

24. MONTALTO M, VENETO G., CUOCO L et al. Intestinal permeability. *Recenti.Prog.Med.* 1997, 88 (2) : 140-147.
25. MEDDINGS J. The significance of the gut barrier in disease. *Gut.* 2008, 57(4):463-467.
26. YAO Y, YU Y, WU Y, SHI Z, SHENG Z. The role of gut as a cytokine-generating organ in remote organ dysfunction after intestinal ischemia and reperfusion. *Chin Med J (Engl).* 1998, 111(6):514-518.
27. FONG Y., MOLDAWER LL., LOWRY SF. The biologic characteristics of cytokines and their implication in surgical injury. *Surg Gynecol Obstet.* 1990, 170(4):363-378.
28. SHENKAR R., CHANG TH., ABRAHAM E. Cytokine expression in Peyer's patches following hemorrhage and resuscitation. *Shock* 1994, 1(2) : 25-30.
29. GATT M, REDLY BS, MACFIE J. Bacterial translocation in the critically ill - evidence and methods of prevention (review). *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* 2007, 25(7):741-757.
30. ЗАВАДА ВН, ГАЙН ЮМ. Хирургический сепсис. Издательство: Новое знание Минск, 2003, 346 с.
31. ПЕТУХОВ ВА, СОН ДА, МИРОНОВ АВ. Эндотоксиновая агрессия и дисфункция эндотелия при синдроме кишечной недостаточности в экстренной хирургии органов брюшной полости: причинно-следственные взаимосвязи. *Анналы хирургии*, 2006, N5, с.27-33.
32. STARNES H.F., WARREN R.S., JEEVANANDAM M. et al. Tumor necrosis factor and the acute metabolic response to tissue injury in man. *J.Clin.Invest.*, 1988, 82(5): 1321-1325.
33. KANWAR S, WINDSOR A, WELSH F, BARCLAY GR, GUILLOU PJ, REYNOLDS JV. Lack of Correlation Between Failure of Gut Barrier Function and Septic Complications After Major Upper Gastrointestinal Surgery. *Ann.Surg.*, 2000, 231(1), p.88-95.
34. ГЕЛЬФАНД БР, ФИЛИМОНОВ МИ, БУРНЕВИЧ СЗ. Абдоминальный сепсис//Русс. мед. журн. 1998; 6 (11): 697-706.
35. MacFIE J. Bacterial translocation in surgical patients. 1: *Ann R Coll Surg Engl.* 1997 May;79(3):183-9.
36. BALZAN S., De ALMEIDA QUADROS C., De CLEVA R. et al. Bacterial translocation: Overview of mechanisms and clinical impact (review). *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2007, 22(4) : 464-471.

VARIANTE DIFICILE ÎN DISLOCAREA ELEMENTELOR HILULUI HEPATIC

Gheorghe Guzun

Catedra Chirurgie operatorie și anatomie topografică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Complicated variants in dislocation of Elements of Afferent Leg of Liver

This work analyses the different variants of the cystic duct, and different anatomy variants of the cystic artery (the origin, forming, surface of ramification,). Also is described minutely the mutual relation between cystic duct, cystic artery and others limitrophe formations.

Rezumat

Prin metode de injectare și coroziune au fost studiate variantele anatomice ale ductului cistic și arterei cistice (originea, formarea, teritoriul de distribuție, corelațiile cu ductul cistic și alte formațiuni anatomice adiacente).

Actualitatea temei

Necătând la unele succese remarcabile, obținute în domeniul chirurgiei căilor biliare și a ficatului, tratarea chirurgicală a leziunilor iatrogene ale căilor biliare, denotă o frecvență evidentă a complicațiilor (10-48%), a letalității (5-28,2%), a rezultatelor tardive nefavorabile (10-38%) [5,6,7,8]. În prezent, s-a lărgit mult gama indicațiilor pentru intervențiile în limitele acestei regiuni; în afară de colecistectomiile laparoscopice, tradiționale, și diferite operații cu scopul de a restabili integritatea căilor biliare în diferite patologii; se efectuează cu succes și rezecția ficatului, diverse anastomoze portocave, ligaturarea arterei hepatice. Aceste operații se complică tehnic, din cauza corelațiilor topografice complicate ale ducturilor biliare extrahepatice cu arterele regiunii [2,3,4,5,6,7,18].

Lezarea arterei hepatice drepte, sau confundarea ei cu ligaturarea în timpul mobilizării veziculei biliare, reprezintă un accident major în astfel de operații, iar consecințele pot duce până la stenoza traumatică de cale biliară principală atunci când se execută o hemostază deficilă, iar uneori la un sfârșit letal [6,7].

Diversitatea variantelor de origine, număr și traiect ale arterei cistice, în combinație cu o deficilă corelație cu ductul cistic, ductul hepatic comun, artera hepatică dreaptă și alte formațiuni din vecinătate, fac uneori colecistectomia periculoasă, riscantă și urmată de complicații atât intra- cât și postoperatorii destul de severe.

Reieșind din cele expuse, studierea unor elemente de corelație reciprocă, de anatomie variațională ale formațiunilor anatomice enumerate mai sus, atrage atenția și în continuare atât a chirurgilor, cât și a anatomiștilor. Cu toate că marea majoritate a situațiilor „nenormale” sînt minore din punctul de vedere al consecințelor, ele trebuie recunoscute, deoarece, uneori, se manifestă ca factor favorizant în determinismul unei patologii biliare, iar pe de altă parte, nerecunoașterea lor în timpul operațiilor se poate solda cu accidente grave.

În varianta clasică artera hepatică dreaptă intersectează posterior ductul hepatic biliar comun. Artera cistică își are originea din dreapta coledohului, străbătând în continuare triunghiul Callot, cu următoarele limite: ductul biliar hepatic comun - din stînga, ductul cistic – inferior dreapta și artera hepatică dreaptă sau artera cistică -superior dreapta.

Scopul lucrării

Studierea unor variante cu o corelație deficilă dintre elementele biliare și cele arteriale la nivelul hilului hepatic.

Obiectivele lucrării

1. Studierea corelațiilor reciproce dintre artera și ductul cistic, ductul hepatic biliar comun, artera hepatică dreaptă, col vezical și joncțiunea infundibulo-cistică.
2. Studierea comparativă a rezultatelor obținute cu rezultatele descrise în literatura de specialitate.

Rezultate și discuții

Pe *figura 1* este reprezentat un caz deficil în dislocarea elementelor hilului hepatic în cadrul pedicolului aferent al ficatului.

În cazul dat artera cistică prezintă un trunchi scurt, ce pornește de la artera hepatică dreaptă din partea omonimă a ductului hepatic comun. Ulterior aceasta se divide în două ramuri, una trece pe suprafața superioară, iar a doua - pe suprafața infero-medială a veziculei biliare. Diametrul vasului în cauză la nivelul trunchiului e de 2 mm. Ductul cistic este larg, nu este spiralat are un diametru de 5-6 mm, și se varsă din dreapta în ductul hepatic comun, cu 12-13 mm mai jos de locul confluierii ducturilor hepatice drept și stîng.

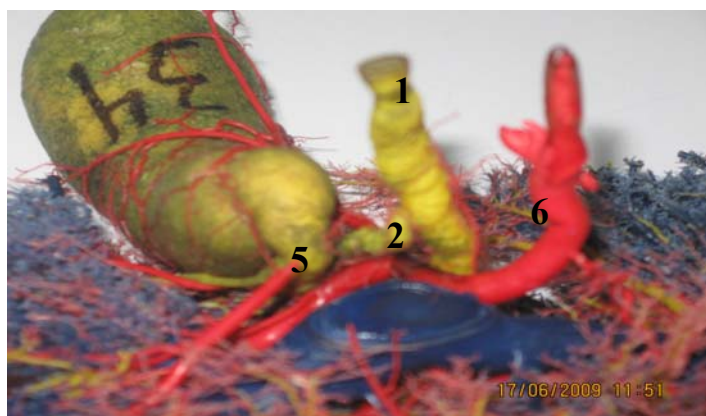
Artera hepatică dreaptă ce prezintă un traiect rar întîlnit, descrie brusc o curbură spre dreapta, ocolind din posterior ductul hepatic comun, denumită de Benson și Page „cocoașa omizii”. De la aceasta se desprinde artera cistică ocupînd, în raport cu triunghiul Callot, o poziție

înaltă. Însăși trunchiul masiv al arterei hepatice drepte (7-8 mm) trece la o distanță de 4-5 mm de peretele veziculei biliare.



Fig.1. Preparat coroziv policrom al ficatului (obiect Nr. 38) 1- artera hepatică dreaptă; 2 – artera hepatică stângă; 3 – artera cistică; vezicula biliară; 5 – ductul hepatic comun; 6 – artera hepatică comună.

Pe figura 2 deasemenea se vizualizează o corelație reciprocă ce prezintă interes dintre elementele biliare și cele arteriale în limitele hilului hepatic. În acest caz artera cistică, la fel, își are începutul de la artera hepatică dreaptă, posedă tip magistral de ramificare, nu se împarte ca de obicei în două ramuri, ci își continuie traiectul pe suprafața inferior-medială a veziculei biliare. De la trunchiul arterei cistice își au origine ramuri de calibru mai mic, ce înconjoară și vascularizează vezica biliară. Diametrul arterei cistice este de 2 mm. Ductul cistic este spiralat, are o lungime de aproximativ 20 mm și se varsă în ductul hepatic comun din dreapta sub un unghi de 90° . Ductul cistic se unește cu ductul hepatic comun la o distanță



Nu doar variantele de origine ale acestora trebuie să fie neapărat cunoscute, fiindcă în colecistectomie nu se caută locul de origine a arterei cistice, ceea ce prezintă interes major pentru chirurg este traiectul arterei cistice și a altor artere magistrale și întâlnirile neașteptate pe care acestea i le pot rezerva chirurgului în câmpul operator.

Fig. 2. Preparat coroziv policrom al ficatului (obiect Nr.34) 1 –coledohul; 2 – ductul cistic; 3 – artera cistică; 4 – vezicula biliară; 5 – artera hepatică dreaptă, 6 – artera hepatică comună.

Concluzii

În caz că hemoragia din artera cistică este în general de mică amploare, atunci lezarea arterei hepatice dreapta poate crea probleme serioase atât intra- cât și postoperatorii.

1. Raporturile, relativ intime, dintre colecist și arteră predispun la leziuni vasculare.
2. Artera cistică se poate diviza atât în două ramuri, cât și poate fi prezentă sub forma unui vas magistral.

Bibliografie

1. Duca S. Colecistectomia laparoscopică. București, 2000.
2. Puia I., Duca S., Iancu C., Bălă O., Vlad L., Ghidraș I. Colecistectomia laparoscopică și leziunile arborului biliar. Curierul Medical, 2007, Nr. 1, Chișinău, p. 10 – 12;
3. Schol F. P., Go P.M., Gouma D. I. Risk factors for bile duct injury in laparoscopic chole cystectomy: analyzis of 49 cases. Br. I., Surg., 1994, 81 (12): 1786 - 8;
4. Максименкова А.Н. Хирургическая анатомия живота. Ленинград, 1970;
5. Аниханова М.Д. Детали топографии кровеносных сосудов и печёночных протоков в пределах ворот печени. Вестник хирургии, Nr 6, 1963;
6. Ничитайло М.Е. Повреждения желчных протоков при холецистектомии и их последствия. Киев, 2006;
7. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистектомии. Хирургия, 1998, Nr. 1, с. 5.;
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Здоровья, 1993, с.-509;
9. Кочиашвили В.И. Атлас хирургических вмешательств на желчных путях Москва, 1971;
10. Смирнов Е.В. Ошибки, опасности и осложнения при операциях на желчных путях. Ленинград, 1976;
11. Шейко В. З. Хирургическая анатомия печени и желчных путей. Л., 1969;
12. Линденбратен Л.Д. Рентгенология печени и желчных путей. М., 1980;
13. Смаков Г. Нестандартное расположение внепечёночных желчевыводящих протоков. Врач, 1997, N 4, ст. 18-19;
14. Огнев Б.В. Топографическая и клиническая анатомия. М., 1960;
15. Сосновик И.И. Анатомия внутрипечёночных желчных путей и её значение в хирургии. Автореф. дисс. Л., 1962;
16. Краковский А.И. Оперативные доступы к внутрипечёночным протоком. Автореф. дисс. Омск, 1966;
17. Юпатов С.И. О структуре желчных ходов и их взаимоотношениях с сосудистыми системами, Автореф. дисс. М., 1966;
18. Гугушвили Л.Л. Ретроградное кровообращение печени и портальная гипертензия, М., 1972.

ABCESE INTERINTESTINALE ÎN GINECOLOGIA SEPTICĂ

Iurie Punga¹, Victor Curca², Vitalii Cozac²

IMSP Spitalul clinic municipal Nr.1, Chișinău¹, Catedra Chirurgie Generală și Semiologie
USMF “Nicolae Testemițanu”²

Summary

Inter-intestinal abscesses in septic gynecology

The problem of interintestinal abscesses in septic gynecology is determined by the frequency increase of this pathology, variety of predisposing causes and high risk of severe