

## REFERATE GENERALE

# ASPECTE ETIOLOGICE ȘI PRINCIPII DE ERADICARE A SURSEI DE PERITONITĂ POSTOPERATORIE (*revista literaturii*)

## ETIOLOGICAL ASPECTS AND PRINCIPLES OF MANAGEMENT OF THE CAUSES OF POSTOPERATIVE PERITONITIS (*a review*)

### Rezumat

Articolul prezintă o trecere în revistă a literaturii referitoare la peritonita postoperatorie - problemă actuală din punct de vedere a incidenței și a letalității postoperatorii înalte. Lucrarea include aspecte etiologice, principii contemporane de tratament, tehnici chirurgicale de eradicare a sursei de peritonită în funcție de localizarea compartimentală abdominală, elucidând probleme ale actului operator nesoluționate la moment.

Valeriu BOGDAN

Catedra Chirurgie Nr. 2 USMF „N. Testemițanu”  
IMSP Spitalul Clinic Republican

### Summary

Article presents the literature review regarding postoperative peritonitis – actual problem from the point of view of incidence and higher postoperative lethality. Study includes etiological aspects, modern principles of treatment, and surgical techniques of resolving of causes of peritonitis on dependency of abdominal compartmental localization, enlightening the principal non-resolved problems of operating act.

### Introducere

La etapa actuală de dezvoltare a chirurgiei abdominale, rezultatele tratamentului chirurgical al peritonitelor postoperatorii persistă departe de a fi suficiente. În pofida noilor metode de diagnostic și de tratament, perfecționarea tehnicilor chirurgicale, realizările anesteziologiei și ale reanimatologiei, extinderea posibilităților terapiei antibacteriene, frecvența peritonitelor continuă a fi de 0,5-8 % dintre toate intervențiile chirurgicale abdominale, iar mortalitatea este cuprinsă între 19-79% [1,2,3,4].

Cauzele nemijlocite de deces al bolnavilor cu peritonită postoperatorie sunt perpetuarea răspunsului inflamator sistemic cu declanșarea sepsisului abdominal (63,4-92,2%), șocul toxico-septic (7,3-16,4%), insuficiența hepato-renală (15,5-26,2%), cardio-respiratorie (6,3-12,7%) [2,3,4,5].

Strategia terapeutică în peritonita postoperatorie prevede intervenția chirurgicală, metoda cea mai importantă în rezolvarea sursei de contaminare, precedată de pregătirea preoperatorie de echilibrare a indicilor homeostatici și a funcției organelor de importanță vitală [6,7].

Actul chirurgical reprezintă baza tratamentului unei peritonite postoperatorii, indiferent de predominarea unor semne generale sau locale, realizat precoce și complet, pentru prevenirea gravelor complicații ale evoluției postoperatorii. Cea mai dificilă (în plan tactic și deseori în plan tehnic) etapă a intervenției chirurgicale este eliminarea sursei de contaminare [6,7].

### Principii ale tratamentului chirurgical al peritonitelor postoperatorii

Principiile de bază ale tratamentului peritonitei postoperatorii sunt bine cunoscute: pregătirea preoperatorie de scurtă durată, relaparotomia de urgență cu eradicarea sursei de peritonită și asanarea cavității peritoneale, decompresia intestinală și drenarea cavității abdominale, antibioticoterapia, terapia intensivă de repleție volemică, detoxicare, corecție a deficitului electrolitic, proteic și a dezechilibrului acido-bazic, restabilirea și menținerea funcției organelor vital importante [2,3,4,6,7].

Studiind eficacitatea asanării cavității peritoneale în peritonitele postoperatorii într-un singur moment, un șir de autori au demonstrat, că indiferent de soluția folosită la lavaj, inflamația și contaminarea bacteriană rămâne să persiste, iar în 72,2-92,2%, cazurile letale sunt determinate de focarul intraabdominal neînălțurat. O singură intervenție chirurgicală nu reușește să controleze în mod suficient un proces septic sever [8,9,10].

Insuficiența unei singure intervenții chirurgicale clasice a determinat în anii '70 ai sec. XX elaborarea procedeelelor de asanare prelungită „în etape” a cavității peritoneale prin laparotomie și relaparotomie programate, care permit controlul vizual și dirijarea procesului inflamator în cavitatea peritoneală cu posibilități de corecție activă chirurgicală și farmacoterapeutică, asigurând reducerea considerabilă a complicațiilor și a letalității postoperatorii [7,10,11,12,13,9].

La etapa actuală, „*laparostomia*” în tratamentul peritonitelor postoperatorii, deschide mari perspective în reducerea letalității și a complicațiilor postoperatorii. Mai mulți autori [11,7,20,14] constată că succesul în tratarea bolnavilor cu forme grave de peritonită postoperatorie este asigurat de un șir de avantaje ale metodei deschise, dintre care semnificative s-au dovedit a fi:

- efectul intensiv și durabil al asanării cavității abdominale;
- posibilitatea dirijării evoluției procesului inflamator peritoneal prin revizii și asanări repetate;
- lipsa barierei psihologice înainte de relaparotomie;
- diminuarea presiunii intraabdominale, ameliorarea hemodinamicii bazinului splanhnic, a funcției pulmonare;
- efectul dializant în insuficiența renală acută, reducerea semnificativă a numărului de complicații intraperitoneale, și în primul rând al absceselor;
- micșorarea numărului de complicații supurative ale peretelui abdominal;
- efectul bactericid asupra microflorei anaerobe.

În acest context „*laparostomia*” este apreciată ca o metodă complicată de drenare și de asanare a cavității abdominale, care

necesită nu numai o calificare înaltă a chirurgului, dar și un nivel înalt de conlucrare a întregii unități medico-sanitare.

**Relaparotomia programată** complimentează prioritățile „laparostomieii” cu închiderea fiziologică a cavității abdominale, ce favorizează normalizarea presiunii intraabdominale, micșorează trauma mecanică asupra învelișului seros și duce la reducerea riscului de formare a fistulelor intestinale, împiedică dezvoltarea rapidă a cașexiei de plagă [15,16].

Odată cu avantajele intervențiilor chirurgicale „în etape” (asanaarea adecvată a cavității peritoneale și a spațiului retroperitoneal, diagnosticul și corecția neîntârziată a complicațiilor), există și unele dezavantaje: trauma operatorie repetată, intubarea îndelungată a organelor cavitare și cateterismul vaselor magistrale, ce duce la riscul înalt de dezvoltare a infecțiilor nozocomiale, formarea fistulelor intestinale, cicatrizarea plăgilor prin intenție secundară cu formarea ulterioară a eventrațiilor gigante postoperatorii [19,12,10,18]. Nu poate fi neglijat și riscul anesteziologic al intervențiilor repetate, imobilizarea îndelungată la pat a bolnavului, problema închiderii definitive a cavității peritoneale, chiar și până la aplicarea grefei cutanate libere, și nu în ultimul rând, costul semnificativ de înalt al tratamentului [7].

Conform datelor din literatură [2,3,10,12,20], se poate constata că rezultatele tratamentului „în etape” pot fi ameliorate numai prin respectarea a câtorva principii:

- optimizarea indicațiilor pe baza evaluării corecte a stării pacientului, a gravității peritonitei și a pronosticului cu ajutorul scorurilor de gravitate (APACHE II,III, SAPS I,II etc.);
- alegerea rațională a metodei de tratament „în etape” și a intervalului de timp între reviziile repetate de asanare a cavității peritoneale;
- aprecierea obiectivă a dinamicii ce vizează starea organelor cavității peritoneale și răspândirea peritonitei;
- îmbinarea tratamentului chirurgical cu antibioticoterapie rațională, decontaminarea sistemică și selectivă a tractului digestiv;
- corecție enterală eficientă, detoxicare intra- și extracorporală;
- optimizarea transportului de O<sub>2</sub> în organism și susținerea lui metabolică.

### **Aspecte etiologice și principii de eradicare a sursei de peritonită postoperatorie în etajul supravezocolic**

Peritonitele postoperatorii supravezocolice au o incidență de 5-7% și sunt însoțite de o mortalitate sporită. Obiectivul principal al intervenției chirurgicale, în special rezolvarea focarului infecțios de contaminare a cavității peritoneale prin exteriorizarea lui, este aproape imposibil de realizat [6,7,17,21].

Etiologia peritonitelor supravezocolice este dominată de dehiscențele anastomotice și de sutură, urmată de transformarea septică a unor colecții sanguine sau limfatice drenate inadecvat, interesarea organelor vecine cu inflamația acută a acestora, progresarea peritonitei, ca rezultat al tratării incomplete a acesteia și al virulenței crescute a germenilor microbieni, perforația unui viscer cavitare ca consecință a unor manevre empirice sau a devascularizărilor urmate de mici necroze parietale, leziuni preexistente neidentificate pre- și intraoperator, corpi străini [6].

Fistula anastomotică a esofago-gastroanastomozei sau esofago-jejunoanastomozei e însoțită de o mortalitate care depășește 50%. Sutura dehiscenței, cât și desființarea cu refacerea anastomozei nu au șanse de reușită, din cauza mediului

septic și a calității proaste a țesuturilor, în special al peretelui esofagian. Soluția optimă, considerată de majoritatea autorilor, constă în suplimentarea drenajului la locul dehiscenței, defectul anastomotoc fiind protezat intern cu o sondă transesofagiană [21,17,24,22].

A fost propus drenajul cu tub în “T” al anastomozei dehiscențe și, ca ultimă soluție, fie închiderea, fie exteriorizarea capătului esofagean, combinată cu gastrostomie. Închiderea capătului esofagian se soldează cu o mortalitate de aproximativ 70% [22].

Каншин Н.Н. propune drenarea dublă a zonei de anastomoză: nazo-esofagiană și jejunoesofagiană prin jejunostoma pentru nutriție, combinată cu drenarea zonei de dehiscență [22].

Cauzele principale de apariție a fistulelor gastrice și a celor duodenale sunt dehiscențele de sutură ale gastroduodeno- sau ale gastroenteroanastomozelor, dezunirile suturilor aplicate pe stomac, pe leziunile traumatiche ale stomacului și ale duodenului, pancreatita distructivă [24].

În cazul fistulelor mici, sonda gastrică de aspirație și drenajul subhepatic, sonda Foley sau Pezzer pot fi suficiente. Când dehiscența se produce la nivelul micii curburi, în cazul reintervenției precoce se poate recurge la sutura orificiului sau la recupa anastomozei cu transformarea ei într-o anastomoză pe ansa jejunală în „Y” a la Roux sau în „Omega” [6,21].

Dehiscențele gastro-duodenale și gastrojejunale deseori progresează, orificiul treptat se mărește. Pierderile mari de sucrici digestive provoacă dereglări severe proteice, hidroelectrolitice. Unica soluție constă în suplimentarea drenajului alături de fistulă, aspirația gastrică activă, plasarea unei sonde jejunale sau jejunostomia pentru nutriție enterală [24].

Fistulele duodenale prezintă o complicație gravă a intervențiilor chirurgicale pe organele cavității peritoneale și a spațiilor retroperitoneale. Numărul lor crește odată cu prezența bonturilor duodenale „dificile” și ajunge la 10% [25,27]. Letalitatea în peritonitele postoperatorii, cauzate de fistule duodenale, e de 25-70% și e cauzată de peritonita progresivă, de septicemie și de dereglările severe hidroelectrolitice, proteice, de cașexie [24,22].

După rezecțiile distale gastrice (procedeu Bilrot II), dehiscența de sutură apare în 1,2-4% cazuri [23,24,25]. O cauză mai rară a fistulelor duodenale o constituie dehiscența suturilor ulcerului perforat, a piloroplastiei, necroza parietală în pancreatita distructivă, leziunile traumatiche și iatrogeniile [23,24,25].

Dehiscența suturilor bontului duodenal este provocată, în majoritatea cazurilor, de localizarea joasă a ulcerului duodenal și de dificultățile tehnice de închidere a bontului, de factorii locali (schimbările inflamatorii și cicatriceale ale peretelui duodenal, penetrarea ulcerului în pancreas și ligamentul hepatoduodenal), de terenul bolnavului dominat de anemie, de hipoproteinemie, de dereglări severe hidroelectrolitice, mai ales la bolnavii cu cancer gastric și cu stenoză decompensată [24,25,27]. Una dintre cauzele dehiscenței suturilor bontului duodenal e considerată ocluzia cronică duodenală cu duodenostază și cu hipertensiune duodenală nedagnosticată și necorijată intraoperator [24]. Unii autori consideră drept cauze principale ale dehiscenței suturilor bontului duodenal erorile tehnice în mobilizarea și formarea bontului duodenal și a gastroenteroanastomozei, greșelile tactice de alegere a tipului de operație și a metodei de prelucrare a bontului.

Soluția optimă, în caz de dehiscență a suturilor bontului duodenal, este realizarea unui drenaj extern cât mai eficient, în speranța constituirii unei fistule dirijate [22]. Unii autori recomandă introducerea unui tub de decomprimare în bontul

dehiscent, etanșietizarea bontului cu o bursă strânsă în jurul tubului, drenaj multiplu și meșaj cu saci tip Mikulicz [22].

O altă soluție este introducerea printr-un orificiu lateral, etanșezat printr-o bursă, a tubului de decomprimare în condiții în care, la nivelul bontului dehiscent, se efectuează o plastică cu epiploon, intestin subțire [21].

Frecvența peritonitelor, după intervenții pe căile biliare extrahepatice, odată cu lărgirea indicațiilor chirurgiei laparoscopice, este în creștere. Cauza cea mai frecventă o constituie leziunile iatrogene ale căii biliare principale, ce survin de două-trei ori mai des în chirurgia laparoscopică decât în chirurgia tradițională [27].

Biliragia postoperatorie reprezintă o complicație mult mai frecventă în colecistectomia celioscopică decât în cea deschisă, cauzată de imposibilitatea peritonizării patului hepatic prin tehnica laparoscopică [28].

O cauză mai rară a peritonitelor după intervenții în sfera biliară poate fi dezunirea unei anastomoze bilio-digestive (coledoco-duodeno-, coledoco-jejuno-, colecistoduodeno- sau colecisto-jejuno-), dezunirea suturilor unei coledocotomii, dehiscenta bontului cistic [28,29].

Căile biliare extrahepatice pot fi traumatizate în timpul intervenției chirurgicale pe stomac. Riscul acestei complicații crește în cazul localizării joase a ulcerului în duoden, a penetrării lui în ligamentul hepato-duodenal, când prelucrarea bontului duodenal se face atipic. În traumatismele abdominale leziunea căilor biliare extrahepatice are loc în 2,2% [28,29].

Soluționarea unei leziuni iatrogene a căii biliare principale, survenite în cursul unei colecistectomii deschise sau laparoscopice, este cu mult mai facilă atunci când leziunea este identificată în timpul intervenției și este deosebit de dificilă după aceea.

În cazul unei leziuni recunoscute precoce postoperatoriu, singura soluție posibilă (indiferent de tipul de leziune coledociană) este efectuarea unei hepatico-jejunoanastomoze protezate de un tub Kehr sau de o proteză internă [21].

În dehiscentele de sutură a anastomozei hepato-duodenale soluția recomandată de unii autori este desființarea acesteia, cu transformarea ei în coledoco(hepatico)-jejunoanastomoză. O altă soluție ar fi protezarea cu un tub Kehr, sutura tranșei digestive, suplimentarea drenajului de siguranță și a sondei nazoduodenale pentru aspirație activă a duodenului [22,29]. *Ăiăăfiă R.Ă.* recomandă operația de excludere a duodenului prin efectuarea unei suturi mecanice în regiunea pilorică și aplicarea gastro-jejunoanastomozei pe ansă „Omega” [24].

În cazul leziunii iatrogene a coledocului, a dehiscentei suturilor coledocului, asociate cu peritonită biliară sau cu infecție generalizată, este oportună instalarea unei fistule biliare externe, asociate cu microenterostomie tip Dellany și formarea în perioada postoperatorie, după restabilirea pasajului intestinal, a unui By-pass biliodigestiv extern [17].

Peritonitele generalizate de origine pancreatică survin ca niște complicații ale unei pancreatite acute necrotice și supurate, după intervenții pe stomac, duoden, ficat, splină, colon transvers, după intervenții pe pancreas (suturi, rezecții de pancreas, anastomoze pancreato-gastrice și pancreato-jejunale, chisto-gastrice și chisto-jejunale), după traumatismele pancreasului. Pancreatita acută necrotică supurată cu peritonită generalizată este o combinație deosebit de severă și are un pronostic rezervat [21,30]. Tratamentul chirurgical trebuie să fie agresiv, constituind una dintre indicațiile cele mai frecvente pentru reintervenții programate [21]. Scopul tratamentului chirurgical al pancreatitei necrotice supurate este îndepărtarea țesutului pancreatic și peripancreatic necrozat, evacuarea

revărsatelor lichidiene intraperitoneale și a colecțiilor constituite intra- și/sau retroperitoneal.

Gama largă de intervenții chirurgicale pe pancreas și spațiul retroperitoneal în pancreatita necrotică supurată variază de la necrosectomie, rezecții corporocaudale la rezecții totale de organ.

Metodele operațiilor de drenare a bursei omentale și a spațiului retroperitoneal în pancreonecroză sunt clasificate în : a) închise; b) semideschise; c) deschise [30,31,32].

Varianta tehnică de drenare „închisă” constă în efectuarea necrosectomiei cu drenajul cavității bursei omentale și a cavității peritoneale cu sump-sisteme de tuburi bi- sau trilumen pentru lavaj (2-20 l/zi) închis continuu sau fracționat cu aspirație continuă a acumulărilor fluide [31]. Inconveniențele acestei metode sunt drenarea inadecvată, cauzată de obturarea tuburilor de dren cu țesuturi devitalizate, formarea fistulelor intestinale (5-8%), lipsa controlului vizual al evoluției pancreonecrozei. Din cauza apariției complicațiilor septice și a altor complicații, letalitatea ajunge până la 47% [30,32].

Principiul tratamentului semideschis al pancreatitei necrotice supurate constă în efectuarea necrosectomiei cu drenarea ulterioară a bursei omentale, a spațiului retroperitoneal și a cavității peritoneale cu sump-sisteme de drene în combinație cu drenurile Pensore (țigară).

Letalitatea în cazul acestei metode de tratament variază la diferiți autori de la 24% la 82% și constituie în medie 42%. În 33% cazuri au fost necesare reintervenții, din cauza drenării inadecvate, a recurenței și a persistenței complicațiilor septice. Neajunsurile acestei metode constau în necesitatea reintervențiilor repetate peste 7-14 zile, practic la 1/3 pacienți. Efectuarea acestor reintervenții „on demand”, de regulă, este tardivă, iar metoda de tamponare, chiar și cu sisteme de lavaj continuu, nu asigură un drenaj continuu și eficient al focarului [30,32].

Tratamentul „deschis” al necrozelor pancreatice presupune efectuarea reviziilor și a asanărilor repetate ale bursei omentale, ale spațiilor retroperitoneale și ale cavității peritoneale.

Există două variante principale de rezolvare tehnică, determinate de aria răspândirii și de caracterul afectării spațiului retroperitoneal și al cavității abdominale. Această metodă include:

- 1) pancreatomentobursostomie + lombostomie;
- 2) pancreatomentobursostomie + laparostomie.

Indicațiile principale pentru tratamentul „deschis” al pancreatitei necrotice supurate sunt:

- pancreonecroza extensivă, asociată cu fuzee retroperitoneale, revărsate lichidiene intraperitoneale;
- ineficacitatea tratamentului „închis” și „semideschis”.

Această tactică chirurgicală asigură accesul liber către zonele afectate și efectuarea necrosectomiilor adecvate într-un regim programat, cu un interval de 48-72 ore. Tratamentul deschis prezintă avantajul practicării unei necrosectomii eficiente în dinamica evolutivă a procesului de pancreatită, precum și un risc redus de persistență a sepsisului și are dezavantajul prelungirii în timp a procedurilor de terapie intensivă predispunând la complicații visceroparietale [30,32].

### Aspecte etiologice și principii de eradicare a sursei de peritonită postoperatorie în etajul mediu abdominal

În etajul mediu al cavității peritoneale peritonita postoperatorie constituie rezultatul pierderii etanșietății suturilor, al dehiscentei anastomozelor intestinului subțire și ale colonului (65-85%), al erupției abceselor reziduale după peritonite difuze rezolvate incorect și incomplet la intervenția primară, al complicațiilor septice apărute în urma unor intervenții pe organe

cavitare, fără lipsă de continuitate a tractului digestiv, puse pe seama contaminării peritoneului cu germeni virulenți la un organism cu reactivitate scăzută. Alte cauze mai puțin înregistrate sunt perforațiile intestinale „spontane” postoperatorii, infarctul intestinal postoperator, acutizarea în perioada postoperatorie a unor maladii cronice ale organelor parenchimatose și cavitare abdominale, dehiscența unui bont apendicular postapendectomie, corpii străini rămași în cavitatea peritoneală [6,21,24,23].

Fistulele intestinale prezintă o complicație gravă a diverselor afecțiuni și traumatisme ale organelor cavității peritoneale. Letalitatea în fistulele intestinale neformate ajunge la 36-71,7% [24,33,36].

Majoritatea autorilor consideră că motivele principale de apariție a fistulelor intestinale sunt iatrogeniile provocate de erorile tactice și de cele ale tehnicii chirurgicale [32,36,34,35]. În 65-85% de cazuri apariția fistulelor este generată de dehiscențele suturilor și ale anastomozelor organelor cavitare [6,21,23,24].

Unele comunicări indică defectele sau leziunile organelor cavitare neobservate în timpul intervenției, decubitusurile de la sondele intestinale și de la tuburile de dren [24,36].

J.Tremolieres(1974), H.Abcarian et al.(1979) leagă apariția fistulelor intestinale de traumatismul intraoperator al seroasei intestinale în ocluzia intestinală, leziunea peretelui de tuburile de dren, tamponane, atitudinea brutală față de țesuturi.

Астафьев и соавт. (1988) consideră cauza principală de apariție a fistulelor ocluzia intestinală distal de sectorul de intestin lezat. Indiferent de cauza apariției fistulei, importanța principală o constituie procesele distructive în peretele intestinal și dereglările de pasaj intestinal.

Tratarea cauzei în peritonite postoperatorii submezocolice ridică probleme mari de tactică și de tehnică operatorie. Tehnicile utilizate sunt în funcție de cauza și de gravitatea peritonitei, de starea generală a bolnavului [6].

În cazul, în care peritonita se datorează altor cauze decât fistula anastomotică sau perforația intestinală spontană, majoritatea autorilor recomandă lavajul minuțios al cavității peritoneale cu drenaj multiplu, la care se poate asocia una din metodele de închidere parietală, ce permite controlul repetat al cavității, urmate de un tratament postoperatoriu susținut [18,23,24,36,39].

Multitudinea manifestărilor patologice în fistulele intestinale, condițiile dificile locale și generale, exclud atitudinea unilaterală în tactica și în tehnica tratamentului chirurgical. Majoritatea autorilor recomandă următoarele etape principale ale tratamentului chirurgical al fistulelor neformate, complicate cu peritonită generalizată: relaparotomia mediană largă, enteroliza totală, rezecția ansei purtătoare de fistulă, asanarea adecvată a cavității peritoneale, decompresia intestinală [7,6,17,21,24,37].

În fistulele anastomotice mici, cu debit redus se poate recurge la un drenaj perianastomotoc cu lavaj continuu sau intermitent, cu scopul formării unei fistule dirijate, și la realimentarea parenterală sau prin enterostomie a bolnavului.

Majoritatea autorilor consideră extirparea anastomozelor sau rezecția ansei intestinale cu fistulă, cu o nouă anastomoză într-o zonă bine vascularizată, ea fiind soluția optimă. Ea poate fi efectuată în situația unor fistule înalte, în cazul unor intervenții precoce și numai atunci când capetele segmentelor de anastomozat nu sunt edemate și infiltrate [21,6,24].

În fistulele intestinului subțire exteriorizarea la piele a capătului proximal cu închiderea celui distal sau exteriorizarea ambelor capete reprezintă cea mai bună soluție, însă produce dereglări metabolice.

Intervențiile de excludere a fistulelor sunt posibile pentru localizări intestinale joase și pot fi realizate prin anastomoză de derivare internă, excluzând bilateral ansa purtătoare de fistulă prin entero- sau colostomie terminală (și nicidecum parietală) mai proximal de fistulă. Anastomoza de derivație internă fără excluderea completă a ansei purtătoare de fistulă, este neeficace, deoarece fistula va funcționa din cauza antiperistaltismului [23,24,35,36].

Tratamentul chirurgical al dezunirilor anastomozelor și al suturilor colonului se axează pe o serie de soluții comune.

În cazul fistulelor de dimensiuni mici, majoritatea autorilor practică drenajul perianastomotoc activ cu lavaj continuu sau intermitent, cu conservarea anastomozelor și confecționarea unei ileo- sau colostomii supriacente [23,24,33,34,35,36].

Cea mai sigură soluție de rezolvare a dehiscențelor de anastomoză și de suturi ileo-colice și colo-colice este desființarea anastomozelor, închiderea capătului distal și exteriorizarea celui proximal prin ileostomie sau colostomie [6,21].

O altă soluție este exteriorizarea anastomozelor dehiscențe în întregime, cu formarea stomei duble în „țeavă de pușcă”.

Rezecția colonului cu anastomoză primară, ca metodă de rezolvare a dezunirilor de suturi sau a anastomozelor colonice, complicate cu peritonită, este recomandată de unii cercetători numai în colonul ascendent (hemicolonectomie dreaptă), în cazul unor intervenții precoce, cu o decompresie intestinală obligatorie [18,21,23,24,35,36].

### **Aspecte etiologice și principii de eradicare a sursei de peritonită postoperatorie în etajul pelvin**

În etajul inferior al cavității peritoneale peritonita postoperatorie apare în rezultatul dehiscenței anastomozelor colo-rectale, al dehiscenței suturilor rectului, uterului (după cezariană), a bontului uterin și a bontului vaginal după histerectomii subtotale sau totale [7].

O problemă specială a chirurgiei colo-rectale o reprezintă numărul mare de fistule după operațiile de exereză, urmate de anastomoză colo-rectale, efectuate de multe ori pe rectul subperitoneal. Numărul fistulelor variază în diverse statistici între 3,25- 30%, în funcție de modalitatea de efectuare (manuală sau mecanică) a anastomozelor și de asocierea sau nu a unei colo- sau ileostomii de protecție [38,21].

Numărul mare de fistule după astfel de anastomoză poate fi explicată atât prin dificultatea tehnică de realizare, din cauza profunzimii, a vascularizării adeseori deficitare a rectului, cunoscută fiind inconstanța prezenței arterelor rectale mijlocii, cât și prin terenul precar al pacienților, cel mai adesea operați pentru cancer la vârste înaintate, iradiati preoperatoriu [38,39].

În fistulele rectale de dimensiuni mici, în cazul când s-a intervenit precoce și bolnavul nu prezintă peritonită stercorală veche, suplimentarea drenajului activ cu lavaj continuu în zona dehiscenței anastomotice și confecționarea unei colostomii supriacente, procedeu numit “Vor Ort” de către autorii germani, poate fi suficient [7,17,21].

Altă soluție o constituie desființarea anastomozelor, închiderea capătului distal și exteriorizarea celui proximal în colostomă terminală, cu suplimentarea drenajului activ cu lavaj continuu sau fracționat [6,7,17,21,38,39].

În dehiscențele bontului uterin sau vaginal, după histerectomiile totale și subtotale, se efectuează drenajul activ, exteriorizat printr-o contrapertură posterolaterală a peretelui abdominal, cu lavajul continuu sau fracționat al regiunii dehiscențe. Acest tip de drenaj poate fi combinat cu o drenare transvaginală prin dehiscența de bont al colului uterin sau vaginal [6,17,37,24].

**Concluzii:**

1. Problema tratamentului eficient al peritonitelor postoperatorii, din punct de vedere a incidenței și a letalității înalte, rămâne actuală și în secolul XXI.
2. Opiniile vizând tactica și tehnica chirurgicală adecvată de eradicare a focarului de peritonită postoperatorie în funcție de localizarea compartimentală abdominală sunt controversate. Aspectele intervenției chirurgicale sunt redată succint, doar în volumul necesar pentru caracterizarea generală a genului de asistență curativă.
3. În mod diferit sunt argumentate indicațiile pentru metodele de tratament prelungit „în etape” al peritonitelor postoperatorii.
4. Prezența lacunelor menționate în conduita medicală vizând bolnavii cu peritonită postoperatorie determină elaborarea unor atitudini medico-chirurgicale speciale și realmente eficiente, destinate de a ameliora rezultatele postoperatorii.

**Bibliografie**

1. KOPERNA T., SCHULTZ F. Prognosis and treatment of peritonitis. Arch. Surg., 1996, 131, p.180-186.
2. ГЕЛЬФАНД В.А., ГОЛОГОРСКИЙ С.З., БУКРНЕВИЧ и др. Абдоминальный сепсис - современный взгляд на нестаряющую проблему. Стратегия и тактика лечения. // Вестник интенсивной терапии. 1997, N1, с.10-16.
3. ГЕЛЬФАНД В.А., ГОЛОГОРСКИЙ С.З., БУКРНЕВИЧ и др. Абдоминальный сепсис - современный взгляд на нестаряющую проблему. Стратегия и тактика лечения. Часть 2 // Вестник интенсивной терапии. 1997, N1-2, с.73-79.
4. ГРИГОРЬЕВ Е.Г. Хирургия послеоперационного перитонита. Под редакцией Григорьева Е.Г., Когана А.С.- Иркутск, 1996.
5. ШЕЛЕСТЮК П.И., БЛАГИТКО Е.М., ЕФРЕМОВ А.В. Перитонит.- Новосибирск: Наука, 2000, 302с.
6. ANGELESCU N., JITEA N. Peritonitele pãostoperatorii. Edit. Medicalã. București, 1995.
7. ХОТИНЯНУ В.Ф. Открытый метод лечения послеоперационного перитонита.// Автореферат дис. док. мед.- К. 1989.
8. HAU T., OHMANN C., WOLMERCHAUSER A., WACHA H., YANGQ. Planned relaparotomy vs relaparotomy on demand in the treatment of intraabdominal infections. The peritonitis study Grup of the Surgical Infection Society- Europa. Arh. Surg. 1995 Nov.; 130(II): 1193-6.
9. АСКЕРХАНОВ ГР, ГУСЕЙНОВ АГ и др Программированная релaparотомия при перитоните. Хирургия. 2000. N8, с. 20-23.
10. WITTMAN D.H., APRABAMIAN C., BERSTEIN J.M. Operative and nonoperative therapy intraabdominal infections. Infection 1998; 26:5:335-341.
11. БЫТКА П.Ф., ХОТИНЯН В.Ф., БОРЩ Ю.Д. и др. Открытое лечение послеоперационного перитонита.- Вестник хирургии. 1988, N.10, с.109-111.
12. САВЕЛЬЕВ В.С., ФИЛИМОНОВ М.И., ПОДАЧИН П.В. Программированная релaparотомия в лечении распространенного перитонита. Анналы хирургии. 2004, N2, стр.43-48.
13. МУСТАФИН РД, КУЧИН ЮВ, КУТУКОВ ВЕ Программированная релaparотомия при распространенном гнойном перитоните Хирургия . 2004, N10, с.27-30.
14. TEICHMANN W., HERBIG V. Planed relaparotomy. //1<sup>st</sup> International Conferens of Emergency Surgery.- Blegrad, Iugoslavia.- 1996.-p.24.
15. ГОСТИЩЕВ ВК, САЖИН ВП, АВДОВЕНКО АЛ. Перитонит. Москва. Медицина. 1992, 224с.
16. ШУРКАЛИН Б.К., КРИГЕР А.Г., ЛИНДЕНБЕРГ А.А., МЕХТИЕВ Р.И. Диагностика и лечение послеоперационного перитонита. Хирургия. 1987, N1, с.87-90.
17. HOTINEANU V, ILIADI A, BOGDAN V, BORȘ I, CARAGAȚ Z, PASECINIC GH, BRÂNZĂ GH. Peritonitele postoperatorii-experiența clinicii. Al IX-lea Congres al Asociației Chirurgilor „N. Anestiadi” I Congres de Endoscopie din Republica Moldova. Chișinău, 2003, p.71

18. SCAPELLATO S, PARRINELLO V, SCUITO GS, CASTORINA G, BUFFONE A, CIRINO E. Valuation on prognostic factor about secondary peritonitis: review of 255 cases. Ann ital chir. 2004 Mar-Apr; 75(2):241-5; discussion 246.
19. ГРИГОРЬЕВ Е.Г., КОГАН А.С. Хирургия тяжелых гнойных процессов. Новосибирск.- Наука, 2000. 314с.
20. WITTMANN D.H., APRABAMIAN C., BERSTEIN J.M. Etappenlavaje: Advanced Diffuse Peritonitis Managed by Planned Multiple Laparotomies Utilizing Zippers, Slide Fastener, and Velcro Analogue for Temporary Abdominal Closur.//Wopld Jurnal of Surgery.-1991, v.14, N2, p.218.
21. POPESCU I Peritonitele. Editura Celsius 1998, p.287.
22. BECKER H.D., BORGERH.W., SCHAFFMAYER. 1980 Operationstaktik undtechnik bei peritonitis nach oberbaucheingriffen. Landenbecks Arch Chir 352:311.
23. КАНШИН Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение). М. 1999, 115с.
24. БОГДАНОВ А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга. М.- ИМ, 2001, 196с.
25. НИКИТИН Н.А. «Трудная» дуоденальная культя в ургентной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки Хирургия 2001, №5, с.36-39.
26. МОЛИТВОСЛОВОВ АБ, ЕРАМИШАНЦЕВ АК, МАРКА-РОВА ЛЭ, ДЕМЬАНОВ АИ, БОКАРЕВ МИ. Диагностическая и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2004, N8, с.46-51.
27. АСАДОВ СА, ШИРИНОВ ЗТ, АЛИЕВ ЭА, ТИТАРОВ ДЛ, КУРБАНОВ ФС. Пластическое укрытие „трудной” дуоденальной культы с тампонадой язвенного кратера. Хирургия , 2004, N6, с.17-23.
28. OLSEN D. Bile duct injuries during laparoscopic cholecistectomy. Surg. Endosc. 1997, 11:133-138.
29. GIAN MASSIMO GAZZANIDA MD, MARCO FILAURO MD, LORENZO MORI MD.- Surgical treatment of iatrogenic lesion of the proximal common bile duct. World J.Surg. 2001, V 25, p.1254-1259.
30. САВЕЛЬЕВ ВС, ФИЛИМОНОВ МИ, ГЕЛЬФАНД БР, БУКРНЕВИЧ СЗ. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект). Новый хир. Архив, 2002, том1,номер5.
31. GHIDIRIM GH, MAHOVICI I, GAGAUZI I, CONȚU G. Particularități de tratament chirurgical ale pancreatitei acute distructive. // Actualități în chirurgia toracoabdominală. Congresul VIII al chirurgilor din Republica Moldova. Chișinău, 1997,p.124-126.
32. HOU-QUAN TAO, JING-XIA ZHANG, SHOU-CHUN ZOU. Clinical characteristics and management of patients with early acute severe pancreatitis: Experience from a medical center in China. World J Gastroenterology 2004; 10(6): 919-921.
33. БАЗАЕВ АВ, ОВЧИННИКОВ ВА, СОЛОВЬЕВ ВА, ПУЗАНОВАВ. Результаты лечения наружных кишечных свищей. Хирургия, 2004, N1, с.30-33.
34. HAFJEJEE A.A. Surgical management of high output enterocutaneous fistulae: a 24-year experience. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2004 May; 7(3): 309-16.
35. MEMON A.S., SIDDIQUI F.G. Causes and management of post-operative enterocutaneous fistulas. J Coll Physicians Surg Pak. 2004 Jan; 14(1):25-8.
36. АТАМАНОВ ВВ. Лечение больных с несформированными кишечными свищами. Автореф. Дис. д-ра мед. Наук. М.1985.
37. BRÎNZĂ G. V., ILIADI A., OPREA A.,PASECINIC G. ET AL. Tratamentul dehiscentelor digestive. Materialele Conferinței practico-științifice dedicate jubileului de 180 ani de la înființarea Spitalului Clinic Republican. Chișinău, 1997, p.62-64.
38. MERAD F, HAY JM et al. Omentoplasty in the prevention of anastomotic leakage after colonic or recta resection: a prospective randomized study in 712 patients.- Annals of Surgery. 1998; 227(2): 179-86.
39. MIRHASHEMI R, AVERETTE HE et al. Low colorectal anastomosis after radical pelvic surgery: a risc factor analysis.- American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2000;183(6): 1379-80.
40. MORAN B, HEALD R. Anastomotic leakage after colorectal anastomosis.- Seminar in Surgical Oncology. 2000; 18(3): 244-8.