

Bibliografie

1. Bozomitu L., Moraru E., Stana B., "Disfuncția endotelială. Sursa modificărilor aptogenetice și a progresiei clinice în hipertensiunea portală", Revista Română de pediatrie. –Vol. LVI, nr.2, an 2007. p.119-123
2. Bușoi Gr. Hepatofibroza latentă, o entitate clinică care își cere dreptul la existență. Revista Medicală Română, 2008, Vol. LV, Nr.3, pag. 161-163
3. Desmet et al. – "Classification of chronic hepatitis diagnosis, grading and staging", Hepatology 1994; 19:1513
4. Popa M., Vasilescu C. Splenectomy minimal invazivă la pacientul cirotic. Chirurgia 2010, 105(1) :15-20
5. Poynard et al. Methodological aspects for the interpretation of liver fibrosis non-invasive biomarkers. Gastroenterol. Clin. Biol., 2008, 32: p.8-21.
6. Shaheen A.A., Wan A.F., Myers R.P. FibroTest and FibroScan For the prediction of hepatitis C - Related Fibrosis: A systematic review of diagnostic test accuracy. Am J Gastroenterol., 2007, 102: p.2589-2600.
7. Siu Anca. Fibroza perisinusoidală în hepatita virală C. Evaluare cantitativă prin microscopie și morfometrie. Târgu Mureș, 2008.
8. Woodward J., Neuberger J. Autoimmune overlap syndromes, Hepatology, 2001, 33(4): p.994-1003.
9. Hotineanu V., Cazacov V., Rusu S. "Aspecte histopatologice și imunoserologice în hipersplenismul portal cirogen", Constanța 2009
10. Zhang Y., Li Z.F., Sun X.L., et al. Splenic macrophage phagocytosis and hypersplenism in cirrhotic portal hypertensive patients. Chin J Gen Surg (Chin), 2005, 20: p.115-116.
11. Богомолов П.О., Буевров А.О., Кузьмина О.С., Трофимова М.Н. Стратегии лечения цирроза печени. КЛ И Н И Ц И С Т, № 4, 2006, с.68-73.
12. Бурневич Э.З., Арион Е.А. Вариантные формы аутоиммунных заболеваний печени. Фарматека, 2009, с.28-33
13. Непомнящих Г. И ., Айдагулова С. В., Непомнящих Д. Л. Морфогенез хронического гепатита С и цирроза печени инфекционно- вирусного генеза. Бюллетень СО РАМН, 2008, N 6 (134), С. 66-75
14. Сторожаков Г.И., Ивкова А.Н. Патогенетические аспекты фиброгенеза при хронических заболеваниях печени. Contents, N.2, 2009.
15. Черненко Н.В. Морфофункциональная характеристика печени после экспериментальной спленэктомии / «Неделя Науки – 2006», Иваново, 2006, с.86-88.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE ȘI CONDIUTA POSTOPERATORIE A PACIENȚILOR CU MIASTHENIA GRAVIS SAU SINDROM MIASTENIC

PREOPERATIVE PREPARATION AND POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS OR MYASTHENIC SYNDROME

Vladimir HOTINEANU¹, Maxim STASIUC²

¹ Prof. Dr. Hab. în med.,

² Dr. în Med., medic chirurg SCR

Clinica 1, Catedra 2 Chirurgie, Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "N.Testemitanu",

Laboratorul de cercetări științifice "Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv", Chisinau

Rezumat

Miasthenia gravis prezintă un triumf medical din jumătatea a doua a sec. XX, care însă a lăsat probleme și întrebări pentru știința contemporană. Ultimele trei decenii au marcat lipsa scaderii mortalității în miasthenia gravis, prevalența sporită fiind cauzată de supraviețuirea crescută a pacienților. Indicațiile tratamentului chirurgical rămân controversate, dar rezultatele postoperatorii apreciază tiectomia ca metoda de elecție în tratamentul formațiunilor de volum ale timusului, în asocierea cu miasthenia gravis sau sindrom miastenic. În tratamentul complex un rol foarte important îl are pregătirea preoperatorie și conduita postoperatorie medicamentoasă a pacienților.

Summary

Myasthenia gravis represents one of the great medical triumphs of the last half century. However, problems and questions remain. The mortality rate for Myasthenia gravis has not decreased over the last 30 years; reports suggesting that the documented increased prevalence of Myasthenia gravis is due to better survival more likely reflect improved case ascertainment in the elderly. Thymectomy remains as the optimal treatment of choice in patients with myasthenia gravis, however, the selection criteria for surgery remains controversial. Neoplastic pathology of the thymus gland associated with myasthenia gravis or myasthenic syndrome causes a range of medical problems that need application of complex therapy, a very important role being plaid by preoperative preparation and postoperative management of patients.

Materiale și metode

Studiul s-a axat pe analiza materialelor de observație clinică, a examenelor paraclinice efectuate, a rezul-

tatelor tratamentului farmacoterapeutic și chirurgical, într-un lot de 109 pacienți cu diferite formațiuni de volum al timusului, în asociere cu sindromul miaste-

nic sau miastenia gravis, tratați în clinică pe parcursul anilor 1994-2008.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi: I lot a inclus 41 (37,62%) pacienți cu formațiuni de volum timice în asociere cu sindromul miastenic, II lot – 68 (62,38%) pacienți cu formațiuni de volum timice în asociere cu miastenia gravis.

Dintr-un total de 109 bolnavi incluși în studiu 28 (25,69%) au fost bărbați (lot 1 – 12 (29%) cazuri; lot 2 – 16 (24%) cazuri) și 81 (74,31%) femei (lot 1 – 29 (71%) cazuri; lot 2 – 52 (76%) cazuri).

Vârsta bolnavilor a variat între 10 – 80 ani, în medie alcătuind 32,7 ani. Din numărul total de 109 pacienți cu formațiuni de volum al timusului, în asociere cu sindromul miastenic sau miastenia gravis, 102 (93,58%) bolnavi au constituit persoanele activ incluse în sectorul de muncă.

În Clinica Chirurgie nr.2, tactica tratamentului miasteniei gravis și al sindromului miastenic a suportat modificări odată cu parcurgerea unei perioade de cercetare diagnostică, clinico-instrumentală, de laborator și morfologică, ceea ce a permis elucidarea etiologiei și a patogeniei sindromului miastenic, fapt ce a dus la schimbarea argumentată a tacticii chirurgicale, eligibilitatea căreia a fost confirmată prin rezultatele tratamentului chirurgical și ale celui conservator, inclusiv la distanță.

Indicația operatorie principală în majoritatea cazurilor – 98 (89,1%) (lotul 1 – 41 (100%), lotul 2 – 57 (83,82%) a fost prezența formațiunilor de volum ale timusului. stabilită preoperator imagistic; în 4 (3,67%) cazuri analizate – miastenia gravis, cu evoluție clinică progresivă (lotul 2 – 4 (5,89%) cazuri); și în 7 (6,42%) cazuri – miastenia gravis generalizată de gravitate medie sau gravă (cu crize miastenice în anamneză) (lotul 2 – 7 (10,29%) cazuri (Tabelul 1).

Tabelul 1. Indicațiile pentru tratament chirurgical

Nr.	Indicație chirurgicală	Lot 1	%	Lot 2	%	Total	%
1.	Formațiuni de volum a glandei timice	41	100	57	83,82	98	89,1
2.	MG cu evoluție progresivă	-	-	4	5,89	4	3,67
3.	MG gravitate medie sau gravă	-	-	7	10,29	7	6,42

Tratamentul preoperator

În prezent tratamentul sindromului miastenic și/sau al miasteniei gravis în asociere cu formațiunile de volum timice este complex, asociindu-se terapia medicamentoasă cu diferite procedee chirurgicale, aspectul chirurgical fiind considerat principal.

Pregătirea preoperatorie medicamentoasă se determină în funcție de dereglările sistemice și homeostatice, care sunt legate de miastenia gravis sau de sindromul miastenic și include:

- Cuparea asteniei musculare accentuate;
- Compensarea dereglărilor de alimentație legate de deranjamentul actelor de masticăție și de deglutiție;
- Sanarea focarelor septice și diminuarea reținerii conținutului traheobronhial;
- Stabilizarea hemodinamicii;
- Compensarea dereglărilor endocrine asociate.

Scopul principal al pregătirii preoperatorii constă în lichidarea asteniei musculare. Folosirea cu acest scop a preparatelor anticolinesterazice (PACE), în doze care asigură starea func-

țională satisfăcătoare, constituie direcția generală a rezolvării acestei probleme. În majoritate cazurilor PACE (piridostigmin (kalemin), distigmin bromid (ubretid), etc.) se administrează enteral per os, se repartizează uniform toată doza de zi (uneori destul de mare), care cupează manifestările miastenice în decursul zilei. În cazurile de disfagie, manifestată și în crizele miastenice, PACE (prozerină, ubretid) se administrează parenteral înainte de masa. Acțiunea PACE se accentuează prin administrarea efedrinei (25 mg 2 ori/zi) sau a eufilinei (150 mg 2 ori/zi) per os sau parenteral.

Pentru diminuarea efectului muscarinic al PACE, mai ales în doze mari și în administrarea lor parenterală, se recurge paralel la sol. Atropini subcutan în corelație: sol. Prozerini 0,05% 1ml – sol. Atropini 0,1% 0,3ml.

Eficacitatea acestei direcții de pregătire preoperatorie poate fi sporită prin administrarea preparatelor glucocorticosteroide (prednizolon, metipred) în doze echivalente de 20 – 30 mg de prednizolon/zi. Conform lui П. Ветшев indicațiile pentru includerea în schema terapiei complexe a preparatelor hormonale sunt manifestările miastenice evidente, afectarea musculaturii bulbare și a celei respiratorii, crize miastenice în anamneză, rezistența față de PACE. Menționăm că pentru pregătirea adecvată cu folosirea preparatelor glucocorticosteroide este necesar un interval de timp – intervenția chirurgicală se efectuează peste 1,5 – 2 luni după alegerea dozei optime. Profilaxia antibacteriană rațională, protecția antinocivă adecvată în timpul anesteziei, tehnica operativă perfecționată cu traumatism intraoperator minimal, terapia intensivă optimă asigură o evoluție postoperatorie necomplicată, necătând la folosirea timp îndelungat a glucocorticoizilor.

Din numărul total al pacienților (109) incluși în studiu, 48 (44,04%) (lotul 1 – 41 (100%), lotul 2 – 7 (10,29%) nu au necesitat o pregătire preoperatorie specializată. În 42 cazuri (38,53%) (toate din lotul 2 – 42 (61,76%) bolnavii au urmat o pregătire preoperatorie medicamentoasă cu folosirea numai PACE (kalemin, prozerină). Dozele PACE au fost alese individual în fiecare caz aparte, dar a fost observată o corelație directă între gravitatea manifestărilor miastenice și doza eficientă de PACE. În manifestările neînsemnate și ușoare, în majoritatea cazurilor a fost suficientă doza de kalemină 60 – 120 mg/zi, în formele cu gravitate medie – 120 – 180 mg/zi, la pacienții cu forme grave dozele eficiente au crescut de la 180 mg/zi până la 240 mg/zi, în unele cazuri și mai mult. Trebuie de menționat că rar au fost observate și cazuri când dozele eficiente de PACE nu au fost corelate cu gravitatea manifestărilor miastenice (formele ușoare au fost corelate cu dozele mari (180 – 210 mg/zi) și invers formele grave au fost corelate cu dozele mici de PACE (60 – 90 mg/zi). Durata tratamentului medicamentos preoperator a variat de la 1 săptămână până la 3 luni, cu o medie de 22,7 zile (lotul 1 – 21,1, lotul 2 – 24,3 zile).

În 19 (17,43%) cazuri pregătirea preoperatorie medicamentoasă a inclus suplimentar și administrarea glucocorticoizilor (prednizolonă) (lotul 2 – 19 (27,94%). Dozarea a fost efectuată conform schemei: inițial 15 mg/zi, majorarea lentă a dozei în dinamică până la 30-45 mg/zi pe parcursul a 10 – 14 zile, diminuarea lentă a dozei până la anulare peste 3 – 4 săptămâni. Durata cursului a variat de la 4 săptămâni până la 9 săptămâni, cu o medie de 42,4 zile.

Rezultatele pregătirii preoperatorii pot fi ameliorate semnificativ prin includerea în program a metodelor de terapie

eferentă. Există date convingătoare care confirmă că hemo-sorbția cu sorbente carbonifere neselectate permite, în multe cazuri, ameliorarea transmisiunii neuromusculare. Dar aceste schimbări nu sunt obligatorii și sunt corelate cu devierile electromiografice. Devieri pozitive electromiografice se observă în mod egal la pacienții cu diferite forme ale miasteniei gravis și, probabil, sunt legate mai mult de starea sistemului hipotalamo-hipofizar al pacientului, provenind din ACh-receptorii centrali, decât de schimbarea mediului intern al organismului. Pe o scară mai largă, în scopul pregătirii preoperatorii a pacienților cu miastenia gravis, se aplică plasmofereza în regimul de schimbări ale plasmii cu plasma donatoare. Folosirea plasmoferezei permite micșorarea duratei cursului (2 – 3 ședințe) și pastrarea rezervelor proteice ale bolnavului și, în consecință, compensarea rapida a stării generale a pacientului, cu diminuarea dozei PACE, până la anularea lor.

Studiul dat a inclus 3 (2,79%) cazuri, când în programul de pregătire preoperatorie au fost introduse și metodele aferente (1 caz – hemo-sorbția – 2 ședințe; 2 cazuri – plasmofereza – 2 ședințe), cu efect rapid, evident, dar temporar.

Folosirea PACE, mai ales în doze mari, duce la hipersalivare și la hipersecreție bronșică, care în asociere cu impactul unei tuse slabe favoriza apariția bronhostaziei și a pneumoniei. Pentru prevenirea acestei complicații am recurs la următoarele manopere: gimnastică respiratorie nesolicitantă fizic, drenaj poziționat, administrarea mucoliticilor (ACC, ambroxol, etc.).

Pregătirea preoperatorie efectuată după schema dată a permis obținerea unor rezultate clinice favorabile în terapia manifestărilor miastenice, ceea ce a diminuat riscul intervenției chirurgicale. În toate 109 (100%) cazuri intervenția chirurgicală a avut un caracter programat.

Starea generală preoperatorie a fost apreciată după scara Asociației Americane a Anesteziozilor (American Society of Anesthesiologists - ASA):

- Clasa I – pacienții, care nu aveau maladii sistemice – 17 (15,6%) pacienți (I lot – 17 (41,46%) cazuri, II lot – 0 cazuri);
- Clasa II – pacienții cu o maladie sistemică compensată, care nu limita activitatea fizică și socială – 32 (29,36%) pacienți (I lot – 16 (39,02%) cazuri, II lot – 16 (23,53%) cazuri);
- Clasa III – pacienții cu o maladie sistemică gravă, care limita activitatea fizică și / sau activitatea socială, însă era posibil de compensat în rezultatul tratamentului – 56 (51,38%) pacienți (I lot – 8 (19,51%) cazuri, II lot – 48 (70,59%) cazuri);
- Clasa IV – pacienții cu o maladie decompensată, care necesitau administrarea permanentă a medicamentelor – 4 (3,67%) pacienți (I lot – 0 cazuri, II lot – 4 (5,88%) cazuri);
- Clasa V – pacienții care puteau deceda în decurs de 24 ore necătând la acordarea asistenței medicale – 0 pacienți.

Premedicația a urmărit următoarele scopuri:

- 1) Normalizarea stării psihoemoționale a pacientului;
- 2) Prevenirea și diminuarea reacției pacientului la efectuarea diferitor manipulații (injecții intravenoase, introducerea diferitor catetere);
- 3) Asigurarea unei perioade mai confortabile de inducție a anesteziei.

Premedicația trebuie să fie minimă și să nu includă preparate cu supresiune evidentă a SCN și a ritmului respirator. Seara și în ziua intervenției chirurgicale se administrează nu-

mai preparate somnifere și antihistaminice. La pacienții, care timp îndelungat preoperator au primit glucocorticosteroide, este necesară includerea în premedicație a prednizolonei sau hidrocortizonei.

Atropina se administrează în premedicație în doze nu mai mici de 1 mg. intramuscular – cu 40 min. înainte de intervenție sau intravenos – înainte de inducție în narcoză. Aceasta gestiune este determinată de pericolul dezvoltării reacțiilor vagale în timpul inducției la pacienții, care au folosit preoperator PACE în doze mari.

Cu scopul corecției hipovolemiei, care are loc frecvent la bolnavii miastenici, este recomandată, înainte de intervenția chirurgicală, infuzia intravenoasă a 400 ml. de cristaloizi și a 400 ml. de coloizi (poliglucină, gelatinol, gelofuzin).

Pentru profilaxia antibacterială preoperatorie noi am utilizat cefalosporine (ceftriaxon 1g) sau peniciline protectate (amoxiclav 600 mg), administrate intravenos în timpul inducției narcozei. Aminoglicozidele (de toate generațiile) și fluorochinolonele sunt contraindicate, din cauza acțiunii lor curareforme.

Singura metodă de anestezie accesibilă în tratamentul chirurgical al pacienților cu formațiuni de volum timice, în asociere cu sindromul miastenic sau cu miastenia gravis, este anestezia generală intravenoasă cu ventilație artificială a plămânilor prin tubul oro-traheal.

Menționăm că pentru bolnavii miastenici este caracteristică sensibilitatea crescută față de miorelaxante nedepolarizante (de lungă durată), durata acțiunii lor poate fi enormă și restabilirea tonusului musculaturii scheletale – incompletă. Răspunsul la miorelaxante depolarizante, de regulă, este normală, dar fasciculațiile musculare în timpul primei introduceri, de obicei, lipsesc.

Inducția narcozei se efectuează prin administrarea intravenoasă a tiopentalului sau a ketaminei. Pentru realizarea intubației oro-traheale se folosesc 30-60 mg. de ditilină. Pe parcursul intervenției, în caz de necesitate, blocada neuromusculară se menține prin injecții fracționate de ditilină 30-40 mg.

Menționăm că diferite grupuri de mușchi scheletali pot fi afectate în grad diferit și, ca rezultat, restabilirea completă a tonusului adductorului policis nu semnifică obligatoriu restabilirea tonusului musculaturii faringee și al celei respiratorii.

Tratamentul medical postoperator al pacienților operați pentru formațiuni de volum timice, în asociere cu sindromul miastenic sau cu miastenia gravis

Terapia medicamentoasă în perioada postoperatorie timpurie a fost indicată pacienților operați pentru formațiuni de volum timice în secția de terapie intensivă și a fost continuată în secția de profil. Volumul și caracterul măsurilor terapeutice au fost stabilit în funcție de următoarele criterii: tipul intervenției chirurgicale, evoluția clinică, terapia preoperatorie efectuată; volumul traumatismului operator, complicațiile intraoperatorii survenite; patologicele concomitente existente; prezența complicațiilor postoperatorii.

În majoritatea cazurilor, terapia complexă medicamentoasă, indicată imediat postoperator, urmărește următoarele obiective:

- Restabilirea tonusului muscular;
- Analgezia adecvată postoperatorie;
- Corecția volemicii;
- Antibioterapia profilactică;
- Corecția funcției altor organe și sisteme;

- Corijarea metabolismului energetic;
- Terapia anticoagulantă și reologică (profilaxia complicațiilor tromboembolice);
- Terapia simptomatică și cea a patologiilor concomitente.

Intervențiile chirurgicale la nivelul mediastinului anterior se soldează cu un traumatism major din cauza poziției anatomo - topografice a organului (acces prin sternotomie longitudinală), a vecinătății cu vasele magistrale de calibru mare, a plexurilor nervoase, a fiziologiei glandei.

În scopul analgeziei postoperatorii, pacienților cu manifestări miastenice nu li se recomandă folosire opioidelor. Preparatele de elecție sunt forme injecționale de ketonal, ketoprofen, etc. Prima introducere a preparatului analgetic se efectuează la finalul intervenției chirurgicale prin injecții, ulterior repetate, care asigură analgezia adecvată în plaga postoperatorie.

Stabilizarea volemiei se atinge prin terapia infuzională cu includere nu numai a coloizilor (dextrane, gelofuzin, gelatinol, etc.), dar și a cristalozilor cu acțiune antihipoxică (reamberin). Hipokalemia, care influențează negativ transmisiunea neuromusculară și tonusul muscular, determină folosirea «soluțiilor polarizante».

În scopul prevenirii complicațiilor septică am folosit Cefalosporine de generația a 3-a (ceftriaxon 1g/24 ore intravenos) sau peniciline protectate (amoxiclav 600mg/24 ore intravenos).

Formațiunile de volum timice deseori fiind de lungă durată și prezentând o dereglare respiratorie severă, indusă de un sindrom miastenic pronunțat, au provocat diminuarea posibilităților compensatorii ale organismului, dereglări ale sistemului cardio-vascular, dereglări ale sistemului imun. Acești pacienți au necesitat o monitorizare strictă a hemodinamicii.

Tuturor pacienților postoperator le-au fost indicate PACE în forma injectabilă (sol. Proserini 0,015% 1,0 ml i/v), necătând la prezenței sau absente manifestărilor miastenice preoperatorii. Deoarece în perioada postoperatorie precoce, de regulă, se dezvoltă fenomenul de timotoxicoză, determinat de traumatizarea mecanică intraoperatorie a glandei timice și ca rezultat al eliminării în sânge a substanței timice (hormonii, anticorpi antiAChR), ce provoacă agravarea și generalizarea manifestărilor miastenice.

Extubarea cu trecere la respirația spontană a fost efectuată după restabilirea completă a tonusului muscular, mai ales a musculaturii faringiene și respiratorii.

Termenul de extubare, cu trecere la respirație spontană, a variat de la 4 ore până la 36 ore cu o medie de 7,7 ore. În lotul 1 restabilirea tonusului muscular în general s-a produs mai repede, termenul de extubare a variat de la 4 până la 24 ore, cu o medie de 6,65 ore. În lotul 2 termenul de extubare a oscilat de la 5 până la 36 ore, cu o medie de 8,32 ore (Tabelul 2).

De respirație asistată prin tubul oro-tracheal pentru o perioadă de peste 12 ore au avut nevoie 12 (11,01%) bolnavi, din lotul 1 - 1 (2,44%), lotul 2 - 11 (16,18%).

Majoritatea pacienților au fost mobilizați în a 2-a zi postoperator - 93 (85,32%) (lotul 1 - 40 (97,56%), lotul 2 - 53 (77,94%), în 10 (9,17%) cazuri analizate mobilizarea a avut loc în a 3-a zi postoperatorie (lotul 1 - 1 (2,44%), lotul 2 - 9 (13,24%). Și numai 6 (5,5%) pacienți au fost mobilizați după a 4-a zi postoperator (toți din lotul 2 - 6 (8,82%) (Fig. 1).

Tabelul 2. Ventilația artificială a plămânilor (VAP) în perioada postoperatorie

	Lotul 1	Lotul 2	Lotul general
Durata VAP p/o, ore	6,65 ± 1,73	8,32 ± 5,97	7,7 ± 4,9
Pacienți cu VAP mai mult de 12 ore	1 (2,44%)	11 (16,18%)	12 (11,01%)

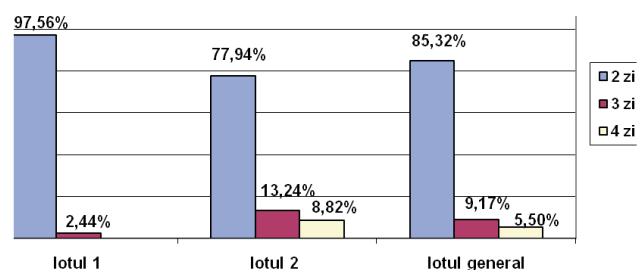


Figura 1. Restabilirea tonusului muscular și mobilizarea pacienților

Debutul alimentației enterale perorale a avut loc paralel cu mobilizarea pacientului.

După normalizarea peristaltismului intestinal și începutul alimentației perorale bolnavilor li s-au administrat PACE perorale (tab. Kalemuni 60 mg în dozele 180-240 mg/zi).

Pacienților cu sindrom miastenic le-a fost administrat prednizon în dozele 30-40 mg/zi pe parcursul a 2 săptămâni postoperator. Bolnavilor cu miastenia gravis le-a fost administrat postoperator prednizon în dozele 45-60 mg/zi timp de 2 - 2,5 luni, conform schemei tradiționale.

Durata medie de spitalizare postoperatorie a constituit 8,5 zile (la pacienții din lotul 1 - 6.82 zile, iar pentru pacienții din lotul 2 - 10.04 zile). N-am înregistrat în acest lot letalitate spitalicească în perioada postoperatorie precoce, toți pacienții operați s-au externat într-o stare generală satisfăcătoare.

Concluzie

Pregătirea preoperatorie a bolnavilor cu formațiuni tumorale timice în asociere cu miastenia gravis sau cu sindromul miastenic este obligatorie și constă în cuparea asteniei musculare patologice accentuate, compensarea dereglărilor de alimentație legate cu deranjamentul actelor de masticție și de înghițire, sanarea focarelor septică și diminuarea reținerii conținutului traheobronhial, stabilizarea hemodinamicii, compensarea dereglărilor endocrine asociate.

Bibliografie

1. Gronseth GS, Barohn RJ. Practice parameter: thymectomy for autoimmune myasthenia gravis (an evidence-base review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55: 7-15.
2. Heitmiller R.F., Myasthenia gravis: clinical features, pathogenesis, evaluation, and medical management. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 11 (1999), pp. 41-46

3. Jaretzki A III, Barohn RJ, Ernstoff RM, et al: Myasthenia gravis: Recommendations for clinical research standards. *Neurology* 55:16-23, 2000
4. Kas J., D. Kiss, V. Simon, E. Svastics, L. Major and A. Szobor, Decade-long experience with surgical therapy of myasthenia gravis: early complications of 324 transsternal thymectomies. *Ann Thorac Surg* 72 (2001), pp. 1691–1697
5. Nieto P., J.P. Robledo, M.C. Pajuelo et al., Prognostic factors for myasthenia gravis treated by thymectomy: review of 61 cases. *Ann Thorac Surg* 67 (1999), pp. 1568–1571
6. Olanow CW, Wechsler AS, Sirotkin-Roses M, Stajich J, Roses AD. Thymectomy as primary therapy in myasthenia gravis. *Ann NY Acad Sci* 1987;505:595-606.
7. Papatestas A.E., G. Genkins, P. Kornfeld et al., Effects of thymectomy in myasthenia gravis. *Ann Surg* 206 (1987), pp. 79–88.
8. Tsuchiya M, Asakura H, Yoshimatsu H. Thymic abnormalities and autoimmune diseases. *Keito J Med* 1989;38:383-402.
9. Ветшев П. С., О. С. Шкроб, И. Х. Ипполитов, О. В. Заратьянц, А. Б. Пономарев, Г. М. Мясников, „Опухоли тимуса у больных миастенией” *Неврологический журнал* №4 1998
10. Кузин М.И., Шкроб О.С., Голубков В.А., Ипполитов И.Х., Шагал Д.И. -, „Опухоли вилочковой железы с миастеническим синдромом” // *Вестн. Хир. им. И.И. Грекова*, - 1983 г. №4 с. 11-15.

INTERVENȚIILE RECUPERATIVE LA PACIENȚII PURTĂTORI DE ANUSUL CONTRA NATURII

SURGICAL RESTORATION IN COLOSTOMIZED PATIENTS

V. Hotineanu, V. Bendelic, T. Timiș, L. Pali, A. Vrabii, A. Gonța

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra 2 chirurgie

Rezumat

Intervențiile de lichidare a colostomei se caracterizează printr-o rată sporită de complicații postoperatorii, dar de regulă sunt unica soluție în reabilitarea adecvată a pacienților purtători de anus contra naturii. În clinică, din 1993 până 2009, reconversia tractului digestiv au suportat-o 171 pacienți, în vârstă de la 15 până la 81 ani, 101 (55,2%) de bărbați și 70 (44,8%) femei. Luând în considerație faptul că majoritatea au constituit-o pacienții de o vârstă medie, profesional activi (21-60 ani - 68,1%), importanța unei recuperări chirurgicale este incontestabilă. Scopul investigației a prevăzut elaborarea unui algoritm tactico-chirurgical de reabilitare a pacienților colostomizați cu anticiparea schimbărilor morfofuncționale ale ansei excluse din tranzit. O atenție deosebită în acest studiu s-a oferit persoanelor cu un sector de intestin atonic. Acest grup de bolnavi a fost supus unor măsuri riguroase ce au inclus o recuperare funcțională a sectoarelor rezervate. S-a observat că în lotul de pacienți la care sa luat în calcul aspectele morfofuncționale ale ansei excluse frecvența dehiscentei anastomotice a fost mult mai mică și a constituit 3,47% contra 7,2% înregistrată în lotul martor. În așa mod putem concludiona că încadrarea în tranzit a unui sector de intestin atrofiat inevitabil creează pericol pentru aplicarea unei anastomoze, deoarece postoperator există riscuri clare de hipertensiune intraluminală supranastomotică – condiție ce favorizează dehiscenta suturilor anastomotice.

Summary

Surgical interventions for colostoma's closing are characterized through high level of postoperative complications. Since 1993 till 2009, 171 patients were treated in our clinic by reconstructive operations, 101(55, 2%) men and 70(44, 8%) women with an age between 15-81 years. The main idea is that the majority of the patients had a medium age (21-60- 68, 1%) and they took part from the working group of persons and the importance of a reconstructive operations was very high. The objective of the investigation was to elaborate a tactico-surgical algorithm of rehabilitation of the colostomized patients with the anticipation of morphofunctional changes of the excluded gut from the transit. A special attention in this study was given to the persons with a vitiated part of gut. This group of patients was imposed to some rigorous measures that had a recovery function of the reserved sectors. It had been noticed that the patients with the excluded part of gut had a lower rate of the anastomic insufficiently (3, 47%) against 7, 2% of the others. The conclusion is that the framing in the transit of a sector of vitiated gut creates a big danger for the application of the anastomosis, because after the surgery there are great chances of a hyper pressure in the gut- a condition that brings to the insufficiency of the anastomic sutures.

Problema recuperării socio-profesionale a pacienților purtători de „anus pretes naturalis” reprezintă un domeniu chirurgical complicat, cu opinii adesea controversate referitor la termenii de intervenire, la tactica chirurgicală și conduita postoperatorie. Intervențiile de reintegrare a intestinului exclus la pacienții colostomizați și astăzi se caracterizează printr-o dificultate tehnică

notabilă, cu dezvoltarea unui șir de complicații postoperatorii severe, cu un nivel de letalitate îngrijorător. Desigur, este necesar de menționat actualele progrese ale chirurgiei colorectale, favorizate de implementarea tot mai largă a tehnologiilor noi, inclusiv și a celor chirurgicale mini-invasive, laparoscopice, ce asigură o rezolvare tot mai eficientă a variatelor situații intraoperatorii