

Complexul terapeutic dat permite controlul eficient al hemoragiei variceale [10].

Orice înrăutățire clinică la pacienții cu ciroză hepatică și complicațiile ei este, de regulă, consecința asocierii unor complicații secundare mascate ale hipertensiunii portale cirogene, cum ar fi *tromboza portală asimptomatică*, care agravează mult evoluția naturală a maladiei hepatice. Cunoașterea acestor aspecte patogenetice ale complicațiilor cirozei hepatice permite depășirea dificultăților de diagnostic și evitarea erorilor banale în conduita clinică, ducând la ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical al bolnavului cirotic.

Hemoragiile incontroabile eroziv-ulceroase pe fundalul gastropatiilor severe vor necesita intervenții decongestive de devascularizare gastroesofageală în regim de urgență.

Bibliografie

1. Afessa B., Kubihis P.S. *Upper gastrointestinal bleeding in patients with hepatic cirrhosis: Clinical course and mortality prediction*. In: Amer. J. Gastroenter., nr. 95 (2), 2000, p. 484-489.
2. Binmoeller K.F., Borsato K. *Variceal bleeding and portal hypertension*. In: Endoscopy, nr. 32(3), 2000, p. 189-199.
3. Bosch J., Abraldes J.G. *Variceal bleeding: pharmacological therapy*. In: Dig. Dis., 2005; nr. 23, p. 18-29.
4. Chalasani N., Kahi C., Francois F. et al. *Improved patient survival after acute variceal bleeding: a multicenter, cohort study*. In: Am. J. Gastroenterol., 2003; nr. 98, p. 653.
5. DeFranchis R. *Updating consensus in portal hypertension: Report of the Baveno III consensus workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension*. In: J. Hepatol., 2000; nr. 33, p. 846-852.
6. Del Olmo J.A., Pena A., Serra M.A. et al. *Prediction of morbidity and mortality after the first episode of upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis*. In: J. Hepatology, nr. 32(1), 2000, p. 19-24.
7. Garcia-Tsai G., Sanyal A.J., Grace N., Carey W.D: Practice Guidelines Committee of American Association for Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology: *Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis*. In: Hepatology, 2007; nr. 46(3), p. 922-938.
8. Gow P.J., Chapman R.W. *Modern treatment of oesophageal varices*. In: Postgrad. Medical Journal, nr. 77(904), 2001, p. 75-81.
9. Hou M.C., Lin H.C., Liu T.T. et al. *Antibiotic prophylaxis after endoscopic therapy prevents rebleeding in acute variceal hemorrhage: a randomized trial*. In: Hepatology, 2004; nr. 39, p. 746.
10. Hwang J.H., Shergill A.K., Acosta R.D. et al. *The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage*. In: Gastrointest. Endosc., 2014; nr. 80, p. 221.
11. Lo G.H., Chen W.C., Chen M.H., et al. *Endoscopic ligation vs. nadolol in the prevention of first variceal bleeding in patients with cirrhosis*. In: Gastrointest. Endosc., 2004; nr. 59, p. 333-338.
12. Luketic V.A., Sanyal A.J. *Esophageal varices I: Clinical presentation, medical therapy, and endoscopic therapy*. In: Gastroenterology Clinics of North America, 29(2), 2000, p. 337-385.
13. Merkel C., Zoli M., Siringo S. et al. *Prognostic indicators of risk for first variceal bleeding in cirrhosis: A multicenter study in 711 pts. to validate or improve the North Italian Endoscopic club (NIEC) index*. In: Amer. J. Gastroenterol., nr. 95(10), 2000, p. 2915-2920.
14. Négrier C., Lienhart A. *Overall experience with Novo-Seven*. In: Blood Coagul. Fibrinolysis, 2000; nr. 11, Suppl 1, p. S19.
15. Sharara A.I., Rockey D.C. *Gastroesophageal variceal hemorrhage*. In: N. Engl. J. Med., 2001; nr. 345(9), p. 669-681.
16. Shami V.M., Hespeneheide E.E., Macik B.G., et al. *Recombinant activated factor VII in fulminant liver failure: Complete but transient correction of the coagulopathy (abstract)*. In: Hepatology, 2000; nr. 32, p. 397A.
17. Spiegel B.M., Targownik L., Dulai G.S., Karsan H.A., Gralnek I.M. *Endoscopic screening for esophageal varices in cirrhosis: Is it ever cost effective?* In: Hepatology, 2003; nr. 37, p. 366-377

Gheorghe Anghelici, dr. hab. șt. med.,
șef Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă,
Catedra Chirurgie nr. 2, USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 495559; mob. 069139088
E-mail: gh_anghelici@yahoo.com

CHIRURGIA LAPAROSCOPICĂ A TUMORILOR OVARIENE BENIGNE

Elena DOCHIȚAN,
IMSP SCM Sfânta Treime

Summary

Laparoscopic surgery of benign ovarian tumors

The advantages of laparoscopy are superior to traditional surgery: reduced postoperative pain, less immunobiologic aggression, rapid postoperative recovery and the best result with rapid social reinsertion. Young patients receive the highest degree of contribution of minimally invasive surgery because the laparoscopic intervention obtain optimal ovarian functional outcomes. Fair and rigorous collection of cases (patient age, sonographic characteristics of adnexal mass) to be attributed to this type of surgery, leading to a successful laparoscopic surgery.

Keywords: ovarian cyst, laparoscopic surgery, ovarian capsule

Резюме

Лапароскопическая хирургия доброкачественных опухолей яичников

Благодаря своим преимуществам, лапароскопия намного превосходит классические хирургические

методы: менее выраженная боль после операции, меньшая иммунобиологическая агрессия, быстрое восстановление после операции, лучший эстетический результат с быстрой социальной реабилитацией. Молодые пациентки получают самые большие преимущества при малоинвазивной хирургии, так как при лапароскопических вмешательствах самый оптимальный прогноз функции яичников. Правильный и строгий отбор пациенток (возраст, эхографические характеристики придатков) которые подходят для такого типа операций обеспечивают успех лапароскопическим оперативным вмешательствам.

Ключевые слова: киста яичника, лапароскопическая хирургия, капсула яичника

Introducere

Formațiunile chistice ovariene sunt încadrate în cea mai frecventă patologie ovariană la pacientele aflate în perioada reproductivă, ce necesită tratament chirurgical. În general, tumorile ovariene pot ridica mai multe probleme din punctul de vedere al tacticii, spre exemplu – dacă tehnica minim invazivă a schimbat în ultimii ani managementul terapeutic al formațiunilor tumorale ovariene, încât astăzi poate fi considerată opțiunea de elecțiune, standardizată, preferată de marea majoritate a pacientelor informate [1, 2].

Scopul studiului a fost analiza particularităților actului chirurgical laparoscopic în cazul a 13 paciente care au beneficiat de chirurgie laparoscopică pentru tratamentul tumorilor ovariene în Spitalul Clinic Municipal *Sfânta Treime*.

Material și metode

În perioada 2014–2015, în Spitalul Clinic Municipal *Sfânta Treime* au fost operate laparoscopic 13 paciente diagnosticate cu tumori ovariene. Pacientele au fost informate cu privire la tipul de anestezie, tipul intervenției chirurgicale și riscurile acestora (complicații intraoperatorii, probleme postoperatorii) și au semnat consimțământul informat de participare în studiu. Acestea au fost evaluate preoperatoriu prin anamneză, examen clinic, ecografie transvaginală, teste biochimice și hematologice [3, 4].

Fiecare intervenție chirurgicală laparoscopică a fost precedată de pregătirea preoperatorie a pacientei (evacuarea tubului digestiv, cateterizarea vezicii urinare). Indicațiile chirurgicale pentru chisturile funcționale au inclus persistența formațiunii de până la 8 cm fără regresie după 6-8 săptămâni [5]. În cadrul intervențiilor au fost respectate etapele standardizate privind tumorile ovariene benigne: inspecția pelvisului și a cavității abdominale, explorarea întregii cavități abdominale, a diafragmei, suprafeței ficatului, a epilonului și colonului, a seroasei peritoneale [6, 7].

Etapă inițială a fost aspirația conținutului chistului, cu inspectarea interiorului capsulei, după care a fost practică chistectomia cu îndepărtarea acesteia în întregime. Chistectomia ovariană în cazurile noastre a întrunit îndepărtarea în totalitate a tunicii chistului. Următoarea etapă a urmat lizarea aderențelor contractate între ovar, ansele intestinale, uter și pereții pelvieni, apoi a fost deschis peretele chistului cu inspectarea suprafeței interne [8]. Desprinderea capsulei de țesutul ovarian restant a fost controlată la hemostază cu pensa bipolară, marginile ovariene fiind lăsate să se apropie fără sutură. Capsula ovariană a fost evacuată din abdomen cu ajutorul unui container, mai ales în cazul chisturilor dermoide [9].

Rezultate obținute

Chistectomia laparoscopică este tehnica de elecțiune în cazul chisturilor ovariene funcționale sau organice benigne, la paciente cu vârsta sub 45 de ani sau la cele cu chisturi dermoide, ce doresc prezervarea fertilității. Complicații postoperatorii timpurii și tardive nu s-au înregistrat. În toate cazurile, intervenția laparoscopică a fost finalizată, fără tentativă de conversie. Intervenția a durat în medie 46 de minute. Durata spitalizării a fost de 2-4 zile, cu revenirea socială peste 10 zile. Durerea postoperatorie în chirurgia laparoscopică a abdomenului inferior a fost de intensitate mica-medie, gradul I spre II, după clasificarea OMS.

Discuții și concluzii

Avantajele laparoscopiei sunt net superioare chirurgiei clasice: durere postoperatorie redusă, agresivitate imunologică mai mică, refacere postoperatorie rapidă, rezultat estetic mai bun cu resocializare rapidă.

Pacientele tinere beneficiază pe deplin de aportul chirurgiei minim invazive, deoarece prin intervențiile laparoscopice se obține un prognostic funcțional ovarian optim. Selectarea corectă și riguroasă a cazurilor (vârsta pacientei, caracteristicile ecografice ale masei anexiale) care se atribuie acestui tip de chirurgie conduce la succesul intervențiilor chirurgicale laparoscopice.

Bibliografie

1. Nezhat C., Nezhat F., Nezhat C. *Nezhat's Operative Gynecologic Laparoscopy and Hysteroscopy*. Cambridge University Press, 2008; p. 179-198.
2. Munteanu I. *Chirurgia endoscopică în ginecologie*. Timișoara: Ed. Academiei Române, 2008, p. 303-355.
3. Pfeifer S.M., Gosman G.G. *Evaluation of adnexal masses in adolescents*. In: *Pediatr. Clin. North Am.*, 1999; nr. 46(3), p. 573-592.
4. Lupașcu I., David C., Rusu E., Pânzaru C. *Criterii de securitate în chirurgia laparoscopică*. In: *Obstetrica și Ginecologia*, 2000; nr. 3, p. 197-200.

5. Mettler L., Semm K., Shive K. *Endoscopic management of adnexal masses*. In: J. Soc. Laparoendosc. Surg., 1997; nr. 1, p. 103-112.
6. David C. *Actualități în diagnosticul și tratamentul maselor anexiale*. Teză de doctorat. UMF, Iași, 2008.
7. Târcoveanu E. *Elemente de chirurgie laparoscopică*. Vol II. Iași: Ed. Polirom; 1998.
8. Mettler L. *Manual of Laparoscopic and Hysteroscopic Gynecological Surgery*. New Delhi: Jaypee Brothers, 2006.
9. Ionescu C. *Elemente de laparoscopie în patologia ginecologică benignă*. București: Ed. National, 2009; p. 165-181.

Elena Dochitan, medic obstetrician-ginecolog,
IMSP SCM Sfânta Treime
Tel.: 022 44 63 19; mob.: 068 07 87 77
E-mail: cosm_elena@mail.ru

EXPERIENȚĂ DE CHIRURGIE LAPAROSCOPICĂ ÎN HIDATIDOZA HEPATICĂ

Gheorghe STRAJESCU,
IMSP SCM Sfânta Treime,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The experience of laparoscopic surgery in liver hydatidosis

Laparoscopic surgery of liver echinococcosis becomes more prevalent than classic one. Reducing of operational trauma, duration of hospitalization days, reduction in healthcare costs of these patients, reducing postoperative complications, cosmetic comfort of abdominal wall, increasingly requires indication to endoscopic intervention. Widening indications for laparoscopic surgery for large cysts, with generations and complications takes place every day in our clinic. Classic approach in liver hydatidosis remains in reserve and used practically only in conversion.

Keywords: *laparoscopic surgery, approach, hydatidosis, residual cavity*

Резюме

Опыт лапароскопической хирургии при эхинококкозе печени

Лапароскопические операции при эхинококкозе печени становятся более распространёнными, чем классические. Уменьшение операционной травмы, длительности госпитализации, снижение расходов на медицинскую помощь этим больным, снижение количества послеоперационных осложнений, косметический комфорт со стороны брюшной стенки всё больше приводят к показаниям к эндоскопическому оперативному вмешательству. Расширение показаний к лапароскопической

операции при больших, с дочерними и осложнениями кистах, имеет место в нашей клинике каждый день. Классический метод доступа при эхинококкозе печени остаётся в резерве и применяется практически только при конверсии.

Ключевые слова: *лапароскопическая хирургия, доступ, эхинококкоз, остаточная полость*

Introducere

În secolul XXI, în chirurgia abdominală se impun tot mai mult noile metode minim invazive [6]. Aceste metode își au manifestare și în clinica noastră, mai cu seamă în chirurgia ficatului [1, 6]. Metoda de chirurgie laparoscopică a hidatidozei hepatice își lărgeste indicațiile de la o zi la alta, implementând noi tehnici chirurgicale și eradicând formațiuni hidatice hepatice de la cele mai simple până la cele mai complicate. Aprecierea priorităților chirurgiei minim invazive (laparoscopice) în comparație cu chirurgia clasică (laparotomică) în hidatidoza hepatică a fost scopul acestei lucrări.

Material și metode

În cadrul studiului au fost analizate 138 de cazuri – bolnavi operați pentru hidatidoză hepatică în perioada 2006–2015. Acest lot a fost divizat în două grupuri: 69 de bolnavi operați pe cale laparoscopică și alți 69 operați pe cale laparotomică. Din ei, 81 erau bărbați și 57 – femei. Vârsta bolnavilor a variat între 19 și 58 de ani.

Selectarea pacienților a fost efectuată după următoarele criterii: vârsta nu mai mare de 60 de ani; lipsa patologiei concomitente severe; lipsa obezității; chisturi hidatice hepatice viabile uniloculare (fără generații); diametrul chistului până la 10 cm în diametru; localizarea corticală a chistului [2, 3].

În lotul bolnavilor operați pe cale laparoscopică (69) au fost operate chisturi cu următoarea localizare: segmentul II – 11 chisturi; segmentele IV-V – 15; segmentul VI – 22; segmentul VII – 12 chisturi; segmentul VIII – 9 chisturi.

Tratamentul chirurgical laparoscopic a fost îndreptat spre perichistectomie în cazurile cu localizare preponderent corticală – 33 cazuri [4]; chistectomie deschisă (operația Lagrot), urmată de omentoplastia cavității reziduale hepatice cu drenaj – 24 cazuri [5]; chistectomie deschisă, urmată de capitonajul cavității reziduale hepatice cu drenaj – 12 cazuri.

În lotul bolnavilor operați pe cale laparotomică (69) au fost operate chisturi cu următoarea localizare: segmentul II – 2 chisturi; segmentul IV – 8; segmentul VI – 5 chisturi; segmentul VII – 31; segmentul VIII – 23 chisturi. Abordul laparotomic a fost următorul: laparotomie subcostală din dreapta – 59 cazuri; laparotomie xifoombilicală – 10 cazuri. Tehnica chirurgicală