

- ment of Acute Malignant Colorectal Obstruction. În: J. Clin. Gastroenterol. 2016, nr.50, pp. 273–285.
19. Høydahl Ø., Edna T.H., Xanthoulis A., Lydersen S., Endreseth B.H. Long-term trends in colorectal cancer: incidence, localization, and presentation. În: BMC Cancer. 2020, nr.20, pp. 1077–1086.
 20. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2018. În: CA Cancer J. Clin. 2018, nr. 68, pp. 7–30.
 21. Torre L., Siegel R., Jemal A. Global Cancer Facts & Figs. În: American Cancer Society. 2015, nr.3, pp. 1–61.
 22. Yang X.F., Pan K. Diagnosis and management of acute complications in patients with colon cancer: bleeding, obstruction, and perforation. În: Chin. J. Cancer Res. 2014, nr. 26(3), pp. 331–340.
 23. Zhang S.B., Huang X.K., Zhang L.Y. An analysis on 128 cases of left-sided colonic obstruction due to carcinoma. În: Chin. J. Bases and Clin. General Surg. 1998, nr. 10, pp. 19–21.
 24. Xue-Fei Y., Kai P. Diagnosis and management of acute complications in patients with colon cancer: bleeding, obstruction, and perforation. În: Chin. J. Cancer Res. 2014, Vol. 26(3), pp. 331–340.
 25. Zhou Y., Abel G.A., Hamilton W., Pritchard-Jones K., Gross C.P., Walter F.M., Renzi C., Johnson S., McPhail S., Elliss-Brookes L. Diagnosis of cancer as an emergency: a critical review of current evidence. În: Nat. Rev. Clin. Oncol. 2017, nr.14, pp. 45–56.
 26. Frago R., Ramirez E., Millan M., Kreisler E., del Valle E., Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. În: Am. J. Surg. 2014, nr. 207, pp. 127–138.
 27. Manceau G., Mege D., Bridoux V., Lakkis Z., Venara A., Voron T., Sielezneff I, Karoui M. French Surgical Association Working Group. Emergency Surgery for Obstructive Colon Cancer in Elderly Patients: Results of a Multicentric Cohort of the French National Surgical Association. În: Dis. Colon Rectum. 2019, nr. 62, pp. 941–951.

CZU: 616.342-002.45-089

CONSIDERAȚII CHIRURGICALE DIFERENȚIATE A PACIENȚILOR CU ULCER PERFORAT DUODENAL

Bujor Petru¹, Moraru Viorel¹, Bujor Sergiu², Pavliuc Galina¹, Cernei Sava¹, Ceauș Vasile³

¹Catedra chirurgie 2, USMF „Nicolae Testemițanu”, clinica 2

²Laborator Hepatochirurgie USMF „Nicolae Testemițanu”

³SCM „Sfânta Treime”

Autorul correspondent: Petru Bujor, e- mail: petru.bujor@usmf.md

Rezumat

Au fost studiați 474 pacienți, internați de urgență cu ulcer duodenal perforat, pe perioada 1992-2020 și operați în spitalul „Sfânta Treime”. Incidența ulcerului duodenal perforat în această perioadă a fost de 3,8 %. Au fost studiați factorii etiopatogenetici, care afectează tabloul clinic și tratamentul chirurgical, așa ca vârsta, timpul de la debutul bolii până la adresarea în clinică, simptomatologia la internare, cât și tipul intervenției chirurgicale. Tipul intervenției chirurgicale a fost ales în dependență de starea generală a pacientului la internare și starea pacientului în timpul operației. Mortalitatea în lotul studiat este de 3,37%.

Cuvinte-cheie: ulcer duodenal perforat, medicație anti-ulceroasă contemporană, suturarea ulcerului duodenal perforat

Summary

Differentiated surgical treatment of perforated duodenal ulcer

We studied 474 clinical observations of patients admitted urgently with perforated duodenal ulcer, for the period 1994-2020 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 perforated according to the general condition of the patients at admission and status of each patient individually during the operation. The mortality was 3,37% 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 474 клинических наблюдения пациентов, госпитализированных в срочном порядке с перфоративной

язвой двенадцатиперстной кишки, за период 1994 – 2020 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 3,37%.

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 diferințiată chirurgicală.

Admiterea complicațiilor atât de severe ca perforația cu o mortalitate destul de înaltă rămâne și în continuare o problemă actuală. Trebuie cu fermitate să constatăm de fapt, că o parte de pacienți cu ulcere perforate nu au anamneza ulceroasă precedentă (3,4). În practica chirurgicală curentă operațiile mai puțin laborioase, ca simplă 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 precoce și tardive de lungă durată (6,8).

Odată cu introducerea tehnologiilor minim-invazive în practica chirurgicală contemporană pacienții cu perforație duodenală precoce pot fi tratați prin metoda laparoscopică cu suturarea și drenarea cavității peritoneale.

Materiale și metode. În perioada anilor 1994 – 2020 au fost spitalizați în clinica prin serviciul chirurgical de urgență 474 pacienți cu ulcer perforat duodenal. Diagnosticul a fost realizat în baza datelor clinic și radioendoscopice. Intraoperator materialul seropurulent depistat a fost colectat la examenul bacteriologic la toți pacienții. În lotul de bolnavi studiat s-a constatat un număr de 384 (81,01%) bărbați și 90 (18,99%) femei. În ceea ce privește repartiția pacienților pe grupul de vârstă 394 (83,12%) pacienți sunt între 18 și 60 ani și 80 (16,88%) între 61 ani și maim ult.

Studiul intervalului debut – internare arată că în primele 12 ore s-au internat 109 (23%) iar în următoarele 24 și maim ult ore – 365 (77%). În ceea ce privește simptomatologia clinică la internare, s-a constatat că durerea, cît și contracture sau apărarea musculară a peretelui abdominal au fost prezente la 94% din cazuri, iar la 21 (6%) cazuri, pneumoperitoneul a fost absent, atât clinic, cât și radiologic ceea ce ne-a impus efectuarea laparoscopiei diagnostice de urgență – care cu o valoare absolută a confirmat diagnosticul de ulcer perforat. Trebuie să menționăm cu fermitate că examenul endoscopic de urgență a fost aplicat practice în majoritatea cazurilor, ceea ce ne-a permis nu numai localizarea ulcerului, dar și de a depista, sau a exclude prezența a unui ulcer "în oglindă" pe partea opusă duodenului, cât și a regiunii postbulbare. A fost studiată cantitatea de

leucocite, neutrofile și macrofage în exsudatul abdominal prelevat pentru aprecierea rezistenței organismului la agentul patogen.

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

Cu diagnosticul de ulcer perforat duodenal s-a intervenit chirurgical la 109 (22,9%) bolnavi în primele 6-12 ore, în 292 (61,6%) cazuri 12-24 ore, iar în restul de 73 (15,5%) pacienții au fost operați după 24-48 ore.

În funcție de sediul leziunii cât și timpul parcurs de la debutul bolii până la spitalizare, situația intraoperatorie, vârsta, patologia asociată am efectuat 4 rezecții gastrice Billroth I, 8 rezecții gastrice Billroth II, 28 rezecții gastrice procedeu Balfur.

La 76 bolnavi s-a efectuat vagotomia tronculară cu excizia ulcerului cronic și piloroduodenoplastia, iar în 32 cazuri s-a efectuat vagotomia tronculară cu aplicarea gastroenteroanastomozii cu enteroenterostomie tip Braun. La un grup mare de pacienți 326 li s-a efectuat lapatotomia cu simplă suturare a ulcerului, sanarea și drenarea cavității peritoneale.

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

Rezultatele tratamentului chirurgical a pacienților cu ulcer perforat duodenal au fost studiate în perioada precoce postoperatorie, cât și la distanță.

Complicații în perioada postoperatorie au avut 18 pacienți (3,79%), inclusiv: după vagotomie cu excizia ulcerului și piloroduodenoplastie (4), dehiscența marginală de sutură după rezecția gastrică Billroth II (3), absces subfolicular (3), peritonită generalizată cu insuficiență poliorganică (5), pneumonie (3).

În lotul studiat s-a înregistrat o mortalitate de 3,37% (16 decese). 16 pacienți au decedat după operație, 4 după laparotomie cu simplă suturare operați după 24-48 ore de la perforație cu peritonită avansată, 5 pacienți au decedat după rezecție gastrică Billroth II, 3 de infarct miocardic acut, 2 – insuficiență renală pe fonul peritonitei avansate, 2 – după vagotomie tronculară cu operație de drenaj gastric.

Tabelul 1.

Intervenții chirurgicale în ulcerul duodenal perforat (474 de cazuri)

Tipul intervenției chirurgicale	Numarul cazurilor	%
Rezecție gastrică Billroth I	4	0,84
Rezecție gastrică Billroth II	8	1,68
Rezecție gastrică Balfur	28	5,9
Vagotomie tronculară + excizie ulcerului și piloroduodenoplastie	76	16,03
Vagotomia tronculară cu gastroenterostomia cu enteroenteroanastomoză tip Braun	32	6,75
Simplă suturare cu sanarea cavității peritoneale	326	68,8
Total:	474	100%

Supravegherea la distanță a pacienților în majoritatea cazurilor a fost benefică în rezultatul eficacității terapiei antiulceroase contemporane timp de 3 ani primăvară și toamnă.

Concluzii:

1. Algoritmul diagnostic în ulcerul duodenal perforat include tomografia computerizată – obligatoriu, radiografia abdominală pe gol, la necesitate examenul endoscopic și laparoscopia diagnostică în caz de ulcere acoperite.
2. Tratamentul antiulceros contemporan în primii 3 ani postoperator de la simplă suturare a ulcerului suprimă secreția gastrică, tratează în complexitate maladia ulceroasă până la 96%.

3. În dependență de anamneza ulceroasă, vârsta pacientului, patologii asociată, cât și situația intraoperatorie procesului inflamator ne permit alegerea corectă și necesară a intervenției chirurgicale pentru fiecare caz aparte.

Bibliografie

1. KOROLEV M.P. *The surgical treatment of duodenal peptic ulcer*. Vestn Khir Im I I Grek (Russian) 1996; 1:96-100.
2. KOHLI V., LANGHER G.C., GOSWAMY H.L. – *Evaluation of pronostic factors in perforated peptic ulcer*. Indian J Surg 1988; 50 (5):184-186.
3. BACHEV I.I. – *Surgical treatment of acut complications of gastroduodenal ulcer*. Khirurgiia MOSK 1991; 9:134-137.
4. KURYGIN A.A, PEREGUDOV.S.I. – *Debatable problems in the surgical treatment of the perforated gastroduodenal ulcers*. Khirurgia Mosk 1999; 6:15-19.
5. FELICIANO DV – *Do perforated duodenal ulcers need an acid-decreasing surgical procedure now that omeprazole is available?* Surg Clin North Am 1992; 72 (2) : 360-80.
6. GILLIAM AD, SPEAKE WJ, LOBO DN, BECKINGHAM IJ – *Curent practice of emergency vagotomy and Helicobacter pylori eradication for complicated peptic ulcer in the United Kingdom: Br J Surg 2003; 90:88-90.*
7. KATE V., ANANTHAKRISHNAN N., BADRINATH S. *Effect of Helicobacter pylori eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer: retrospectiv and prospectiv randomized controlled studies*. Br J Surg 2001; 88:1054-1058.
8. REPIN V.N., VOZGOMENT A.O., OSMOLOVSKI G.A., *Surgical treatment of the patients with perforated gastroduodenal ulcers*. Vestn Khir Im I I Grek 1999; 158(3) :61-3
9. KHOURSHEED M., FAUD M., SAFAR H., DASHTI H., BEHBAHANI A. – *Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer*. Surg Endosc 2000; 14:56- 58

CZU: 616-002.951.21-08

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL FORMELOR DISEMINATE ALE ECHINOCOZOZEI

Pavliuc Galina¹, Anghelici Gheorghe¹, Crudu Oleg², Moraru Viorel¹, Bujor Petru¹, Strajescu Gheorghe¹, Ceaș Vasile², Covaci Ana²

¹Catedra Chirurgie Nr. 2, USMF „Nicolae Testimițanu”

²IMSP SCM Sfânta Treime

Autorul correspondent: Pavliuc Galina, e-mail: pavliucgv@gmail.com

Rezumat

Au fost analizate rezultatele tratamentului chirurgical a 58 de pacienți cu forme diseminate de echinocoză (primară și secundară multiplă). Au fost identificate cele mai frecvente combinații în localizarea chisturilor. Monitorizarea coordonată a diagnosticului facilitează planificarea și secvențierea intervențiilor chirurgicale. Tratamentul chirurgical rămâne singura formă radicală de tratament. Recomandăm să efectuăm operații simultane folosind tehnici moderne. Tratamentul chirurgical în forme generalizate trebuie să fie efectuat în mai multe etape pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului și pentru a reduce mortalitatea postoperatorie. Reabilitarea postoperatorie trebuie combinată cu terapia antiparazitara pentru a preveni recidiva.

Cuvinte-cheie: echinocoză diseminată, tratament chirurgical în etape