

mortality rate in the group with anorectal localization is higher than in the group with urogenital localization ($P < 0.05$, $t = 2.01$). All the patients with the wound surface smaller than 6.4% survived. Those with the surface bigger than 6.4% died. 11 (17.5%) patients died and 14 (22.2%) survived. There is no statistical difference between the patients who survived and those who died with wound surface bigger than 6.4% ($P > 0.05$, $t = 0.66$).

Conclusion. The mortality rate in patients with Fournier gangrene depends on localization of the source of infection, being higher in patients with anorectal localization. The mortality rate doesn't depend on the wound surface resulted after surgery

Key words: Fournier gangrene, localization, mortality

ERORILE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT A GANGRENEI FOURNIER



IGNATENCO S

Catedra de chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. În literatura de specialitate sunt ocolite greșelile comise în diagnosticul și tratamentul gangrenei Fournier.

Scopul. Aprecierea greșelilor de diagnostic și tratament comise în gangrena Fournier.

Material și metodă: Prezentăm 24 pacienți examinați și tratați de gangrena Fournier în diferite centre medicale, apoi transferați în IMU în perioada anilor 1998-2012, la care au fost apreciate greșelile de diagnostic și tratament comise până la transfer.

Rezultate. Greșelile comise în diagnosticul și tratamentul gangrenei Fournier au fost:

1. Ignorarea efectuării puncțiilor diagnostice și examenului imagistic (radiologic, ecografic, CT, RMN), atunci când semnele clinice locale ale inflamației nu sunt convingătoare.
2. Lipsa pregătirii preoperatorii a pacienților gravi și cu patologii concomitente (hipertensiune arterială, diabet zaharat, insuficiență cardio-respiratorie s.a.).
3. Efectuarea operațiilor fără asistent și cu anestezie locală.
4. Deschiderea focarelor purulente cu incizii mici, numite „ochi de șoricel”, care nu permit efectuarea reviziei focarului purulent și înlăturarea adecvată a țesuturilor necrotice.
5. Excizia incompletă a țesuturilor afectate.
6. Teama efectuării inciziilor largi, care permit înlăturarea adecvată a tuturor țesuturilor necrotice și ținerea sub control a evoluției procesului purulent din plagă.
7. Ignorarea efectuării examenului bacteriologic și utilizarea nejustificată a terapiei antibacteriale empirice.
8. Ignorarea cateterizării uretrei pentru evitarea lezării ei.
9. Efectuarea orhectomiilor și penisectomiilor neargumentate.
10. Efectuarea pansamentelor de etapă fără anestezie generală.
11. Ignorarea implementării noilor metode de tratament.

Concluzii. Comiterea acestor greșeli de diagnostic și tratament au dus la răspândirea procesului purulent și agravarea pacientului.

Cuvinte cheie: gangrena Fournier, erori, diagnostic, tratament

DIAGNOSTIC AND TREATMENT ERRORS IN FOURNIER GANGRENE

IGNATENCO S

Department of Surgery no.1 „Nicolae Anestiadi”, SUMPh „Nicolae Testemițanu”, Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. The literature avoids exposing the diagnostic and treatment mistakes in Fournier gangrene.

Aim. Assessment of diagnostic and treatment mistakes committed in Fournier gangrene.

Methods: We present 24 patients examined and treated with Fournier gangrene in different medical centers, subsequently being admitted to the Emergency Medical Institute during the period 1998-2012. In these patients diagnostic and treatment mistakes committed before the admission to EMI were discovered.

Results: The errors committed in the diagnosis and treatment of Fournier gangrene were:

1. Ignoring performing diagnostic punctures and imaging examinations (radiology, ultrasound, CT, MRI).

2. Absence of preoperative preparation of patients with severe and concomitant diseases (hypertension, diabetes, cardio-respiratory failure etc.).
3. Surgical interventions were performed with no assistant and under local anesthesia
4. Opening outbreaks festering with small incisions, called "Eye of the mouse", which prevent the outbreak revisions of purulent necrotic tissue and proper disposal.
5. Incomplete excision of damaged tissues.
6. Fear in front of large incisions, that allow the proper disposal of all necrotic tissue and control the development process of wound festering.
7. Ignoring of bacteriological examination and unjustified use of empirical antibacterial therapy.
8. Ignoring urethral catheterization in order to avoid its injuries.
9. Performing unjustified orhiectomies and penectomies.
10. Applying dressings with no general anesthesia.
11. Failure to implement fully new treatment methods.

Conclusions: These diagnosis and treatment mistakes led to spreading of the purulent process and worsening of patient condition.

Key words: Fournier gangrene, errors, diagnosis, treatment

ASPECTE NOI ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL FORMELOR DISTRUCTIVE ALE ERIZIPELULUI



IGNATENCO S, GHIDIRIM G, BERESTEANU S

Catedra de chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Rezultatele tratamentului formelor distructive ale erizipelului rămân nesatisfăcătoare, ceea ce ne impun să realizăm noi metode în tratament.

Scopul. Ameliorarea rezultatelor tratamentului formelor distructive ale erizipelului.

Material și metode. Studiul cuprinde 52 de pacienți: 35-cu complicații locale minore și 17-cu complicații locale majore pe o perioadă de 10 ani (2006-2015). B-15, F-37, vârsta medie 58,7 ani. Tratamentul chirurgical al formelor distructive minore s-a limitat la deschiderea bulelor pustulizate și abceselor mici, excizia necrozelor superficiale limitate ale pielii și tratamentul lor cu betadină, unguente hidrosolubile; Toți cei 17 pacienți cu forme distructive majore au fost supuși debridării chirurgicale agresive: 9 din ei mai departe au primit tratament tradițional, iar 8 VAC aspirație. Defectele pielii au fost închise cu autodermă. La 6 pacienți cu plăgi circulare pentru protejarea lambourilor s-a instalat aparatul Ilizarov. Eficacitatea tratamentului a fost apreciată după gradul de reducere a edemului și numărul de zile pat.

Rezultate. Utilizarea VAC aspirației în tratamentul formelor distructive majore ale erizipelului a permis micșorarea termenilor de pregătire a plăgii pentru închiderea ei cu autodermă de la $44,31 \pm 2,46$ până la $22,57 \pm 3,17$ zile ($P < 0,001$, $t = 5,42$), iar durata tratamentului s-a redus de la $53,44 \pm 4,74$ până la $30,0 \pm 3,43$ zile ($P < 0,01$, $t = 4,0$).

Concluzii. Debridarea chirurgicală agresivă, VAC aspirația reduce semnificativ durata tratamentului formelor distructive majore ale erizipelului.

Cuvinte cheie: erizipel, debridare, vacuum

THE NEW ASPECTS IN SURGICAL TREATMENT OF DISTRUCTIVE FORMS OF ERYSIPELAS

IGNATENCO S, GHIDIRIM G, BERESTEANU S

Department of Surgery no.1 „Nicolae Anestiadi”, SUMPh „Nicolae Testemițanu”, Chisinau, Republic of Moldova

Introduction: The treatment results of destructive forms of erysipelas (DFE) remain unsatisfactory, which us impose to realize the new treatment methods.

Aim: To improve results of treatment DFE.

Materials and Methods: The study includes 52 patients: 35 with minor local complications and 17 with major local complications in a period of 10 years (2006-2015). Men 15, female 37, medium age 58,7 years. The surgical treatment of destructive minor forms was limited on opening of pustule and minor abscesses, the excision of