

47. Park, N., Park, S. An anomalous left anterior descending artery with myocardial bridging in a patient with a true left anterior descending artery. Br. J. Radiol., 2008, vol. 81, no. 972, p.287-289.
48. Penther, P., Blanc, J., Boschat, J. et al. Intramural anterior interventricular artery. Anatomical study. Arch. Mal. Coeur. Vaiss., 1977, vol. 70, no. 10, p. 1075-1079.
49. Priori, S., Aliot, E., Blomstrom-Lundqvist, C. et al. Ghid al comitetului pentru studiul mortii subite cardiace al societatii europene de cardiologie. European Heart Journal, 2001, vol. 22, p. 41.
50. Qian, J., Zhang, F., Dong, M. et al. Prevalence and characteristics of myocardial bridging in coronary angiogram-data from consecutive 5525 patients. Chin. Med. J., 2009, vol. 122, no. 6, p. 632-635.
51. Ramazan, A., Huseyin, G., Yunus, E. et al. Myocardial bridging as a cause of acute myocardial infarction: a case report. BMC Cardiovascular Disorders, 2002, vol. 2, p. 15-18.
52. Răileanu, C., Briotă, L., Nedelciuc, I. et al. Punțile miocardice-cauză de angină pectorală cu artere coronariene normale. Revista română de anatomie funcțională și clinică, macro- și microscopică și de antropologie, 2008, vol. VII, no. 3, p.477-480.
53. Robbert, J., Wouter, E., Jan, J. Coronary atherosclerosis within a myocardial bridge, not a benign condition. Heart, 1998, vol. 20, p. 91-93.
54. Sanchez, V., Zamorano, J. New approach to the diagnosis of myocardial bridging by intracoronary ultrasound and Doppler. European Heart Journal., 1999, vol. 20, p. 1687-1688.
55. Schwarz, E., Gupta, R., Haager, P. et al. Myocardial bridging in absence of coronary artery disease: proposal of a new classification based on clinical-angiographic data and long-term follow-up. Cardiology, 2009, vol. 112, no. 1, p. 13-21.
56. Vazquez, R., Muratore, I., Abdala, G. et al. Coronary muscular bridges: incidence and clinic association. Heart, 1998, vol. 19, p. 58-65.
57. William Benitez, P. Puentes musculares coronaries. Revista Colombiano de Cardiologia, 2003, vol. 10, no. 1, p. 309.
58. Белов, Ю., Богопольская, О., Миокардиальный мостик-врожденная аномалия коронарного русла. Кардиология, 2004. no. 12. с.89-94.
59. Карташева, А. Мышечные <<мостики>> миокарда. Medicine Review, 2010, vol. 1, no. 1, p.60-61.

PARTICULARITĂȚILE ANATOMO-CHIRURGICALE ALE VENELOR HEPATICE

Ivan Jalbă

(Cond. științific asistent universitar, dr. Gheorghe Guzun)

Catedra Anatomie topografică și Chirurgie operatorie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Anatomical and surgical features of hepatic veins

The number of hepatic veins which enter Inferior Vena Cava (IVC) is extensively variable, sometimes up to 25. Although, in most cases we have encountered 3 constant patterns of veins: right, left and middle. In the following research, we study anatomical and surgical features of hepatic veins, specifically their anatomy, anatomical variations and anastomoses with portal veins system.

Rezumat

Numărul de vene hepatice ce se revarsă în vena cava inferioară este destul de variabil, ajungând uneori la 25. Dar totuși, în majoritatea cazurilor se întâlnesc trei vene hepatice principale: dreaptă, stângă și medie. În lucrarea dată noi vom studia caracteristicile anatomice și

chirurgicale ale venelor hepatice, în special anatomia, variațiile anatomice și anastomozele cu sistemul portal al ficatului.

În chirurgia hepatică tradițională sau netradițională, efectuată în condiții de extremă urgență, o atenție cu totul deosebită trebuie acordată venelor hepatice, care se pot smulge cu ușurință, situații în care hemostaza se poate realiza doar prin clamparea venei cave inferioare [10]. Intervențiile chirurgicale efectuate în sindromul hipertensiunii portale, hepatectomiile, grefele de ficat, nu sunt decât unele dintre cele mai importante probleme ale chirurgiei moderne [11].

Căutarea în permanență a noilor tehnici operatorii din domeniul chirurgiei hepatice, a impus efectuarea studiilor anatomo-chirurgicale noi, argumentarea unor tehnici de rezecție utilizând substratul anatomic, a determinat reluarea studiului distribuției și topografiei elementelor vasculare intrahepatice [11].

Venele hepatice (vv. hepaticae) reprezintă un sistem eferent al sistemului sangvin al ficatului. Cronologic pentru prima dată venele hepatice sunt descrise în lucrările anatomului cu renume mondial Francis Glisson (1954), care a depistat trei vene mari și un număr mare de vene mici, ce se revărsau direct din parenchimul ficatului în vena cava inferioară [4].

Numărul venelor hepatice, ce se revărsă în vena cava inferioară, este foarte variabil, ajungând la 25. Însă, în cele mai multe cazuri, sunt trei vene: dreaptă, stângă și medie [2,6].

Se consideră ca vena hepatică dreaptă colectează sângele din lobul drept al ficatului, medie - din lobii caudat și patrat, iar cea stângă - drenează lobul stâng al ficatului. Un studiu profund al topografiei venelor hepatice, a arătat individualitatea distribuției venelor hepatice. S-a constatat că vena hepatică dreaptă drenează cea mai mare parte a lobului drept al ficatului, iar vena medie - partea restantă a lobului drept și lobul patrat, pe când vena hepatică stângă colectează sângele din lobul stâng [2]. Sângele lobului caudat mai des se revărsă printr-o venă izolată în vena cava inferioară [1].

Trunchiurile venelor hepatice sunt situate intraorganic. Cel mai frecvent venele hepatice, în număr de trei, se revărsă într-un mod separat direct în vena cava inferioară [2]. Viteza refluxului sangvin prin venele hepatice, depinde într-o anumită măsură de mărimile unghiului format la nivelul confluenței venei hepatice cu vena cavă inferioară. Din aceste considerente, unghiul de confluență al venei hepatice drepte cu vena cava inferioară (35-40°) creează condiții mai favorabile pentru circulația sângelui comparativ cu unghiul de confluență (60-90°) ce se formează în rezultatul unirii venei hepatice stângi cu vena cava inferioară [5].

Drept motiv al variației valorilor unghiurilor de revărsare a venelor hepatice în vena cava inferioară, poate servi poziția ficatului sau a porțiunii hepatice a venei cave inferioare. Astfel, în poziția ventropetală a ficatului unghiurile sunt ascuțite, pe când în cea dorsopetală - se apropie de valorile mai mari de 90° (К. Н. Делицева, 1948; В. Б. Свердлов, 1966).

Venele hepatice se revărsă în vena cava inferioară, înainte ca ultima să pătrundă în cavitatea toracică prin orificiul diafragmal respectiv. Distanța de la vena hepatică dreapta pînă la locul trecerii venei cave inferioare prin orificiul diafragmal variază între 5 - 10 mm. [3].

Relația dintre vena cavă inferioară și ficat are mai multe opțiuni. În cele mai multe cazuri, vena cava inferioară crează senzația că străpunge porțiunea posterioară a ficatului și este înconjurată de parenchim din toate părțile. Cu toate acestea, uneori parenchimul adiacent este absent parțial sau total. În schimb, în astfel de cazuri, peretele posterior al venei cave inferioare este acoperit de așa-numitul ligament fals, format din capsula de țesut conjunctiv ce acoperă ficatul [9].

Vena cava inferioară în rezultatul confluierii cu cele trei vene hepatice principale, formează o expansiune în formă de ampulă, care în timpul intervențiilor chirurgicale poate fi ușor lezată, cauzând hemoragii periculoase [11].

Între peretele venei cave inferioare și parenchimul ficatului se găsește un strat subțire de țesut conjunctiv lax, prin care trec porțiunile terminale ale venelor mici ale ficatului.

Segmentul venei cave inferioare în care confluează venele hepatice, este denumit - hilul hepatic secundar.

Foițele ligamentului falciform din regiunea porților cavale se distanțează delimitând pe suprafața supero-posterioară a ficatului o porțiune de formă triunghiulară - area retroperitoneală. În momentul trecerii foiței anterioare a ligamentului de pe această suprafață pe diafragm se formează așa numitul reces hepato-diafragmal anterior. În timpul accesului anterior spre venele hepatice, în timpul rezecției hepatice, se traversează recesul respectiv, în straturile țesutului conjunctiv lax al căruia se localizează porțiunile terminale ale venelor hepatice. Mai anterior se localizează venele hepatice dreaptă superioară și stângă principală, iar puțin mai adânc - vena hepatică medie [5,11].

În cazul rezecției extinse a ficatului, după secționarea ligamentului falciform și coronarian, în spațiul dat pot fi depistate porțiunile terminale ale tuturor venelor hepatice. Segmentul extraorganic al acestor vene constituie 0,5-2,0 cm, ceea ce crează dificultăți tehnice în mobilizarea lor în timpul rezecției hepatice. De existența diferitor moduri de revărsare a venelor hepatice principale în vena cavă inferioară, trebuie să se țină cont, la efectuarea rezecțiilor hepatice, pentru a preveni lezarea accidentală sau ligaturarea eronată a altei vene [1].

În identificarea venelor hepatice, trebuie de ținut cont de localizarea apropiată a venelor diafragmale inferioare (dreapta și stângă), care se varsă uneori în vena hepatică dreaptă sau stângă în apropierea locului de confluență cu vena cava inferioară.

Arhitectonica intraorganică a venelor hepatice.

Din numărul general al venelor hepatice, ce poate atinge cifra 25, se pot evidenția, în dependență de dimensiunile lor: venele hepatice mari cu diametrul 7-22 mm și mici diametrul cărora este de 2-6 mm.

Există o dependență invers proporțională dintre diametrele venelor hepatice și numărul lor [6].

Toate venele hepatice în dependență de distribuția lor în lobi hepatici, pot fi divizate în trei grupe: drepte, medii și stângi [2].

Grupa venelor mari e constituită din 3-5 vene hepatice. Permanent există 3 vene mari: dreaptă superioară, medie și stângă principală. Mai rar sunt încă venele dorsală dreaptă, dorsală stângă și venele fisulare [1].

Majorarea venelor mari sunt drepte și mult mai rar – stângi. Venele hepatice mari se formează în rezultatul confluenței sub un unghi ascuțit, mai rar – sub unul drept al venelor de ordinul doi [5].

Venele hepatice drepte. Există următoarele: vena hepatică dreaptă superioară, dreaptă dorsală, drepte medii și drepte inferioare.

Vena hepatică dreaptă superioară fiind cea mai mare din sistemul venelor hepatice, ajunge în diametru la nivelul porțiunii terminale la 10-20 mm, [6].

Deosebim mai multe moduri de ramificare ale venei hepatice superioare drepte: magistral (se întâlnește în 79.7% din cazuri), dispersat (7.4% din cazuri) și intermediar - 12.8% din cazuri (L.V.Doronina 1959). Lungimea venei hepatice superioare drepte oscilează în limitele de la 10 până la 18.5 cm, în caz de ramificare magistrală și de la 3.5 până la 6 cm în caz de dispersată. Vena hepatică dreaptă superioară confluează în partea dreaptă a venei cave inferioare sub un unghi de 30-50°. Confluența venei hepatice drepte cu vena cavă inferioară sub un unghi ascuțit, poate cauza lezarea acestora în timpul rezecției ficatului și îndeosebi în timpul aplicării ligaturilor.

Vena hepatică superioară dreaptă drenează lobul caval drept al ficatului, ce corespunde aproximativ sectorului drept lateral (segmentele VI și VIII) a sistemului portal. Vena hepatică dreaptă superioară poate schimba teritoriul său de distribuție, fapt de care, este necesar de ținut cont, în cazul rezecției diferitor sectoare ale lobului drept, pentru profilaxia hemoragiilor din porțiunile rămase ale ficatului [12].

Vena hepatică superioară dreaptă cu porțiunea medie și terminală, ca regulă se localizează mai aproape de suprafața diafragmală, iar cu segmentul inițial mai aproape de suprafața viscerală a ficatului. Vena își are originea din partea anterioară a segmentului VI. De obicei are formă de arc, convexă spre extern. În traiectul său vena intersectează oblic vasele și ducturile sistemului glison a sectorului drept lateral, situându-se în general mai sus de ultimul [2,6].

Vena hepatică dreaptă superioară trece în decalajul portal drept între două etaje formate de venele sistemului portal, situându-se de obicei între ramurile venelor laterale ale sectorului drept (jos) și sectorul paramedian drept (sus) [6].

Distanța dintre ramurile venei portale și cele hepatice, egală cu 1-2 cm, scade în atrofia parenchimului hepatic (în ciroza atrofică, și la bătrânețe). În aceste cazuri, ramurile venelor sistemului portal și ale venelor hepatice se pot găsi în imediată apropiere sau chiar îmbinate între ele, ce ar trebui de avut în vedere în ligaturarea lor izolată [6].

Aproximativ în 50% din cazuri partea dorsală a venei hepatice drepte superioare la sfârșitul traiectului său, după ieșire din ficat, se revarsă în porțiunea extrahepatică a venei cave inferioare. Lungimea porțiunii extrahepatice a venei hepatice drepte superioare constituie de la 0,1 până la 4 cm. Gugushvili L. (1964) a observat situații de confluere a venei hepatice drepte superioare cu vena cavă inferioară în porțiunea supradiafragmatică a ultimei.

În jumătate din toate cazurile vena hepatică superioară dreaptă se revarsă în vena cavă inferioară în ficat. Locul confluerei venei hepatice drepte superioare cu vena cava inferioară este situat în apropiere cu confluerea venei hepatice medii. Le disparte o distanță de 0,4 - 1,3 cm, iar în unele cazuri poate fi de doar 0,2 cm. O mare atenție trebuie să aibă chirurgul în caz când ligaturează vena hepatică dreaptă superioară în rezecția ficatului, deoarece se poate leza cu ușurință vena hepatică medie sau peretele venei cave inferioare [11].

Vena hepatică dorsală dreaptă nu se întâlnește permanent. Ea ia parte la drenarea venoasă a lobului drept al ficatului doar în 24 % din cazuri. Vena hepatică dorsală dreaptă strânge sângele din porțiunea dorsală a segmentului VII, situându-se pe marginea posterioară a lobului drept al ficatului. Se revarsă în vena cavă inferioară de obicei confluindu-se cu vena hepatică superioară dreaptă. Dar în 1% din cazuri se revarsă direct în vena cavă inferioară, în apropiere de vena hepatică superioară dreaptă și în caz de rezecție a lobului drept trebuie să fie ligaturată izolat de vena hepatică superioară dreaptă [6,12].

Colectarea sângelui venos din lobul drept, în afară de venele principale (superioară dreaptă și dorsală dreaptă), efectuează și venele mici drepte mijlocii și drepte hepatice inferioare. Numărul de vene hepatice mijlocii drepte și inferioare drepte variază între 12-22 [6].

Venele hepatice inferioare drepte (în număr de 1-3) sunt situate în porțiunea dorsală a lobului drept al ficatului pe suprafața inferioară. Ele drenează segmentele VI și VII. Aproape toate venele hepatice inferioare drepte se revarsă în vena cavă intrahepatică.

Diametrul venelor hepatice inferioare drepte mai des este egal cu 3-5 mm. Cu toate acestea uneori venele hepatice inferioare drepte pot fi bine dezvoltate și diametrul poate ajunge la dimensiunile venei hepatice superioare drepte [6].

Venele hepatice medii drepte (în număr de 10-12) drenează numai regiunea organului, care se află alături de vena cavă inferioară. Diametrul de obicei nu depășește 2 mm. Cu toate acestea, lezându-le, în rezecția lobului drept al ficatului pot da sângerare.

Venele hepatice medii și cele inferioare drepte datorită lungimii lor mici destul de ușor se rup prin tragerea nesemnificativă a lobului drept al ficatului, ceea ce duce la formarea a multor găuri în peretele venei cave inferioare. În așa cazuri este laudabilă tactica lăsării a unui bond mare lângă trunchiul venei cave inferioare în caz de rezecție a ficatului. Această abordare ne permite să evităm ligaturarea a multor vene mici așa și complicațiile care pot apărea în acest caz [6].

Vena hepatică medie. Vena hepatică medie merge de-a lungul fisurii, care împarte ficatul în lobul drept și stâng, și este, așadar, un reper, care indică această fisură. Pentru a vedea vena hepatică medie e necesar să se taie ficatul pe suprafața diafragmală în direcția de la

marginea stângă a venei cava inferioare spre linia mediana a lojei vezicii biliare, previzionată anterior [2,6].

Vena hepatică medie - drenează lobul caval median, ce corespunde (pe diviziune portală) porțiunilor mediane ale sectoarelor paramediane a lobului drept și stâng. Din stânga de fisura interlobară vena hepatică medie drenează aproape toată regiunea segmentului IV, dar din dreapta părțile mediale a segmentelor V și VIII [5].

Vena hepatică medie se începe în segmentele V și IV, unde se formează ramurile ei principale anterioare - antero-dreaptă și antero-stângă. Ultimele confluindu-se, formează trunchiul principal al venei hepatice medii, începutul căreia se află înaintea sau la nivelul hilului hepatic [5].

Trunchiul principal al venei hepatice medii se formează mai des anterior de locul diviziunii a venei portă. Apoi trece deasupra bifurcației venei portă și nu se întâlnește cu vase mari sau ducturi al sistemului glison.

Ramurile sau trunchiul venei hepatice medii în raport cu loja vezicii biliare poate trece mai spre dreapta, stânga sau sub el. Ton That Tung consideră, că aici din cauza unei localizări destul de apropiate cu loja vezicii biliare vena hepatică media sau ramurile ei pot fi lezate în timpul unei colecistectomii complicate, grele.

Lungimea trunchiului principal al venei hepatice medii variază de la 6 până la 11 cm. Sunt descrise cazuri, când vena hepatică media a fost dublă. În același timp una din vene se revărsa izolat în vena cava inferioară și alta în trunchiul comun cu v. hepatica stângă. Foarte rar se observă lipsa venei hepatice medii (Ш. И. Кеванишвили, 1961; В. Д. Затолокин, 1967) și atunci lobul drept este drenat de venele hepatice drepte și lobul stâng de venele stângi.

Partea terminală a venei hepatice medii trece pe marginea superioară a segmentului I și înaintea confluirii cu vena cava inferioară uneori proiemenează din tesut hepatic, adică se află extrahepatic.

Diametrul venei hepatice medii este mai mic de cel al venei hepatice drepte și mai mare de cea stângă [8]. În porțiunea sa terminală constituie 6-18 mm.

Adesea vena hepatică medie înaintea confluirii cu vena cavă inferioară se unește cu vena hepatică stânga sau se revărsa în porțiunea ei antero-stângă. Se disting următoarele tipuri de dezvoltare a venei hepatice medii: magistrală (în 12,4% din cazuri), ramificată (în 1,4% din cazuri), combinată - 86,2% din cazuri. (Л. В. Доронина).

O valoare importantă în practică au cazurile, când vena hepatică medie drenează în lobul drept în afară de segmentele V și VIII și segmentul VI. În timpul rezecției a sectorului paramedian sau a segmentului V, datorită acestor particularități a venei hepatice medii trebuie să se execute și rezecția a segmentului VI [11].

În 2% din cazuri se întâlnește vena hepatică accesorie medie (v. hepatica media accessoria), care trece paralel cu fisura cavă stângă, participând în drenarea sângelui venos din segmentul IV [2]. Vena hepatică medie accesorie se revărsa în unghiul confluirii a venelor hepatice media și sinistra.

Vena hepatică stângă - v. hepaticae sinistrae. Se disting următoarele vene hepatice stângi: vena principală stângă (permanentă), dorsală stângă (se determină în 18% din cazuri) și vena fissurală (apare la mai mult de 18% din cazuri) [2].

Vena (principală) stângă adesea are un trunchi scurt, gros cu o lungime mai puțin de 2,5-4 cm. Vena se formează prin confluarea a 2-5 ramuri de ordinul întâi în formă ramificată. În forma magistrală lungimea trunchiului ajunge la 5-10 cm. Trunchiul are o formă arcuită, convexă în afară.

Vena hepatică (principală) stângă strânge sângele de la lobul caval stâng sau după sistematizarea portală din segmentele II și III și parțial IV [5].

Trunchiul venei stângi (principale) hepatice confluază cu vena cavă inferioară sub unghiul de 45-95° din partea antero-stânga [5]. În 47% vena hepatică principală stângă confluază înainte de a se revărsa în cava inferioară cu vena hepatică medie, formând în continuare un trunchi comun. Diametrul porțiunii terminale a venei hepatice stângi variază între

8-16 mm. Variabilitatea de anatomie a venei hepatice stângi se manifestă prin faptul că, uneori, (în 12-18% din cazuri), există două sau chiar trei vene hepatice principale stângi separate, care ori confluează cu vena medie hepatică sau se revarsă în trunchi comun, format de confluența venei hepatice mijlocii cu una din venele hepatice stângi [7].

Vena hepatică dorsală stângă strânge sângele din porțiunea posterioară a segmentului II, distribuindu-se predominant în straturile de jos. Vena hepatică dorsală stângă se revarsă în vena hepatică principală stângă sau în trunchiul comun al venei hepatice principale stângi și venei hepatice mijlocii.

Venele fissurale hepatice – există în mai mult de jumătate din toate cazurile. Ele merg din anterior spre posterior prin brazda venei ombilicale și drenează segmentele clasice II, III și IV, revărsându-se de obicei în vena hepatică principală stângă [2].

Concluzii

- Aspectele topografice și anatomice ale venelor hepatice sunt studiate insuficient și mai pot fi discutate și completate cu cercetări morfologice ale sistemului eferent al ficatului, pentru a ajunge la o schemă care să permită intervenții chirurgicale de foarte bună calitate.
- Din informația colectată putem observa, că variantele anatomice ale venelor hepatice sunt destul de diverse și complexe. Venele hepatice adesea servesc ca o sursă de hemoragie periculoasă în caz de manipulare neglijentă în regiunea hilului hepatic secundar și pot fi ligaturate eronat în rezecțiile ficatului datorită particularităților de revarsare în vena cavă inferioară și datorită numărului diferit de vene hepatice principale. O mare variabilitate prezintă venele mici ale ficatului (vene hepatice medii și inferioare drepte), care datorită lungimii lor mici destul de ușor se rup prin tragerea nesemnificativă a lobului drept al ficatului, ceea ce duce la formarea a multor găuri în peretele venei cave inferioare.

Bibliografie

1. Альперович В.И. – Хирургия печени: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с. 7-21, 90-128.
2. Борисов А.Е., Земляной В.П., Борисова Н.А., Рыжков В.К. - Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. Том 1. Предприятие ЭФА, 2002. – 448 с. 26-33, 41-48, 311-373.
3. Вишнеvский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Р.З. Икрамов – Руководство для хирургов: Операции на печени. Москва 2003г. 164 с. 12–19, 93-119.
4. Ермолов А.С., Чжао А.В., Чугунов А.О. - История развития хирургии печени. Московский городской центр трансплантации печени НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, г. Москва, 2007г. 2-8 с.
5. Abeatici S., Campi C., Colluzzi F - La division segmentaire du foie. La topographie intrahepatique de la veine porte. 1955, 10:2-72.
6. Bismuth H. - Surgical Anatomy and Anatomical Surgery of the Liver, World. J. Surgery, 1982, 22, 38-39.
7. Couinaud, C. - A simplified method for controlled left hepatectomy. Surgery, 1985, 97:358.
8. Couinaud, C. - Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Paris: Masson, 1957.
9. Ger R. - Surgical Anatomy of the liver - Surgical Clinics of North America, 1989.
10. Popescu, I. - Chirurgia ficatului. Bucuresti: Editura Universitară "Carol Davila", 2004.
11. Popescu, I. - Rezecția hepatică. Sub redacția: Popescu I. Chirurgia ficatului. Bucuresti: Editura Universitară "Carol Davila", 2004, pag. 537-656.
12. Popescu, I. - Surgical anatomy of the liver and types of liver resection. Rom. J. Gastroenterol., 1997, 6-187.

VARIABILITATEA ARTERELOR LENTICULOSTRIATE ȘI IMPORTANȚA LOR CLINICĂ

Victor Juncu

(Conducători științifici : Ilia Cateriniuc, dr. hab., prof. univ.; Zinaida Zorina, asist. univ.)
Catedra Anatomia Omului

Summary

Variability of lenticulostriate arteries and their clinical importance

Topographic variations have been investigated and numerical lenticulostriate arteries and their clinical importance highlighted. The results displayed have been confronted with those obtained in similar studies and conclusions that have made their growth targets. According to the study, the distribution of lenticulostriate arteries in at least two distribution groups remains evident, which provides a safety margin that elevated subcortical structures of irrigation.

Rezumat

Au fost investigate variantele topografice și numerice ale arterelor lenticulostriate și evidențiată importanța lor clinică. Rezultatele etalate au fost confruntate cu cele obținute în studii similare și, respectiv, s-au formulat concluzii obiective privind dinamica acestora. Conform studiului efectuat, compartimentizarea arterelor lenticulostriate în cel puțin două grupuri de distribuție rămâne evidentă, fapt ce asigură o marjă de siguranță elevată a irigației structurilor subcorticale respective.

Actualitatea

Accidentele vasculare cerebrale se remarcă prin cea de-a treia poziție din șirul cauzelor mortalității, fiind dominate de bolile coronariene și tumorile maligne, iar din perspectiva cauzelor de dizabilitate, accidentele vasculare cerebrale ocupă întâietatea.[3, 9].

Astfel, conform statisticilor și prognozelor epidemiologice, incidența acestora este de 100-700 cazuri la 100000 locuitori pe an, înregistrând în jur de 600000 situații similare anual în Europa, iar către 2020 numărul acestora este prevăzut pentru valoarea de 1 mln [4]. În multe din cazuri sediul acestor accidente este teritoriul subcortical, irigat preponderent de grupul de artere lenticulostriate.

Lucrarea dată vizează anumite particularități morfologice și topografice ale arterelor lenticulostriate, fapt ce prezintă interes nu numai pentru morfologie, dar și pentru neurochirurgie, neurologie precum și pentru alte discipline clinice.

Spre realizarea scopului scontat ne-am propus următoarele obiective:

- analiza literaturii de specialitate cu referință la problema vizată;
- atestarea variantelor anatomice și argumentarea importanței lor clinice;
- compararea rezultatelor obținute cu cele ale altor studii analoge descrise în ansele bibliografice la care am avut acces.

Materiale și metode

Studiul efectuat este fundamentat pe analiza a 23 angiografii ale persoanelor mature, de diferite vârste precum și pe studiul a 7 preparate anatomice ale encefalului.

Datorită faptului că arterele lenticulostriate somatoscopice sunt dificil de apreciat s-au utilizat lupe de rezoluție: 5x, 10x, 20x.

Materialul propus cercetării a fost examinat utilizând metodele de disecție anatomică (preparatele encefalice) și de analiză (angiografii).

Rezultate și discuții

Neuronul este cea mai sensibilă celulă la carența de oxigen, marja de siguranță în ischemii înregistrând valori destul de înguste [7].