

## Concluzii

În caz că hemoragia din artera cistică este în general de mică amploare, atunci lezarea arterei hepatice dreapta poate crea probleme serioase atât intra- cât și postoperatorii.

1. Raporturile, relativ intime, dintre colecist și arteră predispun la leziuni vasculare.
2. Artera cistică se poate diviza atât în două ramuri, cât și poate fi prezentă sub forma unui vas magistral.

## Bibliografie

1. Duca S. Colecistecomia laparoscopică. București, 2000.
2. Puia I., Duca S., Iancu C., Bălă O., Vlad L., Ghidraș I. Colecistectomia laparoscopică și leziunile arborului biliar. Curierul Medical, 2007, Nr. 1, Chișinău, p. 10 – 12;
3. Schol F. P., Go P.M., Gouma D. I. Risk factors for bile duct injury in laparoscopic chole cystectomy: analyzis of 49 cases. Br. I., Surg., 1994, 81 (12): 1786 - 8;
4. Максименкова А.Н. Хирургическая анатомия живота. Ленинград, 1970;
5. Аниханова М.Д. Детали топографии кровеносных сосудов и печёночных протоков в пределах ворот печени. Вестник хирургии, Nr 6, 1963;
6. Ничитайло М.Е. Повреждения желчных протоков при холецистектомии и их последствия. Киев, 2006;
7. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистектомии. Хирургия, 1998, Nr. 1, с. 5.;
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Здоровья, 1993, с.-509;
9. Кочиашвили В.И. Атлас хирургических вмешательств на желчных путях Москва, 1971;
10. Смирнов Е.В. Ошибки, опасности и осложнения при операциях на желчных путях. Ленинград, 1976;
11. Шейко В. З. Хирургическая анатомия печени и желчных путей. Л., 1969;
12. Линденбратен Л.Д. Рентгенология печени и желчных путей. М., 1980;
13. Смаков Г. Нестандартное расположение внепечёночных желчевыводящих протоков. Врач, 1997, N 4, ст. 18-19;
14. Огнев Б.В. Топографическая и клиническая анатомия. М., 1960;
15. Сосновик И.И. Анатомия внутрипечёночных желчных путей и её значение в хирургии. Автореф. дисс. Л., 1962;
16. Краковский А.И. Оперативные доступы к внутрипечёночным протоком. Автореф. дисс. Омск, 1966;
17. Юпатов С.И. О структуре желчных ходов и их взаимоотношениях с сосудистыми системами, Автореф. дисс. М., 1966;
18. Гугушвили Л.Л. Ретроградное кровообращение печени и портальная гипертензия, М., 1972.

## ABCESE INTERINTESTINALE ÎN GINECOLOGIA SEPTICĂ

Iurie Punga<sup>1</sup>, Victor Curca<sup>2</sup>, Vitalii Cozac<sup>2</sup>

IMSP Spitalul clinic municipal Nr.1, Chișinău<sup>1</sup>, Catedra Chirurgie Generală și Semiologie  
USMF “Nicolae Testemițanu”<sup>2</sup>

## Summary

### *Inter-intestinal abscesses in septic gynecology*

The problem of interintestinal abscesses in septic gynecology is determined by the frequency increase of this pathology, variety of predisposing causes and high risk of severe

complications. The scientific and practical value is included in some aspects of diagnosis, elaboration of specific techniques and pre-, intra- and postoperative conduct methods.

### **Rezumat**

Actualitatea problemei abceselor interintestinale în ginecologia septică este determinată de creșterea frecvenței acestora și a multitudinii factorilor ce o provoacă. Un interes științifico-practic îl prezintă particularitățile procesului de diagnostic, aprecierea corectă a volumului operator, elaborarea tehnicilor specifice de conduită pre-, intra- și postoperatorie.

Problema afecțiunilor inflamatorii purulente ale anexelor uterine pe parcursul ultimilor ani rămâne să fie una din cele mai actuale, aflându-se la mijlocul legăturii între chirurgia abdominală și ginecologie septică. În structura bolilor inflamatorii ale organelor genitale interne la femei un rol deosebit îl are infecția septică, care se caracterizează printr-o evoluție îndelungată, tendința spre recidivare, rata înaltă a complicațiilor grave, care pot duce la invalidizare și deces. Aspectele multilaterale ale acestei întrebări au fost discutate de mai multe ori la nivelul conferințelor și congreselor internaționale și naționale, într-aceiași rînd lucrări științifice de o înaltă valoare, care ar prezenta date contemporane despre etiologie, patogeneză, diagnosticul și tratamentul afecțiunilor septice ale anexelor uterine și complicațiilor lor, pe parcursul ultimilor ani nu au fost publicate [4].

În tratamentul afecțiunilor septico-purulente ale organelor genitale interne la femei sunt cunoscute două direcții principale – cea conservativă și cea chirurgicală. Pentru tratamentul neoperator a fost propus un șir de preparate medicamentoase, printre care locul principal îl ocupă preparatele antibacteriale. Însă eficacitatea lor clinică a lor deseori nu este adecvată, ce este condiționat de gravitatea evoluției procesului inflamator, schimbări profunde în țesutul afectat, dificultăți în selecția schemei optime de administrare a antibioticelor. Metoda chirurgicală în tratamentul infecției purulente în ginecologie, în special ale afecțiunilor septice ale anexelor uterine, rămâne să fie principală, pentru că în rezultat se înlătură sursa de infecție. În majoritatea clinicilor preferință se dă procedeilor radicale (înlăturarea organelor afectate), ceea ce se explică în primul rînd prin scăderea riscului de dezvoltare a complicațiilor septico-purulente în perioada postoperatorie.

Una din complicațiile grave ale infecției septico-purulente ale organelor genitale interne feminine este formarea unui conglomerat inflamator cu implicarea intestinelor, omentului mare, vezicii urinare, cu dezvoltarea abceselor interintestinale. Pacientele cu patologia menționată necesită o pregătire amplă și adecvată în perioada preoperatorie, alegerea condițiilor optime pentru intervenție chirurgicală, folosirea tacticilor chirurgicale speciale în timpul operației. În echipa chirurgicală sunt incluși mai mulți specialiști ca: chirurg, ginecolog, uneori și urolog [1,5].

### **Scopuri și sarcinile**

Ținînd cont de specificul temei, care atinge probleme importante atît în domeniul ginecologiei septice, cît și în chirurgia abdominală, scopul lucrării a fost de a studia particularitățile etiologiei, patogenezei, manifestărilor clinice și tratamentului chirurgical al abceselor interintestinale în ginecologia septică (AIGS). Sarcinile au constat în: efectuarea reviziei literaturii științifice, dedicate problemei AIGS, selectarea pacientelor cu patologie menționată, studierea anamnezei și tratamentului pre-, intra- și postoperator, analiza rezultatelor obținute cu elaborarea concluziilor asupra problemei de diagnostic și tratament al AIGS la etapa contemporană în Republica Moldova.

Sub definiția *abcese interintestinale în ginecologia septică* după parerea majorității autorilor se subînțeleg abcesele bazinului mic, condiționate de prezența procesului inflamator la nivelul organelor genitale interne, care implică și ansele intestinului gros și/ori intestinului subțire, omentul mare, uneori și vezica urinară, ureterele, cu formarea unui conglomerat purulent din organele menționate.

Factorii de risc ce contribuie la dezvoltarea complicațiilor septice în infecțiile organelor genitale interne sunt destul de diverse. Printre ele se pot menționa boli sexual transmisibile. Pe parcursul ultimilor ani în Republica Moldova și în lume se remarcă o creștere a frecvenței bolilor sexual transmisibile, în același timp alături de boli de generație I (așa numite boli transmisibile clasice luesul, gonoreea) crește considerabil rata bolilor de generație II, care includ chlamidioză, micoplazma, infecții virale, fungice, protozoice. După datele Centrului American de Control asupra Morbidității Populației anual în SUA se înregistrează circa 1 milion de femei cu inflamația acută a anexelor uterine, la fiecare 5 din ele se dezvoltă complicațiile septice, pentru înlăturarea cărora este nevoie de intervenție chirurgicală [3].

Contracepția intrauterină (CIU) este un alt factor, care contribuie la dezvoltarea unor forme grave ale proceselor septico-purulente ale anexelor uterine. Majoritatea autorilor consideră că la folosirea dispozitivului intrauterin (DIU) riscul apariției anexitei crește de la 3 până la 9 ori. După A. H. Стрижаков la 21,4% de femei dezvoltarea inflamației purulente a organelor genitale interne a fost nemijlocit legată cu portajul DIU, precum în 89,8% de cazuri durata portajului a fost mai mult de 3,5 ani [6]. Printre alți factori se mai pot menționa *avortul medical, intervenții chirurgicale pe organele cavității abdominale și bazinului mic*, factori sociali, așa ca nivelul culturii și educației, cunoașterea și respectarea igienei personale, o atitudine responsabilă față de sănătatea proprie.

În etiopatogeneza ale AIGS un rol deciziv îl poartă agentul microbian. La etapa contemporană infecția septică în ginecologie se descrie ca un proces, condiționat de o floră mixtă polimicrobiană (facultativă și anaerobă). Procesul purulent se dezvoltă pe un fon de inflamație cronică recidivantă ale anexelor uterine. Intestinul, peritoneul parietal, omentul mare, uterul și vezica urinară se implică în abces în mod secundar.

### **Materiale și metode de investigații**

Studiul s-a bazat pe rezultatele investigațiilor prospective și retrospective ale 27 paciente cu afecțiuni septico-purulente ale organelor bazinului mic de etiologie diferită. Studiul s-a desfășurat în secție ginecologie septică IMSP SCM Nr. 1 în de la 01.12.2007 până la 01.12.2008.

*Criteriu de selecție* – abces intraabdominal, condiționat de inflamația septică a organelor genitale interne, care implică intestinul subțire ori/și intestinul gros și alte organe ale bazinului mic (vezica urinară, ureterele), abcesul fiind confirmat în timpul intervenției chirurgicale.

### **Rezultatele obținute**

Vârsta medie a pacientelor – 37±0,42 ani, cu minimele și maximele între 24 și 50 de ani respectiv. Majoritatea cazurilor s-a depistat în perioada 32-46 ani.

Raportul locuitorilor urbani și rurali a fost 14 la 13 respectiv.

În perioadă preoperatorie au fost depistate următoarele acuze (*tabelul 1*)

Tabelul 1

#### **Acuzele pacientelor în perioadă preoperatorie**

dureri în regiunea hipogastrică	26 (96,3%)
febră	25 (92,6%)
slabiciune generală	22 (81,5%)
eliminări purulente din organele genitale	13 (48,1%)
dureri la defecație	11 (40,8%)
sindrom dispeptic	11 (40,8%)
tenezme	10 (37%)
senzație de corp străin în rect	10 (37%)
grețuri	9 (33,3%)
dizurie	6 (22%)
constipații	5 (18,5%)
colici intestinale	4 (14,8%)
vomă	3 (11%)
eliminări purulente din rect	2 (7,4%)
prezența maselor fecale în urină	1 (3,7%)

La examenul clinic obiectiv s-au depistat următoarele simptome: conglomerat palpabil în regiunea bazinului mic – în 27 de cazuri (100%), durerea la tușeul vaginal – 14 (51,9%), fluctuație și durere la tușeul rectal – 5 (18,5%).

La pacientele în anamneză s-au evidențiat următoarele patologii ginecologice (*tabelul 2*)

Tabelul 2

#### Anamneza ginecologică a pacientelor

anexită cronică	22 (81,5%)
avorturi medicale multiple	11 (40,8%)
portaj DIU mai mult de 2 ani	8 (29,6%)
anexectomie	5 (18,5%)
endometrită cronică	4 (14,8%)
histerectomie	2 (7,4%)
avort spontan	2 (7,4%)

În rezultatul examenului bacteriologic al eliminărilor din organele genitale s-au depistat următoarele specii de microorganisme (*tabelul 3*)

Tabelul 3

#### Tipurile de microorganisme, depistate la examenul bacteriologic

forme mixte (cocco-bacile)	18 (66,6%)
N. gonorrhoeae	11 (40,7%)
alte forme cocice (S. epidermidis etc.)	10 (37%)
forme bacilare (G. vaginalis, Mobilincus etc.)	9 (33,3%)
Candida spp.	8 (29,6%)
Chlamydia trachomatis	4 (14,8%)
Trichomonas vaginalis	3 (11%)

În 48,1% (13) de cazuri cu scop de a micșora sindromul toxico-infecțios s-a încercat un tratament miniinvaziv cu puncția spațiului rectouterin și aspirația masei purulente, ce a permis prelungirea perioadei de pregătire preoperatorie cu câteva zile.

În cinci cazuri (18,5%) din numărul total a fost efectuată laparoscopia de diagnostic, în rezultatul căreia s-a depistat un infiltrat inflamator, care implică anexele uterine și organele adiacente.

În toate cazurile a fost efectuat examenul ultrasonografic al organelor a bazinului mic, în rezultatele căruia s-au depistat focare infiltrative de diferite dimensiuni la nivelul anexelor uterine.

În 15 (57,3%) cazuri s-a efectuat irigoscopia depistând încetinirea tranzitului masei de contrast la nivelul recto-sigmoidal.

În toate cazurile (27) accesul în timpul intervenției chirurgicale a fost prin laparotomie mediană, în 2 (7,4%) cazuri incizia s-a prelungit mai sus de ombilic.

În 10 (37,0%) cazuri a fost efectuată ovariectomia din dreapta, în 12 (44,4%) – ovariectomia din stânga, ovariectomia bilaterală - în 5 (18,5%). În 5 (18,5%) cazuri s-a efectuat tubectomia din dreapta, în 8 (29,6%) cazuri tubectomia din stânga.

Rezecția intestinului, cauzată de un proces septico-purulent răspândit, necrotizarea și perforarea peretelui intestinal, a fost efectuată în 25,9% (7) de cazuri.

În 3 cazuri din aceste 7 s-a efectuat rezecția ileonului, în 4 cazuri – rezecția intestinului sigmoid.

La rezecția ileonului în 2 cazuri s-a aplicat ileostoma, într-un caz condițiile au permis efectuarea rezecției cu aplicarea anastomozei termino-terminale.

La rezecția intestinului sigmoid în 3 cazuri s-a aplicat sigmостоama terminală, și într-un caz s-a efectuat anastomoză termino-terminală.

În 7,4% (2) de cazuri în timpul intervenției s-a efectuat apendectomia, în 18,5% (5) de cazuri s-a efectuat rezecția omentului mare, în 74,1% (20) au fost aplicate suturi sero-seroase din cauza deserozării intestinului.

În toate cazurile s-a efectuat intubația și devulsia anală pentru profilaxia insuficienței suturilor aplicate.

În 7,4% (2) de cazuri s-a efectuat histerectomia din cauza implicării în procesul inflamator a uterului.

În 11% (3) de cazuri a fost solicitat urologul din cauza implicării în procesul inflamator a vezicii urinare.

Tratamentul antibacterian a inclus 3 medicamente în 21 (77,7%) de cazuri: Metronidazol, un antibiotic din grupa Cefalosporinelor (Cefazolină ori Ceftriaxon) și Lincomicină; și numai 2 medicamente în 6 (22,3%) cazuri – Metronidazol și un antibiotic din grupa Cefalosporinelor.

În timpul rezecției intestinului în lumenul intestinal s-a introdus Cloramfenicol în comprimate.

Integritatea tractului intestinal la cele 5 paciente, la care s-a aplicat stomă, a fost restabilită în perioade de la 2 pînă la 4 luni. Nu au fost depistate complicații.

### **Concluzii**

1. Factorii principali, ce contribuie la dezvoltarea AIGS sunt: anexită cronică (81,5%), avorturi medicale frecvente (40,8%), portajul îndelungat al dispozitivului intrauterin (29,6%);
2. Perioada de vîrstă, în care se remarcă cea mai înaltă frecvența a AIGS este între 32 și 46 de ani;
3. Principalele acuze în perioada preoperatorie sunt: dureri în regiunea hipogastrică (96,3%), febră (92,6%), slăbiciune generală (81,5%), eliminări purulente din organele genitale (48,1%), dureri la defecație (40,8%), tenesme (37%), senzație de corp străin în rect (37%). În caz de dezvoltare a fistulei vezico-intestinale s-a depistat prezența puroiului și masele fecale în urină (3,7%), în caz de perforația intestinului se depistează prezența puroiului în masele fecale (7,4%);
4. Principalele semne, care s-au depistat la examenul obiectiv sunt: un conglomerat palpabil, moderat dur, de diferite dimensiuni în regiunea hipogastrică (100%), durerea la tușeul vaginal (51,9%), fluctuația și durerea la tușeul rectal (18,5%);
5. Principalele metode de diagnostic instrumental ale AIGS sunt: examenul ultrasonografic (USG), irigoscopia, tomografia computerizată. Metodele cele mai accesibile și larg folosite sunt USG și irigoscopia, metoda cea mai informativă este tomografia computerizată.

### **Recomandări practice**

1. În caz de depistare a proceselor septico-purulente ale organelor genitale interne la femei, în special în caz de dezvoltare a tumorilor tubo-ovariene inflamatorii, se va lua în considerație posibilitatea dezvoltării abceselor interintestinale și implicarea vezicii urinare. În caz de confirmare a implicării intestinului în procesul septico-purulent, în lipsa indicațiilor urgente pentru intervenție chirurgicală, conduita pacientei în perioadă preoperatorie se va face analogic cu o pregătire pentru operație proctologică: timp de câteva zile se respectă dieta, se efectuează clistere evacuatorii, asanarea intestinului cu remedii antibacteriale pe fond de terapie generală de dezintoxicare și antiinflamatorie;
2. În echipa chirurgicală la tratamentul AIGS participă chirurgul și ginecologul, după necesitate se solicită și urologul;
3. Abordul chirurgical este numai prin laparotomie mediană;
4. În timpul intervenției este obligatorie revizia detaliată a organelor cavității abdominale cu scop de a nu lăsa alte abcese, liza aderențelor;

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, răspândit, 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. , Scoutt 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 Iacob<sup>1</sup>, Eugen Guțu<sup>1</sup>, Eduard Cernetchii<sup>2</sup>,  
Vasile Guzun<sup>2</sup>, Vladimir Malinovski<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Catedra Chirurgie Generală și Semiologie „Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup>Spitalul 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.