

19. SIMS C., STYLOPOULOS N., CLAVIJO J., BARLOW C. *Histologic characteristics of laparoscopic saline-enhanced electro-surgery of liver and splenic injuries*. Surg. Endosc. 2003, Nov; 17 (11): 1739 - 43.
20. ГУДУМАК В.С., КАШИНСКИЙ Ю.Б., МАРЧЕНКО В.П. *Множественная и сочетанная травма сопровождающая шоком*. Кишинёв, Штиинца 1993: 239р.
21. ЖУРАВЛЁВ С.М., ТЕОДОРАКИС К.А. *Причины смертности населения от травм*. // Ортопедия, травматология и протезирование, 1993; 1: 42 - 44.
22. КОЗЛОВ К.К., ШАЛЯПИН В.Г., МАМОНТОВ В.В., ФИЛИППОВ А.А., ОСТРОУХОВ Н.Ф., КОРЖУК М.С., ПИЛИПЕНКО А.П. *Применение импульсной плазменной струи при травмах печени*. Вестник хирургии им. Грекова, Том 162. Nr.2, 2003, с 42-45.
23. КОРЛЭТЯНУ М.А., БЕЦИШОР В.К., БУРУНСУС В.Д. *Тяжелые сочетанные черепно-мозговые травмы и повреждения опорно-двигательного аппарата*. Кишинёв, Штиинца, 1990: 156.
24. МИНЕЕВ К.П., ШЕВАЛЕВ Г.А., ЧЕКОМАСОВ С.В. *Причины смертельных исходов при политравме*. Саранск, 1993: 8.
25. РОМАНЕНКО А.Е. *Закрытые повреждения живота*. Изд. «Здоровья», Киев, 1985, 207р.
26. РЫБАЧКОВ В.В., УТКИН А.К., БАРАНОВ Г.А., СЕРЕБРЯКОВ В.Н., СМИРНОВ Е.В., ПАВЛЫЧЕВ Р.Х., ТЕВЯШОВ А.В., ШВЕЦОВ П.В. *Диагностические и лечебные возможности лапароскопии при травматических повреждениях брюшной полости*. В книге: "Итоги и перспективы малоинвазивной хирургии при неотложных состояниях: Сборник научных трудов Выездного пленума проблемной комиссии" неотложная хирургия Межведомственного научного совета по хирургии РАМН и Минздрава РФ", Ярославль 2001:108 - 110.

**HEMORAGIILE RETROPERITONEALE
ÎN TRAUMATISMUL ASOCIAT PELVIO-ABDOMINAL
Gheorghe Ghidirim, Vladimir Kusturov,
Irina Paladii, Beschieru Eugeniu, Alena Vizitiu
Catedra chirurgie №1 "N. Anestiadi",
Laboratorul de chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova**

Summary

Retroperitoneal haemorrhages in the associated pelvio-abdominal trauma

The study 102 cases of the patients with associated pelvio-abdominal trauma complicated with retroperitoneal haemorrhage shows diagnostic difficulties because of the simptomatological diversity of the injured organs. Pelvio-abdominal injuries is one of the most severe form of the associated trauma that results in 49,02% of mortality. Diagnostic establishing of the retroperitoneal haemorrhage needs the application of mini invasive methods.

Rezumat

Studiu a 102 fișe de observații a pacienților cu traumatism asociat pelvio-abdominal, complicat cu hemoragii retroperitoneale denotă dificultăți de diagnostic, grație divertismentului mult prea larg al simptomatologiei organelor lezate. Leziunile pelvio-abdominale reprezintă una din cele mai grave forme a traumatismului asociat ce se soldează cu o mortalitate de 49,02%. Stabilirea diagnosticului hemoragiilor retroperitoneale necesită aplicarea metodelor miniinvazive.

Actualitatea temei

Traumatismul este o problemă actuală cu aspect medico-social, care este caracterizat printr-o mortalitate înaltă și invalidizare precoce, grație dezvoltării rapide a progresului tehnico-științific, a urbanizării populației și a măririi numărului de transport cu viteză maximă [16].

La 11%-70% din traumatizați lezarea organelor interne se combină cu hematom retroperitoneal [6,17].

Actualmente nu se observă tendința spre micșorarea numărului accidentațiilor cu hemoragii retroperitoneale [2,5]. Frecvent hemoragiile retroperitoneale se determină în traumatismul pelvio-abdominal asociat. După datele literaturii lezarea bazinului în 25% cazuri se combină cu afectarea altor organe și se consideră una din cele mai complicate și severe traume [6,9,12].

Hemoragiile retroperitoneale posttraumatice ocupă un loc dificil în trauma abdominală. Ele se includ într-un compartiment complicat în chirurgia de urgență, deoarece ocupă un loc deosebit în leziunile abdominale, care camuflează lezările severe ale organelor: duodenului, rinichilor, mezoului intestinului gros și subțire, pancreasului, etc. Cauzele de bază a erorilor de diagnostic sunt într-o strânsă legătură cu dezvoltarea sindromului abdomenului acut [4,5,6,14,15].

Unele întrebări de diagnostic și tratament în traumatismul pelvio-abdominal, complicat cu hemoragie retroperitoneală, sunt dificile și până în prezent nerelătate în chirurgia de urgență [3,6,8,9,14].

Datele lui Молитвословов, Бирюков (2004) ne mărturisesc, că necătând la numărul sporit al metodelor diagnostice ce sunt implicate în depistarea leziunilor organelor intraabdominale, uneori abaterea de la algoritmul diagnostic și indicațiile pentru aplicarea lui în practica, induce la acordarea tardivă a ajutorului medical și efectuarea laparotomiei diagnostice nemotivate până la 44% [3]. Toate acestea determină necesitatea studierii particularităților de diagnostic și a conduitei medico-chirurgicale la bolnavii cu traumatism pelvio-abdominal cu suspecția la hemoragie retroperitoneală, pentru îmbunătățirea rezultatelor investigațiilor și tratamentului.

Obiectivele lucrării

Studierea particularităților de diagnostic a hemoragiei retroperitoneale în traumatismul pelvio-abdominal.

Materiale și metode

Au fost studiate retrospectiv 102 fișe de observații a pacienților cu traumatism asociat pelvio-abdominal, complicat cu hemoragii retroperitoneale, ce au fost spitalizați în perioada anilor 2000-2007 în CNȘPMU. Bărbați au fost - 70 (68,62%), femei - 32(31,37%). Vârsta pacienților variază între 16 și 80 ani (vârsta medie 37,97). Persoanele apte de muncă au alcătuit - 96 (94.11%) pacienți. Cauzele principale ale leziunilor au fost: accidentele rutiere - 64 (62.74%), catatraumele - 32 (31,37%), strivire între două planuri dure - 3 (2,9%), alte cauze - 3 (2,9%). Termenele spitalizării traumatizaților în funcție de timpul scurs de la traumă sunt prezentate în felul următor: până la 1 oră - 77 (75,49%) pacienți, până la 2 ore – 11 (10,78%) pacienți, pînă la 3 ore – 4 (3,92%) pacienți, 3- 6 ore -2 (1,96%) pacienți, 6-24 ore de la trauma – 3 (2,9%) pacienți, după 24 ore – 6 (5,88%) pacienți. Din ei - au decedat la internare, în primele 2 ore după trauma - 12 (11,76%) pacienți, în următoarele zile de la traumă au decedat- 38 (37,25%).

Examennul clinic a traumatizaților a constatat starea gravă la 80 (78,43%) pacienți, starea foarte gravă la 11 (10,78%) pacienți și în stare agonală sau internat 11 (10,78%) pacienți. Trauma cranio-cerebrală de gradul I-II s-a depestat la 74 pacienți: cu comotie cerebrală - 38 (51,35%) pacienți; 12 (16,21%) persoane au fost internate fără cunoștința.

Investigațiile sonoimagistice: USG (44 pacienți); radioimagistice: radiografia a abdomenului (4 pacienți); radiografia bazinului (102 pacienți cu diverse fracturi ale bazinului); radiografia toracelui (91 pacienți) determină fracturi ale coastelor (52), HPT (6), ruptura

diafragmei (6); radiografia extremităților a constatat: fracturi ale membrilor superioare (30), membrelor inferioare (49). Tomografia computerizată s-a efectuat la 1 pacient.

Laparocenteza a fost efectuată în 79 cazuri, cu depistarea hemoperitoneumului în 44 cazuri; laparoscopia s-a aplicat în 30 cazuri; laparotomia s-a efectuat la 78 pacienți. La 70 pacienți în timpul laparotomiei s-a diagnosticat hemoragie intraabdominală, în volumul mediu al hemiperitoneului – 893,4ml.

Corecția chirurgicală a leziunilor grave a fost componentul de bază a măsurilor antișoc și de reanimare. Au fost lezate următoarele organe: splina (31), ficatul (24), intestinul subțire (17), vezica urinară (16), mezourile intestinale (17), intestinul gros (10), diafragma (6), rinichii (4), omentul mare (4), duodenul (4), colecistul (2), aorta (1), vena cavă (1), stomac (1), uretra (1).

La toți 102 bolnavi la diverse etape de diagnostic și tratament s-a depistat hemoragie retroperitoneală. Hematomul retroperitoneal în timpul laparotomiei a fost deschis și examinat la 7 pacienți, drenat în 6 cazuri, în 3 cazuri a fost efectuată tamponada, iar într-un caz s-a recurs la suturarea cu tamponadă hematoului.

Stabilirea diagnosticului la pacienții cu leziuni ale organelor abdominale, asociate cu fracturile oaselor pelvine a fost efectuată prin aplicarea următoarelor metode de examinare:

1. Examen clinic: anamneza; inspecția generală, starea neurologică și gradul de dereglare a cunoștinței. 2. Examenul de laborator. 3. Metode suplimentare paraclinice de investigație: sonomagistice (ultrasonografia); radiomagistice (radiografia de ansamblu a abdomenului, bazinului, toracelui, tomografia computerizată); 4. Metode instrumentale de investigație (laparocenteza, laparoscopia), 5. Laparotomia.

Rezultate și discuții

Traumatismul asociat în cadrul leziunilor pelvio-abdominale nu este o sumare simplă a diverselor leziuni. Dereglările severe în diverse sisteme și în organele vitale ale accidentaților, hemoragiile masive și dereglările enervației periferice - sunt procese patologice, care se suprapun și ca rezultat determină dezvoltarea șocului și starea gravă a pacientului [1,7,10,11,13].

Diagnosticul clinic în traumatismul pelvio-abdominal, complicat cu șoc este foarte dificil. Majoritatea pacienților (96) au fost spitalizați în stare de șoc de diferit grad: gr.I - 7 (6,86%) pacienți, gr.II - 23 (22,54%), gr.III - 20 (19,6%) pacienți, gr.IV - 46 (45,09%) pacienți.

Numărul mare de organe lezate (organe cavitare - 53 (51,96%), organe parenhimate - 59 (57,84%), alte leziuni - 27 (26,47%)) și sisteme la pacienți cu traumatism pelvio-abdominal determină starea gravă a pacienților.

La pacienții cu traumatism pelvio-abdominal am folosit scorul severității traumei - ISS [7]: până la 19 p.- 3 pacienți, 20-50 p. - 47 pacienți, 50-75 p. - 2 pacienți.

La internare au decedat 12 (11,76%) pacienți, 38 (37,25%) bolnavi au decedat în următoarele 3 zile din momentul traumei. În grupul dat gradul aprecierii gravității traumei după scara ISS la pacienți mai mult de 60, bolnavii decedați în timp de peste 72 ore din momentul traumei.

Unele particularități de diagnostic la pacienții dați apar chiar la primele etape de investigație. Culegerea anamnezei și examinarea clinică complicată este favorizată de traumatismul cranio-cerebral (74 pacienți), din ei 12 (16,21%) persoane au fost internate fără cunoștința, 38 (51,35%) traumatizați au avut comotie cerebrală, iar în stare de ebrietate sau internat 24 persoane. Avînd în vedere că, informația despre mecanismul, timpul traumei, etc. la acești bolnavi lipsește, ei au nevoie de investigații clinice mai detaliate: examen clinic mai amănunțit, cu aprecierea Ps, T/A, ECG, FR, palpație, percuție, auscultație și efectuarea analizelor de laborator în dinamică. Mecanismele compensatorii în perioada acută a bolii se mențin anumit timp în stare satisfăcătoare, care pot brusc să se înrăutățească. De aceea acești pacienți trebuie să aibă o prioritate în investigațiile diagnostice și să fie permanent sub supraveghere, până la stabilirea diagnosticului definitiv. Din 102 internați, tabloul clinic de abdomen acut s-a depistat la 15 (14,7%) pacienți, la 13 (12,74%) pacienți - simptome peritoneale dubioase, la 74 (72,54%) pacienți simptomele peritoneale nu s-au depistat. Tabloul clinic de abdomen acut la acești traumatizați poate fi prezent și în cazul afectării organelor intraabdominale și în cazul hemoragiei

în spațiul retroperitoneal, fără lezarea organelor abdominale. Diagnosticul diferențiat al hemoragiilor intraabdominale și retroperitoneale în traumatismul pelvio-abdominal, determină tactica tratamentului, deoarece hemoragiile retroperitoneale în majoritatea cazurilor se tratează conservativ [3,6]. Din 15 (14,7%) pacienți, internați cu tabloul clinic de abdomen acut, la un pacient aceste simptome au fost simulate de hematumul retroperitoneal, diagnosticată laparoscopic. Pacientul a fost tratat conservativ. La 13 (12,74%) pacienți au fost semnele peritoneale dubioase (lezarea organelor intraabdominale nu a fost apreciată la 2 pacienți, tabloul dubios al peritonitei a fost simulat de hematumul retroperitoneal, justificată într-un caz laparoscopic, iar în al doilea caz în urma laparotomiei).

În fracturile bazinului hemoragiile de o intensitate diferită persistă permanent, deoarece hemoragiile retroperitoneale se întâlnesc numai ca un component a traumei asociate pelvine. Trebuie de accentuat, că în caz de fractura inelului posterior pelvin, se formează hematumul retroperitoneal vădit. În cazurile când radiografia nu depistează fracturile oaselor pelvine, dar se depistează hematumul retroperitoneal masiv al acestei regiuni, trebuie de gândit și la fracturile osoaselor pelvine, care pot fi diagnosticate la TC. Pacienții cu traumatism pelvio-abdominal cu fracturi ale inelului pelvin posterior, fără semne vădite a lezării organelor intraabdominale după datele controlului USG, laparocentezei sau a laparoscopiei, necesită tactică conservativă chiar și în prezența sângelui în cavitatea abdominală. Hemoperitoneumul în aceste cazuri este cauzat de scurgerea prin deapedează a sângelui din hematumul retroperitoneal în marea cavitate peritoneală.

După indicații: USG efectuat la 44 pacienți care a determinat „lichid liber în abdomen” la 24 pacienți, la 1 pacient s-a diagnosticat pareza intestinală, ce este un simptom precoce a hematumului retroperitoneal. La 79 (77,45%) pacienți cu suspecție la hemoperitoneum s-a efectuat laparocenteza, pozitivă în 44 cazuri, negativă - în 30 de cazuri și cu rezultate dubioase - în 5 cazuri. Laparocenteza a fost fals-negativă în 13 cazuri, fals-pozitivă în 3 cazuri (în 2 cazuri s-a recurs la laparoscopia, iar într-un caz la laparotomie). În cazuri dubioase bolnavii se aflau sub supraveghere. În 5 cazuri după laparocenteza negativă, peste 0,5-3 ore au apărut semne de hemoragie intraabdominală. Acești bolnavi au beneficiat de laparoscopie diagnostică.

Laparoscopia a fost efectuată la 30 de pacienți. Laparoscopic la 4 pacienți stabilit diagnosticul definitiv. Acești bolnavi nu a fost operați și au beneficiat de tratament conservativ. Hematomul retroperitoneal a fost diagnosticat la 3 laparoscopii. La un pacient tabloul clinic de lezare a splinei decurgea atipic: semnele de hemoragie intraabdominală pe fonul fracturii oaselor bazinului au fost dubioase. Efectuarea laparoscopiei - negativă, pacientul sa aflat sub supraveghere, și cu semne de hemoragiei intraabdominale continuate, efectuată laparotomia și stabilit diagnosticul lezarea splinei. Studiul nostru confirmă concluziile lui Bocarev precum, că laparoscopia nu poate fi metoda de bază în diagnosticarea lezării intraabdominale la pacienți cu traumatism asociat. Efectuarea laparoscopiei este limitată de gravitatea leziunii, informativitatea mică (69,2%) și capacitatea negativă de acționarea asupra sfârșitul traumei [3]. Una din particularitățile hemoragiilor retroperitoneale în traumatismul pelvio-abdominal este camuflarea lezărilor concomitente. Tabloul «abdomenului acut» în așa cazuri duce la aplicarea pe larg a laparotomiilor diagnostice. Laparotomia diagnostică efectuată în cazurile de diagnostic dificil este o intervenție riscantă, agravează starea traumatizatului și poate provoca deces. După datele literaturii în diagnosticul pacienților cu traumatism asociat, gravitatea leziunilor, după scara ISS a fost relativ joasă - 23,4p. [3]. Letalitatea prognozată la aceștia indicii ISS nu trebuie să depășească 25%, dar a constituit 32,1%. Laparotomia a fost efectuată la 78 pacienți. Lezarea organelor cavității abdominale a fost depistată la 74. În 4 cazuri laparotomia a avut caracter diagnostic. Diagnosticul de hemoragie retroperitoneală a fost confirmat intraoperator în 49 cazuri. Hemoragia retroperitoneală este rezultatul fracturii oaselor bazinului, lezării viscerelor retroperitoneale sau a vaselor sangvine. În cazul lezărilor asociate a organelor intra- sau retroperitoneale, hematumul este unicul semn al afectării organului retroperitoneal. Este cunoscută tactica clasică, când fără indicații precizate este nerațional deschiderea hematumului, din motivul dificil a depistării sursei de hemoragie. După datele literaturii revizia organelor prin hematom poate induce la diagnosticarea tardivă a lezării organelor cavității retroperitoneale

[5,15]. După datele noastre un pacient a fost luat la operație repetată, unde a fost efectuată suturarea vezicii urinare cu epicistostomă. Trauma dată a fost camuflată de un hematom retroperitoneal masiv. La 102 bolnavi cu traumatism pelvio-abdominal complicat cu hemoragie retroperitoneală, diagnosticul a fost stabilit prin următoarele metode: USG (1 caz), laparoscopia (3 cazuri); intraoperator (49 pacienți). La 12 (11,76%) pacienți (decedați la internare) diagnosticul a fost stabilit postmortem. În (37 cazuri) hematoma retroperitoneală a fost diagnosticată la etapele de conduită medico-chirurgicală, în intervențiile repetate induse de procesele purulente al spațiului retroperitoneal, în timpul pregătirii pentru osteosinteza bazinului, patanatomic. Datele mai sus enumerate confirmă complicitatea diagnosticării hemoragiei retroperitoneale și necesitatea accentuării diagnosticului hemoragiei retroperitoneale prin metode miniinvasive.

Concluzii

Traumatismul pelvio-abdominal reprezintă una din cele mai grave și dificile forme a traumatismului asociat ce se soldează cu o mortalitate de 49,02%.

În traumatismul pelvio-abdominal asociat simptomatologia hemoragiilor retroperitoneale este camuflată de simptomatologia leziunilor intraabdominale.

Este necesar de a accentua necesitatea stabilirii diagnosticului hemoragiilor retroperitoneale prin metode miniinvasive.

Bibliografia

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Иоффе Ю.С. Диагностика и лечение поврежденных органов брюшной полости в сочетании с черепно-мозговой травмой // Хирургия-1985.- № II.- с. 37-42.
2. Абакумов М.М., Шарифуллин Ф.А., Ишмухаметов А.И. Применение компьютерной томографии в диагностике повреждений груди и живота // Актуальные вопросы неотложной хирургии: Сб. науч. тр. Пленума проблемной комиссии по неотложной хирургии. Ярославль, 1994.- с. 110-114.
3. Бокарев М.И., Молитвословов А.Б., Ю.В. Бирюков, Сергеев С.В. Лапароскопия в диагностике повреждений живота у пациентов с сочетанной травмой.// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова- 2004.- № 7-с.23-25.
4. Владимирова.Е.С., Абакумов.М.М. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях печени. Хирургия им. Пирогова 1997 №3.- с. 53-57.
5. Гнатюк Б.М., Диагностика забрюшинных гематом //Вестник хирургии -1994.- №5-6.- с. 79- 83.
6. Горшков С.З., Волков В.С., Виноградов Е.В. Забрюшинные посттравматические гематомы.// Советская медицина-1981.- №12, Москва – с.89-91.
7. Гуманенко.Е.К., Бояринцев.В.В., Ващенко.В.В., Супрун.Т.Ю. Методология объективной оценки тяжести травм. Вестник хирургии им. Грекова, Том 156, №2.- с- 55.
8. Доброквашин С.В. Виды посттравматических забрюшинных кровоизлияний, их интраоперационная верификация и лечение. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук, Казань, 1991, С.20.
9. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Владимирова Е.С. Актуальные вопросы диагностики и лечения закрытых повреждений живота // Актуальные вопросы неотложной хирургии.- М.,1999.-с.26-30.
10. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Экстремальное состояние организма.- СПб.: Эскулап,1997.- 304 с.
11. Лебедев В.В., Охотский В.П., Каншин Н.Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях.-М.,1980.- С.185.
12. Лебедев.Н.В., Абакумов.М.М., Маларчук.В.И. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме. // Хирургия, 2002; -№12,- 53-58.

13. Лебедев.Н.В., Маларчук.В.И., Абакумов.М.М. Особенности диагностики и лечения сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмы Вестник. Российского Университета Дружбы народов 2000; №3: с.107-110.
14. Платошкин Э.Н. Роль посттравматических забрюшинных кровоизлияний в развитии пареза кишечника. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук, Минск, 1993, С. 22.
15. Романенко А.Е «Закрытые повреждения живота». Изд. «Здоровья», Киев, 1985, с. 200.
16. Соколов В.А., Множественные и сочетанные травмы.// Практическое руководство для врачей травматологов/ М., 2006, с. 35-38.
17. Тейтельбаум И. Б., Бабенко Н.Г. Забрюшинные гематомы при травмах органов живота.// Клиническая хирургия - 1980.- № 3-4, Киев - с. 26- 29.

TUMORILE PANCREATICE, AMPULARE ȘI A PAPILEI DUODENALE MARI - PARTICULARITĂȚILE DE DIAGNOSTIC, ATITUDINE TERAPEUTICĂ

Vladimir Hotineanu, Adrian Hotineanu, Anatol Cazac, Valeriu Bogdan, Alic Cotonet, Valeriu Pripa, Ion Cărăuș

Laboratorul științific „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, Republica Moldova

Summary

Tumors of pancreas, ampulla and major duodenal papilla peculiarities of diagnosis, therapeutical attitude

Study presents retrospective analysis of 860 patients with pancreatic tumors, of ampul and major duodenal papilla (MDP), treated during the period 1990-2008 years. Pathomorphological examination recorded the following results: acinocelular cancer – 10(1,16%), adenocarcinoma – 643(74,78%), cystadenocarcinoma – 99(11,51%), carcinoid – 31(3,6%), cancer of MDP – 70(8,14%) ampular cancer – 7(0,8%).

Rezumat

Studiul prezintă o analiză retrospectivă a unui lot de 860 pacienți cu tumori pancreatice, ampulare și a PDM tratați în perioada 1990-2008. Examenul patomorfologic realizat a condus la constatarea următoarelor rezultate: cancer acinocelular -10(1,16%), adenocarcinom pancreatic – 643(74,78%), chistadenocarcinom pancreatic – 99(11,51%), carcinoid pancreatic – 31(3,6%), cancer PDM-70(8,14%), cancer ampular – 7(0,81%). Supraviețuirea maximală pentru cazurile de carcinoid pancreatic a fost de 8 ani, pentru cancer pancreatic supraviețuirea medie pe grup de 26 luni, supraviețuire maximală de 4 ani, pentru cancer a PDM-30 luni, supraviețuire maximală - 4,5ani.

Actualitatea temei

Neoplasmele pancreatice, ampulare și a papilei duodenale mari (PDM) reprezintă unele din cele mai frecvente cauze de deces, cu o creștere de 3 ori în ultimii 40 de ani și cu cea mai scăzută rată de supraviețuire. În pofida progreselor tehnice importante de care au beneficiat în ultimul timp investigațiile imagistice și a preocupărilor continui de a stabili criterii de detectare a tumorilor pancreatice în formele incipiente, doar 3-22% din cazuri sunt diagnosticate într-un stadiu operabil [1-11].

Obiectivul studiului

Analiza rezultatelor investigațiilor în diagnosticul tumorilor pancreatice, ampulare, a papilei duodenale mari (PDM) și estimarea rezultatelor retrospective a tratamentului chirurgical.