

Concluzii

1. Considerăm, că în caz de prezență a varicelor esofagiene cu $d \approx 7-10\text{mm}$ scleroterapia paravazală cu etoxisclerol este ineficace.
2. În asemenea cazuri este rațional de utilizat SE intravazală cu trombovar 3%.
3. Atunci când în rezultatul scleroterapiei intravazale obținem micșorarea în dimensiuni a varicelor esofagiene pînă la gr.II-III este rațional de prelungit SE paravazală cu etoxisclerol 0,5% (primele 6 luni 5 ședințe endoscopice, apoi cîte 1SE fiecare 6 luni.
4. Deasemenea, la părerea noastră, are perspectivă metoda de combinare a SE intravazale cu scleroterapia paravazală.

Bibliografie

1. Боур А.В. Малоинвазивные методы гемостаза у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Автореф. дисс.д.м.н., Москва 1998.
2. Ерамишанцем А.К., Киценко Е.А., Нечаенко А.М. Операции на пищеводе и желудке у больных с портальной гипертензией (обзор литературы)ю Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. М 2002; 6:8- 14.
3. Ерамишанцем А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка. Сб. “50 лекций по хирургии”.Под. ред. В.С. Савельева М.2003; 263-268.
4. Кащенко В.А. Кровотечения портального генеза : прогноз, профилактика, лечение: Автореф. дис....д-ра мед.наук. Ст.Петербург 2003; 42.
5. Колесников Э.М., Троян В.В., Кровотечения при портальной гипертензии у детей, Минск 2004.
6. Grace N.D. Nonsurgical of hemorrhage from esophageal varices H.O. Conn, J.C.Palmaz, M.Rossle(Eds). Transjugular intrahepatic portosystemic shunts. New York: Ikagu- Shoin 1996; 15-34.
7. Transabdominal extensive oesophagogastric devascularization with gastro- oesophageal stapling in the management of acute variceal bleeding. Mathur S.K., Shah S.R., Soonawala Z.F. et al. Br J Surg 1997; 84: 3 : 413:417.
8. Anghelici Gh. Diagnosticul și tratamentul chirurgical al complicațiilor cirozei hepatice. Autoref.dr.hab.șt.med. Chișinău 2008.
9. Mișin I. Caracteristica comparativă a eficacității metodelor de profilaxie și tratament a hemoragiilor din varicele esofagiene și gastrice în hipertensiune portală. Autoref. dr.hab. șt.med. Chișinău, 2008.

SCLEROZAREA ENDOSCOPICĂ PARAVAZALĂ A VARICELOR ESOFAGIENE CU AETHOXYSKLEROL 1 %- O METODĂ DE PROFILAXIE A HEMORAGIILOR DIN VARICELE ESOFAGIENE LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ ȘI HIPERTENSIUNE PORTALĂ

Alin Bour, Lilian Cazacu

Curs chirurgie, Facultatea stomatologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Paravasal Endoscopic Sclerosation of the Esophageal Varices with 1% Aethoxysklerol – a Prophylactic Method of Haemorrhages in the Esophagean Varices in Patients with Hepatic Cirrhosis and Portal Hypertension

Slerotherapy endoscopic paravasal results with 1% Aethoxysklerol solution are sown in this article in 30 patients with hepatic cirrhosis and portal hypertension.The patients age was between 31 and 68, 14 having HC subcompensation and 16 – HC decompensation stage.The

analysis revealed 12 patients having esophagean varices of the 2nd-3rd degree and in 16 patients of the 3rd degree.

Complications were noted only in 5 cases, no deaths. The paravascular sclerotherapy method with 1% Aethoxysklerol is exposed, in the article the data are studied and a scheme for treatment is proposed.

Rezumat

În lucrare sînt redate rezultatele sclerozării endoscopice paravazale cu sol. Aethoxysklerol 1% la 30 pacienți cu ciroză hepatică și hipertensiune portală. Vîrsta pacienților varia de la 31 pînă la 68 ani, din ei 14 aveau CH stadiul subcompensare și 16- CH în stadiul de decompensare. La 12 pacienți s-au depistat varice esofagiene gr.II-III și la 18 – gr.III.

Complicații s-au întîlnit în 5 cazuri, fără cazuri letale. Este expusă metoda sclerozării paravazale cu sol. Aethoxysklerol 1%, sunt studiate rezultatele la distanță, propusă schema de tratament.

Actualitatea temei

Una din cele mai grave complicații la bolnavii cu hipertensiune portală este hemoragia din varicele esofagiene, după care numai 15-25% de pacienți rămîn în viață.

În ultimul timp, ca metode de profilaxie a hemoragiilor din varicele esofagiene la pacienții cu ciroză hepatică și hipertensiune portală intrahepatică se utilizează metode miniinvazive așa ca: sclerozarea endoscopică, embolizarea endoscopică, aplicarea inelelor, ligaturărilor și clamelor endoscopice a embolizării radiovasculare a venelor gastrice, a șunturilor portocavale transjugulare- TIPS etc. (A.Șerțingher , 1986; V.Cercasov,1996; A.Bour,1998; I.Mișin ,2008; Anghelici G. 2008).

Una din metodele de profilaxie a hemoragiilor din varicele esofagiene este sclerozarea endoscopică. Deosebesc următoarele metode de sclerozare: 1) intravazală – sclerozantul se introduce în lumenul venei (Trombovar 3%, sodium morrhuate 5%), 2) paravazală - sclerozantul se introduce în stratul submucos (Aethoxysklerol 1%, 3%), 3) combinată (Aethoxysklerol 1%, 3%, Tisucol ® , Veriplast®). (Колесников Э.М., Троян В.В., 2004; A.Bour,1998; I.Mișin, 2008; Anghelici G. 2008).

Obiectivele

1. De a studia rezultatele sclerozării endoscopice a varicelor esofagiene cu sol. Aethoxysklerol 1% , aprecierea volumului preparatului, numărul ședințelor
2. Aprecierea eficacității combinării SE paravazale cu β - blocatorii neselectivi (Obzidan).
3. Aprecierea complicațiilor după SE paravazale cu Aethoxysklerol 1%.
4. Studierea rezultatelor imediate și la distanță a scleroterapiei cu Aethoxysklerol 1%.

Materiale și metode

În clinicile de chirurgie ale Spitalului Clinic Militar Central și Spitalului Clinic Central st. Chișinău pe perioada anilor 2000-2009 s-au aflat la tratament 107 pacienți cu ciroză hepatică și hipertensiune portală.

Din 107 pacienți cu ciroză hepatică 96 aveau varice esofagiene gr.II-III, iar 11 pacienți gr.III (diametrul varicelor 7-10mm).

Din 96 pacienți ce aveau varice esofagiene gr.II-III la 30 s-a efectuat sclerozarea endoscopică cu Aethoxysklerol 1%

Din ei 5 pacienți au avut în anamneză episoade de hemoragii din varicele esofagiene și SE a fost efectuată în scop de profilaxie a recidivei hemoragiilor. La 25 pacienți SE a fost îndeplinită pentru profilaxia primei hemoragii. Vîrsta pacienților varia de la 31 pînă la 68 ani. Din 30 pacienți cu CH – 14(46,7%) aveau CH în stadiul de subcompensare (Child B) și 16(53,3%) pacienți- CH în stadiul de decompensare (Child C).

La 12 pacienți(40%) s-au depistat varice esofagiene de gr.II-III și la 18(60%) –varice esofagiene gr.III.

La 7 (23,3%) pacienți s-a depistat esofagită catarală și la 23 (76,7%) – esofagită erozivă.

La 2 pacienți în perioada precoce după SE au avut loc hemoragii din varicele esofagiene cauzate de ulcerările mucoasei esofagiene.Hemoragia a fost stopată conservativ cu ajutorul sondei Sengstaken- Blackmor și a terapiei hemostatice.

La 3 pacienți cu CH decompensată(Child C) la FEGDS de control efectuată peste 7 zile de la SE a fost depistată o tromboflebită esofagiană cu pelicole de fibrină și porțiuni de necroză a mucoasei. După administrarea antibioticelor,antacidelor și a H₂-blocatorilor semnele de tromboflebită au regresat .

5 pacienți cu CH subcompensată și 3 cu CH decompensată timp de 3-4 zile după SE au făcut febră și au avut dureri retrosternale.

Considerăm, că aceasta este o reacție la administrarea substanței sclerozante, deoarece la FEGDS de conrol complicații locale nu s-au depistat.

Deci dezvoltarea complicațiilor erozive – necrotice după SE paravazală cu etoxisclerol 1% au avut loc în 5 cazuri (16,7%).

Considerăm, că dezvoltarea acestor complicații după SE depinde atât de modificările trofice inițiale ale mucoasei esofagiene la pacienții cu CH decompensată, cât și de concentrația substanțelor sclerozante administrate .

Rezultatele la distanță au fost studiate la 30 pacienți cu CH.

La 3 pacienți cu CH din 30 bolnavi al acestui grup,SE s-a efectuat o singură dată. La un pacient în perioada precoce după SE(o săptămână) s-a dezvoltat tabloul clinic de colecistită acută calculoasă.A fost supus intervenției chirurgicale de urgență. Diagnosticul postoperator a fost următorul :Ciroză hepatică în stadiul de subcompensare(Child B), hipertensiune portală, varice esofagiene gr.III, colecistită acută calculoasă flegmonoasă.Perioada postoperatorie precoce a decurs dificil din cauza dezvoltării insuficienței hepatice. După efectuarea terapiei hepatoprotectoare starea pacientului s-a ameliorat și a fost externat la domiciliu peste 9 zile de la intervenția chirurgicală.Pacientul nu s-a mai adresat pentru efectuarea următoarelor SE și a decedat la domiciliu(peste 5 luni) din cauza unei hemoragii abundente digestive, probabil din varicele esofagiene.Considerăm că dezvoltarea colecistitei acute la pacient nu este cauzată de procedura de SE paravazală, dar probabil de litiaza biliară ce persista concomitent. Alți 2 pacienți cu CH (Child C) la care SE s-a efectuat o singură dată nu s-au mai adresat pentru prelungirea tratamentului endoscopic planificat și au decedat peste 2-3 luni din cauza dezvoltării insuficienței hepatice.

Deci, la 21 pacienți în primele 6 luni au fost efectuate câte 4 SE, iar la 4 pacienți- câte 3 SE, la 2 - 2 SE și la 3-1SE.

Peste 12 luni la 22 pacienți s-a efectuat câte 1 SE paravazală cu etoxisclerol 1%.Apoi pînă la termenul de 3 ani(de la prima SE) la 15 pacienți s-au mai efectuat câte 2 SE paravazale.

Pînă la 6 ani au fost supravegheați 9 pacienți la care odată în 12 luni a fost efectuată SE paravazală cu etoxisclerol 1%.Au fost analizați indicii letalității, supravețuire și a frecvenței recidivelor hemoragiei(tab. 1).

Tabelul 1

Rezultatele la distanță după SE paravazală cu etoxisclerol 1 %

Termenul de supraveghere	Numărul pacienților în viață	Numărul pacienților decedați	Indicele de supraviețuire
Pînă la 6 luni	27	3(1)	90
Pînă la 12 luni	22	5(3)	73,3
Pînă la 3 ani	15	7(4)	50
Pînă la 6 ani	9	6(3)	30

(*)- în paranteză este redat numărul pacienților decedați din cauza hemoragiei variceale.

Rezultatele obținute

Indicele de supraviețuire pînă la 6 luni, a constituit 90%, pînă la un an- 73,3%, pînă la 3 ani-50%, pînă la 6 ani -30%.

Din 21 pacienți cu CH ce au decedat la diverse termene de supraveghere după SE , la 10 bolnavi cauza decesului a fost progresarea insuficienței hepatice ca rezultat al decompensării funcției ficatului.

11pacienți cu CH au decedat din cauza recidivei hemoragiei gastro –esofagiene.A fost analizat indicele frecvenței recidivelor hemoragiei în diverse perioade după SE(tab. 2).

Tabelul 2

Frecvența recidivelor hemoragiei în diverse perioade după externare din staționar

Termenul de supravețuire	Numărul pacienților cu hemoragii	Frecvența recidivei hemoragiei
Pînă la 6 luni	1	3,6
Pînă la 12 luni	3	15,4
Pînă la 3 ani	4	34,8
Pînă la 6 ani	6	70

Deci frecvența recidivelor hemoragiei pînă la 6 luni este 3,6%, pînă la 12 luni- 15,4%, pînă la 3 ani-34,8%, pînă la 6 ani-70%.

Recidivele hemoragiei după SE au avut loc la pacienții, care nu sau prezentat la termenul indicat pentru efectuarea FEGDS de control și a SE repetate.

Studiul rezultatelor la distanță după SE demonstrează că indicele de supraviețuire a pacienților se micșorează, iar frecvența recidivelor hemoragiei crește din cauza micșorării la distanță al efectului scleroterapiei endoscopice.

Din 10 pacienți cu CH(Child C) ce au decedat în perioada de 6 ani de la prima SE din cauza progresării insuficienței hepatice la 6 bolnavi s-au efectuat 4 SE, la 3- 3SE și la 1-2SE.

Din 14 pacienți ce au avut recidive ale hemoragiei în perioada de studiu la distanță numai la 8 bolnavi s-au efectuat SE profilactice programate(cîte 2 SE).

Din 16 pacienți cu CH ce n-au suportat recidive ale hemoragiei în termenul pînă la 6 ani, la 14 bolnavi a fost efectuată scleroterapia profilactică programată, iar la 2 pacienți- numai 2SE.

Concluzii

1. Considerăm, că în scop de micșorare a ratei complicațiilor locale ale scleroterapiei endoscopice este necesară micșorarea concentrației de Aethoxyklerol.
2. Pentru profilaxia primară și secundară a hemoragiilor din varicele esofagogastrice în perioada de supraveghere a pacienților la distanță este necesar de mărit numărul sedințelor de scleroterapie endoscopică.

Bibliografie

1. Anghelici Gh. Diagnosticul și tratamentul chirurgical al complicațiilor cirozei hepatice. Autoref.dr.hab.șt.med. Chișinău 2008.
2. Mișin I. Caracteristica comparativă a eficacității metodelor de profilaxie și tratament a hemoragiilor din varicele esofagiene și gastrice în hipertensiune portală. Autoref. dr.hab. șt.med. Chișinău, 2008.
3. Боур А.В. Малоинвазивные методы гемостаза у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Автореф. дисс.д.м.н., Москва 1998.
4. Колесников Э.М., Троян В.В., Кровотечения при портальной гипертензии у детей, Минск 2004.
5. Черкасов В.А., Сафонов М.В. Эмболизация желудочных вен у больных с пищеводными кровотечениями при лапаротомии.// Хирургия, 1990, № 7, с.36-39.

6. Черкасов В.А., Боур А.В. Эндovasкулярная эмболизация вен желудка у больных с портальной гипертензией, осложненной эзофагогастральным кровотечением.// Анналы хирургической гепатологии, 1997, том 2, с. 36-40.
7. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика, лечение кровотечений из варикозно расширенных вен желудка и пищевода у больных с портальной гипертензией: Автореф. дис. д-ра мед. наук- М., 1986, с.48.

VARIANTELE VASELOR CIRCULAȚIEI MICI

**Octavian Sochirca, Știrbu Oxana, Goțonoagă Eugen, Botezatu Anatol,
Musteață Alexandru, Hîțu Valerii**

(Conducătorii științifici – Tamara Hacina, dr., conf. univ. (cat. Anatomia omului),
Boris Topor, dr. hab., prof. univ. (cat. Chirurgie operatorie și anatomie topografică)

Summary

The variants of the pulmonary circulation vessels

This paper presents a scientific research that aims at studying the variants of the pulmonary circulation vessels. This article is based on experimental data and on bibliographical analysis. Studies were made on 43 cardiopulmonary complexes, using the method of silicon injection and subsequent tissue corrosion in nitric acid. We obtained results that demonstrated a marked variability of the structures mentioned previously and underlined their surgical importance.

Rezumat

Lucrarea reprezintă un studiu științific ce are ca scop cercetarea variantelor vaselor circulației mici (pulmonare). În articol sunt expuse date proprii și date colectate din literatură. Cercetarea a fost efectuată pe 43 complexe cordopumonare, folosind metoda injectării cu silicon și corozia ulterioară a țesuturilor în acid azotic. Am obținut rezultate care au demonstrat variabilitatea pronunțată a formațiunilor sus numite și importanța lor chirurgicală.

Actualitatea temei

Anatomia și topografia vaselor circulației mici diferă de la o persoană la alta. Variațiile pot fi importante, unele pot cauza probleme în timpul intervenției chirurgicale în această regiune, iar altele pot îngreuna sau complica tratamentul.

Scopul

Analiza variabilității vaselor arteriale și venoase ale circulației mici și raporturilor lor reciproce.

Obiective

1. Cercetarea variantelor de ramificație a trunchiului pulmonar și a arterelor pulmonare.
2. Studiarea variabilității sistemului de drenaj venos al plămînilor.

Materiale și metode de cercetare

Am cercetat bronhiile de ordinul II și III, arterele și venele pulmonare lobare, segmentare, lobulare (în unele cazuri și vasele bronhiale) pe 43 de complexe cardiopulmonare, folosind metoda injectării cu silicon și corozia ulterioară a țesuturilor în acid azotic în concentrație de 30%, fotografierea mulajelor obținute.

Rezultate și discuții