

CZU: 616.381-002-022-089.85

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2025.3-83.16>

## ABDOMENUL DESCHIS – OPȚIUNI DE CONDUITĂ CHIRURGICALĂ ÎN PERITONITĂ

**Irina PALADII<sup>1</sup>**, dr. în șt. med., cercet. științific,  
**Liuba STRELȚOV<sup>2</sup>**, dr. în șt. med., asis. univ.,  
**Vladimir KUSTUROV<sup>1</sup>**, dr. hab. în șt. med., conf. cercet.,  
**Vitalie LESCOV<sup>2</sup>**, asis. univ.,  
**Anna KUSTUROVA<sup>3</sup>**, dr. în șt. med., conf. univ.

<sup>1</sup>IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Laboratorul de chirurgie hepato-pancreato-biliară,

<sup>2</sup>Catedra de chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”,

<sup>3</sup>Catedra de ortopedie și traumatologie, Chisinau, Republica Moldova

e-mail: [irina.paladii@usmf.md](mailto:irina.paladii@usmf.md)

### Rezumat.

Articolul prezintă datele din literatura de specialitate privind tratamentul peritonitei difuze, considerată una dintre problemele grele și complexe ale chirurgiei, caracterizată printr-o mortalitate ridicată <70%. Este prezentată analiza a 30 de pacienți cu peritonită progresivă, cărora li-a fost aplicat tratamentul prin metoda utilizarea laparostomei – „abdomen deschis”. Sunt expuse detaliat etapele principale ale închiderii temporare a cavității abdominale prin metoda laparostomiei tradiționale și laparostomiei cu utilizarea sistemului de aspirație sub vid în grupul de studiu. În concluzie, se rezumă că managementul prin abdomen deschis (laparostomie) rămâne un element important în tratamentul chirurgical în peritonita extinsă. Alegerea metodei de tratament trebuie să fie individuală, ținând cont de starea biologică a pacientului și condițiile locale intraoperatorii.

**Cuvinte cheie:** peritonită, laparostomie, laparostomie asistată de VAC.

### Summary. Open abdomen – surgical treatment options for peritonitis.

The article presents data from the specialized literature on the treatment of diffuse peritonitis, considered one of the difficult and complex problems of surgery, characterized by a high mortality rate <70%. The analysis of 30 patients with progressive peritonitis, who were treated using the laparostomy method – “open abdomen”, is presented. The main stages of temporary closure of the abdominal cavity using the traditional laparostomy method and laparostomy with the use of a vacuum suction system in the study group are described in detail. In conclusion, it is summarized that management through the open abdomen (laparostomy) remains an important element in surgical treatment of extensive peritonitis. The choice of treatment method should be individual, taking into account the patient’s biological condition and local intraoperative conditions.

**Keywords:** peritonitis, laparostomy, VAC-assisted laparostomy.

### Резюме. Открытый живот – варианты хирургического лечения перитонита.

В статье представлены данные специальной литературы по лечению распространенного перитонита, считающегося одной из сложных и комплексных проблем хирургии, характеризующегося высокой летальностью (<70%). Представлен анализ 30 пациентов с прогрессирующим перитонитом, лечившихся методом лапаростомии – «открытый живот». Подробно описаны основные этапы временного закрытия брюшной полости традиционным методом лапаростомии и лапаростомии с использованием системы вакуумной аспирации в исследуемой группе. В заключении резюмируется, что ведение больных методом «открытого живота» (лапаростомии) остается важным элементом хирургического лечения распространенного перитонита. Выбор метода лечения должен быть индивидуальным, учитывая состояние пациента и местных интраоперационных условий.

**Ключевые слова:** перитонит, лапаростомия, VAC лапаростома.

## Introducere.

Tratamentul pacienților cu patologii chirurgicale acute, leziuni posttraumatice ale organelor abdominale, complicate de peritonită extinsă și sepsis abdominal, rămâne una dintre cele mai complexe și actuale probleme ale medicinei, ceea ce se datorează ratei ridicate de mortalitate, cuprinsă între 20% și 70%, iar în cazul dezvoltării sindromului de insuficiență poliorganică, acesta ajunge la 90% [1-16].

Tactica clasică de tratament chirurgical în peritonită include eliminarea cauzei peritonitei, sanarea și drenarea cavității abdominale cu închiderea plăgii laparotomice. Cu toate acestea, în unele situații: în cazul edemului intestinal pronunțat, al riscului de dezvoltare a sindromului de compartiment abdominal și necesității de relaparotomie etapizate pentru controlul sursei de infecție, aceste principii nu toată vremea pot fi utilizate [2-11,13,14]. Rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului pacienților cu peritonită extinsă au stimulat dezvoltarea de noi metode de abordare activă a procesului inflamator abdominal pentru prevenirea complicațiilor sistemice [1-4, 6, 9, 12]. Una dintre metodele eficiente de tratament a peritonitei este conceptul de „abdomen deschis”, lasarea intenționată a cavității abdominale nesuturate- deschise, formând o laparostomie. Laparostoma permite: reducerea presiunii intraabdominale cu prevenirea sindromului de compartiment abdominal; asigurarea accesului pentru revizii repetate cu sanări și monitorizarea dinamicii stării organelor cavității abdominale [1-16].

Actualmente, intervențiile etapizate programate constituie una dintre tacticile moderne, fiind cele mai acceptate în chirurgia peritonitei răspândite, cu o frecvență în continuare creștere [1, 11, 12, 14]. Modul de finalizare a intervenției chirurgicale primare cu formarea laparostomei are o importanță fundamentală [1, 14, 16]. Finalizarea operației primare este posibilă prin închiderea temporară a cavității abdominale folosind tehnica laparostomiei tradiționale, care este larg utilizată în practica chirurgicală. Laparostomia tradițională include: suturarea pielii, „sacul Bogota”, utilizarea fermoarului, plasă sintetică resorbabilă și altele, fiecare dintre acestea având unele avantaje și dezavantaje [2, 4, 6-9, ]. A doua variantă de închidere temporară a abdomenului este tehnica laparostomiei „active” cu utilizarea terapiei cu presiune negativă. Conform datelor din literatura de specialitate, metoda laparostomiei controlate cu aspirație constantă sub VAC, cunoscută sub numele de terapie VAC (Vacuum Assisted Closure therapy), este cea mai eficientă metodă de închidere temporară a abdomenului în cazurile de peritonită severă [1, 3, 7, 14, 15]. Utilizarea terapiei cu vid în tratamentul peritonitei permite

stoparea procesului infecțios, reduce numărul de relaparotomii, îmbunătățește semnificativ rezultatele tratamentului, însă termenele de închidere definitivă a cavității abdominale și prevenirea complicațiilor rămân în continuare actuale [1, 14, 15].

## Scopul.

Prezentarea etapelor principale ale închiderii temporare a abdomenului în cazul peritonitei extinse prin metoda laparostomiei convenționale și laparostomiei cu sistemul de vacuum aspirație la un grup de pacienți.

## Materiale și metode.

În perioada 2020-2024, la clinica IMSP Institutul de Medicină Urgentă din Chișinău au fost tratați 30 pacienți cu peritonită progresivă care au necesitat intervenții etapizate repetate cu utilizarea strategiei „abdomenului deschis”. Bărbați 17(56,66%), femei 13(43,33%). Vârsta medie 52,43±24,27 ani. Pacienți în vârstă de aptă muncă 73,33% (n=22). La 8(22,85%) pacienții posttraumatici, examinarea clinică efectuată cu aprecierea gradului de severitate a leziunilor. Gravitatea medie a leziunilor posttraumatice a fost: AIS=7,28±2,75; ISS=14,35±5,47; Glasgow=14,78±0,57 puncte. Au decedat 13 pacienți: 10 (33,33%) pacienți cărora li s-a efectuat laparostomie tradițională și 3 (10%) pacienți după efectuarea laparostomiei asistate de VAC. Analiza statistică a fost efectuată utilizând datele valorilor medii și deviațiilor standard.

## Rezultate și discuții.

Toți pacienții (n=30) prezentau peritonită secundară de etiologie traumatică și netraumatică, cauzată de perforație și procese inflamatorii ale cavității abdominale. Sursa peritonitei secundare la 30 de pacienți a fost: apendicită acută distructivă 2(6,67%); pancreatită acută necrotică 9(30%); tromboză a vaselor mezenterice 3(10%); 2 cazuri de insuficiență a suturilor anastomozei intestinale și 1 caz de insuficiență a suturilor plăgii postoperatorii; cancer intraabdominal cu perforație intestinală 8(26,66%); leziuni posttraumatice ale organelor cavității abdominale – 8(26,66%) pacienți (tabel 1).

Toți pacienții (n=30) au fost operați în regim de urgență. În 25 cazuri de peritonită avansată, decizia de laparostomie a fost luată în timpul primei operații, cu intervenții ulterioare etapizate. La 3 pacienți laparostomia a fost completată cu sistemul de vacuum aspirație. Alți 5 pacienți în perioada postoperatorie au evoluat cu complicații severe (abcese, peritonită difuză), ce au necesitat relaparotomii „la cerere” fiind de asemenea aplicată o laparostomie, cu operații ulterioare de etapă.

Tabel 1.

**Repartizarea pacienților, conform factorilor etiologici de peritonită secundară cavității peritoneale**

Etiologia	n	%
Apendicită acută	2	6,67
Pancreatită acută necrotică	9	30
Tromboza vaselor mezenterice	3	10
Cancer distructiv cu perforația intestinului	8	26,66
Leziuni posttraumatice organelor abdominale	8	26,66
Total:	30	100

Finalizarea operației primare „conform programului” este posibilă prin aplicarea mai multor

metode de închidere temporară a abdomenului. Prima dintre acestea este închiderea temporară a cavității abdominale cu scopul de a facilita accesul ulterior repetat, utilizând tehnica laparostomei tradiționale pasive. În funcție de metoda temporară de închidere a cavității abdominale, pacienții au fost împărțiți în două grupe: grupa I – formată din pacienții cărora li s-a aplicat tehnica laparostomiei tradiționale – suturarea decompresivă a peretelui abdominal prin aplicarea de suturi cutanate (n=27), grupul II – 3 pacienți cărora li s-a aplicat metoda laparostomiei asistate de VAC. Prezentăm etapele efectuării laparostomiei tradiționale (figura 1).

În cadrul tratamentului chirurgical etapizat, după eliminarea sursei de peritonită difuză, la 3 pacienți

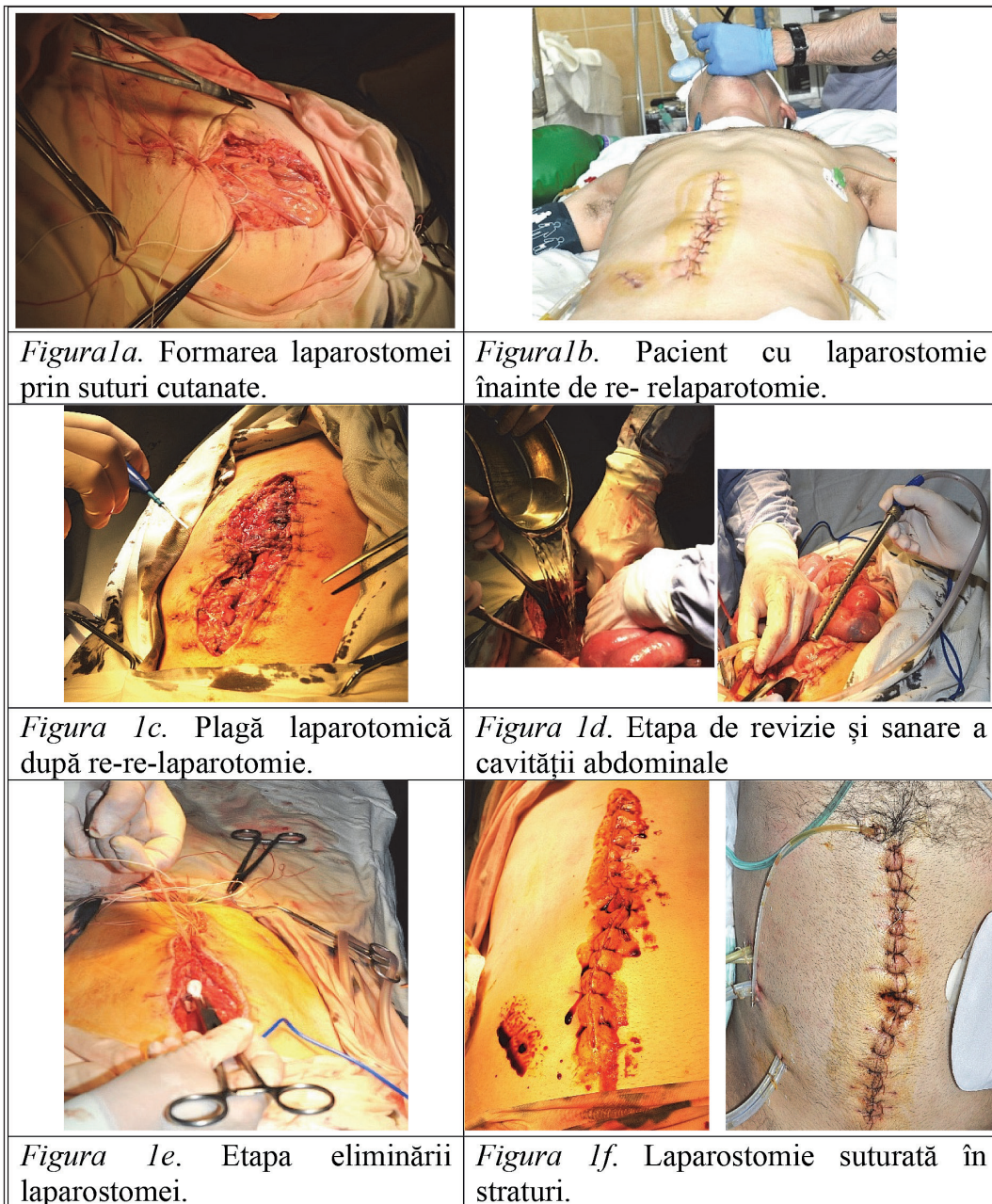


Figura 1. Tratamentul chirurgical etapizat al peritonitei cu aplicarea unei laparostomii tradiționale.



*Figura 2. Etapele tratamentului chirurgical al peritonitei prin metoda laparostomei derijată constantă cu VAC aspirație.*

laparostomia a fost completată cu sistemul de VAC aspirație. Prezentăm etapele realizării laparostomei cu sistemul de VAC aspirație (figura 2).

Stratul protector pentru organe - acoperirea abdominală a fost modelată în funcție de dimensiunile plăgii și volumul cavității abdominale. Toate organele cavității abdominale inclusive ansele intestinului subțire, au fost acoperite complet și cu grijă cu stratul protector. Canalele laterale ale cavității abdominale și rana au fost umplute cu burete, fără a se lăsa spațiu liber (figura 2b). Folia chirurgicală a fost desfășurată, rana a fost acoperită cu stratul adeziv, cu aproximativ +5 cm mai mult decât rana. Folia a fost fixată ferm asigurând etanșeitatea întregului sistem. (figura 2c). În folie s-a decupat o gaură rotundă de 1,0 cm, iar în centrul foliei transparente s-a amplasat orificiul de drenaj al aparatului cu conectarea aparatului de presiune negativă, verificarea etanșității sistemului cu lasarea sistemului în stare de funcționare.

Aspectele negative ale acestui studiu sunt caracterul retrospectiv al cercetării, precum și faptul că alegerea metodei de închidere temporară a abdomenului a rămas la latitudinea chirurgului și a dotării materiale a instituției medicale. Cel mai mare aspect negativ a fost decesul tuturor celor 3

pacienți la care tratamentul chirurgical a fost efectuat prin metoda laparostomei asistate de vid, fapt ce se explică prin traumatisme grave, leziuni multiple ale organelor interne, peritonită severă etc.

#### **Concluzii.**

1. Managementul cu utilizarea abdomenului deschis (laparostoma) rămâne un element important în tactica medico-chirurgicală în peritonita extinsă, în special fiind justificată clinic atunci când nu este posibilă închiderea primară a cavității abdominale, în cazuri grave de peritonită cu floră anaerobă.

2. Cea mai eficientă metodă de închidere temporară a cavității abdominale este laparostomia activă cu utilizarea terapiei cu presiune negativă, care asigură controlul infecției, reduce presiunea intraabdominală cu posibilitatea închiderii treptate a cavității abdominale.

3. Alegerea metodei de închidere temporară a laparostomei trebuie să fie individuală, ținând cont de starea clinică a pacientului, de gradul de contaminare a cavității abdominale și de experiența chirurgului.

*Studiul a fost realizat în cadrul Proiectului nr.080401, Laboratorul de chirurgie hepato-pancreato-biliară din cadrul Centrului de patologie abdominală și transplant.*

**Bibliografie.**

1. Acosta S., Björck M. *Vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction: A novel technique for late closure of the open abdomen.* World J Surg. 2017;41(1):231–238.
2. Anastasiu M., Șurlin V., Beuran M. *The Management of the Open Abdomen- A Literature Review.* Chirurgia (Bucur). 2021;116(6):645-656.
3. Biancofiore G., Bindi M.L., Romanelli A.M., et al. *VAC versus Barker's vacuum pack in open abdomen treatment: a comparative study.* BMC Surgery. 2017;17:72.
4. Chiara O, Cimbanassi S, Biffl W, et. alt. *International consensus conference on open abdomen in trauma.* J Trauma Acute Care Surg. 2016; 80(1):173-83.
5. Clements T. W., et.al. *Secondary Peritonitis and Intra-Abdominal Sepsis: An Increasingly Global Disease in Search of Better Systemic Therapies.* Scand J Surg. 2021;110(2):139-149.
6. Coccolini F., Roberts D., Ansaloni L., et al. *Open abdomen management: Review of the literature and best practices.* World J Emerg Surg. 2025;20(1):35.
7. De Luca G., et.al. *Retrospective Study of Indications and Outcomes of Open Abdomen with Negative Pressure Wound Therapy Technique for Abdominal Sepsis in a Tertiary Referral Centre.* Antibiotics (Basel). 2022; 28;11(11):1498.
8. Einav S, Zimmerman FS, Tankel J, Leone M. *Management of the patient with the open abdomen.* Curr Opin Crit Care. 2021; 27(6):726-732.
9. Guagni T., et.al. *Open abdomen versus primary closure in the management of severe abdominal sepsis: What is the right way? Results of the last 5 years of a reference center.* Langenbecks Arch Surg. 2025; 26;410(1):147.
10. Inukai K., et.al. *Open abdominal management for perforative peritonitis with septic shock: a retrospective analysis on usefulness of a standardized treatment protocol.* Eur J Trauma Emerg Surg. 2021;47(1):93-98.
11. Mansor S., Zarour A., Dawdi S., et al. *Surgical Management of Secondary Peritonitis: An Experience of 212 Cases in 5 Years.* Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg. 2023;12(1):5660.
12. Martinez J.L., Luque-de-León E., Ballinas-Oseguera G., et al. *Continuous peritoneal lavage associated with vacuum laparostomy: experimental basis and technical details.* Cirugía y Cirujanos. 2019;87(4):423–429.
13. Mwita C, Negesa R, Boeck M, Wandera A. *Open abdomen management and outcomes: two case reports from western Kenya and a review of literature from Africa.* Pan Afr Med J. 2019;17;32:33.
14. Pata F, Di Martino M., Ciarleglio F., et al. *Outcomes of negative pressure wound therapy for abdominal sepsis: 8-year retrospective analysis.* Antibiotics (Basel). 2023;12(11):1498.
15. Rasilainen S., Mentula P., Leppäniemi A. *Vacuum and mesh-mediated fascial traction for treatment of open abdomen: A retrospective cohort study.* J Trauma Acute Care Surg. 2020;88(1):113–119.
16. Zosimas D, Lykoudis PM, Ivanov B, Hepworth C. *Laparostomy and temporary abdominal closure outcomes in emergency non-trauma surgery and parameters affecting early definite primary fascial closure.* Minerva Chir. 2020; 75(6):419-425.