

PC sunt rezultatul evoluției și eruperii unor procese necrotico-supurative în tractul digestiv, în ductul Wirsung, în cavitatea abdominală. (3) Ascita pancreatică necesită tratament chirurgical întrucât se infectează.

RARE COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS: DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS

Introduction: The surgical attitude in cases of chronic pancreatitis (CP) complications, due to their rarity and severity, remains delayed and controversial.

Material and methods: The retrospective study covering the period of 1994-2015 included 46 patients with CP complications. Men – 41, women – 5 (8/1 ratio) of relatively young age. The diagnostic emphasis lies on the paraclinical investigations: ERCP – 18 cases, FEGDS – 7, CT – 8, diagnostic laparoscopy – 22, EUS – 46.

Results: The emergency intervention was applied in 18 cases of upper gastrointestinal bleeding, with or without hemoperitoneum, the focus being placed on hemostasis in situ – 3 deaths; in 10 cases of pancreatic ascites after ineffective abdominal paracentesis (3 cases). There were also suppuration interventions (10 cases), being used the external drainage (8 cases) and pseudocyst drainage (2 cases). Deaths took place in 3 cases. A case of pancreatico-bronchial fistula was resolved by implanting the fistula into the stomach, other 2 cases of external pancreatic spontaneous fistulas were subjected to conservative treatment, and splenic vein thrombosis (2 cases) was a superimposed complication without any clinical response. The pancreatic microabscesses were a component in all cases of death. The concomitance of several simultaneous complications was perceived in 50% of cases. Total mortality – 19 cases, 14 cases of postoperative mortality.

Conclusions: (1) The determination of chronic pancreatitis diagnosis requires modern investigations aiming at detecting early complications and applying surgical treatment. (2) The digestive and abdominal hemorrhages occurring on the background of CP are the results of evolution and eruptions of necrotic-suppurative processes in the digestive tract, in Wirsung duct, in the abdominal cavity. (3) The pancreatic ascites requires surgical treatment since it gets infected.

SINDROMUL DE ABDOMEN ACUT CHIRURGICAL: DIAGNOSTIC, TRATAMENT

REVENCU S, MUSTEA V, BALAN S, STRELȚOV L, GAITUR A, BESCHIERU E

Clinica Chirurgie "Sf.Arhanghel Mihail", Catedra Chirurgie nr.1 "N.Anestiadi", Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Abdomenul acut chirurgical (AAC) are indicații pentru tratament chirurgical de urgență imediată, urgență sau urgență amânată.

Material și metode: Pe o perioadă de 10 ani (2005-2015) s-au urmărit 118 pacienți cu AAC fără diagnostic etiologic preoperator. Sindroamele prezente au fost: ocluzia intestinală acută (OIA) – 60 cazuri; peritonita acută – 26 cazuri; icter mecanic – 21; hemoragie digestivă superioară (HDS) – 6 cazuri; hemoragie digestivă inferioară (HDI) – 5 cazuri.

Rezultate: S-a intervenit în urgență imediată în 3 cazuri de HDS, 26 cazuri de peritonită, 39 cazuri de OIA, 3 cazuri de icter mecanic, celelalte fiind operate în urgență și urgență amânată. Neoperați – 2 cazuri cu HDI. Mortalitatea postoperatorie – 25 cazuri (21,2%).

Concluzii: Sindromul de AAC este o realitate clinică de o gravitate majoră. Diagnosticul etiologic și atitudinea tehnico-tactică urmează a fi stabilită intraoperator. Mortalitatea înaltă este motivată de sindromul clinic complex, grav, urgența intervenției și incertitudinile etiologice.

ACUTE SURGICAL ABDOMEN SYNDROME: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Introduction: The acute surgical abdomen is liable to surgical treatment of immediate urgency, urgency and delayed urgency.

Material and methods: A total of 118 patients with acute surgical abdomen without pre-operative etiological diagnosis have been observed during a period of 10 years (2005-2015). The observed syndromes were the following: acute intestinal obstruction (60 cases); acute peritonitis (26 cases); mechanical jaundice (21 cases); superior digestive bleeding (5 cases).

Results: The urgent surgical treatment was applied in 3 cases of superior digestive bleeding, 26 cases of peritonitis, 39 cases of acute intestinal obstruction, 3 cases of mechanical jaundice; for others being performed either urgent or delayed urgent operations. Two cases of superior digestive bleeding were not operated. Postoperative mortality – 25 cases (21.2%).

Conclusions: The acute surgical abdomen syndrome is a clinical reality with major severity. The etiological diagnosis and the technical-tactical approach will further be determined intraoperatively. The high mortality is explained by the complex and severe syndrome, urgency of intervention and etiological uncertainty.

PLĂGILE CORDULUI – EXPERIENȚA CLINICII

ROJNOVEANU G¹, GAGAUZ I², GAFTON V³, BOSTAN G¹

¹Catedra Chirurgie nr.1 "N.Anestiadi", ²Laboratorul Chirurgie Hepato-pancreato-biliară, USMF "Nicolae Testemițanu", ³Secția Chirurgie nr.1 IMSP IMU, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Plăgile inimii care au reușit să fie transportate spre spital, fac parte din urgențele chirurgicale majore. Reprezintă 3,1% din toate traumatismele toracice conform EACTS. Cardiorafia care asigură hemostaza și vindecarea cordului poate avea rezultat bun și pentru o plagă cu dimensiuni importante.

Scopul lucrării: Revizuirea conduitei intraspitalicești la pacienții cu plagă de cord cu evidențierea aspectelor intraoperatorii și a rezultatelor precoce ale tratamentului.

Material și metode: Per total 36 de pacienți au fost internați cu plagă de cord (B:F – 35:1) în perioada: ianuarie 2005-mai 2015; dintre care 2 pacienți au avut plagă pericardică și unul – plagă cardiacă nepenetrantă. S-au analizat datele demografice, intervalul de timp de la traumatism până la operație, afectarea cavităților cardiace, examenele paraclinice efectuate preoperator în funcție de instabilitatea hemodinamică. Pacienții au fost repartizați în două loturi: I – “răniții albi” (n=14), cu șoc hipovolemic și II – “răniții albaștri” (n=22) cu șoc cardiogen. Toți pacienții au fost operați de urgență prin toracotomie antero-laterală stângă (24) și dreaptă (12). Intraoperator s-a depistat plagă a VS (18), VD (8), AS (6), AD (3), VCS (1); în toate cazurile însoțite de hemopericard și hemopneumotorace.

Rezultate: Durata medie de spitalizare – 17,6±3,6 zile, inclusiv în ATI – 2,4±1,2 zile. Au decedat 7 (19,4%) pacienți după stop cardiac pe masa de operație: lotul I – 4 (28,6%), iar lotul II – 3 (13,6%).

Concluzii: Cardiorafia aplicată în timp reușit și gradul de agresivitate a plăgilor pe camerele cordului s-au soldat la pacienții cazuisticii prezentate cu o rată de supraviețuire de 80,6%, șocul hipovolemic fiind asociat cu pronostic mai rezervat, deși fără diferență statistic semnificativă.

PENETRATING HEART INJURIES – OUR EXPERIENCE

Introduction: Cardiac injuries, in patients surviving until transportation to the hospital, represent major surgical emergencies. According to EACTS heart injuries account for 3.1% of all thoracic traumas. Cardiorrhaphy which provides heart wound closure and haemostasis may provide good results even for a large lesion.

The purpose: Review of in hospital management of the patients with heart injury, highlighting intraoperative issues and early results of treatment.

Material and methods: In the period January 2005-May 2015 there were 36 hospitalized patients (M:F – 35:1) with heart injury, out of which 2 patients have had pericardial injury and one – nonpenetrating cardiac injury. The following parameters were analyzed: demographic data, the time from injury to surgery, injured cardiac chambers, preoperative paraclinical examinations depending on the hemodynamic instability. Patients were distributed into two groups: I – “white injured” (n=14) with hypovolemic shock and II – “blue injured” (n=22) with cardiogenic shock. All patients were operated by emergency anterolateral thoracotomy: left (24) and right (12). Intraoperatively injury of LV (18), RV (8), LA (6), RA (3), SCV (1) were detected, in all cases accompanied by haemopericardium and haemopneumothorax.

Results: The median hospital stay – 17.6±3.6 days, including in ICU – 2.4±1.2 days. Seven (19.4%) patients died after cardiac arrest on the operating table: in group I – 4 (28.6%), and in group II – 3 (13.6%).

Conclusions: Cardiorrhaphy performed at proper time and degree of heart chambers injuries resulted in 80.6% survival in our case series; hypovolemic shock was associated with worse outcomes, though without statistically significant difference.

CONVERSIA ÎN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ – EȘEC SAU MATURITATE CHIRURGICALĂ

ROJNOVEANU G¹, GHIDIRIM G¹, GAGAUZ I², GAFTON V³, DOLGHII A³, GURGHIS R², BOLOCAN M¹

¹Catedra de Chirurgie nr.1 ”N.Anestiadi”, ²Laboratorul Chirurgie Hepato-pancreato-biliară, USMF ”Nicolae Testemițanu”, ³Secția Chirurgie nr.1, IMSP IMU Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Colectectomia laparoscopică s-a consolidat drept standard de aur în chirurgia litiazei biliare, rămânând procedeu cu cel mai înalt grad de fiabilitate. Cu toate acestea, colectectomia laparoscopică nu poate fi considerată ca fiind total neprihănită, cauza constituind decizia de convertire la operația deschisă, rata acceptată în prezent variind între 1,5% și 10%.

Scop: Evidențierea factorilor de risc ai conversiei în colectectomia dificilă.

Material și metode: S-au analizat cazurile de convertire la laparotomie în cadrul colectectomiei laparoscopice în experiența clinicii Chirurgie IMSP IMU în 2010-2014. Din 1900 colectectomii laparoscopice 39 (2,05%) cazuri s-au convertit la abordul tradițional. S-au analizat datele demografice, forma morfopatologică a colecistului, cauzele conversiei, etc.

Rezultate: 19F/20B; vârsta medie 60,15±1,66 ani. Operați pentru colecistită acută – 24 (61,5%), cronică – 15 (38,5%) pacienți. S-au identificat factorii determinanți în conversia la laparotomie, cei mai frecvenți fiind: fistulele biliodigestive – 8 (20,5%), abcesele paravezicale – 7 (17,9%), plastronul subhepatic – 5 (12,8%), vezicula sclero-atrofică – 10 (25,6%), iatrogeniile – 3 (7,7%).

Concluzii: Rata globală a conversiei în cazuistica prezentată a constituit 2,05%, încadrându-se în limitele celei acceptate în literatură. Ca și factori determinanți ai conversiei la laparotomie sunt particularitățile locale care împiedică diferențierea elementelor anatomice ale triunghiului Callot. În aceste circumstanțe recurgerea la conversie nu este decât o mărturie a maturității chirurgicale.

CONVERSION OF LAPAROSCOPIC TO OPEN CHOLECYSTECTOMY – FAIL OR SURGICAL MATURITY

Introduction: Laparoscopic cholecystectomy is the high standard for benign gallbladder pathologies treatment, being a procedure with the highest level of reliability. Nevertheless, this surgical procedure can be converted to open cholecystectomy. The accepted rate of conversion varies from 1.5 to 10%.

Purpose: Revealing risk factors for conversion in difficult cholecystectomy.

Material and methods: Cases of laparoscopic cholecystectomy conversion within surgical departments of IMSP IMU for the period 2010-2014 were analyzed. From a total of 1900 laparoscopic cholecystectomies, 39 (2.05%) cases were converted to open cholecystectomy. Analyzed parameters included demographic data, morphological changes of the gallbladder, reasons for conversion etc.