

# CONTRIBUȚIA ECOGRAFIEI LA DEPISTAREA COMPLICAȚIILOR ACUTE REZULTATE DIN INFECȚIILE INTRAABDOMINALE

Vasile Țurcanu, dr. în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”

La etapa actuală, una din problemele majore ale chirurgiei abdominale le constituie infecțiile intraabdominale. Acestea sunt reprezentate de infiltrate, peritonite și abcese apărute ca urmare a complicațiilor patologiilor acute - colecistită, pancreatită, traumatisme etc. sau postoperator.

Deosebit de dificile se depistează abcesele apărute în urma operațiilor chirurgicale pe organele abdominale. Pacienții sunt frecvent supuși reintervențiilor, în special, pentru abcese, iar odată cu reintervenția, crește valoarea indicatorului mortalității. Din cele menționate, rezultă importanța perfecționării diagnosticului preoperator al abceselor pentru elaborarea unei conduite terapeutice optime și precise [1, 2].

Datele din literatura de specialitate atestă o majorare (de la 16,2% până la 80%) a indicatorului mortalității din contul formațiunilor piogene intraabdominale, ceea ce impune necesitatea ameliorării rezultatelor de diagnostic. Absența unor informații clinice și de laborator relevante [3], precum și dificultățile examinării prin intermediul metodelor tradiționale (radiodiagnostic și endoscopic) îi determină pe medicii-imagiști să utilizeze noile tehnologii de investigare, care ar lărgi posibilitățile de a diagnostica intraabdominal. În ultimii ani, atenția chirurgilor este captată de posibilitățile metodelor neinvazive de diagnostic al abceselor, inclusiv de ecografie. Importanța și actualitatea acestei probleme este reflectată în numeroase publicații apărute în literatura de specialitate [4-7].

**Materiale și metode.** Pentru a studia valoarea de diagnostic a ecografie în stabilirea acestor patologii, au fost examinați 103 pacienți cu semne clinice specifice prezenței abceselor. S-a depistat abcesele în baza evaluării concomitente a tabloului clinic, a datelor de laborator și a celor obținute cu ajutorul metodelor instrumentale de investigație (radiodiagnostic, endoscopia și ecografie).

Din cei 103 pacienți investigați ecografic, 17 au fost pacienți neoperați, spitalizați de urgență cu suspecție la complicații ale afecțiunilor acute abdominale, iar 86 de pacienți au fost operați, aflați după intervenții chirurgicale, cu suspecții la infecții intraabdominale postoperatorii (abces, peritonită). Lotul pacienților luați în studiu este prezentat în *tabelul 1*.

*Tabelul 1*

## Caracteristicile pacienților suspecți de prezența abceselor intraabdominale

<i>Caracteristica pacienților</i>	<i>Tipul explorării</i>		<i>Total</i>
	<i>ecografie</i>	<i>fără ecografie</i>	
Pacienți cu operații chirurgicale abdominale	79	7	86
Pacienți neoperați	16	1	17
În total	95	8	103

Explorarea ecografică a fost efectuată la 79 din 86 de pacienți cu semne clinice ale complicațiilor piogene postoperatorii. În urma examinării complexe, la 50 din 86 de pacienți au fost depistate diferite modificări patologice în perioada postoperatorie.

Din cei 50 de pacienți examinați, 35 (70 %) au suportat operații chirurgicale pe colecist, pe căile biliare și pe ficat, 12 (24%) - pancreas și splină, 3 (6%) – intervenții gastrointestinale. Conform datelor din literatura de specialitate [8, 9], abcesele intraabdominal se formează frecvent la pacienții operați pe motiv de apendicită. În cazul examinărilor noastre, numărul unor asemenea pacienți a fost mic, de aceea nu am putut să-i includem în studiul comparativ.

Agravarea stării generale a pacienților după operație, apariția durerilor abdominale, creșterea temperaturii corpului, frisonul, precum și simptomele de intoxicație au fost motivele pentru examinarea complexă a pacienților operați, inclusiv cu ajutorul ecografiei. Este important de menționat că de multe ori terapia intensivă aplicată pacienților după intervențiile chirurgicale schimbă radical tabloul clinic al abceselor, mascându-le. Un rol important în mascarea abceselor postoperatorii îl au tratamentele antibacteriene și cele prin infuzie cu efecte multiple [10-15]. În aceste condiții, pentru îmbunătățirea rezultatelor de depistare și localizare a abceselor intraabdominale trebuie aplicate metode instrumentale îmbunătățite și eficiente de diagnostic. Datele noastre, privind performanța ecografiei în depistarea abceselor sunt prezentate în *tabelul 2*.

*Tabelul 2*

**Infecțiile intraabdominale depistate la pacienți în perioada postoperatorie**

<i>Tipul patologiei</i>	<i>Localizarea</i>	<i>Numărul pacienților</i>		<i>În total</i>
		<i>cu explorare ecografică</i>	<i>fără explorare ecografică</i>	
Abces	Subdiafragmal	11	2	13
	Subhepatic	17	2	19
	Între ansele intestinale	4	1	5
	Intrahepatic	3	-	3
	Spațiul Douglas	2	1	3
	Preperitoneal	5	-	5
	Spațiul retroperitoneal	1	1	2
Infiltrat	Periperitoneal	1	-	1
	Intraabdominal	3	-	3
Flegmon	Periperitoneal	1	-	1
Hematom supurat	Retroperitonea	1	-	1
Tumoare distructivă	Ficat	1	-	1
	<i>În total</i>	50	7	57

*Notă:* La 3 pacienți au fost depistate abcese multiple (la 2 pacienți-3 abcese, 1 pacient-4 abcese).

În grupul de pacienți studiat de noi, simptomele caracteristice abceselor au apărut la diferite intervale de timp după operație. La 30 (60%) din 50 de pacienți, abcesele s-au manifestat în primele 10 zile după intervenția chirurgicală. Tabloul clinic în aceste cazuri a fost variat, fiind redat în *tabelul 3*.

*Tabelul 3*

**Manifestările clinice ale abceselor postoperatorii**

<i>Simptomele clinice</i>	<i>Numărul semnelor clinice</i>	<i>Frecvența simptomului %</i>
Dureri abdominale	25	51.02
Febră	46	93.88
Pareza intestinală	7	14.29
Formațiune palpabilă în cavitatea abdominală	24	48.98
Simptome generale de intoxicație	17	34.69

Formele patologice determinate la examinarea celor 79 de pacienți sunt indicate în *tabelul 4*.

*Tabelul 4*

**Combi-nații ale complicațiilor postoperatorii**

<i>Combi-nații</i>	<i>Tipul complicației</i>	<i>Numărul de bolnavi</i>		<i>În total</i>
		<i>cu explorare ecografică</i>	<i>fără explorare ecografică</i>	
1 2	Abces intraabdominal Pneumonie	6	1	7
1 3	Abces intraabdominal Infec-tarea plăgii operatorii	4	2	6
1 2 3	Abces intraabdominal Pneumonie Infec-tarea plăgii operatorii	1	-	1
	<b><i>În total</i></b>	11	3	14

Dificultăți deosebite în depistarea abceselor apar la pacienții cu pneumonie și la cei cu plăgile operatorii infectate, 14 pacienți examinați manifestau ambele tipuri de complicații. Din acest tabel rezultă, de asemenea, că la 2 pacienți nu a fost posibilă examinarea ecografică din cauza metiorismului accentuat.

În cazul abceselor a fost posibilă vizualizarea formațiunilor transsonice, în unele cazuri cu limite incerte, iar în altele - cu un contur clar. Conglomeratele de puroi și fibrină au fost depistate după semnale reflectogene intracavitare, de formă și marime diferită, care indică neomogenitatea abcesului.

*Tabelul 5*

**Concluziile examinărilor ecografice ale pacienților cu operații chirurgicale abdominale**

<i>Nr. d/o</i>	<i>Patologia evidențiată cu ajutorul ecografiei</i>	<i>Numărul bolnavilor</i>
1	Abcesul intraabdominal	37
2	Abcesul preperitoneal	5
3	Abcesul retroperitoneal	1
3	Flegmon preperitoneal	1
4	Infiltrat al cavității abdominale	3
5	Infiltrat preperitoneal	1
6	Hematom retroperitoneal supurat	1
7	Tumora hepatică distructivă	1
	<b><i>În total</i></b>	<b>50 de cazuri de complicații</b>
8	Absența infecției intraabdominal	27
9	Imposibilitatea examinării din cauza meteorismului	2
	<b><i>În total</i></b>	79

***Caz clinic:***

Pacientul C.O., de 39 ani, cu nr. fișei de observație 8631, a fost internat de urgență pe data de 05.06.00 și operat în regim de maximă urgență de apendicită acută pe data de 06.06.00. Debutul bolii a avut loc pe 04.06.00.

**Acuze:** la 3-4 zile după operație bolnavul acuze dureri intraabdominale și febră.

**Ecografia de urgență,** evidențiază o formațiune econegativă neomogenă cu dimensiuni de cca. 42x42 mm, situată cranial și medial de regiunea iliacă, la o adâncime de 3-5 cm. Imaginea ecografică a abcesului cavității abdominale este ilustrată în *foto 1*.



Foto 1. Abcesul cavității abdominale (complicație postoperatorie după apendiceectomie)

**Concluzie:** Abces al cavității abdominale (complicație postoperatorie după apendiceectomie).

Pacientul a fost supus relaparatomiei pe 11.06.00. A fost deschis și drenat abcesul interintestinal. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Starea bolnavului s-a îmbunătățit și a fost externat pe data de 17.06.00.

Imagini ecografice cu abcese hepatice multicentrice depistate în alte cazuri sunt prezentate în fotografiile 2 și 3.

La 4 pacienți reoperați, abcesele au fost localizate la nivel preperitoneal și nu intraabdominal, cum a fost determinat cu ajutorul ecografiei. Aceste cazuri au fost considerate contradictorii din punctul de vedere al localizării și, în același timp, corecte, în ceea ce privește prezența abcesului, justificând deplin relaparatomia.

Infiltratele evidențiate ecografic în studiu se prezentau sub forma unor regiuni ecogene polimorfe, morfologia cărora era determinată de țesutul și de organul implicat în focarul inflamator, iar densitatea de gradul procesului de infiltrare. În absența formațiunilor infiltrative cavitare, rezultatele ecografice erau în favoarea continuării terapiei conservatoare, în scopul stimulării resorbției procesului patologic și renunțării la intervenția chirurgicală.



Foto 2. Abces hepatic multicentric



Foto 3 Abces hepatic multicentric

Hematoamele infectate se prezentau sub forma unor regiuni transsonice și contur neclar, determinate de puroi și de sângele discompus. Cheagurile de sânge reprezentau regiuni cu o ecogenitate moderată. În 3 cazuri examinate ecografic, abcesul intraabdominal a fost confundat cu hematumul infectat, însoțit de descompuneri tisulare și formarea componentei lichide, ceea ce determina un aspect ecografic asemănător cu abcesele.

**Caz clinic:**

Pacienta M. N., de 22 ani, cu nr. fișei de observație 117, a fost internată pe data de 13.12.00 și operată în regim de urgență pe motiv de ocluzie intestinală acută prin obstrucție (hemicolectomie), pe data de 14.12.00. Debutul bolii – 10.12.00.

**Acuze:** dureri intraabdominale, astenie, febră (38,5°C).

**Anamneza:** La 24 zile după operație starea pacientei s-a agravat. Obiectiv: Pulsul – 104 puls/min, limba uscată și acoperită, abdomen dureros la palpare. În regiunea inframezocolică stângă se palpează un infiltrat dureros și dens.

**Analiza sângelui:** Hb – 75 g/l, leucocite  $5,6 \times 10^9/l$ , VSH 64 mm/oră.

**Ecografia de urgență** constată o formațiune lichidiană, cu un contur neclar, în regiunea fundului vezicii urinare, cu dimensiuni de 5,3 x 1 x 4,9 cm, fără pulsații și peristaltism. Imaginea ecografică a abcesului abdominal din cazul relatat este prezentată în fotografie.

**Concluzie:** Abces preperitoneal a fosei iliace stângi.

Pacienta a fost supusă relaparatomiei pe 07.02.01. S-a depistat hemicolectomie pe dreapta. În timpul operației a fost deschis și drenat abcesul preperitoneal. Pacienta a fost externată din staționar în stare satisfăcătoare.

Imaginea ecografică a altui tip de abces (subfrenic) observat în alt caz clinic este ilustrată în *foto 4*.



Foto 4. Abces preperitoneal în fosa iliacă stângă

**Caz clinic:**

Pacientul D.A., de 24 ani, cu nr. fișei de observație- 8985, a fost internat de urgență la 17.06.00. Debutul bolii-16.06.2000. Operat de apendicită acută în regim de urgență pe 17.06.2000 (apendicile situat atipic-subhepatic).

**Acuze:** După operație dureri intraabdominale și febră (38°C).

**Anamneza:** La 6 zile după laparotomie starea pacientului s-a agravat. Obiectiv: în rebordul subcostal pe dreapta, se palpează o formațiune dureroasă și dură, cu rezistență musculară a peretelui abdominal.

**Examenul ecografic** a depistat o formațiune slab ecogenă, cu un contur evidențiat și dimensiuni de cca. 8x5,5cm, în proiecția segmentelor 1-5 ale ficatului. Imaginea ecografică a abcesului subhepatic depistat este prezentată în *foto 5*.

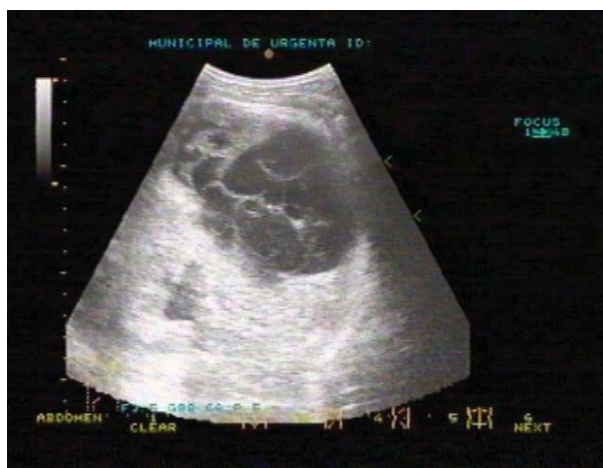


Foto 5. Abces subfrenic

**Concluzie:** Abces subhepatic.

Bolnavul a fost reoperat pe 23.06.00. A fost deschis și drenat abcesul cu puroi dens. După o perioadă de tratament, pacientul a fost externat din staționar în stare satisfăcătoare.

Corectitudinea diagnosticului stabilit prin examenul ecografic a fost verificată în 50 de cazuri în timpul operației chirurgicale. În total s-au efectuat 77 de ecografii de urgență și de reexaminare. Datele sunt expuse în *tabelul 6*.

După cum rezultă din *tabelul 6*, în unul din cazuri a fost efectuată relaparotomia pe motiv de suspjecție a abcesului intraabdominal între ansele intestinale, rezultatul ecografic dovedindu-se a fi fals pozitiv. În urma operației chirurgicale abcesul s-a depistat, iar simptomele clinice ale abcesului au fost motivate prin prezența unui infiltrat în stadiul incipient de supurație. În alte patru cazuri examinate ecografic, deși rezultatele au semnalat prezența unei peritonite localizate, nu a fost realizată operația chirurgicală.



Foto. 6. Abces subhepatic

*Tabelul 6*

**Rezultatele obținute cu ajutorul ecografiei la pacienții cu complicații abdominale postoperatorii și verificate în timpul intervențiilor chirurgicale**

Tipul rezultatului obținut	Numărul de examinări E		Total examinări
	E de urgență	E repetată	
Pozitiv	34	5	77
Negativ	21	9	
FP	4	1	
FN	3	0	



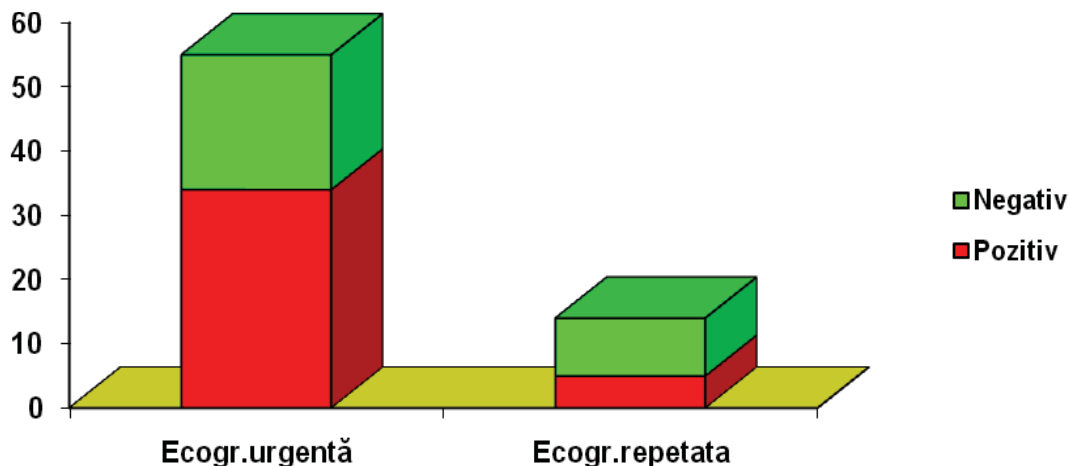


Fig. 1. Rezultatele ecografice primare și repetate la pacienții cu complicații abdominale postoperatorii

Renunțarea la relaparotomie a fost determinată de evoluția pozitivă a parametrilor ecografiei, clinice și de laborator, pe fondul unei terapii conservatoare postoperatorii. Examinările ecografice efectuate ulterior nu au evidențiat semnele unei complicații purulento-septice.

La bolnavii cu pareză intestinală, s-au semnalat intestine balonate cu conținut lichidian, evaluarea tabloului ecografic a fost incorectă, ceea ce a dus, în consecință, la stabilirea unui diagnostic greșit. La 3 bolnavi examinați, ecografic nu s-a reușit evidențierea abceselor intraabdominale postoperatorii (rezultate fals negative). Aceste erori au fost cauzate de prezența gazelor intestinale abundente și a plăgilor postoperatorii, care au limitat posibilitățile de explorare. Doar pe baza semnelor clinice foarte convingătoare și specifice s-a decis a efectua relaparotomia.

În cazul unui pacient examinat, rezultatele ecografice au fost pozitive, însă subestimarea acestora a determinat scurgerea liberă a abcesului în cavitatea intrainestinală. Drept dovadă a fost scaunul lichid cu miros colibacilar. După golirea intestinului, starea bolnavului s-a ameliorat.

În studiul nostru au fost examinate 26 de cazuri pentru revizuirea plăgilor postoperatorii, ecografia fiind utilizată în 24 de cazuri. Explorarea ecografică a fost repetată frecvent pentru precizarea informațiilor aflate în contradicție cu cele prezente în tabloul clinic al complicațiilor radiodiagnostic.

La ora actuală, arsenalul metodelor instrumentale de diagnostic este foarte variat, însă nici una din metodele tradiționale existente nu poate fi considerată perfectă. Astfel, în cazul suspexiilor la existența abceselor intraabdominale, s-a apelat și la explorări complexe.

În grupul analizat (86 de bolnavi), abcesele intraabdominale au fost depistate cu ajutorul RD abdominal global la 9 pacienți (4 cazuri-abcese interintestinale, 3-subdiafragmale, 1-subhepatic, 1- în bursa omentală).

Absența unor simptome convingătoare în cadrul investigațiilor radiodiagnostice ne-a impus să repetăm aceste examinări. În cadrul radiodiagnostic au fost evidențiate doar semne indirecte ale patologiei abdominale: pneumatoza intestinală - 10 cazuri, deplasarea diverselor regiuni ale tractului gastrointestinal - 5 cazuri, prezența pleureziei la examinarea toracelui - 7 cazuri. În unul din 9 cazuri, diagnosticul radiodiagnostic al abceselor interintestinale a fost evaluat ca fals pozitiv. Realizarea radiodiagnostică în perioadele imediat postoperatorie și în condiții de pareză intestinală a fost extrem de dificilă.

Pentru depistarea complicațiilor intraabdominale în perioada postoperatorie s-a efectuat și laparoscopia de diagnostic - 3 pacienți (1 caz de abces intraabdominal, 2 cazuri de hematom).

**Rezultate și discuții.** Analiza rezultatelor obținute în urma examinărilor pacienților a demonstrat că utilizarea ecografiei permite a diminua considerabil durata de observare a pacientului până la efectuarea relaparatomiei. Prin compararea rezultatelor investigațiilor la diferite grupe de pacienți am stabilit că în prezența celor mai mici suspexii la abces intraabdominal, utilizarea ecografică poate apropia cu mult momentul relaparatomia. Rezultatele sunt prezentate în *tabelul 7*.

**Intervalul de timp din debutul manifestărilor clinice ale abceselor postoperatorii până la repetarea intervenției chirurgicale**

Tipul de explorare	Intervalul de timp				Numărul de pacienți
	1-3 zile	4-7 zile	7-21 zile	peste 21 zile	
Ecografia	18	10	6	5	39
Fără ecografie	-	-	5	1	6
<b>În total</b>	18	10	11	6	45

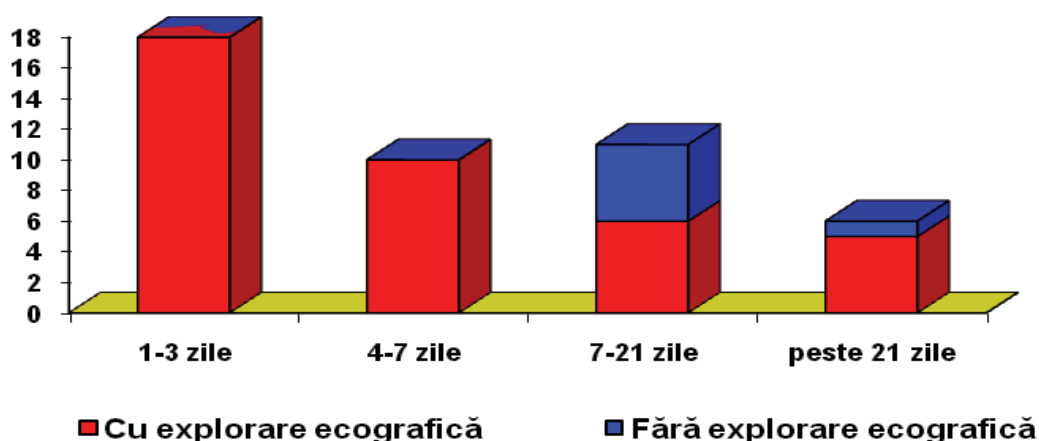


Fig. 2. Intervalul de timp din debutul manifestărilor clinice ale abceselor postoperatorii până la relaparotomie

Ecografia a permis a micșora considerabil numărul de relaparatomii inutile, realizate doar pe baza unor presupuneri eronate privind prezența abceselor intraabdominale. Astfel, din 79 de cazuri examen ecografic, la 27 (34%) de pacienți prezența abceselor intraabdominale a fost exclusă, ceea ce a determinat căutarea unor noi explicații pentru manifestările clinice observate. Doar în 3 (3.8%) cazuri am obținut rezultat ecografic fals negativ.

Așadar, conform rezultatelor obținute, precizia metodei ecografice în diagnosticarea complicațiilor abdominale postoperatorii s-a dovedit a fi egală cu 87,34%, sensibilitatea - 92,86% și specificitatea - 85,71%. Informațiile noastre demonstrează sensibilitatea de diagnostic sporită și caracterul de screening al metodei, ceea ce evidențiază valoarea ei incontestabilă în chirurgia de urgență. Utilizarea metodei ecografice face posibilă diminuarea perioadei de timp necesară depistării abceselor intraabdominale și respectiv, operarea oportună a pacienților. Ecografia permite localizarea procesului patologic, aprecierea corectă a volumului și caracterului viitoare intervenții, elimină necesitatea revizuirii unei mari suprafețe din cavitate abdominală și contribuie la instituirea în timp util a celui mai potrivit tratament al pacientului.

Unul din avantajele esențiale ale ecografiei este posibilitatea efectuării numeroaselor investigații fără a provoca efecte negative pacientului. Investigațiile ecografice repetate sunt necesare și importante pentru estimarea evoluției maladei cu o perioadă postoperatorie complicată. Astfel, în 4 cazuri din grupul analizat, repetarea ecografiei a permis confirmarea rezultatelor după prima examinare și în 10 cazuri excluderea lor. În 6 cazuri ecografia a fost utilizată pentru evaluarea regresiei patologiei în perioada aplicării tratamentului chirurgical sau conservator. La 3 pacienți cu abcese multiple ecografia a fost utilizată pentru evaluarea corectitudinii drenării și pentru depistarea de focare noi. Bazându-ne pe datele din literatura de specialitate [16, 17] și pe cele proprii, considerăm drept justificate explorările ecografice în dinamică. La prezența semnelor clinice evidente, primul examen ecografic nu confirmă existența patologiei intraabdominale, fiind considerată rațională repetarea examenului ecografic. La cea de a doua investigație ecografică este posibilă depistarea unui abces, care între timp a atins dimensiunile decelabile, sau este posibilă confirmarea supurației infiltratului.

Un alt avantaj al metodei ecografice este evidențierea abceselor intraabdominale necondiționate de efectuarea intervențiilor chirurgicale. În acest context, pot fi depistate cu succes abcesele organelor



parenchimotoase abdominale, ca rezultat al complicațiilor septice. Din 17 de astfel de cazuri ale grupului de pacienți analizați, în 16 cazuri abcesele au fost depistate cu ajutorul ecografiei. La acești pacienți au fost constatate diverse procese inflamatorii abdominale. În final, cei 16 ( 99,7%) pacienți au fost operați.

Ecografia nu a fost utilizată în cazul unei paciente cu colecistită acută, care a fost operată, găsindu-i-se un abces subhepatic. Anterior operației, explorarea radiodiagnostică nu a evidențiat elemente patologice, iar laparoscopia s-a dovedit a fi neinformativă, din cauza prezenței unei zone mari de infiltrare a țesuturilor adiacente abcesului. Toate acestea, concomitent cu tabloul clinic neconvingător, au determinat amânarea nejustificată a intervenției chirurgicale.

La 2 pacienți examinați, abcesele din interiorul ficatului prezentau manifestări ale septicemiei. Efectuarea explorărilor ecografice repetate a permis supravegherea eficientă a manifestărilor patologiei atât după intervenția chirurgicală, cât și pe perioada terapiei conservative. Datele ecografice în toate cazurile menționate au fost convingătoare.

Dificultăți deosebite au fost constatate la depistarea infiltratelor intraabdominale. Astfel, din 7 pacienți examinați cu această patologie, în trei cazuri au fost făcute concluzii eronate, în 2 cazuri cu infiltrate inflamatorii au fost suspectate afecțiuni tumorale ale intestinului și ale ovarelor. Rezultatele ecografice ulterioare, precum și rezultatele intervențiilor chirurgicale au exclus definitiv prezența unui proces oncologic. La cel de-al treilea pacient, cu infiltrat apendicular, examenul ecografic nu a evidențiat această patologie.

Deși există dificultăți în depistarea ecografică a infiltratelor intraabdominale, posibilitatea unui control în dinamică asupra evoluției patologiei permite semnalarea în timp util a necesității de modificare a tratamentului și a necesității unei intervenții chirurgicale. În general, regiunea hipoecogena a zonei de infiltrare este situată central, uneori fiind dificil de evidențiat, corespunzând porțiunii purulente a abcesului. Examinat în dinamică, conturul porțiunii hipoecogene apare tot mai evident, formând în final o capsulă reflectogenă. Asemenea modificări au putut fi urmărite la 2 pacienți.

În cazul suspectării formațiunilor piogene în regiunile inghinale, se impune o analiză riguroasă a dependenței acestora de organele bazinului mic. Astfel, în unul din cazuri, în condiții de piosalpinx, subestimarea aspectului ecografic a determinat stabilirea unui diagnostic eronat.

Analiza informațiilor referitoare la tratamentul pacienților, care nu au fost explorați ecografic, a demonstrat că depistarea infecțiilor intraabdominale a fost foarte dificilă. Deși simptomele intoxicației generale au apărut la 4-5 zile după prima intervenție chirurgicală, la 6 pacienți intervalul de timp din debutul patologiei până la relaparotomie a fost de 17 – 67 de zile. În cazul unui pacient, tergiversările în stabilirea diagnosticului au provocat evacuarea abcesului în cavitatea intestinală. În unele cazuri, intervențiile chirurgicale repetate au avut un volum extins, fiind uneori nejustificate. Contrar acestor situații, în cazul explorărilor ecografice detaliate, a fost posibilă localizarea exactă a patologiei, stabilirea volumului și a gradului de accesibilitate a unei noi intervenții chirurgicale.

### Concluzii

1. Ecografia în diagnosticul infecțiilor intraabdominale, din exteriorul și din interiorul organelor abdominale, reprezintă o realizare importantă, înalt informativă și de perspectivă.

2. Ecografia permite abordarea individuală a pacienților și în asociere cu alte metode de explorare determină tipul de tratament (conservator sau chirurgical), diminuând prin aceasta numărul complicațiilor și rata mortalității.

3. Utilizarea amplă a ecografiei în depistarea patologiei respective permite selecția corectă a căii de acces în cazul intervenției chirurgicale, contribuie la reducerea intervențiilor chirurgicale inutile pe motiv de infecție intraabdominală, iar în cazul prezenței acesteia, înlesnește localizarea ei.

4. În comparație cu metodele tradiționale clinice și radiodiagnostic, utilizarea ecografiei permite reducerea esențială a duratei de timp, necesare pentru depistarea formațiunilor piogene în cavitatea abdominală și trebuie să devină o metodă de examinare obligatorie la pacienții care manifestă semne caracteristice unei infecții intraabdominale.

5. Ecografia este metoda, care poate fi ușor folosită pentru examinările în dinamică a patologiei, ceea ce ameliorează considerabil rezultatele terapeutice.

### Bibliografie selectivă

1. Reiertsen O, Rasseland AR, Hivik B, Solheim K. *Laparoscopy in Patients for acute abdominal pain.* // Acta. Chir. Scand. - 1985;151(6):521-524.
2. Дубров ЭЯ. *Ультразвуковая дифференциальная диагностика различных форм острого панкреатита.* // Визуализация в клинике. 1997. - № 10. - С. 32-37.
3. Мышкин КИ, Блувштейн ГА, Дерина ТН. *Абсцессы брюшной полости после эппекдэктомии.* // Вестник хирургии. - 1986. - №9. - С. 129-131.
4. Krestin P.Gabriel, Choyke L.,Peter. *Acute Abdomen-Diagnostic Imaging in Clinic Context* // Thieme Medical Publshiers. - Inc, 2000. – 300 P.
5. Schwartz T., David N. *Health Professions Division*, 2000. – P.312-323.
6. Ghidirim Gh. et al. *Aportul ecografiei in diagnostica și tratamentul abceselor intraabdominale postoperatorii in chirurgia de urgență.* // Mater. I conf. Naț. de Ultrasonografie. - Cluj-Napoca, 1998. - P.68-71.
7. Алиев ВМ. *Диагностика абсцессов печени.* // Вестник хирургии. – 1985. - №6 – С. 37-40.
8. Bendeck SE, Nino-Murcia NM, Berry GJ, Jeffrey RB. *Imaging for suspected appendicitis: Negative appendectomy and perforation rates.* // Radiology. – 2002;225:131-136.
9. Мышкин КИ, Блувштейн ГА, Дерина ТН. *Абсцессы брюшной полости после эппекдэктомии.* // Вестник хирургии. - 1986. - №9. - С. 129-131.
10. Simon GL, Geelhoed GW. *Diagnosis of intra-Abdominal Abscesses.* // A Review. Amer. Surg. – 1985;51(8):431-436.
11. Gazelle GS, Mueller PR. *Abdominal abcess. Imaging and intervention.* // Radiol. Clin. North Am. – 1994;32(5):913-932.
12. Hoogewoud HM, Rubli E, Terrier F, Hassler H. *The Role of Computerized Tomography in Fever, Septicemia and Multiple System Organ Failure After laparotomy.* // Surg. Gynec. Obstet. - 1986;162(6):539-543.
13. Малиновский НН, Савчук БД. *Резидуальные абсцессы брюшной полости.* Хирургия. – 1986. - №10. - С.123-127.
14. Поляков НГ, Никитенко АА, Шуляренко ВА. *Поздние послеоперационные гнойники брюшной полости.* // Хирургия. – 1985. - №5 - С.115-117.
15. Dobrin PhB, Gully PH, Greenlee HB. *Radiologic Diagnosis of an Intra-Abdominal Abscess. Do Multiple Test help?* // Arch. Surg. – 1986:121(1):41-46.
16. Bohar L, Sarkadi G, Gonczi J. *Significance of ultrasonography in diagnosis of abdominal abscesses.* // Radiol. Diagn. - 1984;25(6):735-739.
17. Regoly-Merei J, Marton T, Dubeea S, Zaborszky A. *Az ultrahangviasgalat jelentosege, az intraabdominalis talyogok diagnosztikajaban es a keaeles nyomonkovete-s-eben.*
18. Badea R, Mircea PA, Dudea SM, Stamatian F: *Tratat de ultrasonografie clinică.* București: Ed. Medicală, 2000 –Vol.1 – P.

### Rezumat

În comparație cu metodele tradiționale clinice și radiodiagnostice, utilizarea ecografiei permite reducerea esențială a duratei în timp, necesare pentru depistarea formațiunilor piogene în cavitatea abdominală și trebuie să devină o metodă de examinare obligatorie la pacienții care manifestă semne caracteristice unei infecții intraabdominale.

### Summary

To compare traditional clinical and radiodiagnostical methods, use ultrasound diagnostics allow essential reduce the time, necessary to determine purulent formations in the abdominal cavity and have to be established an obliged examination for all patients with manifest signs, characteristic for abdominal infection.

### Abstract

L'utilisation de la ecographie a en correlation avec les methodes traditionnelles clinique et radiologique permete la reduction esentielle du temps necessaire pour établir les formations pyogenes a cavite abdominale est une methodes obligatoire en examinations du patient qui presente les signs caracteristiques pour une infection intraabdominale.