

Bibliografie

1. Aljobory Hazm, Puschina M., Nini Gh., Lazar Ioan, Frankfurt Magdalena, Son Ioan, Mihartescu Maria. *Considerații asupra tratamentului chirurgical al cavității restante a chistului hidatic pulmonar prin etalare*. Timișoara, 2009.
2. Balaban Tudor. *Diagnosticul complex și tratamentul toracoscopic videoasistat al echinococului pulmonar*. Chișinău, 2006.
3. Cozma G., Tudorache V., Burlacu O., Voiculescu V. ș.a. *Chirurgia mini-invazivă în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor pleurale*. În: Jurnal de Chișinău, Iași, 2007, vol. 3, nr. 1, p. 29-35.
4. Iacobiciu Ioan. *Echinococoza-hidatidoza*. Timișoara: Editura Mirton, 2001, p. 4-30.
5. Lungu V. *Optimizarea supravegherii epidemiologice a echinococozelor în Republica Moldova*. Chișinău, 2013.
6. Mitrofan C., Aldea A., Grigorescu C., Jitaru I., Moldoveanu C., Iosep G., Bolog S. *Experiența noastră în tratamentul chirurgical al chistului hidatic pulmonar*. În: Jurnal de Chișinău, Iași, 2005, vol. 1, nr. 2, p. 183-189.
7. Petrică Teofil Ciobanca, Lia Monica Junie. *Strategii în diagnosticul și monitorizarea terapeutică a chistului hidatic*. Rezumat. Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2011.
8. Tîbîrnă Constantin. *Chirurgia echinococozelor*. Ghid pentru chirurghi și medicii de familie. Chișinău, 2009, p. 6-26; 161-224.
9. Toldisan Dan Paul, Mehedinți T. *Studiu histologic și clinic-epidemiologic al chistului hidatic pulmonar*. Constanța, 2007.

Dan Strajescu, student, anul VI,
Facultatea Medicină Generală,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 45 37 26; mob.: 069 21 90 33
E-mail: dannybest@mail.ru

TACTICA CHIRURGICALĂ ÎN MALADIA HEMOROIDALĂ ASOCIATĂ CU FISURA ANALĂ CRONICĂ

Oleg CRUDU¹, Gheorghe ANGHELIC²,
Galina PAVLIUC², Mihail ERLIH¹, Elvira ANDON¹,
Dorin PANTELEICIUC¹, Gheorghe LUPU¹,
Ștefan DAMAȘCAN¹,

¹Clinica Chirurgie Constantin Tîbîrnă,
USMF Nicolae Testemițanu,

²Spitalul Clinic Municipal Sfânta Treime

Summary

Surgical method in hemorrhoidal disease associated with chronic anal fissure

Analyzed surgical tactic in hemorrhoidal malady associated with chronic anal fissure. Have been highlighted the advan-

tages of the selective method of solutioning the associated pathology, as the rates of the precocious complications (the algic syndrome, bleeding, urinary retention) and late complications (anal stricture, anal incontinence etc.) would be lower.

Keywords: hemorrhoids, anal fissure, Milligan-Morgan, Gabriel

Резюме

Хирургический метод лечения геморроидальной болезни в сочетании с хронической анальной трещиной

В данной работе анализируется хирургическая тактика у пациентов с геморроем в сочетании с хронической анальной трещиной. Были выделены преимущества выбранного метода в решении сопутствующей патологии. Как результаты хирургического лечения – более низкая частота ранних послеоперационных осложнений (крововизлияние, болевой синдром, задержка мочи) и поздних осложнений (анальное недержание и т.д.).

Ключевые слова: геморрой, анальные трещины, Миллиган-Морган, Габриэль

Introducere

Boala hemoroidală reprezintă o problemă actuală a societății contemporane, care se manifestă atât prin frecvența mare, cât și printr-un grad înalt de afectare a calității vieții pacienților. După datele cercetătoarei V. D. Fiodorova, incidența acestei patologii este de 118-120 de cazuri la 1000 populație [3; 4]. Ponderele bolii hemoroidale în structura patologiilor rectului este de aproximativ 34-41% [5]. În SUA, boala hemoroidală afectează mai mult de un milion de persoane anual [1].

Metodele conservative și minim invazive de tratament în stadiile III și IV ale patologiei sunt puțin eficiente. În stadiile avansate ale afecțiunii se practică, de regulă, chirurgia invazivă în diverse modifi-cații (Milligan-Morgan, Ferguson, Longo, Witehead etc.). Hemoroidectomia relativ frecvent este urmată de un sindrom dolor marcat (perioada timpurie), hemoragie, prurit, retenție urinară, stenoză anală, incontinență anală etc.

Un studiu privind frecvența complicațiilor după hemoroidectomie, efectuat de Universitatea din Minnessota pe un lot de 21000 pacienți, pe o perioadă de aproximativ 66 de luni, a evidențiat apariția complicațiilor la aproximativ 6,8% din pacienți [2]. Un alt studiu efectuat în Federația Rusă pe un lot de 700 de bolnavi a evidențiat apariția complicațiilor după hemoroidectomie la aproximativ 23,3% din ei [6]. În cazul fisurii anale cronice, se impune efectuarea exciziei fisurii cu sfincterotomie dozată. Însă asocierea acestor patologii pune o problemă de tactică chirurgicală în fața chirurgilor-proctologi, în special

în vederea deciderii volumului optim al intervenției chirurgicale la acești pacienți.

Material și metode

Cercetarea este bazată pe analiza retrospectivă și prospectivă a 582 de fișe de observație ale pacienților cu maladie hemoroidală, care s-au aflat la tratament pe parcursul anilor 2013–2015 în secția de proctologie a SCM Sfânta Treime.

Din cei 582 de pacienți cu maladie hemoroidală, 134 sufereau concomitent și de o altă patologie cronică a canalului anal: în 96 de cazuri, maladiea hemoroidală era asociată cu fisura anală cronică, în 24 de cazuri – cu fistula pararectală și în 14 cazuri – cu polip anal.

Pentru omogenizarea materialului clinic, în calitate de material de studiu au fost selectați doar bolnavii cu maladie hemoroidală asociată cu fisură anală cronică (96 pacienți). Pentru o analiză comparativă a diferitor tactici chirurgicale, eșantionul de studiu a fost divizat în două loturi.

Lotul I – 46 de pacienți la care s-a efectuat hemoroidectomia prin modificarea Milligan-Morgan, asociată cu excizia fisurii + sfincterotomia dozată în modificarea Gabriel (în continuare această tactică va fi menționată ca *metoda clasică*).

Lotul II – 50 de pacienți la care s-a efectuat excizia fisurii + sfincterotomia dozată (procedeul Gabriel), asociată cu înlăturarea submucoasă a nodulilor hemoroidali localizați la ora 3,7 + suturarea pedunculului vascular al nodului hemoroidal plasat la ora 11 (în continuare va fi *metoda selectivă*).

Rezultate obținute

Una dintre principalele manifestări postoperatorii este prezența sindromului algic, care îi provoacă pacientului un grad pronunțat de disconfort. Ne-am propus să gradăm acest sindrom în 4 grade: 0 – lipsa durerii; 1 – dureri moderate (necesită analgezice neopioide); 2 – dureri marcate (necesită analgezice neopioide și antiinflamatoare nesteroidiene în asociere cu spasmolitice); 3 – dureri violente (necesită analgezice opioide). Lipsa durerii postoperatorii nu a fost atestată la niciun pacient.

Tabelul 1

Gradul sindromului dolo postoperatoriu la pacienții din lotul I versus lotul II în primele trei zile

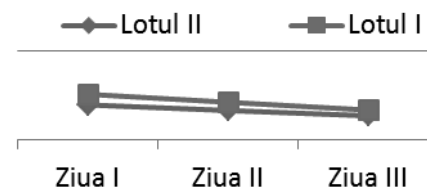
Gradul sindromului dolo	Lotul I			Lotul II		
	1 zi	2 zi	3 zi	1 zi	2 zi	3 zi
I	3	13	24	14	25	36
II	13	14	12	23	17	10
III	30	19	10	13	8	4

Pentru a obiectiviza grafic aceste date, a fost propusă calcularea unui coeficient K , ce caracterizează intensitatea manifestării sindromului dolo.

$$K = \sum_{i=1}^3 \frac{n \cdot i}{n_{\text{tot}}}$$

unde: K – coeficientul intensității manifestării sindromului dolo; i – gradul sindromului dolo; n – numărul pacienților din fiecare categorie; n_{tot} – numărul total de pacienți din lotul I sau lotul II.

Intensitatea manifestării sindromului dolo la pacienții din lotul I versus lotul II în primele trei zile



Astfel, observăm predominarea sindromului algic pronunțat la pacienții din primul lot de studiu, care au urmat tratament chirurgical după metoda clasică și necesită administrarea analgezicelor opioide pentru suprimarea durerii. În lotul al II-lea se poate evidenția o frecvență mai mică de apariție a sindromului algic pronunțat, majoritatea pacienților având dureri moderate.

Complicații postoperatorii timpurii

Tabelul 2

Complicații postoperatorii timpurii

Complicații timpurii	Lotul I (46 pacienți)		Lotul II (50 pacienți)	
	N	%	N	%
Retenție de urină	4	8,7	0	0
Rectoragie	2	4,3	1	2
Supurația plăgii	1	2,1	0	0
Total	7	15,1	1	2

Observăm o frecvență mai mare de apariție a complicațiilor postoperatorii timpurii la pacienții din primul lot de studiu, în special are loc apariția reflexă a retenției de urină. În lotul II de studiu atestăm o rată scăzută de apariție a complicațiilor timpurii.

Complicații postoperatorii tardive

Tabelul 3

Complicații postoperatorii tardive

Complicații tardive	Lotul I (46 pacienți)		Lotul II (50 pacienți)	
	N	%	N	%
Incontinență anală	1	2,1	0	0
Strictură anală	2	4,3	0	0
Recidiva fisurii	1	2,1	0	0
Recidiva maladii	0	0	2	4
Total	4	8,7	2	4

Observăm o rată mai mare de apariție a complicațiilor postoperatorii tardive la pacienții lotului

I, comparativ cu lotul II de studiu, unde însă are loc apariția recidivei maladei hemoroidale, care se manifestă la nivelul nodulului hemoroidal de la ora 11.

Rezultatele finale ale studiului sunt ilustrate în tabelul 4.

Tabelul 4

Rezultate finale

Indici	Lotul I	Lotul II
Durata manifestării sindromului dolo	8 zile	6 zile
Durata de spitalizare	7 zile	5 zile
Durata de cicatrizare a plăgii	21 zile	16 zile
Prezența complicațiilor timpurii	15,1%	2%
Prezența complicațiilor tardive	8,7%	4%

Concluzii

1. La pacienții tratați prin metoda selectivă de tratament chirurgical s-a depistat o rată mai mică de apariție a complicațiilor timpurii, comparativ cu pacienții tratați prin metoda clasică.

2. Frecvența dezvoltării complicațiilor postoperatorii tardive în lotul de bolnavi care a beneficiat de intervenția selectivă de tratament al hemoroizilor a constituit 4%, comparativ cu 8,7% în lotul celor care au suportat intervenție chirurgicală clasică.

3. Utilizarea metodei selective de tratament chirurgical a permis reducerea duratei de spitalizare la 5 zile, comparativ cu 7 zile care au fost necesare în cazul intervenției clasice.

4. Sindromul dolo marcat postoperatoriu a fost depistat mai frecvent în lotul de studiu tratat prin metoda clasică, comparativ cu lotul de pacienți tratați prin metoda selectivă.

5. Așadar, putem concluziona că metoda selectivă de tratament chirurgical al patologiei hemoroidale asociate cu fisură anală cronică este una mai eficientă și inofensivă pentru pacient.

Bibliografie

- Bleday R., Pena J.P., Rothenberger D.A., Goldberg S.M., Buls J.G. *Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy*. In: Dis. Colon Rectum, 1992; nr. 35(5), p. 477-481. PubMed PMID: 1568400.
- Scott R. Steele. *Complexities in colorectal surgery*. 2014, p. 313-333.
- Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Геморрой*. М.: Митра-пресс, 2002, 192 с.
- Федорова В.Д., Дульцев Ю.В. *Проктология*. М.: Медицина, 1984, с. 98-132.
- Федорова В.Д., Емельянова Е.И. *Хирургические болезни*. Москва, 2005, с. 141-145.
- Филлипс Р.К.С. *Колоректальная хирургия*. 2009, с. 263-280.

Gheorghe Anghelici, dr. hab. șt. med.,
șef Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă,
Catedra Chirurgie nr. 2, USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 495559; mob. 069139088
E-mail: gh_angelici@yahoo.com

CORECȚIA CHIRURGICALĂ A ASCITEI CIROTICE AVANSATE PRIN DECOMPRESIA DUCTULUI LIMFATIC TORACIC

**Gheorghe ANGHELICI¹, Serghei PISARENCO¹,
Maria DANU¹, Gheorghe LUPU², Tatiana ZUGRAVU²,**
¹Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă,
²SCM Sfânta Treime; USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Surgical correction of advanced cirrhotic ascites by decompression of thoracic lymphatic duct

This study presents the results of the surgical correction of the advanced ascitic syndrome with decompression of the thoracic lymphatic duct by the original method in 236 patients with decompensated liver cirrhosis. It was established that the cervical decompression of the thoracic lymphatic duct is pathogenetically argumentated, proving high efficiency and improving postoperative quality of life in patients with liver cirrhosis and advanced ascitic syndrome.

Keywords: liver cirrhosis, ascites, thoracic lymphatic duct

Резюме

Хирургическая коррекция авансированного цирротического асцита через декомпрессию грудного лимфатического протока

Данное исследование представляет результаты хирургической коррекции авансированного асцитического синдрома через декомпрессию грудного лимфатического протока с применением оригинального метода у 236 больных с декомпенсированным циррозом печени. Было установлено, что декомпрессия грудного лимфатического протока является патогенетически обоснованным, показало высокую эффективность и может способствовать улучшению качества жизни больных циррозом печени с асцитом.

Ключевые слова: цирроз печени, асцит, грудной лимфатический проток

Introducere

Evoluția sindromului ascitic avansat la bolnavul cirotic reprezintă o manifestare clinică a perturbărilor grave hemo- și limfocirculatorii din bazinul portal, corelate cu reducerea esențială a rezervelor hepatice funcționale, și înrăutățește esențial prognoza, supraviețuirea pacienților pe parcursul următorilor 2 ani constituind mai puțin de 50% [2, 6]. Un rol important în mecanismele ascit-productive îl joacă suprasolicitarea ductului toracic în rezultatul excesului de limfă hepatică produsă în condițiile hipertensiunii portale ci-