

ARTICOLE ORIGINALE

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ КРИОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

OPPORTUNITIES AND PROSPECTS OF CRYOSURGERY IN COMPLEX TREATMENT OF METASTATIC COLORECTAL CANCER

Реферат

Обобщен опыт лечения 179 больных колоректальным раком, у 119 из которых выявлены метастазы в печени. 24 больным выполнены резекции печени, криодеструкция метастазов – 95, в том числе лапароскопическая криодеструкция у 29.

Ключевые слова: криодеструкция, колоректальный рак, метастазы, печень.

Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов,
И.Е. Бородаев, А.А. Горбунов, И.В. Шарапов
Одесский областной медицинский центр,
Украина

Summary

The results of treatment of 179 patients with colorectal cancer have been generalized. Liver metastases have been revealed in 119 patients. Resection of liver was executed in 24 patients, cryodestruction of metastasis – in 95, including laparoscopic cryodestruction – in 29 patients.

Key words: cryodestruction, colorectal cancer, metastasis, liver.

Сложной и тревожной проблемой современной медицины является неуклонный рост числа онкологических заболеваний, среди которых рак прямой и ободочной кишки занимает второе место в структуре опухолей желудочно-кишечного тракта и составляет 14-15% всех раковых заболеваний. У каждого третьего онкологического больного, независимо от локализации первичной опухоли, выявляются метастазы в печени, а при локализации первичной опухоли в ободочной и прямой кишке и панкреатобилиарной зоне частота метастатического поражения печени еще выше [5].

Наличие метастатического поражения печени ставит под сомнение радикальность и целесообразность выполнения оперативного вмешательства. Расширение объема оперативного вмешательства за счет удаления метастазов в печени позволяет добиться приемлемого непосредственного результата и пролонгирования медианы жизни больных [2,4].

Развитие криохирургии способствовало разработке и внедрению новых методов лечения с использованием криогенного воздействия, как на первичный опухолевый узел, так и на метастазы опухоли в печени и других органах [1,3].

Цель исследования – улучшить отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения больных колоректальным раком, осложненным метастатическим поражением печени с использованием «открытой» и лапароскопической криодеструкции метастазов.

Материал и методы. За последние 5 лет в клинике проведено лечение 179 больным колоректальным раком, у 119 (66,5%) из них диагностировано метастатическое поражение печени, в том числе синхронное - у 79 (66,4%) и возникшее в отдаленные сроки после операции (от 4-х месяцев до 3-х лет) – у 40 больных (33,6%). Около трети больных поступили urgently с клиникой острой обтурационной кишечной непроходимости, кишечным кровотечением или перфорацией опухоли. Мужчин было 111 (62%), женщин – 68 (38,0%) в возрасте от 32 до 82 лет. Первичная опухоль локализовалась в слепой кишке у 18 больных, в восходящей - у 19, в поперечной ободочной – у 16, в нисходящей ободочной – 20, в сигмовидной – у 64, в прямой кишке – у 42.

Объем и вид оперативного вмешательства зависел от локализации опухоли и распространенности онкологического процесса. Больным выполнялись: брюшноанальная резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, передняя резекция прямой кишки, резекция поперечной ободочной и сигмовидной кишки, правосторонняя, левосторонняя гемиколэктомия с восстановлением непрерывности кишечника, в urgentных ситуациях - операция типа Гартмана с удалением опухоли по онкологическим принципам и формированием временной или постоянной колостомы.

79 больным колоректальным раком с синхронными метастазами в печени проведены комбинированные операции: хирургическое удаление метастазов сочеталось

с одновременным удалением первичной опухоли у 24 больных и криодеструкция метастазов с одновременным удалением первичной опухоли у 55 больных.

С целью подавления метастазов в печени выполняли атипичные резекции органа, левостороннюю или правостороннюю гемигепатэктомию. Атипичная резекция выполнена 10 больным, левосторонняя гемигепатэктомия у 8, правосторонняя – у 6-х. Одиночный метастаз удален у 6, два метастаза – у 5, три метастаза – у 6, четыре и больше метастазов – у 3 больных.

Для остановки кровотечения из паренхимы печени и предотвращения подтекания желчи поверхность печени после резекции и гемостаза укрывали клеевым препаратом «Тахокомб».

Альтернативой хирургическому удалению метастазов является криогенная их деструкция, которая выполнена 95 больным. Для криохирургического воздействия на метастатические поражения печени нами применяется установка «Криоэлектроника -4», в качестве криоагента – жидкий азот. Рабочий режим аппарата устанавливали согласно заданным параметрам [t (-) 186°C, давление – 2,5атм.], экспозиция – соответственно расчетной величины метастаза и его локализации, обычно равнялась 3 – 15 минут.

После мобилизации печени аппликатор соответствующего диаметра накладывали на поверхность метастаза, производили криодеструкцию с последующим отогревом зоны замораживания и повторной криодеструкцией, что позволяло получить более эффективный результат.

Из 40 больных, поступивших в клинику с наличием метастатических поражений печени, 29-и выполнена лапароскопическая криодеструкция их и 11 больным «открытая» криодеструкция во время реконструктивно-восстановительных операций после операции типа Гартмана.

Лапароскопическая криодеструкция выполнялась по следующей методике. После наложения портов производили лапароскопическую ревизию органов брюшной полости, разделяли сращения между печенью и окружающими органами, выявляли количество, размеры и локализацию метастазов, сопоставляя результаты с данными УЗИ и/или компьютерного исследования. Из отдельных портов в правом и левом подреберьях вводили специальный криозонд. Дальнейшее криохирургическое вмешательство производили в описанном выше рабочем режиме.

С целью улучшения отдаленных результатов лечения практически всем больным производили эндоваскулярную либо интраоперационную катетеризацию печеночной артерии для регионарной химиотерапии.

Интраоперационно вводили элоксатин (оксалиплатин) 25мг/м² + 5 – фторурацил 700 – 1200 мг/м² + кальция фолиант (лейковорин) 30мг/м², катетер закрывали «заглушкой» и выводили его через контрапертуру на переднюю брюшную стенку для повторного введения химиопрепаратов, который выполняли через 8-9 дней. Затем производили радикальную операцию на толстой кишке.

Результаты и их обсуждение

Из 179 больных в раннем послеоперационном периоде умерли 9 (5,0%), из них после плановых операций – 4

больных, после ургентных – 5. В группе больных (40) с метастатическим раком печени, перенесшим «открытую» или лапароскопическую криодеструкцию, умерших не было.

Отдаленные результаты лечения больных колоректальным раком с метастазами в печени оценены по продолжительности и качеству жизни, поскольку только отдаленный результат является достоверным критерием эффективности любого метода лечения.

Пяти больным колоректальным раком, осложненным метастазами в печень, лапароскопическую криодеструкцию производили дважды в течение 2-х лет, один больной оперирован трижды. Основной причиной смерти в отдаленном периоде у больных всех групп была генерализация онкопроцесса.

Заключение

1. В плановой хирургии наличие солитарных метастатических узлов в печени не является свидетельством неоперабельности. В такой ситуации считаем показанным удаление опухоли по онкологическим принципам с восстановлением непрерывности кишечника, удалением метастазов и проведением нео- и адьювантной регионарной химиотерапии.

2. В ургентной хирургии у больных с острой толстокишечной непроходимостью наличие метастазов не является предлогом для отказа от резекции толстой кишки с опухолью по онкологическим принципам, удалением метастазов в печени и адьювантной регионарной химиотерапией.

3. У больных, перенесших операции типа Гартмана, наличие изолированного метастатического поражения печени не является противопоказанием для восстановительного этапа хирургического лечения с подавлением метастазов и селективной химиотерапией.

4. Метод криодеструкции метастазов печени, особенно лапароскопический, имеет несомненные преимущества перед хирургическим удалением метастатических узлов, его целесообразно использовать в комплексном хирургическом лечении колоректального рака, а при единичных метастазах он может стать методом выбора с высокой степенью радикальности.

Литература

1. ЗАПОРОЖЧЕНКО БС, ШИШЛОВ ВИ, БОРОДАЕВ ИЕ, и др. Криодеструкция метастатического рака печени как возможная альтернатива резекционным методам // *Анналы хир. гепатологии*. – 2007. – т. 12, № 3. – С. 135.
2. ЗАПОРОЖЧЕНКО БС, ШИШЛОВ ВИ, ШАРАПОВ ИВ, и др. Криодеструкция метастазов печени // *Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії*. – 2007. – т. 7, вип. 1-2. – С. 119-121.
3. КОРПАН ММ. Криохірургія раку печінки та підшлункової залози в XXI сторіччі. Новизна та перспективи // *Клін. хірургія*. – 2006. – № 9 (додаток). – С. 121-123.
4. ДАЦЕНКО БМ, САНДОМИРСКИЙ БП, ТАММ ТИ, и др. Локальная криодеструкция печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – т.3, № 3. – С. 269.
5. ШАЛИМОВ СА, ЛИТВИНЕНКО АА. Криогенная деструкция метастатического поражения печени // *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина*. – 2001. – вип. 10. – С. 226 – 227.

OPERAȚII MINIM-INVAZIVE ÎN TRATAMENTUL INCONTINENȚEI URINARE DE EFORT LA FEMEIE: COLPOSUSPENSIA IVS

THE TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE RECCURENCY IN WOMEN USING MINI-INVAZIVE OPERATIONS: IVS URETHROPEXY

Rezumat

Obiectiv: Analiza fidelă a rezultatelor noastre preliminare după 4 ani de experiență cu această nouă procedură IVS (Intra-Vaginal Slingplasty), și comparată, în termeni de eficiență, avantaje, dezavantaje, complicații, cu datele din literatură. **Material și Metodă:** Am luat în studiu 69 de paciente operate în perioada Septembrie 2003 – Septembrie 2007 la Clinica Obstetrică Ginecologie Nr 1, Spitalul Universitar de Urgență Târgu-Mureș, la care s-a practicat operația IVS, și la care în 10 cazuri (14,5%), s-au asociat și alte procedee plastice concomitente. La majoritatea pacientelor (97%), s-a recurs la anestezie loco-regională. Vârsta medie a pacientelor a fost de 52 ani (cu limite între 33-79 ani). Ele prezentau IUE primară sau recidivată asociată sau nu cu un prolaps genital. Selectarea pacientelor s-a făcut pe baza anamnezei minuțioase preoperatorii, examenului clinic atent și pertinent și explorărilor urodinamice (atunci când s-a considerat necesar). Evaluarea postoperatorie a cazurilor s-a efectuat pe baza datelor subiective și a metodei chestionarelor, în perioada postoperatorie, la 6 luni, 1 an și respectiv 3 ani (acolo unde a fost posibil). Vindecarea a fost definită prin lipsa pierderilor urinare evaluate subiectiv, în timp ce eșecul a fost definit prin prezența subiectivă a scurgerilor urinare și prin necesitatea absorbantelor genitale. **Rezultate:** Perioada medie de follow-up a fost de 19 luni cu limite între 2-49 luni. Rata de vindecare subiectivă a fost de 79,7% (55 cazuri). Rata de ameliorare subiectivă a fost de 11,6% (8 cazuri), ce generează o rată globală de succes de 91,3% (63 cazuri). Rata complicațiilor a fost de 14,5% (10 cazuri) cu o pantă descendentă odată cu câștigarea în experiență. Dintre acestea 3 cazuri de perforații vezicale (4,3%) din care 2 au fost diagnosticate intraoperator, 1 caz (1,4%) de serom al spațiului Retzius, 2 cazuri (2,9%) de eroziune vaginală cu exteriorizarea protezei, 1 caz (1,4%) de obstrucție subvezicală, 1 caz (1,4%) de eroziune uretrală și 2 cazuri (2,9%) de imperiozitate micțională "de novo". Nu s-au înregistrat nici un caz de leziune nervoasă sau vasculară majoră, obstrucție subvezicală durabilă, sau infecții recurente ale tractului urinar. Durata medie a intervenției a fost de 20 min cu variabile între 5 și 115 min. Durata de spitalizare medie a fost de 5 zile cu limite între 2-16 zile. **Concluzii:** Tehnica se caracterizează prin simplitatea sa, durata scurtă operatorie cu toate consecințele sale benefice, posibilitatea realizării în anestezie locală, durata scurtă de spitalizare și de convalescență, rata mică a complicațiilor, eficacitate superioară în timp și nu în ultimul rând prin eficiența sa crescută în special în cazurile de IUE recidivate. Aceste rezultate evaluate după un recul mai lung pot contrabalansa costul relativ ridicat în România al dispozitivului IVS. Uretropexia IVS este o metodă promițătoare în tratamentul IUE.

Cuvinte cheie: incontinența urinară de efort, IVS, proteze și implanturi, polipropilenă.

C. R. Nicolau¹, D. Nicolescu², B. Szabo¹

¹ Clinica Obstetrică Ginecologie Nr 1, Spitalul Universitar de Urgență Târgu-Mureș

² Clinica de Urologie Târgu-Mureș

Summary

Objectives: Evaluation of preliminary results after 4 years of surgery experience using IVS (Intra-Vaginal Slingplasty) procedure, and comparing our findings with data from literature, in terms of efficiency, advantages, disadvantages, complications. **Material and**

Method: Our study includes 69 patients undergoing IVS procedure during the period of September 2003 - September 2007 in the Gynecological Department of the Regional Clinical Emergency Hospital in Târgu-Mureș. For 10 patients (14,5%) we associate other plastic simultaneous procedures. Most of them (97%) were operated under loco-regional anesthesia. The age range was from 33 to 79 (mean 52). The patients were admitted with primary or recurrent urinary stress incontinence associated or not with genital prolaps. The selection of the patients was based upon attentive preoperative anamnesis, serious clinical examination and urodynamics studies (when necessary). The postoperative evaluation of our cases was carried out based on subjective assessment of the outcome including an evaluation of quality of life questionnaires, completed at 6 months, 12 months and 3 years after surgery. The success was defined by the absence of urinary leakage evaluated subjectively and the failure defined by the presence of urinary leakage and by necessity of genital pads. **Results:** The mean follow-up period was 19 months (2-49 months). The subjective cure rate was 79,7% (55 cases). The subjective improvement rate was 11,6% (8 cases), which generates a global success rate of 91,3% (63 cases). Our rate of complications was 14,5%, with descending curve while acquiring surgical experience. These complications were: bladder perforation in 3 cases (4,3%), of which 2 were diagnosed intraoperatively, 1 case of seroma in the Retzius space (1,4%), 2 cases (2,9%) of vaginal erosions with prothese exteriorization, 1 case (1,4%) of urethral erosion and 2 cases (2,9%) of "de novo" urinary incontinence. We had no complications of nervous or major vascular lesions, no permanent urethral obstruction, and no urinary-tract recurrent infections. The mean operative time was 20 minutes (from 5 to 115 minutes) and the mean hospital stay was 5 days (from 2 to 16 days). **Conclusions:** The IVS procedure is defined by its simplicity, short operating time with all its benefits, the possibility of completing it under local anesthesia, short hospital stay and short convalescence, low complication rate, superior long period efficiency. And not in the least, by its superior efficiency in the cases of urinary incontinence recurrence. These results evaluated after a longer follow-up period can counterbalance the relative high cost of "IVS Tunneler" in Romania. The IVS urethropexy is a promising surgical procedure in the treatment of Stress Urinary Incontinence (SUI).

Key Words: Stress Urinary Incontinence, IVS, Prothese and implants, Polypropylene.

Introducere

Incontinența urinară de efort este o afecțiune privită întotdeauna ca un handicap important, cu consecințe destul de grave asupra vieții cotidiene a femeilor. Ea este definită ca o pierdere involuntară de urină prin uretră, în afara micțiunilor, rezultată din deficiența sistemului de închidere uretrală sau dintr-o disfuncție vezicală. Prevalența incontinenței urinare de efort la femeie este variabilă, cu valori cuprinse între 4 și 57% [1]. Tratamentul incontinenței urinare la femeie nu este decât o secvență din problematica terapeutică a unei patologii mult mai vaste, care se încadrează sub termenul de „tulburări de statică pelvină”.

La ora actuală există peste 200 de tehnici chirurgicale descrise în tratamentul incontinenței urinare, și aceasta pentru că nici una, în fond, nu este perfectă. Nu este ușor de a determina ecuația exactă dintre intervenție și pacient, pentru a obține eficacitatea maximă, durabilă și care să își asume minimum de risc posibil.

Principiul de bază constă în suspensia colului vezical și a uretrei proximale, nu pentru a le ascensiona în spatele simfizei în perioada de repaus, dar mai ales pentru a evita coborârea sau bascularea acestei regiuni în timpul eforturilor. Aceste elemente anatomice trebuie reintroduse în incinta presională abdominală, dar ele trebuie să rămână în această poziție în special cu ocazia eforturilor. Realizăm astfel o suspensie care este, de obicei, obținută prin utilizarea pereților vaginali, de unde și numele de colposuspensie.

Procedeele chirurgicale clasice de tratament al incontinenței urinare la femeie sunt asociate frecvent cu durere postoperatorie, cicatrici abdominale sau perineale, cu spitalizare prelungită și cu perioadă de refacere postoperatorie de asemenea prelungită.

La ora actuală, chirurgia pelvi-perineală este dominată de noile tehnici, care utilizează materialele sintetice și protezele în corecția incontinenței urinare la efort și, mai nou, a prolapsului genital.

În anul 1995 a fost descrisă, de către Petros și Ulmsten [14,15,22,23], o nouă procedură chirurgicală pentru această patologie, numită *Intravaginal Slingplasty*. Ea are la bază

principiile „teoriei integrale” și ale chirurgiei reparatorii fără tensiune, enunțate de către aceiași autori [13]. În centrul aspectelor complexe incluse în această teorie stă importanța ligamentelor pubo-uretrale și a mușchilor pubococcigieni în realizarea mecanismului de continență. De aici, ideea creării unui montaj chirurgical care să suplinească deficiențele acestor structuri astfel încât, în timpul eforturilor, colul vezical să rămână în poziția lui anterioară și să nu fie supus forțelor fibromusculare posterioare, care au rol în deschiderea colului și, deci, în incontinență.

Numită impropriu „Colposuspensie”, tehnica IVS (Intra-Vaginal Slingplasty), face parte din grupul operațiilor plastice minim-invazive în tratamentul Incontinenței Urinare de Efort la femeie. Realizată pe cale vaginală, cu ajutorul unui dispozitiv special, ea presupune plasarea retropubiană pe sub uretră, „în hamac”, a unei bandelele sintetice, neresorbabile, de polipropilenă multifilamentară. Aceasta induce o reacție inflamatorie minimă, generând o încapsulare gradată în țesutul fibros și crează un adevărat neoligament care susține și împiedică deplasarea uretrei mijlocii în timpul efortului de tuse. Ea rezonează uretra în situația ei anatomică și funcțională și oferă o suspensie fără tensiune, de unde și denumirea de *tension-free*.

Cîteva detalii de tehnică chirurgicală

Ea utilizează un dispozitiv medical numit „*IVS Tunneller*” de unică folosință, steril și livrat într-un kit special conceput (fig 1). El este alcătuit dintr-un **trocar** metalic, curbat la 90°. Trocarul curbat permite instrumentului să „ruleze” de-a lungul periostului retropubian, în timp ce partea posterioară (convexă) a sa împinge vezica la distanță de pube. Trocarul poate fi folosit, de asemenea, la sfârșitul intervenției, pentru introducerea sa în uretră, asigurând astfel ajustarea tensiunii bandelelei. Lungimea trocarului este astfel adaptată, încât poate fi folosit și la pacientele obeze.

Mânerul trocarului este confecționat din plastic și fixat de trocar. El are forma literei δ și asigură un control ferm, un balans fin, optim și o excelentă relaționare între vârful dispozitivului și mâna chirurgului. El este ergonomic, cu maniabilitate perfect adaptată la presiunea cu numai 2 degete în timpul inserției. Poziția orizontală a mânerului indică direcția de penetrare și, de fapt, direcția curburii trocarului.

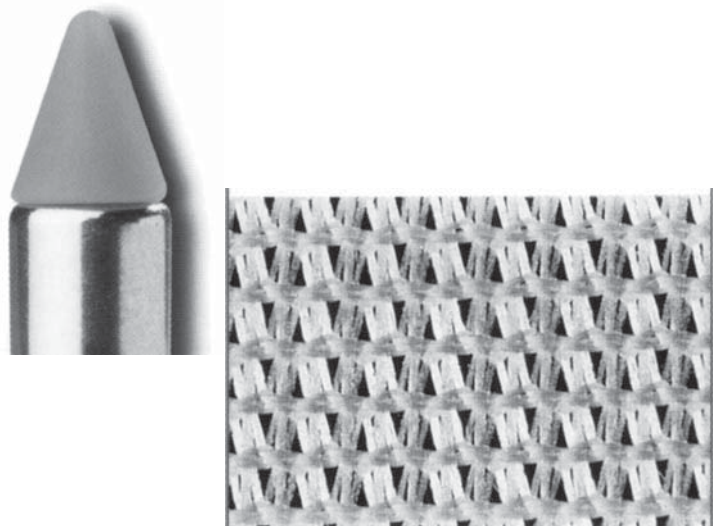
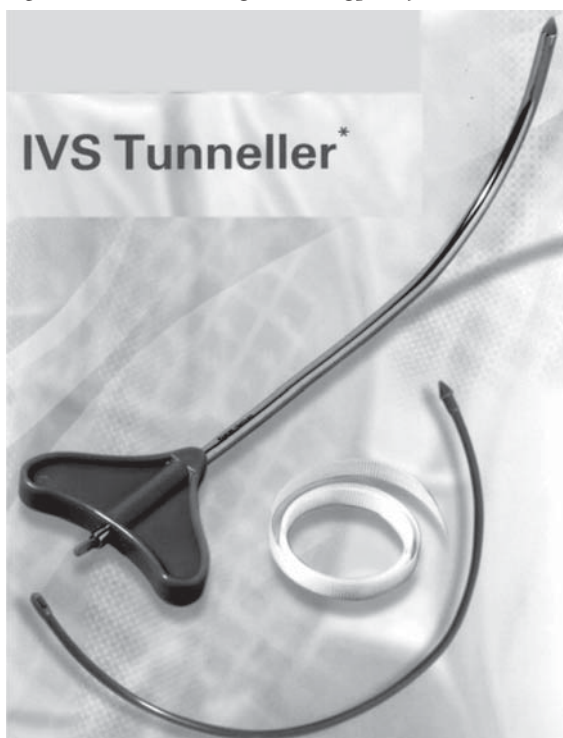


Fig. 1.

Trocarul prezintă un **mandren sau stilet** de plastic al cărui vârf este conic, atraumatic minimizând traumatismul tisular și asigurând universalitatea dispozitivului IVS. La capătul opus vârfului, mandrenul de plastic este mai lung decât trocarul și prevăzut cu o urechiușă de care se atașează bandelela de polipropilenă.

Banđeleta multifilament are o suprafață mare de contact cu țesutul și cu aderență excelentă. Are o elasticitate multidirecțională, pentru a evita deformarea sa în țesuturi, și este destul de suplă pentru o poziționare mai ușoară. Banđeleta este, de asemenea, suficient de lungă și pentru pacientele obeze. Instrument de greutate mică, oferă chirurgului un control tactil optim în timpul pasajului. Această banđeletă este neabsorbabilă, inertă și sterilă și este împletită din fir multifilament de polipropilenă (polimer din care sunt fabricate și firele de sutură). Filamentele de polipropilenă sunt astfel realizate încât, după aplicare, să producă un răspuns inflamator acut minim din partea țesuturilor și, în timp, structura poroasă a banđeletei să se încarce cu țesut fibros.

Dispozitivul este introdus printr-o incizie vaginală prealabilă și inserat de jos în sus prin țesuturile retropubiene pentru a ieși deasupra osului pubian. Cu ajutorul său se plasează banđeleta de polipropilenă multifilament în țesuturi, pentru a crea o „praștie” sau un *sling* care suspendă uretra mijlocie și creează un suport uretral fără tensiune (*tension-free*) (Fig 2). Banđeleta este poziționată la nivelul uretrei mijlocii și poziția ei este ajustată fără practicarea unei tensiuni din partea chirurgului.

Pacienta se poziționează pe masa de operație în poziție ginecologică sau în poziție de litotomie, expunând corect regiunea pubo-vaginală. Este necesar un sondaj urinar înainte efectuării oricărui gest chirurgical. La sfârșitul intervenției se lasă o sondă Foley în vezică timp de câteva ore sau chiar 24 de ore postoperator, după care se extrage sonda și se așteaptă micțiunea.

Procedura poate fi practică în **anestezie** locală, regională sau generală, în acord cu preferințele chirurgului. Anumiți chirurși preferă anestezia locală sau regională, astfel încât să se poată colabora cu pacienta și solicita, în momentul poziționării sau tracțiunii banđeletei, câteva eforturi de tuse pentru a

cuantifica tracțiunea exercitată asupra acesteia. Alții preferă anestezia generală, și în aceste cazuri manevrele de ajustare a tensiunii banđeletei se practică prin presiune transabdominală asupra vezicii urinare.

Material și metodă

Am luat în studiu 69 de paciente operate prin procedeul IVS în Clinica de Obstetrică-Ginecologie 1 din Târgu-Mureș în perioada septembrie 2003 – septembrie 2007. Tehnica IVS a fost asociată în 10 cazuri (14,5%) cu alte operații, din care 7 colpoplastii anterioare și/sau posterioare cu miorafia ridicătorilor anali, 1 amputație de col, 1 excizie de chist Bartholin și 1 excizie de tumoră labială.

Toate intervențiile au fost efectuate de către 3 medici ginecologi cu experiență în chirurgia plastică vaginală. Procedeul folosit este cel publicat și descris de autorii acestuia, Petros și Ulmsten.

Diagnosticul s-a pus pe baza anamnezei, care a fost condusă foarte atent pentru excluderea cazurilor de incontinență mixtă cu componentă de imperiozitate marcată.

Acolo unde s-a considerat necesar, și în special la pacientele în vârstă, s-a efectuat și un examen neurologic, pentru excluderea de sindroame neurologice cauzatoare de sindrom de vezică neurogenă.

Examenul clinic ginecologic a fost efectuat minuțios, incluzând manevrele Bonney, Jacquelin și testul ridicătorilor anali [4].

Examenul de urină preoperator a fost sistematic.

Explorările urodinamice s-au efectuat în 21 cazuri (30%), în special în cazurile recidivante sau de incontinență urinară stadiul 2 sau 3 sau pentru excluderea unei obstrucții subvezicale. Acestea au constat în uroflowmetrie și cistomanometrie. Nu am avut posibilitatea la noi în clinică să efectuăm sistematic la toate pacientele această explorare și nu s-a putut efectua profilul urodinamic static și dinamic din cauza dotării insuficiente a aparatului folosit.

Vârsta medie a pacientelor a fost de 52 de ani, cu limite între 33 și 79 de ani.

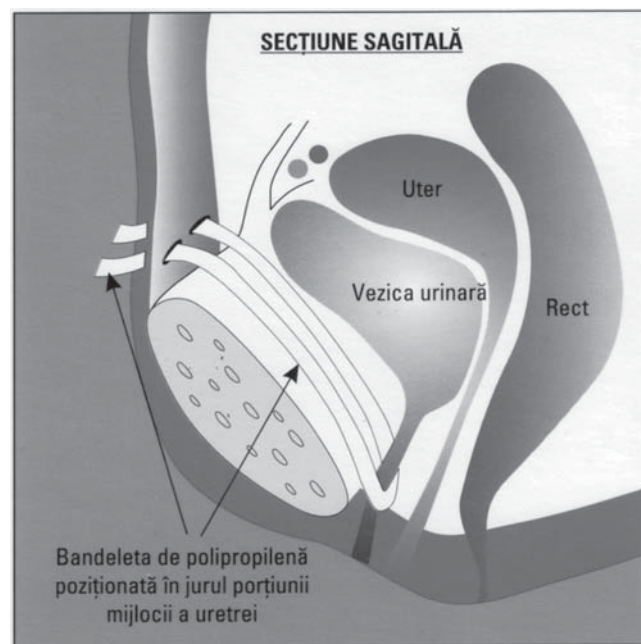
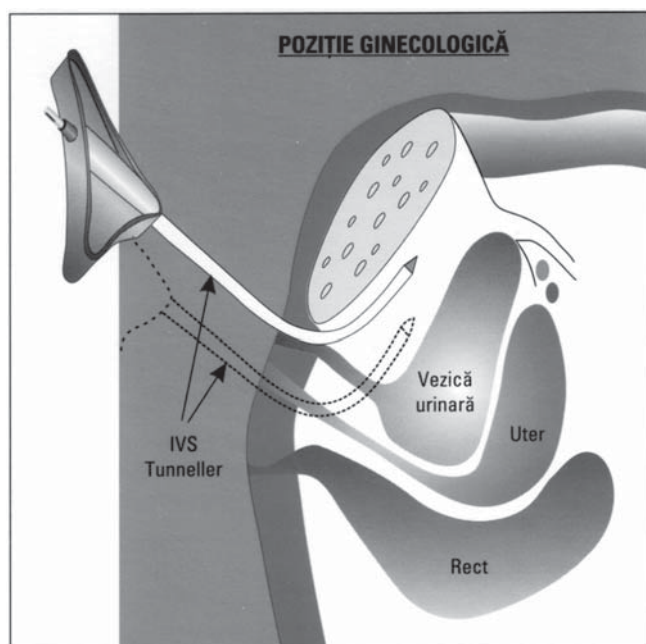


Fig. 2.

În ce privește statusul menstrual, 39 de cazuri au fost în menopauză (57%), iar 30 cazuri în activitate genitală (43%).

În ce privește paritatea, nu a existat nici o pacientă nulipară, 19 cazuri au fost primipare (27,5%), iar restul multipare 50 cazuri (72,5%).

Am clasificat gradul de incontinență urinară după cea descrisă de Ingemann-Sundberg în :

- gradul I – 12 cazuri (17,4%),
- gradul II – 41 de cazuri (59,4%) și
- gradul III – 16 cazuri (23,2%).

25 paciente au prezentat afecțiuni asociate (36,2%), din care 5 cazuri cu obezitate, 16 cazuri cu boli cardio-vasculare, 3 cazuri cu boli bronho-pulmonare și un caz cu diabet zaharat.

Prezența prolapsului, sub diferite forme, a fost relevantă în 48 de cazuri (69,5%), din care :

- 14 cazuri cu uretrocel izolat,
- 25 cazuri cu uretrocistocel,
- 11 cazuri cu cistocel +/- rectocel
- 3 cazuri cu rectocel izolat.

În lotul nostru au existat 15 cazuri cu incontinență urinară recidivată (22%), din care

1. paciente cu o recidivă - 9 cazuri (13%), toate cu plastie în antecedente,

2. paciente cu 2 recidive - 5 cazuri (7,2%), din care 4 cazuri cu câte 2 plastii și un caz cu plastie și operație Burch, și

3. paciente cu 3 recidive - 1 caz (1,4%) cu 2 plastii și o operație Burch.

Anesteziile practicate au fost după cum urmează: 62 anestezii epidurale (90%), 5 rahianestezii (7%) și 2 anestezii generale prin intubație oro-traheală (3%). Nu a existat nici o anestezie locală.

Antibioterapia preoperatorie s-a efectuat la toate cazurile. În 28 de cazuri (40,5%) ea a fost prelungită din diferite motive pe o perioadă mai mare de 3 zile.

Rezultate

Ele au fost evaluate subiectiv, pe baza metodei chestionarelor, utilizând chestionare cu 17 întrebări de bază incluse și în chestionarele existente în literatură.

Explorările urodinamice postoperatorii au fost efectuate în cazurile la care rezultatele subiective au fost mediocre.

Perioada medie de *follow-up* a fost de 19 luni, cu limite între 2 și 49 de luni.

Rata de vindecare subiectivă în cazul lotului nostru a fost de **79,7%** (55 cazuri), iar rata de ameliorare subiectivă a fost de **11,6%** (8 cazuri). Rata globală de succes calculată însumând cele două procente anterioare a fost de **91,3%** (63 cazuri).

La analiza chestionarelor 85,5% din pacientele operate ar indica această procedură unei rude sau prietene și 8,7% au răspuns prin ”nu știu”; numai 5,8% (4 paciente), s-au împotrivit acestui procedeu.

Rezultatele sunt subiective care pot fi considerate ușor superioare celor obiective.

Durata medie de spitalizare a fost de 5 zile, cu limite între 3 și 16 zile. Dacă excludem cazurile cu complicații intra- și postoperatorii precoce, durata medie de spitalizare a fost de 4 zile.

Durata medie de menținere a sondei vezicale a fost de 1,7 zile, cu variabile între 1 și 14 zile. Dacă excludem cazurile cu complicații intra- și postoperatorii precoce, durata medie de menținere a sondei vezicale este de 1,5 zile. A existat un singur

caz în care pacienta s-a externat cu sondă vezicală și care s-a extras ulterior, la 5 zile după externare. Nu s-a constatat nici un caz de obstrucție vezicală durabilă, care să necesite fie autocateterizări, fie sondaje vezicale prelungite.

Majoritatea pacientelor au beneficiat, în perioada postoperatorie, de un tratament antibiotic timp de 3 zile (80,5%). A existat un singur caz la care antibioterapia a fost menținută pe o perioadă prelungită din cauza unor infecții urinare recidivante. La această pacientă s-a diagnosticat ulterior o eroziune uretrală.

Durata medie a intervenției a fost de 40 de minute, cu variabile între 20 și 80 de minute, calculul efectuându-se din fișele anestezice, care includ și perioada de inducție.

Reeducarea postoperatorie a vezicii urinare s-a efectuat în 5 cazuri (7,2%).

Numărul total al **complicațiilor** a fost de 10 cazuri, reprezentând un procent de 14,5%. Toate s-au produs la prima serie de 34 de paciente. Următoarele 35 de paciente operate nu au mai prezentat complicații intra sau post operatorii.

Complicații intraoperatorii: 3 cazuri de **perforații vezicale** (4,3%), din care 2 au fost diagnosticate intraoperator.

În primul caz, perforația a fost realizată pe partea stângă a pacientei, recurgându-se secundar la un al doilea pasaj al trocarului, efectuat cu succes. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu menținerea sondei timp de 7 zile, pacienta rămânând continentă.

În cel de-al doilea caz perforația s-a produs pe aceeași parte, în 2 reprize, recurgându-se în final la o minilaparotomie Pfannenstiel pentru ghidajul trocarului, nerenunțându-se la procedura IVS. Evoluția a fost ulterior favorabilă, pacienta rămânând continentă.

Al 3-lea caz de perforație vezicală nu a fost diagnosticat intraoperator. Diagnosticul s-a pus postoperator, prin apariția hematuriei precoce. La examenul cistoscopic s-a pus în evidență aspectul de bandetă intravezicală transfixiantă și s-a practicat excizia cistoscopică a porțiunii vizibile intravezicale. Evoluția ulterioară a fost favorabilă, pacienta rămânând continentă până în ziua de azi.

În toate aceste perforații s-a recurs la un sondaj prelungit pe o perioadă variabilă între 5-9 zile. Nu s-au înregistrat complicații tardive secundare perforațiilor vezicale.

Nu s-au înregistrat alte complicații intraoperatorii, de tipul sângerărilor peroperatorii sau disecțiilor hemoragice care să necesite transfuzii sanguine, leziuni uretrale intraoperatorii, leziuni nervoase sau vasculare majore.

Complicații postoperatorii: a existat un caz (1,4%) de serom al spațiului Retzius, de 3 cm diametru, diagnosticat și drenat postoperator.

Am avut 2 cazuri (2,9%) de eroziune vaginală din care una cu exteriorizarea buclei inferioare a protezei, și care a necesitat excizia porțiunii sale suburetrale.

A existat un caz (1,4%) de obstrucție subvezicală cu important reziduu postmicțional. În primul timp (ziua 3-a post-op.) s-a tentat o relaxare a bandetei pe cale vaginală. La 6 luni postoperator a apărut o eroziune vaginală cu exteriorizarea protezei, pentru care s-a efectuat rezecția porțiunii sale suburetrale.

Am avut deasemenea 2 cazuri (2,9%) de imperiozitate micțională ”de novo” care au evoluat relativ bine sub tratament medicamentos (Oxibutinină - Driptane® sau solifenacină - Vesicare®).

În fine, a existat un caz (2,4%) de eroziune uretrală, care s-a manifestat prin disurie și infecții urinare recidivante. Inițial s-a tentat o dilatație uretrală, fără succes. Ulterior s-a efectuat rezecția parțială transuretrală a protezei. După persistența infecțiilor urinare recidivante s-a efectuat rezecția porțiunii suburetrale cu apariția recidivei de IU. În fine s-a decis ulterior reoperația practicându-se a 2-a procedură sling, procedeul TOT. Pacienta este continentă și în ziua de azi.

Din cele 7 complicații, 6 paciente au rămas continente după tratamentul acestora.

Discuții

Rata de succes obținută exprimă valori care sunt comparabile cu cele din literatură pentru procedurile IVS, respectiv între 80% și 96% [3,19,20,24,25], și ele sunt deasemenea comparabile cu cele publicate în literatură pentru operația Burch, respectiv 64-90%.

Indicația de bază este incontinența urinară de efort pură sau recidivată [16]. În studiul nostru, procedeul nu a fost aplicat la cazurile asociate cu prolaps genital important, deoarece tratamentul acestora presupune oricum o durată de spitalizare mai mare. Deci procedeul nu a fost asociat cu nici o histerectomie vaginală ci doar cu plastii vaginale simple.

Explorarea urodinamică preoperatorie nu s-a efectuat în studiul nostru decât într-un număr restrâns de cazuri, și nu considerăm aceasta un mare handicap, deoarece procedeul și-a dovedit eficacitatea și în cazurile de incontinență urinară mixtă [17], insuficiențe sfincteriene [18] sau incontinență urinară prin disfuncții neuropatice (numai la pacientele cu leziuni medulare care au funcție vezicală de stocare normală).

Durata medie a intervenției în studiul nostru este ușor superioară față de alte publicații însă a existat și în acest caz o curbă descendentă cu scurtarea dramatică a timpului operator odată cu creșterea experienței chirurgului. Actualmente, la noi în Clinică, o astfel de procedură nu durează mai mult de 15 min. Procedura are aplicabilitate foarte bună la pacientele obeze sau cele în vârstă.

În ce privește **complicațiile**, procentul nostru de perforații vezicale (4,3%) se încadrează în limitele descrise în literatură, de 3-10% [3,20,24,25].

Menționăm că primele 2 cazuri de perforații vezicale s-au produs la paciente cu antecedente de operație Burch. Antecedentele de operație Burch nu a reprezentat pentru noi o contraindicație absolută a procedurii, cu toate că din numeroase publicații reiese că el reprezintă un factor de risc al apariției complicațiilor intra- și postoperatorii. Leuret [7] prezintă 2 cazuri asemănătoare de perforații vezicale la paciente recidivate după Operații Burch. Kuuva și Nilsson [12] publică 6 perforații din care 4 cu antecedente de operații ale spațiului retropubian. Tamussino [20] afirmă că perforațiile vezicale sunt de 2 ori mai frecvente la pacientele care au avut în antecedente operații chirurgicale pentru incontinență urinară. Și Jeffrey [5] susține că rata perforațiilor vezicale la pacientele operate anterior este mult mai mare (38,5%) decât la pacientele fără intervenții chirurgicale în antecedente. Nu sunt convins că vom renunța la acest procedeu la pacientele cu antecedentele de operație Burch. Lotul nostru de paciente este totuși destul de restrâns pentru a concluziona negativ în această privință.

Referitor la eroziunile vaginale, procentul nostru (2,9%) este, de asemenea, comparabil cu cel din literatură în ce privește această complicație, cuprins între 0 și 4,4% [3,4,8,12].

Cele 2 cazuri cu eroziuni vaginale din cazuistica noastră, nu au putut fi rezolvate conservator din cauza exteriorizării buclei inferioare a protezei, și care în final a necesitat excizia porțiunii ei suburetrale. Nu credem, cum s-a menționat în câteva publicații din literatură, că bandelela multifilamentară de polipropilenă ar crește riscul eroziunilor vaginale, față de cea monofilamentară (TVT).

Dacă vorbim însă de eroziunile uretrale, procentul nostru (1,4%) este comparabil cu cel din literatură pentru această complicație (între 0-4,5%) [3,14,15,22]. În cazul nostru de eroziune uretrală submucoasă s-a tentat, în prima fază, rezecția parțială transuretrală cistoscopică a protezei care s-a dovedit a fi fără rezultat deoarece existau infecții urinare recidivante. În a doua etapă s-a recurs la rezecția porțiunii suburetrale a protezei care binențeles a dus la apariția recidivei de IU. În fine s-a decis în a 3-a etapă, cu riscurile de rigoare, reoperația practicându-se a 2-a procedură sling, procedeul TOT (intervenție efectuată într-o altă Clinică). Pacienta este continentă și în ziua de azi.

În ce privește hematoamele și seroamele spațiului Retzius procentul nostru (1,4%) este comparabil cu cele din literatură, cuprinse între 0,5 și 2,9% [3,4,19]. La cazul nostru drenajul s-a efectuat în ziua 5-a postoperator iar dimensiunea seromului nu a pus probleme deosebite de hemostază.

Dacă ne referim la retențiile urinare post-operatorii procentul nostru (1,4%) este de asemenea, comparabil cu cel din literatură, care variază între 2 și 6% [2,3,4,5,12,25]. La singurul caz al nostru s-a recurs relativ repede (ziua 3-a post-op.) la o relaxare a bandelelei pe cale vaginală care a avut imediat rezultat benefic dar a favorizat apariția unei eroziuni vaginale care s-a rezolvat favorabil așa cum s-a menționat mai sus. Anumiți autori optează pentru reintervenția imediată și rapidă cu secțiunea bandelelei, iar alții pentru sondaje și supraveghere, cu reintervenție chirurgicală secundară eventuală.

În fine am avut deasemenea 2 cazuri (2,9%) de imperiozitate micțională "de novo" care se încadrează în procentele publicate în literatură și care variază foarte mult între valorile de 2,3-29% [3,5,8]. În afară de cazurile unde aceste simptome sunt legate de o cauză organică evidentă (o leziune, o eroziune, un obstacol sau o patologie neurologică), nu cunoaștem cauza acestor imperiozități și a acestor polakiurii *de novo*. Ele de obicei, se ameliorează spontan sau cu un ușor tratament medicamentos. Putem stabili un tratament prin reeducare și/sau anticolinergice pe o perioadă variabilă în funcție de rezultat și de statusul cardiac al pacientelor.

Există, în studiul nostru o curbă descendentă a ratei tuturor complicațiilor odată cu câștigul în experiență al chirurgilor de unde și necesitatea dobândirii unei experiențe în acest gen de chirurgie precum și în rezolvarea corectă a tuturor complicațiilor.

Durata medie de spitalizare în studiul nostru este ușor superioară față de alte publicații însă am fost cuprinși mai ales la început de o ușoară inerție și am preferat urmărirea mai atentă a bolnavelor. La ora actuală pacientele se externează în prima sau cel mult a 2-a zi postoperator.

Costul procedurii

Costul dispozitivului IVS este ușor diferit de la o țară la alta. În România, el este livrat la un preț aproximativ de 376 Euro. Manca, în Marea Britanie în 2003 [10], Tierney, în Scoția în 2004 [18] și studiul francez ANAES în 2002 [1] analizează raportul cost-utilitate. Cu toate inconvenientele legate de costul

dispozitivului, costul final al procedurii este cu mult mai mic față de celelalte proceduri chirurgicale, în speță colposuspensia Burch, prin: posibilitatea efectuării procedurii în anestezie locală, durata scurtă a intervenției chirurgicale, condiții post-terapie chirurgicală minime și de scurtă durată, durata de spitalizare scurtă, durată medie de convalescență până la reîntoarcerea pacientei în mijlocul familiei și în câmpul muncii scurtă și complicații postoperatorii puține.

Concluzii

Procedeele "sling" par să devină la ora actuală „gold standardul” terapiei incontinenței urinare de efort. Tehnica chirurgicală IVS este un procedeu minim invaziv, ce se caracterizează prin simplitate, durată de spitalizare și convalescență scurtă, indicații largi: incontinențe urinare recidivante, incontinențe urinare mixte, insuficiențe sfincteriene, insuficiențe asociate cu cura prolapsului.

Complicațiile sunt relativ puține, și a căror rezolvare nu compromite rezultatele continenței. Eficiența procedurii este identică sau ușor superioară tehnicii Burch. Procedura oferă rezultate funcționale imediate, iar eficacitatea în timp a fost dovedită prin studii cu perioade lungi de *follow-up*, de până la 10 ani, adică o deteriorare foarte mică în timp a rezultatelor.

Aceste noi proceduri chirurgicale cu invazivitate minimă (TVT, IVS,) au cucerit în prezent întreaga lume medicală. Ele sunt și la ora actuală într-o permanentă ajustare și evoluție cu apariția variantelor și mai noi TOT, TVT-O [24].

Bibliografie

1. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) Evaluation du TVT (Tension-free Vaginal Tape) dans l'incontinence urinaire d'effort féminine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ;31 :687-91.
2. BUNYAVEJEHEVIN S, SANTINGAMKUN A. Case Report of Voiding Difficulty after Intravaginal Slingplasty (IVS) Procedure: The Emphasis of Pre-service Training. *J Med Assoc Thai* 2005;88(8):1120-2.
3. DEBODINANCE P, DELPORT P, ENGRAND JB, BOULOGNE M. Tension-free vaginal tape (TVT) in the treatment of urinary stress incontinence: 3 years experience involving 256 operations. *Europ J Obstet Gynecol* 2002;105(1):49-58.
4. JACQUETIN B. Utilisation du « TVT » dans la chirurgie de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ;29 :242-247.
5. JEFFRY L, DEVAL B, BIRSAN A, SORIANO D, DARAÏ E. Objective and subjective cure rates after tension-free vaginal tape for treatment of urinary incontinence. *Urology* 2001 ;58 :702-706.
6. KOBASHI KC, GOVIER FE. Management of vaginal erosion of polypropylene mesh slings. *J Urol* 2003 ;169 :2242-2243.
7. LEBRETT, LUGAGNE PM, HERVE JM, BARRE P, ORSONI JL, YONNEAU L, SAPORTA F, BOTTO H. Evaluation of tension-free vaginal tape procedure. Its safety and efficacy in the treatment of female stress urinary incontinence during the learning phase. *Eur Urol* 2001;40(5):543-7.
8. LEVIN I, GROUTZ A, GOLD R, PAUZNER D, LESSING JB, GORDON D. Surgical complications and medium-term outcome results of tension-free vaginal tape: a prospective study of 313 consecutive patients. *Neurourol Urodyn* 2004;23(1):7-9.
9. MADJAR S, TCHETGEN MB, VAN ANTWERP A, ABDELMALAK J, RACKLEY R. Urethral erosion of tension-free vaginal tape. *Urology* 2002;59(4):601.
10. MANCA A, SCULPHER MJ, WARD K, HILTON P. A cost – utility analysis of tension-free vaginal tape versus colposuspension for primary urodynamic stress incontinence. *BJOG* 2003 ; 110 :255-262.
11. MILLER EA, AMUNDSEN CL, TOH KL, FLYNN BJ, WEBSTER GD. Preoperative urodynamic evaluation may predict voiding dysfunction in women undergoing pubovaginal sling. *J Urol* 2003 ;169 :2234-2237.
12. NILSSON CG, KUUVA N, FALCONER C, RAZAPOUR M, ULMSTEN U. Long-term results of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelv Floor Dysfunction* 2001 ;12:5-8.
13. PAPA PETROS PE, ULMSTEN U. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1993;27(suppl 153):1-93.
14. PAPA PETROS PE. The intravaginal slingplasty operation, a minimally invasive technique for cure of urinary incontinence in the female. *Aust N Z Obstet Gynaecol* 1996;36(4):453-61.
15. PAPA PETROS PE. Medium-term Follow-up of the Intravaginal Slingplasty Operation Indicates Minimal Deterioration of Urinary Continence With Time. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1999;39(3):354-6.
16. RAZAPOUR M, ULMSTEN U. Tension-free vaginal tape (TVT) in women with recurrent stress urinary incontinence—a long-term follow-up. *Int Urogynecol J Pelv Floor Dysfunction* 2001;12 Suppl 2:S9-11.
17. RAZAPOUR M, ULMSTEN U. Tension-free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence—a long-term follow-up. *Int Urogynecol J Pelv Floor Dysfunction* 2001;12 Suppl 2:S15-18.
18. RAZAPOUR M, FALCONER C, ULMSTEN U. Tension-free vaginal tape (TVT) in stress incontinent women with intrinsic sphincter deficiency (ISD)—a long-term follow-up. *Int Urogynecol J Pelv Floor Dysfunction* 2001;12 Suppl 2:S12-14.
19. RICHARDSON PA. Re: The intravaginal slingplasty operation, a minimally invasive technique for cure of urinary incontinence in the female. *BAust N Z Obstet Gynaecol* 1997;37(4):485.
20. TAMUSSINO KF, HANZAL E, KÖLLE D, RALPH G, RISS PA. Tension-free Vaginal Tape Operation: Results of the Austrian Registry. *Obstet Gynecol* 2001;98(5 Pt 1):732-6.
21. TIERNEY JP, ROBINS JB, ANTHONY GS, BJORNSSON S, ORR G. A costed profile audit of the surgical management of female stress incontinence. *Scott Med J* 2004;49(4):133-6.
22. ULMSTEN U, JOHNSON P, PETROS P. Intravaginal slingplasty. *Zentralbl Gynakol* 1994;116:398-404.
23. ULMSTEN U, PETROS P. M. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1995;29(1):75-82.
24. VARDY MD, BRODMAN M, OLIVERA CK, ZHOU HS, FLISSER AJ, BERCIK RS. Anterior intravaginal slingplasty tunneller device for stress incontinence and posterior intravaginal slingplasty for apical vault prolapse: a 2-year prospective multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(1):104.e1-8.
25. WANG AC. The techniques of trocar insertion and intraoperative urethroscopy in tension-free vaginal taping: an experience of 600 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(3):293-8.

FACTORII SOCIALI AI MANAGEMENTULUI CALITĂȚII PRESTAT LA COPII SUB 5 ANI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

SOCIAL FACTORS OF MANAGEMENT QUALITY IN CHILDREN UNDER 5 YEARS IN THE REPUBLIC MOLDOVA

Rezumat

În lucrarea se prezintă rezultatele analizei privind aspectele factorilor social de risc ai managementului calității, prestat populației pediatrice sub 5 ani. Copii în perioada sub 5 ani sunt mai frecvent expuși factorilor de risc pentru viață, sănătate și dezvoltare integrală.

Din numărul total al populației – copii sub 5 ani alcătuiesc 5,07% (182 mii) de cazuri. În perioadă anului 2007 au fost născuți 37 973 copii; indicatorul: natalității - 10,6‰; mortalității infantile - 11,3‰; mortalității sub 5 ani (14,0‰). Examenul primar la copiii preșcolari prezentat de medicului de familie a depistat: retardul fizic - 25,8‰ de cazuri, acuitatea vizuală scăzută - 30,4‰ de cazuri, acuitatea auditivă scăzută - 4,7‰ de cazuri și deficitul vorbirii-20,5‰ de cazuri. Numai două treimi dintre copii sub 15 ani (68,9% de cazuri), locuiesc cu ambii părinții biologici, iar un copil din zece - „orfan social” - rămâne fără ambii părinții, care lucrează peste hotarele țării.

Alina FERDOHLEB

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„N. Testemițanu”, Catedra „Economie,
Management în medicină*

Summary

This paper is focused on the results of the analysis respecting the aspects of social risk factors of management quality in children under 5 years old. More frequently of risk factors of life, health and integral development are exposed

in children less than 5 years.

Children under 5 years have constituted of 5.07% (182 thousand) from the total amount of population. 37 973 of alive new-born were born in 2007. The indexes are: birth rate - 10.6‰; infant mortality - 11.3‰; mortality under 5 years - (14.0‰). The primary exam of children of school age is presented: physical retard - 25.8‰ cases, reduced keenness of sight - 30.4‰ cases, reduced keenness of hearing - 4.7‰ cases of speech defect - 20.5‰ cases. Only the 2/3 (68.9%) of children under 15 year resides with both parents, while one of ten children - “social orphan” resides with only one parent.

Introducere

Calitatea sistemului de sănătate apreciază independență de eficacitate și calitate a serviciilor prestate populației și rezultatele algoritmilor curative actuale. Dar nu întotdeauna, noi putem să așteptăm finalizarea activității curative, pentru aprecierea/evaluarea sarcinilor realizate [4]. Din această poziție, autorul dorește să prezinte „factorii sociali ai managementului calității” prestat populației pediatrice. După Henri Fayol, Management înseamnă prognozare – planificare, organizare – coordonare, motivare - monitorizare, evaluare – control.

Moldova a realizat succese considerabile în ceea ce privește indicatorii esențiali de sănătate, așa că rata mortalității infantile a scăzut cu 32% (de la 18 decese per 1000 nou-născuți în 2000, la aproximativ 12 decese per 1000 nou-născuți în 2006). Necătând la rezultatele obținute în lumina Obiectivelor de Dezvoltare a Mileniului, indicatorul mortalității infantile rămâne de două ori mai înalt față de media europeană [2].

Prioritatea politicii serviciului de sănătate la populația pediatrică constă în: fortificarea indicatorilor de sănătate, asigurarea posibilităților - șanselor egale în acordarea unor manopere curative, în instruirea privind modul sănătos de viață și adaptarea copiilor/adolescenților la mediul social [7]. Supervizarea proceselor de: creștere, îngrijire, dezvoltare și

educare a copiilor, în deosebi în perioada de vârstă timpurie, ocupă un loc central în preocupările medicilor de familie, managerilor din AMP, psihologilor, pediatriilor etc. Factori sociali ai managementului calității al serviciilor de sănătate este un domeniu relativ nou de investigație pentru Moldova, și sunt integrate în contextul prioritar politicilor medico-sociale prestat populației pediatrice. Sinteza și analiza acestei probleme a fost unul din argumentele pentru studiile susținute de organizațiile internaționale WB, OMS, UNICEF în Moldova, și care au evidențiat, au specificat, au argumentat riscul social al serviciilor de sănătate prestat copiilor în republica [6].

Migrația economică a populației din republică, cât și în țările post-comuniste, (conform unor estimări, numărul cetățenilor moldoveni care lucrează în străinătate este circa 367 mii) a generat un nou risc – abandonarea temporară sau definitivă a copiilor [7]. Astfel, conform unor calcule neoficiale, numărul copiilor abandonați de către cetățenii moldoveni, plecați la muncă în străinătate, atinge numărul de la 30 la 50 de mii. Aspectul cel mai grav al situației constă în faptul că mare parte din acești copii (conform unui studiu din 2007 juridic cca. 50%) scapă vizorului autorităților și pot deveni victime ale abuzului, exploatării și a traficului de ființe umane [7].

Actualitatea lucrării este axată pe faptul că majoritatea maladiilor suportate în copilăria timpurie au consecințe atât

precoce, cât și mai îndepărtate la adulți. Șapte ani de acasă pentru un copil constituie baza pentru toate celelalte reușite, inclusiv succesul unei comunități și al unei țări.

Analiza factorilor sociali pentru dezvoltarea integrală al copilului sub 5 ani, prezintă o importanță majoră, deoarece în această perioadă ea este direct dependentă de nivel de educație al familiei copilului. Cu regret, în Republica Moldova lipsește un studiu aprofundat al influenței riscurilor sociali - „după ușile închise” și al cazurilor de maltratare asupra sănătății copilului. Despre creșterea ratei comportamentului neglijat concluzionăm din sondaje și cercetările unilaterale sau din analiza generală a situației social-economice în țară. Nu este prevăzut un regulament sau un așa numit algoritm clinic la nivel de medicină de familie în privința depistării, diagnosticării a comportamentului de maltratare în familia cu copil de vârstă fragedă.

Sărăcia, în cazul acestor familii cu copii în vârstă timpurie, are mai multe aspecte: morbiditatea și mortalitatea crescută în cazurile evitabile; malnutriția, anemia fero-deficitară și hipotrofia congenitală; traumatismul, accidente și maltratarea față de copil. Toți acești factori subminează dezvoltarea adecvată, armonioasă a copilului în familia sa și totodată diminuează potențialul societății de a întrerupe ciclul sărăciei. Este important să menționăm că, în ultimele decenii s-au aprofundat diferențele dintre mediile de trai în regiunile urbane și cele rurale. Nu se înregistrează diferența dintre zonele rurale de: nord, centru și sud al Republicii Moldova.

Scopul lucrării constă în sinteza și analiza factorilor sociali prin prisma opiniilor lucrătorilor din asistență medicală primară pentru depistarea precoce a acestora la copilului sub 5 ani.

Pentru realizarea scopului trasat s-au propus următoarele obiective:

- ☞ studierea unei viziuni cuprinzătoare asupra serviciilor pediatrie prestate familiei cu copilul sub 5 ani;
- ☞ elaborarea unei viziuni cuprinzătoare asupra factorilor sociali a copilului în familie;
- ☞ relevarea factorilor sociali în serviciul pediatric și elaborarea recomandărilor privind fortificarea serviciului educație pentru sănătate familiei cu copilul, precum și a modelelor practice de implementare ale acestora.

Obiectul cercetării cuprinde populația pediatrică sub 5 ani cu factor social și care este deservită de lucrători medicali la nivel de medicină de familie.

Subiectul cercetării cuprinde specificul și particularitățile obiectului de studiu, precum și fortificarea serviciului pediatric în domeniul Educației pentru Sănătate, Promovarea Modulului Sănătos de Viață al familiei cu copil la nivel de asistență medicală primară.

Materiale, metodologia și metode cercetării

Cercetarea s-a bazat pe delimitarea obiectului de studiu al cercetării, interpretarea conceptelor, aplicarea metodelor și tehnicilor de cercetare, sistematizarea datelor obținute și analiza lor. S-a utilizat modelul liniar al cercetării, care s-a desfășurat după etapele documentare - ipoteză - operaționalizare - eșantionare - colectarea datelor - interpretare - validarea ipotezei. Au fost utilizate următoarele metode: istorică, sociologică, matematico-statistică, epidemiologică, focus-grup și interviu structural.

Pentru organizarea și efectuarea studiului s-au îndeplinit în mod consecutiv cele patru etape ale cercetării statistice: întocmirea programului și planului cercetării, determinarea eșantionului; efectuarea cercetării pe teren cu acumularea informației; prelucrarea informației (prin programa SPSS 12.0 și EXCEL); analizarea rezultatelor obținute, elaborarea concluziilor și recomandărilor.

La prima etapă a cercetării integrale, descriptive, prin metoda de selectare indirectă, a fost folosită informația: din date statistice ale Biroului Național de Statistică al RM. În continuare, prelucrarea informației oficiale medicale din „Anuarului statistic – Sănătate publică în Republica Moldova, anii 2003–2007”, care reflectă indicatorii demografice și rezultatele examenului profilactic primar al medicului de familie. A fost evaluată statistică medicală „Registrul de acordarea serviciului în Cabinetele Copilului Sănătos 083-u” și prezența „Regulamentului despre Cabinetul Copilului Sănătos – Anexa № 8 la ordin MS al RM nr. 225 din 23.09.1999.

La a doua etapă cercetării selective, sociologice, prin metoda de selectare directă, a fost colectată informația cu ajutorul chestionarului din 27 de întrebări (cu închise/semi-inchise), care au fost formulate în baza rezultatului metodei focus-grup [9]. Universul cercetării la metoda anchetării ar constituit - 227 medici de familie și 436 asistentele medicului de familie din AMP. La chestionare au participat lucrători de medicină de familie din 3 zone rurale al republicii: nord - Soroca, centru - Călărași și sud - Basarabeasca și un sector al municipiului Chișinău - „Râșcani”. Modalitatea de selecție la metodă focus grup a fost directă, care au fost coordonate de 3 experți. Cercetare sociologică prin metoda focus-grup: a organizat discuțiile pe subiectul, în opt grupuri de câte 10 -12 LM, care a durat circa 40 de minute; sugestiile și opiniile al lucrătorilor medicali au fost expuse în forma scrisă (metoda Delfi) și oral (brainstorm). Informația au fost audio-înregistrată, protocolizată și analizată de grupul științific.

Rezultate cercetării integrale

Aspecte demografice - din numărul total al populației în Republica Moldova 27,03% alcătuiesc copiii în vârstă sub 18 ani, din care 5,07% sunt copiii sub 5 ani. Din numărul total al populației pediatrie copii sub 5 ani alcătuiesc 18,75%(182 mii) de cazuri [1].

Numărul născuților-vii în anul 2007 a fost 37 973, rata natalității fiind de 10,6‰. Nivelul natalității în localitățile rurale se menține mai înalt decât în localități urbane, fiind respectiv 11,5‰ și 9,1‰. Mai mult de jumătate (51,4%) din numărul copiilor născuți-vii au fost băieți, înregistrând o rata 11,6‰. Mamele din mediul rural nasc la vârstă mai mică decât mamele din mediul urban, respectiv la 21,7 și 23,6 ani. Majoritatea copiilor-născuți revin mamelor din mediul rural (72,10%) din număr total de nou-născuților. De asemenea este important de menționat, că continuă să crească natalitatea extraconjugală: fiecare al patrulea copil s-a născut în afară căsătorii, din care 66,5% revin mediul rural.

Aspecte sociale: Din totalul gospodăriilor casnice în RM - 32,7% de cazuri s-au reprezentat familiile cu copii. Din acest număr, cu componența de câte un copil 59,0% cazuri, 32,4% cazuri familii cu doi copii și 8,6% cazuri familiile cu trei și mai mulți copii. Gospodăriile cu trei și mai mulți copii sunt caracteristice pentru mediul rural (11,9%), iar cele cu un singur copil sunt majoritatea în mediul urban (73,6%).

Rezultatele studiului Demografic și de Sănătate din Republica Moldova anului 2005 -DSH, confirmă că doar numai două treimi 68,9% din copii sub 15 ani locuiesc cu ambii părinți biologici; în timp ce numai 17,1% - copiii locuiesc cu mama, 4,9% din copii locuiesc cu tata și 7,4% - copiii locuiesc nici cu un din părinți, care sunt în viață, adică marea majoritate a lor sunt numiți „orfan social” cu părinți biologici în viață, dar care în mod voluntar au lăsat copii în grija altora. La fel este important de menționat, că în localități rurale mai înaltă rata copiilor, care locuiesc fără părinți. Cu cât copilul este mai mare după vârstă

cu atât are mai multe șanse să fie îngrijit nu de părinți biologici (cu 13,95% mai des diferență dintre copiii din perioadă de vârstă infantilă respectiv și perioadă de vârstă sub 5 ani).

Studiul "Situția copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației" din anul 2006 care fost realizat de CIDDC, UNICEF - Moldova și a evidențiat, că 40% tați și 30% mame care au emigrat, au părăsit țara [2]. Studiul releva că 30% dintre mamele copiilor au plecat în Italia și circa 20% au plecat în Rusia. Tot în Rusia este plecat și fiecare al doilea tată. În recomandări s-a specificat [6], că majoritatea copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare au o situație materială mai bună. Dar de cele mai multe ori ei se izolează de societate, pentru că se simt mai puțin protejați și că găsesc cu dificultate un consilier, o persoană de încredere. Acești copii devin mai vulnerabili față de maladiile tradiționale perioadei de copilărie, de „maladii noi” (copilul bătut, omucidere, sinucidere), care au ca consecințele precoce și totodată mai îndepărtate de viața unui adult. „Maladiile noi” au reprezentat schimbarea în înțelegerea impactului dintre medicul și părinții în sănătatea copilului. Participarea medicului de familie în problemele psihosociale ale familiei poate juca un rol important în dezvoltarea copilului.

Aspecte medicale - În anul 2007 au decedat 428 copii în vârstă sub un an, indicele mortalității infantile constituie 11,3‰ (12 luni 2006 - 11,8‰). În staționare, pe parcursul a 12 luni ale anului 2007, au decedat 327 copii sub un an (76,4%), iar în condiții de domiciliu 85 copii (19,9%). În structura mortalității infantile după principalele cauze de deces pe primul loc se plasează afecțiunile perioadei perinatale, care constituie 35,1% (12 luni 2006 - 33,3%). Malformațiile congenitale ocupa locul doi alcătuind 25,2% (12 luni 2006 - 30,3%). Pe locul trei în structura cauzelor mortalității copiilor în vârstă de până la un an se regăsesc bolile aparatului respirator cu 15,7% (12 luni 2006 - 18,3%).

În același timp în Republică au decedat 532 copii în vârstă de 0-5 ani, iar în anul 2006 - 527 copii. Indicele mortalității constituie 14,0‰ și au manifestat o tendință de descreștere și au constituit față de 20,3‰ în 2001. În anul 2007 pe 12 luni la domiciliu au decedat copii în vârstă 0-4 ani în număr de 129 ceea ce constituie 24,2%, în același timp în 2006 au fost înregistrate 113 decese sau 21,4%. Pe mediul de reședință rata mortalității la copiii sub 5 ani rămâne mai mare în mediul rural respectiv.

Conform datelor Centrului Științifico-practic Sănătatea Publică și Management Sanitar pe anul 2007: primul loc îl ocupă (28,5%) după cauzele de deces la copiii sub 5 ani ocupă malformațiile congenitale, pe locul II (17,1%) - maladiile aparatului respirator și pe locul III (12,7%) - traume și otrăviri.

Totodată este important de subliniat că, conform rezultatelor examinărilor profilactice din anul 2007 la copiii 1-5 ani sa depistat 25,8‰ cazuri cu retardul fizic (respectiv rural/urban 29,9‰ și 7,9‰); cu acuitatea vizuală scăzută - 30,4‰ cazuri (respectiv rural/urban 28,7‰ și 37,7‰); cu acuitatea auditivă scăzută - 4,7‰ cazuri (respectiv rural/urban 4,7‰ și 4,8‰).

Rezultate cercetării selective

Organizarea și conducerea focus-grupului presupune, în general, aceleași principii și generează aceleași probleme ca și interviul de tip clasic. Diferența majoră constă, desigur, în faptul că, în primul caz, există întrebări formulate din timp, ceea ce angajează unele cerințe în plus față de interviul de grup nestructurat [8].

Pentru focus grupurile, organizate în cadrul cercetării noastre, a fost elaborat un ghid de moderare, care conține un număr restrâns de întrebări. Întrebările au fost alese și formulate

în așa fel, încât să acopere cât mai deplin tema pusă în discuție. Întrebările au fost divizate în patru capitole bine definite:

1. generalități ale asistenței medicale primare (problemele majore cu care se confruntă medicii de familie);

2. opiniile privind familiile cu copii cu riscul social, care sunt prezentate în tabel 1. (servicii de supervizare tradițională și alternativă, serviciile oferite de structurile statale, neguvernamentale și private);

3. reforme și programe naționale în serviciul pediatric (CIMC și indicatorul de impact, proces, rezultat; CNAM și indicatorii calității);

4. rezumat (revitalizare serviciului Educație pentru Sănătate în Cabinetele Copilului sănătos).

În cadrul studiului lucrătorii serviciului medicinei de familie au confirmat că vârsta fragedă a copilului este cea mai vulnerabilă etapă vitală pentru supraviețuire și asigurarea unei sănătăți ulterioare. Măsurile de prevenție și tratament la copii sunt mult mai ușor de realizat și nu implică costuri mai mari [3].

Studiul ne-a prezentat că în AMP lucrează medici și asistente cu experiență profesională mare și cu o dorință de schimbă și de îmbunătăți integral Asistența Medicală Primară din sector. Analiza datelor generale al medicilor de familie a arătat, că vârstă medie în localitățile rurale este 48,89 ± 1,02 ani; în localitățile urbane este 42,67 ± 0,87 ani. Și în continuare, analiza datelor generale al asistentelor medicului de familie au arătat, că vârstă medie în localitățile rurale este 44,41 ± 0,51 ani; în localitățile urbane este 42,17 ± 1,12 ani.

Stagiul medical în medie pentru medici din localitățile rurale este de 23,50 ± 1,21 ani și corespunzător urbane 17,74 ± 0,86 ani. Analiza pentru stagiul medical în medie pentru asistentele medicului de familie din localitățile rurale este de 22,70 ± 0,96 ani și corespunzător urbane 22,30 ± 1,06 ani. Sinteza și analiza altor datelor privind resursele umane din asistența primară ne confirmă migrația și inabilitate dintre lucrătorii medicali. La fel este important de menționat că dacă în localitățile urbane sunt încadrați în serviciul persoane după rezidențiatul de 3 ani în medicină de familie cca. 14,56%, în localitățile rurale sunt doar 1,61% de cazuri. Totodată în serviciul de asistență primară în localitățile rurale sunt încadrați 5,17% de lucrători după re-specializarea de bază (stomatolog, obstetrician, etc.).

În marea majoritate a lucrătorilor medicali (82%) s-a adevărit că succesul în dezvoltarea armonioasă al copilului depinde de părinți. Doua treimi (62%) din LM sunt de părerea că „părinți mai buni” sunt cei care nu neglijează lecțiile de instruire în perioadă prenatală și postnatală din partea lucrătorilor medicali și de care depinde „copilăria fără riscuri”.

Este important de menționat că, sectorul care are în echipă 2 asistente medicale, instruirea privind EpS al familiilor cu copii este mai eficientă. Totodată în sectoarele/secțiile medicale unde activează un medic de familie (sau are doar o singură asistentă medicală), serviciul informativ-educativ cu familiile poartă caracter de regulă formal. În sectoarele unde lucrează un singur medic fără asistentele medicului de familie nu numai că documentația medicală nu se completează calitativ (privind instruirii părinților și etc.), dar lasă de dorit și informații privind Educație pentru Sănătate.

Două treimi dintre lucrătorii medicali lucrează în AMP mai mult de 20 de ani într-un sector anumit. Din acest aspect sunt prețioase sugestiile lor privind cele mai efective metode de instruire a familiilor „copilărie fără risc”.

Foarte des în timpul activităților serviciului Educației pentru Sănătate apar întrebări la părinții din domeniul psihologiei, pedagogiei sau bazelor juridice. Mai mult de trei pătrimi (77%) ai

Scor factorilor de risc la populația pediatrică sub 5 ani prezentat de serviciul asistenței primare – pediatrice în baza examenului de rutină

Factor de risc social	1	părinte cu vârsta sub / 18 ani	
	2	părinte cu studiile sub / de 9 clase	
	3	părinte elev/a, student/a	
	4	părinte cu starea civilă: mama celibatară, concubinaj	
	5	părinte cu criza în starea civilă: divorț, văduv/ă	
	6	părinte în starea psiho - emoțională depravată	
	7	părinte cu criza în carieră: șomaj, locul de muncă instabil, stres profesional	
	8	familia în starea economică redusă (sărăcie)	
	9	familia închirierea locuinței pe scurtă durată (lipsa de locuință permanentă)	
	10	mama/părinți plecați la lucru peste hotare mai mult de 6 luni	
	11	nașterea neprogramată, copil nedorit	
	12	familia cu mulți copii, copii gemeni	
	13	antecedentele de violență față de alți membri de familie - maturi (comportamentul abuziv și neglijent – CAN)	
	14	antecedentele de traumatism, accidente, combustii la alți copii de familie	
	15	părinte/alți membri de familie au maladie cu prognoza negativă / invaliditatea	
	16	părinte are maladie psihică (confirmată de specialist)	
	Factor de risc medical	17	părinte cu abuz de alcool
		18	părinte cu abuzul de droguri
19		copil cu dizabilități, maladie cu prognoză negativă (cu grupă de invaliditate)	
20		copil cu grupa de sănătate III, IV, V	
21		copil cu deficitul de masă corporală la naștere sau de 7 luni	
22		copil cu deficiențe nutriționale – Hipotrafie	
23		anemie fierodificitară și alte	
24		Rahitism	

lucrătorilor medicali confirmă importanța implicării în instruire a unui psiholog și unui lucrător social nu numai la familiile cu risc social. Serviciul EpS la familiile cu copii necesită să fie integral prevăzut, planificat în standardele de supervizare a populației pediatrice din parte MS al RM și CNAM.

S-au propus că în perioadă efectuării examenelor de bilanț, familie să fie consultată și de specialiștii sus numiți. Standardele din practica mondială în domeniul pediatric ne demonstrează că acest fapt este destul de eficient [3].

Asistentele medicale au propus revitalizarea sistemului de patronaj cu introducerea statului de asistentă medicală de patronaj, care să se ocupe numai de asistența persoanelor sănătoase. Medicii au fost mai reținuți față de această propunere, menționând, că asistentele medicale nu vor fi sub supravegherea directă a medicului. Ei au propus că ar fi mai util dacă fiecare sector ar avea 2 asistente medicale (una pentru asistența copilului și alta pentru asistența adulților) și un medic. Dar atât asistentele medicale, cât și medicii, menționează, că aceste propuneri sunt nerezale la momentul actual.

De asemenea este important de prezentat că, la întrebările semideschise în chestionar medicii ca și asistentele medicale au propus sugestii de optimizare, care deja se practică în țările UE:

- încurajarea familiilor cu copii din gr I de sănătate și cu copii practic sănătoși prin diferite metode economice (prezentarea literaturii pentru copil, jucării pentru copil, scrisori la serviciul părintelui...);
- încurajarea familiilor la fel disciplinați privind calendarul imunologic al copilului, disciplinați în supraveghere lunară, alimentația naturală până la un an și mai mult;
- încurajarea familiilor în care nu au fost des bolnavi copii – ca un semn al îngrijirii corecte, adecvate vârstei .

Este important de menționat că, LM a sugerat revederea statelor și orelor de lucru în Cabinetul Copilului Sănătos. A fost propus schimbarea orelor de lucru la acest serviciu: timpul accesibil pentru părinții care lucrează (exemplu la week-end), în zilele care mai mult convin părinților sau zilele de imunizare.

S-a propus promovarea formelor de educație ca formale, la fel și non-formale. Una dintre metode poate fi „peer-training”, de la părinți care promovează modul sănătos în familie și care să participe cu experiență-practică personală în Cabinetul Copilului Sănătos. LM au subliniat că educația non-formală la trening va ajuta la identificarea problemelor de moment, caracteristice pentru localitatea dată. Mai mult de două treimi dintre lucrătorii medicali au sugerat elaborarea /revederea tematici de instruire pentru familii cu copii de vârstă 2,5 – 3,0; 3,0 – 3,5; 3,5- 4,0; 4,0-4,5; 4,5-5 ani: specializată și nu generalizată.

La fel de important este implementarea metodelor contemporane în serviciul EpS, de exemplu instalarea în holul Centrului Medicului de Familie tehnică audio-video sau monitoare, care să prezinte părinților spoturi de informare, instruire, educare privind: semnele de pericol pentru viață, sănătate, dezvoltare; avantajele alimentației exclusive naturale și introducerea complimentului la timp; stimularea dezvoltării timpurii; avantajele imunizării; traumatismul și accidentelor printre copii de vârstă preșcolară.

În finale prin focus-grup a creat, a precizat un model de screening al depistării și stabilirii primare la copii sub 5 ani a prezenței de risc social. Acest model de screening este necesar de aplicat la fiecare copil în timpul examenului de bilanț la 3 zile după maternitate, 6 luni, 12 luni, 3 ani, înainte de școala. În caz dacă la lucrător de familie apar unele suspiciuni la prezenta riscurilor, istoricul al acest copil vor trebuie de prezentat

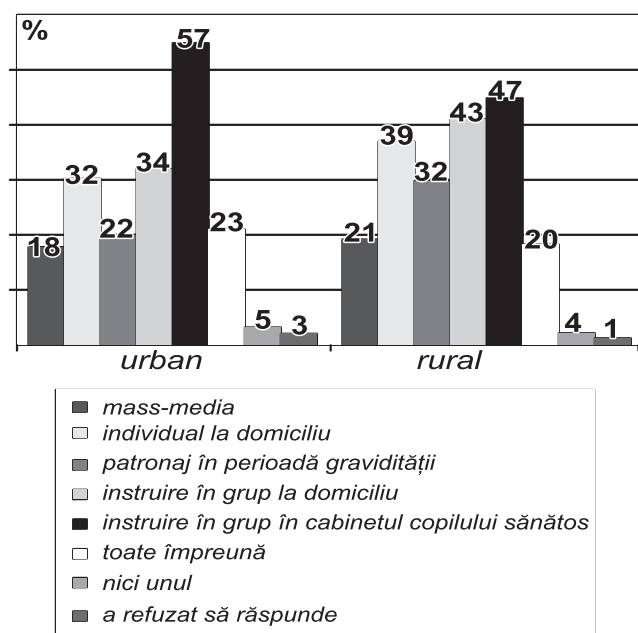


Fig. 1. Repartizare opiniilor LM privind cei mai efective metode de instruire familiilor sub 5 ani, în dependență de zonă rural / urban

managerului AMP și posibil în continuare la departamentul de protecție socială pentru elaborare planul individual de supervizarea, de conduită în caz de maladie.

Aranjamentul îmbunătățirii serviciul primar de sănătate au fost axat pe două concepte: primul – „Standardul de Supervizare copilului sub 5 ani, în afară vizitelor Medicului de Familie”; și a doilea „Carnetul de Dezvoltare a Copilului Sănătos F-112/e” și „Ghidul pentru părinți – Copilul Nostru”, care este distribuit la părinți și îngrijitorii principali ai copilului.

Discuții în baza cercetării

Managementul Calității (MC) prezintă unul din componentele Managementului în Serviciile de Sănătate, cu scopul de deservire a populației pediatrice și dese ori prezintă calitatea în domeniul proceselor și calitate în domeniul rezultatului final. Totodată sub MC se înțelege activitate practică, care afectează calitate serviciilor la diferite nivele ale structurii[4]. De obicei decizia programată trebuie să fie executată după analiză detaliată a datelor, informațiilor corespunzătoare privind activitatea instituției medicale.

Activitatea profesională a medicilor de familie are legătură cu factorii sociali, anume de aceea este foarte important de apreciat adecvat riscurile și de organizat, coordonat serviciul, cu scopul realizării rezultatelor mai efective pe piața serviciilor medicale. În condiții economice de piață, serviciul de sănătate este nevoit să implementeze tehnologii efectiv-rentabile, manopere, metodele de cercetare moderne și să primească decizii non-triviale, care diminuează probabilitatea factorilor de risc.

Și în particular, caracteristica etapelor îngrijirii și dezvoltării copilului în perioada de vârstă timpurie este îndrumată de influență un șir de riscuri. Cel mai des la factori de risc al

MC prevede maximalizare proceselor pozitive și minimalizare proceselor negative ai factorilor de risc. Sarcina/sensul aplicativă al MC și MR este îndreptată la evidențierea și marcarea factorilor de risc cei mai frecvenți și conduitei / algoritmului clinic al pacientului cu maladia aceasta.

Management - organizarea serviciul de sănătate prestat populație pediatrice și/sau Asistența Medicală Primară pentru familii cu copii este un sistem, care asigură supravegherea medicală

și instructiv-educatională privind sănătate multilaterală a copilului începând de la momentul nașterii și până la 18 ani.

Scopurile principale al managementul calității serviciul de Asistență Medicală Primară este promovarea stării de sănătate și bunăstare, protejarea sănătății la populației pediatrice, îmbunătățirea serviciilor de sănătate prestate în zona rurală, dezvoltarea abilităților profesionale și tehnologice, prevenirea și controlarea maladiilor contagioase, și implementarea programei naționale „Conduita Integrata Maladiilor la Copii” - CIMC.

În serviciul de Asistență Medicală Primară sunt prezentate 32 în raioane și 3 municipii, prin intermediul a 392 Centre a Medicilor de Familie, și a 551 Oficii a Medicilor de Familie. La 1 ianuarie 2007 numărul total a medicilor de familie a fost de 2031 [1].

În scopul reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor sub 5 ani MS al RM, începând cu anul 1998 a implementat în republica standardele OMS - Conduita Integrata Maladiilor la Copii. Obiectivul de bază al programei naționale – CIMC, sau Strategia are 3 componente:

- ☞ îmbunătățirea cunoștințelor lucrătorilor medicali din sectorul primar în conduita și supravegherea copiilor bolnavi;
- ☞ îmbunătățirea organizării serviciilor medicale în depistarea, referirea copiilor bolnavi și utilizarea rațională a medicamentelor;
- ☞ îmbunătățirea procesului de informare și educației a familiilor privind îngrijirea copiilor sub 5 ani, mai cu seamă a copiilor bolnavi.

Pe parcursul a 8 ani, cu suportul OMS, UNICEF și alte organizații internaționale, au fost instruiți peste 2200 lucrători medicali (medici / asistente) din medicină primară din toate raioanele ale republicii, în afara Transnistriei și Bender; standardele CIMC au fost introduse în curricula de pregătire a resurselor umane din asistența medicală primară; au fost elaborate și multiplicat un șir de materiale informative – instructive – educative - metodice pentru familii cu copii. În aranjamentul îmbunătățirii serviciul primar de sănătate a fost sistematizat, analizat și elaborate concepții de: „Standardul de Supervizare copilului sub 5 ani, în afară vizitelor Medicului de Familie”; și „Carnetul de Dezvoltare a Copilului” și „Ghidul pentru părinți – Copilul Nostru”, care este distribuit la părinți și îngrijitorului principal al copilului.

Managementul Calității serviciul prestat familiei cu copil asigură:

- acordarea asistenței curativo-consultativă în oficiul medicului de familie;
- acordarea asistenței curativo-consultativă la domiciliu din parte asistentei și medicului de familie;
- acordarea asistenței curativo-consultativă la domiciliu din parte medicilor de profil;
- planificarea, organizarea și efectuarea măsurilor antiepidemice din populație pediatrică;
- planificarea, organizarea și efectuare măsurilor profilactice primare - imunizare;
- planificarea, organizarea și promovarea modului sănătos de viață în: oficiul medicului de familie, cabinetul copilului sănătos, instituțiile preșcolare și școli;
- acordarea asistenței social-juridice la familiile vulnerabile sau în dificultate.

Concluzii și recomandări:

Copiii sub 5 ani, sunt mai frecvent expuși riscurilor sociali pentru viață, sănătate, dezvoltare integrală din cauza cunoștințelor insuficiente al îngrijitorilor principali din familie.

Dezvoltarea fizică a copiilor sub 5 ani este insuficientă și se manifestă prin retardul fizic, acuitatea vizuală scăzută, acuitatea auditivă scăzută, deficiența de vorbire.

- Politica continuă și unică în localitățile rurale analogică ca în localitățile urbane privind PMSV în familiile cu copii în perioadă de vârstă preșcolară.

- Modele de instruire privind PMSV includ: patronaj I, II antenatal la domiciliu, Nr. 6 ședințe – instruirii antenatale, patronaj a/m MF primului an de viață al copilului la domiciliu, Nr. ședințelor în CCS al tinerelor părinți cu copii până la vârsta preșcolară.

- Înzestrarea lucrătorii medicali (medici de familie, asistentele medicului de familie și asistentele din cabinetele pre-medicale, de imunizare, medicilor de profil, care prestează serviciile populație de vârstă preșcolară) cu recomandările metodice privind completare documentație medicale (Carnet de dezvoltare copilului F-112/e). Totodată aceeași LM trebuie să fie familiarizați cu toate modelele de instruire familiilor cu copii de vârstă timpurie privind Promovarea Modulului Sănătos de Viață din primele clipe a copilăriei timpurii.

- Înzestrarea cu video-postere CCS conform tematicii la fiecare modul al programului CIMC (Alimentația exclusiv naturală – nutriția; Semne de pericol pentru: viață, sănătate, dezvoltare; Stimulare pentru dezvoltării timpurii; BRA și BDA; Semnele adresării la medic după consultație și obligațiunile părinților, Igiena copilului; Traumatismul și accidente al copilului)

- Introducerea indicatorilor calității Serviciului de Educație pentru Sănătate în Centrele Medicilor de Familie prestat de lucrătorii al Cabinetul Copilului Sănătos pentru familii cu copii preșcolari, care a să motiveze consolidarea serviciilor calitative în CCS:

1. Indicele Serviciului de Educație pentru Sănătate în Cabinetele Copilului Sănătos (CCS) prestat familiilor cu copii preșcolari, in medie intr-un an. Se calculează după formula:

numărul instruirilor de educație pentru sănătate în CCS
x 1000 ‰

numărul total familiilor cu copii preșcolari

2. Indicele familiilor-absolvente ai №- ședințe în Cabinetul Copilului Sănătos este dat de formula:

numărul familiilor-absolvente ai №- ședințe în Cabinetul Copilului Sănătos x100 ‰

numărul total familiilor cu copii preșcolari

3. Indicele comportamentului copilăriei fără risc rezultă din formula:

numărul familiilor cu copii preșcolari cu comportamentul copilărie fără risc x100 ‰

numărul total familiilor cu copii preșcolari

- Introducerea indicatorilor calității pentru în Serviciul de Educație pentru Sănătate AMP, care să motiveze MF privind pretarea serviciilor calitative

- ☞ efectuarea completă și la timp examenelor de bilanț la copii până la perioada de vârstă preșcolarului conform standardelor MS RM - (și nu numai până la 1 an)

- ☞ efectuarea completă și la timp examenelor profilactice la copii până la perioada de vârstă preșcolarului conform standardelor MS al RM.

- ☞ efectuarea completă și la timp examenelor medicilor de profil la copii până la perioada de vârstă preșcolarului conform standardelor MS RM.

- ☞ efectuarea la timp examenelor de laborator conform standardelor MS RM

- ☞ divizarea serviciului „Educației pentru Sănătate” și „Promovare Modulului Sănătos de Viață” ca un sub-serviciul separat în organigrama Centrelor Medicilor de Familie, dar nu ca ANEXA care de obicei se efectuează în mod FACULTATIV.

- ☞ supervizare continuă a serviciul „Educației pentru Sănătate” și „Promovare Modulului Sănătos de Viață” din partea medicului de profil din domeniul.

- ☞ efectuarea la timp și integral a ședințelor cu familiile cu copii de vârstă preșcolară în Cabinetul Copilului Sănătos conform standardelor (noi re-vizate) al MS RM.

- Colaborarea cu asistentele medicale din instituțiile preșcolare, grădinițe. Familiarizare și instruire acestor asistente medicale în Programul Național CIMC și în politica națională a MS RM și OMS/UNICEF privind standardele de supraveghere a populației pediatrie și semnelor generale de pericol a preșcolarului. Totodată, instituțiile preșcolare trebuie să fie înzestrate, familiarizate cu recomandările metodice privind instruirea PMSV la familiile cu copii preșcolari din setul AMP.

- Crearea Colțișorul Copilului Sănătos în instituțiile preșcolare. Colțișorul Copilului Sănătos în IP trebuie să fie amenajat după aceleași principii ca și în AMP.

- Pentru efectuarea supravegherii calitative/dispensarizării copilului sănătos în cabinetul medical al instituțiilor preșcolare este nevoie ca documentația medicală (Carnet de dezvoltare copilului F-112/e) să conțină o ANEXĂ de la 18 luni până la 7 ani. Cu acest document medical vor fi înzestrată asistenta medicală din instituția preșcolară. Lucrătorul medical (LM) vor fi familiarizat cu algoritmele clinice al maladiilor de copii, cu scopul consolidării mai detaliată examinării primare la copil, excluderi maltratării și momentelor importante pentru această perioadă de vârstă al copilului.

- Conlucrarea / colaborarea cu asistenți sociali. Instruire asistentelor sociali în Programul Național CIMC și în politica națională al MS RM și OMS/UNICEF privind semnele generale de pericol a preșcolarului.

- Înzestrarea cu postere și pliante privind PMSV conform ultimelor cerințelor OMS/UNICEF privind cerințelor Medicinii Copilului Sănătos (MCS).

Bibliografia

1. Anuarul Statistic al Republicii Moldova, Departamentul Statistica și Sociologia al Republicii Moldova, Chișinău, 2003-2007.
2. ABABII I. Starea de sănătate a populației, Fiecare pacient trebuie să beneficieze de servicii medicale calitative, Guvernul al Republicii Moldova, Buletin Informativ nr.2, 2007, p. 13-15.
3. CIOFU EP, CIOFU C, GEORGESCU A. Pediatria tratat, Pediatria preventivă, București, 2001, p. 46-47.
4. EȚCO C. Management in sistemul de sănătate, Chișinău, 2006, 864 p.
5. ALOIS Gh. Management general și strategic în educație. Ghid practic, Polirom, București, 2007, p. 232.
6. Guvernul al Republicii Moldova și UNICEF. Îngrijirea și dezvoltarea timpurie a copiilor în Moldova, Studiul Național, Chișinău, 2004, p. 91.
7. LANDERS CASSIE. Pediatrie axată pe dezvoltare, Principalele teorii privind dezvoltarea copilului, Chișinău, 2004, p. 17-31.
8. ROTARU T, ILUȚ P. Ancheta sociologică și sondajul de opinie, Polirom, Iași, 1997, p. 66-68.
9. RICHARD A. KRUEGER, MARY ANNE CASEY. Metoda focus grup. Ghid practic pentru cercetarea aplicata, Polirom, București, 2005, p. 256.
10. SIMON ANNE-MARIE. Consiliere parentala, Polirom, București, 2004, p. 224.

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-PARACLINICE ALE PNEUMONIILOR COMUNITARE CU EVOLUȚIE NEFAVORABILĂ LA PACIENȚI CU VÂRSTA APTĂ DE MUNCĂ

CLINICAL AND PARACLINICAL PECULIARITIES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA WITH FATAL OUTCOME IN PATIENTS OF YOUNG AND MIDDLE AGES

Rezumat

Obiective. Pneumoniile comunitare (PC) constituie o cauză importantă de morbiditate și de mortalitate pentru toate vârstele, inclusiv socio-profesional active. Scopul acestei lucrări constă în elucidarea factorilor ce au contribuit la deces prin PC la pacienți cu vârsta aptă de muncă, evidențierea factorilor de risc pentru pronostic nefavorabil. **Material și metode.** În studiu au fost incluși 250 pacienți spitalizați cu PC cu vârsta sub 60 ani, examinați clinic, radiologic, biologic, microbiologic, imunoserologic. În funcție de evoluția finală a pneumoniei, pacienții au fost divizați în 2 loturi: lotul I - decedați prin PC, lotul II - vindecați. **Rezultate.** Evoluția nefastă a PC la pacienții cu vârstă aptă de muncă a fost înregistrată în studiul nostru în 10,4% (26/250) cazuri. Printre cei mai importanți factori care au contribuit la deces prin PC s-au enumerat: deficitul ponderal, relevat în 65,4%, insuficiența renală cronică – în 7,7%, temperatura corporală sub 38°C – în 61,5%, afectarea multilobară și/sau bilaterală a plămânilor – în 57,7%, confuzia mentală – în 46,2%, etilismul – în 73,1%, TA sistolică sub 90mmHg – în 69,2%, afecțiunea hepatică cronică – în 73,1% cazuri. **Concluzii.** Decesul prin PC la pacienți cu vârstă aptă de muncă a fost influențat de factorii de teren, dar și de infiltratul pneumonic extins, hipotensiunea arterială, lipsa reacției febrile, dereglarea conștiinței.

Tatiana DUMITRAȘ

asistent universitar, Catedra Medicină Internă nr.5,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”

Summary

Objectives. Community-acquired pneumonia (CAP) is an important cause of morbidity and mortality for all ages, those young and middle inclusively. Our aim was to determine factors that had influence on fatal outcome of CAP and to establish risk factors for unfavorable evolution of CAP in this category of patients. **Methods.** 250 patients under 60 years with CAP were included in the study. The patients were examined physically, performed chest X-rays, blood analysis, microbiological and immunoserological examination. According to the final evolution of pneumonia the patients were divided into 2 groups: group 1 comprised those with fatal outcome and group 2 included those survived. **Results.** Fatal outcome of CAP in patients under 60 years was assessed in 10,4% (26/250) of cases. Decreased body mass index revealed in 65,4%, chronic renal failure (7,7%), body temperature under 38°C (61,5%), multilobar or/and bilateral lung involvement (57,7%), mental confusion (46,2%), alcoholism (73,1%), systolic blood pressure under 90mmHg (69,2%) and chronic liver disease (73,1%) were among most important risk factors influencing unfavorable evolution of CAP. **Conclusion.** Fatal outcome of CAP in patients under 60 years was influenced by host factors, as well as by extended pulmonary infiltrate, arterial hypotension, lack of febrile reaction and consciousness disturbances.

Introducere

Pneumoniile comunitare (PC) constituie o cauză importantă de morbiditate și de mortalitate pentru toate vârstele, inclusiv socio-profesional active., fiind una dintre cauzele principale de spitalizare în întreaga lume [1].

Definite de Sir William Osler în 1901 „căpitenia morții”, pneumoniile și în prezent sunt o sursă majoră de mortalitate prin maladii infecțioase [7]. Datele vizând mortalitatea prin pneumonii comunitare, inclusiv în țările dezvoltate, nu denotă o situație favorabilă. În SUA pneumonia ocupă locul X printre cauzele mortalității la persoanele cu vârsta de 25-44 ani [8]. În Republica Moldova nu se atestă o tendință spre diminuarea mortalității prin pneumonii. Astfel, în perioada anilor 1995-

2006, mortalitatea a constituit de la 19,1 până la 28,3 la 100 mii populație [2].

În conformitate cu scorurile de apreciere a severității pneumoniei comunitare existente – Pneumonia Severity Index [6], CURB-65 [9], odată cu avansarea în vârstă sporește riscul unei evoluții severe cu posibil sfârșit letal. În același timp, există posibilitatea subaprecierii severității pneumoniei comunitare la pacienți de vârstă mai tânără.

Scopul studiului

Elucidarea factorilor ce au contribuit la deces prin PC la pacienți cu vârsta aptă de muncă, evidențierea factorilor de risc pentru pronostic nefavorabil al PC.

Material și metode

Lotul de studiu a inclus 250 pacienți cu PC, spitalizați în SCM „Sfânta Treime”, în perioada 2003-2007. *Criterii de includere:* debutul extraspitalicesc al pneumoniei bolii sau în primele 48 ore de la internare, prezența a cel puțin 2 dintre următoarele semne clinice (febră la debut >38,0°C, tuse cu spută, dispnee, semne fizice de condensare pulmonară, leucocitoză cu peste $10 \times 10^9/l$ și/sau devierea formulei leucocitare spre stânga, cu nesegmentate >10%), prezența infiltratului recent al parenchimului pulmonar, confirmat radiologic [3, 12], vârsta sub 60 ani. *Criterii de excludere:* suspjecție la diagnosticul de alternativă (tuberculoză pulmonară, cancer pulmonar, pneumonită eozinofilică), stări imunosupresive (infecția HIV/SIDA, tratament cu imunosupresoare și/sau corticosteroizi).

Pacienții incluși în studiu au fost examinați clinic, radiologic, s-a efectuat hemoleucograma, analiza biochimică a sângelui (fibrinogenul, proteina-C-reactivă, LDH, glucoză, uree, creatinină, indice protrombinic, bilirubină, ALAT, ASAT), la bolnavii spitalizați în secția terapie intensivă au fost determinate saturația cu oxigen a sângelui arterial sistemic (SO_2), presiunea parțială a oxigenului (PaO_2) în sângele arterial sistemic, concentrația ionilor de hidrogen (pH).

Diagnosticul etiologic al pneumoniei a fost efectuat prin examene microbiologice (sputocultură, hemocultură, însămânțarea lichidului pleural, prelevate morfopatologice la pacienții decedați), testele ELISA (antiMycoplasma pneumoniae IgM, antiChlamydia pneumoniae IgM, antiLegionella pneumophila IgM). În cazul prezenței sputei, aceasta a fost examinată microscopic la BAAR (colorația Ziehl-Neelsen).

În funcție de evoluția finală a pneumoniei pacienții au fost divizați în două loturi: lotul I (esențial) a inclus 26 decedați, lotul II a cuprins 224 bolnavi la care procesul pneumonic a evoluat spre vindecare.

Analiză statistică. Datele prezentate în studiu au fost prelucrate computerizat prin metode de analiză variațională și discriminantă. Pentru estimarea diferențelor semnificative în mediile a două grupe s-a utilizat criteriul Student. Valoarea $p < 0,05$ a fost considerată statistic semnificativă.

Rezultate

Pe durata studiului au decedat 26 din 250 bolnavi cu pneumonii comunitare, ceea ce a constituit 10,4% cazuri. Am determinat că pacienții din lotul I au fost mai în vârstă, media constituind $48,9 \pm 1,4$ ani vs $41,1 \pm 0,9$ ani în lotul II ($p < 0,05$), iar persoanele cu vârsta peste 50 ani au constituit 57,7% (15/26) cazuri din lotul esențial. Bărbații au constituit marea majoritate a cazurilor din rândul decedaților – 84,6% (22/26) vs 56,7% (127/224) dintre cei vindecați.

Ziua de deces a variat de la 1 până la 9 zile (în medie $3,1 \pm 0,5$ zile), decesul survenind în primele 24 ore în 38,5% (10/26) cazuri, la a 2-3-a zi în 15,4% (4/26), la a 4-6-a zi în 30,8% (8/26), la a 7-9-a zi 15,4% (4/26) cazuri.

Printre factorii de teren ce au contribuit la deces s-au impus abuzul de alcool și tabagismul. Astfel, etilismul cronic a fost diagnosticat la 73,1% (19/26) pacienți din lotul I vs 14,3% (33/224) pacienți din lotul II ($p < 0,001$), iar fiecare al doilea subiect din rândul celor decedați a fost fumător.

Lotul esențial a fost marcat de ponderea mai înaltă a persoanelor social-defavorizate – 69,2% (18/26) cazuri vs 30,3% (68/224) cazuri din lotul martor ($p < 0,05$). Starea social-vulnerabilă s-a reflectat asupra stării de nutriție a pacienților,

deficitul ponderal fiind înregistrat mai frecvent în rândul decedaților – 65,4% (17/26) cazuri vs 2,2% (5/224) cazuri ($p < 0,001$).

Terenul pe care s-a dezvoltat pneumonia a fost mai des compromis de patologiile asociate la cei decedați. Prin urmare, două și mai multe comorbidități au fost mai frecvent semnalate în lotul I – 30,8% (8/26) cazuri vs 4% (9/224) cazuri din lotul II ($p < 0,001$). Patologiile asociate în lotul esențial au cuprins: bronhopneumopatia cronică obstructivă – 15,4% (4/26) cazuri, insuficiența cardiacă cronică – 11,5% (3/26) cazuri, hepatitele cronice – 34,6% (9/26) cazuri, ciroza hepatică în stadiul evolutiv A după Child-Pugh – 11,5% (3/26) cazuri, ciroza hepatică în stadiul evolutiv B după Child-Pugh – 7,7% (2/26) cazuri, insuficiența renală cronică – 7,7% (2/26) cazuri, diabetul zaharat – 3,9% (1/26) cazuri.

Din anamneza bolii am stabilit că pneumonia a debutat acut în 45,5% (10/22) cazuri și insidios în 54,4% (12/22) cazuri, la 4 pacienți nefiind posibilă concretizarea modalității de debut. Toate componentele unui debut acut tipic ca: febră, tuse, junghi toracic au fost prezente în 13,6% (3/22) cazuri. Sindromul de impregnare infecțioasă a putut fi evidențiat în 77,3% (17/22) cazuri, iar tratamentul cu antibiotice la etapa prespitalicească a fost raportat în 9,1% (2/22) cazuri. Durata simptomelor la etapa prespitalicească a constituit $5,4 \pm 0,2$ zile.

La examenul primar reacția febrilă depășind $38^\circ C$ a fost mai caracteristică pentru pacienții vindecați: 63,4% (142/224) cazuri vs 38,5% (10/26) cazuri ($p < 0,05$). Febra a fost acompaniată de frisoane în 7,7% (2/26) cazuri din lotul esențial și în 34,8% (78/224) cazuri din lotul martor ($p < 0,05$). Temperatura corporală sub $36^\circ C$ a fost înregistrată în exclusivitate în lotul I – 11,5% (3/26).

Tuse productivă a fost prezentă la fiecare al doilea pacient din lotul I, predominând expectorații cu caracter mucopurulent – 46,2% (12/26) pacienți, iar într-un singur caz a fost depistată spută ruginie. Dispneea la internare a fost evidentă în egală măsură în ambele loturi: 96,2% (25/26) cazuri vs 93,8% (210/224) cazuri ($p > 0,05$). Junghiul toracic însă a fost mai des semnalat de pacienții din lotul II: 44,4% (99/224) cazuri vs 23,1% (6/26) cazuri ($p < 0,05$). Din cauza durerilor pronunțate în abdomen, asociate de senzații de greață și vomă doi pacienți din lotul esențial (7,7%) erau evaluați inițial cu abdomen acut.

La examenul fizic al toracelui sindromul de condensare pulmonară a fost stabilit cu aproximativ aceeași frecvență în ambele loturi: 34,6% (9/26) vs 38% (85/224) pacienți ($p > 0,05$). Sindromul bronhoobstructiv a fost determinat în tabloul clinic în 7,7% (2/26) cazuri din lotul I și în 16,5% (37/224) cazuri din lotul II ($p > 0,05$).

Frecvența respirației > 22 pe minut a fost mai specifică pentru pacienții din lotul I: 96,2% (25/26) vs 54,5% (122/224) cazuri ($p < 0,05$). Tahicardia cu peste 125 bătăi pe minut, de asemenea, a fost mai frecventă în lotul I: 69,2% (18/26) vs 25,9% (58/224) cazuri ($p < 0,05$). Hipotensiunea arterială ca manifestare a șocului septic (TA sistolică ≤ 90 mmHg) a fost evidențiată cu predilecție în lotul esențial: 69,2% (18/26) vs 14,7% (33/224) cazuri ($p < 0,001$), precum și oliguria observată respectiv în 23,1% (6/26) vs 3,6% (8/224) cazuri ($p < 0,001$). Starea de confuzie mentală a fost mai frecventă la pacienții din lotul I – 46,2% (12/26) cazuri vs 9,4% (21/224) cazuri din lotul II ($p < 0,001$).

La pacienții din lotul esențial a fost mai des înregistrat azotul ureei serice peste 1 mmol/l: 80,8% (21/26) vs 24,5% (48/224)

cazuri ($p < 0,001$). Prin urmare, în toate cazurile din lotul I pneumonia a fost apreciată ca severă, având scorul CURB ≥ 2 . De altfel, sindromul insuficienței multiple de organe a fost constatat în 76,9% (20/26) cazuri din lotul esențial vs 8,5% (19/224) din lotul martor ($p < 0,001$).

Comparând datele PaO₂, SaO₂, pH-ului sanguin nu am înregistrat diferențe statistic concludente între loturi. Această se referă și la valorile LDH, ALAT, ASAT și la glicemie. Pentru leucocite, VSH, proteina-C-reactivă, fibrinogen, de asemenea nu am observat diferențe statistic veridice (Tabelul 1). Doar devierea formulei leucocitare în stânga a fost atestată în 100% cazuri din lotul I, dintre care prezența formelor tinere >10% a fost relevată în 88,5% (23/26).

Tabelul 1

Componentele sindromului inflamator la internare la pacienții din loturile comparate

Parametri	Lotul I	Lotul II	p
Leucocite ($\times 10^9/l$), $M \pm m$	10,3 \pm 1,1	8,6 \pm 0,3	>0,05
Leucocitoză >12 $\times 10^9/l$	15,4% (4/26)	17% (38/224)	>0,05
Leucopenie < 4 $\times 10^9/l$	3,9% (1/26)	5,8% (13/224)	>0,05
Devierea formulei în stânga	100% (26/26)	75,5% (169/224)	<0,05
Forme tinere >10%	88,5% (23/26)	47,3% (106/224)	<0,001
VSH (mm/oră), $M \pm m$	23,6 \pm 2,9	33 \pm 1,2	>0,05
VSH >20 mm/oră	57,7% (15/26)	71,4% (160/224)	>0,05
Fibrinogen (g/l), $M \pm m$	6,2 \pm 0,4	5,6 \pm 0,2	>0,05
Proteina-C-reactivă (Un), $M \pm m$	33,5 \pm 10,4	42,7 \pm 3,3	>0,05

Evalueate la 48-72 ore aceste componente ale sindromului de răspuns inflamator sistemic au demonstrat o ușoară ascensiune în ambele loturi. Astfel, numărul leucocitelor a constituit 11,6 \pm 1,5 $\times 10^9/l$ vs 9,0 \pm 0,2 $\times 10^9/l$, VSH – 33,2 \pm 3,6 mm/oră vs 31,8 \pm 1,2 mm/oră, proteina-C-reactivă – 50,8 \pm 18,8 Un/l vs 40,8 \pm 3,5 Un/l ($p > 0,05$). Diferențe statistic semnificative am constatat pentru fibrinogen, valorile căruia la această etapă au fost de 6,9 \pm 0,6 g/l în lotul I vs 5,5 \pm 0,1g/l în lotul II ($p < 0,05$).

Examenul radiologic al cutiei toracice a pus în evidență infiltrate de tip alveolar în 92,3 % (24/26) cazuri. Opacitatea a fost distribuită multilobar și/sau bilateral în peste jumătate de cazuri din lotul pacienților decedați – 57,7% (15/26) vs 13,8% (31/224) cazuri ($p < 0,05$). Focare de distrucție au fost mai frecvent atestate în lotul I - 15,4% (4/26) vs 4,5% (10/224) cazuri ($p < 0,05$). Epanșamentul pleural a fost relevat în 26,9% (7/26) vs 11,6% (26/224) cazuri ($p < 0,05$), iar progresarea opacității cu peste 50% la a 2-3-a zi a putut fi observată în 41,6% (5/12) cazuri din lotul esențial și în 11,4% (5/44) cazuri din lotul martor ($p < 0,05$).

Diagnosticul etiologic a fost stabilit în 50% (13/26) cazuri din lotul esențial. Dintre agenții diagnosticați pe locul I s-a plasat *L.pneumophila* – 15,4% (2/13), urmată în proporții egale de *S.aureus* – 7,7% (1/13) cazuri, *K.pneumoniae* – 7,7% (1/13) cazuri și *P.aeruginosa* – 7,7% (1/13) cazuri.

Tratamentul antibacterian a presupus administrarea cefalosporinelor de generația III (cefotaxim, cefoperazonă/

sulbactam, ceftriaxon) – în 15,4% (4/26) cazuri, beta-lactamelor + ciprofloxacina – 34,6% (9/26), beta-lactamelor + macrolide – în 7,7% (2/26), beta-lactamelor + gentamicina – 15,4% (4/26), beta-lactamelor + metronidazol – 15,4% (4/26) fluorochinolone + metronidazol – 11,5% (3/26). Antibioterapia a fost modificată la a 3-a - 4-a zi în 23,1% (6/26) cazuri, fiind indicate beta-lactame+fluorochinolone în 4 situații și beta-lactame+fluorochinolone+metronidazol în 2. Durata tratamentului a constituit de la 1 până la 9 zile (în medie 3,5 \pm 0,6 zile), fiind mult mai scurtă comparativ cu cea în cazul pacienților vindecați – 12,4 \pm 0,3 zile ($p < 0,001$).

Efectuând o analiză minuțioasă a tuturor parametrilor clinici și paraclinici, am relevat factorii de risc mai importanți prin care lotul celor decedați se deosebea semnificativ de lotul pacienților vindecați. Aceștia au cuprins deficitul ponderal, insuficiența renală cronică, temperatura corpului sub 38°C, afectarea multilobară și/sau bilaterală a plămânilor, confuzia mentală, etilismul, TA sistolică sub 90mmHg, afecțiunea hepatică cronică. Analiza discriminantă *step by step*, folosind aceste 8 variabile, permite precizarea decesului în pneumonii comunitare la pacienți de vârstă aptă de muncă, cu o probabilitate de 73,1%.

Discuții

Mortalitatea prin pneumonii, în special la persoanele cu vârsta aptă de muncă, reprezintă un impact socio-economic considerabil. Precizarea evoluției nefavorabile a PC ar contribui la o decizie mai corectă referitoare la necesitatea spitalizării, sediul îngrijirii medicale și terapia antibacteriană adecvată. Dintre scorurile care apreciază severitatea și preciză riscul moralității prin PC, PSI (20 variabile, inclusiv vârsta) și CURB-65 (4 variabile plus vârsta peste 65 ani), sunt considerați ca având cea mai înaltă sensibilitate – 89% și 70,9%, respectiv [4]. În acord cu aceste scoruri este posibilă subestimarea riscului de deces la un pacient tânăr.

În studiul nostru am stabilit 8 predicatori ai evoluției nefavorabile la adulți cu vârstă sub 60 ani, factorii de teren și acei clinici fiind reprezentați în egală măsură. Dintre acești factori cel mai frecvent au fost depistați: afecțiunea hepatică cronică (73,1%); etilismul (73,1%); hipotensiunea arterială (69,2%); temperatura corpului sub 38°C (61,8); deficitul ponderal (65,4%).

Deficitul ponderal ca factor de risc al evoluției nefaste este menționat și în alte studii, acesta predispunând la o susceptibilitate înaltă față de infecții și la deteriorarea mecanismelor imune de apărare [13].

Lipsa reacției febrile, confuzia mentală, hipotensiunea arterială atestate de noi, sunt consemnate și de către *Saldias F. și coaut.* [11] ca fiind variabile independente asociate cu mortalitate în PC.

Opiniile referitoare la rolul etilismului sunt neunivoce. De exemplu, într-un studiu realizat de *De Roux A. și coaut.* [5] abuzul cronic de alcool este asociat cu o evoluție severă a PC, nu și cu decesul.

Afecțiunea hepatică cronică ca factor de risc al decesului în PC este recunoscută și de alți autori [6]. Evoluția nefavorabilă a PC pe fundal de ciroză hepatică este explicată atât prin decompensarea funcției ficatului, influențată de proces infecțios, cât și prin statutul imun, prin ventilația și hemodinamica pulmonară dereglate la un pacient cirotic [10].

Concluzii

Evoluția nefavorabilă a pneumoniilor comunitare la pacienți cu vârsta aptă de muncă a fost înregistrată în studiul nostru în 10,4% cazuri. Printre factorii ce au contribuit la deces s-au impus cei de teren (deficitul ponderal, etilismul, afecțiunea hepatică cronică, insuficiența renală cronică), extinderea multilobară și/sau bilaterală a procesului pneumonic, hipotensiunea arterială, temperatura corpului sub 38°C, confuzia mentală.

Bibliografie

1. ALMIRALL J, BOLIBAR I, VIDAL J, et al. Epidemiology of community-acquired pneumonia in adults: a population-based study. *Eur Resp J* 2000; 15: 757-763.
2. Anuarul statistic „Sănătatea publică în Moldova”, Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar, anii 1995-2006.
3. BOTNARU V. Pneumonia extraspitalicească la adult: recomandări practice. Chișinău, 2004, p. 68.
4. BUISING KL, THURSKY KA, BLACK JF, et al. A prospective comparison of severity scores for identifying patients with severe community-acquired pneumonia: reconsidering what is meant by severe pneumonia. *Thorax* 2006; 61: 419-424.
5. DE ROUX A, CAVALCANTI M, MARCOS M, et al. Impact of alcohol abuse in the etiology and severity of community-acquired pneumonia. *Chest* 2006; 129: 1219-1225.
6. FINE MJ, AUBLE TE, YAELY DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *NEJM* 1997; 336: 243-250.
7. HALM EA, TEIRNSTEIN AS. Clinical practice: Management of community-acquired pneumonia. *NEJM* 2002; 347: 2039-2045.
8. Health, United States, 2005. Leading causes of deaths, according to age: United States, 1980 and 2003. Update march 2006. www.ncbi.nih.gov
9. LIM WS, VAN DER EERDEN MM, LAING R, et al. Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58: 377-382.
10. MOLLER S, KRAG A, HENRIKSEN J, et al. Pathophysiological aspects of pulmonary complications of cirrhosis. *Scand J Gastroenterol* 2007; 42: 419-427.
11. SALDIAS F, FARIAS G, VILLAROEL L, et al. Development of an instrument to assess the severity of community-acquired pneumonia among hospitalized patients. *Rev Med Chil* 2004; 132 (9): 1037-1046.
12. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Москва, 2005. стр. 66.
13. ЛОГВИНЕНКО АС, ЛОГВИНЕНКО НИ, ИВАНОВА ТИ. Факторы риска летального исхода при внебольничных пневмониях. Сборник тезисов 15-го Национального конгресса по болезням органов дыхания, Москва 29 ноября -2 декабря 2005 года, с.100.

EVOLUȚIA UNOR INDICI HEMODINAMICI LA PARTURIENTELE SUPUSE DIVERSELOR METODE DE ANESTEZIE REGIONALĂ PENTRU OPERAȚIA CEZARIANĂ

THE EVOLUTION OF SOME HAEMODYNAMICAL PARAMETERS ON PARTURIENTS UNDERGOING DIFFERENT METHODS OF REGIONAL ANAESTHESIA FOR CESAREAN SECTION

Rezumat

Studiul analizează experiența de utilizare a mai multor metode de anestezie regională pentru operațiile cezariene. Au fost estimate 102 cazuri de operații cezariene la care s-a efectuat anestezia spinală, epidurală și anestezia combinată spinală-epidurală (CSE). Rezultatele obținute au fost analizate referitor la influența metodelor aplicate asupra confortului, unor indici hemodinamici ai parturientelor și stării generale a nou-născuților, anestezia CSE având avantajele evidente.

Violeta STASIUC*, **Victor COJOCARU****,
Sergiu BEJENARU***
*IMSP ICȘDOSM și C,
Catedra Anesteziologie - Reanimatologie
a USMF „N. Testemițanu”*

*- doctorand, medic specialist

** - dr. hab. în med., prof. univ., șef Clinică Anestezie și Reanimare IMSP SCR N° 2

*** - șef Secție Anestezie și Reanimare femei, IMSP ICȘDOSM și C

Summary

The article analyzes some experience gained in using various modes of regional anesthesia as an anesthetic appliance at cesarean sections and comparatively characterizes various types of central segmental blocks. The results of 102 cases of cesarean section performed under spinal, epidural or combined spinal and anesthesia (CSEA) were generalized by their influence on some of the mother's haemodynamic parameters and neonatal outcome, which leads to the conclusion that CSEA is the method of choice.

Actualitatea problemei cercetate

Incidența mare a cazurilor de hipotensiune în cadrul anesteziilor regionale (anestezie spinală, anestezie epidurală) atât în obstetrică, cât și în chirurgia generală, este o problemă importantă, nerezolvată până în prezent. Profilaxia variațiilor bruscale ale presiunii arteriale în timpul anesteziei regionale pentru operația cezariană prin minimalizarea compresiei venei cave de uterul gravid (rotirea mesei spre stânga cu 30° și aplicarea unui dispozitiv sub coapsa dreaptă) nu au rezultatul scontat. A fost stabilită o mare diversitate de cauze care pot influența variațiile presiunii arteriale, dintre care, mai importante sunt: nivelul de desimpatizare, viteza de instalare a blocului simpatic, doza totală a anesteziului administrat.

Anestezia CSE capătă popularitate în diferite domenii ale chirurgiei [4, 7]. În practica obstetricală obișnuită, însă, metoda rămâne a fi ceva exotic. Introducerea în practică a metodei CSE este suspendată de dificultatea tehnică relativă, de lipsa obiectivelor exacte în privința dozajului anesteziilor locale introduse subarahnoidian și epidural și nu în ultimul rând de existența datelor modeste și contradictorii în privința

modificărilor hemodinamici în cadrul acestei anestezii, care influențează în mod direct circulația uteroplacentară și starea fătului și a nou-născutului.

Scopul lucrării

Analiza comparativă a anesteziei spinale, epidurale și a celei combinate spinale-epidurale aplicate pentru operațiile cezariene prin prisma modificărilor unor parametri hemodinamici, relevarea eficacității și avantajelor anesteziei CSE.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat în anii 2005-2007 în IMSP ICȘDOSM și C în Secția de Anestezie și Reanimare pentru femei.

În studiu au fost antrenate 102 parturiente cu naștere la termen și 102 nou-născuți relivrați de la ele. Vârsta pacientelor a fost cuprinsă între 18 și 43 ani, cu media de 27,8 ani..

Pacientele au fost divizate în 3 loturi.

Lotul 1 a inclus 32 de parturiente cărora li s-a aplicat anestezia spinală cu lidocaină hiperbară în cantitate de $0,93 \pm 0,07$ mg/kg în combinație cu fentanil 20-25 mcg și adrenalina

0,09 mg, în volum total de $2,86 \pm 0,19$ ml, variațiile fiind între 2,5 și 3ml. Volumul total al soluției a fost raportat la înălțimea pacientei.

Lotul 2 a fost constituit din 36 de parturiente cărora li s-a aplicat anestezia epidurală cu lidocaină 2%, 5-6 mg/kg ($431 \pm 50,6$ mg) în combinație cu fentanil 100 mcg și adrenalina

1: 200000, volumul total fiind de $21,08 \pm 2,41$ ml cu variațiile între 16 și 25 ml.

Lotul 3 a inclus 34 de parturiente cărora li s-a aplicat anestezia combinată spinală-epidurală (CSE) secvențială. În spațiul subarahnoidian a fost injectată lidocaină hiperbară $0,81 \pm 0,087$ mg/kg în combinație cu fentanil 20 mcg, volumul total constituind 1,5ml. Peste $4,6 \pm 0,6$ min în spațiul epidural a fost administrată soluția de lidocaină 2% în combinație cu fentanil 11,4 mcg/ml și adrenalina 1 : 200000, începând cu 2 ml. Pe parcursul intervenției chirurgicale, în caz de necesitate, în spațiul epidural a fost fracționată suplimentar soluție de anestezic local pentru a atinge nivelul necesar de anestezie. În studiul nostru volumul final al anestezicului administrat în spațiul epidural a constituit $4,53 \pm 2,4$ ml cu variații între 2 și 12 ml.

Operația cezariană a fost efectuată în situații care vizau parturienta sau fătul. Riscul anestezicologic la parturientele incluse în studiu a fost apreciat ca 1-2 ASA. În studiu nu au fost incluse pacientele cărora operația cezariană le-a fost efectuată pe fundal de suferință intrauterină a fătului, la fel ca și paturile cu sindromul anemic pronunțat și pacientele cu patologia sistemului cardiovascular.

Premedicarea în cazul intervenției electivă a inclus preparatele antihistaminice și tranchilizante per os cu 12 ore înainte de anestezie și colinolitice intramuscular cu 10-15 minute înainte de anestezie. Premedicarea, în cazurile intervențiilor urgente, a prevăzut doar administrarea preparatelor colinolitice intramuscular cu 15-20 de minute înainte de efectuarea anesteziei regionale corespunzătoare. În cazurile operațiilor cezariene urgente premedicarea preanestezică nu a inclus preparate tranchilizante sau analgetice opioide, pentru a nu provoca o depresiune respiratorie a nou-născutului și pentru a nu influența scorul Apgar al nou-născutului.

Anestezia regională respectivă a fost efectuată în spațiul intervertebral L2-L3, L3-L4, L4-L5 în decubit lateral drept. Ulterior pacienta a fost poziționată în decubit dorso-lateral stâng prin rotirea mesei și prin instalarea unui dispozitiv sub coapsă și sub trunchiul drept, care asigură o înclinare de 15° - 30° spre stânga pentru a evita sau a minimaliza compresia venei cave de către uterul gravid, deoarece compresia uterului pe vena cavă scade întoarcerea venoasă, iar compresia aorto-iliacă reduce fluxul sanguin uterin. În loturile 1 și 3 a fost păstrat un Fowler minimal.

Durata medie a operației cezariene în studiul nostru a fost de $45,16 \pm 10,9$ de minute.

Suportul volemic perioperator a fost efectuat cu soluții electrolitice (Sol.NaCl 0,9%, Sol.Glucozoe 5%) și coloide (HES 6%), în volum dependent de consumul limitat de lichide al parturientei în perioada preanestezică, valorile tensiunii arteriale, ale pulsului, ale volumului de hemoragie, ale diurezei. În perioada preanestezică nemijlocită, volumul lichidelor administrate au fost același, în toate loturile constituind 8-10 ml/kg/oră.

Volumul pierderilor sanguine intraoperatorii a variat de la 400 până la 700 ml. Volumul total de hemoragie în loturile

studiate nu a depășit valorile obișnuite pentru operația cezariană și a constituit $582,81 \pm 69,1$ ml în lotul 1, $556,94 \pm 92,91$ ml - în lotul 2 și $592,64 \pm 78,7$ ml - în lotul 3.

Diureza a fost adecvată la toate pacientele din loturile studiate și a constituit $108,3 \pm 16,4$ ml/oră în perioada intra- și postoperatorie precoce, variațiile fiind între 80 și 150 ml/oră.

Monitoringul parturientei a inclus tensiometrie indirectă (PAS, PAD, PAM) preanestezic, la etape principale ale operației și în perioada postoperatorie, pulsoximetrie.

Aparatul și utilajul folosit în studiul nostru:

- biomonitoare HEWLETT PACKARD 78354A și NIHON KOHDEN Life Scope model BSM - 3101 K serial 00194 9A;
- ace pentru anestezie spinală BALTON STANDARD 25G, 26G și 27G 90mm (acul Quincke), cu introdușer;
- set pentru anestezie epidurală Perifix 310 Miniset B/BRAUN cu ac epidural Tuohy 16G și cateterul epidural 19G;
- set pentru anestezie combinată spinală-epidurală Espocan B/BRAUN, care conține ac spinal Pencan 27G 0,42mm x 127,5mm (ac direcțional cu vârf conic creion "pencil-point"), ac epidural Perican 18G 1,3mm x 88mm (acul Tuohy), cateter epidural 20G cu 3 orificii laterale 0,85mm x 1000mm, care contrastează radiologic.

Rezultate și discuții

În literatura consultată există diferențe în evaluarea ratei hipotensiilor, care sunt determinate de lipsa criteriilor unice în privința noțiunii de hipotensiune. Unele surse determină starea de hipotensiune la valorile PAS sub 90 mmHg [34, 66, 88], în alte surse hipotensiunea este stabilită la indivizi cu valorile PAS sub 20-30% din cifrele inițiale [3,8]. Autorii manualului "Neural Blockade" M.J.Cousins și P.O.Bridenbaugh (1998) [5] consideră că hipotensiunea trebuie să fie tratată când presiunea sistolică scade sub 33% la pacienții sănătoși și sub 25% la pacienții hipertensivi [2]. În obstetrică corijarea farmacologică a hipotensiunii este inițiată deja la scăderea presiunii arteriale cu 10-20% [5]. Un moment foarte important îl reprezintă și viteza de scădere a presiunii. Hipotensiunea în blocurile regionale apare rapid, deoarece și paralizia nervilor simpatici apare rapid, în cca 5-10 minute.

În studiul dat cazurile de hipotensiune au fost analizate după criteriul următor: reducerea presiunii arteriale sistolice cu 20-30% față de presiunea inițială preanestezică - hipotensiune relativă, micșorarea presiunii arteriale sistolice cu mai mult de 30% - hipotensiune absolută.

Perioada cel mai des asociată cu hipotonii a fost perioada de instalare a blocului regional respectiv. În lotul 1 hipotoniile absolute și relative s-au înregistrat în total la 13 ($40,6 \pm 8,7\%$) paciente ($p < 0,05$). Menționăm că hipotoniile s-au înregistrat pe fundalul tratamentului infuzional. La 9 (28,1%) parturiente din acest lot am observat hipotensiune relativă și la 4 (12,5%) paciente - hipotensiune absolută. Tendința spre hipotensiune la toate s-a menținut până la extragerea fătului. Pe parcursul întregii operații la 9 ($28,1 \pm 7,9\%$) paciente din lotul 1 am fost obligați să administrăm preparate vasotonice. La etapa de instalare a anesteziei epidurale în lotul 2 hipotensiunea absolută a fost înregistrată la 3 parturiente (8,3%), iar hipotensiunea relativă - la 8 (22,2%) cu număr total de 11 ($30,5 \pm 7,7\%$) paciente care au devenit hipotensive. În acest lot 13 ($36,1 \pm 8,0\%$) paciente în total pe parcursul intervenției chirurgicale au necesitat

administrarea preparatelor vasoactive. În lotul 3, la etapa de instalare a blocului 6 (17,6%) paciente au devenit hipotensive și doar la una dintre ele hipotensiunea a fost absolută. La 4 (11,8±5,5%) paciente din lotul 3 a apărut necesitatea în administrarea de droguri vasopresoare.

Variațiile presiunii arteriale au corelat cu starea de confort a pacientelor. Dacă în lotul pacientelor supuse anesteziei spinale 7 (21,9±7,3%) paciente până la extragerea fătului au prezentat grețuri, dintre care la 2(6,25±4,3%) asociate cu vomă iar în lotul 2 grețurile au fost prezente la 16 (44,4±8,3%) parturiente ($p<0,001$), dintre care în 5 (13,9±5,7%) cazuri cu vomă, atunci în lotul 3 grețurile au fost înregistrate doar la 5 (14,7±6,1%) paciente și doar una dintre ele (2,9%) a vomitat.

La etapa de incizie, în loturile 1 și 2 câte 5 paciente (15,6% și 13,9% respectiv) au devenit hipotensive și, cu excepția unei parturiente din lotul 1, au avut hipotensiune relativă. Hipotensiunea relativă la incizie a fost constatată și la o pacientă (2,9%) din lotul 3. Valorile absolute ale hipotensiunii la incizie au fost înregistrate doar la o parturientă din lotul 1 (3,1%) și nici la o pacientă din loturile 2 și 3.

La etapa de laparotomie cele mai dese cazuri de hipotensiune au fost atestate la parturientele din lotul 2 (12 cazuri (33,3±7,8%) $p<0,01$), la o treime dintre care hipotensiunea a fost absolută. Hipotensiunea absolută a fost înregistrată și la 3 (9,4%) paciente cărora li s-a aplicat anestezia spinală, cu un număr total de 8 (25,0±7,6%) paciente hipotensive la etapa descrisă. În lotul 3 hipotensiunea a fost observată la 3 (8,8±4,8%) parturiente, una dintre care (2,9%) a avut hipotensiune absolută.

Extragerea fătului a fost cel mai puțin asociată cu hipotonii, în toate loturile. La extragere doar 2 (6,25%) paciente din lotul 1 și o pacientă (2,9%) din lotul 3 au devenit relativ hipotensive. În lotul 2 de parturiente niciuna nu a devenit hipotensivă la etapa respectivă.

La etapa de suturare și de peritonizare a uterului cele mai dese cazuri de hipotensiune au fost înregistrate la pacientele din lotul 2 (8 (22,2±6,9% cazuri) $p<0,05$), în 2 dintre care (5,5%) hipotensiunea a fost absolută. În loturile 1 și 3 doar câte o pacientă (3,1±3,0% și 2,9±2,9% respectiv) au prezentat hipotensiune relativă. De menționat că începând de la etapa de extragere și pe parcursul tuturor etapelor ulterioare, în loturile 1 și 3 nu a mai fost observat nici un caz de hipotensiune absolută.

La etapa de laparorafie la pacientele din lotul 3 PAD pentru prima dată pe tot parcursul intervenției chirurgicale a atins valorile minimale (a scăzut cu 20,6% față de valorile inițiale preanestezice). Micșorarea PAD la pacientele din lotul 3 la etapa de laparorafie poate fi legată cu acțiunea anestezicului local administrat în spațiul epidural la inducție sau adăugat pe parcursul intervenției chirurgicale. La etapa de laparorafie cel mai des hipotensiunea s-a dezvoltat la pacientele supuse anesteziei epidurale. La ele s-au constatat 9 (25,0±7,2%) cazuri de hipotensiune ($p<0,05$), 2 (5,5%) dintre care – hipotensiune absolută. În loturile 1 și 3 etapa de laparorafie a fost asociată doar cu câte 2 cazuri de hipotensiune relativă (6,25±4,3% și 5,9±4,0% respectiv).

În timpul reviziei cavității peritoneale 6 (18,7±6,9%) paciente din lotul 1 au acuzat grețuri. Grețurile apărute la etapa descrisă nu au fost asociate cu hipotensiune și au survenit posibil reflector în urma manipulațiilor pe oment și pe peritoneu [3]. Grețurile acestea s-au produs la pacientele la

care nivelul segmentar maximal al blocului nu a fost înalt inițial (Th5-Th6) și la care către momentul manipulațiilor descrise a început regresivitatea blocului. În lotul 2 nu a fost observat niciun caz de grețuri asociate cu manipulații pe oment, iar în lotul 3 acesta a avut loc doar la 2 (5,9±4,0%) parturiente.

La sfârșitul operației (sutura pielii și aplicarea pansamentului) nici o lăuză din lotul 3 nu a devenit hipotensivă. În lotul 1 hipotensiunea relativă a fost prezentă la 2(6,2±4,3%) paciente, iar în lotul 2 - la 4 (11,1±5,2%) paciente ($p<0,05$). Hipotensiunea absolută în lotul 2 nu s-a înregistrat.

În investigația noastră, cele mai rare cazuri de hipotensiune pe parcursul operației cezariene au fost atestate la pacientele cărora li s-a aplicat anestezia CSE. Cea mai periculoasă perioadă – perioada de instalare a blocului anestezic, pe parcursul căreia are loc modificarea relativ bruscă și adaptarea sistemului cardiovascular la condițiile noi de acțiune, a fost asociată doar cu 6 cazuri (17,6±6,5%) de hipotensiune, doar unul dintre care (2,9%) a avut valori absolute. Pe parcursul intervenției chirurgicale la pacientele din acest lot hipotensiunea absolută a mai fost înregistrată doar o singură dată, la etapa de laparotomie. Mai multe cazuri de hipotensiune au fost prezente la parturientele din loturile 1 și 2. Dacă la pacientele supuse anesteziei spinale majoritatea cazurilor de hipotensiune relativă și toate cazurile de hipotensiune absolută au fost constatate până la extragere, atunci la pacientele supuse anesteziei epidurale cazurile de hipotensiune atât relativă cât și absolută s-au constatat și după extragerea fătului.

Rata înaltă a hipotensiunilor la pacientele din lotul 2 a fost reflectată și în consumul total cel mai înalt al adrenalinei în lotul acesta; 13 (36,1±8,0%) cazuri de administrare a adrenalinei în lotul 2 vs. 4 cazuri (11,8±5,5%) în lotul 3 ($p<0,05$). Datele obținute de noi în loturile de control sunt comparabile cu datele din literatură, deoarece, conform diferitor autori, frecvența cazurilor de hipotensiune, care necesită administrarea simpatomimeticilor în cadrul anesteziilor regionale, atinge 27-33% [2,4]. Spre deosebire de adrenalină, atropina s-a administrat pe parcursul anesteziei cel mai frecvent la pacientele din lotul 1, la care au fost înregistrate 8 (25,0±7,6%) cazuri de scădere a frecvenței contracțiilor cardiace până la 58-60 bătăi pe minut la etapa de instalare a blocului spinal ($p<0,01$). Scăderea pulsului până la 60 bătăi pe minut la etapa de instalare a blocului a fost constatată și la una (2,9±2,9%) dintre pacientele cărora li s-a aplicat anestezia CSE. În restul cazurilor atropina a fost administrată intraanestezic, cu scop profilactic, în cazurile de scădere a pulsului până la 70-72 bătăi pe minut. În lotul 2 de paciente atropina intraanestezic s-a administrat cel mai puțin. La toate pacientele incluse în studiu, indiferent de etapa de operație hipotensiunea absolută, la fel ca și hipotensiunea relativă cu dezvoltare bruscă, a fost tratată cu preparatele vasotonice (adrenalina în perfuzie). Hipotensiunea relativă cu instalare lentă a fost corijată prin majorarea volumului și a vitezei de infuzie, prin administrarea dexazonului, care, după cum se știe, ridică tonusul venelor [6,7]. Ținând cont de specificul și de pericolul hipotensiunii în obstetrică, în studiul nostru hipotensiunea relativă, survenită până la extragerea fătului, a fost tratată nu doar prin majorarea volumului și a vitezei de infuzie, dar și prin administrarea preparatelor vaso și cardiotonice, pe când pentru corijarea hipotensiunii relative apărute după extragerea fătului a fost suficient doar de a majora viteza de infuzie și de a modifica componența soluțiilor infuzate.

Am calculat cantitatea lichidelor perfuzate în perioada pre- și intraoperatorie pentru menținerea valorilor de presiune în limitele cvasimetrice. Pacientele lotului 3 au necesitat cel mai mic volum de infuzie pentru a-i menține valorile presiunii arteriale în limitele admisibile. Cel mai mare volum de infuzie a fost aplicat la pacientele din lotul 2, pacientele din lotul 1 manifestând necesitatea intermediară în soluții perfuzate. Menționez că în perioada postoperatorie precoce diferența relevantă între volumele perfuzate nu a fost înregistrată și a constituit $7,85 \pm 1,5$ ml/kg/oră practic în toate loturile.

Cea mai bună stare generală la naștere a fost înregistrată la bebelușii relivrați de la parturiente cărora li s-a aplicat anestezia CSE. Nota medie din scorul Apgar la ei a constituit $8,06 \pm 0,41$ puncte în 1 minut de viață și $8,46 \pm 0,63$ puncte în al 5-lea minut de viață. În lotul 3 au fost înregistrate și 2 ($5,9 \pm 4,04\%$) cazuri de apreciere cea mai înaltă din tot numărul nou-născuților studiați - 9 puncte la naștere și 10 puncte peste 5 minute. Nou-născuții din lotul 3 la fel se evidențiază prin absența notei cele mai joase observate în studiul nostru - 6 puncte în 1 minut și 8 puncte în al 5-lea minut de viață. Nota aceasta a fost oferită unui bebeluș născut de la mama supusă anesteziei epidurale. În lotul 2 au fost înregistrate și cele mai multe - 7 ($19,4 \pm 6,5\%$) cazuri de apreciere în 7/8 puncte din scorul Apgar. Majoritatea nou-născuților din lotul 2 ($n = 24$, $66,6\%$) au acumulat 8/8 puncte din scorul Apgar, și doar 6 ($16,6\%$) bebeluși din acest lot au acumulat 8/9 puncte. Valorile scorului Apgar de 9/9 și 9/10 puncte în lotul 2 nu s-au înregistrat. În lotul 1 a fost înregistrată majoritatea (13 ($40,6 \pm 8,7\%$) cazuri) aprecierilor cu 9 puncte din scorul Apgar la a 5-a minută de viață, în schimb nici un nou-născut din acest lot nu a acumulat 10 puncte.

Concluzii

1. În toate loturile s-au înregistrat pusee de hipotensiune, manifestate prin diminuarea valorilor PAS, PAD și PAM. Incidența hipotensiunilor la etapa de instalare a blocului a fost mai înaltă la pacientele cărora li s-a aplicat anestezia spinală: 13($40,6\%$) paciente vs 6 ($17,6\%$) paciente în lotul de studiu.

2. Anestezia CSE secvențială, fiind dirijabilă atât în perioada de instalare a blocului, cât și pe parcursul intervenției chirurgicale, asigură stabilitate hemodinamică mai probabilă la folosirea dozelor relativ mici de anestezic local, minimalizând incidența efectelor toxice ale acestor droguri.

3. Variațiile tensionale la mamă pot provoca dereglări de circulație uteroplacentară cu dezvoltarea diverselor stări hipoxice la făt, ce necesită un studiu aprofundat al homeostaziei fătului în funcție de metoda de anestezie aplicată la parturientă.

Bibliografie

1. COOK TM. Combined spinal-epidural techniques. *Anaesthesia*, 2000, vol. 55, pp.42-64
2. CRISTEA I. Anestezia subarahnoidiană și peridurală. Editura ALL, București, 1994, ISBN 973-571-015-3, p. 135-140
3. CRITCHLEY LAH, SHORT T. Hypotension during subarachnoid anaesthesia : haemodynamic analysis of 3 treatments. *Br. J. Anaesth.* 1994; vol. 72, p. 151-155
4. FELSBY S, JUESGAARD P. Combined spinal and epidural anaesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 1995, vol. 80, p. 821-6
5. GRAHAMH McMORLAND MB. Handbook of Obstetric Anaesthesia and Analgesia. 1998, p. 36-41
6. MARCU Gh, PALADI Gh, ROȘCA P. Obstetrica. Editura Chișinău, 1993, CZV 618 (075.8) ISBN 5-372-01222-6, p. 16-18
7. PRIYA GUPTA, DUACK, VERMA UC. Sequential combined spinal epidural versus epidural anaesthesia in orthopaedic and gynaecological surgery: a comparative evaluation. *Indian J. Anaesth.* 2002, vol. 46 (6), p. 453-456
8. RICHARDSON M G MD. Regional anaesthesia. *Anesthesiology Clinics of North America*, 2000 Vol.18, N 2.

REFERATE GENERALE

ORIENTĂRI ÎN MANAGEMENTUL HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE LA BOLNAVALUL CIROTIC (*revista literaturii*)

THE ORIENTATION IN THE MANAGEMENT OF BLEEDING IN CIRROTICS PATIENT (*review*)

Rezumat

Hipertensiunea portală se caracterizează prin creșterea patologică a presiunii venoase, determinând o dilatare a colateralelor porto-sistemice; ce conduc spre erupție și hemoragii esofago-gastrice variceale. Managementul hemoragiilor variceale include rezolvări prin metode chirurgicale, endoscopice și terapeutice. Studiul dat având optimizarea managementului la bolnavul cirotic cu hemoragie variceală cu ameliorarea rezultatelor.

Gheorghe ANGHELICI², Viorel MORARU⁴,
Vladimir CAZACOV³,
Constantin ȚIBÎRNĂ¹, Vladimir HOTINEANU¹
Catedra 2 Chirurgie, USMF "Nicolae Testemițanu"

¹- dr.hab.în med., Profesor universitar, Om Emerit

²- dr. în med., conferențiar cercetător

³- dr. în med., conferențiar universitar

⁴- dr. în med., cercetător științific superior

Summary

Portal hypertension is characterised by a pathologic increase in portal pressure, that causes dilatation of porto-systemic collaterals vessels, leading to the formation and bleeding of esophageal and gastric varices. The management of variceal bleeding includes surgical, endoscopic and medical procedures. This study was to estimate the optimal management of cirrhotics variceal bleeding and amelioration of results.

Evoluția progresivă a hipertensiunii portale (HP) cirogene determină un șir de reacții compensator-adaptive și conduce spre dezvoltarea hemocirculației colaterale prin anastomozele porto-sistemice, una din aceste manifestări clinice reprezentând constituirea varicelor esofago-gastrice (VEG), complicație asimptomatică, ce comportă un risc ulterior majorat (Bhasin D,2004; Бебуришвили А,2006). Varicele esofagiene apar în cazul unei presiuni portale excesive, care își găsește cale de rezolvare prin vena coronariană gastrică și șuntarea fluxului venos în venele submucoasei esofagiene, pe când varicele gastrice sunt determinate de derivarea curentului sânguin portal prin venele gastrice scurte ale splinei (Sarin S,2001).

Un rol important în instituirea tratamentului patogenetic argumentat al VEG se atribuie particularităților morfo-funcționale ale plexurilor venoase esofagiene, implementarea USG endoscopice contribuind studierii hemocirculației pe v.azygos cu aprecierea abnormalităților colateralelor venoase periesofagiene și venelor perforante (Irisava A,2001; Sato T,2004).

Odată cu diagnosticarea cirozei hepatice se menționează o incidență evolutivă înaltă a VEG, cu o rată medie de 40% la bolnavii compensați și 60 la sută cazuri în HP cirogenă complicată cu sindrom ascitic [7]. Concomitent, literatura de specialitate constată, că în mediu pe an numărul bolnavilor cirolici cu apariția VEG crește cu 5-8%, iar în 10-15 la sută cazuri survine mărirea gradului de dilatare și a extinderii lor, cu risc sporit de erupere [6,31].

Hemoragiile variceale esofago-gastrice reprezintă cea mai gravă complicație a HP cirogene, majoritatea autorilor considerându-

le drept problemă - cheie a cirozei hepatice. Conform Sharara A (2001), De Francis R (2000), Burroughs A (2001) pe parcursul a 2 ani de la apariția VEG cca. 25-30% din pacienții cirolici dezvoltă accident hemoragic variceal soldat cu o letalitate înaltă (30-80%), determinată de rezervele hepatice funcționale și simultan independent de măsurile terapeutice efectuate (Rikkers L,1998; Щеголев А,2002; Аль-Сабунчи О,2007). În acest context se pune în evidență ca **conduită obligatorie diagnostico-curativă necesitatea și importanța screeningului endoscopic** la bolnavii cu ciroză hepatică și HP în scopul depistării, evaluării și tratării varicelor, examinările endoscopice fiind efectuate periodic în funcție de progresarea afecțiunii [13,16].

Pe parcursul ultimilor decenii au fost efectuate tentative de a stabili criteriile de risc în declanșarea hemoragiilor variceale cirogene, în a.1988 fiind propus indicele NIEC, ce s-a dovedit a fi destul de sensibil în predicția lor (Merkel C,2000). Se estimează, că cei mai importanți factori sunt reprezentați de: 1) Gradul de dilatare, forma și extinderea cordonului variceal; 2) „Red color sings”, sau așa numiților marcheri endoscopici, datorăți efilării peretelui variceal distensionat prin presiunea portală excesivă; 3) Statutul hepatic funcțional.

Conform datelor diferitor autori varicele de talie minoră (<5 mm) pe parcursul 1 an de la depistare se complică cu hemoragie la 7-15% cirolici, pe când în cazul celor largi acest indice constituie deja 25-30 la sută cazuri [27]. Gradul dilatării VEG și „red color sings” sunt asociate unui risc hemoragic înalt ca reflecție a tensionării peretelui variceal, factor decisiv

în eruperea lui (Nevens F,1998; McCormick P,2001). În concordanță cu legea lui Laplace, încordarea peretelui variceal e direct proporțională cu presiunea variceală transmurală (gradientul între presiunea intravariceală și cea a lumenului esofagean), iar raza varicelui e invers proporțională cu gradul de subțiere a peretelui vascular. Deoarece diametrul cordonului variceal reprezintă un produs al razei lui, prin urmare „red color sings” reflectă aerea subțierii peretelui vascular, varicos dilatat (Rigau J,1989; Ichikawa S,2001; Miller E,2002).

Un alt factor predictiv în declanșarea hemoragiilor variceale cirogene reprezintă gradientul presor hepato-venos (GPHV), considerându-se, că valoarea lui > de 12 mmHg reprezintă un indice senzitiv. Pontes J (2002) efectuând manometria endosonografică Doppler- ghidată a varicelor esofagiene au constatat o conexiune directă între valorile presiunii intravariceale și GPHV. Totodată, se menționează o diferență autentică, presiunea venoasă variceală fiind mai redusă comparativ cu gradientul presor hepato-venos, constituind respectiv $21,2 \pm 5,3$ vs. $24,3 \pm 7,8$ mmHg.

Hemoragiile digestive prin ruptura VEG prezintă una din cele mai nefaste și dramatice complicații ale HP cirogene. Burrhous A (2001) indică, că în primele 6 luni după inițierea accidentului hemoragic primar mortalitatea generală constituie 27%, pe cînd la distanță de 6 luni conform rezultatelor altor autori acest indice cuprinde drastice limite de 40-60% [26,53]. Acest fapt își găsește explicare printr-o rată înaltă de recurență a hemoragiilor variceale 30-40% [29], fiind considerate critice zilele 7-10 ale perioadei posthemoragice. Pronostic hemoragiilor variceale e mult mai sombru atunci, cînd ele survin la pacienții cirofici cu un statut hepatic grav alterat. Probabilitatea supraviețuirii în perioada critică de 6 luni după hemoragie la bolnavii Child „A” constituie 80%, pacienții clasei funcționale Child „B” - 50-60%, comparativ cu 15 la sută cazuri la bolnavii categoriei Child „C”. Ameliorarea rezultatelor în această grupă de pacienți cu risc sporit poate fi obținută doar prin hemostaza precoce și prevenirea recidivelor hemoragice [5,7,16].

Astfel, gravitatea hemoragiei prin ruptura VEG, potențial letale, justifică tactica de profilaxie primară în cadrul HP cirogene. În acest context, un rol important îi revine tratamentului medico-chirurgical preventiv de diminuare a HP și iradicare a VEG [28]. Deși această părere nu este unanim recunoscută, concepția dată își găsește tot mai mulți adepți, cu condiția selectării corecte a pacienților supuși profilaxiei chirurgicale a VEG [11,18,37,42].

Perfecționarea rapidă a tehnicilor endoscopice miniagresive vizînd iradicarea VEG (ligaturare în bandă; ocluzionare endoscopică cu adeziv fibrinic sau polimeri cianacrilatici, aplicarea clipselor hemostatice) ca linie primă de tratament profilactic permit modificarea strategiei corecției chirurgicale preventive a complicațiilor HP cirogene în baza specificării și concretizării individuale a indicațiilor tratamentului chirurgical (Samonakis D,2004). Actualmente tratamentul hemoragiilor variceale esofago-gastrice cuprinde multiple metode complementare, ce includ integrarea tratamentului farmacologic, endoscopic, chirurgical și roentgheno-endovascular, avînd drept sarcină sistarea sursei hemoragice cu obținerea hemostazei eficiente și diminuarea concomitentă a presiunii portale [2,5,7].

Tratamentul farmacologic include măsuri standarde oricărei hemoragii- hemostază medicamentoasă cu combaterea șocului hipovolemic și restituirea pierderilor sanghuine (fiind considerată mai bună menținerea hematocritului în limite de

25-30%), necesare în profilaxia insuficienței hepato-renale și a infecției, asociate cu un risc înalt de resângerare și deces. Totodată, majoritatea autorilor remarcă inacceptabilitatea hemotransfuziilor masive, nu atît din motivul posibilităților complicațiilor posttransfuzionale, ci din cauza provocării creșterii presiunii portale, ce poate condiționa persistența hemoragiei sau în cazul stopării spontane recidivarea ei [6]. Se recomandă administrarea simultană a antibioticelor (preferabil norfloxacină) în scopul profilaxiei ascit-peritonitei spontane bacteriene, conform Bernard B (1999) și Rimola A (2000) fiind majorată rata de supraviețuire în perioada posthemoragică.

Concomitent cu tratamentul conservativ hemostatic și de compensare a funcțiilor organice vitale, farmacoterapia hemoragiilor variceale include **administrarea obligatorie** a remediilor vasoconstrictoare (terlipresină; somatostatina; octeotridă; vasopresină+nitroglicerina, prezentate în funcție de importanță și disponibilitate), avînd drept obiectiv diminuarea presiunii variceale, scăderea hiperemiei splanhnice și a rezistenței vasculare intrahepatice.

Vasopresina ca agent vasoconstrictor sistemic e utilizată în practica clinică încă din a.1959, fiind implementată de Schwartz S în tratamentul varicelor esofagiene hemoragice. Studiile ulterioare au demonstrat, că administrarea simultană a nitroglicerinei ameliorează rezultatul controlului terapeutic al hemoragiei variceale, totodată reducând efectele nefavorabile ale vasopresinei supra circulației hepatice arteriale cît și celei cardiace (vasoconstricție cu hipooxygenare). *Terlipresina* (Glypressina) reprezintă un analog al vasopresinei elaborat relativ recent, însă cu acțiune mai prolongată și însușiri hemocirculatorii negative reduse, fapt, ce a determinat utilizarea ei mai pe larg, mai ales de către autorii europeni (Luketic V,2000). Aprecierea rolului fiziologic al *somatostatinei* de către Guillemin C (1972, acordîndu-i-se premiul Nobel), a demonstrat potențialul ei vasoconstrictor în dosaj suprafiziologic, fiind apoi argumentată și adevărită necesitatea aplicării somatostatinei și analogilor ei sintetici (sandostatina, octeotidă) în tratamentul farmacologic al hemoragiilor variceale cirogene. Mecanismul de acțiune e policomplex, constituind în inhibarea hormonului de creștere hipofizar și reducerea concentrației plasmatice a glucagonului,- factor important în ascensiunea HP cirogene cu erupție variceală. Totodată se remarcă, că tratamentul farmacologic necesită a fi instituit nu numai în cazul accidentului hemoragic variceal, ci și în primele 5 zile succesive hemoragiei, avînd drept menire profilaxia recurenței hemoragiei variceale.

Această tactică de tratament farmacologic al hemoragiilor variceale esofago- gastrice e recomandată de Consensusul Internațional Baveno III (2000) în domeniul definirii, metodologiei și strategiilor terapeutice în hipertensiunea portală, cît și ulterior de Consensusul Austriac (2004) în definirea și tratamentul complicațiilor HP [11,38].

Tratamentul endoscopic al hemoragiilor variceale esofago-gastrice a avut drept bază prima tentativă de hemostază endoscopică realizată de către Crawford C și Freckner P în a.1939 cu aplicarea endoscopului rigid, nerecunoscută și subapreciată pe parcursul a cîtorva decenii; și doar odată cu apariția fibrogas troduodenoscopiei flexibile (aa.1960) metoda preconizată a fost apreciată la justa ei valoare, urmîndu-se un progres substanțial în controlul accidentului hemoragic variceal. Principiul elaborat de către acești savanți remarcabili a condus ulterior spre o gamă diversă de metode endoscopice de hemostază a VEG sîngerînde, cum ar fi sclerozarea convențională; ligaturarea inelară în bandă

(Stiegmann G,1988); injectarea endoscopică a cianoacrițailor (Soehendra N,1986); aplicarea clipselor hemostatice (Hayashi T,1975), ulterior tehnica de utilizare a clipselor fiind perfecționată de Hachisu T (1988); ocluzionarea endoscopică a VEG cu adeziv fibrinic comercial („Beriplast”„Tissucol”) și non-comercial prelevat „ex tempore” (Heneghan MA,2002; Datta D,2003; Tripathi D,2006).

Scleroterapia (SE) varicelor esofago-gastrice hemoragice reprezintă o metodă hemostatică de valoare, eficiența căreia în urgență a fost demonstrată de mai mulți autori. Totodată, literatura ce cuprinde acest subiect e greu de interpretat prin inconsistența în selectarea pacienților, varietatea în tehnica procedurii: tipul și volumul sclerozantului; modul de injectare a remedului; combinarea sau nu a procedurii cu tamponamentul hemostatic prin sonda Blackmore; termenii între aplicarea injectărilor; adiacența tratamentului conservativ vasopresant sau vasodilatator. Se consemnă, că scleroterapia standardă se însoțește cu o rată destul de înaltă a recurenței hemoragiei variceale, ce conform Orozco H (2000) pe parcurs a 45 luni constituie dramaticele 63 la sută cazuri, fiind în acest sens pledată concepția superiorității tratamentului chirurgical- decompresia porto-cavală selectivă, sau operația Sugiura-Futagawa. Un alt aspect nefavorabil al sclerozării VEG sîngerînde reprezintă complicațiile grave: perforarea esofagului cu evoluarea mediastinitei, cicatrizarea ulterioară a peretelui esofagean cu formarea strictei la nivelul injectărilor repetate, dereglările motilității esofago-gastrice postsclerozante cu reflux gastro-esofageal, extravazarea remedului sclerozant cu efect histochimic necrotizant, mai ales în cazul varicelor gastrice [8].

Ligaturarea inelară endoscopică în bandă (LE) a VEG a fost propusă și implementată ca o metodă alternativă scleroterapiei endoscopice în iradicaarea lor, consemnîndu-se o eficiență înaltă a procedurii dat și în controlul accidentului hemoragic variceal [5]. Gross M (2001), efectuînd o meta-analiză a 12 studii ce vizează aplicarea diferitor metode de tratament endoscopic în controlul hemoragiilor variceale concludă că, sclerozarea endoscopică posedă o valoare hemostatică de cca. 81%, iar LE are o eficiență hemostatică mult mai mare - 91 la sută cazuri, aceste 10 procente reprezentînd salvarea vieții a miilor de pacienți cirofici cu hemoragie variceală. În același timp, unele studii comparative denotă o frecvență mai înaltă a recurenței variceale în cazurile aplicării ligaturării în bandă, comparativ cu scleroterapia endoscopică. Se atestă, că aplicarea suplimentară a coagulării argon-plasmatice ameliorează esențial rezultatele ligaturării VEG prin inducerea procesului de fibrozare a mucoasei esofagiene și suprimarea proliferării varicelor intramucoase, cât și a venelor perforante [34]. Fiind eficientă în cadrul hemostazei varicelor esofagiene erupte, ligaturarea în bandă indică o eficiență redusă la bolnavii cu flebectazii gastrice hemoragice. Acest fapt este determinat de sediul sursei hemoragice, inaccesibil sau greu accesibil din punct de vedere tehnic al controlului endoscopic [50], în acest context, recomandîndu-se aplicarea suplimentară a SE, sau a altor metode endoscopice concurente de suprimare a sursei hemoragice, și în particular utilizarea polimerilor sintetici sau a celor biologici (Hon M,2000; Seewald D,2003).

Injectarea endoscopică a cianoacrițailor- (IEC) „Histoacryl”, „Glubran” (N-butyl-2- cianoacrilat) e considerată a fi o măsură terapeutică preferabilă la bolnavul cirofic cu hemoragie prin ruptura varicelor gastrice, determinată de rezultatele dezastruoase în controlul hemoragiei prin aplicarea SE convenționale sau a LE [27,28]. Ogawa K (1999) denotă o

eficiență hemostatică de 100% în termeni de 14 zile în cazul IEC, comparativ cu 52,4% la bolnavii tratați prin SE. Studiul retrospectiv al Akahoshi T (2002) indică o rată primară hemostatică de 96,2% a procedurii sus-numit. Conform Dhiman R (2002) hemostaza endoscopică a varicelor gastrice sîngerînde prin injectarea intravariceală a cianoacrițailor posedă o eficacitate imediată de 93,1 și 89 la sută cazuri.

Totodată, literatura de specialitate remarcă complicații postinjecționale severe, cum ar fi obstrucția venoasă vasculară distală cu embolism pulmonar fatal sau embolism splenic, evoluarea accidentului cerebrovascular, ulcerarea și necroză tisulară la nivelul injectării polimerului cu perforare cavitare ulterioară, mai ales în cazul injectării accidentale paravariceale a remedului ocluzionant [17,26,38], fapt ce a determinat reducerea semnificativă a IEC în SUA, deși autorii europeni recomandă aplicarea cianoacrițailor ca măsură de primă linie în hemostaza endoscopică a varicelor gastrice erupte [5,11].

În acest context, o metodă de perspectivă în controlul endoscopic al hemoragiilor prin erupția VEG prezintă utilizarea cocktailului trombinic sau a adezivului fibrinic, remedii, ce posedă o compatibilitate tisulară biologică net superioară comparativ cu sclerozanții standarzi sau cianoacrițaii (Zimmer T,1998; Yang W,2002).

Adezivul fibrinic (AF)- agent hemostatic local, e constituit din două componente principale (trombină și fibrinogenă), mecanismul de interacțiune al cărora este integral, fiind identic etapei finale de coagulare fiziologică a sîngelui: convertirea fibrinogenului în fibrină, simultan realizându-se un polymer biologic plumbant eficient cu însușiri tisulare non-agresive [52]. Cunoscut de mai mult de patru decenii AF și-a găsit o aplicare largă în diverse domenii ale chirurgiei (cardiovasculară, toracică, ortopedică, otorinolaringologică, abdominală), și mai ales în cadrul leziunilor traumaticale ale ficatului și splinei prin aplicarea „Tahokomb”-ului.

Totodată, doar recent, AF sub formă comercială sau prelevat „ex tempore” cu modificarea concentrației componentelor constituante a fost implementat în tratamentul complicațiilor HP cirogene, și în special al hemoragiilor din VEG, demonstrându-se proprietățile sale hemostatice efective [19]. Acest fapt e confirmat printr-o frecvență minoră de recurență hemoragică în termeni precoce și la distanță, cît și prin complicații postocluzive reduse la bolnavii cirofici supuși ocluzionării endoscopice cu AF.

Măsurile endoscopice de tratament ale hemoragiilor variceale esofago-gastrice nu sunt o soluție salvatoare în orice situație, fiind elaborate și implementate în practica clinică procedee alternative, ce includ embolizarea transhepatică percutanee, metodă descrisă în a.1974 de către Lunderquist A și Vang J, evaluată apoi de Widrich W (1978). Scopul ei constă în obliterarea tractelor venoase ce duc sîngele către VEG și trombarea lor, fiind utilizați o varietate de agenți ocluzivi (gelatină spongioasă, trombină, collagen microfibrilar, bucrilat, ethanol olienă, baloane detașabile), introduși în v.coronară cateterizată selectiv percutaneu transhepatic. Stoparea hemoragiei prin aplicarea embolizării transhepatice se consemnă în 45-90% cazuri, însă recidivul hemoragiei pe parcursul unui an este destul de elevat: 25-86%, iar procentajul de repermiabilizare în termeni de 6 luni-4 ani variază în limite de 55-90% . Deci, embolizarea transhepatică constituie o măsură temporară și se aplică la pacienții cu risc înalt, cînd tratamentul farmacologic, tamponamentul esofageal sau procedeele endoscopice sunt ineficiente, în același timp, aplicarea ei necesitînd o echipă bine antrenată în această tehnică.

Cercetările experimentale efectuate de Rosch J (1971), Giutierrez O (1979), Palmaz J (1985) în perioada aa.1970-1980

au condus spre crearea și perfecționarea unei noi metode de diminuare a presiunii portale- a șuntării porto-sistemice transjugulare (TIPS), în cadrul clinic fiind aplicată în a.1982 de către Colapinto R (1982). Ulterior a fost stabilită eficiența procedurii dat și în controlul hemoragiilor variceale. Barton R (1995) analizând rezultatele a 9 instituții în cadrul cărora a fost utilizat TIPS-ul indică o rată hemostatică inițială de 91%, în alte studii acest indice având valoare medie de 74 la sută cazuri. Reieșind din eficiența hemostatică a metodei unele cercetări definesc aplicarea TIPS-ului drept un remediu „salvator” al bolnavului cirotic cu hemoragie variceală incontrollabilă (Azoulay D,2001, Bosch J,2001).

Se constată, că metoda dată e indicată bolnavului cirotic cu hemoragie variceală continuă și refractară tratamentului farmacoterapeutic sau endoscopic. Bineînțeles, că un factor de valoare în plasarea stentului reprezintă absența unor contraindicații de ordin general, cum ar fi insuficiența cardiacă sau hipertensiunea pulmonară, menționându-se o conexiune între supraviețuirea imediată după aplicarea TIPS-ului și rezervele hepatice funcționale. Astfel, Encarnacion C (1995), analizând rezultatele la 65 pacienți cirolici cu hemoragie variceală activă denotă o supraviețuire în termeni de 30 zile după aplicare de 96% în lotul pacienților compensați, și doar 69% în cazul decompensării funcțiilor hepatice, constatând o relație directă a supraviețuirii cu clasa funcțională Child.

Comparativ cu derivările porto-sistemice chirurgicale TIPS-ul comportă o invazivitate net inferioară, factor important la bolnavii cirolici clasei funcționale Child”C” cu hemoragie prin eruperea VEG, rata supraviețuirii în cadrul by-passurilor chirurgicale și non-chirurgicale fiind comparabilă. În acest context se consideră, că chirurgia majoră de urgență a hemoragiilor variceale virtual va dispărea, fiind destinată doar bolnavilor cirolici compensați categoriei Child”A” [18].

Apariția hemoragiei la pacienții cu HP cirogenă nu este neapărat provocată de erupția VEG. E cunoscut faptul, că HP influențează semnificativ supra fiziologiei secreției stomacale și morfologiei mucoasei gastrice, fiind implementată entitatea de **gastropatie portală** (GP). Conform Mitchell K (1982) cca 26%-56% bolnavi cirolici prezintă leziuni eroziv-ulcerative sau ulcer peptic. În studiul vast efectuat de Primignani M (2000) se denotă, că GP în ciroza hepatică are o incidență medie de 80%, fiind consemnată o conexiune certă cu gradul de severitate al HP.

Se consideră, că GP e determinată de dereglările trofice ale mucoasei gastrice pe fond de congestie și stază venoasă cronică [15,24]. Astfel, deseori examenul endoscopic constată, că sursa hemoragică reprezintă nu o ruptură propriu-zisă a peretelui variceal, ci o leziune eroziv-ulcerativă a mucoasei gastrice cu hemoragie continuă și severă. Accidentul hemoragic acut prin GP se menționează în circa 2,5-3,0 la sută cazuri în primele 18-luni de la depistare cu o mortalitate înaltă de 12,5%, iar incidența hemoragiei cronice cuprinde limite de 10-15% cazuri [38,40], impunând probleme greu de soluționat. Drept factori favorizanți ai acestor hemoragii sunt menționate atît dereglările motilității gastrice, cât și prezența *Compylobacter Pylori* (Ferraz J,1997; Dagher L,2001), unii autori contestând această părere (Обуховский Б,2006). Pan W (2002) indică o conexiune directă între evoluția GP cu gradul de dilatare al varicelor esofago-gastrice, cât și o legătură certă între severitatea gastropatiei portale cu prezența și gradul hipersplenismului.

Problema evoluției și consențelor GP î-și capătă amploare la bolnavul cirotic cu hemoragie din VEG, chiar și în cazul unei hemostaze endoscopice reușite. Astfel, Yuksel O (2006) analizând retrospectiv și comparativ efectele iradicării VEG pe un eșantion

de 114 pacienți, cărora li s-a efectuat ligaturarea în bandă (n=85) și scleroterapia standardă (n=29), constată, că ambele procedee au condus ulterior spre agravarea gastropatiei portale. Acest fapt, probabil poate fi explicat prin ineficacitatea funcției de decompresie a colateralelor paraesofagiene extravariceale (ce drenează fluxul venos portal din v.coronariană spre v.azygos) după efectuarea procedurilor endoscopice, contribuind creșterii congestiei venoase gastrice. Concluzia dată e compatibilă și cu rezultatele cercetărilor efectuate de Hino S (2001).

Actualmente tratamentul hemoragiilor, condiționate de gastropatia portal-hipertenzivă nu este bine definit și rămâne un subiect permanent de discuții. Literatura de specialitate pune accentul pe administrarea remediilor farmacologice, ce reduc presiunea portală cu diminuarea perfuziei gastrice (propranololă, terlypressină, octreotidă, somatostatina). În cazul eșuării controlului farmacologic al hemoragiei prin GP sau a recidivării ei precoce unii autori recomandă aplicarea TIPS-ului ca măsură terapeutică de „salvare” (Kamath PS,2000; Peck-Radosavljevic M,2005), sau efectuarea derivărilor porto-sistemice decompresive. Shimizu T (2002) a raportat un caz de rezolvare a hemoragiei gastrice portal-hipertensive incontrollabile la un pacient cu hipersplenism sever, aplicînd embolizarea splenică parțială radiologic ghidată și considerînd-o drept metodă de perspectivă în managementul acestor pacienți. Deși la moment nu sunt efectuate cercetări randomizate, e salutar faptul elaborării și implementării unor noi metode medico-chirurgicale de rezolvare a GP la bolnavii cu HP cirogenă.

Tratamentul HDS la bolnavul cirotic cu HP, condiționate de ruptura VEG sau gastropatia portală merită a fi binecunoscut, deoarece frecvența acestei complicații în patologia clinică de urgență și programată e în ascendență continuă. Din aceste considerente e necesar cât mai rapid de a stabili tactica și strategia măsurilor efectuate din momentul spitalizării inițiale și în perioada ulterioară. Sumarizarea datelor literaturii de specialitate recomandă următoarele principii de conduită medico-chirurgicală la bolnavul cirotic cu hemoragie variceală și non-variceală:

1. Inițierea HDS prin HP cirogenă e considerată potențial letală, fiind legitimă plasarea bolnavului în secția de resuscitare. Transfuziile restituate necesită strictă individualizare, avînd drept scop stabilizarea hemodinamică și a funcțiilor hepatice cu menținerea hematocritului în limite de 25-30%; evitîndu-se creșterea volumului sanguin circulant ca factor favorizant recurenței hemoragiei. E necesară profilaxia complicațiilor prin translocarea bacteriană enterală, ce poate conduce spre agravarea statului hepatic, cât și evoluarea complicațiilor septico-purulente.

2. Controlul hemoragiei necesită, pe măsură, inițializarea imediată a farmacoterapiei hipopresorii portale (preferabil odată cu transportarea bolnavului la spital), combinată cu metode de hemostază endoscopică la depistarea sursei hemoragice.

3. În funcție de eficacitate și disponibilitate se recomandă administrarea terlipressinei, somatostatinei, octreotidului, vasopresinei+nitroglicerină cel puțin 48 ore, tratamentul fiind continuat ulterior pe parcurs a 5 zile, avînd drept obiectiv profilaxia recurenței hemoragice, chiar și în cazul obținerii unei hemostaze eficiente imediate.

4. Ligaturarea în bandă și scleroterapia endoscopică constituie metode eficiente în hemoragiile variceale esofagiene, în cazul erupției varicelor gastrice fiind mai efectivă injecționarea endoscopică a cianacrilatilor. Hemostaza endoscopică necesită a fi complementată cu terapia farmacologică portal hipotenzivă.

5. Aplicarea endoscopică a polimerilor biologici autologi, specificați prin sintagma de adeziv fibrinic reprezintă o metodă de perspectivă în controlul hemoragiilor variceale esofago-

gastrice, fiind reduse efectele nocive tisulare și complicațiile postinjecționale. Simultan, tehnica endoscopică permite aplicarea acestui remediu atât în cadrul eruperii varicelor esofagiene, cât și celor gastrice, având drept temei plasarea intravariceală a agentului ocluzionant;

6. Hemoragiile variceale esofago-gastrice masive, refractare tratamentului farmacologic și endoscopic necesită aplicarea tamponamentului mecanic (sonda Blackmore sau Naclas), ca „punte”, ce oferă posibilitatea stabilizării pacientului și efectuarea ulterioară a măsurilor de hemostază.

7. Ineficiența hemostazei farmacologice și endoscopice impune aplicarea TIPS-lui sau a decompresiei portale chirurgicale derivative- măsuri de „salvare” a ciroticului cu hemoragie variceală esofago-gastrică incontrollabilă.

Bibliografie

- AKAHOSHI T, HASHIZUME M, SHIMABUKURO R, et al. Long-term results of endoscopic Histoacryl injection sclerotherapy for gastric variceal bleeding: a 10-year experience. *Surgery* 2002, 131 :176-81
- AZOULAY D, CASTAING D, MALNO P, et al. Salvage transjugular intrahepatic porto-systemic shunt for uncontrolled variceal bleeding in patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol* 2001, 35(5):590-7
- BARTON RE, ROSCH J, SAXON RR, et al. TIPS: short-and long-term results: a survey of 1750 patients. *Semin Interv Radiol* 1995, 12:364-7
- BERNARD B, GRANGE JD, KHAC EN, et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 1999, 29(12):1655-61
- BHASIN DK, SIYAD I. Variceal bleeding and portal hypertension: new lights on old horizon. *Endoscopy* 2004, 36(2) :120-9
- BOSCH J, ABRADES JG, GRSZMANN R. Current management of portal hypertension. *J Hepatology* 2003, 38(1) :54-68
- BURROUGHS AK, PATCH D. Management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut* 2001, 48(7) :738-40
- CHENG HC, CHENG PN, TSAI YM, et al. Sclerosant Extravasation as a Complication of Sclerosing Endotherapy for Bleeding Gastric Varices. *Endoscopy* 2003, 36(3) :239-41
- DAGHER L, BURRONGHS A. Variceal bleeding and portal gastropathy. *European Gastroenterology & Hepatology* 2001, 13(11) :81-8
- DATTA D, VLAVIANOS P, ALISA A, WESTABY D. Use of Fibrin Glue (Beriplast) in the Management of Bleeding Gastric Varices. *Endoscopy* 2003, 35(8) :675-8
- DE FRANCHIS R. Updating Consensus in Portal Hypertension: Report of a Baveno III Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension. *J Hepatology* 2000, 33(5):846-52
- DHIMAN RK, CHAWLA Y, TANEJA S, et al. Endoscopic sclerotherapy of gastric variceal bleeding with N-butyl-2-cyanoacrylate. *J Clin Gastroenterol* 2002, 25 : 222-7
- DIB N, CALES P. Review: Current management of the complications of portal hypertension: variceal bleeding and ascites. *CMAJ* 2006, 174(10) :1433-43
- ENCARNATION CE, PALMAZ JC, RIVERA FJ, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt placement for variceal bleeding: predictors of mortality. *J Vasc Interv Radiol* 1995, 6 :687-94
- FERRAZ JG, WALLACE JL. Underlying mechanisms of portal hypertensive gastropathy. *Journal of Clinical Gastroenterology* 1997, 25(1) :73-8
- GATTA A, SACERDOTI D, BOLOGNESI M, MERKEL C. Portal hypertension: State of art. *Italian J. Gastroenter. & Hepatology* 1999, 31(4) :326-45
- GROSS M, SCHIEMANN U, MUHLHOFER A, et al. Meta-analysis: efficacy of therapeutic regimens in onoid variceal bleeding. *Endoscopy* 2001, 33(9) :737-46
- HENDERSON JM, BARNES DS, GEISINGER MA. Portal Hypertension. Current problems in *Surgery* 1998, 35(5) :381-452
- HENEGHAN MA, BYRNE A, HARRISON P. An open pilot study of the effects of a human fibrin glue for endoscopic treatment of patients with acute bleeding from gastric varices. *Gastrointest Endosc* 2002, 56(4) :422-6
- HINO S, KAKUTANI H, IKEDA K, et al. Hemodynamic analysis of esophageal varices using color Doppler endoscopic ultrasonography to predict recurrence after endoscopic treatment. *Endoscopy* 2001, 33(10) :869-72
- HON MC, LIN HC, LEE FY, et al. Recurrence of esophageal varices following endoscopic treatment and its impact on rebleeding: comparison of sclerotherapy and band ligation. *J Hepatology* 2000, 32(2) :202-8
- ICHIKAWA S, OKAMURA S, TUJIGAMI K, et al. Quantitative analysis of red color sing in the endoscopic evaluation of esophageal varices. *Endoscopy* 2001, 33(9) :747-53
- IRISAVA A, SAITO A, OBARA K, et al. Endoscopic recurrences of esophageal varices is associated with the specific EUS abnormalities: severe periesophageal collateral veins and large perforating veins. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001, 53(1) :74-84
- KAMATH PS, LACERDA M, AHLQUIST DA, et al. Gastric mucosal responses to intrahepatic porto-systemic shunting in patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2000, 118(8) :905-11
- KIND R, GUGLIELMI A, RODELLA L, et al. Bucrylate treatment of bleeding gastric varices: 12 years' experience. *Endoscopy* 2000, 32(5) :512-9
- KORULA J. Technique of endoscopic sclerotherapy. *Gastroenterology Endoscopy*. Philadelphia. - WB Saunders Co., 2000, :371-88
- LEBREC D, STIEGMANN GV. Prevention of recurrent variceal hemorrhage. Portal hypertension III. - Oxford. - Blackwell Science Ltd 2001, :170-9
- LUKETIC VA, SANYAL AJ. Esophageal varices I: Clinical presentation, medical therapy, and endoscopic therapy. *Gastroenterology Clinics of North America* 2000, 29(2) :337-85
- McCORMICK PA, O'KEEFE C. Improving prognosis following a first variceal haemorrhage over four decades. *Gut* 2001, 49(6) :682-5
- MERKEL C, ZOLI M, SIRINGO S, et al. Prognostic indicators of risk for first variceal bleeding in cirrhosis: A multicenter study in 711 pts. to validate or improve the North Italian Endoscopic Club (NIEC) index. *Amer J Gastroenterol* 2000, 95(10) :2915-20
- MERLI M, NICOLINI G, ANGELONI S, et al. Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients. *J Hepatol* 2003, 35(2) :266-72
- MILLER ES, KIM JK, GANDENHOK J, et al. A new device for measuring esophageal variceal pressure. *Gastrointest Endosc* 2002, 56(3) :284-91
- MITCELL K, THEODOSSI A, WILLIAMS R. Endoscopy in patients with portal hypertension and upper gastrointestinal bleeding. In *Variceal Bleeding*. London: Pitman, 1982, : 62-7
- NAKAMURA S, MITSUNAGA Y, MURATA Y, et al. Endoscopic induction of mucosal fibrosis by argon-plasma coagulation (APC) for esophageal varices: a prospective randomized trial of ligation plus APC vs. ligation alone. *Endoscopy* 2001, 33(3) :210-5
- NEVENS F, BUSTAMI R, SCHEYS I, et al. Variceal pressure is a factor predicting the risk of first variceal bleeding: A prospective cohort study in cirrhotic patients. *Hepatology* 1998, 27(1) :15-9
- OGAWA K, ISHIKAWA S, NARITAKA Y, et al. Clinical evaluation of endoscopic injection sclerotherapy using n-butyl-2-cyanoacrylate for gastric variceal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol* 1999, 14 :245-50
- OROZCO H, MERCADO MA, CHAN C, et al. A comparative study of the elective treatment of variceal hemorrhage with beta-blockers, transendoscopic sclerotherapy and surgery: A prospective, controlled, and randomized trial during 10 years. *Annals of Surgery* 2000, 232(2) :216-9
- PECK-RADOSAVLJENIC M, TRAUNER M, SCHREIBER F. Austrian Consensus on the definition and treatment of portal hypertension and its complications. *Endoscopy* 2005, 37(7) :667-73
- PONTES JM, LEITAO MC, PORTELA F, et al. Endosonographic Doppler-guided manometry of esophageal varices: experimental validation and clinical feasibility. *Endoscopy* 2002, 34(4) :966-72
- PRIMIGNANI M, CARPINELLI L, PREATONI P, et al. Natural history of portal hypertensive gastropathy in patients with liver cirrhosis. The new Italian endoscopic club for the study and treatment of esophageal varices (NIEC). *Gastroenterology* 2000, 119(2) :181-7
- RIGAU J, BOSCH J, BORDAS JM, et al. Endoscopic measurement of variceal pressure in cirrhosis: correlation with portal pressure and variceal hemorrhage. *Gastroenterology* 1989, 96(2) :873-80
- RIKKERS L. The changing spectrum of treatment for variceal bleeding. *Annals of Surgery* 1998, 228(4) :536-46
- RIMOLA A, GARCIA-TSAO G, NAVASA M, et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a consensus document. International ascites club. *J Hepatol* 2000, 32(1) :142-53
- SAMONAKIS DN, TRIANTOS CK, THALHEIMER U, et al. Review: Management of portal hypertension. *Postgrad Med Journal* 2004, 80(5) :634-41
- SARIN SK, PRIMIGNANI M, AGARWAL SR. Gastric varices. Portal hypertension III. - Oxford. - Blackwell Science Ltd 2001 :76-95
- SATO T, ZAMAZAKI K, TOYOTA J, et al. Perforating veins in recurrent esophageal varices evaluated by endoscopic color Doppler ultrasonography with a galactose-based contrast agent. *J Gastroenterol* 2004, 39(11) :422-8
- SEEWALD D, MENDOZA G, SEITZ U, et al. Variceal bleeding and portal hypertension: has there been any progress in the last 12 months?. *Endoscopy* 2003, 35(2) :136-44
- SHARARA A, ROCKEY D. Review: Gastroesophageal variceal hemorrhage. *N Engl Med* 2001, 345(9) :669-81
- SHIMIZU T, ONDA M, TAJIRI T, et al. Bleeding portal-hypertensive gastropathy managed successfully by partial splenic emboliation. *Hepatogastroenterology* 2002, 17 :947-9
- TRIPATHI D, FERGUSON JW, THERAPONDOS G, et al. Review article: recent advances in the management of bleeding gastric varices. *Aliment Pharmacol Ther* 2006, 24 :1-17
- WACHSBERG RH, BAHRAMIPOUR P, SOFOCLEOUS C, BARONE A. Hepatofugal flow in the portal venous system: patophysiology, imaging findings, and diagnostic pitfalls. *RadioGraphics* 2002, 22 (5) :123-40
- WALLIS K, VLAVIANOS P, ANDREYEV HJN, WESTABY D. Fibrin glue injection for the treatment of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 2002, 50 :45-7
- WESTABY D, MACDOUGALL BRD, WILLIAMS R. Improved survival following injection sclerotherapy for esophageal varices: final analysis of a controlled trial. *Hepatology* 1985, 5(2) :827-30
- YANG WL, TRIPATHI D, THERAPONDOS G, et al. Endoscopic use of human thrombin in bleeding gastric varices. *Am J Gastroenterol* 2002, 97(12) :1381-5
- YUKSEL O, KOKLU S, ARHAN M, et al. Effects of esophageal varice eradication on portal hypertensive gastropathy and fundal varices: a retrospective and comparative study. *Dig Dis Sci* 2006, 51(1) :27-30
- ZIMMER T, RUCKTASCHEL F, STOLZEL U, et al. Endoscopic sclerotherapy with fibrin-glue as compared with polidocanol to prevent early esophageal variceal rebleeding. *J Hepatology* 1998, 28(2) :292-7
- АЛЬ-САБУНЧИ ОА. Обоснование принципов малоинвазивной хирургии в профилактике и лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Автореферат дисс. докт.мед.наук, Москва, 2007, 46 с.
- БЕБУРИШВИЛИ АГ, МИХИН СВ, ОБЧАРОВ АН. Эндоскопическая склеротерапия варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии. *Хирургия* 2006; N1, : 44-8
- ОБУХОВСКИЙ БИ. Портальная гипертензионная гастропатия у больных циррозом печени (клинико-морфологические исследования). Автореферат дисс. канд.мед. наук, Москва 2006, 24 с.
- ШАГОЛЕВ АА, МИЗИАНО СА, КОНЮХОВ ГВ. Новые технологии в лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка., *Российский медицинский журнал* 2002, 2(4) :41-3

TRAUMATISMELE ABDOMINALE: ASPECTE ACTUALE DE DIAGNOSTIC ȘI CONCEȚII NOI DE ABORDARE

ABDOMINAL TRAUMA: STATE OF ART IN DIAGNOSIS AND TREATMENT

Rezumat

Bazându-se pe datele din literatură, autorul trece în revistă particularitățile de diagnostic ale leziunilor intraabdominale în funcție de parametrii hemodinamici. Sunt elucidate posibilitățile procedeelelor paraclinice de diagnosticare și succesivitatea de utilizare a acestora. În articol sunt înaintate repere și concepții noi a de abordare a traumatismelor abdominale, în special privitor tratamentul nonoperator al leziunilor organelor parenchimatoase și plăgilor penetrante ale abdomenului cu scopul de a reduce numărul erorilor diagnostice, a ratei complicațiilor și nivelului letalității.

Gheorghe ROJNOVEANU
Dr. în med., conferențiar universitar
Catedra Chirurgie N1 "Nicolae Anestiadi",
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Summary

Based on review of literature, author described the particularities of abdominal organ's lesions in correlation with hemodynamic parameters. Author discussed the possibilities and step-by-step use of diagnostic tools. Review of literature highlights

new directions in diagnosis and treatment of abdominal trauma, especially non-operator treatment of solid organs and penetrated wounds of the abdomen in order to reduce rate of diagnostic errors, the morbidity and mortality.

Introducere

Tratamentul traumatismelor abdominale prezintă una dintre problemele actuale ale chirurgiei de urgență, condiționată de incidența înaltă între leziunile mecanice, gravitatea leziunilor, rata mare a mortalității din cauza complicațiilor [41]. În centrele specializate cu program de urgență timp de 24 de ore, asigurate cu serviciu de reanimatologie și terapie intensivă, nivel înalt de diagnostic și tratament chirurgical, erorile diagnostice au o incidență de 12 ori mai mică, comparativ cu sistemul ce prevede evacuarea traumatizaților în edificii medicale de vecinătate [36]. Deseori pacienții sunt spitalizați în șoc, stare de ebrietate, sub acțiunea narcoticelor sau sedativelor, cu leziuni asociate ale altor organe și sisteme, inclusiv traumatisme cranio-cerebrale, toracice, ale locomotorului etc. De aceea, în diagnosticul de urgență a leziunilor abdominale nu este de neglijat principiul „standardului de aur”: laparocenteza și lavajul diagnostic peritoneal, USG și TC abdominală, laparoscopia [36].

Particularități de diagnostic al traumatismelor abdominale. Conform datelor multor centre medicale din lume, care se preocupă de tratamentul traumatismelor, etiologia și mecanogeneza traumatismelor abdominale demonstrează prevalența plăgilor penetrante ale abdomenului în teritoriul urban, iar a traumatismelor închise – în mediul rural [7]. Raportând datele altui centru medical specializat cu o experiență de tratament a 3323 accidentați și răniți timp de 3,5 ani, Marckesie RC și coautorii (1989) evidențiază 5 factori principali, care indică potențial la probabilitatea leziunii

organelor abdominale: 1) traumatismele toracice; 2) deficitul bazic (sub 3 mmoli); 3) hipotonia la spitalizare; 4) leziunile asociate ale bazinului; 5) hipotonia la locul accidentului [18].

Examenul fizical și în condițiile dereglărilor severe ale funcțiilor vitale include obligator inspectia, palparea și auscultația abdomenului și a altor regiuni ale corpului. În cazul pacienților conștienți acesta rămâne baza diagnosticului [20]. Durerea spontană sau provocată de palpare, contractura musculară și prezența semnelor peritoneale, de regulă, sunt un argument suficient pentru laparotomia de urgență, în deosebi la bolnavii instabili hemodinamic. Peste 25% dintre pacienți prezintă leziuni cranio-cerebrale asociate, ce condiționează erori diagnostice. Dificultăți suplimentare creează și traumatismele vertebro-medulare (2%), în cazul cărora hipotonia poate fi determinată nu numai de hemoragia internă, ci și de leziunea nemijlocită a structurilor nervoase, responsabile de tonusul vascular periferic („colapsul simpatic” în leziunile regiunii cervicale) [40]. În cazul stării de ebrietate, la administrarea remediilor narcotice și a sedativelor, inclusiv și la etapa de pre-spital, chiar și examenul minuțios efectuat de un specialist experimentat, nu furnizează informație semnificativă. De aceea, în dificultățile de examinare a acestui lot de pacienți diagnosticul leziunilor intraabdominale se bazează pe rezultatele metodelor obiective paraclinice de investigare [46].

Utilizarea laparocentezei și lavajului diagnostic peritoneal a început mai mult de 40 de ani. Rezultatul pozitiv al laparocentezei este indicație absolută către intervenție chirurgicală de urgență.

Acesta este considerat pozitiv în 4 situații: aspirarea a 10 ml de sânge și mai mult; prezența în efuzat peste 100000 eritrocite în 1 mm³; prezența în lichidul aspirat mai mult de 500 leucocite în 1 mm³; eliminarea prin dren a bilei, urinei, a exudatului abdominal cu fibrină. Dintre dezavantajele laparocentezei se enumără invazivitatea și riscul potențial de leziune a vaselor și anșelor intestinale, observate mai frecvent în metoda prin trocar (1%) [4]. Altele ar fi nespecificitatea, adică imposibilitatea atribuirii obținerii sângelui sau a exudatului inflamator leziunii unei structuri, unui organ oarecare, precum și sensibilitatea prea înaltă. Într-adevăr, pentru mulți chirurghi dobândirea a 2-3 ml de sânge este un semn imperativ pentru efectuarea laparotomiei. Cu toate acestea, la operație se depistează doar leziuni traumatiche neînsemnate și hematoame, care nu necesită corecție chirurgicală. Asemenea intervenții chirurgicale agravează semnificativ starea și așa precară a bolnavilor și deseori răpesc pacientului ultima șansă la vindecare. Este demonstrat, că prezența a 30 ml de sânge în abdomen manifestă rezultat pozitiv a laparocentezei, ca și hematoamele retroperitoneale și ale bazinului [9]. În traumatismele asociate pe fundalul de instabilitate hemodinamică rezultatele fals- pozitive ale laparocentezei măresc până la 30% rata laparotomiilor pentru leziuni intraabdominale neimportante [8]. În cazul comei cerebrale sau stării de ebrietate depistarea leziunii organului cavitat rămâne o problemă și pentru laparocenteză: aceasta conduce la erori tactice, și numai când gradul inflamației peritoneului atinge nivelul critic și, respectiv, crește sechestrarea leucocitelor în cavitatea abdominală (>500 în 1 mm³), diagnosticul se clarifică. În asemenea cazuri este mai lesne de păstrat cateterul în abdomen timp de câteva ore, pentru repetarea lavajului peritoneal cu examen macroscopic și de laborator a efuzatului.

Tomografia computerizată (TC) a fost implementată în diagnosticul leziunilor abdominale în anii '80 ai secolului XX și inițial a deschis noi posibilități în caracteristica detaliată a leziunilor bazinului, coloanei vertebrale, a altor structuri osoase, precum și a sângelui liber în abdomen și, ce este deosebit de important, a sursei de hemoragie [10]. TC permite aprecierea stării ficatului, căilor biliare și organelor retroperitoneale (pancreas, duoden, organele sistemului urinar). În cazul hematuriei posttraumatice TC este mai valoroasă, decât urografia intravenoasă, devenind posibilă diagnosticarea leziunilor arterelor renale. O sensibilitate insuficientă a TC se observă în dereglarea integrității diafragmei, pancreasului și a intestinului subțire; diagnosticarea acestor leziuni solicită o contrastare intensă a organelor. La un examen tomografic simplu se depistează hematomi intraparenchimatosi, care pot fi omiși la angiografie. Administrarea perorală sau prin sondă a contrastului evidențiază clar porțiunea superioară a tractului digestiv, iar introducerea intravenoasă a contrastului permite depistarea leziunilor unui anumit organ. Tomografia spiralată sau tridimensională ameliorează semnificativ calitatea examenului în depistarea leziunilor organelor parenchimatose și a vaselor mari [3].

USG abdominală în diagnosticul de urgență a traumatismelor și plăgilor abdominale prezintă mari avantaje condiționată de neinvazivitate, rapiditatea efectuării examenului (3-5 min.) și sensibilitatea înaltă în decelarea leziunilor intraabdominale și hemoperitoneului. Obiectul principal al patologiei traumatiche, depistat prin USG este sângele liber în cavitatea abdominală, care se acumulează în zonele declive ale abdomenului în

vecinătate cu organele cu suprafață dură: ficatul, rinichii, splina, vezica urinară în retenție. În diagnosticul leziunilor abdominale sensibilitatea USG constituie 80-95% [17]. Interpretarea rezultatelor investigației este dificilă la bolnavii supraponderali, în emfizemul subcutanat pronunțat, precum și pe fundalul meteorismului marcat. USG prezintă două dezavantaje serioase – specificitate redusă și necesitatea unui specialist bine instruit [7,16], deși și în acest caz Rozyncki GS. și coautorii (1993) raportează cazuri de rezultate fals-negative în examinarea a 200 pacienți cu traumatism abdominal închis [29]. În general, posibilitățile diagnostice ale USG sunt comparabile cu cele ale laparocentezei, însă avantajul principal al USG este neinvazivitatea și posibilitățile repetării examenului în dinamică. După o instruire de scurtă durată, metoda poate fi accesibilă pentru a fi practică de chirurgi, și astfel de organizare a serviciului în clinicile din Germania a permis de a exclude din gărzile nocturne a specialistului în ecografie [29].

Tehnologiile laparoscopice contemporane obțin în prezent o răspândire tot mai largă în tratamentul bolnavilor și accidentaților cu patologie chirurgicală abdominală acută. Primele comunicări referitor la utilizarea diagnosticului video-endoscopic al leziunilor intraabdominale au fost publicate mai mult de 25 de ani în urmă [47]. În ultimul deceniu în literatură au fost inserate multe sute de observații analogice [13]. Valoarea laparoscopiei constă în posibilitatea aprecierii vizuale a organelor interne și structurilor, iar dezavantajul – invazivitatea și posibilitatea limitată a reviziei acestora. Indicația de laparoscopie se recomandă la pacientul stabil hemodinamic, fără intervenții abdominale în antecedente sau leziuni toracice evidente. Mobilitatea mesei de operație și utilizarea utilajului special (endoscop cu optică laterală, pense, retractoare etc) permit lărgirea câmpului de vizualizare, în special al diafragmei, spațiilor subfrenice, revizia intestinului, spațiului retroperitoneal. Pentru confirmarea leziunii diafragmei și vizualizarea simultană a organelor interne se efectuează și toracosopia [26]. Aprecierea rezervată a posibilităților diagnostice ale laparoscopiei de urgență este condiționată de faptul, că vizualizarea leziunilor organelor cavitare se reușește doar în 18% cazuri, chiar dacă se utilizează utilaj endoscopic contemporan cu participarea specialiștilor cu experiență. Prin laparoscopie se diagnostică frecvent leziunile traumatiche ale ficatului, splinei, însă stabilirea gradului de leziune este dificil, precum și revizia spațiului retroperitoneal. În plăgile penetrante ale abdomenului laparoscopia s-a dovedit a fi insuficientă pentru excluderea defectelor transfixiante ale organelor cavitare. De aceea, majoritatea specialiștilor au rămas adepți ai atitudinii conservatoare, care prevede laparotomia de urgență. Invazivitatea laparoscopiei implică unele condiții nedorite, cum ar fi majorarea presiunii intraabdominale și limitarea excursiei respiratorii a plămânilor, precum și complicații, ca leziunea cu trocarul organelor intraabdominale fixate la structurile parietale, pneumotoracele tensionate (în leziunile transfixiante ale diafragmei), embolia gazoasă a venelor lezate etc. În 572 de laparoscopii diagnostice Ivatury RR. și coautorii (1993) nu au întâlnit asemenea complicații, cu excepția pneumotoracelui tensionat în 2 cazuri, cu evoluție favorabilă după toracocenteză și drenarea cavității pleurale [13]. Incidența acestor complicații impune includerea în câmpul operator și a toracelui inferior, iar procedura să fie efectuată cu monitorizarea hemodinamicii, schimbului de gaze, pentru a constata momentul critic de

dereglare a funcțiilor vitale. A fost elaborată metoda de laparoscopie fără insuflare, ce exclude riscul pneumotoracelui și al emboliei gazoase a vaselor sangvine. Utilizarea acestei metode la 27 de pacienți a condus la rezultate favorabile, iar în unele cazuri a permis rezolvarea leziunilor pe cale laparoscopică (suturarea intestinului, diafragmei) [31,44]. Deși conform datelor din literatură valoarea diagnostică a laparoscopiei în traumatismele abdominale atinge cota de 80-100% [38], aceasta este contraindicată în cazul hemodinamicii instabile, insuficienței respiratorii severe condiționate de șoc, traumatisme toracice și crano-cerebrale, prezența cicatricelor pe peretele abdominal, meteorism pronunțat, în suspecția leziunii diafragmei [37], ce limitează utilizarea acesteia la lotul cu traumatisme asociate grave [24,39,43]. Cu toate acestea, experiența de mulți ani de utilizare a laparoscopiei în cazurile de urgență (traumele și patologia acută chirurgicală) permite recomandarea acestei metode pe larg în practica medicală pentru a evita laparotomii inutile [19].

Angiografia în traumatismele abdominale închise și plăgi penetrante în prezent se utilizează deosebit de rar. Indicația de bază în angiografie este identificarea leziunii arterelor pentru embolizare ulterioară și stoparea hemoragiei interne, care nicidecum nu exclude o laparotomie ulterioară [34]. Mai frecvent acest procedeu se utilizează în fracturile oaselor de bazin [42].

Scanarea cu radionuclizi. Cu ajutorul scintigrafiei cu tehniciu – acid hepato-iminodiacetic (Tc99m HIDA) și a colangiografiei endoscopice retrograde pot fi obținute dovezi ale unei biliragii sau pot fi localizate leziuni mici, nedetectabile prin alte metode, în coroborare cu datele imagistice furnizate de TC și ecografie [32].

Rezonanța magnito-nucleară este metoda cea mai informativă în diagnosticul leziunilor intraabdominale, deși nu oferă avantaje semnificative față de TC în evaluarea de rutină a pacienților cu traumatisme hepatice [21]. Cu toate acestea, utilizarea acesteia este limitată din cauza complexității, duratei și costului mare, precum și de prezența contraindicațiilor: dereglarea conștienței, instabilitatea hemodinamicii, intestinul nepregătit etc [34,47]. Reieșind din acest fapt, de regulă, RMN nu face parte din investigațiile de urgență de primă intenție și nu se utilizează în faza acută a bolii traumatice, în șoc traumatic, comă cerebrală, insuficiența cardio-respiratorie. Metoda este înalt informativă la examenele dinamice pentru depistarea leziunilor intraorganice, diagnosticul leziunilor concomitente extraabdominale, în deosebi în fracturile coloanei vertebrale și a complicațiilor posttraumatice la traumatizații hemodinamic stabile [12].

Utilizarea unor procedee diagnostice la accidentații hemodinamic instabile este dificilă sau imposibilă. Explicația este, că TC abdominală prevede transportarea pacientului într-un cabinet special și aflarea acestuia o durată lungă la investigație. Laparoscopia necesită utilaj special, inclusiv lanț videoasistat; este invazivă și poate fi însoțită de înrăutățirea funcției cardiovasculare. Laparocenteza este utilă, însă rata înaltă de rezultate fals-pozitive poate favoriza majorarea numărului de laparotomii inutile, urmate de creșterea numărului complicațiilor postoperatorii și a letalității. În asemenea circumstanțe cea mai avantajoasă este USG abdominală cu astfel de merite, cum ar fi: neinvazivitate, rapiditatea efectuării, excluderea complicațiilor și posibilitățile utilizării repetate [47].

În cazul **hemodinamicii stabile** rolul diagnostic al laparocentezei constă nu numai în depistarea hemoperitoneului, ci și confirmarea rapidă a leziunii organului cavitat. În cazurile tabloului clinic dubios TC abdominală furnizează cea mai amplă informație: precizia diagnostică constituie 87-98%, adică practic egală cu rezultatele laparocentezei, deși între datele TC și cele decelate intraoperator lipsește o dependență strânsă de corelație. TC și laparocenteza cu lavaj diagnostic peritoneal nu se exclud, ci se completează reciproc: prin TC se reușește de a aprecia cantitatea sângelui din abdomen și de a vizualiza gradul leziunii organelor parenchimotoase [25].

Conceptii de abordare a traumatismelor abdominale. Tratamentul nonoperator a unor leziuni intraabdominale insignifiante în traumatismele închise necesită câteva condiții stricte: 1) stabilitatea hemodinamicii pe întreaga perioadă de supraveghere; 2) lipsa leziunilor importante ale altor organe intraabdominale; 3) leziune neseveră a organului; 4) hemostază spontană în regiunea leziunii. Astfel, Knudson MM. și coautorii (1990), având o experiență de tratament conservativ a 52 de accidentați cu traumatism abdominal închis, au constatat că 41 dintre aceștia au avut o cantitate neînsemnată de sânge în cavitatea abdominală sau aceasta a lipsit în genere [15]. Meredith JW. și coautorii (1994) doar în 2 cazuri din 15 au necesitat intervenție chirurgicală pentru leziuni hepatice de gr.IV-V, amânarea operației nu s-a reflectat la rezultatul evolutiv favorabil [22]. TC în dinamică a atestat ameliorarea tabloului morfologic al leziunii hepatice peste 10-15 zile după traumatism. În baza analizei rezultatelor tratamentului conservativ a 46 bolnavi cu traumatism abdominal închis și leziuni ale ficatului de gr.III-IV autorii au concluzionat, că rupturile organului din regiunea incizurii interlobare nu necesită tratament chirurgical, deși la 26 dintre pacienți s-au observat complicații legate de reacția peritoneului condiționate de biliragie. De aici reiese necesitatea drenării flancului drept și bazinului mic cu tub de dren [47]. Croce MA și coautorii (1995) au utilizat tactica expectativă de supraveghere ”înarmată” la 112 pacienți cu traumatism abdominal închis indiferent de datele TC, însă în 25% cazuri în scurt timp s-au manifestat indicații de tratament chirurgical [3].

Leziunile traumatice ale splinei sunt mult mai sângeroase și tactica chirurgicală în asemenea cazuri nu este unificată [33]. Analiza tratamentului a 60 de pacienți cu traumatisme închise ale splinei (după datele TC) au decelat factorii de bază, care presupun succesul tratamentului conservativ: hemodinamică stabilă, restabilire rapidă a funcției intestinului, vârstă sub 60 de ani, termeni precoce de depistare a leziunii splenice prin TC, hemotransfuzie până la 4 unități. Pentru tratamentul nonoperator al leziunilor splenice de gr.I-III sunt necesare următoarele condiții: vârstă sub 55 de ani, stabilitatea hemodinamicii, lipsa altor leziuni intraabdominale [30]. Kohn JS. și coautorii (1994) au avut parte de insucces în tratamentul nonoperator la 7 dintre 37 cazuri de leziuni traumatice închise ale splinei la adulți, aceștia având o evoluție postoperatorie favorabilă. În urma studierii experienței de tratament a 832 adulți cu traumatism abdominal închis și leziuni splenice, tratați în 6 centre mari din SUA, insuficiența tacticii nonoperatorii a fost înregistrată în 17%: 72 pacienți au fost operați pentru hemoragie intraabdominală continuă, leziune de pancreas [2].

În plăgile penetrante ale abdomenului pe parcursul multor decenii chirurgii se conduc de regula fermă: practicarea

laparotomiei de urgență de fiecare dată la prezența semnelor peritoneale și a altor semne de penetrare a plăgii în abdomen. Referitor la plăgile tăiate-înțepate o asemenea tactică nu întotdeauna este rațională, deoarece la $\frac{2}{3}$ dintre cei operați nu se depistează leziuni intraabdominale. Chiar și în plăgile penetrante prin armă de foc ale abdomenului în 20% cazuri chirurgii nu depistează leziuni ale organelor interne. Țăbuleak și Șeianov (2001) citează autori, care afirmă că la un lot de 160 răniți, care au suportat laparotomie cu lipsa leziunilor intraoperator numărul complicațiilor a constituit 4,9% [47]. În alte publicații s-a raportat o rată mai mare a complicațiilor – 22-41% [28,35]. Pentru a se convinge de caracterul penetrant al plăgii și a reduce numărul laparotomiilor diagnostice, se recurge la următoarele atitudini tactice: 1) supraveghere de durată; 2) revizia nemijlocită a canalului plăgii; 3) lavajul peritoneal; 4) laparoscopia. Urmărind cronologic comunicările din literatura de specialitate, G.Shaftan, a fost primul dintre chirurghi, care a utilizat tactica expectativă în plăgile penetrante ale abdomenului [47]. Datorită acestei tactici dintre 651 de răniți cu plăgi tăiate-înțepate penetrante ale abdomenului 53% au suportat laparotomie de urgență imediată, iar la 47% dintre bolnavi s-a utilizat doar supravegherea „înarmată” și examene clinice repetate. Doar 9 dintre 306 bolnavi au necesitat intervenție chirurgicală pentru lezarea colonului (3), ficatului (2), rinichiului (2) [6].

În practica chirurgicală revizia plăgii nu este atât de simplă, pe cât se așteaptă la prima vedere, și în 50% cazuri conduce la laparotomie neîntemeiate [23]. Este cunoscut, că $\frac{2}{3}$ din plăgile împușcate ale trunchiului sunt oarbe [27]. De aceea, în unele cazuri este rațional de a recurge la anumite procedee diagnostice, cum ar fi laparocenteza cu lavaj peritoneal, laparoscopia, TC cu contrastarea colonului. Pielografia intravenoasă se utilizează în cazul hemodinamicii stabile pentru vizualizarea leziunilor ureterelor, ori deplasarea acestora de hematomul retroperitoneal. În rezultatul supravegherii de durată a 223 de pacienți stabili cu plăgi tăiate-înțepate ale regiunii posterioare ale trunchiului doar 5 bolnavi au fost supuși intervenției chirurgicale pentru leziune de pancreas, intestin subțire, colon, de arteră renală, hematom masiv retroperitoneal, neînregistrându-se complicații severe [6].

Într-un studiu Ivatory RR. și coautorii (1993) susțin, că 20% dintre răniți au fost operați imediat. Dintre celelalte cazuri în 34% laparoscopia diagnostică a exclus caracterul penetrant al plăgii sau leziuni ale organelor intraabdominale, iar în 46% - a fost depistată patologie care a necesitat corecție chirurgicală [13]. Demetriades D. și coautorii (1991) subliniază, că în plăgile prin împușcare tactica activ-expectativă necesită o precauție aparte. Este necesar mai frecvent de a recurge la laparocenteză cu lavaj peritoneal și laparoscopie pentru a „risipi” îndoilele diagnostice. În cazul când mai rămân dubii după investigații – se recomandă laparotomie exploratorie [5]. De aceea, se propune de a reduce pragul criteriilor pozitive al lavajului diagnostic peritoneal până la 10000 eritrocite în 1 mm³, ce ridică valoarea diagnostică a metodei până la 95% [7].

Conform gradului de dispersie a leziunilor tegumentare Glezer JA. și coautorii (1993) deosebesc 3 tipuri principale de plăgi împușcate prin alică. În cazul primului tip diametrul de dispersie a leziunilor tegumentare depășește 25 cm. Se practică laparotomia doar la prezența semnelor peritoneale ($\frac{1}{3}$ dintre răniți), iar ceilalți 66% bolnavi se supraveghează în dinamică. În tipul II zona de leziune a tegumentelor constituie 10-25

cm și practic toți pacienții necesită laparotomie exploratorie și debridare primară a plăgii, letalitatea constituind 29%. Tipul III de traumatism prin armă de foc cu alică se observă în cazul împușcăturilor de la distanță mică, de aceea zona de dispersie a leziunilor tegumentare este minimală (până la 10 cm), iar proporțiile leziunilor interne sunt maxime. De aceea, laparotomia de urgență imediată este necesară în toate cazurile, urmată de o letalitate de 38% [11].

În baza multor mii de studii se propune un algoritm diagnostic de urgență și tratament în traumatisme și plăgi ale abdomenului în diferite circumstanțe [1,7, 45]. În cazul instabilității hemodinamicii imediat simultan cu resuscitarea pacientului se recurge la examenul fizic. Paralel se efectuează examenul radiologic al toracelui, abdomenului, ale oaselor bazinului, necesare pentru depistarea hemoragiilor intracavitare, al fracturilor, corpurilor străine. După sondajul gastric și cateterizarea vezicii urinare se efectuează laparocenteza cu lavaj diagnostic peritoneal. Obținerea a 10 ml de sânge și mai mult prin drenul din abdomen presupune laparotomia de urgență imediată. În cazul rezultatului negativ sau al rezultatului microscopic pozitiv al lavajului peritoneal este necesară căutarea cauzei alternative a șocului. La suspjecția hemoragiei continue lavajul peritoneal poate fi substituit cu USG abdominală [7].

În cazul hemodinamicii stabile este necesară o examinare amplă și detaliată, urmată de examenul radiologic toracic, abdominal și al bazinului. La prezența chiar și a semnelor neclare peritoneale este indicată TC abdominală cu contrastare simultană perorală sau intravenoasă. Deja la această etapă se furnizează informații despre prezența și caracterul hemoragiei, și acest fapt clarifică necesitatea și momentul intervenției chirurgicale. Când TC pune în evidență un exudat peritoneal, pentru excluderea leziunii organului cavitat se efectuează laparocenteza și lavajul peritoneal, laparoscopia.

În leziunile nesevere ale organului parenchimos fără să fie însoțit de hemoragie pronunțată, se pledează pentru tratament nonoperator. Această tactică necesită o supraveghere dinamică, examene repetate cu verificarea permanentă a parametrilor funcționali, introduse și fixate pedant în tabela sau fișa de observație [7]. În cazul pacienților cu traumatisme asociate abdominale și cranio-cerebrale Lebedev și coautorii (2000) consideră, că USG abdominală este obligatorie la toți politraumații inconștienți în primele 30 minute de la spitalizare și la lipsa semnelor echoscopice de leziune – repetarea investigației peste 2 și 6 ore, iar în cazurile neclare sau dubioase de utilizat laparoscopia sau laparocenteza (la instabilitate hemodinamică) [43]. Cheia reducerii numărului erorilor diagnostice, și de aici a ratei complicațiilor și a nivelului letalității constă numai în asocierea rațională a examenului fizic amplu și detaliat și a procedurilor paraclinice (a laparocentezei cu lavaj peritoneal, TC, USG și a laparoscopiei) [14, 45].

Bibliografie

1. Brown MA, Casola G, Sirlin CB, et al. Blunt abdominal trauma: Screening US in 2693 patients. *Radiology*. 2001; 218 (2):352-8.
2. Cogbill TH, Moore EE, Jurkovich GJ, et al. Nonoperative management of blunt splenic trauma: a multicenter experience. *J Trauma*. 1989; 29 (10):1312-6.
3. Croce MA, Fabian TC, Kudsk KA, et al. AAST Organ Injury Scale: correlation of CT graded liver injuries and operative findings. *J Trauma*. 1991; 31 (2):806-12.
4. Cue JI, Miller FB, Cryer HM, et al. A prospective, randomized comparison between open and closed peritoneal lavage techniques. *J Trauma*. 1990; 30 (8):880-6.

5. DEMETRIADES D, CHARALAMBIDES D, LAKHOOM, et al. Gunshot wound of the abdomen: role of selective conservative management. *Brit J Surg.* 1991; 78(4):220-6.
6. DEMETRIADES D, RABINOWITZ B. Indication for operation in abdominal stab wounds – a prospective study of 651 patients. *Ann Surg.* 1987; 205(1):129-34.
7. FABIAN TC, CROCE MA. Abdominal trauma, including indication for celiotomy. *Trauma, Ill ed. Ed. DV.Feliciano, EE.Moore, KL.Mattox, A.Appleton Lange, Stamford.* 1995, p.441-59.
8. FABIAN TC, MANGIANTE ED, WHILE TJ, et al. A prospective study of 91 patients undergoing both computed tomography and peritoneal lavage following blunt abdominal trauma. *J Trauma.* 1986; 26(26):602-7.
9. FLINT L, BABIKAN G, ANDERS M, et al. Definitive control of mortality from severe pelvic fractures. *Ann Surg.* 1990; 211(3):703-8.
10. GARBER BG, BIGELOW E, YELLE JD, PAGLIARELLO G. Use of abdominal computed tomography in blunt trauma: do we scan too much? *Can J Surg.* 2000; 43(1):16-21.
11. GLEZER JA, MINARD G, CROCE MA, et al. Shotgun wounds to the abdomen. *Ann Surg.* 1993; 59(3):129.
12. HOFFMAN E, AUGUSTINUS LH. *Trauma of the spine: Computed tomography a nuclear magnetic resonance imaging.* Berlin etc.: Springer-Verlag., 1990, 90p.
13. IVATURY RR, SIMON RJ, STHAL WM. A critical evaluation of laparoscopy in penetrating abdominal trauma. *J Trauma.* 1993; 34(5):822.
14. JACOBS DG, SARAFIN JL, MARX JA. Abdominal CT scanning for trauma, how low can we do? *Injury.* 2000; 31(5):337-43.
15. KNUDSON MM, LIM RC, DAKES DD, et al. Nonoperative management of blunt liver injuries in adults: the need for continued surveillance. *J Trauma.* 1990; 30(6):1494.
16. LIM-DUNHAM JE, LANDRUM O, STATTER M. Abdominal sonography examination of children with blunt abdominal trauma. *Am J Roentgenol.* 2000; 174(6):1613-16.
17. LINGAWI SS, BUCKLEY AR. Focused abdominal US in patients with trauma. *Radiology.* 2000; 217(2):426-9.
18. MACKERSIE RC, TIWARY AD, SHACKFERD SR, et al. Intraabdominal injury following blunt trauma-identifying the highrisk patient using objective risk factors. *Arch Surg.* 1989; 124(2):809.
19. MAJEWSKI W. Diagnostic laparoscopy for the acute abdomen and trauma. *Surg Endosc.* 2000; 14(10):930-7.
20. MAVRIDIS SP, FIRILAS AM. Blunt trauma in intoxicated patients: is computed tomography of the abdomen always necessary? *South Med J.* 2000; 93(4):403-5.
21. McGEHEE M, KIER R, COHN SM, et al: Comparison of MRI with postcontrast CT for the evaluation of acute abdominal trauma. *J Comput Assist Tomogr.* 1993; 17(3):410-13.
22. MEREDITH JW, YONG JS, BOWLING J, et al. Nonoperative management of blunt hepatic trauma: the exception or the rule? *J Trauma.* 1994; 36(5):529.
23. Miller FB, Cryer HM, Chilukuri J, et al. Negative findings on laparotomy for trauma. *South Med J.* 1989; 82(2):1231.
24. MISCHINGER HL, BACHER H, WERKGARTNER G, et al. Liver trauma. *Acta Chir Austriaca.* 1999; 2(1):80-4.
25. MOORE EE, CORGHILL TH, JURKOVICH GJ, et al. Organ injury scaling: Spleen and liver (1994 revision). *J Trauma.* 1995; 38(2):323.
26. OCHSNER MG, ROZYCKI GS, LUCENTE F, et al. Prospective evaluation of thoracoscopy for diagnosing diaphragmatic injury in thoracoabdominal trauma. *J Trauma.* 1993; 34(2):704.
27. PORTER HA, FABIAN TC, CROCE MA, et al. Analysis of septic morbidity following gunshot wounds to the colon. *J Trauma.* 1991; 31(2):1088.
28. RENZ BM, FELICIANO DV. Unnecessary laparotomies for trauma. A prospective study of morbidity. *J Trauma.* 1995; 38(1):350.
29. ROZYCKI GS, OCHSNER MG, JAFFIN JA, et al. Prospective evaluations of surgeons use of ultrasound in evaluation of trauma patients. *J.Trauma.* 1993; 34(3):516.
30. SMITH JS, WENGROVITZ MA, De Long BS. Prospective validation of criteria including age, for save, nonsurgical management of the ruptured spleen. *J Trauma.* 1992; 33(2):363.
31. SMITH RS, FRY WR, TSOI EK, et al. Gaseless laparoscopy and conventional instruments – the next phase of minimally invasive surgery. *Arch Surg.* 1993; 128(1):1102.
32. SUGIMOTO K, ASARI Y, SAKAGUCHI T, et al: Endoscopic retrograde cholangiography in the nonsurgical management of blunt liver injury. *J Trauma* 1993; 35:192-9.
33. UECKER J, PIKKEK C, DUNN E. The role of follow-up radiographic studies in nonoperative management. *Amer Surg.* 2001; 67(1):22-5.
34. VELMANOS GC, CHAHWAN S, FALABELLA A. Angiographic embolization for intraperitoneal and retroperitoneal injuries. *Wld J Surg.* 2000; 24(5):539-45.
35. WEIGEIT JA, KINGMAN RG. Complications of negative laparotomy for trauma. *Amer J Surg.* 1988; 88(3):544.
36. WEST JG, TRUNKEY DD, LIN RC. Systems of trauma care: A study of two countries. *Arch Surg.* 1979; 114(1):455.
37. АБАКУМОВ ММ, ВЛАДИМИРОВА ЕС, ДЖАГРАЕВ КР. Лапароцентез и лапароскопия в диагностике повреждений брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой. *Хирургия* 1991, N12, с.12-16.
38. БЕЛОКУРОВ ЮН, БАРАНОВ ГА, ЗАВЬЯЛОВА НИ, ЩЕТКО ВИ. Лапароскопия при повреждениях живота и органов брюшной полости. В кн.: «Оказание помощи при сочетанной травме». М., 1997, с.139-141.
39. БОГДАНОВ РР, ГАЛИМОВ ОВ, ГАЛЛЕЕВ ФС. и др. Особенности обезболивания и послеоперационного ведения больных с высоким риском анестезии при лапароскопических операциях. 8-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии (21-23 апреля) М., 2004, с.48-49.
40. ГАЙДАР БВ, ХЛУНОВСКИЙ АН, ЯНКИН ВФ. и др. Военная нейрохирургия. СПб: ВМедА. 1998, 351с.
41. ЕРУХИН ИА, АЛИСОВ ПГ. Огнестрельные и взрывные повреждения живота. Вопросы механогенеза, диагностической и лечебной тактики по опыту оказания хирургической помощи раненым во время войны в Афганистане (1980-1989). *Вест хирургии им. И.И.Грекова*, 1998, Том 157, N5, с.53-61.
42. КЛИМОВ ВН, ВАСЮТКОВ ВЯ, МАКАРОВА НП, ЕРМОЛАЕВ ВЛ. Неотложная хирургия сосудов. Красноярск: Изд-во Красноярск. ун-та, 1987, 196с.
43. ЛЕБЕДЕВ НВ, МАЛЯРЧУК ВИ, АБАКУМОВ ММ. Особенности диагностики и лечения сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмы. *Вестник РУДН, серия Медицина*, 2000, N3, с.107-110.
44. МАЙСТРЕНКО НА, СУХОПАРА ЮН. Программа применения лапароскопических методов в неотложной абдоминальной хирургии. *Эндоскопическая хир.* 1999, Том 5, N1, с.8-12.
45. МОЛИТВОСЛОВОВ АБ, БОКАРЕВ МИ, МАМОНТОВ РЕ, ГОРЕВ ВК, АЗАТЯН КД, НЕЧАЕНКО АМ, АБДУРАХМАНОВА СР, БИРЮКОВ ЮВ. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме. *Хирургия.* 2002, N9, с.22-26.
46. ЦЫБУЛЯК ГН. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. СПб: Гиппократ, 1995, 432с.
47. Цыбуляк ГН, Шеянов СД. Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении. *Вест хирургии им.И.И.Грекова*, 2001, Том 160, N5. с.81-88.

BY-PASSUL EXTRAANATOMIC ÎN CHIRURGIA VASCULARĂ

THE EXTRAANATOMIC BY-PASS IN VASCULAR SURGERY

Rezumat

Chirurgia vasculară la moment dispune de mai multe metode de șuntări extraanatomice: axilo-femorale, toraco-femorale, femuro-femorale, obturatorii etc. Până în prezent nu sunt stabilite cu precizie indicațiile pentru intervenție, tehnica de aplicare a șuntului și selecția pacienților. Studiul de față are ca scop elucidarea acestor probleme folosind analiza rezultatelor unui eșantion de 27 pacienți cu by-passuri extraanatomice operați pe perioada anilor 1987-2007. Astfel, rezultatele obținute ne demonstrează eficacitatea acestor șunturi de ocolire în cazul pacienților cu procese suppurative, patologii cardio-vasculară și pulmonară avansată și în cazul traumatismelor vasculare asociate cu distrugerii importante și infecție a țesuturilor adiacente.

Andrei CASTRAVET, Dumitru TABAC,
Aurel ȚURCAN, Valeriu GHIȚU,
Corneliu DELOGRAMATIC
Spitalul Clinic Republican, Secția Chirurgie
Vasculară, USMF „N. Testemițanu”,
Catedra Chirurgie FPM

Summary

At this moment the vascular surgery has more procedures of extraanatomic by-passes: axilo-femoral, thoraco-femoral, femoro-femoral, obturatorii etc. The indications for surgical intervention, the technique of by-pass application and selection of the patients are not in present established exactly. This study purpose to elucidate these problems using analyses

of the results of a sample composed from 27 patients with extraanatomic by-passes operated in period from 1987 to 2007. Thus, the obtained results demonstrate the efficiency of these devious by-passes in case of patients with suppurative processes, advanced cardio-vascular and pulmonary pathology and in cases of vascular trauma associated with important destruction and infection of adjacent tissues.

Introducere

By-passurile de ocolire sau extraanatomice reprezintă o metodă alternativă pentru intervențiile chirurgicale clasice ale aortei și arterelor magistrale. Termenul *extraanatomic* este utilizat pentru a descrie protezele care sunt plasate în poziții anatomice substanțial diferite față de arterele pe care le șuntează. Însă, acest termen rămâne un subiect de dezbateri în chirurgia vasculară fiind criticat ca un termen inexact, din motivul că majoritatea intervențiilor vasculare pot fi considerate extraanatomice. Oricum, acest termen rămâne de rutină în cercul chirurgilor vasculari din toată lumea⁵.

Chirurgia vasculară la moment dispune de mai multe metode de șuntări extraanatomice: axilo-femorale, toraco-femorale, femuro-femorale, obturatorii etc. Până în prezent nu sunt stabilite cu precizie indicațiile pentru intervenție, tehnica de aplicare a șuntului și selecția pacienților. By-passurile extraanatomice sunt folosite pentru ocolirea regiunilor cu proteze infectate și procese suppurative. De asemenea, aceste metode joacă un rol important în revascularizarea arterială la pacienții cu patologii cardio-pulmonară avansată și în gerontologie^{3,7}.

Multe traumatisme prin armă de foc, plăgi zdrobite și infectate etc., cu leziuni vasculare și traumatologice sunt asociate cu devitalizări masive de țesuturi, care după debridare lasă defecte mari de țesuturi moi. În asemenea cazuri este înalt riscul hemoragiilor erozive din zona reparărilor vasculare. Nu este preferabil de a efectua intervenții pe vase în adâncimea

acestor leziuni masive deoarece unele vor necesita debridarea repetată a țesuturilor devitalizate și infectate. Aceste debridări pot expune riscului grefele vasculare situate în adâncimea plăgii. În așa cazuri este preferabilă ligaturarea în plagă a vaselor lezate și efectuarea unui by-pass de ocolire a regiunii plăgii, cu acces arterial pentru anastomoza proximală mai sus de plaga, sau o arteră magistrală din alt bazin și acces pentru cea distală mai jos de plagă, formând canal pentru grefă prin mușchi și țesut subcutanat. Se folosește ca grefă *vena saphena magna* de la membrul inferior sănătos. O așa tactică dictează ligaturarea venelor lezate în plagă. Faptul că by-pass-ul de ocolire se află în afara regiunii devitalizate permite debridarea mai adecvată a țesuturilor devitalizate, mobilizarea mai bună a mușchilor și țesutului subcutanat pentru a acoperi defectul de țesuturi moi format. Când așa opțiuni există, mușchii adiacenți viabili se detașează de la origine sau inserție cu pedicul vascularizat intact și țesut subcutanat sau fascie pentru acoperirea defectului de țesuturi moi^{1,4,7}.

Istoric

Primul by-pass extraanatomic a fost efectuat și descris de către Freeman și Leeds în 1952². Ei au folosit ca piesă artera femurală superficială endarterectomizată pentru aplicarea unui șunt de ocolire femuro-femural. Și totuși, în 1962 Vetto publică primul articol vast care descrie rezultatele folosirii unui by-pass femuro-femural cu alloproteză, asemănător tehnicii folosite în ziua de azi⁶. Primul by-pass axilo-femural a fost

descriș simultan de Blaisdell, Hall și Louw în 1963. Blaisdell, în particular, a continuat să scrie despre aplicarea acestui tip de șunt în cazuri de infecții, abdomen acut și risc operator crescut. Stevenson și colegii în 1956 efectuează primul by-pass toraco-femural. Astfel, fiecare din aceste proceduri mai mult de jumate de secol rămâne în arsenalul chirurgiei vasculare⁵.

Material și metode

Pe parcursul anilor 1987-2007 s-au efectuat 27 de by-passuri de ocolire. Indicații pentru by-passuri extraanatomice a fost ischemia critică a membrilor inferioare asociată cu patologia cardio-vasculară și pulmonară avansată la 13 pacienți. Acestor pacienți li s-au efectuat by-passuri cross-over femuro-femorale (Fig.1) sau ilio-femorale (Fig.2) în 12 cazuri, iar într-un caz – by-pass axilo-femural (Fig.3). În alt grup by-passurile de ocolire s-au aplicat la pacienții cu procese suppurative, dintre

care 6 cross-over-uri femuro- sau ilio-femorale și un șunt axilo-femural. La pacienții cu traumatisme vasculare asociate cu distrugerii importante și infectare a țesuturilor adiacente au fost efectuate următoarele by-passuri de ocolire: 3 cross-overuri în cazul lezării axului ilio-femural (la un pacient – by-pass ilio-femural – de la treimea inferioară a a. iliace externe la a. superficială a membrului lezat și la doi pacienți – by-passuri femuro-femorale – de la a. femurală comună contralaterală la a. femurală comună a membrului lezat); două by-passuri femuro-poplitee în cazul lezării a. femurale superficiale, canalele fiind formate prin țesutul celulo-adipos subcutan (unul pe partea antero-medială și altul pe partea postero-medială a coapsei) (Fig.4) și două by-passuri brahio-brahiale suprafasiale (unul pe partea anterioară, altul pe partea postero-medială a brațului) (Fig.5).

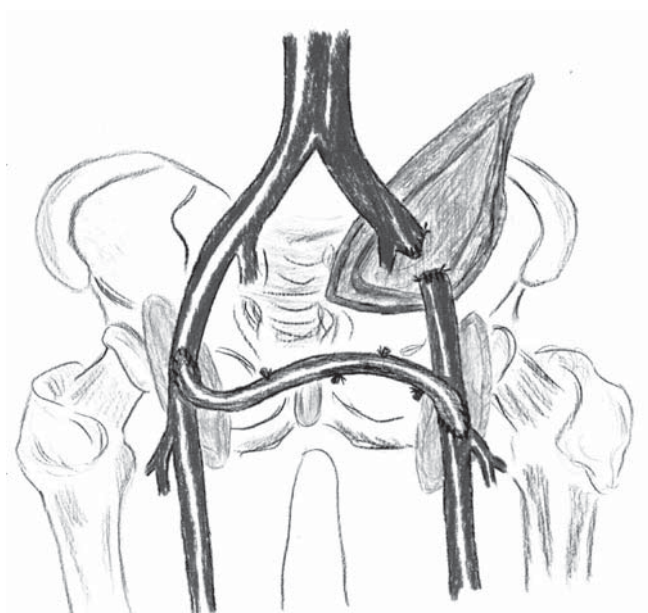


Fig. 1. By-pass cross-over femuro-femural

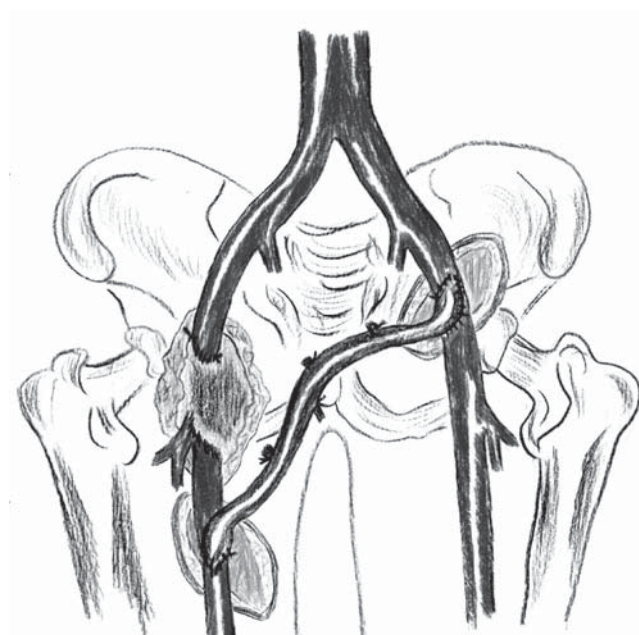


Fig. 2. By-pass cross-over ilio-femural

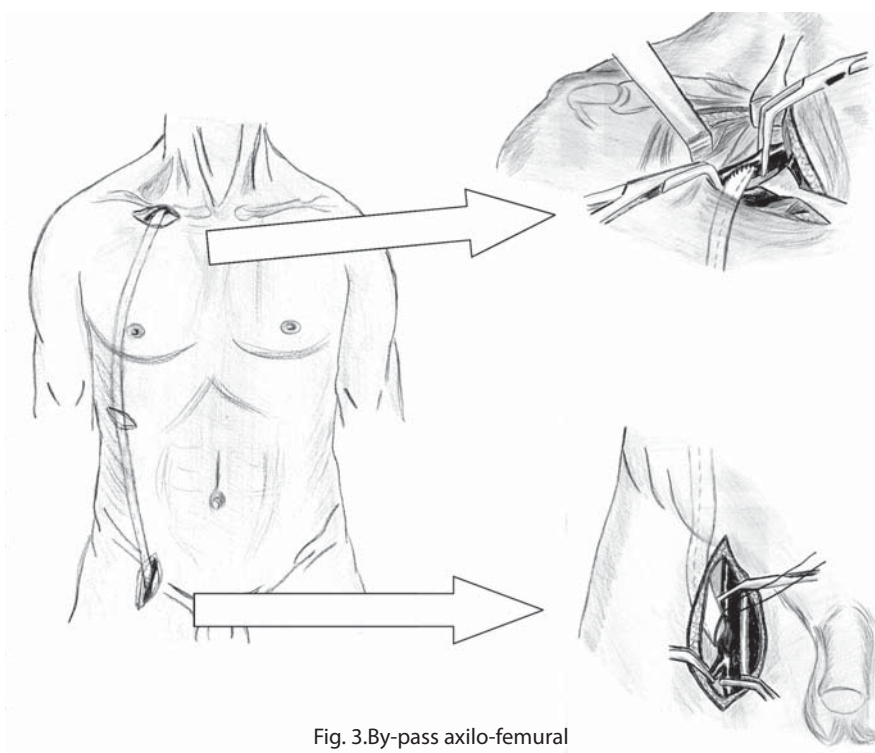


Fig. 3. By-pass axilo-femural



Fig.4.By-pass femuro-popliteu

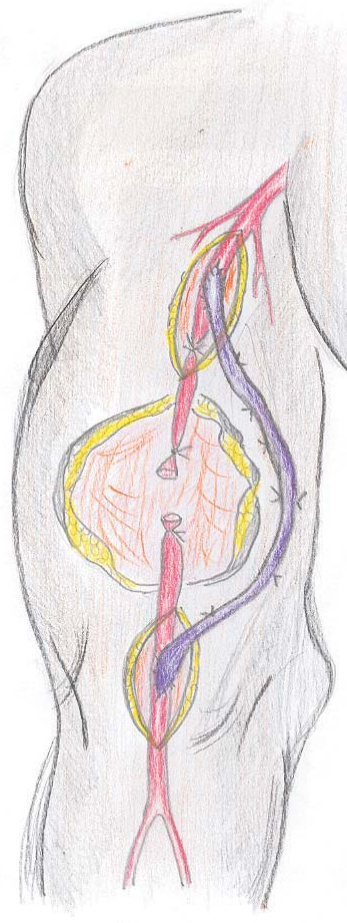


Fig. 5.By-pass brahio-brahial

Rezultate și concluzii

Bineînțeles, rezultatele obținute vor depinde în mare măsură de potența patului vascular periferic, lucru demonstrat și de rezultatele studiului nostru. La pacienții cu ischemie critică pe fondalul aterosclerozei obliterante, cu patologie cardio-vasculară și pulmonară avansată sau cu procese suppurative, se presupunea o posibilă afectare cronică a patului periferic, astfel rezultatele fiind nu cele mai bune. Ambele by-passuri axilo-femorale s-au trombozat în primele două luni. În cazul cross-overurilor ilio- și femuro-femorale 4 s-au trombozat în perioada postoperatorie precoce. Dintre care în 3 cazuri a fost nevoie de amputații în mod urgent. La 2 pacienți șunturile s-au trombozat până la 6 luni, iar la alți 2 până la un an. Celelalte 10 cross-overuri au rămas funcționale mai mult de un an. La pacienții cu traumatisme vasculare, care prezentau un pat vascular periferic permeabil, toate by-passurile erau patente pe toată perioada de observație (de la 1 la 8 ani).

Șunturile extraanatomice prezintă o alternativă revascularizărilor clasice la anumite grupuri de pacienți. Aceste proceduri sunt indicate, în special, la pacienții cu procese suppurative, pentru ocolirea zonei afectate. Un alt grup îl prezintă pacienții cu patologie cardio-vasculară și pulmonară avansată. Astfel, by-passurile axilo-femorale și femuro-femorale, fără îndoială sunt mai puțin traumatice decât cele

aortofemorale, însă aceste proceduri sunt asociate cu un rezultat mai puțin satisfăcător din punct de vedere hemodinamic și al potenței, indicațiile fiind la pacienții arteriopați în a salva membrul aflat într-o ischemie critică, dar nu pentru a trata o claudicație intermitentă. La pacienții cu traumatisme vasculare asociate cu destrucții tisulare adiacente extinse și plăgi cu contaminare bacteriană severă by-passurile extraanatomice sunt intervențiile de elecție. Și, cu siguranță, aceste proceduri trebuie să le aibă la îndemână oricare chirurg vascular.

Bibliografie:

1. Current Therapy in Vascular Surgery ,Calvin B. Ernst, James C.Stanley, Second edition 1991 p.628-689
2. FREEMAN, NE., LEEDS FH. Operations on large arteries. Calif Med 77:229-233, 1952
3. HAIMOVICI's. Vascular Surgery. 5th ed. Enrico Ascher. Massachusetts USA. 2004, p. 421-446
4. PECK, MA., RASMUSSEN TE. Management of blunt peripheral arterial injury. Perspect Vasc Surg Endovasc Ther. 2006 Jun; 18 (2): 159-73. (169)
5. RUTHERFORD R.B. Vascular Surgery 80: 1137-1153, 2005
6. VETTO RM. The treatment of unilateral iliac artery obstruction with a trans-abdominal, subcutaneous, femuro-femoral graft. Surgery 52:342-345, 1962
7. БЕЛОВ Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М., 2000,с.381-397

CRITERII DE REVASCULARIZARE CHIRURGICALĂ A MEMBRELOR INFERIOARE PRIN BAZINUL ARTEREI FEMURALE PROFUNDE ÎN AFECȚIUNI ATEROSCLEROTICE POLISEGMENTARE LA PACIENȚII CU ISCHEMIE CRITICĂ (*Revista literaturii. Metode de tratament*)

SURGICAL REVASCULARIZATION CRITERIA OF THE LOWER LIMB THROUGH THE POOL OF ARTERA FEMURALIS PROFUNDA IN PATIENTS WITH MULTIFOCAL ATHEROSCLEROTIC LESIONS AND CRITICAL ISCHAEMIA (*A review. Methodis of treatment*)

Rezumat

Articolul dat constituie o trecere în revistă a publicațiilor din ultimul deceniu care se referă la tratamentul pacienților cu afecțiuni aterosclerotice polisegmentare ale membrelor inferioare și ischemie critică. Sunt analizate părerile diferitor savanți și școli chirurgicale asupra tacticilor și tehnicilor de rezolvare a unei probleme atât de dificile cum este ischemia critică a membrelor inferioare. Părerile sunt adesea controversate, ceea ce a impus necesitatea efectuării acestui studiu.

Aurel ȚURCAN,

Catedra Chirurgie FPM,

*USMF „Nicolae Testemițanu”, Secția Chirurgie
Vasculară, Spitalul Clinic Republican*

Summary

This article represents an overview of the last decade publications regarding the treatment of patients with multifocal atherosclerotic lesions of the lower limb and critical ischemia. Hereby we have analyzed the opinions of differ-

ent scientists and surgical schools upon the techniques and ways of solving such a difficult matter as critical ischemia of the lower limb. The opinions are frequently different, thus leading to the necessity of making this study.

Introducere

Abordând pacienții cu ischemie critică specialiștii angiologi, chirurghi vasculari, etc. sunt impuși să rezolve probleme dificile de diagnostic și de tactici medico-chirurgicale. Întotdeauna există dilema – salvarea membrelor inferioare prin diferite căi de tratament chirurgical și medicamentos, uneori având un risc operator avansat, sau amputația înaltă primară a membrului inferior.

Noțiunea „ischemie critică a membrelor inferioare” („critical limb ischaemia”) a fost formulată și popularizată pentru prima dată de către P.R.F.Bell în anul 1982 pentru separarea principală a grupului de pacienți cu dureri în repaos, și schimbări necrotice distale. Luând în considerație o potențială reversibilitate a dereglărilor ischemice la acești pacienți după ameliorarea circulației sangvine membrul inferior poate fi salvat în întregime, sau se poate recurge la o amputație

economă (deget, picior). De aceea dezvoltarea ulterioară a problemei a fost axată pe perfectarea și maximalizarea dezvoltării căilor de revascularizare chirurgicală, endovasculară și medicamentoasă¹³.

Este cunoscut faptul că aproximativ 2% din populația de vârstă tânără și mijlocie și circa 50% dintre persoanele de vârstă a treia suferă de maladii ocluziv stenotice ale membrelor inferioare. Mai corect și mai comod ar fi să apreciem frecvența anuală a cazurilor noi (“apărute”). În grupurile relativ tinere predomină covârșitor sexul masculin, însă în grupurile cu vârstă înaintată această diferență se nivelează treptat (Pokrovski, 2007, *Диагн. и леч. больн. с заб. периф артерий*, pag.7).

Conform statisticilor Europene (Berlin 1998, Rudesheim), pacienții cu ischemie critică se întâlnesc cu frecvența ≈ 500-1000 la un milion de populație anual. În SUA se efectuează circa 400 mii de internări a pacienților cu ischemie critică, la

care se practică 50 mii angioplastii, 110 000 revascularizări chirurgicale, 69 000 amputații¹.

În țările scandinave sunt înregistrați 600-800 pacienți cu ischemie critică la un milion de populație anual. Dintre acestea 200 se tratează medicamentos, la ≈ 200 se practică revascularizări chirurgicale, la 200 se practică amputații înalte.

Prognosticul general la pacienții cu ischemie critică este puțin favorabil. La 30% dintre pacienți ischemia critică este asociată cu leziuni ale arterelor coronariene, iar la 38% cu boala cerebrovasculară¹⁴.

Pe parcursul primului an de la stabilirea diagnosticului 25% dintre pacienți necesită amputații înalte. Letalitatea după amputații înalte este de 40-45%; peste 5 ani – 70%, iar peste 10 ani practic lipsesc supraviețuitorii.

În literatura mondială de specialitate permanent se discută problemele legate de chirurgia arterială reconstructivă la pacienții cu ischemie critică sunt analizate permanent aspectele social-economice ale acestei probleme⁴. Conform calculului statistice din SUA toate amputațiile efectuate aduc prejudicii anuale de ≈ 9 miliarde dolari¹. Toți autorii sunt de aceeași părere la acest capitol – cheltuielile pentru efectuarea operațiilor reconstructive sunt considerabil mai mici decât pentru amputațiile cu protezare și reabilitare ulterioară⁷.

Tot aici menționăm că letalitatea după amputații depășește considerabil letalitatea după reconstrucții arteriale reușite.

Pe parcursul studierii problemei ischemiei critice a membrelor inferioare s-a constatat că această maladie este răspândită în majoritatea țărilor civilizate³. Practica tratamentului atât medicamentos¹¹, cât și chirurgical al acestui grup de pacienți a demonstrat necesitatea elaborării anumitor criterii comune de investigații și tratament. În 1988 a fost format Grupul European de lucru pentru ischemia critică a membrelor inferioare (European Work Group of Critical Limb Ischemia), care a elaborat programul și indicațiile principale de studii. Au fost elaborate două documente de bază – Berlin 1989, și Rudesheim, 1991.

A fost introdusă noțiunea de ischemie critică a membrelor inferioare definită ca:

- dureri ischemice în repaus pe parcursul a circa 2 săptămâni cu presiunea sistolică la arterele tibiale mai mică de 50 mmHg.
- prezența schimbărilor distructiv necrotice în regiunea degetelor, piciorului, gambei, cu presiunea sistolică pe arterele tibiale mai mică de 50 mmHg.

Aceste criterii corespund stadiilor III și IV din clasificarea ischemiei cornice Fontaine-Pokrovskii.

La pacienții cu diabet zaharat presiunea se apreciază la arterele I deget, deoarece din cauza angiopatiei diabetice presiunea la arterele tibiale nu poate fi apreciată veridic și ischemia critică este considerată la presiune mai mică decât 30 mmHg.

În timpul lucrărilor Congresului European al angiologilor (Suedia, 1994) au apărut discuții controversate în privința definiției “ischemiei critice a membrelor inferioare”, (ICMI):

- perioada de 2 săptămâni poate fi prea îndelungată pentru acești pacienți, schimbări ireversibile pot surveni mai recent;
- afirmația despre dureri permanente în repaus poate fi diferită în dependență de aprecierea noțiunii și principiilor de analgezie în diferite țări.

Obiectivizarea criteriului de presiune periferică tot poate fi discutabilă.

Conform H.Riegen⁹ ischemia critică nu este altceva decât aprecierea ei neadecvată. Studiul clinică este dificilă și anume aici există pericolul comparării și confundării unor grupuri neomogene.

W. Schoop propune astfel de variante:

- ischemie critică a unei părți a membrului inferior;
- ischemie critică a unui masiv predominant de țesuturi ale membrului inferior.

Reieșind din aceste criterii avem un comportament chirurgical diferențiat:

- în primul caz este nevoie de revascularizarea maximal posibilă cu necrectomie, amputație sau rezecție economă;
- în al doilea caz – indicație la amputație cât mai urgentă.

Presiunea maleolară în aceste cazuri are un rol destul de modest în prognozarea viabilității membrelor inferioare.

Majoritatea centrelor specializate totuși relatează despre un procent destul de înalt de păstrare a membrelor inferioare la pacienții cu ischemie critică. Arsenalul de procedee chirurgicale se lărgeste în fiecare an și chirurgii vasculari preferă efectuarea revascularizărilor maximale². La amputații primare se recurge în cazuri de gangrenă agravată cu sepsis.

Tactica “agresivă” de revascularizări maximale la pacienții cu ischemie critică poate fi argumentată numai în clinicile care au un număr înalt de cazuri de tratament reușit. Consensusul European recomandă “Operațiile reconstructive pot fi practicate în cazul când există 25% de o posibilă păstrare a membrului inferior funcțional minimum pentru un an”¹⁵.

Metode de tratament conservativ al ischemiei critice a membrelor inferioare

Referitor la efectul tratamentului conservativ al pacienților cu ischemie critică a membrelor inferioare au fost expuse diverse păreri, inclusiv și părerea despre ineficiența acestuia¹². Cum se pare, ar fi cel mai eficient de a accepta părerea lui A.V.Pokrovskii și anume de a combina metoda de tratament conservativă cu cea chirurgicală ca o abordare complexă a acestor pacienți. Tratamentul conservativ la acești pacienți are două aspecte: 1. Terapia conservativă preoperatorie care își are ca scop micșorarea complicațiilor intra și postoperatorii; terapie conservativă propriu zisă – în cazul imposibilității efectuării unei intervenții chirurgicale¹⁹.

Una din problemele de bază puse în fața clinicienților în cazul tratamentului conservativ al ischemiei critice a membrelor inferioare este îmbunătățirea microcirculației. Această problemă poate fi rezolvată astfel: 1. Îmbunătățirea proprietăților reologice ale sângelui; 2. Îmbunătățirea macrohemodinamicii periferice, în special micșorarea șuntării arteriovenoase a sângelui (fiind în acest caz categoric contraindicate preparatele antispastice); 3. Analgezie adecvată.

Metoda de bază în tratamentul bolnavilor cu ICMI constituie infuzia intravenoasă a diferitor substanțe medicamentoase, deși nu și-au pierdut importanța infuziile arteriale, astfel determinând apariția noilor modele performante de infuzomate. P.G.Briusov și coautorii (1994) folosesc cu acest scop artera iliacă externă, prin care se introduc substanțe medicamentoase timp îndelungat, până la 45 zile. Conform datelor lui Z.Z.Karimov și coautorii (1994), după infuziile îndelungate intraarteriale s-au obținut rezultate pozitive la 75,7% pacienți¹⁷.

În ultimii ani a început să fie pe larg folosit preparatul „Vasaprostan” (prostaglandina E1), produsă de compania „Schwartz Pharma” (Germania).

Primele rapoarte despre rezultatele pozitive în urma folosirii PGE1 la pacienții cu leziuni ocluzive arteriale au fost făcute în Europa în anul 1976 de către A.G.Olsson și L.A.Carlson.

PGE1 este un blocant puternic de activare plachetară, ce scade agregarea și adeziunea la endoteliu, de asemenea are și un efect sistemic asupra hemostazei prin activarea trombolizei. PGE1 are și un efect direct asupra procesului de aterogeneză, în special inhibă activitatea mitogenă, și scade proliferarea celulelor musculare netede din peretele vascular⁸.

Astfel Vasaprostan interacționează practic la toate verigile patogenetice ale ischemiei critice, cât și a procesului de aterogeneză.

Vasaprostan poate fi administrat atât intravenos cât și intraarterial, astfel eficacitatea rămânând aceeași.

PGE1 la momentul actual se administrează la pacienții cu stadiul III și începutul stadiului IV de ischemie, ca monoterapie și ca terapie preoperatorie⁶. Mai mult ca atât, A.V.Pokrovskii consideră că vasaprostan trebuie folosit preoperator în mod obligator pentru pregătirea patului microcirculator înainte de operațiile reconstructive în condiții de ischemie critică, iar rezultatele acestei pregătiri permit prognozarea evoluției postoperatorii²⁰.

Conform datelor diferitor autori, rezultatele tratamentului cu vasoprostan al pacienților cu forme decompensate de insuficiență arterială a membrilor inferioare sunt următoarele: dispariția durerilor în repaus – 50%, diminuarea durerilor – 37-40%, cicatrizarea ulcerelor trofice – 10-20% (completă) și 40-50% (parțială). Pe lângă cele expuse, distanța parcursă a crescut în raport cu cea inițială cu 75%¹⁵.

În tratamentul ischemiei critice se mai folosesc pe larg așa preparate ca trental, reopoliglicină, acid nicotinic actoveghin etc.. Este de menționat faptul că reopoliglicina, în afară de proprietățile sale hemoreologice, mărește volumul de lichid circulant. Acidul acetilsalicilic se folosește, de regulă, pentru profilaxia complicațiilor trombotice și îmbunătățirea microcirculației.

În ultimii ani tot mai răspândite sunt metodele extracorporeale de tratament, așa ca hemosorbția, plasmafereza, iradierea cu raze ultraviolete a sângelui, terapia laser intravenoasă.

Destul de multe publicații sunt dedicate problemei eficacității plasmaferezei la pacienții cu ischemie critică. Folosirea acestei metode a beneficiat de rezultate satisfăcătoare în 92,3% de cazuri la pacienții cu ischemie cronică de gradul IIA și IIB. După datele O.A.Ivcenko, plasmafereza duce la hipocoagulare, scăderea proprietăților de agregare a trombocitelor fără a schimba activitatea fibrinolitice. R.Z.Losev și coautorii apreciază eficacitatea plasmaferezei în cazurile de ischemie critică la 76-80% cazuri. Astfel, conform datelor acestor autori, rezultatul pozitiv al intervențiilor chirurgicale a fost la 70-80% cazuri.

P.F. Bîtcă și coautorii, în anul 1982 au propus, ca metodă de tratament a ICMI, injectarea intramusculară de sânge autolog. Astfel autorii au observat diminuarea durerilor ischemice în repaus după injectarea de sânge autolog pe suprafețele laterale și mediale ale gambei și plantei (cu formarea unui infiltrat de la articulația genunchiului până la baza falangelor plantei). Această procedură este repetată peste 7-10 zile de 2-

3 ori. N.A.Șor și coautorii folosind această metodă au obținut ameliorare la 80% pacienți.

Pentru crearea condițiilor mai favorabile pentru intervenția chirurgicală, la pacienții cu genază autoimună a bolii (trombangeita obliterantă, aorto-arteriita nespecifică), unii autori recomandă așa numita „puls-terapie”: hormoni corticosteroizi și preparate citostatice. Această metodă, conform datelor lui A.V.Ciupin prezintă o eficacitate mai mare comparativ cu administrarea dozelor mici de preparate hormonale (86,4% versus 34,1%).

Și-a demonstrat beneficiul și metoda de cateterizare a spațiului epidural la nivelul L2-L3, în cazurile de ischemie critică. (B.M.Streleț și coautorii, 1994). Autorii introduceau prin cateter 5-15 ml de soluție de Lidocaină 2% sau Trimecaină cu 5 mg de Morfină. Astfel s-a observat dispariția durerilor în membrul afectat, încălzirea acestuia, îmbunătățirea circulației. Ca etapă următoare se efectua intervenția chirurgicală respectivă.

Metodele chirurgicale de tratament al ischemiei critice a membrilor inferioare

La momentul actual nu prezintă dubii folosirea în primul rând a tentativelor de revascularizare a membrilor inferioare prin metoda chirurgicală, în cazul ICMI¹⁸.

Determinarea tacticii de tratament chirurgical al ICMI este una din cele mai complicate probleme ale angiologiei moderne. Dacă, după datele din literatură, în cazul afectării izolate a segmentului aorto-iliac, tactica și tehnica chirurgicală este stabilită destul de amplu și rezultatele intervențiilor sunt destul de bune, atunci în cazul segmentului femuro-popliteo-tibial lucrurile stau cu mult mai rău. Deși aceste leziuni vasculare se întâlnesc destul de frecvent, fiind deseori „multietajate”, A.B.Pokrovskii consideră că aproximativ 70% dintre acești pacienți pot beneficia de intervenții reconstructive.

Cele mai răspândite tipuri de intervenții chirurgicale folosite în cazul maladiilor obliterante cronice ale arterelor membrilor inferioare în stadii avansate sunt operațiile reconstructive ce redirecționează fluxul sangvin de la aorta abdominală spre arterele femurale și poplitee.

În cazul afectării izolate a segmentului aorto-iliac, majoritatea chirurgilor folosesc trei tipuri de intervenții: endarterectomia, protezarea și șuntarea folosind proteze sintetice.

Tratamentul ischemiei cronice¹⁰ a membrilor inferioare se petrece în două variante: prin metode chirurgicale tradiționale și pe cale endovasculară (angioplastie transcutană transluminală – ATT). La pacienții cu manifestări izolate ale maladiei, spre exemplu sectoare de stenoză sau ocluzie scurtă, este preferabilă angioplastia, însă rezultatele acesteia cedează comparativ cu tehnica chirurgicală tradițională. După posibilitate este preferabil de folosit metoda angioplastică în segmentul femuro-popliteu ca metodă de primă alegere, din cauza frecvenței mici a complicațiilor și rezultatelor îndepărtate de potență la 53-82% în timp de 2 ani cu claudicațiile intermitente inițiale și aproximativ 50% - cu ischemie critică.

Una dintre intervențiile folosite pe larg este direcționarea circuitului sangvin prin artera femurală profundă, care are un rol de punte între două grupuri de colaterale: care își au originea din artera iliacă și care provin de la artera poplitee. Artera femurală profundă dublează circuitul sangvin prin artera femurală superficială, luându-i funcția

în caz de impermeabilitate a acesteia. Analizând rezultatele revascularizării membrelor inferioare prin bazinul arterei femurale profunde (by-passurile aorto-femuro-profunde, trombandarterectomiile din segmentul ileo-femural), A.A. Ieșkin și E.A. Grișunina au ajuns la concluzia că în stadiul III de ischemie la 84,7% pacienți a dispărut durerea în repaus, iar distanța parcursă a crescut²¹.

În cazul pacienților cu ocluzii în segmentele proximale, reconstrucția doar a segmentului aorto-iliac a fost suficientă la majoritatea covârșitoare a pacienților. (G.V. Govorunov, 1995). Cel mai des (85%) se efectua reconstrucția arterei femurale profunde (plastia istmului, dezobliterarea și plastia trunchiului, protezarea trunchiului, operația Weibel). Alte intervenții adăugătoare la arterele segmentului femuro-popliteo-tibial s-au dovedit a fi inutile.

O serie de chirurghi consideră că este suficientă înlăturarea ocluziei proximale cu implicarea în circuit, ca cale de deversare artera femurală profundă, ceea ce da un rezultat pozitiv, după datele lor, la 74-98% pacienți. Alți chirurghi sunt de părere că eficacitatea revascularizării prin artera femurală profundă este doar la 50% pacienți, și la afectarea combinată a segmentelor aorto-iliace și femuro-poplitee se efectuează reconstrucții în ambele regiuni la 46,6-56,2% pacienți¹⁶.

În ultimii ani, la pacienții cu ICMI, la afectarea combinată a segmentelor aorto-iliac și femuro-popliteu se practică reconstrucția simultană a ambelor segmente de către două echipe de chirurghi.

După datele lui E.Rebane și coautorilor, la pacienții cu leziuni ocluzive „multietajate” rezultatele intervențiilor au fost mai bune în cazul by-passului aorto-femural și femuro-popliteu simultan, la pacienți peste 50 ani, cu un nivel al colesterolului în sânge normal, cu cai de deversare adecvate, cu grefă autovenoasă calitativă, anastomoză distală mai sus de articulația genunchiului și efectuarea simultană a simpatectomiei lombare.

Drept indicație pentru reconstrucțiile duble, după părerea lui V.A. Kiașko (1977), este afectarea arterială răspândită cu o dezvoltare a rețelei colaterale insuficiente în bazinul arterei femurale profunde, și în cazurile când artera femurală profundă are un diametru mic iar riscul operator nu este mare.

Mai controversată este tactica de revascularizare a segmentului femuro-popliteu. În acest context apar două păreri contrare: revascularizarea doar prin bazinul arterei femurale profunde versus reconstrucțiile femuro-poplitee sau femuro-distale. Din altă parte, M.G. Hunink și coautorii consideră că metoda de elecție în cazul ocluziilor femuro-poplitee este angioplastia, care oferă potență la un an în 87,1% și la 5 ani – la 30% cazuri.

În cazul cailor de deversare nesatisfăcătoare prin arterele gambei, la momentul actual, sunt folosite metode nestandarde de reconstrucții, ce permit îmbunătățirea circulației sangvine în membrul inferior la acest grup de pacienți. Una din aceste metode este by-passul femuro-tibial cu grefă autovenoasă, completată de fistula arterio-venoasă. Indicația funcțională de bază pentru fistula arterio-venoasă este mărirea debitului și vitezei sângelui prin by-pass din contul scăderii rezistenței periferice. În dependență de situația intraoperatorie concretă se folosesc diferite modificări de aplicare a fistulelor arterio-venoase.

În literatură sunt întâlnite date despre metode indirecte de revascularizare a membrelor inferioare în caz de ischemie

severă, care servesc drept alternativă amputațiilor. Astfel de metode sunt: transplantul microchirurgical de oment mare pe gambă, revascularizarea prin trepanarea oaselor gambei, compactotomia longitudinală după G.A. Ilizarov.

Autotransplantarea microchirurgicală de epiploon a fost pentru prima dată propusă de H. Goldsmith și E.S. Alday în anul 1967. Intervenția aceasta, după părerea lui I.I. Zatevahin, este operația de elecție la pacienții cu trombangită obliterantă, cu afectarea arterelor plantei și permeabilitatea cel puțin a unei artere a gambei sau ocluzia tuturor arterelor gambei cu păstrarea permeabilității segmentului popliteu și a trifurcației. În aceste cazuri au fost obținute rezultate bune și satisfăcătoare la majoritatea pacienților, fapt demonstrat prin date statistice. Sunt de asemenea încercări de a folosi țesuturi bine vascularizate în regiunea de ischemie severă folosind metoda autotransplantării lamboulurilor musculocutanate, la fel și a mușchilor gastrocnemius și soleus. Rezultate bune în urma revascularizării plantei folosind lambou musculocutanat pe pedicul vascular au obținut de asemenea N.F. Driuk și coautorii.

Efectul benefic al intervenției de revascularizare prin osteotrepăneare constă în intensificarea circulației prin măduva osului, deschiderea și anastomozarea colateralelor existente și creșterea activității metabolice tisulare. A.V. Obrazțov, E.P. Kohan și coautorii au demonstrat eficacitatea acestei intervenții în cazul pacienților cu gradul IIB-III de ischemie, în condiții de patență a arterei poplitee și sistemului de colaterale, permeabilitatea unei sau a două artere gambiene și în caz de deficit de perfuzie mai mic de 60%. Această metoda nu înlocuiește nici o intervenție reconstructivă, dar le completează pe acestea, pentru patologia dată.

Compactotomia după Ilizarov constă în osteotomia longitudinală a osului tibial cu tracția dozată ulterioară a „sechestrului” osos format în direcție transversală. Această metodă se folosește în cazul ocluziei arterelor gambei, în condiții unui flux magistral bun, și permeabilitatea arterei poplitee.

În practica clinică, în ultimul timp a început să fie folosită metoda arterializării patului venos, în cazul ocluziei arterelor gambei și plantei. A.V. Pokrovskii și coautorii (1994) au prezentat datele referitor la rezultatele intervenției susnumite folosite la 107 pacienți cu ischemie critică (73,8% sufereau de trombangită obliterantă, 16,6% - forma periferică a aterosclerozei, 0,93% - angiopatie diabetică). Arterializarea și inversarea circuitului sangvin în regiunea plantei, cu distrugerea obligatorie a valvelor venei safene interne a fost efectuată la 62 pacienți. Arterializarea venelor profunde a plantei a fost efectuată la 45 pacienți. În rezultat a fost salvat membrul inferior la 84,7% pacienți. În perioadele tardive (după 2 ani) membrul inferior era păstrat la 89,6% dintre acești pacienți.

Referitor la simpatectomia lombară există păreri controversate, unii autori consideră că această intervenție se efectuează doar în cazurile când există un tonus arterial crescut în membru afectat. Alți autori efectuează această intervenție în cazurile de ischemie critică. Eficacitatea simpatectomiei lombare în cazurile de ischemie critică variază între 30 și 87%. Astfel A.V. Vahidov și coautorii au avut rezultate bune și satisfăcătoare după efectuarea simpatectomiei în 61,7% cazuri. E.P. Kohan și coautorii consideră necesitatea de a completa cu simpatectomie lombară toate cazurile de reconstrucții arteriale.

După părera lui Gordon, această intervenție este indicată în special la pacienții cu trombangite. G.V.Govorunov și coautorii (1995) au avut rezultate bune la asocierea profundoplastii cu simpatectomie lombară.

În pofida implementării largi în practica clinică a diferitelor metode nestandarte de tratament chirurgical al ischemiei critice a membrului inferior, la momentul actual, după părerea majorității autorilor totuși cea mai optimală metodă este cea de revascularizare directă.

Astfel, la momentul dat, majoritatea angiochirurgilor consideră că ischemia critică este indicație absolută pentru intervenție chirurgicală, fapt ce este descris în diverse publicații și relatări la congrese și conferințe și alte întruniri ale angiologilor și chirurgilor vasculari. Caracterul intervenției chirurgicale se planifică în mod individual, cu efectuarea simultană a terapiei intensive conservative, fapt ce duce la scăderea riscului intervențional și complicațiilor postoperatorii. După părerea lui A.V.Pokrovski, în primul rând trebuie de luat în considerație posibilitățile de revascularizare chirurgicală, ceea ce este mai efektiv decât oricare altă metodă de tratament. Este de menționat faptul că, indiferent de dificultățile întâlnite, tentativa de îmbunătățire a circulației periferice prin metoda chirurgicală este mai argumentată decât amputația membrului afectat nu numai din punct de vedere social, dar și economic.

Bibliografie

- HUNINK MGM, WONG JB, DONALDSON MC, MEYEROVITZ MF, JELLE DE VRIES, HARRINGTON DP. Revascularization for Femoropopliteal disease // JAMA. -1995.-Vol.274.-N2.-P. 165-171.
- Audit Committee of the Vascular Surgical Societies of Great Britain and Ireland Recommendations for the management of chronic critical lower limb ischaemia // Eur. J. Vasc. Endovas. Surg. -1996. -Vol. 12: - P. 131-135.
- CRIQUI MH, FRONEKA, BARRETT-CONNORE, KLAUBER MR, GABRIEL S, GOODMAN D. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. Circulation 1985;71(3):510e551.
- CUPTA SK, VEITH FJ, ASTER E, FLORENS SA, GLEIDMAN ML. Cost factors in limb threatening ischaemia due to infrainguinal arteriosclerosis // Eur. J. Vasc. Surg. -1988.-P. 151-154.
- MATSI PG. Percutaneous transluminal angioplasty in critical limb ischemia.// Ann. Chir. Gynaecol. -1995.-Vol. 84.-N 4. - P. 359-362.
- MIYAUCHI Y. Treatment of the peripheral vascular diseases with prostaglandin //Nippon. Rinsho. - 1994. - Vol.52. -№8. -P. 2182-2186.
- PELL IP, FOWKES FGR, LEE AJ. On behalf of the Scottish and Northern Vascular Audit Groups Indications for arterial reconstruction and major amputation in the management of chronic critical lower limb ischaemia // Eur. J. Vasc. Endovas. Surg. -1997. -N13. -P. 315-321.
- Prostaglandins and Control of Vascular Smooth Muscle Cell Proliferation. Ed. by K.Schror and P.Ney. Birkhauser Verlag. Basel-Hoston-Berlin, 1997.-P. 16.
- RIEGER H. Further thoughts on critical limb ischaemia // J. Critical ischaemia. -1995.-Vol. 4.-N 2.-P. 34-35.
- RUTHERFORD RB, BAKER JD, ERNST C, JOHNSTON KW, PORTER JM, AHN S et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg 1997; 26(3):517e538.
- TANGELDER M, LAWSON J, ALGRA A, EIKELBOOM B. Systematic review of randomized controlled trials of aspirin and oral anticoagulants in prevention of graft occlusion and ischemic events after infrainguinal bypass surgery. J Vasc Surg 1999;30:701e709.
- VEITH FJ. Limb salvage // Ann. Surg. -1981. -Vol.194. -N4. - P. 386-401.
- ДУДКИН БП, КРЕЙНДЛИН ЮЗ, КРОВОВСКИЙ АГ, ВОРОНЦОВ ВВ. Классификация пораженной коллатеральной сети бедренно-подколенного сегмента для выбора хирургической тактики //Хирургия.-1987. №1. -С.67-70.
- БЕЛОВ ЮВ, ГОРЮНОВ ВС, АСЛИБЕКЯН ИС. Диагностика и хирургическое лечение ишемической болезни сердца у больных окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей //Хирургия.- 1992.-№ 3. С.20-24.
- БЕЛЬКОВ ЮА, АЛЕКСЕЕВА ЛВ, БОГДАНОВА МГ, и соавт. Особенности диагностики и лечения хронической ишемии нижних конечностей у больных молодого возраста при мультифокальном атеросклерозе. Материалы 11 (XV) междунар. конф. Рос. общества анг. и сосуд. хир. -Москва, 2000.-С. 18.
- ГРИГОРЯН ТТ. Выбор метода оперативного вмешательства у больных с множественным характером окклюзионного поражения артериального русла нижних конечностей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук - М., 1986.-28 с.
- КАРИМОВ ЗЗ, БАХРИТДИНОВ ФШ, ХАМИДОВ БП, МАСУДОВ АА. Длительная внутриаартериальная инфузия при лечении критической ишемии нижних конечностей //Хроническая критическая ишемия конечности: Материалы науч. конф. - Москва-Тула,1994. -С.119-120.
- МАКАРОВ НА. Реконструктивная хирургия облитерирующего атеросклероза аорты и магистральных артерий при тяжелой ишемии нижних конечностей.// автореф. Дисс. д-р мед. наук, Куйбышев, 1987.
- ПОКРОВСКИЙ АВ, ДАН ВН, ЧУПИН АВ. Артериализация венозного кровотока стопы у больных с критической ишемией нижней конечности. Хроническая критическая ишемия конечности. -Москва-Тула, 1994. -С.197-198.
- ПОКРОВСКИЙ АВ, ДАН ВН, ЧУПИН АВ, ТАШМАТОВ ЛА. Вазапростан (простагландин Е1) в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей при атеросклеротическом поражении артерий // Ангиология и сосудистая хирургия. -1996. №1. -С. 63-70.
- САВЕЛЬЕВ ВС, КОШКИН ВМ. Критическая ишемия нижних конечностей. -Москва «Медицина».-1997. -С. 11-21, 24 -25, 77-110.

EVALUAREA NUTRITIVĂ ÎN CIROZA HEPATICĂ

NUTRITION IN LIVER DISEASES

Rezumat

În afecțiunile hepatice se dezvoltă dereglări multiple metabolice și ca urmare se afectează parametrii statusului nutrițional al pacientului respectiv. Astfel în ciroza hepatică se reduce sinteza și transportul proteinelor, ca rezultat micșorându-se nivelul de albumină și transferină la acești pacienți, se afectează, metabolismul glucidelor, ca rezultat se poate dezvolta hipoglicemia sau hiperglicemia, se dezvoltă insuficiența vitaminelor, datorită dereglării metabolismului hepatic. Severitatea hepatopatiei și cantitatea retenției hidrice ar trebui luate în considerație la aprecierea statusului nutrițional.

Nicolae PROCA

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemitanu”

Summary

A diet for liver disease provides the vitamins and minerals needed to stay healthy, while at the same time limiting nutrients that will cause further liver damage. A damaged liver cannot process protein very well. This

causes a build-up of ammonia in the bloodstream, which can become toxic. more carbohydrate. Carbohydrate is the body's energy supply. A healthy liver makes glycogen from carbohydrate. The glycogen is then broken down when the body needs energy. A damaged liver cannot do this. Without glycogen, a consistent supply of carbohydrate is needed from the diet to make sure the body has enough energy a moderate amount of fat. Fat provides calories, essential fatty acids and fat-soluble vitamins, a limited amount of fluids and sodium. Liver damage can cause high blood pressure in the major vein of the liver. This can result in ascites, a fluid build-up in the abdominal cavity. Limiting fluids and sodium can help prevent this, extra amounts of certain vitamins and minerals. A damaged liver has problems storing many vitamins and minerals.

Ficatul este implicat în multitudinea de procese metabolice ale organismului, ce includ metabolismul proteinelor, lipidelor și carbohidraților, depozitarea și activarea vitaminelor, detoxifierea și excreția diferitor produse. Astfel, afectarea funcției hepatice poate provoca deficiența nutritivă și eventual, subnutriția proteică și energetică și invers subnutriția poate ulterior afecta funcția hepatică, dereglând integritatea structurală a hepatocitului.

Obiectivele dietoterapiei în afecțiunile hepatice sunt:

1. Formarea condițiilor favorizante pentru activitatea funcțională și restabilirea structurii dereglate a ficatului, ameliorarea sintezei și excreției biliare;
2. Restabilirea funcțiilor organelor și sistemelor, care mai frecvent sunt implicate în procesul patologic în maladiile hepatice (pancreas, stomac, vezica biliară, intestin);
3. Normalizarea schimbului de substanțe, care este afectat în maladiile hepatice;
4. Ameliorarea organismului în întregime.

Ciroza hepatică este o patologie gravă și apare atunci când țesutul hepatic se transformă în fibroză. Cauzele cirozei hepatice sunt: alcoolul, virusii hepatici obligatori și facultativi, toxinele, dereglările imune ș.a. În componența complexului de măsuri terapeutice, administrate în ciroza hepatică nu ultimul loc îl ocupă dietoterapia. La această etapă a maladiei în procesul patologic sunt implicate toate structurile organului – prezența insuficienței hepato-celulare, hipertensiunii portale și afectarea

elementelor reticuloendoteliale. La formarea planului nutritiv se ia în considerație gradul dereglării a unei sau a altei funcții hepatice. În stadiul de compensare a cirozei hepatice, ca și în hepatite cronice se recomandă dieta №.5 (Pevzner).

În ciroza hepatică se reduce sinteza și transportul proteinelor, ca rezultat micșorându-se nivelul de albumină și transferină la acești pacienți. Ulterior nivelul scăzut de albumină poate scădea presiunea oncotică, reprezentând o cauză frecventă a ascitei sau edemului. De asemenea se reduce sinteza factorilor de coagulare, interferând coagularea sanguină, evidențiată prin sporirea timpului de protrombină precum și timpului parțial de tromboplastină. Totodată nivelul de albumină și transferină nu sunt indicatori foarte specifici al statusului nutritiv la pacienții cu afecțiuni hepatice avansate.

Bilanțul proteic pozitiv la pacienții cu ciroză hepatică poate fi atins prin administrarea de 0.8-1.0 g/kg de proteină în zi, aproximativ 4-6 uncii de carne, pește. Restricția de proteină poate fi pe o perioadă scurtă de timp 0.6 g/kg pe zi, astfel reducând producerea amoniacului, în cazurile de encefalopatie hepatică persistentă. La restricția drastică a proteinei, pe o perioadă îndelungată se poate dezvolta malnutriția proteică, ce va promova autocatabolismul muscular și diminuarea rezistenței organismului la infecții.

În afecțiunile hepatice se recomandă proteină de circa 100-120 g pe zi, dintre care 60-70% sunt proteina animalieră, iar 40-30% - vegetală. Proteina animalieră este bogată în aminoacizi

esențiali și factori lipotropi, care previn dezvoltarea infiltrației grăsoase hepatice. Proteina vegetală bogată în aminoacizi esențiali și factori lipotropi se găsește în soie și produsele din soie, crupele de ovăș și hrișcă.

Grăsimile se recomandă în cantitate de 90-100 g/zi, dintre care 30-40% de origine vegetală, iar 70-60% - animalieră. Uleiurile vegetale sunt bogate în acizi grași semisaturați, fosfolipide și vitamina E. Uleiurile vegetale posedă efect coleretic, normalizează metabolismul colesterolului (datorită acizilor grași așa ca: acidul arahidonic și linoleic). Acești acizi grași participă în sinteza prostaglandinelor, care la rândul lor intensifică acțiunea antisclerozantă a substanțelor lipotrope, sporesc elasticitatea peretelui vascular. Prostaglandinele activează contracția vezicii biliare. Grăsimile se limitează în steatoza hepatică, hepatita acută. În patologia hepatică se exclud grăsimile de porc, oaie, care datorită conținutului înalt de colesterol și acizi grași saturați pot induce infiltrația grăsoasă hepatică și formarea calculului biliari.

Bolile hepatice afectează de obicei și metabolismul glucidelor și ca rezultat se poate dezvolta hipoglicemia sau hiperglicemia. Hipoglicemia se poate dezvolta în hepatita acută, insuficiența hepatică în care se dereglează glicogeneza, glicogenoliza și gluconeogeneza. Hiperglicemia mai frecvent se observă în hepatita cronică și ciroza hepatică și se asociază cu sporirea nivelului de glucagon și insulinorezistență.

În alimentația bolnavului cu maladii hepatice nu se recomandă conținut sporit de oligo- și disaharide, acestea pot provoca staza biliară și modifica compoziția chimică a bilei, sporind litogenitatea biliară.

Fibrele alimentare sunt recomandate la pacienții cu afecțiuni hepatobiliare, având în vedere acțiunea lor de normalizare a activității sistemului biliar, diminuează staza biliară, legând acizii biliari și eliminându-i cu masele fecale.

În afecțiunile hepatobiliare deseori se dezvoltă insuficiența vitaminelor, datorită dereglării metabolismului hepatic. De exemplu, deficitul de vitamina A este provocat de afectarea transferului carotinei (în ficat) în vitamina A, sau asimilarea redusă a acestei vitamine în intestin, în cazul acholiei.

Importanța vitaminelor pentru bolile ficatului sunt bine dovedite.

- Vitamina A favorizează acumularea glicogenului în ficat, previne formarea calculului biliari, ameliorează regenerarea epiteliului ducturilor biliare, sporește nivelul cholaților în bilă. Ca sursă de vitamina A servesc: untul, gălbenușul de ou, frișca, smântâna; carotina se depistează în morcov, chiperiul roșu, caise, piersici, măcieșul, portocale, bostan, roșii.
- Vitamina K normalizează sinteza protrombinei și a altor factori de coagulare a sângelui. Sursa: carnea și produsele din carne, oul, uleiul de soie, varza.
- Vitamina C reduce hipercolesterolemia, posedă acțiune de dezintoxicare, stimulează colereza, reduce permeabilitatea vasculară. Sursa: măcieșul, coacăza neagră, citricele, fructele, pomușoarele și legumele.
- Vitaminele din grupul B normalizează funcția dezintoxicată hepatică, ameliorează colereza.

Astfel, afecțiunile hepatice cauzează dereglări multiple metabolice și ca urmare afectează parametrii statusului nutrițional al pacientului respectiv, de aceea severitatea hepatopatiei și cantitatea retenției hidrice ar trebui luate în considerație la aprecierea statusului nutrițional.

În cazul apariției semnelor de insuficiență hepatică în dietă se introduc corective. La apariția dereglărilor dispeptice (greață, vomă, senzație de greutate în epigastru) se recomandă varianta pasată a dietei № 5a, iar la apariția diareei, însoțită de steatoree, se limitează cantitatea de lipide până la 50 – 60 g. Se exclude laptele dulce în stare pură, mierea, dulceața.

La apariția simptomelor hipertensiunii portale, de obicei, se recomandă dieta cu conținut normal de proteine, lipide și glucide, dar mâncarea se prepară fără sare, la fel ca și pâinea a se servește fără sare. Consumul de lichide este permanent supravegheat. În cazul creșterii edemelor și a ascitei consumul de lichide se limitează, se indică produse bogate în săruri de potasiu.

La apariția semnelor de dereglare a metabolismului proteic – acumularea în organism a rezidurilor azotice – norma de proteine în dietă trebuie să fie imediat micșorată, până la excluderea completă a proteinelor animaliere.

Sindromul hepatorenal reprezintă o formă de insuficiență renală care apare la pacienții cu boală hepatică gravă în absența oricărei cauze, care ar putea să determine apariția patologiei renale. În cazul patologiei date în schema dietetică are importanță limitarea cantității de sare până la 2 gr pe zi. În cazul hiponatriemiei considerabile (Na^+ în plasmă < 125 mceg/l) este indicată limitarea lichidului până la 1500 ml în 24 h.

În insuficiența hepatică progresivă, care se exprimă prin dezvoltarea stării precomatoase, ce trece în comă, de rând cu terapia de urgență se prevede schimbarea rapidă a dietei.

Mai întâi, se exclud complet proteinele animale, deoarece au loc dereglări profunde a metabolismului proteic și acumularea în organism a produselor azotate. Concomitent brusc se limitează sau exclud grăsimile. Calorajul se micșorează până la 1600 kkal pe baza trecerii la alimentare vegetală. Se întrebuințează glucidele ușor asimilabile: sucure de fructe bogate în săruri de caliu (de portocale, struguri, coacăză neagră, caise ș.a.), compoturi din caise uscate, prune uscate, ceai cu zahăr și lămâie, ceai cu miere, dulceață, mucilagii, compoturi, jeleuri. Cantitatea totală de lichid introdusă bolnavului constituie 1,5 – 2,0 l pe zi. Consumul de lichide se efectuează sub control permanent, deoarece există pericolul creșterii ascitei și edemelor.

În perioada de restabilire, ieșire din comă, treptat și atent în dietă se introduc proteine. La început se indică 20 g proteine egal în 4 prize, prioritar proteinele lactate – brânză, lapte, chefir, o cantitate mică de cașcaval. Apoi cantitatea proteinelor crește până la 40-50 g/zi.

Bolnavul este alimentat fiecare 2 ore, în cantități mici. Sarea se exclude din regimul alimentar. Necesitățile energetice ale organismului în perioada de dezvoltare a comei pot fi satisfăcute pe baza introducerii sol. Glucoză 10-20% sau sol. Levuloză câte 2-2,5 l/zi i/v. Mai des se utilizează sol. Glucoză 5%. Dacă bolnavul este în stare să bea, se administrează per os sol. Glucoză 20-40%. Fructoză și sucure din fructe și legume. Aceste substanțe favorizează glicogenarea ficatului. Se indică administrarea vitaminelor B₁, B₆, B₁₂, PP, acid ascorbinic parenteral în doze mari.

Caz clinic. Evaluarea nutritivă în ciroza biliară primitivă

Pacienta Spataru P, 44 ani, originară din suburbia Chișinăului, s-a prezentat la medicul gastroenterolog cu prurit cutanat, mai intens nocturn, colorarea galbenă a pielii și a sclerelor, astenie fizică evidentă, disconfort în hipocondrul drept, ce se intensifică după consumul de alimente prăjite, scăderea poftei de mâncare, scădere ponderală (cu 12 kg timp de 1 lună), subfebrilitate.

Anamneza bolii: Se consideră bolnavă de 1 lună, când a apărut subfebrilitatea, un s-m dispeptic (manifestat prin grețuri, balonare postprandială), s-m astenic, urmat ulterior de prurit cutanat (intens nocturn), apoi la 1 săptămână apare colorația icterică a pielii și sclerei. Chiar de la începutul bolii pacienta evidențiază scăderea poftei de mâncare și pierderea ponderală. În toată această perioadă de timp la pacientă se atestă scaune frecvente semioformate albicioase 3-4 ori pe zi. Timp de 1 lună pacienta nu se adresează la medic, aflându-se peste hotarele țării. La reîntoarcere în țară pacienta este internată în secție specializată.

Istoria socială: Este muncitoare în departamentul de gastronomie (gătitul cărnii pentru semifabricate). Timp îndelungat se află în condiții de temperatură joasă (duce carnea în cabine frigorifice).

Istoria dietetică: Nu se alimentează corect (1-2 mese pe zi). De obicei nu i-a dejunul, iar cina este servită cu 30 min până la culcare. Rareori folosește în alimentație supele, de obicei utilizează semifabricate. Bucatele folosite erau grase, prăjite, condimentate, copioase. Prefera alimentele din carne și dulciurile. Nu folosește cantități suficiente de fructe, legume. Bea câte 2-3 cafele-instant pe zi. Modul de viață: lucrează 18 de ore pe zi, periodic fără zile de odihnă. Nu fumează, nu folosește alcool.

Istoria familială: Străbunica pacientei a suportat afecțiune hepatică (nu poate preciza care boală). Este căsătorită, a născut un copil sănătos.

Examenul fizic a evidențiat:

Temperatura corporală – 37.2°C

Tegumentele icterice, cu leziuni de grătaj pe torace, uscate, cu descuamări pe membrele superioare și inferioare, steluțe unice vasculare pe torace. Sclere icterice.

Țesutul adipos subcutanat redus, plica inghinală – 0.8 cm

Circumferința treimii superioare a antebrațului – 20 cm,

Greutatea corporală – 50 kg,

Înălțimea – 1 m 63 cm

IMC – 18

Frecvența bătăilor cardiace – 86 b/min, T/A – 100/60 mmHg

Frecvența respirației – 19 r/m,

Abdomenul: Palparea superficială evidențiază sensibilitate în hipocondrul drept. Percutor ficatul se apreciază la dimensiunile 14 X 13 X 13 cm (percuția după Curlov). Palpator marginea ficatului este dură, ascuțită, sensibilă, suprafața noduroasă. Splina se determină la d-le 10 X 10 cm, palpator marginea este dură, indoloră, suprafața regulată.

Scaunul este frecvent, de 3-4 ori pe zi, semioformat, cu conținut de grăsime, decolorat. Micțiile sunt libere, indolore.

Statusul neurologic: conștientă, adecvată temporo-spațial, sindrom depresiv minor, scăderea capacității de concentrare și scăderea memoriei.

Datele de laborator: S-a evidențiat un s-m citolitic moderat, s-m de colestază (în special din contul gGTP și fosfatazei alcaline), s-m hepatodepresiv (reducerea albuminei) și s-m imunoinflamator (sporirea CIC, IgA, IgM, apariția autoanticorpilor ASMA). Marcherii virali hepatici (pentru HBV, HCV) au fost negativi.

Datele instrumentale: USG (hepatosplenomegalie, hipertensiune portală), FEGDS (varice esofagiene de gr I).

A fost efectuată biopsia hepatică, unde s-au evidențiat modificări caracteristice cirozei biliare primitive.

Diagnostic clinic stabilit a fost *Ciroza biliară primitivă*.

Care sunt consecințele nutritive la pacienții cu ciroză biliară primitivă?

Afecțiunile colestatice hepatice, cum ar fi ciroza biliară primitivă și colangita sclerozantă primitivă, reprezintă dereglarea fluxului biliar normal. Consecință tipică observată în colestază este malabsorbția, cauzată de insuficiența pătrunderii bilei în lumenul intestinal. Malnutriția este frecvent observată în aceste boli. Compromisul nutritiv la acești pacienți se exprimă prin reducerea masei musculare, astenia fizică, urmări ale deficitului vitaminelor liposolubile.

Mecanismele de dezvoltare ale malnutriției în ciroza biliară primitivă sunt:

1. scăderea consumului alimentar datorită anorexiei, naușea, vomă, depresie,
2. afectarea digestiei și absorbției secundar fluxului deficitar de acizi biliari în lumenul intestinal,
3. sporirea necesităților energetice, datorită hipermetabolismului,
4. accelerarea catabolismului proteic și insuficiența sintezei proteice
5. enteropatia din hipertensiunea portală.

Evaluarea nutritivă la această pacientă a fost efectuată utilizând chestionarul după Detsky A et al și a fost clasată în grupa B – subnutriție moderată.

Din datele de laborator se observă o hipoalbuminemie și hipoproteinemie, deci a apărut deficitul proteic. Astfel în regimul alimentar se va include 1.0 g de proteină/kg/zi, dintre care 60 % - de origine animalieră.

Scaunele frecvente cu conținut de grăsimi ne sugerează despre prezența malabsorbției grăsimilor. Malabsorbția grăsimilor se dezvoltă deseori la pacienții cu ciroza biliară primitivă, datorită dereglării circulației enterohepatice a acizilor biliari, și se manifestă prin steatoree, flatulență, scădere ponderală. La această pacientă se recomandă grăsimi circa 50 g/zi, iar ca acizi grași adiționali sunt recomandate suplimentele cu trigliceridele cu lanț mediu.

Este de menționat că în ciroza biliară primitivă se poate dezvolta și malabsorbția vitaminelor liposolubile: D (osteomalație, osteoporoza, tetanie), E (ataxie, afecțiuni neuromusculare progresive), K (hipoprotrombinemie), A (xeroftalmia). În cazul dat se va recomanda suplimente cu vitamine liposolubile: vitamina D – 400-600 IU/zi; A- 15 mg/zi pe durata de 1 lună; K – 10 mg IM; E – 400-600 IU/zi, calcium 800-1000 mg/zi.

Bibliografia

1. ALLARD JP, CHAU J, SANDOKJI K, BLENDIS LM, WONG F. Effects of ascites resolution after successful TIPS on nutrition in cirrhotic patients with refractory ascites. Am J Gastroenterol 2001;96:2442-7.
2. BRAUNSCHWEIG CL, LEVY P, SHEEAN PM, et al: Enteral compared with parenteral nutrition: A meta-analysis. Am J Clin Nutr 74:534-542, 2001
3. BAVDECAR A, PANDIT A. Nutrition Management in Chronic Liver disease. Indian J Pediatr, 2002;69(5):47
4. CANADA'S FOOD GUIDE TO HEALTHY EATING. www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_e.html
5. CO'RDOBA J, LO'PEZ-HELLI'N J, PLANAS M, et al. Normal protein for episodic hepatic encephalopathy: results of a randomized trial. J Hepatol 2004;41:38-43.
6. FERGUSON DD, FOX-ORENSTEIN AE. Eosinophilic esophagitis: an update. Diseases of the Esophagus 2007, 20:1, 2-8
7. HEALTH CANADA'S BODY MASS INDEX NOMOGRAM. www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java_e.html
8. HARK L, MORRISON G. Medical nutrition and disease. A case-based approach. Third edition, 2006 by Blackwell Science, 3-25, 229-252.

PROTEZELE PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR: ALEGERE DIFICILĂ

PROTHESES OF THE FORE-ABDOMINAL WALL: DIFFICULT CHOICE

Rezumat

Reparația defectelor structurale ale peretelui abdominal anterior prin interpoziția protezelor sintetice este actuală și chiar indispensabilă în cazul unor evențurții. Actualmente, pe piață, există o varietate mare de plase sintetice fapt ce implică o alegere dificilă a lor. Acest articol face o referire generală asupra diferitor materiale protetice, ținând cont de datele de literatură, în scopul formării unei viziuni mai precise despre avantajele și inconvenientelor acestora.

Gheorghe POPA

*dr. în medicină, Catedra Chirurgie Generală și
Semiologie, USMF „N. Testemițanu”*

Summary

Redressing the structural flaws of the fore-abdominal wall through an interposition of synthetic protheses is actual and even indispensable in case of some eventries.

Nowadays, on the market, there is a large variety of synthetic nets and this implies a difficult choice of them. This article makes a general reference to different prothetic materials, taking into account literature data, with an aim to form a more precise vision about their advantages and inconveniences.

Introducere

Necesitatea de a ranforsa peretele abdominal cu material alogen pare a fi cunoscută încă de egiptenii din antichitate care utilizau foi de papirus în acest scop, ce poate ar fi un prototip al „plaselor” noastre moderne. Eșcurile chirurgilor în curele herniare, prin închiderea simplă a defectului, i-au tentat de a utiliza grilaje metalice: argint de Witzel în 1889, aluminiu de Busse în 1901 și multe alte metale inclusiv și oțelul inoxidabil (Toilinox) în 1940. Cu regret aceste proteze erau prea rigide și greu suportate de bolnavi, prea inerte din punct de vedere biologic, nu provocau nici o reacție permițând incorporarea lor tisulară și favorizând astfel migrația lor. Ulterior au fost utilizate numeroase materiale sintetice cu succese nesigure și reacții redutabile. În anii 50, datorită progresului în industria chimică, vor apare proteze sintetice ca alcoolii de polivinil (Ivalon), poliethilenele, polipropilenul (Prolen®, Marlex®, Surgipro®), polimerii de fluor (PTFE, Teflon®), poliamidul (nylon®, Crinoplaque®) și, în sfârșit, poliesterii saturați (Mersilene®, Dacron®) care se vor impune treptat până a cunoaște progresul actual. Atitudinea de nesiguranță a chirurgilor față de utilizarea plaselor sintetice treptat, a făcut loc atitudinii inverse, favorizată și de succesele chirurgiei laparoscopice. Actualmente, pe piață apar tot mai multe proteze sintetice, punând chirurgii în fața unei alegeri dificile, fiindcă calitatea și inconvenientele fiecărei proteze nu sunt dovedite și adesea chiar necunoscute. Numeroase lucrări experimentale sunt interesate mai mult de calitățile mecanice, decât de cele ce ar viza toleranța biologică a acestor proteze [5,9,13,16]. Vom încerca sa facem o analiză vizavi de protezele sintetice utilizate actualmente ținând cont de compoziția lor, caracteristicile mecanice, comportamentul lor „in situ” cu reacțiile induse și complicațiile lor respective.

Caracteristicile protezelor sintetice. Caracteristica unei

bune proteze a fost dată mult timp în urmă de Cumberland și Scales [17]: chimic inertă, să nu provoace reacții alergice și inflamatorii, noncancerigenă, capabilă să reziste contracțiilor mecanice, sterilizabilă, fără alterație de structură fizică în mediu biologic, ușor fabricabilă. Primele proteze sintetice aveau o rețea de nylon (Crinoplaque®). Alterarea progresivă a acestui material „in situ” a provocat abandonul său în favoarea altor materiale protetice. Actualmente există patru tipuri de proteze care diferă prin compoziția lor chimică și tipul de împletire. Poliesterul, polipropilenul și politetrafluoroetilenul care sunt nonresorbabile, iar poliglactina și acidul poliglicolic care sunt resorbabile [13,7,14,19]. Mersilene® și Dacron® sunt două forme mai bine cunoscute ale poliesterului. Mersilene® a fost descoperit în 1954 și constă din mai multe filamente împletite, constituind un fir și apoi tricocat, în timp ce Dacron® este un monofilament împletit și apoi tricocat. Fileul din poliester este fin, suplu, lejer și permeabil. Polipropilenul sub formă de Marlex® a apărut în 1959. Se cunosc în special trei forme: Marlex®, Prolen® și Surgipro®. Polipropilenul are o rețea macroporoasă mai rigidă ca la poliester. Marlex® reprezintă un monofilament țesut, în timp ce Prolen® este țesut din două fire, iar Surgipro® din trei. Cu cât mai multe fire, cu atât fileul este mai suplu și mai flexibil. Politetrafluoroetilenul (PTFE) inițial utilizat sub formă de un grilaj multifilament (Teflon®), a fost rapid abandonat din cauza apariției multiplelor complicații. A fost răspândit în anii 70 sub o formă modificată (Gore-tex®). PTFE este pe larg utilizat în chirurgia vasculară. Fileul lui este foarte suplu și atât de microporos, încât este asimilat mai mult cu un platură decât cu un fileu. Vicryl® (poliglactina) și Dexon® (acidul poliglicolic) și-au făcut apariția la începutul anilor 80 și sunt unicele proteze resorbabile. Resorbția completă a unei proteze din Vicryl se produce în timp de 30 zile. Procesul de

resorbție al Dexonului decurge mai lent și durează 90 zile [15]. Aceste proteze sunt suplă, dar mai puțin extensibile ca cele din poliester. Fiind foarte promițătoare la început, ele au un dezavantaj substanțial: rezistența inițială mecanică ce o conferă peretelui abdominal slăbit nu este de lungă durată. Țesutul cicatricial ce substituie plasa, după resorbția sa, degenerază și nu este de o calitate bună care ar garanta o soliditate parietală durabilă [15,2]. Actualmente aceste proteze nu sunt utilizate decât într-un mediu septic sau pentru a preveni o eviscerație.

Comportamentul „in situ”. Diverse proteze au un comportament in situ dependent de compoziția lor chimică, dar și de felul cum sunt „împletite”. Plasa cu structură micro- sau macroporoasă va avea o integrare tisulară diferită [5,2]. Toleranța și rezistența. Rolul unei proteze nonresorbabile nu este de a substitui peretele, ci mai curînd de a contribui la reconstrucția sa. Diverse teste de laborator au demonstrat ca rezistența mecanică a materialelor protetice mai des utilizate, la alungire sau la spargere, nu diferă semnificativ între ele și este net superioară peretelui abdominal [16]. In situ, zonele slabe sunt cele care înconjoară punctele de fixare ale protezei care devin vulnerabile, în timp ce țesutul cicatricial pe care este amplasată proteza rezistă. Comportamentul unui material alojen în contact cu țesutul viu a fost bine studiat de mulți autori printre care se numără și savantul Arnaud (sfârșitul anilor 70) [5,3]. Inițial are loc o reacție inflamatoare acută, exudativă ulterior celulară care debutează în a treia zi postoperatorie și constă în apariția celulelor polimorfonucleare și a macrofagilor. Începând cu a zecea zi post-operație, aceste celule sunt substituite cu fibroblaști, activitatea cărora se va intensifica treptat, producând colagenul, până la colonizarea completă a protezei și integrarea ei în circa 4-6 săptămâni. Așa dar, există o perioadă critică între a 7-15 - ea zi, până când reacția fibroplastică nu este atât de intensă. Mai ales în această perioadă stabilitatea protezei trebuie să fie asigurată de punctele de fixație. O reacție inflamatoare mică este reflecția unei toleranțe biologice, în timp ce o activitate fibroblastică intensă mărturisește o bună rezistență prin crearea unui țesut cicatricial de o bună calitate. Riscul de infectare a protezei este proporțional reacției inflamatorii locale. Proteza ideală este considerată cea, proteză care provoacă o reacție inflamatoare minimă și o activitate fibroblastică intensă. Durata reacției inflamatorii diferă de la autor la autor: după unii ea dispare în câteva săptămâni [13], conform altor autori – persistă câteva luni [19,10]. Această reacție depinde nu numai de materialele utilizate, ci și de porozitatea acestora. Într-un studiu experimental realizat pe iepuri Rath [16], comparând Dacron®, Prolen®, Vicryl®, și Vicryl-Dacron®, a constatat că toleranța la Dacron® este mai bună decât cea la Prolen®, în timp ce pereții ranforșați cu Prolen® sunt mai rezistenți. Această experiență a fost confirmată și de Klinge [9], care a înregistrat o reacție inflamatoare acută mai scurtă pentru Mersilene® decât pentru Prolen®, dar în schimb cantitatea de colagen și orientarea sa în raport cu fibrele fileului era mai puțin favorabilă pentru Mersilene® [12,18]. Calitatea incorporării fileului în țesuturi depinde de porozitatea sa, textura și de localizarea in vivo. Diametrul optim al porilor este considerat a fi de 75-100 micrometri. Un exemplu tipic de proteză microporoasă, care nu va fi niciodată incorporată este PTFE [2]. Așa dar un fileu din polipropilen se va incorpora, iar unul din PTFE preferențial se va încapsula [5]. Textura puțin aspră a fibrelor de Marlex® va induce o reacția fibroblastică mai pronunțată, favorizând

incorporarea protezei. Plasarea cea mai favorabilă a protezei, care ar permite o integrare mai bună, este considerată cea dintre spațiile musculare și spațiul pre-peritoneal [16]. Spațiul pre-aponevrotic este cel, unde, infiltrația fibroplastică va fi foarte slabă, compromițând astfel rezistența fileului pe termen lung.

Rezistența la infecție. Riscul survenirii unei infecții de proteză nonresorbabilă este legat de reacția inflamatoare pe care aceasta o induce, de capacitatea de apărare imunitară a organismului și de comportamentul bacteriilor [3]. Toate corpurile străine induc o liză tisulară prin inflamația ce o provoacă, favorizând acțiunea bacteriilor. Mai mult, leucocitele pierd din capacitatea lor bactericidă, venind în contact cu proteza [8]. În fine, bacteriile măsoară circa 1 micrometru în diametru, în timp ce celulele polimorfonucleare – 100-150 micrometri. Fileurile microporoase permit trecerea numai a bacteriilor, dar nu și a tuturor formelor leucocitare [8]. În realitate nici o proteză existentă actualmente pe piață nu poate rezista la o infecție activă și, deci, ea nu poate fi utilizată în mediu septic. În toate cazurile infecția unei proteze survine precoce, deoarece un fileu colonizat de țesut cicatricial nu este accesibil bacteriilor [7].

Aderențele și complicațiile lor. Proteza incorporată în țesuturi provoacă o intensă reacție inflamatoare ce duce ulterior la formarea unei fibroze de bună calitate, asigurând în felul acesta o soliditate parietală. Aceasta va induce formarea de aderențe cu țesuturile adiacente, fapt care ar sta la originea unor eventuale fistule intestinale [14,19]. Această problemă a fost bine studiată pe animale și, în mod deosebit atunci, când proteza vine în contact direct cu visceralele. Țesuturile de o manieră identică reacționează la materialele protetice de aceeași textură [14,2,4]. Implantarea tisulară a PTFE antrenează o reacție inflamatoare mai slabă și se formează mai puține aderențe, în timp ce protezele țesute generează numeroase aderențe [7]. Unii autori au încercat fileuri combinate compuse din material nonresorbabil acoperit cu material resorbabil, care ar veni în contact direct cu visceralele. De exemplu Dacron®-poliglactina, poliester-colagen sau polipropilen-poliglactina. Aceste combinații au menirea de a preveni formarea intensă de aderențe și respectiv riscul formării unor eventuale fistule [7]. În opinia altor autori nu este atât de important cantitatea de aderențe, dar mai curînd calitatea lor, să fie mai flaxe [9,16,20]. Datele din literatură vizavi de această problemă sunt atât de contradictorii, încât nu se poate concluda.

Alegerea protezei. Alegerea unei proteze pentru restaurarea peretelui abdominal pare a fi destul de dificilă. Care proteză este mai rezistentă și mai bine tolerată, care prezintă mai puține riscuri de complicații infecțioase, de formare a aderențelor, a fistulelor? La ora actuală nu există un răspuns evident. Pentru a găsi un răspuns este necesar de studiat comportamentul acestor materiale in vivo, in vitro pe animale și ulterior pe oameni. Cu regret, aceste studii sunt deseori contradictorii și, mai ales, dificil comparabile. Protezele sintetice sunt clasificate în patru grupe (Amid) [1], în raport cu tipul materialului, diametrul porilor și dacă fileul este mono sau multifilament. O proteză ideală trebuie să fi flexibilă și să faciliteze trecerea macrofagilor \ leucocitelor. Se consideră că diametrul porilor trebuie să fi puțin superior de 75 micrometri, pentru a facilita această trecere. Trebuie de menționat totodată că diametrul mediu al leucocitelor este de 9-15 micrometri, iar cel al macrofagilor de 16-20 micrometri [6]. Pentru protezele multifilament spațiul intermediar este foarte important a fi luat în considerație,

deoarece el este inferior de 10 micrometri. Prin astfel de materiale este posibilă numai trecerea bacteriilor mici (1 micrometru), dar nu și a leucocitelor ceea ce sporește riscul de infectare [6]. Sunt unele puncte de tangență cu care mai mulți autori sunt de acord. PTFE suscită o reacție inflamatoare de o intensitate mică, având ca consecință o integrare tisulară mai slabă. Riscul de deplasare și de migrație chiar și pe termen lung, este mare. Aceasta este o proteză de evitat în chirurgia parietală. Totuși, unii autori o preferă în cazul plasării ei în contact direct cu viscerele, fiindcă se formează mai puține aderențe. Polipropilenul provoacă o reacție inflamatoare mai intensă ca poliesterul, este mai puțin tolerat, dar mai solid pe termen lung. El este mai agresiv în contact cu intestinul și poate fi responsabil de fistule digestive. Această problemă există însă și pentru poliester. Pentru a diminua reacția inflamatoare, utilizând cu toate acestea o proteză nonresorbabilă, au fost propuse proteze combinate: de exemplu polipropilenul (nonresorbabil) cu poliglactina (resorbabilă) (Vypro®). Unii autori consideră că aceasta ar fi o soluție bună pentru a minimaliza unele reacții, alții, dimpotrivă, nu atestă schimbări semnificative [11]. Poliesterul este mai fin și mai suplu ca polipropilenul. Manopera cu poliesterul în eventrațiile mari este mai facilă, el se adaptează mai bine la țesuturi și este mai bine tolerat. Însă suplețea sa face dificilă utilizarea lui în chirurgia celioscopică. O altă controversă este „îngustarea” fileului. În realitate fileul nu se îngustează, ci are loc o micșorare de dimensiuni ale protezei legată de reabilitarea celulară, care, prin retracție cicatriceală, duce la o pierdere în suprafață. Această pierdere este de ordinul 25-30% pentru fileurile actualmente utilizate [12, 18].

Concluzii

La întrebarea „Ce proteză de ales?” nu există un răspuns univoc. Finalmente diferite proteze recomandate sunt echivalente în calitate și inconveniente [7]. Sunt totuși câteva momente incontestabile: Pierderea în suprafață a protezei implică utilizarea unor fileuri de dimensiuni mari, pentru a asigura un bun rezultat pe termen lung. Reacția inflamatoare constantă (cu excepția PTFE) trebuie să ne pună în gardă în cazul implantării materialelor protetice. Din prudență, este preferabil de inserat o proteză într-un spațiu, unde ea nu vine în contact direct cu viscerele, fiind în același timp corect incorporată. Locul ideal pentru plasare rămâne la moment spațiul pre-peritoneal sau retro-muscular în eventrațiile mari. Actualmente, chirurgii au la dispoziție o varietate impresionantă de diferite modele de proteze, însă avantajele și inconveniente ale acestora nu sunt atât de evidente, pe cât ne-am putea imagina.

Bibliografie

1. AMID PK. Classification of hernia surgery. *Hernia* 1997 ; 1 : 15-21.
2. AMID PK, SHULMAN AG, LICHTENSTEIN IL, HAKAKHA M. Biomaterials for abdominal wall hernia surgery and principles of their applications. *Langenbecks Arch Chir* 1994 ; 379 : 168-71.
3. ARNAUD JP, ELOY R, ADLOFF M, et al. Critical evaluation of prosthetic materials in repair of abdominal wall hernias. New criteria of tolerance and resistance. *Am J Surg* 1977 ; 133 : 338-45.
4. BELLON JM, CONTRERAS LA, PASCUAL G, et al. Neoperitoneal formation after implantation of various biomaterials for the repair of abdominal wall defects in rabbits. *Eur J Surg* 1999 ; 165 : 145-50.
5. BELLON JM, BUJAN J, CONTRERAS L, et al. Integration of biomaterials implanted into abdominal wall : Process of scar formation and macrophage response. *Biomaterials* 1995 ; 16 : 381-87.
6. BRUN U, BORDENAVE L, LEFEBVRE F. Physical and biological characteristics of the main biomaterials used in the pelvic surgery. *Biomed Mater Eng* 1992 ; 2 : 203-25.
7. CHAMPETIER J, RUSSIER Y, ZATTARIA A, et al. Les prothèses synthétiques dans la chirurgie réparatrice de la paroi abdominale (hernies de l'aine exceptées). Caractéristiques, comportement in situ et applications. *J Chir* 2003 ; 129 : 375-83.
8. DOUGHERTY SH. Pathobiology of infection in prosthetic devices. *Rev Infect Dis* 1988 ; 10 : 1102-117.
9. KLINGE U, KLOSTERHALFEN B, CONZE J, SCHUMPELICK V, et al. Modified mesh for hernia repair that is adapted to the physiology of the abdominal wall. *Eur J Surg* 1998 ; 164 : 951-60.
10. KLINGE U, KLOSTERHALFEN B, MULLER M, SCHUMPELICK V. Foreign body reaction to meshes used for the repair of abdominal wall hernias. *Eur J Surg* 1999 ; 165 : 665-73.
11. KLOSTERHALFEN B, KLINGE U, HENZE U, et al. Morphologische Korrelation der funktionellen Bauchwandmechanik nach Mesh-Implantation. *Langenbecks Arch Chir* 1997 ; 382 : 87-94.
12. LEBER GE, GARB JL, ALEXANDER AI, et al. Long-term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias. *Arch Surg* 1998 ; 133 : 378-82.
13. MORI N, TAKANO K, MIYAKET, et al. A comparison of prosthetic materials used to repair abdominal wall defects. *Pediatr Surg Int* 2001 ; 13 : 487-90.
14. MORRIS-STIFF GJ, HUGHES LE. The outcome of nonabsorbable mesh placed within the abdominal cavity : Literature review and clinical experience. *J Am Coll Surg* 1998 ; 186 : 352-67.
15. MARMON LM, VINOUCR CD, WEINTRAUB WH, et al. Evaluation of absorbable polyglycolic acid mesh as a wound support. *J Pediatr Surg* 1985 ; 20 : 737-42.
16. RATH AM, ZHANG J, AMOUROUX J, CHEVREL JP. Les prothèses pariétales abdominales. Etude biomécanique et histologique. *Chirurgie* 2002 ; 121 : 253-65.
17. SCALES JT. Tissue reactions to synthetic materials. *Proc Roy Soc Med* 1953 ; 46 : 647-652.
18. STOPPA R. Letter to the editor. *Arch Surg* 1998 ; 133 : 1254-255.
19. SCHUMPELICK V, KLINGE U, WELTY G, KLOSTERHALFEN B. Meshes in der Bauchwand. *Chirurg* 1999 ; 70 : 876-87.
20. VRIJLAND WW, BONTHUIS F, STEYERBERG EW, et al. Peritoneal adhesions to prosthetic materials. Choice of mesh for incisional hernia repair. *Surg Endosc* 2000 ; 14 : 960-63

STUDII CLINICE

REZEȚIA ȘI RECONSTRUCȚIA VENOASĂ ÎN PANCREATODUODENECTOMIA PENTRU ADENOCARCINOM PANCREATIC

VENOUS RESECTION AND RECONSTRUCTION DURING PANCREATODUODENECTOMY FOR PANCREATIC ADENOCARCINOMA

Rezumat

Necesitatea efectuării rezecției venoase cu reconstrucția ulterioară, ca component al pancreatoduodenectomiei, rămâne controversată. Unii autori consideră rezecția și reconstrucția venoasă la bolnavii cu adenocarcinom pancreatic nerațională, iar alte studii demonstrează beneficiul acesteia. Experiența noastră include 2 cazuri de rezecție și reconstrucție a confluenței venei mezenterice superioare cu vena portă. Perioada postoperatorie a decurs favorabil în ambele cazuri. La scanarea Doppler-Duplex postoperatorie de control viteza lineară și volemică a fluxului portal era în limitele normei. Bolnavii nu prezentau semne de recurența locală sau sistemică pe parcursul supravegherii timp de 15 și 6 luni. Astfel, concreșterea izolată a tumorii pancreasului în vena mezenterică superioară sau vena portă nu trebuie să constituie o contraindicație pentru pancreatoduodenectomie. Necesitatea rezecției venoase nu întotdeauna poate fi prevăzută preoperator în baza datelor metodelor imagistice de rutină. De aceea chirurgia, care efectuează pancreatoduodenectomia trebuie să cunoască bine metodele standard de rezecție și reconstrucție venoasă, necesitatea cărora apare pe parcursul operației.

Eugen GUȚU, Dumitru CASIAN,
Vladimir IACUB
USMF "Nicolae Testemițanu",
Catedra Chirurgie Generală și Semiologie

Summary

The need of venous as a part of pancreatoduodenectomy remains controversial. One authors consider venous resection and reconstruction in patients with pancreatic carcinoma justified, whereas another have demonstrate its benefit. Our experience includes 2 cases of resection and reconstruction of confluence of the superior mesenteric vein and portal vein. Early postoperative period was uneventful in both cases. On control Doppler-Duplex scan – viteza lineară și volemică a fluxului portal în limitele normei. Patients did not present signs of the local or systemic recurrence during follow-up of 15 and 6 month. Therefore, isolated involvement of the superior mesenteric or portal vein by pancreatic tumor should not be a contraindication for pancreatoduodenectomy. The need for venous resection may not always be apparent preoperatively, basing on the routine imaging methods data only. Because of it, surgeons, who perform pancreatoduodenectomy, should be well informed in standard techniques necessary for venous resection and reconstruction, necesitatea cărora becomes evidence in time of surgery.

Introducere

La momentul stabilirii diagnosticului adenocarcinomul pancreasului în circa 50% de observații concrește în confluența venei mezenterice superioare (VMS) și venei porte (VP). Necesitatea efectuării rezecției venoase (RV) cu reconstrucția ulterioară în cadrul pancreatoduodenectomiei (PDE) este controversată^{1,2}. Aceasta este determinată de următoarele: (1) RV mărește semnificativ complexitatea și durata PDE standard, volumul pierderii sangvine intraoperatorii, precum și morbiditatea și letalitatea, legate de procedeu; (2) Lipsa frecventă a confirmării histologice a tumorii în locul aderării acesteia la venă și (3) Supraviețuirea destul de redusă a bolnavilor chiar și după operațiile potențial radicale^{3,4}. Reieșind din aceasta, mulți chirurghi au o părere rezervată față de posibilitatea înlăturării tumorii pancreasului, care concrește în VMS-VP, aceasta fiind considerată nerezecabilă sau convențional rezecabilă^{5,6}.

Materiale și metode

Experiența noastră include efectuarea a 15 PDE, din care concreșterea tumorii în regiunea confluenței VMS-VP s-a depistat intraoperator în 2 (13,3%) cazuri.

Caz clinic #1. Bolnava C, 66 ani, internată în Clinică cu acuze la durere moderată în epigastru, icter timp de o săptămână, pierdere ponderală semnificativă (10 kg în timp de trei luni). Nivelul bilirubinei totale serice la internare este 162 mkmol/l, fracția directă – 97 mkmol/l. La ultrasonografia transabdominală și tomografia computerizată (TC) în capul pancreasului se determină o formațiune de 4,0 cm în diametru, căile biliare sunt dilatate. VMS și VP se vizualizează separat de tumoare, fără semne de concreștere. Nivelul antigenului asociat cu cancer 19-9 (CA 19-9) este esențial elevat – 238 un/ml (norma 0-35 un/ml). Operată pe 27.10.2006 – s-a efectuat PDE cu prezervarea pilorului, procedeul Traverso-Longmire. Deja după transecția pancreasului și evidențierea procesului ucinat s-a constatat concreșterea tumorii pe o suprafață de 0,5x0,5 cm în peretele lateral al VMS exact vis-a-vis de locul revărsării venei lienale (VL). S-a efectuat mobilizarea și comprimarea parietală a VMS și VP. Imediat anterior de clamparea structurilor venoase a fost efectuată heparinizarea sistemică (5000 ui, i.v.). S-a executat rezecția tangențială a venei cu diametrul circa 1,0 cm, cuprinzând aproximativ o treime din circumferința acesteia. Pentru reconstrucție s-a

utilizat un petic sintetic din PTFE (Gore-tex), fixat la marginile defectului venos cu sutură continuă 6-0 Prolene (Fig.1). Durata etapei vasculare a constituit 17 minute, durata totală a intervenției – 5 ore și 20 de minute. Pierderea sangvină în timpul operației a fost 600,0 ml și nu a necesitat hemotransfuzie de substituție. La investigația histologică ulterioară a tumorii s-a evidențiat prezența adenocarcinomului slab diferențiat, inclusiv și în țesutul din zona fragmentului venos rezecat. Evoluția postoperatorie - favorabilă, fără complicații. Peste o săptămână după intervenție s-a efectuat Doppler-Duplex al VP și a afluențelor sale – dereglări ale hemodinamicii venoase nu s-au depistat. Durata spitalizării a constituit 19 zile. La ultima examinare peste 15 luni după operație semne clinice și imagistice de recurență locală sau diseminare a tumorii nu se determină, nivelul CA 19-9 – în limitele normei.

Caz clinic #2. Bolnavul T, 31 ani, spitalizat în Clinică cu un sindrom algic pronunțat, pierdere ponderală dramatică (15 kg timp de 2 luni), și fără icter. La ultrasonografie și TC s-a stabilit o formațiune de volum în proiecția capului pancreatic cu diametrul peste 4,5 cm, deși căile biliare nu sunt dilatate. VP și VMS – fără semne de invazie. Nivelul CA 19-9 este înalt – 162 un/ml. Intervenția chirurgicală pe data de 30.08.2007 – PDE cu preservarea pilorului, procedeul Traverso-Longmire. În timpul mobilizării s-a depistat concreșterea tumorii în VMS, atât din partea laterală, cât și din cea posterioară (din procesul uncinat) pe o distanță de 1,0 cm, asociindu-se cu deformarea și îngustarea ușoară a lumenului venos. S-a efectuat mobilizarea largă și clamparea VMS, VP și VL, rezecția segmentară a 1,5 cm din VMS puțin mai distal de locul confluentei cu VL (Fig.2).

În prealabil pacientului i s-a introdus 5000 ui de heparina i.v. Reconstrucția s-a efectuat prin aplicarea anastomozelor veno-venoase cu sutură continuă, utilizând 6-0 Prolene (Fig.3). Durata clampării venoase a constituit 25 de minute. Totodată, spre finisarea etapei vasculare s-a notat staza venoasă marcată și edemul incipient al anșelor intestinului subțire. Durata totală a intervenției chirurgicale a constituit 6 ore și 15 minute. Pierderea sangvină intraoperatorie – 750,0 ml, bolnavului i s-a transfuzat o doză de masa eritocitară și o doză de plasmă. Examinarea histologică a piesei operatorii – adenocarcinom. Perioada postoperatorie a decurs favorabil, durata spitalizării – 13 zile. La scanarea Doppler-Duplex postoperatorie de control

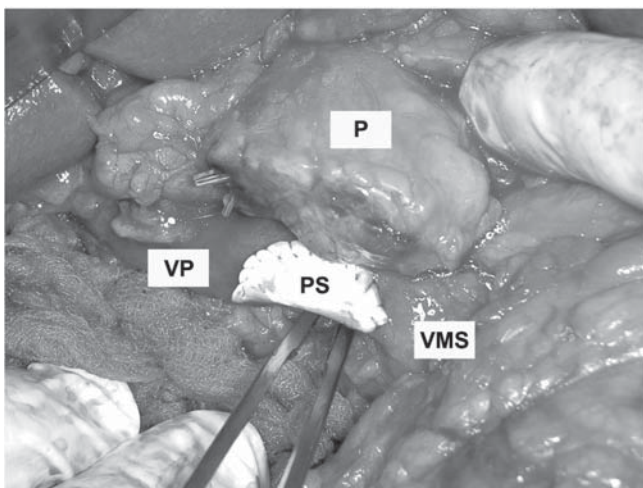


Fig. 1. Reconstrucția venoasă cu petic sintetic din PTFE (Gore-tex) după rezecția tangențială a confluentei VMS și VP la pacienta C (VMS – vena mezenterică superioară, VP – vena portă, PS – petic sintetic, P – bontul pancreasului)

– viteza lineară și volemică a fluxului portal în limitele normei, ce exclude îngustarea sau tromboza VMS-VP. Pe parcursul a jumătate de an postoperator bolnavul nu prezintă semne de recurență locală sau sistemică.

Discuții și concluzii

Actualmente complexul standard de evaluare preoperatorie a tumorii pancreasului, pe lângă examinarea clinică, include combinarea metodelor imagistice: ultrasonografia transabdominală și TC. Utilizarea acestora are o eficacitate înaltă în determinarea localizării și dimensiunilor tumorii, stării căilor biliare, prezenței lichidului în cavitatea peritoneală și metastazelor în ganglionii limfatici regionali sau în ficat. Totodată, metodele enumerate nu întotdeauna permit stabilirea sau chiar suspectarea concreșterii tumorii în VMS-VP. În cele două cazuri clinice prezentate doar dimensiunile semnificative ale tumorii (4,0 și 4,5 cm) au servit drept factor ce permite suspectarea răspândirii procesului malign în afara limitelor pancreasului, ceea ce se menționează și în literatura de specialitate⁶. Cu toate acestea, ultrasonografia și TC standard n-au pus în evidență date directe de concreștere sau aderare a tumorii la structurile vasculare.

Necesită a fi subliniată o altă particularitate a tabloului clinic, ce prevede implicarea structurilor venoase în procesul pancreatic malign, și anume lipsa icterului în cazul #2 și caracterul moderat al acestuia în cazul #1. În studiul N.Carrere² a fost demonstrat, că icterul mecanic se dezvoltă veridic mai rar la bolnavii, ce necesită RV, decât la pacienții fără implicarea VMS-VP. Cea mai probabilă explicație poate servi topografia tumorii: la pacienții cu RV adenocarcinomul se situează mai aproape de colul pancreasului, la distanță de ductul biliar comun, pe când la pacienții fără RV tumoarea a fost localizată în capul glandei. Prin aceleași particularități topografice și dimensiunile mari ale tumorii autorul explică și caracterul mai accentuat al sindromului algic la pacienții cu RV. Aceasta se datorează obstrucției rapide a ductului pancreatic principal și dezvoltarea hipertensiunii în pancreasul distal.

O informație mai exactă despre corelațiile anatomice ale adenocarcinomului pancreatic cu organele și structurile adiacente poate fi obținută prin utilizarea TC dinamice cu contrast, care include fazele arterială, pancreatică și portală a investigației. Reconstrucția virtuală multiplanică ulterioară permite cea mai

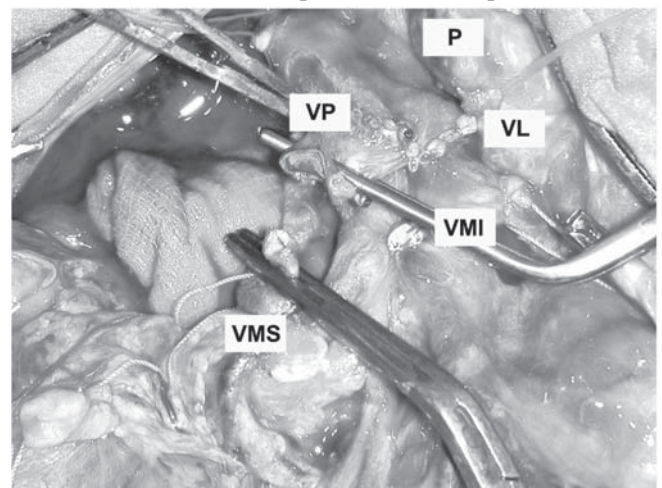


Fig. 2. Rezecția segmentară a VMS distal de locul confluentei acesteia cu VL la bolnavul T (VMS – vena mezenterică superioară, VP – vena portă, VL – vena lienală, VMI – vena mezenterică inferioară, P – bontul pancreasului)

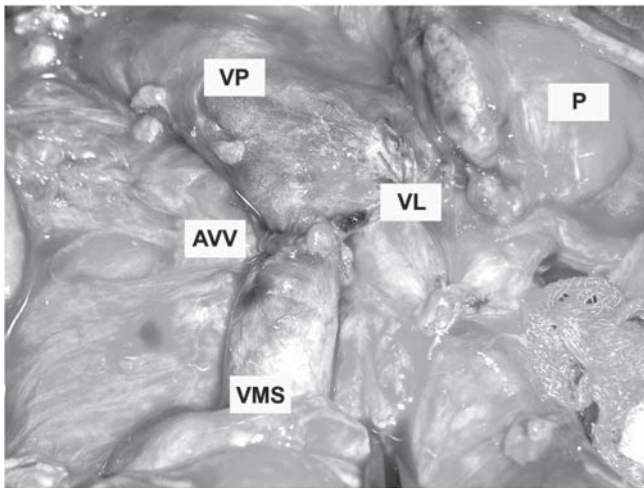


Fig. 3. Reconstructia venoasă cu aplicarea anastomozei veno-venoase la nivelul VMS la pacientul T (VMS – vena mezenterică superioară, VP – vena portă, VL – vena lienală, AVV – anastomoza veno-venoasă, P – bontul pancreasului)

veridică evaluare a invaziei vasculare a tumorii². Însă, metoda este costisitoare, limitat accesibilă, iar folosirea acesteia ca investigație diagnostică de rutină este nerațională.

Deși concreșterea tumorii în structurile venoase poate fi suspectată în baza examinărilor imagistice preoperatorii, confirmarea definitivă este posibilă doar intraoperator. Spre regret, în cazul tehnicii standarde de efectuare a PDE, determinarea concreșterii tumorii în peretele lateral (din zona cefalică) sau posterior (din procesul uncinat) al VMS-VP poate fi stabilită doar după transecția pancreasului, deja în faza finisării etapei rezecționale. În astfel de situație sunt posibile două variante de finisare a operației: (1) Extinderea volumului PDE, inclusiv rezecția și reconstrucția venoasă; sau (2) Înlăturarea neadekvată a tumorii cu riscul rămânării marginilor histologic pozitive ale rezecției, ceea ce se poate asocia cu o supraviețuire redusă^{4,5}.

Necesitatea efectuării RV cu reconstrucția ulterioară, ca component al PDE pentru adenocarcinomul pancreatic, rămâne controversată^{1,2}. Argumentele de bază contra RV sunt următoarele: (1) RV se asociază cu majorarea complexității și duratei intervenției chirurgicale, pierderii sangvine, riscului complicațiilor și a decesului; (2) Lipsa frecventă a confirmării histologice a tumorii în locul aderării acesteia la venă și (3) Supraviețuirea destul de redusă a bolnavilor chiar și după

operațiile potențial radicale^{4,5,7}. Cu toate acestea, alte studii demonstrează o morbiditate, letalitate și supraviețuire practic similare la pacienții cu și fără RV^{2,3}, considerând benefică rezecția și reconstrucția venoasă la bolnavii cu adenocarcinom pancreatic.

Prima rezecție și reconstrucție a VMS, efectuată în cadrul PDE, ca parte componentă a acesteia, a fost efectuată de către G.E.Moore și coaut. în 1951⁸. De atunci RV începe a fi considerată, ca una din posibilele etape a PDE standarde sau extinse pentru adenocarcinomul pancreatic. În același timp, nu era clar definitiv când și cum trebuie efectuată RV și reconstrucția ulterioară. Probabil, că chirurgii au un grad diferit de încredere în raționalitatea RV în cadrul PDE pentru adenocarcinomul pancreatic, ca urmare rata efectuării acesteia în diferite studii variază semnificativ de la 3%¹ până la 38%³.

În viziunea contemporană, RV tangențială sau segmentară este indicată în cazul, când capul și/sau procesul uncinat nu pot fi liber disecate de la confluența VMS-VP fără rămânerea țesutului tumoral pe peretele venos sau riscul lezării acestuia³. În 2004 J.F.Tseng³ clasifică metodele de RV și reconstrucție în 5 variante, în dependență de necesitatea în rezecție segmentară sau tangențială a venei, utilizării peticului sintetic sau autovenos, inserției din vena jugulară internă și anastomozei veno-venoase directe (Fig.4).

Rezecția tangențială a confluenței VMS-VP poate fi efectuată doar în cazul, când tumoarea este aderată la o porțiune mică a peretelui venos lateral sau posterior. Deși în literatura de specialitate există relatări despre posibilitatea aplicării în astfel de situație a suturii primare pe defectul venos^{7,9}, preferința este atribuită utilizării peticului din autovenă (se folosește vena safena mare) sau material sintetic³. În opinia noastră, aplicarea suturii primare poate fi efectuată doar într-un defect mic, preponderent iatrogen, al peretelui venos. Sutura simplă în sens transversal a defectului venos major va conduce inevitabil la deformarea, dereglarea hemodinamicii venoase și tromboza VP. În cazul nostru #1 restabilirea defectului cu diametrul de 1,0 cm în peretele venos lateral a fost efectuată în conformitate cu varianta VR1 a RV după J.F.Tseng. Cu acest scop s-a utilizat un petic sintetic din PTFE (Gore-tex). Considerăm folosirea materialului sintetic mai justificată, ținând cont de mărirea duratei intervenției chirurgicale, cauzată de preluarea autovenei și schimbul câmpului operator.

Tehnica tradițională de RV segmentară în adenocarcinomul pancreasului include transecția și ligaturarea VL¹⁰. Secționarea

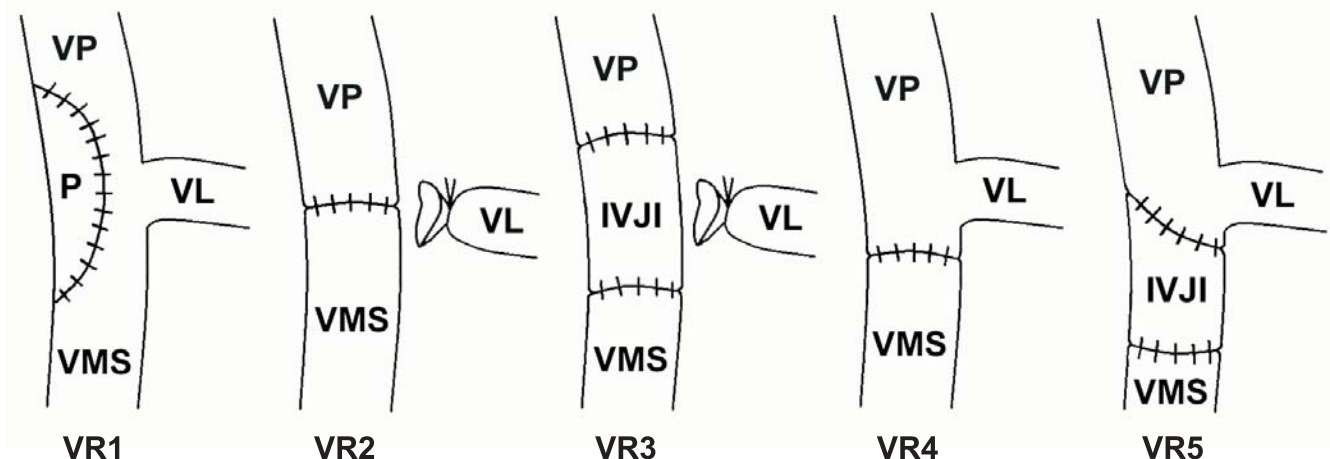


Fig. 4. Clasificarea celor 5 variante de rezecție și reconstrucție venoasă după J.F.Tseng și coaut.³ (VMS – vena mezenterică superioară, VP – vena portă, VL – vena lienală, P – petic, IVJI – inserția din vena jugulară internă)

VL permite efectuarea reviziei mai adecvate a arterei mezenterice superioare, situată medial de VMS, și obținerea unei lungimi mai mari a VMS și VP pentru anastomoza directă a acestora după rezecția segmentară. Se consideră, că în cazul transecției VL, poate fi rezecat în siguranță un fragment cu o lungime de 2-3 cm al VMS-VP cu anastomoză veno-venoasă ulterioară, fără necesitatea interpoziției grefei pentru substituirea defectului^{3, 10}. În cazul nostru #2 lungimea segmentului VMS rezecat a constituit 1,5 cm și nu a necesitat ligaturarea VL pentru ajustarea marginilor venoase fără tensiune (variante VR4 a RV și reconstrucției după J.F.Tseng). Mai mult ca atât, după părerea noastră este necesară, după posibilitate, evitarea ligaturării VL, deoarece aceasta poate duce la dezvoltarea hipertensiunii portale stângi cu apariția varicelor gastrice.

În cercetarea noastră în cadrul efectuării rezecției și reconstrucției venoase nemijlocit înaintea clampării VMS, VP și VL bolnavilor li s-a administrat 5000 ui de heparina i.v. Însă heparinizarea sistemică în asociere cu RV n-au dus la majorarea pierderii sangvine intraoperatorii (600,0 și 750,0 ml, corespunzător) în comparație cu indicii respectivi la bolnavii fără reconstrucție venoasă. Probabil, aceasta trebuie explicată prin faptul, că RV a reprezentat partea finală a etapei rezecționale, care determină principala pierdere sangvină în cadrul PDE. Ulterior pe parcursul a 7 zile a perioadei postoperatorii bolnavilor li s-au administrat heparine cu masă moleculară mică. Utilizarea terapiei anticoagulante nu a fost însoțită de careva complicații hemoragice în perioada postoperatorie.

În special trebuie subliniată importanța duratei întreruperii fluxului venos prin VP. În cazurile noastre clinice durata clampării VMS, VP și VL a constituit 17 minute și 25 minute, respectiv. Totuși în cazul clinic #2 (ocluzie timp de 25 de minute) spre finalizarea etapei vasculare a fost notată o stază venoasă pronunțată și edem incipient al anselor intestinului subțire. Într-un studiu este relatată o observație cu dezvoltarea unui edem intestinal atât de marcat, încât a fost necesară amânarea etapei reconstructive pancreatobiliare și gastrointestinale cu 36 ore³. Pentru prevenirea complicației menționate autorii recomandă asocierea ocluziei venoase cu clamparea temporară a arterei mezenterice superioare. Deși noi n-am folosit manevra respectivă, utilizarea acesteia trebuie luată în considerație la bolnavii cu RV în PDE.

Este dificilă o oarecare concluzie în baza a doar 2 cazuri clinice cu perioada de supraveghere la distanță limitată. Totodată, supraviețuirea timp de 15 luni fără semne de

recurență locală sau sistemică a adenocarcinomului la pacienta #1 este mult mai înaltă, decât 10-12 luni în medie la bolnavii, la care PDE nu a fost efectuată din cauza concreșterii tumorii în confluența VMS-VP, stabilită la TC sau intraoperator¹¹.

Așadar, concreșterea izolată a tumorii pancreasului în VMS sau VP nu trebuie să constituie o contraindicație pentru PDE. Necesitatea RV nu întotdeauna poate fi prevăzută preoperator, în baza datelor metodelor imagistice de rutină. De aceea chirurgii, care efectuează PDE trebuie să cunoască bine metodele standard de RV și reconstrucție, necesitatea cărora apare pe parcursul operației.

Bibliografie

1. YEO CJ, CAMERON JL, LILLEMOR KD, et al. – Pancreaticoduodenectomy with or without distal gastrectomy and extended retroperitoneal lymphadenectomy for periampullary adenocarcinoma: part 2: randomized controlled trial evaluating survival, morbidity and mortality. *Ann Surg.* 2002; 236(3): 355-66
2. CARREREN, SAUVANET A, GOERE D, et al. – Pancreaticoduodenectomy with mesentericoportal vein resection for adenocarcinoma of the pancreatic head. *World J Surg.* 2006; 30(8): 1526-35
3. TSENG JF, RAUT CP, LEE JE, et al. – Pancreaticoduodenectomy with vascular resection: margin status and survival duration. *J Gastrointest Surg.* 2004; 8(8): 935-49
4. RODER J, STEIN H, SIEWERT J. – Carcinoma of the periampullary region: who benefits from portal vein resection? *Am J Surg.* 1996; 171(1): 170-4
5. LAUNOIS B, STASIK C, BARDAXOGLU E, et al. – Who benefits from portal vein resection during pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer? *World J Surg.* 1999; 23(9): 926-9
6. HARRISON LE, KLIMSTRA DS, BRENNAN MF. – Isolated portal vein involvement in pancreatic adenocarcinoma. A contraindication for resection? *Ann Surg.* 1996; 224(3): 342-7
7. VAN GEENEN RC, TEN KATE FJ, DE WIT LT, et al. – Segmental resection and wedge excision of the portal or superior mesenteric vein during pancreatoduodenectomy. *Surgery.* 2001; 129(2): 158-63
8. MOORE GE, SAKO Y, THOMAS LB. – Radical pancreaticoduodenectomy with resection and reanastomosis of the superior mesenteric vein. *Surgery.* 1951; 30(3): 550-3
9. CLAVIEN P, RUDIGER H. – A simple technique of portal vein resection and reconstruction during pancreaticoduodenectomy. *J Am Coll Surg.* 1999; 189(6): 629-34
10. MISUTA K, SHIMADA H, MIURA Y, et al. – The role of splenomesenteric vein anastomosis after division of the splenic vein in pancreatoduodenectomy. *J Gastrointest Surg.* 2005; 9(2): 245-53
11. WOLFF RA, ABRUZZESE JL, EVANS DB. – Neoplasms of the exocrine pancreas. In Kufe DW, Pollock RE & Weichselbaum RR et al (eds.) *Holland-Frei Cancer Medicine*, vol. 2. Ontario, Canada: BC Decker, 2003: 1585-614



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАГИНАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ МЕТРОМИКОН-НЕО (FARMAPRIM SRL) И НЕО-ПЕНОТРАН (SCHERING) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАГИНИТОВ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

THE COMPARATIVE ESTIMATION OF EFFICIENCY IN THE TREATMENT OF VAGINITIS OF MIXT AETIOLOGY OF BOTH VAGINAL SUPPOSITORIES : METROMICON-NEO (FARMAPRIM LTD) AND NEO-PENOTRAN (SCHERING)

Резюме

В данном исследовании было проведено сравнительное изучение клинико-лабораторной эффективности лекарственных средств Метромикон-Нео (FARMAPRIM SRL, Республика Молдова) и Нео-Пенотран (SCHERING, Германия) суппозитории вагинальные при лечении вагинитов смешанной этиологии.

Валентин ФРИПТУ, д.м.н., профессор,
зав. Кафедрой Акушерства и Гинекологии
ГУМФ им. „Н.Тестемицану”
Юрий РОЩИН, д.м.н., профессор
МДЦ „Modus Vivendi”
Александр ДИКУСАР, к.м.н.,
директор МДЦ „Modus Vivendi”
Анжела ПАВЛЕНКО, к.м.н., НИИ ОЗМиР

Summary

In this study the data of comparative evaluation of clinical and laboratory efficiency of both researched drugs Metromicon-Neo (FARMAPRIM LTD) and Neo-Penotran (SCHERING) in the treatment of vaginitis of mixt aetiology are given.

Введение

Воспалительные заболевания нижнего отдела гениталий занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости. В настоящее время инфекционные заболевания достаточно редко вызываются одним возбудителем. Наряду с основными патогенными микроорганизмами, значительную роль в развитии заболеваний женских половых органов инфекционной этиологии играет активация условно-патогенной микрофлоры влагалища [1].

К основным формам инфекционных заболеваний вульвы и влагалища относятся бактериальный вагиноз (БВ), кандидозный вульвовагинит (КВ) и трихомонадный вагинит (ТВ), а также смешанные виды инфекции или инфекции, развившиеся на фоне выраженного дисбаланса в составе микроценоза влагалища, которые составляют от 10 до 30% случаев в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела половых путей. Так, например, очень часто встречается сочетание таких инфекций, как бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит [2,7,11].

Бактериальный вагиноз является наиболее распространенным заболеванием у женщин детородного возраста, частота которого варьирует от 30 до 80% в структуре воспалительных заболеваний [1,5,6]. БВ характеризуется как состояние влагалищного дисбиоза, характерным признаком которого является массивная микробная обсемененность влагалищного биотопа (>10⁹ КОЕ/мл) с абсолютным преобладанием строгих анаэробов, *Gardnerella vaginalis* и минимальное количество или полное отсутствие лактобактерий (<10⁴ КОЕ/мл) [1,5].

В 24-50% случаев БВ протекает бессимптомно, без выраженных клинических проявлений и признаков воспаления. Данный факт является причиной поздней диагностики и соответствующей терапии, а нередко – нелеченности, что приводит к хронизации процесса и последующему рецидивирующему течению. БВ способствует развитию заболеваний шейки матки, матки и ее придатков, угрозе прерывания беременности, осложнению течения беременности, развитию хориоамнионита, преждевременным родам, внутриутробному инфицированию плода и постнатальному инфицированию новорожден-

ных [1,5]. Препаратами выбора для лечения БВ являются лекарственные средства, воздействующие на анаэробные микроорганизмы - метронидазол и клиндамицин [1,5,8].

Частота кандидозного вульвовагинита за последние 10 лет удвоилась и варьирует, по данным разных авторов, от 24 до 45% в структуре инфекционных заболеваний вульвы и влагалища. У женщин репродуктивного возраста встречается в 80% случаев, в климактерическом периоде - в 30% случаев, у беременных - в 30-46% случаев, перед родами частота выявления может увеличиться до 45-50% [2,3,4,7]. Наиболее частым возбудителем неосложненного КВ (85-90%) является *Candida albicans*. Выделяют следующие клинические формы КВ: кандиданосительство, острую (не более 2 месяцев) и хроническую (более 2 месяцев). Особый интерес представляет рецидивирующая форма КВ (наличие 4 или более эпизодов заболевания в год, чередующихся с неманифестными периодами), наблюдающаяся у 5% женщин с КВ, которая рассматривается как вариант течения хронической формы заболевания.

Грибковая вагинальная инфекция является частой причиной развития осложнений, как и при БВ, а при несвоевременном выявлении способствует диссеминации кандидозной инфекции из влагалища на другие органы и системы и формированию генерализованных форм кандидоза [2,12,13].

На современном этапе при лечении КВ клиницисты используют следующие группы антимикотических средств: - антибиотики (нистатин, натамицин и др.); - препараты имидазолового ряда (кетконазол, клотримазол и др.); - препараты триазолового ряда (флуконазол, интраконазол); - комбинированные препараты (полижинакс, Клион Д, и др.); - прочие (гризеофульвин, повидон-йод, нитрофунгин и др.) [14].

Трихомонадный вагинит (ТВ) - воспалительное заболевание, передающееся преимущественно половым путем и вызываемое *Trichomonas vaginalis*. В последние годы прослеживается тенденция к уменьшению заболеваемости ТВ. Однако, учитывая склонность к хроническому течению инфекции, возможность рецидивирования и высокий риск развития осложнений со стороны репродуктивной системы (как гинекологической, так и акушерской патологии) проблема диагностики и лечения ТВ остается актуальной. **Частота инфицирования** ТВ женщин в развитых странах составляет 2-10%, в развивающихся — 15-40%. Как моноинфекция диагностируется у 10,5% больных, в качестве различных комбинаций ассоциированных микроорганизмов — у 89,5%. По данным статистики, до 40% женщин, обращающихся в венерологические учреждения, являются носителями *Trichomonas vaginalis* [9, 10]. Для лечения трихомонадной инфекции используют препараты имидазоловой группы (метронидазол, тинидазол, орнидазол, секнидазол, флюнидазол, ниморазол и др.)

Указанные формы вагинитов объединяет схожесть клинических проявлений и симптомов. Учитывая отсутствие специфичности клинических признаков, для уточнения этиологического фактора заболевания обязательно следует использовать лабораторные методы исследования. Правильная идентификация возбудителя и назначение адекватной терапии имеют решающее значение для успешного лечения вагинита, предотвращения персистенции

и рецидивирования инфекции. Однако нередко на практике лечение необходимо начинать до получения лабораторных результатов, так как определение возбудителя требует некоторого времени и не всегда удается получить эти данные (незначительное число микроорганизмов в исследуемом материале, отсутствие лаборатории, недостаточная квалификация врача, сочетание 2-х и более возбудителей и др.). Поэтому, при смешанных инфекциях, с целью повышения эффективности действия противомикробных препаратов (после взятия анализа), клиницисты нередко отдают предпочтение комбинированным лекарственным средствам для местного применения, обладающих широким спектром действия и способных воздействовать на несколько микроорганизмов различных видов.

Целью исследования являлось проведение сравнительного анализа клинико-лабораторной эффективности и переносимости вагинальных суппозиторий Метромикон-Нео (FARMAPRIM, Республика Молдова) и Нео-Пенотран (SCHERING, Германия) при лечении вагинитов смешанной этиологии.

Материал и методы исследования

Сравнительное клиническое исследование лекарственных средств Метромикон-Нео, суппозитории вагинальные (FARMAPRIM SRL, Республика Молдова) и Нео-Пенотран, суппозитории вагинальные (SCHERING, Германия) было проведено на Кафедре Акушерства и Гинекологии ГУМФ им. «Н.Тестемицану» при I-ой Городской клинической больнице, в отделении септической гинекологии в период с 10 сентября по 20 декабря 2006 года.

Каждый вагинальный суппозиторий указанных препаратов содержит 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола нитрат. Метронидазол - антисептик и противомикробный препарат широкого спектра действия с высокой активностью в отношении простейших (*Trichomonas vaginalis*, *Giardia intestinalis*, *Entamoeba histolytica*) и облигатных анаэробных бактерий (*Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp., *Clostridium* spp., *Eubacterium* spp., *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp.). К миконазолу наиболее чувствительными являются дерматомицеты и дрожжи. Препарат активен в отношении возбудителя разноцветного лишая *Malassezia furfur*, возбудителей некоторых дерматомикозов (*Candida albicans*, *Trichophyton*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum*), *Dimerphons fungi*, *Cryptococcus neoformans*, *Aspergillus* spp., *Pityrosporum*, *Torulopsis glabrata*, *Pseudallescheria boydii*; некоторых грамположительных микроорганизмов, включая стафилококки и стрептококки.

В проспективное слепое исследование рандомизированно были включены 76 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих вагинитами смешанной этиологии (БВ+КВ) и которые были разделены на две 2 сравнимые группы (по 38 пациенток).

Критериями для включения в исследование были наличие клинических признаков и лабораторных показателей вагинитов смешанной этиологии.

Критериями исключения из группы исследования были, гиперчувствительность к компонентам препарата, беременность, период менструации, противогрибковая, противопротозойная и антибактериальная терапия

в течение 2-х предшествующих недель, хламидиоз, хронические рецидивирующие инфекции.

Пациенткам первой группы был назначен Метромикон-Нео, суппозитории вагинальные (FARMAPRIM, Республика Молдова) по 1 суппозиторию интравагинально 1 раз в день (на ночь) в течение 14 дней. Пациентки второй группы применяли Нео-Пенотран (SCHERING, Германия) в том же режиме. С целью выявления эффективности лечения (улучшение или отсутствие улучшения) пациентки обеих групп были обследованы (жалобы, гинекологический осмотр) на 7 день и 14 день лечения. Лабораторные исследования проводили до начала и после окончания курса лечения.

Для установления диагноза и определения эффективности терапии применяли: 1. Анамнестические данные, жалобы; 2. Общеклиническое обследование; 3. Гинекологическое обследование; 4. Лабораторные методы диагностики: а) рН-метрия вагинального секрета; б) аминный тест; в) микроскопия мазка.

Критериями оценки эффективности проводимого лечения являлись: общая оценка врача в период лечения и по окончании исследования, динамика результатов вагинальных исследований, субъективная оценка пациенток на протяжении лечения и после окончания курса лечения.

Для оценки полученных результатов применялись методы медицинской статистики с применением специализированных компьютерных программ Microsoft Excel.

Клинические исследования были проведены в соответствии с нормами медицинской этики и Хельсинской Декларации 1975 года, пересмотренной в 1983 году.

Результаты исследования

Средний возраст в первой группе составил 29,9 лет, во второй – 30,2 лет. Значительное число женщин ранее страдало гинекологической патологией: нарушение менструального цикла - у 7 (18,4%) пациенток в первой группе и у 10 (26,3%) пациенток во второй; хронический сальпингоофорит - у 11 (28,9%) пациенток в первой группе и у 10 (26,3%) пациенток во второй группе. Экстрагенитальная патология: сахарный диабет у 4 (10,5%) пациенток в первой группе и у 5 (13,5 %) пациенток во второй группе; дисбактериоз кишечника у 3 (7,9 %) пациенток в первой группе и у 1(2,6 %) пациенток во второй группе; ожирение у 2 (5,2%) пациенток в первой группе и у 1(2,6 %) пациенток во второй группе.

Динамика клинических проявлений и эффективности лечения у пациенток обеих групп представлена в таблице 1.

Все пациентки из обеих групп (100 %) до начала лечения предъявляли жалобы на наличие обильных выделений из половых путей, зуд и жжение в области гениталий (вульва и влагалище). Неприятный запах влагалищного выделяемого отмечали 71,1% женщин в первой группе и 73,7% пациенток во второй группе. Наличие дизурических явлений отмечали 92,1% пациенток в первой и во второй группах.

При гинекологическом осмотре у всех женщин в исследуемых группах выявлены следующие клинические симптомы: отечность и гиперемия слизистых оболочек (100% в каждой группе), белесоватый налет на стенках влагалища у 34,2% пациенток в первой группе и у 20,3%

больных во второй группе, обильные слизисто-гнойные выделения констатировали у 65,7% пациенток в первой группе и у 78,9% больных во второй группе, при обработке слизистой влагалища раствором Люголя мелкая точечность с йоднегативными участками была выявлена у 71,8% пациенток в первой группе и у 64,1% больных во второй группе.

Таблица 1

Мониторинг клинических симптомов в исследуемых группах

Показатель	1 группа			2 группа		
	Период лечения			Период лечения		
	До n/%	7 день n / %	14 день n / %	До n / %	7 день n / %	14 день n / %
Жалобы						
Неприятный запах	27 / 71,1	3 / 11,1	0	28 / 73,7	2 / 7,1	0
Патологические выделения	38 / 100	2 / 5,3	0	38	3 / 7,8	0
Зуд, жжение в области гениталий	38	2 / 5,3	0	38	2 / 5,3	0
Дизурические явления	35 / 92,1	5 / 14,3	3 / 8,6	35 / 92,1	5 / 14,3	2 / 5,7
Гинекологический осмотр						
Характер влагалищных выделений						
Слизисто-гнойные	25 / 65,8	4 / 16	0	30 / 78,9	3 / 10	0
Творожистые	13 / 34,2	1 / 7,7	0	8 / 21,1	1 / 12,5	0
Симптом «манной крупы»	13 / 34,2	0	0	8 / 21,1	0	0
Отечность, гиперемия слизистых оболочек	38	8 / 21,1	2 / 5,3	38	7 / 18,4	1 / 2,6

На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение общего состояния и уменьшение клинических проявлений. На 7 день лечения на основании субъективных критериев и результатов гинекологического осмотра в первой группе констатировали отсутствие патологических влагалищных выделений у 94,7% пациенток в первой группе и у 92,2% пациенток во второй группе, зуда и жжения – в равной степени по 94,7% у пациенток как первой, так и второй групп. На неприятный запах влагалищных выделений продолжали предъявлять жалобы 11,1% пациенток первой группы и 7,1% пациенток второй группы (из числа пациенток предъявляющих данную жалобу). Дизурические явления, в меньшей степени выраженные сохранялись у 14,3% пациенток в первой группе и у 11,1% пациенток второй группы. Уменьшение гиперемии и отечности слизистой влагалища констатировали у 78,9% пациенток в первой группе и у 81,6% пациенток во второй группе. Слизисто-гнойные выделения констатировали у 16% пациенток

в первой группе и у 10% больных во второй группе, белесоватый налет отмечался - у 7,7% пациенток в первой группе и у 12,5% больных во второй группе (из числа больных с установленными симптомами до лечения).

На 14-ой день лечения пациентки обеих групп отмечали значительное улучшение состояния, отсутствие жалоб и исчезновение практически всех клинических симптомов. Так, дизурические явления сохранялись у 3 пациенток первой группы и у 2 больных второй группы; гиперемия и отечность слизистых оболочек сохранялись у 2 пациенток первой группы и у 1 пациентки во второй группе.

Данные лабораторных исследований в динамике (1-й и 14 дни) на фоне проводимого лечения представлены в таблице 2.

Показатель pH-метрии влагалищного отделяемого у всех пациенток (100%) изначально превышал 4,5. Аминный тест был положительным у 27 (71 %) пациенток первой группы и у 28 (73,6%) больных второй группы. Все вышеуказанное свидетельствовало о том, что изначально большинство женщин обеих групп страдало вагинальным дисбиозом.

Как видно из таблицы, при микроскопии мазков окрашенных по Грамму у всех пациенток (100%) в исследуемых группах были определены «ключевые клетки», выраженная общая микробная обсемененность, представленная в основном Грам+кокковой и Грам-палочковой микрофлорой, клетками и мицелием дрожжеподобных грибов, а также выраженным лейкоцитозом. В целом морфологическая картина микроскопических препаратов полученных от женщин обеих групп соответствовала основным морфологическим признакам дисбиоза, и в частности - гарднереллеза.

Таблица 2

Мониторинг лабораторных показателей в исследуемых группах

Показатель	1 группа		2 группа	
	До лечения	после лечения	До лечения	после лечения
pH вагинального отделяемого >4,5	100,0%	0	100%	0
Положительный аминный тест	71%	0	73,6%	0
Микроскопия мазка				
Лейкоциты	Покрывает поле зрения	8,4±3,9	Покрывает поле зрения	9,3±3,1
Эпителий	16,6±4,8	13,5±3,3	14,2±3,5	12,6±3,2
Кандида	100%	2,6%	100%	5,2%
Мицелий	100%	0	100%	0
Грам+ кокки	94,8%	7,8%	92,3%	5,3%
Грам - палочки	92,3%	2,6%	97,4%	2,6%
Ключевые клетки	100%	0	100%	0
Гонококки	0	0	0	0
Трихомонады	0	0	0	0

Данные лабораторных исследований после лечения выявили положительную динамику всех лабораторных показателей в обеих группах. Показатели pH-метрии вагинального содержимого находились в пределах нормы у всех (100%) обследованных женщин обеих групп. Ни у одной женщины не были выявлены положительный аминный тест и «ключевые клетки». Клетки кандиды, а также представители Грам+кокковой и Грам-палочковой микрофлоры были обнаружены в единичных случаях (7,8 и 2,6 и 5,3 и 2,6 %% для 1-ой и 2-й групп соответственно). В динамике наблюдали снижение воспалительного процесса (лейкоциты в мазках после лечения 8,4±3,9 и 9,3±3,1 в обеих группах соответственно). Данные лабораторных исследований, полученные после лечения полностью соответствовали клиническому улучшению в обеих обследованных группах.

В обеих группах на фоне применения исследуемых лекарственных средств были зарегистрированы по 2 случая местного нежелательного действия такого, как усиление жжения в течение 30-40 минут после введения суппозитория в первые два дня лечения, которое прошло самостоятельно и не потребовало отмены лекарственных средств.

На основании полученных нами результатов при лечении женщин, страдающих смешанными инфекциями нижних отделов половых путей, можно констатировать хорошую клиническую эффективность исследуемых лекарственных средств Метромикон-Нео (FARMAPRIM, Республика Молдова) и Нео-Пенотран, суппозитории вагинальные (SCHERING, Германия), без достоверных различий в выраженности терапевтического эффекта. Данные лекарственные средства можно с успехом применять как при наличии сочетанных форм инфекций, так и для лечения инфекций, вызванных одним возбудителем. Таким образом, принимая во внимание результаты сравнительного клинического испытания, препараты следует считать взаимозаменяемыми без каких-либо ограничений.

Выводы

1. Тестируемые лекарственные средства продемонстрировали достоверную эффективность, подтвержденную положительной динамикой клинических проявлений и результатов лабораторных исследований.
2. Существенных различий по выраженности терапевтического эффекта между исследуемыми лекарственными средствами не было выявлено.
3. Оба исследуемых лекарственных средства характеризуются удовлетворительной переносимостью.
4. Принимая во внимание результаты сравнительного клинического испытания, препараты следует считать взаимозаменяемыми без каких-либо ограничений.

Литература

1. БАЙРАМОВА Г.Р. Бактериальный вагиноз. Гинекология., 2001; 3 (2): 52-4.
2. КИСИНА В.И. Первичный и рецидивирующий кандидозный вульвовагинит: патогенез, терапия, профилактика. Гинекология. 2003; 5 (5): 185-7.
3. ПОДЗОЛКОВА Н.М., НИКИТИНА Т.И. Оптимизация лечения кандидозного вульвовагинита с помощью новых лекарственных средств. Фарматека. 2005;15:24-26.

4. СЕРОВ В.Н, ТЮТЮННИК В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: особенности течения и принципы лечения. Фарматека. 2005;15:38 – 43.
5. ПРИЛЕПСКАЯ В.Н., БАЙРАМОВА Г.Р. Этиопатогенез, диагностика и современные направления в лечении бактериального вагиноза. Российский медицинский журнал. 2002;18: 21-24.
6. КИРА Е.Ф. Бактериальный вагиноз. — СПб.: НЕВА-ЛЮКС, 2001. — 364 с.
7. ТИХОМИРОВ А.Л. ОЛЕЙНИК Ч.Г. Кандидозный вагинит от этиологии до современных принципов терапии: Методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов. М., 2004; с. 4-8.
8. КОРШУНОВ В.М., ВОЛОДИН Н.Н., ЕФИМОВ Б.А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах: учебное пособие. М., 1999. 80 с.
9. ЧЕБОТАРЕВ В. В., ЗЕМЦОВ М. А., ГОННОВА Л. Н., НЕЗДОМИНОВА Е. И. Урогенитальный трихомониаз у женщин и бактериальный вагиноз. — М., 2003.
10. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и ассоциированных с ними заболеваний / Под ред. В. Н. Серова, А. А. Кубановой. - М., 2000. - С. 39.
11. ALFONSI G.A., SHLAYJ.C, PARKER S. What is the best approach for managing recurrent bacterial vaginosis. J.Fam.Pract. 2004; 53 (8):650-652.
12. RIVASI F, GASSER B, BAGNI A, et al. Placental candidiasis: report of four cases, one with villitis. APMIS 1998;106(12):1165-69.
13. RODE ME, MORGAN MA, RUCCELLI EA, et al. Candida chorioamnionitis after serial therapeutic amniocenteses: a possible association. J Perinatol 2000;20(5):335-37
14. PAPPAS P, REX J, SOBEL J. et al. Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis 2004; 38: 161–189

CAZURI CLINICE

STENOZA INFUNDIBULARĂ A ARTEREI PULMONARE ȘI TUBERCULOZA INFILTRATIVĂ

INFUNDIBULAR PULMONARY STENOSIS AND PULMONARY TUBERCULOSIS

Rezumat

Este prezentat un caz clinic (femeie, 32 ani) de stenoză infundibulară (subvalvulară) a arterei pulmonare în asocieră cu tuberculoză infiltrativă pulmonară avansată și clasa funcțională 2-3 NYHA. Diagnosticul clinic de stenoză infundibulară a fost susținut ecocardiografic, radiografia toracică și electrocardiografia au fost compatibile cu diagnosticul de bază. S-au depistat insuficiența valvei tricuspide gr.4, valvei mitrale gr.1 - 2; viteză maximală a fluxului sanguin (la artera pulmonară) - 636 cm/s, gradientul maximal a presiunii - 162 mmHg, presiunea în atriu drept - 181 mmHg - toți parametrii aceștia considerabil erau mai severi în comparație cu datele anterior îmbolnăvirii cu tuberculoză. Cazul clinic prezentat demonstrează, că la pacienții cu așa malformații congenitale cardiace rare, cum este stenoză infundibulară a arterei pulmonare, alăturarea procesului specific pulmonar cu multidrorezistență, dramatic agravează tabloul clinic, starea pacientului și parametrii hemodinamicii centrale și celei pulmonare, ce considerabil micșorează perspectivele tratamentului conservativ și longevitatea vieții.

Constantin MARTÎNIUC

Doctor în medicină, conferențiar cercetător
IMSP Institutul Ftiziopneumologie
„Chiril Draganiuc”

Summary

There was presented a clinical case (young woman, 32 years) with infundibular pulmonary stenosis associated with infiltrative pulmonary tuberculosis. Clinical diagnosis was affirmed with ecocardiography, electrocardiogram and thorax radiography were compatible with the main diagnosis. There were revealed tricuspid valve insufficiency - gr.4, mitral valve - gr.1 - 2; maximal velocity of blood flow (in pulmonary artery) - 636 cm/s, maximal pressure gradient (in tricuspid valve) - 162 mmHg, right atrium pressure - 181 mmHg. All these parameters were more severe in comparison with initial data before patient fall ill with tuberculosis. In conclusion, we suggest that adjoining of advanced multidrug-resistant pulmonary tuberculosis in patients with so rare congenital malformations, like is infundibular pulmonary stenosis, leads to dramatical changes in patient's clinical status and hemodynamic parameters, diminished and limited medicine treatment and late prognosis.

Introducere

Stenoza infundibulară (subvalvulară, SI) este una din trei variante ale așa numitei stenoze a arterei pulmonare (AP), la care obstacolul fluxului sanguin în ventriculul drept (VD) este situat sub valvula arterei pulmonare (este îngustată porțiunea de eiecție a VD - infundibulum). Afară de aceasta, se subdivizează stenoză AP propriu zisă și stenoză valvulară (numită și diafragmală). În majoritatea absolută a cazurilor SI este definită ca un viciu cardiac congenital, în favoarea căreia pledează combinarea SI frecventă cu defectul septului intraventricular (inclusiv, și în cadrul tetradiei Fallot), cu atrezia valvei tricuspide, transpoziția vaselor mari și cu alte malformații congenitale^{1,2,3}. Considerabil mai rar SI se dezvoltă ca consecință radioterapiei mediastinului, efectuate în cazul limfoamelor, în cadrul cardiomiopatiei hipertrofice, la glicogenoze și limfoame cu infiltrarea miocardului, pericardită idiopatică nonconstrictivă^{4,5}.

Observație

Bolnavă în vârstă de 32 ani a fost internată pentru dispnee la eforturi minime și în repaus, palpitații, dureri toracice la eforturi minime, tuse (clasa funcțională 2-3 NYHA).

Istoric. Simptoamele au debutat cu aproximativ 12 luni (din martie 2007) înainte de internare: dispnee la eforturi mari, scăderea progresivă a capacității de efort fizic, dureri toracice, slăbiciune generală.

Diagnosticul „viciu cardiac congenital, defectul septului interventricular” a fost stabilit la naștere. Pacienta nu a fost supravegheată de medici, tratament nu a urmat. Primul examen ecocardiografic cu Doppler s-a efectuat în 2006 și a relevat următorii indici: atriu drept (AD) - 5,0 cm, VD - 3,18 cm, peretele anterior a VD (acces epigastral) - 1,5 cm; FE - 59%; Doppler EcoCG: Vmax la AP - 4,1 m/sec, gradientul presiunii - 67 m/sec; V max la valva mitrală (VM), aortală (VAo) și tricuspida (VTr) - N; insuficiența VM gr. I, VTr gr. III-IV. Concluzia a fost: Tetradă Fallot. Până în prezent dispneea fost constatată de pacientă numai la eforturi fizice considerabile și era destul de reversibilă. Creșterea dispneei la eforturi obișnuite pacienta notează după depistarea în 03.2007 a tuberculozei infiltrative în legătură cu care ea a urmat tratamentul chimioterapeutic antituberculos la locul de trai conform categoriei I DOTS (3 luni) - faza intensivă de tratament, continuată cu o lună (din cauză că după 2 luni de tratament pacienta rămânea bacilară). Concomitent, s-a

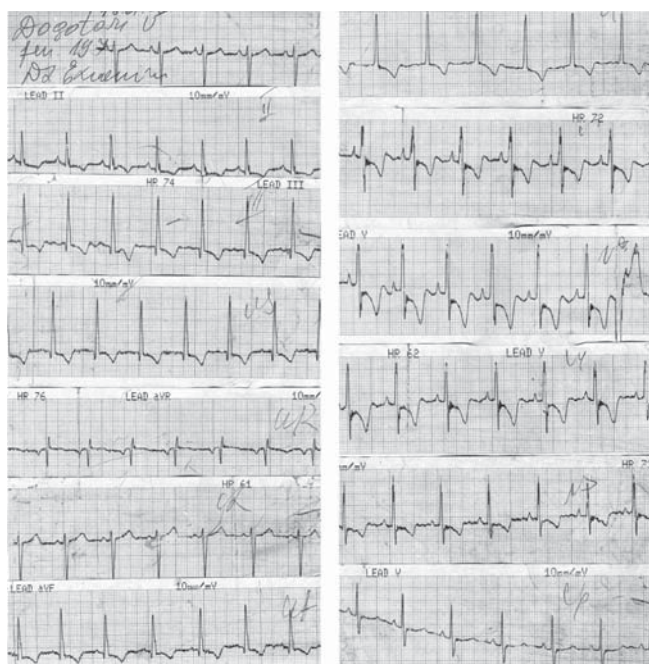


Fig. 1. Electrocardiograma standard

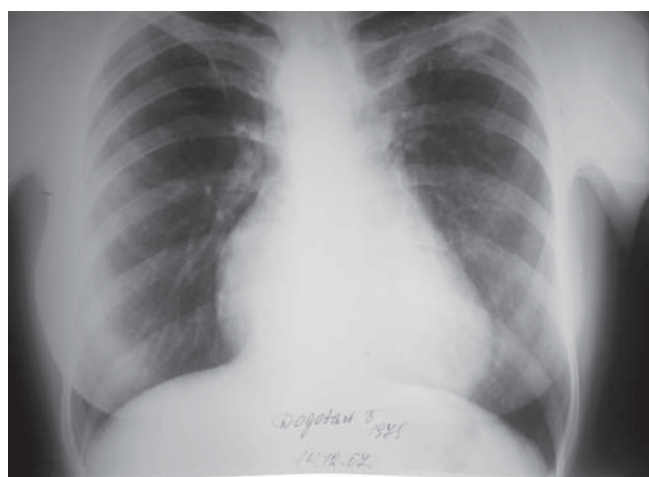


Fig. 2. Radiografia toracică

depistat rezistență la multe medicamente antituberculoase. În anul 2006 a suportat tireoidită autoimună, confirmată prin investigații instrumentale și de laborator.

Antecedente eredocolaterale - fără particularități.

Examul clinic relevă: Starea pacientei de gravitate medie, indicele masei corporale 25 kg/m². Cianoză centrală și periferică moderată (buze, extremități), turgescența venelor jugulare. Asupra plămânilor murmur diminuat, raluri nu sunt, FMR 18-20 /min. Ritm cardiac regulat, zgomotele atenuate, cu FCC 120-130 b/min (tahicardie sinuzală). Zgomotul II accentuat în spațiul II subclavicular stâng. Suflu sistolic pronunțat de regurgitare tricuspida cu maximum în spațiile intercostale III și IV. Hepatomegalie ușoară (margine inferioară la 2 cm sub rebordul costal). Pastozitatea ușoară a membrilor inferioare.

Investigații

Ritm sinuzal cu FCC 75-77 b/min. Axa electrică a cordului deviată brusc în dreapta (+120°). Bloc fascicular postero-inferior. Hipertrofie biatrială și ventriculară de tip sistolic. Dereglări de repolarizare în miocardul ventricular, cauzate de suprasolicitarea sistolică ventriculară dreaptă: unda T inversată în V1 -V5 și derivații periferice I, II, III și AVF.

În SI, SII bilateral, în S4 drept - noduli polimorfi, limfangită regională - modificări patologice, determinate din 06.07.207 cu evoluție torpidă, progresivă cu apariție cavernei în SII stâng, infiltrație pericavitară, diseminație nodulară regională. Integral - modificările tuberculoase au evoluat pe fondal de diminuare a desenului pulmonar vascular arterial. Calibrul ramurilor magistrale a arterei pulmonare este micșorat, structura în hili pulmonari este diminuată. Cordul de configurație tricuspida, proemină esențial arcul atriului drept și ventriculului drept, unghiul atrioavazal deplasat în sus. Ventricul stâng relativ mic. Diafragma și sinusurile - N.

Tabel 1

Spirograma

Indicii	Valoarea actuală	Valoarea cuvenită	% Față de valoarea cuvenită
CVP, l	3,19	3,58	89%
VEF1, l	2,69	3,11	86%
VME 25 / 75, l/s	2,76	3,89	71%

VEF1 / CVP = 84%

Concluzia: Indicii mecanicii respirației în limitele normei.

Tabel 2

Parametrii ecocardiografici

Indicii	Diastola	Sistola
Grosimea peretelui anterior al ventriculului drept, cm	1,69	1,29
Diametrul VD, cm	3,50	2,73
Atriul drept, cm	6,5	-
Grosimea septului interventricular, cm	0,95	1,07
Diametrul ventriculului stâng, cm	3,28	1,66
Grosimea peretelui posterior a VS, cm	0,96	1,33
Aorta (inel), cm	4,05	-
Masa miocardului VS, g	87,8	-
Indicele masei miocardului VS, g/m ²	56,0	-
Volumul de ejeecție, ml /min	35,6	-
Debitul cardiac, l x min	3,13	-
FCC, b/ min	88	-

Rezumat

Aparatul valvular este intact. Camerele atriului și ventriculului stâng nu sunt dilatate. Dilatarea considerabilă a părților drepte ale inimii (VD - 3,5 cm, AD -

6,5 cm din accesul apical). Hipertrofie pronunțată a miocardului ventriculului drept (1,69 cm). Ventriculul stâng are grosimea normală a peretelui posterior și a septului intraventricular. Se vizualizează stenoză infundibulară a arterei pulmonare, presiunea sistolică în artera pulmonară - 181 mm Hg. Mișcarea paradoxală a septului intraventricular este în concordanță cu suprasolicitarea cu volum a ventriculului drept.

Funcția de pompă a miocardului VS este păstrată (FE - 81 %). În pericard - lichid până la 2-3mm. Formațiuni intracavitare lipsesc.

Doppler EcoCG : Insuficiență valvei tricuspide - gr.4, valvei mitrale - gr.1 - 2; viteză maximală a fluxului sangvin (a. pulmonară) - 636 cm /s; gradientul maximal a presiunii - 162 mmHg; presiunea în atriul drept - 181 mmHg.

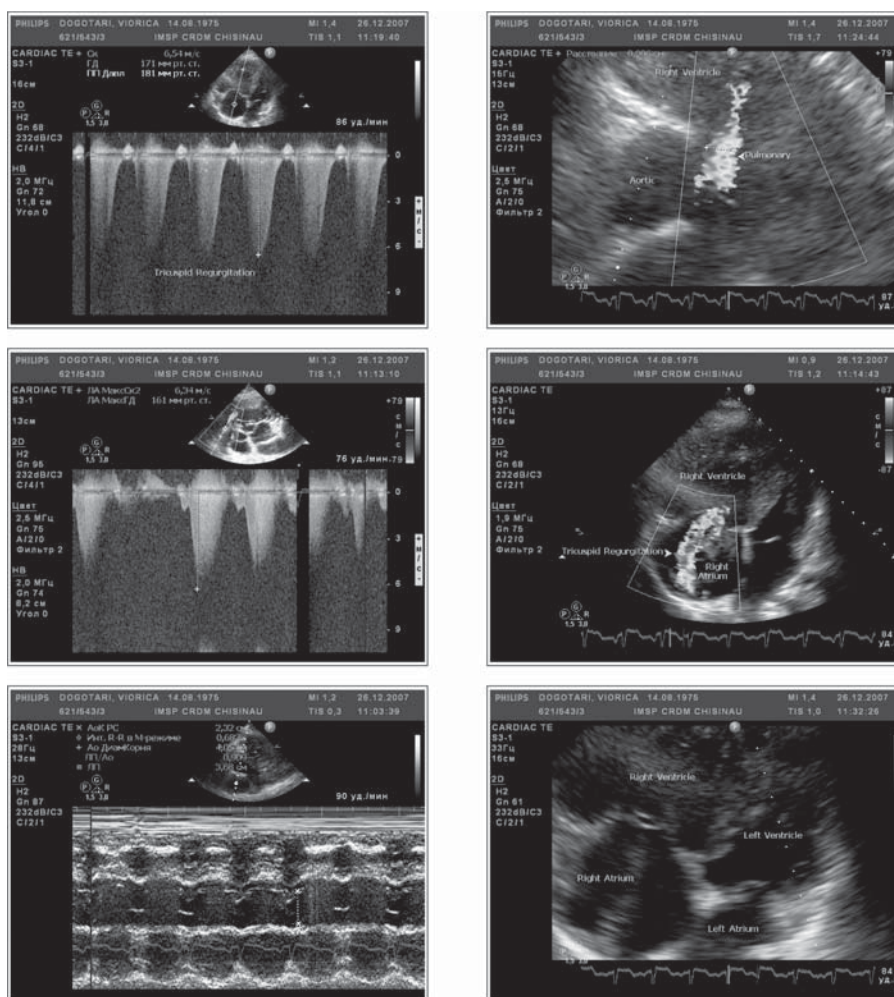


Fig. 4. Dinamica a tabloului electrocardiografic

Discuții

La tuberculoză pulmonară, bineînțeles se afectează de rând cu alte sisteme fiziologice și sistemul cardio-vascular. Aceste schimbări nespecifice se pot manifesta atât prin dereglări funcționale, cât și prin schimbări organice, printre care exista un șir de etape treptate. La momentul prezent este dovedit, că modificările din partea sistemului cardio-vascular pot apărea nu numai la etapele precoce ale tuberculozei, dar și în perioada virajului tuberculei. Modificările funcționale ale sistemului cardio-vascular predomină în tabloul clinic ale procesului de tuberculoză, la dezvoltarea lui ulterioară, iar decesul pacientului cu tuberculoză deseori este cauzat de insuficiența cardiacă congestivă. Atitudinea corectă față de starea funcțională a sistemului cardio-vascular este foarte importantă pentru determinarea indicațiilor și contraindicațiilor pentru intervenții chirurgicale, la utilizarea unor sau altor preparate chimioterapeutice, substanțelor vasodilatatoare (mai ales dihidropiridinelor) și la aprecierea expertizei vitalității și capacității de muncă. Efectul toxic direct asupra sistemului cardio-vascular au: 1) antigeni ai micobacteriilor virulente; 2) produsele toxice ale metabolismului și catabolismului țesuturilor afectate; 3) infecțiile secundare; 4) schimbări calitative și cantitative ale sângelui, care se întâlnesc la tuberculoză; 5) azotemia în faza terminală a maladiei, care se complică cu amiloidoză. În ultimii ani sunt actualizate frecvent întrebările referitoare la schimbările sistemului cardio-vascular, cauzate de intoxicația tuberculoasă. Este demonstrat, că procesul tuberculos îndelungat poate cauza modificări

funcționale, inflamatorii și distrofice ale miocardului. Asistolia cordului și aritmiile fatale la tuberculoză pulmonară apar și în lipsa afectărilor aparatului valvular, dar poate deveni cauza decesului ^{6,7}. Prezintă un interes anumit cercetarea la pacienții, aflați la tratament specific (care include izoniazida) a intervalului Q-T, alungirea căruia este unul dintre cele mai importante criterii de dezvoltare a tahicardiilor ventriculare periculoase și a morții subite. Stopul cardiac la acești pacienți se dezvoltă pe fonul tahicardiei de tip „piruet”, care trece în fibrilație ventriculară. De aceea, este actuală depistarea efectelor noi proaritmogene a preparatelor medicamentoase, ce ne-ar permite de a evita dezvoltarea aritmiilor fatale ventriculare la diferite contigente de bolnavi. În rezultatul tratamentului chimioterapeutic efectuat, starea pacientei s-a ameliorat: s-a micșorat considerabil dispneea, au încetat palpitațiile, tensiunea arterială s-a stabilizat la nivelul 100-120 și 60-80 mmHg. Paralel cu dinamica simptomelor clinice s-a relevat și o dinamică a tabloului electrocardiografic: s-au micșorat semnele de suprasolicitare sistolică a miocardului atriului și a ventriculului drept, s-a redus considerabil FCC (fig.4).

Analiza retrospectivă datelor investigațiilor ecocardiografice, efectuate înainte de spitalizare și în condiții clinice, ne permit să urmărim efectul negativ al asocierii tuberculozei infiltrative cu așa malformație congenitală rară, cum este stenoză infundibulară a arterei pulmonare: s-a constatat creșterea considerabilă a gradientului maximal a presiunii la valva pulmonară - de la 67 până la 162 mm. Hg, vitezei maxime ale fluxului sangvin în a. pulmonară - de la 411 până la 636 cm/s,

presiunii în atriul drept - până la 181 mm. Hg, regurgitării tricuspide de la gr. III până la gr IV.

La momentul actual, starea pacientei este de gravitate medie, tratamentul chimioterapeutic este limitat din cauza apariției multidrogrezistenței, evoluția imediată ar putea fi relativ bună, pronosticul tardiv este nefavorabil.

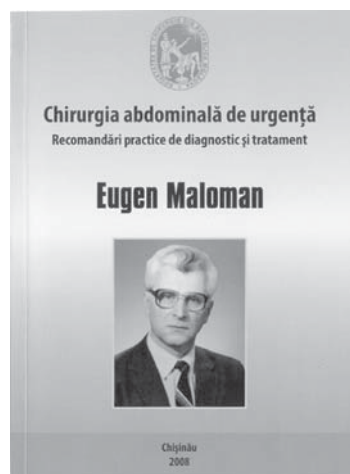
În concluzie cazul clinic prezentat demonstrează, că la pacienții cu așa malformații congenitale cardiace rare, cum este stenoză infundibulară a arterei pulmonare, alăturarea procesului specific pulmonar (a tuberculozei infiltrative avansate cu multidrogrezistență), dramatic agravează tabloul clinic, starea pacientului și parametrii hemodinamicii centrale și celei pulmonare, fapt ce considerabil micșorează perspectivele tratamentului conservativ și longevitatea vieții.

Bibliografie

1. ICHINISE T, NAKAZATO Y, MIVANO H, et al.- Severe infundibular pulmonary stenosis and coronary artery stenosis with ventricular tachicardia 24 year after mediastinal irritation. Intern. Med. 2005; 44(9): 963-966.

2. MILLS P, WOLFE C, REDWOOD D, et al. -. Non-invasive diagnosis of subpulmonary outflow tract obstruction. Br.Heart J. 1980; 43(3): 276-283.
3. KRONIK G, FITSHA P, SLANY J, MOSLACHER H. Ecocardiographic diagnosis of subpulmonic obstruction in hypertrophic cardiomyopathy (a case report). Z. Kardiol. 1979; 68(6): 415-418.
4. MUZAFFARIAN D, CANDWELL JH. Right ventricular involvement in hypertrophic cardiomyopathy: a case report and literature review. Clin. Cardiol. 2004;(1): 2-8.
5. BRIDEN W. - Uncommon myocardial disease. Lancet 1957; 2: 1179-1183.
6. Global Tuberculosis Control - Europa". 1999, Comitetul de lucru ERS WHO Report 2000, Communicable Disease. WHO, Geneva, 2001:15-45.
7. MOGLIORI G, RAVIGLIONI M, SCHABERG T, et al.- „Tratamentul tuberculozei în Europa”:1999, Comitetul de lucru ERS.

RECENZII DE CARTE



Dragi colegi,

Este o deosebită plăcere pentru mine să prezint această modernă lucrare ce tratează dificila patologie chirurgicală de urgență. Progresele rapide ale chirurgiei, noile metode de diagnostic în special imagistic și identificarea mecanismelor moleculare ale etiopatogeniei multor stări patologice au făcut necesară apariția unor noi lucrări de sinteză.

Cartea scrisă de colectivul condus de prof. Maloman care, prin poziția sa profesională, prin vasta sa experiență și informație științifică, și-a câștigat un nume pe deplin meritat, are meritul de a ieși în evidență față de alte lucrări printr-o abordare riguroasă a diferitelor capitole, în care cele mai noi protocoale de diagnostic și terapeutice se împletesc cu detalii moderne de fiziopatologie. Chirurgia de urgență, și în special traumatologică în care sancțiunea terapeutică se impune într-un timp foarte scurt, sunt inseparabile de terapia tulburărilor metabolice și de investigațiile complexe imagistice și biologice,

cărora aceste ghiduri de practică le oferă importanța cuvenită alături de aspectele chirurgicale practice.

Lucrarea este scrisă cu multă personalitate, făcând multiple referiri la experiența proprie sau a altor clinici din Moldova, nici pe departe mai prejos de cea a altora, cu multe procedee chirurgicale inedite ce stârnesc interesul cititorului avizat. Pentru elaborare autorii au prospectat o literatură națională și internațională vastă și au pus la dispoziția cititorilor cele mai recente achiziții din informația medicală existentă, muncă dificilă dar îndeplinită cu succes. Autorii au dovedit o competență deosebită în tratarea diferitelor capitole și o bogată cultură generală ce cinstește întregul colectiv al prof. Eugen Maloman. Sunt astfel toate ingredientele necesare ca lucrarea să fie multă vreme printre referințele medicale ale acestei specialități.

Însă mai presus de toate această lucrare îmi oferă o altă satisfacție deosebită. Cunoșcând prin prisma propriei experiențe calitățile necesare acestei specialități: seriozitate, gândire, dragoste și muncă fără limite – știu că autorul ei se ridică mult deasupra acestora și a întregii măiestrie tehnice cu cea a omului de știință atrăgând și înconjurându-se astfel de colaboratori ce vor continua această importantă realizare.

Cu deosebită considerație și stimă,

Prof. Dr. Mircea BEURAN
București, 27 martie 2008