

- vena laterală cu cea medială în majoritatea cazurilor au trunchi comun, însă cu mult mai rar ele sunt separate (Fig.5);
- am depistat un caz cînd trunchiul comun al venelor lobului mijlociu se revărsa direct în atriul drept.

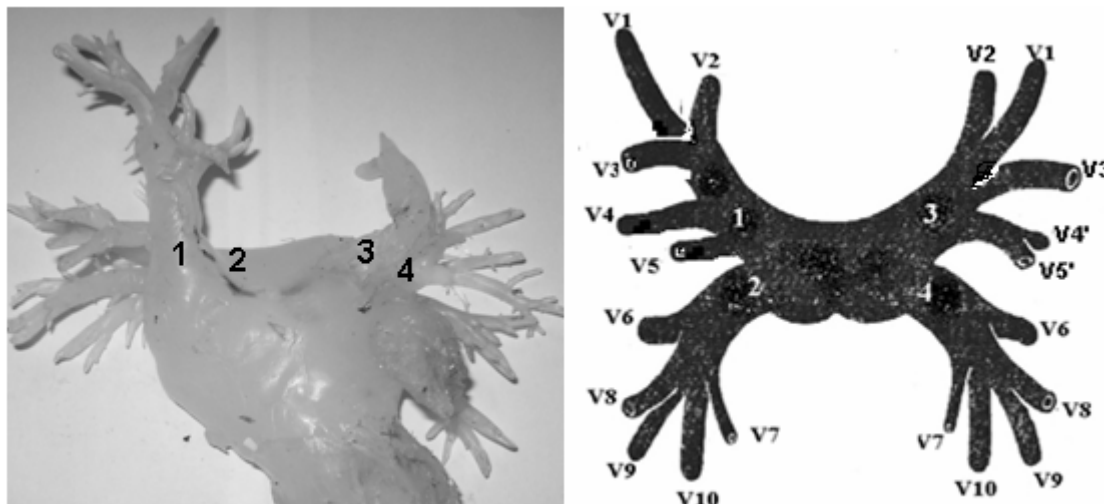


Fig.5

Venele bronhice se formează din rețeaua subpleurală, din stroma pulmonară și din rețeaua capilară din jurul bronhiolilor intralobulare.

Concluzii

Plămîinii sunt organizați sistematic: lobuli, segmente și lobi pulmonari. Cu toate acestea, reprezentarea sistematică a rețelei vasculare este numai parțial valabilă, deoarece formațiunile constitutive nu sunt uniform repartizate în plămîni și diferă de la caz la caz. În rezultat, avem multiple variante atît ale arterelor cît și venelor din sistemul circulației pulmonare.

Bibliografie

1. Galie N, Podoleanu L., Burcin RI *anatomia toracelui*. Editura enciclopedică. București 2000
2. McMinn, RMH și Hutchings, RT, *o culoare atlas de anatomia umana*, Berlin-Wien, 1975
3. Papilian, V., vol. *anatomia omului. 1*; ed. o VIa, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1982
4. Jeane Coad - *Anatomy and Physiology*, Ed. Elsevier Mosby, second edition 2005
5. www.medicalnewstoday.com

DIAGNOSTICUL ECOGRAFIC AL ECHINOCOCULUI HEPATIC

Galina Pavliuc, Gheorghe Strajescu, Maria Danu, Liviu Andon, Oleg Crudu,

Margareta Gaidău, Veronica Țaralunga

Catedra Chirurgie №2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Ultrasound diagnostics of hepatic echinococcosis

Ultrasound diagnostics is a highly informative and a largely accessible method of diagnostics of hepatic echinococcosis. We recommend using it during the operation on the intrahepatic cysts and in mini invasive surgery. You may also use this method after the operation to control the effectiveness of surgery, chemotherapy and yearly relapses.

Rezumat

Morbiditatea echinococozii în mai multe țări ale lumii, inclusiv și în Moldova rămâne destul de înaltă, în legătură cu asta activ se elaborează și se perfecționează metodele de diagnostic și tratament. Dar din regret succesele considerabile în chirurgie rezultatele tratamentului echinococozii lasă de dorit, complicațiile postoperatorii după datele unor autori (2,5,6) constituie de la 20 până la 57%. Circa 30% de echinococoză hepatică se depistează deja în stadiu de complicații dezvoltate (1,3,7). Ne îngrijorează și faptul că o treime din echinococ hepatic se depistează ocazional la investigație ultrasonoră sau examen medical profilactic (4).

În ultimul timp diagnostica echinococului hepatic s-a ameliorat datorită implementării așa metodelor mult informative ca tomografia computerizată, rezonanța magneto nucleară, care permit diferențierea patologiei focare de la cea difuză. Dar metodele acestea sunt costisitoare și ca regulă se folosesc în ultimul rând în lanțul examinărilor, când alte metode nu permit determinarea diagnosticului precis.

Diagnostica ca regulă se efectuează de la simplu la compus. Radiografia ne permite depistarea chisturilor hidatice calcificate, da în condiții de pneumoperitoneum chisturilor hidatice subdiafragmale, examinarea combinată radioendoscopică este demonstrativă la obstrucția căilor biliare cu elementele chistului hidatic rupt. La drenarea externă se efectuează fistulografia transdrenală. Scanarea cu radioizotopi a ficatului ne permite determinarea dimensiunilor chistului și starea funcțională a ficatului. Din metodele invazive se folosesc angiografia și laparoscopia.

Dar toate aceste metode noi nici nu putem compara cu examinarea ultrasonoră. USG este o metodă cea mai răspândită din cauza că e neinvazivă și e posibil de repetat examinarea de mai multe ori. Cu ajutorul USG e posibil de depistat maladia la stadiile precoce, la diametrul chisturilor de la 2-3cm. E posibil de determinat mărimea chisturilor, adâncimea localizării, relații cu vasele sangvine mari și căile biliare, stadiu de dezvoltare a chisturilor, prezența complicațiilor cât în chist, atât și în organul purtător (hepatită, ciroză, hipertensiunea portală).

Clasificarea bolii hidatice conform OMS:

- I chist monovezicular;
- II chist monovezicular cu contur dublu;
- III chist multivezicular;
- IV tumoare falsă;
- V chist cu calcificarea peretelui
- VI calcinoza totală a hidatidei;
- VII chisturi complicate.

Materiale și metode

În perioada 2000-2009 în clinica au fost operați 216 bolnavi cu echinococ hepatic primar și recidivant.

Pentru diagnostică noi am folosit: examen de laborator, radiografia, examen ultrasonor, Dopplerografia, TC, imunodiagnostica.

Examenul ultrasonor s-a efectuat la 100% de pacienți. Conform clasificării internaționale chisturi monoveziculare au fost depistate la 71 – 32,8%, chisturi multiveziculare – la 51 – 23,6%, tumoare falsă – la 19 – 9%, chist cu calcinate – la 48 – 22%. Hepatită reactivă cronică a fost depistată la 42 – 19,4%, ciroza hepatică – la 7 – 3,1% pacienți.

Rezultate

Deși metoda este destul de informativă, frecvența greșelilor conform datelor unor autori (3,6) constituie de la 2 până la 12%. Noi în caz de dificultăți de diagnostic la 102 – 47 % pacienți am folosit ultrasonografia polipozițională în 3 proiecții – frontală, laterală, dorsală. Cel mai des USG polipozițională a fost efectuată la bolnavi cu formele recidivante a maladii când arhitectonica ficatului era modificată după operațiile precedente. Adăugător ne orientam după

vasele portale, polul superior renal și vezica biliară. Având posibilitatea de a compara rezultatele examinării preoperatorii și datele intraoperatorii noi am observat că nu întotdeauna localizarea și dimensiunile chisturilor erau identice. Cel mai des disconcordanța era prezentă la bolnavii cu complicații pe fonul bolii hidatice – hepatite și ciroze hepatice, adică pe fonul fibrozei, dezvoltate în parenchimul ficatului. Din cauza îndurării parenchimului ficatului crește viteza de răspândire a ultrasunetului și la ecotomograme adâncimea localizării chisturilor poate fi mai mică decât în realitate, da dimensiunile chistului – mai mari.

USG intraoperatorie s-a folosit la 7 (3,2%) pacienți cu formele recidivante a echinococului în caz de localizare intraparenchimotoasă a chisturilor. La 4 bolnavi cu chisturi superficiale mici (până la 5 cm) s-a efectuat echinococectomia sub controlul USG – echinococectomia miniinvazivă în consecvența următoare: puncția – aspirarea conținutului chistului hidatic – injectarea substanței antiscolex – reabsorbția (PAIR). La 11 (5,1%) pacienți cu supurarea cavității reziduale în perioada postoperatorie s-a efectuat tratament prin puncție sub controlul USG.

USG de control în perioada postoperatorie a fost metoda principală de vizualizare a cavității reziduale, fiind unul din criteriile principale a eficacității intervenției chirurgicale. La depistarea chistului rezidual biometria volumului se efectua cu ajutorul funcțiilor instalate programate a aparatelor USG. În decurs de un an de zile după operație USG de control se efectua cel puțin de 2 ori pentru monitorizarea vitezei de obliterare a cavității reziduale și estimării posibilităților reparative a ficatului. La 12 pacienți cu chisturi hidatice mici (3-5 cm în diametru) s-a efectuat chimioterapia cu Escoral fără intervenția chirurgicală (5 cu echinococoză primară și 7 cu echinococoză recidivantă) – rezultatele tratamentului au fost apreciate conform datelor USG și examenului imunologic.

Concluzii

USG este o metodă de examinare accesibilă, ecologică, informativă și ușor efectuată, care permite de a stabili diagnosticul înainte de spitalizare. USG intraoperatorie, folosită la localizarea intraparenchimotoasă a chisturilor hepatice, mai ales lângă vasele sangvine mari reduce pericol de traumatizare în timpul intervenției chirurgicale și ameliorează rezultatele tratamentului, micșorând riscul de hemoragie. Intervențiile chirurgicale miniinvazive sub controlul USG reduc traumatismul operației, scurtează durata tratamentului în staționar, dau rezultatele postoperatorii bune. În perioada postoperatorie noi recomandăm folosirea USG pentru monitorizarea vitezei obliterării a cavității reziduale și estimării posibilităților reparative a ficatului, estimarea eficacității chimioterapiei și depistarea precoce a recidivelor.

Bibliografie

1. Акилов Х.А., Назыров Ф.Г., Девятков А.В. «Диагностика и лечение эхинококкоза у больных с циррозом печени» «Хирургия эхинококкоза» Ургенч, 1994, с. 55-56
2. Ахмедов Р.М., Камиллов С.О., Мирхужаев И.А. «Хирургическое лечение нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии печени» Хирургия Узбекистана 2001, №3, с.29.
3. Ахмедов И.Г. «Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение» Хирургия №4, 2006 с.27-29.
4. Иванов С.А., Копиев Б.И. «Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени». «Вестник хирургии» 2001, №3 с. 73-76.
5. Малиновский А.А., Шатверян Г.А., Абдуллаев А.П. «Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени». Хирургия 1997 №2 с. 28-30.
6. Мусаев Г.Х. «Диагностика и комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза». Диссер. доктора мед. Наук, Москва, 2000.
7. Soetikno R.M., Montes H., Carr-Locke D.L. “Endoscopic management of echinococosis” // World Journal of Surg. 1998, # 11 p. 1125 – 1132