

## **Bibliografie**

1. Hotineanu V. Chirurgie - curs selectiv, Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina* 2008, Chișinău, pag.617-636
2. Kiefhaber P. Indications for endoscopic neodymium-YAG laser treatment in the gastrointestinal tract: twelve years' experience. *Scand J Gastroenterol* 1987;139:53.
3. Petersen, G., Brensinger, J. et al. "Genetic testing and counseling for hereditary forms of colorectal cancer." *Cancer* 86: 1720-30. (1999).
4. Воробьев Г. И., Царьков П. В., Сорокин Е.В., Троицкий А.А. Возможности функционально-сохраняющей хирургии в лечении рака нижеампулярного отдела прямой кишки // Актуальные проблемы колопроктологии - научная конференция с международным участием.- Москва, 2005.- ст. 190
5. Яицкий Н.А., Нечай И.А., Петришин В.Л., Березин В. С., Суханкина Г. И., Васильев А.С., Соболева С.Н. Качество жизни и пути его улучшения у больных раком прямой кишки после сфинктеросохраняющих операций различных видов. // Актуальные проблемы колопроктологии - научная конференция с международным участием.- Москва, 2005.- ст. 32.

## **ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT LA FEMEI**

**Vadim Madan, Andrei Bujor**

(Conducător științific – Bujor Petru, d.h.ș.m., prof. univ.)

Catedra Chirurgie 2 USMF „Nicolae Testemițanu”, Clinica 2

### **Summary**

#### ***Perforated gastroduodenal ulcer in women***

There were studied 15 clinical observations, dealing with perforated gastroduodenal ulcer in women, hospitalized and operated in the surgical clinic – 2 of USMF „N. Testemițanu” in the Municipal Hospital „Sfânta Treime”, city of Chișinău, during the period of 2002-2012 years.

The surgical treatment was composed by simple suture of perforated gastroduodenal ulcer.

There were no cases of postoperative mortality.

### **Rezumat**

Au fost studiate 15 observații clinice, cu ulcer gastroduodenal perforat la femei, internate și operate în clinica chirurgie 2 al USMF „N. Testemițanu” la baza SCM „Sfânta Treime”, orașul Chișinău în perioada anilor 2002-2012.

Tratamentul chirurgical a fost constituit din simpla suturare a ulcerului gastroduodenal perforat. Cazuri de mortalitate postoperatorie nu s-au înregistrat.

### **Actualitatea**

În prezent ulcerul gastroduodenal perforat la femei este o problemă actuală, deoarece nici cea mai avansată și contemporană terapie antiulcer, care persistă în timpul de față nu este în stare să excludă complicațiile ulcerului gastroduodenal, care necesită corecție chirurgicală. Eradicarea *Helicobacter pylori*, cât și terapia modernă antiulcer nu pot împiedica apariția complicațiilor periculoase pentru viața pacientului, ca perforația ulcerului gastroduodenal, cu o rată înaltă a mortalității – 1,06 %.

Ulcerul gastroduodenal perforat la femei este o complicație relativ rară, însă foarte periculoasă, cu particularitățile sale patogenetice, cu o rată crescută a erorilor de diagnostic, malignizării și a letalității. Lucrări consacrate acestei probleme sunt destul de puține. Dacă la moment noi discutăm că ulcerul gastroduodenal perforat la femei ca o patologie relativ rar întâlnită, atunci cu 100 ani în urmă această patologie se întâlnea mult mai des ca la bărbați.

După datele mai multor autori, incidența ulcerului gastroduodenal perforat la femei constituie 4-5 % (Юдин С.С, Chipail G., Dragomir C., Maica V.) , dar după datele altora este chiar 10-15 % (Неймарк И. И., Пономарев А.А., Семёнов В.В, Boey J., Wong J). Printre bolnavii cu ulcer acut perforat femeile constituie 34,6-47 % (Табатадзе К.Г., Лизанец М.Н., Чернецов). La femeile mai în vârstă de 40 ani ulcerele perforate se întâlnesc de 3 ori mai frecvent ca pâna la această vârstă (И. И. Неймарк ).

În legătură cu internarea tardivă pentru intervenție chirurgicală a unui număr crescut de femei de vârstă înaintată, în unele țări complicațiile la această grupă de paciente ajunge până la 25 %, iar letalitatea de la 9,1 până la 15%, ceea ce este cu mult mai mult decât în aceeași grupă de vârstă din populația generală.

#### *Particularități etiopatogenetice ale ulcerului gastroduodenal perforat la femei*

*Factorii endocrini:* s-a observat o frecvență crescută la aceste paciente a sindromului premenstrual, menopauză precoce , procese dishormonale în glandele mamare, dereglarea funcției hormonale a ovarelor- tulburarea secreției estrogenilor și 17-oxicorticosteroidilor. Estrogenii au rol trofic, stimulează procesele de regenerare și rezistența mucoasei gastroduodenale la autodigestia peptică, stimulează secreția de mucus. Progesteronul, în afara de efectul specific hormonal, mai are și efect anabolic, stimulând procesele de regenerare a mucoasei gastroduodenale. S-a demonstrat că perioada gravidității are o influență favorabilă asupra evoluției bolii, astfel că complicațiile chirurgicale ale ulcerului gastroduodenal se întâlnesc cu mult mai rar. Este caracteristică apariția ulcerului duodenal și perforația lui la femeile care nu au fost însărcinate sau căsătorite.

*Factorii neuropsihici:* majoritatea femeilor cu ulcer gastroduodenal perforat prezintă tulburări psihice: predispunere la stări depresive, anxios-fobice.

*Predispoziția ereditară* la femei se întâlnește în 38%, iar la bărbați în 25,8% (Vixman M. , Maianschii A., Şehtman M.,Barhateva T.).

#### **Obiectivele lucrării**

Analiza particularităților etiopatogenetice, clinico-diagnostice și a tacticii tratamentului chirurgical al ulcerului gastroduodenal perforat la femei.

#### **Material și metode**

Au fost studiate observațiile clinice a 15 paciente cu ulcer gastroduodenal perforat din perioada anilor 2002-2012 internate și tratate în clinica chirurgie – 2 a USMF „N. Testemițanu” la baza Spitalului Clinic Municipal „Sfânta Treime” orașul Chișinău.

**Tabelul 1**

#### **Intervalul debut-internare în ulcerul gastroduodenal perforat la femei**

<b>Intervalul de timp (ore)</b>	<b>Numărul cazurilor</b>
1-12	3
13-24	10
25 și mai mult	2
Total	15

S-a constatat o internare tardivă a pacientelor: în 66,66% cazuri intervalul debut-internare a fost între 13 și 24 ore, în 13,34% după 25 și mai multe ore de la debut și doar 20% între 1 și 12 ore .

Aceste date ne permit să stabilim că perforațiile au survenit preponderent la pacientele cu vârsta între 21 și 30 ani ( 6 paciente; 40%) și cu vârsta între 61 și 70 ani (4 paciente; 26,67%), iar între 31 și 40 ani și între 51 și 60 ani (câte 2 paciente; câte 13,33%), și cel mai puține paciente cu vârsta mai mică de 20 ani (1 pacientă; 6,67%).

**Repartizarea pe grupe de vârstă a pacienților incluse în studiu**

Anii	Numărul de pacienți
Mai puțin de 20 ani	1
Între 21 și 30 ani	6
Între 31 și 40 ani	2
Între 51 și 60 ani	2
Între 61 și 70 ani	4
Total	15

Diagnosticul ulcerului gastroduodenal perforat la femeii s-a stabilit în baza datelor clinice, atât subiective cât și obiective, a datelor investigațiilor de laborator și a metodelor de investigații instrumentale.

Examenul clinic al pacienților cu ulcer gastroduodenal perforat a inclus colectarea acuzelor, datelor anamnezei bolii și vieții, examinarea obiectivă (inspecția, palpația, percuția, auscultația) pacienților.

Investigațiile de laborator au inclus analiza generală a sângelui, analiza generală de urină și unii indici biochimici ai sângelui, care s-au efectuat atât preoperator cât și postoperator în baza laboratorului Spitalului Clinic Municipal „Sfânta Treime”.

Cu scop de diagnostic, diagnostic diferențial și stabilirea tacticii de tratament ulterior din metodele paraclinice pentru confirmarea ulcerului gastroduodenal perforat la femeii s-au efectuat:

1. Radiografia abdomenului pe gol
2. Ecografia organelor interne
3. Fibroesofagogastroduodenoscopia (FEGDS)
4. Laparoscopia diagnostică la necesitate.

**Rezultate și discuții**

Colectând anamneza s-a stabilit că la unele din pacienți, diagnosticul de ulcer gastroduodenal a fost stabilit anterior, ele au urmat tratament medicamentos cu blocați ai H<sub>2</sub> receptorilor de histamină sau blocați ai pompei protonice, dar totuși evoluția spre complicație n-a fost evitată. Aceasta ne permite să constatăm că ulcerul gastroduodenal la femeii continua să evolueze spre complicații, în cazul dat perforație, chiar și urmând tratament medical adecvat.

În ceea ce privește evoluția clinică a ulcerului gastroduodenal perforat s-a constatat că la 12 pacienți (80%) durerea și semnele de iritare a peritoneului erau prezente, pe când la 3 pacienți (20%) aceste semne lipseau sau erau slab manifeste.

La cele 12 pacienți durerea și semnele de iritare a peritoneului au avut localizare diferită. S-a constatat că la 50% (6 din 12) din pacienții ce prezentau durere și semne de iritare a peritoneului localizarea era în jumătatea dreaptă a abdomenului, la 33,33% (4 din 12) localizarea era pe toată suprafața abdomenului, iar la 16,67% (2 din 12) localizarea era epigastrică.

La 13 pacienți din cele 15 incluse în studiu (86,67%) a fost prezentă voma, la majoritatea din ele fiind multiplă (din cauza peritonitei difuze instalate), pe când la 2 pacienți (13,33%) voma a lipsit.

La 9 pacienți (60%) a fost depistat pneumoperitoneumul la radiografia abdomenului pe gol, însă la 6 pacienți (40%) acesta a lipsit, ceea ce a cauzat necesitatea efectuării metodelor endoscopice de diagnostic ca *Fibroesofagogastroduodenoscopia* sau *Laparoscopia diagnostică*, la care s-a stabilit cu certitudine diagnosticul și localizarea ulcerului gastroduodenal perforat.

Observațiile clinice confirmă indiscutabil postulatul că pregătirea preoperatorie a bolnavilor cu ulcer gastroduodenal perforat la femeii trebuie să fie efectuată în funcție de gravitatea stării bolnavei, să fie complexă și limitată în timp (limitele de 1,5 – 2 ore) și orientată spre restabilirea hemodinamicii, menținerea nivelului adecvat a volumului sîngelui circulant,

ameliorarea activității sistemelor cardiovascular, respirator, renal și funcțiilor de importanță vitală.

Remarcăm faptul că pentru asigurarea stabilității macro- și microhemodinamicii e necesară o administrare corectă a substituenților sangvini, cu corecția prealabilă a tensiunii osmotice, funcțiilor de transport ale sângelui și restabilirii volumului sîngelui circulat. În componența soluției de perfuzie se va administra plasma sangvină, albumină, proteine pentru menținerea presiunii osmotice și soluții saline tampon (soluția Ringer-Locke, Ringer-Lactat) destinate umplerii rapide a spațiilor intra și extracelulare. Bolnavilor gravi, cu peritonită le sunt indicate perfuzii cu dextrane cu masă moleculară mică, soluție de glucoză de 10%, insulină, diuretice osmotice ș.a.

În toate cele 15 cazuri tratamentul chirurgical a fost constituit din simpla suturare a ulcerului gastroduodenal .

Cazuri de letalitate în perioada postoperatorie precoce și tardivă nu s-au înregistrat.

### **Concluzii**

1. Ulcerul gastroduodenal perforat la femei posedă particularități în etiopatogenie (modificări ale profilului hormonal, factorul ereditar, factorul neuro-psihic), tabloul clinic (localizarea în marea majoritate a cazurilor atipică a durerii și a semnelor de iritare a peritoneului), diagnostic (frecvența redusă a semnelor radiologice de pneumoperitoneum cu necesitatea efectuării FGDS sau laparoscopiei diagnostice) ceea ce creează dificultăți în stabilirea diagnosticului clinic.
2. Intervalul debut-internare a fost destul de mare din cauza nivelului scăzut al culturii sanitare a populației, ceea ce contribuie la agravarea stării pacientelor, creșterea dificultății tratamentului și duratei de convalescență.
3. Vîrstă preponderentă a pacientelor a fost cuprinsă între 21 și 30 ani ( în majoritatea cazurilor s-a constatat perforația ulcerului gastroduodenal acut) și între 61 și 70 ani (scăderea capacității de regenerarea a mucoasei gastroduodenale, intensificarea proceselor atrofice la nivelul mucoasei gastroduodenale).
4. În toate cazurile s-a aplicat simpla suturare a ulcerului gastroduodenal perforat, care s-a dovedit a fi o metodă eficientă de tratament, cazuri de recidivă a perforației în perioada postoperatorie precoce și tardivă nu s-au înregistrat, letalitate postoperatorie nu s-a înregistrat.

### **Bibliografie**

1. Boey J., Wong J. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers // Ann. Surgery, 1982, pag.265-269
2. Chipail G.G., Dragomir Cristian, Maica V. Tratamentul ulcerului gastro-duodenal perforat //Junimea, Iași 1981, pag.9-18
3. Kurata J., Haile B., Elashoff J. Sex differences in peptic ulcer disease// Gastroenterology, 1985, pag. 96-100
4. McDonough J., Foster J. Factors influencing prognosis in perforated peptic ulcer // 1972, pag.411-416
5. Piper D., Ariotti D., Greing M., Brown R. Chronic duodenal ulcer and depression // 1980, pag.201-203
6. Spânu Anton. Chirurgie// Tipografia centrală, Chișinău, 2000, pag. 413-418
7. Арутюнян В. М. ,Минасян Г.А. , Еганян Г.А. Личностные аспекты патогенеза язвенной болезни // Ереван, 1982, стр.6
8. Бужор П. В. Постбульбарная язва// Кишинэу, 2005, 167 стр.
9. Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Егоров Н.В. Возможности улучшения результатов оперативного лечения больных с ПЯЖД // Вестн.хир., 1986, стр.96-101

10. Кривицкий Д.И., Параций З.З., Шуляренко В.А., Корсаков Ю.П. Радикальные операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин.хир., 1988, стр.29-31
11. Неймарк. И. И. Прободная язва желудка двенадцатиперстной кишки// Медицина, Москва, 1972, стр.7-13
12. Петров А.Ф. Отдалённые результаты лечения перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки методом ушивания // Хирургия, 1968, стр.57-60
13. Пономарёв А.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы у женщин // Хирургия, 1977, стр.75-78

## **TRAHEOSTOMIA CHIRURGICALĂ - ACTUALITĂȚI**

**Cristina Oglinda**

(Conducător Științific Turchin Radu, dr., conferențiar universitar)

Catedra Chirurgie operatorie și Anatomie topografică, USMF "Nicolae Testemițanu"

### **Summary**

#### *Surgical tracheotomy – updated information*

Surgical tracheotomy is a labor piece of brace in respiratory tract which remains an alternative way of respiratory support of critical patient. According to the data of our study we found out that airway prosthesis by operation of tracheotomy in children compared with adults is rarely applied. Tracheotomy operation by the percutaneous technique occupies a modest place both in adults and in children.

### **Rezumat**

Operația traheostomia chirurgicală, manoperă de protezare a căilor respiratorii rămîne o cale alternativă de suport respirator a pacientului critic. După datele studiului nostru am constatat că protezarea căilor respiratorii prin operația traheostomie la copii comparativ cu adultul se aplică foarte rar. Operația traheostomia prin tehnica percutană ocupă un loc modest atît la adulți cît și la copii.

### **Actualitatea**

Preocuparea zi de zi a medicinei contemporane este de a salva mai multe victime în stări critice, precum și dorința de a da o calitate bună a vieții. Urgențele medicale moderne includ o serie de manopere pentru protezarea căilor respiratorii. În ultimul deceniu medicina de urgență a avansat mult în domeniul protezării căilor respiratorii prin aplicare de sonde, tehnici de intubare oro - sau nasotraheală (IOT), sau protezare prin operația traheostomie cu conectarea aparatului respirator la mașini artificiale de ventilație. Astfel afecțiunile respiratorii, ce necesită protezare de durată au devenit o manoperă de rutină pentru medicina contemporană. Aplicarea acestor metode induce sporirea longevității și micșorează mortalitatea generală a țării. Actualmente se cunosc mai multe tehnici de protezare chirurgicală a căilor respiratorii: operația traheostomia clasică, traheostomia percutană, operația traheostomia percutană cu control videolaringoscop ș.a. În lucrarea dată vor fi elucidate operația traheostomia clasică și traheostomia percutană. Tehnologia actuală în ultimele decenii pune la dispoziția medicinei seturi speciale pentru operația traheostomie. După datele mai multor autori (3,4,5) traheostomia reprezintă intervenția chirurgicală care constă în operația de deschidere a traheei cu fixarea peretelui anterior al acesteia la piele și introducerea unei canule ce menține deschisă traheea. Conform datelor din literatură traheostomia de cele mai multe ori are un caracter de urgență (2,7,8), dar în multe afecțiuni, este necesar de efectuat traheostomia în mod planificat. Această intervenție chirurgicală prin care se realizează o comunicare între trahee și tegumentul regiunii cervical