

Aprobat

Se

Oleg G



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineț

ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT LA ADULT

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI – 333

Edineț 2024

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ

O R D I N

Nr. 87.

“ 30 ” 12 2024

*“Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.965 din 04.12.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
“Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II,
în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.965 din 04.12.2024 „Cu privire la aprobarea *Protocolului Clinic Național “Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II*, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

O R D O N :

1. De implimentat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național *“Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II*,
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național *“Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II*, în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național *“Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II*,
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN *“Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II*, în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț



Lutan Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

04 decembrie 2024

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. 964

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul de Medicină Urgentă, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.883 din 11.07.2018 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
Institutul de Medicină Urgentă	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	7
A.1. Diagnosticul: Ulcerul gastroduodenal perforat (UGDP).....	7
A.2. Codul bolii (CIM 10):	7
A.3. Utilizatorii:	8
A.4. Obiectivele protocolului:	8
A.5. Data elaborării protocolului: 2018	9
A.6. Data revizuirii protocolului: 2024	9
A.7. Data următoarei revizuirii: 2029	9
B. PARTEA GENERALĂ.....	12
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	14
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	27
GHIDUL PACIENTULUI CU ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT	30

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 intraabdominale crescute și hipercarbiei datorate insuflării de CO₂ în timpul laparoscopiei sunt bine cunoscute (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) 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 procedeului chirurgical 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 stenoizarea locului suturării. 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 procedeului chirurgical 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, patologiei 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	Asistența medicală de urgență
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AMS	Asistența 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	<i>Helicobacter pylori</i>
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
TPPA	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

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-333 “Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II**, și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Șcerbatiuc Olga – Medic de familie;

Slivciuc Ala – Medic de familie;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: **Decembrie** (Aprobat prin Ordinul directorului 87 din 30.12.2024)
în baza:

- PCN-333 “*Ulcerul gastroduodenal perforat la adult*”, *ediția II*, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.965 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național “*Ulcerul gastroduodenal perforat la adult*”, ediția II.

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):

- Píloric
- 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
- Postpíloric

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):

- Anastomotíc
- 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 AMP (medici de familie și asistentele medicilor de familie)

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. 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 antisecretorii 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 cavităar, cum ar fi stomacul sau duodenul.

Cu toate acestea, nu toate cazurile de pneumoperitoneu 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.9. 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 pațienți nu supraviețuiesc.

A.10. 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

<i>Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)</i>		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia UGD.	- 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/Obligatoriu: - Profilaxia UGD - Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului și examinări programate obligatorii, informarea privind complicațiile posibile. - Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului necesar).
2. Diagnosticul. 2.1. Suspectarea diagnosticului de UGD.	Acuzele, anamneza, examenul obiectiv și de laborator permite suspectarea UGD în majoritatea cazurilor.	Standard/Obligatoriu: - Evaluarea factorilor de risc - Evaluarea stării generale a pacientului. - Acuzele și anamneza. - Examenul obiectiv . - Examen de laborator. - Diagnosticul diferențial. - La orice suspexie de UGD, se efectuează urgent examinările paraclinice în ambulator.
3. Decizia. Consultația specialiștilor și/sau spitalizarea.	Consultul medicului chirurg permite confirmarea diagnosticului de UGD.	Standard/Obligatoriu: La suspexia UGD este indicată internarea în regim de urgență în instituție medicală cu secție chirurgicală specializată

4. Tratamentul. 4.1. Tratament simptomatic.	• Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale. • Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.	Standard/Obligatoriu: • Tratamentul se va efectua doar în condiții de staționar. • Criteriile de spitalizare .
5. Supravegherea.	• Supraveghere după tratamentul operator al pacienților externați la domiciliu. • Esofagoduodenofibroscopia 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/Obligatoriu: • Supravegherea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit.

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat.

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.

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, dispăre peristaltismul. (*clasa de recomandare I*)

C.2.4.1. Manifestările clinice.

C.2.4.1.1 Anamneza.

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.

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.

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 dispare 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.

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.2.4.3.2. Investigațiile paraclinice.

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu UGDP.

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru UGDP	Caracterul
Numărătoarea leucocitelor. (<i>clasa de recomandare I</i>)	Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezența unui proces inflamator sau peritonită bacteriană.	O
Numărătoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul. (<i>clasa de recomandare I</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. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.	O	
Dozarea amilazei pancreatice în serul sanguin și urină. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Permite diferențierea de pancreatita acută. UGDP se poate asocia cu amilază serică crescută, dar nu la nivel foarte înalt, cum este în cazul pancreatitei.	O	
Determinarea parametrilor biochimici (dozarea proteinei totale, ureei, creatininei, glucozei, AST, ALT și bilirubinei, indexul protrombinic, fibrinogenul). <i>(clasa de recomandare IIa)</i>	Evaluarea stării ficatului pentru determinarea patologiilor concomitente cu afecțiune hepatică ce poate provoca complicații intraoperatorii. Creatinina și ureea crescute reflectă sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS).	O	
Analiza generală a urinei. <i>(clasa de recomandare IIa)</i>	Denotă prezența unei patologii renale asociate sau disfuncției renale.	O	
Electrocardiografia în stare de repaos (ECG). <i>(clasa de recomandare I)</i>	Poate evidenția schimbările în caz de patologie a sistemului cardiovascular.	O	
Determinarea echilibrului acido-bazic. <i>(clasa de recomandare IIb)</i>	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. <i>(clasa de recomandare IIb)</i>	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.		R
Radiografia panoramică a cavității abdominale în ortostatism. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Se efectuează pentru depistarea aerului liber în cavitatea abdominală subdiafragmal. Aerul liber sub diafragmă la radiografie indică perforația organului cavitat, și în asociere cu anamneza și datele examinării obiective respective, este suficient pentru a justifica intervenția chirurgicală ulterioară.	O	

Radiografia panoramică a cavității abdominale în decubit lateral. <i>(clasa de recomandare IIa)</i>	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. <i>(clasa de recomandare IIb)</i>	Poate fi util în cazul, când pneumoperitoneul nu se evidențiază, dar perforația ulcerului GD încă este suspectată.		R
Pneumogastrografia. <i>(clasa de recomandare IIb)</i>	Se efectuează, când sunt prezente manifestările clinice specifice UGDP, dar pneumoperitoneul la examenul radiologic panoramic lipsește.		R
Tomografia computerizată (CT) abdominală. <i>(clasa de recomandare IIa)</i>	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 diagnostică a scanării CT în cazul UGDP este 98%.		R
Ecografia (USG) organelor abdominale. <i>(clasa de recomandare III)</i>	Stabilește prezența lichidului liber în cavitatea abdominală, însă nu permite vizualizarea aerului liber, sediul leziunii ulceroase și orificiului perforativ.		R
Video- sau esofagogastroduodenofibroscopie. <i>(clasa de recomandare III)</i>	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		R

	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.		
Laparoscopia diagnostică. (<i>clasa de recomandare IIa</i>)	Permite determinarea diagnosticului în cazuri dubioase sau incerte (5%).		R

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial.

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” (consumător 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 formațiune pseudotumorală 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 epigastriu 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.2.8. Profilaxia și recomandări.

Profilaxia.

Prevenirea ulcerului gastroduodenal perforat cuprinde:

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

C.2.9. Supravegherea pacienților.

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 IIb*)
- 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 IIb*)
- 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 IIb*)
- 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 ciclooxigenazei 2 (COX-2) în doză minimală eficientă și a unui IPP. (*clasa de recomandare IIa*)
- Pacienții cu ulcer duodenal recidivant postoperator, perforații repetate, ulcer refractar la terapia anti-H. Pylori și H₂- blocanți sau IPP, ulcer postbulbar, anamneză familială de boală ulceroasă trebuie supuși unei evaluări la prezența sindromului Zollinger-Ellison. (*clasa de recomandare IIa*)
- 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 IIa*)

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

<i>Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP</i>	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, 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.

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.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația chirurg	IMSP SR Edineț	Cab.210, Cab.214
Consultația gastrolog	IMSP SR Edineț	Cab.303
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactare telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterea) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcerea, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

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 sucul 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 maladie 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 maladia 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	