

medical. În ce privește repartizarea după sex, similar altor autori, am observat o prevalență a bărbaților, cu un raport bărbăți/femei de 5/1 [2, 3].

În ceea ce privește afecțiunile comorbide, bolnavii au prezentat patologii cu repercusiuni vasculare (hipertensiune arterială – 5, diabet zaharat – 3, ictus – 1), deci maladii ce pot conduce spre microangiopatii. Astfel, ipoteza expusă în studiul Hakala T. și coaut. *Microangiopathy in acute acalculous cholecystitis* [2] asupra rolului predispozant al microangiopatiei în evoluția CAA și-a găsit oglindire și în cercetarea noastră.

Având drept obiectiv analiza caracteristicilor clinico-evolutive ale CAA, ne-am axat în special asupra tabloului clinic la bolnavii din loturile de studiu. Motivul acestei „atenții” a fost determinat de raționalmentul că în cazul factorilor tradiționali recunoscuți ai CAA (stare critică, traumatism, arsuri, perioadă postoperatorie după intervenții laborioase pe TGI etc.), tabloul clinic „chirurgical” va fi șters, aducând pe prim-plan manifestările clinice ale acestor patologii ce cauzează CAA, și doar secundar se vor exterioriza semnele și simptomele colecistitei acute propriu-zise. În acest sens am beneficiat de faptul că niciun bolnav nu a prezentat stările sus-numite.

Analiza semiologiei la bolnavii incluși în studiu ne-a surprins într-un fel prin anumite elemente specifice la bolnavii lotului CAA. Astfel, localizare strictă a durerilor în hipocondrul drept au prezentat doar 41,7% din bolnavi, în marea majoritate tabloul clinic fiind variabil și înglobând simptomatologia sindromului dispeptic de tip biliar (disconfort postprandial, dureri epigastrale surde sau colicative, grețuri, vomă).

Constatarea dată poate indica asupra rolului tulburărilor motorii gastroduodenale cu elemente de duodenostază în calitate de factor predispozant evoluției CAA. Drept dovadă în sprijinul acestei afirmații aducem analiza protocoalelor cercetărilor endoscopice preoperatorii, fiind menționat reflux biliar gastroduodenal în 9 (75%) cazuri, în 50% cazuri atestându-se tulburări ale motilității duodenale, cu prezența undelor antiperistaltice.

Concluzii

Sumarizând datele obținute, putem constata că opiniile tradiționale referitoare la CAA sunt discutabile. Se pare că incidența CAA este în creștere, bazându-ne pe datele literaturii de specialitate publicate, fiind concomitent cunoscută evoluția CAA în absența factorilor predispozanți tradiționali [1, 4]. Fie că acest lucru reprezintă o consecință a tacticii chirurgicale mai agresive, odată cu implementarea colecistectomiei laparoscopice, fie reprezintă o schimbare a epidemiologiei bolii de la pacienții cu

stări critice spre subiecții relativ sănătoși. Oricum, la ora actuală întrebarea rămâne deschisă.

Cu toate că patogeneza CAA la moment nu este elucidată, studiul nostru confirmă rolul potențial al microangiopatiei în dezvoltarea inflamației noncalculare a vezicii biliare. Un alt aspect etiopatogenetic important sunt perturbările motilității gastroduodenale, cu elemente de duodenostază. Deci, putem presupune că dereglarea pasajului biliar cu biliostază induce modificarea componenței biochimice a bilei, care, pe fundal de ischemie microangiopatică, contribuie la inflamația peretelui vezicii biliare și la evoluția CAA.

Bibliografie

1. Barie P., Fischer E. *Acute acalculous cholecystitis*. In: J. Am. Coll. Surg., 1995, no. 180, p. 232-244.
2. Hakala T. et al. *Micro-angiopathy in acute acalculous cholecystitis*. In: Br. J. Surg., 1997; no. 84, p. 1249-1252.
3. Kallifas S. et al. *Acute acalculous cholecystitis: incidence, risk factors, diagnosis and outcome*. In: Am. Surg., 1998, no. 64, p. 471-475.
4. Ryu J., Ryu K., Kim K. *Clinical features of acute acalculous cholecystitis*. In: J. Clin. Gastroenterol., 2003, no. 36, p. 166-169.
5. Savoca P., Longo W., Zucker K. et al. *The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in outpatients. Results of a 7-year study*. In: Ann. Surg., 1990, no. 211, p. 433-437.

Viorel Moraru, dr. med., conf. univ.,
Catedra Chirurgie 2,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 49-21-23; mob. 069053781
E-mail: viorel_moraru@ymail.com



COMPLICAȚIILE POSTOPERATORII TIMPURI ALE ECHINOCOZOZEI HEPATICE ȘI METODE DE CORECTARE A ACESTORA

**Galina PAVLIUC¹, Petru BUJOR¹, Oleg CRUDU²,
Viorel MORARU¹, Vasile CEAUȘ²,
Segiu BUJOR¹, Maria DANU¹,**
¹USMF Nicolae Testemițanu,
²SCM Sfânta Treime

Summary

Early postoperative complications of liver echinococcosis and methods of their correction

Despite advances in liver surgery, the percentage of postoperative complications remains high. This is due to late referral for medical care already in the stage of complications, and a number of diagnostic and tactical mistakes made in the course of treatment. Of the 238 patients with

liver echinococcosis operated in the clinic from 1996 to 2016 the most frequently identified types of complications in the early postoperative period were: the formation of bile and external bile-festering fistula – 21 (8.8%); suppuration of residual fibrous cavity – 8 (3.4%); acute liver-kidney failure – 12 (5%); and bleeding and bile efflux from the liver stump – 7 (2.9%). Cysto-biliary communication, sparing resection of the fibrous capsule and inadequate drainage in the postoperative period were the reason for the formation of biliary fistula and suppuration of fibrous residual cavity. Patients in the age category of 70-80 years with complicated giant cysts are predisposed for the development of acute liver failure in the postoperative period.

Keywords: echinococcosis, liver, surgery, complications

Резюме

Ранние послеоперационные осложнения эхинококкоза печени и методы их коррекции

Несмотря на успехи в хирургии печени, процент послеоперационных осложнений остаётся высоким. Это обусловлено, как поздней обращаемостью пациентов, в стадии осложнений, так и рядом диагностических и тактических ошибок, допущенных в процессе лечения больных. Из 238 больных с эхинококкозом печени, оперированных в клинике с 1996 по 2016 гг., в раннем послеоперационном периоде наиболее часто выявлялись следующие виды осложнений: формирование наружных жёлчных и жёлчно-гнойных свищей – 21 (8,8%); нагноение остаточной фиброзной полости – 8 (3,4%); острая печёночно-почечная недостаточность – 12 (5%); кровотечение и жёлчеистечение из культи печени – 7 (2,9%). Причиной формирования жёлчных свищей и нагноения остаточной фиброзной полости являлось наличие цисто-билиарных сообщений, экономная резекция фиброзной капсулы и неадекватное дренирование в послеоперационном периоде. К развитию острой печёночной недостаточности в послеоперационном периоде предрасположены пациенты в возрастной категории 70-80 лет с гигантскими осложнёнными кистами.

Ключевые слова: эхинококкоз, печень, операция, осложнения

Introducere

Echinococoză este o patologie endemică pentru Republica Moldova. Nivelul morbidității în diferite regiuni oscilează de la 3,4 până la 9,7 la 100 mii de populație și, cu regret, nu are tendința spre scădere [2].

Primele stadii ale maladiei sunt asimptomatice, fapt ce duce la adresarea tardivă la medic. Mai mult de 50% din pacienți sunt spitalizați cu forme complicate ale maladiei [1, 3]. În aceste condiții, crește brusc riscul intervenției chirurgicale, se înrăutățesc rezultatele postoperatorii, ducând la complicații și intervenții chirurgicale reconstructive repetate [4, 5].

În complexul factorilor care ameliorază rezultatele tratamentului chirurgical al leziunilor de focar

ale ficatului, de rând cu perfecționarea tehnicii și a tacticii operatorii, un rol important îl are conduita adecvată a pacienților în toate etapele perioadei postoperatorii, luând în considerație riscul dezvoltării modificărilor patomorfologice specifice [6, 7].

Scopul studiului este depistarea particularităților patogeniei complicațiilor perioadei postoperatorii timpurii la pacienții cu echinococoză ficatului și elaborarea măsurilor care ar permite ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical.

Material și metode

Studiul dat s-a bazat pe rezultatele examinării și tratamentului a 238 de bolnavi cu echinococoză hepatică, care au fost tratați în clinică din 1996 până în 2016, cu vârsta de la 15 până la 75 de ani. Monitoringul de diagnostic a inclus testele clinice de laborator, testele imunologice, USG, metode radiologice și radiologice cu contrast, TC, MRT.

Dimensiunile chisturilor hidatice variau de la 6 până la 30 cm în diametru. Chisturi solitare au fost depistate la 172 (72,1%) pacienți, chisturi multiple – la 64 (27,9%). Chisturi solitare gigante au fost la 23 (9,6%) pacienți. Chisturile hidatice se aflau în diferite stadii de dezvoltare: chisturi necomplicate – la 112 (47,2%) pacienți, chisturi supurate – la 99 (41,8%), chisturi calcinate – la 27 (11%). Alegerea intervenției chirurgicale se determina individual, luând în considerație starea bolnavului, prezența complicațiilor, patologiei concomitente și vârstei.

Există părerea că înlăturarea radicală a capsulei fibroase este o rezervă importantă pentru micșorarea frecvenței recidivelor adevărate ale echinococozei hepatice, dar lăsarea capsulei e posibilă numai dacă ea este situată prea aproape de vasele mari și căile biliare. Rezecțiile extensive sunt însă adesea însoțite de complicații și mortalitatea depășește mortalitatea la alte tipuri de operații.

Noi am efectuat următoarele intervenții chirurgicale:

1. Echinococectomia deschisă cu rezecția parțială a capsulei fibroase a fost efectuată la 168 (70,6%) pacienți, la 34 pacienți (20,2%) operația a fost finalizată cu omentoplastie combinată cu compoziții adezive. În restul cazurilor, operația s-a finalizat cu drenarea cavității reziduale și a spațiului subhepatic.
2. Perichistectomia a fost efectuată la 48 (20,2%) pacienți.
3. Rezecția atipică a ficatului împreună cu chistul hidatic a fost efectuată la 15 (6,3%) pacienți.
4. Echinococectomia laparoscopică – 7 (2,9) pacienți.

Ponderea complicațiilor postoperatorii timpurii: 1. Formarea fistulelor biliare externe și fistulelor biliopurulente – 21 (8,8%). 2. Supurarea cavității fibroase reziduale – 8 (3,45). 3. Hemoragia din bontul

ficatului – 5 (2,1%). 4. Peritonita biliară – 2 (0,8%). 5. Insuficiența hepatică și renală – 12 (5%).

Mortalitatea postoperatorie a fost de 5 (2,1%) cazuri.

Cel mai mare grup a constat din pacienți cu fistule externe. Comunicațiile chistico-biliare au fost depistate la 42 (18%) din toți pacienții operați. Datorită faptului că după înlăturarea conținutului chistic scade presiunea intrachistică, timp de 20-30 de minute, și uneori chiar peste 24 de ore se deschid fistule biliare mici, care nu se văd în timpul operației, în toate cazurile a fost efectuată revizia minuțioasă a cavității reziduale. Pentru aceasta, după evacuarea conținutului chistic și prelucrarea cavității reziduale, ea a fost tamponată cu o meșă din tifon, până se efectuau următoarele etape ale operației. În locurile unde meșa se îmbiba cu bilă, se controlau și se suturau căile biliare cu aplicarea aței atraumatice. La 2 pacienți, când în lumenul chistului hidatic se deschidea un duct biliar segmentar mare cu eliminare abundentă a bilei, după suturarea lui a fost aplicată o microcolecistostomă de decompresie, care s-a înlăturat peste 2 săptămâni, fapt ce a ameliorat perioada postoperatorie.

Biliragia se dezvoltă, de obicei, la a 2-7-a zi după operație la pacienții cu forme complicate de echinococoză, cu pereții fibroși, „carcase” după echinococetomii deschise cu perichistectomie parțială. Volumul bilei eliberate variază între 30 și 500 ml timp de o zi.

Când volumul bilei nu depășea 200 ml în zi, noi am obținut rezultate bune prin metode conservatoare, care includeau terapia generală și locală. Pacienților li s-au prescris spasmolitice, preparate reologice, soluție de magnezie sulfurică per os. Local, cavitatea reziduală a fost spălată cu antibiotice, antiseptice și enzime proteolitice. Odată cu reducerea cantității bilei eliberate din fistula, cu urmărirea obliterației, a fost efectuată fistulografia, s-au introdus preparate sclerozante.

Dacă, în ciuda măsurilor conservatoare, fistulele biliare n-au avut tendința de închidere, se aplica papilofinctorotomia endoscopică dozată, care a fost efectuată la 7 (33,3%) pacienți, nu mai devreme de 10-14 zile după operație, ceea ce a permis micșorarea scurgerii bilei într-un timp scurt. În grupul dat reintervenții chirurgicale n-au fost necesare.

Supurarea cavității fibroase reziduale a avut loc la 8 (3,4%) pacienți cu echinococoză hepatică supurată, care a fost cauzată de drenarea neadecvată a cavității reziduale, de acumularea și supurarea exsudatului. Pacienții din grupul dat au primit tratament antitoxic și antibacterian, asanarea prin dren a cavității reziduale, administrarea antibioticelor și enzimelor proteolitice. La 4 pacienți s-a efectuat irigarea de curgere-aspirație a cavității fibroase, evitând astfel

intervenția operatorie repetată. În 3 cazuri, problema a fost rezolvată prin puncția și asanarea minim invazivă a cavității sub controlul USG. Doi pacienți au fost operați repetat. Necesitatea intervențiilor chirurgicale repetate reconstructive a apărut ca urmare a diferitor erori de diagnostic, tactice și tehnice. Operațiile repetate includeau excizia maximă a capsulei reziduale fibroase, cu drenarea adecvată. Cazuri mortale în grupul dat n-au fost înregistrate.

Un grup de pacienți cu mortalitatea cea mai mare a inclus 12 (5%) persoane cu insuficiență hepato-renală, apărută în perioada postoperatorie la cei cu chisturi hidatice gigante supurate, care ocupau practic tot lobul drept. Vârsta bolnavilor din grupul dat era cuprinsă între 65 și 85 de ani. La momentul internării, starea acestora era gravă, cu semne de intoxicație purulentă și insuficiență hepatică ascunsă.

Dimensiunile chistului hidatic variau între 20 și 35 de cm. Pacienții din grupul dat, pentru reducerea riscului complicațiilor postoperatorii, necesitau o pregătire intensivă preoperatorie de scurtă durată în secția de reanimare, îndreptată spre detoxicarea și ameliorarea funcției sistemului cardiovascular.

Deoarece la dezvoltarea insuficienței hepatice contribuie afectarea circulației sangvine în ficat – pierderea de sânge, traumatizarea țesutului hepatic, tulburarea microcirculației, volumul intervenției chirurgicale a fost redus la minimum: deschiderea, înlăturarea conținutului chistic și drenarea cavității fibroase reziduale.

În perioada postoperatorie, terapia intensivă de corecție a continuat, dar, în pofida tuturor măsurilor, la a 2-3-a zi după operație, din cauza insuficienței acute hepatice, au decedat 5 (41,6%) pacienți. Aceasta se datorează faptului că, pe fondul adaptării continue a organismului la chisturi hidatice gigante, chiar și o mică intervenție chirurgicală declanșează trecerea insuficienței hepatice ascunse în forma acută și un nivel înalt al mortalității.

Hemoragii și biliragie în perioada postoperatorie timpurie a apărut la 3 pacienți după operații radicale: perichistectomiei – la 1, rezecției hepatice atipice – la 2. Doi pacienți au fost reoperați. Decese nu au fost înregistrate.

Concluzii

1. Frecvența complicațiilor specifice postoperatorii este direct legată de tipurile operațiilor efectuate.

2. Cauza formării fistulelor biliare și supurării capsulei reziduale fibroase a fost prezența comunicațiilor chisto-biliare, rezecția cruțătoare a capsulei reziduale fibroase și drenarea neadecvată în perioada postoperatorie. La pacienții cu eliminare abundentă a bilei în perioada postoperatorie tratamentul

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