

CONCLUZII

- 1) La pacienții cu UGD în acutizare s-a depistat prezența disbiozei intestinale, preponderent gr.II-III, care evoluează latent.
- 2) Utilizarea diferitor scheme de eradicare helicobacteriană demonstrează că semnele clinice ale disbiozei intestinale cresc nesemnificativ.
- 3) Folosirea diferitor scheme de eradicare a *H.pylori* nu modifică semnificativ microbioza intestinului gros.

BIBLIOGRAFIE

1. Hauschildt E. Probiotics shon promise in treatment of gastrointestinal disorders. *DG Reviev-04/13/2000*
2. Thornton G, O'Sullivan M., O'Sullivan D. et. al. Human intestinal probiotic bacteria-production of antimicrobial factors. *Ir. J. Med. Sci.* 1993; 162 (9): 336-368
3. Парфёнов А.И., Осинов Г.А., Ручкина И.Н. Теоретические вопросы дисбактериоза кишечника. *Consilium Medicum* 2003; 6: 328-330
4. Шентулин А.А. Синдром избыточного роста бактерий и „дисбактериоз кишечника”: их место в современной гастроэнтерологии. *Рос. Журн. Гастроэнтерол. и патол.* 1999; 3: 51.55

1. Теммиоской глва пробиотиче /.../

2. Lucr. colab. USMF

B13

UNELE ASPECTE ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ULCERULUI GASTRODUODENAL PERFORAT

SOME ASPECTS OF THE SURGICAL TREATMENT FOR PERFORATED GASTRODUODENAL ULCER

Șor E

*Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Moldova*

SUMMARY

The introduction of effective drug therapy aimed at inhibiting acid secretion and eradication of H pylori infection have dramatically reduced the need for surgery in peptic ulcer disease. The incidence of perforated ulcer, however, has stayed around 10-15% of all duodenal ulcers.

Authors represent results of surgical treatment of patients for the period 2000-2007 with perforated ulcer, hospitalized in the surgical department of the Republic Emergency Hospital of city of Kishinev, Moldova

Key words: *perforated ulcer, diagnosis, surgical treatment*

REZUMAT

Introducerea terapiei contemporane efective îndreptate la inhibiția secreției gastrice și eradicarea infecției H.Pylori a permis micșorarea drastică a necesității tratamentului chirurgical în maladia ulceroasă. Totodată, incidența ulcerului perforat rămâne la nivel de 10-15% din numărul total al purtătorilor de ulcer.

Autorii prezintă rezultatele de tratament chirurgical pe perioada 2000 – 2007 la bolnavi cu ulcer perforat, spitalizați în secțiile de chirurgie a CNPȘMU, or. Chișinău, Republica Moldova.

Cuvinte – cheie: *ulcer perforat, diagnostic, tratament chirurgical*

INTRODUCERE

Maladia ulceroasă a stomacului și duodenului actualmente rămâne una dintre cele mai importante probleme în ocrotirea sănătății [1, 2, 3].

Această patologie afectează deseori persoane care au vârsta aptă de muncă, ceea ce determină importanța socială a problemei [4].

Marile succese obținute în tratamentul medicamentos modern al maladii ulceroase necomplicate cu agenți anti-H2, inhibitori ai pompei de protoni, dubla sau tripla asociere antibiotică (amoxicilină, claritromicină și metronidazol 7

– 10 zile), au dus, în ultimii ani, la o reducere esențială a numărului intervențiilor chirurgicale planice adresate acestei afecțiuni [5].

Cu toate acestea, procentul pacienților ulceroși, care au „șansa” de a fi supuși unei intervenții chirurgicale de urgență datorită complicației perforative, a rămas constant, de la 5 până la 15% [6].

Perforația este cea mai acută complicație a ulcerului, constituind 1,5% din lotul întreg al afecțiunilor chirurgicale acute din abdomen și 10-15% din numărul total al purtătorilor de ulcer.

Perforația ulcerului gastroduodenal, în majoritatea cazurilor, apare în rezultatul progresării procesului inflamator-destructiv acut sau cronic. Ca regulă, perforația se dezvoltă în urma unei acutizări a bolii ulceroase, manifestând o simptomatologie binecunoscută.

Însă în 20% [1] sau chiar în 25-30% [7] ea poate constitui primul semn al bolii. În aceste cazuri perforația apare pe fond asimptomatic al bolii ulceroase sau tablou clinic șters; mai ales la pacienți de vârstă tânără – până la 50% [8, 9].

Se consideră că cauza apariției acestor ulcere perforative „mute” sunt modificările neuro-distrofice ale peretelui stomacului și duodenului.

Ulcerul duodenal furnizează procentul cel mai mare de perforații, fiind, uneori, asociat cu hemoragie (1-12%, [10]). Perforația poate fi asociată cu hemoragia mai frecvent în „Kissing” ulcere – cel anterior perforază, cel posterior sângerează. Se constată, în special, la bărbați, vârsta predilectă fiind cuprinsă între 30-50 ani, dar complicația nu face excepții nici la bătrâni și nici la adolescenți.

DATELE STATISTICII

În ultimii ani, în Republica Moldova s-a constatat tendință de creștere a morbidității ulcerului gastroduodenal perforat: 20,5 la 100000 locuitori în 2006, față de 23,1 în 2005, 20,4 în 2004 și 18,94 în 2003 [11].

Spitalizarea tardivă (după 24 ore de la debutul bolii) are în Republica Moldova o frecvență crescută, fără tendință de scădere: 8,5% în 1995; 13,01% în 2000; 14,17% în 2003; 12,87 în 2005; 21,5 în 2006. Cauzele adresării tardive sunt: adresabilitatea scăzută a populației după asistență medicală, erorile de diagnostic ale medicilor de familie, serviciului de urgență și ale chirurgilor, care asigură asistența chirurgicală de urgență [12].

Mortalitatea în ulcer gastro-duodenal perforat rămâne constant înaltă și atinge circa 8% [7], în Republica Moldova 6,73% - în 2005 [11].

MATERIAL ȘI METODE

Studiul se bazează pe analiza a 841 cazuri clinice a bolnavilor (dintre care femei 11,2% și bărbați 88,8%) spitalizați în mod urgent în ultimii 6 ani în secțiile de chirurgie a CNPȘDMU orașul Chișinău cu vârsta între 15 – 88 ani cu diagnosticul de maladie ulceroasă, complicată cu perforație.

Diagnosticul ulcerului perforat s-a bazat pe datele anamnestice și tabloul clinic caracteristic pentru această patologie.

Examenul preoperator a inclus:

- Analiza sângelui – sângele roșu și leucograma;
- Segmentul urinei;
- Grupa sângelui și Rh-factor;
- Ultrasonografia organelor abdominale pentru excluderea sau confirmarea prezenței lichidului liber în abdomen;
- FEGDS – pentru confirmarea diagnozei de ulcer perforat și aprecierea localizării acestuia, excluderea ulcerului în „oglină” (Kissing) cu hemoragie al doilea ulcer, stenozei, etc.;
- Examenul radiologic al cavității abdominale de ansamblu – pentru confirmarea pneumoperitoneumului (aer liber sub diafragm – care pentru prima dată în perforația ulcerului a fost descrisă de către Levi-Dorn (1913)

În cazuri dificile pentru diagnostic s-a recurs la laparoscopie diagnostică, în urma căreia și s-a depistat locul perforației.

Toți pacienții au fost operați în mod urgent. Intervențiile chirurgicale au fost îndeplinite cu ajutorul anesteziei generale.

Profilaxia infecției în perioada intraoperatorie și în cea postoperatorie s-a efectuat prin administrarea antibioticelor. Jugularea durerilor în perioada postoperatorie s-a realizat prin administrarea analgeticilor.

De asemenea, au fost indicați agenți anti H2.

REZULTATE OBȚINUTE

Majoritatea pacienților au fost spitalizați în primele 24 ore. Ponderea persoanelor spitalizate după 24 ore de la

debutul bolii are o tendință crescută: 9,5% în 2003; 3,2% în 2004; 2,2% în 2005; 9,7 în 2006.

În majoritatea cazurilor s-a depistat ulcerul perforat duodenal.

Tipurile intervențiilor chirurgicale folosite sunt:

- Suturarea ulcerului Miculitz – 70 (8,3%)
- Excizia ulcerului Djud – 566 (67,3%)
- Rezecție primară – 150 (17,8%)
- Metodele laparoscopice – 55 (6,6%)

Raportul între intervențiile radicale (vârsta medie a pacienților fiind 43,1 ani) efectuate:

— Bilroth I – 91

— Bilroth II – 15

— Antrumrecepții – 44

Factorii pentru evoluția nefavorabilă a perioadei postoperatorie sunt:

- vârsta înaintată a pacienților;
- prezența peritonitei purulente;
- adresarea tardivă a pacienților.

În ultimii ani, în unele clinici (inclusiv în clinica noastră) se practică suturarea ulcerului perforat cu sau fără vagotomie pe cale laparoscopică.

În clinica noastră au fost efectuate 55 intervenții în legătură cu boala ulceroasă complicată cu perforație prin metoda laparoscopică.

Dintre ele 49 la bărbați și 6 la femei (vârsta pacienților a fost între 15-60 ani, media de vârstă fiind – 25,16 ani).

Dintre ele 54 – din cauza ulcerului perforat al duodenului (localizarea leziunii a fost pe fața anterioară a bulbului duodenal) și 1 caz – din cauza ulcerului acut perforat a stomacului (leziunea localizată în regiunea fundică pe curbura mare).

În 54 de cazuri s-a practicat sutura laparoscopică cu epiploonoplastie cu drenarea cavității peritoneale și 1 caz – cu efectuarea exciziei ulcerului cu piloroplastie și vagotomie trunculară anterioară, drenarea cavității peritoneale.

DISCUȚII

Apariția, în ultimul timp, a preparatelor antiulceroase contemporane a permis în majoritatea cazurilor de a considera suturarea ulcerului perforat ca intervenție chirurgicală de elecție cu aplicarea ulterioară a tratamentului medicamentos [5].

Primul tratament laparoscopic al unui ulcer perforat a fost efectuat de Mouret în 1990 [13].

În unele cazuri (până la 25%) al tabloului clinic dubios datele obiective pentru ulcer perforat lipsesc (aer liber sub diafragm la examen radiologic a abdomenului, semnele indirecte la fibroesofagogastroduodenoscopiei, lichid liber la ultrasonografie a abdomenului) [14]. În asemenea situații tehnica laparoscopică permite efectuarea diagnosticii și, concomitent, suturarea ulcerului perforat [15]. Aplicarea acestei metode contribuie la reducerea perioadei preoperatorie și, astfel, la micșorarea numărului complicațiilor postoperatorii [16].

După datele literaturii, s-a constatat că durata medie a suturării laparoscopice constituie 50 – 135 min., așa dar, necesitatea în analgetice în perioada postoperatorie precoce se micșorează, iar timpul mediu de spitalizare este nu mai mult de 5 – 8 zile [17, 18].

CONCLUZII

1. Actualmente în tratamentul ulcerului perforat cele mai răspândite operații sunt:
 - Suturarea simplă (procedeu Miculitz);
 - Suturarea cu aplicarea omentului pe picioruș (procedeu Opperl);
 - Excizia ulcerului cu piloplastie (Djud);
 - Rezecție primară;
 - Suturarea laparoscopică – standartul de aur în tratamentul acestei maladii.
2. Datorită abundenței preparatelor contemporane antiulceroase în complex cu antibioticele anti H. Pylori vagotomiile, în toate variațiile, au decăzut ca valoare.
3. Suturarea laparoscopică permite reducerea perioadei postoperatorie, micșorând numărul de zile – pat și cantitatea analgeticilor, restabilirea rapidă a tranzitului intestinal la 2–3-a zi, reluarea precoce a activității profesionale, efectul estetic.

BIBLIOGRAFIE

1. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки,

- Хирургия 2001; 1: 27 – 32
2. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия. Москва, 2001.
 3. Kang JY, Elders A, Majeed A, Maxwell J D, Bardhan KD. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2006; 24: 65-79.
 4. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. М., 1997, 410 с.
 5. Dubois F., *New Surgical strategy for gastroduodenal ulcer: Laparoscopic approach, World J. Surg.*, 2000, 14, 3:270-276
 6. Druart M., Van Hee R., Etienne J., Cadière G., Gigot F., Legrand M., Limbosch j., tugilimana M., Van Vyve E., Vibin E., Yvegrneaux J., *Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer / a prospective multicenter clinical trial, Surg. Endosc.*, 1997, 11:1017-1020
 7. Duca S., *Chirurgia laparoscopică*; 2001:285-304.
 8. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. - М.: Либерея, 1999. - 416 с.
 9. Шафалинов В.А., Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у лиц молодого возраста, Автореф. дисс. канд. мед. наук, М. 2000
 10. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки, Киев, 1972-355
 11. Cazacov V., *Evaluarea rezultatelor activității chirurgicale în Republica Moldova-2006-2006, Arta medica*, 2006, 6:3-8
 12. Maloman E., Ghidirim Gh., Cazacov V. *Patologie chirurgicală abdominală de urgență în Republica Moldova, Jurnalul de Chirurgie, Iași*, 2007, vol. 3, nr 1:36 – 40
 13. Mouret P., Francois Y., Vignal J., Barth X., Lombard-Platet R., *Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer, Br. J. Surg.*, 1990, 77: 1006
 14. Кригер А., Ржебаев К., Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопическом ушивании перфоративных гастродуоденальных язв, *Эндоскоп. хир.*, 1999, 3:7-10
 15. Tasseti V., Valvano L., Navez B., Mutter D., Scohy J., Evrand S., Marescaux J., *Perforated peptic ulcer and laparoscopic treatment, Minerva Chir* 1998,53, 10:777-780
 16. Гуляев А., Ярцев П., Самсонов В., *Видеолапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв, Эндоскоп. хир.*, 2001, 2:16
 17. Lau W., Leung K., Zhu X., Lam Z.H., Chung S.C.S., Li A.C.K., *Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer, Br. J. Surg.*, 1995, 82; 6:814-816
 18. Matsuda M., Nishiyama M., Hanai T., Saeki S., Watanabe T., *Laparoscopic omental patch repair for perforated peptic ulcer, Ann. Surg.* 1995, 221:236-240

1. Обширно-крупное кровоотделение / пер
2. Эндоскопия 3. Ушивание. кол. VSDV

B14

TRATAMENT ENDOSCOPIC AL CHEAGULUI ADERAT ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE NON-VARICEALE

ENDOSCOPIC TREATMENT OF ADHERENT CLOT IN NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Ghidirim Gh¹, Guțu E², Dolghii A³, Cernetchi E⁴

¹ – Catedra Chirurgie nr.1 "N.Anestiadi", USMF "Nicolae Testemițanu"

² – Catedra Chirurgie Generală, USMF "Nicolae Testemițanu"

³ – IMSP CNPȘDMU

⁴ – IMSP SCM nr.1

SUMMARY

Reliable decreasing of rebleeding rate associates active removing of adherent clot in chronic gastroduodenal ulcers. Clot removal from the ulcer base may contribute to clearly visualization and correctly assessment of stigmata responsible for bleeding, with subsequent targeted paravascular injection of haemostatic agent. In contrast, small sizes of both defect and overlaying clot do not prevent for adequate endoscopic hemostasis in patients with acute non-variceal upper gastrointestinal lesions.