

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

laparotomică a fost: perichistectomie – 29 cazuri; chistectomie deschisă (operația Lagrot) cu drenaj simplu – 17 cazuri; chistectomie deschisă, urmată de omentoplastia cavității reziduale hepatice cu drenaj – 13; capitonajul cavității reziduale hepatice cu drenaj – 12 cazuri.

Rezultate obținute

Durata intervențiilor chirurgicale laparoscopice a fost de 30-95 de minute; durata celor laparotomice – 70-175 de minute. Au fost înregistrate trei complicații (biliragie): două cazuri în lotul bolnavilor operați endoscopic și un caz în celălalt lot. Cazurile de complicații au fost rezolvate prin efectuarea papilosfincterotomiei endoscopice. Durata spitalizării în lotul operațiilor endoscopice – 4-8 zile, în lotul operațiilor laparotomice – 7-14 zile.

Discuții și concluzii

Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic hepatic are prevalență față de cea clasică. Micșorarea traumei operatorii, a duratei de spitalizare, reducerea cheltuielilor în asistența medicală a acestor bolnavi, diminuarea complicațiilor postoperatorii, confortul cosmetic al peretelui abdominal impun tot mai mult indicația către intervenția endoscopică.

Indicațiile operatorii laparoscopice în caz de chisturi mari, cu generații, complicate se largesc pe zi ce trece în clinica noastră. Metoda de abord clasic în hidatidoza hepatică rămâne una de rezervă și este utilizată practic în converseie.

Bibliografie

1. Eckert Johannes, Peter Deplazes. *Biological, Epidemiological, and Clinical Aspects of Echinococcosis, a Zoonosis of Increasing Concern*. In: Clinical Microbiology Reviews, 2004, nr. 17(1), p. 107-135.
2. da Silva A.M. *Hydatid cyst of the liver/criteria for the selection of appropriate treatment*. In: Acta Tropica, 2003; nr. 85, p. 237-242.
3. Dawson J.L., Stamatakis J.D., Stringer M.D., et al. *Surgical treatment of hepatic hydatid disease*. In: Br. J. Surg., 1988; nr. 75, p. 946-950.
4. Burlui D., Roșca M. *The surgery of hepatic hydatid cyst*. București: Ed. Medicală, 1977.
5. Ghelase F., Georgescu I., Nemeș R. *Chirurgie generală*. 1999, București: Ed. Did. și Pedag., p. 291-308.
6. Eckert J. *WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern*. Paris: World Organisation for Animal Health; 2001, p. 20-72.

7

Gheorghe Strajescu, dr. șt. med., conf. univ.,
Catedra Chirurgie nr. 2,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 49 20 83; mob.: 069 92 14 69
E-mail: jochir@mail.ru

NEFRECTOMIE BILATERALĂ TRANSABDOMINALĂ. CAZ CLINIC

**Gheorghe STRĂJESCU^{1,2}, Boris SASU¹,
Lilia ȚÎGANCIUC¹, Cornelia GUȚU-BAHOV¹,
Vladimir CARAION¹, Artur IEȘEANU¹,**
¹IMSP SCM Sfânta Treime,
²USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Transabdominal bilateral nephrectomy. Case report

Transabdominal nephrectomy is a complicated operation due to compression of the abdominal organs and renal vascular foot by the kidney. For this reason, it is necessary to puncture the largest renal cysts for decompression. Thus, it is much easier to mobilize muscle arterio-venous beam with ligation and sectioning. The surgeon, who will perform such surgery, will need perfect knowledge of the anatomy of the abdomen because in such cases there is a considerable deviation of anatomic structures, which can create fatal errors in surgical technique.

Keywords: *nephrectomy, renal compression, polycystic kidney*

Резюме

Двухсторонняя трансабдоминальная нефрэктомия. Клинический случай

Трансабдоминальная нефрэктомия является сложной операцией из-за сдавливания почкой других внутрибрюшных органов и сосудистой ножки почки. Поэтому, необходимо пунктировать самые большие кисты почки для уменьшения сдавливания. Таким образом, намного легче мобилизовать сосудистый артериовенозный пучок с его перевязкой и рассечением. Хирург, который будет проводить такое оперативное вмешательство, должен безукоризненно знать анатомию брюшной полости, так как в таких случаях имеет место значительное отклонение анатомических структур, что может привести к фатальным ошибкам в оперативной технике.

Ключевые слова: *нефрэктомия, почечное сдавливание, поликистоз почки*

Introducere

Nefrectomia transabdominală este considerată o alternativă a nefrectomiei lombare [1, 2]. De regulă, ea este necesară doar în cazuri rare, atunci când patologia renală este avansată, determinată de mărirea excesivă a rinichiului în volum (polichistoză, pionefroză, calculi coraliformi) sau intervenții repetate la rinichi prin abord lombar, unde persistă un proces aderențial avansat [3].