

2. Власова М.И. Индивидуальная изменчивость строения и топографии чревного сплетения и ее клиническое значение. Морфология, 2000; 117(6) : 16-19.
3. Голуб Д. М. Вопросы морфологии периферической нервной системы. Минск. 1958, 6-19.
4. Лобко П.И. Источники симпатических преганглионарных волокон чревных нервов и узлов чревного сплетения. Архив Анатомии, Гистологии и Эмбриологии. 1969; 6:52-54.
5. Никитин Н.Н. Нервный аппарат чревной артерии и ее ветвей у человека. Автореферат. Симферополь, 1974.
6. Хейнман Ф.Б. О строении брюшно-аортального сплетения у человека. Вопросы морфологии периферической нервной системы. 1953 , 69-85.

COMPLICAȚIILE POSTOPERATORII ÎN CADRUL CORECȚIEI ATEROSCLEROZEI

R. Niguleanu, Elena Reuțchi

Catedra Morfopatologie USMF "N. Testemițanu"

Summary

Surgical complications diuring atherosclerosis correction

The most frequent causes of artificial prostheses dysfunction in patients suffering of obliterative atherosclerosis are occlusion of prosthesis lumen by neointimal hypertrophy and thrombosis.

Rezumat

Cele mai frecvente cauze de frustrare a funcționării protezelor vasculare artificiale, implantate subiecților cu ateroscleroză obliterantă, sunt ocluzia protezei cu neointima hipertrofiată și tromboza.

Rezultatele cercetărilor clinicomorfoloșice denotă că trombozele prezintă cele mai frecvente complicații întâlnite după operațiile de implantare a protezelor vasculare sintetice.

Reieșind din concepțiile contemporane se consideră că tromboza protezelor vasculare prezintă obturarea lor cu cheaguri de sânge sau alte mase obliterante, ceea ce nu corespunde definițiilor clasice ale trombozelor vasculare. Trombozele protezelor vasculare se pot instala atât în perioadele precoce, cât și tardive după implantare.

Conform datelor din ultimii ani, incidența trombozelor precoce aparute în decursul primei luni după plastica aortei abdominale și arterelor magistrale constituie 19%, iar a celor tardive, apărute peste 6 și mai multe luni după operație - 28%. Cauzele trombozelor sunt foarte multiple și evidențierea lor prezintă unele dificultăți. Sa constatat că frecvența apariției trombozei tardive la pacienții operați din motivul obturării protezelor aortofemorale alcătuește în medie 6,2%. Se poate afirma că ele ocupă unul din locurile de frunte în structura complicațiilor postoperatorii.

Unii autori relatează că studierea cauzelor trombozei protezelor vasculare este bine venită la pacienții cu șuntare genufemorală în cadrul aterosclerozelor obliterante. Consecințele protezării la acești bolnavi depind de durata maladiei, fiind mai favorabile la cei cu durata mai redusă.

Astfel, în lotul de 24 pacienți cu durata maladiei < 1 an circulația sangvină după operație a fost restabilită în 21 cazuri, iar din lotul de 20 pacienți cu durata mai > 2 ani doar în 13 cazuri. De menționat, că rezultate analogice au fost stabilite și la bolnavii protezați în regiunea aortoiliacă. Datele clinice și paraclinice au relevat că în mecanismul obturării protezei implantate un rol important îi revine insuficienței hemodinamicii locale. Sunt publicații, ce demonstrează, că pentru evaluarea stării hemodinamicii în zona operației, a gradului de afectare aterosclerotică

a arterei poplitee și dezvoltare a circulației colaterale în jurul porțiunii obliterate a arterei femorale este necesară aprecierea pulsării arterei poplitee în procesul reviziei plagii. În ultimii ani sa constatat faptul că tromboza precoce a protezelor vasculare este cauzată nu numai de progresarea aterosclerozei, deoarece procesul aterosclerotic evoluează lent. Așadar, cele mai posibile cauze ale obturării precoce a protezelor sintetice pot fi condițiile nefavorabile, anatomice și hemodinamice pentru aplicarea anastomozelor, mai ales distale, precum și porozitatea protezei. Deasemenea una din cauzele frecvente ale trombozei anastomozelor și protezelor vasculare poate fi clivarea intraoperatorie a tunicii vasculare interne modificate din cauza aterosclerozei

De menționat că un rol important în patogeneza trombozelor protezelor vasculare aparține corelației dintre lumenul protezei și al arterei anastomozate cu el. Totodată, nu este exclus, că rezultatele pozitive ale plasticii arteriale depind în mare măsură și de tipul protezelor vasculare.

Astfel, în publicațiile unor autori se relatează că rezultatele apropiate ale operațiilor de implantare a diferitelor tipuri de proteze artificiale pentru șuntarea femuropoplitee nu depind de tipul protezei, ci de calificarea chirurgului și gradul de extindere a procesului patologic. O altă particularitate a fost sesizată la analiza rezultatelor tardive ale protezării vasculare, stabilindu-se că consecințele pozitive depind în mare măsură de structura protezei implantate.

În ultimii ani un rol deosebit în patogeneza trombozelor protezelor vasculare se atribuie infectării lor. Cercetările autorilor au stabilit la fel, că apariția trombozelor protezelor implantate în perioadele tardive după operație se află în dependență de curbarea vaselor sintetice, de particularitățile formării patului vascular, de caracterul concret al reacției organismului și țesuturilor sale la implantarea țesutului sintetic și de condițiile topoanatomice. Unii autori consideră drept cauza principală a trombozei șuntului femuropopliteu morfogenezei imperfectă și implantarea cronică a protezei. Autorii concretizează că aceste dereglări se manifesta prin persistarea invelişului intern de fibrină, lipsa în decursul multor ani a neointimei conjunctive endotelializate, ceea ce, în ansamblu, crează condiții favorabile pentru hipercoagulare și hipofibrinoliză în regiunea protezării.

În același timp, se relatează că unul din mecanismele posibile ale apariției trombozelor în protezele vasculare implantate îl prezintă dereglările în sistemele de coagulare și anticoagulare a sîngelui la bolnavii cu ateroscleroză. Astfel, prin cercetările experimentale s-a stabilit, că ateroscleroza se asociază cu reducerea timpului de recalcificare și a activității fibrinolitice a plasmei sangvine cu majorarea concomitentă a concentrației fibrinogenului, ceea ce crează condiții pentru formarea trombusurilor intravasculare. Prin urmare, este evident, că procesul arteriogenezei în cadrul aterosclerozei prezintă anumite particularități, printre care predomina proliferarea elementelor celulare, formarea structurilor fibroase, modificările metabolismului lipidic, dereglările în sistemele de coagulare și anticoagulare a sîngelui și proprietăților sale reologice. În legătură cu aceste fapte, unii autori consideră, că evidențierea acestor particularități este posibilă în cadrul unui studiu morfologic aprofundat al protezelor sintetice în diverse intervale după implantare în condiții de ateroscleroză. La aplicarea protezelor sintetice în cazul plasticei chirurgicale a vaselor arteriale, de obicei, se recurge la accelerarea procesului de organizare și stabilizare a neointimei cu scopul de a crea condiții optime pentru prelungirea duratei de funcționare a protezelor implantate. Însă, eficacitatea acestui recurs rămâne neînsemnată, deoarece hiperplazia neointimei provoacă o stenoză pronunțată a lumenului protezei, uneori până la obturarea lui completă. Este necesar de menționat, că aceste două procese prezintă, în condițiile nivelului sporit al trombogenezei zonelor anastomozate, cele mai frecvente complicații postoperatorii. În legătura cu acest fapt (Гагорнев В.А.2001) considerăm, că este necesară elaborarea unei generații noi de proteze vasculare cu proprietăți antitrombogene mai pronunțate și o porozitate mai redusă a materialului sintetic. Aceste publicații, relatează, la fel, că progresarea aterosclerozei are o acțiune stimulantă asupra procesului de fibroplazie în neointima protezei implantate. Actualmente s-a cristalizat concepția conform căreia principalele complicații ce survin după operațiile de implantare a protezelor artificiale și cauzează obturarea

lor, conspiră mai mulți factori: proliferarea pericitelor și transformarea lor în celule lisomusculare ale neointimei, evoluția buretelor din țesut conjunctiv, calcinozelor și formarea ulterioară a bazei trombusului, hemoragiile din rețeaua capilară în straturile neointimei protezei.

Eficacitatea operațiilor reparatorii pe vasele sangvine depinde, în mare măsură, de calibrul arterelor. Trombozele protezelor implantate apar mai frecvent în arterele cu lumenul redus. Astfel, eficacitatea clinică precoce și la distanță în cazul aplicării protezelor artificiale de aorta este cu mult mai înaltă decât la protezarea arterelor cu dimensiuni medii. Trebuie de menționat, că în ultimii ani au apărut informații despre aplicarea cu succes în experiment pe animale a microprotezelor de aorta cu dimensiuni mici (2-3 mm) prin utilizarea unor tehnici microchirurgicale moderne.

Trebuie știut, că lungimea vasului artificial constituie unul din factorii care condiționează apariția în perioada timpurie a trombozei protezelor implantate. În legătură cu acest fapt, noi am prezentat o analiză morfologică corelativă a evoluției procesului de formare a trombusurilor pe 50 proteze vasculare implantate, în dependență de lungimea, diametrul lor și frecvența apariției complicațiilor. În lotul pacienților cu protezarea arterei toracice interne (lungimea protezei 132,4 mm) frecvența complicațiilor constituia 28%, a arterei epigastrice inferioare (128,4 mm) - 24% și a gastroepiploice (127,9 mm) - 14%. Așadar, se poate afirma că utilizarea pentru plastica arterelor afectate a protezelor de lungimi mici are o eficacitate clinică superioară în raport cu protezele de lungimi mari.

Bibliografia

1. Caracteristica clinico-morfologică a arterelor șuntate și protezate în ateroscleroză. Teza de doctor în medicină. R.Niguleanu. 2001.
2. The pathology of restenosis. Kearney.M, Inzer.T. Curr. Diag. Therap. 2001.
3. Атерогенез как отражение развития иммунного воспаления в сосудистой стенке. Нагорнев В.А. Инс.Эксп.Мед. 2000.
4. Krieken J. M. and Velde A. Normal histology of the human spleen. Amer J surg, path 1988 v 12p. 777-785
5. Iurgens G., Chen Q., Esterbauer H. et al. Immunostaining of human autopsy aortas with antibodies to modified apolipoprotein B and apolipoprotein (a) // Arterioscler. Thromb.-1993.-Vol.13.- P. 1689-1699.
6. Steinberg D. Lipoprotein modification and atherogenesis // Atheroscler. Rev. -1991.-Vol. 23.- P. 115-121.
7. Stemme S., Hanssan G. K. Immune mechanisms in atherogenesis // Ann. Med.- 1994.- Vol.26. – P. 141-146.
8. Wick G., Xu Q. Atherosclerosis - an autoimmune disease // Exp. Gerontology -1999.-Vol. 34. – P. 559 – 566.
9. Зота Е. Г. Некоторые аспекты патогенеза атеросклероза // Вестник АНМ 2(2)-2005. С. 37-43.
10. Зота Е. Г. Pathology of arterial wall, immunoinflammation and atherosclerosis. // The journal of coronary artery disease prevention. Istanbul, Turkey. October 29 - November 1, 2005, С. 28
11. Нагорнев В. А., Анестиади В. Х., Зота Е. Г. Атерогенез. Кишинев-С.-Петербург, 2001. С. 330.
12. Nagornev V., Zota I. Aterogeneza (cu aspecte celulo-moleculare). Editoria Lumina. Chisinau, 1994. P. 191.
13. Нагорнев В. А., Анестиади В. Х., Зота Е. Г. Атерогенез и иммунное воспаление. Firma Editorial-Poligrafica “Tipografia centrală”, 1997. С. 224