

I, comparativ cu lotul II de studiu, unde însă are loc apariția recidivei maladei hemoroidale, care se manifestă la nivelul nodulului hemoroidal de la ora 11.

Rezultatele finale ale studiului sunt ilustrate în tabelul 4.

Tabelul 4

Rezultate finale

Indici	Lotul I	Lotul II
Durata manifestării sindromului dolo	8 zile	6 zile
Durata de spitalizare	7 zile	5 zile
Durata de cicatrizare a plăgii	21 zile	16 zile
Prezența complicațiilor timpurii	15,1%	2%
Prezența complicațiilor tardive	8,7%	4%

Concluzii

1. La pacienții tratați prin metoda selectivă de tratament chirurgical s-a depistat o rată mai mică de apariție a complicațiilor timpurii, comparativ cu pacienții tratați prin metoda clasică.

2. Frecvența dezvoltării complicațiilor postoperatorii tardive în lotul de bolnavi care a beneficiat de intervenția selectivă de tratament al hemoroizilor a constituit 4%, comparativ cu 8,7% în lotul celor care au suportat intervenție chirurgicală clasică.

3. Utilizarea metodei selective de tratament chirurgical a permis reducerea duratei de spitalizare la 5 zile, comparativ cu 7 zile care au fost necesare în cazul intervenției clasice.

4. Sindromul dolo marcat postoperatoriu a fost depistat mai frecvent în lotul de studiu tratat prin metoda clasică, comparativ cu lotul de pacienți tratați prin metoda selectivă.

5. Așadar, putem concluziona că metoda selectivă de tratament chirurgical al patologiei hemoroidale asociate cu fisură anală cronică este una mai eficientă și inofensivă pentru pacient.

Bibliografie

- Bleday R., Pena J.P., Rothenberger D.A., Goldberg S.M., Buls J.G. *Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy*. In: Dis. Colon Rectum, 1992; nr. 35(5), p. 477-481. PubMed PMID: 1568400.
- Scott R. Steele. *Complexities in colorectal surgery*. 2014, p. 313-333.
- Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Геморрой*. М.: Митра-пресс, 2002, 192 с.
- Федорова В.Д., Дульцев Ю.В. *Проктология*. М.: Медицина, 1984, с. 98-132.
- Федорова В.Д., Емельянова Е.И. *Хирургические болезни*. Москва, 2005, с. 141-145.
- Филлипс Р.К.С. *Колоректальная хирургия*. 2009, с. 263-280.

Gheorghe Anghelici, dr. hab. șt. med.,
șef Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă,
Catedra Chirurgie nr. 2, USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 495559; mob. 069139088
E-mail: gh_angelici@yahoo.com

CORECȚIA CHIRURGICALĂ A ASCITEI CIROTICE AVANSATE PRIN DECOMPRESIA DUCTULUI LIMFATIC TORACIC

**Gheorghe ANGHELICI¹, Serghei PISARENCO¹,
Maria DANU¹, Gheorghe LUPU², Tatiana ZUGRAVU²,**
¹Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă,
²SCM Sfânta Treime; USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Surgical correction of advanced cirrhotic ascites by decompression of thoracic lymphatic duct

This study presents the results of the surgical correction of the advanced ascitic syndrome with decompression of the thoracic lymphatic duct by the original method in 236 patients with decompensated liver cirrhosis. It was established that the cervical decompression of the thoracic lymphatic duct is pathogenetically argumentated, proving high efficiency and improving postoperative quality of life in patients with liver cirrhosis and advanced ascitic syndrome.

Keywords: liver cirrhosis, ascites, thoracic lymphatic duct

Резюме

Хирургическая коррекция авансированного цирротического асцита через декомпрессию грудного лимфатического протока

Данное исследование представляет результаты хирургической коррекции авансированного асцитического синдрома через декомпрессию грудного лимфатического протока с применением оригинального метода у 236 больных с декомпенсированным циррозом печени. Было установлено, что декомпрессия грудного лимфатического протока является патогенетически обоснованным, показало высокую эффективность и может способствовать улучшению качества жизни больных циррозом печени с асцитом.

Ключевые слова: цирроз печени, асцит, грудной лимфатический проток

Introducere

Evoluția sindromului ascitic avansat la bolnavul cirotic reprezintă o manifestare clinică a perturbărilor grave hemo- și limfocirculatorii din bazinul portal, corelate cu reducerea esențială a rezervelor hepatice funcționale, și înrăutățește esențial prognoza, supraviețuirea pacienților pe parcursul următorilor 2 ani constituind mai puțin de 50% [2, 6]. Un rol important în mecanismele ascit-productive îl joacă suprasolicitarea ductului toracic în rezultatul excesului de limfă hepatică produsă în condițiile hipertensiunii portale ci-

rogene și, ca urmare – reducerea capacității de absorbție peritoneală, fapt ce contribuie la progresarea ascitei [3, 4, 9].

Având în vedere concepția conexiunii patogenetice a modificărilor consecutive ale fluxului limfatic pe ductul toracic și stadiile clinico-evolutive ale ascitei cirogene, a fost propusă o metodă nouă de corecție chirurgicală a sindromului ascitic. Esența operației constă în efectuarea decompresiei ductului limfatic toracic (DLT) prin debridarea segmentului cervical și reactivarea limfocirculației centrale. Deblocarea porțiunii terminale a DLT și restabilirea funcției de drenare limfatică contribuie la diminuarea limfostazei regionale, la ameliorarea proceselor de absorbție transperitoneale, cu stabilizarea și regresia treptată a sindromului ascitic cirogen [8, 10].

Scopul studiului a fost de a evalua eficiența intervențiilor chirurgicale de decompresie a ductului limfatic toracic ca etapă de reactivare a limfocirculației centrale la bolnavii cu ciroză hepatică decompensată și ascită avansată.

Material și metode

Protocolul intervenției chirurgicale elaborate include incizia supraclaviculară transversală sub anestezie locală, cu desfacerea pedunculilor m. sternocleidomastoideus și secționarea consecutivă a fasciilor cervicale. În continuare se mobilizează vena jugulară internă cu unghiul venos stâng, apoi se identifică porțiunea terminală a ductului limfatic toracic, cu aprecierea stării lui anatomo-funcționale. Urmează debridarea extinsă cu desimpatizarea segmentului cervical și a joncțiunii limfo-venoase cu ligaturarea tuturor ramurilor limfatice adiacente.

În consecință, sub acțiunea forțelor hidrodinamice intraductale și a mișcărilor respiratorii forțate, are loc dilatarea intraoperatorie spontană a segmentului cervical și a porțiunii terminale, cu reactivarea limfocirculației și restabilirea funcției de drenare a DLT. Metoda dată de corecție chirurgicală a sindromului ascitic rezistent la pacienții cu ciroză hepatică decompensată prin decompresia cervicală a ductului limfatic toracic a fost autorizată cu Brevetul de invenție AGEPI nr. MD 1093.

În studiul dat au fost analizate rezultatele intervențiilor de decompresie cervicală a ductului limfatic toracic, efectuate în clinică pe parcursul a 20 de ani la 236 de pacienți cirofici cu sindrom ascitic avansat (bărbați – 124, femei – 112; vârsta medie – $44 \pm 3,2$ ani). În funcție de rezervele funcționale hepatice, bolnavii s-au repartizat în clasele Child B/C – 97/139. În funcție de stadiul evolutiv al sindromului ascitic cirogen au fost operați 105 pacienți cu ascită rezistentă, iar cu ascită refractară – 131.

În absoluta majoritate a cazurilor, intraoperatoriu am stabilit un blocaj limfocirculator central evident, cu pustiirea atonică sau chiar îngustarea și colabarea completă a porțiunii cervicale a ductului limfatic toracic, fapt ce a determinat folosirea metodei elaborate de decompresie a DLT în situațiile date. Deoarece decompresia limfatică și reactivarea limfocirculației centrale poate conduce la evacuarea masivă în circuitul sistemic a toxinelor din ficatul cirotic aflat în limfostază cronică, această intervenție a fost aplicată pacienților cu funcții hepatice relativ stabile (scorul Child mediu – $9,5 \pm 1,5$), fără semne clinice evidente de encefalopatie portosistemică.

Rezultate obținute

Dintre accidentele intraoperatorii am remarcat leziuni tangențiale ale venei jugulare interne (7 cazuri) și ale venei subclavia sinistra (2 cazuri), rezolvate prin suturarea atraumatică a defectului vascular parietal. Pe parcursul mobilizării extinse a arcului limfatic cervical, la 2 pacienți a fost lezată cupola pleurei parietale cu pneumotorace limitat, suturate în ambele cazuri, fără careva complicații majore.

S-a constatat o incidență mică a complicațiilor postoperatorii timpurii locale, care a inclus: limforeea temporară la 11 (4,6%) pacienți și supurarea plăgii doar în 6 (2,5%) cazuri. Disfonia tranzitorie postoperatorie, ca o complicație specifică operațiilor efectuate în regiunea cervicală, a evoluat la 43 (18,2%) pacienți și s-a rezolvat spontan pe parcursul a 2–3 zile, odată cu rezolvarea edemului din zona operației.

Letalitate postoperatorie intraspitalicească nu am înregistrat. Pe parcursul primului an după decompresia cervicală a DLT au decedat 21 din 236 (8,9%) pacienți cu rezerve hepatice funcționale reduse cu ascită refractară, dintre care în 15 (6,4%) cazuri cauza nemijlocită a decesului a fost progresarea insuficienței hepatorenale, iar la 6 (2,5%) pacienți – hemoragiile digestive superioare variceale și nevariceale incontrolabile.

Evaluarea eficacității procedurii de decompresie cervicală a ductului limfatic toracic în corecția chirurgicală a sindromului ascitic avansat a fost efectuată în termen de 12 luni succesive intervenției chirurgicale la 215 pacienți supraviețuitori. Drept criterii de apreciere a eficacității intervenției au servit:

- 1) involuția completă a ascitei fără necesitatea administrării diureticelor;
- 2) regresia ascitei la nivel moderat și stabilizare prin diureticoterapie minimală;
- 3) regresie la un nivel acceptabil și stabilizare prin diureticoterapie de susținere;

4) regresie neînsemnată, cu necesitatea laparocentezelor decompressive periodice.

Rezultatele obținute sunt prezentate în tabelul ce urmează.

*Rezultatele decompresiei cervicale a DLT în corecția ascitei cirotice**

Rezultatul clinic al intervenției	Ascita rezistentă	Ascita refractară	Total
Involuție completă	22 (21,4%)	21 (18,8%)	43 (20,1%)
Regresie evidentă cu stabilizare + diureticoterapie minimală	31 (30,1%)	34 (30,3%)	65 (30,2%)
Regresie moderată cu stabilizare + diureticoterapie de susținere	39 (39,9%)	43 (38,4%)	82 (38,1%)
Regresie neînsemnată temporară + necesitate de laparocenteze	11 (10,7%)	14 (12,5%)	25 (11,6%)
Total	103 (100%)	112 (100%)	215 (100%)

Notă: * – $p < 0,05$.

Involuția completă a ascitei la supraviețuirii primului an postoperatoriu a fost remarcată sumar în 43 (20,1%) de cazuri. În funcție de stadiul clinic al ascitei, acest rezultat a fost obținut la 21,4% bolnavi cirolici cu ascită rezistentă și în 18,8% cazuri de ascită refractară.

Regresia evidentă a ascitei cu stabilizare la un nivel moderat prin administrarea terapiei diuretice în dozaj minimal a fost obținută la 65 (30,2%) bolnavi. Decompresia cervicală a DLT s-a dovedit a fi eficientă la 31 (30,1%) pacienți cu ascită rezistentă și, paradoxal, la 34 (30,3%) din bolnavii cirolici cu ascită refractară, care pe parcursul anului au echilibrat funcțiile hepatice.

Regresia moderată a ascitei cu stabilizare la nivel acceptabil prin diureticoterapie de susținere în doze terapeutice a fost remarcată la 82 (38,1%) pacienți operați. În corespundere cu stadializarea sindromului ascitic, acest rezultat s-a consemnat la 39 (39,9%) bolnavi cu ascită rezistentă și, din nou paradoxal, în 38,4% (43 cazuri) cazuri de ascită refractară.

Regresia neînsemnată temporară, cu necesitatea laparocentezelor decompressive periodice ca rezultat considerat nesatisfăcător a fost stabilită la 25 (11,6%) pacienți cu ascită avansată și rezerve hepatice compromise. Deși acest indice a fost practic același în ambele loturi, bolnavii incluși inițial în studiu în grupul cu ascită rezistentă pe parcursul anului s-au decompensat din cauza progresării procesului cirotic.

Discuții

Deoarece patogeneză sindromului ascitic cirogen este extrem de complicată și încadrează în sine

hipertenzia portală cu denaturarea hemocirculației portohepatice, hiperlimfoproducția hepatică cu blocajul limfocirculator al ductului toracic, presiunea intraabdominală înaltă cu scăderea reabsorbției peritoneale și a filtrației renale etc., este foarte dificil de a selecta metoda de tratament potrivită. Confirmarea clinico-experimentală a rolului dereglărilor limfocirculației în patogeniza ascitei la bolnavii cu ciroză hepatică a sugerat ideea corecției sindromului ascitic prin intervențiile de decompresie a ductului limfatic toracic. Acest tip de operații includ drenarea externă a DLT sau aplicarea anastomozei limfovenoase [1, 9].

Datele literaturii privind eficiența intervențiilor date sunt destul de controversate, iar indicațiile pentru efectuarea lor nu sunt bine definite. Se consideră că intervențiile decompressive pot fi eficiente doar în cazul constatării intraoperatorii a dilatării segmentului cervical al DLT și prezenței gradientului pozitiv de presiune limfovenoasă. În cazul depistării intraoperatorii a unei stări atonice a DLT, uneori chiar cu colabarea porțiunii cervicale, intervențiile date nu sunt eficiente [8].

Investigațiile limfoscintigrafice cu radionucler efectuate în studiile noastre anterioare asupra particularităților limfodinamicii în ascita rezistentă cirogenă au demonstrat prevalarea tipului hipocinetic de limfocirculație pe ductul limfatic toracic la acești pacienți. În aceste cazuri, efectuarea drenării externe a DLT sau aplicarea anastomozei limfovenoase sunt neargumentate din punct de vedere patogenetic.

Analiza rezultatelor studiului dat, care a vizat corecția chirurgicală a sindromului ascitic avansat la pacienții cu ciroză hepatică decompensată, a demonstrat eficiența decompresiei ductului limfatic toracic. Fiind patogenetic argumentată, această intervenție minim invazivă poate fi efectuată pacienților cirolici decompensați fără careva complicații grave și are un potențial terapeutic major, contribuind la mobilizarea rezervelor hepatice prin deblocarea edemului limfatic hepatic.

Experiența acumulată pe parcursul efectuării acestor intervenții a demonstrat corelația dintre stadiul clinic și durata evoluției sindromului ascitic cu timpul, până la obținerea efectului terapeutic scontat.

Concluzii

Decompresia cervicală a ductului limfatic toracic contribuie la reactivarea limfocirculației, micșorează limfostaza intrahepatică și deblochează procesele de reabsorbție transperitoneale. Astfel, se ameliorează funcțiile hepatice și se începe rezolvarea treptată a sindromului ascitic prin micșorarea transudației și creșterea resorbției peritoneale.

Corecția chirurgicală a sindromului ascitic avansat prin decompresia limfatică este o intervenție minim invazivă, care practic nu are contraindicații și poate fi aplicată chiar și celor mai gravi pacienți cu ciroză decompensată, eliberând de fapt ultimele rezerve hepatice.

În pofida caracterului său paliativ, decompresia cervicală a ductului toracic contribuie la regresia ascitei chiar și în cazurile ascitei refractare, fiind evident eficientă la pacienții cirofici cu sindrom ascitic rezistent, și permite ameliorarea stării clinice și a calității vieții pacientului cirofic decompensat din lista de așteptare, în speranța la transplantul hepatic.

Bibliografie

1. Bracci F., Farina F., Zampino M.A. et al. *Lymphovenous anastomosis in severe ascites*. In: *Minerva Chir.*, 1989, vol. 44, no. 10, p. 2143-2148.
2. Biggins S., Rodriguez H. J., Bass N. M., Robert J. P., Terrault N. A. *Serum sodium predicts mortality in patients listed for liver transplantation*. In: *Hepatology*, 2005, vol. 41, p. 32-39.
3. Bosch J., Berzigotti A., Garcia-Pagan J. C., Abraldes J. G. *The management of portal hypertension: Rational basis, available treatment and future options*. In: *J. Hepatol.*, 2008, vol. 48, p. S68-S93.
4. *EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis*. In: *J. Hepatol.*, 2010, vol. 53, no. 3, p. 397-417.
5. Parasher V.K., Meroni E., Malesci A. et al. *Observation of Thoracic Duct morphology in portal hypertension by endoscopic ultrasound*. In: *Gastrointestinal Endoscopy*, 1998, vol. 48, no. 6, p. 588-592.
6. Runyon B. *Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: An update*. In: *Hepatology*, 2009, vol. 49, no. 6, p. 2087-2107.
7. Witthe C. L., Witthe C. W., Unger E. C. et al. *Advances in imaging of lymph flow disorders*. In: *Radiographics*, 2000, vol. 20, p. 1697-1719.
8. Алиев Халид Сахиб оглы. *Комплексное лечение асцитического синдрома в хирургии портальной гипертензии у больных циррозом печени*. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 2013, 93 с.
9. Борисов А.Е., Андреев Г.Н., Земляной В.П. и др. *Современные методы хирургической коррекции асцитического синдрома при циррозе печени*. Спб.: Политехника, 2000, 222 с.
10. Лугуев З.Г. *Декомпрессия грудного лимфатического протока у больных циррозом печени с асцитом*. В: *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*, 2009, № 2, с. 74-79.

Gheorghe Anghelici, dr. hab. șt. med.,
șef Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă
Catedra Chirurgie nr. 2,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 495559; mob. 069139088
E-mail: gh_anghelici@yahoo.com

ERORI ȘI DIFICULTĂȚI ÎN TRATAMENTUL HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ

Gheorghe ANGHELICI¹, Ion PANICĂ,
Sergiu PISARENCO¹, Maria DANU¹,

¹Clinica Chirurgie 2 Constantin Țibîrnă,
USMF Nicolae Testemițanu,
²SCM Sfânta Treime

Summary

Errors and difficulties in treatment of superior digestive tract in patients with liver cirrhosis

Bleeding from esophageal varices are frequent causes of bleeding from the upper parts of the gastrointestinal tract. The frequency of esophageal varices in patients with cirrhosis ranges from 25 to 80%. A warning or stop bleeding from varicose veins of the esophagus and the stomach is one of the main objectives of surgical treatment of patients with portal hypertension.

Keywords: liver cirrhosis, esophageal varices, bleeding, portal hypertension

Резюме

Ошибки и трудности лечения кровотечений верхнего пищеварительного тракта у больных циррозом печени

Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода относятся к частым причинам кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Частота обнаружения варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени колеблется от 25 до 80%. Предупреждение или остановка кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка является одной из основных задач хирургического лечения больных портальной гипертензией.

Ключевые слова: цирроз печени, варикозно-расширенные вены пищевода, кровотечение

Problema-cheie în managementul pacienților cu ciroză hepatică și hipertensiune portală o constituie hemoragia digestivă superioară prin erupție variceală. Survenirea acestei complicații grave a hipertensiunii portale cirogene necesită acțiuni energice, cu scopul obținerii controlului eficient asupra sursei hemoragice și evitării complicațiilor grave secundare [1, 2].

În pofida implementării tot mai largi în practica clinică a metodelor de hemostază endoscopică eficientă (sclerozare, ligaturare în bandă, ocluzionare adeziv-fibrinică etc.), hemoragiile din varicele