

6. van Vugt A.B., van Kampen A. An unstable pelvic ring. The killing fracture. J Bone Joint Surg Br. 2006;88(4):427-33.
7. Wahlberg E., Olofsson P., Goldstone J. Emergency Vascular Surgery – A Practical Guide. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007.200 p.
8. Willmann J.K., Roos J.E., Platz A., et al. Multidetector CT: detection of active hemorrhage in patients with blunt abdominal trauma. AJR Am J Roentgenol, 2002; 179(2):437-44.
9. Yoon W., Kim J.K., Jeong Y.Y., et al. Pelvic Arterial Hemorrhage in Patients with Pelvic Fractures: Detection with Contrast-enhanced CT. Radiographics. 2004;24(6):1591-605.
10. Минеев К.П. Клинико-морфологические аспекты перевязки сосудов таза. Свердловск: Изд-во Урал ун-та, 1990.180 с.
11. Сергиенко В.И., Петросян Э.Л., Фраучи И.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. Т.2: 318-323.
12. Смоляр А.Н. Забрюшинное кровоизлияние при переломах костей таза. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009; 8:48-51.

EVOLUȚIA CLINICĂ ȘI DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ALE COLECISTITEI ACUTE COMPLICATE

Gheorghe Ghidirim¹, Ala Suman², Elena Pleșco², Serghei Suman²

Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, Catedra Anatomie Topografică și Chirurgie Operatorie USMF „Nicolae Testimițanu”

Summary

Clinical evolution and differential diagnosis of complicated acute cholecystitis

Clinical signs of acute calculous cholecystitis, including its complicated forms, is conditioned by the type and stage of pathological changes of the gallbladder and of MBD. It has a wide range symptomatology - from hardly noticeable to severe symptoms characteristic to gallbladder and MBD disease.

Rezumat

Tabloul clinic al colecistitei acute calculoase, inclusiv formele complicate, sunt condiționate de forma și gradul schimbărilor morfopatologice în colecist și în calea biliară principală. Tabloul clinic deține un spectru larg al simptomatologiei – de neesențiale până la simptomatologie accentuată caracteristice patologiei colecistului și al căii biliare principale.

Tabloul clinic al colecistitei acute calculoase, inclusiv și a formelor ei complicate, este condiționat de forma și stadiul modificărilor morfopatologice ale veziculei biliare și ale CBP. El dispune de un spectru simptomatologic larg – de la manifestări abia observate la simptome expresive caracteristice afectării colecistului și a CBP [2, 7, 10, 12, 17].

În contextul dat, prezintă un deosebit interes formele complicate ale colecistitei acute cu o incidență mai înaltă, deoarece ele influențează evident rezultatul tratamentului operatoriu. Este vorba, în special, despre formele distructive ale colecistitei calculoase, care pot implica în procesul patologic calea biliară principală, ficatul, pancreasul și alte organe. De menționat că multe dintre virtualele complicații ale colecistitei acute sunt caracteristice pentru persoanele de vârstă înaintată [4, 17].

Una dintre formele grave ale colecistitei acute calculoase este colecistita obstructivă. Ea se agravează prin dezvoltarea infecției în colecist și prin evoluția accelerată a proceselor distructive [16].

Obstrucția canalului colecist este urmată de hipertensiune și de dezvoltarea intensă a florei microbiene în vezicula biliară. Gradul caracterului manifest al acestor fenomene –

hipertensiunea și infecția microbiană – condiționează evoluția proceselor distructive în peretele colecistului, deseori implicând în proces și straturile periveziculare [16].

În plus, hipertensiunea veziculară provoacă comprimarea vaselor sangvine intramurale cu dereglări microcirculatorii, care accelerează distrucția peretelui colecistic.

S-a menționat în repetate rânduri că tabloul clinic, evoluția și sfârșitul CAC sunt condiționate de un șir de factori, inclusiv și de modificările morfopatologice care stau la baza manifestărilor clinice ale colecistitei acute calculoase.

Д.Ф. Скрипниченко (1986) relatează că din punct de vedere a medicinei practice, CA se divide în [18]:

I. Colecistită acută primară (calculoasă, acalculoasă), care poate evolua sub formele:

- simplă (catarală)
- flegmonoasă
- perforată
- complicată (peritonită, colangită, obstrucția căilor biliare, abces hepatic și al.).

II. Colecistită acută recidivantă (calculoasă, acalculoasă), care poate îmbrăca formele:

- catarală
- flegmonoasă
- gangrenoasă
- perforată
- complicată (colangită, peritonită, obstrucția cisticului sau a coledocului, abces hepatic și al.).

Așadar, manifestările clinice (simptomatice) CA se află în raport direct cu evoluția morfopatologică a modificărilor colecistului. Cele din urmă corelează cu durata procesului patologic, cu reactivitatea organismului și cu complicațiile care se instalează în decursul afecțiunii veziculei biliare.

Colecistita acută, de obicei, debutează cu acces de colică biliară – dureri acute violente în hipocondrul drept, în regiunea epigastrică proprie; senzații dolore de tip pongitiv sunt caracteristice pentru forma perforată a colecistitei acute. Durerile acute se pot localiza și sub omoplatul drept, retrosternal, cu iradieri în regiunea supraabrahială dreaptă, în regiunea brațului drept, cât și în regiunea cervicală laterală a aceleieși părți corporale.

Din partea tractului digestiv se observă următoarele simptome: greață, vomă, senzații de amar în gură, uneori cu reminiscențe ale bilei, anorexie, pirozis, eructație, constipație. Hipertermia (39 – 40°) este caracteristică pentru formele distructive ale CA, febra, de regulă, se asociază cu frisoane; deși în caz de empiem vezicular, hidropizie temperatura corpului rămâne subfebrilă. În forma catarală a CA frecvența pulsului, de regulă, corelează cu temperatura corpului; în formele distructive, în special perforată, ale colecistitei pulsul poate atinge 110 – 120/min; și totuși la vârstnici și senili chiar formele grave ale CA evoluează pe fundalul temperaturii subfebrile.

În așa mod, colecistita acută poate evolua diferit: fără obturarea canalului cistic, ceea ce conduce la instalarea colecistitei acute simple; în asemenea cazuri accesul de colică biliară poate fi jugulat pe cale medicamentoasă – situație care, în caz de intervenție chirurgicală, permite un examen preoperatoriu mai riguros. Obstrucția persistentă a canalului cistic are drept consecință instalarea colecistitei acute complicate, care se asociază cu procese distructive pregnante. Varianta în cauză impune o intervenție chirurgicală precoce – colecistectomia sau colecistostomia în funcție de circumstanțele concrete [19].

Printre simptomele cu incidență înaltă ale colecistitei calculoase acute complicate figurează [20]:

- senzații nociceptive manifeste – 73% din cazuri;
- colecist palpabil – 83%;
- simptomul Ortner – 73%;
- hiperleucocitoză – 64%;

- *defensio musculorum* în hipocondrul drept – 58%;
- febrilitate – 55%;
- greață și vomisment – 48% din cazuri.

Prezența a 3 – 4 simptome dintre cele nominalizate demonstrează cu certitudine (96 – 98%) evoluția colecistitei obstructive cu instalarea flegmonului sau a gangrenei peretelui veziculei biliare la cca 25% dintre pacienți [21].

Uneori colecistita poate evolua atenuat, având simptome caracteristice și altor afecțiuni ale organelor zonei hepatopancreaticobiliare – fapt care trebuie luat în calcul în diagnosticul diferențial al colecistitelor, în special a formei acute complicate.

Descrierea manifestărilor clinice ale CAC poate fi prezentată în funcție de faza evoluției ei. Se disting fazele:

- faza tulburărilor dispeptice;
- faza durerilor paroxistice;
- faza complicațiilor.

Faza tulburărilor dispeptice – ele sunt caracteristice nu numai CAC; printre ele pot fi înregistrate: senzații de greață, flatulență, disconfort postprandial, dereglări de tranzit, stare de astenie generală (atât fizică cât și psihică). Astfel tabloul prezentat al suferinței este polimorf, nu se inseră în area unei sistematizări mai mult sau mai puțin constante. Faza vizată în timp variază mult – de la o absență totală a ei la luni și chiar ani de zile [1].

Faza durerilor paroxistice. Colecistita calculoasă acută de cele mai dese ori debutează prin acces de colică bilară care are la bază contracția bruscă a tunicii musculare veziculare sub acțiunea iritantă a calculilor biliari, a infecției sau a ambilor factori în ansamblu.

Pentru senzațiile algice este caracteristică prezența unui platou constant pe fundalul căruia apar exacerbări – dureri acute; ele au sediu în hipocondrul drept cu iradieri mai mult sau mai puțin tipice – în epigastru, umărul drept sau/și în brațul drept, nu se exclud regiunile omoplatului sau interscapulară. Pacientul este în stare de anxietate; semnele dispeptice (greață, vomă, balonare și al.), de obicei, se mențin.

Examenul obiectiv pune la dispoziție următoarea informație: culoarea tegumentului cutanat și a sclerelor – obișnuită sau icterică – atunci când CA se asociază cu hepatită sau icter mecanic, limba saburală, xerostomie ușoară sau moderată, tahipnee, tahicardie și respectiv puls accelerat. Din partea peretelui abdominal anterior – porțiunea superioară din dreapta este aproape imobilă sau participă slab în actul respirator, aici are loc *defensio musculorum*. Sub rebordul costal drept se determină dureri pronunțate în timpul palpației, simptomul Ortner, Murphy pozitive, la fel și simptomul Mussi-Gheorghievski, coroborate cu semne de iritație a peritoneului (Șciotkin-Blumberg, Mandel-Razdolski și al.). Asimetria hipocondrului drept este caracteristică pentru empiemul, hidropsul colecistului când, din cauza ocluziei canalului cistic, dimensiunile veziculei biliare cresc, ea devenind accesibilă vizual. Forma dată a CA, firește, evoluează grav; durerile capătă un caracter specific – devin pulsatile, foarte pronunțate, se agravează substanțial starea generală a pacientului, cu febră de tip hectic, frisoane, tahicardie, tahipnee accentuate [9].

Faza complicațiilor. Complicațiile colecistitei calculoase acute, la fel ca și tabloul clinic, variază mult de la caz la caz, ele fiind condiționate, în mare parte, de modificările morfopatologice ale substratului afectat. Printre cele mai grave complicații figurează: gangrena – complicație foarte severă, în caz de neacordare a asistenței medicale la timp, ea poate duce la o altă complicație – perforația peretelui veziculei biliare, cu evoluție, la fel, foarte gravă; ea survine în primele 6 – 7 zile de la debutul CA, în majoritatea cazurilor se complică cu peritonită generalizată. Printre complicațiile CA poate fi nominalizat și pneumocolecistul acut – acumularea aerului în colecist – rezultat a dezvoltării rapide a microflorei autohtone sau/și parvenite din colon atunci când are loc obturarea cisticului prin calculi biliari. Patologia dată, la fel, poate evolua către necroza și perforația peretelui veziculei biliare.

De menționat și alte complicații virtuale ale CA: colangita, pancreatita, icterul mecanic, piocolecistul, colecții purulente în spațiul perivezicular, inclusiv în loja hepatică a colecistului,

fistule biliobiliare sau biliodigestive. Marea majoritate a complicațiilor CA evoluează cu participarea microorganismelor – cca 80% [4].

Așadar, calculii biliari în colecist pot să persiste un anumit interval de timp asimptomatic. Colica biliară apare când calculii migrează în canalul cistic sau în coledoc. În asemenea cazuri la cca jumătate dintre pacienți cu LB se instalează semnele respective. Astfel, CA este o consecință a obstrucției cisticului. În cca 10 – 15% din cazuri calculii biliari pătrunși în coledoc duc la formarea coledocolitiazii.

Riscurile de asociere a colecistolitiazii cu coledocolitiază pot fi clasate în: 1 – risc mic; 2 – risc crescut; 3 – risc mare. Momentele vizate determină evoluția colecistitei acute complicate și gradul ei de gravitate. Totodată, incidența asocierii colecistolitiazii și a coledocolitiazii este condiționată și de dimensiunile calculilor biliari: calculi cu diametrul mic (sub 5 mm) pot migra în CBP cu o frecvență până la 50% din cazuri.

Una din legitățile în evoluția LB constă în aceea că probabilitatea obstrucției coledocului crește odată cu durata prezenței calculilor biliari în colecist. Colica biliară, colangitele, icterul mecanic sau pancreatitele se întâlnesc la 75% dintre pacienții cu coledocolitiază, iar cu vârsta pacienților și cu creșterea duratei maladiei crește și numărul complicațiilor [10].

Manifestările clinice ale coledocolitiazii:

- episoade icterice precedate de accese de dureri;
- episoade de colangită – nu mai rar de o criză lunar;
- colici hepatice recidivante;
- colecistită acută în antecedente;
- pancreatită acută, pancreatită cronică recidivantă.

Asemenea simptome se depistează la 84% dintre pacienții cu coledocolitiază [22].

Așadar, LB colecistică în 10% din cazuri se asociază cu coledocolitiază [10]. Dar riscul de asociere poate depăși 50%, el fiind condiționat de mai mulți factori. Pentru aceste stări sunt caracteristice: icterul mecanic, colangita, dilatarea căii biliare principale proximal de sediul calculilor în CBP, pancreatita. Absența icterului mecanic în anamneză, a pancreatitei biliare și rezultatele probelor ficatului în limitele normei vorbesc despre o probabilitate joasă de existență a coledocolitiazii, riscul fiind sub 5%.

Icterul mecanic reprezintă una din frecvențele complicații ale colecistitei acute calculoase, înregistrându-se în 13,9 – 43,6% din cazuri [23].

Colecistita acută poate să se complice cu afectarea CBP, ceea ce impune verificarea obligatorie a vacuității canalului hepatocoledocian. Metodele paraclinice: coledocoscopia endoscopică, ecografia, CT, deși ele sunt costisitoare; se poate recurge la colangiografia intraoperatorie, care este indicată în: microcalculoză, prezența de calculi multipli și de dimensiuni diferite în vezicula biliară, calcul vezicular unic cu structură mixtă, canal cistic larg, fistulă bilio-biliară, fistulă colecistodigestivă, colecistită acută de origine coledociană – colecist intact, iar generatorul de stază este reprezentat de CBP [8]. Autorii citați menționează cazurile când icterul mecanic, în colecistita acută, se instalează prin mecanismul așa-zis de atelă – când vezicula biliară destinsă comprimă CBP până la obstrucția completă (este vorba despre colecistita acalculoasă). În asemenea cazuri situația poate fi certificată prin intermediul colangiografiei [13].

Litiază de căi biliare principale poate fi subdivizată în manifestă și disimulată. În ceea ce privește depistarea calculilor preoperatoriu, în asemenea cazuri ecografia este o metodă imprecisă din cauza situației retroduodenale a ductului biliar, ceea ce în 25 – 30% din cazuri duce la rezultate fals negative sau fals pozitive [4]. Incidența litiazii disimulate este de 6 – 10% la pacienții cu litiază biliară cistică și la cca 40% la cei cu litiază a CBP.

Manifestările clinice sunt puse la baza stabilirii diagnosticului afecțiunilor colecistului. Interpretarea lor corectă, coroborată cu rezultatele probelor de laborator și ale examenului instrumental, duc la stabilirea corectă a diagnosticului.

Investigațiile instrumentale includ metode noninvazive și invazive. Către metodele noninvazive se atribuie: ecografia, radiografia abdominală simplă, computertomografia,

tomografia prin intermediul rezonanței magnetice nucleare, scintigrafia biliară. Metode invazive: ecoendoscopia, coledocoscopia, ERCP – cu folosirea substanțelor de contrast [24].

Astfel, diagnosticul tuturor formelor litiazei biliara include examenul clinic, biologic și imagistic (ultrasonografie, ecoendoscopie, computertomografie și al.) [7].

Diagnosticul litiazei coledociene, la fel, este rezultatul unui algoritm secvențional, el, la fel, se bazează pe informația clinică, biologică și imagistică. Cea din urmă include ecografia transabdominală, ecoendoscopia și coledocopancreatografia endoscopică retrogradă (iar la nevoie și tomografia computerizată și prin intermediul rezonanței magnetonucleare) [7].

A.A. Гуляев și coaut., (1997) relatează că USG, practică la toți pacienții în scop diagnostic, poate confirma prezența colecistolitiazii și a CA. Diagnosticul se confirmă prin prezența calculilor și a depozitărilor în vezicula biliară, prin modificările specifice ale peretelui colecistului – îngroșarea lui, existența infiltratului perivezicular și al țesutului hepatic adiacent colecistului; se evaluează dimensiunile veziculei biliare, contururile ei, forma și dimensiunile calculilor biliari [15].

Autorii au folosit hepatobilioscintigrafia în examinarea complexă a pacienților cu CA la care s-a efectuat CEL. Metoda vizată contribuie la depistarea ocluziei căilor biliare extrahepatice, ea permite evaluarea stării funcționale a ficatului, a colecistului, permeabilitatea canalului cistic și a căilor biliare extrahepatice.

În diagnosticarea coledocolitiazii rezultatele examenului instrumental și radiologic sunt decisive. În examinarea bolnavilor cu LB veridicitatea metodei ultrasonografice variază între 70 – 85% [25].

Semnificația metodei crește în colangiografia intraoperatorie, în special în cazurile când CBP nu este dilatată, fără manifestări ale icterului mecanic [22].

Așadar, colangiografia este indicată în următoarele cazuri: icterul mecanic (persistent la momentul examinării sau în anamneză), hipertensiune biliară, calculi de dimensiuni mici în colecist cu suspectarea coledocolitiazii sau/și a stenozei papilei Vater, dificultăți în stabilirea corelațiilor și a topografiei componentelor vasculare ale ligamentului hepatoduodenal [3].

În diagnosticarea coledocolitiazii reziduale pe larg se practică pancreatocoledocografia endoscopică retrogradă; veridicitatea metodei constituie 79 – 98% [13].

Pacienților cu LB li se recomandă FGDS pentru a confirma sau infirma prezența afecțiunilor gastrice și/sau duodenale cu manifestări clinice similare celor ale LB.

Colangiografia transcutanat-transhepatică dispune de un grad informativ înalt de până la 98 la sută. Ea se practică în scop de drenare și decomprimare în colecistita calculoasă, de extragere a calculilor din căile biliare, precum și în evidențierea stricturilor celor din urmă, la fel și în prezența contraindicațiilor pentru PCGER [6].

În diagnosticarea litiazei biliare CT și tomografia prin RMN se practică relativ rar din cauza laboriozității și a prețului costisitor ale acestor metode, deși ele dispun de o veridicitate diagnostică în limitele 87 – 95% [11].

Investigațiile transcutanat-transhepatice, prin intermediul ghidării ultrasonore, permit contrastarea antegradă a arborelui biliar cu stabilirea exactă a nivelului, a gradului obturării și a genezei ei [26].

Contrastarea căilor biliare prin tubul de drenaj și prin fistulă (atunci când ea persistă) reprezintă metode accesibile în diagnosticarea coledocolitiazii; eficiența lor diagnostică atinge 97% [27].

B.A. Бородач și coaut. (2000) menționează rolul USG și CT în diagnosticarea coledocolitiazii și unele rezultate. Diagnosticarea coledocolitiazii se bazează pe prezența în coledoc a „ecoformațiunilor” cu diverse dimensiuni, care dispun de o cale sonoră. Semne indirecte care vorbesc despre prezența concremențelor în hepatocoledoc sunt dilatarea lui, calculi veziculari, accese de colică biliară, icterul mecanic. Capacitățile diagnostice ale metodei USG depind de tabloul clinic concret; în prezența icterului mecanic, de regulă, asociat cu dilatarea CBP, eficiența metodei atinge 80 – 85%. Interes practic prezintă diametrul hepatocoledocului

stabilit ultrasonografic; dacă el depășește 7 mm se poate admite existența hipertensiunii biliare. Sensibilitatea CT standarde în coledocolitiază nu depășește 50% [14].

Prin intermediul USG autorii au obținut informația primară de extremă importanță referitor la patologia CBP, a colecistului; în careva măsură se poate stabili geneza icterului mecanic, când el persistă. În caz de bilirubinemie pregnantă, USG poate fi asociată cu CT pentru depistarea calculilor cu dimensiuni mici.

Așadar, una dintre metodele veridice de diagnosticare a afecțiunilor veziculei biliare este ultrasonografia. Ea dispune de avantaje incontestabile: neinvazivitate, simplitate, absența contraindicațiilor.

În stabilirea diagnosticului: *colecistită acută* veridicitatea metodei ultrasonografice atinge 95,4 – 99,6% [28].

CPGER în asociere cu PSTE reprezintă o modalitate sigură de depistare a calculilor în căile biliare. Mai mult, PSTE are nu numai scop diagnostic dar și curativ – permite extragerea calculilor biliari din canalul hepatocolodoc. Procedul în cauză are indicațiile sale și nu poate fi practicat la toți pacienții cu pancreatită biliară acută [5, 29].

Indicații pentru CPGER și PSTE se stabilesc în baza rezultatului examenului complex clinico-instrumental. Pacienții sunt supuși ultrasonografiei abdominale – cu o eficiență de 92% în stabilirea pancreatitei acute biliare, și de 100% în diagnosticarea colelitiazei; se practică, după necesități CT și tomografia cu RMN.

Probele de laborator în 100% din cazuri indică nivel mărit al amilazei și bilirubinei, care se asociază cu leucocitoză moderată.

E.A. Решетников și coaut. (2005) menționează ca tratamentul endoscopic complex la pacienții cu pancreatită acută biliară a fost rezultativ în 88% din cazuri. CPGER și PSTE, cu excepția cazurilor de ascit-peritonită fermentativă, au constituit prima etapă a tratamentului pancreatitei acute biliare. Următoarea etapă a fost CEL [29].

Metodele endoscopice moderne de diagnostic și tratament au influențat radical tactica și volumul intervențiilor chirurgicale în rezolvarea colecistitei acute. Aceste progrese și-au găsit reflectare inclusiv și în tratamentul icterului mecanic cu origine nonmetaplazică, determinând, totodată, scăderea evidentă a letalității la pacienții cu colecistită acută complicată [30]. Autorii remarcă necesitatea folosirii tacticilor și modalităților terapeutice efective, care pot asigura corecția funcțiilor diverselor verige ale homeostaziei.

În așa mod, diagnosticul LB, în special al CAC, este înlesnit prin examenul de laborator de rând cu cel instrumental. Printr datele paraclinice care pot contribui la precizarea afecțiunii colecistului se numără: leucocitoza cu deviere în formula sa spre stânga, accelerarea VSH, bilirubina și pigmenții biliari în urină [4].

Diagnosticul de laborator al colecistitelor. Unele probe de laborator sunt obligatorii pentru fiecare pacient. Deși, de exemplu, indicii analizei sângelui nu sunt determinanți în stabilirea diagnosticului indicând prezența și a patologiilor comorbide.

Probe biochimice. Nivelul crescut al bilirubinei serice, în majoritatea cazurilor din contul bilirubinei directe, confirmă prezența icterului mecanic. Nivelul înalt al amilazei este un indicator semnificativ în stabilirea coledocolitiază, precum și cel al alaninaminotransferazei (ALT), al aspartataminotransferazei (AST), al fosfatazei alcaline (FA). Dereglările de circulație ale bilei condiționează modificările din partea funcției fermenților ficatului. Rolul informativ al enzimelor hepatice în stabilirea diagnosticului: *coledocolitiază* este important în absența icterului mecanic, când dereglările circulației bilei sunt minime.

Diagnosticul diferențial al CA. De cele mai de se ori colecistita calculoasă acută trebuie diferențiată de colica renală, pancreatia acută, ulcerul gastroduodenal perforat, apendicita acută și al. [18].

Pentru *colica renală* este caracteristică localizarea durerilor acute în regiunea lombară, de unde ele iradiază în regiunea genitalelor externe, femur. Colica renală se asociază cu dereglări disurice. În asemenea cazuri organele cavității abdominale, de obicei, sunt afectate rar; deși ureterolitiaza, de exemplu, se poate manifesta prin *defensio musculorum* al mușchilor peretelui

abdominal anterior, prin balonarea abdomenului, vomă repetată și al. Colica renală, de regulă, nu este însoțită de febră, leucocitoză; simptomul Pasternački pozitiv are valoare patognomonică în stabilirea diagnosticului, absentează semnele de iritare a peritoneului. În urină se conțin leucocite, hematii, săruri.

Alte afecțiuni renale, ca hidronefroza, pielonefrita și al. dispun de simptomatice mai mult sau mai puțin specifică lor, care pot fi evidențiate prin examenul clinic, paraclinic și instrumental.

Sediul înalt al *apendicelui vermiform* – una din variantele anatomoclinice posibile – în caz de inflamație a lui poate simula CA. În asemenea cazuri se ține cont de iradierea specifică a durerilor provocate de CA, de numărul vomelor și compoziția lor (prezența bilei în masele vomitante). Pentru apendicita acută este caracteristică o evoluție mai gravă în raport cu CA, deoarece peritoneul se implică devreme în procesul patologic. LB are unele momente specifice în anamneză, precum le are și apendicita acută pe ale sale. Cele menționate se referă la examenul local, inclusiv și transrectal, datele cărora pot confirma sau infirma prezența apendicitei acute. Dintre metodele instrumentale ecografia de cele mai dese ori este suficientă pentru a clarifica diagnosticul [2].

În cazul diagnosticului diferențial al apendicitei acute obligatoriu trebuie de ținut cont de vârsta pacientului, deoarece la vârstnici și senili simptomatice ei evoluează mult mai atenuat, pe un fundal general cu reactivitate scăzută, inclusiv și în formele distructive.

Ulcerul gastroduodenal perforat – în majoritatea cazurilor se încadrează în anamnezic și tabloul clinic tipice maladiilor date. În unele cazuri forma penetrantă a maladiilor poate simula CA. Unul dintre reperele de ordin diagnostic al acestor afecțiuni este conținutul pneumatic subdiafragmal, stabilit radiologic, care adevărește în favoarea ulcerului gastroduodenal perforat, și invers, anamnezic caracteristic CA, în special colicile biliare în trecut pot confirma prezența CA, pentru cea din urmă rămâne caracteristic tabloul sângelui periferic – leucocitoză, VSH – informație care diferă de cea a bolii ulceroase, forma perforată.

Pancreatita acută – se caracterizează printr-o instalare rapidă a sindromului intoxicațional, pareză intestinală, vome repetate, dureri epigastriale; ele pot avea sediul și în hipocondrul stâng. Intoxicația pronunțată, care poate îmbrăca forma șocului toxic, se asociază cu tahicardie accentuată, cu stare generală gravă. Rezultatele probelor de laborator: conținutul înalt al diastazei în urină și sânge, hiperglicemia vorbesc în favoarea pancreatitei acute.

Abces hepatic primar – durerile de diferită intensitate sunt localizate la baza hemitoracelui drept. Abcesele cu sediul pe fața inferioară a ficatului impun probleme dificile de ordin diagnostic, probleme care în multe cazuri se rezolvă intraoperatoriu; cu atât mai mult că abcesele se pot asocia cu CA sau abcesul hepatic poate constitui una dintre componentele CA complicate [2].

Ileusul intestinal, hepatitele acute, infarctul miocardic, pneumoniile, pleuritele, angina pectorală și al. uneori trebuie diferențiate de CA și/sau complicațiile ei [12].

Așadar, la moment, actualitatea colecistitelor (și în general a LB) se impune prin frecvența și polimorfismul complicațiilor, deseori grave, prin dificultățile de diagnostic și prin incertitudinile privind conduita terapeutică, mai ales la bolnavii de vârstă înaintată.

Bibliografie

1. Bală, O., Duca, S., Lancu C. et al. Laparoscopic cholecystectomy in obese patients. Rom. J. Gastroenterol. Supl. 2, 1996, p. 113 – 116.
2. Bisset, R. A., Khan, A. N., Differential diagnosis in abdominal ultrasound. London: WB Saunders Co, 2002, p. 159 – 180.
3. Contractor, Q.Q., el-Essawy, O.M., Contractor T.Q. et al. Abnormal common bile duct sonography. The best predictor of choledocholithiasis before laparoscopic cholecystectomy. J. Clin. Gastroenterol., 1997; 25(2): 420 – 432.
4. Duca, S., Iancu, C., Bălă O. și al. Tratatamentul miniinvaziv al litiazei căii biliare principale. Chirurgia (București), 2004; 99; 2: 109 – 117.

5. Carter, D. C. Special aspects of gallstone pancreatitis. In: Trede M., Carter D.C. (Eds.): Surgery of pancreas. Churchill Livingstone, 1993, p. 221 – 232.
6. Gutner, R.W., Vorwer, K.D. Percutane radiologische techniken zur Therapie der Choledocholithiasis. Chirur., 1994; 65; 5: 430 – 436.
7. Georgescu, I., Nemeş, R., Ciurea M. și al. Litiaza coledociană – algoritm diagnostic și modalități terapeutice actuale. Revista medico-chirurgicală a Societății de medici și naturaliști din Iași. 2006, vol. 110, nr. 4, supl. 1, p. 17.
8. Hulubescu, M., Marinescu, A., Hulubescu A. Colangiografia intraoperatorie în colecistita acută. Chirurgia (București), 1990, vol. 39, nr. 2, p. 105 – 109.
9. Hussein, M. Al-Haduri. Tactica activă în tratamentul chirurgical al colecistitei acute calculoase. Autoref. al tezei d.m. Chișinău, 2006.
10. Leșco, A., Ghereg, A., Danci A. Particularitățile colecistectomiei celioscopice la pacienții cu obezitate de gradul 3 – 4 și cu patologii concomitente. Lucrările Conferinței internaționale științifice. Chișinău, „Știința”, 1995, p. 77.
11. Ravat, B., Locwy, J. Value of three – dimensional gradientecho magnetic resonance cholangiography in diagnosing choledocholithiasis. Can. Assoc. Radiol.J., 1996; 106; 4: 265 – 269.
12. Астапенко, В.Г. (под ред.) Справочник по неотложной хирургии. Минск „Беларусь”, с. 134 – 152.
13. Андреев, А.Л., Филин, А.В., Прядко А.С. и др. Профилактика осложнений при лечении поражений терминального отдела холедоха, выявляемых при лапароскопической холецистэктомии. Материалы Российского симпозиума „Осложнения эндоскопической хирургии”. М., 1996, с. 13 – 17.
14. Бородач, В.А., Бородач, А.В. Острый холецистит в сочетании с хроническим гепатитом и циррозом печени. Вестник хирургии, 2005; 164; 5: 90 – 93.
15. Гуляев, А.А., Проскурина, Г.П., Синякова О.Г. и др. Гепатобилисцинтиграфия в обследовании больных острым холециститом перед лапароскопической холецистэктомией. Хирургия, 1997; 4: 55 – 58.
16. Дедерер, Ю.И., Крылов, Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. М.: Медицина 1983, с. 176.
17. Королёв, Б.А., Пиковский, Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина, 1990, 240 с.
18. Скрипниченко, Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости. Острый холецистит. Киев, „Здоров’я”, 1986, с. 82 – 126.
19. Пиковский, Д.Л. Новые принципы диагностики, тактики и хирургического лечения острого холецистита. Острый холецистит. Горький, 1988, с. 14 – 19.
20. Завгородов, В.С., Григошкина, Т.А., Тимофеев Д.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. Тактические и технические предложения. Эндохирургия, 1997; 1: 65 – 66.
21. Гольбрайх, В.А. Лечение больных с первым приступом острого холецистита. Острый холецистит. Горький, 1988, с. 35 – 58.
22. Майстренко, Н.А., Струков, В.В. Холедохолитиаз. Санкт-Петербург, ЭЛБИ – СПб, 2000, 285 с.
23. Земсков, В.С., Шор-Чудновский, М.Е., Кадошук Т.А. Лечение больных механической желтухой. Хирургия, 1987; 2: 37 – 41.
24. Запорощенко, Б.С., Бородаев, И.Е., Шишлов, В.И., Вилюра, О.В. Диагностические, тактические и технические аспекты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. Acta Medica, 2007; 4 (25): 21, В3.
25. Нестеренко, Ю.А., Шаповальянц, С.Г., Михайлузов С.В. и др. Ультразвуковая диагностика холедохолитиаза. Хирургия, 1993; 1: 37 – 43.

26. Мумладзе, Р.Б., Чеченин, Г.М., Эминов М.З. и др. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с механической желтухой в неопухолевого генеза. *Анналы хирургии*, 2004; 4: 41 – 45.
27. Прудков, М.И., Кармацких, А.Ю., Столин А.В. Малоинвазивная хирургия в лечении острого холецистита. *Эндоскопическая хирургия*, 2006, № 1, с. 46 – 47.
28. Калитеевский, П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. М., 1993, с. 221 – 225.
29. Решетников, Е.А., Миронов, А.С., Малов Ю.Я. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии. *Хирургия*, 2005; 11: 25 – 27.
30. Родионов, В.В., Филимонов, М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой). М. „Медицина”, 1991, 320 с.

PSEUDOCYSTUL DE PANCREAS - METODE CONTEMPORANE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Elena Fosa, Vladimir Hotineanu, Adrian Hotineanu, Anatol Cazac, Carmen Neamțu

Laboratorul științific Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv,
Catedra Chirurgie nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Pancreatic pseudocyst. Contemporary methods of diagnosis and treatment

This report represents a study of the contemporary diagnostic methods and treatment of the pancreatic pseudocyst, applied to a number of 265 patients during 1995-2011. The most efficient methods in pancreatic pseudocyst diagnosis turned to be: ecography, CT, RMN, ERCP. In 94.33% cases, the median laparotomy approach was applied. The approach undertaken provides easy access to abdominal structures and organs, with a detailed inspection, as well as an adequate cleaning of the abdominal cavity. In 5.67% cases, mini invasive methods have been undertaken. The surgical treatment decreased considerably the number of patients with a dolor syndrome, with an obvious improvement of the overall health situation.

Rezumat

Lucrarea reprezintă un studiu al metodelor contemporane de diagnostic și tratament a pseudochistului de pancreas, aplicat unui lot de pacienți în număr de 265 în perioada anilor 1995–2010. Metodele cele mai eficiente în diagnosticul pseudochistului pancreatic s-au dovedit a fi: ecografia, CT, RMN, ERCP. În 94,33% cazuri s-a îndeplinit abordul chirurgical prin laparotomie mediană. Această cale de abord a permis accesul la structurile și organele abdominale cu o inspecție minuțioasă a acestora, precum și o asanare adecvată a cavității abdominale. În 5,67% cazuri s-a recurs la metode chirurgicale miniinvazive. Tratamentul chirurgical a redus considerabil numărul pacienților cu sindrom dur, și a îmbunătățit calitatea vieții lor.

Actualitatea

În ultimul deceniu numărul pacienților cu pseudochist de pancreas a crescut de 2 ori. Creșterea totală a numărului de bolnavi cu pancreatită distructivă, succesele tratamentului conservativ și miniinvaziv a pancreatitelor, datorită cărora se obține o localizare și cupare a procesului inflamator în condiții aseptice, ulterior favorizează formarea de pseudochiste. Luînd în considerație saltul tehnologic în sfera chirurgiei miniinvazive și multitudinea metodelor de abordare, este necesar de a face o sinteză asupra metodelor eficiente de diagnostic și tratament a pseudochistului.(1-19)