

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., Горностаи 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.

Ținem să menționăm că rezultatele intervențiilor reconstructive la pacienții colostomiți în mare măsură sunt apreciate de durata termenului de colostomizare și anume de schimbările histomorfologice survenite în sectoarele intestinale excluse. 26-33% (3,4,5,6), cât și un nivel de letalitate de până la 7% (2,4,7).

### Scopul lucrării

Aprecia cauzelor complicațiilor postoperatorii severe și elaborarea unui algoritm tactico-chirurgical în intervențiile reconstructive la pacienții colostomiți.

### Materiale și metode

Pe parcursul anilor 1994-2008 în clinica de chirurgie N2 au fost operați 161 de pacienți colostomiți, în vârstă de la 15 până la 81 ani, 88 de bărbați și 73 femei (fig. 2).

Figura 1

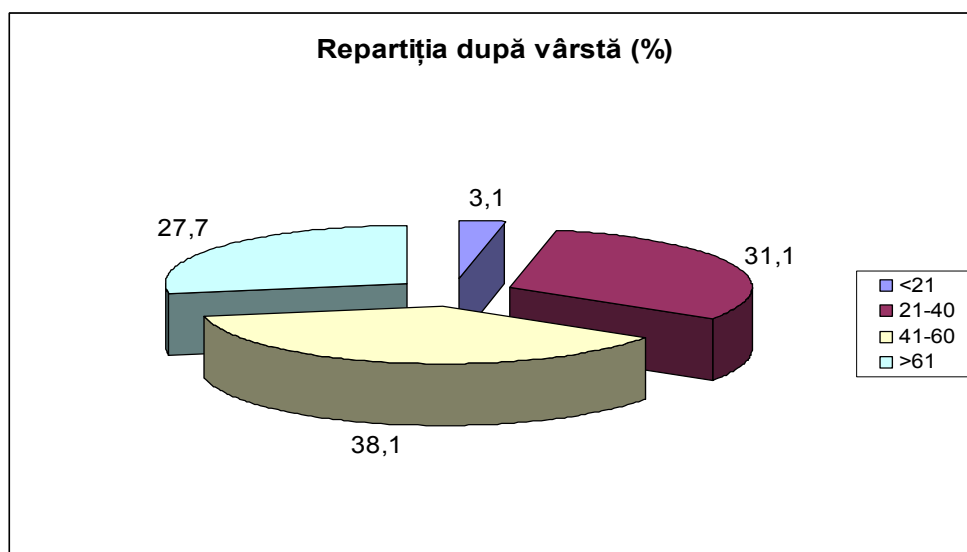
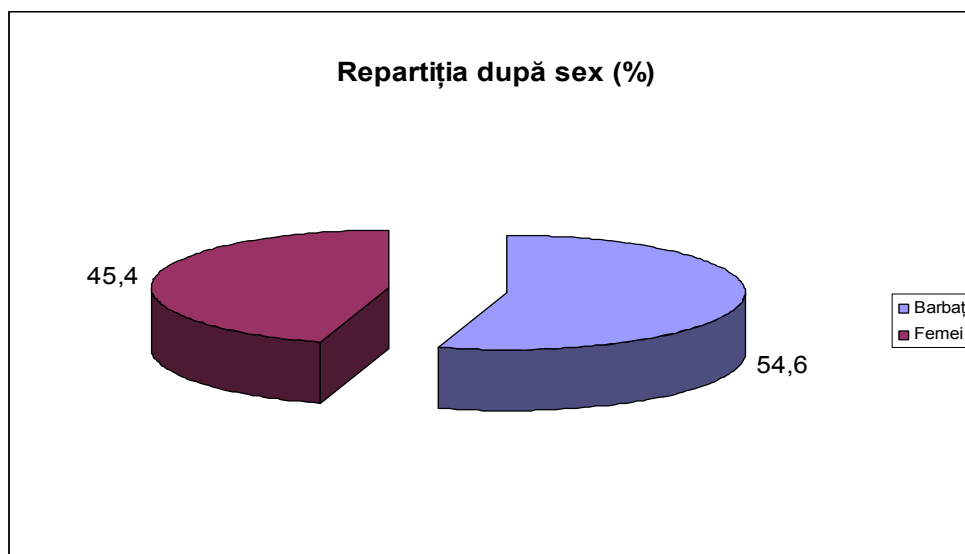


Figura 2



În lotul analizat predomină pacienții de vârstă medie, social și profesional activi (Figura 1), ce accentuează importanța măsurilor de reabilitare a acestora. Bărbații au constituit 54,6%, femeile circa 45,4%.

Indicațiile pentru instalarea stomei au fost: tumorile colorectale, traumatismul abdominal, vulvulusul intestinal, patologiiile ginecologice, herniile încarcerate, maladia Hirşprung, apendicita distructivă, diverticuloza (tab. 2).

Tabelul 2

**Cauzele instalării anusului contra naturii (161 bolnavi)**

<b>Tumori colorectale cu complicații</b>	<b>68 (42,2%)</b>
Traumatismul	43(26,7%)
Vusvulusul intestinal	24(14,9%)
Patologia ginecologică	19 (11,8%)
Hernii încarcerate	2 (1,2%)
Maladia Hirşprung	2 (1,2%)
Apendicita distructivă	2 (1,2%)
Diverticuloza	1 (0,6%)

Dar, ținem să accentuăm, că, cea mai frecventă cauză au constituit-o tumorile colorectale complicate cu ocluzie intestinală avansată.

Tabelul 3

**Nivelul și tipul colostomelor aplicate (161 bolnavi)**

Tipul colostomei	Colostome terminale		Colostome biluminare	
	N	%	N	%
Col. Ascendent	6	3,7	3	1,9
Col. Trensvers	24	14,9	9	5,6
Col. Decsendent	44	27,3	14	8,7
Col. Sigmoid	42	26,1	19	11,8
Total	116	72,1	45	27,9

În același timp majoritatea cazurilor au constituit pacienții purtători de colostome terminale, aplicate la nivelul sigmei și colonului descendent (respectiv 25,0% și 29,8%) (tab.3).

Preoperator pacienții au fost supuși atât examaenului de laborator și instrumental de rutină (Hemograma; Urina sumară; Teste biochimice sangvine; Microradiografia pulmonară; Electrocardiografia; Examenul ultrasonor), cât și investigații țintite ale colonului exclus : Rectoromanoscopia; Irigoscopia; Sfincteromanometrie tensiodinamică; Balonografia ansei excluse.

De importanță majoră în plan diagnostic prezintă examenul radiologic bariatat ale colonului proximal și a sectorului exclus, care permite de a stabili poziția bontului colorectal, lungimea acestuea, prezența patologiiilor concomitente (polipi, cancer, diverticuloza,e.t.c.) cât și starea funcțională a sgmentului de colon purtător de fistulă și a celui exclus (fig. 3-4).



Fig.3. Irigoscopia  
B.A. f.o. N 2045 Bont rectal scurt.



Fig.4. Irigoscopia  
B.B. f.o. N 9564 În porțiunea  
exclusă recidiv de cancer.

Balonografia ansei excluse ne permite de a aprecia starea funcțională ale sectorului distal. S-a stabilit că frecvența dereglărilor motorii în porțiunea deconectată este direct proporțională termenul de colostomizare (tab.4). În același timp ținem să accentuăm, că reintegrarea unei porțiuni de intestin afuncțional, în perioada postoperatorie, conduce la majorarea presiunii intraluminare, ce poate cauza în cele din urmă dehiscența anastomozei aplicate.

Tabelul 4

**Durata persistenței colostomei și starea funcțională a ansei excluse din transit  
(63 pacienți)**

	<3 luni	3-6 luni	6-9 luni	9-12 luni	12 luni<	Total
N Pacienți	6	14	18	21	4	63
Abs. Perist.	-	-	2	9	3	14
Abs. Perist.%	-	-	3,1	14,3	75%	22,2

Pentru evitarea unor astfel de consecințe toți pacienții cu absența motilității în sectorul deconectat, de regulă caracteristic pentru pacienții cu un termen lung de colostomizare, în mod obligator s-a recurs la un training prin hidro- sau pneumomasaj al ansei excluse pentru o durată medie de 3-4 săptămâni. Restabilirea motilității în segmentul de colon exclus este una din indicațiile de bază pentru intervențiile chirurgicale reconstructive (fig.5, 6).



Fig.5 Boalonografia  
B.C. f.o.N1725 Absența  
Motilității în sectorul exlus

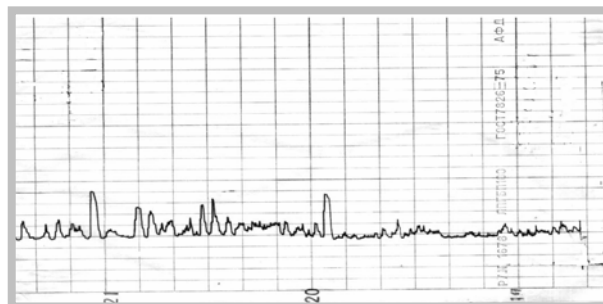


Fig.6 Balonografia  
B.C.,f.o.N1830 Restabilirea  
motilității în sectorul exlus

Din spectrul larg de tehnici chirurgicale utilizate în restabilirea integrității colonului au predominat anastomozele termino-terminale 87 (90,6%) cazuri. Anastomoze termino-laterale au fost instalate doar în 6(6,3%) cazuri. Coborârea transanală și transperineală a fost efectuată la 3 pacienți. La bolnavii cu colostome biluminare s-a recurs în preferință la anastomoza  $\frac{3}{4}$  Melnicov efectuată în 28(96,7%) și numai în trei cazuri s-a îndeplinit rezecția sectorului purtător de stomă cu anastomoza termino-terminală. Metodele extraperitoneale în ultimii 10 ani în clinică nu au fost aplicate.

### Rezultate

Pentru analiza comparativă a rezultatelor intervențiilor reconstructive, pacienții au fost divizați în două loturi. Primul lot (58 persoane) l-au format bolnavii investigați și pregătiți preoperator tradițional. În lotul II au fost incluși 66 pacienții la care s-a apreciat starea funcțională a ansei excluse prin metoda balonografiei și sfincterometriei tensiodinamice. Intervenția reconstructivă la bolnavii acestui lot s-a îndeplinit numai cu condiția prezenței sau restabilirii peristaltismului în sectorul deconectat.

Analiza comparativă a perioadei postoperatorii precoce a permis de a stabili o frecvență sporită a dehiscenței de anastomoză la pacienții lot 1 - 4 (6,8%) cazuri contra 1 (1,5%) înregistrate în lotul 2 (*tab.6*). Deosebiri esențiale ale altor complicații în loturile studiate nu s-au fixat.

*Tabelul 6*

#### Frecvența comparativă a complicațiilor postoperatorii în loturile I și II

Complicațiile postoperatorii	Lotul I (n=56)		Lotul II (n=105)	
	Abs.	%	Abs.	%
Supurația plăgii postoperatorii	8	14,3	14	13,3
Dehiscența anastomozei	4	7,2	4	2,5
Abces intrabdominal	1	1,8	2	1,9
Ocluzia intestinală	1	1,8	1	0,9
Hemoperitoneum	1	1,8	1	0,9
Complicații cardiorespiratorii	2	3,6	3	2,8
Complicațiile hepatorenale	1	1,8	1	0,9
Total	18	32,1	22	24,8

Conduita postoperatorie a pacienților cu diferite complicații postoperatorii a fost apreciată de tipul complicației, starea generală a pacientului. Supurația plăgii, cel mai frecvent înregistrată, a fost soluționată prin deschiderea și sanarea acesteia, cu aplicarea suturilor secundare. La pacienții cu clinica de hemoperitoneum sau abces intrabdominal s-a recurs la relaparatomie și lavaj al cavității peritoneale.

Dificultăți majore au prezentat dehiscențele de anastomoză, fixate la 8 pacienți (4,9%). Analiza cazurilor de dehiscență a stabilit că în 5(%) cazuri această complicație a survenit la pacienții cu un termen lung de colostomizare și în condiția unui bont rectal mai scurt de 10 cm. După părerea noastră acest rezultat poate fi cauzat de greutăți tehnice intraoperatorii mai ales în condiția schimbărilor morfofuncționale la nivelul porțiunilor intestinale excluse. În 6 cazuri s-a reușit de a soluționa desfacerea parțială de anastomoză prin metode conservative. Aceasta s-a obținut datorită instalării preventive (intraoperator) a unui sistem de drenaj activ, ce a preîntâmpinat declanșarea unei peritonite difuze. Grație acestui sistem de drenare, în caz de dehiscență a anastomozei, tubul biluminar se conectează la aspirație, iar prin intermediul microirigatorului sunt infuzate soluții de antiseptice, ce asigură în majoritatea cazurilor localizarea procesului.

Menționăm că dehiscența anastomozei după o intervenție reconstructivă la pacienții colostomiați este o complicație ce se înregistrează comparativ frecvent și necesită o atitudine deosebită, cu aplicarea unor măsuri tactico-chirurgicale individuale. După părerea noastră este inadmisibilă neglijarea în perioada preoperatorie a stării ansei excluse din tranzit, ce poate cauza dehiscența derivațiilor aplicate. Acest lot de pacienți necesită o pregătire suplimentară pentru restabilirea motilității sectorului dat și numai după un control repetat, cu rezultat pozitiv, poate fi aplicată intervenția reconstructivă.

### **Concluzii**

1. Termenii optimi pentru intervenție reconstructivă la pacienții colostomiați variază între 2 și 6 luni de la intervenția primară, perioada, în care, ca regulă, lipsesc schimbările morfofuncționale severe în porțiunea exclusă.

2. Pacienții cu un termen lung de colostomizare și cu dereglări marcante ale motilității ansei excluse necesită hidro- sau pneumomasaj a porțiunii respective pe parcurs de 3-4 săptămâni. Intervenția reconstructivă poate fi realizată numai după o balonografie de control cu un rezultat pozitiv de restabilire a motilității.

3. La pacienții cu un termen lung de colostomizare este necesară montarea unui sistem de drenaj activ, ce va permite localizarea procesului septic în cazul dehiscenței anastomotice.

### **Bibliografie**

1. Anderson C. Laparoscopic colostomy closure 1993
2. Baumel H. Colonic irrigation for colostomies.1996
3. Kohler A. Postoperative results of colostomy and ileostomy closure.1994.
4. Kyzer S., Gordon P. Hidden colostomy 1993
5. Khoury D Colostomy closure. Louisiana, USA,1996
6. Paredes J.P. Title:Colostomy closure is it an intervention without risk? 1996.
7. Воробьев Г.И. Восстановление кишечной проходимости у больных с колостомами 1990
8. Шамиуев Г.Х. Реконструктивно восстановительные операции у больных с колостомамию 1990
9. М.М. Генри Колопроктология и тазовое дно 1990

### **DIAGNOSTICUL CONTEMPORAN ȘI MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL PSEUDOCISTULUI CEFALOPANCREATIC COMPLICAT**

**Vladimir Hotineanu, Anatol Cazac, Adrian Hotineanu, Valeriu Pripa, Alic Cotoneț**

Laboratorul științific Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv,

Catedra Chirurgie nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Diagnosis and treatment of patients with complicated forms of cephalic pancreatic pseudocysts***

The experience of complex treatment of 121 (82,89%) patients with complicated forms of cephalic pancreatic pseudocysts during the period 1990-2008 years is presented.

By surgical treatment in 95 cases (96,93%): I group 37 (97,36%) cases, II group – 58 (96,66%) cases was removed or considerably decreased algic syndrome, improved general human station. The same were managed obstructive jaundice ilens.

### **Rezumat**

Lucrarea prezintă rezultatele unui studiu de diagnostic și management chirurgical în perioada 1990-2008 aplicat unui lot de 121 (82,89%) pacienți cu pseudocist cefalopancreatic complicat