

(26%). 4 (8.7%) remained in FC IV NYHA, the rest being in FC III NIHA. Mortality accounted for 1.08% (5 patients).

Conclusions: The curative treatment of CHM is exclusively surgical, preferably until severe or irreversible pulmonary hypertension. Operator results do not depend on the age of the patient but on hemodynamic disturbances and the degree of preoperative pulmonary hypertension. The modernization of surgical techniques and methods of myocardial protection have led to the decrease of postoperative complications and mortality.

Key words: congenital heart malformations, pulmonary hypervolemia, surgical treatment, complications

MANAGEMENTUL STENOZELOR CAILOR AERIENE MARI

CORDOS I¹, STOICA R¹, BOBOCEA A¹, DUMITRESCU M¹, AFETELOR A¹

¹Institutul National de Pneumologie "Marius Nasta", București, România

Managementul stenozelor traheale rămâne o provocare terapeutică, necesitând un abord multidisciplinar. Orice leziune simptomatică ce limitează activitatea curentă a unui pacient trebuie abordată chirurgical, cel mai eficient tratament fiind rezecția traheală cu anastomoză.

Cauza principală a stenozelor benigne este lezarea traheală post-intubație. Tumorile primitive traheale sunt rare, iar abordul chirurgical este de elecție. În cancerul tiroidian cu invazie traheală se practică rezecția "în bloc" cu anastomoză termino-terminală.

Opțiunile de tratament non-chirurgical (dilatețiile repetate, tratamentul laser, stentarea prelungită) sunt indicate doar la pacienți atent selecționați și sunt folosite în principal doar pentru stabilizarea stenozei până la tratamentul chirurgical.

Evaluarea preoperatorie a pacienților cu stenoză traheală include fibrobronhoscopia pentru a determina gradul de afectare a căilor aeriene și examenul CT toracic pentru decelarea metastazelor la distanță, în cazul neoplaziilor.

Abordul chirurgical se face prin: cervicotomie simplă, cervicotomie cu sternotomie parțială superioară sau toracotomie. Pacienții sunt inițial intubați cu o sondă endotraheală de calibrul mic, până când traheea este expusă în plagă și disecat circumferențial, cu păstrarea nervilor laringei recurenți. În timpul rezecției și anastomozei pacientul este ventilat prin plagă cu ajutorul unei sonde de intubație poziționată în traheea distală. În cazul unei leziuni la nivelul treimei medii sau inferioare a traheei, se folosește ventilația în jet cu frecvență înaltă.

Este foarte important ca anastomoza să nu fie realizată în tensiune deoarece dehiscentele pot fi fatale. Manevrelor de relaxare traheala precum disecția anterioară a traheei și flexia cervicală permit o rezecție de până la 8 cartilajii traheale (4 cm) fără complicații.

Cuvinte cheie: stenozele traheale; managementul

HOW TO DEAL WITH LARGE AIRWAYS STENOSIS

The management of tracheal stenosis remains a challenge, requiring a multidisciplinary team. Any lesion that produces symptoms that limit patient activity should be considered for surgery. The most effective treatment is the tracheal resection with reconstruction.

The main cause of benign stenosis is postintubation tracheal injury. Primary tracheal tumors are rare, but surgery gives the best local control. In tracheal involvement by thyroid cancer we perform 'en-bloc' resection with primary end-to-end anastomosis.

Non-operative treatments (dilation, laser treatment, prolonged stenting) are indicated in selected patients and are mainly used to stabilize the stenosis before surgery. Preoperative assessment included bronchoscopy and CT-scan to evaluate the extent of the airway involvement and distant metastases if present.

We use as surgical approach: cervical collar incision, cervical incision with partial sternal split or thoracotomy. The patients are intubated initially with a small caliber endotracheal tube until the trachea is exposed and circumferentially dissected, sparing the inferior laryngeal nerves. During resection and anastomosis the patients are kept ventilated by means of a distal intubation tube. In cases with lesions of the middle and lower third of the trachea we use high frequency jet ventilation.

It is very important to have a tension-free anastomosis as anastomotic leakage can be fatal in most cases. Releasing maneuvers such as anterior dissection of the trachea and cervical flexion allows a total length of eight tracheal cartilages (4 cm in length) to be resected with no complications.

Keywords: tracheal stenosis; management

BALON ENDOGASTRIC – SUPTOR ÎN TRATAMENTUL OBEZITĂȚII

COTONEȚ A, CONȚU GH, UNGUREANU S, HOTINEANU A, COTONEȚ I, CONȚU O

Catedra Chirurgie nr. 4, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Problema obezității morbide rămâne a fi actuală, iar soluțiile propuse, în mare majoritate, sunt soluții invazive. Balonul endogastric (BEG), în acest sens, reprezintă una din metodele mai puțin agresive, fiind reversibilă și având rezultate remarcabile.

Materiale și metode: În lucrare sunt prezentate rezultatele aplicării balonului endogastric la 52 pacienți. Din motive estetice, BEG a fost instalat la 45 (86,5%) pacienți, iar în 7 (13,4%) cazuri, BEG a fost inserat cu scop de pregătire pentru alte intervenții bariatrice. Repartiția după sexe a fost: bărbați - 5 (9,6%); femei - 47 (90,3%). Cea mai prezentă categorie de vârstă a fost cuprinsă în limitele 35 - 45 ani, iar maximele - 15 ani și 67 ani.

Rezultate: Media scăderii ponderale obținută este de 17 kg, maxim - 65 kg, iar minim - 2,0 kg. Cel mai bun rezultat a fost obținut la pacienții care au avut o motivație bună, consultau paralel medicul nutriționist și realizau program pentru efort fizic.

Concluzii: De rând cu alte metode bariatrice, BEG rămâne a fi actual, iar în unele situații reprezintă metodă de elecție în tratamentul obezității morbide.

Cuvinte cheie: balon endogastric, obezitate.