



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT LA ADULT

**Protocol Clinic Național
(ediția II)**

PCN-333

Chișinău, 2024

CUPRINS

CUPRINS	2
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
A.1. Diagnosticul	7
A.2. Codul bolii (CIM 10)	7
A.3. Utilizatorii	8
A.4. Obiectivele protocolului	8
A.5. Data elaborării protocolului	8
A.6. Data revizuirii protocolului	8
A.7. Data următoarei revizuirii	8
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	8
A.9. Definițiile folosite în document	9
A.10. Informația epidemiologică	10
A.11. Clase de recomandare și nivele de evidență	11
B. PARTEA GENERALĂ	12
B.1. Nivel de asistență medicală primară	12
B.2. Nivel de asistență medicală de urgență	13
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator	14
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească	15
C.1. ALGORITMI DE CONDUCĂ	17
C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat în staționar	17
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	18
C.2.1. Etiologia ulcerului gastroduodenal și fiziopatologia perforației gastroduodenale	18
C.2.1.1. Etiologia	18
C.2.1.2. Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson	18
C.2.1.3. Fiziopatologia ulcerului gastroduodenal perforat	19
C.2.1.4. Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat	20
C.2.2. Clasificarea	20
C.2.2.1. Clasificare anatomo-patologică	20
C.2.3. Fazele evolutive ale ulcerului gastroduodenal perforat	20
C.2.4. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat	21
C.2.4.1. Manifestările clinice	21
C.2.4.1.1. Anamneza	21
C.2.4.1.2. Acuzele	21
C.2.4.1.3. Simptomatologie	22
C.2.4.2. Criteriile de spitalizare	23
C.2.4.3. Diagnosticul	23
C.2.4.3.1. Diagnosticul paraclinic	23
C.2.4.3.2. Investigațiile paraclinice	25
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial	27
C.2.4.5. Forme clinice speciale	29
C.2.5. Tratamentul	29

<i>C.2.5.1. Pregătirea preoperatorie</i>	29
<i>C.2.5.2. Tratamentul chirurgical</i>	30
<i>C.2.5.2.1. Operația deschisă</i>	30
<i>C.2.5.2.2. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului duodenal perforat</i>	31
<i>C.2.5.2.3. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului gastric perforat</i>	34
<i>C.2.5.2.4. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului anastomotic perforat</i>	35
<i>C.2.5.2.5. Operația laparoscopică</i>	35
<i>C.2.5.2.6. Alte tehnici și perspective</i>	37
<i>C.2.5.3. Tratamentul conservativ (metoda Taylor)</i>	37
<i>C.2.5.3.1. Tratamentul conservativ al ulcerului gastroduodenal perforat</i>	37
<i>C.2.5.3.2. Abandonarea tratamentului non-operator în favoarea celui chirurgical</i>	38
<i>C.2.6. Perioada postoperatorie precoce</i>	39
<i>C.2.6.1. Tratamentul în perioada postoperatorie precoce</i>	39
<i>C.2.6.2. Complicațiile postoperatorii</i>	40
<i>C.2.6.3. Factorii de risc ai decesului la pacienții cu ulcerul gastroduodenal perforat</i>	40
<i>C.2.7. Criteriile de externare</i>	42
<i>C.2.8. Profilaxia și recomandări</i>	42
<i>C.2.9. Supravegherea pacienților</i>	43
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	44
<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	44
<i>D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistență medicală de urgență</i>	44
<i>D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulator</i>	44
<i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane, inclusiv departamentale și particulare</i>	45
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	47
<i>Anexă 1. Ghidul pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat</i>	48
<i>Anexă 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru ulcerul gastroduodenal perforat</i>	51
BIBLIOGRAFIE	53

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Ulcerul gastroduodenal perforat (UGDP) este o complicație acută și foarte gravă a bolii ulceroase, care de obicei se manifestă clinic prin debutul brusc al durerii abdominale severe („lovitura de pumnal”). Peritonita generalizată („abdomenul de lemn”) este tipică unui ulcer perforat, dar este prezentă doar la două treimi dintre pacienți. Astfel, simptomatologia la examenul fizical poate fi echivocă, iar peritonita – minimă sau absentă, în special la pacienții cu perforație acoperită sau atipică.
- La pacienții cu suspiciune de UGDP trebuie colectate testele de laborator de rutină și analize ale gazelor sangvine. Deși rezultatele testelor de laborator nu sunt specifice, leucocitoza, acidoza metabolică și amilaza serică crescută de obicei sugerează perforația, iar dereglarea altor parametrii reflectă sindromul de răspuns inflamator sistemic.
- Prima și decisivă investigație diagnostică în cazul UGDP este radiografia toracoabdominală panoramică în poziția ortostatică, pentru depistarea prezenței aerului abdominal liber (pneumoperitoneului), care este vizualizat subdiafragmal. Radiografia abdominală în decubit lateral stâng are acuratețe diagnostică similară privitor pneumoperitoneului, aceasta din urmă fiind mai bine tolerată de pacienții cu peritonită.

- Aerul liber sub diafragmă la radiografie indică perforația organului cavităar, și în asociere cu anamneza și datele examinării obiective respective, este suficient pentru a diagnostica UGDP și a justifica intervenția chirurgicală ulterioară; iar utilizarea în continuare altor metode imagistice este neargumentată.
- Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior, efectuat cu contrast lichid solubil în apă, administrat peroral sau printr-o sondă nazogastrică, poate fi util în cazul când pneumoperitoneul nu se evidențiază, dar UGDP încă este suspectată. Extravazarea contrastului din lumenul gastroduodenal în cavitatea peritoneală confirmă perforația.
- La pacienții cu abdomen acut rezultatul radiografic negativ nu exclude UGDP posibil; prin urmare, în astfel de situații este recomandată tomografia computerizată (CT) a cavității abdominale. Constatările CT suspecte perforației includ lichid intraperitoneal inexplicabil, pneumoperitoneu, îngroșarea peretelui intestinal și extravazarea contrastului lichid solubil în apă. În plus, scanarea CT poate exclude pancreatita acută și, prin urmare, intervenția chirurgicală eronată.
- În cazuri dificile de diagnostic este indicată laparoscopia. Astăzi laparoscopia poate constitui metoda nu numai diagnostică, dar și curativă, prin care se poate realiza sutura perforației, lavajul și drenarea cavității peritoneale.
- UGDP cu peritonită asociată și sepsis sau șoc septic este o urgență medico-chirurgicală care necesită evaluare și tratament prompt. Depistarea precoce a sepsisului asociat cu perforație este necesară pentru prevenirea accentuării insuficienței de organe și reducerea mortalității. O atenție deosebită trebuie acordată simptomelor (de exemplu, modificări ale stării mentale, dispnee), parametrilor vitali (tahicardie, tahipnee, micșorarea presiunii și pulsului, scăderea debitului de urină) și rezultatelor de laborator (hiperlactatemie, hipoxemie arterială, creșterea creatininei, coagulopatie).
- La pacienții instabili cu UGDP, se recomandă efectuarea resuscitării adecvate și rapide (ideal în decurs de 1 oră) cu scopul restabilirii parametrilor fiziologici până la niveluri minime acceptabile: tensiune arterială medie ≥ 65 mm Hg, diureză $\geq 0,5$ ml/kg/oră și normalizare a lactatului). Resuscitarea reușită reduce mortalitatea la pacienții critici cu perforație, iar măsurile respective trebuie realizate concomitent cu examinările diagnostice, luarea deciziei chirurgicale și administrarea antibioticelor.
- Administrarea antibioticelor parenteral, cu spectrul larg de acțiune (antibioticoprofilaxie) trebuie inițiată odată cu stabilirea diagnosticului de UGDP. La pacienții cu șoc septic antibioticele trebuie administrate cât mai curând posibil, chiar în secția de internare. Antibioticele folosite pentru tratamentul empiric al infecției intraabdominale cauzate de UGDP, trebuie să fie active împotriva bacteriilor enterice gram-negative, streptococilor enterici gram-pozitivi și a bacteriilor anaerobe.
- La pacienții cu UGDP cu pneumoperitoneu evident, extravazare extraluminală a contrastului și simptomatologie de peritonită este o indicație absolută către intervenție chirurgicală de urgență. Operație trebuie efectuată cât mai curând posibil, în special la pacienții cu adresarea tardivă și la persoane cu vârsta peste 70 de ani. Întârzierea intervenției chirurgicale cu mai mult de 12-24 ore după debutul bolii este asociată cu un prognostic nefavorabil.
- Abordarea chirurgicală deschisă actualmente rămâne preferabilă în tratamentul operator al UGDP, mai ales la pacienții instabili. Efectele negative a presiunii intra-abdominale crescute și hipercarbiei datorate insuflării de CO₂ în timpul laparoscopiei sunt bine cunoscute (rezistență vasculară sistemică crescută, presiune arterială medie, postîncărcare, frecvență cardiacă, presiune cavală, frecvență respiratorie, presiune maximă în căile respiratorii, PaCO₂, întoarcere venoasă, debit cardiac, complianță toracică, pH) și exclud abordarea laparoscopică la pacienții instabili hemodinamici sau la pacienții cu comorbiditățile cardiovasculare sau pulmonare severe.
- La pacienții stabili cu UGDP și în cazul prezenței abilităților și echipamentelor adecvate, poate fi utilizată o abordare laparoscopică. Studiile au demonstrat avantajul tehnicii laparoscopice în următoarele rezultate: necesitatea redusă în analgezie postoperatorie, timpul redus al revenirii la

dietă obișnuită, durata scăzută a spitalizării, reîntoarcerea mai timpurie la activitatea profesională, micșorarea incidenței infecției plăgilor, herniilor incizionale și a dezvoltării aderențelor.

- În cazul UGDP nu trebuie aplicate metodele endoscopice de tratament, cum ar fi închiderea orificiului perforativ cu adezivul fibrinic, clipse endoscopice sau stentul metalic auto-expandabil.
- Obiectivele intervenției chirurgicale în cazul UGDP sunt următoarele: închiderea orificiului perforativ; reducerea contaminării intraperitoneale; asigurarea micșorării stabile a secreției gastrice acide – opțional (se referă la perforația ulcerului duodenal); excluderea malignizării ulcerului gastric perforativ. Alegerea procedurii chirurgicale este determinată de numeroase variabilități, cum ar fi prezența șocului, comorbiditățile severe cu pericol pentru viață, gradul de contaminare a cavității abdominale, durata perforației și caracteristicile locale ale ulcerului (dimensiuni, localizare).
- Cea mai recomandată tehnică în cazul ulcerului perforat de dimensiuni sub 2 cm este suturarea simplă a orificiului perforativ. Suturele neresorbabile (3-5) sunt plasate în sens longitudinal pentru a preveni stenoza locului suturei. Protecție suplimentară a orificiului ulceros suturat cu oment poate fi utilizată la discreție chirurgului, dar nu adaugă beneficii privitor la rata dehiscentei eventuale a suturilor.
- Când defectul ulcerului duodenal perforativ pare prea mare (≥ 2 cm) pentru a efectua sutura simplă și apropierea marginilor este imposibilă, este impusă excizia ulcerului cu sau fără piloroplastie, sau rezecția gastrică (mai preferabil – antrumectomia), cu reconstrucția ulterioară a tractului gastrointestinal prin montarea gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II sau pe ansă Roux-în-Y).
- În alegerea procedurii chirurgicale pentru ulcerul gastric perforat, trebuie de ținut cont, că aproximativ 10-16% din ulcerele gastrice sunt adenocarcinoame. Prin urmare, în afară de închiderea orificiului perforativ și asanarea cavității abdominale, scopul operației constă în excizia totală a țesutului eventual malign sau, cel puțin, în prelevarea materialului tisular suficient pentru examenul histologic adecvat. Rezecția gastrică reprezintă opțiunea preferabilă, mai ales la ulcerele mari (peste 2 cm), cu excepția cazurilor când riscul operator este inacceptabil de înalt din cauza vârstei avansate, patologiilor concomitente, instabilității hemodinamice intraoperatorii sau contaminării peritoneale severe.
- La pacienții cu UGDP tratament conservator de rutină nu se recomandă; dar poate fi luat în considerare în cazuri selectate când orificiul perforativ s-a închis spontan, fapt confirmat printr-un examen radiologic cu contrast solubil în apă. Metoda tratamentului non-operator include: dieta zero; decompresie printr-o sondă nazogastrică; hidratare intravenoasă agresivă; IPP; și antibioticoterapia.
- Pe lângă antibioticoprofilaxiei preoperatorie, pacienților cu UGDP trebuie să li se administreze preparate antibacteriene după intervenție chirurgicală. Regimul empiric al terapiei trebuie ajustat în funcție de rezultatele examenului bacteriologic al conținutului prelevat din cavitatea peritoneală. Durata tratamentului antibacterian în cazul UGDP trebuie limitată la 4-7 zile, cu excepția cazurilor de febră, durere abdominală și paralizie intestinală persistentă sau apariția complicațiilor septice.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	Antiinflamatorii non-steroidiene
AMP	Asistență medicală primară
AMU	Asistență medicală de urgență
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMS	Asistență medicală spitalicească
APACHE	<i>Acute Physiology And Chronic Health Evaluation</i>
ASA	Societatea Americană de Anesteziologie (<i>engl. American Society of Anesthesiologists</i>)
ATI	Anestezie și terapie intensivă
BU	Boala ulceroasă
CT	Tomografia computerizată
DMU	Departamentul de Medicina Urgentă
ECG	Electrocardiografia
GD	Gastroduodenale
H. Pylori	Helicobacter pylori
IMC	Indicele masei corporale
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
IMU	Institutul de Medicină Urgentă
IPP	Inhibitorii pompei protonice
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
NOTES	Chirurgie endoscopică transluminală prin orificiile naturale (<i>engl. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery</i>)
O	Obligativ
PCN	Protocol Clinic Național
PCR	Proteina C-reactivă
Ps	Puls
PULP	Scorul de perforație ulcerului peptic (<i>engl. Peptic Ulcer Perforation</i>)
R	Recomandabil
Rh	Factorul Rhesus
RM	Republica Moldova
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
SaO2	Puls-oximetria
SCM	Spitalul Clinic Municipal
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic
TA	Tensiunea arterială
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
UGD	Ulcerul gastroduodenal
UGDP	Ulcerul gastroduodenal perforat
UPU	Unitate Primiri Urgențe
USG	Ultrasonografia
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VS	Vagotomia selectivă
VSP	Vagotomia selectivă proximală
VT	Vagotomia tronculară

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat și revizuit de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Catedrei de Chirurgie Generală și Semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemițanu”, și ai Instituției Medico-Sanitare Publice (IMSP) Spitalului Clinic Municipal (SCM) nr.1 „Gheorghe Paladi”, și ai IMSP Institutului de Medicină Urgentă (IMU) din Chișinău.

Protocolul Clinic Național este elaborat și revizuit în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind ulcerul gastroduodenal perforat la adulți și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Ulcerul gastroduodenal perforat (UGDP)

Exemple de diagnostic clinic:

Ulcer gastric acut cu perforație.

Ulcer duodenal cronic sau nespecificat cu perforație.

Ulcer gastro-jejunal cu perforație.

Ulcer peptic gastroduodenal cu perforație.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

Bolile stomacului și duodenului (K25-K28)

Următoarele subdiviziuni cu patru caractere sunt folosite la categoriile (K25-K28):

- .0 Acut cu hemoragie
- .1 Acut cu perforație
- .2 Acut atât cu hemoragie cât și cu perforație
- .3 Acut fără hemoragie sau perforație
- .4 Cronic sau nespecificat cu hemoragie
- .5 Cronic sau nespecificat cu perforație
- .6 Cronic sau nespecificat atât cu hemoragie cât și cu perforație
- .7 Cronic fără hemoragie sau perforație
- .9 Nespecificat ca acut sau cronic, fără hemoragie sau perforație

K25 Ulcer gastric

Include: Ulcer (peptic):

- Pyloric
- Al stomacului

Exclude: gastrita erozivă hemoragică acută (K29.0), eroziune (acută) a stomacului (K29.6), ulcer peptic NOS (K27.-)

K26 Ulcer duodenal

Include: Ulcer (peptic):

- Duodenal
- Postpyloric

Exclude: eroziunea (acută) a duodenului (K29.8), ulcer peptic NOS (K27.-)

K27 Ulcer peptic, localizare nespecificată

Include:

- Ulcer gastroduodenal
- Ulcer peptic NOS

Exclude: Ulcer peptic la nou-născut (P78.8)

K28 Ulcer gastro-jejunal

Include: Ulcer (peptic):

- Anastomotic
- Gastro-colic
- Gastro-intestinal
- Gastro-jejunal

- Jejunal
- Marginal
- Stomal

Exclude: Ulcer primar al intestinului subțire (K63.3)

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (secțiile consultative raionale și municipale / chirurghi, asistente medicale)
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (UPU(Unități Primiri Urgențe)/DMU (Departamente Medicină Urgentă), secțiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale și republicane / medici de urgență, medici chirurghi, medici anesteziologi-reanimatologii, medici rezidenți, asistente medicale).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de către alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita diagnosticarea precoce a ulcerului gastroduodenal perforat (UGDP).
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu UGDP.
3. A reduce rata de complicații și de mortalitate prin UGDP.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data revizuirii protocolului: 2024

A.7. Data următoarei revizui: 2029

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția
Evghenii Guțu	dr. hab. șt. med., prof. univ., Catedra de chirurgie generală și semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vasile Guzun	dr. șt. med., director interimar, IMSP SCM nr.1 „Gheorghe Paladi”
Vladimir Iacob	dr. șt. med., conf. univ., Catedră de chirurgie generală și semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”
Serghei Guțu	dr. șt. med., șef Secție chirurgie toracală, IMSP IMU

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Recenzii: **Dumitru Casian**, dr. hab. șt. med., prof.univ.; **Vasile Culiuc**, dr. șt. med., conf. univ.

Denumirea	Persoana responsabilă
Catedra de chirurgie generală și semiologie nr.3 USMF „Nicolae Testemițanu”	Dumitru Casian , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil „Chirurgie”	Evghenii Guțu , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte
Asociația chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM	Sergiu Ungureanu , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră

Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Catedra de urgențe medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”	Larisa Rezneac , conf. univ., șefă catedră
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	Valentin Mustea , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

A.9. Definițiile folosite în document

Boala ulceroasă – patologie caracterizată prin formarea defectului adânc în mucoasa gastrică sau duodenală. În ultimele decenii morbiditatea prin boala ulceroasă gastroduodenală s-a redus din cauza implementării tratamentului complex de eradicare a *Helicobacter pylori* și a preparatelor antisecretozii puternice.

Ulcerul cronic gastroduodenal este definit ca o leziune erozivă, caracterizată prin apariția defectului tisular, care începe în epiteliul stomacului sau duodenului și se extinde prin mucoasă în lamina propria și, uneori, implică toate straturile peretelui gastroduodenal. Ca regulă, ulcerul cronic este adânc, are un diametru mai mare de 5 mm și nu trebuie confundat cu eroziune acută. Ulcerul poate progresa cu implicarea și leziunea vaselor din stratul submucos, muscular sau subseros.

Ulcerul peptic al anastomozei gastrojejunale sau gastroduodenale este definit, ca leziune situată nemijlocit pe linia sau împrejurul anastomozei, mai frecvent din partea intestinală a acesteia. Cauzele de bază ale apariției sunt: rezecția gastrică neadecvată cu păstrarea unei porțiuni a regiunii antrale a stomacului, vagotomia incompletă, hiperparatiroidismul, gastrinomul, vârsta tânără a pacientului la momentul operației, consumul remediilor ulcerogene și contaminarea cu *H. Pylori*.

Ulcerul perforat – este o complicație a ulcerului gastroduodenal în care este prezentă scurgerea conținutului gastroduodenal și a aerului în cavitatea abdominală, ce se manifestă clinic prin simptomatologia abdomenului acut și reprezintă o urgență chirurgicală majoră.

Ulcerul perforat acoperit apare în cazul, când orificiul perforativ este mic și se închide cu exudat fibrinos, care determină aderența rapidă a organelor învecinate (de obicei, a suprafeței adiacente a ficatului între vezica biliară și ligamentul falciform) la leziunea ulceroasă. Scurgerea conținutului gastroduodenal în cavitatea peritoneală este blocată și simptomatologia se ameliorează.

Ulcerul perforat atipic se consideră în cazurile când conținutul gastroduodenal nimereste într-o cavitate anatomică delimitată (în bursa omentală) sau retroperitoneal. După incidentul perforativ acut semnele locale peritoneale nu progresează, iar tabloul clinic ia aspectul abcesului intraabdominal.

Ulcerele duodenale „în oglindă” reprezintă coexistența a două ulcere localizate în bulbul duodenal: unul pe peretele anterior, iar altul – pe peretele posterior. Aproximativ în 10% din cazuri ulcerele „în oglindă” se pot complica cu perforație anterioară, însoțită de hemoragie din leziune ulceroasă posterioară, prezentând astfel un risc foarte înalt de mortalitate.

Pneumoperitoneum este un termen radiologic utilizat pentru a descrie acumularea anormală a aerului în cavitatea peritoneală liberă. În marea majoritate a cazurilor acesta este consecința perforației unui organ cavitat, cum ar fi stomacul sau duodenul. Cu toate acestea, nu toate cazurile de pneumoperitoneum sunt cauzate de perforațiile gastrointestinale. Pneumoperitoneul „non-chirurgical” sau „spontan” este bine cunoscut de la prima descriere a pneumoperitoneului pe radiografia abdominală.

Operația antiulceroasă definitivă. Spre deosebire de suturare simplă și omentoplastia ulcerului perforat, operația definitivă prevede procedeul efectuat pentru micșorarea secreției gastrice acide și

prevenirea recurenței ulcerului gastroduodenal. Acestea includ asocierea suturării sau exciziei ulcerului duodenal cu vagotomie și piloroplastie, precum și rezecția gastrică cu sau fără vagotomie suplimentară.

Procedeele rezecționale, pe lângă înlăturarea ulcerului, sunt orientate spre reducerea acidității gastrice. În rezultatul rezecției funcția producătoare de acid a stomacului se reduce mult mai sigur, prin eliminarea mecanismului gastrinic și înlăturarea unei mase majore de celule parietale. Rezecția gastrică 2/3 micșorează previzibil răspunsul secretor cu 60-80%.

Antrumectomia este o rezecție gastrică economă, care prezintă înlăturarea porțiunii antrale a stomacului. În rezultatul antrumectomiei aciditatea gastrică se micșorează considerabil, și mai mult – când procedeul este completat de vagotomie tronculară. Avantajele antrumectomiei față de rezecția gastrică 2/3 standard constituie gradul mai mic al traumatismului operator și micșorarea riscului dezvoltării sindroamelor postrezecționale. Restabilirea continuității tractului gastrointestinal poate fi efectuată prin montarea gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II).

A.10. Informația epidemiologică

Ulcerul gastroduodenal perforat (UGDP) este o complicație acută și foarte gravă a bolii ulceroase (BU), care se manifestă clinic prin abdomen acut și prezintă un risc foarte înalt de morbiditate și mortalitate. Incidența UGDP ocupă al doilea loc după ulcerul hemoragic dintre complicațiile bolii ulceroase, însă primul loc – în ceea ce ține de indicațiile către tratament chirurgical urgent.

Din 4 milioane de persoane nou diagnosticate cu BU în lume în fiecare an, incidența apariției ulcerului perforant este de 1,5-3% sau 7-10 adulți la 100.000 de locuitori. Riscul perforației ulcerului gastroduodenal (GD) pe parcursul vieții la persoanele, care nu primesc tratamentul respectiv, este de aproximativ 10-14%. În plan internațional, incidența variază în funcție de regiunea geografică și este determinată în primul rând de asocierea cu *Helicobacter pylori* (H. Pylori) și medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Perforația este întâlnită mai frecvent la bărbați decât la femei (raportul este 2:1), și mai des – în decada a 6-a a vieții. Localizarea predominantă a ulcerului perforat este cea duodenală (60-90%), urmată de regiunea gastrică antrală (20%) și curbura mică a stomacului (20%).

Perforația este complicația acută a ulcerului gastroduodenal. Majoritatea perforațiilor au loc în timpul acutizării bolii ulceroase, însă la 20-30% dintre bolnavi aceasta poate constitui primul semn al bolii. Dimpotrivă, perforația ulcerului GD este neobișnuită în timpul terapiei de întreținere în cazul ulcerului vindecat.

Perforația ulcerului gastroduodenal constituie una dintre urgențele chirurgicale majore. Tratamentul UGDP continuă să evolueze datorită progreselor recente din domeniul farmacologiei, bacteriologiei și tehnicilor operative. Totodată, UGDP are o mortalitate cuprinsă între 1,3% și 30%. Rata mortalității la 30 de zile este 20%, iar la 90 de zile – 30%. Către 15% din decese sunt asociate cu vârsta înaintată, genul feminin și localizarea ulcerului în stomac. Rata diagnosticului omis al UGDP este de 5%, iar majoritatea din acești pacienți nu supraviețuiesc.

A.11. Clase de recomandare și nivele de evidență.

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative
Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate	
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare	
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre	

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)

Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia UGD. C.2.8. - C2.9.	- Efectuarea video- sau esofagogastroduodenofibroscopiei programat activ la pacienții cu anamneză ulceroasă. - Profilaxia acutizării UGD prin administrarea sezonieră a IPP sau H2-blocantelor la pacienții cu boala ulceroasă cunoscută. - Evaluarea și tratamentul infecției H. Pylori. - Administrarea rațională a AINS, când este necesar.	Standard/Obligativ: - Profilaxia UGD (caseta 28, 29). - Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului și examinări programate obligatorii, informarea privind complicațiile posibile (caseta 28, 29). - Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului necesar (caseta 29).
2. Diagnosticul. 2.1. Suspectarea diagnosticului de UGD. C.2.1.4. C.2.3. C.2.4. C.2.4.1. C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3. C.2.4.3.2. C.2.4.4.	Acuzele, anamneza, examenul obiectiv și de laborator permite suspectarea UGD în majoritatea cazurilor.	Standard/Obligativ: - Evaluarea factorilor de risc (caseta 4). - Evaluarea stării generale a pacientului (caseta 5). - Acuzele și anamneza (caseta 7, 8). - Examenul obiectiv (caseta 9). - Examen de laborator (tabelul 1). - Diagnosticul diferențial (caseta 12). - La orice suspecție de UGD, se efectuează urgent examinările paraclinice în ambulator.
3. Decizia. Consultația specialiștilor și/sau spitalizarea. C.2.4.4.	Consultul medicului chirurg permite confirmarea diagnosticului de UGD.	Standard/Obligativ: La suspecția UGD este indicată internarea în regim de urgență în instituție medicală cu secție chirurgicală specializată (caseta 10).
4. Tratamentul. 4.1. Tratament simptomatic.	- Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale. - Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.	Standard/Obligativ: - Tratamentul se va efectua doar în condiții de staționar. - Criteriile de spitalizare (caseta 10).
5. Supravegherea. C.2.9.	- Supraveghere după tratamentul operator al pacienților externați la domiciliu. - Esofagogastroduodenofibroscopia la pacienții ce au suportat suturarea simplă a UGD peste 4-6 săptămâni după externare.	Standard/Obligativ: Supravegherea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit (caseta 29).

	• Eradicarea H. Pylori la pacienții contaminați. • Tratatamentul cu IPP sau H2-blocanți, când este necesar.	
--	--	--

B.2. Nivel de asistență medicală de urgență (medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)

Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul UGDP. 1.1 Suspectarea diagnosticului de UGDP. C.2.1.4. C.2.3. C.2.4. C.2.4.1. C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3. C.2.4.3.2. C.2.4.4.	• Acuzele, anamneza și examenul obiectiv permite suspectarea UGDP.	Standard/Obligativ: • Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 4</i>). • Evaluarea stării generale a pacientului (<i>caseta 5</i>). • Acuzele și anamneza (<i>caseta 7, 8</i>). • Examenul obiectiv (<i>caseta 9</i>). • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 12</i>). • În caz de suspexie de UGDP este obligatorie transportarea pacientului în IMSP unde este posibilă acordarea asistenței medicale specializate (<i>caseta 10</i>).
2. Decizia: Spitalizarea și consultația chirurgului în IMSP, care recepționează urgențele chirurgicale. C.2.4.2.	• Transportul medical asistat în IMSP spitalicească, care deservește urgențele chirurgicale, pentru consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de UGDP.	Standard/Obligativ: • Toți pacienții cu suspexie la UGDP necesită transport medical asistat: - ECG. - Pulsoximetrie. - Glucometrie. - Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii. • Consultația medicului chirurg. • Suspectarea diagnosticului de UGDP este indicație absolută pentru spitalizarea în serviciul de chirurgie (<i>caseta 10</i>).
3.Tratatamentul 3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienților critici cu UGDP.	• Tratatamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale. • Tratatamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.	Standard/Obligativ: • Transportarea pe brancardă. • Oxigenoterapie. • Compensare volemică (Sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%-400 ml) și medicație inotropă pozitivă, la necesitate.

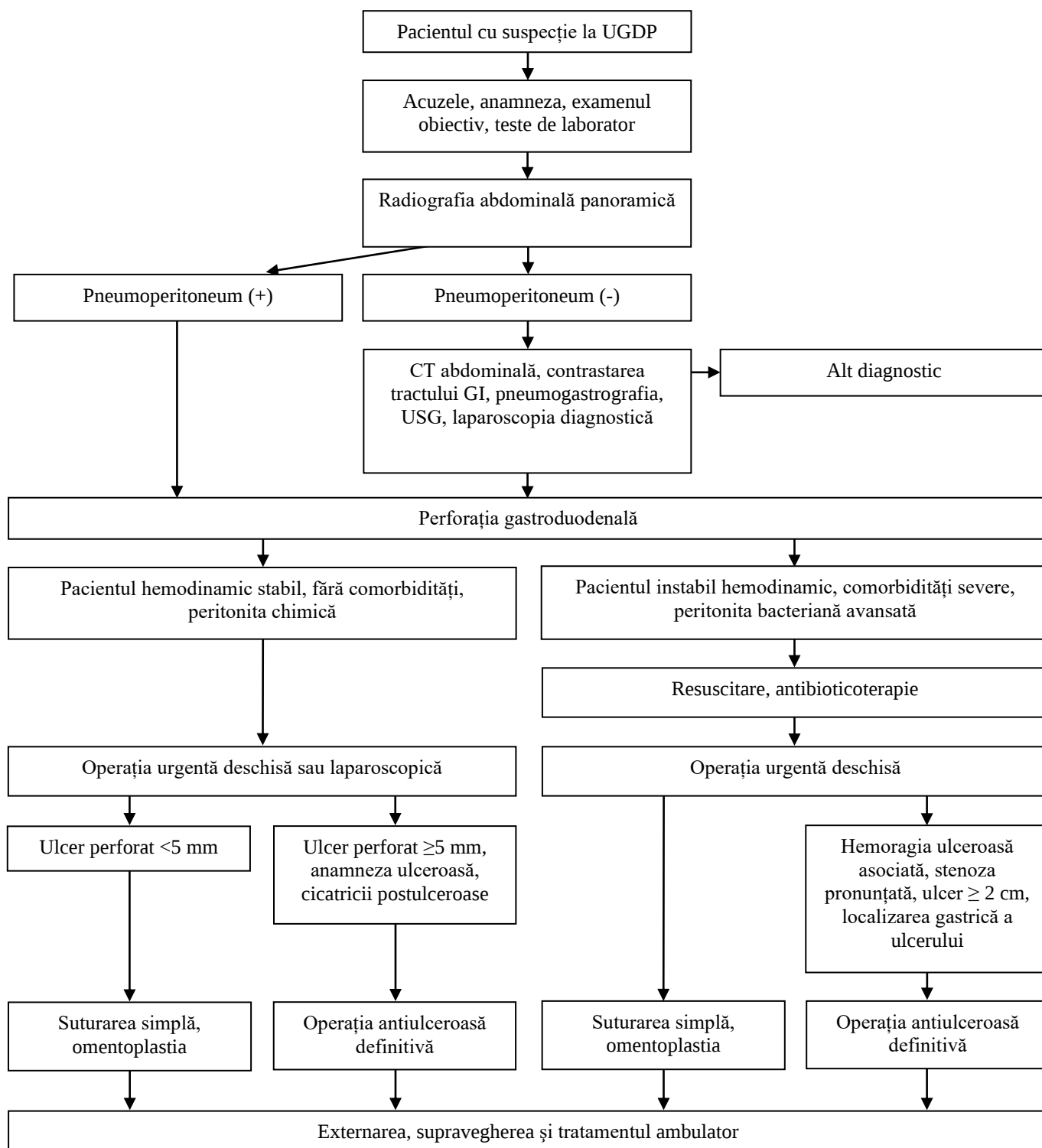
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (medic chirurg)		
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul. Suspectarea diagnosticului de UGDP. C.2.1.4. C.2.3. C.2.4. C.2.4.1. C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3. C.2.4.3.2. C.2.4.4.	• Acuzele, anamneza, examenul obiectiv și de laborator permite suspectarea diagnosticului de UGDP.	Standard/Obligativ: • Evaluarea factorilor de risc (caseta 4). • Evaluarea stării generale a pacientului (caseta 5). • Acuzele și anamneza (caseta 7, 8). • Examenul obiectiv (caseta 9). • Examen de laborator (caseta 10, tabelul 1). • Diagnosticul diferențial (caseta 12). Recomandabil: • Consultația altor specialiști, la necesitate. • La orice suspecție de UGDP, examinările de laborator și imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.
2. Selectarea metodei de tratament: staționar <i>versus</i> ambulatoriu. C.2.4.2.	• Tratamentul în condiții ambulator se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale.	Standard/Obligativ: • În caz de suspecție de UGDP este obligatorie transportarea pacientului în IMSP unde este posibilă acordarea asistenței medicale specializate (caseta 10).
3. Tratamentul. 3.1. Tratament simptomatic.	• Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcțiilor vitale. • Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.	Standard/Obligativ: • Tratamentul definitiv se va efectua doar în condiții de staționar. • Oxigenoterapie. • Stabilizare hemodinamică. • medicație inotropă pozitivă, la necesitate.
4. Supravegherea. C.2.9.	• Se efectuează de către chirurg în colaborare cu medicul de familie. • Supraveghere după tratamentul operator al pacienților externați la domiciliu. • Esofagogastrroduodenofibroscopia la pacienții ce au suportat suturarea simplă a UGDP peste 4-6 săptămâni după externare. • Eradicarea H. Pylori la pacienții contaminați. • Tratamentul cu IPP sau H2-blocanți, când este necesar.	Standard/Obligativ: • Examinări în ambulator după externare din spital (caseta 29).

B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească (spitale raionale, municipale, republicane)		
Descriere	Motive	Pași
1. Triaajul în UPU/DMU (în conformitate cu Protocolul Clinic Standartizat Triaajul în Unitățile Primiri Urgențe) 1.1 Suspectarea diagnosticului de UGDP	• Prioritizarea și identificarea pacienților pentru a fi consultați și tratați în dependență de gravitatea urgențelor medico-chirurgicale. • Încadrarea pacienților în nivelele de urgență	• Evaluarea și măsurarea parametrilor clinici • După evaluarea, clasificarea și stabilirea nivelului de prioritate pacientul va fi preluat în zona de tratament în conformitate cu gradul de urgență. • Evaluarea factorilor de risc (caseta 4). • Anamneza și acuzele (caseta 5, 6, 7, 8). • Examenul obiectiv (caseta 9, 10). • Solicitarea consultului medicului chirurg
2. Diagnosticul. 2.1. Confirmarea diagnosticului de UGDP. Algoritmul C.1.1. C.2.1.4. C.2.3. C.2.4. C.2.4.1. C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3. C.2.4.3.2. C.2.4.4.	• Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator și radiologic permite confirmarea UGDP.	Standard/Obligativ: • Evaluarea factorilor de risc (caseta 4). • Evaluarea stării generale a pacientului (caseta 5). • Acuzele și anamneza (caseta 7, 8). • Examenul obiectiv (caseta 9). • Examen de laborator (caseta 10, tabelul 1). • Radiografia panoramică a cavității abdominale în ortostatism (caseta 10, tabelul 1). • ECG (caseta 10, tabelul 1). • Diagnosticul diferențial (caseta 12). Recomandabil: • Consultația altor specialiști, la necesitate. • Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior cu contrast lichid solubil în apă, pneumogastrografia, CT, USG, Esofagogastroduodenofibroscopia, laparoscopia diagnostică la necesitate (caseta 10, tabelul 1).
3. Tratamentul. 3.1. Tratamentul chirurgical. Algoritmul C.1.1. C.2.5. C.2.5.1. C.2.5.2. C.2.5.2.1. - C.2.5.2.6. 2.2. Tratamentul conservator.	• Este recomandat în toate cazurile de UGDP stabilită.	Standard/Obligativ: • Stabilirea indicațiilor pentru tratament chirurgical. • Consultația anesteziologului. • Pregătire preoperatorie (caseta 14). • Tratamentul chirurgical (caseta 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). • Tratamentul conservativ (caseta 22) • Abandonarea tratamentului non-operator în favoarea celui chirurgical (caseta 23)

C.2.5.3. C.2.5.3.1. - C.2.5.3.2. 2.2. Tratamentul postoperator. C.2.6. C.2.6.1. - C.2.6.3.		• Conduita postoperatorie (<i>caseta 24</i>). • Complicațiile posibile în perioada postoperatorie precoce (<i>caseta 25, 26</i>)
4. Externarea, supravegherea. C.2.7. C.2.8. C.2.9.	• Pacientul se poate externa la a 3-4 zi (după operație laparoscopică) sau la a 4-7 zi (după intervenție chirurgicală deschisă).	Standard/Obligativ: • Evaluarea criteriilor de externare (<i>caseta 27</i>). Extrasul va conține obligativ: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Tratamentul efectuat. • Recomandările explicite pentru pacient. • Recomandările pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu ulcer gastroduodenal perforat în staționar. (clasa de recomandare IIa)



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Etiologia ulcerului gastroduodenal și fiziopatologia perforației gastroduodenale.

C.2.1.1. Etiologia.

Caseta 1. Etiologia.

- Tradițional se consideră, că boala ulceroasă rezultă dintr-un dezechilibru al secreției stomacale acide și mecanismelor de protecție ale mucoasei gastroduodenale (stratul de mucus-bicarbonat, prostaglandinele, renovarea celulară și fluxul sangvin). Deși ulcerele, gastric și duodenal, frecvent sunt analizate în comun, există multiple particularități distinctive, care impun cercetarea acestora ca maladii separate. Mult timp se considera că hipersecreția gastrică deține rolul de bază în etiologia ulcerului duodenal, pe când în ulcerul gastric – dereglarea barierei de protecție a mucoasei. **(clasa de recomandare I)**
- De asemenea, factori importanți de risc în apariția defectelor cronice ale mucoasei GD sunt considerați contaminarea cu H. Pylori și consumul AINS, care sunt responsabile de majoritatea ulcerelor gastrice și duodenale (50-90%). **(clasa de recomandare I)**
- S-a confirmat corelația puternică dintre infecția gastrică antrală cu H. Pylori și ulcerul GD. Peste 75-90% dintre pacienții cu BU sunt contaminați cu H. Pylori, iar eradicarea acestei infecții se asociază cu vindecarea ulcerului, și de asemenea cu scăderea semnificativă a probabilității ulcerului recurent. **(clasa de recomandare I)**
- Totodată, majoritatea cazurilor de BU, care nu prezintă asociere cu H. Pylori, sunt secundare consumului AINS. **(clasa de recomandare IIa)**
- Utilizarea preparatelor steroide, fumatul, evacuarea gastrică accelerată și mecanismele defectuoase de protecție a mucoasei gastroduodenale de asemenea contribuie la dezvoltarea BU. **(clasa de recomandare IIb)**
- Pacienții cu niveluri înalte de gastrină (cu sindrom Zollinger
- -Ellison) prezintă un risc crescut de apariție a BU și a perforațiilor ulceroase ulterioare. **(clasa de recomandare I)**
- Este important faptul că, deși frecvența BU a scăzut în general, numărul pacienților cu UGDP nu s-a schimbat semnificativ. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.1.2. Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson

Caseta 2. Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson în funcție de localizarea acestuia, nivelul secreției și particularitățile patogeniei. **(clasa de recomandare I)**

- Tipul I este definit ca ulcer în corpul gastric fără modificări patologice ale duodenului, pilorului sau zonei prepilorice, și cu nivel scăzut al acidității.
- Tipul II este reprezentat de asocierea ulcerului mezogastric cu ulcer (sau cicatrice postulceroasă) în duoden sau în canalul piloric. Deși mulți bolnavi cu ulcer de tipul II de obicei au secreție gastrică sporită, mulți dintre pacienți prezintă aciditate normală. Ulcerul gastric de tip II prezintă un pronostic rezervat, acesta este refractar la tratamentul conservativ.
- Tipul III prevede situarea ulcerului gastric în regiunea prepilorică. De obicei, pacienții cu ulcer gastric prepiloric prezintă aciditate sporită, similară cu cea caracteristică pentru bolnavii cu ulcer duodenal.

- Tipul IV reprezintă ulcerul juxtacardial, situat lângă joncțiunea esofagogastrică. Particularitățile principale ale ulcerului de tipul IV este frecvența înaltă a acestuia (27%), secreția gastrică bazală și stimulată redusă, și ponderea mare de penetrare profundă.
- Tipul V de ulcer gastric a fost definit ca ulcer provocat de acțiunea AINS și localizat în orice regiune a stomacului.

C.2.1.3. Fiziopatologia ulcerului gastroduodenal perforat.

Caseta 3. Fiziopatologia.

- Majoritatea ulcerelor perforative sunt localizate pe peretele GD anterior, deși ocazional ulcerul gastric posterior poate perfora în bursa omentală. **(clasa de recomandare I)**
- Ulcerele anterioare au tendința de a se complica cu perforație mai degrabă decât cu hemoragie, din cauza absenței viscerelor protectoare și a vaselor sangvine majore situate pe această suprafață. **(clasa de recomandare IIa)**
- Unii pacienți dezvoltă perforații foarte mici (<5 mm) fără defecte mari a mucoasei, ceea ce sugerează că dimensiunile ulcerului nu influențează direct riscul perforației. **(clasa de recomandare IIb)**
- În mai puțin de 10% din cazuri hemoragia acută din ulcerul posterior „în oglindă” complică perforația anterioară, prezentând un risc foarte înalt de mortalitate. **(clasa de recomandare IIb)**
- Imediat după perforația ulcerului GD, cavitatea peritoneală se umple cu secreție gastroduodenală foarte agresivă cu aciditate crescută și enzime pancreatice, ceea ce induce dezvoltarea peritonitei chimice. **(clasa de recomandare I)**
- Ulterior reacțiile peritoneale duc la diluarea conținutului acid și enzimatic prin exudarea lichidului în cavitatea peritoneală și, ca rezultat simptomatologia se ameliorează temporar până la dezvoltarea peritonitei bacteriene. **(clasa de recomandare I)**
- Însămânțările din cavitatea peritoneală la etapele inițiale ale bolii relevă lipsa creșterii sau o creștere foarte slabă a streptococilor și microorganismelor enterice. Treptat, timp de 12-24 ore procesul evoluează într-o peritonită bacteriană. **(clasa de recomandare I)**
- Severitatea bolii și probabilitatea decesului este direct dependentă de intervalul de timp, trecut de la momentul perforației ulceroase până la închiderea chirurgicală a acestuia. **(clasa de recomandare I)**
- Sechestrarea ulterioară a lichidelor în „spațiul trei” cauzată de perforație și peritonită, duce la micșorarea volumului circulator, hipotensiune arterială și scăderea diurezei. În cazurile grave poate să se dezvolte șocul. **(clasa de recomandare IIa)**
- Distensia abdominală ca urmare a peritonitei și ileusului intestinal paralic poate influența excursia diafragmei, afectând expansiunea pulmonilor. În cele din urmă, se dezvoltă atelectazele și pneumonia, ceea ce poate compromite oxigenarea sângelui. Pneumonia poate fi de asemenea cauzată de translocarea bacteriană din cavitatea peritoneală în circulația sangvină. **(clasa de recomandare IIb)**
- Într-un număr necunoscut de cazuri orificiul perforativ poate să se acopere cu aderențe și suprafața adiacentă a ficatului. În astfel de cazuri boala poate avea un caracter autolimitat, deși deseori se observă apariția abceselor, subfrenic sau subhepatic. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.1.4. Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat.

Caseta 4. Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat. (clasa de recomandare IIa)

- Sexul masculin.
- Vârsta înaintată.
- Anamneza ulceroasă.
- Infecția cunoscută cu H. Pylori.
- Consumul de AINS.
- Tabagismul activ/pasiv.
- Consumul de alcool.
- Narcomania.
- Ereditatea și factorul etnic.
- Alimentarea neadecvată.
- Sedentarismul.
- Sepsisul.
- Arsurile intense.
- Traumatismele cranio-cerebrale și spinale.
- Sindromul Zollinger-Ellison.
- Ciroza hepatică.

C.2.2. Clasificarea.

C.2.2.1. Clasificare anatomo-patologică. (clasa de recomandare I)

După origine: (a) perforația ulcerului acut; (b) perforația ulcerului cronic.

După localizare: (a) perforația ulcerului gastric; (b) perforația ulcerului duodenal.

După evoluția clinică: (a) perforație în peritoneu liber; (b) perforație atipică; (c) perforație acoperită.

C.2.3. Fazele evolutive ale ulcerului gastroduodenal perforat.

Caseta 5. Fazele evolutive ale ulcerului gastroduodenal perforat.

În evoluția perforației tipice a ulcerului GD se disting 3 perioade: (1) Inițială (de șoc); (2) Intermediară (de pseudoameliorare); (3) Tardivă (de peritonită bacteriană). **(clasa de recomandare I)**

- **Perioada de șoc** (de peritonită sau contaminare chimică) durează până la 2-6 ore, și se caracterizează printr-o durere severă în regiunea epigastrică sau pe tot abdomenul, urmată de hipotensiune arterială, puls slab, temperatură subnormală, extremități reci. La inspecție abdomenul este imobil, se determină contractura musculară severă și semne peritoneale. **(clasa de recomandare I)**
- **Perioada intermediară** (numită și „de pseudoameliorare”) se manifestă prin ameliorarea durerii din cauza diluției conținutului gastric în abdomen cu secrețiile exudative ale peritoneului, și durează de la 6 până la 12 ore. **(clasa de recomandare I)**
- **Perioada tardivă** (de peritonita bacteriană sau de infecția intraabdominală) se caracterizează prin apariția și progresarea infecției intra-abdominale și se dezvoltă după 12-24 ore de la debut. Starea bolnavului se agravează progresiv: pulsul este slab și accelerat, se constată hipotonie arterială, respirația devine accelerată și superficială, apare febra. Abdomenul este dureros și balonat, dispare peristaltismul. **(clasa de recomandare I)**

C.2.4. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat.

Caseta 6. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat. (clasa de recomandare I)

- Culegerea anamnezei și acuzelor.
- Examinarea clinică.
- Examinarea paraclinică (de laborator și imagistic).
- Evaluarea riscului de complicații (consultația specialiștilor).
- Luarea deciziei referitoare la conduita de tratament.
- Efectuarea tratamentului.
- Supravegherea activă.

C.2.4.1. Manifestările clinice.

C.2.4.1.1 Anamneza.

Caseta 7. Anamneza.

- Detectarea promptă a perforației ulcerului GD necesită un grad ridicat de suspiciune, când sunt colectate date anamnestice și ale examenului clinic. **(clasa de recomandare I)**
- Debutul UGDP este brusc cu apariția durerii în regiunea epigastrică, uneori cu iradiere în umărul drept. Clinica poate fi diminuată la pacienții cu obezitate, imunocompromiși, bolnavii cu un grad redus de cunoștință, la vârstnici și la copii. **(clasa de recomandare IIa)**
- Este important de evidențiat prezența la pacienți a anamnezei ulceroase, consumului de AINS și alcoolului, precum și stabilirea faptului că tratamentul antiulceros este inadecvat. **(clasa de recomandare IIa)**
- Doar aproximativ o treime din pacienții cu UGDP au antecedentele ulceroase sau un ulcer gastroduodenal cunoscut la momentul apariției complicației. **(clasa de recomandare I)**
- Este necesar de interogat bolnavul despre antecedentele suportate (boala ulceroasă, hemoragiile digestive, operațiile suportate, investigațiile recente și rezultatele acestora etc). **(clasa de recomandare I)**
- Existența bolii ulceroase nediagnosticate poate sugera durerea epigastrală, ce apare după alimentație și se menține 2-3 ore (în cazul ulcerului duodenal), sau care se intensifică după utilizarea alimentelor (în ulcer gastric). Mai mult decât atât, prezența ulcerului poate fi suspectată în prezența pirozisului, grețurilor, vomei periodice, dispepsiei, anorexiei. **(clasa de recomandare IIa)**
- Frecvența patologiei este limitată de o vârstă anumită, și UGDP rar se întâlnește la pacienții mai tineri de 15 ani. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.4.1.2 Acuzele.

Caseta 8. Acuzele.

- Perforarea ulcerului gastroduodenal este, de obicei, însoțită de durere epigastrică bruscă și severă. Durerea, provocată de scurgerea în cavitatea abdominală a conținutului gastric extrem de acid și arsura chimică a peritoneului, atinge rapid intensitatea de vârf și rămâne constantă. Durerea acută în regiunea epigastrică cu debut brusc este numită „lovitură de pumnal” sau semnul Dieulafoy. **(clasa de recomandare I)**
- Ca regulă, pacienții cu ulcer GD perforat pot indica timpul debutului durerilor cu precizie până la un minut. **(clasa de recomandare IIa)**

- Deseori, atunci când în cazul UGDP în cavitatea abdominală liberă brusc nimerește acidul gastric, durerea din start este percepută pe întreaga arie abdominală. Dar, intensitatea maximală a durerii în debut este percepută de către bolnav în etajul superior. **(clasa de recomandare I)**
- Iradierea durerii în regiunea omoplatului drept (semnul Eleker) este obișnuită din cauza acumulării conținutului gastric în spațiul subfrenic drept cu iritarea diafragmei. Uneori durerea iriază în claviculă și în umărul drept. **(clasa de recomandare IIa)**
- Ocazional, durerea este sesizată în abdomenul inferior, când conținutul gastric se deplasează caudal prin canalul lateral drept paracolic. **(clasa de recomandare IIb)**
- Perforația ulcerului gastric și duodenal poate debuta foarte acut, iar sindromul dolor și eliberarea catecolaminelor pot duce spre stare de șoc, colaps, uneori cu pierderea cunoștinței. **(clasa de recomandare IIa)**
- Voma nu este caracteristică fazelor inițiale ale perforației ulcerului gastroduodenal. Ulterior, pe parcursul progresării tabloului clinic, vomelile frecvente pot sugera dezvoltarea și generalizarea peritonitei bacteriene. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.4.1.3. Simptomatologie.

Caseta 9. Simptomatologie.

- Debutul UGDP este caracterizat de durere bruscă, asemenea „loviturii de pumnal” sau semnul Dieulafoy. **(clasa de recomandare I)**
- La debutul bolii este prezentă hipotensiunea arterială (starea de șoc), asociată cu puls slab și bradicardic (puls „vagal”). Șocul de debut are un caracter latent și dispăre cu timpul, urmat de ameliorare temporară. **(clasa de recomandare I)**
- Într-o peritonită bacteriană avansată pulsul este accelerat, uneori foarte frecvent și slab sau imperceptibil. **(clasa de recomandare I)**
- Inspecția generală evidențiază o față palidă sau surie a bolnavului cu UGDP, acoperită cu transpirații reci. **(clasa de recomandare I)**
- Culoarea sur-pământie a pielii, orbitele înfundate, nuanța ascutită a feței, ochii sclipitori, tegumentele acoperite cu transpirații reci alcătuiesc expresia clasică a „feței lui Hipocrate” sau a „feței abdominale”, caracteristică deja pentru peritonita avansată. **(clasa de recomandare I)**
- Majoritatea pacienților evită mișcarea pentru a diminua disconfortul și preferă să stea într-o singură poziție. **(clasa de recomandare I)**
- Pacienții preferă o poziție forțată (culcat pe spate sau în decubit lateral drept cu extremitățile flectate spre abdomen – „poziție fetală”) pentru a relaxa defansul muscular al abdomenului și a micșora durerea. **(clasa de recomandare IIa)**
- Respirația bolnavului este superficială, costală; abdomenul nu participă în actul de respirație. **(clasa de recomandare IIa)**
- Când tratamentul chirurgical este întârziat, scurgerea aerului și conținutului gastroduodenal în cavitatea peritoneală continuă, și distensia abdominală devine generalizată și foarte pronunțată. **(clasa de recomandare I)**
- Ca regulă, contractura musculară este foarte evidentă, constantă, și răspândită pe toată suprafața abdomenului, alcătuind tabloul clasic al „abdomenului de lemn”, caracteristic pentru UGDP. **(clasa de recomandare I)**
- Există situații clinice, când defansul muscular în UGDP este slab pronunțat: (1) la obezi cu un perete anterior abdominal gros și lax, (2) la bolnavi cu toxemii uremice, când reflexurile sunt atenuate și diminuate, (3) la pacienții în stare de șoc (traumatic, hipovolemic) și (4) la pacienții vârstnici. **(clasa de recomandare IIb)**

- La pacienții cu UGDP durerea abdominală, contractura musculară și antecedentele ulceroase constituie triada simptomatică clasică lui Mondor. **(clasa de recomandare IIa)**
- Palparea superficială evidențiază și hiperestezie cutanată. **(clasa de recomandare III)**
- Sunt prezente semnele iritării peritoneale: semnul Blumberg (exacerbarea durerii la decompresia bruscă abdominală), semnul tusei, semnul „clopoțelului” (durerea bruscă la percuția abdomenului). **(clasa de recomandare IIa)**
- La percuție poate fi determinată dispariția matității ficatului, cauzată de prezența gazului în cavitatea peritoneală (pneumoperitoneu). **(clasa de recomandare IIb)**
- De asemenea percutor poate fi evidențiată prezența lichidului patologic liber (conținutul gastric) în cavitatea abdominală – sunet percutor mat. **(clasa de recomandare IIb)**
- În perioada intermediară a UGDP se pot determina matitate deplasabilă în abdomen (simptomul Kerven). **(clasa de recomandare IIb)**
- Auscultativ peristaltismul intestinal este diminuat sau absent. **(clasa de recomandare IIb)**
- În faza incipientă a ulcerului perforat asociat cu șoc, temperatura corpului poate fi normală sau subnormală (35-36°C). Odată cu evoluția bolii temperatura corpului crește ușor, fără să depășească 38°C, exceptând cazurile adresării tardive în perioada de peritonită bacteriană avansată. **(clasa de recomandare IIa)**
- În perioada tardivă pacienții pot prezenta simptomatologie de șoc septic, cum ar fi tahicardia, hipotensiunea arterială și anurie. **(clasa de recomandare I)**
- Tușeul rectal în perioada intermediară relevă sensibilitate la nivelul fundului de sac Douglas, care bombează și este extrem de dureros („țipătul Douglas-ului”). **(clasa de recomandare IIa)**
- Cu toate acestea, gradul de exprimare al semnelor în cazul UGDP este influențat de mai mulți factori, inclusiv dimensiunile perforației, cantitatea conținutului gastric și bacterian care contaminează cavitatea abdominală, timpul dintre perforație și adresare după ajutor medical, și posibilitatea închiderii spontane a orificiului perforativ. **(clasa de recomandare I)**
- Prezentarea clasică a ulcerului GD perforat actualmente se observă mai rar decât în trecut. Foarte frecvent pacienții vârstnici, care consumă AINS, vor avea manifestări clinice mai puțin dramatice, posibil din cauza utilizării antiinflamatoarelor puternice. **(clasa de recomandare IIa)**
- În plus, manifestările clinice pot fi absente sau deteriorate la pacienții cu diabet zaharat și la cei imunocompromiși. **(clasa de recomandare III)**

C.2.4.2. Criteriile de spitalizare.

Caseta 10. Criteriile de spitalizare a pacienților cu UGDP. (clasa de recomandare I)

- La orice suspecție de UGDP este indicată internarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistență medicală de urgență.

C.2.4.3. Diagnosticul

C.2.4.3.1. Diagnosticul paraclinic

Caseta 11. Examinările imagistice și de laborator.

- Analiza sângelui în majoritatea cazurilor prezintă leucocitoză în limitele de $12.000 \times 10^9/l$, cu o deviere a formulei leucocitare spre stânga (neutrofilie și limfopenie). Peste 12-24 ore nivelul leucocitozei poate crește până la $20.000 \times 10^9/l$ în cazul, când tratamentul este inadecvat. **(clasa de recomandare I)**

- Rareori pot fi determinate schimbări în nivelul hematiilor. Astfel, la pacienții cu asocierea perforației și hemoragiei ulceroase (în ulcerele „în oglindă”) se notează scăderea hemoglobinei, eritrocitelor și a hematocritului. Viceversa, hemoglobinemia, eritrocitoza și creșterea hematocritului peste valorile normale se apreciază în cazul spitalizării pacientului cu UGDP în perioada de peritonită bacteriană avansată. **(clasa de recomandare IIb)**
- Creșterea moderată a nivelului de amilază în sânge și urină la pacienții cu UGDP este cauzată de absorbția enzimei secretului duodenal din cavitatea peritoneală. Totodată, nivelul crescut al amilazei serice în cazul pancreatitei acute este mult mai înalt. **(clasa de recomandare I)**
- Creatinina și ureea crescute, precum și acidoza metabolică reflectă sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS). **(clasa de recomandare IIa)**
- Examenul radiologic toracoabdominal panoramic în poziția ortostatică relevă pneumoperitoneul (aer liber), ca o imagine aerică în semilună, care este vizualizată subdiafragmal, mai frecvent din partea dreaptă. Acest semn este prezent în 75-80% din cazuri de UGDP. **(clasa de recomandare I)**
- Radiografia abdominală panoramică în decubit lateral stâng de asemenea relevă pneumoperitoneul. Investigația se efectuează în starea gravă a pacientului (șoc sau colaps ortostatic, peritonita avansată cu instabilitate hemodinamică, patologie concomitentă severă, imobilizarea la pat, etc). Aerul liber în cavitatea peritoneală se vizualizează între ficat și peretele abdominal. **(clasa de recomandare IIa)**
- Radiografia toracoabdominală panoramică reprezintă metoda diagnostică de elecție a UGDP, fiind ușor de executat, ieftină, neinvazivă și eficientă. Cele mai bune rezultate sunt obținute în cazul, când pacientul se află în poziție verticală timp de 10 minute înainte de examinare. Aerul liber sub diafragm la radiografie indică perforația organului cavitărilor, și în asociere cu anamneza și datele examinării obiective respective, este suficient pentru a justifica intervenția chirurgicală ulterioară; iar utilizarea altor metode diagnostice este neargumentată. **(clasa de recomandare I)**
- Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior, efectuat cu contrast lichid solubil în apă, poate fi util în cazul când pneumoperitoneul nu se evidențiază, dar perforația ulcerului GD încă este suspectată. Extravazarea contrastului din lumenul gastroduodenal în cavitatea peritoneală confirmă perforația. Totodată, lipsa extravazării contrastului nu exclude definitiv UGDP. Deși contrastul lichid este mai preferabil, utilizarea sulfatului de bariu nu este contraindicată și trebuie utilizată după indicații similare. **(clasa de recomandare IIa)**
- Pneumogastrografia se efectuează cu indicațiile similare (manifestări clinice specifice UGDP și lipsa pneumoperitoneului la radiografia abdominală panoramică). Printr-o sondă nazogastrică în stomac se introduce 400-500 ml de aer și se repetă radiografia abdomenului. Apariția pneumoperitoneului confirmă perforația ulceroasă. **(clasa de recomandare IIb)**
- Tomografia computerizată (CT) a cavității abdominale nu are valoarea diagnostică pentru determinarea bolii ulceroase. În schimb, scanarea CT poate demonstra aer liber în prezența unui ulcer perforat. Scanarea CT se efectuează în decubitul dorsal și aerul liber este vizualizat chiar sub peretele abdominal anterior. Atunci când aerul este prezent pe ambele părți ale ficatului, uneori poate deveni vizibil ligamentul falciform. CT scanarea cu contrastare endoluminală concomitentă cu contrast lichid solubil în apă poate, de asemenea, să demonstreze extravazarea contrastului în prezența UGDP. În plus, scanarea CT poate exclude pancreatita acută și, prin urmare, intervenția chirurgicală eronată. Precizia diagnostică a scanării CT în cazul UGDP este 98%. Trebuie menționat faptul, că contrastarea endoluminală cu contrast lichid mărește sensibilitatea și specificitatea CT în stabilirea diagnosticului. **(clasa de recomandare I)**
- Ultrasonografia abdominală nu posedă valoare diagnostică în cazul UGDP. Prezența lichidului sau colecțiilor lichidiene în cavitatea peritoneală nu este specifică pentru perforația ulceroasă.

Scopul principal al investigației este excluderea maladiilor alternative (pancreatita acută), precum și depistarea patologiei concomitente intraabdominale. **(clasa de recomandare III)**

- Video- sau esofagogastroduodenofibroscopia permite depistarea leziunii ulceroase GD, localizării și dimensiunilor acestuia, schimbărilor periulceroase cicatriciale și stenotice, semnelor caracteristice malignizării și, uneori, orificiului perforativ. Efectuarea radiografiei panoramice repetate după esofagogastroduodenofibroscopie este similară pneumogastrografiei. Totodată, efectuarea esofagogastroduodenofibroscopiei în cazul UGDP poate duce la majorarea contaminării cavității abdominale și răspândirea peritonitei, periculoasă la bolnavii aflați în stare de șoc; se asociază cu un risc mărit al complicațiilor endoscopice, este greu suportată de către pacienți și, ca urmare, trebuie rezervată doar cazurilor excepționale. **(clasa de recomandare III)**
- În cazuri dificile de diagnostic este indicată laparoscopia. Astăzi laparoscopia poate constitui metoda nu numai diagnostică, dar și curativă, prin care se pot realiza sutura perforației, lavajul și drenarea cavității peritoneale. **(clasa de recomandare IIa)**
- Efectuarea electrocardiografiei (ECG) este obligatorie la bolnavii cu UGDP stabilit pentru evaluarea preoperatorie, iar monitorizarea continuă poate fi utilă pentru pacienții spitalizați în starea de șoc sau cu patologie cardiovasculară severă ce prezintă pericol pentru viață. **(clasa de recomandare I)**
- Hemocultura nu furnizează informații suplimentare relevante din punct de vedere clinic la pacienții cu UGDP complicat cu peritonită avansată și, prin urmare, nu este recomandată ca metodă de examinare de rutină. **(clasa de recomandare IIa)**
- Laparotomia exploratorie tradițional era considerată ca ultima metoda diagnostică, atunci când celelalte examinările nu au fost concludente, dar perforația ulcerului GD încă este suspectată. Totodată, probabil că în epoca modernă ar fi o imprudență să se efectueze o laparotomie exploratorie și să se stabilească un diagnostic de pancreatită acută. **(clasa de recomandare III)**

C.2.4.3.2. Investigațiile paraclinice.

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu UGDP.

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru UGDP	Caracterul	
Număratoarea leucocitelor. (clasa de recomandare I)	Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezența unui proces inflamator sau peritonită bacteriană.	O	
Număratoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul. (clasa de recomandare I)	Hemoconcentrația sugerează dereglări hidro-electrolitice în cazul deshidratării severe din cauza vomelor și, invers, anemia poate sugera prezența unui ulcer „în oglindă” complicat cu perforație și hemoragie.	O	
Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO și după sistemul Rhesus. (clasa de recomandare I)	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.	O	
Dozarea amilazei pancreatice în serul sanguin și urină. (clasa de recomandare I)	Permite diferențierea de pancreatita acută. UGDP se poate asocia cu amilază serică crescută, dar nu la nivel foarte înalt, cum este în cazul	O	

	pancreatitei.		
Determinarea parametrilor biochimici (dozarea proteinei totale, ureei, creatininei, glucozei, AST, ALT și bilirubinei, indexul protrombinic, fibrinogenul). (clasa de recomandare IIa)	Evaluarea stării ficatului pentru determinarea patologiei concomitente cu afecțiuni hepatice ce poate provoca complicații intraoperatorii. Creatinina și ureea crescute reflectă sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS).	O	
Analiza generală a urinei. (clasa de recomandare IIa)	Denotă prezența unei patologii renale asociate sau disfuncției renale.	O	
Electrocardiografia în stare de repaos (ECG). (clasa de recomandare I)	Poate evidenția schimbările în caz de patologie a sistemului cardiovascular.	O	
Determinarea echilibrului acido-bazic. (clasa de recomandare IIb)	Acidoza metabolică poate fi asociată cu UGDP și reflectă SIRS. Se indică și cu scop de evaluare preoperatorie.		R
Determinarea natriului seric, kaliului seric, calciului, magneziului, clorului în serul sangvin. (clasa de recomandare IIb)	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.		R
Radiografia panoramică a cavității abdominale în ortostatism. (clasa de recomandare I)	Se efectuează pentru depistarea aerului liber în cavitatea abdominală subdiafragmală. Aerul liber sub diafragmă la radiografie indică perforația organului cavității, și în asocieră cu anamneza și datele examinării obiective respective, este suficient pentru a justifica intervenția chirurgicală ulterioară.	O	
Radiografia panoramică a cavității abdominale în decubit lateral. (clasa de recomandare IIa)	Se efectuează pentru depistarea aerului liber în cavitatea abdominală, în cazurile stării grave a pacientului.		R
Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior cu contrast lichid solubil în apă. (clasa de recomandare IIb)	Poate fi util în cazul, când pneumoperitoneul nu se evidențiază, dar perforația ulcerului GD încă este suspectată.		R
Pneumogastrografia. (clasa de recomandare IIb)	Se efectuează, când sunt prezente manifestările clinice specifice UGDP, dar pneumoperitoneul la examenul radiologic panoramic lipsește.		R
Tomografia computerizată (CT) abdominală. (clasa de recomandare IIa)	Poate demonstra aer liber în prezența unui UGDP. CT scanarea cu contrastare endoluminală concomitentă cu contrast lichid solubil în apă poate, de asemenea, să demonstreze extravazarea contrastului în prezența UGDP. În plus, scanarea CT poate exclude pancreatita acută. Precizia		R

	diagnostică a scanării CT în cazul UGDP este 98%.		
Ecografia (USG) organelor abdominale. (clasa de recomandare III)	Stabilește prezența lichidului liber în cavitatea abdominală, însă nu permite vizualizarea aerului liber, sediul leziunii ulceroase și orificiului perforativ.		R
Video-esofagogastroduodenofibroscopie. sau (clasa de recomandare III)	La necesitate permite evaluarea stării esofagului, stomacului și duodenului cu depistarea sediului orificiului UGDP. Efectuarea radiografiei panoramice repetate după esofagogastroduodenofibroscopie este similară pneumogastrografiei. Totodată, efectuarea esofagogastroduodenofibroscopiei în cazul UGDP poate duce la majorarea contaminării cavității abdominale și răspândirea peritonitei; este periculoasă la bolnavii aflați în stare de șoc, se asociază cu un risc mărit al complicațiilor endoscopice, este greu suportată de către pacienți și, ca urmare, trebuie rezervată doar cazurilor excepționale.		R
Laparoscopia diagnostică. (clasa de recomandare IIa)	Permite determinarea diagnosticului în cazuri dubioase sau incerte (5%).		R

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial.

Caseta 12. Diagnosticul diferențial.

Recunoașterea formei clasice a ulcerului GD perforant nu prezintă dificultate în cazul spitalizării precoce (până la 6 ore de la debut). Dificultăți în diagnostic apar în cazurile adresării în faza a doua și a treia (de la 6 la 24 ore de la debut), când manifestările nu corespund clinicii de ulcer perforant, cât și în boală avansată complicată cu peritonită generalizată, când este imposibil de a identifica sursa primară a infecției intraabdominale. Erori diagnostice apar în 5% din cazurile de ulcer perforat. **(clasa de recomandare IIa)**

Patologiile care pot simula manifestările clinice ale UGDP sunt următoarele:

- **Pancreatita acută.** Manifestările clinice inițiale cu sediul durerii în abdomenul superior, vome repetate, defans muscular pot fi confundate cu ulcerul perforant. Caracteristicile distinctive ale pancreatitei acute sunt: starea generală gravă a bolnavului deseori asociată cu disfuncție organică, durerea abdominală „în centură”, semnele Grey-Turner și Cullen, nivelul crescut al amilazei și lipazei în sânge și urină. Este binecunoscut, că nivelurile normale de amilază serică la un pacient cu debutul brusc al peritonitei și lipsa pneumoperitoneului susțin diagnosticul de perforație ulceroasă, în timp ce nivelurile foarte ridicate de amilază la un pacient „suspect” (consumator de alcool sau cu litiază veziculară) sugerează pancreatita acută. Pacienții cu clinică respectivă și creșterea moderată a amilazei

prezintă o problemă diferențială, deoarece ulcerul perforat poate provoca hiperamilazemie. **(clasa de recomandare IIa)**

- **Apendicita acută.** Simptomele – durerea, voma, constipațiile, semnul Kocher (migrarea durerii din epigastru în fosa iliacă dreaptă) – sunt foarte asemănătoare, îndeosebi în perioada intermediară a evoluției UGDP, când conținutul gastric coboară pe flancul lateral drept înspre fosa iliacă dreaptă și apoi – în bazinul mic. **(clasa de recomandare IIa)**
- **Colecistita acută** cu perforația vezicii biliare ar putea imita UGDP, având semne similare, cum ar fi durerea pronunțată în partea dreaptă superioară a abdomenului, contractura musculară severă, iradierea durerii în regiunea supraclaviculară, febră, tahicardia și leucocitoza. Însă, aerul liber subdiafragmal nu se determină la radiografia panoramică. Pacienții cu colecistita acută deseori prezintă ictericitatea tegumentelor, vome bilioase frecvente, iar defansul muscular se localizează în hipocondrul drept. **(clasa de recomandare IIa)**
- **Ocluzia intestinală.** Voma repetată, pareza intestinală cu balonarea abdomenului și retenția de scaun, cu dureri difuze în abdomen, timpanismul generalizat, semnul Celoditi poate fi pozitiv în ambele patologii. Aceasta din urmă se va distinge prin debut treptat lent, caracterul colicativ al durerilor, hiperperistaltism, „clapotaj“, simptomul Wahl pozitiv și alte semne specifice. Oricum, pentru concretizarea diagnosticului este necesară radiografia abdominală panoramică. **(clasa de recomandare IIa)**
- **Peritonita prin perforația altor organe** (cancer gastric, ulcer intestinal, diverticul Meckel, tumoare a colonului, diverticulita colonului) poate prezenta simptomatologie foarte similară. Diagnosticul se bazează pe date anamnestice și particularitățile specifice ale patologiei. Uneori diagnosticul definitiv se stabilește doar intraoperator. **(clasa de recomandare IIa)**
- **Inflamațiile renale sau colica renală** (pielonefrita, paranefrita, nefro- și ureterolitiază). Deși sunt patologii cu manifestări clinice foarte diverse, este comună durerea de intensitate diferită situată pe flancul abdominal drept sau stâng cu o iradiere în bazinul mic, superior în hipocondrul drept și în lumba dreaptă, flancul drept și flancul stâng. Febra, fatigabilitatea, anorexia, grețurile și voma de asemenea pot fi prezente. Schimbări în analiza urinei și metodele imagistice sunt decisive. **(clasa de recomandare IIa)**
- **Peritonita de origine ginecologică** evoluează cu febră, frison, tahicardie, vome multiple, apărarea musculară subombilicală, antecedente și acuze ginecologice specifice și formațiuni pseudotumorale parauterină, evidențiată prin examenul clinic sau ultrasonografia transabdominală sau transvaginală. **(clasa de recomandare IIa)**
- **Pleuropneumonia bazală și pleurezia.** De regulă, febra este foarte înaltă – peste 40°C și este precedată de frison. Deși durerea nu este așa de pronunțată ca în faza incipientă a ulcerului perforant aceasta poate duce la eroare diagnostică în faza a doua. Fenomenele pulmonare auscultative: atenuarea respirației și crepitația sunt mai caracteristice pentru pleurezie decât pentru UGDP. **(clasa de recomandare IIa)**
- **Infarctul miocardic și angina pectorală.** Cele mai frecvente patologii necardiace, cu care pacienții sunt aduși în secțiile cardiologice sunt pancreatita acută, colica biliară, colecistita acută precoce și ulcerul perforat. Apariția durerii în epigastru cu iradiere în umăr poate fi confundată cu o patologie cardiacă. În asemenea situații pacienții necesită electrocardiografie și testarea enzimelor cardiace. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.4.5. *Forme clinice speciale.*

Caseta 13. *Forme clinice speciale.*

- În **perforația acoperită** orificiul perforant este mic și se închide cu exudat fibrinos, care determină aderența rapidă a organelor învecinate (în primul rând, a suprafeței adiacente a ficatului) la leziunea ulceroasă. Scurgerea conținutului gastroduodenal în cavitatea peritoneală este întreruptă și simptomatologia se ameliorează. Totodată, în astfel de cazuri deseori se observă apariția abcesului subfrenic sau subhepatic. **(clasa de recomandare I)**
- În **perforația atipică** conținutul stomacului nimereste în cavitatea anatomică delimitată (bursa omentală) sau retroperitoneal. După incidentul perforativ acut semnele locale nu progresează, iar tabloul clinic ia aspectul abcesului intraabdominal. În caz de perforație a ulcerului duodenal posterior în spațiul retroperitoneal poate fi depistat un emfizem în jurul ombilicului, ca consecință a răspândirii aerului prin ligamentul rotund (simptomul Vighiazzo). În caz de perforație a ulcerului cardinal posterior în spațiul retroperitoneal depistăm un emfizem în regiunea supraclaviculară pe stânga (simptomul Podlah). **(clasa de recomandare IIa)**
- **Ulcerele duodenale „în oglindă”**. Orice evidențiere a hemoragiei gastrointestinale precedente sau coexistente cu perforația (de exemplu, prezența „zațului de cafea” sau sângelui proaspăt prin sonda nazogastrică sau în locul perforației sau în cavitatea peritoneală) sugerează existența ulcerelor duodenale „în oglindă”, cu perforația ulcerului anterior și hemoragia din ulcerul posterior. Închiderea simplă a orificiului perforativ, fără prelucrarea hemostatică a ulcerului posterior poate duce la o hemoragie digestivă postoperatorie severă. În astfel de circumstanțe, se recomandă asigurarea accesului adecvat spre peretele duodenal posterior printr-o duodenotomie largă. În cazul depistării ulcerului duodenal posterior, se practică suturarea hemostatică a acestuia. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.5. *Tratamentul.*

C.2.5.1. *Pregătirea preoperatorie.*

Caseta 14. *Pregătirea preoperatorie.*

- Instalarea accesului venos periferic. **(clasa de recomandare I)**
- În cazul stării grave a pacientului și a șocului septic, resuscitarea cu perfuzia cristaloizilor trebuie inițiată îndată cu stabilirea (chiar și suspectarea) diagnosticului de UGDP. **(clasa de recomandare I)**
- Instalarea sondei nazogastrice pentru decompresia stomacului și reducerea contaminării ulterioare a cavității peritoneale. **(clasa de recomandare I)**
- Introducerea cateterului Foley pentru monitorizarea diurezei. **(clasa de recomandare IIa)**
- Administrarea antibioticelor parenteral, cu spectrul larg de acțiune (antibioticoprofilaxie) trebuie inițiată odată cu stabilirea diagnosticului de UGDP. La pacienții cu șoc septic antibioticele trebuie administrate cât mai curând posibil, chiar în secția de internare. **(clasa de recomandare IIa)**
- Antibioticele folosite pentru tratamentul empiric al infecției intraabdominale cauzate de UGDP, trebuie să fie active împotriva bacteriilor enterice gram-negative, streptococilor enterici gram-pozitivi și a bacteriilor anaerobe. Acoperirea contra bacililor anaerobi trebuie realizată în prezența ileusului paralytic, la întârzierea intervenției chirurgicale sau în cazul

peritonitei avansate (confirmate pre- sau intraoperator). **(clasa de recomandare I)**

- Analgezia trebuie inițiată imediat după stabilirea diagnosticului de UGDP, și uneori – mai înainte, doar la suspectarea infecției intraabdominale. Temerile că administrarea analgezicelor poate afecta și modifica simptomatologia clinică sunt nerezonabile. **(clasa de recomandare IIa)**
- În unele cazuri, inserția cateterului venos central sau a cateterului Swan-Ganz poate fi necesară pentru resuscitarea și monitorizarea minuțioasă. **(clasa de recomandare III)**
- După ce pacientul a fost resuscitat adecvat, se recomandă efectuarea laparotomiei de urgență. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.5.2. Tratamentul chirurgical.

Caseta 15. Tratamentul chirurgical.

- Deși sunt rapoarte ocazionale referitoare la tratamentul non-operator, diagnosticul stabilit de UGDP rămâne o indicație absolută către intervenție chirurgicală de urgență în majoritatea cazurilor. **(clasa de recomandare I)**
- Întârzierea intervenției chirurgicale cu mai mult de 12-24 ore după debutul bolii în cazul ulcerului perforat este asociată cu un prognostic nefavorabil. Prin urmare, la stabilirea diagnosticului UGDP operația trebuie efectuată cât mai curând posibil. **(clasa de recomandare I)**

C.2.5.2.1. Operația deschisă.

Caseta 16. Operația deschisă.

- Obiectivele intervenției chirurgicale în cazul UGDP sunt următoarele: (1) Închiderea orificiului perforativ; (2) Reducerea contaminării intraperitoneale, provocate de perforația GD; (3) Asigurarea micșorării stabile a secreției gastrice acide – opțional (se referă la perforația ulcerului duodenal); (4) Excluderea malignizării ulcerului gastric perforativ. **(clasa de recomandare IIa)**
- Accesul chirurgical printr-o incizie mediană (xifo-ombilicală) asigură intrarea rapidă și accesibilitatea completă la întreaga cavitate abdominală. La necesitate incizia poate fi extinsă către simfiza pubis. **(clasa de recomandare I)**
- Odată ce abdomenul este deschis, stomacul și duodenul sunt examinate minuțios pentru a determina leziunea ulceroasă și orificiul perforativ. Dacă suprafața anterioară a stomacului și a duodenului este intactă, trebuie divizat ligamentul gastrocolic pentru intrarea în bursa omentală și inspectarea suprafeței posterioare a stomacului. Peretele posterior al duodenului este examinat după mobilizarea largă a porțiunii duodenale descendente după Kocher. **(clasa de recomandare I)**
- Alegerea procedurii chirurgicale este determinată de numeroase variabilități, cum ar fi prezența șocului, comorbiditățile severe cu pericol pentru viață, gradul de contaminare a cavității abdominale, durata perforației și antecedentele ulceroase sau schimbările morfologice cauzate de evoluția îndelungată a ulcerului GD, depistate intraoperator. **(clasa de recomandare IIa)**

- Prelevarea conținutului din cavitatea peritoneală pentru examenul bacteriologic și determinarea sensibilității la antibiotice disponibile (antibioticograma) este o măsura utilizată standard și recomandată universal. **(clasa de recomandare I)**
- Se efectuează înlăturarea conținutului gastroduodenal din cavitatea peritoneală cu aspiratorul sau meșe de tifon, urmată de lavajul (toaleta) abdomenului. **(clasa de recomandare I)**
- Pentru lavajul peritoneal se utilizează 3-5 litri de soluție *Natrii chloridum* (fiziologică) sau antiseptice ușoare (*Nitrofuralem*, *Povidoni iodidum*, etc.) calde (35-40°C). Cantitatea de lichid, utilizată pentru lavaj, nu este reglementată strict – cavitatea abdominală se spală până se obține lichidul curat. Scopul principal al lavajului este diluarea maximală a conținutului agresiv și infectat restant, dar nu distrugerea totală a microorganismelor. Nu se recomandă folosirea pentru lavajul cavității abdominale a enzimelor, detergenților sau antibioticelor. **(clasa de recomandare IIa)**
- Modul drenării cavității abdominale depinde de răspândirea și caracterul peritonitei, calitatea lavajului peritoneal, volumul intervenției chirurgicale, și preferințele chirurgului operator. Mai frecvent cavitatea peritoneală se drenează cu două tuburi, plasate subhepatic și în spațiul Douglas. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.5.2.2. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului duodenal perforat.

Caseta 17. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului duodenal perforat.

- În prezența comorbidităților importante și a contaminării intra-abdominale severe, cea mai sigură tehnică în cazul perforației ulcerului duodenal anterior este suturarea simplă a orificiului perforativ (uneori numită procedeul Mikulicz). Suturele neresorbabile (3-5) sunt plasate în sens longitudinal pentru a preveni stenoizarea locului suturării. **(clasa de recomandare I)**
- Actualmente, majoritatea ghidurilor recomandă și pentru ceilalți pacienți suturarea simplă a ulcerului duodenal perforat, urmată de tratamentul infecției *H. Pylori*, scăderea farmacologică a secreției gastrice și renunțarea la AINS. **(clasa de recomandare IIa)**
- La suturarea ulcerului perforat este important de plasat suturile la distanța corespunzătoare de la marginea orificiului perforativ (0,5-1,0 cm) pentru a preveni tăierea suturilor prin țesutul duodenal inflammat. Pentru asigurarea suturii prin grosimea completă a peretelui duodenal, se recomandă trecerea acului prin peretele duodenului de pe o parte a ulcerului, ieșirea acului prin orificiul perforativ și apoi trecerea acestuia prin peretele de pe cealaltă parte a perforației. **(clasa de recomandare IIa)**
- În unele cazuri sutura simplă a ulcerului poate fi completată prin procedeul Graham (deasemenea numit „metoda Oppel”) – tamponarea orificiului ulceros cu oment. Un fragment de oment este plasat deasupra perforației și fixat spre peretele duodenal prin suturi separate neresorbabile. Omentul suturat către orificiul perforativ, stimulează formarea fibrinei în jurul lui. **(clasa de recomandare I)**
- Pot fi utilizate două tehnici alternative ale procedeului Graham. Prima prevede suturarea inițială simplă a orificiului perforativ, care ulterior pentru siguranță este acoperit cu oment. A doua metodă utilizează tamponarea orificiului perforativ (ca regula de dimensiuni mari, cu marginile dure caloase) cu un fragment de oment, și fixarea circulară a acestuia la peretele

duodenal. **(clasa de recomandare I)**

- Suturare simplă și omentoplastia ulcerului cronic duodenal perforat nu oferă rezultate satisfăcătoare de lungă durată. Astfel, conform datelor literaturii de specialitate, până la 80% dintre pacienții operați în așa mod dezvoltă ulcere recurente și 10% - perforație repetată. **(clasa de recomandare IIa)**
- La alegerea procedeului operator în cazul ulcerului duodenal perforat trebuie să se ia în considerație atât prezența simptomelor ulcerose în antecedente, cât și a dovezilor morfologice intraoperatorii ale cicatricelor duodenale postulceroase. Aproximativ două treimi dintre pacienții cu perforație duodenală prezintă simptomă cronică și, prin urmare, risc de ulcer recurent. La acești bolnavi, pe lângă închiderii orificiului perforativ, este mai indicată efectuarea unei operații antiulceroase definitive. **(clasa de recomandare IIb)**
- Intervenția antiulceroasă definitivă este posibilă la pacienții cu ulcer duodenal perforat în următoarele condiții: bolnavul nu are șoc preoperator; nu sunt boli concomitente cu pericol pentru viață; iar perioada de timp trecută de la momentul perforației nu depășește 24 ore și contaminarea abdomenului superior este minimă. Dacă aceste criterii nu sunt îndeplinite, mai sigure sunt suturarea simplă sau omentoplastia ulcerului duodenal perforat și asanarea cavității peritoneale. În acest caz tratamentul chirurgical definitiv poate fi efectuat mai tardiv, după recuperarea completă a pacientului. **(clasa de recomandare IIa)**
- La majoritatea pacienților operați în perioada precoce, intervenția antiulceroasă definitivă poate fi efectuată cu un risc minimal, echivalent cu cel al suturării simple a ulcerului. **(clasa de recomandare I)**
- Riscul ulcerului recurent și incidența simptomelor stomacului operat sunt similare cu cele observate la bolnavii operați în mod programat pentru ulcer duodenal refractar. **(clasa de recomandare I)**
- Alegerea procedeului intervenției antiulceroase definitive se face similar ca în cazul ulcerului duodenal refractar. Vagotomia selectivă proximală cu suturarea (omentoplastia) ulcerului duodenal perforat este sigură și previne recurența ulcerului. **(clasa de recomandare IIb)**
- Tipul procedeului de drenaj gastric depinde de starea morfologică postulceroasă a duodenului. Ca o metodă standard se practică piloroplastia. Cu toate acestea, în cazul când duodenul este cicatrizat, inflamă și stenoza pronunțată, o alternativă potrivită reprezintă anastomoza gastrojejunală după Braun. **(clasa de recomandare I)**
- Pentru efectuarea piloroplastiei tip Heineke-Mikulicz este necesară practicarea manevrei Kocher cu mobilizarea porțiunii descendente a duodenului. Două suturi sunt plasate la aspectele superioare și inferioare ale pilorului. Se efectuează o incizie longitudinală cu lungime de circa 6-8 cm, începând de la antrum (2-3 cm) și cu extindere peste pilor și prima porțiune a duodenului. Această incizie este închisă în sens transversal în două planuri: cu un plan interior de suturi absorbabile 3-0 întrerupte care cuprind toate straturile peretelui GD, urmată de un plan seromuscular de suturi neresorbabile Lambert de 3-0. **(clasa de recomandare I)**
- Pentru aplicarea gastrojejunoanastomozei după Braun, o ansă proximală a jejunului de aproximativ 40-50 cm de la ligamentul lui Treitz este adusă antecolic, spre stomac. Anastomoza trebuie aplicată în regiunea prepilorică sau în zona cea mai mobilă și liberă a stomacului. Folosind suturile neresorbabile 3-0, se plasează un plan posterior de suturi seromusculare Lambert. Zona anastomozei este izolată cu meșă de tifon pentru evitarea scurgerii conținutului jejunal. Stomacul și jejunul adiacent se deschid corespunzător

lungimii anastomozei. Folosind suturi absorbabile 3-0, planul interior este început dinspre gura posterioară și completat anterior folosind suturile inversate Connell. Se pune un plan anterior de suturi seromusculare Lambert întrerupte 3-0 pentru a completa anastomoza. Cu 40 cm mai distal se efectuează enteroenteroanastomoza între ansele jejunale aferentă și eferentă cu diametrul de 2-3 cm, de asemenea utilizând două planuri de suturi. **(clasa de recomandare IIa)**

- Excizia ulcerului perforat, localizat pe peretele anterior al duodenului, poate fi efectuată „în romb” (după Judd) sau „în cerc” (după Burlui). În ambele metode excizia ulcerului cuprinde și pilorotomia, urmată de restabilirea integrității porțiunii gastroduodenale prin piloroplastia Heineke-Mikulicz. **(clasa de recomandare I)**
- În unele cazuri, când bulbul duodenal este extrem de deformat și stenoizat, poate fi utilizată piloroplastia Finney sau gastroduodenoanastomoza Jaboulay, completate cu suturarea orificiului ulceros perforativ. **(clasa de recomandare IIa)**
- Excizia ulcerului duodenal perforat cu piloroplastie poate fi completată (sau nu) cu vagotomia tronculară (VT), vagotomia selectivă (VS) sau vagotomia selectivă proximală (VSP). **(clasa de recomandare III)**
- Cu toate acestea, actualmente vagotomia este rareori practică datorită disponibilității medicamentelor efective, cum ar fi H2-blocanții, IPP și preparatele pentru eradicarea H. Pylori. **(clasa de recomandare IIa)**
- Rezecția gastrică economă (antrumectomia) cu includerea în linia de rezecție a ulcerului duodenal perforat, combinată cu VT (sau nu) de asemenea permite obținerea rezultatelor favorabile. **(clasa de recomandare IIa)**
- În unele cazuri rezecția gastrică este impusă, când intraoperator se descoperă perforația masivă (≥ 2 cm) a ulcerului duodenal, și apropierea marginilor ulcerului cu suturi este imposibilă. **(clasa de recomandare I)**
- Bontul gastric trebuie drenat pentru decompresie cu o sonda nazogastrică plasată intraoperator cu verificarea poziției sale corecte. **(clasa de recomandare I)**
- În cazul executării rezecției gastrice (sau antrumectomiei), reconstrucția tractului gastrointestinal poate fi efectuată prin montarea gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II). Dintre metodele de reconstrucție tip Billroth II mai frecvent sunt utilizate Hofmeister-Finsterer, Reichel-Polya, Balfour și Roux-în-Y. În cazul ulcerului perforat duodenal anterior, suturarea bontului duodenal, de obicei, nu prezintă dificultăți și este sigură. **(clasa de recomandare I)**
- Reconstrucția Billroth I are următoarele avantaje teoretice față de Billroth II: (1) restabilirea continuității gastrointestinale normale; (2) păstrarea mucoasei duodenale specializate în continuarea mucoasei gastrice; (3) evitarea problemelor eventuale cu ansele aferente și eferente; (4) permite efectuarea ușoară a colangiopancreatografiei endoscopice retrograde în viitor; (5) se asociază cu incidența redusă a cancerului bontului gastric. **(clasa de recomandare IIb)**
- În pofida avantajelor fiziologice teoretice, nu s-au demonstrat diferențe funcționale importante între reconstrucții Billroth I și Billroth II, inclusiv și gastrojejunoanastomozele pe ansă Roux-în-Y. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.5.2.3. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului gastric perforat.

Caseta 18. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului gastric perforat.

- Mortalitatea generală în cazul perforației ulcerului gastric este mult mai înaltă, decât în cel duodenal și variază de la 10% până la 40%. **(clasa de recomandare I)**
- În alegerea procedurii chirurgicale pentru ulcerul gastric perforat, trebuie de ținut cont, că aproximativ 10-16% din ulcerele gastrice sunt adenocarcinoame. Prin urmare, în afară de închiderea orificiului perforativ și asanarea cavității abdominale, scopul operației constă în excizia totală a țesutului eventual malign sau, cel puțin, în prelevarea materialului tisular suficient pentru examenul histologic adecvat. **(clasa de recomandare I)**
- Rezecția gastrică reprezintă opțiunea preferabilă, cu excepția cazurilor când riscul operator este inacceptabil de înalt din cauza vârstei avansate, patologiilor concomitente, instabilității hemodinamice intraoperatorii sau contaminării peritoneale severe. Totodată, există recomandări, precum că chiar și la pacienții din grupul cu risc crescut rezecția gastrică poate fi efectuată mai simplu și mai rapid, decât exciziile sau omentoplastiile ulcerului, și prin urmare, este mai ușor tolerată de către bolnavi. **(clasa de recomandare I)**
- Procedul operator în ulcerul gastric perforat depinde de starea generală a pacientului, gradul de contaminare bacteriană abdominală și tipul ulcerului gastric conform clasificării Johnson. **(clasa de recomandare IIa)**
- Astfel, în cazul ulcerului gastric perforat de tip I se recomandă rezecție gastrică distală, dacă pacientul este hemodinamic stabil, nu are comorbidități semnificative și se constată un grad mic de contaminare abdominală. Operația este finisată cu gastroduodenostomie Billroth I sau cu gastrojejunostomie Billroth II. **(clasa de recomandare IIa)**
- Pentru ulcerele de tip II, algoritmul de tratament ar trebui să fie similar cu cel utilizat pentru ulcerele duodenale perforate, deoarece fiziopatologia acestora este foarte asemănătoare. Similar ca în ulcerul duodenal perforat, operația definitivă nu este necesară cu excepția cazurilor, când pacientul are antecedentele ulceroase recurente în pofida tratamentului pentru H. Pylori și antisecretor adecvat. **(clasa de recomandare IIa)**
- De asemenea, se consideră că ulcerele de tip III au o patogenie similară cu ulcerele duodenale. Totuși, suturarea (omentoplastia) ulcerelor prepilorice se asociază cu o incidență înaltă a stenozei și dereglărilor evacuării din stomac, precum și a recurenței ulcerelor. Prin urmare, antrumectomia cu vagotomie este cea mai preferabilă intervenție chirurgicală. **(clasa de recomandare IIa)**
- Biopsia și suturarea (omentoplastia) reprezintă o abordare adecvată în cazul ulcerului superior de tip IV, când rezecția extinsă sau gastrectomia totală nu este suportată de către un bolnav critic. Este important să se efectueze o biopsie adecvată din patru cadrane a ulcerelor, care nu pot fi excizate. Deoarece fiziopatologia acestor ulcere nu implică hipersecreția, procedeul de reducere a acidității nu este necesar. **(clasa de recomandare IIa)**
- La un pacient morbid, cea mai indicată operație este excizia ulcerului, ceea ce permite evaluarea histologică completă. Ulcerul poate fi excizat cu bisturiul sau electrocoagulatorul, iar defectul în peretele stomacului se închide în două planuri de suturi: absorbabile interne și nonabsorbabile întrerupte externe. **(clasa de recomandare IIb)**
- Când starea pacientului este foarte gravă, hemodinamic instabilă sau cu peritonită bacteriană generalizată avansată se permite efectuarea suturării sau omentoplastiei ulcerului cu biopsia adecvată. Ulterior acești bolnavi necesită supraveghere clinică și endoscopică, inclusiv cu endobiopsii repetate (în caz de necesitate). **(clasa de recomandare I)**

C.2.5.2.4. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului anastomotic perforat.

Caseta 19. Intervenția chirurgicală în cazul ulcerului anastomotic perforat.

- Orice formă de reconstrucție gastrointestinală poate duce la apariția ulcerului anastomotic, situat pe linia anastomozei gastrojejunale (sau gastroduodenale). Incidența ulcerului anastomotic variază de la 1% până la 16%. **(clasa de recomandare I)**
- Ulcerul mai frecvent se dezvoltă pe partea intestinală a anastomozei, deoarece mucoasa jejunală (duodenală) este mai expusă acțiunii directe a acidului gastric. **(clasa de recomandare I)**
- Cauzele de bază ale apariției ulcerului anastomotic sunt: rezecția gastrică neadecvată cu păstrarea unei porțiuni a regiunii antrale a stomacului, vagotomia incompletă, hiperparatiroidismul, gastrinomul, vârsta tânără a pacientului la momentul operației, consumul AINS, contaminarea cu H. Pylori, ischemia locală, tensiunea anastomotică, iritarea cronică datorată materialului de sutură și refluxului duodenal. **(clasa de recomandare I)**
- Rareori ulcerul anastomotic poate progresa spre perforație. Manifestările clinice la pacienții cu perforația ulcerului anastomotic diferă esențial de cele înregistrate la bolnavii cu UGDP. Conținutul intestinului subțire este mai contaminat bacterian și, de asemenea, poate neutraliza acidul gastric. Un studiu prospectiv a demonstrat, că 28% dintre pacienții cu ulcer anastomotic perforat au fost asimptomatici. **(clasa de recomandare IIb)**
- Volumul intervenției chirurgicale în cazul ulcerului anastomotic perforat include rerezecția gastrică cu anastomoză, și reconstrucția din Billroth II într-o gastro-jejunostomie Roux-în-Y. **(clasa de recomandare IIa)**
- De asemenea, ulcerul anastomotic perforat poate fi tratat prin suturare simplă sau omentoplastie. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.5.2.5. Operația laparoscopică.

Caseta 20. Operația laparoscopică.

- Tratamentul laparoscopic reușit al ulcerului perforat a fost raportat pentru prima dată în 1990. De atunci diferite centre chirurgicale au folosit această tehnică pentru tratamentul pacienților cu UGDP. **(clasa de recomandare IIb)**
- Contraindicații relative către chirurgia laparoscopică a ulcerului perforat sunt considerate orificiul perforativ de dimensiuni mari, localizarea perforației pe peretele GD posterior și starea generală gravă a pacientului. Totodată, contraindicații absolute pentru tratament laparoscopic nu sunt. **(clasa de recomandare I)**
- Pentru efectuarea intervenției laparoscopice sala de operație trebuie să fie dotată cu masă de operație funcțională, set laparoscopic complet, inclusiv insuflator, unitate de irigare-aspirație, instrumente, portac laparoscopic și optică (laparoscop), preferabil, oblică de 30°. Suplimentar, sala de operație trebuie dotată cu instrumente chirurgicale convenționale pentru efectuarea eventualei conversii către operație deschisă. **(clasa de recomandare I)**
- Pacientul este plasat pe masa de operație în decubit dorsal. Anestezia este cea generală cu miorelaxare. Chirurgul se află sau din stânga pacientului sau între picioare (două tehnici alternative). Apoi pacientul este plasat în poziția Trendelenburg reversată. Inițial se introduce primul trocar paraombilical de 10 mm pentru optică și se efectuează laparoscopie diagnostică. După vizualizarea ulcerului, aspirația preventivă a lichidului patologic și

recoltarea materialului pentru examenul bacteriologic, se introduc 2 trocare de lucru la nivelul pilorului pe linia medioclaviculară din ambele părți. Altă modalitate prevede plasarea trocarelor în mod identic cu cea practică în timpul colecistectomiei laparoscopice. **(clasa de recomandare IIa)**

- Orificiul perforativ de diametru sub 5 mm este suturat în mod similar cu cel aplicat pentru abordul chirurgical deschis prin întregul perete duodenal, utilizând suturile atraumatice 2-0 sau 3-0 de polidioxanonă, poliglactină, mătase sau de alt fir multifilament lent resorbabil sau neresorbabil cu un ac rotund de 20 mm sau 26 mm (4/8 sau 3/8). Ligaturarea suturilor se efectuează intracorporeal sau extracorporeal (în funcție de preferințele chirurgului). Este important în timpul procedurii să se evite suturarea accidentală a peretelui duodenal posterior. **(clasa de recomandare IIa)**
- La perforațiile de peste 5 mm, în ulcerele cu marginile cronice caloase și inflamate, mai preferabilă este tamponarea perforației cu oment (omentoplastie sau procedeul Graham). Ca regulă, se trec 3 suturi la 5-10 mm de la marginile perforației, în sensul axului duodenal. Un fragment de oment bine vascularizat este tras între fire spre orificiul perforativ. Firele se înnoadă începând cu cel cranial, evitând strangularea și necrotizarea omentului. Aceasta tehnică permite de a evita tensiunea și tăierea marginilor inflamate ale ulcerului. **(clasa de recomandare IIa)**
- Pentru controlul ermetismului suturilor poate fi efectuată proba cu introducerea lichidului colorat cu albastru de metilen printr-o sondă nazogastrică; totodată, aceasta măsură nu este obligatorie. **(clasa de recomandare III)**
- Apoi se efectuează aspirația completă a conținutului peritoneal cu atenție specială spre spațiile de formare a colecțiilor lichidiene potențiale. Mulți chirurghi susțin lavajului cavității abdominale cu 3-5 litri de soluție natrii chloridum fiziologică caldă. Cantitatea de lichid, utilizată pentru lavaj, nu este reglementată strict. Cavitățile abdominale se spală până se obține lichidul curat. **(clasa de recomandare IIb)**
- Tehnicile laparoscopice fără utilizarea suturilor includ închiderea orificiului perforativ cu burete din gelatină cu ermetizarea lor locală cu adeziv fibrinic sau aplicarea hemoclipselor endoscopice. Închiderea orificiului perforativ fără suturi este mai simplă din punct de vedere al tehnicii laparoscopice, și reduce timpul operativ, însă se asociază cu costuri suplimentare de tratament și creșterea riscului dehiscentelor. **(clasa de recomandare III)**
- Conversia de la intervenție laparoscopică către operație deschisă este uneori necesară în caz de: instabilitate hemodinamică perioperatorie, proces aderent pronunțat în etajul superior al abdomenului, distensie intestinală marcată, leziuni iatrogene, peritonită purulentă cu lavaj abdominal incomplet sau nesigur, perforație de dimensiuni mari, mai ales gastrică, imposibilitate tehnică de a închide orificiul perforativ, stenoza lumenului duodenal ca rezultat al suturării ulcerului. S-a constatat, că rata de conversie variază de la 15% până la 25%. **(clasa de recomandare IIa)**
- Închiderea laparoscopică a orificiului ulceros perforativ este asociată cu o rată de dehiscență a suturii de 7%, comparativ cu 2% - în cazul intervențiilor deschise. Totodată, cu acumularea experienței în chirurgia laparoscopică, frecvența dehiscentelor suturării se micșorează și poate fi eliminată complet. **(clasa de recomandare IIb)**
- Studiile prospective randomizate, care au comparat procedeele laparoscopice cu intervențiile chirurgicale deschise pentru UGDP, au demonstrat diferențe în următoarele rezultate: necesitatea redusă în analgezie postoperatorie, timpul redus al revenirii la dietă obișnuită, durata scăzută a spitalizării, reîntoarcerea mai timpurie la activitatea profesională, micșorarea incidenței infecției plăgilor postoperatorii, herniilor incizionale și a dezvoltării aderentelor, rezultat cosmetic mai superior versus incidența mai înaltă a abceselor

intraabdominale și durata mai prelungită a intervenției la pacienții tratați laparoscopic. (**clasa de recomandare IIb**)

- Trebuie menționate efectele negative ai presiunii intra-abdominale crescute și hipercarbiei datorate insuflării de CO₂ în timpul laparoscopiei: rezistență vasculară sistemică crescută, presiune arterială medie, postîncărcare, frecvență cardiacă, presiune cavala, frecvență respiratorie, presiune maximă în căile respiratorii, PaCO₂, întoarcere venoasă, debit cardiac, complianță toracică, pH, ceea ce exclude abordarea laparoscopică la pacienții instabili hemodinamic sau la pacienții cu comorbiditățile cardiovasculare sau pulmonare severe. (**clasa de recomandare IIa**)
- Multe ghiduri internaționale consideră argumentele actuale pentru alegerea procedurii laparoscopic comparativ cu intervenția chirurgicală deschisă în cazul UGDP ca neconvingătoare. (**clasa de recomandare IIa**)

C.2.5.2.6. Alte tehnici și perspective.

Caseta 21. Alte tehnici și perspective.

- **Stentul metalic auto-expandabil.** În cazurile când sutura chirurgicală a ulcerului perforat duodenal pare să fie dificilă, esofagogastroduodenofibroscopia cu plasarea stentului poate fi efectuată în timpul laparoscopiei, urmată de lavaj peritoneal și drenare laparoscopică. Totodată, în literatură există doar prezentări unice de cazuri, la pacienți foarte selectați, fără a evidenția avantajele procedurii. (**clasa de recomandare III**)
- **Chirurgia endoscopică transluminală prin orificiile naturale (NOTES).** Metoda NOTES poate reduce impactul fiziologic al intervenției curative în cazul UGDP și poate reprezenta o tehnică mai puțin dificilă. Totodată, abordarea chirurgicală NOTES nu se recomandă de către ghidurile internaționale pentru tratamentul UGDP până când nu este acumulată o experiență suficientă și nu sunt obținute dovezi clinice. (**clasa de recomandare III**)
- S-a descris închiderea perforațiilor iatrogene acute cu adezivul fibrinic sau clipse endoscopice metalice; totuși, clipse pot să nu fie eficiente în UGDP datorată țesutului fibros dur, care împiedică apropierea marginilor orificiului perforat. (**clasa de recomandare III**)

C.2.5.3. Tratamentul conservativ (metoda Taylor).

C.2.5.3.1. Tratamentul conservativ al ulcerului gastroduodenal perforat.

Caseta 22. Tratamentul conservativ al UGDP.

- Studiile au demonstrat, că unele ulcere perforate pot fi tratate non-operator, obținând închiderea fiziologică spontană a orificiului perforativ. Tratamentul conservativ poate fi o opțiune sigură pentru un subgrup de pacienți cu UGDP bine selectat. Aceasta se referă la pacienții stabili, cu perforație mică, cu o durată a bolii mai mare de 24 de ore (adresare tardivă), fără semne peritoneale și cu ameliorare clinică, și la cei la care sunt prezente comorbidități semnificative ce prezintă risc înalt sau chiar contraindicații către intervenție chirurgicală. (**clasa de recomandare IIb**)
- Metoda tratamentului conservativ al ulcerului perforat a fost propusă de către Taylor și îi poartă numele. În condițiile contemporane aceasta include (1) dieta zero, (2) decompresia printr-o sondă nazogastrică continuă, (3) administrarea preparatelor antisecretoarei (IPP sau H₂- blocantelor), (4) antibioticoterapia cu antibiotice cu spectru larg de acțiune și (5) hidratare intravenoasă agresivă cu corecția dereglărilor hidroelectrolitice. (**clasa de recomandare I**)

- Tratamentul inițial prevede administrarea terapiei triple cu 2 agenți antibacterieni și un preparat antisecretor, mai preferabil IPP decât H2-blocanții. **(clasa de recomandare IIa)**
- În conduita conservativă a UGDP este necesară utilizarea examenului radiologic în dinamică cu contrast solubil pentru confirmarea faptului, că perforația este închisă. **(clasa de recomandare I)**
- Totodată, pacienții tratați conservativ trebuie să se afle sub supraveghere foarte strictă, cu reexaminări clinice permanente și, dacă datele examenului abdominal sau rezultatele de laborator indică progresarea inflamației peritoneale, bolnavii necesită intervenție chirurgicală de urgență. Prin urmare, abordarea nonoperatorie nu se recomandă în spitalele mici, care nu dispun de serviciu imagistic (radiologic și CT) non-stop, și nu pot asigura implicarea urgentă a medicului-anesteziolog și a chirurgului experimentat. **(clasa de recomandare I)**
- Trebuie remarcat faptul că, deși abordare conservativă este adresată în special pacienților vârstnici cu comorbidități, studiile arată că riscul insuccesului tratamentului nonoperator este maximal anume la pacienții cu vârstă înaintată. **(clasa de recomandare IIa)**
- Tratamentul non-operator nu se recomandă în situațiile, când se cunoaște că sursa perforației este cea gastrică, deoarece ulcerul gastric perforat are o rată mai mare de reperforație și complicații. **(clasa de recomandare I)**
- În cazul succesului tratamentului conservativ inițial, terapia antibacteriană se continuă cu o durată de 2 săptămâni, iar preparate antisecretoare – de 4 săptămâni. **(clasa de recomandare IIa)**
- Pentru eradicarea ulterioară a H. Pylori (tratamentul de a doua linie) sunt propuse mai multe regimuri disponibile pentru adulți. **(clasa de recomandare IIb)**
- Terapia combinată cu Metronidazolum și Tetracyclinum are o rată de eradicare a H. Pylori similară cu cea a IPP cu Amoxicillinum și Metronidazolum. Omeprazolum, Furazolidonum și Clarithromycinum au demonstrat o rată ridicată de eradicare (90%) similară cu cea a terapiei triple standard după recomandările din Maastricht (Omeprazolum, Amoxicillinum, Clarithromycinum). Rata de eradicare a H. Pylori ridicată (85%) este de asemenea obținută cu un curs de 7 zile de Levofloxacinum, Clarithromycinum și IPP. **(clasa de recomandare IIb)**
- În recomandările Societății Mondiale de Chirurgie de Urgență din 2014 este notat, că în ultimii 10 ani nu a fost publicat niciun studiu care recomandă conduita conservativă în UGDP. Prin urmare, tratamentul operativ al oricărui UGDP cu pneumoperitoneu și semne peritoneale este obligatoriu. **(clasa de recomandare I)**

C.2.5.3.2. Abandonarea tratamentului non-operator în favoarea celui chirurgical.

Caseta 23. Abandonarea tratamentului non-operator în favoarea celui chirurgical.

Tratamentul conservator este posibil la 60% dintre pacienți, dintre care la 10-15% nu se observă ameliorare și bolnavii necesită intervenție chirurgicală secundară de urgență. **(clasa de recomandare IIb)**

Indicațiile pentru abandonarea tratamentului nonoperator în favoarea celui chirurgical includ următoarele:

- Lipsa ameliorării simptomatologiei pe parcursul a 12-24 ore. **(clasa de recomandare I)**
- Păstrarea sau creșterea semnelor sensibilității abdominale (simptomelor peritoneale). **(clasa de recomandare I)**
- Instabilitatea hemodinamică în pofida repleției volemice adecvate. **(clasa de recomandare I)**

- Extravazarea contrastului lichid din lumenul GD, administrat peroral, la examenul radiologic. **(clasa de recomandare I)**
- Datele de laborator, care indică progresarea inflamației peritoneale. **(clasa de recomandare I)**

C.2.6. Perioada postoperatorie precoce.

C.2.6.1. Tratamentul în perioada postoperatorie precoce.

Caseta 24. Tratamentul în perioada postoperatorie precoce.

- Antibioticele folosite pentru tratamentul empiric al infecției intraabdominale cauzate de UGDP trebuie să fie eficiente împotriva bacteriilor enterice gram-negative și a streptococilor enterici gram-pozitivi (de exemplu, cefalosporinele). Acoperirea contra bacililor anaerobi trebuie practică în prezența ileusului paralytic, la întârzierea intervenției chirurgicale sau în cazul peritonitei avansate (ca regulă, asocierea cefalosporinelor cu *Metronidazolum*). **(clasa de recomandare I)**
- Terapia empirică antibacteriană la pacienții cu infecție intraabdominală necesită utilizarea antibioticelor în doze optime pentru a asigura eficiență maximă și toxicitatea minimă, și pentru a reduce rezistența antimicrobiană. **(clasa de recomandare I)**
- La pacienții cu risc înalt sau complicații postoperatorii, regimurile terapiei antibacteriene trebuie ajustate în funcție de rezultatele examenului bacteriologic al conținutului prelevat din cavitatea peritoneală și sensibilitatea agenților microbieni identificați la antibiotice. **(clasa de recomandare I)**
- Durata tratamentului antibacterian în cazul UGDP trebuie limitată la 4-7 zile, cu excepția cazurilor de febră, durere abdominală și paralizie intestinală persistentă sau apariția complicațiilor septică. Durata mai lungă a tratamentului nu se asociază cu îmbunătățirea rezultatelor. **(clasa de recomandare IIa)**
- La pacienții cu UGDP operați în perioada precoce de peritonită chimică, poate fi suficientă administrarea doar a terapiei antibacteriene profilactice cu durata de 24 ore. **(clasa de recomandare IIb)**
- Infecțiile postoperatorii extra-abdominale (pneumonia, uroinfecțiile, etc.), confirmate prin investigații specifice, trebuie tratate prin antibioticoterapie inițial empirică, reieșind din spectrul microorganismelor implicate sau infecțiilor nosocomiale caracteristice spitalului. **(clasa de recomandare IIa)**
- În perioada postoperatorie precoce toți bolnavii sunt analgizați adecvat (conform protocolului „Managementul durerii”) și standardelor primite în instituția medicală respectivă. Durata analgeziei este apreciată pentru fiecare caz separat, în funcție de starea bolnavilor, volumul intervenției, riscul complicațiilor și nivelul sensibilității individuale la durere. **(clasa de recomandare IIa)**
- Cu scop de profilaxie a ocluziei intestinale aderentiale, complicațiilor pulmonare și tromboembolice, se recomandă, după posibilitate, activarea (mobilizarea) precoce a bolnavilor. **(clasa de recomandare IIa)**
- Tuburile de dren sunt extrase din abdomen atunci, când eliminările prin acestea devin curate. **(clasa de recomandare IIa)**
- Sonda nazogastrică poate fi extrasă la a 3-4-a zi postoperator, în funcție de restabilirea

pasajului intestinal și în condițiile de evacuare satisfăcătoare din stomac. (*clasa de recomandare IIb*)

- Tot din ziua a 3-4-a postoperator poate fi inițiată, treptat, alimentarea enterală a pacientului. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.6.2. Complicațiile postoperatorii.

Caseta 25. Complicațiile postoperatorii. (clasa de recomandare IIa)

Complicațiile postoperatorii sunt frecvente (15-60%) și includ următoarele:

- Pneumonia (30%).
- Infecția tractului urinar (1,5-15%).
- Infectarea sau dehiscența plăgii postoperatorii (5-12%).
- Abcesele (colecțiile lichidiene contaminate) intraabdominale (8-15%).
- Dehiscența suturii orificiului ulceros perforativ (tehnica laparoscopică – 7%, operația deschisă – 2%).
- Dehiscența gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II).
- Dehiscența bontului duodenal (1,1-4%).
- Dereglările evacuării din stomac sau „anastomozita” (5-20%).
- Problemele cardiace (mai ales la pacienții vârstnici, peste 70 de ani).
- Infecțiile fungice (15-30%).
- Ulcerul duodenal recurent după suturarea simplă a perforației (≈50%).
- Diareea (30% după vagotomie).
- Sindromul dumping (10% după vagotomie și operație de drenaj gastric și după rezecție gastrică tip Billroth II).

C.2.6.3. Factorii de risc ai decesului la pacienții cu ulcerul gastroduodenal perforat.

Caseta 26. Factorii de risc ai decesului la pacienții cu UGDP. (clasa de recomandare IIa)

Operația de urgență pentru UGDP este însoțită cu un risc de mortalitate de 6-30%. Factorii care afectează prognosticul sunt următorii:

Factori majori:

- Șocul sau instabilitatea hemodinamică la internare (TA sistolică <100 mm Hg).
- Vârstă înaintată a pacientului (>70 ani).
- Comorbidități asociate severe (cardio-pulmonare, insuficiența renală, ciroza hepatică, diabetul zaharat).
- Stările imunocompromise.
- Scorul ASA (Societății Americane de Anesteziologie) III-IV.
- Scorul APACHE II (*engl. Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*) ≥15.
- Întârzierea diagnosticului și a intervenției chirurgicale (≥24 ore).
- Localizarea ulcerului (mortalitatea în ulcerul gastric perforat este de două ori mai înaltă,

decât în ulcerul duodenal perforat).

- Procesul malign asociat.

Factori minori:

- Acidoza metabolică preoperatorie.
- Nivelul crescut de creatinină în plasmă la internare.
- Concentrația redusă de albumină serică la internare.
- Malnutriția (indicele masei corporale – IMC <18,5).

Predicția riscului de mortalitate perioperatorie în ulcerul gastroduodenal perforat.

- Stratificarea pacienților în diferite categorii în funcție de probabilitatea de mortalitate este importantă pentru a facilita managementul pacienților cu UGDP și pentru a îmbunătăți rezultatele. (*clasa de recomandare IIb*)
- Pe lângă sistemului ASA, au fost elaborate scoruri de risc specifice UGDP pentru predicția rezultatelor. Cel mai relevant și acceptat este scorul Boey, care urmărește să prezică mortalitatea pe baza prezenței comorbidităților majore, șocului preoperator și perioadei îndelungate de la momentul perforației. (*clasa de recomandare IIa*)

Tabelul 2. Scorul Boey pentru predicția mortalității perioperatorii în UGDP. (clasa de recomandare IIa)

Factori de risc	Puncte
Timp de la perforație până la internare ≥ 24 de ore	1
Șoc preoperator – TA sistolică <100 mm Hg	1
Orice una sau mai multe maladii sistemice: afecțiuni cardiace, hepatice, renale, diabet zaharat	1
Scor total: maximal 3	
Mortalitatea: 0 – 0%, 1 – 10%, 2 – 45,5%, 3 – 100%	

- Sistemul Boey este simplu, clinic relevant și poate prezice cu precizie morbiditatea și mortalitatea postoperatorie. Mai mult, scorul poate fi calculat la patul pacientului și poate ajuta la stratificarea riscului UGDP. (*clasa de recomandare IIa*)
- Un alt sistem recunoscut reprezintă scorul PULP de perforație a ulcerului peptic (*engl. Peptic Ulcer Perforation*), care cuprinde opt variabilități: 1) vârsta > 65 de ani, 2) boală malignă activă sau SIDA, 3) ciroză hepatică, 4) utilizarea de steroizi, 5) timpul de la perforație până la internare > 24 de ore, 6) șoc preoperator, 7) creatinina serică > 130 mmol/l și 8) cele patru niveluri ale scorului ASA (de la 2 la 5).

Tabelul 3. Scorul PULP de perforație ulcerului peptic. (clasa de recomandare IIa)

Parametrii	Puncte
Vârstă ≥ 65 de ani	3
Boala malignă activă sau SIDA	1
Ciroză hepatică	2
Tratament cu steroide	1
Șoc la spitalizare*	1
Timp de la perforație până la spitalizare >24 de ore	1
Creatinina serică >130 mmol/l	2
Scor ASA 2**	1
Scor ASA 3	3
Scor ASA 4	5

Scor ASA 5	7
Scor total: maximal 18	
* - șocul se stabilește când TA sistolică <100 mm Hg și pulsul >100 bătă/min	
** - este luată în considerare doar o singură valoare a scorului ASA	
Scorul PULP ≥ 7 este asociat cu un risc de mortalitate de >25%.	
Scorul PULP de asemenea bine prezice mortalitatea, și este considerabil mai exact decât scorul ASA izolat. (<i>clasa de recomandare IIa</i>)	

C.2.7. Criteriile de externare.

Caseta 27. Criteriile de externare. - Pacientul se poate externa la a 3-4 zi (după operație laparoscopică) sau la a 4-7 zi (după intervenție chirurgicală deschisă). (<i>clasa de recomandare IIa</i>) Criteriile de externare: - Normalizarea stării generale și a mobilității pacientului. (<i>clasa de recomandare I</i>) - Restabilirea pasajului intestinal. (<i>clasa de recomandare I</i>) - Lipsa febrei. (<i>clasa de recomandare I</i>) - Lipsa complicațiilor postoperatorii. (<i>clasa de recomandare I</i>) - Necesitatea doar în medicație perorală (inclusiv analgezice). (<i>clasa de recomandare IIa</i>) - Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare. (<i>clasa de recomandare IIa</i>)

C.2.8. Profilaxia și recomandări.

Caseta 28. Profilaxia. Prevenirea ulcerului gastroduodenal perforat cuprinde: - Efectuarea examinărilor endoscopice (Esofagogastroduodenofibroscopia) programat activ la pacienții cu anamneză ulceroasă. (<i>clasa de recomandare III</i>) - Profilaxia acutizării sezoniere la pacienții cu UGD cunoscut prin tratament adecvat cu IPP și H2-blocanți. (<i>clasa de recomandare III</i>) - Pentru pacienții, la care terapia cu AINS este strict necesară, utilizarea concomitentă a IPP sau H2-blocantelor poate reduce riscul formării ulcerului (<i>clasa de recomandare I</i>). - Aproape o treime din pacienții cu UGD consumau AINS. Prin urmare, scăderea utilizării și administrarea rațională a AINS reprezintă o măsură preventivă importantă. (<i>clasa de recomandare I</i>) - Renunțarea la fumat și consumul de alcool ar trebui, de asemenea, să reducă riscul de UGD. (<i>clasa de recomandare I</i>)
--

C.2.9. Supravegherea pacienților.

Caseta 29. Supravegherea și tratamentul după externare.

Medicul de familie.

- După externare, pacienții cu UGDP trebuie să primească terapie cu IPP de două ori pe zi, timp de 2 săptămâni, urmată de un IPP o dată pe zi (încă 2 săptămâni). Deși efectul IPP pentru vindecarea ulcerului GD este mai superior decât al H2-blocantelor, ultimele pot fi administrate în cazul când IPP sunt contraindicate (din cauza hipersensibilității sau altor efecte adverse). **(clasa de recomandare I Ib)**
- Tratamentul empiric al H. Pylori nu este recomandat. Terapia este indicată numai după confirmarea infecției cu H. Pylori prin examen serologic. La pacienții H. Pylori-pozitivi se recomandă terapia de eradicare pentru a reduce rata de recurență a ulcerului. **(clasa de recomandare III)**
- Conform recomandărilor, regimul curativ de primă linie pentru eradicarea H. Pylori cu eficiența de aproximativ 90% este reprezentat de combinația dintre Metronidazolum și Amoxicillinum sau Tetracyclinum, administrate timp de 14 zile cu sau fără IPP. Un alt regim de terapie triplă, ce utilizează IPP în doze mari, Amoxicillinum și Clarithromycinum de asemenea este eficient pentru eradicarea H. Pylori. **(clasa de recomandare I Ib)**
- Eradicarea H. Pylori trebuie confirmată în termen de cel puțin 4 săptămâni după finisarea tratamentului, deoarece terapia eșuează la 20% dintre pacienți cu păstrarea riscului acutizărilor și, respectiv, a perforației repetate a ulcerului. Testele de confirmare a eradicării includ esofagogastroduodenofibroscopia cu prelevarea endobiopsiei și testele neinvazive serologice sau ureazice respiratorii. **(clasa de recomandare I Ib)**
- Pacienții după perforația ulcerului GD cauzată de AINS, trebuie să întrerupă consumul permanent al preparatelor, dacă este posibil. În cazul când administrarea AINS este necesară, se recomandă combinația unui AINS inhibitor selectiv al ciclooxygenazei 2 (COX-2) în doză minimală eficientă și a unui IPP. **(clasa de recomandare II a)**
- Pacienții cu ulcer duodenal recidivant postoperator, perforații repetate, ulcer refractar la terapia anti-H. Pylori și H2- blocați sau IPP, ulcer postbulbar, anamneză familială de boală ulceroasă trebuie supuși unei evaluări la prezența sindromului Zollinger-Ellison. **(clasa de recomandare II a)**
- Pacienții după suturarea simplă a ulcerului duodenal perforat trebuie supuși unei esofagogastroduodenofibroscopii pentru a evalua vindecarea ulcerului peste 4-6 săptămâni după operație. **(clasa de recomandare I)**
- În prezența riscului de malignizare a ulcerului gastric (în cazul suturării simple a orificiului perforat), esofagogastroduodenofibroscopia de control cu prelevarea endobiopsiei trebuie efectuată peste 4-6 săptămâni după externare. **(clasa de recomandare I)**

Chirurgul.

- Efectuează tratamentul conservator al complicațiilor survenite postoperator în cazul pacienților operați (hematom, serom, supurarea plăgii, durere postoperatorie). **(clasa de recomandare I)**
- Scoate de la evidență pacientul tratat după restabilirea completă. **(clasa de recomandare II a)**

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN

D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	Personal: • Medic de familie. • Asistent medical/asistentă medicală de familie. • Medic în laborator. • Medic chirurg cu competențe în endoscopie (CMF).
	Aparate, utilaj: • Aparat fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop (CMF). • Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și a urinei sumare de urgență.
	Medicamente: • Spasmolitice (<i>Papaverinum</i>, <i>Drotaverinum</i>) • Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010.
D.2. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP	Personal: • Medic de urgență. • Asistent medical/asistentă medicală în urgență • Felcer/felceră.
	Aparate, utilaj: • ECG. • Pulsoximetru. • Glucometru. • Aparat pentru oxigenoterapie. • Ventilator.
	Medicamente • Preparate pentru compensare volemică (<i>cristaloizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. (Ringer) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum</i>) • Preparate antihistaminice (<i>Diphenhydraminum</i>) • Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare (<i>Dopaminum</i>)
D.3. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA	Personal: • Medic chirurg. • Asistent medical/asistentă medicală cu competențe în îngrijiri chirurgicale. • Medic în laborator. • Medic specialist în radiologie și imagistică medicală. • Tehnician radiolog/tehniciană radiologă.

	Aparate, utilaj: • Cabinet radiologic. • Echipament pentru examen radiologic. • USG. • Fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop. • Cabinet endoscopic.
	Medicamente pentru prescriere: • Spasmolitice (<i>Papaverinum</i>, <i>Drotaverinum</i>). • Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi – <i>Sol. Natrii chloridum 0,9%</i>; <i>Sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum (Ringer)</i>)
D.4. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secții de chirurgie)	Personal: • Medic de urgență. • Medic chirurg. • Medic internist. • Medic specialist în anestezie și terapie intensivă. • Medic specialist în radiologie și imagistică medicală. • Medic chirurg cu competențe în endoscopie. • Medic transfuziolog. • Asistent medical/asistentă medicală în anestezie și terapie. • Asistent medical/asistentă medicală în blocul operator. • Asistent medical/asistentă medicală cu competențe în îngrijiri chirurgicale. • Medic în laborator. • Tehnician radiolog/tehniciană radiolog.
	Aparate, utilaj: • Cabinet radiologic. • USG. • CT. • Cabinet endoscopic dotat cu fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop. • Echipament pentru examen radiologic. • Laborator clinic și bacteriologic standard. • Set pentru laparoscopie diagnostică (curativă).
	Medicamente: • Anestezice locale (sol. <i>Lidocainum</i> 10%, 2%). • Spasmolitice (<i>Papaverinum</i>, <i>Drotaverinum</i>). • Preparate prokinetice (<i>Metoclopramidum</i> etc., pentru administrare parenterală).

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotice din grupa cefalosporinelor (<i>Cefuroximum</i>, <i>Ceftazidimum</i> etc., pentru administrare parenterală). • Preparate antibacteriene (<i>Metronidazolum</i>, pentru administrare parenterală). • Preparate antiinflamatorii non-steroidiene (<i>sol. Diclofenacum</i> 3 ml; <i>sup. Diclofenacum</i> 100 mg). • Preparate analgezice neopioide (<i>sol. Dexketoprofenum</i>, <i>sol. Ketoprofenum</i>). • Preparate analgezice opioide (<i>sol. Tramadolium</i> 100 mg, <i>sol. Morphinum</i> 1%-1 ml; <i>sol. Trimeperidinum</i> 2%-1 ml). • H₂-histaminoblocante (<i>Famotidinum</i> etc., pentru administrare enterală). • Inhibitorii pompei protonice (<i>Omeprazolum</i> etc., pentru administrare enterală). • Preparate H1-antihistaminice (<i>Diphenhydraminum</i> etc., pentru administrare parenterală). • Preparate sangvin (plasmă proaspăt congelată, concentrat eritocitar, <i>Albuminum</i> – pentru administrare parenterală). • Soluții coloidale și cristaloide (<i>sol. Natrii chloridum</i> 0,9%; <i>sol. Glucosum</i> 5-10%; <i>sol.</i> pentru administrare parenterală). • Vasodilatatoare (<i>sol. Magensii sulfas</i> 25% etc., pentru administrare parenterală). • Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare (<i>Dopaminum</i>, etc., pentru administrare parenterală). |
|--|--|

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A facilita diagnosticarea precoce a UGDP.	Ponderea pacienților diagnosticați precoce (primele 12 ore de la debut) cu UGDP pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți diagnosticați precoce cu UGDP pe parcursul ultimului an x100.	Numărul total de pacienți diagnosticați cu UGDP pe parcursul ultimului an.
2	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu UGDP..	Ponderea pacienților cu UGDP care au beneficiat de tratament adecvat chirurgical în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ulcerul gastroduodenal perforat la adult</i> , pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu UGDP care au beneficiat de tratament adecvat chirurgical în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ulcerul gastroduodenal perforat la adult</i> , pe parcursul unui an x100.	Numărul total de pacienți cu UGDP care au beneficiat de tratament, pe parcursul unui an.
3	A reduce rata de complicații și de mortalitate prin UGDP.	Ponderea pacienților cu UGDP care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an (%). Rata mortalității prin UGDP pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu UGDP, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x100. Numărul de pacienți decedați prin UGDP pe parcursul ultimului an x 1000	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical pentru UGDP, pe parcursul ultimului an. Numărul total de pacienți operați pentru UGDP pe parcursul ultimului an.

GHIDUL PACIENTULUI CU ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT

CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE ALE ULCERULUI GASTRODUODENAL PERFORAT

Ulcerul cronic este un defect al mucoasei tractului gastrointestinal, care apare și progresează datorită acțiunii conținutului acid al stomacului, bacteriilor specifice (*Helicobacter pylori*), dar și a unor preparate ca aspirina. În timpul acutizării ulcerul poate penetra în totalmente peretele stomacului sau duodenului și duce la perforație – formarea unui orificiu în tractul gastrointestinal. Prin acest defect sucii gastric infectat și alimentele nimeresc în cavitatea abdominală liberă și rapid conduce la inflamație acestea (peritonită), după ce bacteriile în cantități mari pătrund în sânge (sepsis). Perforația ulcerului gastric sau duodenal prezintă un risc major pentru viață, care fără un ajutor medical de urgență, inevitabil duce la deces.

TIPURILE PERFORAȚIEI ULCEROASE

Din punct de vedere anatomic perforația se clasifică în dependență de localizare a ulcerului, deși acest fapt nu influențează manifestările semnelor clinice și nu modifică tratamentul:

- Perforația ulcerului gastric.
- Perforația ulcerului duodenal.

Perforația ulcerului de asemenea poate fi:

- Tipică: în cazul când conținutul gastric unimomentan se revarsă în cavitatea abdominală.
- Atipică sau acoperită: conținutul gastric se acumulează într-un oarecare spațiu închis sau orificiul perforativ se acoperă de sine stătător cu un organ adiacent. În cazurile respective durerea nu este atât de violentă și stabilirea diagnosticului este dificilă.

RĂSPÎNDIREA PERFORAȚIEI ULCERULUI GASTRODUODENAL

Frecvența perforației ulcerului variază semnificativ în dependență de regiunea geografică și constituie 1,5-3%, sau 7-10 cazuri la 100 000 populație pe an. Riscul perforației ulcerului gastroduodenal pe parcursul vieții la pacienții care nu primesc tratament antiulceros adecvat este de aproximativ 10-14%. Perforația de două ori mai frecvent se întâlnește la bărbați decât la femei, și de obicei în decada a șasea a vieții. Ulcerul perforat predominant este localizat în duoden (60%), apoi urmează stomacul (40%).

SIMPTOMELE PERFORAȚIEI ULCERULUI GASTRIC ȘI DUODENAL

Prezența maladiei ulceroase nu înseamnă că pacientul cu siguranță va suporta perforație, dar riscul apariției acestora este mai elevat. De aceea este important să cunoașteți semnele perforației tractului gastrointestinal și când este necesar de adresat după ajutor medical. În caz de perforație a ulcerului pacienții prezintă:

- Durere foarte puternică cu debut brusc care rapid ajunge la intensitate maximă și este permanentă. Durerea acută cu debut brusc, neașteptată, are denumirea de „lovitura de pumnal”.
- Inițial la pacient apare o slăbiciune marcată, determinată de scăderea tensiunii arteriale (stare de șoc), care cu timpul dispare și se instalează o îmbunătățire temporară a stării generale.
- Greața este prezentă întotdeauna, dar voma nu este caracteristică.
- Durere la orice atingere de abdomen.
- Mai târziu odată cu progresarea peritonitei apare balonarea abdomenului și pareza intestinală.
- Febră și frison.

EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ PERFORAȚIE ULCEROASĂ

Deoarece perforația ulcerului este o urgență medicală, diagnosticul se face de obicei rapid. Acesta poate fi efectuat simultan cu tratamentul, astfel încât să nu se piardă timp. Stabilirea diagnosticului poate include:

- Acuzele: medicul vă va întreba detaliat despre durerile în abdomen și alte simptome.

- Anamneza: medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv dacă ați avut vreo afecțiune medicală anterior, în special maladie ulceroasă.
- Examenul fizic: Medicul va efectua un examen fizic pentru a vă verifica pulsul, tensiunea arterială și frecvența respirației. Vă va palpa abdomenul pentru determinarea semnelor perforației, așa ca încordarea musculară și durere accentuată ca răspuns la presiune.
- Măsurarea temperaturii corpului: temperatura ridicată poate sugera prezența infecției, iar temperatura joasă – prezența șocului.
- Analiza sângelui: este necesar de efectuat analiza generală a sângelui și testele funcției rinichilor și a ficatului. Analiza sângelui permite determinarea inflamației. Dacă funcția rinichilor și ficatului este alterată va fi necesar imediat administrarea perfuziilor intravenoase.

Tehnicele imagistice medicale permit medicului să confirme prezența unui ulcer gastric sau duodenal perforat. Acestea includ:

- Radiografia abdomenului: permite determinarea prezenței aerului liber în cavitatea abdominală, ce este un semn incontestabil al perforației tractului gastrointestinal. În cazul unei perforații tipice a ulcerului gastric sau duodenal aceasta este metoda de bază și finală de diagnostic.
- Radiografia cu contrast: dacă radiografia simplă nu indică prezența aerului liber în cavitatea abdominală, vi se propune să beți un pahar cu substanță de contrast și radiografia se repetă. Exteriorizarea contrastului din stomac sau duoden în cavitatea abdominală în cele din urmă confirmă diagnosticul.
- Tomografia computerizată: este o examinare complexă cu utilizarea dozelor mici de radiație, care permite obținerea imaginilor tridimensionale perfecte ale cavității abdominale, care apreciază cu precizie a locului perforației și prezența complicațiilor (peritonită, abces).

Dacă este prezent un set atipic de simptome și imagini radiologice, medicii pot apela la metode suplimentare de diagnostic, ce pot confirma perforația ulcerului. Aceste teste pot include:

- Endoscopia segmentelor superioare ale tractului gastrointestinal: permite vizualizarea esofagului, stomacului și a duodenului dacă apare necesitatea.
- Ultrasonografia cavității abdominale: permite vizualizarea doar a consecințelor perforației, ca lichidul și uneori aerul în cavitatea abdominală. Poate reprezenta o metodă alternativă de diagnostic la femeile însărcinate, când metodele radiologice prezintă un potențial risc.
- Laparoscopia diagnostică: este o operație mică care este efectuată sub anestezie generală. În cavitatea abdominală este introdus un instrument special cu camera de luat vederi și sursă de lumină, cu ajutorul căreia sunt examinate organele interne. Aceasta este metoda diagnostic finală, care este utilizată doar în situații extrem de complicate.

TRATAMENTUL PERFORAȚIEI ULCERULUI GASTRODUODENAL

Tratamentul perforației ulcerului include atât tratament conservativ cât și intervenție chirurgicală.

Tratamentul medicamentos:

- Perfuzia intravenoasă a soluțiilor pentru restabilirea funcțiilor organismului.
- Antibiotice pentru profilaxia și tratamentul infecțiilor.
- Preparate care micșorează aciditatea gastrică.
- Posibil să fie necesară instalarea unei sonde nazogastrale pentru aspirarea conținutului gastric și stoparea revărsării acestuia în cavitatea abdominală. Sonda nazogastrală este un tub lung și subțire care este introdus prin nas și ajunge până în stomac.
- Inițial este necesar de a exclude alimentația și băutul lichidelor.
- Preparate analgezice sunt necesar de administrat la majoritatea pacienților după intervenție chirurgicală.

Pentru lichidarea perforației ulcerului întotdeauna este necesară intervenție chirurgicală de urgență. Operația este efectuată sub anestezie generală prin abord deschis (incizie mediană). În dependență de severitatea și localizarea ulcerului intervenția chirurgicală se reduce la suturarea defectului cu câteva suturi, sau înlăturarea a unei porțiuni din stomac sau duoden împreună cu ulcerul. Întotdeauna în timpul operației este necesară eliminarea lichidului infectat și asanarea cavității abdominale cu soluții sterile. În

majoritatea cazurilor intervenția chirurgicală este efectuată prin incizie deschisă mediană, dar uneori și prin abord laparoscopic.

RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE DUPĂ TRATAMENTUL PERFORAȚIEI ULCEROASE

- Tratamentul chirurgical al perforației rareori influențează funcția digestivă și vă veți simți la fel ca înainte de operație.
- Recuperarea completă după tratamentul chirurgical poate dura câteva săptămâni.
- Mulți oameni care au suportat cu succes tratamentul ulcerului perforativ se însănătoșesc complet.
- Vizitați regulat medicul pentru controlul stării de sănătate, inclusiv endoscopii repetate, micșorând riscul de acutizare a ulcerului și perforații recurente.
- Urmați strict recomandările medicului și regulat administrați medicamentele care vă sunt prescrise.
- Respectați recomandările medicale ce vizează dieta alimentară, nu fumați și limitați utilizarea alcoolului.

PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI

- Dacă suferiți de boală ulceroasă a stomacului sau duodenului, sunteți în grupul de risc să suportați perforația ulcerului.
- Vizitați regulat medicul pentru verificarea stării de sănătate și informați-vă despre oricare simptome noi inclusiv probleme cu digestia sau durere.
- Utilizați preparatele antiinflamatorii nesteroidiene și aspirina, care pot provoca hemoragie, doar la necesitate și sub supravegherea medicului.
- Periodic efectuați endoscopia de control și verificați prezența infecției *Helicobacter pylori*, dacă sunteți în grupul de risc pentru dezvoltarea ulcerului.
- Important este să cunoașteți semnele perforației ulcerului și factorii de risc. Cu aceste cunoștințe puteți avea un rol activ în sănătatea proprie și să ridicați șansele la un tratament de succes.
- Deoarece perforația ulcerului gastroduodenal prezintă un pericol eminent pentru viață, adresați-vă imediat după ajutor medical la apariția unei dureri acute și violente în abdomen. Nu așteptați ca boala să dispară de la sine. Perforația ulcerului practic este imposibil de a fi tratată fără intervenție chirurgicală.

FIȘA STANDARDIZATĂ

pentru auditul medical bazat pe criterii în ulcerul gastroduodenal perforat

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU UGP			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
		9	Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
10	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența anamnezei ulcerose sau gastrice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
PREGĂTIRE PREOPERATORIE			
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ			
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA	
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM ,	

20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM	
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM	
22	Operația efectuată în mod	Urgent	
		Urgent-amânat	
		Programat	
23	Tipul anesteziei	Generală	
EXTERNARE ȘI TRATAMENT			
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)	
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)	
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)	
27	Deces în spital	1 Nu	
		2 Din cauzele atribuite UGDP	
		3 Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate	
		4 Alte cauze neatribuite UGDP	
		9 Nu se cunoaște	

BIBLIOGRAFIE:

1. Bertleff MJ, Halm JA, Bemelman WA, van der Ham AC, van der Harst E, Oei HI, et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. *World J Surg.* 2009;33(7):1368-1373.
2. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg.* 2010;27(3):161-169.
3. Boey J, Choi SK, Poon A, Alagaratnam TT. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. A prospective validation of predictive factors. *Ann Surg.* 1987;205(1):22-26.
4. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer – an update. *World J Gastrointest Surg.* 2017;9(1):1-12.
5. Di Saverio S, Bassi M, Smerieri N, Masetti M, Ferrara F, Fabbri C, et al. Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2014;9:45.
6. Guțu E., Guzun V, Iacob V, Guțu S. Ulcerul gastroduodenal perforat la adult. În: *Protocoale Clinice Naționale actuale referitoare la patologia chirurgicală abdominală acută*. Chișinău: Tipografia Centrală; 2021:199-246.
7. Johnson HD. Gastric ulcer: classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis. *Ann Surg.* 1965;162:996-1004.
8. Königer J, Böttinger P, Redecke J, Butters M. Laparoscopic repair of perforated gastroduodenal ulcer by running suture. *Langenbecks Arch Surg.* 2004;389(1):11-16.
9. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion.* 2011;84(2):102-113.
10. Lunevicius R, Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2005;92(10):1195-1207.
11. Mazuski JE, Tessier JM, May AK, Sawyer RG, Nadler EP, Rosengart MR, et al. The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection. *Surg Infect (Larchmt).* 2017;18(1):1-76.
12. Sartelli M, Viale P, Catena F, Ansaloni L, Moore E, Malangoni M, et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg.* 2013;8(1):3.
13. Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, Itoh T, Kato M, Kamada T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. *J Gastroenterol.* 2016;51(3):177-194.
14. Schein M. Perforated peptic ulcer. In: Schein M, Rogers PN, eds. *Schein's common sense emergency abdominal surgery*. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2005:143-150.
15. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJ, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50(2):133-164.
16. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10000):1288-1298.
17. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2014;101(1):51-64.
18. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020 Jan 7;15:3.
19. Târcoveanu E. Ulcerul gastro-duodenal perforat. In: Maloman E, red. *Chirurgia abdominală de urgență*. Chișinău: Editura Răzeșu; 2009: 94-107.
20. Tavakkolizadeh A, Ashley SW. Operations for peptic ulcer. In: Yeo CJ, McFadden DW, eds. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. Vol. I. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013:701-719.