

PARTICULARITĂȚILE VASCULARIZAȚIEI BAZINULUI ÎN FORMAREA HEMORAGIEI RETROPERITONEALE POST-TRAUMATICE

Gheorghe Ghidirim, Vladimir Kusturov, Irina Paladii, Igor Mahovici, Aliona Vizitiu
USMF „Nicolae Testemițanu”, catedra Chirurgie N1 “Nicolae Anestiadi”,
Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Chișinău, Moldova

Summary

Features of the blood supply of the pelvis, affecting the formation of posttraumatic retroperitoneal hemorrhages

The anatomical structure and the sources of blood supply of the pelvis were considered in detail. The features of the circulation of the pelvic bones: multi-source and unity; well-developed collaterals between the branches of internal and external iliac arteries and thus in fractures of the pelvic bones cause massive pelvic retroperitoneal hemorrhage, affecting the development of shock and mortality.

Rezumat

Au fost examinate în detaliu structura anatomică și sursele de aprovizionare cu sânge la pelvis. Caracteristici de circulație a oaselor pelviene: multe-sursa și unitate; colaterale bine dezvoltate între ramurile arterelor iliace interne și externe, cu fracturi ale oaselor bazinului, cauza hemoragiei masive pelviene retroperitoneale, care contribuie la dezvoltarea de șoc și mortalitate.

Introducere

Traumatismul oaselor bazinului asociat cu leziuni ale organelor intraabdominale se alătură celor mai dificile probleme în medicina de urgență [1,4,6,8,12]. Potrivit datelor literaturii de specialitate, lezarea oaselor bazinului în 21-100% din cazuri se complică cu hematom retroperitoneal [1,2,4,6,8,9,12]. Leziunile pelviene mai frecvent sunt complicate de dezvoltarea hemoragii retroperitoneale masive, ajungând la 3-4 litre, care provoacă șoc în 60% și în 40% din cazuri-letalitate [4,6,8,9,12]. În asociere cu lezările organelor cavitare și a bazinului mic, hemoragiile provoacă deces până la 69% la locul accidentului sau la primele etape de evacuare a pacienților [4,6,12]. Letalitatea în traumatism asociat sever atinge 90-100% [4,6,8,9,12].

Una din cauzele principale de deces al bolnavilor cu leziuni traumatice pelviene este hemoragia. Contrar faptului că hemoragia, metodele de prim ajutor și tratament sunt studiate de la Hipocrate, o serie de probleme a hemoragiei retroperitoneale pelviene nu sunt încă pe deplin rezolvate [1,2,4,6,12].

Hematomul post-traumatic retroperitoneal pelvian este o revărsare de sânge în spațiul retroperitoneal a bazinului, ca urmare a leziunilor traumatice vasculare a organelor și țesuturilor. Surse de hemoragie retroperitoneală pot fi: vase sangvine arteriale, venoase, capilare de diferit calibru. Asupra intensității hemoragiei acționează viteza de efuziune, numărul vaselor lezate, nivelul tensiunii arteriale, etc.

Simptomele comune de hemoragie sunt aceleași pentru toate tipurile de hemoragii, și sunt caracterizate prin simptome de anemie severă și tablou de șoc hemoragic. Hemoragia arterială pelviană rapid provoacă deces din cauza disfuncției sistemului cardiovascular și cerebral. Hemoragiile venoase se caracterizează printr-o pierdere lentă de sânge, și nu pot fi subestimate. Sursele de hemoragie pelviană, până la 80-85% din pacienți sunt venele pelviene, plexurile venoase și nu hemoragia arterială [10,12]. Hemoragiile pelviene mai frecvent sunt cele interne. Hemoragiile retroperitoneale nedetectate, latente, devin adesea o cauza de deces la pacienții care au supraviețuit după etapa inițială a traumatismului. Rezultatul hemoragiei depinde nu numai de

amplora pierderii sanguine. Semnificație are starea generală a organismului, vârsta pacientului, starea sistemului cardiovascular, sistemului de coagulare a sângelui [10,12].

S-au analizat datele literaturii tematice, privind acțiunea unor factori asupra formării hematomului retroperitoneal posttraumatic masiv. Este remarcat faptul că această problemă a fost analizată de către diverși autori [1-4,6-9,12], cu toate acestea, și în prezent, este insuficient explorată și incomplet reflectată în literatura de specialitate, ce argumentează necesitatea de cercetare în profunzime pe acest subiect.

Scopul lucrării: dezvăluirea particularităților vascularizației bazinului, care afectează formarea hemoragiei retroperitoneale post-traumatice.

Materiale și metode

Lucrarea se bazează pe o analiză amplă a datelor expertizei medico - legale și clinice pe un lot a 152 pacienți cu traumatism pelvio-abdominal, complicat cu hemoragii retroperitoneale, tratați în CNȘPMU. Bărbați - 104 (68,42%), femei - 48 (31,57%). Raportul bărbați/femei - 2,16:1. Vârsta medie - $38,81 \pm 16,03$ ani ($p < 0,05$). Cauzele principale a traumatismului: accidente de circulație - 98 (64%), katatraumatisme - 44 (29%), traumatisme prin strivire - 8 (5%), etc. - 2 (1%). La pacienții din lotul de studiu a predominat traumatismul închis- 90,9% cazuri, față de cel deschis - 9 % cazuri. La toți 152 pacienți s-au depistat fracturi ale bazinului, hematom retroperitoneal. Lezările bazinului au fost repartizate în tipuri în conformitate cu clasificarea M. Tile/AO: de tip A- 58 (38,15%), de tip B - 40 (26.31%), C- 54 (35.52%) pacienți. Mortalitatea 41,44% (63 pacienți).

La baza lucrării, se află rezultatele investigațiilor: examen clinic general; USG; radiologice, TC, etc. Datele intervențiilor chirurgicale: laparoscopiei; laparotomiei. Rezultatele expertizei medico-legale a 63 (41,44%) decedați, cu metode complexe morfopatologice. A fost folosită clasificarea zonală a hematomului retroperitoneal, luând în considerare localizarea anatomică a hemoragiilor în spațiul retroperitoneal, propusă de Sheldon G.F.(1984) [2,4].

Rezultate și discuții

Bazinul este un organo-complex anatomic complicat format din elementele osoase de bază, acoperite cu mușchi și fascii, și conține un număr de organe cu structuri și funcții diferite. Vascularizarea bazinului are loc, din bazinul arterelor iliace: artera internă iliacă, arterelor externe iliace, ramuri ale aortei abdominale și artera profundă femurală, cu colaterale bine dezvoltate între ramuri, în adâncimea țesutului: a. rectalis, a. pudenda internă, a. ovarică, aa. sacrales lateralis, a.glutea superioară și inferioară, a.obturatorie [5,7,10,11]. Prin urmare, alimentarea sangvină a bazinului ar trebui să fie considerată o rețea complexă unică. Sursele multiple, unitatea de vascularizare a bazinului este important atunci când se aplică metoda de ligatură a vaselor pe traseu, în caz de hemoragii masive, atunci când un alt mod de a stopa hemoragia pelviană este imposibilă. Fundamentul osos al bazinului constă din substanță spongioasă și compactă și are particularități caracteristice angioarhitectonice în structura osoasă și rețeaua de capilare vascularizate.

Fig.1(a): se vizualizează fractură osului bazinului a structurii spongioase, și, deși fractura este mică, în jur se constată o hemoragie vizibilă. Efectuat un studiu mai detaliat al structurii și vascularizării oaselor pelviene. Fig.1(b),2(a) prezentate preparate ale oaselor bazinului, unde este clar vizibil arhitectura complexă, ca un "fagure de miere", format din niște pereți laminari subțiri aproape transparente. Structura microscopică a țesutului osos al bazinului este prezentat în Fig.2(b), vizibile sunt septurile subțiri laminare, care formează cavitățile lacunare în formă de fag.

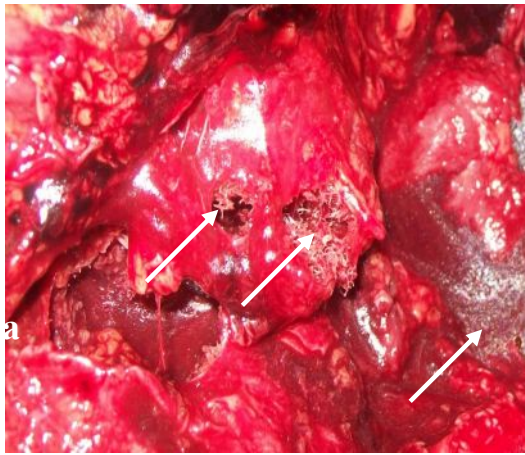


Fig.1 (a). Foto fracturii oaselor pelviene a regiunii iliace pe stânga cu un hematom retroperitoneal extins.

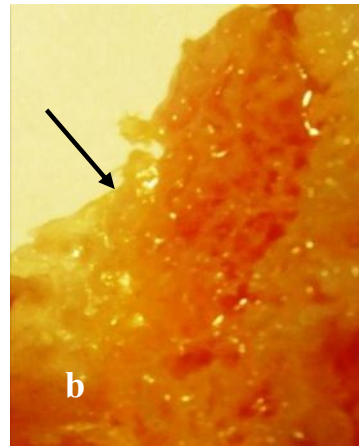


Fig.1 (b). Structura ca un „fag” a oaselor pelviene, format din pereți laminari subțiri.

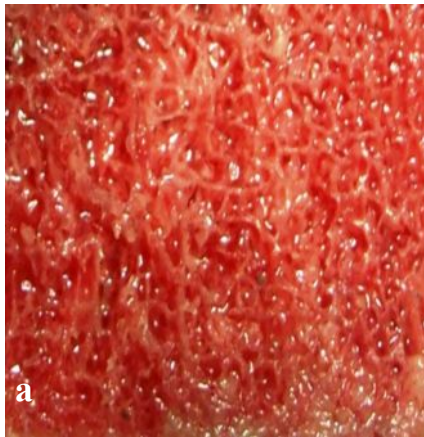


Fig.2 (a). Structura macroscopică al arhitectonicii țesutului osos a bazinului.

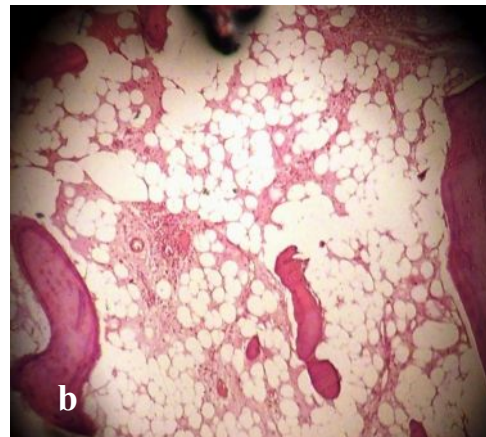


Fig.2 (b). Structura microscopică al arhitectonicii țesutului osos a bazinului: septul osos formează o cavitate laminară în formă de "fag".

În alimentarea cu sânge a bazinului sunt implicate mai multe arcuri arteriale: arc. exterior și interior al arterei obturatorie, arc. arterială a acetabulului, arc. arterial exterior aripei iliace. Arca arterială aripei iliace este unul dintre cele mai mari arce în diametru până la 3 mm, care se deplasează de la artera iliacă internă pe suprafața internă a aripii și corpului osului iliac, ischion și pubian. Arcurile arteriale au o anumită rezistență la traumatism, care se datorează: 1) sinuozității vasculare pentru a asigura elasticitatea și deplasarea în fracturile oaselor, 2) lipsa de fixare stabilă a trunchiului arterial cu baza osoasă a bazinului, care le oferă o anumită mobilitate. Unele părți ale arcadelor arteriale, în special în semicercul anterior, sunt fixate către fascia oaselor pelviene, în fracturile cu deplasare de fragmente, oasele mai puțin sunt lezate, în fracturi fără deplasare a fragmentelor, posibil formarea de hematom subfascial minor. În acest caz, fascia de fixare joacă un rol hemostatic. Factorul 3) rezistență arcadelor arteriale este o discrepanță între localizarea traumei și dispunerea topografică a acestor arcade, în plus, suprafața exterioară acestea sunt protejate de mușchii fesieri și interior – de scheletul osos. Prin urmare, lezarea lor este posibilă numai în traumatism extrem de grav. Dar toate aceste artere sunt ușor lezate în traume de cuțit și de foc. Factorul 4) deplasarea fragmentelor osoase, iar forma fragmentelor este marcat ca factorul 5), care acționează asupra lezării vaselor sangvine. În prezența fracturilor pelviene, hematumul retroperitoneal masiv, apare uneori și în lipsa lezării vaselor magistrale. Particularitățile anatomice vaselor interne a oaselor pelviene sunt "colectorii vasculari", care formează o rețea închisă, continuă vasculară, cu diametrul total ce poate depăși vasele magistrale

principale. În fracturile pelviene, vasele sangvine interosoase lezate nu se încadrează în mod spontan și nu se trombează, din cauza structurii anatomice ale plexului venos în pelvis, absența valvulelor, presiunea pozitivă, etc. [6,10,11].

În Fig.3 (a) este prezentat structura macroscopică a bazinului, unde se vizualizează mai multe vase mici binte, pereții cărora sunt fixați la os, ce nu permite colabarea vaselor chiar și după traumă. În Fig.3 (b); este prezentat structura microscopică a țesutului osos a bazinului. În Fig.3 (b): în mod clar este vizibilă structura vasului sanguin. Peretele fixat la nivelul osului, și în ciuda flexibilității, mențin cu strictețe configurația acestuia ca "in vivo". Prin urmare, în fracturi de pelvis, cu o deplasare semnificativă a fragmentelor, lezarea intraosoasă a vaselor este întotdeauna complicată de hemoragii masive. Vascularizarea externă a bazinului are, de asemenea, particularitățile sale proprii. Aportul de sânge la sacru se efectuează de către vasele care trec și se fixează în canale osoase destul de lungi și înguste, ce contribuie la lezarea lor în momentul fracturilor.

Fracturi ale osului sacru, mai ales multiple complicate de pierderi masive de sânge, prezintă zona periculoasă din punct de vedere al sursei de hemoragie retroperitoneale masive. În fracturile oaselor bazinului, toți factorii enumerați de mai sus, contribuie la formarea hemoragiei retroperitoneale masive, ajungând la 3-4 litre.

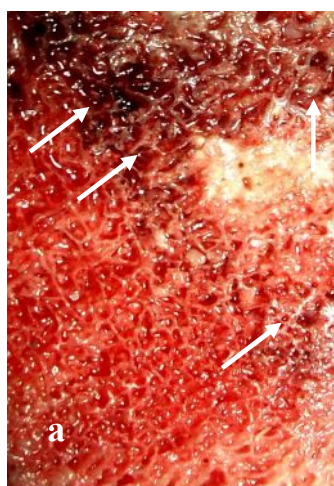


Fig.3 (a). Structura macroscopică oaselor bazinului: pereții vaselor mici sunt fixate către os.

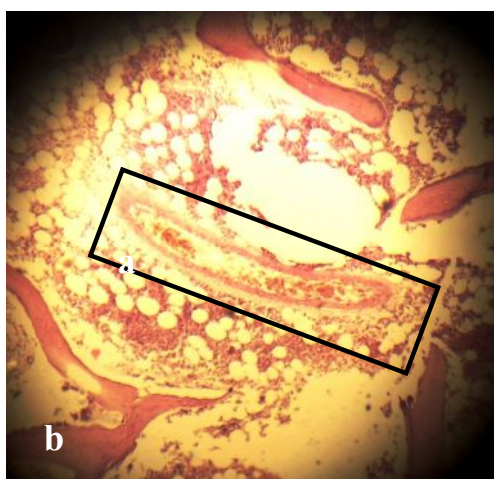


Fig.3 (b). Structura microscopică a țesutului osos a bazinului: microstructura vasului sanguin. Pereții vasului sunt fixați către os, cu păstrarea configurației.

Cel mai numeros a fost grupul cu fracturi a bazinului de tip A- 58 (38,15%), cu subtipul A₂- 55 de pacienți. Bărbați- 41, femei- 17, vârsta medie $37,31 \pm 15,49$ ani. AIS = $10,63 \pm 3,71$; ISS = $36,08 \pm 17,05$. Mortalitatea în grupul cu fracturi pelviene de tip A- 27,58% (16 pacienți), A₂-25,45% (14), A₃-66,66% (2 pacienți).

Arterele, care trec de-a lungul suprafeței interioare a bazinului sunt fixate de pereții canalelor interosoși, care contribuie ruperea lor, în caz de lezare a țesuturilor înconjurătoare. Astfel, cea mai mică deplasare a fragmentelor osoase în fracturile oaselor pelviene, duce la traumatizarea simultană anastomozei vaselor interosoase și leziunilor ale vaselor externe, care trec prin suprafața interioară a bazinului, și provoacă hemoragii masive pelviene. În studiu nostru pacienții cu fracturi a osului sacru a fost în 3 cazuri, cu formarea hematomului masiv a bazinului, cu mortalitatea înaltă în grupa dată: A₃- 66,66% (2 pacienți).

Cea mai periculoasă în această privință, zona semiinelului posterior a bazinului, care este maximal vascularizată: fracturi de acest domeniu sunt întotdeauna complicate de hemoragii masive. Inelul anterior este vascularizat mai slab, și probabilitatea de risc de hemoragie majoră este scăzută. În aplicarea forțelor traumatiche cu direcția anteroposterior, apar fracturi instabile de rotație, de tip B, în conformitate cu clasificarea după Tile. În astfel de situații, sursa de hemoragii

retroperitoneale este adesea artera obturatorie. În studiu nostru în grupul cu fracturi pelviene rotațional instabile de tip B- 25 de bărbați și 15 femei, total – 40 (26,31%) pacienți. Vârsta medie a pacienților 44,87±17,44 ani. AIS=10,9±3,12; ISS=35,85±15,81. Mortalitatea în grupul cu fracturi pelviene de tip B a fost de 45% (18 pacienți), B₁-42,85% (9 pacienți); B₂- 41,17% (7), B₃- 100% (2 pacienți).

Atunci când forța este aplicată în direcția verticală apar fracturi pe verticală de rotație, instabile de tip C (Tile). Hemoragia retroperitoneală se dezvoltă din artera glutea superioară. A. iliaca internă dă trunchiuri mai mici: a.umbilicalis, a.vezicalis superioară (inferioară), a.rectalis media, a.obturatoria, a.glutea inferior, a.pudenta internă, aprovizionarea, cu excepția, țesutului osos: organele interne pelviene, spațiu tisular și mușchii pelvieni. Trunchiul posterior al arterei iliace interne se află mai intern merge jos și medial și dă artere parietale: aa. sacralis lateralis, a. iliolumbalis, a. glutea superior. Dintre toate arterele enumerate, artera glutea superioară, în caz de traumatism a regiunii fesiere oferă cele mai abundente hemoragii.

În grupul cu fracturi pelviene rotațional vertical instabile de tip C- 54 (35,52%) pacienți. Bărbați- 37, femei- 17, vârsta medie 35,94±14,21 ani. AIS=12,3±3,41; ISS= 43,63±15,98. Mortalitatea în grupul cu fracturile bazinului de tip C- 53,7% (29 pacienți), C₁- 50% (20 pacienți), C₂- 44,44% (4), C₃-100% (5 pacienți).

Hemoragiile retroperitoneale au fost constatate în lotul de studiu a 152 accidentați, care au fost cauzate de: fracturi ale bazinului; lezările venelor lombare, intrapelviene; organele intra-abdominale: vezica urinară, rinichi, etc. Volumul de sânge a fost diferit și cauzat de devierea fragmentelor osoase, de lezarea masivă a țesuturilor moi și organelor intrapelviene, timpului de la traumă la stabilizarea bazinului.

S-a efectuat studiu hemoragiilor retroperitoneale la 152 accidentați: la 89 de pacienți supraviețuiți- marcat ca lotul numărul N1 și 63 decedați – marcat ca lotul de studiu N2. Zonele de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale în lotul N1, au fost determinate pe baza: TC-17 (19,1%), laparoscopiei- 27 (30,33%), laparotomiei- 48 (53,93%). Un studiu mai detaliat a surselor și zonelor de hematom retroperitoneal efectuat în lotul N2 la studiu pato-morfologic.

În lotul N1, au fost înregistrate: Fracturi bazinului de tip A- 41: A₂- 39, A₃-2 pacienți. În lotul N1, cu fracturi pelviene tip A hemoragiile intrapelviene constatate în fracturi de tip A₃- 2 cazuri, cu lezarea – vezicii urinare, os sacru. În lotul N1 cu fracturi a bazinului de tip A s-a constatat hematom retroperitoneal extrapelvian în 24 de cazuri, cauzat de lezarea organelor interne: intestinul subțire, mezocolon, ficat, splina, pancreas, etc. Fracturi pelviene rotațional instabile a bazinului de tip B- 23: B₁- 12, B₂- 10, B₃- 1 pacienți. În lotul N1, cu fracturi pelviene tip B hemoragiile retroperitoneale intrapelviene constatate în 20 de cazuri. În acest grup de pacienți au fost înregistrate cazuri cu fracturi multiple a osoaselor bazinului, în 3 cazuri hematomul retroperitoneal a fost intra- și extrapelvian, determinat de lezarea multiplă a organelor interne: intestinul, splina, etc. În lotul N1, cu fracturi bazinului de tip B, în 3 cazuri constat hematom retroperitoneal extrapelvian cauzat de lezarea organelor interne: intestinul subțire, mezoul, ficat, splina. Fracturi pelviene rotațional vertical instabile a bazinului de tip C- 25: C₁-20, C₂-5 pacienți. În lotul N1, cu fracturi pelviene tip C hemoragiile retroperitoneale intrapelviene constatate în 21 cazuri, din ele în 6 cazuri constat și hematom retroperitoneal extrapelvian, determinat de lezarea organelor interne: intestinul subțire, mezoul, ficatul, uretra, etc. În lotul N1, cu fracturi a bazinului tip C₁, în 4 cazuri constat hematomul retroperitoneal extrapelvian, ca urmare lezării: intestinul subțire, mezoul, ficat, splina, etc. Așa dar în lotul N1 s-a constata formarea hemoragiilor retroperitoneale intrapelviene în fracturile bazinului tip A-17, B-20, C-21, total- 58 cazuri. Formarea hemoragiilor retroperitoneale extrapelviene (pararenale, paraintestinale, etc) în fracturile bazinului tip A-24, B-3, C-4, total-31cazuri.

În lotul de studiu 2, determinate: Fracturi bazinului de tip A- 16: A₂- 14, A₃- 2 pacienți. În lotul N2, cu fracturi a bazinului de tip A hemoragiile retroperitoneale intrapelviene constatate în 9 cazuri, fracturi de tip A₂-7, A₃-2 cazuri, cu lezarea – vezicii urinare, os sacru. În fracturile de tip A₂ în 3 cazuri s-a constatat hematom retroperitoneal intra și extrapelvian. În lotul 2, cu fracturi bazinului de tip A în 7 cazuri constat hematom retroperitoneal extrapelvian, cauzat de

lezarea organelor interne: ficat, splina, rinichiul stâng, lezarea completă a măduvei spinale, etc. Fracturi pelviene rotațional instabile a bazinului de tip B-18: B₁-8, B₂-7, B₃-3 pacienți. În lotul N2, cu fracturi pelviene tip B hemoragiile retroperitoneale intrapelviene constatate în 14 cazuri: B₁-6, B₂-5, B₃-3 cazuri cu lezarea uretrei, vezicii urinare, etc. În acest grup de pacienți în 7 cazuri înregistrat hematom retroperitoneal intra- și extrapelvian cu lezarea organelor interne: intestin, ficat, splina, mezoul, rinichii, diafragma, etc. În lotul N2, cu fracturi bazinului de tip B, în 4 cazuri constat hematom retroperitoneal extrapelvian determinat de lezarea organelor interne: intestinul subțire, mezoul, ficat, splina. Fracturi pelviene rotațional vertical instabile a bazinului de tip C-29: C₁-20, C₂-4, C₃-5 pacienți. În lotul N2, cu fracturi bazinului de tip C hemoragiile retroperitoneale intrapelviene constatate în 27 cazuri, din ele la 20 de pacienți determinat și hematom retroperitoneal extrapelvian, determinat de lezarea organelor interne: aorta abdominală, intestinul, ficat, splina, rinichii, vezica urinară, etc. În lotul N2, cu fracturi a bazinului tip C₁, în 2 cazuri constat hematomul retroperitoneal extrapelvian, ca urmare lezării organelor interne: intestinul, rinichii, etc. Așa dar în lotul N2 s-a constat formarea hemoragiilor retroperitoneale intrapelviene în fracturile bazinului tip A-9, B-14, C-27, total-50 cazuri. Formarea hemoragiilor retroperitoneale extrapelviene în fracturile bazinului de tip A-7, B-4, C-, total- 13 cazuri.

Sursa hemoragiilor retroperitoneale intrapelviene, la pacienții din lotul N1 nu a putut fi concretizată. În aceste cazuri, doar se poate de presupus sursa hemoragiei după localizarea și răspândirea sufuziunilor hemoragice zonale, conform clasificării Sheldon- zona 3. La autopsia sursa hemoragiilor retroperitoneale intrapelviene a fost determinată individual: artere și vene intraosoase a oaselor bazinului (os iliac, sacru, articulația sacro-iliacă); artere și plexurile venoase intrapelviene și a vezicii urinare. Depistată în majoritatea cazurilor hemoragiile intrapelviene ca urmare lezării plexurilor venoase și arterei interne iliace cu colaterale bine dezvoltate între ramuri: a. rectalis, a. pudenda interna, a. ovarica, aa. sacrales lateralis, a. glutea superioară și inferioară, a. obturatoria.

Cunoașterea particularităților vascularizării a bazinului, surselor și volumul hemoragiilor retroperitoneale posttraumatice, oferă o imagine completă a proceselor patologice și permite de a decide o concluzie corectă față de tactica strategiei de diagnostic și tratament în acest grup de pacienți, inducând la îmbunătățirea rezultatelor tratamentului.

Concluzie

Particularitățile anatomice a vaselor intraosoase pelviene sunt "colectorii vasculari", diametrul total căreia poate depăși secțiunea transversală a venelor majore. Vasele lezate intraosoase spontan nu se colabează și nu se thrombează, ceea ce contribuie la hemoragii pelviene prelungite.

Particularitățile vascularizării oaselor bazinului: multiple surse și unitate; colaterale bine dezvoltate între ramurile arterelor iliace interne și externe, cu fracturi ale oaselor bazinului, cauza hemoragiei masive pelviene retroperitoneală.

Bibliografie

1. Blackmore C.C., Jurkovich G.J., Linnau K.F., et al. Assessment of volume of hemorrhage and outcome from pelvic fracture. Arch Surg 2003;138(5):504-509.
2. Hak D.J., Smith W.R., Suzuki T. Management of hemorrhage in life-threatening pelvic fracture. J Am Acad Orthop Surg. 2009;17(7):447-57.
3. Lee S.L., Ku Y.M., Rha S.E. Comprehensive reviews of the interfascial plane of the retroperitoneum: normal anatomy and pathologic entities. Emerg Radiol., 2010;17(1): 3-11.
4. Sathy A.K., Starr A.J., Smith W.R., et al. The effect of pelvic fracture on mortality after trauma: an analysis of 63,000 trauma patients. J Bone Joint Surg Am. 2009;91(12):2803-10.
5. Skandalakis John E. et al. Surgical Anatomy: The Embryologic And Anatomic Basis of Modern Surgery. McGraw-Hill Professional Publishing, CHM, eBook, 2004.1750 p. <http://www.vek-com.ru/76730.html>

6. van Vugt A.B., van Kampen A. An unstable pelvic ring. The killing fracture. J Bone Joint Surg Br. 2006;88(4):427-33.
7. Wahlberg E., Olofsson P., Goldstone J. Emergency Vascular Surgery – A Practical Guide. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007.200 p.
8. Willmann J.K., Roos J.E., Platz A., et al. Multidetector CT: detection of active hemorrhage in patients with blunt abdominal trauma. AJR Am J Roentgenol, 2002; 179(2):437-44.
9. Yoon W., Kim J.K., Jeong Y.Y., et al. Pelvic Arterial Hemorrhage in Patients with Pelvic Fractures: Detection with Contrast-enhanced CT. Radiographics. 2004;24(6):1591-605.
10. Минеев К.П. Клинико-морфологические аспекты перевязки сосудов таза. Свердловск: Изд-во Урал ун-та, 1990.180 с.
11. Сергиенко В.И., Петросян Э.Л., Фраучи И.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. Т.2: 318-323.
12. Смоляр А.Н. Забрюшинное кровоизлияние при переломах костей таза. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009; 8:48-51.

EVOLUȚIA CLINICĂ ȘI DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ALE COLECISTITEI ACUTE COMPLICATE

Gheorghe Ghidirim¹, Ala Suman², Elena Pleșco², Serghei Suman²

Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, Catedra Anatomie Topografică și Chirurgie Operatorie USMF „Nicolae Testimițanu”

Summary

Clinical evolution and differential diagnosis of complicated acute cholecystitis

Clinical signs of acute calculous cholecystitis, including its complicated forms, is conditioned by the type and stage of pathological changes of the gallbladder and of MBD. It has a wide range symptomatology - from hardly noticeable to severe symptoms characteristic to gallbladder and MBD disease.

Rezumat

Tabloul clinic al colecistitei acute calculoase, inclusiv formele complicate, sunt condiționate de forma și gradul schimbărilor morfopatologice în colecist și în calea biliară principală. Tabloul clinic deține un spectru larg al simptomatologiei – de neesențiale până la simptomatologie accentuată caracteristice patologiei colecistului și al căii biliare principale.

Tabloul clinic al colecistitei acute calculoase, inclusiv și a formelor ei complicate, este condiționat de forma și stadiul modificărilor morfopatologice ale veziculei biliare și ale CBP. El dispune de un spectru simptomatologic larg – de la manifestări abia observate la simptome expresive caracteristice afectării colecistului și a CBP [2, 7, 10, 12, 17].

În contextul dat, prezintă un deosebit interes formele complicate ale colecistitei acute cu o incidență mai înaltă, deoarece ele influențează evident rezultatul tratamentului operatoriu. Este vorba, în special, despre formele distructive ale colecistitei calculoase, care pot implica în procesul patologic calea biliară principală, ficatul, pancreasul și alte organe. De menționat că multe dintre virtualele complicații ale colecistitei acute sunt caracteristice pentru persoanele de vârstă înaintată [4, 17].

Una dintre formele grave ale colecistitei acute calculoase este colecistita obstructivă. Ea se agravează prin dezvoltarea infecției în colecist și prin evoluția accelerată a proceselor distructive [16].

Obstrucția canalului colecist este urmată de hipertensiune și de dezvoltarea intensă a florei microbiene în vezicula biliară. Gradul caracterului manifest al acestor fenomene –