

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. Intern. 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., Bortol 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 antagoniștilor receptorilor H_2 și inhibitorilor pompei de protoni, a fost schimbată esențial, însă numărul spitalizărilor din cauza perforației și hemoragiei a rămas constant. Majoritatea intervențiilor chirurgicale acute efectuate pentru ulcerul peptic complicat aparțin pacienților vârstnici, iar rata lor a rămas neschimbată sau a crescut.

Intervențiile chirurgicale de urgență pe abdomen se asociază cu o morbiditate și mortalitate înalte, în special la pacienții vârstnici, de aceea diagnosticul prompt și tratamentul timpuriu nu ar trebui să fie amânate. Autorul discută în privința etiologiei, patogenezei, simptomatologiei și metodelor de tratament al ulcerului 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 осталась 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 Șor, asistent univ.,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

În pofida progreselor în tratamentul chirurgical al pacienților cu ulcer gastroduodenal, problema este departe de a fi rezolvată [1]. Un interes deosebit prezintă pacienții 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 pacienții spitalizați de urgență cu ulcer gastroduodenal [3-5]. Numărul acestora crește

treptat, iar rezultatele tratamentului sunt puțin îmbucurătoare [4, 6]. Mortalitatea în ulcerul gigant perforat atinge 40,5% [7–9,21]. Totodată, tactica chirurgicală a ulcerului gastroduodenal gigant perforat la moment nu este elaborată definitiv [2, 4, 6].

Aspecte istorice

Prima descriere a ulcerelor gigante este datată cu 1931, când Brdiczka [10] a raportat despre particularitățile radiologice ale ulcerelor duodenale de dimensiuni mari. Timp îndelungat ulcerele gigante s-au caracterizat prin diagnosticarea dificilă la examenul radiologic baritat [11, 12], cu morbiditate și mortalitate ridicate [13 – 15]. Kirsh și Brendel [13] au examinat cu contrast de bariu 42 de cazuri de ulcere gigante și au constatat că doar 24 au fost corect diagnosticate. Cauza constă în faptul că dimensiunile mari ale craterului ulcerului pot fi confundate cu deformarea ușoară a duodenului. Actualmente, apariția și progresarea tehnologiilor endoscopice de evaluare a tractului digestiv au permis diagnosticarea timpurie și definitivă al acestor leziuni [1].

Dintre factorii etiologici de apariție a ulcerelor de dimensiuni mari, conform Newton et al. și Collen și coaut. [1, 16], rolul principal îl are utilizarea de lungă durată a preparatelor antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Collen et al. au evaluat comparativ 184 de pacienți cu ulcere duodenale de dimensiuni standarde și gigante. Ei au descris că 53% din pacienții cu ulcere gigante au folosit AINS zilnic timp de o lună, față de numai 8% din cei cu dimensiuni standarde. Același studiu a analizat, de asemenea, aciditatea bazală, însă diferența semnificativă la pacienți cu ulcere de dimensiuni mari comparativ cu cele standarde nu a existat [16]. Conform datelor literaturii [1, 16, 17], H. Pylori participă la formarea ulcerului, însă nu influențează dimensiunile acestuia.

Clasificare

Timp îndelungat în literatura de specialitate nu exista un consens privitor la definiția perforației gigante în ulcerul perforat [2]. De regulă, perforația ulcerului duodenal nu depășește 1.0 cm, ceea ce oferă o posibilitate largă de alegere a tacticii chirurgicale [2]. Însă în descrierea perforațiilor largi (mari, gigante) opiniile diferiților autori sunt: mai mari de 1.0 cm [18, 19] sau cel mult 2.5 cm [20] în diametru.

În anul 2005, Gupta et al. [2] au propus o clasificare în trei grupe principale pe baza dimensiunilor perforațiilor duodenale:

- *perforații mici*, care sunt mai puțin de 1.0 cm în diametru – asigură rezultat bun în tratamentul chirurgical;
- *perforații mari*, cu dimensiunile între 1.0 cm și 3.0 cm;
- *perforații „gigante”*, ce depășesc 3.0 cm.

Tactica chirurgicală

Tehnicile chirurgicale utilizate în prezent în caz de ulcer perforat gigant nu întotdeauna sunt acceptabile, deoarece deseori există dificultăți tehnice și tactice la efectuarea intervențiilor chirurgicale [2, 4, 6]. În special, la suturarea perforației deseori se observă tăierea suturilor [2, 4, 6, 21]. Ca urmare, se dezvoltă insuficiența suturilor, cu dehiscența parțială sau completă a stomacului sau a duodenului. La o parte de pacienți această complicație se dezvoltă spontan în momentul perforării ulcerului. Din cauza infiltrației inflamatoare perifocale în marea majoritate a ulcerelor gigante se dezvoltă stenoza porțiunii piloroduodenale. Dar suturarea perforației și mai mult provoacă creșterea stenozei [4, 6].

În lipsa oricărei definiții specifice și orientări în ceea ce privește gestionarea unor astfel de perforații mari / gigante în literatura de specialitate, diferiți autori recomandă variate opțiuni chirurgicale în baza experienței și cercetărilor proprii [2]. Cea mai clasică și des utilizată este metoda de omentoplastie cu „înfundarea” epiploonului în perforație, care a fost descrisă în premieră de Opel în 1901 și Cellan-Jones în 1929 [1], deși este, în mod eronat, atribuită lui Graham, care a descris utilizarea unei grefe libere de epiploon pentru închiderea perforației în 1937 [2]. Procedura a devenit „standardul de aur” pentru tratamentul acestor perforații, mai ales de dimensiuni mici [2]. Conform cercetărilor lui Gupta et al. [2] și Sharma și coaut. [20], rezultatele tratamentului cu utilizarea omentopexiei în perforații de dimensiuni mici și mari oferă rezultate statistic similare. Ratele de dehiscență și mortalitatea din cele două grupuri după omentopexie rămân comparabile, astfel sugerând că această tehnică chirurgicală poate fi considerată ca metodă de alegere în toate perforațiile de dimensiuni până la 3.0 cm [2, 20].

Cu toate acestea, în caz de perforații gigante de duoden [2], cu defecte destul de mari, omentopexia poate fi considerată nesigură și există pericol de dehiscență a suturilor în perioada postoperatorie [18, 19]. În literatura de specialitate sunt descrise, de asemenea, și alte opțiuni chirurgicale ce pot fi utilizate în ulcerul gastroduodenal perforat gigant și considerate necesare pentru închiderea adecvată a perforației, cum ar fi: gastrectomia parțială, gastrojejunostomia proximală, excluderea din pasaj etc. [2, 18–20].

Totodată, unele metode chirurgicale solicită mult timp și competență chirurgicală înaltă și nu pot fi disponibile în situații de urgență [2, 21, 22]. Asupra alegerii tacticii chirurgicale influențează, de asemenea, vârsta înaintată, tarele asociate, gravitatea stării preoperatorii a pacientului [2, 7–9, 21]. În astfel de situații critice, pentru un pacient grav, îndeosebi la bolnavi

cu vârsta înaintată, medicul trebuie să utilizeze intervențiile chirurgicale de urgență, care pot fi efectuate rapid, chiar și de către un chirurg general, mai puțin experimentat [21].

Concluzii

Intervenția chirurgicală pentru un ulcer perforat gigant gastroduodenal este condiționată de gravitatea stării preoperatorii a pacientului, de gradul extinderii peritonitei și tarelor asociate ale pacientului, cu potențial crescut de dezvoltare a complicațiilor severe în perioada postoperatorie timpurie. Prin urmare, managementul pacienților în perioada postoperatorie, la fel, necesită perfecționarea metodelor de terapie intensivă. Așadar, specificul evolutiv a maladiei, dificultățile în alegerea unei abordări chirurgicale adecvate și în gestionarea postoperatorie a pacienților cu ulcer gastroduodenal gigant perforat confirmă actualitatea problemei de tratare a acestora.

Bibliografie

1. Newton E.B., Versland M.R., Sepe T.E., *Giant duodenal ulcers*. World J. Gastroenterol., 2008, Aug 28; 14(32):4995-4999.
2. Gupta S., Kaushik R., Sharma R., Attri A., *The management of large perforations of duodenal ulcers*. BMC Surg., 2005; 25;5:15.
3. Маломан Е.Н., Унгурияну С.Н., Кирияк С.Е. и др., *Особенности клинического течения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки*. Сборник тезисов "Актуальные вопросы современной хирургии". Москва: Мораг-Экспо, 2000; 206-207.
4. Гадаборшев М.И., *Хирургическая тактика лечения больных с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки*. Автореф. дис. докт. мед. наук., Ростов-на-Дону, 2005.
5. Eaden J. A., Robert-Tomson I.C., *Gastrointestinal: giant gastric ulcer*. J. Gastroenterol., 2001; 16(5): 573.
6. Петренко В.А., *Хирургическое лечение больных с перфорациями гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки*. Автореф. дис. докт. мед. наук., Ростов-на-Дону, 2003.
7. Hermansson M., von Holstein C.S., Zilling T., *Surgical approach and Prognostic factors after peptic ulcer perforation*. Eur. J. Surg., 1999; 165:566-572.
8. Boey J., Choi K.Y., Alagaratnam T.T., Poon A., *Risk Stratification in Perforated Duodenal Ulcers. A Prospective Validation of Predictive Factors*. Ann. Surg., 1986; 205:22-26.
9. Rajesh V., Sarathchandra S., Smile S.R., *Risk factors predicting operative mortality in perforated peptic ulcer disease*. Tropical Gastroenterol., 2003; 24:148-150.
10. Brdiczka J.G., *Das Grosse ulcus duodeni in rontgenbild*. Fortschr Geb. Rontgenstr., 1931; 44: 177-181.
11. Freedman E., Goehring H.D., *Diagnostic errors in ulcerative lesions of the stomach and duodenum*. Am. J. Roentgenol. Radium Ther., 1940; 44: 48-58.
12. Elkin W.P., *Diagnostic problems in cases of large or giant duodenal ulcer*. Radiology, 1941; 37: 748-750.
13. Kirsh I.E., Brendel T., *The importance of giant duodenal ulcer*. Radiology, 1968; 91: 14-19.
14. Carmichael J.L., Tidwell O.K., *Giant duodenal ulcer: a case report and brief review of the literature*. Ala J. Med. Sci., 1970; 7: 385-387.
15. Lumsden K., MacLarnon J.C., Dawson J., *Giant duodenal ulcer*. Gut, 1970; 11: 592-599.
16. Collen M.J., Santoro M.J., Chen Y.K., *Giant duodenal ulcer. Evaluation of basal acid output, nonsteroidal antiinflammatory drug use, and ulcer complications*. Dig. Dis. Sci., 1994; 39: 1113-1116.
17. Bytzer P., Teglbjaerg P.S., *Helicobacter pylori-negative duodenal ulcers: prevalence, clinical characteristics, and prognosis--results from a randomized trial with 2-year follow-up*. Am. J. Gastroenterol., 2001; 96: 1409-1416.
18. Chaudhary A., Bose S.M., Gupta N.M., Wig J.D., Khanna S.K., *Giant Perforations of Duodenal Ulcer*. Ind. J. Gastroenterol., 1991, 10:14-15.
19. Karanjia N.D., Shanahan D.J., Knight M.J., *Omental patching of a large perforated duodenal ulcer: a new method*. Br. J. Surg., 1993, 80:65.
20. Sharma D., Saxena A., Rahman H., Raina V.K., Kapoor J.P., *Free Omental Plug: A Nostalgic Look at an Old and Dependable Technique for Giant Peptic Perforations*. Dig. Surg., 2000, 17:216-8.
21. Shyu J.F., Chen T.H., Shyr Y.M., Su C.H., Wu C.W., Lui W.Y., *Gastric body partition for giant perforated peptic ulcer in critically ill elderly patients*. World J. Surg., 2006; 30(12):2204-2209.
22. Blomgren L.G.M., *Perforated peptic ulcer: long term results after simple closure in the elderly*. World J. Surg., 1997; 21:412-415.

Rezumat

Ulcerele gastroduodenale gigante sunt rare. Ele pot apărea atât în duoden, cât și în stomac. Incidența raportată variază între 14 și 24% și este înaltă la vârsta înaintată. Utilizarea pe scară largă a metodelor endoscopice, introducerea antagoniștilor receptorilor H_2 și a inhibitorilor pompei de protoni, îmbunătățirea tehnicilor chirurgicale au revoluționat diagnosticul, tratamentul și rezultatele terapeutice. Cu toate acestea, ulcerele peptice gigante sunt încă asociate cu o rată ridicată de morbiditate, de mortalitate și cu apariția complicațiilor.

Summary

Giant peptic ulcers are rare. They can occur both in the duodenum and stomach. The reported incidence varies between 14-24% and is common in older age group. The widespread use of endoscopy, the introduction of H_2 -receptor blockers and proton pump inhibitors, and the improvement in surgical techniques all have revolutionized the diagnosis, treatment and outcome of this condition. Nevertheless, giant peptic ulcers are still associated with high rates of morbidity, mortality and complications.

Резюме

Гигантские размеры язвы редкое явление. Они могут возникнуть как в области двенадцатиперстной

кишки, так и в желудке. Заболеваемость колеблется в пределах 14-24% и часто встречается в пожилом возрасте. Широкое использование эндоскопии, введение блокаторов H_2 рецепторов и ингибиторов протонной помпы, а также улучшение и усовершенствование хирургических методов произвели революцию в диагностике, лечении и исходе этого заболевания. Тем не менее, гигантские язвы по-прежнему связаны с высокими показателями заболеваемости, смертности и осложнений.

DIAGNOSTICUL IMAGISTIC AL PANCREATITEI ACUTE

Virgiliu Vovc, doctorand,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Pancreasul este situat în partea superioară a abdomenului. Rolul său este, pe de o parte, să secrete insulină, iar pe de altă parte, să elibereze enzime necesare digestiei. În mod normal, aceste enzime trebuie să fie inactive până când ajung în stomac. Însă atunci când bila nu funcționează la parametri normali, acestea se activează înainte de a ajunge în stomac și încep să digere țesutul pancreatic.

Prin urmare, pancreasul intră într-un proces de degradare. În peste 80% din cazuri, pancreatita acută apare pe fundalul afecțiunilor biliare. De aceea, atunci când o persoană este diagnosticată, de exemplu, cu litiază biliară (pietre la vezica biliară), se recomandă tratamentul chirurgical pentru a îndepărta pietrele [1]. În caz contrar, litiaza biliară degenerează, în timp, în pancreatită acută.

Pancreatita acută (PA) este procesul inflamator acut al pancreasului, care poate rămâne localizat la nivelul glandei sau se extinde variabil la țesuturile peripancreatice retroperitoneale și la organele situate la distanță de loja pancreatică, fiind un model de imunoinflamație locală și sistemică acută, al cărui spectru clinic cuprinde sindromul de răspuns inflamator sistemic, septicemia și insuficiența multiplă de organe [2].

Pancreatita acută mai poate surveni și pe fundalul consumului excesiv de alcool și de alimente bogate în grăsimi. Dacă tratamentul se aplică timpuriu, în 80% din cazuri pancreatita acută evoluează favorabil. Însă în 20% din cazuri boala are o evoluție severă, degenerând în pancreatită necrotico-hemoragică, și duce, inevitabil, la deces [3, 4].

Materiale si metode

Studiul a fost efectuat în baza analizei revistelor de specialitate privind domeniul cercetării și aprecierii

valorii diagnosticului imagistic în determinarea severității și extinderii procesului inflamator în patologia pancreatică acută. În articol este discutată ponderea relativă în diagnosticul imagistic al afecțiunii pancreatice acute a *radiografiei abdominale convenționale, tomografiei computerizate, ecografiei abdominale* și investigației prin *rezonanță magnetică*.

Rezultate și discuții

Potrivit Simpozionului internațional cu privire la pancreatita acută din 1992, această patologie este definită ca un proces inflamator acut al pancreasului, cu implicarea variabilă de țesuturi regionale sau sisteme de organe de la distanță [5].

Pancreatita acută este clasificată în forma ușoară și forma severă. Forma ușoară este asociată cu disfuncție minimă de organ. Forma severă de pancreatită acută este asociată cu necroză pancreatică și poate duce la insuficiență de organe și / sau complicații locale. Complicațiile locale includ colecții lichidiene, formarea de pseudochist, abces, necroza pancreatică, hemoragie, tromboză venoasă și formarea de pseudoaneurism.

Un pseudochist este definit ca o colecție de suc pancreatic, acoperită de o membrana fibroasă sau de țesut de granulație. Acesta nu dispune de o capsulă adevărată epitelială și de multe ori comunică cu ductul pancreatic. Un abces pancreatic reprezintă o colecție circumscrișă de puroi intraabdominală. Dezvoltarea atât a unui pseudochist, cât și a unui abces pancreatic, de obicei, necesită 4 sau mai multe săptămâni de la debutul clinic inițial al pancreatitei acute. Necroza pancreatică reprezintă zone focale sau difuze ale parenchimului pancreatic neviabil, este de obicei asociată cu necroza țesutului peripancreatic. Necroza se dezvoltă de obicei timpuriu în cursul pancreatitei acute.

Diagnosticul și tratamentul pancreatitei acute sunt probleme complexe. Fără cunoștințe privind clasificarea și opiniile actuale ale altor experți despre această boală, radiologul nu poate fi un partener sigur în această echipă. Cu toate acestea, medicul-radiolog are o poziție foarte importantă, „mulțumită”, în primul rând, tomografiei computerizate în diagnosticul acestei boli și posibilităților oferite de tratamentul miniinvaziv al complicațiilor timpurii și tardive ale acestei boli. Un punct de cotitură în diagnosticarea pancreatitei acute a fost marcat de clasificarea Balthazar și stabilirea mai apoi a CTSI (indexul de severitate a bolii pe baza constatărilor CT), propus de asemenea de Balthazar [6].

Pancreatita acută este o boală potențial severă, cu o morbiditate și o mortalitate ridicate. Istoria pancreatitei acute este caracterizată de un tablou clinic ce variază de la o boală ușoară și autolimitare la o formă