенным уровнем звукопроводимости, обнаружение по периферии опухоли феномена акустического усиления происходит за счет изменения микроциркуляции в кровеносных и лимфатических сосудах и отека [4].

Система васкуляризации самой опухоли, как правило, представлена мелкими, тонкими, аномальными по форме и расположению сосудами, хаотично разбросанных в пределах опухолевых тканей. Кровоток в этих сосудах характеризуется крайне низким сосудистым сопротивлением, высокой скоростью и разнообразным направлением. В различных отделах миоматозного узла отмечается наличие многочисленных вен [7].

Цель исследования заключалась в проведении оценки состояния региональной гемодинамики у женщин с лейомиомой матки.

Материалы и методы. Проведена оценка состояния региональной гемодинамики в сосудах матки у 120 женщин с лейомиомой и фибромой матки репродуктивного возраста. Исследовали кровоток в маточных, аркуатных, яичниковых артериях, в миометрии, внутриопухолевый и перитуморальный кровоток в зависимости от расположения узла (субмукозное, субсерозное, интерстициальное, в теле и дне матки), от васкуляризации узла (васкуляризованные, не васкуляризованные), гистологической структуры (лейомиома, фиброма), от фазы менструального цикла (МЦ) (фолликулярная, лютеиновая).

Диагностика состояния региональной гемодинамики проводилась согласно протоколов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Украины № 503 от 28.12.2002 г. «Об усовершенствовании амбулаторной акушерско - гинекологической помощи в Украине», № 676 от 31.12.2004 г. «Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи».

Допплерографическое исследование кровотока проводилось на УЗ- сканере «Toshiba SSA» с использованием конвексного датчика 3,5 МГц в режиме «duplex - high pulse».

Состояние региональной гемодинамики в исследуемых женщин проводили по общепринятой методике путем регистрации кривых скорости кровотока в исследуемых сосудах методом доплерографии. При исследовании учитывались качественный анализ спектральных кривых, поскольку качественная характеристика кровотока основывается на соотношении его скорости в различные фазы сердечного цикла. При качественном анализе кривых скоростей кровотока основное внимание обращали на следующие параметры: максимальную скорость систолического кровотока которая отражает сократительную функцию сердца и эластичность стенок сосуда, и конечной скорости диастолического кровотока, определяемой сопротивлением периферического сосудистого русла. Для количественной оценки кровотока в исследуемых сосудах определяли скорость кровотока (см/сек), индекс резистентности (ИР),

который отражает сопротивление периферической части сосудистого русла; $ИР = (C - Д) / C$, где С - максимальная систолическая скорость кровотока, Д - конечная диастолическая скорость кровотока. Увеличение ИР проявляется главным образом в уменьшении диастолического компонента доплеровского спектра кривой скорости кровотока, что приводит к повышению числовых значений .

Результаты исследования и их обсуждение.

Минимальные значения ИР в миометрии составили $0,50 \pm 0,11$, в миоматозных узлах - $0,34 \pm 0,06$ (таблица 1).

Таблица 1

Индекс резистентности (ИР) в сосудах матки и миоматозных узлах в исследованных женщин (n=120)

Место определения ИР	ИР
Минимальные значения в сосудах опухоли матки	$0,34 \pm 0,06$
Минимальные значения в сосудах миометрия	$0,50 \pm 0,11$
Размещение узла в дне матки	$0,54 \pm 0,01$
Размещение узла в теле матки	$0,69 \pm 0,014^*$
Маточные артерии	$0,73 \pm 0,07$
Аркуатные артерии	$0,81 \pm 0,02$
Яичниковые артерии	$0,80 \pm 0,04$
Субмукозные узлы	$0,48 \pm 0,06$
Субсерозные узлы	$0,49,8 \pm 0,04$
Внутриопухолевые кровотоки	$0,65 \pm 0,05$
Перитуморальный кровоток	$0,49 \pm 0,08^*$
Маточные артерии (васкуляризованные узлы)	$0,73 \pm 0,07$
Маточные артерии (не васкуляризованные узлы)	$0,79 \pm 0,09$
Интерстициальная лейомиома матки, внутриопухолевый кровоток	$0,56 \pm 0,08$
Интерстициальная лейомиома матки, перипухолевый кровоток	$0,63 \pm 0,05^*$
Субмукозные узлы, внутриопухолевый кровоток	$0,48 \pm 0,07$
Субсерозные узлы, внутриопухолевый кровоток	$0,53 \pm 0,09^*$
Среднее значение индекса резистентности	$0,72 \pm 0,01$
Фиброма матки	$0,7 \pm 0,008$
Внутриопухолевые сосуды при лейомиоме	$0,51 \pm 0,02$
Внутриопухолевые сосуды при фиброме	$0,53 \pm 0,01$
Фолликулярная фаза МЦ, маточная артерия	$0,76 \pm 0,02$
Фолликулярная фаза МЦ, сосуды узла	$0,60 \pm 0,005^*$
Лютеиновая фаза МЦ, маточная артерия	$0,70 \pm 0,02$
Лютеиновая фаза МЦ, сосуды узла	$0,52 \pm 0,002^*$

Примечание: * достоверная разница с группой сравнения ($p < 0,05$).

Пониженную сосудистую резистентность можно объяснить увеличением концентрации эстрогенов, так как считается, что высокая концентрация эстрогенов и эстрогеновых рецепторов приводит к вазодилатации сосудистой системы матки. Показатели кровотока зависят от расположения лейомиоматозных узлов в матке. При изучении показателей кровотока обнаружено, что в узлах расположенных в дне матки отмечалось достоверно ниже ($p < 0,05$) значение ИР ($0,54 \pm 0,01$) по сравнению с ИР в лейомиоматозных узлах, расположенных в теле матки ($0,69 \pm 0,014$).

Анализ кривых скоростей кровотока у женщин с лейомиомой матки выявил снижение резистентности в обеих маточных артериях, числовое значение ИР в которых составило $0,73 \pm 0,07$, в аркуатных - $0,81 \pm 0,02$, в яичниковой - $0,80 \pm 0,04$.

ИР зависит также от локализации узлов: наиболее выражена васкуляризация отмечается в субмукозных узлах (по сравнению с интерстициальной и субсерозной локализацией). В лейоматозных узлах, которые располагались субмукозно, ИР внутриузловых сосудов составил $0,48 \pm 0,06$, при субсерозном размещении лейоматозных узлов - $0,49,8 \pm 0,04$. Сравнение интенсивности внутриопухолевого и перитуморального кровотока показало достоверно ниже ИР ($p < 0,05$) в внутриопухоловом кровотоке ($0,65 \pm 0,05$) против $0,49 \pm 0,08$ в перитуморальном. В центральной части узла ИР ниже, чем по периферии. При этом, чем больше узел, тем ниже ИР внутри узла.

Анализ кривых скоростей кровотока при лейомиоме матки позволил установить следующие особенности. У всех женщин с лейомиомой матки отмечалось более значительное снижение индекса резистентности в обеих маточных артериях.

Индекс резистентности в маточных артериях у женщин с лейомиомой матки отличался в зависимости от васкуляризации узла и в среднем составил $0,73 \pm 0,07$ при васкуляризованных узлах и $0,79 \pm 0,09$ при не васкуляризованных.

Интенсивность кровотока в маточных артериях коррелирует с размерами лейомиоматозных узлов: чем больше узел, тем ниже ИР в маточных артериях, что свидетельствует о большей интенсивности кровотока в сосудистом бассейне матки. Сравнение интенсивности внутриопухолевого и перипухолевого кровотока при интерстициальной лейомиоме матки показало достоверное снижение ИР ($p < 0,05$) внутриопухолевого кровотока ($0,56 \pm 0,08$) по отношению к перипухоловому ($0,63 \pm 0,05$).

Наиболее выраженная васкуляризация отмечалась при субмукозном расположении лейоматозных узлов: индекс резистентности внутриопухолевых сосудов составил $0,48 \pm 0,07$, при субсерозных лейомиоме - $0,53 \pm 0,09$ ($p < 0,05$). Числовые значения ИР внутриопухолевых сосудов ниже по сравнению со значениями в перипухлинном кровотоке.

При лейомиоме матки среднее значение индекса резистентности в маточной артерии составило $0,72 \pm 0,01$, а при фиброме матки - $0,7 \pm 0,008$.

При анализе показателей внутриопухолевого кровотока было выявлено, что при лейомиоме среднее значение ИР ниже на 4 %, чем при фиброме ($0,51 \pm 0,02$ и $0,53 \pm 0,01$), соответственно. Как видно из представленных данных, перипухолевый кровоток при лейомиоматозе ниже, а внутриопухолевый кровоток выше, чем при фиброматозе.

В фолликулярную фазу МЦ средние значения ИР составили в маточной артерии $0,76 \pm 0,02$, в опухолевых сосудах - $0,60 \pm 0,005$, в лютеиновую фазу - $0,70 \pm 0,02$ и $0,52 \pm 0,002$ соответственно и достоверно отличались как между собой, так и в зависимости от фазы МЦ ($p < 0,05$). Таким образом, анализируя показатели кровотока в разные фазы менструального цикла, мы обнаружили снижение резистентности в лютеиновую фазу цикла как в сосудах матки, так и внутри опухоли.

При интерстициальной лейомиоме матки максимальная систолическая скорость внутриопухолевого кровотока достигала $31,5 \pm 4,51$ см/с, что было достоверно выше ($p < 0,05$), чем перипухолевого кровотока ($24,6 \pm 2,8$ см/с) (таблица 2).

Таблица 2

Скорость кровотока (см/сек) в сосудах матки и миоматозных узлах у обследованных женщин ($n = 120$)

Место определения скорости кровотока	Скорость кровотока
Интерстициальная лейомиома матки, внутриопухолевый кровоток	$31,5 \pm 4,51$
Интерстициальная лейомиома матки, перипухолевый кровоток	$24,6 \pm 2,8^*$
Средняя максимальная артериальная скорость в маточной артерии	$31,5 \pm 4,51$
Скорость в сосудах матки при фиброме матки	$44,2 \pm 3,1$
Скорость кровотока в внутриопухолевых сосудах при лейомиоме	$19,4 \pm 0,3$
Скорость кровотока в внутриопухолевых сосудах при фиброме	$12,6 \pm 0,4$
Скорость кровотока в фолликулярную фазу МЦ, маточная артерия	$44,0 \pm 3,2$
Скорость кровотока в фолликулярную фазу МЦ, сосуды узла	$14,5 \pm 3,9^*$
Скорость кровотока в лютеиновую фазу МЦ, маточная артерия	$50,2 \pm 3,2$
Скорость кровотока в лютеиновую фазу МЦ, сосуды узла	$17,9 \pm 5,2^*$

Примечание: * достоверная разница с группой сравнения ($p < 0,05$).

При лейомиоме матки средняя максимальная артериальная скорость в маточной артерии равна $46,8 \pm 4,7$ см/с, а при фиброме матки - $44,2 \pm 3,1$ см/с.

Внутриопухолевый кровоток при лейомиоме в среднем на 35 % выше, чем при фиброме ($19,4 \pm 0,3$ см/с против $12,6 \pm 0,4$ см/с). Как видно из представленных данных, перипухолевый кровоток при лейомиоматозе ниже, а внутриопухолевый кровоток выше, чем при фиброматозе.

В фолликулярную фазу МЦ средние показатели скорости кровотока в маточной артерии и опухолевых сосудах составили $44,0 \pm 3,2$ и $14,5 \pm 3,9$ см/с соответственно, а в лютеиновую фазу - $50,2 \pm 3,2$ и $17,9 \pm 5,2$ см/с соответственно и достоверно отличались ($p < 0,05$) как между собой, так и в зависимости от фазы МЦ.

Таким образом, анализируя показатели кровотока в разные фазы менструального цикла, мы выявили повышенные скорости в лютеиновую фазу цикла как в сосудах матки, так и внутри опухоли.

Выводы

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют в определенной степени на основании доплерометрии маточного и внутриопухолевого кровотока прогнозировать морфологическую структуру с риском «быстрого роста» для определения дальнейшей тактики.

Результаты проведенных исследований убедительно

свидетельствуют, что доплерометрия имеет большое клиническое значение при оценке лейомиомы матки, поскольку позволяет оценивать особенности маточного и внутриопухолевого кровотока, как дополнительного показателя в диагностике морфофункционального состояния органа и

опухоли и обосновании вида лечения.

Перспективой дальнейших разработок будет углубленное изучение патогенетических механизмов возникновения лейомиомы матки с применением ультразвуковой диагностики.

Литература

1. Каримов А. Х. Цветное доплеровское картирование в оценке осложнений миомы матки. Тез. Докл. 5-го съезда РАСУДМ / А. Х. Каримов, Г. А. Ахмедова // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии. – 2007. – С. 34.
2. Косей Н. В. Лейомиома матки (клініка, патогенез, діагностика та лікування) : автореф. дис. д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 / Н.В. Косей. – К., 2009. – 36 с.
3. Оздоева М. С. Клинико–морфологические особенности различных вариантов лейомиомы матки / М. С. Оздоева // Автореферат кандидата медицинских наук, Москва – 2008 г. – 22 с.
4. Особенности морфогенеза и ангиогенеза лейомиомы матки / О. В. Зайратьяни, И. С. Сидорова, С. А. Леваков и др. // Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 3. – С. 29 – 31.
5. Яворський П. В. Доплерометричні аспекти діагностики фіброміоми матки при ожирінні / П. В. Яворський // Вісник морфології. – 2011. – № 17(1). – С. 175 – 180.
6. Letterie G.S. Ultrasound guidance during endoscopic procedure / G.S. Letterie // Obstet. Gynec. Clin. North. Am. – 2009. – Vol. 26, N 1. – P. 63 – 82.
7. Seiner P. Ultrasound evaluation of uterine wound healing following laparoscopic myomectomy: preliminary results. / P. Seiner, P. Gaglioti, E. Volpi // Hum. Reprod. – 2009. – Vol. 14, N 10. – P. 2460 – 2463.

Автор:

Запорожченко Марина Борисовна - к.мед. н., докторант кафедри акушерства и гинекологии № 1, Одесский национальный медицинский университет, заведующая гинекологическим отделением Одесского медицинского центра.
т.м. 067-749-67-58.
e-mail: mischenko_vasil@i.ua

DIAGNOSTICUL AFECȚIUNILOR TRACTULUI UROGENITAL LA POPULAȚIA RURALĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

DIAGNOSIS OF UROGENITAL TRACT DISEASES IN THE RURAL POPULATION OF REPUBLIC OF MOLDOVA

Marcel Balagura

Departamentul de Urologie, Asociația Medicală Teritorială, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Context: Diagnosticul proceselor patologice și diversitatea acestora prezintă cheia primară în activitatea medicilor. Medicii de familie întâmpină greutăți în activitatea acestora cu pacienții, dat fiind că aceștia se adresează cu un spectru larg de patologii. Acuzele pacienților sunt multiple și diverse, unele dintre ele fiind generale, altele se referă la o patologie specifică.

Materiale și metode: Toți pacienții au fost examinați în birourile medicilor de familie. Au fost examinați 1125 de pacienți cu diferite tulburări urogenitale. Examinarea a fost efectuată în 40 de localități din 16 raioane ale Republicii Moldova, din toate zonele geografice: centrală, de nord și de sud.

Rezultate: Studiul a demonstrat că anamneza corectă este baza diagnosticului oportun al patologiilor urogenitale.

Pentru prima dată în Republica Moldova a fost studiată răspândirea și diagnosticul patologiei urogenitale a persoanelor din zonele rurale.

Medicii de familie au noi oportunități de a pune un diagnostic corect al bolilor tractului urogenital.

Concluzii: Datele se bazează pe anamneză și diagnosticul bolilor urogenitale. Pentru prima dată a fost studiată morbiditatea populației stabile prin patologii urogenitale, în satele din Moldova. Tulburările funcționale și datele obiective descrise la acești pacienți au confirmat faptul că medicul de familie este apt de a diagnostica și a lua măsuri preventive.

Cuvinte cheie: boli urogenitale, diagnostic, morbiditate, populația rurală.

Abstract

Background: The diseases' diagnosis and the variety of pathological processes present the primary key of a physicians' work. Family doctors face difficulties working with patients, because they show up with a large spectrum of pathologies.

Their complaints are multiple and diverse, some of them being general ones, others refer to a specific pathology.

Materials and methods: Patients were examined in family doctors' cabinets. There were examined 1125 patients with a suspicion of urogenital disorders. The exam was performed in 40 villages of 16 districts of Moldova, out of all geographic areas - central, northern and southern.

Results: The study showed that the accurate anamnesis is the base for timely diagnosis of the urogenital pathologies.

For the first time in Moldova, it has been studied the spread and the diagnosis of urogenital pathology of people in rural areas.

Family doctors have new opportunities to make a correct diagnosis of the urogenital tract diseases.

Conclusions: The data is based on anamnesis and the diagnosis of urogenital diseases. For the first time it was studied the morbidity of urogenital resident population of the villages of Moldova. Functional disorders and objective data, which were described in these patients, confirmed that the family doctor is able to diagnose and take preventive measures.

Key words: urogenital diseases, diagnosis, morbidity, rural population.

Introducere

În activitatea medicului practician cea mai dificilă problemă este stabilirea diagnosticului corect. Medicul, pentru efectuarea examenului bolnavului folosește atât cunoștințele teoretice, cât și cele practice. Calea spre un diagnostic corect și oportun constă din mai multe etape [7, 11], prima și cea mai importantă dintre ele fiind anamneza sau interogarea bolnavului [1, 20, 21].

Astăzi constatăm că cu cât mai mult progresa medicina, cu atât distanța dintre medic și bolnav este mai mare. Pentru a stabili diagnosticul, specialistul urolog utilizează, în primul rând, informațiile colectate de la bolnav. Acuzele pacienților sunt multiple și diverse [2, 3, 4, 6, 16, 18, 20,21]. Unele dintre ele poartă un caracter general, fiind întâlnite și în cazul altor patologii.

Specialistul în domeniul urologiei stabilește diagnosticul, ținând cont de cele mai caracteristice și specifice simptome, pe care le cunoaște din practica cotidiană. Principalele simptome subiective ale patologiei urogenitale sunt durerea și dereglările de micțiune [8, 12, 16,19].

Printre manifestările clinice, simptomul principal în bolile

urologice este durerea [3, 6, 7, 8, 10,16, 20].

Ronald M Kanner (2006) afirmă că durerea este cea care îl deranjează cel mai mult pe pacient [19]. Atunci când apare semnalul "durere", bolnavul tinde să se protejeze de consecințele acesteia. În al doilea rând, durerea îl impune pe bolnav să se adreseze la medic. Deci, durerea are totuși un impact pozitiv în cele mai multe cazuri.

Unii autori stabilesc un diagnostic diferențial al durerii acute în următoarele afecțiuni ale aparatului urogenital: uretrite, prostatite, abces al prostatei, cistită acută, pielonefrită acută, litiaza uretrală, corpi străini uretrali, traumatisme, plăgi prin armă de foc, sarcom penian, insuficiență renală etc [1,5,12,13,14,15,17].

Al doilea grup de manifestări clinice sunt: dereglările funcționale, cum ar fi dereglările de micțiune, strangurie (dureri la micțiune, preponderant în timpul nopții), piurie – prezența puroiului în urină, nicturie (urinare în timpul nopții), oligurie – micșorarea cantității de urină nictemirală, disurie – dereglări de micțiune, proteinurie etc. [3,12,16].

Cu toate că la moment sunt elucidate mecanismele de

aparitie și dezvoltare a infecțiilor tractului urogenital, sunt propuse și implementate noi metode și medicamente pentru tratamentul patologiilor tractului urogenital a acestor bolnavi și absența diminuării complicațiilor [9,10,12,13,14,15]. Unul din obiectivele fundamentale ale ocrotirii sănătății este diagnosticul preventiv, efectuat de medicul de familie, persoanelor care locuiesc în mediul rural al Moldovei [7,11].

Medicul de familie este primul lucrător medical care:

- Se întâlnește în primele clipe de viață a nou născutului, precum și cu întreaga familie, până la adânci bătrâneți [20].
- Prin eforturile sale, constituie principala verigă în combaterea și prevenirea bolilor.
- Acordă primul ajutor medical populației, indiferent de patologie (inclusiv urogenitală).
- În majoritatea absolută a lor, activează în localitățile rurale, unde asigurarea instituțiilor medicale cu aparatul necesar este dificilă. Diagnosticul precoce al afecțiunilor urogenitale, efectuat de medicul de familie, rămâne o problemă dificilă.

În literatura de specialitate lipsesc comunicări despre rolul medicului de familie în diagnosticarea precoce a unor maladii urogenitale.

Unele lucrări [3,5,11,12] se referă la semiologia afecțiunilor urogenitale și la metodele de diagnostic a proceselor patologice în sistemul urogenital.

Numai prin analiza minuțioasă a anamnezei se poate pune un diagnostic preventiv [7,11].

Comparativ cu medicii de altă specialitate, medicul de familie este cel care primul intră în contact cu bolnavul. Prin urmare, observațiile și sugestiile medicului de familie au o mare valoare nu numai diagnostică, dar și pentru tactica terapeutică [7]. Reieșind din cele spuse mai sus ne-am pus ca scop stabilirea celor mai frecvente și specifice (patognomonice) semne anamnestice ale afecțiunilor urogenitale.

Obiectivele studiului

1. Studiarea bibliografiei contemporane, în ce privește problema diagnosticului preventiv a patologiei urogenitale, având la bază semnele anamnestice (interogării) ale bolnavului.
2. Determinarea valorii semnelor anamnestice în stabilirea diagnosticului, elucidat de către medicul de familie.
3. Efectuarea examenului obiectiv în patologia urogenitală la persoanele mediului rural.
4. Efectuarea corelărilor dintre datele subiective și cele obiective, la bolnavii cu patologie tractului urogenital.
5. Elaborarea unei fișe medicale speciale de acumulare a datelor de examinare a pacienților cu afecțiuni urogenitale.

Material și metode

Toți pacienții au fost examinați în oficiile medicilor de familie, din 40 de sate ale Republicii Moldova, examenului subiectiv și obiectiv fiind supuși 1125 de pacienți. În procesul examinării au fost studiate fișele medicale de ambulator ale fiecărui pacient, datele anamnestice și interpretarea lor de către medicul de familie. Suplimentar a fost întocmită fișa medicală, în care au fost incluse următoarele întrebări:

- Datele de pașaport ale bolnavului.
 - Date despre profesie, locul de muncă, etc.
 - Date de anamneză și ale examenului obiectiv.
 - Datele investigațiilor de laborator și imagistice.
 - Consultațiile medicilor de diverse specialități.
- Datele obținute au fost prelucrate statistic și sunt veridice.

Rezultate și discuții

Tabelul 1

Repartizarea pacienților după vârstă și sex

N/d ord	Vârsta (ani)	Numărul de persoane	%	SEX			
				B		F	
				N de pers	%	N de pers	%
1	0-10	3	0,3	2	0,2	1	0,4
2	11-20	5	0,4	3	0,4	2	0,7
3	21-30	121	10,8	79	9,3	42	15,1
4	31-40	185	16,4	98	11,6	87	31,3
5	41-50	354	31,5	295	34,8	59	21,2
6	51-60	241	21,4	209	24,7	32	11,5
7	61-70	187	16,6	137	16,2	50	18,0
8	71-80	21	1,9	18	2,1	3	1,1
9	Peste 80 de ani	8	0,7	6	0,7	2	0,7
		1125	100	847	100	278	100

Datele prezentate în tabelul 1 demonstrează că majoritatea persoanelor examinate aveau vârsta între 21-70 de ani, ce constituie peste 95% de pacienți și numai 3% dintre persoanele examinate aveau vârsta diferită de cea menționată anterior. Bărbați examinați au fost în număr de 847 persoane, care reprezintă 75,3%, iar femeii – 278, ce prezintă 24,7%. O importanță deosebită în afecțiunile tractului urogenital îl au mulți factori, pe care îi vom analiza în continuare.

Tabelul 2

Repartizarea pacienților după profesie și sex

	Profesie	Cifre absolute		Bărbați		Femei	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	Lucrători ai fabricilor și uzinelor	70	6,2	49	5,8	21	7,6
2	Lucrători din agricultură	180	16,0	111	13,1	69	24,8
3	Lucrători ale altor întreprinderi	230	20,4	187	22,1	43	15,5
4	Pensionari	287	25,5	198	23,4	89	32,0
5	Funcționari ai instituțiilor de stat și private	171	15,2	153	18,1	18	6,5
6	Profesori	16	1,4	11	1,3	5	1,8
7	Șomeri	35	3,1	31	3,7	4	1,4
8	Studenti	18	1,6	11	1,3	7	2,5
9	Elevi	5	0,4	4	0,5	1	0,4
10	Invalizi	4	0,4	2	0,2	2	0,7
11	Lucrători medicali	6	0,5	3	0,4	3	1,1
12	Alte profesii	103	9,2	87	10,3	16	5,8
	Total	1125	100	847	100	278	100

Dintre persoanele examinate cei mai mulți au fost pensionari, în număr de 287 (25,5%), pe locul doi s-au situat lucrătorii din diverse întreprinderi – 230 de persoane (20,4%), iar pe locul trei se plasează lucrătorii din agricultură – 180 (16,0%). Datele tabelului 2 corespund și vin în concordanță cu datele din tabelul 1. Aceste rezultate reflectă atât starea socioeconomică a Republicii Moldova, cât și faptul că majoritatea patologiilor urogenitale se întâlnesc anume la aceste categorii de profesii.

Tabelul 3

Repartizarea pacienților după stagiul de muncă și sex

	Stagiul de muncă	Total		Sex			
				Bărbați		Femei	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	Până la 1 an	80	7,1	52	6,1	28	10,1
2	De la 1 la 3 ani	93	8,3	74	8,7	19	6,8
3	De la 3 la 5 ani	214	19,0	181	21,4	33	11,9
4	De la 5 la 10 ani	315	28,0	282	33,3	131	47,1
5	Mai mult de 10 ani	423	37,6	258	30,5	67	24,1
	Total	1125	100	847	100	278	100

Majoritatea persoanelor examinate aveau un stagiul de muncă de peste 3 ani (85%) (tabelul 3). Așadar, rezultatele pot fi considerate obiective și ne conving că afecțiunile respective s-au dezvoltat la pacienți ce aveau un stagiul de muncă peste trei ani.

Tabelul 4

Repartizarea pacienților după condițiile de trai și sex

	Condiții de trai	abs		Sex			
				Bărbați		Femei	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	Bune și foarte bune	183	16,3	86	10,2	97	34,9
2	Satisfăcătoare	852	75,7	679	80,2	173	62,2
3	Nesatisfăcătoare	85	7,6	77	9,1	8	2,9
4	Nu are apartament sau casă	5	0,4	5	0,6	0	0,0
	Total	1125	100	847	100	278	100

Majoritatea persoanelor examinate aveau condiții de trai bune, foarte bune și satisfăcătoare. Numai 0,4% dintre cei examinați nu aveau locuință personală, iar 7,6% persoane aveau condiții nesatisfăcătoare de trai (tabelul 4). Prin urmare condițiile de trai nu puteau influența negativ asupra apariției afecțiunilor urogenitale.

Tabelul 5

Repartizarea pacienților conform sexului și prezenței la locul de muncă a noxelor profesionale

	Noxe profesionale	Total		Sex			
				Bărbați		Femei	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	Temperatură ridicată	81	7,2	73	8,6	8	2,9
2	Temperatură scăzută	154	13,7	116	13,7	38	13,7
3	Umiditate	87	7,7	69	8,1	18	6,5
4	Curenții de aer	132	11,7	95	11,2	37	13,3
5	Praf	281	25,0	205	24,2	76	27,3
6	Zgomot	97	8,6	68	8,0	29	10,4
7	Substanțe chimice	128	11,4	101	11,9	27	9,7
8	Alcool	62	5,5	36	4,3	26	9,4
9	Fumat	53	4,7	48	5,7	5	1,8
10	Altele	50	4,4	36	4,3	14	5,0
	Total	1125	100	847	100	278	100

Cei mai frecvenți factori ai mediului ce ar fi putut influența asupra stării organelor urogenitale au fost: praful, temperatura scăzută, substanțele chimice, curenții de aer, fapt care trebuie luat în considerație de administrațiile întreprinderilor unde activează angajații, dar și de administrația locală precum și medicii de familie (tabelul 5).

Tabelul 6

Repartizarea pacienților după sex și timpul în care ei suportă simptomele afecțiunilor urogenitale

	Perioada în care persistă simptomele ale afecțiunilor urogenitale	Total		Bărbați		Femei	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	1-3 ani	272	24,2	209	24,7	63	22,7
2	4-5 ani	284	25,2	208	24,6	76	27,3
3	6-7 ani	178	15,8	125	14,8	53	19,1
4	8-10 ani	203	18,0	154	18,2	49	17,6
5	mai mult de 10 ani	188	16,7	151	17,8	37	13,3
	Total	1125	100	847	100	278	100

Datele prezentate în tabelul 6 ne confirmă faptul că bolnavii cu patologii urogenitale se adresează târziu la medic. Numai 50% dintre bolnavi se adresează la medic în primii 5 ani de la debutul bolii. Aceste rezultate trebuie să fie pe masa de lucru a medicilor de familie care trebuie să informeze regulat populația despre patologia urogenitală și să-i îndrume să se adreseze la timp la medic. E necesar ca medicii de familie, în comun cu autoritățile publice locale, să întreprindă măsuri pentru ridicarea nivelului de cultură generală și medicală a populației.

Tabelul 7

Repartizarea pacienților după caracterul durerii

	Denumirea durerii	Durerea și caracterul		Durerea			
				Acută		Surdă	
		abs	%	abs	%		
1	Permanentă	22	6,47	118	17,1		
2	Periodică	62	18,24	212	30,72		
3	În repaus	29	8,53	70	10,15		
4	La efort	227	66,76	290	42,03		
	Total	340	100	690	100		

Din totalul de 1125 de pacienți examinați, 1030 au prezentat dureri ca simptom subiectiv, constituind astfel 91,5%. Aceste date sunt foarte importante și ele facilitează stabilirea diagnosticului preventiv de patologie urogenitală, de către medicul de familie (tabelul 7).

Tabelul 8

Repartizarea pacienților după localizarea durerii și după caracterul ei

	Caracterul durerii Localizarea durerii	Durerea			
		Acută		Surdă	
		abs	%	abs	%
1	Lombară	167	49,12	293	42,47
2	Inghinală	128	37,64	207	30,00
3	Perineală	45	13,24	190	27,53
	Total	340	100	690	100

Din datele prezentate în tabelul 8 putem conchide că cel mai des durerea se localizează în regiunea lombară constituind 40,89% din total, pe când în regiunea inghinală – 29,78%, iar în cea perineală – 20,80%.

Se știe că durerea poate fi cauzată nu numai de patologia urogenitală. Astfel, durerea și localizarea ei trebuie diferențiate de durerea de altă origine decât cea din afecțiunile urogenitale. Durerea urogenitală se asociază întotdeauna cu semne de disfuncții ale aparatului urogenital și cu semne obiective și paraclinice ale acestor patologii.

Tabelul 9

Rezultatul examenului obiectiv la pacienții cu patologie urogenitală

	Semne obiective la pacienții examinați	abs	%
1	Edem periorbital și a membrilor inferioare	182	16,17
2	Fistule	28	2,48
3	Procedeul Obrazțov-Strajescu	36	3,2
4	Simptomul Pasternațchi	975	86,66
5	Manevra Giordani	860	76,44
6	Palparea bimanuală a vezicii urinare	327	29,06
7	Palparea bimanuală a prostatei	463	41,15
8	Percuția vezicii urinare	526	46,75
9	Reacția pacientului la palparea superficială a ureterului	320	28,44
10	Reacția pacientului la palparea profundă a ureterului	185	16,44

Simptomul Pasternațchi s-a depistat la 86,66%, iar manevra Giordani a fost pozitivă la 76,44%. Percuția vezicii urinare a prezentat rezultate pozitive pentru patologia urogenitală în cazul a 46,75% dintre pacienți. Examenul obiectiv, conform celor zece semne, a demonstrat că anamneza și examenul obiectiv al pacienților contribuie la stabilirea diagnosticului preventiv al patologiei urogenitale de către medicul de familie (tabelul 9).

Tabelul 10

Repartizarea pacienților după dereglări de micțiune

	Dereglări de micțiune	Numărul de bolnavi și procentul	
		abs	%
1	Frecvente mai mari de 3-5 ori în 24 de ore	193	17,15
2	Nicturie	185	16,44
3	Strangurie	45	4
4	Disurie	256	13,9
5	Incontinența de urină	142	26,8
6	Retenție de urină acută	67	5
7	Retenție de urină cronică	101	8,9
8	Piurie	11	1
9	Proteinurie	402	35,73
	Total dereglări	1402	

Din totalul de 1125 de pacienți, s-au depistat 1402 dereglări funcționale, fapt care poate fi explicat prin aceea, că unii bolnavi sufereau concomitent de mai multe dereglări funcționale. Totodată, cele depistate la acești bolnavi vin în susținerea ideii că medicul de familie este în stare să pună un diagnostic preventiv al patologiei urogenitale (tabelul 10).

Tabelul 11

Morbiditatea populației rurale prin afecțiuni ale tractului urogenital după sex

Nr	Afecțiunile tractului urogenital	abs	%
1.	Pielonefrită	361	29,40
2.	Cistită	223	19,80
3.	Malformații	136	12,08
4.	Hidrofernoză	42	3,73
5.	Balonopostită	3	0,35
6.	Varicocel	21	2,47
7.	Hidrocel	23	2,71
8.	Fimoză	22	2,59
9.	Criptorhidism	1	0,10
10.	Chist testicular	8	0,94
11.	Parafimoză	9	1,00
12.	Epispadie	4	0,47
13.	Orhiepididimită	3	0,35
14.	Adenom de prostată	113	13,30
15.	Prostatită	93	8,20
16.	Litiază	65	5,77
17.	Traumatism urogenital	49	4,35
18.	Hipertensiune renovasculară	37	3,28
19.	Colică renală	22	1,90
20.	Ptoză renală	20	1,80
21.	Incontinență de urină	142	12,62
22.	Corpi străini urogenitali	11	0,97
23.	Tumori maligne	2	0,17
24.	Tumori benigne	31	2,75
	Total	1305	

CONCLUZII

1. După analiza rezultatelor studiului am ajuns la concluzia că la baza diagnosticului corect și la timp ale patologiilor urogenitale stau datele anamnestice. Acest fapt este important, în primul rând, pentru medicul de familie, dat fiind că el este primul la care se adresează bolnavul. Totodată, medicul de familie nu are altă posibilitate de a confirma sau infirma concluziile sale preventive.

2. Datele preliminare ale studiului au arătat că persoanele cu patologii urogenitale se adresează târziu la medic, fapt ce trebuie conștientizat de către autoritățile publice locale ale satelor, pentru a lua măsuri în vederea ameliorării acestei situații. În primul rând trebuie ridicat nivelul de cultură generală

și medicală a populației în ceea ce privește patologia urogenitală.

3. Pentru prima dată în Republica Moldova, după studiile efectuate de profesorul Nicolae Testemițanu în 1971, s-a studiat morbiditatea preventivă urogenitală a populației din satele Republicii Moldova.

4. Dereglările funcționale, precum și datele obiective descrise la acești pacienți, confirmă faptul că medicul de familie este capabil de a pune un diagnostic preventiv la bolnavii cu patologii urogenitale.

5. Autoritățile publice locale, în comun cu medicul de familie, trebuie să utilizeze aceste date pentru a micșora nivelul de morbiditate a tractului urogenital a populației satelor Moldovei.

Bibliografie

1. Alper BS, and Curry SH. Urinary Tract Infection children. *Am Fam Physician*. 2005;72(12):2483-2487.
2. Bernic Jana, Curajos Boris, Dzero Vera etc. Malformațiile aparatului urinar la copii. Principii de diagnosticare și tratament. Recomandări metodice. Chișinău, 2012;39.
3. Ceban Emil, Banov Pavel, Golearschii Andrei, et al. Rolul preparatului Bior în tratamentul complex al adenomului de prostată. *Arta medica*. Ediție specială. 2011; 14-19.
4. Cepoida Petru, Lupașco Constantin, Tanase Adrian. Tratamentul antibacterian secvențial al infecțiilor uronefrotice. *Arta Medica*. Ediție specială. 2011;132-134.
5. De la Rossette, Alivizatos G, Modesbagher S, et al. Greidelines on Bening Prostatic Hyperplasia. *II European Association of Urology*. 2008; 60.
6. Dumbrăvianu Ion. Aspecte contemporane de diagnostic și tratament al prostatitei cronice. *Arta medica*. Ediție specială. 2011;38-41.
7. Gudumac Eva. Diagnosticul precoce al abdomenului acut chirurgical la copii. Instruirea specialiștilor pentru asistența medicală primară. Chișinău 2003; 312.
8. Moldovan Ion. Sindroame algice acute și tratamentul lor. *Curierul medical* 1999;4-6:60-61.
9. Oprea Andrei, Pitserschii Alexandru, Pleșco Sergiu, et al. Fosfomicin, trometamol, (monural 36) în tratamentul empiric al infecției urinare la femei. *Arta Medica*. 2011;45(2):123-125.
10. Platon Vasile, Lupașco Constantin, Boguș M. Pielonefrită acută. Etiologie. Corelații clinico-evolutive tratament. *Arta Medica*. 2011;2: 120-122.
11. Popa Vladimir. Rolul anamnezei în diagnosticul afecțiunilor. Recomandări metodice. Chișinău, 2011; 21.
12. Proca E. Cistită interstițială. *Revista română de urologie*. 2008;7(1-2):125.
13. Revenco N, Beniș S, Ciuntu A, et al. Factorii de risc, particularitățile clinice și diagnostice în infecții de tract urinar la sugaci. *Buletin de perinatologie*. 2013;58(2):33-38.
14. Schilling FD, Hulttgren SJ. Recent advance into the pathogenesis of reeurent urinary tract infections: the bladder as a reservoir for uropathogenic Eschirichia Coli: *Int J Antimicrob Agents*. 2002;14-47: 457-60.
15. Talan DA, Naber KG, Palouj, et al. Extendet-realease ciproloxacin for treatment of urinary tract infections. *Int Antimicrob*. 2004;23(supl.1):554-66.
16. Tanase Adrian. Urologie și nefrologie chirurgicală. Chișinău, 2005; 354.
17. Curajos Boris B, Petrovici B, Bernic J, et al. Determination of morphological changes of the kidneys in hydronephrosis in children by biopsy. *Scientific Aspects*. 2006;5: 52-55.
18. Loran OB, Sinyakova LA, Kosovo IV. The role of urogenital infections in the etiology of cystitis and uncomplicated pyelonephritis in women. *Urology*. 2006;2:76-79.
19. Ronald M. Kanner. *Secrets of the treatment of pain*. Moscow, 2006;400.
20. Savchenko NS. *Urology for a family doctor*. Minsk, 1991;238.
21. Tanaka E. *Urology and others by Donald Smith M. Practice*. 2005;278-317.
22. Testemițanu NA. Scientific substantiation elimination of significant differences in the level of health care to the urban and rural population on the experience of the MSSR. Author's abstract of the dissertation of the doctor of medical sciences Riga, 1971; 51.

Autor corespondent

Marcel Balagura, ma.bal@mail.ru, tel 069368454

УДК 616.348-006.5-007.272-089.168

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНОЙ С ПОЛНЫМ ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN A FEMALE PATIENT WITH COMPLETE SITUS VISCERUM INVERSUS

Полянский И.Ю., Андриец В.В., Шеремет М.И.

*Буковинский государственный медицинский университет
Кафедра хирургии (зав. – проф. И.Ю. Полянский)*

Резюме

Описанный клинический случай успешного лечения пациентки с хроническим калькулезным холециститом на фоне полной транспозиции внутренних органов, который является интересным не только в техническом аспекте, но и в контексте необходимости детального обследования пациентов для недопущения ошибок при установлении диагноза в нестандартных топографо-анатомических ситуациях.

Ключевые слова: транспозиция внутренних органов, хронический холецистит, лапароскопическая холецистэктомия.

Abstract

Described clinical case of successful treatment in patient with chronically calculous cholecystitis on the background of internal organs complete transposition is not only interesting in a technical aspect, but also useful in the context of the need for a detailed examination of the patients to avoid errors in correct diagnosis under unusual topographic circumstances.

Key words: transposition of internal organs, chronically cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy.

На протяжении последних 10-12 лет хронический калькулезный холецистит (ХКХ) имеет выраженную тенденцию к распространению среди взрослого населения и остается актуальной проблемой современной медицины. Так, распространенность ЖКБ (желчнокаменной болезни) в Украине в 2005 г. составила 590,7 на 100 тыс. взрослого населения, а темп прироста за 7 лет составил 79,2 % [1,2].

Долгое время основным хирургическим методом лечения ХКХ была традиционная лапаротомная холецистэктомия, которая в последние десятилетия вытеснилась видеоэндоскопическими вмешательствами. Достаточно широко в практику внедрена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая является основой хирургического лечения ХКХ [2,3]. Основными преимуществами ЛХЭ по сравнению с открытой - минимальная травма брюшной стенки, незначительная боль в послеоперационном периоде, короткий срок пребывания больного в стационаре после операции с последующей физической реабилитацией. Поэтому сейчас 75-95 % операций по поводу удаления желчного пузыря выполняются лапароскопическим методом.

Situs viscerum inversus - это довольно редкая аномалия зеркального расположения органов брюшной полости с частотой распространения в диапазоне от 1: 5000 до 1: 20 000. Такое расположение внутренних органов выявляют в одном наблюдении на 10 млн. родов [4,5].

Situs viscerum inversus наследуется по аутосомно - рецессивному типу. Хотя это не является патологией само по себе, но может быть связано с некоторыми аномалиями, преимущественно сердца, которые могут быть потенциально опасными для жизни [4,5].

При полном либо частичном обратном расположении внутренних органов (viscerum inversus totalis or partialis), органы брюшной полости расположены на противоположной стороне,

то есть, печень помещается слева, сердце - справа, селезенка справа и т.д. Сообщений о выполнении хирургических вмешательств, в частности, лапароскопических, у таких пациентов, по данным отечественных и зарубежных авторов, слишком мало [4,5,6,7].

Приводим собственное наблюдение.

Пациентка М., 37 лет, госпитализирована в хирургическое отделение 02.11.2011 в плановом порядке с диагнозом: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Situs viscerum inversus.

Больная жаловалась на тупую боль в левом подреберье, горечь и сухость во рту. В течение 2 лет периодически обращалась в лечебные учреждения по поводу приступов боли, которые устранялись консервативными средствами. Пациентка повышенного питания, хронические и аллергические заболевания отрицает. В анамнезе - операции по поводу острого аппендицита и разрыва кисты яичника.

Объективно: Состояние больной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Язык чистый, влажный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ясные, пульс - 68 уд, в 1 мин. АД 120 /80 мм. рт. ст. Живот обычной формы, несколько увеличен вследствие чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

По данным компьютерной томографии (КТ) - печень расположена слева, печеночные вены и желчные протоки не расширены. Желчный пузырь размерами 80 × 20 мм, в полости визуализируются конкременты диаметром 12 и 22 мм, которые дают четкую тень, стенка пузыря толщиной 4 мм, общий желчный проток не расширен, диаметром 6 мм. Поджелудочная железа расположена больше справа, крупнозернистая. Селезенка без патологических

изменений, расположена справа (рис. 1).



Рис. 1. Компьютерная томография органов брюшной полости. Печень и желчный пузырь находится в левом подреберье. Селезенка справа.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: сердце расположено справа, легкие без патологических изменений.

Гастродуоденофиброскопия: поверхностный гастрит.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ / л, Нб - 123 г / л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9$ / л, палочкоядерные - 7 %, сегментоядерные - 70 %, эозинофилы - 2%, моноциты - 5 % лимфоциты - 16%, СОЭ - 4 мм / час.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,3 ммоль / л, билирубин - 10,4 мкмоль / л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,018, рН - 5,5, белок - следы, сахар, билирубин - не обнаружены; эпителий плоский, лейкоциты 3 - 4 в поле зрения, эритроциты неизмененные 0 - 1 в поле зрения.

Диагноз: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Situs viscerum inversus.

04.11.2011 выполнена операция: Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование подпеченочного пространства.

Протокол операции № 1298 - П от 04.11.2011

Диагноз после операции: Хронический калькулезный холецистит. Situs viscerum inversus.

Под эндотрахеальным наркозом, после обработки операционного поля полукрытым методом через разрез над пупком в брюшинную полость введен троакар, инсуфлировано 6 л. CO₂. Введена видеокамера. При ревизии установлено полное зеркальное расположение органов брюшной полости. Под левым куполом диафрагмы - правая доля печени с желчным пузырем на нижней поверхности, селезенка размещена справа, через правый купол диафрагмы видно пульсацию сердца. Желудок расположен справа от срединной линии, ДПК - слева. В нижнем этаже брюшной полости - многочисленные спайки (в анамнезе - операция

по поводу острого аппендицита). Яичник слева визуализируется, несколько увеличен, справа - отсутствует (в анамнезе - удаление правых придатков). Через троакары заведены рабочие инструменты: I (10 мм) - под мечевидным отростком; II (5 мм) - в левом подреберии; III (5 мм) - в левой парастеральной области.

Техническими трудностями на этом этапе были необычность манипуляций: хирург, стоя справа от больного (обычная позиция - слева) должен вводить основные рабочие инструменты (зажимы, клипатор) через, расположенные зеркально от стандартной операции проколы, левой рукой, а вспомогательные - левой. Выделен d.cysticus, на который наложены 3 клипсы (рис. 2).

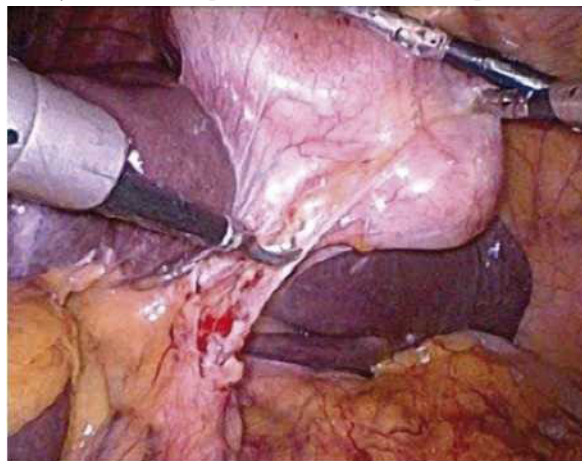


Рис. 2. Интраоперационное изображения печени и желчного пузыря, которые размещаются слева.

Между клипсами проток пересечен. Наложена клипса на пузырную артерию. С помощью коагулятора выделено желчный пузырь в пределах терминальной пластинки. Санация, коагуляция ложа пузыря, контроль гемо - и холестаза - сухо. Через боковой троакар к ложу желчного пузыря подведена дренажная трубка. Желчный пузырь в контейнере удален через разрез около пупка, который послойно зашит. Операционные раны ушиты. Йод. Ас. повязки.

Макропрепарат: Желчный пузырь 9x7см, стенки плотные, гипертрофированные, в полости пузыря густая темная желчь и 6 конкрементов диаметром от 0,5 до 1,5 см.

Оперировал: проф. Полянский И.Ю.

Ассистенты: доц. Андриец В.В., ас. Шеремет М.И.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 3-и сутки удалено дренажную трубку с левого подпеченочного пространства. На 5-е сутки больная выписана на амбулаторное лечение, на 7-е сутки сняты швы с операционной раны. Осмотрена через 1 месяц и через 2,5 года после выполнения оперативного вмешательства - состояние удовлетворительное, жалоб нет, работает по специальности.

Литература

1. Філіпов Ю.О., Скірда І.Ю., Петричук Л.М. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні, *Гастроентерологія: міжвід. зб.*, 2006. №37. С. 3-9.
2. Щербиніна М.Б., Бабєць М.І. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу в Україні. *Охорона здоров'я України*. 2008. № 1(29). С. 67-71.
3. Ничитайло М.Ю., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. К: Макком, 2006. 344 с.
4. Головацький А. С., Черкасов В. Г., Сапін М. Р., Парахін А. І. Анатомія людини. К.: Нова книга, 2007. Т. 2. 95 с.
5. Varano NR, Merkin RJ. Situs inversus: review of the literature. Report of four cases and analysis of the clinical implications. *J Int Coll Surg* 1991; 33: 131-5.
6. Takei HT, Maxwell JG, Clancy TV, Tinsley EA. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2: 171-6.
7. Nursal TZ, Baykal A, Iret D, Aran O. Laparoscopic cholecystectomy in patient with situs inversus totalis. *J. Laparoendosc Adv Surg Tech* 2001; 11: 239-41.