

5. Chifan M., Strat V., Țircoveanu E., Diaconescu M.R. Reintervenții în chirurgia chistului hidatic. Rev. Med. Chir., 1985, 89, 1, 53-56
6. Hernando E., Garcia Collegi I.L., Cordoba E., etc. Hepatic Hidatidosis. Review of a series of 677 surgically treated patients. Gastroenterol. Hepatol. 1996, 19(3): 140-145.
7. Little I.M., Ekberg H., Hollands M.I., Recurrence of Hydatid Disease. World j Surg. 1988, 12, 5, 700-704
8. Milovic I., Oluic D. Residual cavities after echinococcosis of the lung and liver. Acta Chir. Jugosl., 1989, 36, suppl., 2: 614-615.
9. Părăian Ion. Chistul Hidatic Hepatic, București, 1998.
10. Salem A., Ayadi S., Bereksi D. etc. La perikystectomie partielle dans le traitement du kyste hydatique du foie a perikyste souple. A propos d'une serie de 142 cas. Chir. Mem Acad. Chir., 1988, 114, 6, 502-503.
11. Seiume C., Geraci G., Pusello F. etc. Treatment of complications of hepatic hydatid disease by ERCP: our experience. Ann. Ital. Chir., 2004, 75(5) 531-536
12. Sielaff T.D., Taylor B., Langer B. Recurrence of hydatid disease. World j Surg., 2001, 25, (1): 83-86
13. Trullenque Peris R., Sania Remacha L., Arlandis Felix F., Tendencias Actuales en el tratamiento quirurgico de la hidatidosis hepatica. Nuestra experiencia en 97 pacientes. Rev. exp. Enferm. Apar. Digest., 1986, 70, 6, 507-510.
14. Акматов Б.А., Кенжаев М.Г., Рыскулов Э.Р. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза. Материалы 2 съезда хирургов Таджикистана. 1989, стр. 63-64.
15. Назаревский Н.Г., Изосимов В.В., Сидоренко В.Д. О рецидивах эхинококковой болезни. Тезисы Всесоюзной научной конференции. Диагностика и лечение эхинококкоза. Баку, 1987, стр. 140-142.
16. Помелов В.С., Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т. Осложнения после эхинококкэктомии печени и возможности их профилактики. Хирургия, 1992, 1, стр. 83-86.
17. Цыбырнэ К.А., Андон Л.Г., Липован В.Г., Павлюк Г.В. Повторные и реконструктивные операции после эхинококкэктомии печени. Материалы 2 съезда хирургов Таджикистана, 1989, стр. 143-144.

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL BOLII VARICOASE A VENELOR MEMBRELOR INFERIOARE

Vladimir Cereș, Galina Pavliuc, Alexei Baltag, Maria Danu
Catedra de chirurgie Nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Surgical management of varicose disease of lower extremities

This study presents the results of treatment of 36 patients with four different forms of varicose disease. Based on these results, we have developed a principled approach to the diagnosis and tactics of treatment in varicose disease.

Rezumat

Studiul prezintă rezultatele tratamentului a 36 pacienți cu 4 forme diferite a bolii varicoase. La baza rezultatelor date noi am elaborat o abordare principială la diagnostic și tactica tratamentului a bolii varicoase.

Actualitate

Boala varicoasă a venelor (dilatația esențială) membrelor inferioare este descrisă în literatură cu diferite denumiri: „boala varicoasă a venelor”, „simptomocomplexul varicos”, „varicoza esențială”, „varicoza primară” etc. Noi considerăm că cea mai reușită denumire este

boala varicoasă a venelor. Rămâne actuală problema de diagnostic și tactica tratamentului la pacienții cu boala varicoasă.

Scopul

Această afecțiune se întâlnește mai des la femei în vârsta de 25-60 ani. Ca regulă se începe în timpul gravidității sau în copilărie după primele cicluri de menstruație, simetric și au caracter ereditar transmisibil. Etiologia acestei patologii nu este cunoscută de aceea este numită în literatură „dilatția esențială a venelor membrilor inferioare”. Până nu demult se considera că în procesul patologic se include numai sistemul venos superficial.

Material și metode

După datele noastre și a literaturii, acum s-a demonstrat că asemenea dilatație se observă și în sistemul venelor profunde și este legat cu dereglarea de circulație a venelor comunicante. Morfologic se caracterizează prin înlocuirea stratului muscular în peretele venelor cu țesut conjunctiv, adică se formează o fleboscleroză.

Tabel № 1

Formele bolii varicoase a venelor membrilor inferioare

№	Formele	№ de observații	Vârsta	Bărbați	Femei
1.	Forma superficială	6	20-40	1	7
2.	Forma profundă	8	25-48	3	5
3.	Forma mixtă	16	20-45	2	13
4.	Tromboza acută	6	25-55	1	4
Total	-	-	-	7	29

După părerea noastră dilatarea venelor cum este arătat în tabelul nr.1 există practic trei forme: 1) superficială, care se caracterizează prin dilatarea venelor superficiale și păstrarea morfologică și funcțională a venelor profunde. Dilatarea merge de sus în jos; 2) profundă, care se caracterizează prin dilatarea și dereglarea valvelor venoase în segmentul genunchi – femur. Aceasta provoacă majorarea tensiunii venoase în părțile sistemului venos și insuficiența funcțională a sistemului venos din gambe, care prin venele comunicante provoacă dilatarea venelor superficiale, inclusiv a venei magistrale; 3) mixtă, care se caracterizează prin dilatarea venelor superficiale și profunde concomitent cu dereglarea funcțională și morfologică a valvelor cu schimbări hemodinamice de la debutul bolii. A patra grupă (complicațiile) sunt pacienții cu tromboza venelor superficiale. Conform acestei clasificării noi am analizat și tabloul clinic la 36 de pacienți.

Forma superficială (6 pacienți) – se caracterizează prin prezența venelor dilatate destul de pronunțat fără semne de dereglări de circulație mult timp. Mai târziu în mediu peste 1-2 ani apare cruralgia, cianoza piciorului cu edem moderat. Decompensația circulației sanguine venoase se dezvoltă foarte lent. Numai peste câțiva ani cruralgia, cianoza și edemul încep să apară după ce bolnavul ia o poziție verticală. Aceste semne se localizează în regiunea gambei. Venele superficiale sunt dilatate. În prima fază de compensație prima probă Brodi-Troianov-Tredelenburg pozitivă, a doua probă este pozitivă în faza sub- și decompensației.

La examinarea probei de marș Delbe-Pertes venele superficiale dispar. Practic toți bolnavii care au fost operați, li s-a făcut anterior doplerografia vaselor magistrale membrilor inferioare. Flebografia și flebometria informație importantă nu dau și din aceste considerente noi nu le-am folosit.

Forma profundă (8 pacienți) are un tablou clinic mai pronunțat. Primele semne sunt cruralgia ortostatică, cianoza și edemul în regiunea maleolelor, mai târziu apare dilatarea venelor în regiunea gambei. Afecțiunea începe sub formă de decompensații sau subcompensație a circulației venoase. După datele noastre foarte frecvent sunt schimbările trofice. Proba

funcțională Brodi-Troianov-Tredelenburg este pozitivă când apare dilatarea venei magistrale. Proba de marș este pozitivă ceea ce dă dovadă de insuficiență funcțională a valvelor. Repede se majorează presiunea venoasă.

Forma mixtă (16 pacienți) – semne clinice cu edem ca în stadiul de decompensație. Dilatarea venelor are un caracter total. Insuficiența valvelor are loc atât în sistemul superficial cât și profund, concomitent se observă această insuficiență și valvele venelor comunicante. Ca regulă dereglările de circulație venoase destul de repede aduc la schimbări trofice cu sau fără formarea ulcerelor.

A patra grupă de pacienți - complicațiile, care a fost sub observația noastră este tromboza acută a venelor superficiale membrelor inferioare (6 pacienți). Tromboza acută a membrelor inferioare după frecvență ocupă locul întâi. Acest fapt este cauzat de stază venoasă, care are loc în această regiune. Ca regulă, tromboza se dezvoltă de sine stătător rar, ea apare ca o complicație a sistemului cardio-vascular, tumorilor maligne, afecțiunilor infecțioase și proceselor septice. În unele cazuri sunt cauzate de graviditate, afecțiuni ginecologice, intervenții chirurgicale mai ales în cavitatea abdominală. Aceste complicații mai des au loc la pacienții în vârstă mai sus de 40 de ani, mai ales la femei. Procesul formării trombului este unit în triada Virhov – încetinirea circuitului sanguin, schimbări structurale a peretelui sanguin, majorarea coagulării sângelui. Încetinirea circuitului sanguin are la oameni cu sistemul venos normal la efort fizic, la pacienții cu patologia sistemului cardio-vascular, micșorarea tensiunii venoase, după traumă la oamenii în vârstă înaintată. La pacienții noștri factorul important este inflamația peretelui vasului venos dilatat concomitent cu schimbările trofice.

Formarea trombului este legată cu peretele vasului venos, care evoluează prin organizarea lui. În această perioadă au loc procese de resorbție și sclerozare. Rar are loc o lezare spontană a trombului.

Semnele clinice la pacienții noștri cu tromboflebită sunt legate cu ocluzia acută a venei: durere, edem, cianoză. Evidențierea acestor semne depind de localizarea trombului, răspândirea procesului, gradul de obliterație a venei, forma și stadiul trombozei; starea funcțională a colateralelor venoase, starea funcțională a sistemului arterial și limfatic. Noi suntem de părere că flebotromboza fără inflamație are loc foarte rar.

La pacienții observați de noi tromboza venelor superficiale varicoase se caracterizează mai ales prin semnele locale: infiltrat perivascular, foarte rar poate apărea chiar un flegmon. Edem și dereglări de circulație sunt mai puțin pronunțate decât la bolnavii cu tromboză a venelor profunde. După tromboza venei apare spasmul ce frânează migrarea trombului. Fragmentația trombului este foarte rară.

Tabel №2

Operațiile efectuate la pacienții cu boala varicoasă a venelor a venelor membrelor inferioare

№	Formele	Metode de intervenții chirurgicale	№ de cazuri
1.	Forma superficială	Operația Troianov + excizia venelor după metoda Bebbcock	6
2.	Forma profundă	Operația Troianov + excizia venelor dilatate + suturarea venelor comunicante după metoda Cochet	8
3.	Forma mixtă	Operația Troianov + excizia venelor dilatate + suturarea venelor comunicante după metoda Cochet Operația Linton	10
4.	Tromboza acută	Operația Troianov + excizia venelor pronunțate	6

Însă noi am observat un caz, când trombul a migrat după conjuncția safenofemurală și s-a produs o tromboembolie a arterei pulmonare. Noi ne bazăm doar pe datele clinice. Cercetările coagulogramei importantă mare nu au.

Reieșind din aceste trei forme a bolii varicoase a membrelor inferioare noi aplicăm următoarea tactică de tratament chirurgical.

Operațiile efectuate sunt oglindite în tabelul nr.2.

Conform concepției noastre tactica este următoare:

Pentru prima formă de dilatare varicoasă superficială unii propun și folosesc injectarea cu substanțe sclerozante a venelor. Această metodă noi n-o folosim pentru că se formează tromboflebita cu consecințele ei nefavorabile. Noi folosim la pacienții cu această formă tratamentul chirurgical, care include operația Troianov. Adică întâi se suturează vena saphena în locul revărsării în vena femurală și înlăturarea părții distale după metoda Bebbcock. Dacă este dilatată vena safena parva , atunci se înlătură și vena safena parva împreună cu ramurile ei comunicante. În cazurile când venele sunt dilatate sacciform sau ca niște aneurisme, se folosește metoda deschisă Madelung. Când se apreciază a doua și a treia formă, cum este arătat în tabel, pe lângă înlăturarea venelor magistrale este obligatoriu de suturat venele perforante. Ori metoda Linton cu suturarea și secționarea venelor perforante subfascial. La unii pacienți se folosește de asemenea suturarea venelor perforante epifascial după metoda Cochet. Noi distrugem duplicatura aponeurozei după metoda Ascarov, care poate aduce la compresia gambei cu staza circulației sanguine. În ceea ce privește ultima grupă – tromboflebită acută a venelor membrelor inferioare noi folosim tratamentul conservativ în timp de 2 – 3 zile, care include: substanțe antiinflamatorii, reologice, anticoagulanți și după ce inflamația acută se stabilizează la pacienți li s-a aplicat tratamentul chirurgical. Întâi se suturează și se secționează vena safena în locul unde ea se revarsă în vena femurală (operația Troianov).

După acest moment toate venele trombate se excizează. În două cazuri s-au suturat după metoda Cochet venele perforante.

Concluzie

După tratamentul chirurgical aplicat conform acestor principii în timp de doi ani recidive și rezultate ne îndestulătoare n-am avut. Reieșind în acest concept considerăm ca această tactică chirurgicală este optimală.

Bibliografie

1. Rădulescu Șerban „Simptomul urzupator”, Editura Cluj-Napoca, 1993.
2. Voicu Tănase „Ulcerul de natură venoasă al gambei”, Scrisul românesc, 1976.
3. Веденский А.Н. «Варикозная болезнь», Ленинград «Медицина»,1989.
4. Войтенко Н.К. «Варикозные расширение вен нижних конечностей. Осложнении и лечение», Минск, 1984.
5. Мариев А.И. «Хирургическое лечение варикозной болезни нижних конечностей», Пнтрозаводск,1994.
6. Цыбырнэ К.А., Гориев А.В.,Гостищев В.К., Гроза С.В. «Болезнь вен нижних конечностей», Изд. «Cartea Moldovei», Кишинев.

TEHNICA “ASVAL” ÎN TRATAMENTUL MALADIEI VARICOASE: SERIE DE CAZURI

Dumitru Casian

Catedra chirurgie generală și semiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

“ASVAL” technique in the treatment of varicose veins: case series

Majority of surgical methods used for treatment of varicose veins include the ablation of saphenous vein by means of endoluminal thermal or chemical obliteration or by means of stripping. The ASVAL (Ablation Selective des Varices sous Anesthesie Locale) technique