

10. Кривицкий Д.И., Параций З.З., Шуляренко В.А., Корсаков Ю.П. Радикальные операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин.хир., 1988, стр.29-31
11. Неймарк. И. И. Прободная язва желудка двенадцатиперстной кишки// Медицина, Москва, 1972, стр.7-13
12. Петров А.Ф. Отдалённые результаты лечения перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки методом ушивания // Хирургия, 1968, стр.57-60
13. Пономарёв А.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы у женщин // Хирургия, 1977, стр.75-78

TRAHEOSTOMIA CHIRURGICALĂ - ACTUALITĂȚI

Cristina Oglinda

(Conducător Științific Turchin Radu, dr., conferențiar universitar)

Catedra Chirurgie operatorie și Anatomie topografică, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Surgical tracheotomy – updated information

Surgical tracheotomy is a labor piece of brace in respiratory tract which remains an alternative way of respiratory support of critical patient. According to the data of our study we found out that airway prosthesis by operation of tracheotomy in children compared with adults is rarely applied. Tracheotomy operation by the percutaneous technique occupies a modest place both in adults and in children.

Rezumat

Operația traheostomia chirurgicală, manoperă de protezare a căilor respiratorii rămîne o cale alternativă de suport respirator a pacientului critic. După datele studiului nostru am constatat că protezarea căilor respiratorii prin operația traheostomie la copii comparativ cu adultul se aplică foarte rar. Operația traheostomia prin tehnica percutană ocupă un loc modest atît la adulți cît și la copii.

Actualitatea

Preocuparea zi de zi a medicinei contemporane este de a salva mai multe victime în stări critice, precum și dorința de a da o calitate bună a vieții. Urgențele medicale moderne includ o serie de manopere pentru protezarea căilor respiratorii. În ultimul deceniu medicina de urgență a avansat mult în domeniul protezării căilor respiratorii prin aplicare de sonde, tehnici de intubare oro - sau nasotraheală (IOT), sau protezare prin operația traheostomie cu conectarea aparatului respirator la mașini artificiale de ventilație. Astfel afecțiunile respiratorii, ce necesită protezare de durată au devenit o manoperă de rutină pentru medicina contemporană. Aplicarea acestor metode induce sporirea longevității și micșorează mortalitatea generală a țării. Actualmente se cunosc mai multe tehnici de protezare chirurgicală a căilor respiratorii: operația traheostomia clasică, traheostomia percutană, operația traheostomia percutană cu control videolaringoscop ș.a. În lucrarea dată vor fi elucidate operația traheostomia clasică și traheostomia percutană. Tehnologia actuală în ultimele decenii pune la dispoziția medicinei seturi speciale pentru operația traheostomie. După datele mai multor autori (3,4,5) traheostomia reprezintă intervenția chirurgicală care constă în operația de deschidere a traheei cu fixarea peretelui anterior al acesteia la piele și introducerea unei canule ce menține deschisă traheea. Conform datelor din literatură traheostomia de cele mai multe ori are un caracter de urgență (2,7,8), dar în multe afecțiuni, este necesar de efectuat traheostomia în mod planificat. Această intervenție chirurgicală prin care se realizează o comunicare între trahee și tegumentul regiunii cervical

anterioare, necesită portul unei canule, fie pînă la restabilirea stării de sănătate a victimei sau din cauza afecțiunii severe poate avea un caracter permanent (1,4,6).

Obiectivele studiului

1. Definitivarea după datele de literatură a indicațiilor și avantajelor traheostomiei în salvarea pacienților critici
2. Elucidarea tehnicii operației traheostomiei în salvarea pacienților critici
3. Tehnica operației traheostomiei clasice v.s. tehnica traheostomiei percutane
4. Analiza datelor statistice a operației traheostomiei în Spitalul de Urgență și Institutul mamei și a copilului

Materiale și metode

Au fost analizate retrospectiv 45 cazuri traheostomii efectuate la copii și 195 de traheostomii efectuate la adulți pe o perioadă de 3 ani. Operațiile traheostomie au fost efectuate în incinta Spitalului de Urgență și în Institutul Mamei și a Copilului. Numărul de traheostomii efectuate a fost următorul: a.2010 – 77 (40%); a. 2011 – 68 (35%); a. 2012 - 50 (25%) la adulți ; iar la copii pe ani numărul de traheostomii a fost repartizate astfel: 2010 – 12 (28%); 2011 – 15 (%); 2012 – 18 (%).

Rezultate și discuții

Pe parcursul anilor au fost utilizate mai multe tehnici ale traheostomiei, mereu evoluând pentru a face operația mai sigură pentru pacienții în stare critică. La momentul actual cel mai frecvent se utilizează două tipuri de intervenții traheostomice: operația traheostomia clasică și traheostomia percutană. Din studiul de literatură traheostomia clasică este indicată în următoarele afecțiuni: 1.Obstrucția căilor respiratorii superioare: traumatisme ale masivului facial; arsuri ale feței și gâtului incluzând căile respiratorii superioare; afecțiuni ale laringelui: traumatisme (inclusiv leziuni prin spânzurare - fractura cricoidului), tumori laringiene; difteria; spasm și edem glotic;); corpi străini reținuți la nivelul căilor respiratorii superioare. 2. Afecțiuni traheo-bronșice: traheomalacia; traumatismele traheei: contuzii, plăgi; inundația arborelui traheobronșic cu sânge, 3. Afecțiuni toraco - și pleuro-pulmonare: traumatisme toraco și pleuro-pulmonare grave; 4. Afecțiuni cranio-cerebrale și vertebrale însoțite de comă și la care intubația orotraheală necesară ventilației adecvate este contraindicată leziuni, inclusiv rigiditatea coloanei cervicale, cifoză, distrucții ale masivului facial, edem glotic. 5. Afecțiuni neurologice care afectează ventilația: polimiozite, poliomielită, radiculonevrite, polinevrite, miastenie, boli convulsivante, come etc., la care ventilația prelungită nu se poate realiza altfel decît prin aplicarea operației traheostomia.

Operația traheostomia se efectuează sub anestezie generală de care pot beneficia următoarele categorii de bolnavi: pacienți care necesită toracotomie bilaterală sau pe pulmon unic; pacienți care necesită laringectomie; pacienți care necesită intervenții pe masivul facial; bolnavi cu mare deficit ventilator; survenirea spasmului glotic rebel la tratamentul medicamentos; ventilația artificială de lungă durată, peste 10 zile ș.a.

Tehnica operației traheotomiei clasice. (5,8) Pregătirea preoperatorie se face dacă timpul permite, se recurge la anestezie cu soluții anestezice, se poziționează pacientul în decubit dorsal cu capul în hiperextensie, aplicîndu-se sub umeri un sul, în paralel se va monta o perfuzie cu ser fiziologic pentru a avea accesul la o venă asigurat. Bolnavul care se află în comă nu necesită anestezie. După repetarea palpatorie a cartilajului cricoid care se face cu indexul mâinii stîngi menținînd laringele între police și index conductul laringo-traheal. Se execută incizia median (verticală) a tegumentelor pe o lungime de aproximativ 6 cm (la adult) între cartilajul cricoid și incizura suprasternală. Se execută incizia țesutului celular subcutanat și a mușchiului pielos al gâtului, concomitent cu efectuarea hemostazei (în loja suprasternală se va identifica, diseca și secționa între ligaturi comunicanta dintre venele jugulare anterioare); incizia mediană (la nivelul

rafeului aponevrotic) a aponevrozei cervicale superficiale și mijlocii, printre mușchii sternocleidohidian și sternotiroidian. Istmul tiroidian va fi îndepărtat cu depărtătoarele Farabeuf, marginile planurilor incizate vor fi secționare între două pense hemostatice (Kocher) după secțiunea între ligaturi a arcașelor vasculare supraistmică și subistmică. Următoarea etapă include expunerea feței anterioare a traheei prin decolarea istmului tiroidian și a capsulei peritiroidiene corespunzător inelelor 2-3-4 traheale. Se face ligatura transfixiantă a celor două bonturi ale istmului fixate de pense, pentru a nu risca drenajul firului de ligatură și apariția hemoragiei. Dacă bolnavul a fost intubat, se retrage tubul endotraheal până când vârful acestuia ajunge deasupra breșei, la nivelul cartilajului cricoid, manevră care permite aspirația secrețiilor și eventual a sângelui din trahee și apoi introducerea canulei de traheostomie prin mișcări blânde de rotație și împingere progresivă prin breșa traheală. Canula cu un calibru corespunzător dimensiunilor traheei, este orientată inițial cu concavitatea spre operator, apoi după depășirea breșei traheale, canula este rotită cu concavitatea ventro-caudal, în plan median. Canula se etanșează la peretele traheal prin umflarea balonașului de etanșizare. Balonul se dezumflă și se reumflă la fiecare 2 ore pentru a preveni leziunile mucoasei traheei. Refacerea anatomică a planurilor incizate ale regiunii subtiroidiene are ca grijă ca sutura cutanată să permită drenajul secrețiilor și eventual al aerului, prin trecerea firelor la intervale mai mari. Pansamentul plăgii lasă orificiul extern al canulei liber, canula fiind fixată fie la piele cu ajutorul a 2-3 fire, fie cu o meșă în jurul gâtului. Se va asigura umidifierea aerului inspirat cu ajutorul unui strat de tifon umed. Examenul radiologic la sfârșitul traheostomiei este obligatoriu, el verifică poziția corectă a canulei endotraheal, excluzând în același timp eventualele complicații emfizem mediastinal, pneumotorax etc. Tehnica traheostomiei vizează mai multe regiuni pentru intervenții: traheotomia înaltă, medie și subistmică. În cadrul traheostomiei înalte deschiderea traheei se face supraistmic, fiind indicată în situații de maximă urgență. Traheostomia medie, este aplicată la nivelul istmului tiroidian, după secționarea și ligaturarea acestuia. Traheotomia subistmică, se efectuează sub istmul tiroidian. Ultima intervenție este practică deseori la copiii de vârstă fragedă, cu o vârstă până la 3 ani. Pentru o rată a complicațiilor postoperatorie redusă deseori se recomandă utilizarea în practică a traheostomiei medii, percepută de majoritatea autorilor (6,8) ca o intervenție mai sigură și mai ușor manevrabilă de către cadrele medicale antrenate.

Totodată este de remarcat că în situații de urgență de către cadrele medicale este aplicată tot mai frecvent traheostomia percutană. Fiind o tehnică mai simplă de utilizat se efectuează în condițiile unei urgențe maxime imediat ce starea bolnavului o permite. Traheostomia percutana ocupă un loc important în managementul protezării căilor aeriene ale pacientului critic, câștigând teren în fața traheostomiei chirurgicale clasice. În cazul traheostomiei percutane comparativ cu traheostomia chirurgicală avem un șir de avantaje, fiind o tehnică relativ simplă pentru personal medical antrenat, iar complicațiile sunt mult mai reduse. Sângerarea în cazul intervenției traheostomiei percutane este minimă cu o rată a infecțiilor mai mică și cuprinde o rată de 3,3% față de 36% în cazul operației traheostomiei clasice. De asemenea rata stenozelor traheale este mai scăzută, iar cicatricea postraheostomie va fi mai discretă. Această tehnică este folosită în cazuri de urgență, excluzând dificultatea în palparea reperelor anatomice la pacienții cu un grad mare al obezității, gât scurt, hipertrofie tiroidiană, deviația mare a traheei sau cartilajul cricoid nepalabil. La pacienții de vârstă pediatrică această tehnică este folosită pe larg datorită traheei cu complianța mai mare, cu tendința la colaps în momentul exercitării presiunii cu dilatatorul. De asemenea această tehnică este favorabilă în cazul în care la nivelul gâtului în antecedente au mai avut loc operații, fracturi instabile ale coloanei cervicale, tumori la nivelul locului de inserție sau coagulopatii necontrolate.

Tehnica traheostomiei percutane. (1,6) Această tehnică implică o serie de dilatări secvențiale prin utilizarea unui set de șapte dilatatoare de dimensiuni progresiv mari, această tehnică dilatativă fiind considerată standardul de aur. După aseptizarea tegumentelor și reperarea palpatorie a membrane cricotiroidiene se introduce un ac gros de puncție atașat la o seringă, între primul și al doilea sau al doilea și al treilea inel traheal. Pătrunderea vârfului acului în

calea respiratorie se confirmă prin aspirarea aerului în seringă. Acul poate fi lăsat pe loc, se introduce pe ac ghidul, se scoate acul. Se introduce dilatatorul prin ghid. Se scoate dilatatorul. Prin ghid se introduce un cateter din plastic prin cavitatea subglotică a laringelui în trahee. Se umflă balonașul.

Din cele expuse mai sus putem relata următoarele: pe parcursul a 3 ani în Republica Moldova la copii au fost efectuate 45 operații traheostomice și 195 la adulți, date elucidate în figura nr.1. După datele studiului nostru la adulți au fost efectuate 34 (17,4%) de operații traheostomii urgente și 161(82,5%) planificate. Putem relata, că la copii au fost efectuate 3 (6,6%) operații traheostomie pe urgență, și 42 (93,3%) operații planificate. Indicațiile traheostomiei după afecțiuni la copii au fost următoarele: la 9 (%) copii – afecțiuni înăscute ale traheei; 4 (%) copii – amiotrofie spinală; VAP prolongat - 12 (%) copii; modificări a traheei postintubare - 3 copii (%); tumori – 6 copii (%); coma -11 copii (%). La adulți clasificarea după afecțiuni a fost următoarea: traumatisme – 61pacienți (31,2%); coma - 58 pacienți (29,7%); VAP prolongat - 44 pacienți (22,5%); hemoragii, hematoame – 32 pacienți (16,4%).

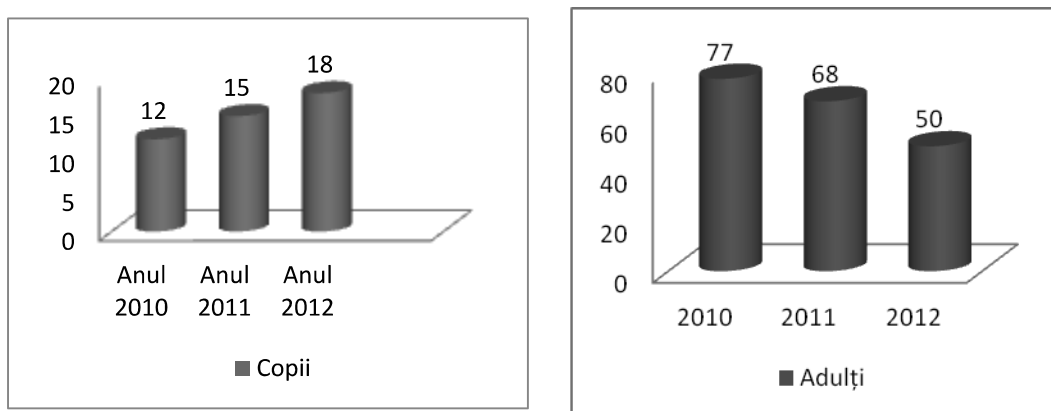


Figura 1. Incidența operației traheostomiei la copii și adulți

Operația traheostomia metoda percutană la adulți s-a efectuat în 15 cazuri (7,6%); iar la copii doar în 3 cazuri (6,6%). În urma efectuării acestei tehnici complicații severe nu au fost înregistrate. În urma celor relatate mai sus putem deduce următoarele concluzii:

1. Pentru a salva pacientul critic operația traheostomia de efectuat în afecțiunile bine definite conform standardului și protocoalelor existente
2. În stările critice de urgență, operația traheostomia percutană este favorită operației traheotomiei clasice
3. Protezarea căilor respiratorii prin operația traheostomia ocupă un loc modest în medicina de urgență, mai ales la etapa de prespital și la copii.

Bibliografie

1. Basarab Ioan Micle. Traheostomia percutană în terapia intensivă sub controlul videolarigoscopic. Recomandări și protocoale în anesteziologie și reanimatologie. București. 2009. pag. 315-320.
2. Cooper RM, Pacey JA, Bishop MJ, McCluskey ZA. Early clinical experience with a new video laryngoscope (GlideScope) in 728 patients. Canadian Journal of Anesthesia 2005; 191-198.
3. Cooper Arthur, Fuchs Susan, Gausche-Hill Marianne et all. The Pediatric Emergency Medicine Resource. 2005. Surgical Airway Techniques. pag. 714- 723.
4. Gillies M, Smith J, Langrish C. Positioning the tracheal tube during percutaneous tracheostomy: another use for video laryngoscopy. British Journal of Anaesthesia 2008; 101(1):129.

5. Judith E. Tintinalli, Gabor D. Kelen, J. Stephan Stapczynski; Medicina de Urgență, Ghid pentru studiu comprehensive, vol. I, 2009, 141-144.
6. Pulido JD, Usman F, Cury JD, Bajwa AA, Koch K, Laos L. Modification of percutaneous tracheostomy by direct visualization of endotracheal tube positioning with Glidescope prior to performing procedure. American College of Chest Physicians.
7. Sana Al-Jundi and Paul Lubinsky. Pediatric Hospital Medicine. Textbook of Inpatient Management. USA 2008. Technology dependent child: Tracheostomy.pag.718-723.
8. Ursea Nicolae, Urgențe în medicină. Fundația Română a Rinichiului. Manevre, procedee și tehnici de resuscitare. Vol. I.2001.pag. 1-7.

MANIFESTĂRILE CLINICE ȘI TRATAMENTUL BOLII CROHN PERIANALE

Vadim Țurcan, Vladimir Hotineanu, Tudor Timiș

Laboratorul „Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Clinical manifestations and treatment of perianal Crohn Disease

During 1995-2012 period 34 patients with perianal Crohn Disease (CD) were treated. 18 (52,9%) from 34 patients underwent surgical treatment. Indications for surgery: abscesses 5 (27,7%), fistulas -9 (50%), strictures 4 (22,3%) –patients. Types of surgical interventions: - rectal resection+anastomosis – 3 (7,9%), draining of the abscess – 3 (7,9%), draining of fistula by Seton – 5 (13,2%), incision and plasty of stricture – 3 (7,9%), fistuloplasty with vaginal flap – 2 (5,3%), ileostomy – 2 (5,3%) cases. Perianal CD: recurrence of illness – 6 (33,3%), repeated intervention – 4 (22,2%), postoperative complications – 5 (27,7%), postoperative lethality – 1 (5,6%) cases.

Rezumat

În perioada 1995-2012, au fost tratați 34 de pacienți cu Bola Crohn (BC) perianală. 18 (52,9%) din 34 de pacienți au suportat tratament chirurgical. Drept indicații pentru intervenții au servit: abcese - 5 (27,7%), fistule -9 (50%), stricturi - 4 (22,3%) cazuri. Au fost efectuate următoarele intervenții chirurgicale: - rezecție rectala + anastomoză - 3 (7,9%), drenarea abcesului - 3 (7,9%), drenarea fistulei prin procedeul Seton - 5 (13,2%), incizia și plastia stricturii - 3 (7,9%) , fistuloplastie cu lambou vaginal - 2 (5,3%), ileostomie - 2 (5,3%) cazuri. BC perianală : recidive - 6 (33,3%), intervenții repetate - 4 (22,2%), complicații postoperatorii - 5 (27,7%), letalitate postoperatorie - 1 (5,6%) cazuri.

Actualitatea

Maladia Crohn este o afecțiune, caracterizată prin inflamația focală granulomatoasă la nivelul peretelui tractului digestiv, cu evoluție cronică și o activitate intermitentă, etiologie necunoscută, care poate afecta, teoretic, orice segment al tubului digestiv, de la gură până la anus, dar afectează în special ileonul terminal, colonul și rectul și a cărui marcă morfopatologică este constituită de granulomul epiteliu-giganto-celular.

Istoricul studierii manifestărilor BC este unul plin de controverse. Astfel, Dr. Burrill Crohn de la Mount Sinai Hospital – New York, prezintă la Societatea Gastroenterologilor din a. 1932 lucrarea cu titlul “Ileită terminală”, în care se referă la 14 cazuri operate de Dr. A.A. Berg, fără a menționa manifestările perianale posibile[4]. Primele date oficiale privind BC perianală au fost raportate, la scurt timp, de către Bissell [1].

Abia în 1959 englezii Morson și Lockhart- Mummery descriu leziunile tisulare perianale sarcoid-like. Observând că aproximativ o jumătate dintre pacienții cu leziuni sarcoid-like dezvoltă BC la câteva luni după operații promovate pe canalul anal. Un an mai târziu, aceștia publică bazele histologice ale diagnosticului diferențial dintre BC și colita ulceroasă [6,7].