

A8

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ICTERULUI MECANIC

**Curlat N., Bour A., Curlat E., Ghereg A., Gugava V., Bazeliuc I.**

*USMF "N. Testemițanu", Curs chirurgie generală, Facultatea stomatologie, or. Chișinău*

Problema diagnosticului și tratamentului icterului mecanic rămâne actuală. Metodele chirurgicale tradiționale folosite în tratamentul icterului mecanic, în deosebi, complicat cu colangită sunt urmate de letalitate sporită (10,4-40%). Scopul. Ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical la pacienții cu icter mecanic. Material și metode. Au fost analizate rezultatele diagnosticului și tratamentului la 687 pacienți cu icter mecanic de diverse etiologii. Bărbați 175 (25,5%), femei 512 (74,5%), în vârstă de peste 60 ani au fost 50,1% pacienți. Coledocolitiaza s-a depistat la 507 (73,8%), stricturi sau stenoze biliare la 77 (11,2%), procese maligne la 94 (13,7%) și alte cauze la 9 (1,3%). Pentru diagnostic au fost folosite USG, CPGER, CTPH, CT, fistulografia și metodele biochimice de laborator. Tratamentul la 471 pacienți cu icter avansat, asociat la 69 (13,6%) din ei cu colecistită acută, sau colangită acută severă la 57 (12%) și patologii concomitente grave la 153 (32,5%) pacienți a fost devizat în etape. La prima etapă s-a efectuat decompresia biliară (endoscopică, laparoscopică, transparietohepatică ecoghidată sau radiologică). Metoda de decompresie depindea de cauza icterului mecanic. La 231 pacienți CPGER a fost urmată de PSTE cu sau fără litextracție, sau drenaj nazo-biliar. În obturarea malignă a coledocului distal, așa cum și în colecistita acută, la prima etapă, s-a efectuat colecistostomia laparoscopică, iar în obturarea hepaticului comun DTPH. După ameliorarea stării generale, peste 5-12 zile, a fost efectuată etapa a doua. Volumul și metoda definitivă de restabilire a tranzitului biliar depindea de starea generală și cauza obstrucției. La 216 pacienți s-a efectuat tratament tradițional. Concluzii: Divizarea în etape tratamentului chirurgical al icterului mecanic avansat sau complicat cu colangită acută și insuficiență hepatică, în deosebi, la bolnavii vîrstnici, duce la micșorarea complicațiilor de la 21% pînă la 14% și mortalității de la 12% pînă la 3,6%.

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE

Problem of diagnosis and treatment of mechanical jaundice remains current. Traditional surgical methods used in the treatment of mechanical jaundice, especially complicated by cholangitis, are followed by heavy mortality (10.4-40%). Purpose. Improving the results of surgical treatment in patients with obstructive jaundice. Material and methods. The results of diagnosis and treatment of 687 patients with obstructive jaundice of various etiologies were analyzed. There were 175 men (25.5%), 512 women (74.5%), 50.1% of patients were over 60 years old. Choledocholithiasis was detected in 507 (73.8%), biliary stricture or stenosis in 77 (11.2%), malignancy in 94 (13.7%) and other causes in 9 (1.3%). US, ERCP, PTHC, CT, Fistulography and biochemical laboratory methods were used for diagnosis. Treatment of 471 patients with advanced jaundice associated in 69 (13.6%) of them with acute cholecystitis or severe acute cholangitis in 57 (12%) and severe concomitant diseases in 153 (32.5%) patients was devised in stages. In the first stage biliary decompression (endoscopic, laparoscopic, US or X-ray guided transhepatic) was performed. Decompression method depends on the reason of mechanical jaundice. ERCP in 231 patients was followed by EPST with or without lithectomy or naso-biliary drainage. In case of malign obstruction of distal common bile duct, so as of acute cholecystitis, we performed laparoscopic cholecystectomy in the first stage. And in case of obstruction of the common hepatic duct transhepatic drainage was performed. After improvement of general state, the second stage was performed in 5-12 days. Definitive volume and method for restoring bile transit depended on general state and the reason of obstruction. The traditional treatment of 216 patients was performed. Conclusion: Dividing of the surgical treatment of advanced mechanical jaundice in stages, especially in elderly patients, decreases the complications from 21% to 14% and mortality from 12% to 3.6%.

A9

## COLEDOSCOPIA ÎN CHIRURGIA ICTERULUI MECANIC

**Costea I., Glod M., Terinte R., Chiriac R., Bulimar V., Grigorovici Mirela, Diaconescu M. R.**

*Universitatea de medicina si farmacie "Gr. T. Popa", Iasi, clinica a IV-a chirurgie*

Scopul lucrării: Diversitatea etiopatogenică a icterului mecanic justifică explorarea coledocoscopică, necesară unui diagnostic de certitudine. Material și metodă: Între anii 2002 - 2011 am utilizat coledoscopul flexibil la 58 de pacienți internați cu icter mecanic. La 21 (36,2 %) dintre aceștia icterul s-au dovedit a fi de etiologie neoplazică: 5 (8,6 %) cazuri cu ampulom vaterian (care au beneficiat de duodenopancreatectomie cefalică), 14 (24,1 %) cazuri cu neoplasm al capului de pancreas și două (3,4 %) cazuri cu colangiocarcinom). Ceilalți 37 (63,8 %) de pacienți au avut o etiologie litiazică, la care coledocolitotomia asistată coledoscopic și asociată colecistectomiei a permis vindecarea. Rezultate. Discuții: Dintre pacienții cu suspiciune de icter mecanic neoplazic, în două (3,4 %) cazuri a fost necesară coledoscopia care a certificat diagnosticul de colangiocarcinom atât prin aspectul imagistic, dar mai ales datorită posibilității prelevării biopsiei și examenului histopatologic. În explorarea icterului mecanic. cu etiologie litiazică examenul coledoscopic permite vizualizarea calculilor în 16 (27,5 %) cazuri la care celelalte explorări imagistice erau neconcludente. În toate cazurile controlul coledoscopic a certificat absența calculilor în calea biliară principală la finalul intervenției, oferind astfel siguranță privind acuratețea actului chirurgical. Concluzii: Coledoscopia aduce siguranță în chirurgia căii biliare principale atât în ceea ce privește diagnosticul, permițând vizualizarea și prelevarea biopsiei în leziunile tumorale ale căii biliare principale cât și în tratamentul litiazei biliare, oferind posibilitatea controlului imediat (intraoperator) al căii biliare principale după coledocolitotomie. Cuvinte cheie: icterul mecanic, coledoscopia

## CHOLEDOCOSCOPY IN THE SURGERY OF MECHANICAL JAUNDICE

Abstract Background. The diverse etiology of mechanical jaundice requires a choledocscopy to allow a correct diagnosis. Methods: Between 2002 and 2011, we used flexible choledoscope, in 58 patients with mechanical jaundice admitted in our clinic. 21 (36,2 %) cases proved to be of neoplastic etiology: 5 (8,6 %) cases diagnosed with vaterian ampuloma (treated by cephalic duodenopancreatectomy), 14 (24,1 %) cases with pancreatic head cancer and two (3,4 %) cases with cholangiocarcinoma. The remaining 37 (63,8 %) cases were caused by lithiasis, treated by choledocolithotomy asso-

ciated with choledocscopy and cholecystectomy. Results. Discussion: Among patients with suspected neoplastic mechanical jaundice, in two (3.4 %) cases choledocscopy was necessary, in order to sustained the diagnosis of colangiocarcinoma, by macroscopically appearance, and also by the biopsy sampling and histological examination. In mechanical jaundice of lithiasis etiology, the choledocscopy permitted the visualization of stones in 16 (27, 5%) cases in which, other imagistic investigations were inconclusive. In all cases choledocscopic control certified the absence of gallstones in the bile duct at the end of the surgical procedure, and thereby provides safety of the surgical act. Conclusions: Choledocscopy adds certainty in the main bile duct surgery both in terms of correct diagnosis, allowing visualization and biopsy sampling of the main bile duct in tumor lesions and in treatment of gallstone disease, allowing immediate control of the main bile duct after choledocolithotomy. Key words: mechanical jaundice, choledocscopy

A10

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Литвиненко А.Н., Лукеча И.И., Гулько О.Н., Загрийчук М.С.

Национальный институт Хирургии и Трансплантологии им. А.А. Шалимова, Украина, г. Киев

Статья посвящена вопросам улучшения результатов хирургического лечения больных с холецистолитиазом осложненным микрохоledoхолитиазом, на основе разработки диагностического алгоритма и оптимизации лечебной тактики с приоритетным применением миниинвазивных технологий и с учетом результатов электронной поляризационной микроскопии. Материал базируется на данных комплексного клинического обследования и хирургического лечения 120 пациентов холецистолитиазом. Для диагностики использовали электронную поляризационную микроскопию желчи, как основного метода диагностики микрохоledoхолитиаза. На основе проведенных исследований разработанные показания и противопоказания к использованию миниинвазивных методов лечения, с учетом стадии микрохоledoхолитиаза и наличия патологии со стороны большого дуоденального сосочка. Отдаленные результаты лечения были прослежены на основе опросника оценки качества жизни у 60 (50%) пациентов в сроки от 3 мес. до 3 лет. За основу исследования брались показатели интегрального показателя качества жизни, нормальный уровень составлял  $(49,7 \pm 2,6)$  баллов. Полученные данные указывают, что худшие результаты с точки зрения качества жизни наблюдались в группе больных, которые перенесли хирургические вмешательства без учета стадии микрохоledoхолитиаза. Исходный уровень в них составил  $(98,4 \pm 5,1)$  балла, через 6 мес. -  $(74,4 \pm 3,9)$  баллов, через 14 мес. сохранился на уровне  $(69,3 \pm 3,9)$  баллов и только к 36 мес. стал  $(57,2 \pm 4,4)$  баллов. С развитием технологий в подобной категории больных стали выполнять миниинвазивные вмешательства с учетом стадии микрохоledoхолитиаза и дифференцированно подходить к выбору метода коррекции патологии большого дуоденального сосочка. Исходный уровень составил  $(111,2 \pm 7,9)$  баллов. После проведенного хирургического лечения с коррекцией нарушений большого дуоденального сосочка у большинства больных наступила нормализация качества жизни индекс через 6 мес составил  $(63,5 \pm 7,3)$  балла, а после 14 мес -  $(54,9 \pm 2,5)$ , и показатель нормализовался через 24 мес -  $(50,3 \pm 2,70)$ . Таким образом, применение миниинвазивных хирургических методов лечения с учетом стадии микрохоledoхолитиаза и дифференцированным подходом к выбору метода коррекции БДС приводит к уменьшению количества послеоперационных осложнений и значительно более высокому качеству жизни в отдаленном периоде, который делает их лучшими в лечении больных с холецистолитиазом осложненным микрохоledoхолитиазом.

## SURGICAL TREATMENT OF GALLBLADDER DISEASE COMPLICATED BY A MICROCHOLEDOCHOLITHIASIS

In this article the results of surgical treatment improvement for patients with cholecystitis and its complications, such as microcholelithiasis were discussed. Main stage in diagnostic algorithm and in optimization of medical tactics with respect to application in miniinvasive technology was electronic polarization microscopy. The material based on data of complex clinical investigation and surgical treatment of 120 patients with different types of cholecystitis. For diagnostics were used electronic polarising microscopy of bile, as basic method of diagnostics of microcholelithiasis. Indications and contra-indications were developed in order to use miniinvasive treatment methods, taking into account stage of microcholelithiasis and presence of papilla Vateri pathology. Long term results were evaluated by questionnaire of an estimation of quality of life at 60 (50 %) patients in time from 3 months up to 3 years. Main quality of life indicator used in this research was on the normal level on  $(49,7 \pm 2,6)$  points. The obtained data shows, that the worst results from the point of view of quality of a life were observed in group of patients who underwent surgical interventions without a stage of microcholelithiasis recognizing. Initial level of life quality indicator in this group was  $(98,4 \pm 5,1)$  point, after 6 months -  $(74,4 \pm 3,9)$  points, after 14 months  $(69,3 \pm 3,9)$  points, and only after 36 months became  $(57,2 \pm 4,4)$  points. With development of this technologies in a similar category of patients were possible to carry out microcholelithiasis interventions with respect to the stage of microcholelithiasis and individual approach in the papilla Vateri pathology correction. Initial level has been  $(111,2 \pm 7,9)$  points. Normalization of life quality has come after 6 months, reaching  $(63,5 \pm 7,3)$  points, and after 14 months -  $(54,9 \pm 2,5)$ , and the indicator was normalized after 24 months -  $(50,3 \pm 2,70)$ . Thus, application of miniinvasive surgical methods of treatment taking into account a stage of microcholelithiasis and the differentiated approach in choosing of papilla Vateri correction leads to reduction of number of postoperative complications, increasing the quality of life indications in postoperative period.