

CHIRURGIE

performed according to the general condition of the patients at admission and status of each patient individually during the operation. The mortality was 3.2% in the studied lot.

Keywords: perforated duodenal ulcer, modern anti-ulcer medication, suturing of perforated duodenal ulcer

Резюме**Дифференцированное хирургическое лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки**

Было изучено 374 клинических наблюдения пациентов, госпитализированных в срочном порядке с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, за период 1994–2015 годов, и оперированных в хирургической клинике Муниципальной клинической больницы «Святой Троицы». Частота перфоративной дуоденальной язвы в этот период составляла 3,8%. Были изучены этиопатогенетические факторы, которые влияли на клиническую картину и хирургическое лечение, такие как возраст, время от начала заболевания до поступления в клинику, симптомы при поступлении, а также вид хирургического вмешательства. Хирургические вмешательства производились в зависимости от общего состояния пациентов при поступлении и состоянии каждого больного в частности во время операции. В изученном материале смертность составляет 3.2%.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, современное противоязвенное лечение, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

Introducere

Chiar și terapia antiulceroasă contemporană adecvată nu elimină complicațiile ulcerului duodenal, care necesită o corecție chirurgicală diferențiată.

Admiterea complicațiilor atât de severe ca perforația, cu o mortalitate destul de înaltă, rămâne în continuare o problemă actuală. Trebuie să constatăm, de fapt, că o parte din pacienții cu ulcere perforate nu au anamneză ulceroasă precedentă [3, 4]. În practica chirurgicală curentă, operațiile mai puțin laborioase, ca simpla suturare, nu trebuie să fie considerate paliative, din simplul motiv că tratamentul medicamentos antiulceros adecvat și *H. pylori* după o simplă suturare aprovizionează cu siguranță rezultate excelente timpurii și tardive de lungă durată [6, 8].

Odată cu introducerea tehnologiilor minim invazive în practica chirurgicală contemporană, pacienții cu perforație duodenală timpurie pot fi tratați numai prin metoda laparoscopică, cu drenarea cavității peritoneale.

Material și metode

În perioada 1994-2015 au fost spitalizați în clinică, prin serviciul chirurgical de urgență, 374 de pacienți cu ulcer duodenal perforat. Diagnosticul a fost stabilit în baza datelor clinice și radioendoscopice.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL DIFERENȚIAT AL PACIENȚILOR CU ULCER DUODENAL PERFORAT

Petru BUJOR¹, Viorel MORARU¹, Sergiu BUJOR¹, Galina PAVLIUC¹, Vasile CEAUȘ²,

¹USMF Nicolae Testemitanu,

²IMSP SCM Sfânta Treime

Summary**Differentiated surgical treatment of perforated duodenal ulcer**

We studied 374 clinical observations of patients admitted urgently with perforated duodenal ulcer, for the period 1994-2015 and operated in the Surgical Clinic of the Municipal Hospital "Holy Trinity". The frequency of perforated duodenal ulcers during this period was 3.8%. We studied the etiopathogenetical factors, which affect the clinical picture and surgical treatment, such as age, time from onset of the disease to entering the clinic, the symptoms on admission, as well as the type of surgical intervention. Surgery was

Intraoperatoriu, materialul seropurulent depistat a fost colectat la toți pacienții pentru examenul bacteriologic.

În lotul de bolnavi studiat s-a constatat un număr de 314 (83,95%) bărbați și 60 (16,05%) de femei. În ceea ce privește repartiția pacienților conform vârstei, 354 (94,6%) aveau între 18 și 60 de ani și 20 (5,4%) – între 61 și 80 de ani.

Studiul intervalului debut – internare arată că în primele 12 ore au fost internați 89 (23,7%), iar în următoarele 24 și mai multe ore – 285 (76,3%) de bolnavi.

În ceea ce privește simptomatologia clinică la internare, s-a constatat că durerea, precum și contractura sau apărarea musculară a peretelui abdominal a fost prezentă la 94% din cazuri, iar la 21 (6%) cazuri pneumoperitoneul a fost absent, atât clinic, cât și radiologic, ceea ce a impus efectuarea laparoscopiei de diagnostic de urgență, care a confirmat cu o valoare absolută diagnosticul de ulcer perforat.

Trebuie să menționăm că examenul endoscopic de urgență a fost aplicat practic în majoritatea cazurilor, ceea ce ne-a permis nu doar să localizăm ulcerul, ci și să depistăm sau să excludem prezența unui ulcer „în oglindă” pe partea opusă a duodenului.

A fost studiată cantitatea de leucocite, neutrofile și macrofage în exsudatul abdominal prelevat pentru aprecierea rezistenței organismului la agentul patogen.

Rezultate și discuții

În funcție de starea generală a pacienților la internare, s-a aplicat diferențiat un tratament medical conservator de reechilibrare metabolică și hemodinamică, în vederea efectuării intervenției chirurgicale în cele mai bune condiții.

La confirmarea diagnosticului de ulcer duodenal perforat, s-a intervenit chirurgical la 89 (23,8%) de bolnavi în primele 6-12 ore, în 252 (67,4%) cazuri – în 12-24 de ore, iar restul 33 (8,8%) de pacienți au fost operați după 24-48 de ore.

Intervenții chirurgicale în ulcerul duodenal perforat (374 de cazuri)

Tip intervenție chirurgicală	Nr. cazuri	%
Rezeecție gastrică Billroth I	2	0,7
Rezeecție gastrică Billroth II	4	1,06
Rezeecție gastrică Balfur	8	2,14
Vagotomie tronculară + excizia ulcerului și piloroduodenoplastie	56	14,9
Vagotomie tronculară cu gastroenterostomie cu enteroenteroanastomoză tip Braun	22	5,8
Simplă suturare cu sanarea cavității peritoneale	282	75,4
Total	374	100%

În funcție de sediul leziunii, de timpul scurs de la debutul bolii până la spitalizare, situația intraoperatorie, vârstă, patologia asociată, am efectuat 2 rezeecții gastrice Billroth I, 4 rezeecții gastrice Billroth II, 8 rezeecții gastrice prin procedeul Balfur.

La 56 de bolnavi s-a efectuat vagotomia tronculară cu excizia ulcerului cronic și piloroduodenoplastie, iar în 22 cazuri s-a efectuat vagotomia tronculară cu aplicarea gastroenteroanastomozei cu enteroenterostomie tip Braun. La un grup mare de pacienți (282) s-a efectuat laparotomia cu simplă suturare a ulcerului, sanarea și drenarea cavității peritoneale.

Având în vedere datele din literatura de specialitate din ultimii ani, precum și cazurile studiate, ne-am convins că efectele nedorite ale vagotomiei, inclusiv sindromul postvagotomic, exclud vagotomia ca adjuvant în tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal perforat, dar și folosirea pe scară largă a metodelor minim invazive – suturarea laparoscopică.

Rezultatele tratamentului chirurgical al pacienților cu ulcer duodenal perforat au fost studiate în perioada postoperatorie timpurie, precum și la distanță. Complicații în perioada postoperatorie au avut 18 pacienți (4,8%), inclusiv: după vagotomie cu excizia ulcerului și piloroduodenoplastie (4), dehiscența marginală de sutură după rezeecția gastrică Billroth II (3), abces subfrenic (3), peritonită generalizată cu insuficiență poliorganică (5), pneumonie (3).

În lotul studiat s-a înregistrat o mortalitate de 3,2% (12 decese). 12 pacienți au decedat după operație, 6 – după laparotomie cu simplă suturare operați după 24-48 ore de la perforație cu peritonită avansată, 3 pacienți au decedat după rezeecție gastrică Billroth II, 2 – de infarct miocardic acut, 1 – de insuficiență renală pe fondul peritonitei avansate.

Supravegherea la distanță a pacienților în majoritatea cazurilor a fost benefică, datorită eficacității terapiei antiulceroase contemporane timp de 3 ani, primăvara și toamna.

Concluzii

1. Algoritmul de diagnostic în ulcerul duodenal perforat include consecutiv și obligatoriu radiografia abdominală pe gol, examenul endoscopic și laparoscopia de diagnosticare în caz de ulcere acoperite.

2. Tratamentul antiulceros contemporan în primii 3 ani postoperatorii de la simpla suturare a ulcerului suprimă secreția gastrică, tratează în complexitate maladia ulceroasă până la 96%.

3. În funcție de anamneza ulceroasă, vârsta pacientului, patologia asociată și situația intraoperatorie a procesului inflamator are loc alegerea corectă și necesară a intervenției chirurgicale în fiecare caz aparte.

Bibliografie

1. Korolev M.P. *The surgical treatment of duodenal peptic ulcer*. In: Vestn. Khir. Im. I. I. Grek. (Russian), 1996; nr. 1, p. 96-100.
2. Kohli V., Langher G.C., Goswamy H.L. *Evaluation of prognostic factors in perforated peptic ulcer*. In: Indian J. Surg., 1988; nr. 50 (5), p. 184-186.
3. Bachev I.I. *Surgical treatment of acute complications of gastroduodenal ulcer*. In: Khirurgiia Mosk, 1991; nr. 9, p. 134-137.
4. Kurygin A.A., Peregudov S.I. *Debatable problems in the surgical treatment of the perforated gastroduodenal ulcers*. In: Khirurgiia Mosk., 1999; nr. 6, p. 15-19.
5. Feliciano D.V. *Do perforated duodenal ulcers need an acid-decreasing surgical procedure now that omeprazole is available?* In: Surg. Clin. North Am., 1992; nr. 72 (2), p. 360-380.
6. Gilliam A.D., Speake W.J., Lobo D.N., Beckingham I.J. *Current practice of emergency vagotomy and Helicobacter pylori eradication for complicated peptic ulcer in the United Kingdom*. In: Br. J. Surg., 2003; nr. 90, p. 88-90.
7. Kate V., Ananthakrishnan N., Badrinath S. *Effect of Helicobacter pylori eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer: retrospective and prospective randomized controlled studies*. In: Br. J. Surg., 2001; nr. 88, p. 1054-1058.
8. Repin V.N., Vozgoment A.O., Osmolovski G.A. *Surgical treatment of the patients with perforated gastroduodenal ulcers*. In: Vestn. Khir. Im. I. I. Grek., 1999; nr. 158(3), p. 61-63.
9. Khoursheed M., Fuad M., Safar H. et al. *Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer*. In: Surg. Endosc., 2000; nr. 14, p. 56-58.

Petru Bujor, prof. univ.,
USMF Nicolae Testemițanu,
Catedra Chirurgie II, Clinica de chirurgie III
Tel.: 069211842