

sele neoplazice. Grefa gastrică servește drept material de substituție preferabil 40% (în trecut 17%), colonul deținea 48% acum 30%, jejunul rămâne la nivelul precedent - 30%. Cu referire la căile de ascensionare a grefei folosim mai frecvent calea prin mediastinul posterior - 40%, retrosternală - 25%, intrapleură - 35%. Concluzii. Toate metodele de substituție a esofagului cu consemnarea avantajelor și dezavantajelor în fiecare caz individual au dreptul la existență. În clinica Chirurgie FEC MF s-a stabilit următoarea tactică de reconstrucție esofagiană: 1) în stenozele postesofagita peptică și esofag Barrett - rezecția esofagului afectat cu substituția lui cu segment jejunal a la Roux prin laparotomie și toracotomie; 2) în cancerul esofagului mediu toracic - extirparea esofagului cu substituția lui cu grefă gastrică din curbura mare prin trei căi de acces - toracotomie, laparotomie, cervicotomie; 3) în stenozele postcaustice extinse și în cancerul treimii superioare a esofagului utilizăm extirparea esofagului cu substituția lui cu colon prin trei căi de acces.

EVOLUTIONARY TRENDS IN ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION

Introduction. There are different methods of substitution of resected esophagus, it depends on the type and localization of pathological process, surgical approach, segmental resection or total extraction of esophagus, depends on the material of substitution used and the method of graft preparation. **Purpose.** The development of reconstructive surgery of esophagus in the department of surgery, CME Faculty. **Materials and methods.** In our statement of observation (1977-2011) we have 240 cases of reconstructive interventions in the esophagus. While the indications for esophageal resection, replacement material used and methods of graft preparation remain the same, different preferences can be observed in their structure. If the first decade of work 90% of the total volume of interventions were operations for postcaustic stenosis, in the last five-year 2007-2011, 56% of interventions were the neoplastic processes. Gastric graft is preferable substitute material 40% (in the past 17%), colon had 48% now 30%, jejunum remains at the previous level of 30%. With reference to the way of ascension graft, frequently used path through the posterior mediastinum 40%, retrosternal -25%, intrapleural - 35%. **Conclusions.** All methods of replacement of the esophagus to record the advantages and disadvantages in each individual case have the right to existence. In the department of surgery CEM was established following tactics of esophageal reconstruction: • In stenosis after peptic esophagitis and Barrett esophagus - resection of esophagus and substitution with jejunal segment Roux by laparotomy and thoracotomy; • In medium thoracic esophageal cancer used esophageal extirpation and its substitution with gastric graft by thoracotomy, laparotomy and cervicotomy; • In extended postcaustic stenosis and cancer of the upper third of esophagus used esophageal extirpation by three pathways.

K184

TRAHEOSTOMIA ȘI CHIRURGIA TRAHEII CERVICALE

Gladun N., Balica I., Iusco T., Maxim I., Toma A., Rusu S.

*Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova
Secția chirurgie toracică, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova*

Introducere. Succesele terapiei intensive și reanimării în traumatismele grave, care necesită ventilație mecanică prelungită a cauzat creșterea numărului de pacienți cu stenoze posttraheostomice, care necesită corecție chirurgicală. Scopul. Atenționarea societății medicale (anesteziolegi, reanimatologi, chirurghi) la conduita optimă a acestor pacienți pentru evitarea complicațiilor mutilante ce impun intervenții laborioase pe segmentul cervical al traheii. **Material și metode.** În clinică (1980-2011) s-au operat 50 pacienți cu stenoze ale traheii cervicale: posttraheostomie - 34, postdecubit de manșon - 6, posttraumatice - 8, fistulă esofagotraheală - 2, bărbați - 36, femei - 14. Vârsta pacienților între 13-50 ani, media fiind 28,4. Peste 1/3 (36%) din numărul de operații revin pe ultimii 5 ani. S-au efectuat diferite intervenții: rezecții traheale „în pană” - 9 cazuri, rezecții-anastomoză circulare - 20 cazuri, rezecție anastomoză circulară a traheii cervicale și 1/3 superioare a traheii toracice prin cervico- sternotomie - 4 cazuri, rezecție laringo-traheală fenestrată cu osteoplastie anterioară - 6 cazuri, excizia fistulei traheo-esofagiene - 2, rezecția laringo-traheală - 1 caz. În 4 cazuri n-am reușit refacerea definitivă a lumenului traheal și s-a aplicat fistula traheală, condusă ulterior prin tub traheostomic „T”- stent. Am avut un singur deces. **Discuții și concluzii:** În complexul terapiei intensive cu ventilație prelungită trebuie să fie incluse și metodele de profilaxie a complicațiilor posibile cauzate de traheostomie. -Traheostomia se efectuează cu indicații rezervate, în mod programat, pe tub de intubație, aplicată prin tehnica inferioară cu incizie orizontală sau în lambou (procedeu Björk), de către chirurghi experimentați. -Importanță deosebită o are managementul tubului și manșonului traheostomic, controlul endoscopic al traheii și a bronhiilor.

TRACHEOSTOMY AND SURGERY OF THE CERVICAL TRACHEA

Introduction. Success of intensive therapy and reanimation in serious injuries requiring prolonged mechanical ventilation caused an increasing number of patients with stenosis after tracheostomy requiring surgical correction. **Purpose.** The warning medical society (anesthesiology, Reanimatology, surgeons) at optimal care of these patients to avoid complications that require laborious interventions at cervical segment of trachea. **Material and methods.** In our clinic 50 patients were operated with stenosis of the cervical trachea: after tracheostomy - 34, the sleeve decubitus position -6, posttraumatic -8, tracheo-esophageal fistula -2, men - 36, women - 14. Patients aged between 13-50 years, averaging 28.4. Over one third of the operations (36%) upon the last five years. Different interventions were performed: tracheal wedge resections - 9 cases, circular resection anastomosis -20 cases, circular resection anastomosis of cervical trachea and of 1/3 superior of thoracic trachea by cervico- sternotomy - 4 cases, fenestrated tracheal resection with larynx Previous osteoplasty - 6 cases, tracheo-esophageal fistula excision - 2, laryngo-tracheal resection - 1 case. In four cases we could not restore permanent tracheal lumen and tracheal fistula was applied, subsequently led by tracheostomic tube “T” stent. We had one case of death. **Discussion and conclusions.** In the complex intensive therapy with prolonged ventilation must be included methods of prevention of possible complications caused by tracheostomy. •Tracheostomy is performed by experienced surgeons with indications reserved, on intubation tube, by technique with low horizontal incision or flap. •Particularly important is the management of tracheostomy tube and sleeve, endoscopic control of the trachea and bronchi.