

5. Blalock A, Mason MF, Morgan HJ, Riven SS. Myasthenia gravis and tumors of thymic region: report of a case in which the tumor was removed. *Ann Surg.* 1939; 110: 544–61.
6. Rubin JW, Ellison RG, Moore HV, Pai GP. Factors affecting response to thymectomy for myasthenia gravis. *J ThoracCardiovasc Surg* 1981; 82: 720–28.
7. Faulkner SL, Ehyai A, Fisher RD, Fenichel GM, Bender HW Jr. Contemporary management of myasthenia gravis. The clinical role of thymectomy. *Ann Thorac Surg.* 1977; 23: 348–52.
8. Venuta F, Rendina EA, De Giacomo T, et al. Thymectomy for myasthenia gravis a 27-year experience. *Euro J Cardiothorac Surg.* 1999; 15: 621–25.
9. Gronseth GS, Barohn RJ. Practice parameter: thymectomy for autoimmune myasthenia gravis (an evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2000; 55 (1): 7-15.
10. Jaretzki A, III. Video-assisted thoracoscopic extended thymectomy and extended transsternal thymectomy in myasthenia gravis patients. *J.Neurol.Sci.* 2004; 217: 233-4.
11. Jaretzki A, Barohn RJ, Ernstoff RM, et al. Myasthenia gravis: recommendations for clinical research standards. Task Force of the Medical Scientific Advisory Board of the Myasthenia Gravis Foundation of America. *Neurology.* 2000; 55 (1): 16–23.
12. Savcenko M., Wendt GK, Prince S L, Mack M J. Video-assisted thymectomy for myasthenia gravis: an update of a single institution experience. *Eur.J.Cardiothorac.Surg.* 2002; 22(6):978-83.
13. Waitande SS, Thankachen R., Philip MA et al. Surgical outcome of thymectomy for myasthenia gravis. *IJTCVS.* 2007; 23: 171–175.
14. Jaretzki, A., III. Thymectomy for myasthenia gravis: analysis of controversies—patient management. *Neurologist.* 2003;9(2):77-92.
15. Masaoka A, Yamakawa Y, Niwa H, et al . Extended thymectomy for myasthenia gravis patient; a 20 year review. *Ann Thorac Surg.* 1996; 62: 853–59.
16. Huang, C. S., Hsu, H. S., Huang, B. S. Factors influencing the outcome of transsternal thymectomy for myasthenia gravis. *Acta Neurol.Scand.* 2005; 112(2):108-14.

PLANTA DIABETICĂ ÎN CHIRURGIA PURULENTĂ

Valeriu Hîțu

(Conducător științific - Curca Victor, Dr, conf. univ.)

Catedra Chirurgie Generală și Semiologie

Summary

Diabetic foot in suppurative surgery

Diabetic foot is a severe complication of diabetes, and necrotic-purulent infections are a consequence of worsening diabetic foot. This module shows the results of surgical treatment of diabetic foot complications in the form of comparative statistical tables. It also presents some solutions that should be taken into consideration for solving purulent-necrotic complications in patients with diabetic foot syndrome.

Sumar

Piciorul diabetic este o complicație severă a diabetului zaharat, iar infecțiile necrotico-purulente sînt o consecință a agravării piciorului diabetic. Astfel se prezintă rezultate privind modul de tratament chirurgical al complicațiilor piciorului diabetic prezentate în date statistice comparative sub formă de tabele. De asemenea sunt prezentate unele soluții care ar trebui luate în considerație pentru soluționarea complicațiilor necrotico-purulente ale pacienților cu sindrom de picior diabetic.

Actualitatea temei

Se apreciază că aproximativ 3-4 % din populația globului suferă de diabetul zaharat pentru care se consumă 12-15% din resursele alocate pentru sănătate.

Anual numărul de bolnavi de diabet zaharat crește cu 5-7%, iar la fiecare 10 ani se dublează. Conform pronosticurilor numărul total de bolnavi cu diabet zaharat care în 1996 reprezenta 120 mln. persoane va crește spre anul 2025 pînă la 250 mln. Consecințele tardive ale diabetului zaharat asupra membrelor inferioare sunt frecvente, severe și necesită cheltuieli substanțiale.

Una dintre cele mai grave complicații ale diabetului este sindromul piciorului diabetic care duce la dezvoltarea proceselor supurativ-necrotice la nivelul piciorului la 6,15% din bolnavi cauzînd 40-80% din numărul total de amputații netraumatice a membrelor inferioare și constituie anual 5-24 cazuri la 100 000 populație sau 6-8 cazuri anual la 1000 de bolnavi cu diabet zaharat.

Pînă la 47% de amputații inferioare a extremităților se efectuează la bolnavii cu diabet zaharat.

La 100.000 pacienți diabetici revin 33,8 amputații în Republica Moldova.[1]

În Federația Rusă în anul 2004 au fost efectuate 15 000 amputații la bolnavii cu diabet zaharat.[10]

Dacă luăm în considerație cele expuse putem deduce că în fața medicinei se dezvoltă noi probleme stringente care necesită o rezolvare efectivă, corectă și rapidă. De aceea și problema soluționării vindecării pacienților cu sindrom de picior diabetic este nu atît o actualitate cît o necesitate arzătoare.

Obiectivele lucrării

Obiectivul lucrării este de a efectua o analiză asupra studiului efectuat comparînd rezultatele obținute în urma efectuării unui studiu retrospectiv al rezultatelor tratamentului pacienților ce suferă de sindromul plantei diabetice și optimizarea metodelor privind tratamentul chirurgical al plăgilor supurativ-necrotice ale piciorului la pacienții ce suferă de sindromul plantei diabetice.

Materiale și metode de cercetare

Au fost analizate datele statistice cu privire la incidența diabetului zaharat și a manevrelor chirurgicale efectuate în I.M.S.P.S.C.M. Nr.1, pe durata de timp ce cuprinde anii 2008-2009 prezentate în tabelul Nr 1.

Tabelul Nr.1

Caracteristica operațiunilor efectuate în sindromul piciorului diabetic

Denumirea manevrei	Anul	%	Anul	%
	2008		2009	
Prelucrarea chirurgicală	17	17,3	19	21,3
Exartriculația	39	39,7	36	40,4
Rezecția plantei	8	8,1	14	15,7
Amputația la nivelul gambei	-	-	2	2,2
Amputația la nivelul femurului	13	13,2	12	13,4
Autodermoplastia	21	21,4	6	6,7
Total pacienți	98		89	

De asemenea au fost comparate datele din tabelul Nr.1 cu datele din tabelul Nr.2, care reprezintă informații obținute dintr-un studiu retrospectiv a pacienților care au fost tratați în perioada 1995-2004 în I.M.S.P.S.C.M."Sfînta Treime". Tabelul reprezintă manevrele efectuate pe un lot de 394 pacienți cu sindrom de plantă diabetică.

Caracteristica operațiilor afecțiunilor piciorului diabetic

Denumirea manevrei	Numărul	%
Prelucrarea chirurgicală	101	26,6
Exarticulația	144	36,5
Rezecția plantei	15	3,8
Amputația la nivelul gambei	27	6,8
Amputația la nivelul femurului	53	13,4
Autodermoplastia	54	13,7
Total pacienți	394	

Reeșind din analiza datelor actualmente concluzionăm că sunt folosite două metode de tratament chirurgical al complicațiilor necrotico-purulente ale piciorului diabetic; amputații înalte ale membrilor inferioare și o alta cale de tratament, care include un complex de metode, operații mici pe plantă, orientate spre păstrarea funcției de sprijin al membrului inferior.

Rezultate obținute

Observăm din datele comparative ale celor două tabele că pe parcursul perioadei în care s-a efectuat studiile conform tabelelor, în tabelul Nr.1 s-au efectuat mai puține amputații înalte comparativ cu tabelul Nr.2, iar în tabelul Nr. 2 sînt prezentate date conform cărora au fost efectuate mai multe manevre de prelucrare chirurgicală.

Infecțiile chirurgicale la pacienții ce suferă de diabet zaharat, sunt o problemă destul de complicată, în care sînt evidențiate leziunile specifice ale membrilor inferioare, evidențind complexul anatomo-funcțional foarte complicat de schimbări, care se întîlnesc la 30-80% din bolnavi. La baza patogeniei dezvoltării acestor schimbări se află neuropatia, osteoartropatia și angiopatia, pe fondul cărora se dezvoltă diferite procese necrotico-purulente ajungînd pînă la flegmon și gangrenă. Schimbările necrotico-purulente ale membrului lezat al pacientului ce suferă de sindromul plantei diabetice trebuie de apreciat ca extremă evidențiere a procesului patologic rezultatul căruia este gangrena, căci nu rar se răspîndește asupra întregului picior. Cu toate acestea intervenția chirurgicală împreună cu colecția glicemiei și dereglărilor metabolice, împreună cu terapia antibacteriană, anticoagulantă și dezagregantă, stimularea mecanismelor de protecție sînt considerate prioritare. Rezolvarea procesului necrotico-purulent necesită prelucrarea chirurgicală deplină și deschiderea largă a plăgii purulente, necrectomie și drenare adecvată. Particularitățile intervenției chirurgicale la acești pacienți este necrectomia. În afară de cercetarea adîncimii și rîspîndirii procesului necrotico-purulent, formarea diagnosticului trebuie să conțină date despre caracterul și nivelul dereglărilor circuitului sangvin în membrul lezat, care determină nu numai volumul terapiei medicamentoase îndreptate la îmbunătățirea circulației arteriale și capilare dar și îndreptări de îmbunătățire a circulației sangvine în membre, inclusiv perfuzia intraarterială prolongată a dezagreganților, antibioticelor. Îmbunătățirea circulației în membrele inferioare a dat posibilitate de a preveni dezvoltarea complicației necrotico-purulente. Comparînd nivelul glicemiei la pacienții fără complicații și pacienții cu complicații se deduce un risc mai înalt de dezvoltare a proceselor necrotico-purulente la bolnavii cu glicemia mai mare de 10mmol/l.[3,4]

La pacienții cu forma neuropatică a sindromului piciorului diabetic complicațiile survineau la membru inferior tratat anterior în 84% din cazuri, și numai 15% la membrul contralateral. În acest fel chiar și după un tratament de succes a complicațiilor necrotico-purulente la bolnavii cu sindromul piciorului diabetic în următorii 3-5 ani considerabil se mărește riscul amputațiilor înalte și decesului pacientului. [5,6]

Procesele recidivante infecțioase precum și ischemia critică a mebrelor duc la progresia complicațiilor tardive ale diabetului zaharat ceea ce este cauza letalității înalte. Comparînd operațiile efectuate și rezultatele tratamentului chirurgical la pacienții prezentați în tabelele care releva informații privind caracteristica operațiunilor efectuate în sindromul piciorului diabetic și

caracteristica operațiilor afecțiunilor piciorului diabetic putem deduce ca tratarea pacienților cu ajutorul metodelor contemporane și a specialiștilor calificați este mai pozitivă în dinamică.

Discuții

Sindromul plantei diabetice se întâlnește în forme diferite la 30-80% dintre pacienții ce suferă de diabet zaharat, ceea ce mărește riscul dezvoltării gangrenei membrelor inferioare de 20 de ori. La această grupă de pacienți se clasează 50-70% din numărul total de amputații ale membrelor inferioare. Aceasta are legătura cu faptul că rămîne nehotărîtă întrebarea privind etiologia și patogenia complicațiilor sindromului plantei diabetice și mai ales a complicațiilor necrotico-purulente, care în mare măsură complică determinarea tacticii de tratament.

Analizînd complicațiile piciorului diabetic, trebuie elucidate și eliminate cauzele ce provoacă această afecțiune, în acest mod operațiile reconstructive permit bolnavilor de a păstra membrele și de a scădea nivelul amputațiilor, de a micșora numărul amputațiilor înalte și a letalității. Aceasta determină însemnatatea vârstei în diagnosticul complicațiilor sindromului plantei diabetice și îngrijirilor profilactice a piciorului diabetic la baza tacticii interdisciplinare. În componența echipei care desfășurează măsurile profilactice este necesară includerea medicilor endocrinologi, neuropatologi, ortopezi, psihologi. Această tactică trebuie să se bazeze pe învățarea bolnavului însuși a măsurilor profilactice, ceea ce reprezintă o prioritate importantă în sistemul integral și multidisciplinar de reabilitarea a bolnavilor cu sindrom de plantă diabetică.[7,8,9]

Concluzii

Aspectele chirurgicale și organizatorice ale problemei “plantei diabetice” se discută pretutindeni, cu toate acestea întotdeauna se subliniază importanța lor socială și economică. În ultimul timp această problemă tinde să preia o nouă formă. Pe de o parte se detalizează ajutorul chirurgical, se luminează un spectru larg de noi posibilități de profilaxie a infecțiilor necrotico-purulente. În același timp accentul principal este transpus pe rezolvarea unui șir de probleme organizatorice; crearea serviciului multidisciplinar specializat, anume, în tratarea pacienților cu sindrom de plantă diabetică, evidențierea categoriilor de pacienți cu risc, introducerea standardelor clinico-diagnostice și strategiilor diferențiale de tratament, crearea unui caracter metodologic în ceea ce privește terminologia, clasificarea diagnosticul și reabilitarea pacienților cu sindromul plantei diabetice.

Bibliografie

- 1)- Bernaz E. Aspecte epidemiologice, medico-sociale și economice ale piciorului diabetic în Republica Moldova. Arta Medica, Nr.4(7) 2004. Chisinau, pag.5.
- 2)- Bernaz E. Tratamentul chirurgical complex al leziunilor necrotico-purulente în piciorul diabetic. Autoreferatul tezei de doctor in medicină.pag.3-21.Chisinau, 2006.
- 3)- Candiba S., Luca N., Danu M., Pisarenco S., Renita V. Experienta noastra in tratamentul piciorului diabetic. Aspect Chirurgical. Anale științifice ale Universității de Stat de Medicina și Farmacie “Nicolae Testemițeanu”. 2005, p, 98-105.
- 4)- Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Хамитов Ф.Ф., Прошин А.Б., Якобишвили Я.И. Гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы и их отражение в МКВ-10 и стандартах страховой медицины. Хирургия. 1’2007, pag. 52.
- 5)- Бурлева Е.П. Диабетическая стопа организационные и клинические подходы. Хирургия. 8’2003, pag.52-55.
- 6)- Гойбраих В.А., Старков С.В. Перспективы лечения больных с синдромом диабетической стопы. Вестник хирургии. Том 162 N:4 2003, pag 113.Москва.
- 7)- Дибиров М.Д., Киркадзе Д.Г., Дибиров А.А., Терешенко С.А., Рамазанова Ю.И. Результаты хирургического лечения диабетической стопы у геронтологических больных. Хирургия. 9’2006, pag. 46.
- 8)- Чиглашвили Д.С., Истомин Д.А. Комплексное лечение больных с синдромом

диабетической стопы. Клиническая медицина. N.10, 2004, pag. 66.

9)- Светухин А.М., Земляной А.Б., Колтунов В.А. Отдаленные результаты лечение больных с гнойно-некротические формами синдрома диабетической стопы. Хирургия. 7'2008, pag.8-10.

10)- Чур Н.Н., Гришин И.Н., Казловский А.А., Кокошко Ю.И. Этиология патогенез классификация и хирургическое лечение синдрома диабетической стопы. Хирургия 4'2003, pag. 42.

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ALE ULCERULUI PERFORAT GASTRODUODENAL LA PACIENȚII ÎN VÂRSTĂ ȘI CU PATOLOGIE ASOCIATĂ

Daniela Jardan

(Coordonator științific: Vladimir Iacub, dr.med., conf.univ.)

Catedra Chirurgie generală și semiologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Perforated gastroduodenal ulcer – peculiarities of treatment and diagnosis in elderly patients and those with associated diseases

The study of the clinical cases of 24 patients operated on with perforated gastroduodenal ulcer during 2006-2009 reveals some peculiarities of treatment and diagnosis in elderly patients and those with associated diseases which were determined by the tendency to present late, the efficiency of the X-ray examination, the discordance between the clinical state and the seriousness of the disease in cirrhotics and diabetics, a poor prognosis in large surgical interventions and a high mortality rate caused by the fast decompensation during the operation.

Rezumat

Studiul fișelor de observație a 24 de pacienți operați în perioada 2006-2009 cu ulcer perforat relevă particularități în diagnosticul și tratamentul pacienților în vârstă și celor tarați date de tendința de adresabilitate tardivă, eficiența metodei radiologice în diagnosticul clinic, discordanța dintre gravitatea maladiei și tabloul clinic la cei cu patologii asociate ca diabetul zaharat și ciroza, prognosticul rezervat în cazul intervențiilor chirurgicale masive și o rată înaltă a mortalității din cauza decompensării rapide în timpul operației.

Actualitatea temei

Descoperirile făcute în domeniul etiologiei ulcerului gastroduodenal și introducerea în tratament a H2 blocatorilor au adus succese mari în tratament în ultimii ani, dar incidența acestei maladii rămâne înaltă și cu un indice al mortalității ridicat [1].

Deși a scăzut rata internărilor pacienților cu maladie ulceroasă, rămâne destul de ridicată internarea celor care prezintă complicații ale ulcerului, cum ar fi perforația, care complică 5-10% din ulcerele gastro-duodenale [6].

Perforația de ulcer gastroduodenal are un tablou clinic foarte zgomotos la majoritatea pacienților. Durerea violentă declanșată brusc face pacientul să solicite de urgență ajutorul medical.

În același timp există categorii de pacienți, care, pe motiv că suportă maladii concomitente grave cum ar fi ciroza cu ascită sau diabetul zaharat sau au o vârstă îndelungată, dezvoltă o clinică atipică a abdomenului acut, fiind foarte greu a se pune diagnosticul în baza manifestărilor clinice. Rata cea mai mare a mortalității prin această maladie este înregistrată anume pe seama acestor categorii de pacienți care ajung să solicite ajutorul medical la un timp mai îndelungat de la debutul maladiei, iar maladiile asociate fac să crească numărul complicațiilor postoperatorii.