

faptul că utilizarea materialului sintetic în plastia peretelui abdominal nu reprezintă un factor dominant de risc pentru procesul supurant. În literatura de specialitate se accentuează importanța duratei timpului operatoriu. S-a demonstrat că expunerea țesuturilor pe o durată îndelungată favorizează dezvoltarea infecției în plagă [6]. Fumatul crește riscul instalării infecției de 1,5–2 ori [4]. Hipoxia celulară cronică la fumători devine mai agresivă în cazul pierderilor volemice în timpul intervenției. Profilaxia antimicrobiană este absolut necesară atât în perioada preoperatorie, cât și în perioada postoperatorie imediată. Corijarea clinică și paraclinică a patologiilor asociate scade riscul dezvoltării complicațiilor postoperatorii imediate. De asemenea, se va incuraja mobilizarea timpurie a pacienților.

Bibliografie selectivă

1. Anthony P.C. Bergen, L.T. Kim et al. *Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy*. In: World J. Surg., 2000, 24, p. 95–100.
2. Burger R.W. Lujendijk and W.C. Hop et al. *Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia*. In: Ann. Surg. 2004, 240, p. 578–583.
3. Flum K. Horvath and T. Koepsell. *Have outcomes of incisional hernia repair improved with time? A population-based analysis*. In: Ann. Surg., 2003, 237, p. 129–135.
4. Medina M. Sillero and G. Martinez-Gallego et al. *Risk factors of surgical wound infection in patients undergoing herniorrhaphy*. In: Eur. J. Surg. 1997, 163, p. 191–198.
5. Sorensen T. Karlsmark and F. Gottrup. *Abstinence from smoking reduces incisional wound infection: a randomized controlled trial*. In: Ann. Surg., 2003, 238, p. 1–5.
6. Grati Serghei. *Conceptii moderne în tratamentul herniilor inghinale*. In: Arta Medica, nr. 6, 2009.

Rezumat

Studiul dat propune examinarea pacienților și a rezultatelor postoperatorii în urma tratamentului chirurgical al herniilor abdominale. Herniile peretelui abdominal, depistate în timpul altor intervenții chirurgicale și supuse tratamentului chirurgical, nu au fost incluse în studiu.

Summary

Wound infection, has been identified as a consistent risk factor, for recurrence after ventral hernia repair. Surgical treatment of anterolateral abdominal wall pathology tops of surgery performed in surgical departments. Annually in Europe over 100.000 of cases are performed, abdominal wall hernias are one of the most common conditions treated by general surgeons. Although hernia repair, is a common operation, recurrences and complications remain a vexing problem.

Резюме

Хирургическое лечение дефектов брюшной полости занимает одно из ведущих мест по численности хирургических вмешательств в клинических стационарах. Септические осложнения послеоперационных ран являются одним из факторов, которые способствуют развитию рецидивов в послеоперационном периоде.

DESTRUCȚIILE PULMONARE ACUTE ÎN PRACTICA PULMONOLOGICĂ

Ion Balica, dr. în medicină, șef secție
Chirurgie toracică
IMSP Spitalul Clinic Republican

Introducere. Procesele inflamator-distructive pulmonare și complicațiile lor evolutive, asemănător altor procese purulente, au potențialul unei infecții generalizate. Este stabilit că sursa principală de destrucție pulmonară acută (DPA) în Republica Moldova este pneumonia acută.

Actualmente, pneumonia este una dintre cele mai frecvente cauze infecțioase de deces; pe glob anual decedează prin pneumonii 5 mln oameni. Era antimicrobiană a redus cu 66% mortalitatea generală în pneumonii, dar cifrele rămân înalte în țările subdezvoltate și în unele grupe de pacienți (cu imunitate compromisă, cu tare organice avansate). În SUA pneumonia este a 7-a cauză majoră de deces și cauza principală de mortalitate în patologia infecțioasă. În Marea Britanie pneumonia este responsabilă de 10% de decese; în Rusia anual 2 mln de pacienți suportă pneumonii acute. În țara noastră rata afecțiunilor aparatului respirator în structura deceselor este de 6,3%, anual de pneumonii decedând peste 600 de pacienți. Pnemoniile bacteriene sunt cauza supurațiilor pulmonare în 68%-95% de cazuri DPA. Pe glob, din numărul total al pneumoniilor acute 1%-2,2% degenerază în DPA, de care, conform datelor OMS, anual pe glob decedează 2,2 mln pacienți.

Material și metode. Incidența patologiei pulmonare în Republica Moldova este în continuă creștere; astfel, dacă în 2001 incidența era de 185 la 100000 populație, apoi în 2006 au fost înregistrate 288 cazuri de pneumonii acute la 100000 populație.

Cauza principală a DPA în Republica Moldova o constituie pneumoniile acute cu evoluție severă, o parte din ele evoluând spre abcedare, afecțiunile pulmonare distructive fiind un proces local, însă s-a stabilit că:

1. Procesele pulmonare gangrenoase și purulente sunt izvorul sepsisului pulmonar.

2. Sepsisul și hemoragiile pulmonare sunt cauzele principale ale deceselor în DPA.

3. Doar profilaxia proceselor purulente și gangrenoase pulmonare poate ameliora cifrele mortalității în sepsisul pulmonar.

În ultimii ani se constată o stabilitate a numărului de pacienți cu destrucții pulmonare acute (tabelul 1), tratați în secția de chirurgie toracică a SCR. Calculele demonstrează că mortalitatea generală în secție este de 2,5%, peste 16% din totalul pacienților tratați în această perioadă o constituie cei cu destrucții pulmonare acute, iar rata mortalității prin DPA din totalul deceselor este de 51,1%.

Tabelul 1

Internarea pacienților cu DPA în perioada 2001-2010 în secția de chirurgie toracică a SCR

Anul	Total pacienți internați	Total decese	Pacienți cu DPA	Decese prin DPA
2001	745	14	117	10
2002	796	16	115	9
2003	738	25	106	9
2004	713	17	114	6
2005	622	14	81	7
2006	651	16	119	9
2007	649	21	127	12
2008	611	21	104	11
2009	593	8	103	5
2010	618	18	112	9
În total	6736	170 (2,5%)	1098 (16,3%)	87 (51,1%)

În literatura recentă lipsesc caracteristicile clinice și de laborator ale DPA cu caracter necrotic, de aceea au fost investigați complex 100 de pacienți consecutivi cu procese gangrenoase pulmonare acute, internați în perioada 2009-2010 în secția toracală SCR. Criteriile includerii în studiu au fost prezența la internare a sputei purulente cu miros fetid și a cavitații distructive cu caracter gangrenos pe radiogramele toracice – semne ale necrozei infectate a parenchimului pulmonar.

Resultate și discuții. Vârsta medie în acest lot de studiu a fost de 48 de ani (tabelul 2), cu predominarea sexului masculin. Durata spitalizării în spitalele raionale, până la internarea în SCR, a fost de $3,75 \pm 0,24$ săptămâni.

Tabelul 2

Repartizarea pe sexe, vârstă și durata spitalizării

Criteriu	Valoarea absolută	Procent
Bărbați	77	77
Femei	23	23

Vârsta medie (ani)	47,8± 1,2	-
Durata spitalizării (zile)	26,3± 2,15	-

Gangrena pulmonară a fost stabilită la 24 pacienți (24 %), dar predominau abcesele gangrenoase – 76 (76 %) bolnavi. Majoritatea abceselor au fost localizate în plămânul drept (tabelul 3), rata afectului bilateral fiind de 18%.

Tabelul 3

Topografia procesului pulmonar

Topografia	Nr. pacienți	Procent
Plămân drept	50	50
Plămân stâng	32	32
Bilateral	18	18
Total	100	100

În tratamentul acestor pacienți are importanță primordială drenarea cavitațiilor distructive, pe care noi am efectuat-o (tabelul 4) prin 2 metode: în 51% cazuri – drenajul Monaldi și la 40% pacienți – pneumotomia cu sechestrectomie.

Tabelul 4

Metodele de tratament chirurgical aplicate

Metoda	Nr. pacienți	Procent
Drenaj transtoracic Monaldi	51	51
Pneumotomie cu sechestrectomie	22	22
Drenaj Monaldi, urmat de pneumotomie	18	18
Microtraheostomie	6	6
Drenaj pleural	3	3
Total	100	100

Patologiile asociate au fost depistate la 23% pacienți din grupul de studiu (tabelul 5), cu predominarea bronhopneumopatiei obstructive cronice (BPOC), a diabetului zaharat și a cirozelor hepatice. La 28% pacienți din lotul de studiu în anamneză este menționat etilismul cronic.

Tabelul 5

Comorbiditățile depistate la 23 (23%) pacienți

Patologia	Nr. pacienți	Procent
BPOC	6	26,1
Pielonefrită cronică	2	8,7
Ciroze hepatice	4	17,39
Diabet zaharat	4	17,39
Ateroscleroză	2	8,7
Encefalopatie posttraumatică	1	4,35
Epilepsie	3	13,04

Limfom non-Hodgkin	1	4,35
Total	23	100

Diagnosticul microbiologic s-a efectuat prin în-sămânțarea pe medii de cultură, în condiții aerobe și anaerobe a puroiului obținut la drenarea cavității abceselor. Rezultate pozitive au fost obținute la 57% pacienți. Hemocultura a fost pozitivă la 8%, notamente: Staph. Aureus – 3, Staph. epidermidis – 4, E. Coli – 1. Din grupul total de bolnavi, anaerobi în monoculturi sau asociații au fost izolați la 25/100 (25%), bacterii gramnegative în monoculturi sau asociații – la 22 (22%), grampozitivi – la 13 (13%) și asocieri de bacterii grampozitive și gramnegative la 3 (3,6%). Raportat la numărul de rezultate bacteriologice pozitive (57), s-a stabilit predominanța netă a anaerobilor și a bacteriilor gramnegative în puroiul din abcese pulmonare: anaerobi – 25/57 (44%); gramnegativi – 22/57(39%); grampozitivi – 13/57 (23%); grampozitivi+ gramnegativi – 3/57 (5,3%).

Majoritatea pacienților (72%) la internare prezentau complicații, care se manifestau prin simptomele clinice prezentate în tabelul 6.

Tabelul 6

Datele clinice la pacienții cu DPA gangrenoase

Simptom	Nr. pacienți	Procent
Tuse cu spută fetidă	100	100
Dureri toracice ipsilaterale	47	47
Empiem pleural	12	12
Flegmon toracic	14	14
Hemoptizie sau hemoragie pulmonară	7	7
Diseminare bronhogenă contralaterală	18	18
Frisoane	32	32
Subfebrili/afebrili	30	30
Hipotensiune arterială	21	21
Tahicardie	71	71
Tahipnee	43	43
Leucocitoză	68	68

La 31 (31%) din pacienți cu abcese pulmonare gangrenoase în stare gravă, erau absente semnele inflamației sistemice. Acesta este grupul de bolnavi tratați îndelungat în spitalele raionale, cu miros fetid, anemici; în acest grup este evidentă discordanța dintre starea clinică gravă și lipsa febrei, a leucocitozei, a tahicardiei etc. Diametrul mediu al cavității pulmonare, conform datelor radiologice, a fost $8,81 \pm 0,7$ cm. Investigația endoscopică (fibrobronhoscopia) a relevat prezența endobronșitei mucopurulente la 66% pacienți și a variantei purulente gradul 2 sau 3 la 34%.

Rezultatele studiului demonstrează că, în pofida stării clinice grave, la o treime din pacienții cu DPA, la internare în SCR, lipseau febra, tahicardia, leucocitoza – fenomen, posibil, provocat de antibioterapia anterioară, în secțiile terapeutice, care, după părerea noastră, reflectă fenomenul toleranței la endotoxină. Acest fenomen inițial a fost caracterizat ca un răspuns adaptiv și benefic, dar el totodată este un component sau un marker al dereglării imune.

Corelarea antibioterapiei, efectuate în spitalele raionale la acest lot de pacienți, cu rezultatele testării la antibiotice în clinică, a stabilit că în 87% cazuri terapia antibacteriană era discordantă cu datele examenului bacteriologic. Dintre preparatele chimioterapice, utilizate în spitalele raionale în tratamentul pacienților din grupul de studiu, menționăm: penicilina, streptomicina, gentamicina, ampicilina, lincomicina, metronidazolul, ciprinolul, cefazolina, biseptol, rifampicina, tetraciclina, ceclor. Schema de tratament aplicată în secția toracală a SCR a constat din următoarele:

1. Drenarea imediată a cavității distructive cu prelevarea puroiului pentru analize bacteriologice; drenajul era efectuat prin toracopneumocenteza tip Monaldi sau pneumotomia cu sechestrectomie; în empiem era efectuat drenajul pleural; în cazurile imposibilității drenajului era efectuată microtraheostomia cu îndreptarea dirijată prin endoscop a capătului microtraheostomei în bronhia respectivă de drenaj.

2. Terapia antibacteriană inițială a fost empirică, conform schemelor elaborate în secție; după stabilirea sensibilității bacteriilor, preparatele erau modificate după sensibilitate sau erau păstrate. În cazul prezenței anaerobilor, în schema de tratament erau incluse preparate cu acțiune antianaerobă

3. Examen obligatoriu endoscopic și radiologic în dinamică.

4. Tratament infusional cu cristaloizi, plasmă, albumină, preparate din sânge.

5. Tratament simptomatic.

Preparatele cu efect antianaerob (tienam, lincomicina, dalacina/clindamicina, levomicetina succinat/cloramfenicol, metrogil) au fost indicate la 89% din pacienți. Aplicarea acestei scheme de tratament a dus la defervescentă în medie în $4,23 \pm 0,81$ zile la majoritatea pacienților.

Concluzii

1. Studiul a confirmat existența problemelor de management al destrucțiilor pulmonare acute în practica pulmonologică din Republica Moldova la etapa actuală (durata nemotivată a tratamentului la nivelul primar, lipsa investigațiilor radiologice și endoscopice, deficiențele antibioterapiei empirice).

2. S-a stabilit predominanța netă a anaerobilor și a

bacteriilor gramnegative în puroiul din abcese pulmonare, ceea ce face necesară introducerea în schema de tratament a preparatelor cu activitate antianaerobă.

3. Antibioterapia, în cazul DPA, este un adjuvant al tratamentului chirurgical, și în nici un caz nu este substituentul procedurilor de drenaj al cavităților distructive pulmonare.

Bibliografie selectivă

1. Bartlett J.G. *Antibiotics in lung abscess*. Seminars of Respiratory Infections, 1991, 6(2), p. 103-111.
2. Horvat T. *Chirurgie toracică*. Ed. Academiei Române, 2008.
3. Verma P. *Laboratory diagnosis of anaerobic pleuro-pulmonary infections*. Seminars of Respiratory Infections, 2000, 15(2), p. 114-118.
4. Богатов А. И., Мустафин Д. Г. *Осложненная стафилококковая пневмония у взрослых*. Москва, Медицина, 1984.
5. Пульмонология. *Национальное руководство*. Ред. Чучалин А.Г. Гэотар-Медиа, 2009.
6. Цыбусова Т. Н. *Острые и хронические неспецифические гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры в хирургии*. ИГМА, 2008.

Rezumat

Autorul a analizat internările anuale și mortalitatea prin destrucții pulmonare acute în secția de chirurgie toracică a SCR din ultimii 10 ani și a stabilit că rata DPA din totalul internărilor anuale este de 16,3%, iar cota mortalității prin DPA din letalitatea generală este de 51,1%. Evaluarea unui lot de 100 de pacienți cu destrucții pulmonare acute a stabilit unele din cauzele frecvenței acestei patologii în țara noastră, accentul fiind pus pe profilaxia DPA prin tratamentul corect al pneumoniilor acute la nivelul secțiilor de pneumologie.

Summary

The author analyzes morbidity and mortality data of acute pulmonary destruction patients during last 10 years in general thoracic surgery department of Republican Clinical Hospital and established that this group accounts for 16,3% of hospitalizations, the rate of mortality being 51,1% from total number of deaths. Analysis of 100 consecutive cases of acute pulmonary abscesses depicted some of leading causes of high morbidity and mortality by acute lung destructions in our country and pointed out that correct treatment of acute pneumonia by pulmonologists is the cornerstone of prophylaxis.

Резюме

Автор анализирует поступления больных с острыми инфекционными деструкциями легких за последние

10 лет и установил, что ежегодно эти больные составляют 16,3% от общего числа поступлений, в то время как их доля в общей летальности – 51,1%. Анализ 100 последовательных случаев с абсцессами легких установил некоторые важные причины высокой заболеваемости и смертности в группе ОИДЛ в нашей стране, подчеркнув главную линию профилактики – правильное лечение острых пневмоний в пульмонологических отделениях.

ASPECTE DE TRATAMENT CHIRURGICAL AL ANEVRIȘMULUI DE AORTĂ ABDOMINALĂ

Ruslan Cemârtan, medic-angiochirurg;
D. Tabac, medic-angiochirurg, șef secție;
A. Castraveț, medic-angiochirurg, dr. în med.;
A. Țurcan, medic-angiochirurg, dr. în med.;
V. Ghițu, medic-angiochirurg;
V. Iachim, medic-angiochirurg;
V. Buga, medic-angiochirurg; **E. Bernaz**, dr. în med., conf. univ.; **O. Conțu**, dr. în med., conf. univ.; **E. Maloman**, dr. hab. med., prof. univ.,
N. Gladun, dr. hab. med., prof. univ., șef catedră
Catedra Chirurgie, Facultatea
de Pefecționare a Medicilor,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Termenul *anevrism al aortei abdominale* (AAA) semnifică dilatarea aortei abdominale mai mult de 2 ori, comparativ cu diametrul său normal care, în medie, constituie 18-20 mm. Prima rezecție cu succes a AAA și protezare a aortei cu homogrefă prelevată de la cadavru a fost efectuată în anul 1951 de către Dubost. Chirurgia clasică a AAA începe în 1957, când DeBakey folosește în calitate de grefă aortală o proteză sintetică. Circa 80% din toate anevrismele aortei sunt localizate la nivelul aortei abdominale. La 40-50% din pacienții diagnosticați, dar neoperați, pe parcursul primului an după diagnosticare anevrismul se complică prin ruptură. În 5% din cazuri anevrismul implică și segmentul suprarenal. Anevrismele izolate ale aortei abdominale suprarenale sunt o raritate. AAA se atestă la 2-5% din populația cu vârsta mai mare de 60 de ani. Incidența afecțiunii crește semnificativ la bărbații după 55 de ani și la femeile după 70 de ani. Coraportul bărbați/femei este de 8-10/1. Clinic AAA se prezintă ca necomplicat sau complicat. AAA necomplicat poate fi asimptomatic (se depistatează ocazional în decursul explorărilor in-