

it leads to the purification of the wound of necrotic masses, toxins and bioactive anti-inflammatory agents. This treatment accelerates regenerative processes and cuticularization of the wounds, improves blood circulation and lymph flow in the surrounding tissues. Benefits of the proposed method are to reduce the duration of treatment and the fact that the drug is cheap.

M218

GANGRENA FOURNIER: ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Ignatenco S.

Catedra Chirurgie Nr.1 "N.Anestiadi", USMF "N.Testemițanu, Republica Moldova

Introducere: Actualmente, gangrena Fournier este definită ca o fascie necrozantă infecțioasă polimicrobiană, care afectează regiunea perineală cu răspândirea procesului infecțios în regiunile adiacente (peretele abdominal, fese, coapse ș.a), cu o rată a mortalității 15% - 50%. Material și Metodă: Prezentăm 70 pacienți tratați de gangrena Fournier în perioada anilor 1994-2010. Au fost B-65, F-5 cu vârsta între 26-84 ani. Cu sursa de infecție anorectală au fost 25 pacienți; urogenitală, inclusiv patologiile cutanate a organelor genitale - 40 și 5 cu sursa de infecție ce s-a aflat la distanță sau în vecinătatea perineului. 39(55,7%) pacienți au avut grad major de răspândire a infecției (mai mult de 2 regiuni anatomice), iar 31(44,3%) - grad minor. Sunt prezentate rezultatele examenului CT primar la 18 și repetat la 6 pacienți, detaliile de debridare agresivă extinsă a proceselor supurativ-necrotice, de fixare a lambourilor de piele, de tehnică a acțiunii getului pulsatil, de conduită a plăgii cu unguente hidrosolubile și vacuum aspirație, transpoziției testiculelor sub tegumentul coapselor, metodelor de închidere a plăgii, de drenare închisă a plăgii cu lavaj continuu sau fracționat. Rezultate: Letalitatea generală a fost 8,6%. În grupa de pacienți cu grad major de răspândire a infecției ea a constituit 15,4%, în cea cu grad minor decese n-au fost. Concluzii: 1.Examenul CT primar poate aprecia cu precizie gradul de răspândire a procesului infecțios. 2.Examenul CT repetat în perioada posoperatorie permite de a determina calitatea intervenției chirurgicale și depistarea la timp a noilor zone de răspândire a infecției. 3.Debridarea chirurgicală agresivă este veriga principală în tratamentul acestor pacienți. 4.Tehnicile noi (prelucrarea suplimentară a plăgii cu jet pulsatil și vacuum aspirație) permit micșorarea termenilor de pregătire a plăgii pentru închiderea ei. 5.Rata mortalității în gangrena Fournier depinde de originea infecției și de gradul de răspândire a procesului supurativ-necrotic.

FOURNIER GANGRENE: DIAGNOSTIC AND TREATMENT

Introduction: Currently, Fournier gangrene is defined as necrotizing fasciitis infectious polymicrobial affecting the perineal region with spread of the infectious process in adjacent regions (abdominal wall, buttocks, thighs, etc.), with a mortality rate of 15% - 50%. Methods: We present 70 patients treated with Fournier gangrene in the period between 1994-2010. men -65, females -5, age 26-84 years. With anorectal source of infection were 25 patients, urogenital, including genital skin pathologies - 40 and 5 with the source of infection to remote or vicinity of the perineum. 39 (55.7%) patients had major degree of spread of infection (more than 2 anatomical regions) and 31 (44.3%) - minor degree. We present the results of primary CT examination in 18 and repeated in 6 patients, details of aggressive extensive debridement of suppurative-necrotic processes, fixing flaps of skin, throbbing jet technical action, treatment of the wound with water-soluble ointments and vacuum aspiration, testicular transposition in thigh skin, wound closure methods, closed wound drainage with continuous or split lavage. Results: The overall lethality was 8.6%. In populations with high prevalence of major infection it was 15.4%, in the minor grade without lethal cases. Conclusions: 1.Primary CT scan accurately assess the spread of the infectious process. 2.Postoperative CT scan allows to determine the quality and proper detection of new areas of spreading infection. 3.Aggressive debridement is the main point in these patients. 4.New techniques (additional processing and throbbing jet and wound vacuum suction) allows reduction of terms of preparing to close the wound. 5.Mortality rate in Fournier gangrene depends on the origin of the infection and the spread of suppurative-necrotic process.

M219

ACCENTE ÎN TRATAMENTUL INFECȚIILOR NECROTICO- GANGRENOASE EXPANSIVE

Popa V., Zanoaga M., Ciobanu M., Revencu S., Mutavci Gh., Botnariuc O.

USMF "N. Testemițanu" Clinica Chirurgie "Sf. Arh. Mihail"

Infecția necrotico - gangrenoasă expansivă constituie să fie o problemă severă chirurgicală prin tratamentul dificil și mortalitate înaltă. Studiul vizează un număr de 12 pacienți cu afectări a țesuturilor moi, tratați în ultimii 5 ani 2006 -2010. Repartiție pe sexe: bărbați 7 / femei 5, cu medie de vîrstă corespunzător : bărbați 53 ani / femei 60 ani. S-au diagnosticat : fasceite -3; flegmoane -4; gangrene gazoase - 2; pantisulită - 1 ; abcese - 2. Structura comorbidităților : Diabet Zaharat - 7; Hepatite cu ciroze - 3; Narcomanie -1; Nefropatii - 4; Pneumopatii -2 ; Cardiopatii - 4; Anemii - 6 ; Obezitate - 2. Intervenția primară a constat în debridarea largă, necrectomia pînă la țesuturile viabile la toți pacienții. Debridări ulterioare s-au efectuat în medie de 6,8 ori. Agenții patogeni înregistrați: Stafilococcus Aureus, Stafilococcus Hemoliticus, Streptococ grupa A, Pseudomonas Capacia , Eșerihia Coli. Antibiototerapia a vizat atît flora aerobă cît și anaerobă constituind o asociere a 2 - 3 preparate(Ciprinol, Metrogil, Fortum, Ceftriaxon, Clindamicin, Avelox și Tienam). Vindecarea completă prin suturi tardive secundare s-a efectuat la 8 pacienți. Defecte cutanate cu plastii ulterioare la 2 pacienți. Evoluția postoperatorie în secția ATI prin sindromul MODS instalat s-a înregistrat la 6 pacienți, cu o durată de aflare în secția terapie intensivă în mediu de 4,3 zile. Decese înregistrate au constituit 2 cazuri (16,7 %) , cauza nemijlocită fiind MODS septic. Concluzii: 1.Infecțiile necrotico - gangrenoase grave

survin la pacienții cu tare asociate, imunocompromiși cu prevalență în diabet zaharat. 2. Succesul este dictat de stabilirea diagnosticului precoce, în concordanță cu actul chirurgical primar adecvat. Reintervențiile seriate constituie a doua parte a măsurilor obligatorii împreună cu terapia intensivă pre-, intra- și postoperatorie. 3. Antibioticoterapia contemporană completează tratamentul chirurgical.

ACCENTS IN THE TREATMENT OF NECROTIC GANGRENOUS INFECTIONS EXPANSIVE

Necrotic infection - expansive gangrenosum is a severe problem to be difficult and surgical treatment of high mortality. The study concerns a total of 12 patients with soft tissue damage, treated in the last five years 2006 -2010. Distribution by sex: male 7 / 5 women, with corresponding average age: 53 years male / female 60 years. Were diagnosed: necrotizing -3, -4 flegmoane, gas gangrene - 2; pantisulită - 1; abscess - 2. Structure comorbidities: diabetes mellitus - 7, liver cirrhosis - 3; drug addiction -1; nephropathies - 4, -2 pneumonia, heart disease - 4; Anemia - 6; Obesity - 2. The primary intervention consisted of wide debridement, necrectomii until viable tissue in all patients. Subsequent debridement were performed on average 6.8 times. Registered pathogens: Staphylococcus aureus, Staphylococcus Hemoliticus, group A streptococci, Pseudomonas Caps, Eșeriha coli. Antibiotic therapy aimed at both aerobic and anaerobic flora representing a combination of 2-3 preparations (cyprinol, Metrogil, Fortum, ceftriaxone, clindamycin, Avelox and TIENAM). Healing complete by late secondary suture was performed in 8 patients. Skin defects with subsequent plasty in 2 patients. Postoperative syndrome in the MODS section installed ATI occurred in 6 patients, with duration of stay in the intensive care ward on average 4.3 days. 2 deaths were recorded caziri (16, 7%), being the direct cause septic MODS. Conclusions: 1. Infecțiile necrotic - occur in patients with severe gangrenous much associated with the prevalence of diabetes immunocompromised. 2. Success is dictated by early diagnosis, according to primary surgical act appropriately. Serial reinterventions is the second part of the mandatory measures with intensive therapy in pre-, intra-and postoperative. 3. Antibiotic therapy complements contemporary surgery.

M220

PROBLEMELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN FLEGMOANELE RETROPERITONEALE NON-PANCREATOGENE

Lepadatu C., Gladun N., Ungureanu S., Vascan A., Chiriac Ș., Maloman E.

Catedra de Chirurgie, FEC MF, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu", Chișinău, Moldova

Supurațiile ale spațiului retroperitoneal sunt o problemă medico-chirurgicală neobișnuită cu un tablou clinic vag, care prezintă o provocare în aprecierea diagnosticului. Debutul insidios și evoluție ocultă ale acestei patologii sunt urmate de un diagnostic întârziat și drenaj neadecvat, astfel pentru flegmon retroperitoneal sunt caracteristice morbiditatea și mortalitatea considerabile. Anterior au fost publicate studii privind detaliile anatomice ale spațiilor extraperitoneale, dar mai puțină atenție a fost acordată metodelor de diagnostic și tehnicilor chirurgicale de drenaj. Prezentăm o trecere în revistă a 15 de cazuri de inflamații supurative retroperitoneale nonpancreatogene care s-au manifestat ca entitate clinică principală. În aspect etiologic pacienții s-au repartizat în 5 grupe: psoite purulente - 4, abcesele retroperitoneale apendiculare - 4, perinefritele purulente - 3, colecții retroperitoneale în urma osteolizei - 3 (ostemielita hematogenă, postraumatică, tuberculoză osoasă), hematom postraumatic retroperitoneal infectat - 1 caz. Trei pacienți (16,7 %) au decedat în perioada postoperatorie precoce. Complicații au survenit la 40 % pacienți. Letalitatea și rata înaltă de complicații au fost asociate cu perioada îndelungată de la debut până la diagnostic pozitiv (> 5 zile) și cu hemocultura pozitivă. Există o corelație între tipuri de complicații și sursa de infecție retroperitoneală. Computer tomografia este metoda cea mai informativă în diagnosticul supurațiilor abdominale extraperitoneale. În cazuri selecte drenajul ecoghidat poate fi folosit ca un gest chirurgical inițial. Descriem tehnica operatorie în dependență de topografia procesului purulent retroperitoneal. Este propus un plan de diagnostic și tratament pentru fiecare grup etiologic.

PROBLEMS IN DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THE RETROPERITONEAL NON-PANCREATOGENIC PHLEGMONS

Retroperitoneal space inflammation is an unusual surgical problem with vague clinical presentation, which presents a diagnostic challenge. An insidious onset and occult evolution of illness marked by diagnostic delay, inadequate drainage, and considerable morbidity and mortality is common. Papers regarding anatomic detailing of the extraperitoneal spaces have been published, but less attention has been focused on diagnostic and drainage techniques. We report an analysis of 15 cases of retroperitoneal suppurations which acted as main clinical manifestation. According to etiology of inflammation patients were distributed into 5 groups: psoas abscesses - 4 cases, retroperitoneal appendical abscesses - 4 cases, purulent perinephritis - 3, retroperitoneal collections caused by osteolysis - 3 patients (hematogenic, postraumatic or tuberculous) and one case of infected postraumatic hematoma. Three patients (16,7 %) died in the early postoperative period. Rate of complications was 40 %. High lethality and postoperative morbidity were associated with positive blood cultures and delayed diagnosis (> 5 days). There is a correlation between the type of complications and etiology of the retroperitoneal phlegmon. Computed tomography is the most informative diagnostic method for the extraperitoneal purulent collections. Echo-guided drainage in selected cases appears to be a useful initial approach. The operative technique dependent on the retroperitoneal purulent collection topography is described. A diagnostic and treatment plan is proposed for each etiologic group.