

Summary

Duodenal malrotation (DM), in a certain stage of evolution is leading to evaco-motorical disturbances of duodenum, contributing to the installation of symptomatic duodenal ulcer.

The latter is fitted in those 5-10 % of resistant ulcers to the schemes of contemporary therapy, as a matter of fact it creates the therapeutical and diagnostical problems, so special diagnostical and therapeutical treatment is indispensable.

The applied diagnostical algorithm permitted to mark out the DM. at the patients with ulcers. As a result, the method of choice in surgical treatment is gastric resection by „Roux ”or „Balfour”.

EVALUARE SONOGRAFICĂ A PACIENȚILOR CU ICTER OBSTRUCTIV DISTAL

Alexei Cotonet, dr. în medicină, Roman Bodrug, V. Guțu, IMSP SCR

Introducere. Cu toate că performanțele de ultimă oră ale altor metode de diagnostic (TC spiralată, RMN) [1-10,12] permit a determina caracterul icterului cu o înaltă precizie, a specifica geneza și răspândirea blocului, în condițiile lipsei aparatului performant ultrasonografia rămâne a fi metoda cea mai accesibilă pentru diagnostic și evoluare dinamică a acestor patologii. Informativitatea înaltă [3,11,13,14] și posibilitatea de a reintervenii prin investigații repetate la cerințele clinicilor, prețul redus al investigațiilor plasează această metodă noninvazivă pe primul loc.

Scopul studiului. Estimarea locului și a posibilităților metodelor ultrasonografice în diagnosticul și monitorizarea clinică a evoluției maladiilor obstructive a arborelui biliar.

Materiale și metode. Lotul de studiu a fost format din 138 de pacienți care au fost tratați în clinicile chirurgicale ale IMSP SCR cu icter obstructiv distal pe parcursul anilor 2000-2007. Toți pacienții au fost investigați multilateral și, în ultimă instanță au suportat intervenții endoscopice diagnostic-curative, care au permis aprecierea valorii diagnostice a examinărilor ultrasonografice. Aria de studiu include trei grupuri de pacienți selectați precoce conform caracterului patologiei:

- Coledocolitiază - 62 de cazuri.
- Stenoze coledocodidiene - 44 de cazuri.
- Obstrucții distale maligne – 32 de cazuri.

Toți pacienții paralel cu investigațiile generale clinice și de laborator au fost supuși obligatoriu examenului ultrasonografic la internare, nemijlocit preintervențional, în ziua a patra după decompresie endoscopică și la externare.

I. Investigațiile ultrasonografice efectuate în urgență nemijlocit la internarea pacienților au avut ca scop diagnosticul diferențial al icterului, orientarea în aspect etiologic și elaborarea tacticii medico-terapeutice ulterioare.

II. Examinările preintervenționale au fost utile în aspect de precizare a indicațiilor către operațiile endoscopice și formarea unui algoritm de abordare transduodenală a arborelui biliar.

III. Motivul reinvestigărilor în ziua a patra după decompresie este monitorizarea dilatării arborelui biliar, dat fiind faptul că metodele de laborator marchează dinamică esențială numai spre ziua a 7-a.

IV. Examinările programate la externare care au avut menirea de a aprecia eficacitatea tratamentului chirurgical.

Pentru investigații ultrasonografice am folosit aparatul “SIEMENS” SI-400 și “SIEMENS” versa PRO.

Rezultate. I. Examinările la internare au permis a stabili dilatarea căilor biliare intrahepatice în toate 138(100%) de cazuri. Referința asupra genezei blocului a fost mai puțin efectivă, fiind expusă cu certitudine numai la 76(55%) de pacienți, dintre care au prezentat coledocolitiază 57(75%), formațiuni cefalopancreatice 19(15%). În 62(45%) de cazuri concluzia endoscopică a fost „icter mecanic, bloc distal”. Majoritatea cu concluzii de genul „icter mecanic, bloc distal” o constituie pacienții colecistomizați în antecedente și pacienții cu obstrucții biliare distale maligne, preponderent în limitele papilei vater.

II. Investigațiile țintite preoperatorii au permis a obține informații suplimentare mai ales la pacienții cu blocuri distale maligne. Astfel au fost fixate formațiuni metastatice în parenchimul hepatic la 7 pacienți și în nodulii limfatici regionali la 11 pacienți. La 5 pacienți s-a stabilit ascită incipientă.

III. În ziua a patra examenul sonografic a permis a stabili evoluția maladiei prin înregistrarea certă a dinamicii dilatării arborelui biliar. Ca regulă, am stabilit înjumătățirea duametrului coledocului fixat inițial. În 11 cazuri, cu toate că s-a înregistrat clinic simptomatologia icterului, examenul sonografic a marcat prezența dilatării căilor biliare intra- și extrahepatice, fapt care a servit drept indicație pentru revizii repetate ale coledocului. Acestea au confirmat ineficiența decompresiei precedente. S-au depistat: calculi(fragmente) rezanți – 8 cazuri; ocluzie de stent – 2 cazuri și migrare de stent – 1 caz.

IV. Am considerat de mare valoare examenul sonografic la externarea pacienților. Fixarea dimensiunilor coledocului pentru monitorizarea permeabilității protezelor instalate la pacienții cu ocluzii biliare distale maligne permite a le depista ocluzionarea incipientă a stenturilor până la apariția manifestărilor clinice a icterului. Acest lot de pacienți(32) au fost examinați programat la 3 și 5 luni după protezare. Astfel la, 3 pacienți a fost stabilită dilatarea arborelui biliar la prezența protezei în coledoc în luna a treia și la 6 pacienți la examenul programat în luna a cincea după protezare, ceea ce a servit drept indicații la internarea și reprotizarea pacienților. Investigațiile sonografice programate au permis a evita dezvoltarea angiocolitelor purulente, care sunt situații chirurgicale urgente.

Concluzii

- Ultrasonografia rămâne a fi cea mai admisibilă și precisă metodă de diagnostic în icterul obstructiv
- Examenul ultrasonografic țintit al arborelui biliar permite stabilirea indicațiilor către operații și elaborarea algoritmului de abordare transduodenală a coledocului
- Monitorizarea sonografică a evoluției maladiilor biliare obstructive permite depistarea precoce a eșecurilor și complicațiilor intervențiilor la arborele biliar
- Evoluarea sonografică a funcționării protezelor biliare permite evitarea angiocolitelor supurative la pacienții protezați pentru obstrucții biliare distale maligne.

Bibliografie selectivă

1. Baron RL, Lee SP, *Ultrasound, CT and MR imaging, gallstone structure and dissolution characteristics*. In: Strategies for the treatment of hepatobiliary disease. Paumgartner G, Shiehl A, Barbara L, Roda E(eds). Kluwer Acad Publ 1990; 140-9.
2. Benoit Gallix, „*Cholangiographie par resonance magnetique: mythe ou realite?*”. Gastroenterologie Clinique et Biologique; 2000; V 24; Nr 10, p. 875-876.
3. Benson MD, Gandhi MR, *Ultrasound of the hepatobiliary - pancreatic system*. World J. Surg, 2000, Feb., Vol 24(2), p.166-170.
4. Bret P.M., Reinhold C., *Magnetic resonance cholangiopancreatography*. Endoscopy 1997, Vol. 29, p 472.
5. Chan Y.L., Chan ACW, Lam WWM et al., *Choledocolithiasis, comparison of MR cholangiography and endoscopic retrograde cholangiography*. 2002.
6. Chopra S., Chintapalli K.N., Ramakrishana K., et al - *Helical CT cholangiography with oral cholecystographic contrast material*. Radiology, 2000, 214, p.596-601.
7. Fichgold H., *Traite de Radiodiagnostic*. Tome VII. Ed. Masson, 1972.
8. Fulcher A.S., Turner M.A. Capps, Zfass, A.M. - *MR Cholangiopancreatography: experience in 300 subjects*. Radiology 1998, 207, p. 21 – 32.
9. Heully F et al., *Traite de Radiodiagnostic*. Tome VII. Ed. Masson, 1972.
10. Jean-Louis MOUGENEL, Olivier ERNST: *Evaluation d'une nouvelle sequence de colangiopancreatographie par resonance magnetique en coupes epaisses et acquisition "one shot"*. Gastroenterologie Clinique et Biologique; 2000; V 24; Nr 10, p. 888-895.
11. Masanori Sugiyama M.D., *Endoscopic ultrasonography for diagnosing Choledocolithiasis: a prospective comparative study with ultrasonography and computed tomography*. 1997, Feb. Volume 45(2), p. 143-146.

12. Thoeni R, Goldberg HI, *Radiologic evaluation of disorders of the liver and biliary system*. In "Hepatology. A textbook of liver disease". Zakim D, Boyer TD(ets). Wb Saunders Co 1990, 667-89.

13. Thomas Rosch M.D. Alexander Maining M.D.Silke Fruhmorgen M.D. et all., *A prospective comparison of the diagnostic accuracy of ERCP, MRCP, CT, and EUS in biliary strictures*. Gastrointestinal Endoscopy, june 2002, volume 55, number 7, p. 870-876.

Rezumat

În lucrare este făcută analiza veridicității diagnosticului cu ultrasunet a 138 de pacienți cu icter obstructiv distal, la fel ca și monitorizarea postdecompresivă a dilatării arborelui biliar. Autorii consideră ultrasonografia drept una din cele mai oportune metode de evoluare a acestei categorii de pacienți.

Summary

The article present the truth analysis of diagnosis of ultrasound to 138 patients of distal obstruction into common bile duct, also the monitoring after decompression biliary three.

The author opinion the ultrasound – has the effectiv and most important method of evaluation the group of patients with tis deasise.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ДИАФРАГМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ольга Иванченко, кандидат медицинских наук, **Н. Синицина**, кандидат медицинских наук, **Николай Дони**, кандидат медицинских наук, **Татяна Коломеец**, **Лучия Куражос**, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sanătății Mamei și Copilului

Пороки развития диафрагмы являются причиной возникновения врожденных диафрагмальных грыж (ДГ). Частота порока 3 (4) на 10 000 новорожденных.

Закладка диафрагмы у эмбриона происходит на 4 неделе. В процессе развития образуется грудобрюшная преграда, соединяющая переднюю и заднюю стенки вторичной полости зародыша. В заднебоковых частях её остаются плевро-перитонеальные каналы, которые к 4 месяцу закрываются плевро-перитонеальной мембраной, состоящей из париетальной плевры и париетальной брюшины. Затем между ними по краям из стенок тела вырастают мышечные волокна, за счет чего происходит усиление и укрепление диафрагмы.

При нарушении генеза диафрагмы до 4 месяца утробной жизни в ней могут оставаться различные дефекты, через которые в грудную полость проникают органы, не покрытые брюшиной, т.е. образуются ложные ДГ. Если эмбриогенез нарушается позднее, когда достаточно развиты плевро-перитонеальные складки, но не разрослась поперечнополосатая мускулатура, то возникают истинные ДГ.

Даже в процессе нормального формирования диафрагмы в ней остаются слабые щелевидные места, лишённые, как правило, мышечных волокон, это: грудино-рёберный треугольник Ларрэ (Моргани) и пояснично-рёберный треугольник Бохдалека. Правая и левая половины диафрагмы развиваются раздельно, что объясняет их некоторую функциональную самостоятельность и существование односторонних пороков.

В связи с тем, что развитие бронхиального дерева начинается тоже на 4-5 неделе, в большинстве случаев отмечается гипоплазия лёгкого на стороне поражения, иногда и обоих лёгких. Частота сочетания врождённых ДГ с другими аномалиями и пороками развития сосудистой системы и вторичной лёгочной гипертензии. Выживаемость при таких пороках по данным разных авторов составляет от 1 до 22%, смерть наступает в результате лёгочной гипертензии и дыхательной недостаточности.

Только при условии отсутствия сочетанных аномалий и рационального ведения в неонатальном периоде выживаемость при врожденных ДГ достигает чуть более 40%. Поэтому столь важна ранняя неонатальная диагностика этой патологии.