

hidronefroza a fost confundată cu alte afecțiuni urologice și pacienții au urmat tratamente inutile. Un obiectiv fundamental al acestei cercetări este de a încuraja medicul de familie să solicite consultul unui urolog atunci când suspectează o hidronefroză.

Rezultatele ne-au demonstrat că practic toți pacienții prezintă dureri lombare uni- sau bilaterale, ce se intensifică în urma tapotamentului lombar; o jumătate dintre aceștia au suportat infecții urinare; astfel, asocierea acestor două semne clinice poate orienta spre suspectarea hidronefrozei la adulți. Acuze ce țin de sistemele circulator și digestiv sunt prezente mult mai rar și de obicei indică faze avansate ale bolii. În cercetarea noastră, la toți pacienții cu formațiuni de volum abdominale palpabile și simptome digestive au fost depistate hidronefroze avansate și a fost necesară efectuarea nefrectomiei. Apariția hipertensiunii arteriale de asemenea este un simptom tardiv, ea este mediată reninic, aceasta se datorează tulburărilor funcționale ischemice, cu reducerea fluxului sangvin renal, ca urmare a dilatației sistemului colector.

Hematuria (25,2%) și leucocituria (30%) sunt relativ frecvent prezente în analiza generală de urină, frecvența depistării acestora crește semnificativ în cazul asocierii urolitiazii (58%). Prezența uroculturilor pozitive este o indicație pentru tratament antimicrobian, iar neglijarea acestora poate duce la pielonefrită acută obstructivă și urosepsis. Anemia și hipercreatininemia sunt semne de afectare gravă a funcției renale. Reducerea ratei filtrării glomerulare sub 60 mL/min/1.73m², cu durata de minim trei luni, indică prezența bolii cronice de rinichi.

Ultrasonografia renală este cea mai inofensivă și accesibilă metodă de diagnosticare a hidronefrozei. Recomandăm utilizarea acesteia ca prima intenție de fiecare dată când este suspectată o hidronefroză. Deși este foarte utilă pentru screening, aceasta nu poate oferi informații suficiente pentru a stabili cauza apariției hidronefrozei, de aceea, după depistarea ultrasonografică, este necesară confirmarea diagnosticului printr-o metodă radiologică cu introducerea intravenoasă a substanțelor de contrast. Acestea au prioritate în diagnosticul hidronefrozei prin faptul că permit aprecierea gradului evolutiv al bolii și a gradului stenozei joncțiunii pieloureterale. TC este net superioară urografiei intravenoase. În studiul nostru, în urma comparării datelor imagistice preoperatorii cu cele intraoperatorii, am stabilit că TC are o sensibilitate de 100% și o specificitate de 93,3%.

Concluzii

Hidronefroza este o afecțiune progresivă care nu trebuie neglijată. Asocierea dintre sindromul

algic lombar și infecțiile urinare repetate constituie o suspectare clinică de hidronefroză, fiind necesară evaluarea imagistică a pacientului. Ultrasonografia este cea mai simplă și accesibilă metodă de depistare a hidronefrozei. Investigația de elecție pentru stabilirea etiologiei hidronefrozei este tomografia computerizată.

Pentru hidronefrozele incipiente, ce nu necesită corecție chirurgicală, se recomandă evaluarea de laborator și cea imagistică anuală. Uroculturile pozitive necesită tratament antimicrobian în mod obligatoriu.

Bibliografie

1. Глыбочко П.В. и др. *Гидронефроз*. 2011, с. 8.
2. Tode V. *Hidronefroza. Curs de urologie*. UMF Constanța, 1994, p. 40-43.
3. Аляев Ю.Г. *Применение новейших технологий в диагностике урологических заболеваний*. 2005, с. 82.
4. Ursea N. *Hidronefrozele. Tratat de nefrologie*. București: EM, 2006, p. 1985-1986.
5. Карпенко В.С. *Причина гидронефроза и выбор метода оперативного лечения*. В: Урология, 2002, № 3, с. 43-46.
6. Hesse A.I., et al. *Urinary stones. Diagnosis, treatment and prevention recurrence*. 3rd ed. Basel S., Karger A.G., 2009.
7. Tănase A. *Urologie și nefrologie chirurgicală*. 2005, p. 51.
8. Sinescu I. *Tratat de urologie*. București, 2008, 813 p.
9. Wolf Jr. J.S., et al. *Imaging for ureteropelvic junction obstruction in adults*. In: J. Endourol., 1996, p. 93-104.

Alexandru Piterschi, doctorand,
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 069303062,
e-mail: piterschii@mail.ru

CZU: [616.411-007.61+616.36-004]-089

METODE DE TRATAMENT ȘI REZULTATE ÎN CHIRURGIA SPLENOPATIEI PORTALE

Vladimir CAZACOV, Vladimir HOTINEANU, Eugeniu DARII, Nadejda NEGARĂ,
Catedra Chirurgie nr. 2, IP USMF Nicolae Testemițanu

Rezumat

Studiul își propune să abordeze o serie de probleme legate de atitudinea medico-chirurgicală față de sindromul hipersplenism sever cirogen. Analizând cazurile de hipersplenism sever internate și operate în Clinică 1 de chirurgie, în condițiile chirurgiei electivă, aducem în discuție schimbările gândirii medicale privind abordarea chirurgicală a acestei

entități patologice și ne referim la strategiile de prevenție și tratament al complicațiilor trombotice, hemoragice și supurative, ce rămân în continuare o problemă pentru clinician.

Cuvinte-cheie: ciroză hepatică, splenopatie portală, hipersplenism

Summary

Methods of treatment and results in portal splenopathy surgery

This study proposed to demonstrate some problems related to the medico-surgical attitude in hypersplenic cirrhotic syndrome. After analyzing the cases of severe hypersplenism which was internated and operated in Surgical Clinic nr.1, we proposed to discuss the change of medical thinking in resolving of this pathological entity and we refer this study to the strategy of prevention and treatment of thrombotic, hemorrhagic and supurative complications which continue to be a problem for doctors.

Keywords: liver cirrhosis, portal splenopathy, hypersplenism

Резюме

Методы и результаты хирургического лечения портальной спленопатии

Целью статьи является привлечение внимания к ряду проблем, связанных с методами лечения портальной гипертензии и ее осложнений. Анализируя 222 больных циррозом печени и гиперспленизмом, оперированных в клинике хирургии в условиях выборочной хирургии, мы обсуждаем изменения медицинского мышления в отношении хирургического подхода и ссылаемся на стратегию профилактики и лечения тромботических, геморрагических и судорожных осложнений, которые остаются сложной и актуальной проблемой.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная спленопатия, гиперспленизм

Introducere

Ciroza hepatică a devenit o problemă majoră pe planurile național și mondial, prin prevalența în creștere, prin complicațiile grave pe care le determină și costurile sociale extrem de ridicate pe care le induce. Statisticile publicate de OMS relevă că Republica Moldova deține I loc în Comunitatea Europeană în ceea ce privește mortalitatea prin ciroză hepatică [2, 6, 7]. Prevalența hipersplenismului sever se întâlnește la aproximativ 45% din pacienții cirofici cu splenopatie portală, acest procent variind în funcție de criteriile incluse în definirea gravității acestuia. Apariția hipersplenismului sever marchează începutul decompensării, la care contribuie și frecvența mare a complicațiilor evolutive (sindromul CID, hemoragiile digestive variceale, insuficiența hepatorenală), asocieri ce determină reducerea semnificativă a supraviețuirii în aceste cazuri [4, 5]. Locul și structura tratamentului actual al splenopatiei

portale și al complicațiilor ei evolutive reprezintă încă subiectul primordial al multor studii [1, 3, 7, 8].

Chirurgia reprezintă o parte integrantă a strategiei terapeutice multimodale care, fiind efectuată în cadrul splenopatiei secundare cirozei hepatice, are un rol curativ eficient, ce vizează controlul hipertensiunii portale / citopeniei severe secundare și atingerea unor standarde maxime în ceea ce privește starea de bine și calitatea vieții pacientului operat [9].

Scopul cercetării a fost evaluarea și monitorizarea evoluției sub tratament a pacienților cirofici asistați chirurgical și prezentarea rezultatelor obținute, identificând strategiile de prevenire a complicațiilor postoperatorii.

Material și metode

Am realizat un studiu retrospectiv, pe o perioadă de 20 de ani (1997-2017), analizând datele pacienților diagnosticați cu ciroză hepatică de etiologie virală și operați în clinica noastră pentru splenopatia portală secundară. Incluziunea în studiu a pacienților s-a făcut pe măsura adresabilității. Au fost excluși din cercetare pacienții cirofici parenchimatosis și vascular decompensați și cei cu splenopatie hematologică. Cei 222 de participanți în studiu au fost în majoritate (68.6%) de sex feminin, cu vârsta medie de 41,57 ani, cu extreme între 18 și 69 de ani.

Diagnosticul pozitiv a fost stabilit utilizând pentru întregul grup de studiu aceleași investigații clinico-paraclinice. Metodologia examinării preoperatorii a pacienților cirofici a fost respectată riguros, protocolul preterapeutic realizat fiind detaliat în studii publicate anterior [4, 9]. Criteriile de diagnostic în cazul hipersplenismului portal (HP) au fost reprezentate de: splenomegalie, destrucție splenică pe una, doua sau toate cele trei linii celulare din sângele periferic (pancitopenie), celularitate normală sau hiperplastică a măduvei osoase, cu reprezentare normală a liniei celulare deficiente din circulație. Repartiția pacienților după starea funcțională hepatică (Child-Turcotte) e prezentată în figura 1, având în vedere predominanța pacienților cirofici în stadiul Child B.

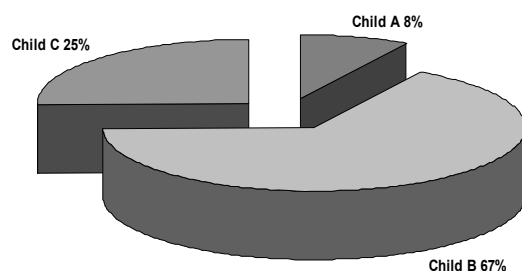


Figura 1. Repartiția pacienților în funcție de gradul de severitate al cirozei

Manifestările clinice preoperatorii atestate au fost dominate de semne sau simptome adesea aflate în concordanță cu stadiul evolutiv al cirozei hepatice. Majoritatea intervențiilor chirurgicale (83%) au fost practicate în următoarele condiții tehnice: splenomegalie stadiile III-IV (83,4%), sindrom hemoragic sever (78%), perisplenism important (49%), prezența nodulilor limfatici în hilul lienal (31%), coada pancreasului situată intrahilar (41%), variantă fasciculată a pediculului vascular splenic (7%).

Rezultate și discuții

Rezultatele imediate și la distanță le considerăm favorabile, raportându-ne la cifre din literatura de specialitate. Reintervenția a fost necesară în următoarele situații: hemoragie prin sângerare difuză din vasele cozii pancreasului – 2 cazuri, tromboză entero-mezenterică – 1 caz. Postoperatoriu la distanță, după efectuarea devascularizării azygoportale Hassab, asociate cu splenectomie (figura 2), clasică sau laparoscopică (43 cazuri), pacienții au fost urmăriți prin controale semestriale în primul an și anuale minim trei ani, ceea ce a permis diagnosticarea timpurie a fenomenelor patologice cu importanță clinică.

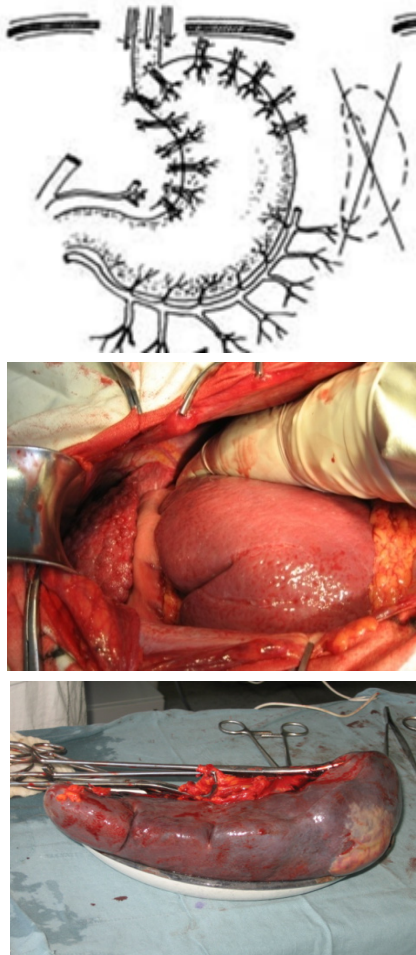


Figura 2. Devascularizare azygoportală, ciroză hepatică – splenomegalie gigantică, splenectomie

Au fost analizate: tehnicile chirurgicale folosite, evoluția bolii hepatice pe termen lung, complicațiile și incidentele apărute și modul de soluționare a acestora. Răspuns funcțional pozitiv al splenectomiei a fost înregistrat la 91% din cei 222 de pacienți operați, clinic tradus prin: ameliorarea simptomelor/semnelor HP; menținerea stării de compensare și inactivitate a bolii hepatice; ameliorarea parametrilor biologici; normalizarea numărului trombocitelor și leucocitelor; deminuarea varicelor esofagiene. De-a lungul perioadei tardive studiate, s-a înregistrat o incidență globală a complicațiilor postoperatorii sub 17,6% (39 bolnavi din 222 operați). Acestea au fost următoarele: tromboza axului venos splenoportal – 22 (9,9%); abces subdiafragmal stâng – 6 (2,7%); pancreatită acută postsplenică – 5 (2,3%); hemoragie acută variceală – 3 (1,4%); insuficiență hepatorenală – 2 (1,0%), ascitoperitonită – 1 (0,5%).

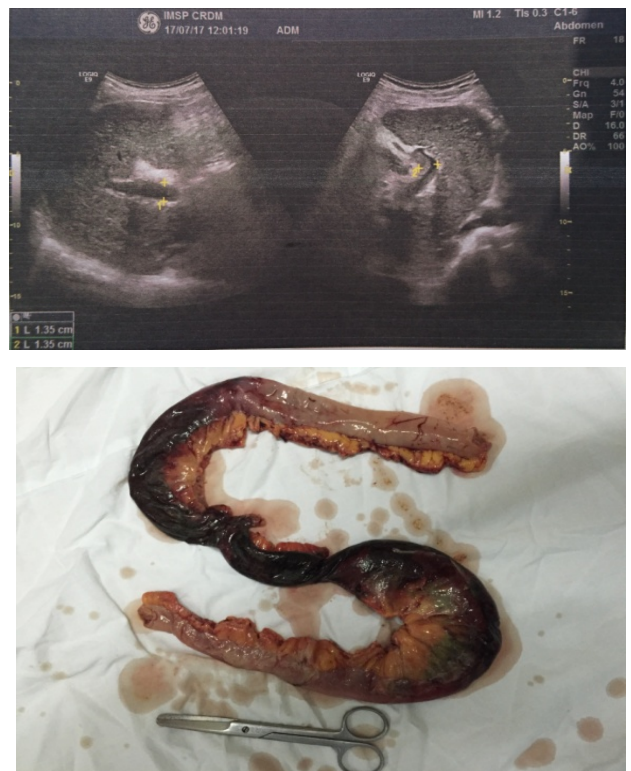


Figura 3. Tromboză de venă portă și venă mezenterică superioară (caz clinic)

Am înregistrat 9 decese, rata mortalității postoperatorii fiind de 4,1% versus 13,5–27%, date din literatura de specialitate. Trecerea în revistă a celor mai frecvente complicații relevă faptul că complicațiile tromboembolice, reprezentate de un procent de 9,9% de cazuri, au înregistrat un trend ascendent în primul an post-splenectomie, cu implicații clinice importante. Încadrarea topografică a cazurilor cu TAVS a fost următoarea: tromboză a venei porte (13 cazuri), a trunchiului venei lienale (6), a venei mezenterice superior (3), unul operat, chirurgical vindecat. Din

acest studiu rezultă că modalitatea de debut al TAVS a fost cea subclinică sau asimptomatică în 5 cazuri, cu debut lent, insidios – în 11 cazuri, tradusă prin febră postsplenică (7), durere cu sediu epigastic (5), ascită tranzitorie (4), subicteritate (2).

În analiza noastră, complicațiile supurative post-splenectomie, însumând 7 cazuri (3,2%), preponderent prezentate de abcese hemidiafragm stâng, decelate postoperatoriu într-un interval foarte variabil (9 zile – 8 ani), au necesitat drenare ecoghidată. Dintre factorii predispozanți sunt de menționat: drenaj afuncțional, colecții serolimfohematice restante, drenaj deschis în condiția presiunii intermitent „negative” în spațiul subfrenic, coagulopatie și altele.

O situație aparte a însemnat pentru noi apariția hemoragiilor variceale (HV), complicație cu care ne-am confruntat târziu postoperatoriu (3 cazuri, 1,4%), cauzată de apariția recurenței varicelor esofagiene (figura 4).

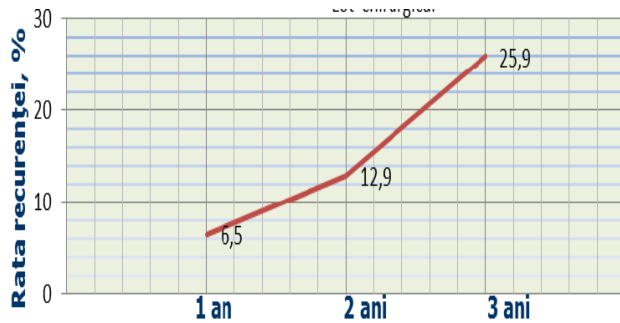
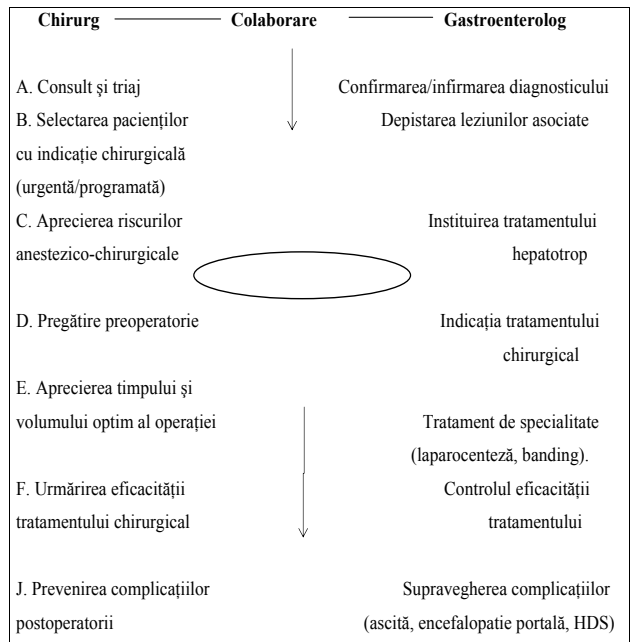


Figura 4. Incidența postoperatorie a recurenței varicelor esofagiene în lotul de studiu

Experiența clinicii, acumulată pe parcursul anilor, arată că prevenția primară și cea secundară endoscopică, aplicată prin bandarea varicelor esofago-gastrice cu iminență de hemoragie, constituie un pas important în diminuarea incidenței HV. Numărul sesiunilor a variat de la 3 la 7, în funcție de gradul și varianta anatomică a varicelor. Supravegherea postterapeutică a înregistrat: ascită tranzitorie – 3 cazuri, hemoragie acută variceală – 1 caz.

Concluzionând, constatăm că profilaxia primară și cea secundară a hemoragiei digestive din recidiva varicelor esofagiene este un obiectiv care obligă la o atitudine activă. Urmărirea postoperatorie vizează identificarea pacienților care necesită banding endoscopic, îngrijiri paliative și tratamentul complicațiilor evolutive. În absența unui standard bazat pe dovezi, decizia terapeutică diferă de la caz la caz, un rol important avându-l schema de urmărire propusă de noi, care oferă o imagine globală, reală a situației clinice, iar caracterul interdisciplinar de abordare permite prevenția, identificarea și monitorizarea eficientă a complicațiilor evolutive (figura 5).



Îngrijiri paliative la domiciliu ale pacientului cirotic asistat chirurgical	
Scop	Medical: curativ, spitalizări periodice, reducerea gradului de insuficiență hepatorenală, scăderea duratei de spitalizare, creșterea calității vieții prin preventive și tratamentul complicațiilor bolii hepatice cornice Psihoemoțional/social: suport pentru alinarea suferinței pacientului, susținere și suplinirea funcțiilor familiei, ajutor material și obținerea drepturilor
Beneficiari	Pacientul eligibil și familia acestuia, conform standardelor de îngrijiri paliative medicale la domiciliu.
Abordare	Fizică: manopere Socială: ajutor Holistică: centrată pe pacient și familie
Personal	Asistența medicală Îngrijitor/asistent personal Îngrijiri cu activitate individuală – echipa multidisciplinară, formată din personal specializat în îngrijire paliativă Echipa minimă: medic de familie (gastroenterolog/hepatolog la necesitate); asistenta medicală; asistenta socială + munca în echipă
Durata	Medical: perioadă continuă Social: revizuire continuă
Calitatea serviciilor depinde de:	1. Plan de îngrijire interdisciplinară, centrată pe pacient, familie și problema somatică. 2. Abilitate de a lucra în echipă, abilități tehnice, de comunicare, negociere și consiliere. 3. Implicarea beneficiarilor în decizia terapeutică și planificarea îngrijirii. 4. Coordonarea tratamentului și continuitatea manoperelor de nursing.

Figura 5. Parametrii de supraveghere și îngrijiri de sănătate utile pacientului cirotic operat

Concluzii

1. Splenopatia portală este o complicație frecventă a cirozei hepatice, care pune probleme delicate de diagnostic și atitudine medico-chirurgicală.

2. Conform rezultatelor obținute în Clinica de chirurgie, practicarea devascularizării azygoportale asociate cu splenectomie adresată splenopatiei portale reprezintă o soluție cu efecte pozitive asupra evoluției pacienților cu ciroză hepatică.

3. Urmărirea la distanță a stării clinico-biochimice a fiecărui pacient, modificarea flexibilă a tratamentului complex sunt premisele obținerii unei maxime satisfacții privind succesul terapeutic și, nu în ultimul rând, a unui confort de viață optim al bolnavului cirotic operat.

4. Pentru reducerea riscului asociat intervenției chirurgicale, optăm pentru îngrijirea de către o echipă bine pregătită, pentru a adopta o atitudine corectă pre-, intra și postoperatorie, formată din chirurg, anestezist-reanimatolog, hepatolog și medic de familie.

Bibliografie

1. Bruno Cola. *Splenopatie di interesse chirurgico*. Bologna, 2007, chirurgico. ppt.
2. Cazacov V. *Considerente asupra complicațiilor în chirurgia hipertensiunii portale*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2015, nr.2 (61), p. 99-102. ISSN 1729-8687.
3. Delaitre B., Maignien B. *Laparoscopic splenectomy – technical aspects*. In: Surg. Endosc., 1992, nr. 6(6), p. 305-308.
4. Дзидзава И.И. *Отдаленные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностические факторы выживаемости у больных циррозом печени*. Автореф. дисс. д.м.н. Санкт-Петербург, 2010, 38 с.
5. Liu N., Liu B., Xu R.Y. *Splenectomy with endoscopic variceal ligation is superior to splenectomy with pericardial devascularization in treatment of portal hypertension*. In: World J. Gastroenterol., 2006, nr. 12(45), p. 7375-7379.
6. Hotineanu V., Cazacov V., Hotineanu A., Cucu I., Darii Eu. *Opțiuni chirurgicale clasice și laparoscopice în tratamentul splenopatiei portale*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2013, nr. 5(50), p. 122-126. ISSN 1729-8687.
7. Popa M., Vasilescu C. *Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic*. În: Chirurgia, nr. 105(1), p. 15-20.
8. Târcoveanu E., Moldovanu R., Bradea C. *Splenectomia laparoscopică – tehnică chirurgicală*. În: Jurnalul de chirurgie, Iași, 2007, vol. 3, nr. 3, p. 12.
9. Бойко В.В. *Портальная гипертензия и ее осложнения*. Харьков, 2008.

Vladimir Cazacov, conf. univ.,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 069143363,
e-mail: vladimir.cazacov@usmf.md

RĂSPÂNDIREA MALFORMAȚIILOR CONGENITALE ÎN POPULAȚIA PEDIATRICĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Galina BUTA¹, Raisa RUSSU-DELEU², Lora GÎȚU¹,

¹Catedra Medicină de Familie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,

²Catedra Igienă, IP USMF Nicolae Testemițanu

Rezumat

Malformațiile congenitale (MFC) constituie astăzi o problemă medicală, economică și etică gravă. Statisticile medicale apreciază că 1-2% din nou-născuți pot avea o malformație majoră. Este a 5-a cauză de deces în primele patru săptămâni de la naștere; ocupă aproximativ 30% din paturi în staționările pentru copii; este prima cauză a dizabilității pediatrice. OMS atribuie MFC la categoria patologiilor-indicator; considerând conexiunea cu uză-efect cu calitatea mediului ambiant. Scopul studiului constă în evidențierea particularităților de răspândire, structură și dinamică a MFC în Republica Moldova. A fost analizată răspândirea MFC la copiii cu vârsta între 0 și 18 ani în perioada 2004–2014, utilizând SPI-2 (www.cnms.md). S-a calculat răspândirea, structura și dinamica în funcție de tipul MFC, pe segmente, organe, sisteme și unități administrativ-teritoriale. Răspândirea populațională a MFC în RM rămâne constant înaltă – 22,35%. MFC ocupă locul doi în structura mortalității infantile. Se constată tendința certă de creștere a MFC cauzate de aberațiile cromozomiale și cele ale sistemului cardiovascular, și de reducere a MFC ale sistemului musculoscheletic (rată medie anuală fiind de +0,1%, +0,5% și -2,7% corespunzător). Pentru eficientizarea măsurilor de prevenție și control, este necesară conjugarea eforturilor în etapa de palnificare a familiei.

Cuvinte-cheie: mortalitate infantilă, malformații congenitale, dinamica morbidității

Summary

Spread of congenital malformations in pediatric population from the Republic of Moldova

Congenital malformations (CMF) today are a serious medical, economic and ethical problem. The medical statistics estimate that 1-2% of newborns may have a major malformation. Patients with such pathology occupy approximately 30% of beds in childcare facilities; it is constitute the 5th cause of death within the first 4 weeks of birth and the first cause of pediatric disability. WHO attributes the CMF to the category of the indicator pathology, reflecting the high degree of dependence on environmental quality. The aim of the study is to highlight the particularities of spread, structure and dynamics of CMF in RM. The prevalence of CMF among children aged 0-18 years registered in the period 2004-2014, using SPI-2 (www.cnms.md) was analyzed. The frequency of different types of CMF by segments, bodies and systems, as well as in the context of