

тяжелая – у 4(21%). Степень стабильности гемостаза при эндоскопическом исследовании (по Forrest): FIIA - 2(10.5%), FIIБ - 1(5.3%), FIIС - 3(15.8%), FIIП - 13(68.4%). Еюногастропластика сформирована по разработанным методикам ручным швом у 3(15.8%) пациентов, аппаратным - у 16(84.2%), по методике Ф-анастомоза на петле по Ру (Пат. UA № 52020 А) - 6(31.6%), по методике Ф-анастомоза с включением двенадцатиперстной кишки - 3(15.8%), по Бондарю с аппаратным швением приводящей и отводящей петель кишки и Брауновским соустьем (Пат. UA № 41335) - 10(52.6%). Неосложненное течение послеоперационного периода было у 16 (84.2%) больных, у 2 развился острый послеоперационный панкреатит(1 - ЕПП ручным швом, 1 – аппаратным), а у одного пациента развилась перфорация острой язвы тощей кишки после ЕПП ручным швом, потребовавшая релапаротомии. Летальных исходов не было. Вывод. 1.При острокровоточащем раке желудка у пациентов молодого и среднего возраста тотальную гастрэктомию целесообразно дополнять одномоментной реконструктивной ЕПП, выполняемой ручным или аппаратным швом по разработанным методикам.2. После тотальной гастрэктомии лучшей в функциональном отношении признана аппаратная реконструктивная еюногастропластика с включением двенадцатиперстной кишки.

J174

REZULTATELE PRECOCE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL BOLNAVILOR CU HERNII HIATALE ȘI BOALA DE REFLUX GASTRO-ESOFAGIAN

Iacob V., Gutu E., Guzun V., Cernetchii E.

Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF "N. Testemițanu", IMSP SCM nr.1, Chisinau, Moldova

Introducere: Hernia hiatala în 66% este asociată cu reflux gastro-esofagian. Tratamentul chirurgical al herniilor hiatale constă în lichidarea herniei cu efectuarea crurorafiei, cit și în efectuarea operației antireflux. Materiale și metode: Pe parcursul a doi ani în Clinica au fost tratați chirurgical 110 pacienți cu hernii hiatale și reflux gastro-esofagian. Diagnosticul s-a confirmat prin examenul clinic, radiologic, endoscopic și pH-metric. La 103 (93,6%) pacienți operația a fost efectuată laparoscopic, iar la 7 (6,4%) - prin laparotomie. În 107 (97,3%) cazuri a fost efectuată fundoplicția Nissen-Rosetti, iar în trei (2,7%) - Dor. Ca metoda standard s-a utilizat crurorafia posterioară. Într-un caz (0,9%) crurorafia nu a fost executată, iar la doi (1,8%) pacienți crurorafia a fost atât posterioară, cât și anterioară. Pacienții erau examinați clinic și radiologic înainte de externare, peste 30 și 120 de zile postoperator. Rezultate: În primele 30 zile postoperatoriu la 109 (99,1%) pacienți s-a notat dispariția semnelor patologice. La un pacient (0,9%) la care s-a efectuat crurorafie posterioară și fundoplicție Dor, peste o lună după operație a reapărut simptomatologia existentă preoperator. La 86 (77,5%) pacienți la examinarea radiologică efectuată în a 3-5 zi postoperator s-a constatat o dilatarea moderată a esofagului, dar fără dereglarea pasajului. Patru pacienți (3,6%) au necesitat dilatare endoscopică. La doi (1,8%) bolnavi postoperator au apărut semne clinice și radiologice ale dereglării evacuatoare din stomac. Concluzii: Analiza rezultatelor precoce ale tratamentului chirurgical al herniilor hiatale și a refluxului gastro-esofagian în 99,1% cazuri indică la dispariția semnelor existente preoperator. Disfagia postoperatorie este tranzitorie la marea majoritatea pacienților.

EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIATAL HERNIA AND GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Background: Hiatal hernia in 66% of cases is associated with gastro-esophageal reflux. Surgical treatment of hiatal hernia consists of removing the hernia sac with cruroraphy and antireflux procedure. Materials and methods: During two years period in the Clinic were treated surgically 110 pts with hiatal hernia and gastro-esophageal reflux. The diagnosis was confirmed by physical examination, X-ray, endoscopic and pH-metric studies. In 103 (93,6%) pts the procedure was performed laparoscopically, in 7 (6,4%) patients - by opened approach. The Nissen-Rossetti fundoplication has been performed in 107 (97,3%) cases, and Dor - in 3 (2,7%). The posterior cruroraphy has been used as a standard method in all, except of 3 (2,7%) pts. Patients were examined clinically and radiologically (endoscopically) just upon discharging from the hospital, and 30 and 120 days after surgery. Results: The complete disappearance of the pathological signs was noted in 109 pts (99,1%) within the first 30 days after surgery. In one (0,9%) patient, which underwent posterior cruroraphy and Dor fundoplication, the initial symptomatology reappeared since one month after surgery. Radiological study performed on the 3-5-th postoperative day noticed a moderated enlargement of the esophagus, but without evident passage disorders in 86 pts (77,5%). Four (3,6%) pts required endoscopic dilatation of fundoplication zone. In 2 (1,8%) pts in the postoperative period were observed clinical and radiological signs of delayed gastric emptying. Conclusions: The early results analysis of surgical treatment for hiatal hernias and gastro-esophageal reflux suggests disappearance of clinical symptomatology in 99,1% of pts. In mostly of patients the postoperative dysphagia is transitory.

J175

ULCERUL POSTBULBAR PERFORAT

Bujor P., Bujor A.

Catedra chirurgie 2, USMF, N. Testemițanu, clinica de chirurgie 2 SCM, Sf. Treime Chișinău, Republica Moldova

Actualitatea: Deși, individualizat de criteriile anatomice clare - intersecție cu artera gastroduodenală proximală și unghiul Treitz distal, tema care este pusă în discuție și astăzi, ca regiune a duodenului (D 1-2-3-4), delimitată cranial de artera gastroduodenală și caudal de orificiul papilei și mai jos de

acesta, este sediul unde poate apărea ulcerul duodenal postbulbar perforat. Material și metode: Studiul cuprinde un lot de 12 bolnavi, spitalizați de urgență cu suspjecție la ulcer postbulbar perforat în perioada 2000-2010. În raport cu numărul bolnavilor operați (692) pentru ulcer duodenal perforat în această perioadă, ulcerul postbulbar reprezintă un indice de 1,73%. În lot s-a constatat un număr de 10 bărbați și 2 femei cu vârsta cuprinsă între 41-60 ani. La internare s-a constatat că durerea și contractura musculară a peretelui abdominal a fost prezentă la 10 din 12 pacienți, iar la 2 bolnavi tabloul clinic, cât și examenul radiologic de ulcer perforat a fost absent. Rezultate: Referindu-ne la localizarea ulcerului postbulbar perforat constatăm că în majoritatea cazurilor leziunea a fost situată pe D1. Dacă la 10 pacienții simptomatologia clinică și radio- endoscopică era caracteristică ulcerului perforat, în 2 cazuri semnele clinice și de laborator au fost necaracteristice perforației ce ne-a impus la un examen suplimentar laparoscopia diagnostică care a constatat ulcer postbulbar perforat acoperit. Intervențiile chirurgicale efectuate la cei 12 pacienți cu ulcer perforat postbulbar au fost simplă suturare – 6 cazuri; excizia ulcerului perforat cu piloroduodenoplastie Judd asociat cu vagotomie tronculară bilaterală 4 cazuri; excizia ulcerului perforat asociat cu vagotomie selectivă proximală – 2 cazuri, cu rezultate bune la distanță. Concluzii: Perforația ulcerului postbulbar duodenal în peritoneal liber este rară și după datele noastre are o pondere de 1,73%.

PERFORATED POSTBULBAR ULCER

Actuality: Even though this region is clearly individualized by obvious anatomical criteria - intersection with gastro duodenal artery proximal and distal with the Treitz angle, which is the topic under discussion even today, the region of the duodenum (D 1-2-3-4), limited cranially by gastro duodenal artery and caudal by the papilla hole and below it, this is the area where post bulbar perforated duodenal ulcer can occur. Material and methods: The study includes a group of 12 patients hospitalized in the emergency suspecting post bulbar ulcer, in the period 2000-2010. In relation to the number of patients operated for perforated ulcer (692) during the same period, the post bulbar ulcer has an index of 1.73%. The group was with a total of 10 men and 2 women aged between 41 and 60. In terms of clinical and objective data on admission was found that pain and muscle contraction of the abdominal wall was present in 10 of 12 cases and in 2 cases clinical and radiological signs of the perforated ulcer were absent. Results: Referring to the perforated post bulbar ulcer localization we find that in most cases the lesion was located on the D1 segment. If 10 patients had clinical and radiological signs which indicated a perforated ulcer, in 2 cases clinical and laboratory signs were uncharacteristic for perforation that required us to a supplementary examination which was diagnostic laparoscopy which showed covered post bulbar perforated ulcer. Surgeries performed on the 12 patients with perforated ulcer were simple suturing – 6 cases, perforated ulcer excision with pyloric plasty Judd associated with bilateral nonselective vagotomy – 4 cases, and excision of ulcer perforation associated with selective proximal vagotomy – 2 cases, with good long term result. Deaths were not registered. Conclusions: Perforation of post bulbar ulcer in peritoneum is rare and by our data is 1,73%.

J176

CONSIDERENTE CLINICO- EVOLUTIVE SI DE FIZIOPATOLOGIE IN CLASIFICAREA ULCERELOR GASTRODUODENALE SI TRATAMENTUL MEDICO – CHIRURGICAL

Revencu S., Mustea V., Gaitur A., Balan S.

USMF "N. Testemitanu" Clinica Chirurgie "Sf. Arh. Mihail"

Propunem rezultatele unui studiu ce privește rezolvarea medicochirurgicală în cazul UGD de diferite geneze, conform comportamentului fiziopatologic și al complicațiilor ulceroase. Cercetările în ansamblu de la 1885 de pacienți cu USG au relevat: a) 1812 cu boala ulceroasă : în urgență -620, programat spitalizați-1192, operați 1015 (56%) pacienți, dintre care 678 (66,7%) în mod programat, efectuând rezecții gastrice 442 cazuri (65,2 %), vagotomii asociate drenajului gastric în 236 cazuri (34,8 %). În rest, 797 (44%) de pacienți au fost supuși tratamentului conservator.s-au înregistrat 13 decese (1,3%).b) în 68 cazuri a fost stabilit diagnosticul de ulcer gastroduodenal secundar, distribuția fiind: 36 ulcer hepatogen, 16 ulcer discirculatoriu; 14 ulcere au survenit pe teren de afecțiuni pulmonare cronice, de uremie, de stres, de origine leucemică și medicamentoasă. A predominat ulcerul hemoragic () 27 cazuri și perforat (18 cazuri). Au decedat 21(30,8%)pacienți; c) la 5 bolnavi ca urmare a examenului complex clinico-paraclinic și necroptic s-a constatat APUD-ome ulcerogene (3decese). Pe baza acestui studiu putem constata:I. Maladia ulceroasă. Ulcerul gastric sau/si duodenal-se manifesta printr-un dezechilibru între factori de agresiune acido-peptica și mecanismele de aparare gastrica, cu preponderența agresiunii. Atitudinea chirurgicală și medicamentoasă vizează abolirea agresiunii, și, complementar, ameliorarea factorilor gastroprotectori.II.Ulcerele secundare (hepatogen, aterosclerotic, uremic etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica minimă; factor cauzal, de regula, cunoscut; defect vadiat al factorilor de protecție gastro-intestinală; hipoxie tisulară și circulatorie regională și de sistem, dereglari severe ale sistemelor energizante și detoxifiante hepatice, concepte de diagnostic nestabilite pe deplin. Actul chirurgical se impune în mod excepțional și nu vizează intru totul veriga patogenică.III.APUD-ome ulceroase (S-m Zollinger-Elison, hiperparatiroidism primar etc.)se manifesta prin agresiune acido-peptica absolută; ulcer gigant postoperator precoce (hemoragie, necroza-perforatie-dehiscentă); diagnostic dificil și tardiv. Actul chirurgical rezolva problema în principiu prin înlăturarea APUD-omului sau a sursei secretoare de acid.Propunem rezultatele unui studiu ce privește rezolvarea medicochirurgicală în cazul UGD de diferite geneze, conform comportamentului fiziopatologic și al complicațiilor ulceroase. Cercetările în ansamblu de la 1885 de pacienți cu USG au relevat: a) 1812 cu boala ulceroasă : în urgență -620, programat spitalizați-1192, operați 1015 (56%) pacienți, dintre care 678 (66,7%) în mod programat, efectuând rezecții gastrice 442 cazuri (65,2 %), vagotomii asociate drenajului gastric în 236 cazuri (34,8 %). În rest, 797 (44%) de pacienți au fost supuși tratamentului conservator.s-au înregistrat 13 decese (1,3%).b) în 68 cazuri a fost stabilit diagnosticul de ulcer gastroduodenal secundar, distribuția fiind: 36 ulcer hepatogen, 16 ulcer discirculatoriu; 14 ulcere au survenit pe teren de afecțiuni pulmonare cronice, de uremie, de stres, de origine leucemică și medicamentoasă. A predominat ulcerul hemoragic () 27 cazuri și perforat (18 cazuri). Au decedat 21(30,8%)pacienți; c) la 5 bolnavi ca urmare a examenului complex clinico-paraclinic și necroptic s-a constatat APUD-ome ulcerogene (3decese). Pe baza acestui studiu putem constata:I. Maladia ulceroasă. Ulcerul gastric sau/si duodenal-se manifesta printr-un dezechilibru între factori de agresiune acido-peptica și mecanismele de aparare gastrica, cu preponderența agresiunii. Atitudinea chirurgicală și medicamentoasă vizează abolirea agresiunii, și, complementar, ameliorarea factorilor gastroprotectori. II.Ulcerele secundare (hepatogen, aterosclerotic, uremic etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica minimă; factor cauzal, de regula, cunoscut; defect vadiat al factorilor de protecție gastro-intestinală; hipoxie tisulară și circulatorie regională și de sistem, dereglari severe ale sistemelor energizante