

și de control s-au micșorat considerabil. Posibil tratamentul îndelungat antibacterian cauzează o disbioză intestinală persistentă care influențează nociv evoluția bolii.

### Concluzii

Studiul actual a demonstrat că infecția intestinală secundară deseori agravează acutizările moderate și severe ale CUN (30,1% din cazuri). Leucocitoza cu deviere a formulei leucocitară spre stânga și mărirea considerabilă a VSH-ului reprezintă criterii informative în infecția intestinală secundară. Pentru depistarea infecției intestinale secundare este necesar de efectuat analiza bacteriologică a maselor fecale.

Rezultatul investigației date confirmă faptul că tratament antibacterian de scurtă durată (10 zile) cu ciprofloxacina și cu metronidazol diminuează esențial evoluția bolii la bolnavii cu acutizări severe și moderate ale colitei ulceroase nespecifice, complicate cu o infecție intestinală secundară.

### Bibliografie

- Asakura H., Suzuki K., Kitahora T., Morizane T. Is there a link between food and intestinal microbes and the occurrence of crohn's disease and ulcerative colitis? *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2008; 23: 1794-1801.
- Ng S. C., Hart A. L., Kamm M. A. et al. Mechanisms of action of probiotics: recent advances. *Inflammatory Bowel Disease*, 2009; 15: 300-10.
- O'Hara A. M., Shanahan F. Кишечная микрофлора: анализ терапевтического потенциала. *Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание* 2008; 1: 236-247.
- Tamboli C. P., Neut C., Desreumaux P. et al. Dysbiosis in inflammatory bowel disease. *Gut*, 2004; 53: 1-4.
- Vanderpool Ch., Fang Yan., Polk D. B. Mechanisms of probiotic action: implications for therapeutic applications in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease* 2008; 14: 1585-96.
- Chapman R. W., Selby W. S., Jewell D. P. Controlled trial of intravenous metronidazole as an adjunct to corticosteroids in severe ulcerative colitis. *Gut*, 1986; 27: 1210-12.
- Dickinson R. J., O'Connor H. J., Pinder I. et al. Double blind controlled trial of oral vancomycin as adjunctive treatment in acute exacerbations of ulcerative colitis. *Gut*, 1985; 26: 1380-84.
- Mantzaris G. J., Archavlis E., Christoforidis P. et al. A prospective randomized controlled trial of oral ciprofloxacin in acute ulcerative colitis. *American Journal of Gastroenterology*, 1997; 92: 454-6.
- Mantzaris G. J., Petraki E., Archavlis E. et al. A prospective randomized controlled trial of intravenous ciprofloxacin as an adjunct to corticosteroids in acute, severe ulcerative colitis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2001; 36: 971-4.
- Carter M. J., Lobo A. J., Travis S. P. L. on behalf of the IBD Section of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*, 2004; 53(Suppl. V): v1-v16.
- Kornbluth A., Sachar D. B. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults (Update): American College of Gastroenterology, practice Parameters Committee. *American Journal of Gastroenterology*, 2004; 99: 1371-85.
- Qin Ouyang., Rakesh Tandon., Goh K. L. et al. Management consensus of inflammatory bowel disease for the Asia-Pacific region. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2006 (21): 1772-82.
- Greenbloom S. L., Steinhart H. A., Greenberg G. R. Ciprofloxacin and metronidazole for active Crohn's disease. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 1998; 12: 53-6.
- Prantera C., Zannoni F., Scribano M. L. et al. An antibiotic regimen for the treatment of active Crohn's disease: a randomized, controlled clinical trial of metronidazole plus ciprofloxacin. *American Journal of Gastroenterology*, 1996; 91: 328-32.
- Turunen U. M., Farkkila M., Hakala K. et al. Long-term treatment of ulcerative colitis with ciprofloxacin: a prospective, double-blind, placebo-controlled study. *Gastroenterology*, 1998; 115: 1072-78.

**Svetlana Țurcan, dr., conferențiar cercetător**

*Laboratorul Gastroenterologie*

*USMF „Nicolae Testemițanu”*

*Chișinău, Str. N. Testemițanu, 29*

*Tel.: 403519, 205539*

*E-mail: veisa@mail.ru*

**Recepționat 14.12.2009**

## Colecistostomia laparoscopică în tratamentul colecistitei acute la bolnavii de vârstă avansată

### I. Ciutac

Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, Curs Endoscopie, USMF „Nicolae Testemițanu”

#### Laparoscopic Cholecystostomy in Treatment of Acute Cholecystitis in Elderly and Senile Patients

The study analyzed treatment outcomes of 401 elderly and senile patients (61-99 years old) with different associated diseases posing major surgical risk. Following minimally invasive surgical procedures all patients underwent different variants of laparoscopic cholecystostomy with lithotripsy as a preventive or definitive stage of surgical treatment. 1.2% (5) of the patients died of complications. In the control group of 104 comparable patients who underwent classic surgery the mortality rate was 19.2% (20). Minimally invasive laparoscopic methods led to a considerable reduction of the mortality rate to nearly 1/16 of those undergoing traditional surgery.

**Key words:** laparoscopic cholecystostomy, elderly and senile patients.

### Лапароскопическая холецистотомия в лечении больных острым холециститом пожилого и старческого возраста

Были изучены результаты лечения 401 больного пожилого и старческого возраста (61-99 лет) с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и с высоким операционным риском. Отдавая предпочтение активной хирургической тактике, всем больным произведена щадящая лапароскопическая холецистотомия с удалением камней, как превентивный или окончательный метод хирургического лечения. В результате осложнений умерли 5 (1,2%) больных, по сравнению с контрольной группой – 104 больных, которые были оперированы традиционным способом. В этой группе летальность составила – 20 (19,2%) больных. Таким образом, в результате внедрения щадящих лапароскопических методов у больных пожилого и старческого возраста, уровень летальности снизился в 16 раз.

**Ключевые слова:** острый холецистит, пожилой возраст, лапароскопическая холецистотомия.

#### Actualitatea problemei

Tratamentul colecistitei acute continuă să fie o problemă actuală. Conform datelor *National Institutes of Health*, 10-15% din populația matură suferă de boala litiazică. Odată cu înaintarea în vârstă, ea se întâlnește mai des, iar după vârsta de 70 de ani frecvența afecțiunii ajunge la 27,7% [21]. Colecistolitiaza, după area de răspândire, cedează numai aterosclerozei și este cauza a 2,5 mln. de operații urgente pe căile biliare programate anual pe glob [1, 2, 23]. Și până în prezent letalitatea post-operatorie în colecistita acută rămâne relativ înaltă și variază în limitele de la 0,9% până la 3,7% [5, 7, 16, 31]. În același timp, la vârstnici și senili cu boli concomitente severe, letalitatea este cu mult mai înaltă ea atinge la 8-22% și chiar mai mult [2, 3, 26]. Trebuie de ținut cont că în colecistita acută contingentul de bolnavi în etate alcătuiește 40-60% [13, 32].

Începând cu anii 80 ai secolului trecut, în scop de reducere numărului a complicațiilor și a letalității la acest contingent de bolnavi, au început să se practice diferite procedee curative laparoscopice decompressive, pentru jugularea puseului acut în colecistita acută, ca etapă preliminară a tratamentului chirurgical sau etapă definitivă. O direcție în acest sens a fost puncția singulară transhepatică sau directă a veziculei biliare, cu scop de decomprimare sub control laparoscopic [16, 24, 27, 30]. După părerea autorilor, efectul pozitiv al puncției singulare este lichidarea hipertensiunii intraveziculare la o mare parte dintre bolnavi, ceea ce contribuie la ameliorarea microcirculației în pereții veziculei și la stoparea procesului inflamator. O răspândire mai largă în practica medicală îi revine metodei colecistostomie transcutanată transhepatică, cu un microcateter introdus printr-un ac special în lumenul veziculei biliare, prin marginea ficatului și patul colecistului [18, 22, 26, 29]. Drenarea permanentă a veziculei oferă posibilitatea de lichidare rapidă a focarului inflamator și a icterului mecanic, și de a pune în evidență starea căilor biliare prin colecistocolangiografie anterogradă, prognozarea evoluției procesului patologic, de a efectua un examen minuțios al bolnavului, de a pregăti bolnavul pentru operație programată, durata perioadei preoperatorii fiind stabilită individual în funcție de recuperarea patologiei asociate. La bolnavii, la care și după recuperare rămân contraindicații pentru anestezia generală, chirurgii se abțin de la intervenția chirurgicală radicală și bolnavii sunt externați, contingentul dat ajungând până la 62,5%. Odată cu utilizarea pe scară largă a ultrasonografiei cu țel de diagnosticare în colecistita acută, metoda a început să se utilizeze și în decomprimarea veziculei biliare [4, 6, 8, 9, 10, 21]. Metoda ultrasonografică nu se contrapune

celei laparoscopice, dar, după părerea unora [16, 21], metoda poate fi indicată bolnavilor extrem de gravi, cu sindromul de agravare reciprocă, la care este contraindicată nu numai laparotomia, dar chiar și laparoscopia. Deficiența metodelor de decomprimare punțională laparoscopică și ultrasonoră constă în faptul că nu se rezolvă problema colecistolitiaziei și la o mare parte dintre bolnavii externați, mai devreme sau mai târziu, apare recidiva bolii și ei sunt reinternați în secțiile de chirurgie, ceea ce mărește numărul de bolnavi din grupul de risc [19, 26]. Operația radicală este riscantă, unii bolnavi fiind supuși colecistostomiei tradiționale, însoțită de o letalitate înaltă [25].

Pentru rezolvarea colecistolitiaziei, unii autori după puncție și după extragerea conținutului colecistului, extraabdominizează fundul veziculei biliare printr-o incizie microlaparatomică, formând o fistulă cu pereții veziculei fixată de piele, iar litextractia, se face temporizat prin fistula biliară în timpul pansamentelor. Metoda a fost elaborată de către Prudcov I. D. în 1981. Însă premisa principală pentru efectuarea acestei manipulații este gradul de mobilitate al veziculei biliare. În condițiile inflamației distructive a colecistului la o mare parte dintre bolnavi extragerea perețului fundului colecistului până la nivelul pielii este imposibilă, mai ales în caz de obezitate, chiar și dacă vezicula biliară este mobilă. În cazurile de reușită, fistula biliară persistă timp îndelungat în 25-30% din cazuri sau, în general, nu se închide influențând și calitatea vieții [20].

Un interes deosebit în problema date este colecistectomia laparoscopică (CL) care, după 1987, a făcut ocolul lumii, iar actualmente este metoda de bază în tratamentul colecistitei acute. Totodată, la bolnavii de vârstă senilă, cu boli asociate severe, CL nu este operația de elecție. Deși CL este miniinvasivă în comparație cu colecistectomia tradițională, totuși pentru bolnavii cu risc operator-anestezic rămâne una periculoasă [11, 25]. Inconveniente principale ale CL sunt legate de influența negativă a pneumoperitoneului (PP) asupra sistemelor cardiovascular și respirator, care poate duce la decompensarea lor [14, 23].

După opinia unor autori [22, 23], la bolnavii cu colecistita acută distructivă și cu risc anestezico-operator înalt inconvenientele colecistectomiei tradiționale și CL se echivalează și la acest contingent de bolnavi se recomandă colecistostomia.

Deși contingentul bolnavilor cu colecistită acută, de vârstă înaintată este mare, activitatea chirurgicală la ei nu depășește 60%. Implementarea în practică a CL nu a ridicat câtuși de puțin activitatea chirurgicală la acești bolnavi [15, 20].

Deci din cele enumerate anterior rezultă o situație paradoxală: la cea mai dificilă categorie de bolnavi, CL, deși fiind miniinvasivă, are o utilizare limitată din cauza efectelor negative ale PP și ale anesteziei generale. Rezultă că, pentru prevenirea complicațiilor și pentru reducerea letalității, procedeele decompressive laparoscopice cu sau fără, litextracție au fost și mai rămân actuale și în prezent la această categorie de bolnavi.

### Material și metode

Din anul 1981, am început a practica în clinica noastră operații cruțătoare laparoscopice – colecistolitostomia laparoscopică (CLSL) ca o operație impusă de situația gravă în care se află pacientul cu risc operatoriu major. Aceste operații au fost aplicate la 596 de bolnavi cu colecistită și cu pancreatită acută, dintre care la 401 pacienți cu colecistită acută, de vârstă senilă, cu boli concomitente severe, și care sunt obiectul acestui studiu. Bărbați au fost 115, femei – 286. Analiza vârstei a arătat că 166 (41,4%) de pacienți au avut vârsta între 61-70 de ani, 172 (42,9%) – între 71-80 de ani, 56 (14%) – între 81-90 de ani, iar la 7 (1,7%) vârsta a variat între 91-97 de ani. Mai mult dintre jumătate de pacienți – 235 (56,8%) aveau vârstă mai mare de 70 de ani.

Anamneza a relevat că accesul primar de colecistită acută a fost la 127 (31,7%) de pacienți, iar la 274 (68,3%) a fost constatată anamneză îndelungată a bolii litiazice – până la o perioadă mai mare de 15 ani. Numărul mare de accese biliare la bolnavi epuizează rezerva de rezistență și agravează starea organismului. Așadar 254 (63,3%) de bolnavi au suportat câteva accese, printre care la 103 (25,7%) acestea au fost mai mult de 15 la număr. Acest fapt duce la dezvoltarea diverselor complicații și la antrenarea în procesul patologic a parenchimului ficatului, a papilei Vater, a pancreasului, a duodenului, precum și a altor organe și sisteme. Dintre 274 de pacienți, numai 45 nu s-au adresat după ajutor medical, 60 s-au adresat medicilor de familie, însă, din diferite motive, nu au fost internați. Majoritatea – 139 de pacienți, s-au tratat mai înainte în deferite staționare chirurgicale, însă în legătură cu tarele comorbide severe și cu eficacitatea relativă a tratamentului conservativ, 31 de bolnavi s-au abținut de la tratament chirurgical, restul bolnavilor – 108 (26,9%), cu accesul de colică biliară, jugulat nu li s-a propus operație din cauza bolilor asociate severe. Ei au fost externați cu recomandarea supravegherii la medicul de familie, iar reinternarea fiind indicată în acutizarea bolii (tab.1).

Datele noastre corelează cu relațiile altor autori [16, 20] care, de asemenea, comunică că și după diagnosticul stabilit de colecistită litiazică la o mare parte dintre pacienți de vârstă, înaintată, conservativ accesul se jugulează, medicii se grăbesc să-i externeze. După părerea autorilor, acești bolnavi sunt operați numai în cazurile indicațiilor vitale, urmate de o mortalitate crescută.

Experiența noastră a arătat că în colica biliară și în colecistita acută catarală, terapia conservativă în multe cazuri este capabilă să juguleze acutizarea procesului inflamator în vezicula biliară la moment. Însă efectul pozitiv este provizoriu și după un oarecare interval de timp bolnavul din nou se

internează în spital, de obicei în alt staționar, dar într-o stare mai gravă, și tot se repetă de la început și continuă până atunci când survine o complicație ce necesită intervenție de urgență, însă întârziată ca tratament chirurgical.

Tabelul 1

### Repertizarea bolnavilor în funcția de motivul abandonării tratamentului chirurgical

Numărul de bolnavi cu anamneză îndelungată de boală litiazică	Nu s-au adresat la medic	S-au adresat, dar nu au fost internați	Au refuzat tratamentul chirurgical	Nu li s-a propus tratamentul chirurgical din cauza bolilor asociate
274	45	90	31	108
% din numărul total de bolnavi n = 401	11,2	22,5	7,7	26,9

În timpul primelor 24 de ore din debutul puseului acut au fost internați 147 (36,7%) de pacienți. În majoritatea cazurilor aceștia au fost bolnavii care pentru prima oară au fost internați în secția chirurgie cu colecistită acută litiazică. În intervalul 24-48 de ore au fost internați 112 (27,9%); 48-72 de ore – 72 (18%), mai târziu de 72 de ore – 70 (17,4%) de pacienți. Cauzele internării bolnavilor în secțiile de chirurgie mai târziu de 24 ore au fost:

- În 128 de cazuri adresarea tardivă a pacienților, care deja s-au tratat în staționar cu colecistită acută litiazică și poate fi explicată prin obișnuința lor de a administra spasmolitice și analgezice la apariția durerilor în hipocondrul drept, în speranța efectului pozitiv vremelnic de jugulare a accesului de colică biliară, spre deosebire de bolnavii cu accesul primar algic care au fost trimiși în staționar cu preponderență în primele 24 de ore.
- Erorile diagnostice ale medicilor de familie sau ale serviciilor de urgență – în 82 de cazuri.
- Internarea și tratamentul nejustificat în secțiile terapie și în spitalul infecțios (în cazurile de icter) – 31 de bolnavi.
- Erorile diagnostice în alte staționare chirurgicale (Aviasan) – 13 pacienți.

Frecvența erorilor diagnostice la trimiterea în staționar au fost înregistrate la 134 (33,4%) de bolnavi. Este relativ înaltă și rata erorilor diagnostice la internarea bolnavilor în staționar, care ajungea la 16,5% (66 de bolnavi). Din cele expuse rezultă că la bolnavii investigați de vârstă senilă au fost dificultăți diagnostice. La toți bolnavii, laparoscopic s-a constatat colecistita acută. Analiza cauzelor erorilor diagnostice arată că cauza lor este nu numai vârsta înaintată, dar și patologia asociată severă, deseori în stadiul de decompensare, care maschează maladia acută de bază cu atipism al tabloului clinic.

Concomitent cu colecistita acută, la toți bolnavii s-a depistat o patologie asociată severă, deseori în diferite combinații (tab.2).

După cum se relevă în tabel, la 401 bolnavi s-au depistat 1584 de patologii (3-4 patologii asociate la un

pacient). Majoritatea bolnavilor s-au internat în stare gravă, cauzată de patologia cardiovasculară, pulmonară, endocrinologică acutizată de declanșarea colecistitei, iar în multe cazuri și de intoxicația provocată de inflamația distructivă a colecistului și de prezența a icterului mecanic. La o mare parte dintre bolnavi, 273 (66,6%), s-a depistat sindromul de agravare reciprocă a patologiei de bază și a celor concomitente care, după manifestarea lor, aveau un caracter de concurență. În rezultatul laparoscopiei diagnostico-curative a fost stabilită forma morfologică de inflamație a veziculei biliare (tab.3).

În afară de această, la majoritatea bolnavilor colecistita acută a fost complicată (tab.4).

La 1/3 dintre pacienți complicațiile au fost multiple. La 133 a fost depistată patologia CBP; coledocolitiază – la 121 de bolnavi, dintre care la 24, asociată cu papilostenoză; papilostenoză izolată – la 12; icter mecanic – la 110; colangită acută – la 49; insuficiență hepatică acută – la 49 de pacienți.

Reieșind din cele expuse și anume: vârsta înaintată, cu evoluție severă a afecțiunilor de bază și a terei asociate, iar, la o parte considerabilă dintre pacienți, și cu sindromul de agravare reciprocă, s-a determinat un risc operatoriu înalt (tab.5).

După cum se vede din tabel, la toți bolnavii gradul de risc operatoriu a fost semnificativ.

Metodica colecistostomiei laparoscopice cu înlăturarea calculilor din vezicula biliară efectuată prin 6 procedee:

- Colecistolitostomia (CLSL) directă, cu fixarea veziculei biliare la peretele abdominal anterior.
- CLSL cu aplicarea unei „suturi în bursă” pe peretele vezicular.
- CLSL „ideală”, cu drenare transparietohepatică.
- CLSL prin abord intercostal.
- Colecistolitotomie cu aplicarea suturii etanșe a defectului veziculei biliare.
- Colecistostomie transhepatică.

CLSL directă, efectuată la 198 de pacienți, a fost realizată în 2 etape succesive:

1. Etapa intraperitoneală, cu control laparoscopic.
2. Etapa extraperitoneală, cu control deschis.

În prima etapă, după instalarea pneumoperitoneului (PP), după revizia cavității abdominale și stabilirea diagnosticului colecistită acută, sub control laparoscopic, vezicula biliară este punctonată prin perețele fundului ei, se aspiră bila, iar mai apoi, cu o pensă de prehensiune, introdusă printr-un trocar cu diametrul de 10 mm prin rebordul costal drept, perpendicular fundului colecistului, peretele veziculei în jurul orificiului punțional este fixat cu brașele pensei. După fixarea colecistului din partea pielii în zona introducerii pensei se face o incizie a pielii și a țesutului subcutanat până la aponevroză, cu o lungime de 2-3 cm. Fundul fixat al colecistului prin, stratul muscular lărgit, este exteriorizat până la nivelul aponevrozei. PP este lichidat și cu aceasta prima etapă, care durează numai 5-10 min, se încheie. Etapa a doua se efectuează extraperitoneal, sub control vizual în absența PP și a unei influențe minime asupra stării bolnavului.

Tabelul 2

**Bolile asociate depistate la bolnavii cu colecistita acută**

Nr. d/o	Denumirea bolii	Nr. de cazuri
1.	Cardiopatie ischemică (CI). Angor pectoral în efort	95
2.	CI, angor pectoral stabil	112
3.	CI, tulburări acute ale circulației miocardului	9
4.	CI, infarct miocardic acut	5
5.	CI, infarct miocardic vechi	34
6.	CI, tulburări de ritm și de conductibilitate (febrilație atrială, bloc de conductibilitate, gr. I-II)	139
7.	CI, insuficiență cardiovasculară, gr. II-III-IV-V	153
8.	Vicii mitrale și aortale	9
9.	Boală hipertonică, gr. II-III	204
10.	Bronșită cronică obstructivă	113
11.	Pneumoscleroză difuză și emfizem pulmonar	173
12.	Astm bronșic	16
13.	Insuficiență respiratorie, gr. II-III	42
14.	Pneumonie acută	11
15.	Tuberculoză pulmonară	7
16.	Traheobronșita acută	3
17.	Diabet zaharat	50
18.	Hepatite și ciroze hepatice	161
19.	Obezitate, gr. III-IV	64
20.	Cașexie senilă	15
21.	Hemipareză după ictus cerebral acut	8
22.	Alte patologii	161
În total		1584

Tabelul 3

**Forma de inflamație a colecistului**

Nr. de bolnavi	Colecistita		
	Catarală	Flegmonoasă	Flegmonoasă-gangrenoasă
Abs.	126	242	33
%	31,4	60,3	8,2

Tabelul 4

**Caracterul și frecvența formelor complicate în colecistita acută**

Denumirea complicațiilor	Nr. de cazuri	
Coledocolitiază	121	
Papilostenoză asociată	24	
Papilostenoză izolată	12	
Icter mecanic	110	
Colangită acută	49	
Insuficiență hepatică acută	49	
Pancreatită	76	
Infiltrat paravezicular	122	
Abces paravezicular	9	
Peritonită locală	23	
Peritonită difuză	9	
În total		512

Pe fundul veziculei se aplică 2 fire de reper, pensa se înlătură, printr-o incizie de 1,0-1,5 cm lumenul veziculei se deschide și se aspiră bila restantă, iar apoi se înlătură concremențele. Controlul litextractiei se face prin colecistoscopie. În lumenul veziculei se instalează un dren ermetizat printr-o

Tabelul 5

**Gradul de risc operatoriu  
în lotul de bolnavi, conform ASA**

Gradul de risc	Nr. de bolnavi
Gr. I	0
Gr. II. Pacienți cu tulburări sistemice deintensitate medic	0
Gr. III. Pacienți cu tulburări organice severe	259 (64,6%)
III a. Boli generale compensate	105 (26,2%)
III b. Boli generale subcompensate și decompensate, cu limitarea activității fizice	154 (38,4%)
Gr. IV. Pacienți cu boli sistemice severe, care amenință viața bolnavului (insuficiență cardiacă marcantă, angor persistent, aritmii cardiace, insuficiența respiratorie, insuficiență hepatică avansată, insuficiență renală)	113 (28,2%)
Gr. V. Pacienți muribunzi, cu șanse mici de supraviețuire, care au fost operați în stare disperată (infarct miocardic acut, tulburări acute ale circulației miocardului, diabet zaharat decompensat cu stare precomatoasă)	29 (7,2%)

sutură în bursă. Pereții veziculei în jurul stomei prin 3-4 fire sunt fixați de aponevroză. Plaga în limitele pielii și a țesutului subcutanat, se închide cu 1-2 suturi. Colectostoma creată asigură drenarea permanentă a colecistului. Operația este lejeră, simplă și poate fi efectuată în orice staționar chirurgical. Metoda este indicată în cazul colecistitei catarale și a celei distructive, asociată sau nu cu icter mecanic, ca prima etapă a tratamentului chirurgical. În acest caz, după decomprimare și după ameliorarea stării pacientului, se va efectua operația radicală. Acest procedeu se poate aplica și pacienților, cărora metoda operatorie radicală este contraindicată, iar localizarea veziculei nu permite folosirea altor procedee de colecistotomie. Un inconvenient al procedurii constă în formarea fistulelor biliare (3-4% din cazuri), cu o necesitate ulterioară de lichidare extraperitoneală a fistulei.

CLSL directă cu aplicarea unei suturi provizorii în bursă a fost folosită în 90 de cazuri, pentru a exclude formarea fistulelor biliare persistente.

Prima etapă este analogică aceluiași etape a procedurii precedent. Însă după litextracție și după aplicarea colecistostomei, pe peretele veziculei se aplică o sutură în bursă suplimentară, capetele căreia nu se ligaturază, ci se scot în afara plăgii. După ameliorarea stării pacientului și după un control radiologic repetat (la 5-7-a zi), tubul se suprimă, sutura în bursă se ligaturează și defectul veziculei se închide. Metoda sus-numită este indicată în cazurile în care colecistectomia nu este programată sau este indicată ulterior, după o recuperare îndelungată a bolilor asociate.

CLSL „ideală” a fost efectuată la 47 de pacienți (brevet de invenție nr. 1178419 din 15.08.1985). În timpul etapei intra-peritoneale, cu un ac special vezicula biliară este puncționată prin marginea ficatului și prin patul biliar, cu amplasarea unui dren în lumenul veziculei, după ce acul este extras. Capătul distal al drenului este modelat în formă de spirală, pentru prevenirea dislocației lui. După evacuarea bilei prin drenul transhepatic, vezicula este fixată cu pensa și este tracționată în grosimea peretelui abdominal până la aponevroză, cu deschiderea lumenului și cu înlăturarea concremențelor. După

controlul litextracției, defectul veziculei biliare este suturat în 2 planuri și repus în cavitatea abdominală în poziția sa normală. Plaga abdominală se închide. Drenul instalat, prealabil, în lumenul colecistului asigură o drenare adecvată a colecistului și a căilor biliare chiar și în condițiile inflamației distructive. La finele operației, un dren de protecție este amplasat în spațiul subhepatic. Avantajul procedurii constă în ermetismul complet al plăgii veziculare, ce exclude formarea fistulelor biliare.

Metoda este indicată bolnavilor targați ca etapă definitivă a tratamentului chirurgical în colecistita acută catarală și în cea flegmonoasă, în ultimul caz cu condiția lipsei infiltrației severe a pereților colecistului, care ar împiedica suturarea etanșă a veziculei biliare. Metoda este contraindicată în icterul mecanic.

CLSL prin abord transcotal a fost folosită la 12 pacienți în cazul unei poziții înalte (mai sus de rebordul costal) a marginii ficatului și a veziculei biliare, poziție ce nu permite exteriorizarea veziculei biliare prin peretele abdomenului. Calea de acces va fi în spațiul intercostal VIII-IX. Etapele I și II vor fi analogice celor descrise anterior. După litextracție și după aplicarea colecistostomei, peretele fundului veziculei biliare este fixat de peritoneul rebordului costal respectiv spațiului intercostal.

Colecistolitomia cu sutură etanșă a veziculei biliare, fără efectuarea drenării colecistului, a fost efectuată în 36 de cazuri. Prima și a doua etapă sunt analogice procedurii descrise, cu excepția abandonării drenării veziculare. După litextracție, defectul vezicular se închide cu o sutură în bursă, cu repunerea veziculei la locul ei obișnuit și cu amplasarea unui dren de protecție subhepatic. În cazul de dubii la etanșitatea suturii și a unei posibile biliragii, fundul vezicular suturat se va extra-peritoniza în grosimea peretelui abdominal. Acest procedeu este indicat numai în cazul colecistitei catarale cu o lipsă sigură a unei patologii a căilor biliare, ca metodă definitivă a tratamentului chirurgical la bolnavii targați. Colectostomia transhepatică a fost utilizată la 16 pacienți. Cu un ac special, introdus prin spațiul intercostal, marginea ficatului și patul biliar, se puncționează vezicula biliară, cu amplasarea unui dren prin acest ac în lumenul veziculei, după ce acul se extrage, iar drenul se fixează de piele. Procedeu a fost folosit excepțional, în cazul localizării intrahepatice a veziculei biliare, când tracțiunea ei prin peretele abdominal este imposibilă. Acest procedeu poate fi folosit și în cazul unei colecistite alitiacice confirmate USG. Un inconvenient al metodei este că aceasta nu rezolvă problema colecistolitiacii, de aceea ea este indicată ca prima etapă a tratamentului chirurgical și este contraindicată în calculoza totală a veziculei biliare (nu asigură drenarea colecistului).

**Pregătirea bolnavilor pentru colecistostomie laparoscopică:**

Fiind adepți ai tacticii active miniinvazive laparoscopice, în fazele precede ale bolii, la toți bolnavii din momentul internării este indicat tratamentul conservator, cu tentativa jugulării procesului acut inflamator, pentru ca pe acest fundal, concomitent, să se efectueze corecția indicilor de bază a homeostazei. O bună parte dintre pacienții, la care predominau

acuzele din partea tarelor comorbide și la cei cu sindromul de agravare reciprocă, terapia volemică era efectuată în secția reanimare. Terapia conservatoare trebuie privită ca pregătire preoperatorie, a cărei obiective sunt:

- corecția homeostazei, diminuarea intoxicației, ameliorarea proprietăților reologice ale sângelui;
- normalizarea funcției sistemelor cardiovascular, pulmonar, endocrin etc., în funcție de prezența și de asocierea maladiilor concomitente.

La acești bolnavi, consiliul format din chirurg, anesteziolog și internist, exclude din start orice intervenție chirurgicală tradițională și apare necesitatea aplicării metodelor cruțătoare laparoscopice sub anestezie locală.

154 (38,4%) de bolnavi au fost operați în primele 24 de ore de la internare (tab. 6). Prezența intoxicației severe, precum și a semnelor peritoneale a permis a efectua un tratament volemic de scurtă durată, care, de fapt, a servit ca pregătire preoperatorie. La această categorie de bolnavi s-au atribuit și pacienții cu dubii diagnostice la internare.

Tabelul 6

**Termenul de intervenție laparoscopică**

Nr. bolnavilor	Termenul, ore				În total
	Primele 24 de ore	24-48 de ore	48-72 de ore	Mai târziu de 72 de ore	
abl.	154	127	61	59	401
%	38,4	31,7	15,2	14	100

La 127 (31,7%) de pacienți, fără semne severe de intoxicație și semne peritoneale, tratamentul, de asemenea a început cu mijloace conservative. Însă lipsa dinamicii clinice timp de 24 de ore a servit indicație pentru laparoscopia curativă.

La 61 (15,2%) de pacienții inițial s-a observat un efect pozitiv în terapia conservativă, însă regresul procesului inflamator așa și nu a survenit, ei au fost operați în a treia zi (48-72 ore).

La 59 (14%) de pacienți, care au fost internați în timp scurt de la îmbolnăvire, măsurile conservative au fost eficiente și, după corecția indicilor de bază ai homeostazei, ei au fost operați mai târziu de 72 de ore. Menționăm însă că în acest grup au fost incluși și o parte dintre bolnavii cu o ameliorare aparentă, la care, laparoscopic, au fost depistate forme distructive de inflamație a colecistului, printre care la 13 bolnavi – forma flegmonoasă-gangrenoasă.

Pregătirea pentru operația laparoscopică, la toți bolnavii, s-a efectuat împreună cu anesteziologul, internistul, endocrinologul și cu alți specialiști.

Având în vedere contingentul de bolnavi gravi, pentru excluderea agresiunii anestezice, la 369 (92%) de bolnavi prioritate a avut anestezia locală cu premedicație, anestezia generală fiind utilizată numai la 32 (4,8%) de pacienți. Însă, indiferent de tipul anesteziei, prezența anesteziologului-reanimatolog în timpul operației laparoscopice este obligatorie.

**Rezultate în evoluția perioadei postoperatorii**

Lichidarea hipertensiunii biliare și drenarea adecvată a colecistului și a căilor biliare influențează favorabil perioada postoperatorie precoce după folosirea procedeele laposcopice. După colecistostomie, la toți bolnavii s-a remarcat o

dinamică în evoluția bolii: practic îndată după decompresione sindromul algic s-a jugulat, în primele 2-3 zile dispare febra, a revenit la normalitate conținutul de leucocite în sângele periferic. La bolnavii cardiaci, cu dereglări ale funcției cardiovasculare, în primele 48 de ore s-a constatat o ameliorare a funcției sistemului cardiovascular (cu excepția bolnavilor cu infarct miocardic).

La bolnavii cu stenocardie severă și cu acutizarea insuficienței coronariene, durerile cardiace s-au jugulat în primele 6-12 ore, iar la 90% dintre ei, electrocardiografic s-a depistat o dinamică pozitivă în comparație cu perioada prelaparoscopică, ceea ce, după părerea noastră, este legat de decompresione biliare și de sanarea focarului de inflamație, cu micșorarea intoxicației, ceea ce duce la diminuarea intensității sindromului de agravare reciprocă și la întreruperea treptată a reflexelor patologice visceroviscerale. La bolnavii pulmonari, datorită activității fizice precoce (pacienții sunt ridicați din pat în aceeași zi) și gimnasticii curative s-a reușit a menține funcția respiratorie și a evita edemul pulmonar, precum și pneumoniile severe. La bolnavii cu diabet zaharat, glicemia a început să scadă din primele 6 ore de la administrarea hipoglicemiantelor. Ținem să menționăm că drenarea focarului duce rapid la micșorarea intoxicației și la posibilitatea micșorării volumului terapiei volemică, ceea ce are o importanță deosebită la bolnavii cu insuficiență circulatorie. O situație specifică apare la bolnavii cu colecistită acută, complicată cu icter mecanic. La acești bolnavi, în funcție de nivelul bilirubinemiei și de timpul avansat de la debutul bolii, precum și de gradul de insuficiență hepatică, după decompresione intensitate icterului scade, bilirubina având tendința de normalizare în a 8-15-a zi. La bolnavii cu hepatită colestatică, constataată laparoscopic, viteza de normalizare este mai lentă.

La niciun bolnav nu s-au înregistrat schimbări esențiale în coagulogramă, cu excepția grupului de bolnavi cu infarct, la care s-a constatat o deviere spre hipercoagulație, creșterea nivelului de fibrinogen și a altor indici. Toate acestea au favorizat evoluția relativ ușoară a perioadei postoperatorii în 301 (65,15%) cazuri. Evoluție medie s-a depistat la 80 (17,3%) de pacienții, ceea ce a fost cauzată de patologii asociate severe (insuficiența coronariană cronică, insuficiența circulatorie, gr. II-III, insuficiența respiratorie, gr. II-III etc.). Evoluția severă a perioadei postoperatorii a fost stabilită la 81 (17,5%) de pacienți. La 16 pacienții starea a fost cauzată de insuficiența hepatorenală pe fundal de colangită și de icter mecanic; la 22 – insuficiența cardiopulmonară; la 5 – infarctul miocardic; la 9 – dereglări acute ale circulației miocardului; la 15 – forma severă de diabet zaharat; la 4 – ciroză hepatică decompensată. La o parte dintre pacienți evoluția severă a fost cauzată de schimbările distructive din colecist, cu formarea plastronului subhepatic, a abcesului paravezicular, peritonită.

Deci se poate de constatat că, după procedeele laparoscopice, nu am avut complicații generale. Explicăm acest fapt prin următoarele conveniențe intervențiile laparoscopice:

- Traumatism minim al peretelui abdominal.
- Lipsa parezei intestinale.

- Pneumoperitoneul de scurtă durată în intervenția laparoscopică care aproape nu afectează sistemul cardio-respirator.
- Utilizarea anesteziei locale în 92% din cazuri.
- Păstrarea funcției respiratorii externe după procedeele laparoscopice.
- Micșorarea până la minim a atelectazelor și a pneumoniilor postanestezice datorită anesteziei locale.
- Dispariția sindromului algic după operație.
- Activitatea timpurie a bolnavilor.
- Decomprimarea eficientă și lichidarea intoxicației în coledocolitiază cu icter mecanic.

Prin colecistocolangiografie anterogradă realizată cu substanță de contrast hidrosolubilă (*verografin cardiostat*) prin drenul colecistostomic s-a obiectivat starea căilor biliare. Examenul radiologic pus în evidența coledocolitiază la 121 de bolnavi (în asociere cu papilostenoză – la 21 de pacienți) papilostenoză izolată – la 12 pacienți.

### Rezultate tardive

În acest sens bolnavii supravegheați au fost distribuiți în 3 loturi. Din primul lot au făcut parte 121 (30,2%) de pacienți, dintre care 65, cu patologia căilor biliare (coledocolitiază, strictură). Colecistolitostomia laparoscopică li s-a efectuat ca prima etapă a tratamentului operatoriu, iar după ameliorarea stării lor, au fost operați radical. Termenele operațiilor radicale, după decomprimare laparoscopică, sunt un obiect de discuție. Investigațiile biochimice în dinamică au arătat că starea funcțională a ficatului, sub acțiunea favorabilă a decomprimării, s-a normalizat la majoritatea bolnavilor la a 7-8-a zi sau se apropie de normă. Dar aceasta nu înseamnă că după acest interval de timp se creează condiții pentru intervenție chirurgicală radicală. Timpul drenării și al pregătirii pentru operație mai depinde de prezența sau de absența icterului mecanic, a pancreatitei, de patologia concomitentă, a cărei perioadă de recuperare poate fi diferită.

Operațiile radicale au fost programate în termen de la 12 până la 18 zile, după o ameliorare a stării generale și după normalizarea indicilor activității cardiopulmonare, a ficatului și a rinichilor. La o parte dintre pacienți operația a fost efectuată peste 2-3 luni, fiind necesară o pregătire mai îndelungată pentru tratamentul tării comorbide în secțiile de profil. Deci termenele în operațiile radicale necesită o abordare individuală. La toți pacienții s-a efectuat colecistectomia completată în 65 de cazuri cu diferite intervenții pe coledoc și pe papila Vater. În rezultatul complicațiilor au decedat 3 (2,5%) pacienți (din grupul pacienților cu coledocolitiază și cu icter mecanic). Deci chiar după o operație crușătoare laparoscopică și după ameliorarea stării bolnavului, în caz de coledocolitiază și de icter mecanic, când e necesară etapa radicală, nu întotdeauna este posibilă salvarea vieții bolnavului de vârstă sinilă, cu maladii asociate.

În acest context, lotul doi îl reprezintă 68 (17%) de pacienți cu coledocolitiază și cu icter mecanic, la care, după colecistolitostomia laparoscopică ca etapă secundară, s-a efectuat papilofinctorotomia endoscopică (PSTE) cu litextracție. Metoda combinată endoscopică permite efectuarea

sanării veziculei biliare și a arborelui biliar, și este o metodă de alternativă la pacienții cu risc operatoriu înalt. După cum se cunoaște, PSTE are o răspândire largă în tratamentul bolnavilor de orice vârstă, cu patologia căilor biliare principale, ca metodă preliminară a colecistectomiei. Avantajele metodei laparoendoscopice, aplicată de noi la bolnavii gravi sunt următoarele:

1. Agresiunea chirurgicală este dozată, ceea ce este important la bolnavii din grupul de risc.
2. Mai întâi se efectuează colecistolitostomia laparoscopică, care este mai lejeră decât PSTE, nu necesită aparatul sofisticat și este accesibilă în orice staționar chirurgical.
3. PSTE se efectuează pe fundalul ameliorării stării bolnavului, din contul tratării icterului mecanic, al colangitei, normalizării funcției ficatului; tratamentului bolilor asociate.
4. Fistulocolecistocolangiografia anterogradă (FCCA) precizează starea de dilatare a căilor biliare, numărul de calculi, dimensiunile lor, gradul de papilostenoză și de răspândire a ei etc. Obiectivizarea stării căilor biliare are importanță în stabilirea indicațiilor și, mai ales, a contraindicațiilor pentru PSTE în caz de calculi masivi sau de papilostenoză de amploare. O însemnătate suplimentară a FCCA o constituie depistarea coledocolitiază și a papilostenozei asimptomatice, asigurându-se corectitudinea indicațiilor pentru PSTE și este o profilaxie a sindromului postcolecistectomie.
5. În caz de remanieri anatomice și de dificultăți de depistare a orificiului papilei Vater în timpul endoscopiei, rezolvarea problemei se facilitează prin introducerea anterogradă (prin colecistostomă) a soluției albastru de metilen.
6. Pentru confortul litextracției endoscopice cu ansa Dormia (mai ales, în cazurile de calculi multipli), vizualizarea perfectă a căii biliare principale este asigurată prin introducerea anterogradă continuă a substanței de contrast.
7. Decomprimarea preliminară externă, prin colecistostomie, poate preveni posibilele efecte negative ale papilofinctorotomiei – edemul papilei Vateri după incizia endoscopică care, în primele zile, poate jena decomprimarea internă biliopancreatică.

Din acest lot a decedat o pacientă din cauza hemoragiei după PSTE, letalitatea alcătuind 1,5%.

Al treilea lot îl reprezintă 212 (52,8%) bolnavi, la care colecistolitostomia laparoscopică a fost și ca etapă definitivă a tratamentului operatoriu. Din acest lot a decedat o pacientă (0,47%) din cauza insuficienței circulatorii, gr. IV-V, în perioada timpurie după CLSL. Dintre acești pacienți, la 180 (84,6%), din cauza patologiei asociate irecuperabile, colecistectomia nu li s-a propus dat fiind prezența contraindicațiilor pentru anestezie generală. Restul, 33 (15,4%) de pacienți, după ameliorarea stării generale, au refuzat tratamentul operatoriu, motivând refuzul prin starea satisfăcătoare la moment. Deci în total au decedat 5 pacienți, letalitatea generală fiind de 1,2%.

Pentru a compara rezultatele a fost cercetată letalitatea în grupul de control, bolnavi operați tradițional – 104 pacienți de vârstă înaintată și senilă, cu tare concomitente grave care, după starea generală erau aproape identici grupului principal

de 401 pacienți de vîrstă respectivă. Colectectomia efectuată la toți bolnavii, intervenții pe coledoc – 35.

Au decedat 20(19,2%) de pacienți. Din cele relatate rezultă că în grupul de control la pacienții de vîrstă înaintată, și senilă, cu risc operatoriu major, în cazul tacticii active și al supravegerii active, letalitatea a fost înaltă aproximativ 19,2%. În grupul de bolnavi cu implementarea procedeelelor laparoscopice, letalitatea generală a scăzut de 16 ori.

### Concluzii

1. Metoda colecistostomiei laparoscopice este indicată bolnavilor gravi, cu risc operatoriu major. În funcție de scopul operației (etapă preliminară sau definitivă), forma morfologică a colecistului, precum și a remanierilor anatomotopografice ale veziculei biliare, este utilizată o metodă sau alta de colecistostomie.

2. Colecistolitostomia laparoscopică decompresivă jugulează și stopează procesul inflamator din colecist, contribuind la ameliorarea stării generale a pacienților și la pregătirea lor pentru operația radicală. În cazurile în care bolile asociate sunt irecuperabile, CLSL rămâne ca etapă definitivă a tratamentului chirurgical.

3. În cazurile colecistitei acute complicate cu coledocolitiază și cu icter mecanic, metoda combinată laparoendoscopică asigură sanarea integrală a arborelui biliar.

4. Implementarea metodelor colecistostomiei laparoscopice a dus la micșorarea spectaculoasă a letalității la acest contingent grav de bolnavi până la 1,2%, de 16 ori mai mic, în comparație cu grupul de control.

### Bibliografie

- Adamsen S., Hansen O. H., Jensen P. M. et al Laparoscopic cholecystectomy in Denmark. A prospectiv registration. Ugesko Leager., 1995; 157;7: 4449-4454.
- Calanval P., Navez B., Cambiez E. et al. Laparoscopic cholecystectomy effective and reliable in acute cholecistitis Results? of a prospective study, of 221 patologicly documented casses. Ann. Chir.,1997; 51;7: 689-696.
- Caballero M. A. Surgical treatment acute cholecystitis in the laparoscopic age. A comparative study: Laparoscopic again Laparotomy. Reviste Espanole De Ensermedades Digestivas, 1998;14;5: 413-416.
- Donald J. J., Cheslyn-Curtis S., Gillems A. R. et al. Percutaneans cholecystolithotomy: is galistones recurrence inevitable? Gut.,1994; 35: 692-695.
- Garber S. M., Karman J., Cosgrove J. M. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecistitis. Surg., Endosc., 1997; 11; 4: 347-350.
- Hamy A., Visset J., Likholatnikov D. et al. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in critically patients. Surgery, 1997; 121: 398-401.
- Madani A., Badawy A., Henry C. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecistitis. Chirurgia; 1993; 124: 2: 171-176.
- Von Steenberg W., Rigauts H., Ponete E. et al. Percutaneous transhepatic cholecystostomy for acute complicated calculous cholecystitis in eideriy patients. J. Amer. Griatr. Soc., 1993; 41; 157-162.
- Vogelzand R. L., Nemeek A. A. Percutaneous cholecystostomy diagnostic and therapeutic efficacy. Radiology, 1988; 168: 29-34.
- Алиев М. А., Доскалиев Ж. А., Сейсембаев М. А. и др. Эндовидеохирургия в лечении острого холецистита. Эндоскопическая хирургия, 1997; 4: 22-25.
- Авзаров А. А., Буков Н. Е., Бутовский С. А. и др. Коррекция кардиореспираторных нарушений при лапароскопической холецистэктомии. Анест. и реаниматол., 2001; 2: 24-28.
- Борисов А. Е., Земляной В. П., Мосягин В. Б. и др. Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза у больных повышенного риска. Анналы хир. гепатол., 2002; 1: 88-89.

- Баранов Г. А., Решетников Е. А., Харламов Б. В. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите. Хирургия, 2008; 6: 27-30.
- Гостищев В. К., Евсеев М. А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста. Хирургия, 2001; 9: 30-34.
- Джаркенов Т. А., Мовгун А. А., Хрусталева М. В. и др. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Хирургия, 2004; 3: 13-17.
- Ермолов А. С., Шулуто А. М., Прудков М. И. Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия, 1998; 2: 11-13.
- Емельянов С. И., Феденко В. В., Барсеян А. А. Эндоскопическое удаление слизистой оболочки желчного пузыря после холецистостомии. Вестник хирургии, 2001; 2: 94-98.
- Ермолов А. С., Гуляев А. А., Ярцев П. А. и др. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии. Хирургия, 2007;7: 57-59.
- Иванов П. А., Склярский В. В., Синев Ю. Б. Лечение острого холецистита. Хирургия, 1988; 9: 21-24.
- Кочнев О. С., Аронов Л. С., Харитонов С. В. и др. Лапароскопическая холецистостомия: возможности, недостатки, перспективы. Хирургия, 1996; 2: 57-61.
- Каримов Ш. И., Ким В. Л., Кротов Н. Ф. и др. Малоинвазивные вмешательства при желчнокаменной болезни. Хирургия, 2000; 10: 24-27.
- Кондратенко П. Г., Васильев А. А., Элли А. Ф. и др. Двухэтапный способ хирургического лечения больных острым холециститом при высокой степени операционного риска. Тезисы докладов III Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, 2001; 33.
- Кузнецов Н. А., Аранов Л. С., Харитонов С. В. и др. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите. Хирургия, 2003; 5: 35-40.
- Лукомский Г. И., Жигалкин Г. В., Бляхер А. А. и др. Обоснование срока первично-отсроченной операции при остром холецистите. Хирургия, 1980;6: 15-18.
- Левин Л. А., Лисицын А. А., Аяганов С. А. Лапароскопические вмешательства у больных с высоким операционным риском. Анналы хир. гепатол., 2002;1:32-35.
- Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В., Букова В.А. и др. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений. Хирургия, 2003; 10: 41-44.
- Петров В. И., Луцевич Э. В. Диагностическая и лечебная лапароскопия в хирургической практике. Хирургия, 1982; 6: 76-80.
- Прудков И. Д. Основы хирургической лапароскопии. Хир. лапароскопия. Сб. тр., Свердловск, 1981; 6-13.
- Сотников В. Н., Ерохин П. Г., Перевозников А. И. Методика дренирования желчного пузыря во время лапароскопии. Эндоскопия в неотложной хирургии органов брюшной полости. Саратов, 1980; 88-90.
- Сухарев В. Ф., Ульянов Ю. Н. Лапароскопическая декомпрессия желчных путей при заболеваниях желчевыводящей системы. Вестник хирургии, 1994;5;6: 113-118.
- Ульянов Ю. Н., Багненко С. Ф., Сухарев В. Ф. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с высоким операционным риском. Вестник хирургии, 2002; 6: 21-25.
- Хаджибаев А. М., Атаджанов Ю. К., Арипов Х. Р. и др. Роль лапароскопии в диагностике и лечении хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. Вестник хирургии, 2006;3: 58-60.

**Ion Ciutac, dr., conferențiar**

*Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Curs Endoscopie USMF „Nicolae Testemițanu” Chișinău, str. Toma Ciorba, 1  
Tel.: 205316*

**Recepționat 3.11.2009**