

severity of bleeding, nutritional status, age; assessed risk surgery, examined distal free margins, lymph nodes, morbidity and mortality.

Results: Different surgeries were done in 105 (43.6%) pts: urgently – 8(7.6%), a few days later after stabilization hemodynamics, correction of severe anemia – 97 (92.4%); radical surgery was in 88 (83.8%), non-radical – in 17 (16.2%). Three kinds of postoperative complications had 23 (21.9%): after radical surgery – 14 (15.9%), non-radical – 9 (52.9%) with postoperative mortality – 3.9%, 3.1%, and 17.6%, respectively. Without surgery conservatively were treated 136 (56.4%) pts: refused – 79 (58.1%), severe comorbid diseases – 34 (25.0%), advanced cancer – 23 (16.9%); died – 16 (11.8%). On the base of analysis was proposed medical algorithm for early diagnostics of source bleeding, prevention of rebleeding, monitoring state of hemostasis, homeostasis, hemodynamics which allowed exclude urgent surgery.

Conclusions: Our algorithm reduces risk to patients' life and gives possibility for radical surgery under existing cancer standards.

ROLUL TACTICII ENDOSCOPICE ACTIVE LA PACIENȚII CU HEMORAGIE ACUTĂ DIN CANCER GASTRIC

FOMIN P, IVANCHOV P, ZAPLAVSKY O, LOBANOV S, STOLYARCHUK S, PRUDNIKOVA O

Departamentul de chirurgie nr.3, Universitatea Națională de Medicină “A.Bogomoletz”, Kiev, Ucraina

Introducere: Hemoragia masivă din cancerul gastric (CG) este rară, însă gravă, cu consecințe primejdioase, ce crește morbiditatea și mortalitatea. Frecvența acestei complicații a CG crește progresiv și doar câteva lucrări referitoare la această problemă au fost publicate pe durata ultimilor 30 de ani.

Scopul studiului: evaluarea frecvenței și severității clinice a hemoragiei acute din cancerul gastric (HACG), cât și studierea rolului endoscopiei de urgență în determinarea caracteristicilor HACG și monitorizarea endoscopică pentru crearea unui algoritm de management chirurgical.

Material și metode: În perioada 1997-2014, în Centrul de Hemoragii Gastrointestinale (HGI) din Kiev au fost tratați 1125 pacienți cu HACG (vârsta medie: 56,6±9,2 ani). Analiza rezultatelor a fost realizată în două perioade. Perioada I (1997-2009) a reflectat analiza retrospectivă a 817 pacienți tratați cu HACG și dezvoltarea unui algoritm de management chirurgical, cu accent pe rolul și importanța semnelor endoscopice ale HACG și perioada II (2010-2014) – punerea în aplicare a algoritmului propus prin examen endoscopic la 308 pacienți.

Rezultate: Diagnosticul de CG era cunoscut anterior în 238 (21,2%) cazuri, în timp ce în 887 (78,8%) cazuri acesta a fost stabilit la internarea pacientului cu HGI. Gradul I de HACG a fost relevat la 46 (4,1%) pacienți, II – 210 (18,7%), III – 402 (35,7%), IV – 467 (41,5%). Examenul endoscopic de urgență a relevat stigmatelile FI – 11,5%, FII – 41,0%, FIII – 47,5%, iar hemostaza endoscopică repetată cu scop de prevenire a resîngerării a fost efectuată în cazul stigmatelor FI și FII la 986 pacienți (83,1%). Efectuarea operației de urgență s-a redus de la 10,5% la 6,2%; în timp ce mortalitatea postoperatorie s-a micșorat de 2,7 ori.

Concluzii: Algoritmul propus de management chirurgical ameliorează rezultatele tratamentului.

ROLE OF ACTIVE ENDOSCOPIC TACTIC IN PATIENTS WITH ACUTELY BLEEDING GASTRIC CANCER

Introduction: Major bleeding at gastric cancer (GC) are rare but is serious with dangerous effects, increased morbidity and mortality. Frequency of this complication GC progressively increases and only a few reports on such problem have been published over the last 30 yrs.

The aim: Our study focuses on the evaluation of frequency, clinical severity of acute bleeding gastric cancer (ABGC) importance of the role emergency endoscopy in determining the features of ABGC and endoscopic monitoring for algorithm of surgical tactics.

Material and methods: From 1997 to 2014, 1125 patients (the average age 56.6±9.2 years) with ABGC were treated at Kyiv Emergency Center of GIB. Analysis of results was carried out in two periods. I period (1997-2009) was retrospective analysis of 817 treated patients with ABGC and algorithm development for surgical tactics with an emphasis on the role and significance of endoscopic features of ABGC and II period (2010-2014) was implementation of proposed endoscopic algorithm in 308 patients.

Results: The diagnosis GC was known before in 238 (21.2%) and established only after admission for AGIB in 887 (78.8%) pts. I stage ABGC had 46(4.1%), II – 210 (18.7%), III – 402 (35.7%), IV – 467 (41.5%) pts. Emergency endoscopy revealed stigmata FI – 11.5%, FII – 41.0%, FIII – 47.5%, repeated endoscopic methods for hemostasis prophylactics of rebleeding and monitoring have used for stigmata FI, FII (83.1%) in 986 cases. Emergency surgery was reduced from 10.5% to 6.2%, postoperative mortality in 2.7 times.

Conclusions: The designed algorithm of surgical tactics improves results of treatment.

TERAPIA LOCALĂ CU PRESIUNE TOPICĂ NEGATIVĂ ÎN SOLUȚIONAREA FISTULELOR DIGESTIVE POSTOPERATORII

GAFTON V³, GAGAUZ I², GURGIȘ R², VOZIAN M¹, ROJNOVEANU G¹

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: Fiind complicații grave, fistulele postoperatorii digestive, îndeosebi cele înalte, reprezintă un capitol dificil al chirurgiei. Cu tot efortul terapeutic enorm, mortalitatea se menține ridicată, iar problemele legate de tratamentul acestora încă nu și-au găsit soluție satisfăcătoare.

Scopul lucrării: Analiza rezultatelor tratamentului fistulelor digestive postoperatorii prin utilizarea terapiei cu presiune topică negativă.

Material și metode: Cazuistica include 16 bolnavi cu fistule digestive postoperatorii tratați în clinica Chirurgie IMSP IMU timp de 2 ani. Raportul B:F – 11:5, vârsta medie – 53.3±4.2 ani. În funcție de nivelul pe tractul digestiv fistulele s-au repartizat după cum urmează: stomac – 1, duoden – 7, jejun – 1, duoden + colon – 1, colon – 4, anastomotice pe colon – 2. Pentru localizarea și dirijarea fistulei s-a utilizat terapia cu presiune topică negativă. Metoda a fost utilizată după relaparotomie în caz de peritonită totală sau în cadrul necresechectomiei de etapă, insistându-se la separarea regiunii fistulei de restul abdomenului cu protejarea organelor cavitate adiacente. Alimentarea enterală precoce prin sonda nazointestinală inferior de fistulă în cazuri selectate, compensarea pierderilor de sucuri digestive (bilă, suc pancreatic) și tratamentul complex au fost condiții obligatorii.

Rezultate: Intervalul de timp necesar până la închiderea fistulei – 34.2±7.4 zile. Durata de spitalizare a constituit 163±6.5 zile, inclusiv în secția reanimare – 11.5±4.3 zile. Mortalitatea generală – 12.5%.

Concluzii: În evitarea riscului operator terapia cu presiune topică negativă este o oportunitate de tratament a fistulelor digestive, în special a celor înalte. În asociere cu tratamentul complex de reechilibrare proteică și hidroelectrolitică, inclusiv alimentarea precoce enterală, aceasta facilitează menajul adecvat al tegumentelor peretelui abdominal, reduce durata de spitalizare și mortalitatea.

POSTOPERATIVE DIGESTIVE FISTULAS MANAGED BY TOPICAL NEGATIVE PRESSURE THERAPY

Introduction: Proximal postoperative digestive fistulas are severe complications and represent a difficult surgical issue. Regardless the efforts directed for its treatment the mortality rate stays high, and there is still no promising treatment method. The aim of study was to analyze the results of postoperative digestive fistulas topical negative pressure treatment.

Material and methods: This series includes 16 patients with postoperative digestive fistulas treated within IEM during 2 years. M:F ratio – 11:5, median age – 53.3±4.2 years. According to the digestive tract level fistulas were as follows: stomach – 1, duodenum – 7, jejunum – 1, duodenum + colon – 1, colon – 4, colon anastomosis – 2. Topical negative pressure treatment was applied for localization and management of fistulas. The method was applied after relaparotomy for total peritonitis or during staged necrosectomy with isolation of the fistula from the rest of the abdomen and protection of the adjacent viscera. All the patients had mandatory enteral feeding through naso-intestinal probe distal to fistula in selected cases, compensation of digestive secretions loss (bile, pancreatic juice), and supportive complex treatment.

Results: The median time to fistula closure was 34.2±7.4 days. Median hospital stay – 163±6.5 days, including ICU – 11.5±4.3 days. Mortality rate – 12.5%.

Conclusion: Topical negative pressure treatment is an opportunity for digestive fistulas therapy, especially for proximal ones. Associated with complex treatment for protein and hydroelectrolyte imbalances correction, including early enteral nutrition this method facilitates the adequate protection of the abdominal wall skin, reduces the hospital stay and mortality rate.

PAPILOSFINCTEROTOMIA ENDOSCOPICĂ ÎN TRATAMENTUL PANCREATITEI ACUTE DE ETIOLOGIE BILIARĂ

GHEREG A, GHIDIRIM G, CIUTAC I, ȘCERBINA R, BESCHIERU E, BERLIBA S

Catedra Chirurgie nr.1 “N.Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: O însemnătate primordială în tratamentul pancreatitei acute o are aprecierea corectă a etiologiei procesului inflamator, de origine biliară sau non-biliară. Momentul etiopatogenetic în pancreatita biliară este hipertensiunea ductală a cărei suprimare are o importanță crucială.

Scopul: Aprecierea eficacității papilوسفincterotomiei endoscopice (PSTE) în pancreatita de origine biliară (coledocolitiază, stenoza papilei Vater, colangită etc).

Material și metode: La 151 bolnavi cu pancreatită (edematoasă – 97, distructivă – 54) cauzată de patologia arborelui biliar a fost efectuată colangiopancreatografia retrogradă endoscopică urmată de PSTE cu utilizarea a trei metode: 1). metoda prin canulare (tipică), 2). sfincterotomie atipică cu sfincterotoame tip ac, 3). combinată. În dependență de caracterul patologiei, prezența complicațiilor, succesiunea ulterioară a operațiilor laparoscopice și tradiționale bolnavii au fost devizați în 4 subloturi: subl.I – la care PSTE a servit ca etapă preliminară și definitivă a tratamentului endoscopic (93 bolnavi), subl.II – PSTE a fost urmată de operații chirurgicale tradiționale la vezicula biliară și CBP (17 bolnavi), subl. III – la care după PSTE în faza precoce li s-a efectuat CEL (29 pacienți), subl. IV – pacienți de vîrstă înaintată și senilă, la care în calitate de etapă secundă a fost efectuată colecistolitostomia laparoscopică sau decompresia ecoghidată a veziculei biliare (12 bolnavi).

Rezultate: Tratamentul a fost efectiv în 149 (98,7%) cazuri. Din cauza complicațiilor au decedat 2 (1,3%) pacienți, indice spectaculos pentru acest contingent grav de bolnavi.

Concluzii: Papilوسفincterotomia endoscopică este o metodă de elecție în tratamentul pancreatitei acute biliare.

ENDOSCOPIC PAPILOSPHINCTEROTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS OF BILIARY ETIOLOGY

Introduction: Correct assessment of the inflammation process etiology (origin or non-origin bile) is primary in the acute pancreatitis treatment. Etiopathogenetic moment in biliary pancreatitis is high ductal hypertension and its decrease is crucial.

Aim: Evaluation of the endoscopic papilوسفincterotomy (EPST) efficiency in biliary pancreatitis (choledocholithiasis, Vater papilla stenosis, cholangitis etc).