

Concluzii

Analiza rezultatelor tratamentului complex medico-chirurgical monitorizat a demonstrat eficacitatea noului protocol, ce a permis micșorarea esențială a mortalității în PA severe. Monitoringul imagistic (USG și TC) asupra procesului destructiv loco-regional pancreatogen și a manifestărilor toxico-septice generalizate permite efectuarea intervenției chirurgicale la momentul oportun și în volumul adecvat cu rezolvarea focarului necrotic și asigurarea drenării lui adecvate și definitive. O condiție indispensabilă a conduitei pacienților cu PA severă este terapia intensivă complexă, complementată cu administrarea preparatelor sandostatinei, efectuată în condițiile secției de reanimare.

Bibliografie

1. Шалимов А.А, Шалимов С.А. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь изд. «Таврида», 1997.
2. Sîrbu V.. Urgențe chirurgicale abdominale. Ed. Medicală București 1999.
3. Боженов Ю.Г., Шербюк А.Н., Шалин С.А.. Практическая панкреатология. Нижний Новгород, изд. НГМА, 2003.
4. Шевченко Ю.Л.. Частная хирургия, том 2, Санкт-Петербург «Специальная литература», 1998.
5. Beger H.G., Rau B., Mayer J., Pralle U. Natural Course of Acute Pancreatitis. World J.Surg., 1997, vol.21 (20), p.130-135.
6. Tenner S., Banks P.A.. Acute Pancreatitis: Nonsurgical Management. World J.Surg., 1997, vol.21 (20), p.143-148.
7. Костюченко А.Л., Филин В.И.. Неотложная панкреатология. Санкт-Петербург, изд. «Деан», 2000.

STRICTURILE BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE – PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI ATITUDINE CHIRURGICALĂ

Vladimir Hotineanu, Alexandru Ferdohleb, Adrian Hotineanu

Catedra Chirurgie 2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Sammary

The benign strictures of the biliary extra-hepatic ducts – peculiarity of diagnose and surgeon attitude

The 207 patients with benign strictures of extrahepatic biliary ducts (BSEBD) during 1980-2008 years were hospitalized in the surgical clinic nr. 2, the “Nicolae Testemițanu” State Medical and Pharmaceutical University. Clinical patients’ evaluation included several consecutive stages: 1) establishing of etiopathogenic diagnosis; 2) pre-operation biliary ducts decompression; 3) reconstructive surgery; 4) the post-operation evaluation of the perspectives of such patients. In cases of the BSEBD after the recovery of the jaundice and the biliary infection we performed biliodigestive derivations on direct dependency of the level of obstruction with preferring of biliojejunal ones on the loop by Roux. Postoperative lethality was 5 (2.42 %) cases.

Rezumat

În perioada anilor 1980-2008, în Clinica Catedra 2 Chirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu” au fost spitalizați 207 pacienți cu stricturi benigne a căilor biliare extrahepatice (SBCBE). Evaluarea clinică a bolnavilor a inclus câteva etape consecutive: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresiunea preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv; 4) evaluarea postoperatorie de perspectivă a acestor pacienți. În cazul SBCBE, 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. Letalitatea postoperatorie a fost marcată în 5 (2,42%) cazuri.

Actualitatea temei

În baza studiilor de ultima oră pe plan mondial se înregistrează o continuă creștere a frecvenței litiazei biliare inclusiv al formelor ei complicate. Ca urmare este o majorare a volumului de intervenții chirurgicale pentru colecistita calculoasă. Ultimele deseori se efectuează în urgență de specialiști în lipsa oportunităților diagnostice ale examenelor edoscopice mini-invasive și a celor colangiografice intraoperatorii(1,2,17,22,23,24). Aceste fenomene au motivat o creștere esențială a nivelului complicațiilor intraoperatorii și postoperatorii. Dintre ele cea mai dificilă fiind lezarea iatrogenă a căilor biliare extrahepatice cu evoluția ulterioară spre stricturi ale căilor biliare extrahepatice (SBCBE), ce necesită intervenții chirurgicale reconstructive de o dificultate tehnică majoră(2,3,4,6,12,17,18,19,22,23) .

Soarta acestor pacienți este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenții chirurgicale repetate, prezența icterului complicat cu angiocolită purulentă, sepsisului biliar, cu evoluția unei insuficiențe hepatice progresive(6,12,13,15,23,25).

Stricturile biliare în 95% cazuri apar în urma unor leziuni provocate de actul operator, îndeosebi cu ocazia intervențiilor laborioase pe căile biliare (1,3,4,6,11,22,24). Traumatismul căii biliare principale (CBP) în 80-90% din cazuri este consecința unei colecistectomii. În cazul colecistectomiilor tradiționale ponderea traumatismelor căilor biliare extrahepatice (CBE) constituie 0,8%-1%. În colecistectomiile celioscopice 0,22%-3% (2,11,18,19,21,13,25). În 0,1 – 9,1% din cazuri traumatismul CBEH apare în urma unei rezecții gastrice (23,25,19). Soarta acestor pacienți este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenții chirurgicale repetate, prezența icterului complicat cu angiocolită purulentă, sepsis biliar, cu evoluția unei insuficiențe hepatice progresive, cirozei hepatice cu hipertensiune portală (4,5,11,15,17).

Cele mai frecvente cauze a traumatismelor CBE sunt condițiile dificile intraoperatorii, variațiile anatomice a vaselor sanguine și sistemului ductal biliar, hemoragii dificile intraoperatorii, plastroane inflamatorii subhepatice, motivate de procese inflamatorii acute (1,8,9,10,16,23). Un alt motiv al afectării CBE intraoperator este nivelul profesional al chirurgului, capacității de orientare în situația topografo-anatomice, în corelația vaselor sanguine și a arborelui biliar în special în procesele inflamator- destructive din vezicula biliară, ce implică și ligamentul hepato-duodenal. Nici un chirurg nu este scutit de acest accident, așa încât cunoașterea mecanismului de producere a leziunilor, a posibilităților de prevenire și a celor de rezolvare chirurgicală intră în obligația tuturor chirurgilor, care își asumă responsabilitatea unor astfel de operații (2,16,10,11).

Așa în literatură sau stabilit deja și factorii de risc, ce favorizează lezarea intraoperatorie a CBE sunt reprezentați de:

- variante anatomice ale căilor biliare și vaselor sanguine precum: implantări înalte ale papilei Vater, confluenta joasă a hepaticelor, traiect paralel sau retrocoledocian al cisticului, traiecte și origini anormale ale arterei cistice;
- anomalii congenitale: absenta veziculei, veziculă localizată în lobul stâng, diverticuli ai CBE, canale hepatice aberante, etc ...
- dificultăți tehnice: calculi coledocieni, colangite, colecistite acute gangrenoase sau sclero-atrofice, ulcere postbulbare, pancreatite acute, neoplazii biliare sau pancreatice, obezitate;
- experiența echipei chirurgicale;
- timpul operator de peste 120 minute.

Stenozele benigne netraumatice ale căii biliare principale constituie un grup heterogen, în care sânt incluse o serie de entități bine definite. Așa din punct de vedere etiopatogenetic se pot clasifica în congenitale, autoinflamatorii, compresiune pancreatică, idiopatice. Rata generală a lor, de regulă nu depășește nivelul de 5% din toate stenozele căii biliare principale. Sunt atașate în rangul patologiilor rar întâlnite (17,14,12). Stabilirea unor date concrete despre traumatismul CBE este un proces dificil, deoarece nu toate cazurile sunt date publicității în literatura de

specialitate. Deseori traumatismul nu este observat de chirurg în timpul operației primare, ce impune apariția în perioada recentă postoperatorie a unui lanț de complicații grave, ce duc la un sfârșit letal 1 - 15% cazuri (1,3).

Pentru elaborarea unei tactici chirurgicale optimale este necesar de o clasificare oportună a stricturilor benigne a căilor biliare. La moment în literatură de preferință sunt clasificările ce au la bază principiul de nivelul afectării a CBE.

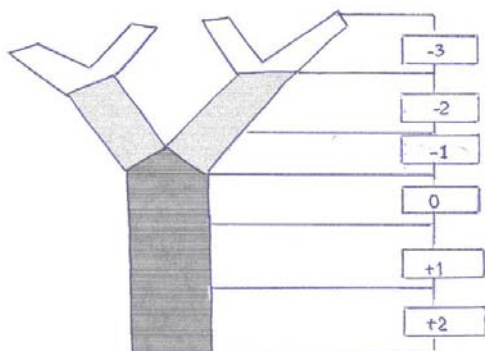


Fig.1. Clasificarea stricturilor Гальперин

Э.И.Гальперин (17,19) a propus clasificarea stricturilor având ca bază lungimea porțiunii proximale ce a rămas integru, delimitând: Tip -3 când zona de strictură implică ducturile segmentare intrahepatice; Tip -2 zona de jonțiune de canale hepatice este distrusă integral; Tip -1 zona de jonțiune de canale hepatice este distrusă cu pșstrare parțială a peretelui posterior; Tip0- când ductul hepatic comun are o lungime de până la 1cm sau este implicat în strictură bifurcația sau unul din canalele hepatice, Tip1- când bifurcația nu este implicată și ductul hepatic are mărimea de peste 1 cm, TipII- mai jos de bifurcație este un segment mai mare de 2cm (Fig.1).

După Bismuth (5,6) vom distinge 5 tipuri de stricturi a CBE de geneză iatrogenă:

1. Tip 1 - strictură joasă (pediculară), cu un bont biliar superior mai lung de 2 cm. Ea survine mai ales în rezecțiile gastrice pentru ulcerele postbulbare.
2. Tip2 -strictură mijlocie (subhilară), cu bontul biliar proximal mai scurt de 2 cm.

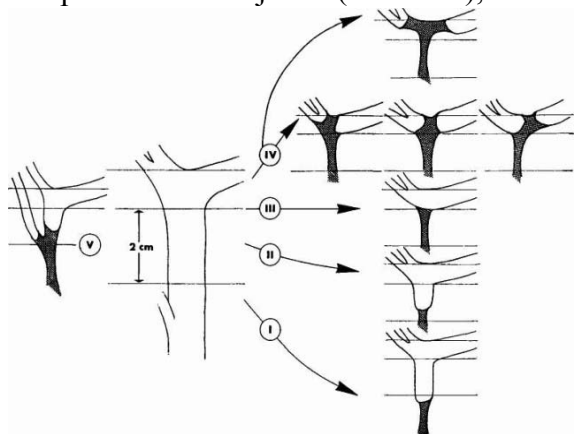


Fig.2 Clasificarea Bismuth

3. Tip3-strictură hilară (înaltă, este practic lipsită de bontul biliar, dar comunicarea dintre cele două ducte hepatice nu este afectată. Așadar confluența biliară este respectată.
4. Tip4-strictura convergenței biliare reprezintă consecința leziunilor radiculo-trunculare. Comunicarea dintre ductele hepatice stâng și drept este întreruptă .
5. Tip5- în cazul unor anomalii ale căilor biliare (ca exemplu în convergențele etajate), ramura segmentară dreaptă poate fi separată de restul arborelui biliar prin strictură(Fig.1).

Strasberg clasifică leziunile biliare iatrogene astfel:

- tipA: leziuni ale ductului cistic sau ale canalelor aberante din patul hepatic al veziculei;
- tipB: ligatură de canal segmentar aberant al lobului drept;
- tipC: secțiunea unui astfel de canal;
- tipD: leziuni laterale ale CBP;
- tipE: secțiuni sau obstrucții (ligaturi) complete ale CBE. Acest tip se subdivide, în funcție de locul leziunii, asemănător cu clasificarea Bismuth.(4,5,23)

Evaluarea clinică contemporană acestui contingent de bolnavi a include câteva etape consecutive: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2)decompresiunea preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv și 4) evaluarea de perspectivă postoperatorie.

Studierea rezultatelor intervențiilor chirurgicale reconstructive în stricturile biliare benigne pe parcursul a mai multor ani a elucidat necesitatea unei perfecționări al tehnicii chirurgicale reconstructive. Recidivele de stricturi după operațiile reconstructive se remarcă în 10-12% din cazuri. Letalitatea postoperatorie la după operațiile reconstructive ajunge la 8-40% cazuri(19,23,2).

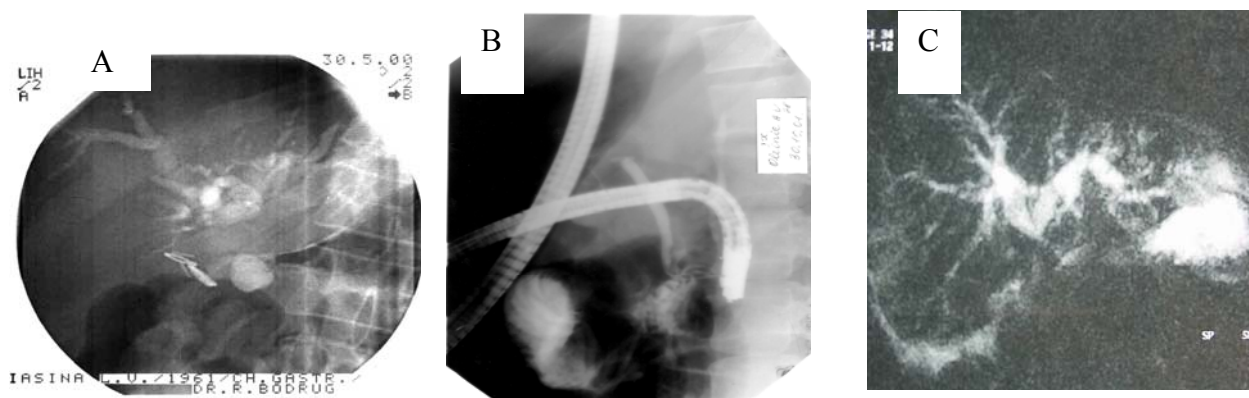
Scopul studiului este evaluarea postoperatorie de perspectivă a acestor pacienți în raport direct de tipul stricturii și variantei tehnice reconstructive aplicate.

Material și metode

În Clinica1 Catedra 2 Chirurgie a USMF „N.Testemițanu” în perioada anilor 1980-2008 au fost spitalizați 207 pacienți cu SBCBE. În 90% pacienții au fost primar tratați și apoi transferați din alte servicii chirurgicale. Repartiția pe sexe a relevat o predominare evidentă a femeilor-139(67.15%) cazuri față de 68(32.85%) bărbați. Vârsta pacienților a variat între 25-81 ani alcătuind o medie de $53,18 \pm 1,58$ ani. Ponderea pacienților în etate a fost la nivel de 50% din tot lotul examinat.

Toți pacienții au fost supuși unui examen sonografic, ce a permis identificarea căilor biliare intrahepatice și extrahepatice distale, identificarea orientativă a cauzei și nivelului obstructiv. Diagnosticul topic al leziunilor iatrogene a CBE s-a stabilit opacifiind direct sistemul biliar prin colangio-pancreatico-grafia endoscopică retrogradă (CPGRE- 130(62,8%) cazuri), colangio-fistulografie(35(17%) cazuri), iar la bolnavii cu rezecție gastrică procedeul Billrot II în anamneză și în lipsa unei fistule externe recurgem la colangiografia percutană transhepatică (CPT-31(15%)). În cazurile dificultăților informative a CPGRE, sau CPT în lipsa unei fistule biliare, apelăm la biliscintigrafia dinamică și colangiografie prin rezonanța magnito-nucleară (CRMN) (21(10%) din toate observațiile) (Fig.3).

Fig. 3. StricTURă a CBP (A-CPT; B-CPGRE; C-CRMN)



Aplicând metodele enunțate mai sus am stabilit următoarea repartiție a localizării stricturilor după Bismuth: tipI- 57(27,54%)cazuri, tipII- 79(38,16%) cazuri, tipIII- 59(28.5%) cazuri, tipIV-12(5.8%) cazuri.

Conduita medico-chirurgicală a fost strict individuală în fiecare caz clinic. În complexul curativ a fost inclusă terapia intensivă de infuzii și corecție a funcției hepatice, terapia medicală antiinfecțioasă, decompresiunea mini-invazivă prin remediile endoscopice (aplicarea stendurilor, sau dilatarea stenozei prin balonașul Fogarthy), sau prin intermediul remediilor percutane a arborelui biliar, cu realizarea actului chirurgical reconstructiv în condiții favorabile cu risc minim ale complicațiilor posibile(Fig.4). Pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv am luat în considerație obligatoriu următorii factori locali, intraoperatorii: sediul stricturii, extinderea stricturii, gradul de dilatare și gradul afectării sclero-inflamatorii a extremității proximale a hepatico-coledocului, prezența sau lipsa unei fistule biliare externe, prezența sau lipsa afecțiunilor supurative locale.

Conduita chirurgicală aplicată s-a axat pe nivelul stricturii, prelungirea procesului de scleroză a CBP. În perioada anilor 1980-1990 pentru soluționarea SBCBE de tip I am efectuat coledocoduodenostomia după procedeul Iuraș (14-



Fig.4. Stentarea CBP

6,67% cazuri), iar pentru SBCBE de tip II-V derivațiile bilio-jejunale pe ansă în Omega (40-19,32% cazuri). În cazul stricturilor de tipII-V s-a recurs la o drenare obligatorie a gurii de anastomoză preferând procedeul Praderi-Smith. Din anul 1990 până 2006 pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv am executat derivațiile bilio-digestive cu ansa jejunală exclusă în Y a la Roux. Așa pentru stricturile de tipI în 43(20,77%) cazuri s-a recurs la coledocojejunostomie cu ansa jejunală exclusă în Y a la Roux. Pentru stricturile de tipII (55(26,57%)cazuri) și tip III(45(21,74%)cazuri) s-a preferat hepaticojejunostomia a la Roux. În cazul stricturilor de tip IV, sesizate la 10(4,83%) pacienți, s-a realizat bihepaticojejunostomia pe ansa exclusă în Y a la Roux.

Din punct de vedere tehnic, anastomozele bilio-jejunale pe ansă în Omega sânt mai simple decât cele pe ansă exclusă în Y a la Roux, deoarece lipsește timpul de pregătire al vascularizației ansei excluse. Cu toate acestea, rezultatele obținute nu ating aceleași performanțe calitative. Am sesizat pentru procedeul dat câteva inconveniente: se scoate din funcție circa 1m din jejun; pe ansa aferentă, între fistula Braun și zona de strictură apare un „fund de sac” care poate avea repercursiune cunoscute ale ansei oarbe, apariția unui cerc vicios legat de prezență a refluxului entero-biliar cu evaluarea angiocolitei cronice și a cirozei biliare. Rezultatele la distanță a lotului de 54 pacienți, tratați în perioada anilor 1980-1990, au stabilit în 25(12,08%) de cazuri tabloul clinic de angiocolită cronică persistentă și în 5(2,42%) observații a cirozei biliare.

Aceste complicații majore ne-au impus să revizuiim principiile tehnicii chirurgicale aplicate și a metodei de drenare a gurii de anastomoză. Din anii 90 am recurs la aplicarea în practică a derivațiilor bilio-jejunale pe ansa în „Y” a la Roux cu drenarea gurii de anastomoză după procedeul Voelker(Fig.5). Ne-am bazat pe faptul, deja cunoscut, că segmentul jejunal, datorită peristalticei, provoacă o presiune negativă endoluminală, ceea ce stimulează fluxul biliar în intestin. Mișcările peristaltice într-o direcție pe parcursul la un segment de ansă, de cel puțin 80cm, oferă rolul unei supape, ce împiedică refluxul digestiv. Ansa corect realizată exclude complet tensiunea la nivelul anastomozei, minimalizează riscul bilioragiei și a fistulelor postoperatorii la nivelul gurii de anastomoză. Afrontare a mucoaselor la nivelul anastomozei exclude o eventuală stenozare postoperatorie la distanță. Am preferat drenajul gurii de anastomoză după procedeul Voelker din considerentele că este mai puțin traumatic, hidrodinamic este perfect funcțional, necesită o durată mică de aplicare. Evaluarea clinică de perspectivă a acestor pacienți a permis din anul 1995 de a revizui indicațiile pentru drenajul gurii de anastomoză. Drenarea gurii de anastomoză a devenit obligatorie doar în următoarele situații: CBP este dilatată până la 15mm, anastomoza aplicată este îngustă (<20mm); segmentele anastomozate sunt aplicate cu tensiune și cu dificultăți tehnice locale și în cazul SBCBE de tip IV.

În cazul a 39 (18,84%) stricturi de tip I am apelat la coledocojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată Roux. La toți acești pacienți am avut o dilatare a coledocului de peste 2 cm și situație favorabilă locală anatomică, ceea ce ne-a permis de a ne abține de la drenajul anastomotic. Pentru 50 (24,15%) cazuri de stricturi tipII varianta tehnică de rezolvare a situației clinice a depins de prelungirea stricturii. Situația intraoperatorie ne-a impus aplicarea hepaticojejunostomiei termino-laterale cu ansa exclusă în Y a la Roux. Prezența dilatării ductului hepatic comun de peste 2 cm, ne-a permis s-ă finisăm intervenția fără drenaj transanastomotic în 20 de cazuri. În celelalte 30 cazuri am avut fistule biliare externe totale, creându-se dificultăți tehnice sporite intraoperatorii. La toți pacienții a fost un proces fibro-scleros exprimat local, lipsa dilatării arborelui biliar proximal (sub 15mm), cu implicarea extremității proximale în procesul sclero-cicatricial major. Aceste situații au fost soluționate prin aplicarea unei

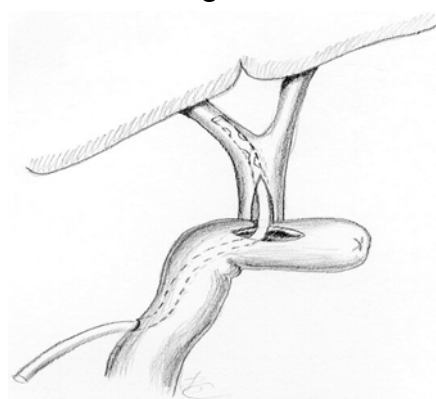


Fig.5. Derivație bilio-jejunală pe ansa în „Y” a la Roux cu drenarea gurii de anastomoză după

hepaticojejunostome latero-laterale pe ansa exclusă în Y a la Roux cu o drenare transanastomotică, obligatorie după Voelker.

În cazul a 45(21,74%) pacienți cu stenoze de tip III, modalitatea tehnică a fost hepaticojejunostomie termino-laterale pe ansa exclusă în Y a la Roux cu o protejare obligatorie transanastomotică după Voelker.

Cele mai dificile cazuri din punct de vedere tehnic au fost stricturile de tip IV – 10(4,83%) cazuri. Dificultățile erau sporite de procesul cicatricial fibros prezent, de lipsa ductului hepatic comun și implicarea joncțiunii ductului hepatic drept și stâng în procesul cicatricial. S-a recurs la montarea bihepaticojejunostomiei pe ansa exclusă în Y a la Roux cu drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice după Voelker.

Am apreciat complicații postoperatorii imediate în 13 (6,32%) de cazuri. La 10(4,83%) pacienți supurația plăgii postoperatorii, care a fost soluționată prin asanarea chirurgicală; 3(1,45%) cazuri de dehiscență parțială anastomotică, cauzate de deficiențele tehnice intraoperatorii, prezența inflamației țesuturilor și a angiocolitei, care au fost rezolvate conservativ, grație aplicării drenării transanastomotice și drenării de siguranță a spațiului subhepatic. Letalitatea postoperatorie a fost marcată în 5(2,42%) cazuri, fiind cauzată de progresarea insuficienței hepatice pe fond de angiocolită cronică.

În principiile tratamentului chirurgical contemporan a devenit deja o normă asigurarea unui confort de perspectivă al vieții pacientului postoperator. Acest concept a inclus în sine bunăstarea fizică, integrarea în viața familială și socială a pacienților operați. Studiul a fost posibil pe un eșantion de 95 pacienți cu o durată de evaluare de maximum 9 ani. Am elaborat un complex de probe pentru stabilirea postoperator a calității vieții bolnavilor. În ele am inclus aspectul somatic pentru stabilirea modului de acomodare a organismului la efectele restabilirii chirurgicale a fluxului biliar în tubul digestiv. În acest scop, am studiat anamneza, persistența sau apariția celor noi. Am studiat și latura psiho-afectivă, pentru stabilirea modului în care bolnavul își recunoaște și acceptă boala. Dimensiunea socială, pentru studierea gradului reîncadrării în activitatea social utilă. Aspectul reabilitării familiale, ce a cuprins calitatea relațiilor în familie postoperator. Și obligatoriu a fost aprecierea stării funcționale a sistemului hepato-biliar. Ultimul a fost apreciat pe baza testelor funcționale a ficatului, sonografiei, iar în cazurile dificile de diagnostic sau suspecte sonografic la obstrucție mecanică, recurgeam la CRMN și biliscintigrafia dinamică. Analiza retrospectivă a rezultatelor obținute a permis delimitarea pacienților în 3 grupe consecutive. În primul grup au fost incluși 74(78%) de pacienți cu rezultatele bune, în grupul doi-17(18%) de pacienți cu rezultate satisfăcătoare, grupul trei –4(4,21%) pacienți cu rezultate nesatisfăcătoare. Rezultat bun a fost fixat la pacienții cu reabilitare completă somatică, psihologică, socio-familială și funcțională a sistemului hepato-biliar. Schimbările apreciate în grupul II (17(18%)) cazuri au fost lămurite prin prezența maladiilor concomitente și vârsta înaintată a pacienților. În general am atestat reabilitarea pacienților drept satisfăcătoare, care necesită un monitoring în condiție de ambulator fără indicații pentru intervenții chirurgicale repetate. Grupul trei –4(4,21%) pacienți cu rezultate nesatisfăcătoare, care au manifestat, la diferite etape după operație, recidiva suferinței biliare: la 3 pacienți sau diagnosticat calculi pe fir de sutură, la alți 3 pacienți - stricturi a gurii de anastomoză și într-un caza fost prezent refluxul entero-biliar cu evaluarea unei colangite de reflux. Toate cazurile au necesitat tratament chirurgical repetat. Așa în 3cazuri de calculi pe fir de sutură am recurs la revizia anastomozei cu hepaticolitotomie (fig.6). În celelalte 3 cazuri de strictură a hepaticojejunostomiei am recurs la revizia hepaticojejunostomiei cu lichidarea stricturii. Iar prezența refluxului entero-biliar cu evaluarea unei colangite de reflux, situație motivată de ansa jejunală a ansei



Fig.6. Calcul pe fir de sutură a gurii de anastomoză

Roux sub 60cm, a necesitat o reconstrucție în ansă cu brațul de 80cm. Rezultatul postoperator de perspectivă a fost stabilit drept satisfăcător în toate observațiile din grupul trei.

Concluzii

Rezultatele aplicării unui program unic de evaluare sunt incontestabile. Ele ne-au permis îmbunătățirea considerabilă a rezultatelor tratamentului chirurgical și lichidarea efectivă și calitativă a complicațiilor survenite. Studiile realizate au stabilit o corelație directă între eficacitatea tratamentului efectuat și calitatea vieții postoperatorii. Rezultatele studiului ne-au demonstrat importanța cooperării psihologice și psihoterapeutice a chirurgului cu pacientul, care urmărește, în rezultat final, realizarea unui plan complex de diagnostic, tratament chirurgical și urmărire dinamică ambulatorie a pacienților. Aceasta permite atingerea rezultatelor bune în tratamentul stricturilor biliare benigne.

Bibliografie

1. Duca Sergiu. -Sindromul Biliarilor operați, profilaxie, diagnostic, tratament. Cluj1992, p.204
2. Gian Massimo Gazzaniga MD, Marco Filauro MD, Lorenzo Mori MD.-Surgical treatment of iatrogenic lesion of the proximal common bile duct. World J.Surg. 2001, Volume 25, p.1254-1259;
3. Gustavo A. Quintero, MD, M.Sc., Jose Felix Patino, MD .-Surgical management of benign strictures of the biliary tract. World J.Surg. 2001, Volume 25, p.1245-1250
4. Henri Bismuth, .- Postoperative strictures of the bile duct. In The Biliary tract. Clinical Surgery International, Vol.5,Blumgart, L.H., editor, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1982, p.209-218
5. Henri Bismuth, M.D.-Biliary stryctures: classification based on the principles of surgical treatment. World J.Surg. 2001, Volume25, p.1241-1244
6. Hotineanu, V., Ferdohleb, A., Hotineanu, A. Evaluarea postoperatorie de perspectivă a pacienților cu stricturi benigne ale căilor biliare extrahepatice. Materialele Conferinței științifice anuale a USMF „N.Testemițanu”. Analele Științifice,Ediția VIII-a, Volumul IV, Chișinău, 2007, p. 45-41
7. I.Juvara .-Chirurgia căilor biliare extrahepatice.București, 1989, p.367
8. JE Monteiro da Cunha .-Surgical tretment of cicatricial biliary strictures. Hepato-Gastroenterology 1998, volume 45, p.1452-1456
9. Lee S., Chari S.R., et all.- Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am.J.Surg., 1993, 165, p.527-532
10. Lee T.G..-Operative complications and quality improvement. Am.J.Surg., 1996;171, p.545-547
11. Lillemoe, K.D. -Benign post-operative bile duct strictures. Baillieres Clin. Gastroenterology, 1997, 11, p.749
12. Moser A.J..-Benign biliary strictures. Curr.Treat. Options Gastroenterology 2001 oct,Vol.4(5), p.377-387
13. Puia I., S.Duca, C.Iancu și al..-Colecistectomia laparoscopică și leziunile arborelui biliar. Curier Medical 2002, Nr1, p.10-12
14. Singeto Maeda -Idiopic Benign biliary stricture. J.Hepatobiliarz Pancreat. Surg. 1998, Vol. 5, p.463-466
15. Tocchi, M.D., Costa G. Lerpre L. Liotta G. et al.-The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures. Annals of surgery 1996, Vol. 224, p.162-167
16. V.Hotineanu, A.Ferdohleb, A.Cotonets, A.Hotineanu- Iatrogenic injuries of biliary ducts-experience of surgery. Вісник Морської Медицини, №2, Odessa, 2001, p. 347-350
17. Гальперин Э.И. Что делать хирургу при повреждении желчных протоколов: 50 лекций по хирургии. Под ред. акад. В.С. Савельева. М: Media Medica 2003; 226—232..

18. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Рубцовые стриктуры печёночных протоков и области их слияния. 1995, №1, с.26-31
19. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков. Хирургия 2004; 5: 26—31.
20. Дундаров З.А., Горноста́й П.В. и др. - Повторные реконструктивные операции на желчных протоках. Анналы Хирургической Гепатологии, 1998 том.3, № 3, с.275
21. Курбанбердыев К.К. -Интраоперационный хроматический способ диагностики ятрогенного микроповреждения холедоха. Анналы Хирургической Гепатологии. 1998, том.3, №3, с.78
22. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Хирургия доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. М 2002; 220.
23. Нечитайло М.Е., А.В.Скумс. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. Киев, Маком, 2006, с.343
24. Шалимов А.А, В.М.Копчак, А.И.Дронов и др. Холецистэктомия мини лапаротомным доступом: Ретроспективный анализ 10-летней работы. Клиническая хирургия, 2001. №5, с.12-15
25. Шалимов А.А, В.М.Копчак, В.П.Сердюк, И.В.Хомяк, А.И.Дронов- Рубцовые стриктуры протоков: наш опыт лечения. Анналы хирургической гепатологии, 2000г, том.5, №1, с. 85-89

PARTICULARITĂȚILE REABILITĂRII PACIENTULUI CU UN TERMEN LUNG DE COLOSTOMIZARE

**Vladimir Hotineanu, Valentin Bendelic, Tudor Timiș, Lucian Palii,
Aureliu Gonța, Anatol Vrabii**
Catedra Chirurgie Clinică Nr.2 USMF „N.Testemițanu”

Summary

The particularities of Patient's rehabilitation with long-term colostoma

Surgical interventions for colostoma's clouser are characterized through high level of postoperative complications. 161 patients were treated in our clinic by reconstructive operations. Postoperative complications were recorded in 22,1% of cases. In preoperative examination special attention was given to the examination of motility of excluded part of gut, wich permitted to decrease the risk of postoperative suture's insufficiency.

Rezumat

Intervențiile de lichidare a colostomei se caracterizează printr-o rată sporită de complicații postoperatorii. În clinică din 1994 până 2008 reconversia tractului digestiv au suportat-o 161 pacienți, complicațiile postoperatorii fiind înregistrate în 22,1% cazuri. În testarea preoperatorie a pacienților atenție deosebită s-a oferit studierii motilității porțiunii excluse ce a permis micșorarea riscului de declanșare a insuficienței suturilor anastomotice.

Succesele chirurgiei colorectale din ultimele decenii, permit de a obține rezultate postoperatorii de performanță. Împlimentarea tot mai largă a tehnologiilor noi, asigură o rezolvare tot mai eficientă a diverselor situații intraoperatorii, dar este necesar de a menționa, că și în prezent intervențiile seriate cu aplicarea anusului contra naturii își pastrează actualitatea, iar în unele situații sunt inevitabile. Rezecția colonului cu montarea unui anus contra naturii, în condiție de cancer ocluziv sau instalarea stomei la pacienții cu peritonita postraumatică difuză, astăzi rămâne a fi un pas strategic acceptat și preferabil (2,4,5.), deoarece riscul evaluării unei dehiscențe de anastamoză, primar aplicate, este avansat.