

5. În tratamentul chirurgical al AIGS este obligatorie atitudinea radicală – înlăturarea focarului purulent (anexectomie în caz de anexită cronică) și a factorului cauzant (înlăturarea dispozitivului intrauterin);
6. Se practică o atitudine de cruțare referitor la procedurile chirurgicale pe intestinul, implicat în procesul purulent. În special, în caz de un proces agresiv, răspîndit, după aplicarea suturilor pe porțiuni deserozată, după instituirea anastomozei, se practică aplicarea unei stome proximal de locul aplicării suturilor sau anastomozei cu scop de profilaxie a insuficienței suturilor. Cu același scop se efectuează intubare transanală a colonului cu o sondă perforată (cu propulsare a capătului intern cu 15-20 cm proximal de locul aplicării suturilor), cu devulsia anusului;
7. În perioada postoperatorie tratamentul antibacterian se face după schema cu 3 preparate: Metronidazol, Cefalosporin de generația II-III, Lincomicină. În continuare tratamentul se corijează în dependență de rezultatele examenului bacteriologic. Se mai recomandă lavajul cavității abdominale prin drenuri cu Kanamicină ori Dioxidină timp de 2-3 zile.

Bibliografie

1. **Friptu V., Metaxa I., Cernetchi O.** Afecțiunile purulento-septice în obstetrică. // Chișinău, 2005, p. 110-145.
2. **Tanir HM., Hassa H., Ozalp S., Kaya M., Oge T.** Pelvic abscess in intrauterine device users. // The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, Volume 10, Issue 1, 2005, p. 15-18.
3. **Webb E. M., Green G. E. , Scutt L. M.** Adnexal mass with pelvic pain. // Clinical Radiology Journal of North America 42:329, 2004.
4. **Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э. Д.** Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. // Санкт-Петербург, “Спец-Лит”, 2005.
5. **Иванов Е. Г.** Лечение воспалительных tuboовариальных образований. // Журнал “AW: Акушерство и Гинекология в World Wide Web.”, №3, 2002, (он-лайн версия: helmi.ru/aw/articles/Article7.htm).
6. **Стрижаков А. Н., Подзолкова Н. М.** Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. // Москва, “Медицина”, 1996.

DIAGNOSTICA ȘI TRATAMENTUL CHIRURGICAL A HERNIEI HIATALE ȘI A BOLII DE REFLUX GASTROESOFAGIAN

**Vladimir Iacob¹, Eugen Guțu¹, Eduard Cernetchii²,
Vasile Guzun², Vladimir Malinovski²**

¹Catedra Chirurgie Generală și Semiologie „Nicolae Testemițanu”

²Spitalul Clinic Municipal Nr. 1

Summary

Diagnosis and surgical treatment of hiatal hernial and gastroesophageal reflux diseases

During four months (February - May 2009) in General Surgery Department of Medicine and Pharmacy State University “Nicolae Testemithanu” 20 patients with hiatal hernia and gastroesophageal reflux diseases were treated by surgical way. Clinical, X-ray, pH monitoring and endoscopic methods of diagnostic were used. Laparoscopic method of treatment was possible in 19 cases. In five cases was applied simultaneously operation: in four cases - cholecystectomy, and in one case – hernioplasty with prosthetic mesh for incisional eventration.

Rezumat

Pe parcursul a patru luni (februarie – mai 2009) în clinica Chirurgie Generală și Semiologie a USMF „Nicolae Testemițanu” au fost tratați chirurgical 20 de pacienți cu hernii hiatale și boala de reflux gastroesofagian. Pentru diagnostic au fost utilizate datele clinice, radiologice, endoscopice și pH-metria diurnă. Rezolvarea laparoscopică a fost posibilă în 19 cazuri. La patru pacienți simultan s-a efectuat și colecistectomia laparoscopică, iar la un pacient hernia hiatală rezolvată laparoscopică a fost asociată cu hernioplastia cu plasă a unei hernii ventrale postoperatorii.

Introducere

Dezvoltarea chirurgiei laparoscopice a regiunii esogastrice în ultimii ani a contribuit la producerea revoluției atât în tratamentul bolnavilor cu diferită patologie a acestei regiuni, cât și în abordul etiopatogenetic al herniilor hiatusului (HH) esofagian și a bolii de reflux gastroesofagian (BRGE) [1, 3, 4, 7, 9]. Boala de reflux gastroesofagian este o patologie ce se întâlnește aproximativ la 75% de pacienți cu HH [2]. Chirurgia patologiei date s-a îmbunătățit odată cu înțelegerea mai bine a proceselor patofiziologice în BRGE și cu dezvoltarea referințelor tehnice [1, 3]. Abordul laparotomic în tratamentul HH este cu mult mai deficil atât tehnic cât și cosmetic în comparație cu cel laparoscopic. Examinarea clasică radiologică nu întodeauna confirmă HH. Examinarea endoscopică a HH nu este pe deplin elucidată și cunoscută de medicii endosopiști. Adesea endosopiștii sunt focalizați pe cercetarea regiunii piloroduodenale, iar modificările regiunii esogastrice rămânând în umbră și fiind depistate numai cele majore (cancer, varice cu hemoragie sau HH majore). Și, deci această categorie de pacienți cu simptomatologie de dispepsii gastrice așa ca dureri periodice retrosternale, pirozis, disconfort epigastral, regurgitații acide sau amare sunt sortiți de a nu-și găsi cauza bolii, deci de a nu fi tratați.

Scopul cercetării

De a studia caracteristicile clinice, radiologice, endoscopice și pH-metrice a pacienților cu HH și BRGE; de a studia și analiza rezultatele tratamentului chirurgical laparoscopic al bolnavilor cu HH și BRGE.

Materiale și metode

Timp de patru luni (februarie – mai) 2009 în clinica Chirurgie Generală și Semiologie a USMF „Nicolae Testemițanu” pe baza SCM nr.1 au fost supuși tratamentului chirurgical 20 de pacienți cu BRGE și HH. Repartizarea pe sex: bărbați au fost – 6(30%) și femei – 14(70%). Vârsta cuprinsă între 19 ani și 76: pînă la 20 ani un pacient (5%), 21-40 ani – 3(15%); 41-60 ani – 12(60%); mai mult de 70 – 2(10%) bolnavi. Durata bolii la 4(20%) pacienți a constituit pînă la 2 ani; la 4(20%) pînă la 5 ani, la 8(40%) pînă la 10 ani și la 4(40%) bolnavi anamneza a alcătuit mai mult de 10 ani. Pentru diagnosticarea patologiei pacienții au fost supuși examenului clinic, radiologic, ecografic, endoscopic și pH-metriei esogastrice timp de 24 ore.

Rezultate

La examinarea clinică la 10(50%) pacienți semnul de bază s-a stabilit a fi pirozisul. Acest semn clinic la patru pacienți (20%) apărea la orice efort fizic îndeosebi la înclinația corpului anterior. În trei cazuri (15%) apogeul pirozisului era asociat cu dureri pronunțate în epigastriu, hipersalivație, vomă și apariția tusei uscate. Tratamentul conservator cu antisecretorii și antacide s-a constatat la 14(70%) pacienți. La 8(40%) bolnavi ce au urmat tratament conservator sa constatat dispariție pirozisului numai pe perioada de tratament. Îndată ce tratamentul se stopa pirozisul reapărea. La restul 10(50%) bolnavi semnul de bază a fost durerile epigastrale sau retrosternale. La 5(25%) pacienți durerile apăreau după mîncare, la trei (15%) dureri nocturne. Șase (30%) pacienți remarcă apariția durerilor abdominale cu diferită localizare – în două cazuri (10%) dureri mezogastrale, la doi (10%) pacienți durerile în hipohondriul drept și doi (10%) aveau dureri cu localizare în hipohondriul stîng. Deci după cum se observă acești pacienți

prezentau un polimorfism de acuze. Cei zece pacienți cu prezentarea pirozisului ca semn de bază au facilitat focusarea atenției asupra cercetării diagnostice regiunii esogastrice. În patru cazuri (20%) de HH pacienții indicau la dureri în epigastriu fără prezența pirozisului, iar în șase cazuri (30%) pacienții cu HH prezentau un polimorfism de acuze în care durerile epigastrale erau considerate ca principalele acuze, iar pirozisul ca un semn sporadic. La patru pacienți examinările preoperatorii au constatat și litiază biliară iar un pacient cu HH a avut și hernie ventrală postoperatorie ce ocupa spațiul de la xifoid până la ombelic.

La examinarea radiologică numai la 10(50%) pacienți au fost depistate semne radiologice de hernie și la patru (20%) pacienți – reflux gastroesofagian (RGE).

Fibrogastroduodenoscopia (FGDS) efectuată la toți pacienții a constatat patologie a regiunii esogastrice: la 12(60%) pacienți sau stabilit semne endoscopice de HH în asociere cu RGE; în 3(15%) cazuri endoscopic sa stabilit numai RGE cu semne endoscopice de esofagită de reflux (ER) în trei (15%) cazuri endoscopic sa stabilit numai HH cu suficiența sfîncterului esofagian inferior (SEI); în două (10%) cazuri HH tip I era asociată cu esofag scurt. În patru cazuri (20%) endoscopic s-a stabilit insuficiența nu numai a sfîncterului esofagian inferior (SEI) ci și insuficiența sfîncterului piloric și cu reflux duodenogastral (RDG). Din cele 17(85%) cazuri de HH 12 (60%) au fost tip I, 4(20%) de tip II și într-un caz (5%) sa stabilit HH tip III.

La examinarea pH-ului timp de 24 ore a regiunii esogastrice cu localizarea electrozilor în corp și cardia stomacală și în treimea inferioară a esofagului în cazurile de HH asociate cu RGE și esofagită de reflux de diferit grad (12 cazuri) s-a stabilit un număr de RGE cu pH mai mic de 2 ce cu mult depășește norma conform indexului DeMeester [2]. În cele patru cazuri cînd sa stabilit endoscopic insuficiența SEI și a RDG la care pirozisul era pronunțat, la examinarea pH-metrică s-a determinat o curbă pH-metrică neutrală sau puțin alcalină. Această situație se datorește RDG și RGE cu bila ce are un mediu alcalin. La doi (10%) pacienți cu HH examinarea pH-metrică a constatat momentul strangulării epizodice a HH, care s-a dovedit prin coincidența sindromului dolor în epigastriu și retrosternal cu lipsa lumînărilor de RGE pe perioada sindromului dolor, care erau prezente pînă la apariția lor.

Toți cei 20 de bolnavi au fost supuși tratamentului chirurgical laparoscopic. Într-un caz (5%) din cauza defectului mare a hiatusului esofagian s-a efectuat crurorafie (CR) posterioară și anterioară asociată cu fundoplicatura (FP) Tuopet. Conversie la acces laparatomic s-a efectuat într-un caz (5%), fiind condiționat de hepatomegalie, preponderent din contul lobului stîng, ce a contribuit la lezarea ficatului cu hemoragie, ce a deminuat vizibilitatea și claritatea imaginii ce a făcut imposibilă continuarea laparoscopică a operației. În toate 19 (95%) cazuri s-a efectuat CR posterioară și FP Nissen. La patru pacienți (20%) operația de CR și FP Nissen a fost asociată și cu colecistectomie laparoscopică (CEL), datorită litiazei biliare, iar la un pacient (5%) cu herniotomie ventrală și hernioplastie cu plasă sintetică. Durata intervenției în cazul numai CR cu FP a fost de 100 min, cu maxim de 330 min și minim de 50 minute. În cazul asocierii cu colecistectomie laparoscopică (CEL) durata alcătuia 160 min, iar în cazul asocierii cu herniotomie vantrală – 240 min. Examinarea clinică a pacienților operați în perioada postoperatorie precoce și pînă la două luni după operație a pus în evidență apariția la 8(40%) pacienți dereglări funcționale al tranzitului esofagian. La 5 din ei aceste dereglări funcționale au dispărut la a 20 zi după operație sub acțiune unui tratament conservator cu spasmolitici și corecție alimentară. La trei pacienți dereglările ușoare de tranzit sau menținut pînă la a 30-35-a zi postoperator, care ulterior sinestătător au dispărut. La toți acești pacienți în perioada preoperatorie s-a constatat o insuficiență de SEI și un esofag atonic.

Discuții

Simptomatologia HH și a BRGE este polimorfă și este dependentă de cîteva momente: (1) mediul pH din stomac; (2) dereglarea tonusului muscular al sfîncterelor tractului digestiv și anume al sfîncterului esofagian inferior (SEI) și al sfîncterului piloric (SP); (3) dereglarea motilității tubului digestiv; (4) refluxului acid sau alcalin în esofag; (5) apariția complicațiilor acestei patologii. Desigur acești factori sunt de bază, dar există și așa numiții factori provocatori

cum sunt cei ce vor crea condiții de mărire a presiunii intraabdominale, cum sunt efort fizic, constipații, traume, gravidități et.alt. Înțelegerea mecanismelor etiopatogenetice stau la baza selecției tratamentului adecvat ce va ameliora starea pacientului. Este de menționat că 8 din cei 14 pacienți ce au urmat tratament conservator au constatat dispariția semnelor de RGE numai pe intervalul de administrare al preparatelor. La stoparea administrării simptomatice reapărea peste un interval scurt de timp. Acest moment obliga pacientul ca să folosească permanent preparate antisecretoarii. Similare informații persistă și în literatura pe specialitate, care constată reapariția simptomatice de RGE după încetarea utilizării antisecretoariilor în 50-60%. [4] Aceste date argumentează utilitatea chirurgiei de antireflux.

Pentru diagnostică HH și a BRGE pentru înțelegere mai profundă a etiopatogeniei sunt utilizate diferite metode ca esofagogastroscoopia cu sau fără prelevarea biopstatelor, examinarea radiologică a acestei regiuni, pH-metria diurnă, esofagomanometria și chiar ultrasonografia regiunii esogastrice. Până la răspîndirea largă a metodei endoscopice metoda radiologică era considerată ca cea mai indicată în stabilirea HH. Examinările noastre sunt mai contraversate prin faptul că metoda radiologică a stabilit HH numai în 50% cazuri iar RGE depistat la 20%. Deci, sensibilitatea acestei metode este destul de joasă. Examinările FGDS în toate cele 20 de cazuri a stabilit patologie regiunii esogastrice, deci această metodă este net superioară metodei radiologice prin faptul că direct se cercetează regiunea și se crează condiții de provocare al HH.

Rolul *Helicobacter pylori* (HP) în declanșarea BRGE și a HH este contradictorie. G.Manes și coatorii (2003) într-un studiu asupra a 507 pacienți cu HH au constatat că HP a fost depistat mai des în cazul cînd HH nu era asociată cu BRGE și alcătuia 66,4% versus la 57,3% în grupul de pacienți cu HH cu BRGE. Acest fapt ea făcut să concidă că HP protejează pacienții cu HH de BRGE [5]. Similare date au și M.Grande, F.Cadeddu cu coaut. (2008), relatînd că rolul lui HP în dezvoltarea BRGE este nesemnificativă [6]. Un studiu aprofund a fost efectuat de către P. Sharma și N. Vakil 2002 care au relatat despre ideia de rol protector al HP contra dezvoltării BRGE posibil deminuării agresivității acidului gastric refluxat în esofag [8].

Tratamentul HH manifestate clinic este indiscutabil chirurgical. Localizarea incomodă pentru operație laparatomică al acestei regiuni a cauzat, adesea, tardievera stabilirii indicațiilor pentru trataemnt chirurgical. Dezvoltarea tehnicii pentru chirurgia miniinvazivă și acumulării practicii operațiilor laparoscopice al acestei regiuni a contribuit la aceia, ca această operație să fie transformată în una comodă și rapid de efectuat [1, 2]. Desigur inițierea efectuării acestei operații a fost soldată cu o lungă durată a operației. În cazul nostru prima operație a fost de o durată de 330 minute, dar rapid cu acumularea de practică a devinit ună de o durată medie de 100 min.

Concluzii

- Manifestarea clinică a herniilor hiatale este variată și depinde de alipirea refluxului gastroesofagian;
- Metoda radiologică de diagnostic al herniilor hiatale este eficace în 50% cazuri, iar esofagogastroscoopia este considerată ca metodă optimă și obligatorie;
- Rezolvarea laparoscopică a HH și BRGE este preferabilă celei laparatomice, chiar și în cazurile de operații simultane.

Bibliografie

1. DeMeester TR, Bonavina L, Albertucci M (1986) Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg* 204: 9–20.
2. DeMeester TR, Stein HJ (1992) Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. In: Castell DO (ed) *The esophagus*. Little, Brown, Boston, pp 579–626.
3. Donahue PE, Samelson S, Nyhus LM, Bombeck CT (1985) The floppy Nissen fundoplication. Effective long-term control of pathologic reflux. *Arch Surg* 120: 663–668.
4. Hunter JG, Trus TL, Branum GD, Waring JP, Wood WC (1996) A physiologic approach to laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 223: 673–685.

5. Manes G, Pieramico O, Uomo G, Mosca S, de Nucci C, Balzano A. Relationship of sliding hiatus hernia to gastroesophageal reflux disease: a possible role for Helicobacter pylori infection? Dig Dis Sci 2003; 48:3037.
6. Michele Grande, Federica Cadeddu*, Massimo Villa, Grazia Maria Attina, Marco Gallinella Muzi, Casimiro Nigro, Francesco Rulli and Attilio M Farinon. Helicobacter pylori and gastroesophageal reflux disease. World Journal of Surgical Oncology 2008, 6:74 doi:10.1186/1477-7819-6-74.
7. Peters JH, DeMeester TR, Crookes P, Oberg S, de Vos SM, Hagen JA, Bremner CG (1998) The treatment of gastroesophageal reflux disease with laparoscopic Nissen fundoplication: prospective evaluation of 100 patients with "typical" symptoms. Ann Surg 228: 40–50.
8. SHARMA P.* & VAKIL N. Helicobacter pylori and reflux disease. Divisions of Gastroenterology, *University of Kansas School of Medicine and Veterans Affairs Medical Center, Kansas City, MO, and University of Wisconsin and Sinai Samaritan Medical Center, Milwaukee, WI, USA, 2002.
9. Watson DI, Jamieson GG, Game PA, Williams RS, Devitt PG (1999) Laparoscopic reoperation following failed antireflux surgery. Br J Surg 86: 98–101.

**UNELE METODE DE PROFILAXIE ALE HEMORAGIILOR DIN VARICELE
ESOFAGOGASTRICE LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE PORTALĂ
(Revista literaturii)**

Lilian Cazacu

Curs chirurgie, Facultatea stomatologie USMF "N. Testemițanu"

Summary

***Some Prophylactic Methods against Haemorrhages of the oesophago-gastric
Varices in Patients with Portal Hypertension***

The comparative analysis of different primary and secondary prophylactic methods of haemorrhage from oesophago-gastric varices in patients with hepatic cyrrhosis and portal hypertenssion is exposed in the literature magazine. The pharmaco-therapeutic, endoscopic, radioendovascular methods and the surgical treatment for portal hypertension correction are characterized chronologically.

Rezumat

În revista literaturii este expusă analiza comparativă a diverselor metode de profilaxie primară și secundară a hemoragiei din varicele esofago-gastrice la bolnavii cu ciroză hepatică și hipertensiune portală, și anume, sînt caracterizate în mod cronologic metodele farmacoterapeutice, endoscopice, radioendovasculare și tratamentul chirurgical de corecție al hipertensiunii portale.

Actualitatea temei

Una din cele mai grave complicații la bolnavii cu hipertensiune portală este hemoragia din varicele esofagogastrice.

Numai 15-25% pacienți rămîn în viață după prima hemoragie din varicele esofagiene. Consecințele hemoragiilor de origine portală pot fi destul de grave atît pentru pacienții cu ciroză hepatică, cît și pentru cei cu hipertensiune portală extrahepatică. Deci, o mare importanță la bolnavii cu hipertensiune portală are profilaxia hemoragiilor.