

complex trebuie se includă papilosfincterotomie endoscopică dozată.

3. Pacienții cu chisturi hidatice gigante complicate sunt un grup de risc în ceea ce privește dezvoltarea insuficienței hepatice acute în perioada postoperatorie.

Bibliografie

1. Daradkeh S., El-Muntaseb H., Farah G. et al. *redictors of morbidity and mortality in the surgical management of hidatid cyst of the liver*. In: *Langebeks Arch. Surg.*, 2007 Ian.; nr. 392 (1), p. 35-39.
2. Lungu V., Iarovi P., Neaga S. et al. *Aspecte privind epidemiologia echinococozei umane în RM – studiu retrospectiv*. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (științe medicale)*, 2008, nr. 3, p. 163-167.
3. Safioleas M.C., Misiakos E.P., Kouvaraki M. et al. *Hydatid disease of the liver: a continuing surgical problem*. In: *Arch. Surg.*, 2006; nr. 141, p. 1101-1108.
4. Schmidt-Matthiesen A., Schott O., Encke A. *Surgery and long-term follow-up of hepatic echinococcosis outside endemic regions*. In: *J. Gastroenterol.*, 2002 Feb.; nr. 40 (2), p. 51.
5. Абдуллаев, А.Г., Агаев, Р.М. *Лечебная тактика при послеоперационных осложнениях у больных эхинококкозом печени с поражением желчных протоков*. В: *Хирургия*, 2006, № 7, с. 21-26.
6. Дамирова, Н.М., Курбанов, К.М. *Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени*. В: *Вестник хирургии*, 2008, том. 167, с. 68-70.
7. Халидова Х.А. *Характеристика клинко-морфологических и функциональных нарушений печени при эхинококкозе*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Махачкала, 2002, 21 с.

performed according to the general condition of the patients at admission and status of each patient individually during the operation. The mortality was 3.2% in the studied lot.

Keywords: *perforated duodenal ulcer, modern anti-ulcer medication, suturing of perforated duodenal ulcer*

Резюме

Дифференцированное хирургическое лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

Было изучено 374 клинических наблюдения пациентов, госпитализированных в срочном порядке с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, за период 1994–2015 годов, и оперированных в хирургической клинике Муниципальной клинической больницы «Святой Троицы». Частота перфоративной дуоденальной язвы в этот период составляла 3,8%. Были изучены этиопатогенетические факторы, которые влияли на клиническую картину и хирургическое лечение, такие как возраст, время от начала заболевания до поступления в клинику, симптомы при поступлении, а также вид хирургического вмешательства. Хирургические вмешательства производились в зависимости от общего состояния пациентов при поступлении и состоянии каждого больного в частности во время операции. В изученном материале смертность составляет 3.2%.

Ключевые слова: *перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, современное противоязвенное лечение, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки*

Introducere

Chiar și terapia antiulceroasă contemporană adecvată nu elimină complicațiile ulcerului duodenal, care necesită o corecție chirurgicală diferențiată.

Admiterea complicațiilor atât de severe ca perforația, cu o mortalitate destul de înaltă, rămâne în continuare o problemă actuală. Trebuie să constatăm, de fapt, că o parte din pacienții cu ulcere perforate nu au anamneză ulceroasă precedentă [3, 4]. În practica chirurgicală curentă, operațiile mai puțin laborioase, ca simpla suturare, nu trebuie să fie considerate paliative, din simplul motiv că tratamentul medicamentos antiulceros adecvat și *H. pylori* după o simplă suturare aprovizionează cu siguranță rezultate excelente timpurii și tardive de lungă durată [6, 8].

Odată cu introducerea tehnologiilor minim invazive în practica chirurgicală contemporană, pacienții cu perforație duodenală timpurie pot fi tratați numai prin metoda laparoscopică, cu drenarea cavității peritoneale.

Material și metode

În perioada 1994-2015 au fost spitalizați în clinică, prin serviciul chirurgical de urgență, 374 de pacienți cu ulcer duodenal perforat. Diagnosticul a fost stabilit în baza datelor clinice și radioendoscopice.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL DIFERENȚIAT AL PACIENȚILOR CU ULCER DUODENAL PERFORAT

Petru BUJOR¹, Viorel MORARU¹, Sergiu BUJOR¹, Galina PAVLIUC¹, Vasile CEAUȘ²,

¹USMF Nicolae Testemițanu,

²IMSP SCM Sfânta Treime

Summary

Differentiated surgical treatment of perforated duodenal ulcer

We studied 374 clinical observations of patients admitted urgently with perforated duodenal ulcer, for the period 1994-2015 and operated in the Surgical Clinic of the Municipal Hospital “Holy Trinity”. The frequency of perforated duodenal ulcers during this period was 3.8%. We studied the etiopathogenetical factors, which affect the clinical picture and surgical treatment, such as age, time from onset of the disease to entering the clinic, the symptoms on admission, as well as the type of surgical intervention. Surgery was

Intraoperatoriu, materialul seropulent depistat a fost colectat la toți pacienții pentru examenul bacteriologic.

În lotul de bolnavi studiat s-a constatat un număr de 314 (83,95%) bărbați și 60 (16,05%) de femei. În ceea ce privește repartiția pacienților conform vârstei, 354 (94,6%) aveau între 18 și 60 de ani și 20 (5,4%) – între 61 și 80 de ani.

Studiul intervalului debut – internare arată că în primele 12 ore au fost internați 89 (23,7%), iar în următoarele 24 și mai multe ore – 285 (76,3%) de bolnavi.

În ceea ce privește simptomatologia clinică la internare, s-a constatat că durerea, precum și contractura sau apărarea musculară a peretelui abdominal a fost prezentă la 94% din cazuri, iar la 21 (6%) cazuri pneumoperitoneul a fost absent, atât clinic, cât și radiologic, ceea ce a impus efectuarea laparoscopiei de diagnostic de urgență, care a confirmat cu o valoare absolută diagnosticul de ulcer perforat.

Trebuie să menționăm că examenul endoscopic de urgență a fost aplicat practic în majoritatea cazurilor, ceea ce ne-a permis nu doar să localizăm ulcerul, ci și să depistăm sau să excludem prezența unui ulcer „în oglindă” pe partea opusă a duodenului.

A fost studiată cantitatea de leucocite, neutrofile și macrofage în exsudatul abdominal prelevat pentru aprecierea rezistenței organismului la agentul patogen.

Rezultate și discuții

În funcție de starea generală a pacienților la internare, s-a aplicat diferențiat un tratament medical conservator de reechilibrare metabolică și hemodinamică, în vederea efectuării intervenției chirurgicale în cele mai bune condiții.

La confirmarea diagnosticului de ulcer duodenal perforat, s-a intervenit chirurgical la 89 (23,8%) de bolnavi în primele 6-12 ore, în 252 (67,4%) cazuri – în 12-24 de ore, iar restul 33 (8,8%) de pacienți au fost operați după 24-48 de ore.

Intervenții chirurgicale în ulcerul duodenal perforat (374 de cazuri)

Tip intervenție chirurgicală	Nr. cazuri	%
Rezeecție gastrică Billroth I	2	0,7
Rezeecție gastrică Billroth II	4	1,06
Rezeecție gastrică Balfur	8	2,14
Vagotomie tronculară + excizia ulcerului și piloroduodenoplastie	56	14,9
Vagotomie tronculară cu gastroenterostomie cu enteroenteroanastomoză tip Braun	22	5,8
Simplă suturare cu sanarea cavității peritoneale	282	75,4
Total	374	100%

În funcție de sediul leziunii, de timpul scurs de la debutul bolii până la spitalizare, situația intraoperatorie, vârstă, patologia asociată, am efectuat 2 rezeecții gastrice Billroth I, 4 rezeecții gastrice Billroth II, 8 rezeecții gastrice prin procedeul Balfur.

La 56 de bolnavi s-a efectuat vagotomia tronculară cu excizia ulcerului cronic și piloroduodenoplastie, iar în 22 cazuri s-a efectuat vagotomia tronculară cu aplicarea gastroenteroanastomozei cu enteroenterostomie tip Braun. La un grup mare de pacienți (282) s-a efectuat laparotomia cu simplă suturare a ulcerului, sanarea și drenarea cavității peritoneale.

Având în vedere datele din literatura de specialitate din ultimii ani, precum și cazurile studiate, ne-am convins că efectele nedorite ale vagotomiei, inclusiv sindromul postvagotomic, exclud vagotomia ca adjuvant în tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal perforat, dar și folosirea pe scară largă a metodelor minim invazive – suturarea laparoscopică.

Rezultatele tratamentului chirurgical al pacienților cu ulcer duodenal perforat au fost studiate în perioada postoperatorie timpurie, precum și la distanță. Complicații în perioada postoperatorie au avut 18 pacienți (4,8%), inclusiv: după vagotomie cu excizia ulcerului și piloroduodenoplastie (4), dehiscența marginală de sutură după rezeecția gastrică Billroth II (3), abces subfrenic (3), peritonită generalizată cu insuficiență poliorganică (5), pneumonie (3).

În lotul studiat s-a înregistrat o mortalitate de 3,2% (12 decese). 12 pacienți au decedat după operație, 6 – după laparotomie cu simplă suturare operați după 24-48 ore de la perforație cu peritonită avansată, 3 pacienți au decedat după rezeecție gastrică Billroth II, 2 – de infarct miocardic acut, 1 – de insuficiență renală pe fondul peritonitei avansate.

Supravegherea la distanță a pacienților în majoritatea cazurilor a fost benefică, datorită eficacității terapiei antiulceroase contemporane timp de 3 ani, primăvara și toamna.

Concluzii

1. Algoritmul de diagnostic în ulcerul duodenal perforat include consecutiv și obligatoriu radiografia abdominală pe gol, examenul endoscopic și laparoscopia de diagnosticare în caz de ulcere acoperite.

2. Tratamentul antiulceros contemporan în primii 3 ani postoperatorii de la simpla suturare a ulcerului suprimă secreția gastrică, tratează în complexitate maladia ulceroasă până la 96%.

3. În funcție de anamneza ulceroasă, vârsta pacientului, patologia asociată și situația intraoperatorie a procesului inflamator are loc alegerea corectă și necesară a intervenției chirurgicale în fiecare caz aparte.

Bibliografie

1. Korolev M.P. *The surgical treatment of duodenal peptic ulcer*. In: Vestn. Khir. Im. I. I. Grek. (Russian), 1996; nr. 1, p. 96-100.
2. Kohli V., Langher G.C., Goswamy H.L. *Evaluation of prognostic factors in perforated peptic ulcer*. In: Indian J. Surg., 1988; nr. 50 (5), p. 184-186.
3. Bachev I.I. *Surgical treatment of acute complications of gastroduodenal ulcer*. In: Khirurgiia Mosk, 1991; nr. 9, p. 134-137.
4. Kurygin A.A., Peregudov S.I. *Debatable problems in the surgical treatment of the perforated gastroduodenal ulcers*. In: Khirurgiia Mosk., 1999; nr. 6, p. 15-19.
5. Feliciano D.V. *Do perforated duodenal ulcers need an acid-decreasing surgical procedure now that omeprazole is available?* In: Surg. Clin. North Am., 1992; nr. 72 (2), p. 360-380.
6. Gilliam A.D., Speake W.J., Lobo D.N., Beckingham I.J. *Current practice of emergency vagotomy and Helicobacter pylori eradication for complicated peptic ulcer in the United Kingdom*. In: Br. J. Surg., 2003; nr. 90, p. 88-90.
7. Kate V., Ananthakrishnan N., Badrinath S. *Effect of Helicobacter pylori eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer: retrospective and prospective randomized controlled studies*. In: Br. J. Surg., 2001; nr. 88, p. 1054-1058.
8. Repin V.N., Vozgoment A.O., Osmolovski G.A. *Surgical treatment of the patients with perforated gastroduodenal ulcers*. In: Vestn. Khir. Im. I. I. Grek., 1999; nr. 158(3), p. 61-63.
9. Khoursheed M., Fuad M., Safar H. et al. *Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer*. In: Surg. Endosc., 2000; nr. 14, p. 56-58.

Petru Bujor, prof. univ.,
USMF Nicolae Testemițanu,
Catedra Chirurgie II, Clinica de chirurgie III
Tel.: 069211842

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT CHIRURGICAL AL HERNIEI
PERINEALE DE DIMENSIUNI MARI

Vasile LIPOVAN, Liviu ANDON,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary**Peculiarities of diagnostic and surgical treatment of perineal hernia of large sizes**

The study analyzes the etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis and surgical treatment of perineal hernia. The study contains and characterizes the own clinical case of large recurrent posterior perineal hernia. Hernia occurred after childbirth, exercise and surgery – herniotomy and hernia repair with own tissues of perineal hernia. The patient was re-operated on 17 years after the first operation with a combined biosynthetic plastic – with autoderma

and synthetic mesh with satisfactory results. The were no complications in 18 years.

Keywords: *perineal hernia, biosynthetic plastic, hedrocele, elitrocele*

Резюме**Особенности диагностики и хирургического лечения промежностной грыжи больших размеров**

В работе проанализированы этиопатогенез, клиника, диагностика и хирургическое лечение промежностной грыжи. Работа содержит и характеризует собственный клинический случай задней рецидивной промежностной грыжи больших размеров. Грыжа появилась после родов, физической разгрузки и операции – грыжесечения и герниопластики собственными тканями промежностной грыжи. Пациентка перенесла повторную операцию через 17 лет после первой операции с комбинированной пластикой – биосинтетической из аутодермы и синтетической сетки с благоприятным результатом. Через 18 лет осложнений не наблюдалось.

Ключевые слова: *промежностная грыжа, биосинтетическая пластика, гедроцеле, элитроцеле*

Introducere

Herniile perineale fac parte din herniile externe rar întâlnite și apar în rezultatul ieșirii din cavitatea abdominală a organelor interne în regiunea perineală prin defectul diafragmei pelviene. Se întâlnesc foarte rar. În literatura de specialitate nu este adusă frecvența acestor hernii, dar se descriu numai cazuri clinice.

Epifanov N.S. (K. Toskin, V. Gebrovski, 1990) a depistat în literatura mondială descrieri a 64 de cazuri clinice de hernii perineale [9]. Ele sunt de origine congenitală sau dobândite în urma slăbiciunii sau defectului plășeului pelvian după intervenții chirurgicale sau traume diverse [7].

După localizarea anatomică, sunt hernii perineale anterioare, anterior de mușchiul transversal perineal profund, și posterioare, posterior de linia interischiodică și apare în spațiul celular în adâncitura ischiorectală. Hernia *perineală anterioară* se întâlnește numai la femei, se dezvoltă prin excavație vezico-uterină a peritoneului și trece prin spațiul dintre mușchiul constrictor canni și m. ischiocavernosus. Hernia *posterioară* la femei se dezvoltă din excavația utero-rectală, la bărbați – din excavația vezico-rectală a peritoneului [9]. Herniile perineale foarte rar se produc prin fante musculare existente sau sunt generate de rupturi în ridicătorii anali ori se dezvoltă prin spațiile posterolaterale dintre mușchii ridicători anali și mușchii ischiococcigieni, sau între mușchii ischiococcigieni și coccis. Prin aceste defecte parietale, sacul herniar cu conținutul visceral ajunge în fosa ischirectală corespunzătoare, de unde se orientează anterior sau posterior, producând herniile perineale anterioare în labiile mari sau