



## PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 28.04.2017

Prezidium: Acad. Gh.Ghidirim, Prof. E.Guțu

**Raportul nr.1 – Aportul profesorului Nicolae Testemițanu la dezvoltarea serviciului chirurgical în Republica Moldova;** Conf. Dr. Vitalie Chirilă, Dr. Vitalie Iacubițchi (Catedra Ortopedie și Traumatologie)

*Rezumat.* Contribuția profesorului Nicolae Testemițanu la dezvoltarea medicinei autohtone nu poate fi supraestimată. Dezvoltarea serviciului chirurgical și traumatologic corelează strâns cu numele Domniei sale. Anume Nicolae Testemițanu promovează ideea și susține insistent în practică deschiderea în anul 1959 a primei secții specializate de traumatologie din țară, în incinta Spitalului Republican. Ulterior, la fel cu sprijinul Domniei sale, în 1962, este fondată Catedra de Traumatologie, Ortopedie și Chirurgie în campanie; aceste evenimente culminând cu inaugurarea în 1964 a Spitalului Clinic Republican de traumatologie, ortopedie și protezare. Profesorul N.Testemițanu conduce Catedra nou-formată în perioada anilor 1965-1968, fiind preocupat personal de formarea specialiștilor și a corpului științifico-didactic. În perioada respectivă a fost organizată deschiderea mai multor secții de traumatologie, cât și a numeroaselor puncte traumatologice în spitalele raionale și satele țării. Drept rezultat, în 1990 în țară erau deja 300 specialiști ortopezi-traumatologi și 2000 paturi specializate.

Un alt merit al profesorului N.Testemițanu este formarea și legitimarea Societății republicane a traumatologilor, susținută de Asociația republicană a chirurgilor, în data de 26 mai 1961, în cadrul Conferinței a 2-a chirurgicale. Președinte a fost ales – Nicolae Gladîrevschi, șeful Catedrei de chirurgie generală pe atunci, care ulterior devine șef al Catedrei traumatologie-ortopedie, din 1962. Prim vice-președinte a fost ales Nicolae Testemițanu, vice-președinte – Natalia Gheorghiu și secretar – Larisa Iakunina. Primii colaboratori ai Catedrei de traumatologie au fost selectați din componența Catedrei de chirurgie generală, printre care – prof. N.Gladîrevschi, conf. N.Testemițanu, asistenții Dr. Stamati și Dr. Strelețchii, doctoranzii Dr. Marin și Dr. Pulbere. În anul 1965 șef al Catedrei traumatologie-ortopedie devine Nicolae Testemițanu. Fiind în același timp și ministru al sănătății, N.Testemițanu a contribuit enorm la dezvoltarea serviciului traumatologic și formarea specialiștilor înalt calificați. La inițiativa lui N.Testemițanu în 1967 se trece la predarea traumatologiei, ortopediei și chirurgiei în campanie în limba română. Din 1968 N.Testemițanu activează ca conferențiar la Catedra Medicină Socială; astfel în 1969 ilustrul savant obține titlul de doctor habilitat în medicină și profesor universitar la aceeași Catedră. Din anul 1973 și până la decesul subit din 1986 – activează ca șef al Catedrei Medicină Socială.

Din păcate, în 1986, Prof. Dr. N.Testemițanu se stinge din viață, astfel întregul *staff* al Institutului de medicină de atunci pierde o personalitate marcantă, un ilustru savant și un adevărat pilon al medicinei basarabene.

### **Comentarii:**

*Prof. Gh.Rojnoveanu:* Vă mulțumim pentru scurtul elogiu

adus marelui dascăl. Nicolae Testemițanu s-a remarcat ca o mare personalitate a acelor timpuri, cu aptitudini manageriale colosale. Din păcate sunt foarte puțini astăzi dintre cei care l-au cunoscut și au preluat nemijlocit din măiestria Domniei sale. Noi ca elevi, reprezentanți ai Alma Mater, avem obligația de a-i purta cu cinste numele în memorie, a cunoaște faptele și nu mai puțin important – să dezvoltăm ideile Măriei sale. Respectiv, pe parcursul anului 2017 se preconizează organizarea numeroaselor evenimente științifice consacrate Prof. Dr. Nicolae Testemițanu.

*Prof. E.Guțu:* Necesită a fi remarcat faptul, că Nicolae Testemițanu a fost un om foarte modest, dar în același timp foarte ambițios și insistent, iar aportul său în dezvoltarea serviciului traumatologic, iar mai apoi – a celui sanitar republican, a fost unul enorm. Spre regret, multe din lucrurile bune realizate de către ilustrul savant, precum deschiderea punctelor traumatologice în raioane, a centrelor de sănătate la țară pentru a apropia omul simplu de serviciul medical specializat, etc. – au fost distruse, iar ideile sale manageriale – abandonate.

**Raportul nr.2 – Discutarea protocolului clinic național „Hernia strangulată a peretelui abdominal antero-lateral”,** Dr. V.Guzun, (Clinica chirurgie generală – semiologie nr.3, Spitalul Clinic Municipal nr.1)

*Rezumat.* Deși hernia strangulată (HS) reprezintă o nozologie binecunoscută de către toți chirurgii, totuși elaborarea unui protocol clinic național este strict necesară. Scopul a constat în facilitarea diagnosticării HS, sporirea calității tratamentului pacienților cu HS și reducerea ratei complicațiilor perioperatorii și a mortalității la respectivii bolnavi.

HS se caracterizează prin comprimarea conținutului sacului herniar, declanșată brusc, la nivelul porților herniare, cu dereglarea hemocirculației și funcției organelor strangulate. Herniile peretelui abdominal se dezvoltă la orice vârstă, însă *peak*-urile corespund perioadei preșcolare și vârstei de peste 50 de ani. Herniile inghinale sunt cele mai frecvente, prezentând circa 80%, ombilicale – 14%, femurale – 5%. Cele mai tipice semne clinice sunt: durerea acută în regiunea herniei și ireponibilitatea herniei, apărute spontan. În cazul strangulării herniilor glisante (sacul cărora conține vezica urinară, colonul sigmoid) pot fi determinate suplimentar dizuria și tenesmele. În cazul strangulării ansei intestinale se determină, de asemenea, dureri colicative abdominale, însoțite de grețuri, vome, lipsa emisiilor de gaze și a scaunului. Este necesară precizarea faptului dacă a fost întreprinsă tentativa de repunere forțată a conținutului sacului, aceasta orientându-ne la depistarea complicațiilor ulterioare. Desigur, repunerea forțată a conținutului sacului (manevra *taxis*) în cazul HS este strict interzisă.

Examinările paraclinice necesare:

### 1. Obligatorii:

- Hemoleucograma
- Analiza biochimică a sângelui

- Sedimentul urinei
- Glicemia
- Grupa de sânge ABO, factorul Rh
- Radiografia de ansamblu a cutiei toracice și cavității abdominale
- ECG, consultul internistului

## 2. Recomandate:

- USG cavității abdominale
- Cistografia
- CT abdomenului
- Puls-oximetria.

Măsurile terapeutice ce necesită a fi inițiate: aplicarea sondei nazo-gastrice (decompresie); determinarea necesității în pregătire preoperatorie și estimarea duratei acesteia în funcție de prezența șocului hipovolemic, dereglărilor echilibrului acido-bazic, vârstă (peste 60 ani), durata maladiei (peste 24 ore). Este necesară stabilirea, de comun acord cu specialistul ATI, metodei de anestezie și a accesului chirurgical; menținerea unei volemie adecvate; antibioticoprofilaxia. Clasificarea recomandată a herniilor este cea anatomo-topografică: inghinală, ombilicale, femurale, epigastrale, a liniei albe, a liniei Spiegel și Douglas, a spațiului Lesgaft-Grunfeld, obturatorii, ischiatică și perineale. Clasificarea etiopatogenetică: congenitale, dobândite, postoperatorii, posttraumatice, recidivante și patologice. Clasificarea clinică: reductibile (reponibile), ireductibilă și strangulată. În funcție de mecanismul producerii strangularea poate fi elastică sau stercorală. Strangularea ansei intestinale evoluează prin 3 stadii succesive: de congestie, ischemie și gangrenă. În caz de strangulare a omentului modificările patologice sunt variabile: de la congestie până la necroză și liza purulentă a acestuia. Factorii de risc operator – majori: șocul la internare, evoluție peste 24 ore, comorbidități asociate, vârsta peste 65 ani, scorul III-IV după ASA; minori: anemia, subnutriția, distensia abdominală și corticoterapia.

Etapele obligatorii în conduita pacienților cu HS:

- Culegerea anamnezei și examinarea clinică
- Examenul paraclinic
- Evaluarea riscului dezvoltării complicațiilor
- Luarea deciziei ce ține de tactica de tratament
- Efectuarea tratamentului și supravegherea.

Diagnosticul diferențial se va face cu limfadenita acută inghinală și tromboza venei safene mari la nivelul confluierii cu vena femurală (în cazul HS femurale); cu hidrocelul, epididimita acută și torsiunea de testicul (în cazul HS inghino-scrotale); cu abces de ligatură, ocluzie aderențială în sac herniar (în cazul HS ventrale postoperatorii); cu ruptura mușchilor recti abdominali (în cazul HS de tip Spiegel).

Toate cazurile de suspiciune a HS servesc drept criteriu de spitalizare în secția chirurgicală; respectiv toate formele de HS se supun intervenției chirurgicale de urgență. Pregătirea preoperatorie va fi cât se poate de scurtă și este necesară cu scop de compensare a bolnavului în caz de șoc hipovolemic, dereglări pronunțate ale echilibrului acido-bazic, vârsta peste 60 ani, durata maladiei peste 24 ore. În caz de repunere spontană a herniei și lipsa ulterioară a peritonitei și/sau ocluziei intestinale, bolnavul poate fi operat în mod planic peste 48-72 ore. HS poate fi operată cu anestezie generală, regională sau locală, în funcție de localizarea herniei, starea generală a bolnavului, severitatea bolilor concomitente, abordul chirurgical și volumul preconizat al intervenției. Abordul primar cel mai frecvent este incizia în

regiunea herniei propriu-zise, mai rar – laparotomie. Secționarea inelului sacului herniar se efectuează doar după deschiderea sacului și fixarea conținutului acestuia. Se apreciază viabilitatea intestinului strangulat: lipsesc semnele de necroză, seroasa este lucioasă, este prezent peristaltismul, culoarea seroasei este roz-pală, este prezentă pulsația vaselor mezoului ansei. Procesul de restabilire a viabilității ansei afectate poate dura până la 40 min. Tactica în caz de necroză intestinală: stabilirea necrozei, conversie către laparotomie, rezecția intestinului cu 30-40 cm proximal și 15-20 cm distal de limitele necrozei. În caz de necroză marginală, la fel, se efectuează rezecția intestinală. În lipsa peritonitei – anastomoză primară în 2 planuri cu decompresia prealabilă intraoperatorie. În cazul imposibilității aplicării anastomozei primare și prezența peritonitei – ileostomă terminală cu sanarea și drenarea cavității peritoneale. În cazul necrozei de oment, apendice epiploic – excizia acestuia. În caz de prezență a diverticulului Meckel sau a apendicelui vermiform – înlăturarea acestora indiferent de schimbările morfologice. În cazul HS glisante cu necroza cecului – laparotomie, hemicolecomie dreaptă cu ileotransversoanastomoză sau ileostomă terminală. În cazul necrozei vezicii urinare – înlăturarea porțiunii necrotizate, suturarea defectului în 2 straturi și epicistostomă. În caz de flegmon al sacului herniar – laparotomie, mobilizarea ansei aferente și eferente, rezecția cu anastomoză primară, ulterior înlăturarea anselor necrotizate *en bloc* cu sacul herniar prin acces separat. În cazul lipsei necrozei și a peritonitei – se aplică una dintre multiplele metode de plastie.

Criterii de externare: normalizarea stării generale, restabilirea pasajului intestinal, lipsa febrei și a complicațiilor postoperatorii. Supravegherea ulterioară se efectuează la domiciliu de către medicul de familie, la necesitate și a medicului chirurg.

Cea mai eficientă profilaxia a complicațiilor și a mortalității în cazul HS este tratamentul chirurgical activ programat al pacienților cu hernie abdominală necomplicată.

## Discuții

*Prof. Gh.Rojnoveanu:* Doresc să vă mulțumesc din partea întregii comunități chirurgicale, acesta fiind primul pas în alcătuirea unui protocol național chirurgical. Consider, că volumul de investigații trebuie să fie cât mai redus pentru a efectua operația cât mai precoce. Tipul anesteziei, de asemenea, ar trebui stipulat separat pentru herniile mici și cele abdominale gigante. Cu referință la criteriile de externare, consider că nu toate complicațiile necesită supravegherea bolnavului în condiții de staționar. Desigur, crearea unui protocol este un proces dinamic, iar anumite lacune vor ieși la iveală pe parcurs, fiind înlăturate ulterior. Mi-aș dori ca protocolul să ajute chirurgul practician, să nu-l limiteze și să-l apere în fața legii. Vă mulțumesc.

*Prof. Gh.Anghelici:* Aș propune dezbaterile anumitor puncte din protocol în regim online, așa cum se practică de exemplu în Federația Rusă; în cadrul căreia fiecare chirurg practician și-ar expune opinia. Consider, că recomandările trebuie să fie cât mai scurte și exacte.

*Prof. E.Guțu:* Scopul principal al elaborării acestui protocol este de a ajuta și proteja medicul chirurg și nicidecum de a limita activitatea acestuia. Vă mulțumim tuturor pentru conlucrare fructuoasă, discuții și dezbateri, care în mod sigur vor fi luate în considerație.

Sinteză: Dr. S.Cumpătă, Dr. V.Culiuc