

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 tactic-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 concluda 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

(1,8,9). Dar, totodată, există și un șir de aspecte tactico chirurgicale, ce necesită în continuare o abordare științifico-practică, care, după părerea noastră, ar determina o îmbunătățire apreciabilă a rezultatelor postoperatorii.

Analizând datele contemporane ale literaturii de specialitate observăm că, în ultimele decenii, se remarcă o creștere semnificativă a morbidității pacienților cu astfel de patologii ca diverticuloza colonică, colita ulceroasă nespecifică și, îndeosebi, a neoplaziilor colorectale (1,5,6,11). Dar este necesar de menționat că aceste afecțiuni și mai ales cancerul recto-sigmoidene, în stadiul de complicații, obligă de multe ori la intervenții mutilante, în care colostomia ocupă un loc major. Esența intervențiilor date este strategică și determină salvarea pacientului, însă postoperator persoanele respective sunt afectate considerabil de aspectul dezagreabil al colostomei, condiționând un extrem dezavantaj social și profesional. Soluția oportună în situația dată o constituie numai reabilitarea chirurgicală, ce prevede o reintervenție cu întrunirea porțiunilor distale și proximale ale tubului digestiv. Însă, de regulă, intervențiile respective durează mai mult, tehnic fiind sofisticate, soldându-se adesea cu diverse complicații postoperatorii (1,5,9), inclusiv și cu dehiscentă de anastomoză. Majoritatea autorilor accentuează faptul că reușita acestor intervenții este apreciată de intervalul optim între aplicarea și lichidarea stomei, de starea generală a pacientului, prezența unor patologii concomitente, de permeabilitatea anatomo-funcțională a porțiunii excluse de intestin. Dar, totodată, menționăm că astăzi nu avem la dispoziție lucrări ce ne-ar oferi informații referitoare la starea funcțională preoperatorie a ansei distale, care, după părerea noastră, constituie o neglijență inadmisibilă și poate cauza consecințe grave în perioada postoperatorie. Studiul morfologic al acestui sector efectuat de Колчегонов în 1963 (cu prelevarea intraoperatorie) a demonstrat apariția rapidă a schimbărilor atrofile la toți pacienții supuși intervenției reconstructive, totodată accentuând și mari variații individuale (13,14). Însă nu ne este clar care este evoluția sistemului nervos intrinsec, responsabil de motilitate și peristaltism, aportul schimbărilor acestuia la afuncționalitatea postoperatorie a ansei excluse și dacă este posibilă o pregătire preoperatorie specială, care permite recuperarea funcțiilor respective.

Prin urmare, problema complicațiilor postoperatorii în intervențiile seriate la pacienții colostomizați își păstrează și în continuare actualitatea. Este necesar, după părerea noastră, un rearanjament al unor aspecte tactico chirurgicale cu anticiparea dereglărilor morfofuncționale ale ansei excluse din tranzit. Aprecierea preoperatorie a stării funcționale a sectorului omis la toate persoanele colostomizate, internate într-o clinică chirurgicală pentru recuperare, ne oferă posibilitatea de a selecta pacienților cu un risc major de dehiscentă a anastomozei. Reabilitarea chirurgicală a acestui grup poate fi realizată numai după o pregătire specială, cu revenirea funcțională a sectorului de intestin, prevăzut reintegrării.

### Scopul investigației

Elaborarea unui algoritm tactico-chirurgical de reabilitare a pacienților colostomizați, cu anticiparea schimbărilor morfofuncționale ale ansei excluse din tranzit.

### Material și metode

Pe parcursul anilor 1993-2009, în clinica de chirurgie N2, au fost operați 171 de pacienți colostomizați, în vârstă de la 15 până la 81 ani, 101 (55,2%) 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 reabilitări chirurgicale este incontestabilă. Prezența îndelungată a unui astfel de viciu ca „*anus pretes naturalis*”, duce la o izolare socială, cu instalarea unei stări depresive, ce ne impune să intervenim cât mai curând pentru o operație reconstructivă.

Spectrul indicațiilor pentru instalarea colostomei, la prima etapă, a variat considerabil, dar totuși pe prim plan printre factorii cauzali s-au plasat tumorile colorectale ocluzive și hemoragice, ce au constituit - 69 (40,4%) cazuri, de asemenea, un număr semnificativ l-au reprezentat pacienții după un traumatism abdominal 35 (20,5%), asociat cu o peritonită difuză, instalată în rezultatul perforației colonice (12 au suportat un traumatism prin arma de foc și 23 prin leziuni de cuțit). Printre cauzele importante în aplicarea fistulei artificiale, de asemenea, a figurat ocluzia intestinală, de geneză netumorală (majoritatea au constituit-o pacienții cu dolicosigma complicată cu torsie, care condiționează ocluzia) - 27 (15,8%). În asemenea condiții nefavorabile cum este prezența peritonitei postoperatorii, condiționată de o leziune intestinală intraoperatorie sau în rezultatul dehiscentei de anastomoză, colostomizarea s-a realizat în 21 (12,3%) cazuri. Cel mai frecvent, integritatea intestinală se deteriorează în cadrul diferitor intervenții ginecologice (16) - tubovarectomii, histerectomii, chistectomii. La 2 pacienți, peritonita postoperatorie s-a dezvoltat în rezultatul lezării colonului în timpul nefrectomiei și în restul 3 cazuri peritonita a evoluat pe fundalul unei dehiscentei de anastomoză. Formațiunile de volum inflamatorii ale colonului și rectului au motivat colostomizarea în 7 (4,1%) cazuri, apendicita distructivă a servit ca indicație pentru cecostomie și ascendostomie la 3 (1,8%) bolnavi, herniile încarcerate - 3 (1,8%) cazuri, diverticuloza - 4 (2,4%) cazuri și maladia Hirschsprung - 2 (1,16%) cazuri (Tabelul 1).

Tabelul 1. Cauzele aplicării colostomei

|    | CAUZELE                             | N de bolnavi | %    |
|----|-------------------------------------|--------------|------|
| 1. | Tumorile colorectale complicate     | 69           | 40,4 |
| 2. | Traumatismul                        | 35           | 20,5 |
| 3. | Ocluzii netumorală                  | 27           | 15,8 |
| 4. | Peritonita postoperatorie           | 21           | 12,3 |
| 5. | Formațiuni inflamatorii colorectale | 7            | 4,1  |
| 6. | Apendicita distructivă              | 3            | 1,75 |
| 7. | Hernii încarcerate                  | 3            | 1,75 |
| 8. | Diverticuloza                       | 4            | 2,4  |
| 9. | Maladia Hirschsprung                | 2            | 1,16 |

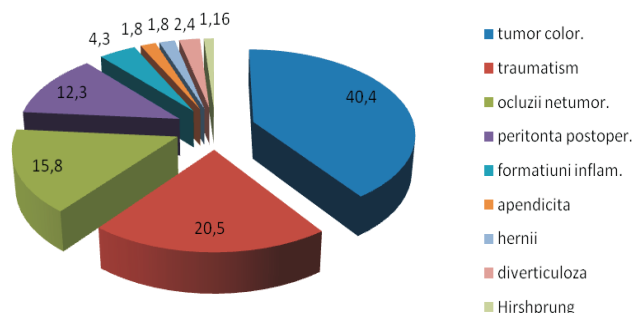


Figura 1. Cauzele aplicării colostomelor în %

În studiul nostru, am recurs la o analiză comparativă a rezultatelor postoperatorii în 2 loturi de pacienți. Primul lot (56 de persoane) l-au constituit bolnavii purtători de anus contra naturii, supuși intervenției reconstructive în clinica noastră, din anii 1993 până 1996 inclusiv. Investigarea și pregătirea preoperatorie a acestora a fost tradițională. În lotul N2 (115 persoane) au fost incluși pacienții internați în clinică în anii 1997 până 2009. Intervalul de lichidare a stomei la pacienții lotului 2 a variat în dependență de instituția medicală unde a fost realizată colostomizarea. Pacienții operați la prima etapă în clinica noastră reveneau pentru intervenția reconstructivă deja peste 2-3 luni (49 pacienți), pe când cei ce au fost operați în alte instituții se internau conform recomandărilor tradiționale – peste 6-9 luni de la impactul chirurgical primar (aplicarea colostomei) - 66 pacienți. Intervalul mediu pentru acest lot a constituit  $5,65 \pm 0,87$  luni comparativ cu  $10,9 + 2,1$  luni în primului lot. Intervenția reconstructivă la pacienții lotului experimental se realiza cu preluarea unor măsuri intraoperatorii suplimentare de protecție a anastomozei aplicate.

O atenție deosebită în studiul nostru a fost acordată cercetării schimbărilor funcționale și morfologice ale ansei excluse din tranzit și aportul acestora la rezultatul intervențiilor reconstructive. Ținem însă să menționăm, că nu am urmărit scopul de a descrie și de explica diverse variații ale activității motorii, ceea ce au făcut cu un succes relativ alți autori, dar ne-am axat pe cazurile cu o absență totală a undelor peristaltice și pe măsurile de recuperare a acestei capacități a peretelui intestinal. Cu acest scop, în clinica de chirurgie 2, toți pacienții colostomizați au fost supuși balonografiei ansei excluse (cu excepția pacienților cu un bont rectal scurt -4-5 cm, sau în lipsa acestui). Din 1997 balonografia s-a aplicat la 78 de pacienți - 41 bărbați și 37 femei. S-a stabilit că frecvența pacienților cu un bont colorectal atonic crește proporțional cu durata colostomizării.

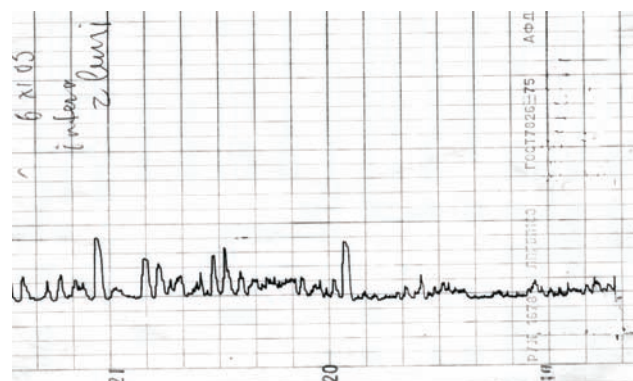
**Tabelul 2. Corelarea între frecvența atoniei ansei excluse și intervalul de colostomizare**

| Intervalul de colostomizare | Numărul de pacienți | Numărul absolut de pacienți cu atonia ansei excluse | %     |
|-----------------------------|---------------------|---|-------|
| < 3 luni                    | 11                  | 0   | 0     |
| 3 – 6 luni                  | 34                  | 5   | 14,76 |
| 6 – 9 luni                  | 28                  | 15  | 53,56 |
| >9 luni                     | 5                   | 4   | 80,0  |
|                             | 78                  | 24  | 30,76 |

Așadar, din tabelul 2, observăm o coincidență sporită a atoniei bontului colorectal la pacienții cu un interval de colostomizare îndelungat. Cu cât mai mult se amână intervenția reconstructivă, cu atât se majorează riscul aplicării unei anastomoze cu un sector intestinal inert (atonic). Se creează o situație cu indici de presiune supranastomotică critici, ce pot condiționa dezunirea anastomozei aplicate. În baza studiului nostru, putem afirma că, la un interval de colostomizare mai mic de 3 luni, schimbările funcționale sunt neînsemnate și, de regulă, nu este caracteristică atonia absolută. Din 11 persoane, care au fost internate cu un astfel de interval, în clinica Chirurgie 2 pentru o intervenție reconstructivă (lichidarea colostomei), nu au fost înregistrate cazuri de absența a motilității la nivel de intestin exclus. (Fig. 2).

Pentru a aprecia geneza dereglărilor funcționale ce apar la nivelul ansei excluse din tranzit, ne-am axat pe tabloul histomorfologic al elementelor celulare din peretele intestinului

exclus. Atenție deosebită s-a acordat examinării sistemului neuronal intrinsec, răspunzător de contracțiile peristaltice. S-au preferat metodele de colorare a pieselor histomorfologice cu hematoxin-eozină și impregnarea cu argint, ultima fiind mai eficientă în demarcarea elementelor sistemului neurogen. Prelevarea piesei morfologice s-a efectuat la 77 de pacienți colostomizați, internați în clinica de chirurgie N2, din 1997 până 2009 (Lotul II). Colectarea materialului se efectua intraoperator, din ansa exclusă și pentru analiza comparativă din ansa aferentă. S-a stabilit că tulburările citomorfologice la nivelul ansei excluse, de regulă, au fost mai pronunțate la pacienții cu un interval de colostomizare de lungă durată. Schimbărilor atrofice, degenerative și inflamatorii, cu timpul, sunt supuse toate straturile și elementele peretelui de intestin omis din tranzit, sistemul neuronal devine inapreciabil Tabelul 3.

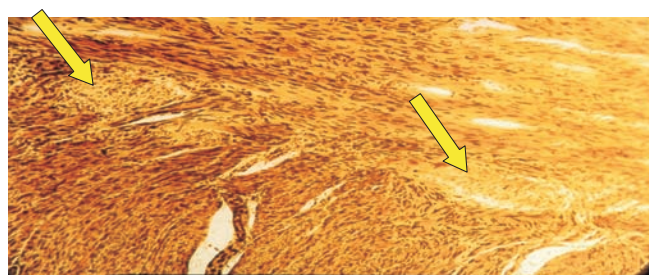


**Fig. 2. Balonografia efectuată la un pacient cu un interval de colostomizare de 2 luni, cu un peristaltism păstrat la nivelul ansei excluse**

**Tabelul 3. Corelarea între intervalul de colostomizare și atrofia sistemului neuronal intrinsec ale ansei excluse**

| Interval de colostomizare | < 3 luni | 3 – 6 luni | 6 – 9 luni | > 9 luni |
|---------------------------|----------|------------|------------|----------|
| Nr. pacienți              | -        | 2          | 5          | 6        |
| %                         |          | 4,9        | 27,3       | 75,8     |

La pacienții cu un interval de colostomizare ce nu a depășit 6-7 luni, semnele de atrofie au fost semnificative, dar sistemul nervos intrinsec a fost depistat în majoritatea cazurilor. Măsurile de antrenament ale sectorului exclus în acest lot de bolnavi au fost eficiente, recuperarea funcțională fiind atinsă în toate cazurile. Microscopic sistemul ganglionar se caracteriza prin micșorarea în volum a celulelor nervoase și schimbări degenerative ale fibrelor nervoase (Fig. 3).



**Figura 3. Histograma Pacientul I. (F.O. 813). Ansa exclusă. Interval de colostomizare 7 luni. Schimbări atrofice ale sistemului nervos intrinsec. Impregnare cu argint după Rasazova. Mărire x10 (obiectiv) și x 6 (ocular).**

Particularitățile tehnice de realizare a intervenției reconstructive au fost apreciate de astfel de factori cum sunt



tipul colostomei, nivelul acesteia, volumul rezecției suportate, prezența complicațiilor și patologiilor concomitente. Pacienții cu colostome terminale au constituit 132 cazuri, colostome în continuitate 39 de cazuri. În dependență de nivel, pe primul plan după frecvență s-au plasat pacienții cu colostomele sigmoide, constituind 47,2% (Tabelul 4).

Tabelul 4. Nivelul colostomelor

| Nivelul colostomei | N absolut | %    |
|--------------------|-----------|------|
| Cecostome          | 9         | 5,3  |
| Ascendostome       | 5         | 2,9  |
| Transversostome    | 28        | 16,4 |
| Descendostome      | 47        | 27,5 |
| Sigmostome         | 75        | 43,9 |
| Total              | 171       | 100  |

Din diagramă observăm că intervențiile reconstructive efectuate la pacienții cu anusul contra naturii la nivelul colonului ascend au fost aplicate cel mai rar – 2,9%.

Din procedeele intervențiilor reconstructive, la pacienții cu colostome terminale, am preferat aplicarea anastomozelor colocolice și colorectale termino-terminale, ce au constituit 89,3% cazuri. De regulă, acestea au fost descendo-sigmoanastomoze (22,3%), descendo-rectoanastomoze (16,96%) și sigmo-rectoanastomoze (25,0%). Anastomoze termino- laterale au fost aplicate într-un număr mult mai redus (doar 8,04%) și numai în cazurile cu un bont colorectal scurt, mobilizarea căruia a prezentat dificultăți tehnice semnificative.

Etapă reconstructivă, a intervențiilor seriate la pacienți, după o extirpare sau amputare a recului, a reprezentat o problemă complicată și s-a efectuat în 3 (1,8%) cazuri. Reabilitarea chirurgicală a acestor pacienți a fost realizată prin coborârea transanală (2 cazuri) și transperineală (1 caz).

Reintegrarea în tranzit a sectoarelor de intestin excluse la pacienții cu colostome pe baghetă (biluminare) de regulă a fost realizată comparativ simplu, deoarece sectorul distal a fost mult mai accesibil pentru mobilizarea și instalarea unei anastomoze. Din metodele de derivație intestinală, utilizate la pacienții cu acest tip de colostome, am preferat enterorafia laterală (procedeul – ¼ Melnicov), realizată în 31 (79,5 %) cazuri, rezecția ansei purtătoare de stomă, cu anastomoza termino-terminală, s-a efectuat în 8 (20,5%) cazuri.

Toți pacienții lotului II au suportat intervenția reconstructivă numai după o examinare în conformitate cu algoritmul de diagnostic, practicat în clinica noastră. Pacienții cu atonia sectorului exclus din tranzit, preventiv au fost supuși unui hidromasaj al porțiunii distale ancorate, cu scopul recuperării funcționale a acesteia.

## Rezultate și discuții

Pentru a aprecia importanța dereglărilor morfofuncționale ale ansei excluse din tranzit în reabilitarea chirurgicală a pacienților colostomizați, am recurs la un studiu comparativ al rezultatelor postoperatorii între loturile I - martor și lotul II - examinați și pregătiți pentru operația de recuperare în conformitate cu planul acceptat în clinică (Tabelul. 5) . Pacienții lotului de bază au fost supuși, în mod obligatoriu, unui examen suplimentar – balonografia ansei excluse. Lichidarea colostomei în acest grup se efectua numai cu condiția unei motilități păstrate a sectorului colorectal.

Tabelul 5. Frecvența comparativă a complicațiilor postoperatorii în loturile I și II

| Complicațiile postoperatorii    | Lotul I (n=56) |                      | Lotul II (n=115) |                      |
|---------------------------------|----------------|----------------------|------------------|----------------------|
|                                 | Abs.           | %                    | Abs.             | %                    |
| Supurația plăgii postoperatorii | 8              | 14,3±4,7<br>p<0,01   | 17               | 14,78±3,3<br>p<0,001 |
| Dehiscenta anastomozei          | 4              | 7,2±3,45<br>p<0,05   | 4                | 3,47±1,7<br>p<0,05   |
| Abces intraabdominal            | 1              | 1,8±1,7<br>p>0,05    | 2                | 1,73±1,21<br>p>0,05  |
| Ocluzie intestinală             | 1              | 1,8±1,7<br>p>0,05    | 1                | 0,86±0,86<br>p>0,05  |
| Hemoperitoneum                  | 1              | 1,8±1,7<br>p>0,05    | 1                | 0,86±0,86<br>p>0,05  |
| Complicații cardiorespiratorii  | 2              | 3,6±2,5<br>p>0,05    | 4                | 3,47±1,7<br>p<0,05   |
| Complicații hepatorenale        | 1              | 1,8±1,7<br>p>0,05    | 2                | 1,73±1,21<br>p>0,05  |
| Total                           | 18             | 32,1±6,23<br>p<0,001 | 31               | 26,9±4,1<br>p<0,001  |

Din analiza rezultatelor obținute am constatat că dehiscenta anastomozei, înregistrată în lotul I (martor), a fost fixată cu o frecvență dublă, în comparație cu lotul II și a constituit 7,2% (contra 3,47±1,7%). În același timp, este necesar de menționat, că deosebirea între frecvența altor complicații, nu a fost semnificativă .

După datele literaturii, în chirurgia colorectală, dehiscenta anastomozei se înregistrează cu o frecvență de 3,25 – 30% cazuri (1,3,7,9,10,11). În așa mod putem concluziona că rezultatele obținute în lotul experimental sunt relativ îmbucurătoare (3,47%), însă patru cazuri de desfacere a suturilor anastomotice ne-au impus la o mobilizare maximă, pentru a obține un rezultat satisfăcător, în cazurile respective. Particularitățile anatomice ale sectorului colorectal, dificultățile deosebite ale intervențiilor reconstructive cu un traumatism semnificativ, prezintă niște condiții de dezavantaj pentru peretele intestinal, implicat în zona anastomotică (10,11,13,14). Viabilitatea și rezistența acestui sector, adesea sunt reduse considerabil. Prevenirea preoperatorie a unei astfel de situații este greu de realizat, dar aplicarea unor măsuri intraoperatorii suplimentare, ne pot asigura limitarea procesului septico purulent, cu evitarea declanșării unei peritonite difuze. Instalarea unui sistem de drenuri adecvat, permite în caz de dehiscentă, de a transforma dezunirea anastomozei doar într-o fistulă colorectală dirijată, care, de regulă, se autolichidează, în condiția unei conduite postoperatorii corecte (12). S-a observat că intervalul de colostomizare la toți 8 pacienți (Lotul I – 4 pacienți; Lotul II – 4 pacienți) cu această complicație, a prevalat de 7-8 luni, în 7 cazuri a avut loc o insuficiență a unei anastomoze colorectale, plasate la nivel de rect superior și mediu. În toate cazurile s-a practicat o anastomoză termino-terminală. Toți pacienții din lotul II intraoperator au fost protejați prin intermediul unui sistem de drenaje, plasate paranastomotice, retroperitoneale și, ca rezultat, nu am fixat nici un caz de peritonită difuză. În situațiile cu anastomoze colorectale joase obligatoriu am practicat o intubare endorectală, supranastomotică.

Au fost înregistrate 3 decesuri – 1,37%. Într-un caz (Lot 1) moartea pacientului a survenit în rezultatul peritonitei difuze,

cauzate de o dehiscență a anastomozei. Ceilalți doi pacienți au decedat în rezultatul unei tromboembolii a arteriei pulmonare (Lotul II).

### Concluzii

1. Termenii optimi pentru intervenție reconstructivă la pacienții colostomizați variază între 3 și 6 luni de la intervenția primară, perioada în care, de regulă, lipsesc schimbările morfofuncționale în porțiunea exclusă.

2. Pacienții cu dereglări severe ale motilității ansei excluse necesită hidro- sau pneumomasaj al porțiunii respective pe

parcursul a 3-4 săptămâni. Intervenția reconstructivă poate fi realizată numai după o balonografie de control cu un rezultat pozitiv de restabilire a motilității.

3. Pacienții ce au suportat aplicarea unei anastomoze colorectale joase prezintă risc major de dehiscență a suturilor. Anastomozele colorectale, în aceste cazuri, vor fi plasate retroperitoneal, cu drenarea izolată a acestui spațiu, cu lavajul local permanent sau fracționat cu soluții de antiseptice, ce va permite evitarea dezvoltării peritonitei și soluționarea conservativă a dehiscenței de suturi.

### Bibliografia

1. Anderson C.A., Fowler D.L. White S., Wintr N. // Laparoscopic colostomy closure//, Surgical Laparoscopy and Endoscopy . Missouri USA 3(1) 69-72, 1993 Feb.
2. Blennerhassett and S.Lourenssen Neural regulation of intestinal smooth muscle growth in vitro. AJP 2000, 279, 520-527
3. Chersey, Surrey., Closure of transverse loop colostomy and loop ileostomy Annals of the Royal College of Surgeons of England 80(1) 33 – 5, 1998 Ian
4. Christensen J. The motor function of the colon. In: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, Powell DW, Silverstein FE, eds. Textbook of gastroenterology I. Philadelphia. JB Lippincott Co. 1991:180.
5. Leonardo L. Roberto Lombezi . Laparoscopic- Assisted Hartmann's Reversal With the Dexterity Pneumo Sleeve. D. of Colon and rect. J A. August 2000 V43 N8
6. M.M.Henry Coloproctology and the pelvic floor Pathophysiology and management London 1985
7. Parades J.P., Cainzos M., Garcia J., Parada P., Fernandez E., Paulos A., Potel J. Colostoma closure : is it an intervention without risk? Revista Espanola de Enfermedades Digestivas. 1994. 86(4) : 733-7.
8. Pitman D.M. Smith L.E. Complication of colostomy closure. Dis Colon Rectum V28 836 1985
9. Schwartz I. Seymour – Principles of Surgery, Ed. McGraw Hill, USA 1994
10. Hotineanu V., Iliadi A., Bogdan V., Brânză Gh. Peritonitele postoperatorii – experiența clinicii. . Al XXII – lea Congres Național de Chirurgie, Tg. Mures- Sovata, mai 2004, p.231.
11. Hotineanu V., Timiș T., Bendelic V. Operațiile organamenajante în chirurgia rectocolitei ulcero-hemoragice și supurative. Al XXI-lea Congres Național de Chirurgie, Sinaea, 2002, p.157.
12. Hotineanu V., Bendelic V. Dehiscența anastomozei după intervențiile reconstructive la pacienții colostomiați. Al IX-lea Congres al Asociației Chirurgilor „N.Anestiadi”, I Congres de Endoscopie din Republica Moldova. Chișinău, 2003, p.56-57.
13. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. Москва 1984.
14. Колчогонов П.Д. Наружные кишечные свищи. Москва 1964.

## STAREA MORFO – FUNCȚIONALĂ A DUODENULUI ȘI IMPACTUL EI ÎN PATOLOGIA GASTRO – DUODENO – BILIO – PANCREATICĂ

### MORPHO-FUNCTIONAL STATE OF THE DUODENUM IN THE PATHOLOGIES OF HEPATO-BILIO-PANCREATIC ZONE

**V. Hotineanu, A. Hotineanu, E. Bortă, A. Cazacu, A. Ferdohleb, V. Pripa, D. Gorea, A. Hurmuzache.**

*Catedra Nr.1 chirurgie, laboratorul de cercetări științifice „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”.*

### Summary

The actual tendency of gastrointestinal surgery is determined as a profound understanding of certain accumulated clinical and instrumental data in confrontation with the results of modern physiology – way to improve the outcomes of numerous pathologies of the digestive tract. The diagnosis problems of ulcerous disease are actual until today. Its incidence in developed countries has got around 2-10%. Current medicine achieved great success in the treatment of these patients, but in 3% of causes the modern therapy of ulcerous disease including H2-blocators and inhibitors of protonic pump fails. At one's series of these ulcerous patients was marked enlarged duodenum with atypical