şi tratamentul lor conservator complex scade numărul de complicaţii ale acestei afecţiuni cronice şi îmbunătăţeşte calitatea vieţii.

Summary

The purpose of this article is the appreciation of the prevalence of chronic tonsillitis in children in Moldova, the detection of some immunological factors that favor the development of the inflammatory processes in the palatin tonsils and to explore the efficacy of complex conservative treatment of this patients. The prevalence of chronic tonsillitis in children in Moldova is 7,7%. Our researches have demonstrated that non-specific immunity disturbances dominated in chronic tonsillitis in children, comparative with ones in adults, where the specific immune changes are predominate. We obtained positive results after selection of conservative treatment modalities in 85% of cases. The dispanserisation of the children with compensated chronic tonsillitis and the complex conservative treatment will decrease the number of complications and will improve the quality of life.

Резюме

Цель исследования – определение частоты встречаемости хронического тонзиллита среди детей в Республике Молдова, определение некоторых особенностей гуморального иммунитета у детей с хроническим тонзиллитом и обоснование эффективности комплексного консервативного лечения. Частота встречаемости хронического тонзиллита у детей составляет 7,7% случаев. Иммунологические исследования показали, что при хроническом компенсированном тонзиллите у детей преобладают изменения со стороны неспецифического иммунитета, по сравнению с взрослыми, где имеют место изменения специфического иммунитета. Положительные результаты при лечении хронического компенсированного тонзиллита были получены в 85% случаев, что позволило сохранить целостность лимфоидной ткани лифоглоточного кольца и уменьшить число осложнений данной патологии.

UNELE ASPECTE ALE ULCERULUI GASTRODUODENAL LA VÂRSTNICI

Elina Şor, asistent universitar,
USMF „Nicolae Testemiţanu”

Introducere

În ultimii ani, sănătatea persoanelor vârstnice atrage o atenţie deosebită a medicilor. Creşterea numărului de pacienţi vârstnici generează multe probleme etice, sociale, economice şi medicale în ţările dezvoltate [1].

Conform clasificării OMS (2000), persoanele cu vârsta de peste 60 de ani se divizează în 3 grupe: vârstnici (60-75 de ani), senili (bătrâni) (76-90 de ani) şi longevivi (peste 90 de ani). Majorarea populaţiei vârstnice, remarcată în multe ţări din întreaga lume, a dus la o creştere corespunzătoare a numărului de patologii abdominale acute, cu pericol pentru viaţă [2].

Este demonstrat faptul că în Asia, la pacienţii peste 80 de ani care au suportat intervenţii chirurgicale abdominale în 48,8% de cazuri vârsta a fost factorul semnificativ de risc de dezvoltare a complicaţiilor şi de mortalitate în perioada postoperatorie [3].

În afară de vârstă, majoritatea pacienţilor din acest contingent suferă de patologii concomitente, cum ar fi: diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, disfuncţiile pulmonare etc., care îngreunează îngrijirea postoperatorie şi creează condiţii de morbiditate şi mortalitate sporită [2]. Chiar şi în prezent, diagnosticarea la timp şi tratamentul chirurgical timpuriu în caz de abdomen acut chirurgical la vârstnici este încă o provocare dificilă, deoarece acesta poate prezenta simptome diferite şi semne clinice neclare, care duc la diagnosticare şi tratament chirurgical întârziate şi provoacă morbiditate şi mortalitate postoperatorii înalte [2].

În pofida numeroaselor studii şi sistemului propus de tratament conservator al bolii ulceroase, această nosologie încă ocupă o poziţie de lider în structura patologiilor gastrointestinale [4, 5]. În prezent maladia ulceroasă (MU) este printre primele zece afecţiuni care reduc calitatea vieţii populaţiei pe glob [6, 7]. Standardele actuale de terapie medicamentoasă, din păcate, nu reduc incidenţa complicaţiilor ulcerului, ci doar amână manifestarea acestora spre vârsta înaintată [8].

Marile realizări obţinute în tratamentul medicamentos modern al MU necomplicate cu agenţi anti-H_2, inhibitori ai pompei de protoni, dubla sau tripla asociere antibiotică, au dus în ultimii ani la o reducere esenţială a numărului intervenţiilor chirurgicale programate în aceste afecţiuni [9]. Cu toate acestea, procentul de ulceroşi care au „şansa” de a fi supuşi unei intervenţii chirurgicale de urgenţă din cauza complicaţiilor MU a rămas constant, iar după datele unor autori – este în creştere [10, 11].

În grupa de vârstă de peste 60 de ani experienţa chirurgicală constă exclusiv din forme complicate de ulcer peptic, care afectează, fără îndoială, rezultatele tratamentului [12, 13]. Anume această grupă determină nivelul de mortalitate postoperatorie, care constituie la vârsta înaintată 15-25%, iar pentru intervenţii de urgenţă se apropie de 55-65% [2, 14, 15].

De o importanţă deosebită în patogenia ulcerului gastroduodenal la pacienţii vârstnici sunt cunoştinţele privind procesele fiziologice ale îmbătrânirii (*vezi tabelul*) [1].

Modificarea funcţiilor organelor la vârstnici

Funcţia	*Cauza*	*Efectul*
Funcţia pulmonară	Diminuarea elasticităţii cutiei toracice Majorarea spaţiului mort şi volumului rezidual	Majorarea gradientului alveolo-arterial al presiunii oxigenale Predispoziţie la hipoxie Dereglarea evacuării secretului bronşic
Funcţia cardio-vasculară	Micşorarea numărului celulelor nervoase ale nodului sinuzal şi ale sistemului de conducere cardiacă Diminuarea sensibilităţii la catecolamine, inhibarea activităţii baroreceptorilor Majorarea rezistenţei la circulaţia arterială Diminuarea gradientului limfovenos	Risc major de apariţie a aritmiilor Dereglarea volumului circulant sangvin şi a tensiunii arteriale Evoluţia asimptomatică a maladiilor aterosclerotice ale inimii se întâlneşte la 20% din populaţie la vârsta de 60 de ani, iar la 80 de ani atinge circa 40%
Funcţia renală	Scăderea ratei filtraţiei glomerulare cu 30% şi mai mult (la 60% din populaţie) Dereglarea funcţiei de concentrare a urinei Diminuarea producerii ionilor de amoniu (NH+) Micşorarea eliminării reninei ca răspuns la hipovolemie.	Majorarea riscului de insuficienţă renală Diminuarea excreţiei unor preparate medicamentoase Mărirea aptitudinii spre deshidratare şi suprasolicitare de lichid Dificultatea corecţiei acidozei
Sistemul nervos central	Dereglarea autoregulaţiei circulaţiei cerebrale Epuizarea rezervelor acetilcolinei (în special în maladia Alzheimer)	Predispoziţie majoră spre hipotensie cerebrală şi ischemie Risc sporit al efectelor adverse ale preparatelor anticolinergice

Aspectele etiologice ale maladiei ulceroase la vârstnici

Maladia ulceroasă este o patologie polietiologică. Unul dintre factorii etiologici este influenţa mediului ambiant [16]. Printre factorii de mediu ambiant se evidenţiază neuropsihici, nutriţionali, meteorologici. Factorii neuropsihici şi cei meteorologici au o importanţă semnificativă în patogenia bolii ulceroase peptice la pacienţii vârstnici [1].

Factorul neuropsihic. Conceptele moderne ale medicinei psihosomatice, care studiază corelaţiile dintre aspectele emoţionale şi caracteristicile mentale ale omului, factorii mediului ambiant şi perturbările somatice în dezvoltarea oricărei boli (inclusiv MU), dezvăluie polietiologia acestora. Maladia ulceroasă poate fi atribuită, de asemenea, la un grup de boli psihosomatice, dezvoltarea cărora depinde de predispoziţia genetică, reacţia organismului la acţiunea stresului emoţional, în special comportamentul emoţional şi volitiv, precum şi la starea organelor-ţintă (inimă, stomac, intestin etc.) [17].

Tulburările psihoemoţionale în maladia ulceroasă se manifestă clinic prin labilitate emoţională, anxietate, pesimism, ipocondrie, dezvoltarea sindroamelor depresive şi înstrăinare sau ataşament faţă de oricine, care este deosebit de pronunţat la pacienţii vârstnici [18, 19].

Factorii meteorologici. Se presupune impactul modificărilor meteorologice şi perturbarea ritmului biologic al pacientului. Este bine cunoscută dependenţa de morbiditate şi de recidivare a MU în anumite condiţii climaterice, schimbarea anotimpurilor, condiţii de trai în păturI sociale diferite. Având în vedere natura sezonieră şi caracteristica diurnă a manifestărilor clinice ale maladiei ulceroase, Comarov F. I. [20] a subliniat aspectul cronobiologic al acestei boli.

Bolnavii vârstnici sunt adesea meteosensibili, sugerând posibilitatea influenţării factorilor meteorologici asupra formării ulcerelor la aceşti pacienţi [21].

Aspectele patogenezei maladiei ulceroase la vârstnici

Momentul decisiv în patogenia ulcerului peptic este dezechilibrul dintre factorii de "agresiune" şi cei de "protecţie" a mucoasei stomacului şi duodenului. Factorii de agresiune includ unii compuşi endogeni şi exogeni chimici, unele maladii şi H. Pylori.

Unul dintre cei mai importanţi factori de agresiune, care este implicat în agravarea ulcerului peptic, este utilizarea pe termen lung a preparatelor antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), pe care sunt nevoiţi

să le administreze bolnavii în vârstă şi este un factor suplimentar în dezvoltarea complicaţiilor, cum ar fi hemoragia şi perforaţia [22, 23].

Aproximativ 30 de milioane de oameni în întreaga lume administrează AINS regulat pentru tratamentul diferitelor boli. Dezvoltarea medicinei, precum şi îmbătrânirea globală a populaţiei au dus la faptul că AINS sunt printre cele mai frecvent utilizate medicamente în tratamentul de durată.

Potrivit datelor Asociaţiei Americane a Reumatologilor din 2003, 5% din populaţia planetei utilizează AINS, ca rezultat 24% din ei suferă de ulcer gastroduodenal. Studiile au arătat că aproximativ 22–68% din pacienţii care primesc regulat AINS dezvoltă eroziuni ale mucoasei, ulcer peptic, hemoragie sau perforaţie [24].

Pacienţii cu semne endoscopice semnificative ale ulcerului gastroduodenal în 81% din cazuri nu simt nici o durere, iar în 60% cazuri – lipsesc simptome dispeptice. De aceea, diagnosticul se stabileşte deja când ulcerele devin potenţial periculoase pentru viaţă, manifestându-se sub formă de perforaţie sau hemoragie [25–27].

Comorbiditatea – factor de agresiune. Pentru bolnavii vârstnici este caracteristică polimorbiditatea. Potrivit datelor lui B.T. Ивашкин [28], unui pacient în vârsta de 61-75 de ani îi sunt specifice în medie 5,8 boli care apar simultan.

Alegerea tacticii chirurgicale

Progresarea comorbidităţi la 57–93,5% din pacienţii vârstnici pe fundal de hemoragie, care trece în stadiul de sub- şi decompensare, determină mortalitatea generală şi cea postoperatorie, riscul înalt de anestezie şi tratament chirurgical, iar chirurgul este nevoit să restrângă alegerea intervenţiilor paliative [29].

Alegerea tacticii chirurgicale în cazul ulcerelor gastroduodenale complicate rămâne în prezent discutabilă; şi mai controversată este definirea termenelor, volumului şi tipului de intervenţie la pacienţii vârstnici [30–32]. În caz de peritonită difuză, poziţia majorităţii chirurgilor este identică şi se exprimă în minimizarea volumului intervenţiei, în toate celelalte cazuri, din cauza modificărilor morfopatologice din zona afectată, apare problema de a alege între intervenţiile paliative şi cele radicale [33]. Unii autori, având în vedere riscul înalt de malignizare al ulcerului cronic la un pacient în vârstă, recomandă efectuarea rezecţiei gastrice [34–37]. Însă eficienţa operaţiilor primare radicale, de asemenea, nu poate fi considerată satisfăcătoare. O incidenţă semnificativă a deceselor şi a tulburărilor funcţionale după rezecţia gastrică duce la concluzia că la pacienţii vârstnici, în special într-o situaţie de urgenţă, această opţiune nu poate fi intervenţia de elecţie [12, 38]. În conformitate cu recomandările multor autori, la pacienţii de peste 60 de ani este preferată suturarea perforaţiei, ca intervenţie mai puţin traumatizantă [4, 39, 40].

Riscul apariţiei complicaţiilor

În perioada postoperatorie se determină un număr mare de complicaţii. De exemplu, incidenţa pancreatitei acute după rezecţia gastrică este înregistrată la 2,3–19,6% din pacienţi [41–45].

La majoritatea bolnavilor peste 60 de ani se dezvoltă sindromul CID, în legătură cu pierderea sangvină chiar nesemnificativă [46–49]. Conform datelor lui Stoliarov E.A. [50], la tineri în caz de pierderi de sânge cel puţin 20% din volumul circular sangvin practic lipseşte riscul apariţiei sindromului CID.

Hipercoagulabilitatea este un mecanism de compensare naturală în hemoragii, în pierderi acute de sânge şi riscul dezvoltării complicaţiilor tromboembolice creşte semnificativ pe fundalul aterosclerozei, cu crearea condiţiilor pentru activarea permanentă a hemostazei vasculare şi microcirculatorii [14, 51].

Losev R.Z.et al. şi Fetiucov A.И. şi coaut. [52, 53] consideră complicaţiile tromboembolice cauza principală a morbidităţii şi mortalităţii postoperatorii la pacienţii vârstnici.

Potrivit lui Baeşco A.A. et al. [54], incidenţa tromboemboliei pulmonare (TEAP) cu o evoluţie letală după o intervenţie chirurgicală în MU variază între 0.2% şi 0.7%. Diagnosticul intravital al TEAP a fost stabilit doar în 32% din decese din 803 pacienţii supuşi intervenţiei chirurgicale, a căror cauză de deces a fost TEAP.

Potrivit Institutului de Sănătate din SUA, în fiecare an la 1.200.000 de intervenţii chirurgicale pe organele abdominale la pacienţii cu vârsta de peste 40 de ani se înregistrează 600 de decese din cauza TEAP, totodată TEAP determină 10-21% din letalitatea intraspitalicească şi 6-25% din mortalitatea postoperatorie [51, 55, 56].

Procesul de îmbătrânire provoacă perturbări în sistemul de hemocoagulare. Schimbarea indicilor involutivi de coagulare a sângelui în direcţia creşterii activităţii procoagulante şi intensităţii formării trombilor intravasculari, împreună cu modificările caracteristice în microcirculaţie la persoanele vârstnice, cu dereglarea imunităţii locale, duc la creşterea riscului de apariţie a complicaţiilor postoperatorii tromboembolice, ceea ce complică şi mai mult sarcina chirurgului [57–60].

Există o multitudine de scoruri de prognostic, utilizate în prezent (unele dedicate strict unor categorii aparte de bolnavi), dar nici unul nu este dedicat bolnavilor vârstnici în general. Mai mulţi autori au testat diverse tipuri de scoruri în cazul bolnavilor vârstnici, ajungând la concluzia, că cel mai bine adaptate sunt:

sistemul ASA, sistemul Reiss şi sistemul POSSUM [61, 62]. Unii sunt de părere că aceste scoruri nu sunt perfect adaptate bolnavilor vârstnici, fiind necesară adăugarea unor noi parametri [61, 62]. Însă, pe măsură ce acestea devin din ce în ce mai complexe, sunt tot mai dificil de utilizat în practica curentă [3].

Conform lui Boey [63], letalitatea în ulcerul perforat depinde de următorii factori: şoc, tarele asociate grave, întârzierea tratamentului. Prezenţa unuia din factorii de risc duce la mortalitate în 10%, a doi factori – în 46%, a trei – în 100% cazuri.

Potrivit cercetătorului Larson [64], letalitatea în hemoragia din ulcerul cronic este mai înaltă la pacienţii vârstnici, la bolnavii cu insuficienţă poliorganică şi în cazurile în care s-au transfuzat peste 5 unităţi de sânge.

Concluzii

Bolnavii vârstnici reprezintă şi vor reprezenta în continuare, în proporţie din ce în ce mai mare, un contingent important de persoane care se vor adresa serviciilor de chirurgie. O trăsătură importantă este faptul că jumătate din aceşti bolnavi se internează în conditii de urgenţă cu diverse complicaţii ale unor boli de bază, care se sumează tarelor asociate vârstei înaintate, producând dezechilibre majore pe un organism cu resurse limitate de compensare, facând astfel mult mai dificilă activitatea decizională şi terapeutică a chirurgului.

Tratarea cu succes a acestor bolnavi necesită o bună colaborare a chirurgului cu serviciul de anestezie, terapie intensivă şi cu alţi medici din diverse specialităţi.

Îmbunătăţirea rezultatelor depinde cel mai mult de dezvoltarea sistemului sanitar, care să permită depistarea la timp a bolilor, evitându-se astfel apariţia complicaţiilor ce determină internarea în urgenţă, dar mai depinde şi de creşterea nivelului educaţional-sanitar al bolnavilor.

Bibliografie

1. Агзамов Ф.М., *Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной кровотечением или перфорацией язвы.* Автореф. дис. докт. мед. наук. Москова, 2008.

2. Y.-H. Su, C.-C. Yeh, C.-Y. Lee, et al., *Acute Surgical Treatment of Perforated Peptic Ulcer in the Elderly Patients.* Hepato-Gastroenterology, 2010; 57(104):1608–1613.

3. Tan K.Y., Chen C.M., Ng S.M.C., *Which octogenarians do poorly after major open abdominal surgery in our Asian population?* World J. Surg., 2006; 30(4):547–552.

4. Курбанов Ф.С., Авад Х.М., Балогланов Д.А., *Лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста*. Анналы хирургии, 2009; 3:36–41.

5. Fu H.Y., Murata H., Kawano S., *QOL and the older people with peptic ulcer*. Nippon Rinsho, 2002; 60(8):1633–1638.

6. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., *Лечение язвенной болезни: новый век – новые достижения – новые вопросы*. РМЖ Болезни органов пищеварения, 2002; 4(1): 20–24.

7. Goldacre M.J., *Inflammatory bowel disease, peptic ulcer and diverticular disease as certified causes of death in an English population 1979-2003*, Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 2008; 20(2): 96–103.

8. Лазебник Л.Б., *Хронические язвы у лиц пожилого возраста*. Гастроэнтерология, 2002; 1:84–86.

9. Dubois F., *New Surgical strategy for gastroduodenal ulcer: Laparoscopic approach*. World J. Surg., 2000, 14(3):270-276.

10. Druart M.,Van Hee R., Etienne J., Cadière G., Gigot F., Legrand M., Limbosch J., Tugilimana M., Van Vyve E., Vibin E., Yvegrneaux J., *Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer / a prospective multicenter clinical trial*, Surg. Endosc., 1997, 11(10):1017-1020.

11. Chou N.H., Mok K.T., Chang H.T., *Risk factors of mortality in perforated ulcer*. Eur. J. Surg., 2000; 166(2):149-153.

12. Агзамов Ф.М., Наумов Б.А., Яковченко А.В., *Выбор метода операции у больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией язвы* (обзор литературы), Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2005; 5:89–92.

13. Levenstein S., *Commentary: Peptic ulcer and its discontents*, Int. J Epidemiology, 2002; 31(1):29-33.

14. Гостищев В.К., Евсеев М.А., *Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике*. Москва: Анта-Эко, 2005, 352 с.

15. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Уржумцева Г.А., Уракова Я.Ч., *Эндоскопический гемостаз с использованием фибринового клея при язвенном гастродуоденальном кровотечении у больных пожилого и старческого возраста*. Анналы хирургии, 2006; 4: 60–63.

16. Garcia-Gonzalez M., Lanas A., Santolaria S. et al., *The polymorphic IL-1B and IL-1RN genes in the aetiopathogenesis of peptic nicer.* Clin. Exp. Immunol., 2001; 125(3): 368-375.

17. Fujimura J., Haruma K., Hata J., Yamanaka H., Sumii K., Kajiyama G., *Quantitation of duodenogastric reflux and antral motility by color Doppler ultrasonography. Study in healthy volunteers and patients with gastric ulcer*. Scand. J. Gastroenterol., 1994; 29(10):897-902.

18. Савицкая О.Н., *Особенности течения и диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста*. Проблемы геронтологии и гериатрии, 2000: 60-62.

19. Лазебник Л.Б., Соколова Г.Н., Черняев А.Л., *Хронические язвы у лиц пожилого возраста*. Гастроэнтерология, 2002; 1: 84-86.

20. Комаров Ф.И., Гребенев А.Л., Шептулин А.А., *Язвенная болезнь*. Руководство по гастроэнтерологии. Т.1. Под редакцией Ф.И. Комарова и А.Л. Гребенева. Москва, Медицина, 1995.

21. Мельничук Ю.С., *К вопросу о заболеваемости и клинической картине язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста*. Проблемы геронтологии и гериатрии, 2000: 25-27.

22. Kurata J.H., Nogawa A.N., *Meta-analysis of risk factors for peptic ulcer. Nosteroidal antiinflammatory drugs, Helicobacter pylori, and smoking*. J. Clin. Gastroenterol., 1997: 24(1): 2-12.

23. Weil J., Langman M., Wainwright P. et al., *Peptic ulcer bleeding: accessory risk factors and interactions with non-steroidal anti-inflammatory drugs*. Gut, 2000; 46(1):27-31.

24. Ивашкин В.Т., *Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения.* Руководство для практикующих врачей. Москва: Литера, 2003.

25. Полунина Т.Е., *Ятрогенные поражения гастродуоденальной области и печени, вызванные применением фармакотерапевтических средств в лечебных дозах*. Автореф. дис. д-ра мед. Наук, Москва, 2000.

26. Bulut O., Rasmussen Ch., Fischer A., Acute Surgical Treatment of Complicated Peptic Ulcers with Special Reference to the Elderly, World J. Surg., 1996; 20(5): 574–577.

27. Katz J., *The course of peptic ulcer disease.* Med. Clin. North Am., 1991; 75(4):831–840.

28. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста*. РМЖ, 1999; 7(16):56-62.

29. Скочилова О.Е., *Экспериментально-клиническое обоснование принципов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в пожилом и старческом возрасте.* Бюллетень сибирской медицины, 2008; 2: 56 – 58.

30. Калинин А.В., *Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь: в чем сходство и в чем различия?* РЖГГК, 2008; 18(1): 59–68.

31. Кульчиев А.А., Елоев В.А., Сланов А.В. и др., *Отдаленные результаты традиционного хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв в РСО-Алании.* Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2009; 2:39–45.

32. Greenwald D.A., *Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease*.Am. J. Med., 2004; 6(117): 8–13.

33. Винник Ю. С., Сергеева Е. Ю., Аксютенко А, Н., Колесницкий О.А., Котиков А.Р., Петрушко С.И., Теплякова О.В., Бугрий В.И., *Осложненная гастродуоденальная язва в пожилом и старческом возрасте: анализ результатов паллиативных и радикальных вмешательств.* Хирургическая практика, 2011; 1:19- 27.

34. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Соломко А.В., Рощин Г.Г., *Дуоденогастральный рефлюкс после органосохраняющих операций по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки*. Клиническая хирургия, 1990; 8: 34–36.

35. Гостищев В.К., Евсеев М.А., *Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях.* Хирургия, 2007; 7: 7–11.

36. Лобанков В.М., *Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века*. Хирургия. 2005; 1:58–64.

37. Жанталинова Н.А., *Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки*. Хирургия, 2005; 12: 30-32.

38. Kang J.Y., Elders A., Majeed A., *Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002.* Alimentary Pharmacological Therapy, 2006; 24(1): 65–79.

39. Лелянов А.Д., Будрин В.А., Новиков А.С. и др., *Пути оптимизации лечения язвенной болезни у больных, перенесших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы*. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2007; 5: 81–85.

40. Поташев Л.В., Семенов Д.Ю., Ушверидзе Д.Г., *Отдаленные результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв*. Вестник хирургии, 2005; 5:40–42.

41. Зеленцовский Е.Б., *Сравнительная оценка методов лечения язвенной болезни*. Хирургия, 1984; 9:17-21.

42. Серова JI.С., Асташов В.Л., *Лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений в пожилом и старческом возрасте*. Вестник хирургии, 1996; 1: 30-33.

43. Филин В.И., *Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы*. Л. Медицина, 1998; 285.

44. Кузнецов Н.А., Аронов JI.С., Харитонов С.В. и др., *Ранняя диагностика внутрибрюшных осложнений после оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке.* Хирургия, 2003; 10:27.

45. Thompson J.S., Bragg L.E., Hodgson P.E., Rikkers L.F., *Postoperative pancreatitis*. Surg. Gynes. Obstet., 1988; 167(5): 377–80.

46. Макаревич Л.А., Левитан Б.Н., Панов А.А. и др., *Гемостаз у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.* Межвуз. сборник научных трудов, Краснодар, 1988: 53-59.

47. Корымасов Е.А., *Значение тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза в патогенезе язвенных гастродуоденальных кровотечений.* Вестник хирургии, 1992; 2: 26-29.

48. Langman M.S., *Problems in assessing pharmacologic treatment of acute upper gastrointestinal bleeding.* Hepatogastroenterology, 1990; 37(1):29-30.

49. Hunt P.S., *Surgical management of bleeding chronic peptic ulcer: A 10-year prospective study*. Ann. Surg.,1984; 199(1):44-50.

50. Столяров Е.А., Батаков Е.А., Дериенко В.С. и др., *Остановка кровотечения. Острая кровопотеря. Переливание крови*. Самара, 1999: 138с.

51. Баешко А. А., *Послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения: эпидемиология и профилактика.* Ангиология и сосудистая хирургия, 2001; 7(1):105-120.

52. Лосев Р.З., Чирков Ю.В., *Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв*. Вестник хирургии, 1996; 6: 28-31.

53. Фетюков А.И., Гридина И.Г., *Причины летальности и послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста*. Вестник хирургии, 1997; 4:127-129.

54. Баешко А. А., Крючок А. Г., Юшкевич В. А., Корсак С. И., *Послеоперационная тромбоэмболия легочной артерии*. Хирургия: Научно-практический журнал им. Н.И.Пирогова, 2000; 2:45-49.

55. Dehring D.J., Arens J., *Pulmonary thromboembolism: disease recognition and patient management.* Anaesthesiology. 1990; 73(1): 146-164.

56. Anderson F.A. Jr., Wheeler H.B., Goldberg R.J., Hosmer D.W., Patwardhan N.A.,

Jovanovic B., Forcier A., Dalen J.E., *A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism*. *The Worcester DVT Study.*, Arch. lntern. Med, 1991; 151(5):933-938.

57. Давыдовский Н.В., *Геронтология.* Москва, 1996, 189 с.

58. Бутенко Г.М., *Иммунитет при старении*. Междунар. мед. журнал. 1999; 5(2): 6-10.

59. Брискин Б.С., Лузина С.Н., Костюченко Л.Н., *Хирургические болезни в гериатрии.* Руководство для врачей. Москва, 2006, 336.

60. Manegold B., *Endoscopic hemostasis in stomach and duodenum.* Schweiz Rundsch Med. Prax., 1994, Jun 21; 83(25-26):772-776.

61. Roseano M., Calligaris L., Pozzetto B., Cibi N., Bortul M., *Evaluation of surgical risk in elderly patients: a review of 207 cases.* Chir. Ital., 2002, Jul-Aug; 54(4):437-445.

62. Rix T.E., Bates T., *Pre-operative risk scores for the prediction of outcome in elderly people who require emergency surgery*. World J. Emerg. Surg., 2007; 5(2):16.

63. Boey, J., Choi, S.K.Y., Alagaratnam, T.T., Poon, A., *Risk stratification in perforated duodenal ulcers: a prospective validation of predictive factors*. Ann. Surg., 1987; 205(1):22–26.

64. Larson G., Schmidt T., Gott J., Bond S., O'Connor C.A., Richardson J.D., *Upper gastrointestinal bleeding: predictors of outcome.* Surgery, 1986; 100(4):765–73.

Rezumat

Epidemiologia ulcerului peptic, după introducerea antagoniştilor receptorilor H_2 şi inhibitorilor pompei de protoni, a fost schimbată esenţial, însă numărul spitalizărilor din cauza perforaţiei şi hemoragiei a rămas constant. Majoritatea intervenţiilor chirurgicale acute efectuate pentru ulcerul peptic complicat aparţin pacienţilor vârstnici, iar rata lor a rămas neschimbată sau a crescut.

Intervenţiile chirurgicale de urgenţă pe abdomen se asociază cu o morbiditate şi mortalitate înalte, în special la pacienţii vârstnici, de aceea diagnosticul prompt şi tratamentul timpuriu nu ar trebui să fie amânate. Autorul discută în privinţa etiologiei, patogenezei, simptomatologiei şi metodelor de tratament al ulcerlui gastroduodenal complicat la vârstnici în contextul revistei literaturii.

Summary

The epidemiology of peptic ulcer changed dramatically after the introduction of H_2- receptor antagonists and proton pump inhibitors, but hospital admissions due to bleeding ulcers and perforations have remained constant. The majority of acute surgical procedures performed for complicated peptic ulcer occur in elderly patients, and this proportion either has remained unchanged or increased.

Emergency abdominal surgery is associated with high morbidity and mortality rates, especially in the elderly patients, but prompt diagnoses and treatment should not be delayed.The authors discuss the etiology, pathogenesis, symptoms and treatment of complicated gastroduodenal ulcers in the elderly with review of literature.

Резюме

Эпидемиология язвенной болезни резко изменилась после введения H_2-рецепторов и ингибиторов протонной помпы, но число госпитализаций в связи с перфорацией и кровотечением осталось неизменным. Большинство срочных операций по поводу осложненной язвенной болезни выполняются у пациентов пожилого возраста их частота осталось без изменений или растет.

Срочная абдоминальная хирургия связана с высокой заболеваемостью и смертностью, особенно у пожилых пациентов, поэтому диагностические и лечебные мероприятия не могут быть отложены. Автор представляет особенности этиологии, патогенеза, симптоматики и методов лечения осложненных гастродуоденальных язв у пожилых людей в контексте обзора литературы.

MANAGEMENTUL ÎN ULCERUL PERFORAT GIGANT

Elina Şor, asistent univ.,
USMF „Nicolae Testemiţanu"

Introducere

În pofida progreselor în tratamentul chirurgical al pacienţilor cu ulcer gastroduodenal, problema este departe de a fi rezolvată [1]. Un interes deosebit prezintă pacienţii cu ulcere perforate gigante [1, 2].

Conform datelor literaturii de specialitate, dimensiunile gigante ale ulcerului (3 – 5 cm) se întâlnesc la 36,6-40,8% din pacienţii spitalizaţi de urgenţă cu ulcer gastroduodenal [3–5]. Numărul acestora creşte