

Material and methods: In Surgical Department were treated 2 patients with SAA (a woman, aged 63 years and a man - 26 years). The diagnosis of SAA has been suggested by real-time and Doppler mode ultrasound, and confirmed by abdominal CT in angiographic regime. The concomitant disease in both cases was portal hypertension.

Results: In both patients was applied left subcostal laparotomy. In first patient was performed the resection of aneurysm, in second – the resection of SAA with restoring of blood flow by vascular anastomosis. Splenectomy was not performed. Postoperative period was uneventful, patients being discharged at the 11th and the 12th postoperative day. No recurrence over one year was showed on CT-angiography.

Conclusions: Despite the rarity of SAA it can cause severe abdominal bleeding, and should be considered as deferential diagnosis for acute abdomen. In case of large size SAA and presence of risk factors for eruption the surgical intervention is indicated.

PRINCIPII ACTUALE DE TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN STRICTURILE IATROGENE A CĂII BILIARE PRINCIPALE

FERDOHLEB A

Catedra de chirurgie nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Scopul studiului dat a fost de a sensibiliza specialiștii chirurghi, gastroenterologi asupra principiilor actuale în tratamentul chirurgical adresat stricturilor iatrogene a căii biliare principale.

Material și metode: În perioada ultimilor 20 de ani, în Clinica 1, Catedra 2 Chirurgie au fost spitalizați 228 pacienți cu stricturi iatrogene a căilor biliare. Evaluarea clinică a bolnavilor a inclus câteva etape consecutive: 1). stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2). decompresiunea preoperatorie a arborelui biliar; 3). actul chirurgical reconstructiv. Principiile evaluării diagnosticului etiopatogenetic urmate de noi au permis stabilirea următoarei repartiții a localizării stricturilor după Bismuth: tip I – 62 (27,22%) cazuri, tip II – 86 (37,72%) cazuri, tip III – 66 (30%) cazuri, tip IV – 14 (5,08%) cazuri. În cazul stricturilor biliare, după cuparea icterului și a infecției biliare, am efectuat derivațiile bilio-digestive în dependență directă de nivelul obstacolului, preferând cele bilio- jejunale pe ansa izolată în Y a la Roux.

Rezultate: În perioada postoperatorie am apreciat complicațiile în 14 (6,14%) cazuri. La zece (4,39%) pacienți s-au dezvoltat supurații postoperatorii, care au fost soluționate prin asanarea chirurgicală; iar în 4 (1,75%) cazuri – dehiscență parțială anastomotică, care a fost rezolvată conservativ. Letalitatea postoperatorie a fost marcată în 6 (2.63%) cazuri.

Concluzii: Stricturile iatrogene a căii biliare principale au o evoluție complicată, cu multe intervenții chirurgicale, necesitând numeroase internări. În prima etapă se va recurge la decompresiune de arbore biliar, iar după cuparea procesului inflamator se va realiza reconstrucția bilio-digestivă, care este în raport direct cu nivelul localizării.

CONTEMPORARY PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT IN IATROGENIC STRICTURES OF THE MAIN BILIARY DUCT

The aim of our study was to sensitize surgeons and gastroenterologists to the contemporary principles of surgical treatment of iatrogenic biliary strictures of the main biliary duct.

Material and methods: During the last 20 years, there were hospitalized 228 patients with iatrogenic biliary strictures in the 1st Clinic of Surgery Chair nr.2. Clinical evaluation included several consecutive steps: 1). setting the etiopatogenic diagnosis; 2). preoperative decompression of the biliary tree; 3). reconstructive surgical act. The principles of evaluation of the etiopatogenic diagnosis allowed us to establish the following distribution of the localization of the strictures according to Bismuth: type I – 62 (27.22%) cases, type II – 86 (37.72%) cases, type III – 66 (30%) cases, type IV – 14 (5.08%) cases. In case of biliary strictures, following the cut of jaundice and biliary infection, bilio-digestive derivations have been performed according to the level of the obstacle, preferring the bilio-jejunal on isolated loop in Y a la Roux.

Results: In the postoperative period were appreciated the complications in 14 (6.14%) cases. Ten (4.39%) patients with postoperative suppurations which were solved through surgical debridement; 4 (1.75%) cases of partial anastomoses dehiscence, managed conservatively. The postoperative lethality was of 6 (2.63%) cases.

Conclusions: The iatrogenic biliary strictures of the biliary ducts have a complicated evolution, with many surgical interventions and hospital confinements. In the first stage decompression of the biliary tree is performed and following the cut of the inflammatory process, bilio-digestive reconstruction is done.

PROBLEME DE EXTRAGERE A CAVA-FILTRELOR TEMPORARE

FOKIN AA, SOSCHENKO DG

Universitatea de Stat de Medicină din Uralul de Sud, Celiabinsk, Rusia

Introducere: Cea mai simplă, sigură și efectivă metodă de prevenire a embolismului pulmonar în tromboza venoasă profundă iliofemurală este implantarea filtrului în vena cava inferioară. Numărul de filtre implantate rămîne mare. În Rusia rata medie de implantare constituie circa 22,5 proceduri la un milion de populație (3228 implantări în anul 2012, 1867 – în 2013). În același timp numărul filtrelor extrase rămîne mic.

Scopul studiului a fost examinarea motivelor din care filtrele temporare nu au fost extrase și discutarea căilor posibile de mărire a ratei de extragere a filtrelor temporare.

Material și metode: Pe parcursul a 5 ani (din 2010 pînă în 2014) în 3 spitale din Celiabinsk au fost implantate 445 cava-filtre, dintre care 174 (39,10%) – temporare.

Rezultate: Optzeci și patru filtre au fost extrase și 90 (51,72%) – nu. Au fost câteva cauze de ne-extragere a filtrelor temporare: persistența trombozei emboligene la 30 pacienți (17,24% din toate filtrele temporare), tromboza la nivelul filtrului – 17 (9,72%) cazuri, decesul bolnavului – 9 (5,17%), pierderea bolnavului de sub supraveghere – 20 (11,49%), refuzul pacientului de la extragerea filtrului – 5 (2,87%), tentative nereușite de extragere a filtrului – 9 (5,17%) cazuri. Toți bolnavii au primit tratament timp de 5-7 zile cu heparine fracționate urmate de warfarină în doză necesară pentru menținerea INR-ului mai mare de 2,0; compresie elastică, flebotonice și în unele cazuri – aspirină.

Concluzii: Pentru mărirea numărului de cava-filtre extrase este necesară analiza fiecărui caz clinic în parte. Indicații pentru implantarea cava-filtrului temporar, tehnica implantării și timpul de extragere a filtrului trebuie să fie respectate cu strictețe, precum și complianța bolnavului cu tratamentul anticoagulant. Trebuie să fie luate în considerare metodele alternative de tratament a trombozei venoase emboligene care pot contribui la reducerea numărului de cava-filtre implantate.

ISSUES OF REMOVAL OF RETRIEVABLE CAVA FILTERS

Introduction: The simplest, safe and effective method of preventing pulmonary embolism in acute iliofemoral deep vein thrombosis is the implantation of a filter in the inferior vena cava. The number of implanted filters remains high. The average frequency of implantations in Russia is around 22.5 procedures per 1 million of population (3228 implantations in 2012, 1867 – in 2013). However the number of removed filters remains low.

The aim of study was to examine the reasons for which the retrievable cava filters were not removed and to discuss the possible ways for increasing of the ratio of temporary filters removal.

Material and methods: Over 5 years (from 2010 to 2014) in 3 hospitals of Chelyabinsk was implanted 445 cava filters, of which 174 (39.10%) – retrievable.

Results: Eighty four filters were removed and 90 (51.72%) were not. There were several reasons for not-removal of retrievable cava filters: persistence of embologenic thrombosis in 30 patients (17.24% of all retrievable filters), in-filter thrombosis – 17 (9.72%) cases, death of a patient – 9 (5.17%), patients lost from follow-up – 20 (11.49%), patient refuse to remove the filter – 5 (2.87%), unsuccessful attempts to remove the filter – 9 (5.17%) cases. All patients received treatment for 5-7 days with low molecular weight heparin followed by warfarin in dose required for maintenance of INR greater than 2.0; elastic compression, phlebotonics, and in several cases – aspirin.

Conclusions: Analysis of each specific situation is required in order to increase the number of removed filters. Indications for implantation of retrievable cava filters, implantation technique and time of filter extraction should be respected strictly as well as the patient compliance with anticoagulation. Alternative treatments of embologenic deep vein thrombosis should be considered to reduce the amount of implanted cava filters.

TACTICA CHIRURGICALĂ LA PACIENȚII CU HEMORAGIE ACUTĂ DIN CANCERUL COLORECTAL

FOMIN P, IVANCHOV P, ANDRUSENKO A, PETRICH O

Departamentul de chirurgie nr.3, Universitatea Națională de Medicină “A.Bogomoletz”, Kiev, Ucraina

Introducere: Incidența cancerului colorectal se află pe locul al treilea după cel pulmonar și mamar, iar după mortalitate pe locul al patrulea depășit de cancerul pulmonar, hepatic și gastric la nivel mondial. Hemoragia acută din cancerul colorectal (HACCR) ca complicație a leziunilor neoplazice maligne se menține la valori statistice de la 6,2% până la 40%, fără tendință spre scădere.

Scopul studiului: De a dezvolta și a justifica științific un algoritm de diagnostic, tactică chirurgicală și tratament al pacienților cu HACCR ca cazuri urgente chirurgicale în practica clinică și de a ameliora rezultatele tratamentului acestora.

Material și metode: În perioada 2003-2014, în Centrul de Hemoragii Gastrointestinale (HGI) din Kiev au fost tratați 214 pacienți cu HGI cu vârsta cuprinsă între 40-92 ani (59,1±5,2). Aceștia au fost examinați pentru aprecierea caracteristicilor tumorii, stadializării, severității hemoragiei, statutului nutrițional, vârstei; au fost evaluate riscul chirurgical, limitele distale ale tumorii, ganglionii limfatici, morbiditatea și mortalitatea.

Rezultate: Au fost efectuate diferite intervenții chirurgicale la 105 (43,6%) pacienți: urgente – 8 (7,6%), urgent amânate (câteva zile mai târziu, după stabilizarea hemodinamică și corectarea anemiei severe) – 97 (92,4%); intervenții chirurgicale radicale – 88 (83,8%) cazuri, non-radicală – în 17 (16,2%) cazuri. Complicații postoperatorii au avut 23 pacienți (21,9%): după chirurgia radicală – 14 (15,9%), non-radicală – 9 (52,9%), cu o mortalitate postoperatorie – 3,9%, 3,1%, 17,6%, respectiv. Au fost tratați conservativ 136 (56,4%) pacienți: refuz de la intervenție – 79 (58,1%), maladii asociate grave – 34 (25,0%), cancer avansat – 23 (16,9%); deces – 16 (11,8%). În baza analizei a fost propus un algoritm de diagnostic precoce al sursei hemoragice și de prevenire a resîngerării, monitorizarea hemostazei, homeostaziei și hemodinamicii, ceea ce a permis evitarea intervenției chirurgicale de urgență.

Concluzii: Utilizarea algoritmului nostru a redus riscul mortalității și a permis efectuarea operației radicale ulterioare în conformitate cu standardele existente.

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE BLEEDING COLORECTAL CANCER

Introduction: Colorectal cancer incidence ranks third after lung, breast cancer and mortality ranks fourth after lung, liver, stomach cancer in the world. Acute bleeding colorectal cancer (ABCRC) as complication of malignant neoplastic lesions consolidated statistics ranges from 6.2% to 40% and does not tend to decrease.

Aim: To develop and scientific substantiate an algorithm of diagnosis, surgical tactics and treatment patients with ABCRC as emergency surgical cases for clinical practice and improving results of treatment.

Materials and methods: From 2003 to 2014 years, 241 pts in the age 40-92 years (59.1±5.2) were treated as emergency cases with gastrointestinal bleedings (GIB) in Kiev City Center of GIB. They were analyzed on characteristics of tumor, stages,