

*Revistă medicală  
științifico-practică*

# Medica

**Revista oficială  
a Asociației chirurgilor  
„Nicolae Anestiadi”  
din Republica Moldova**

Redactor șef:

**Vladimir HOTINEANU**

Director publicație:

**Oleg CONȚU**

Redactor coordonator:

**Alexandru FERDOHLEB**

Secretar de redacție:

**Eduard BERNAZ**

Redactor versiune on-line:

**Igor ȘTEFANEȚ**

**Fondator:**

P.P. „Arta Medica”, înregistrată la  
Ministerul Justiției al Republicii Moldova  
la 02.12.2002, nr. 123

**Adresa redacției:**

MD-2025, Chișinău, str. N. Testemițanu 29,  
Spitalul Clinic Republican, et. 12

**Versiunea electronică:**

<http://www.artamedica.md>  
e-mail: [info@artamedica.md](mailto:info@artamedica.md)

**Redactare:**

BERLIZZO GROUP

**Relații la telefon:**

Redactor șef: 72-92-47

Secretar de redacție: 0-6978-7700

Redactor coordonator: 0-7940-1361

Director publicație: 20-55-22; 0-7943-4240

Tirajul ediției 550 ex.

Revista apare o dată în 3 luni

**Tipar executat la** „Tipografia Sirius” S.R.L.

MD-2012, Chișinău, str. A. Lăpușeanu, 2  
tel./fax (37322) 23-23-52

**Index de abonament**

“Poșta Moldovei”: 31739

## MATERIALELE

CELUI DE-AL XI-LEA CONGRES  
AL ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR  
„NICOLAE ANESTIADI”  
DIN REPUBLICA MOLDOVA  
ȘI CELEI DE-A XXXIII-A REUNIUNI  
A CHIRURGILOR DIN MOLDOVA  
„IACOMI-RĂZEȘU”

27-30

SEPTEMBRIE

2011



**PREȘEDINȚI DE ONOARE AI CONGRESULUI**

Academician al AȘ RM, Prof.Dr. Gheorghe Ghidirim  
Membru al Academiei Oamenilor de Știință din România, Dr. Virgil Răzeșu

**PREȘEDINTELE CONGRESULUI**

Profesor Universitar, Doctor habilitat în Medicină Nicolae Gladun

**MEMBRII COMITETULUI ȘTIINȚIFIC**

Prof.Dr. Om emerit Pavel Bitcă	Prof.Dr. Gheorghe Țăbârnă
Academician al AȘ RM Eva Gudumac	Conf. Dr. Romeo Șcerbina
Prof.Dr. Om emerit Eugen Maloman	Prof.Dr. Victor Strat
Prof.Dr. Om emerit Vladimir Hotineanu	Prof.Dr. Ioan Costea
Prof.Dr. Anatol Ciubotaru	Prof.Dr. Mihai Radu Diaconescu
Prof.Dr. Valeriu Djuogostran	Prof.Dr. Corneliu Diaconu
Prof.Dr. Gheorghe Anghelici	Prof.Dr. Cristian Dragomir
Prof.Dr. Eugen Guțu	Prof.Dr. Stefan Georgescu
Prof.Dr. Gheorghe Rojnoveanu	Dr Iosif Koszeghi
Prof.Dr. Igor Mișin	Conf. Dr. Sorinel Lunca
Prof.Dr. Alin Bour	Prof.Dr. Viorel Scripcariu
Conf.Dr. Ghenadie Conțu	Prof.Dr. Vasile Sârbu
Conf.Dr. Vitalie Moscalu	Prof. Dr. Eugen Tarcoveanu
Prof.Dr. Nicolae Ghidirim	

**MEMBRII COMITETULUI ORGANIZATORIC**

Conf.Dr. Oleg Conțu  
Conf.Dr. Eduard Bernaz  
Conf.Dr. Sergiu Ungureanu  
Conf.Dr. Alexandru Ferdohleb  
Conf.Dr. Ion Balica  
Dr. Natalia Șipitco  
Dr. Cornel Lepădatu  
Igor Maxim  
Ruslan Cemârtan  
Eugen Rusu  
Vadim Iachim  
Sergiu Rusu  
Alexandru Toma

## CUPRINS

CHIRURGIA CAILOR BILIARE ..... <i>A1-A19</i>	4-16
CHIRURGIA CARDIO-VASCULARA ..... <i>B20-B51</i>	17-37
CHIRURGIA FICATULUI ȘI SPLINEI ..... <i>C52-C72</i>	38-50
CHIRURGIA INTESTINULUI SUBTIRE ȘI COLONULUI ..... <i>D73-D85</i>	51-58
CHIRURGIA ONCOLOGICA ..... <i>E86 -E112</i>	59-73
CHIRURGIA PANCREASULUI ..... <i>F113-F131</i>	74-85
CHIRURGIA PEDIATRICA ..... <i>G132-G143</i>	86-93
CHIRURGIA PERETELUI ABDOMINAL ..... <i>H144-H156</i>	94-101
CHIRURGIA PLASTICA ..... <i>I157 -I171</i>	102-109
CHIRURGIA STOMACULUI SI DUODENULUI ..... <i>J172- J181</i>	110-116
CHIRURGIA TORACELUI SI ESOFAGULUI ..... <i>K182-K198</i>	117-127
CHIRURGIA VIDEOASISTATA SI MINIINVAZIVA ..... <i>L200-L211</i>	128-134
INFECTIA CHIRURGICALA ..... <i>M212-M223</i>	135-142
URGENTE CHIRURGICALE ..... <i>N224-N247</i>	143-157
VARIA ..... <i>O248 -O277</i>	158-175
INDEX.....	177-180

## CHIRURGIA CAILOR BILIARE

### A1

#### TACTICA CHIRURGICALĂ CONTEMPORANĂ ÎN SINDROMUL MIRIZZI

Hotineanu V., Hotineanu A., Ferdohleb A.

*Catedra 2 Chirurgie USMF „N.Testemițanu”*

Scopul studiului a fost optimizarea tratamentului chirurgical al fistulelor colecisto-coledociene (Sindromului Mirizzi). Materiale și metode. Pe parcursul anilor 1990-2010 în Clinica 2 Chirurgie au fost tratați 44(0.27%) pacienți cu Sindromul Mirizzi dintr-un lot total de 16346 cazuri de colecistită calculoasă. Algoritmul diagnostic includea câteva etape consecutive: I etapă - testarea biochimică, examenul sonografic; II etapă - contrastarea directă a arborelui biliar executând CPGRE. În cazurile de dificultăți de diagnostic sa efectuat colangiografia prin rezonanța magnito-nucleară(CRMN). Sonografic am apreciat prezența stazei biliare, a unui colecist deformat cu lipsa unui coraport obișnuit cu CBP, prezența colecistului „călăreț” pe CBP. Diagnosticul topic a fost stabilit prin CPGRE în 32(72.73%) cazuri. Din ele în 7(15.91%) observații am recurs adăugător la CRMN, care a soluționat în 100% situația diagnostică dată. În celelalte 8(18,18%) cazuri diagnosticul s-a stabilit intraoperator. Tratamentul chirurgical a inclus obligatoriu: înlăturarea fistulei colecistocolociene și coledocolitomie. Așa în 23(42.27%) cazuri, unde defectul parietal coledocian a fost sub 1/3 din diametrul lui, am finisat intervenția cu un drenaj tip Kehr al CBP. Pentru 8(18.18%) observații, la care defectul coledocian a fost de 2/3 din diametru, am rezolvat situația prin plastia CBP cu lambou vascularizat din vezica biliară și un eventual drenaj al CBP după Vișnevschii. La 13(29,55%) pacienți vezica biliară și CBP formau o cavitate comună cu calculi biliari în lumen. La toți acești pacienți am efectuat colecistectomie coledocolitomie și coledocojejunostomoză pe ansa jejunală izolată a la Roux.Rezultate. În perioada portoperatorie imediată am sesizat în 6(13,64%) cazuri supurații de plagă, și un caz de bilioragie postoperatorie, soluționate conservativ. Cazurile letale portoperatorii nu au fost. Concluzii: Sindromul Mirizzi este una din cele mai nefavorabile evoluții a colecistitei calculoase, ce necesită un program de diagnostic complex și o atitudine chirurgicală strict individuală.

#### SURGICAL TACTICS IN MIRRIZI SYNDROME

The purpose of the study was to optimize the surgical treatment of colecysto-coledocien fistulas (Mirizzi syndrome). Materials and methods There were treated 44 (0.27%) patients with Mirizzi syndrome during the years 1990-2010 in the second Surgery department from a total of 346 cases of cholecystitis total. Diagnostic algorithm included several consecutive stages: I stage - biochemical testing, sonographic examination, stage II - contrasting the biliary tree through direct Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). In difficult cases of diagnosis, nuclear magnetic resonance cholangiography (NMRC) was made. The presence of bile stasis, deformed cholecyst with lack of an usual co-report to the principal biliary way (PBW), the presence of "rider" cholecyst on the PBW were found sonographic. Topic diagnosis was established through ERCP in 32 (72.73%) cases. In 7 (15.91%) cases of them we used in addition NMRC that solved completely every diagnostic situation. In the other 8 (18.18%) cases the diagnosis was established intraoperative. The surgical treatment included mandatory: the removal of cholecistocolocien fistula and choledocolitotomy. So in 23 (42.27%) cases where the defect in the parietal choledochal was under 1/3 of its diameter, the intervention was finished with Kehr drainage of PBW. In 8 (18.18%) observations with the choledochal defect of 2/3 of its diameter, the situation was solved through plasty PBW with vascularized flap from the gallbladder and an eventual drainage of PBW after Vișnevschii. At 13 (29.55%) patients the gallbladder and PBW formed a common cavity and with biliary gallstones in the lumen. Results Wound suppurations in 6(13, 64%) cases and a case of postoperative bilioragie during the immediate postoperative period, all of them solved conservatively, were found. Conclusion: Mirizzi syndrome is one of the most unfavorable evolutions of calculous cholecystitis that requires a complex diagnostic program and a strictly individual surgical approach.

### A2

#### DIAGNOSTICUL ȘI ATITUDINEA CHIRURGICALĂ ÎN STRICTURILE BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

Hotineanu V., Ferdohleb A., Hotineanu A., Cotoneț A., Marga S.

*Catedra 2 Chirurgie USMF „N.Testemițanu”*

Introducere. Diagnosticul și atitudinea chirurgicală în stricturile benigne (SB) ale căilor biliare extrahepatice (CBE) reprezintă o filă dificilă și actuală a chirurgiei biliare. Materiale și metode. Pe parcursul anilor 1980-2010 în Clinica 2 Chirurgie au fost tratați 213 pacienți cu SB a CBE. Evaluarea clinică a bolnavilor a includea: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresivitatea preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv. Algoritmul diagnostic al SBCBE includea câteva etape consecutive: I etapă - testarea biochimică, examenul sonografic; II etapă - contrastarea directă a arborelui biliar executând CPGRE, sau CPT, sau colangiografografie. În cazurile de dificultăți de diagnostic sa efectuat colangiografia prin rezonanța magnito-nucleară. Pregătirea preoperatorie sa realizat prin decompresivitatea mini-invazivă a arborelui biliar (drenajul naso-biliar(9,39%), hepatostoma percutană transhepatică(14,8% ) sau stentare endoscopică(8,45%)), tratamentul antibacterian și farmacoterapeutic de detoxicare și corecție a funcției hepatice.Rezultate. Tratamentul chirurgical al SB a CBE a fost în raport direct cu nivelul localizării. Pentru SB de tip I-58(27,23%) cazuri a fost optimă

coledocojejunostomie termino-laterală cu ansa izolată în Y a la Roux. În SB de tip II la 80(37,56%) cazuri s-a efectuat coledoco- și hepaticojejunostomie pe ansa izolată în Y a la Roux. În 62(29.11%) observații cu SB tip III am realizat hepaticojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată în Y a la Roux cu o protejare transanastomotică separată a canalelor hepatice. În SB tip IV la 13(6.1%) pacienți restabilirea fluxului biliar în tractul digestiv s-a soluționat cu bihepaticojejunostomie pe ansa izolată a la Roux cu drenarea transanastomotică a ambilor canale hepatice. Derivațiile pe parcursul ultimilor 4 ani sau realizat cu suturi atraumatice doar într-un singur plan. Letalitatea postoperatorie 6(2.82%) cazuri. Concluzii: Tratatamentul chirurgical al SB a CBE este în raport direct cu nivelul și tipul afectării. Optimale sunt derivațiile pe ansa izolată a la Roux realizate într-un plan de sutură atraumatică, ce exclude totalmente refluxul digestiv în arborele biliar și previne stenozele postoperatorii la distanță.

## DIAGNOSIS AND SURGICAL APPROACH BENIGN STRICTURES OF EXTRA-HEPATIC BILIARY DUCTS

**Introduction** The diagnosis and surgical approach in benign strictures (BS) of extrahepatic biliary ducts (EBD) represents a difficult and current page of biliary surgery. **Material and methods** During the period 1980-2010 in surgical clinic II were treated 213 patients with BS of EBD. The clinical evaluation of patients included: 1) etiopathogenic diagnosis establishing; 2) biliary tree decompressing preoperatively; 3) surgery reconstructing. The diagnosis algorithm of BS of EBD had been included a few consequence steps: I step-biochemical testing, US; II step- bile tree contrasting directly by ERCPG, or CT, or cholangiostulography. In cases of difficulties in diagnosis was performed MRI in regimen of cholangiography. Preoperative preparing was realized via mini-invasive decompression of biliary tree (nazo-biliary drainage(9.39%), percutaneous transhepatic hepatostomy(14.8%) or stunting endoscopic(8.45%)), antibacterial treatment, detoxification and correction of hepatic function. **Result** Surgical treatment of BS of EBD was in direct ratio with the level of localization. For BS of type I-58(27.23%) cases was optimal termino-lateral choledochojejunostomy on the Y loop by Roux. In situation of BS of type in 80(37.56%) cases was performed choledocho- and hepatica-jejunostomy on the Y loop by Roux. In 62(29.11%) cases of BS of type III was realized termino-lateral hepaticojejunostomy on the Y loop by Roux and transanastomotic separate drainage of biliary ducts. In BS of type IV in 13(6.1%) cases the restoring of bile flux in digestive tract was realized via bi-hepaticojejunostomy on the loop by Roux with transanastomotic's drainage of hepatic ducts. The derivations during the last 4 years were effectuated with atraumatic sutures only in a single plan. **Conclusions** Surgical treatment of BS of EBD is in direct ratio with the level and type of affection. The optimal solution is derivation on the loop by Roux with complete exclude digestive of reflux in biliary tree

A3

## EVALUAREA POSTOPERATORIE A REZULTATELOR IMEDIATE ȘI LA DISTANȚĂ ÎN TRATAMENTUL STRICTURILOR BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

**Ferdohleb A.**

*Catedra 2 Chirurgie USMF „N.Testemițanu”*

**Introducere.** Impactul rezultatelor postoperatorii ale stricturilor benigne (SB) ale căilor biliare extrahepatice (CBE) constituie o problemă clinică nerezolvată pe deplin. **Materiale și metode.** Pe parcursul anilor 1980-2010 în Clinica 2 Chirurgie au fost tratați 213 pacienți cu SB a CBE. Evaluarea clinică postoperatorie de perspectivă includea: 1) latura psiho-afectivă; 2) latura socială; 3) starea funcțională a sistemului hepato-biliar, apreciat pe baza testelor funcționale a ficatului, sonografiei, iar în cazurile suspecte sonografic la obstrucție mecanică efectuăm colangigrafia prin rezonanță magnito-nucleară și scintigrafia secvențială hepato-biliară. **Rezultate.** Evaluarea rezultatelor la distanță a fost posibilă pe un lot de 162(76,06%) de pacienți, unde am delimitat pacienții în 3 grupe : 1-ul grup a inclus 123(75,93%) de pacienți cu rezultatele bune; în grupul doi-28(17,28%) de pacienți cu rezultate satisfăcătoare; grupul trei -11(6,79%) pacienți cu rezultate nesatisfăcătoare. Rezultat bun a fost fixat la pacienții cu rehabilitare complectă somatică, psihologică, socio-familială și funcțională a sistemului hepato-biliar. În grupul doi am stabilit în dimensiunea somatică persistența durerilor periodice la 22 (13,58%) de pacienți, a semnelor dispeptice la 18 (11,11%) bolnavi. Sonografic s-a stabilit doar semne de hepatomegalie în 14 (8,64%) cazuri. Grupul trei s-a manifestat prin apariția icterului obstructiv și angiolitei. În 4 cazuri a debutat icterul mecanic motivat de calculul firului de sutură a liniei de anastomoză. Am recurs la revizia anastomozei cu hepaticolitomie. Alții 6 pacienți au prezentat tabloul de icter mecanic tranzitoriu, motivat de strictura gurii de anastomoză. Am efectuat re-hepaticostomie cu ansa exclusă în Y a la Roux, cu drenare separată a ambelor canale hepatice. Și în ultimul caz a fost prezent refluxul entero-biliar cu evaluarea unei colangite de reflux. Situația motivat de ansa jejunală a ansei Roux sub 60cm, ce a necesitat o reconstrucție în ansă cu brațul de 80cm. Evoluția clinică în toate cazurile a fost satisfăcătoare. **Concluzii.** Aplicarea unui program unic de evaluare postoperatorie asigură îmbunătățirea considerabilă a rezultatelor tratamentului chirurgical, cât și lichidarea efectivă și calitativă a complicațiilor survenite în perioada tardivă.

## POSTOPERATIVE ASSESSMENT OF IMMEDIATE AND AT DISTANCE RESULTS IN THE TREATMENT OF BENIGN STRICTURES OF EXTRAHEPATIC BILE DUCTS

**Introduction.** The postoperative results' impact of benign strictures (BS) of the extrahepatic biliary tract (EBT) isn't a fully solved clinical problem. **Materials and methods.** There were treated 213 patients with BS of EBT during the 1980-2010 years in the 2nd Surgical Department. The perspective postoperative clinical evaluation included: 1) psycho-emotional side, 2) social side, 3) functional status of the hepato-biliary system, appreciated by liver functional tests, sonography, and in sonography suspect cases of mechanical obstruction, cholangiography through nuclear magnetic resonance was perform and sequential hepatobiliary scintigraphy. **Results.** The evaluation of results at distance was possible on a lot of 162 (76.06%) patients, where the patients were separated into 3 groups: the 1st group included 123 (75.93%) patients with good results, the 2nd group -28 (17.28%) patients with satisfactory results, and the 3rd group -11 (6.79%) patients with unsatisfactory results. Good results were found at patients with full somatic, psychological, socio-familial and functional of the hepato-biliary system rehabilitation. In group two we found in the somatic dimension regular pain

persistence at 22 patients (13.58%), dyspeptic signs at 18 patients (11.11%). Sonographically were established only signs of hepatomegaly in 14 cases (8.64%). Group three was manifested by obstructive jaundice and angiocholitis. In 4 cases made its appearance the mechanical jaundice motivated by the calculation of the suture wire of the anastomosis line. Another 6 patients presented obstructive transitory jaundice picture, motivated by stricture of the anastomosis mouth. We made rehepaticostomy with the loop excluded in Y a la Roux, with separate drainage of both hepatic channels. In the last case was present the entero-biliary reflux with the evaluation of reflux cholangitis. The situation motivated by the jejuna of the Roux loop under 60 cm, what required a reconstruction loop with the arm of 80cm. The clinical evolution in all cases was satisfactory. Conclusions. The application of a unique program of postoperative evaluation provides a considerable improvement of surgical treatment's results as effective and qualitative liquidation of the complications occurred during the tardy period.

A4

## КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И СОСУДОВ ВО ВРЕМЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Скумс А., Ничитайло М., Литвин А., Шкарбан В., Шевчук Б.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова АМН Украины  
Отдел лапароскопической хирургии и холелитиаза

Актуальность. Повреждение желчного протока является тяжелым и опасным для жизни осложнением холецистэктомии, частота которого с внедрением в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии выросла до 0,5 - 1,4%. Еще более угрожающим является комбинированное повреждение внепеченочных желчных протоков и сосудов, которое считают главной причиной высокой частоты неудовлетворительных результатов лечения и летальности. Цель данного исследования состояла в том, чтобы оценить влияние сочетанной окклюзии ветвей печеночной артерии на клиническое протекание повреждений желчных путей и результаты хирургического лечения пациентов. Результаты: В I группе больных у 19 пациентов (73,1%) повреждения отмечены при открытой холецистэктомии и у 7 (26,9%) при лапароскопической, во II – у 21 (70 %) и 9 (30%) соответственно. Интраоперационно повреждение желчного протока было обнаружено в 6 (23,1%) случаях. Сочетанные повреждения ветвей печеночной артерии в раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) диагностированы у 4 больных (15,4%), у 22 (84,6%) - в сроки от 8 до 432 суток. Статистически достоверных различий в частоте высоких повреждений желчных протоков Bismuth III и IV между группами больных не установлено (69,3% и 63,3% соответственно,  $p=0,85$ ). В группе сравнения основным методом операции была высокая гепатикоюностомия. Одиночные абсцессы печени ликвидированы с помощью чрескожной пункции или дренирования под контролем ультразвукового исследования. В группе больных с комбинированными повреждениями желчных протоков и сосудов спектр операций был более широким. У 2 больных предприняты попытки восстановления артериального кровотока с последующим реконструктивным вмешательством на желчных протоках. У 16 больных благодаря развитию артериальных коллатералей и восстановлению кровоснабжения контралатеральной доли печени желчеотток восстановлен путем формирования гепатикоюноанастомоза. У 8 больных в связи с некрозом и абсцедированием выполнены различные по объему резекции печени. Послеоперационная летальность в I группе больных – 3,9% (1 больная). Неудовлетворительные результаты отмечены у 3 (11,5%) пациентов: спустя 8 лет у одного больного после гепатикоюностомии с чреспеченочным дренированием развился цирроз печени, у 2 больных - атрофия правой доли печени. Во II группе больных летальных исходов не было. Положительные результаты получены у 28 (93,3%) больных, неудовлетворительные – в виде рецидивирующего холангита на фоне цирроза печени – у 2 (6,7%). У 15 (57,7%) больных с комбинированными развились ишемические некрозы печени с абсцедированием, что достоверно чаще, чем у больных с изолированными повреждениями желчных протоков (2 - 6,7%) ( $p < 0,05$ ). У 18 (69,2%) больных благодаря развитию адекватного коллатерального кровоснабжения окончательным методом коррекции стало реконструктивное вмешательство на желчных протоках, а у 8 (30,8 %) – потребовалось выполнение различной по объему резекции печени в связи с ее абсцедированием.

## COMBINED BILIARY AND VASCULAR INJURY DURING CHOLECYSTECTOMY. DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT

Aims: Combined biliary and vascular injury during cholecystectomy is more dangerous complication comparing to the isolated bile duct damage. The aim of the study is to estimate of the effect of the concomitant vascular injuries on the clinical development of isolated iatrogenic biliary injuries and treatment outcome. Methods: Between January 1984 and May 2010, there were 56 patients with iatrogenic biliary tract injury. 26 patients had concomitant biliary and vascular injury (BVI group), and the remaining 30 patients had isolated biliary tract injury (IBTI). Results: There was no striking discrepancy in the rate of high level bile duct injury instances (Bismuth III and IV) ever established between the two groups of patients (69,3% and 63,3% respectively,  $p=0,85$ ). The main operation in the IBTI group was high hepaticojunostomy. Single liver abscesses managed by transcatheter puncture or drainage under ultrasound surveillance. In two patients BVI group, the measures were taken to restore the arterial flow alongside with the consecutive hepaticojunostomy. Owing to hepatic artery collaterals development 16 (61,5%) patients resumed hepatic artery flow and underwent hepaticojunostomy as a result only. Eight patients (30,8%) were operated variously liver resection for necrotic and abscessed alterations of the liver. The postoperative mortality rate constituted 3,9% (1 patient) in BVI group. Three patients (11,5%) have presented with unsatisfactory results - liver cirrhosis (1) and right hepatic lobe atrophy (2). The IBTI group has had no deaths. The satisfactory results were obtained in 28 patients (93,3%), unsatisfactory - in 2 patients (6,7%) with recurrent cholangitis. Conclusions: Bile duct and hepatic artery injury in 15 cases (57,7%) have led to ischemic necrotic alterations with abscess formation which appear to have occurred more frequently in this group as opposed to patients with IBTI (2 - 6,7%) ( $p<0,05$ ). Eighteen patients (69,2%) as a result of adequate collateral hepatic blood supply development have undergone exclusively biliary reconstructive surgery, in 8 patients (30,8%) there has been a need in liver resection. After the differentiation in surgical treatment the results in patients with IBTI and BVI did not have significant difference: positive results were achieved in 93,3% and 84,6% cases respectively ( $p>0,05$ ).

A5

## EVALUAREA REZULTATELOR LA DISTANȚĂ ÎN CHIRURGIA RECONSTRUCTIVĂ PENTRU LEZIUNI ȘI STRICTURI ALE CĂILOR BILIARE

Curlat N., Curlat E., Sergentu V., Bazeliuc I., Gugava V.

USMF "N. Testemițanu", Curs chirurgie generală, Facultatea stomatologie, or. Chișinău

Introducere. Chirurgia reconstructivă în leziunile și stricturile căilor biliare rămâne o problemă actuală a chirurgiei. Scopul. Analiza rezultatelor la distanță în chirurgia reconstructivă a căilor biliare în dependență de caracterul leziunii, localizarea lor, metodelor de operație aplicate. Material și metode. Din 1984 până în 2010 în clinică au fost efectuate 61 operații pentru leziuni și stricturi ale căilor biliare la 46 pacienți, dintre care 31 (67,4%) inițial au fost operați în alte instituții medicale. Bărbați-6, femei-40, în vîrstă de 12-82 de ani. Leziuni recente rezolvate intraoperator sau în primele 5-7 zile după operație au fost la 15 pacienți. Pentru stricturi ale canalului hepatic comun, tipul 2,3 (clasificarea Bismuth) la 28 bolnavi și stenoza anastomozelor biliodigestive la 5 bolnavi au fost efectuate 38 de operații cu aplicarea hepaticojunoanastomozelor pe ansă exclusă Y a la Roux și drenare Praderi- Schmidt. Rezultate: Din 46 pacienți operați pentru leziuni și stricturi ale căilor biliare rezultate bune la distanță au fost la 36 (78,3%): în anastomozes imediate termino-terminale la 3 pacienți, în operațiile reconstructive cu aplicarea hepaticojunoanastomozelor pe ansă exclusă Y a la Roux la 33 (86,8%), în toate 4 cazuri de leziuni parietale neimportante. Rezultate nesatisfăcătoare s-au determinat la 10 (21,7%) pacienți: în strictura anastomozelor termino-terminale imediate la 2, în toate 3 cazuri de plastii în leziune longitudinală importante. La 5 (13,2%) pacienți în diferite perioade de timp după operație (3 luni, 7 luni, 6 ani, 9 ani și 13 ani) s-a dezvoltat stenoza anastomozelor hepaticojunale Y a la Roux. Complicații precoce (pneumonii, infecții parietale, tromboembolii, abcese subdiaphragmale, biliragie) au avut loc în 18,03% cazuri. Letalitatea generală 9,1%. Concluzii: În leziunile cu defect parietal important și stricture procedeele de elecție a chirurgiei reconstructive trebuie considerate hepaticojunostomia a la Roux.

### ESTIMATION OF THE REMOTE RESULTS IN RECONSTRUCTIVE SURGERY AT LESIONS AND STRICTURES OF BILE DUCTS

Introduction. The reconstructive surgery at lesions and strictures of bile ducts remains an actual problem in surgery. The purpose. Analysis of remote results of biliary reconstructive surgery depending on the nature of the lesion, their location and method of operation applied. Materials and methods. From 1984 until 2010 in the clinic executed 61 operations for biliary lesions and strictures in 46 patients, of which 31 (67.4%) were initially operated on in other medical institutions. Men - 6, women - 40, aged 12-82 years. The recent damages solved during surgery or within 5-7 days after it were in 15 patients. For the common hepatic duct strictures type 2,3 (Bismuth classification) in 28 patients and for biliodigestive stenosis in 5 patients, 38 operations with the application hepatojejuno anastomosis on excluded loop Y after Roux and drainage Praderi - Schmidt were performed. Results: Out of 46 patients operated on for biliary lesions and strictures, 36 (78.3%) have shown good remote results: in 3 patients with the immediate termino-terminal anastomosis, the reconstructive operations with application of hepatojejuno anastomosis on excluded loop Y after Roux at 33 (86.8%), in all four cases of insignificant parietal lesions. Unsatisfactory results were determined in 10 (21.7%) patients: in 2 cases stricture of immediate termino-terminal anastomosis, in all 3 cases of plasty in the significant longitudinal lesions. In 5 (13.2%) patients in different periods of time after surgery (3 months, 7 months, 6 years, 9 years and 13 years) developed stenosis of the Roux-Y anastomosis. Early complications (pneumonia, parietal infection, thromboembolism, subdiaphragmatic abscesses, bile leak) occurred in 18.03% cases. Overall lethality 9.1%. Conclusions: At lesions with important considerable parietal defect and strictures, hepatojejuno anastomosis after Roux should be considered the procedure of choice for reconstructive surgery.

A6

## RATA COLECISTITEI ACUTE DIAGNOSTICATE INTRAOPERATOR LA PACIENȚII INTERNAȚI CU TABLOUL CLINIC DE COLECISTITĂ CRONICĂ CALCULOASĂ

Bour A., Bazeliuc I., Gugava V.

USMF "N. Testemițanu", Curs chirurgie generală, Facultatea stomatologie, or. Chișinău

Introducere: Scopul studiului este determinarea ratei colecistitei acute calculoase depistate intraoperator la pacienții internați în mod programat cu diagnosticul de colecistită cronică calculoasă. Material și metode: Au fost studiate 222 de fișe de observație a pacienților în secția de chirurgie a SCCF, stația Chișinău în perioada 2009- 2011 cu diagnosticul de colecistită cronică calculoasă, confirmat ultrasonografic. Rezultate: Din 222 de pacienți internați în mod programat cu diagnosticul clinic de colecistită cronică calculoasă la 16 (7,2%) intraoperator s-a stabilit diagnosticul de colecistită acută calculoasă. Toți pacienții cu colecistită acută au fost de gen feminin, vîrsta pacienților variază de la 40-80 ani, semnele Ortner, Murphy, Mussy, Kehr au fost negative. Leucocitoză sau deviere spre stînga în formula leucocitară nu s-a înregistrat. În 8 cazuri (50%) VSH mărită nesemnificativ. În lotul de pacienți cu colecistită acută au fost stabilite următoarele patologii concomitente: pancreatită cronică s-a stabilit la 15 (93,75%) pacienți, obezitate la 10 (62,5%) pacienți, boală hipertonică la 9 (56,25%) pacienți. Prezența în anamneză a colicilor biliare recente la 8 (50%) pacienți. Colecistectomie celioscopică a fost efectuată la 13 (81,25%), la conversie s-a recurs la 3 (18,75%) pacienți. Din lotul de pacienți sus menționați colecistita acută catarală s-a depistat intraoperator și a fost confirmată histologic la 9 pacienți (56,25%), flegmonoasă la 7 (43,75%). Concluzii: În 7,2% cazuri colecistita acută poate avea un tablou clinic atipic, marcînduse doar prin dureri neînsemnate sub rebordul costal drept, simptomele Ortner, Murphy, Mussy, Kehr fiind negative, iar în hemogramă lipsește leucocitoza. Colecistita acută calculoasă diagnosticată intraoperator la pacienții internați inițial cu tabloul clinic de colecistită cronică calculoasă s-a depistat la femei cu vîrsta 40-80 ani, cu colici biliare recente în anamneză și cu patologii concomitente.

## OCCURRENCE RATE OF ACUTE CHOLECYSTITIS DIAGNOSED DURING SURGERY IN PATIENTS WITH A CLINICAL IMAGE OF CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

**Introduction:** The aim of the work is to define the occurrence rate of acute cholecystitis discovered during planned operations on patients arriving routinely with the diagnosis of chronic calculous cholecystitis. **Material and methods:** We have studied 222 cases in the department of surgery SCCF, station Chisinau during 2009 – 2011 period with the diagnosis of chronic calculous cholecystitis, confirmed by ultrasonography. **Results:** From 222 patients admitted routinely with the clinical diagnosis of chronic calculous cholecystitis in 16 (7,2%) were found instead to possess acute calculous cholecystitis during the surgery. All the patients turned out to be female, from 40 till 80 years old, with negative signs of Ortner, Murphy, Mussy, Kehr. Leukocytosis wasn't registered. In 8 cases (50 %) ESR (erythrocyte sedimentation rate) was slightly increased. In a group of patients with acute cholecystitis the following concomitant diseases have been revealed: a chronic pancreatitis in 15 patients (93,75 %), obesity in 10 patients (62,5 %), hypertension in 9 patients (56,25 %). Presence of the recent biliary colic occurred in 8 (50 %) patients. Laparoscopic cholecystectomy has been executed on 13 patients (81,25 %), and in 3 cases (18,75 %) further laparotomy was made. In the group of patients mentioned above acute catarrhal calculous cholecystitis has been detected during the surgery in 9 patients (56,25 %), phlegmonous in 7 (43,75 %). **Conclusions:** Acute cholecystitis can have an atypical clinical image in 7,2 % of cases when there are only insignificant pains in right subcostal area, signs of Ortner, Murphy, Mussy, Kehr negative and leukocytosis is absent in hemogram. Acute calculous cholecystitis diagnosed during surgery on patients who were originally admitted with a clinical picture of chronic calculous cholecystitis, is discovered in women at the age of 40-80 years, with recent biliary colic in the anamnesis and accompanying diseases.

A7

## ARGUMENTAREA LAVAJULUI BILIAR ȘI ASPIRAȚIEI ACTIVE LA PACIENȚII CU ICTERUL MECANIC ȘI COLANGITA ACUTĂ SEVERĂ

**Curlat N., Curlat E., Ciutac Ion, Cristea A., Gugava V., Mihalciuc R.**

*USMF "N. Testemițanu", Curs chirurgie generală, Facultatea stomatologie, or. Chișinău*

Tratamentul complex la bolnavii cu icter mecanic și colangită acută severă include drenarea pre- și postoperatorie a căilor biliare. Unii autori afirmă că decompresia biliară maximală provoacă declanșarea sau agravarea insuficienței hepatice. Pentru prevenirea complicațiilor grave sunt propuse diferite metode de decompresie biliară dozată. Scopul: Argumentarea metodelor de decompresie și lavajului biliar în dependență de durata icterului mecanic și colangitei acute. **Materiale și metode:** Rezultatele clinico-experimentale obținute au evidențiat că după 9 zile presiunea biliară brusc se micșorează de la 320 mm H<sub>2</sub>O (presiunea de secreție a ficatului - PSF) pînă la 140-190 mm H<sub>2</sub>O ( $P < 0,01$ ), iar refluxul bilio-venos apare la indici mai mici decât PSF. Datele indică că la bolnavii cu icter mecanic și infecție biliară o creștere nesemnificativă a presiunii intraductale poate provoca declanșarea colangitei acute, sepsisului și șocului toxico-septic. Rezultatele proprii dau dovadă că insuficiența hepatică acută apărută după decompresie este determinată de o decompresie inadecvată cu păstrarea blocului biliar intrahepatic. Datele obținute ne-au sugerat ideea de a folosi lavajul biliar și aspirația activă în „pancolangită” cînd căile intra- și extra hepatice sunt blocate cu puroi și noroi biliar. La 21 pacienți cu colangită acută septică severă, 3 cu abcese ihtrahepatice, intraoperator, s-a efectuat lavajul căilor biliare intrahepatice și aspirația activă pînă la bila normală. La toți pacienții s-a efectuat drenarea căilor biliare - drenaj extern Kehr, Halstead sau transhepatic. Au decedat 2 (9,5%) bolnavi: de hemobilie și de abcese hepatice multiple. **Concluzie:** Insuficiența hepatică după drenarea căilor biliare la pacienții cu icter mecanic avansat și colangită acută apare din cauza decompresiei neadecvate și persistența blocului biliar intrahepatic, iar lavajul și aspirația activă deblochează sistemul biliar intrahepatic și ameliorează rezultatele tratamentului.

## ARGUMENTATION OF BILIARY LAVAGE AND ACTIVE ASPIRATION IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE AND ACUTE CHOLANGITIS

Complex treatment of patients with mechanical jaundice and acute cholangitis includes pre- and postoperational bile ducts drainage. Some authors assert that maximum biliary decompression causes the beginning or aggravation of hepatic insufficiency. For the prevention of heavy complications various methods of dosed biliary decompression are offered. Purpose: Argumentation of methods of decompression and biliary lavage depending on duration of mechanical jaundice and cholangitis. Materials and methods: It is established in the experiment that after 9 days biliary pressure greatly decreases from 320 mm H<sub>2</sub>O (secretory liver pressure) to 140-190 mm H<sub>2</sub>O ( $P < 0,01$ ), and the bilio-venous reflux appears at indicators less, than 320 mm H<sub>2</sub>O. Data specify that the insignificant increase of pressure in bile ducts can cause the launch of acute cholangitis, sepsis and infectious-toxic shock in patients with a mechanical jaundice and biliary infection. The results proper prove that the acute hepatic insufficiency appearing after a decompression, grows out of an inadequate decompression with preservation of intrahepatic block. The obtained data has suggested the usage of biliary lavage and active aspiration in «pancholangitis» when intra- and extrahepatic bile ducts are blocked by pus and biliary dirt. Lavage of intrahepatic bile ducts and active aspiration till normal bile have been executed in 21 patients with severe acute septic cholangitis and in 3 with intrahepatic abscesses. Drainage of bile ducts has been executed in all patients - an external drainage of Kehr, Halstead or transhepatic. 2(9,5%) patients died from hemobilia and multiple intrahepatic abscesses. **Conclusions:** Hepatic insufficiency after biliary drainage in patients with frank mechanical jaundice and acute cholangitis appears as a result of an inadequate decompression and persistence of biliary intrahepatic block. Lavage and active aspiration will unblock intrahepatic bile system and improve the results.



A8

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ICTERULUI MECANIC

**Curlat N., Bour A., Curlat E., Ghereg A., Gugava V., Bazeliuc I.**

*USMF "N. Testemițanu", Curs chirurgie generală, Facultatea stomatologie, or. Chișinău*

Problema diagnosticului și tratamentului icterului mecanic rămâne actuală. Metodele chirurgicale tradiționale folosite în tratamentul icterului mecanic, în deosebi, complicat cu colangită sunt urmate de letalitate sporită (10,4-40%). Scopul. Ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical la pacienții cu icter mecanic. Material și metode. Au fost analizate rezultatele diagnosticului și tratamentului la 687 pacienți cu icter mecanic de diverse etiologii. Bărbați 175 (25,5%), femei 512 (74,5%), în vârstă de peste 60 ani au fost 50,1% pacienți. Coledocolitiaza s-a depistat la 507 (73,8%), stricturi sau stenoze biliare la 77 (11,2%), procese maligne la 94 (13,7%) și alte cauze la 9 (1,3%). Pentru diagnostic au fost folosite USG, CPGER, CTPH, CT, fistulografia și metodele biochimice de laborator. Tratamentul la 471 pacienți cu icter avansat, asociat la 69 (13,6%) din ei cu colecistită acută, sau colangită acută severă la 57 (12%) și patologii concomitente grave la 153 (32,5%) pacienți a fost devizat în etape. La prima etapă s-a efectuat decompresia biliară (endoscopică, laparoscopică, transparietohepatică ecoghidată sau radiologică). Metoda de decompresie depindea de cauza icterului mecanic. La 231 pacienți CPGER a fost urmată de PSTE cu sau fără litextracție, sau drenaj nazo-biliar. În obturarea malignă a coledocului distal, așa cum și în colecistita acută, la prima etapă, s-a efectuat colecistostomia laparoscopică, iar în obturarea hepaticului comun DTPH. După ameliorarea stării generale, peste 5-12 zile, a fost efectuată etapa a doua. Volumul și metoda definitivă de restabilire a tranzitului biliar depindea de starea generală și cauza obstrucției. La 216 pacienți s-a efectuat tratament tradițional. Concluzii: Divizarea în etape tratamentului chirurgical al icterului mecanic avansat sau complicat cu colangită acută și insuficiență hepatică, în deosebi, la bolnavii vîrstnici, duce la micșorarea complicațiilor de la 21% pînă la 14% și mortalității de la 12% pînă la 3,6%.

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE

Problem of diagnosis and treatment of mechanical jaundice remains current. Traditional surgical methods used in the treatment of mechanical jaundice, especially complicated by cholangitis, are followed by heavy mortality (10.4-40%). Purpose. Improving the results of surgical treatment in patients with obstructive jaundice. Material and methods. The results of diagnosis and treatment of 687 patients with obstructive jaundice of various etiologies were analyzed. There were 175 men (25.5%), 512 women (74.5%), 50.1% of patients were over 60 years old. Cholechololithiasis was detected in 507 (73.8%), biliary stricture or stenosis in 77 (11.2%), malignancy in 94 (13.7%) and other causes in 9 (1.3%). US, ERCP, PTHC, CT, Fistulography and biochemical laboratory methods were used for diagnosis. Treatment of 471 patients with advanced jaundice associated in 69 (13.6%) of them with acute cholecystitis or severe acute cholangitis in 57 (12%) and severe concomitant diseases in 153 (32.5%) patients was devised in stages. In the first stage biliary decompression (endoscopic, laparoscopic, US or X-ray guided transhepatic) was performed. Decompression method depends on the reason of mechanical jaundice. ERCP in 231 patients was followed by EPST with or without lithectomy or naso-biliary drainage. In case of malign obstruction of distal common bile duct, so as of acute cholecystitis, we performed laparoscopic cholecystectomy in the first stage. And in case of obstruction of the common hepatic duct transhepatic drainage was performed. After improvement of general state, the second stage was performed in 5-12 days. Definitive volume and method for restoring bile transit depended on general state and the reason of obstruction. The traditional treatment of 216 patients was performed. Conclusion: Dividing of the surgical treatment of advanced mechanical jaundice in stages, especially in elderly patients, decreases the complications from 21% to 14% and mortality from 12% to 3.6%.

A9

## COLEDOSCOPIA ÎN CHIRURGIA ICTERULUI MECANIC

**Costea I., Glod M., Terinte R., Chiriac R., Bulimar V., Grigorovici Mirela, Diaconescu M. R.**

*Universitatea de medicina si farmacie "Gr. T. Popa", Iasi, clinica a IV-a chirurgie*

Scopul lucrării: Diversitatea etiopatogenică a icterului mecanic justifică explorarea coledocoscopică, necesară unui diagnostic de certitudine. Material și metodă: Între anii 2002 - 2011 am utilizat coledoscopul flexibil la 58 de pacienți internați cu icter mecanic. La 21 (36,2 %) dintre aceștia icterul s-au dovedit a fi de etiologie neoplazică: 5 (8,6 %) cazuri cu ampulom vaterian (care au beneficiat de duodenopancreatectomie cefalică), 14 (24,1 %) cazuri cu neoplasm al capului de pancreas și două (3,4 %) cazuri cu colangiocarcinom). Ceilalți 37 (63,8 %) de pacienți au avut o etiologie litiazică, la care coledocolitotomia asistată coledoscopic și asociată colecistectomiei a permis vindecarea. Rezultate. Discuții: Dintre pacienții cu suspiciune de icter mecanic neoplazic, în două (3,4 %) cazuri a fost necesară coledoscopia care a certificat diagnosticul de colangiocarcinom atât prin aspectul imagistic, dar mai ales datorită posibilității prelevării biopsiei și examenului histopatologic. În explorarea icterului mecanic. cu etiologie litiazică examenul coledoscopic permite vizualizarea calculilor în 16 (27,5 %) cazuri la care celelalte explorări imagistice erau neconcludente. În toate cazurile controlul coledoscopic a certificat absența calculilor în calea biliară principală la finalul intervenției, oferind astfel siguranță privind acuratețea actului chirurgical. Concluzii: Coledoscopia aduce siguranță în chirurgia căii biliare principale atât în ceea ce privește diagnosticul, permițând vizualizarea și prelevarea biopsiei în leziunile tumorale ale căii biliare principale cât și în tratamentul litiazei biliare, oferind posibilitatea controlului imediat (intraoperator) al căii biliare principale după coledocolitotomie. Cuvinte cheie: icterul mecanic, coledoscopia

## CHOLEDOCOSCOPY IN THE SURGERY OF MECHANICAL JAUNDICE

Abstract Background. The diverse etiology of mechanical jaundice requires a choledocscopy to allow a correct diagnosis. Methods: Between 2002 and 2011, we used flexible choledoscope, in 58 patients with mechanical jaundice admitted in our clinic. 21 (36,2 %) cases proved to be of neoplastic etiology: 5 (8,6 %) cases diagnosed with vaterian ampuloma (treated by cephalic duodenopancreatectomy), 14 (24,1 %) cases with pancreatic head cancer and two (3,4 %) cases with cholangiocarcinoma. The remaining 37 (63,8 %) cases were caused by lithiasis, treated by choledocolithotomy asso-

ciated with choledocscopy and cholecystectomy. Results. Discussion: Among patients with suspected neoplastic mechanical jaundice, in two (3.4 %) cases choledocscopy was necessary, in order to sustained the diagnosis of colangiocarcinoma, by macroscopically appearance, and also by the biopsy sampling and histological examination. In mechanical jaundice of lithiasis etiology, the choledocscopy permitted the visualization of stones in 16 (27, 5%) cases in which, other imagistic investigations were inconclusive. In all cases choledocscopic control certified the absence of gallstones in the bile duct at the end of the surgical procedure, and thereby provides safety of the surgical act. Conclusions: Choledocscopy adds certainty in the main bile duct surgery both in terms of correct diagnosis, allowing visualization and biopsy sampling of the main bile duct in tumor lesions and in treatment of gallstone disease, allowing immediate control of the main bile duct after choledocolithotomy. Key words: mechanical jaundice, choledocscopy

A10

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Литвиненко А.Н., Лукеча И.И., Гулько О.Н., Загрийчук М.С.

Национальный институт Хирургии и Трансплантологии им. А.А. Шалимова, Украина, г. Киев

Статья посвящена вопросам улучшения результатов хирургического лечения больных с холециститом осложненным микрохоледохолитиазом, на основе разработки диагностического алгоритма и оптимизации лечебной тактики с приоритетным применением миниинвазивных технологий и с учетом результатов электронной поляризационной микроскопии. Материал базируется на данных комплексного клинического обследования и хирургического лечения 120 пациентов холециститом. Для диагностики использовали электронную поляризационную микроскопию желчи, как основного метода диагностики микрохоледохолитиаза. На основе проведенных исследований разработанные показания и противопоказания к использованию миниинвазивных методов лечения, с учетом стадии микрохоледохолитиаза и наличия патологии со стороны большого дуоденального сосочка. Отдаленные результаты лечения были прослежены на основе опросника оценки качества жизни у 60 (50%) пациентов в сроки от 3 мес. до 3 лет. За основу исследования брались показатели интегрального показателя качества жизни, нормальный уровень составлял  $(49,7 \pm 2,6)$  баллов. Полученные данные указывают, что худшие результаты с точки зрения качества жизни наблюдались в группе больных, которые перенесли хирургические вмешательства без учета стадии микрохоледохолитиаза. Исходный уровень в них составил  $(98,4 \pm 5,1)$  балла, через 6 мес. -  $(74,4 \pm 3,9)$  баллов, через 14 мес. сохранился на уровне  $(69,3 \pm 3,9)$  баллов и только к 36 мес. стал  $(57,2 \pm 4,4)$  баллов. С развитием технологий в подобной категории больных стали выполнять миниинвазивные вмешательства с учетом стадии микрохоледохолитиаза и дифференцированно подходить к выбору метода коррекции патологии большого дуоденального сосочка. Исходный уровень составил  $(111,2 \pm 7,9)$  баллов. После проведенного хирургического лечения с коррекцией нарушений большого дуоденального сосочка у большинства больных наступила нормализация качества жизни индекс через 6 мес составил  $(63,5 \pm 7,3)$  балла, а после 14 мес -  $(54,9 \pm 2,5)$ , и показатель нормализовался через 24 мес -  $(50,3 \pm 2,70)$ . Таким образом, применение миниинвазивных хирургических методов лечения с учетом стадии микрохоледохолитиаза и дифференцированным подходом к выбору метода коррекции БДС приводит к уменьшению количества послеоперационных осложнений и значительно более высокому качеству жизни в отдаленном периоде, который делает их лучшими в лечении больных с холециститом осложненным микрохоледохолитиазом.

## SURGICAL TREATMENT OF GALLBLADDER DISEASE COMPLICATED BY A MICROCHOLEDOCHOLITHIASIS

In this article the results of surgical treatment improvement for patients with cholecystitis and its complications, such as microcholelithiasis were discussed. Main stage in diagnostic algorithm and in optimization of medical tactics with respect to application in miniinvasive technology was electronic polarization microscopy. The material based on data of complex clinical investigation and surgical treatment of 120 patients with different types of cholecystitis. For diagnostics were used electronic polarising microscopy of bile, as basic method of diagnostics of microcholelithiasis. Indications and contra-indications were developed in order to use miniinvasive treatment methods, taking into account stage of microcholelithiasis and presence of papilla Vateri pathology. Long term results were evaluated by questionnaire of an estimation of quality of life at 60 (50 %) patients in time from 3 months up to 3 years. Main quality of life indicator used in this research was on the normal level on  $(49,7 \pm 2,6)$  points. The obtained data shows, that the worst results from the point of view of quality of a life were observed in group of patients who underwent surgical interventions without a stage of microcholelithiasis recognizing. Initial level of life quality indicator in this group was  $(98,4 \pm 5,1)$  point, after 6 months -  $(74,4 \pm 3,9)$  points, after 14 months  $(69,3 \pm 3,9)$  points, and only after 36 months became  $(57,2 \pm 4,4)$  points. With development of this technologies in a similar category of patients were possible to carry out microcholelithiasis interventions with respect to the stage of microcholelithiasis and individual approach in the papilla Vateri pathology correction. Initial level has been  $(111,2 \pm 7,9)$  points. Normalization of life quality has come after 6 months, reaching  $(63,5 \pm 7,3)$  points, and after 14 months -  $(54,9 \pm 2,5)$ , and the indicator was normalized after 24 months -  $(50,3 \pm 2,70)$ . Thus, application of miniinvasive surgical methods of treatment taking into account a stage of microcholelithiasis and the differentiated approach in choosing of papilla Vateri correction leads to reduction of number of postoperative complications, increasing the quality of life indications in postoperative period.

A11

## LITIAZA VEZICULARA CONSECUTIVĂ REZECTIILOR GASTRICE

**Maloghin V., Singereanu A., Revencu S.**

*Catedra Chirurgie nr.1 „N. Anestiadi”, USMF „N. Testemitanu”*

Introducere. Majoor si Suren (1947) au atras primii atentia asupra aparitiei litiazei biliare dupa interventiile chirurgicale pe stomac, incluzând-o printre complicatiile acestora. Material si Metode. Experienta noastra privind litiaza biliara dupa interventii chirurgicale pentru ulcer gastroduodenal se bazeaza pe analiza unui lot de 1611 pacienti operati pentru colecistita acuta sau cronica litiazica, in ultimii 15 ani (1996- 2010 ). Dintre acestea 34 (2,1%) prezentau biliopatii ca consecinta a stomacului operat. Varsta bolnavilor a fost cuprinsa in limitele 32 – 76 ani. Barbati / femei- 55 / 45 % . In mod programat s-au internat 20 pacienti (58,8%) si 14 (41,2%) urgent (colecistita acuta). Operatiile efectuate in antecedente : rezectii gastrice Billroth I – 20 pacienti (58,8%), Billroth II – 9 pacienti (26,5%) . Excezia ulcerului cu vagotomie tronculara 5 (14,7%) pacienti. Rezultate. Intervalul dintre operatia gastrica si aparitia calculilor biliari este urmatorul : de la 1 – 3 ani – 13 pacienti (38,2%) , 3- 5 ani 5 pacienti (14,7%), 5-10 ani 6 pacienti (17,6%), mai mult de zece ani 10 pacienti ( 29,4%). Concluzii. Rezumand aceasta expunere putem semnala semnificatia interventiei chirurgicale gastrice in aparitia litiazei biliare dupa rezectie gastrica generata de staza duodenala functionala in ansa proximala după rezectia gastrica Billroth II, si ca urmare a dischineziei gastro-duodenale si veziculare după rezectia gastrica Billroth I sau vagotomia. Rezumand aceasta expunere putem semnala semnificatia interventiei chirurgicale gastrice in aparitia litiazei biliare

## CONSECUTIVE VESICULAR LITHIASIS OF GASTRIC RESECTIONS

Introduction. Major and Suren (1947) first drew attention to the appearance of gallstones after surgery on the stomach, including it among their complications. Material and methods. Our experience on gallstone after surgery for gastro duodenal ulcer is based on analysis of a group of 1611 patients operated for acute or chronic cholecystitis lithiasis, in the last 15 years (1996- 2010. 34 (2.1%) of these had gallstones disease as a consequence of stomach surgery. The age of patients was within the limits of 32 – 76 years. Male/female –55/ 45%. Programmatically were hospitalized 20 patients (58,8%) and (41,2%) urgent (acute cholecystitis). History of operation performed: gastric resection Billroth I – 20 patients (58,8%), Billroth II – 9 patients (26,5%). Ulcer excision with truncal vagotomy 5 (14,7%) patients. Results. The interval of gastric surgery and the occurrence of gallstone is following: from 1- 3 years – 13 patients ( 38,2%), 3- 5 years 5 patients (14,7%), 5-10 years 6 patients (17,6%) more then ten years 10 patients (29,4%). Conclusions. Summarizing this exposure we can indicate the significance of gastric surgery in occurrence of gallstone after gastric resection caused by functional duodenal stasis in the proximal loop after gastric resection Billroth II and as a result of gastro-duodenal and gallbladder dyskinesia after the gastric resection Billroth I or vagotomy.

A12

## PATOLOGIA CĂII BILIARE PRINCIPALE ÎN MALROTAȚIA DUODENALĂ ASOCIATĂ CU DUODENOSTAZĂ

**Hotineanu V., Hurmuzache A., Hotineanu A., Bortă E., Ferdohleb A. , Pripa V.**

*USMF “N. Testemitanu”, LCȘ “Chirurgia reconstructivă a tractului digestiv”, Chișinău, Moldova*

Articolul este dedicat particularităților clinice și paraclinice ale patologiei căii biliare extrahepatice pe fondal de malrotație duodenală asociată cu duodenostază. La o serie de pacienți, în pofida restabilirii fluxului biliar după efectuarea colangiopancreatografiei retrograde endoscopice, persistă patologia biliară, manifestată clinic prin icter mecanic tranzitoriu, colangită cronică, coledocolitiază. În 5-15% cazuri, patologia biliară persistă în urma dezvoltării refluxului duodenocoledocian pe fondalul malrotației duodenale cu duodenostază și insuficiența papilei Water. Studiul a fost efectuat pe o perioadă de 11 ani (1998-2009), include 110 pacienți. În anamneză toți au suportat colecistectomie. Diagnosticul a inclus manifestările clinice și paraclinice, care din cele din urmă au demonstrat prezența malrotației duodenale asociată cu duodenostază, reflux duodenocoledocian, diametrul mărit al căii biliare principale peste 1 cm, prezența calculilor coledocieni primari, colangitei, prezența proceselor distrofice în peretele coledocian.

## THE PATOLOGY OF BILIARY FLOW IN DUODENAL MALROTATION WITH DUODENOSTASIS

This article is dedicated to the problem of clinic and paraclinic particularities of biliary duct pathology in duodenal malrotation with duodenostasis. In a group of patients although the biliary flow was reestablished after endoscopic retrograde cholangiopancreatography, the biliary pathology persist manifested through the clinical picture of transitorymechanical jaundice, chronic cholangitis and cholecolitiasis. In 5-15 % cases the biliary pathology reemerged due to the development of duodeno-biliary reflux, on the background of duodenal malrotation with duodenostasis and insufficiency of pappila Water. This research was carried out for period of 11 years (1998-2009), including a numberof 110 patients. All the patients underwent colecistectomy and afterwards reinterventions on biliary tract. The diagnostic included the clinical and paraclinical manifestations. The paraclinical investigations demonstrated the presence of duodenostasis and duodenal malrotation, duodenobiliary reflux, the biliary duct over 1,0 (cm) with primary stones, choledocolitiasis, colangitis and distrofical proceses in the wall of the biliary flow.

A13

## ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ И БИЛИАРНЫЙ СЕПСИС: ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Даценко Б.М., Борисенко В.Б.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучение закономерностей развития билиарного сепсиса у больных с синдромом механической желтухи, осложненной острым холангитом. Материалы и методы. Проведен анализ комплексного исследования 1357 больных, поступивших с клиникой механической желтухи. Желтушный период составил от 2 до 36 суток (в среднем - 16,3 суток). Программа обследования включала клиническую диагностику с определением триады Шарко (пентады Рейнольдса); степень органной дисфункции определяли по шкале SOFA; стандартная лабораторная диагностика была дополнена определением маркеров синдрома системной воспалительной реакции – прокальцитонина и С-реактивного белка. Инструментальная диагностика включала УЗИ органов брюшной полости в В-режиме, доплеровскую сонографию сосудов печени, папилоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию, компьютерную томографию. Результаты: По данным комплексного обследования механическая желтуха без холангита выявлена у 461 (34%) больных, у 896 (66%) больных желтуха осложнилась развитием холангита, который в 583 (43%) наблюдениях трансформировался в билиарный сепсис. Выраженность клинико-лабораторных проявлений гнойного процесса желчных путей (SIRS – больше 2 признаков) зарегистрирована у 579 (83%) больных. Прогрессирующая желчная гипертензия сопровождалась нарастанием ишемии печени с уменьшением кровотока по воротной вене, развитием феномена бактериальной транслокации, подавлением иммунного статуса и развитием синдрома полиорганной недостаточности. Программа лечения включала местное лечение с неотложной декомпрессией желчных протоков (эндоскопическая папилосфинктеротомия, литоэкстракция, литотрипсия, назобилиарное дренирование, стентирование) и интенсивную системную терапию с использованием рациональной антибиотикотерапии, гемодинамической респираторной, нутритивной поддержки, иммунозаместительной и корректирующей гемостаз терапии. Выводы: Острый холангит и билиарный сепсис – разные проявления инфекционно-воспалительного процесса, развивающиеся на фоне предшествующей механической желтухи, первый из которых протекает местно (в желчных путях), а второй генерализован в виде синдрома системной воспалительной реакции организма на расположенный в гепатобилиарной системе гнойный очаг. Тактика лечения билиарного сепсиса существенно отличается от таковой при холангите.

## ACUTE CHOLANGITIS AND BILIOUS SEPSIS: PATHOGENESIS PECULIARITIES, DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Aim of research. Study of bilious sepsis development regularities in patients with syndrome of mechanical icterus, complicated by acute cholangitis. Materials and methods. Analysis of complex research of 1357 patients attended to the clinics with mechanical icterus was carried out. Icteric period comprised from 2 to 36 days (average - 16,3 days). Program of examination included clinical diagnostics with Sharko triade (Reinolds pentalogy) definition; degree of organic dysfunction was defined according to SOFA scale; standard laboratory diagnostics was supplemented with definition of system inflammatory reaction syndrome markers - procalcitonin and C- reactive protein. Instrumental diagnostics included USR of abdominal cavity in B-regime, Doppler sonography of lever vessels, papilloscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, percutaneous translever cholangiography, computer tomography. Results: According to data of complex examination mechanical icterus without cholangitis was delineated in 461 (34%) patients, in 896 (66%) patients icterus was complicated by cholangitis development, which in 583 (43%) cases transformed into bilious sepsis. Expressiveness of clinic-laboratory manifestation of purulent process in bilious ways (SIRS – more than 2 signs) was registered in 579 (83%) patients. Progressive bilious hypertension was accompanied by lever ischemia buildup with bold flow decrease alone the portal vane, development of bacterial translocation phenomenon, immune status suppression with polyorganic incompetence syndrome development. Program of treatment included local treatment with urgent decompression of bile ducts (endoscopic papillosphincterotomy, lithoextraction, lithotripsy, nasobiliar drainage, stentation) and intensive system therapy with the use of additional antibioticotherapy, hemodynamic respiratory, nutritive support, immunosubstitute therapy and therapy correcting hemostasis. Summary: Acute cholangitis and bilious sepsis are different manifestations of infection-inflammatory process, developing on the background of previous mechanical icterus, the first of which takes place locally (in bile ways), another is generalized in the way of system inflammatory reaction syndrome of the organism on a purulent focus located in hepatobiliary system. Bilious sepsis treatment tactics differs essentially from that under cholangitis.

A14

## SINDROMUL MIRIZZI – DIAGNOSTIC SI TRATAMENT

Popa Gh., Gutu E., Iacob V.

Introducere: Sindromul Mirizzi (SM) este o complicatie rara a litiazei veziculare cronice cu o incidenta de 0,7-1,4% la pacientii colecistectomizati. Initial SM a fost descris ca o obstructie totala sau partiala a caili biliare principale cu un calcul inclavat in infundibulul vezicular sau ductul cistic printr-o compresie extrinseca, complicata cu icterul obstructiv. Conform clasificatiei Csendes se disting urmatoarele tipuri de SM: tip I, cand calea biliara principala este comprimata de un calcul inclavat in infundibulul vezicular sau ductul cistic fara formarea fistulei colecistobiliare; tip II-IV cu prezenta fistulei colecistobiliare cu diferit grad de eroziune a canalului hepatic comun. Materiale si metode: Pe perioada anilor 2006-2011 raportam 5 cazuri de SM: 1 pacient cu SM tip I, 2 pacienti – tip II si 2 pacienti – tip IV. Doar la doi pacienti diagnosticul de SM a fost suspectat preoperator prin colecistopancreatografie retrograda endoscopica, iar in 3 cazuri diagnosticul a fost instalat intraoperator. La toti pacientii icterul mecanic era insotit de colangita purulenta. Rezultate: Operatia a avut ca scop colecistectomie cu lichidarea fistulei bilio-biliare si rezolvarea icterului obstructiv. Operatia

s-a finisat cu aplicarea anastomozei hepaticojejunale pe ansa Roux cu stent biliar (1 bolnav), drenarea coledocului tip Kehr (3), drenarea coledocului tip Halsted (1). Toti pacientii in perioada postoperatorie precoce au fost examinati prin fistulocolangiografie pentru controlul permeabilitatii cailor biliare. Concluzii: SM este o complicatie rara a litiazei veziculare, responsabil de icter si colangita, diferentierea preoperatorie cu cancerul biliar fiind dificila. Rezolvarea chirurgicala a SM depinde de forma morfolopatologica conform clasificarii Csendes.

## MIRIZZI SYNDROME – DIAGNOSIS AND TREATMENT

Introduction: Mirizzi syndrome (MS) is a rare complication of longstanding gallbladder stone disease, with an incidence of 0.7-1.4% from all cholecystectomies. SM was originally described as a gallstones impacted in the neck of the gallbladder or cystic duct, which can obstruct the common bile duct (CBD) by extrinsic compression causing obstructive jaundice. According to Csendes classification the following types of MS are distinguished: type I, when the CBD is compressed by a gallstone impacted in cystic duct, without biliary fistula, type II-IV with the bilio-biliary fistula with different degree of destruction of the common hepatic duct wall. Materials and methods: We report 5 patients with MS, treated during the period of 2006-2011: 1 patient with type I MS, 2 patients with type II, and 2 patients with type IV. Only in two patients the MS was suspected prior surgery using endoscopic retrograde cholecystopancreatography, in another three cases the diagnosis was established intraoperatively. Mechanical jaundice in all patients was accompanied by purulent colangitis. Results: The aim of surgery included cholecystectomy, abolition of cholecysto-choledochal fistula, and elimination of obstructive jaundice. Procedure was completed by Roux-en-Y hepaticojejunostomy with biliary stent placement (1patient), suture closure over a T-tube (3), and Halsted tube (1). In the early postoperative period all patients underwent cholangiography in order to control the permeability of the biliary ducts. Conclusions: MS is a rare complication of the gallbladder calculous disease which is responsible for obstructive jaundice and colangitis, the preoperative differentiation with biliary cancer is difficult. The surgical procedure for MS depends on its morphological form according to Csendes classification.

---

A15

## DUPLICATIA SI FALSA DUPLICATIE A AXULUI BILIAR PRINCIPAL. IMPLICATII DIAGNOSTICE SI TERAPEUTICE

**Bratucu E., Straja D., Cirimbei C., Marincas M., Marincas M., Stefan I., Fatoi Diana**

*Institutul Oncologic Bucuresti/Clinica de Chirurgie Nr. 1*

Autorii prezinta doua cazuri de duplicatie a caii biliare principale, prin convergenta foarte joasa a canalelor hepatice. Unul dintre cazuri a reprezentat o duplicatie reala, incontestabila. Cel de-al doilea caz a fost interpretat initial ca o duplicatie pe baza examenelor colangiografice intraoperatorii si a colangiografiei endoscopice, interpretari care s-au dovedit eronate. Datele lamuritoare au fost oferite de reconstruciile colangio-RMN 3-D, in postoperator - falsa duplicatie in cazul unui alt tip de anomalie. Se desprinde ideea informatiei insuficiente oferite de explorarile imagistice colangiografice, cat si a colangioRMN standard, singura informatie de certitudine fiind oferita de reconstruciile colangioRMN 3D. Apare astfel evidenta necesitatea solicitarii de catre chirurg a imagisticii reconstructive 3D ori de cate ori este evocata o anomalie in aria cailor biliare extrahepatice. In acest mod s-ar afla mai rapid situatia anatomica reala si s-ar evita o serie de erori diagnostice sau chiar gesturi terapeutice neadecvate.

## THE DUPLICATION AND FALSE DUPLICATION OF MAIN BILE AXIS. DIAGNOSTIC AND THERAPEUTICAL IMPLICATIONS

The authors present two cases of common bile duct duplications by way of very low convergence of hepatic ducts. One of these cases represented a real, unquestionable duplication. The latter has been initially interpreted as a duplication on the basis of cholangiographic intraoperative examinations and of endoscopic cholangiography, interpretations that proved to be erroneous. Clarifying data have been provided by cholangio- MRI reconstructions, after the operation- the false duplication as a part of another type of anomaly. In this way, the idea of insufficient information provided by cholangiographic imagistic explorations, but also by standard cholangio-NMR emerges, the only information of certitude being offered by 3D cholangio-MRI reconstructions. Therefore the necessity for surgeon requesting 3D reconstructive imagistics to be performed each time an anomaly in the field of extrahepatic bile ducts is evidenced here. In this way, the real anatomic situation would be discovered faster and a series of diagnostic errors and inadequate therapeutical gestures would be avoided.

---

A16

**ILEUSUL BILIAR- 20 DE ANI DE EXPERIENȚA INTERCLINICĂ****Beuran M.\*, Ivanov I.\*\*, Venter M. D.\*\*, Carstea P. M.\*\*, Dimceviți Poesina Nicoleta\*\*\*, Ghidirim Gh.\*\*\*\*, Ignatenco S.\*\*\*\*, Revencu S.\*\*\*\***

\*Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București

\*\*Clinica Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență București

\*\*\* Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", Facultatea de Farmacie, Catedra Matematici Aplicate și Biostatistică, Bucu

Introducere: Ileusul biliar reprezintă o complicație rară a litiazei veziculare (0.3-0.5%), a cărei incidență a ramas practic neschimbată în decursul timpului. Actual diagnosticul și tratamentul acestei boli au suferit schimbări majore dar, cu toate acestea, mortalitatea a ramas crescută fapt explicabil prin patologia asociată și prezentarea tardivă la medic. Material și metoda. Studiul retrospectiv al cazurilor de ileus biliar internate în perioada mai 1991-mai 2011 în SCUB și Centrul Național Științific-Practic al Medicinii de Urgență Chișinău. Au fost înregistrate un număr de 40 de cazuri (34-SCUB, 6 cazuri CNSPMUC). 3 cazuri au reprezentat sindrom Bouveret, 4 cazuri de obstrucție colonică restul de 33 de cazuri au fost ileusuri biliare clasice. Incidența globală a ileusului biliar în studiul nostru a fost 0.15% (din numărul total de cazuri de litiaza biliară internate în perioada menționată). Vârsta medie a fost 71,62 ani cu predominanță a sexului feminin (37 cazuri, 92,5%). Diagnosticul preoperator a fost stabilit în 17,5% din cazuri. Terapeutic, lotul a fost împărțit în 2 grupe de pacienți: enterolitotomie (grup I, 28 pacienți) și enterolitotomie cu desființarea traiecului fistulos (grup II, 12 pacienți). Nu s-au constatat diferențe statistice semnificative între cele 2 grupuri referitor la vârsta durată simptomatologiei și scorul ASA. Timpul operator a fost semnificativ crescut la pacienții din grupul II. S-a înregistrat un număr total de 14 complicații chirurgicale, 9 complicații (33,33%) în grupul I, și 5 complicații (41,66%) în grupul II. Mortalitatea globală a fost de 25%, 8 cazuri în grupul I (28,57%) și 2 cazuri în grupul II (16,66%). CONCLUZII: Ileusul biliar, ramane o provocare pentru chirurg. Dificultatea diagnosticului preoperator, starea generală alterată și vârsta avansată a pacienților impun o decizie chirurgicală realistă și adaptată situației intraoperatorii. În situațiile dificile enterolitotomia ramane soluția terapeutică optimă, în absența endoscopiei intervenționale.

**GALLSTONE ILEUS- 20 YEARS OF INTERCLINICAL EXPERIENCE**

Background. Gallstone ileus represents a rare (0.3-0.5%), but serious complication of a common illness – the gallbladder lithiasis and the incidence of this fascinating disease has remained the same over the years. Actually, the diagnosis and management of gallstone ileus had suffered major changes, but despite these diagnostic and therapeutic possibilities, the mortality remains high and the common causes are associated comorbidities and late presentation to the physician. Materials and Methods. A retrospective and descriptive study of patients with diagnosis of gallstone ileus admitted to the Clinical Emergency Hospital Bucharest and National Scientific and Practical Center of Emergency Medicine Chișinău, between May 1991-May 2011. 40 consecutive patients with gallstone ileus (34 cases- ECHB; 6 cases- NSPCEMC) were included. Bouveret's syndrome was diagnosed in 3 cases, gallstone colonic obstruction in 4 cases and "classical" gallstone ileus in 33 cases. The overall incidence in our study was 0.15% (from the total number of gallbladder lithiasis admitted in the mentioned period). Results. The mean age was 71.62 years with the female gender prevalence (92.5%, 37 cases). In 17.5% cases the diagnosis was made before the operation. Enterolithotomy was performed in 28 patients (group 1) and cholecystectomy and fistula closure (one-stage procedure) were added in 12 patients (group 2). We found no statistically significant differences between group 1 and group 2 on age, duration of symptoms and ASA score. Operating time was significantly longer for the one-stage procedure. The morbidity and mortality rate still have a high percentage. Complications occurred in 9 of 28 patients (33.33%) from group 1 and in 5 of 12 patients (41.66%) from group 2. The overall mortality was 25%, 8 cases in group 1 (28.57%) and 2 cases (16.66%) in group 2. Conclusion The gallstone ileus remains a challenge for the general surgeon. The difficulty of preoperative diagnosis, general malaise and the advanced age of patients require a realistic and appropriate surgical decision adapted to the intraoperative situation. In difficult situations enterolithotomy remains the optimal solution in the absence of interventional endoscopy.

A17

**CRITERII DE DIAGNOSTIC ȘI OPȚIUNI CHIRURGICALE ÎN LITIAZA BILIARĂ ASOCIATĂ CU HEPATITA SATELIT****Strelțov Liuba, Rojnovanu Gh., Revenco S., Gaidau R.**

USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Alegerea momentului operator și volumul de intervenție chirurgicală, rămân probleme de discuție în litiaza biliară, în prezența unui teren hepatic alterat. Scopul. Analiza experienței tratamentului pacienților cu litiaza biliară asociată cu hepatită satelit. Material și metode. Din 256 pacienți tratați în 1995-2010 pentru sindrom icteric în litiaza biliară, hepatită satelit s-a constatat la 74 (28,2%). Suferințe hepatice au relatat 59 pacienți: ciroză hepatică – 5(8,5%), hepatită cronică postvirală – 31(52,5%), hepatită cronică persistentă idiopatică – 23(40%). În 15 cazuri reacția colestatică a fost cauzată de componenta infecțioasă severă. Aprecierea severității hepatitei s-a bazat pe aspecte clinice, biochimice și investigații paraclinice. Rezultate. Am remarcat evoluții bruște a fermentilor de citoliză cu involuție durabilă postdecompresie biliară. Hipoproteinemie s-a instalat precoce și a necesitat corecție pre- și postoperatorie. Procesele de lipoperoxidare cu formare de radicali liberi sunt exprimate: DAM marcată cu 28%, SOD – cu 12,5%. Hipocoagularea precoce necesită o medicație terapeutică apreciată. Din aceste considerente au fost utilizate intervenții chirurgicale în două etape. PSTE în I etapă a fost efectuată în 51 cazuri. La pacienții cu componentă infecțioasă severă s-a efectuat drenarea externă a căii biliare. Asocierea medicației de corecție a dismetabolismului hepatic a permis în timp rezolvarea chirurgicală definitivă. Morbiditatea (6,9%) și mortalitatea (2,7%) sunt în concordanță cu gravitatea și durata suferinței hepatice, durata icterului și apariția mai precoce a insuficienței hepatice – factor de risc fundamental. Concluzie: Folosirea criteriilor de apreciere a severității maladii și utilizarea tehnicilor chirurgicale moderne cresc acuratețea diagnosticului și rezultatele tratamentului chirurgical. Decompresia biliară preoperatorie reprezintă metoda de elecție în rezolvarea sindromului icteric la acești pacienți.

## THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT IN BILIARY LITHIASIS ASSOCIATED WITH HEPATITIS SATELLITE

Introduction. To time the operative intervention and to select the operation procedure is a problem for discussion in biliary stones associated with hepatic disturbances. Purpose. Analysis of treatment experience of patients with biliary stones associated with hepatitis satellite. Material and methods. Of 256 patients treated in 1995-2010 for jaundice syndrome in biliary lithiasis, hepatitis satellite was found in 74 (28.9%). History of liver disease reported 59 patients: liver cirrhosis - 5 (8.5%), chronic hepatitis viral etiology- 31 (52.5%), chronic persistent hepatitis, idiopathic etiology - 23 (40%). In 15 cases cholestatic liver reaction occurred neagravated field, caused by severe infectious component. Assessing the severity of hepatitis was based on clinical aspects, biochemical and laboratory investigations. Results. I noticed evolving more pronounced cytolysis of fermented with involution sustainable post biliary tract decompression. The decrease of the protein level was installed earlier and required pre- and postoperative correction. Lipid peroxidation processes with formation of free radicals are expressed: DAM marked 28%, SOD - by 12.5%. A medication regimen requires early hypocoagulation appreciated. For these reasons surgery was used in two stages. Primary biliary decompression path through PSTE was made in 51 cases. In patients with severe infectious component was originally made to track external biliary drainage. Combination drug correction of the liver disturbances, surgery allows for definitive resolution. Morbidity (6.75%) and mortality (2.7%) are consistent with the severity and duration of liver disease, during early development of jaundice and liver failure - key risk factor. Conclusion: Using criteria for assessing the severity of disease and use of modern surgical techniques increase the accuracy of diagnosis and results of surgical treatment. Preoperative biliary decompression by means is method of choice in resolving jaundice.

A18

## EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ȘI PROFILAXIA BOLII TROMBOEMBOLICE ÎN CHIRURGIA LITIAZEI BILIARE LA PACIENȚII VÂRSTNICI

Strelțov Liuba, Rojnovanu Gh., Revenco S., Mustea V., Mutavci Gh.

USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Boala tromboembolică este complicația severă ce poate interveni în chirurgie, necesitând permanent perfecționarea diagnosticului și tratamentului. Scopul. Analiza tratamentului pacienților vîrstnici cu litiază biliară, evidențierea factorilor de risc și exercitarea metodelor de profilaxie în boala tromboembolică (BTE). Material și metode. Din 1314 pacienți tratați chirurgical în 2005 - 2010 pentru litiază biliară, pacienții cu vârsta de peste 60 ani au fost în 562 cazuri (42,8%). Operații pentru colecistită cronică - 419, pentru colecistită acută - 143 bolnavi. Colecistectomii clasice - 436, laparoscopice - 126 cazuri. Durata intervenției chirurgicale de la 45 min - 2 ore 30 min. Evaluată factorii de risc ai BTE. S-au determinat: indicele protrombinic, fibrinogenul, TTPA (timpul trombinei parțial active), TAR (timpul activ de recalcificare), proba cu etanol, timpul de sîngerare și coagulare, s-a efectuat examinarea ecografică periferică Doppler în caz de afecțiuni vasculare. Rezultate. S-a constatat nivelul înalt de risc la toți pacienții cu vârsta de peste 60 ani. Necătând profilaxiei s-au constatat următoarele complicații tromboembolice: embolia arterelor pulmonare de calibru mare - 1 caz, embolia arterelor pulmonare de calibru mediu și mic - 3 cazuri, tromboza venelor profunde - 2 cazuri, tromboflebită a venelor profunde - 2 cazuri, tromboflebită a venelor superficiale - 3 cazuri, sindrom dolo în molet cu marcarea timpului de coagulare - 26 cazuri. Complicațiile au survenit în lotul de pacienți operați în urgență, la indicații vitale, atât clasic cât și laparoscopic. Profilaxia s-a efectuat cu heparină și cu fraxiparină 2850ME - 3-4 zile. În cazul emboliei ramurilor masive a a. pulmonare a survenit subit un deces, celelalte au fost rezolvate prin tratament cu anticoagulante și externare la a 15 - 23 zi, cu evaluare dinamică timp de trei luni.

## THROMBEMBOLIC COMPLICATIONS IN THE BILIARY LITHIASIS SURGERY IN AGED PATIENTS, THE PREVENTIVE MEASURES

Introduction. Thrombembolic disease is a severe complications in surgery and need permanent improvement of diagnosis and treatment. Purpose. Analysis of risk factors and the prevention measures in thrombembolic complications (TEC) in treatment experience of aged patients with biliary stones. Material and methods: Of 1314 patients treated in 2005 - 2010 for biliary lithiasis, the aged patients were in 562 cases (42,8%). The cronic cholecystitis was in 419 cases, the acute cholecystitis was in 143 cases. The classic cholecystectomy was been done in 436 cases, the laparoscopic cholecystectomy - in 126 cases. The operations time was from 45 min to 2 hour 30 min. The analysis of risk factors of thrombembolic complications was been done. The laboratory investigations included: blood prothrombin, blood coagulation, the test with ethanol, hemoconcentration, Dopplerography. Results. It was noticed the high risk of TEC in all aged patients. But in post operation period we determined some complications: the pulmonary large artery thrombembolism - 1 case, the little bronchus of pulmonary artery thrombembolism - 3 cases, the thrombosis of deep veins - 2 cases, the thrombophlebitis of deep veins - 2 cases, the thrombophlebitis of varicose veins - 3 cases, the arching pain syndrome with the increasing of coagulation time in 26 cases. These complications had appeared in group with urgent surgical treatment and was in classic and laparoscopic cholecystectomy. We notice that these patients were administrated heparin, fragmin and fraxiparin for 3-4 days. One case of pulmonary embolism had a fatal outcomes. The treatment of thrombembolic complications was anticoagulant therapy. The patients were discharged from the hospital on the 15 - 23 days of the treatment. We follow-up of this patients for 3 months.

A19

## MODALITATE DE ABORD IN TRATAMENTUL LITIAZEI CAILOR BILIARE INTRAHEPATICE

**Filip B., Grecu F., Scripcariu V.**

*Clinica III Chirurgie, Sp. 'Sf. Spiridon', Iasi*

Litiaza cailor biliare intrahepatice (CBIH) reprezinta in statele vestice o entitate clinica rara , cu incidenta in crestere in ultimele decade in seriile de cazuri raportate, odata cu cresterea sensibilitatii metodelor diagnostice. Etiologia este neclara , dar asocierea dintre staza biliara si infectie sunt factori determinanti .Tratamentul este complex, scopul tratamentului este obtinerea statusului "stone-free", decomprimarea arborelui biliar si controlul infectiei. Ca prima optiune se propune derivatia biliara asociata sau nu cu rezectia hepatica , ca si alternativa non-invaziva se enumera abordul endoscopic retrograd sau litotritia percutana. Prezentam cazul unei paciente diagnosticate in urma unui puseu de angiolita cu litiaza de CBIH cantonata la nivelul segmentelor VII , VIII hepatice .Tratamentul chirurgical a presupus abordul bipolar al cailor biliare intrahepatice prin segmentectomie hepatica si coledocotomie si extractia bipolară a calculilor, urmata apoi de sfincterotomie endoscopica.

### APPROACH IN TREATMENT OF PRIMARY INTRAHEPATIC LITHIASIS

Primary intrahepatic lithiasis represents in western countries a rare clinical feature with an increase in incidence. The etiology is unclear but the association of biliary stasis and infection are determinant factors for stone formation. The treatment is complex, and the goal is to promote complete stone clearance, decompression of the biliary tree, and control of bile infection. Most groups propose surgical treatment with bilioenteric anastomosis and/or liver resection as the first approach and nonsurgical procedures such as percutaneous cholangioscopic lithotripsy or endoscopic therapy. We present the case of a patient diagnosed with intrahepatic lithiasis after an episode of cholangitis. The surgical approach consisted in a hepatic resection combined with bipolar exploration of bile ducts and extraction of bile stones.

---



## CHIRURGIA CARDIO-VASCULARA

B20

### ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Решетняк О. М.

Кафедра хирургии и проктологии (зав. – проф. Т.И. Тамм) ХМАПО, Харьков, Украина

Варикотромбофлебит нижних конечностей встречается у 30-60% больных с варикозной болезнью и в 10% случаев служит предиктором тромбоза глубоких вен. В 5,9% случаев заболевание является источником тромбоза легочной артерии. Нерешены вопросы лечения «дистальных» форм варикотромбофлебита у пациентов с трофическими нарушениями. Из-за высокого риска гнойно-септических осложнений многие авторы придерживаются консервативной тактики. В тоже время, приостановить распространение тромботического процесса на глубокую венозную систему через перфорантные вены возможно только хирургическими методами. Таким образом, определение адекватного подхода к лечению варикотромбофлебита на сегодняшний день остается актуальной медико-социальной проблемой. Цель исследования: Улучшить результаты лечения варикотромбофлебита у больных с осложненными формами варикозной болезни с помощью миниинвазивных технологий. Материалы и методы: С 2009 по 2011гг оперативное лечение было выполнено 14 больным с «дистальными» формами (I и IV типы) варикотромбофлебита. Мужчин было 6 (42,9%), женщин-8(57,1%). Возраст пациентов от 45 до 72 лет. В первые 5 суток от начала заболевания поступило 4(28,6%), 7(50%) – в течение 6-14 суток, 3(21,4%) – через 14 и более суток. С I типом тромбофлебита госпитализированы 11(78,6%) больных, с IV типом – 3(21,4%). Согласно классификации CEAP-5(35,7%) пациентов с C4 классом, 6(42,9%) с C5, 3(21,4%), с классом C6.Обследование состояло из общеклинических методов и срочного цветного дуплексного сканирования на аппарате ULTIMAPRO-30, во время которого в 15,9% случаев обнаружены тромбированные перфорантные вены.В зависимости от характера трофических изменений мягких тканей и сроков госпитализации пациенты разделены на две группы. В первую вошли 9(64,3%) пациентов с варикотромбофлебитом, госпитализированных до 14 суток от начала заболевания, а во вторую группу вошли больные с активными трофическими язвами и сроком заболевания более двух недель -5(35,7%).В обеих группах применяли активную хирургическую тактику, объем которой заключался в выполнении кроссэктомии, короткого стриппинга на бедре и субфасциальной эндоскопической диссекции несостоятельных перфорантных вен. В случаях тромбоза последних, подтвержденном эндоскопически, выполняли тромбэктомию. Больным в I группе производили флебэктомию на голени. Во II группе вены на голени не удаляли.Результаты: Послеоперационный период у больных I-й группы протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, пациенты выписаны на 6-7сутки. У больных II группы в послеоперационном периоде осложнений не было, перифокальное воспаление под воздействием местного применения мазей на гидрофильной основе купировано на 4-е сутки. Краевая эпителизация язв появилась на 2-3сутки. На 7-8 сутки пациенты выписаны на амбулаторное лечение с рекомендацией провести склеротерапию оставшихся вен на голени через 3 мес. Таким образом, учитывая высокую частоту выявления тромбированных перфорантных вен, у больных с осложненными формами варикозной болезни оправдана активная хирургическая тактика. Миниинвазивные методы обеспечивают радикальность хирургического лечения у больных с классом C4-C6, позволяют избежать гнойно-септических осложнений и сократить экономические затраты за счет уменьшения койко-дня и сокращения сроков нетрудоспособности.

### ABILITIES OF MINIINVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF VARICOTHROMBOPHLEBITIS IN PATIENTS WITH HARD FORMS OF VARICOSE DISEASE

Varicothrombophlebitis of lower limbs is met in 30-60% of patients with varicose disease and in 10% cases serves as a predictor of deep veins thrombosis. In 5,9% cases the disease is the source of thromboembolism of pulmonary artery. Problems of "distal" forms of varicothrombophlebitis treatment in patients with trophic disorders are not solved. Many authors keep to conservative tactics because of high risk of purulent-septic complications. At the same time it is possible to hold up the diffusion of thrombotic process on deep vein system through perforative veins only surgically. Thus, definition of adequate approach to varicothrombophlebitis treatment at present remains an actual medico-social problem. Aim of study: Improve the results of varicothrombophlebitis treatment in patients with complicated forms of varicose disease with the help of miniinvasive technologies. Materials and methods: From 2009 to 2011 operative treatment was performed to 14 patients with "distal" forms (I and IV types) of varicothrombophlebitis. Men were 6 (42,9%), women - 8(57,1%). The age of patients comprised from 45 to 72 years old. During first 5 day from the beginning of the disease 4(28,6%) patients attended, 7(50%) – during 6-14 days, 3(21,4%) – in 14 days and more. 11(78,6%) patients were hospitalized with the I-st type of thrombophlebitis, 3(21,4%) - with the IV-th type. According to CEAP-5 classification 5(35,7%) patients with C4 class, 6(42,9%) with C5, 3(21,4%), with C6 class. The examination consisted of general clinical methods and urgent duplex scanning on the apparatus ULTIMAPRO-30, during which in 15,9% cases thrombosed perforative veins were detected. Depending on the character of trophic changes of soft tissues and terms of hospitalization patients were divided into two groups. 9(64,3%) patients with varicothrombophlebitis, hospitalized up to 14 days from the beginning of the disease were included into the first group, patients with active trophic ulcers and terms of disease more than two weeks - 5(35,7%) - were included into the second group. Active surgical tactics was used in both groups, the volume of which consisted in crossectomy, short stripping on the thigh and subfascial endoscopic dissection of incompetent perforative veins. In cases of thrombosis of the latest, confirmed endoscopically, thrombectomy was performed. Flebectomy on the shank was performed to the patients of the I-st group. In the II-nd group veins of the shank were not extracted. Results: Post-operative period in patients of the I- st group passed without complications, wounds healed in the way of primary tension, patients were discharged from hospital on 6-7

day. In patients of the II-nd group there were no complications in post-operative period, perifocal inflammation under local application of ointments on hydrophilic basement was cupped off on the 4th day. Marginal epithelization appeared on the 3rd day. The patients were discharged from the hospital on ambulatory treatment on the 7-8 day with the recommendation to carry out sclerotherapy of the remaining veins on the shank in 3 months. Thus, accounting high frequency of thrombosed perforative veins detection in patients with complicated forms of varicose disease active surgical tactics is justified. Miniinvasive methods provide radical surgical treatment substantiation in patients with C4-C6 class, allow to avoid purulent-septic complications and shorten economic costs on account of bed- day shortening and decrease of terms of incapacitation.

## B21

**TRATAMENTUL CU LASER ENDOVENOS DE 980-NM A BOLII VARICOASE**

**Conțu O., Conțu Gh., Ștefanet I., Bernaz E.**

Context: Tratamentul cu laser endovenos (TLE) este tot mai mult utilizat pentru a trata incompetența venei safene mari (VSM). Acest studiu prezintă rezultatul pe termen lung a TLE la o serie de 45 de pacienți. Metode: Au fost tratați prin TLE 45 de pacienți (39 femei, 6 bărbați) cu incompetența VSM, cu o vârstă medie de 38.6 ani (interval, 19 - 56 ani), folosind un laser cu diodă de 980-nm. Diametrul VSM a fost măsurat prin examinarea duplex în poziție verticală, în diferite segmente ale venei pentru a determina densitatea optimă de energie liniară necesară pentru fiecare segment. Diametrul mediu al joncțiunii safeno-femorale (JSF) a fost de 7,5 mm (interval de la 6 la 15.0 mm). Pacienții au fost evaluați clinic și prin scanarea duplex la 8 zile, 1 și 6 luni pentru a aprecia eficacitatea tratamentului și reacțiile adverse. Rezultate: Operația a început cu deconectarea JSF în 37 de cazuri. În 25 de cazuri a fost posibilă introducerea fibrei laser de la nivelul maleolului medial până la JSF. La o săptămână de urmărire 5 (11%) din pacienți au raportat durere moderată. În perioada postoperatorie imediată rata de închidere a VSM a fost de 98,0% și a rămas constantă în continuare. După un an au fost remarcate o dispariție completă a VSM sau un cordon rezidual fibros. Complicații majore nu au fost determinate, în special, nu au fost cazuri de tromboză venoasă profundă. Miniflebectomia suplimentară a fost efectuată la toți pacienții. Concluzie: TLE al incompetenței VSM cu laser cu diodă de 980 nm este o tehnică extrem de sigură, în special atunci când energia aplicată se calculează în funcție de diametrul VSM. În prezent, TLE a devenit metoda de alegere pentru tratarea varicelor superficiale și tinde să înlocuiască tratamentul tradițional prin ligaturare și stripping.

**ENDOVENOUS 980-NM LASER TREATMENT OF VARICOSE VEINS**

Background: Endovenous laser treatment (ELT) is increasingly being used to treat incompetent great saphenous veins (GSV). This study reports the long-term outcome of ELT in a series of 45 patients. Methods: Incompetent GSV segments in 45 patients (39 women, 6 men) with a mean age of 38.6 years (range, 19 to 56 years) were treated with intraluminal ELT using a 980-nm diode laser. The GSV diameter was measured by Duplex examination in an upright position in different GSV segments to determine the optimal linear endovenous energy density for each segment. The mean diameter of saphenofemoral junction (SFJ) was 7.5 mm (range, 6 to 15.0). Patients were evaluated clinically and by duplex scanning at 8 days, 1 and 6 months to assess treatment efficacy and adverse reactions. Results: The operation began with the SFJ disconnection in the 37 cases. In 25 cases it was possible to introduce the laser fiber from the inner maleolus to SFJ. At the 1-week follow-up 5 (11%) patients reported moderate pain. In the immediate postoperative period, the closure rate was 98.0% and remained constant during the 1-year. After 1 year, a complete disappearance of the GSV or minimal residual fibrous cord was noted. Major complications have not been detected; in particular, no deep venous thrombosis. Complementary miniflebectomy was done in all patients. Conclusion: ELT of the incompetent GSV with a 980-nm diode laser appears to be an extremely safe technique, particularly when the energy applied is calculated as a function of the GSV diameter. Currently, ELT has become the method of choice for treating superficial veins and has almost replaced the treatment of traditional ligation and stripping.

## B22

**PRIMA EXPERIENȚĂ ÎN ABLATIA ENDOVENOASĂ CU LASER**

**Gutu E., Casian D., Culiuc V., Mitiglo A.**

*Clinica Chirurgie Generală, USMF "N. Testemitanu", Chișinău, Moldova*

Introducere. Tehnicile minim-invazive de tratament al maladiei varicoase și a insuficienței venoase cronice se bucură de o popularitate în creștere, ablatia endovenosă cu laser (EVLA) fiind un lider al "revoluției endovenose". Scopul studiului este analiza critică a particularităților tehnice, managementului periprocedural și rezultatelor precoce după EVLA la bolnavii cu maladie varicoasă a membrilor inferioare. Metode. Experiența noastră inițială include 26 de pacienți, tratați cu EVLA a venei saphena magna (VSM). Cinci (19,2%) pacienți au fost bărbați, vârsta medie a bolnavilor – 42,2 ani. În conformitate cu sistemul CEAP toți bolnavii au fost catalogați ca: C2s-6; Ep; As, s,p; Pr. Extinderea refluxului safenian în raport cu clasificarea Hach a fost următoarea: tip II – 15 (57,7%), tip III – 8 (30,8%), tip III și IV – 3 (11,5%) cazuri. Rezultate. Majoritatea intervențiilor – 86,9%, au fost efectuate cu anestezie locală infiltrativă. În 6 cazuri, din motivul sindromului algic în timpul EVLA, a fost administrată o anestezie generală de scurtă durată. Tentativele de introducere a fibrei laser prin punctie s-au soldat cu succes în 18 (69,2%) cazuri, la ceilalți pacienți practicându-se un acces deschis spre VSM. Crosectomia a fost evitată în toate cazurile. Monitoring-ul continuu prin ultrasonografie duplex a fost efectuat la toate etapele tratamentului. Intervenții adiționale au fost efectuate simultan cu EVLA în 9 (34,6%) cazuri: flebectomia prin procedeul Muller - 2, scleroterapia - 3, ablatia chimică/termică a venelor perforante incompetente - 4. Scanarea duplex la 7-a zi și la o lună postoperator a demonstrat ocluzia VSM în 25 (96,1%) cazuri.

Concluzii. EVLA a VSM este o metoda efectiva de tratament al maladiei varicoase si a insuficientei venoase cronice. Aspectele tehnice ale procedurii reprezinta un subiect pentru ulterioarele cercetari cu scop de optimizare si standardizare.

## FIRST EXPERIENCE OF ENDOVENOUS LASER ABLATION

Introduction. Minimally invasive ablative techniques designed for treatment of varicose veins and chronic venous insufficiency are gaining in popularity, endovenous laser ablation (EVLA) being the front runner in the "endovenous revolution". The aim of study is a critical analysis of technical peculiarities, periprocedural management and early results of EVLA in patients with varicose veins of lower limbs. Methods. Our initial experience includes 26 patients, treated with EVLA of the great saphenous vein (GSV). Among these 5 (19,2%) were men, median age – 42,2 years. According to the CEAP classification all patients were catalogued as C2s-6; Ep; As, s,p; Pr. Extension of saphenous reflux according to the Hach's classification: type II – 15 (57,7%), type III – 8 (30,8%), types III and IV – 3 (11,5%) cases. Results. The majority of interventions – 86,9%, were performed under tumescent local anesthesia. In 6 cases the short term general anesthesia was applied due to the pain sensation during procedure. The attempt of puncture introduction of laser fiber was successful in 18 (69,2%) patients, in remaining cases the open access to the GSV was performed. The crosssection was avoided in all cases. Continuous duplex-ultrasound monitoring was used during all steps of treatment. Additional interventions were performed simultaneously with EVLA in 9 (34,6%) cases: Muller's phlebectomy - 2, sclerotherapy - 3, thermal/chemical ablation of incompetent perforators - 4. Duplex scanning at day 7 and one month postoperatively showed the occlusion of GSV in 25 (96,1%) cases. Conclusion. The EVLA of GSV is an effective method for treatment of varicose veins and chronic venous insufficiency. Technical aspects of procedure should be a subject of further research with aim of optimization and standardization.

B23

## TRATAMENTUL RECURENTEI MALADIEI VARICOASE CAUZATE DE FENOMENUL NEOVASCULARIZARII INGHINALE

**Casian D., Culiuc V., Zaporojan A., Maloghin V.**

*Catedra Chirurgie Generala, USMF "N. Testemitanu", Chisinau, Moldova*

Introducere. Refluxul venos patologic in regiunea jonctiunii safeno-femorale deconectate anterior este o cauza tipica a recurentei postoperatorii a maladiei varicoase. Erorile tehnice si fenomenul de neovascularizare sunt responsabile in masura aproape egala pentru reaparitia refluxului. Scopul studiului este analiza comparativa a diferitor modalitati de tratament al varicelor recidivante la nivelul coapsei cauzate de fenomenul neovascularizarii. Metode. Examenul duplex ultrasonor al pacientilor spitalizati cu recurenta varicelor in regiunea superioara a coapsei a determinat prezenta neovascularizarii inghinale ca sursa de reflux in 19 cazuri. Timpul mediu de la operatie – 45,6 luni. Au fost stabilite urmatoarele tipuri de neovascularizare conform clasificarii Fisher: tipul B2a – 6 (31,5%); B2b – 9 (47,3%); B2c – 4 (21%) cazuri. Rezultate. Trei variante de tratament au fost utilizate: scleroterapia cu spuma – 4, excizia varicelor cu anestezie infiltrativa – 12 si disectia repetata in regiunea inghinala cu excizia venelor dilatate in zona jonctiunii safeno-femorale – 3 cazuri. Toate sedintele de scleroterapie s-au complicat cu tromboflebita, cauzata de imposibilitatea realizarii unei compresii adecvate in treimea superioara a coapsei. Disectia inghinala repetata consuma mult timp (durata medie a operatiei – 143 min.) datorita procesului cicatricial pronuntat, iar intr-un caz a fost asociata cu lezarea venei femurale rezolvata prin aplicarea suturii laterale. In lotul cu excizia varicelor subcutanate complicatii nu au fost inregistrate. Insa, la un pacient cu tipul B2c de neovascularizare la duplex-ul postoperator s-a determinat persistenta refluxului venos in regiunea inghinala. Concluzii. Excizia venelor subcutanate dilatate de la nivelul coapsei cu anestezie infiltrativa este metoda de electie in tratamentul recurentei maladiei varicoase cauzate de fenomenul neovascularizarii. Disectia inghinala repetata trebuie rezervata pentru venele nou-formate de calibru mare.

## TREATMENT OF RECURRENT VARICOSE VEINS CAUSED BY PHENOMENON OF INGUINAL NEOVASCULARIZATION

Introduction. Pathological venous reflux in the region of previously disconnected sapheno-femoral junction is a typical cause of varicose veins recurrence after surgery. Technical failure and phenomenon of neovascularization either are responsible for reappearance of reflux with near equal frequency. The aim of study is a comparative analysis of various treatment modalities for recurrent thigh varicose veins caused by phenomenon of neovascularization. Methods. Duplex ultrasound examination of the patients, admitted to the department of surgery with recurrent varicose veins in the upper thigh, revealed the inguinal neovascularization as a source of reflux in 19 cases. Mean time interval from surgery – 45,6 months. There were the following types of neovascularization according to the Fisher classification: type B2a – 6 (31,5%); B2b – 9 (47,3%); B2c – 4 (21%) cases. Results. Three types of treatment were used: foam sclerotherapy – 4, superficial varicose veins avulsion under tumescent anesthesia – 12 and redo inguinal surgery with excision of dilated veins at the sapheno-femoral region – 3 cases. All sclerotherapy treatments were complicated with thrombophlebitis due to inability to provide the adequate compression in the upper thigh region. Redo surgery in the inguinal region was time consuming (mean operating time – 143 min.) due to significant scarring and in one case was associated with inadvertent injury of femoral vein repaired by lateral suture. There were no complications in the group with avulsion of subcutaneous varicose veins. However, in one patient with type B2c neovascularization the persistence of inguinal reflux was determined by postoperative duplex ultrasound. Conclusion. Avulsion of dilated subcutaneous thigh veins under tumescent anesthesia is a method of choice in the treatment of varicose veins recurrence caused by phenomenon of neovascularization. The inguinal redo surgery should be reserved for cases with large diameter of the new-formed veins.

## B24

**TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TROMBULUI FLOTANT  
IN VENELE PROFUNDE ALE MEMBRELOR INFERIOARE****Gutu E., Casian D., Culiuc V., Zaprojan A., Sochirca M.***Catedra Chirurgie Generala, USMF "N. Testemitanu", Chisinau, Moldova*

Introducere. Tromboza venelor profunde (TVP) ale membrelor inferioare este cauza principala a embolismului pulmonar (EP), forma flotanta a trombozei fiind cea mai periculoasa. Variate abordari curative au fost propuse in tratamentul TVP si prevenirea EP: terapia anticoagulanta, plicatia/ligaturarea venoasa, trombectomia chirurgicala si tehnicile endovasculare (plasarea cava-filtrului, tromboliza). Scopul studiului a fost evaluarea rezultatelor tratamentului chirurgical al trombului flotant (TF) in venele profunde ale membrelor inferioare. Metode. Pe parcursul a patru ani forma flotanta a TVP a fost diagnosticata prin duplex scanare la 53 bolnavi. Tratamentului chirurgical au fost supusi 41 pacienti (grupa de baza), ceilalti fiind tratati conservator din cauza refuzului de la interventie (grupa de control). Virsta medie a bolnavilor in grupa de baza a constituit 57,8 ani, 25 (60,9%) au fost barbati. Localizarea TF a fost urmatoarea: vena cava inferioara – 6, vv.ilice – 5, vv.femorale – 25, v.poplitea – 5 cazuri. Rezultate. In toate cazurile de TF in vena cava inferioara a fost efectuata cavaplicatia transabdominala. Tromboza vv.ilice a fost tratata prin plicatie (n=2) si trombectomie cu cateterul cu balon (n=3). TF in vv.femorale si poplitea a fost tratat prin plicatia v.femorale comune in 18, plicatia v.femorale superficiale in 3 si ligaturarea v.femorale superficiale in 9 cazuri. Localizarea TF in v.femurala comuna a necesitat trombectomie partiala (n=8) inainte de intreruperea venoasa. Cazuri de EP fatal intra- si postoperator nu au fost inregistrate. Imagistica vasculara de control a descoperit 2 cazuri de embolie in zona cavaplicatiei. Un caz de deces de EP si un caz de EP non-fatal au fost inregistrate in grupa de control. Concluzii. Operatiile pe venele profunde pot preveni dezvoltarea emboliei arterei pulmonare la pacientii cu tromboza flotanta. Evaluarea impactului interventiilor asupra dezvoltarii sindromului posttrombotic necesita cercetari ulterioare.

**SURGICAL TREATMENT OF FREE FLOATING THROMBUS  
IN THE DEEP VEINS OF LOWER LIMBS**

Introduction. Deep vein thrombosis (DVT) of the lower limbs is a principal cause of pulmonary embolism (PE), the free floating form of thrombosis being the most dangerous. Various curative approaches are proposed for treatment of DVT and prevention of PE: anticoagulation, deep vein plication/ligation, surgical thrombectomy and endovascular therapy (cava-filter insertion, thrombolysis). The aim of present study was evaluation of results of surgical treatment of free floating thrombus (FFT) in the deep veins of lower limbs. Methods. During a four year period the free floating form of DVT was diagnosed by duplex ultrasound in 53 patients. Surgical treatment was performed in 41 cases (basic group), remaining being treated conservatively due to refuse for surgery (control group). Mean age of the patients in the basic group was 57,8 years, 25 (60,9%) were male. There were the following locations of FFT: inferior cava vein – 6, iliac veins – 5, femoral veins – 25, popliteal vein – 5 cases. Results. In all cases of FFT in the inferior cava vein the transabdominal cavaplication was performed. Iliac vein thrombosis was treated by plication in 2 and balloon-catheter thrombectomy - in 3 cases. FFT in the femoral and popliteal veins were treated by plication of common femoral vein in 18, plication of superficial femoral vein in 3 and ligation of superficial femoral vein in 9 cases. Location of FFT in the common femoral vein required partial thrombectomy (n=8) prior to venous interruption. Cases of fatal PE were not registered during surgery and postoperative period. Control vascular imaging reveals 2 cases of embolism in the site of cavaplication. One death caused by PE and one case of non-fatal PE were registered in the control group. Conclusion. Deep vein surgery may prevent pulmonary artery embolism in patients with free floating thrombus. Assessment of impact of surgery upon development of postthrombotic syndrome requires further investigation.

## B25

**TRANSPLANTAREA VALVULARA VENOASA  
CA OPTIUNE DE TRATAMENT AL ULCERULUI TROFIC  
IN SINDROMUL POSTTROMBOTIC****Culiuc V., Casian D., Sochirca M., Gutu E.***Catedra Chirurgie Generala, USMF „N. Testemitanu”, Chisinau, Moldova*

Sindromul posttrombotic (SPT) reprezinta o sechela binecunoscuta a trombozei venelor profunde, conducind la dezvoltarea ulcerului trofic venos (UTV) in cel putin 15% cazuri. Unul din mecanismele fiziopatologice care contribuie la UTV este refluxul venos. Tratamentul conservator este cel mai frecvent prescris si deseori singurul posibil in SPT sever. Operatiile pe vv.superficiale si/sau perforante pot aduce ameliorare clinica vadita insa numarul pacientilor ce beneficiaza de acestea este destul de limitat. Ca urmare, multiple tehnici chirurgicale reconstructive au fost propuse pentru a eradica refluxul profund. Noi prezentam rezultatele initiale ale transplantarii valvulare venoase autologe la nivel popliteal efectuate la 3 pacienti cu SPT si UTV refractar. Toti bolnavii au fost in virsta apta de munca, dar cu dizabilitate maxima conditionata de SPT. Pacientii au remarcat o anamneza indelungata a SPT, durata UTV fiind >18 luni. Duplex scanarea a relevat incompetenta severa a axului venos femurotibial si lipsa refluxului superficial. Interventiile au fost efectuate cu anestezie spinala. Rezectia segmentara a venei poplitea a fost urmata de "endoflebectomie" partiala. Ca transplant interpozitionat s-a utilizat un fragment de vena safena contralaterala cu valva competenta (evaluata in prealabil si verificata prin "strip test"). Anastomozele au fost aplicate utilizind tehnica combinata de suturare. Nu au fost inregistrate complicatii perioperatorii. Duplex scanarea de control a confirmat permeabilitatea si reducerea pronuntata a refluxului la nivelul venelor pro-

funde. In toate cazurile s-a obtinut diminuarea severitatii clinice a SPT si vindecarea UTV. Transplantarea valvulara autologa poate servi drept o modalitate eficienta de diminuare a refluxului venos profund de etiologie posttrombotica. Transferul valvular safeno-popliteal reprezinta o optiune potentiala de tratament al UTV in cazuri minutios selectate de SPT, atunci cind managementul conservator adecvat a esuat.

## VENOUS VALVE TRANSPLANTATION AS TREATMENT OPTION FOR LEG ULCER IN POSTTHROMBOTIC SYNDROME

Postthrombotic syndrome (PTS) is a well-recognized late complication of acute deep venous thrombosis, leading to the development of venous leg ulcer (VLU) in at least 15% of cases. One of the pathophysiological mechanisms that contribute to VLU formation is venous reflux. Conservative complex treatment is the most commonly prescribed and often only feasible curative option for patients with severe PTS. Superficial and/or perforator vein surgery can bring obvious clinical improvement but the number of patients eligible for this treatment modality is quite limited. As a result, many reconstructive surgical techniques have been proposed in an attempt to eradicate pathological deep venous reflux. We present initial results of autologous venous valve transplantation to the popliteal level in 3 pts with PTS and refractory VLU. All pts were in working age, but with maximal disability score conditioned by PTS. A long history of PTS was noted, duration of VLU being >18 months. Preoperative duplex scanning revealed severe incompetence of femorotibial venous axis without superficial reflux. Operations were done under spinal anesthesia. Segmental resection of popliteal vein was followed by partial "endophlebectomy". As interposed transplant was used the contralateral saphenous vein fragment containing a competent valve (previously assessed and then checked intraoperatively by "strip test"). Venous anastomoses were applied using a combined suturing technique. No perioperative complications were noted. Control duplex scanning confirmed vein patency and pronounced reduction of deep reflux. Decreasing of clinical severity of PTS and VLU healing were achieved in all cases. Autologous valve transplantation can serve as effective modality to reduce deep venous reflux due to postthrombotic etiology. Sapheno-popliteal venous valve transfer is a potentially curative option for VLU in thoroughly selected cases of PTS, when appropriate conservative management has failed.

B26

## EXPERIENȚA A 115 INTRERUPERI SUBFASCIALE ENDOSCOPICE ALE VENELOR PERFORANTE: ANALIZA REZULTATELOR CLINICE

Gutu E., Casian D., Culiuc V.

Catedra Chirurgie Generala, USMF „N.Testemitanu”, Chisinau, Moldova

Introducere. Rolul refluxului patologic prin venele perforante gambiere in patogeneza insuficientei venoase cronice (IVC), precum si necesitatea suprimarii acestuia ramain controversate. Totusi, implementarea tehnicilor minim-invazive in flebologie a retrezit interesul catre chirurgia perforantelor, intreruperea subfasciala endoscopica a acestora (tehnica SEPS) fiind una din metodele fezabile. Scopul studiului: analiza rezultatelor clinice ale utilizarii SEPS in tratamentul pacientilor cu IVC avansata. Metode. In Clinica Chirurgie Generala au fost efectuate 115 operatii SEPS. Virsta medie a bolnavilor – 56,2 ani, femei – 62,1%. Sindromul posttrombotic a fost factorul etiologic al IVC in 29,5% cazuri. Evaluarea preoperatorie a inclus examenul clinic, functional si imagistic (duplex scanare). Prezenta ulcerului trofic la momentul operatiei s-a constatat in majoritatea cazurilor – 53,9%. SEPS s-a efectuat cu instrumentar laparoscopic standard, apelind la tehnica cu doua portale si insuflare de gaz. La 18 bolnavi s-a practicat SEPS la ambele membre; in 2 cazuri efectuindu-se interventie repetata. In 22,6% cazuri s-a realizat SEPS izolat (fara safenectomie). Rezultatele au fost evaluate (1) pentru lotul general; precum si (2) in raport cu criteriul etiologic si (3) operatiile asociate pe sistemul venos. Rezultate. In lotul general vindecarea ulcerului trofic a fost obtinuta in 95,1% cazuri. Reducerea postoperatorie a severitatii clinice a IVC, apreciata in baza sistemelor specifice de scor, a fost constatata in 95,6% cazuri. Rata vindecarii ulcerului in sindromul posttrombotic a constituit 91,6%, iar dupa SEPS izolat – 94,1%. Complicatii de plaga s-au inregistrat in 6% cazuri. Concluzii. SEPS se asociaza cu diminuarea vadita a simptomatologiei IVC si o rata initiala inalta de vindecare a ulcerului trofic, chiar si la majoritatea pacientilor cu sindrom posttrombotic. Evaluarea complexa meticuloasa permite selectarea pacientilor la care SEPS va aduce beneficiu clinic.

## EXPERIENCE OF 115 SUBFASCIAL ENDOSCOPIC PERFORATOR VEIN INTERRUPTIONS: ASSESSMENT OF CLINICAL RESULTS

Introduction. The role of pathologic reflux through the calf perforating veins in the pathogenesis of chronic venous insufficiency (CVI) as well as necessity of its suppression remains controversial. However, implementation of minimally invasive techniques in phlebology has reawakened interest in perforators surgery, their subfascial endoscopic interruption (SEPS procedure) being one of feasible methods. The aim of study was to analyze the clinical results of SEPS in the treatment of patients with advanced CVI. Methods. At our department of surgery 115 SEPS procedures were performed. Mean age of operated patients was 56,2 years, female – 62,1%. Post-thrombotic syndrome was the etiological factor of CVI in 29,5% cases. Preoperative evaluation included physical and functional examinations, and imaging study (duplex scanning). Active venous leg ulcer at the time of surgery was found in most cases – 53,9%. SEPS was performed using standard laparoscopic equipment, the two-port technique and gas insufflation. In 18 patients SEPS was accomplished on both lower limbs; in 2 cases being performed re-operation. In 22,6% cases SEPS was done as sole procedure (without saphenectomy). Postoperative results were assessed (1) for general group, and in relation to (2) the etiological criteria and (3) associated operations on the venous systems. Results. In general group ulcer healing was achieved in 95,1% cases. Postprocedural decreasing of clinical severity of CVI, appreciated with disease-specific scoring systems, has been found in 95,6% cases. Healing rate of venous ulcer in post-thrombotic patients was 91,6%, but after isolated SEPS procedure – 94,1%. Wound complications were recorded in 6% cases. Conclusion. SEPS is associated with obvious diminution of symptoms of IVC and a high initial healing rate of venous leg ulcer, even in most patients with post-thrombotic syndrome. Comprehensive meticulous assessment allows selection of patients in whom SEPS will bring clinical benefit.

B27

## AMELIORAREA CLINICA A ISCHEMIEI CRITICE INOPERABILE A MEMBRELOR INFERIOARE LA PACIENTII DIABETICI DUPA INJECTAREA IN TESUTURILE MOI A CONCENTRATULUI TROMBOCITAR AUTOLOG

Gutu E., Casian D., Petrov D., Bobutac Dona, Culiuc V.

Catedra Chirurgie Generala, USMF "N.Testemitanu"; SCM nr.1, Chisinau, Moldova

Introducere: Cercetarile preclinice au relevat efectul pozitiv al injectarilor in tesuturile moi a concentratului trombocitar autolog (CTA) asupra stimulării neovascularizării. Scopul studiului: evaluarea sigurantei și eficacității clinice a injectarilor CTA la pacienții cu diabet zaharat, ischemie cronică critică a extremităților inferioare și patologii arteriale periferice inoperabile. Metode: În studiu au fost incluși 20 de bolnavi cu diabet tip II (vîrsta medie – 67 ani) și durere în repaus (13; 65%) sau ulcer plantar ischemic (7; 35%). În toate cazurile leziunile arteriale au fost calificate ca inoperabile în baza datelor ecografiei duplex și CT-angiografiei. Cu anestezie i/v sau spinală CTA a fost injectat în tesuturile moi ale membrului afectat în volum mediu de 58 ml (50-75 ml) per extremitate. Procedura s-a repetat peste o săptămîna. Severitatea durerii în membrul ischemic și rata vindecării ulcerelor au fost monitorizate timp de 6 luni. Rezultate: Nu au fost înregistrate complicații majore asociate cu injectarea CTA. Opt pacienți au raportat o amplificare tranzitorie (2-3 zile) a durerii în regiunile injectării. La finele evaluării ameliorarea clinică a fost înregistrată la 16 (80%) bolnavi: dispariția completă a durerii în repaus – în 4 și diminuarea severității durerii – în 12 cazuri. Printre acești bolnavi valoarea medie a scorului vizual analog a fost 5,4 vs 7,2 la debutul studiului ( $p < 0,05$ ). Trei pacienți nu au indicat modificarea severității durerii. Vindecarea ulcerului plantar a fost observată în 5/7 (71,4%) cazuri. Doar o amputație (de gamba) a extremității a fost efectuată din cauza persistenței durerii intense în repaus. Concluzii: Experiența clinică inițială demonstrează potențiala eficacitate a injectiilor în tesuturile moi a CTA în tratamentul bolnavilor cu planta diabetică ischemică. Injectarea CTA reprezintă o procedură sigură și simplă ce poate fi o alternativă terapeutică pentru pacienții cu patologii arteriale periferice inoperabile.

## CLINICAL IMPROVEMENT OF INOPERABLE CRITICAL LOWER LIMBS ISCHEMIA AFTER AUTOLOGOUS PLATELET-RICH PLASMA SOFT TISSUE INJECTIONS IN DIABETIC PATIENTS

Introduction: Preclinical studies conclude about the positive effect of platelet-rich plasma (PRP) soft tissues injections upon stimulation of neovascularization. The aim of study was assessment of safety and clinical efficacy of autologous PRP injections in patients with diabetes mellitus, chronic critical lower limb ischemia and unreconstructible peripheral arterial disease. Materials and Methods: Twenty patients with type II diabetes (mean age – 67 years) and rest pain (13; 65%) or ischemic lower limb ulcers (7; 35%) were enrolled in study. In all cases arterial lesions were classified as unreconstructible basing on data of duplex ultrasound and CT-angiography. The PRP was consecutively injected in the soft tissues of the affected limb under intravenous or spinal anesthesia. The average volume of injected PRP was 58 ml (50-75 ml) per limb. Procedure was repeated after one week. Severity of pain in ischemic limb and healing rate of ulcers were monitored during 6 months. Results: There were no major complications associated with PRP injections. In 8 cases a transient (2-3 days) increasing of pain in the region of injections were reported by patients. At the end of follow-up, clinical improvement was registered in 16 (80%) patients: complete disappearance of rest pain in 4 and decreasing of pain severity in 12 cases. Among this patients the mean value of visual analogue scale was 5,4 vs 7,2 at the beginning of study ( $p < 0,05$ ). Three patients report no change in severity of pain. Healing of ischemic foot ulcer was observed in 5/7 (71,4%) cases. Only one below knee amputation was performed due to intractable rest pain. Conclusions: Initial clinical experience demonstrates the potential efficacy of soft tissue injections of autologous PRP in the treatment of patients with ischemic diabetic foot. PRP injections are safe and simple procedure that can be used as alternative therapeutic approach in patients with unreconstructible peripheral arterial disease.

B28

## НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОРРИГИРОВАННОЙ ТРАНСПОЗИЦИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Репин О., Манюк Л., Корча В., Малыга Оксана, Вырлан Е., Кептанару Э., Куку Илона, Сорочан Ирина, Чуботару А.

Республиканская Клиническая Больница, Отделение Врожденных Пороков Сердца

Корригированная транспозиция магистральных сосудов (КТМС) встречается примерно в 1.4% случаев при патологоанатомическом исследовании. Продолжительность жизни данных больных составляет около 60 лет, однако сокращается при наличии сопутствующих ВПС. Цель исследования – анализ опыта хирургического лечения КТМС. Материалы и методы: с 1991 по 2010 гг. обследованы 36 больных с КТМС в возрасте от 2 месяцев до 48 лет (0.89% от всех ВПС). Среди них встретилась следующая патология: недостаточность трехстворчатого клапана у 6 пациентов, ДМЖП – 12, А-В блок III ст. у 7 (5 первично, 2 – после пластики ДМЖП), недостаточность митрального клапана – 3 (1 – в результате инфекционного эндокардита), стеноз легочной артерии (ЛА) – 4. Результаты: Операции по поводу сопутствующих аномалий, а также развившихся осложнений были произведены 18 больным (50% от числа больных с КТМС). Произведены следующие операции: коррекция системного А-В клапана у 6 больных (пластика у 4, протезирование – 2), сужение ЛА – 2, пластика ДМЖП – 11, имплантация ЭКС – 6, пластика митрального клапана – 2, устранение подлегочного стеноза – 2, анастомоз Гленн – 2, операции выполнены без летальных исходов. Больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, наблюдались в сроки от 8 месяцев до 14 лет. У всех пациентов адекватная коррекция сопутствующей патологии. В отдаленные сроки после операции прооперированы 3 больных: 2 – протезирование

трестворчатого клапана по поводу прогрессирования его недостаточности, 1 - замена кондуита (тип Hancock) между левым желудочком и ЛА гомографтом, через 7 лет после первичной операции. Еще у четырех больных после пластики ТК - 1, и пластики ДМЖП - 3 отмечено нарастание недостаточности системного А-В клапана, по поводу чего они находятся под наблюдением. Один больной 49 лет умер от прогрессирующей сердечной недостаточности. Заключение: Операции при КТМС могут выполняться с низкой летальностью и хорошими непосредственными результатами. Однако сохраняется высокий риск развития: 1. атрио-вентрикулярной блокады; 2. недостаточности системного А-В клапана; 3. сердечной недостаточности в 4 – 5 декаде жизни, несмотря на адекватно выполненную коррекцию сопутствующей патологии.

## OUR EXPERIENCE IN SURGICAL CORRECTION OF CONGENITALLY CORRECTED TRANSPOSITION OF GREAT ARTERIES (CCTGA)

CCTGA meets approximately in 1.4 % of cases at pathoanatomical research. Life expectancy of the given patients makes about 60 years, however is reduced at presence of associated congenital heart defects (CHD). Purpose: to analyze our experience of treatment of patients with CCTGA. Materials and methods: from 1991 to 2010 under supervision there were 4022 patients with various CHD, among them 36 patients with CCTGA (0.89 %) in the age from 4 months till 48 years. In this group of patients has met next pathology: insufficiency of the TV - 6 patients, VSD - 4, A-V block III at 7, insufficiency of MV - 3 (1 - as a result of bacterial endocarditis). Results: Operations concerning accompanying anomalies, cyanosis and also developed complications 18 patients have been made (50% from numbers of patients with CCTGA). At all 24 operations have been made: Correction of insufficiency systemic valve at 6 patients (plastic at 4, prosthetics - 2 patients), plastic of VSD- 11, implantation of pacemaker - 6, plastic of MV - 2, bidirectional Glenn - 2. Operations are executed without lethal outcomes. Patients were observed in terms from 8 months till 14 years. At all patients - adequate correction of an associated pathology. Concerning progressing insufficiency of the tricuspid valve replacement was done at 3 patient, 4 patients need reoperation for insufficiency of it. One patient of 49 years has died of progressing heart insufficiency. The conclusion: Early revealing and adequate correction of accompanying defects and developing complications allow to keep a life the patient and to receive satisfactory immediate and long-term results. Persists probability of the development: 1. A-V bloc; 2. Insufficiency of the TV; 3. Probability of development of insufficiency of right ventricle in 4-th decade of a life

B29

## РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ В РАННЕМ ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

**Дуданов И.П., Белинская В.Г., Лаптев К.В., Васильченко Н.О., Корнильева О.П., Коблов Е.С.**

*Региональный сосудистый центр, Мариинская больница, Санкт Петербург, Россия*

Острый церебральный инсульт рассматривается в настоящее время как критическое состояние, требующее экстренной и полноценной медицинской помощи. Перспективность ранних реконструкций сонных артерий обусловлена тем, что в первые недели сохраняется наиболее высокий риск развития повторного инсульта и/или транзиторных ишемических атак. Целью нашей работы являлась оценка результатов реконструкций сонных артерий у пациентов в остром периоде ишемического инсульта и после транзиторной ишемической атаки. Мы проанализировали результаты 51 каротидной реконструкции выполненных у 51 симптомного пациента с января 2011 г. по апрель 2011 г. В нашем исследовании мы определили 3 группы пациентов: I группа - пациенты, переносящие ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку и прооперированные в течение 2 недель от начала заболевания - 24 пациента (47,05 %); II группа - пациенты, перенесшие ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку и прооперированные в сроки от 2 недель до 1 месяца от начала заболевания - 15 пациентов (29,41 %); III группа - пациенты, перенесшие ишемический инсульт и прооперированные в сроки позднее месяца от начала заболевания - 12 пациентов (23,53 %). Мы сравнивали сроки и результаты выполненных реконструктивных операций на сонных артериях с учетом возраста, пола, степени стеноза, индекса преморбидности Чарльсона, сопутствующих заболеваний. Результаты операций оценивались по динамике неврологической симптоматики. Положительная динамика наблюдалась в первой группе у 20 пациентов (83,33%), во второй группе у 13 больных (86,67 %) и в третьей группе пациентов у 10 человек (83,33 %). Выводы. 1. Реконструкции сонных артерий могут быть проведены со сравнительно низким риском в течении первых 14 суток после перенесенного ишемического инсульта. 2. Выполнение эндартерэктомии в остром периоде ишемического инсульта достоверно приводит к регрессу неврологической симптоматики.

## RESULTS OF CAROTID ARTERIES RECONSTRUCTIONS IN THE EARLY PERIOD AFTER STROKE

Actually, the acute brain infarction is considered as a critical state that requires emergency and high-quality medical care. Early reconstructions of carotid arteries are perspective due to persistence of highest risk of repeated infarction and/or transitory ischemic attack during the first weeks after stroke. The aim of our study was assessment of the results of carotid arteries reconstructions in patients with acute period of ischemic stroke and after transitory ischemic attack. We have had evaluated results of 51 carotid reconstructions performed in 51 symptomatic patients during the January – April 2011. In our study patients were divided in 3 groups: I group – patients suffered with ischemia stroke or transitory ischemic attack and operated on during 2 weeks from the onset of disease - 24 cases (47,05 %); II group – patients suffered with ischemia stroke or transitory ischemic attack and operated on between 2 weeks and 1 month from the onset of disease - 15 cases (29,41 %); III group – patients suffered with ischemia stroke or transitory ischemic attack and operated on after one month from the onset of disease - 12 cases (23,53 %). We compare the time of surgery with results of performed carotid arteries reconstructions, taking in consideration age and gender of patient, grade of stenosis, Charlson's index of premorbidty and concomitant diseases. Results of surgery were evaluated by evolution of neurological symptoms. Positive evolution was registered in 20 patients (83,33%) from the first group, in 13 patients (86,67 %) from the second group and in 10 patients (83,33 %) from the third group. Conclusions. 1. Reconstructions of carotid arteries can be performed during the first 14 days after ischemic stroke with relatively low risk. 2. Caring out of endarterectomy in the acute period of ischemic stroke authentically results in regression of neurological symptoms.

B30

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛОГЕННЫХ ТРОМБОЗОВ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дуданов И.П., Лаптев К.В., Корнильева О.П., Протченков М.А.

СПб ГУЗ Мариинская больница, Региональный сосудистый центр Санкт Петербург Россия

Проблема тромбоза глубоких вен нижних конечностей актуальна на протяжении длительного времени и затрагивает пациентов разного хирургического и терапевтического профиля. Большой интерес представляет неокклюзивный тромбоз глубоких вен с флотирующим тромбом, так как нет единогласного мнения о подходе к его лечению и профилактике тромбоэмболии легочных артерий. Применение хирургических методов профилактики - имплантация кава-фильтра, пликация нижней полой вены, лигирование подвздошных и бедренных вен, являются экономически значимыми и трудозатратными манипуляциями, требующими длительного приема антикоагулянтов и несущими высокий риск поздних осложнений. В клинике с декабря 2008г. по май 2011г. пролечены 22 пациента с эмбологенными тромбозами различной локализации. Средний возраст больных составил 52 года. Мужчин - 11 (50%), женщин - 11 (50%). Из них тромбоз подколенного сегмента наблюдался у 1 больного (4,5%), бедренно-подколенного – у 6 пациентов (27,3%), бедренного – у 2 (9,1%), илеофemorальный тромбоз – у 13 (59,1%). Средний срок наблюдения в стационаре составил 18 дней. Всем пациентам диагноз подтвержден ультразвуковой доплерографией с дуплексным сканированием магистральных вен. Проводилась антикоагулянтная, противовоспалительная терапия (нефракционированный или низкомолекулярный гепарин в лечебной дозе, варфарин, никотиновая кислота, НПВС) и эластическая компрессия обеих конечностей. Ультразвуковой мониторинг проводился каждые 7 дней. Для исключения ТЭЛА проводилась компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография. На фоне проводимой терапии получены положительные результаты - уменьшения отека и интенсивности болевого синдрома, фиксация флотирующей головки тромба по данным УЗДС. Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности нехирургической профилактики ТЭЛА. Выбранная нами тактика эффективна в лечении эмбологенного тромбоза вен, позволяет избежать осложнений хирургической профилактики, снизить материальные и профессиональные затраты.

## RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF FREE-FLOATING THROMBUS IN VEINS OF LOWER LIMBS

During the long time, problem of treatment of deep vein thrombosis remains actual and important for surgical and medical patients. The biggest interest is related to the non-occlusive deep vein thrombosis with free-floating thrombus due to the lack of universally accepted opinion regarding curative tactic and prevention of pulmonary embolism. Application of surgical methods of embolism prevention – implantation of cava filter, inferior cava vein placcation, femoral and iliac vein ligation are recourse-consuming and laborious, require long term anticoagulation and associated with risk of late complications. The 22 patients with free-floating deep vein thrombosis of various location were treated in the clinic from December 2008 to May 2011. Mean age of patients was 52 years. Males - 11 (50%), females - 11 (50%). Among them, thrombosis of popliteal segment was observed in 1 patient (4,5%), femoropopliteal segment – in 6 patients (27,3%), femoral – in 2 (9,1%) and iliofemorale thrombosis – in 13 (59,1%) cases. Mean hospital stay was 18 days. In all patients the diagnosis was confirmed by ultrasound duplex scanning of deep veins. The anticoagulation and anti-inflammatory treatment (unfractionated or low molecular weight heparin in full curative dose, warfarin, nicotinic acid, NSAIDs) was applied in combination with elastic compression of both lower limbs. Ultrasound monitoring was performed each 7 days. With aim to rule out the pulmonary embolism the chest CT and echocardiography were used. Applied treatment provides the positive results – decreasing of edema and pain as well as fixation of free-floating apex of the thrombus confirmed by duplex ultrasound. Obtained results give evidence of effectiveness of non-surgical prevention of pulmonary embolism. Selected curative tactic is effective in the treatment of free-floating venous thrombosis and allow to avoid the complications specific for surgical prophylaxis, and to decrease the costs and laboriousness.

B31

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL A INSUFICIENȚEI MITRALE ISCHEMICE (IMI)

Batrînac A., Moscalu V., Ureche A., Morozan V., Manolache Gh.,  
Guzgan I., Barnaciuc S., Voitov S., Strimbopol P.

IMI ca complicație a bolii coronariene este cauzată de o disfuncție papilar-anulară a VS, fapt determinat în stabilirea tacticii de tratament al acestor patologii. Scopul studiului este studierea mecanismului de dezvoltare a IMI, reevaluarea indicațiilor operatorii, aprecierea eficacității și durabilității tehnicilor chirurgicale efectuate. Material și metode: În lotul de studiu au fost incluși 124 pacienți cu IMI, ca consecință a remodelării VS în urma ischemiei, infarctului miocardic suportat. În toate cazurile a fost efectuată revascularizarea miocardului. Simultan la 85 pacienți au suportat tehnici reconstructive pe valva mitrală, la 38 pacienți cu IMI până la gradul II patologiei valvulare a fost neglijată. Rezultate: S-a constatat o strânsă legătură a mecanismului de apariție a IMI de localizarea zonelor de infarct miocardic, gradul de afectare a sfericității VS, prevalența dilatării inelului fibros mitral, deplasarea punctului de coaptare valvulară în urma tensionării mușchilor papilari. By- passul coronarian efectuat izolat nu a contribuit la regresia IMI de gradul II, iar în 25% de cazuri în perioada de lungă durată IMI a progresat, menținând o suprasolicitare de volum al VS. În 56 (69,1%) cazuri a fost aplicată o tehnică inovațională de anuloplastie mitrală cu 3 suturi cu o reducere spectaculoasă a gradului de regurgitare mediu de la  $2,7 \pm 0,5$  preoperator la  $1,2 \pm 0,1$  postoperator, asigurând o mobilitate fiziologică a cuspelelor valvulare. În paralel, pentru a înlătura cauzele de manifestare a IMI,



pacienții au necesitat rezecția aneurismului de VS în 25 (29,4%) cazuri și aproximarea mușchilor papilari după HVass în 18 (21,2%) cazuri. Toate aceste proceduri au asigurat o restabilire anatomică și funcțională a competenței valvulare și în perioada de lungă durată. Concluzii: IMI poate fi considerată ca un marker al remodelării ventriculare în cardiopatia ischemică, iar neglijarea acestor regurgitații își lasă amprenta asupra letalității postoperatorii și stabilității rezultatelor în perioada de lungă durată.

## THE SURGICAL TRATMENT OF ISCHEMIC MITRAL REGURGITATION (IMR)

IMR as a complication of ischemic heart disease is caused by the LV papillary-annular dysfunction - determining fact in establishing the further treatment tactics of these pathologies. Purpose: To study the developmental mechanism of IMR, reevaluation of surgical indications, appreciation of efficacy and durability of the surgical techniques. Material and methods: In the study field were included 124 patients with IMR, consequence of LV remodeling after ischemia and myocardial infarction. In all cases myocardial revascularization were performed. Simultaneously 85 patients underwent reconstructive techniques to the mitral valve. Among 38 patients with IMR till grade II, the valve pathology was neglected. Results: We observed a tight relation between mechanism of IMR appearance and myocardial infarction zone localization, LV sphericity affectation grade, prevalence of mitral fibrous ring dilatation and valve coaptation point displacement caused by papillary muscle tensioning. Isolated coronary by-pass did not contributed to regression of II grade IMR, and in 25% of cases during a long period, IMR has progressed, while maintaining the LV volume overload. In 56 (69.1%) of cases was applied an innovative technique for mitral annuloplasty with three sutures with a significant reduction of the average degree of regurgitation from  $2.7 \pm 0.5$  preoperatively to  $1.2 \pm 0.1$  postoperatively and ensuring physiological cusp mobility. In parallel, to remove the causes of the manifestation of IMR, patients required LV aneurysm resection in 25 (29.4%) cases and approximation of papillary muscles by Hvass procedure in 18 (21.2%) cases. All these procedures have provided an anatomical and functional restoration of valve competence in immediate and long-term period. Conclusion: IMR may be regarded as a marker of ventricular remodeling in ischemic heart disease and neglecting such of regurgitation influences upon the postoperative mortality rate and stability during long-term results.

B32

## OPERAȚIILE RECONSTRUCTIVE ÎN CORECȚIA VALVULOPATIILOR AORTICE

Moscalu V., Batrînac A., Manolache Gh., Ureche A., Țurcan G., Moroza V., Barnaciuc S., Strîmbopol P., Guzman I., Ghicavii Neli

Dificultatea plastiilor aortice constă în cunoașterea exactă a leziunilor responsabile de regurgitarea aortică și selectarea procedurilor operatorii ce pot restabili componentele anatomiche ale bulbului aortic (inelul fibrotic, cuspele valvulare, sinusurile Valsalva, joncțiunea sino-tubulară, aorta ascendentă). Material și metode: În lotul de studiu au fost incluși 185 pacienți cu afecțiuni valvulare la care în poziția aortică s-au efectuat tehnici reconstructive de operație. Etiologic patologiile aortice au fost determinate de afecțiuni reumatismale (147 cazuri), degenerative (28), endocardita infecțioasă (6), congenitale (4) posttraumatice (2). În majoritatea cazurilor ECO-cardiografic a fost constatat un mecanism complex al insuficienței aortice. Alegerea tehnicilor operatorii s-a efectuat în conformitate cu tipul lezional al valvulopatiei. Astfel în tipul I lezional s-au practicat tehnicile de anuloplastie, în tipul II - redundanța țesuturilor și prolapsul cuspelelor s-a lichidat prin plicații, rezecții triangulare și resuspensarea lor, în tipul III - s-a efectuat comissurotomia și rezecția parietală de cuspe. Rezultate: Letalitatea postoperatorie a alcătuit 5% (7 pacienți). Gradientul transvalvular Ao postoperator a fost în descreștere (de la  $36,3 \pm 12,8$  până la  $13,3 \pm 3,7$  mm.hg), de asemenea s-a micșorat semnificativ gradul de insuficiență aortică după o corecție reconstructivă (de la  $2,62 \pm 0,36$  mediu, până la  $1,23 \pm 0,26$ ). Regurgitații reziduale minimale au fost înregistrate la 44 pacienți (23,8%). În perioada de lungă durată la 5 și 10 ani postoperator recurența patologiilor a fost depistată în 19 (10,6%) cazuri. Reoperații au necesitat 8 (4,4%) de pacienți. Supraviețuirea la 10 ani după reconstrucție de valvă aortică a alcătuit -  $81,6 \pm 4,8\%$  și a fost mult mai înaltă în comparație cu pacienții la care s-a efectuat protezarea ei. Concluzie: Se constată o serie de condiții obligatorii pentru efectuarea reconstrucțiilor valvulare Ao, inclusiv: - prezența unei anatomii acceptabile pentru aplicarea procedurilor reconstructive; - cunoașterea mecanismului de dezvoltare a incompetenței valvulare; - acumularea experienței necesare de echipă, ce include un cardiolog specialist în ECO-cardiografie și un chirurg expert, care ar putea întocmi planningul chirurgical înainte de a intra în sala de operație.

## RECONSTRUCTIVE TECHNIQUES IN SURGICAL CORRECTION OF AORTIC VALVE PATHOLOGY

The difficulty of aortic valve plasties lies in recognizing the lesions responsible for aortic regurgitation and selection of suitable operation techniques to replacing or stabilizing the components of Ao root complex (such as Ao annulus, cusps, Valsalva sinuses, STJ and ascending aorta). Material and methods: The study group included 185 valvular patients, whom were performed reconstructive techniques of operation in the aortic position. Etiology of aortic pathologies was of rheumatic (147 cases), degenerative diseases (28), infective endocarditis (6), congenital (4) and trauma (2). In most of cases there was settled by ECO-cardiography a complex mechanism of aortic insufficiency. The differentiation of surgical repair techniques depending upon the predominant type of lesion. Thus, in the type I lesion various annuloplasty techniques were performed; in type II - tissues redundancy and cusps' prolapse was corrected through cusp plication, triangular resection and free margin resuspension; type III was managed by commissurotomy, parietal resection of cusps. Results: Postoperative mortality comprised 5% (7 patients). The transvalvular gradient decreasing in all the cases (from  $36,3 \pm 12,8$ , till  $13,3 \pm 3,7$  mm.hg), also significantly decreased the degree of aortic insufficiency after reconstructive correction (from  $2,62 \pm 0,36$ , to  $1,23 \pm 0,26$ ). A minimal residual regurgitation was registered in 44 (23,8%) patients. A follow up study was managed at 5 to 10 years postoperatively; recurrence of pathologies was detected in 19 (10.6%) cases. Eight (4.4%) patients required reoperations. Survival was  $81.6 \pm 4.8\%$  at 10 years after aortic valve reconstruction, much higher compared to patients who underwent its prosthesis. Conclusions: There is a series of mandatory conditions in carrying out these operations: - presence of an acceptable anatomy for applying reconstructive procedures; - knowledge of developmental mechanism of valvular

incompetence; - accumulation of surgical experience by a dedicated team, including a cardiologist, specializing in eco-cardiography and an expert surgeon, which might make surgical planning before entering the operating room.

B33

## **PARTICULARITĂȚILE ASIGURĂRII CIRCULAȚIEI EXTRACORPOREALE LA COPII CU GREUTATEA MAI MICĂ DE 10KG CU UTILIZAREA MINIMAL POSIBILĂ A SÂNGELUI HOMOLOG**

**Vârlan E., Cociăș Svetlana, Dogot M., Iacovenco Maria**

Succesele de ultima oră a circulației extracorporeale (CEC) au făcut posibilă efectuarea operațiilor pe cord “deschis” la copii cu greutatea mai mică de 10 kg fără sau cu minimal posibilă utilizarea sângelui homolog. Limita minimă a hematocritului, care poate fi tolerată, variază după opinia diferitor autori de la 20 până la 30 %. Majoritatea autorilor perfecționează metodele de recuperare a volumului de umplerea (“priming”) a oxigenatorului și a conturului CEC. În acest scop se utilizează oxigenatoare cu “priming” mic, se aplică ultrafiltrația modificată, diureza stimulată și altele. În perioada Mai 2010 – Mai 2011 au fost operați 55 copii (30 băieți și 25fete) cu cardiopatii congenitale, care aveau greutatea corpului mai mică de 10 kg (8,34+1,45), și vârsta medie 16 luni + 6 luni. Au fost efectuate corecții radicale, plastii valvulare, septale, suturarea defectelor. Operațiile au fost efectuate în condiții de hipotermie superficială (temperatura medie 35,4±1,6 C) și circulație extracorporeală cu oxigenatoare cu membrană AFFINITY PIXIE cu „priming” 49 ml, firmei Medtronic, “BABY 05RX”cu „priming” 43ml, “Capiiox CXSX15R” firmei TERUMO cu “priming” 135 ml. Decesele postoperatorii sânt în legătură cu starea inițială gravă a pacienților și nu au fost influențate de metoda perfuziei și a constituit 6 cazuri (10,9%). Lipsa unei hipoxii perfuzionale este confirmată de indicii metabolici. Volumul de “priming” recuperat cu ajutorul diurezei și cu ajutorul ultrafiltrației modificate a alcătuit 39,3±7,8 ml/kg. Valoarea minimală de hemoglobina a fost 84 mg/l, hematocritul minimal 25%. Sa utilizat în mediu 2,1±0,15 doze de sânge homolog, albumina 25±15ml, plasma 1,25±0,25 unități de plasma. Pierderile de sânge au constituit în perioada postoperatorie 15,9+3,8 ml pe kg în 24 ore. Rezultatele obținute confirmă posibilitatea corecției chirurgicale a viciilor congenitale la copii cu greutatea mai mică de 10 kg fără sau cu utilizarea cu utilizarea minimal posibilă a a sângelui homolog în condițiile CEC.

## **CARDIOPULMONARY BYPASS FOR CHILDREN WITH LOW WEIGHT WITHOUT OR WITH MINIMALLY POSSIBLE AMOUNT OF BLOOD**

Advances in the treatment of congenital heart disease have resulted in an increase in the number of children infants, and neonates undergoing surgical procedures that require cardiopulmonary bypass. Implementation of extracorporeal circulation is complicated by the technical difficulties associated with patient size and the multiple types and complexity of congenital heart diseases. The aim of study was to investigate what requires for successful cardiopulmonary bypass for children with low weight without or with minimally possible amount of blood. Between May 2010 and May 2011 55 patients less than 10 kg with congenital heart disease were operated. The amount of priming volume was less than 600 ml. At the end of operation was recuperated with modified ultrafiltration and diuresis at 57-41 percents of priming. Minimal level of hematocrite was 25%. Lethality was 10.9% (6 patients) The obtained results showed the possibility of cardiosurgery with cardiopulmonary bypass on children less than 10 kg with minimal possible amount of blood.

B34

## **PROTECȚIA MIOCARDULUI LA COPIII MICI – REVISTA LITERATURII**

**Vârlan E., Cociăș Svetlana, Dogot M., Iacovenco Maria**

Pentru a obține rezultat cel mai bun chirurgul este dator să aleagă metoda protecției miocardului știind la perfecție istoria dezvoltării măsurilor de protecția miocardului, cunoscând toate beneficiile și dezavantajele a fiecărui metodei. Alegerea metodei de protecția miocardului este similară alegerii de către chirurg tehnicii corecției chirurgicale a viciului. Tot așa cum este inacceptabil alegerea greșita tacticii chirurgicale fix așa este important alegerea corectă tehnicii protecției miocardului. Tehnica protecției miocardului dezavârșită este partea componenta succesului chirurgical. Concepția protecția miocardului nu este rezultat al unui singur om de știință, ci a meritul a colectivelor întregi, așa cum Melrose DG și col., Bretsneider și col. , Hearse și col., Buckberg și col., Bradley S.Allen și col. . În timpul clampării aortei (Ao) cu circulația extracorporeală (CEC), inima este izolată de perfuzia restului corp uman ( clampul este distal de ostii coronariene). Chirurgul este dator de a asigura protecția adecvată a miocardului, și în același timp să dispună de cîmpul operator ideal pentru corecția chirurgicală cît mai bună posibilă. Este important și asigurarea condițiilor de păstrare a rezervelor de oxigen în miocard , glucozei și altor substratelor hidrocarbone , fosfaților superenergetici, altfel toate substanțele susnumite se vor epuiza rapid și a va apărea afectarea ireversibilă. Însuși protecția miocardică cheamă echipa operatorie (chirurg, anestezist, perfuzionist) la înțelegerea clară a problemei clinice și cunoașterea perfectă a întregii game a tehnicilor de protecție miocardică . Acest reviu concretizează principiile protecției miocardului și ultimele succese ale tehnicilor de protecție a miocardului în timpul CEC lui la copiii mici.

## MYOCARDIAL PROTECTION FOR NEONATES AND INFANTS

The aim of intraoperative protection is to prevent damage to function and structure of the myocardium. None of the methods employed today can guarantee this, on the other hand the result of any surgical intervention has to be regarded as a multifactorial process, myocardial function in particular depending on e.g. the preoperative state, the mode of protection, temperature of the patient, collateral flow, unloading of the left ventricle, and other factors during ischemic arrest. Daily use of cardioplegic solutions requires standardized procedures keeping it safe and simple. This report reviews developmental differences between mature and immature myocardium. These differences, which are structural, biochemical, and functional, probably explain the differences which are observed between mature and immature myocardium with respect to resistance to ischemia. Although there are some clinical reports and also laboratory reports suggesting that immature myocardium is more susceptible to ischemic injury than mature myocardium, it is our impression Centre of Cardiosurgery, Moldavian Republican Hospital, that immature myocardium is in fact more resistant to ischemia. A decrease in cardiac output is frequently seen after cardiac surgery though it per se is rarely a cause of death. Factors which exacerbate postoperative low cardiac output include mechanical factors such as distention and retraction, injury to coronary artery branches or direct injury to the myocardium with a ventriculostomy, as well as various perfusion and reperfusion factors such as pH. The ideal recipe for cardioplegia for immature myocardium remains poorly defined. The age at which the transition occurs to mature myocardium also remains to be defined in humans.

### B35

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ANEVRISELOR AORTEI ABDOMINALE

**Cemîrtan R., Tabac D., Castravet A., Turcan A., Ghițu V., Bernaz E., Iachim V., Buga V., Barat S.**

*Secția Chirurgie Vasculară IMSP SCR*

În secția chirurgie vasculară a IMSP SCR, pe parcursul anilor 1988-2010 au fost operați 224 pacienți cu anevrisme ale aortei abdominale. Ca criteriu diagnostic pentru anevrism s-a considerat dilatarea aortei abdominale cu două diametre și mai mult. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 15 și 89 ani. Din totalul de pacienți 79,5%(178) au fost bărbați și 20,5%(46) femei. La 18,75%(42) pacienți anevrismele au fost complicate prin ruptură completă sau incompletă, fiind operați în regim de urgență imediată. Etiologia a fost : ateroscleroza-94,65%(212), aortoarteriita nespecifică-3,57%(8), sindromul Marfan-1,78%(4). Diagnosticul a fost stabilit clinic, ultrasonografic, prin Duplex vascular, angio-CT, aortografie, RMN. În 3 cazuri(1,34%) anevrismul implica și arterele renale. Doi pacienți, neincluși în studiu, au decedat preoperator prin hemoragie masivă cauzată de ruptura spontană a anevrismului în duoden și cavitatea abdominală liberă. Toți pacienții au fost supuși rezecției anevrismului aortal cu protezare aorto-distală (aortală, biliacă, ilio-femurală, bifemurală), iar în 3 cazuri cu replantarea arterelor renale și viscerele. Mortalitatea în anevrismele rupte a fost 57%(24), iar în cele complicate-8%(18). Concluzii : pe parcursul ultimilor 5 ani a crescut ponderea pacienților cu anevrisme simptomatice sau deja complicate prin ruptură, astfel că toți pacienții cu factori de risc trecuți de 50 ani trebuie supuși screening-ului prin USG sau Dopplerografie. Mortalitatea postoperatorie în anevrismele rupte s-a micșorat cu 13 %, iar în cele operate programat cu 7,55%. Implementarea metodei endovasculare ar permite reducerea substanțială a acestui indice , mai ales în cazul anevrismelor complicate prin ruptură.

## SURGICAL TREATMENT OF ABDOMINAL AORTIC ANEURISMS

During the period of 1988-2010, 224 patients underwent surgery for abdominal aortic aneurisms. The main diagnostic criteria was dilatation of the abdominal aorta by two diameters and more. All patients were aged between 15 and 89. Of all patients 79,5% (178) were males and 20,5%(46) were female. In 18,75% (42) cases, a complete or incomplete rupture of the aneurisms occurred. These patients underwent urgent surgery. Etiology: atherosclerosis – 94,65%(212), nonspecific aortoarteritis – 3,57%(8), Marfan syndrome – 1,78%(4). The diagnosis was made by clinical findings, vascular Duplex scanning, angio-CT and MRI. In 3(1,34%) cases the aneurism involved the renal arteries. There were two lethal outcomes, one caused by spontaneous rupture of the aneurism in the duodenum and the second caused by rupture into the peritoneal cavity. These cases were not included in the study. All patients underwent aneurism resection with aortal –distal (aortic, biliac, ilio-femural, bifemural) allografting, while in three cases reimplantation of the renal arteries was necessary. The mortality in cases of ruptured aneurisms consisted 57%(24), and in cases of uncomplicated aneurisms – 8%(18). Conclusions: During the last 5 years we observed a raise in the rate of symptomatic aneurisms, including those complicated with rupture. Aortic ultrasonography or dopplerography should be used as screening methods in all patients, with risk factors, that are aged 50 and more. Postoperative mortality in cases of ruptured aneurisms has decreased by 13%, while in cases of planned aneurism surgery by 7,55%. Implementation of endovascular techniques would reduce substantially these indices.

### B36

## MEDIASTENITA ANTERIOARA DUPA OPERATII PE CORD

**Prisacaru I., Batrinac A, Ureche A. , Moscalu V, Turcanu G, Manolachi G, Moroza V, Barnaciuc S**

*Departamentul Cardiochirurgie SCR*

Scopul lucrării. Mediastenita anterioară după operații pe cord, determină o rată sporită a morbidității, care denotă mărirea costului mediu a cazului tratat a acestui contingent de pacienți. Scopul acestui studiu a fost de a determina cauzele ce condiționează apariția mediastinitei postoperatorie. Metode și Materiale. În perioada anilor 2000 - 2010 au suportat intervenție chirurgicală pe cord 2634 pacienți. La 44 (1,67%) de pacienți perioada postoperatorie s-a complicat cu infectarea plăgii. În 22 (50%) cazuri s-a dezvoltat mediastenita anterioară și în 22 (50%) cazuri infectarea plăgii pînă la stern, ulterior

s-a dezvoltat mediastinita cu sau fără dehiscența sternului. Grupul de pacienți a fost constituit din 30 (68,1%) bărbați și 14 (31,9%) femei, cu vîrsta medie de 59 de ani. Preoperator 20 (45%) pacienți erau obezi, 6 (13,6%) sufereau de diabet zaharat și 7 (16%) bronhopneumopatie cronică obstructivă. Pentru By-pass aortocoronarian s-a folosit artera toracică internă (ATI) unilaterală în 18 (40%) și bilaterală la 1 (2,3%) pacient. Timpul intervenției chirurgicale în mediu a alcătuit 345 min. Transfuzii masive postoperator au necesitat 5 (11,3%) pacienți. Diagnosticul de mediastenită a fost stabilit la a 5- 17 zi postoperator. Restabilirea integrității sternale cu aplicarea procedurii Robicsek s-a efectuat la 14 (31,8%) pacienți. A decedat 1 pacient (2,3%) din acest grup, cu mediastinita sero-purulentă la a- 20 zi postoperator din cauza insuficienței poliorganice. La 4 pacienți s-a dezvoltat osteomieliță sternală, care a necesitat tratament de lungă durată (3-6 luni). Concluzia: Studiul sugerează că utilizarea ATI uni sau bilaterale, bronhopneumopatie cronică obstructivă, diabetul zaharat, obezitatea, transfuziile masive, timpul îndelungat a operației sunt predictorii importanți de mediastinită anterioară.

## MEDIASTINITIS AFTER CARDIAC SURGERY

**Abstract** Background: Mediastinitis is a serious complication of cardiac surgery. It has a significant socioeconomic impact and high morbidity. The purpose of this study was to determine perioperative predictors of mediastinitis. Methods and results: From 2634 consecutive patients, which underwent cardiac surgery in 2000-2010. In forty-four patients (1.67%) postoperative period was complicated by wound infection. In 22 (50%) cases developed earlier mediastinitis and 22 (50%) cases sternum wound infection subsequently developed mediastinitis with or without dehiscence of the sternum. In this group of patients 30 were men (68.1%) and 14 women (31.9%) of average age 59 years. Preoperator, 20 (45%) of them had obesity, 6 (13.6%) suffered of diabetes mellitus and 7 (16%) of chronic obstructive pulmonary disease. As a graft for Coronary Artery Bypass (IMA) was used unilaterally 18 (40%) and bilateral 1 (2.3%) patient. The average time of surgery duration was 345 min. Massive transfusion after surgery was certified on five patients (11.3%). Diagnosis of Mediastinitis was established at the 5- 17 days postoperatively. Restoration of sternal integrity with the Robicsek proceeding was performed in 14 (31.8%) patients. One patient (2.3%) of this group with mediastinitis died after 20 days postoperative, due to failure Multiple Organ System Dysfunctions. In four patients developed sternal osteomyelitis, requiring long-term treatment (3-6 months) Conclusion: The present study suggest that uni/ bilateral internal mammary artery grafting, chronic obstructive pulmonary disease, obesity, massive transfused units and long surgery duration are important predictors of mediastinitis.

B37

## CRITEILE DE BAZĂ PENTRU EFECTUAREA BY-PASS-ULUI AORTO - CORONARIAN PE CORD BĂTÎND

**Barnaciuc.S, Prisacaru.I, Morozan V, Cenușă. O, Moscalu. V., Frunză.D, Albu.V, Ghicavii.N**

*Spitalul clinic republican departamentul chirurgie cardiaca*

Scopul lucrării: Reevaluarea indicațiilor operatorii pentru operațiile de by-pass coronarian pe cord bătînd și analiza eficienței acestei operații comparativ cu metodele tradiționale de revascularizare a miocardului în condiții de circulație extracorporeală (cu CEC). Materiale și Metode: În lotul de studiu au fost incluși 117 pacienți care au suportat by-pass coronarian pe cord bătînd (fără CEC) - 57 cazuri și cu CEC 60. Bărbați au constituit 100 și femei 17. Vârsta medie de 57/59. Majoritatea la internare prezentau clinica de angină pectorală stabilă 43/43 și angină pectorală instabilă 14 /17. Au suportat infarct miocardic cu unda Q- 15/22 și fără unda Q - 22/13 cazuri. La ECG semne de cicatrice postinfarct anterior aveau 26/8 și inferior 10/ 19. La coronarografie leziuni monovasculare au fost depistate în 8 /2, leziuni bivasculare 16 /6; leziuni trivasculare - 33/ 52 cazuri. Rezultate: Numărul de pontaje a alcătuit: 1 anastomoză - la 8 pacienți operați fără CEC; 2 anastomoze - la 21/ 5 pacienți; 3 anastomoze - la 24/ 11 pacienți; 4 anastomoze - la 4/ 38 pacienți; 5 anastomoze - la 6 pacienți operați cu CEC. Semne de insuficiență cardiacă acută postoperatorie a prezentat 2/9 pacienți. Insuficiență respiratorie cu aflarea la ventilație artificială mai mult de 24 ore s-a dezvoltat la 5 pacienți operați cu CEC. Hemoragia intraoperatorie a fost de 607ml/544 ml. Supurația plăgii 2/2 pacienți fără mediastinită anterioară în ambele grupuri de studiu, pericardită - 3/2 pacienți, pleurizie postoperatorie 30/32 pacienți. Durata operației 230/294 min. Cazuri letale și infarct miocardic peroperator nu s-au înregistrat. AVC postoperator nu a suportat nici un pacient din lotul de studiu. Concluzii: By-pass aorto-coronarian pe cord bătînd are o serie de priorități față de tehnica tradițională și poate asigura o patență a grafturilor aplicate egală, avînd o rată de mortalitate scăzută la un grup de pacienți cu maladii concomitente, la care operația cu CEC ar fi fatală.

## EFFECTS OF OFF-PUMP VERSUS ON-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

Reassessment of surgery indications for off-pump coronary artery bypass grafting and the efficiency of surgery analysis compared to traditional methods of revascularization of the myocardium under conditions of extracorporeal circulation (on-pump). Materials and Methods: The study group included 117 patients, one of the group had coronary artery bypass grafting (off pump) - 57 cases and others group - 60 (on-pump). There were 100 of men and 17 of women. The average age 57/59. At the hospitalization, most of them had stable angina pectoris 43/43 and unstable angina pectoris- 14/17. With Q-wave myocardial infarction suffered 15/22 of them and without Q-wave - 22/13 cases. The ECG showed signs of anterior infarction scar in 26 / 8 and posterior infarction scar in - 10 / 19 of them. On coronary angiography the monovasculare lesions were detected 8 / 2, bivasculare - 16 / 6, trivasculare - 33 / 52 of cases. Results: The number of bypass grafting was composed of: one anastomosis - in 8 patients operated off pump, 2 bypass grafting - in 21 / 5 patients, 3 bypass grafting - in 24/11 patients, 4 bypass grafting - in 4 / 38 patients, and 5 bypass grafting - in 6 patients operated on pump. Signs of acute postoperative heart failure were presented in 2 / 9 patients. Respiratory failure with artificial ventilation more than 24 hours was in 5 patients operated on pump. The intraoperative bleeding was 607ml/544 ml. The wound suppuration were in 2 / 2 patients without anterior mediastinitis in both groups of study, pericarditis - in 3 / 2 patients, postoperative pleurisy in 30/32 patients. Duration of surgery 230/294 minutes. Preoperative myocardial infarction was not recorded. Conclusions: Aorto-coronary bypass on beating heart is a set of priorities to the traditional techniques and can provide an equal applied patent grafts, with a low mortality rate in the group of patients with concomitant diseases, because the surgery in conditions on-pump for them is fatally.

B38

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUMORILOR CARDIACE

Manolache Gh., Ghicavii N., Moscalu V., Batrînac A., Moroșan V., Barnaciuc S., Țurcanu Gr., Prisăcaru I.

Spitalul clinic republican departament cardiochirurgie

Tumorile cardiace, primare sau secundare, se pot dezvolta la nivelul oricărei structuri ale cordului: miocard, endocard sau pericard. Incidența tumorilor cardiace este foarte mică și se explică probabil, prin particularitățile metabolismului în miocard, circuitului sanguin coronarian și sistemului de legături limfatice redus. Scopul studiului Determinarea priorității a metodelor de diagnostic preoperator și aprecierea tacticii tratamentului chirurgical în dependență de forma clinico-morfologică a neoplasmului cardiac. Materiale și metode Au fost supuse analizei 72 de pacienți operați cu tumori cardiace, care s-au tratat pe parcursul anilor 1983-2010. Vârsta bolnavilor a variat între 15-73 ani (media 55,3 ani) dintre care 20(27,8%) bărbați și 52 (72,2%) femei. La 66(91,7%) pacienți tumorile au fost benigne și la 6(8,3%) maligne. Rezultate Toți pacienții diagnosticați cu tumori cardiace au fost supuși intervenției chirurgicale în condiții de circulație extracorporală. Cel mai des a fost depistat mixomul cardiac care a alcătuit 58 (80,6%) cu localizarea mai frecventă în atriu stîng - 91,4%, urmat de rhabdomiom în 2(2,8%), mezoteliom 2(2,8%), hemangiom 1 (1,4%) cazuri, leiomiom 2(2,8%), fibrom 1 (1,4%) și sarcom 6 (8,3%). La 10 (7,2%) pacienți s-a efectuat concomitent corecție valvulară mitrală și tricuspidiană. În 2 cazuri s-a efectuat și by-passul coronarian. Letalitatea postoperatorie a constituit 6(8,3%) pacienți (1 caz de tromboembolia arterei pulmonare, 1-de hemoragie postoperatorie, ceilalți 4 pacienți operați cu tumori maligne au decedat de insuficiență cardiacă progresivă). Concluzii: Tumorile cardiace primare, odată identificate, trebuie înlăturate chirurgical. Vârsta pacienților și severitatea insuficienței cardiace nu poate servi ca contraindicație către operație. Tumorile cardiace maligne au un prognostic nefavorabil. În speranța prelungirii vieții pacientului tratamentul chirurgical este combinat cu tratamentul medicamentos specific.

### THE DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF HEART TUMORS

Primary and secondary heart tumors can develop within any level of heart structure: myocardium, endocardium or pericardium. The incidence of cardiac tumors is very low. And can be probably explained based on the particularities of metabolism within the myocardium, the coronary blood circuit and the reduced system of lymphatic connections. Data and methods Records on surgical interventions in 72 patients with cardiac tumors subjected to treatment during 1983-2010 were analyzed. The age of patients ranged 15-73 years (the average age was 55.3 years) including 20(27.8%) men and 52 (72.2%) women. In 66 (91.7%) patients tumors were benign and 6 (8.3%) malignant. All the patients have been operated upon in conditions of cardiopulmonary bypass with radical removal of benign cardiac tumor. The left atrial mixoma has been most frequently met in 58 (80.6%) The morphological site of the looks like: myxomas (58 cases), rhabdomyomas (2 cases), leiomyomas (2 cases), hemangiomas (1 case), fibromas (1 case), mesoepitheliomas (2 cases), various sarcomas (6 cases). Postoperative mortality consisted 8,3% (6 patients) followed by rhabdomyomas in 2 (2.8%), mesothelioma 2 (2.8%), a hemangiomas (1.4%) cases, leiomyomas 2 (2.8%), fibromas 1 (1.4%) and sarcomas 6 (8.3%) cases. In 10 (7.2%) patients concomitant receiving tricuspid and mitral valve correction, 2 cases was also performed and coronary artery bypass. The post operative lethality has constituted 6(8,3%) cases (1 case of pulmonary artery thromboembolism, 1 postoperative bleeding, the other four patients operated with malignant tumors died of progressive heart failure). Conclusions: Once identified, primary cardiac tumors must be surgically removed. Patients age and the severity of heart failure cannot be regarded as a counter-indication to surgery. Since malignant cardiac tumors are given an unfavorable forecast, the surgical treatment is combined with the specific treatment.

B39

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN COMPLICAȚIILE TROMBOTICE ALE BOLII VARICOASE

Lîsîi M., Scutaru I., Rotaru A., Bouroș T., Grib A., Lîsîi Irina

Spitalul Clinic Municipal Bălți

Scopul studiului: 1) Evidențierea rolului tratamentului chirurgical al bolii varicoase complicate cu tromboză (tromboflebită) ca măsură de profilaxie a tromboemboliei arterei pulmonare și altor complicații (abcedare, ulceratii etc) care au drept consecință invalidizarea pacientului. 2) Atenționarea medicilor de familie și alte specialități despre importanța diagnosticului precoce și, ulterior, a tratamentului chirurgical al bolii varicoase pentru evitarea complicațiilor tromboembolice, fatale pentru pacient. Boala varicoasă a membrilor inferioare constituie una din cele mai răspândite patologii vasculare. Conform diverselor studii, fiecare al 4-lea adult suferă de această maladie. Tromboza (tromboflebită) varicelor membrilor inferioare se considera a fi cea mai frecventă complicație a patologiei respective (survine la fiecare al 5-lea- al 6-lea pacient, conform mai multor autori). Studiul s-a efectuat în baza unui lot de 350 pacienți tratați chirurgical în SCMB pe parcursul anilor 2006-2010, dintre care: 98 pacienți ( 28 %) - cu tromboflebită (tromboză) a varicelor membrilor inferioare cu afectarea diferitor segmente (gamba, coapsa), ceea ce relevă o incidență crescută a acestei complicații în populația autohtonă. Toți pacienții cu tromboflebită (tromboză) acută a varicelor membrilor inferioare au fost operați într-o etapă (crossectomie, detrombozarea joncțiunii safeno-femorale cu flebectomie radicală a bazinului venei safena magna și a venei safena parva). Metodele chirurgicale de tratament au asigurat o rezolvare eficientă a complicațiilor trombotice ale bolii varicoase, au permis evitarea complicațiilor tromboembolice, cît și celelalte menționate anterior, au ameliorat semnificativ starea pacienților, au redus perioada de tratament și reabilitare. Considerăm că în prezent această metodă rămîne primordială în tratamentul bolii varicoase cu complicații trombotice.

## SURGICAL TREATMENT IN THROMBOTIC COMPLICATIONS OF THE LOWER LIMB VARICOSE DISEASE

Objectives: 1) To emphasize the role of the surgical treatment of the lower limb varicose disease, complicated with thrombosis, as a measure to prevent pulmonary artery thromboembolism, as well as other complications. 2) To warn the family doctors and other specialists about the importance of early diagnosis and surgical treatment of varicose disease in order to avoid thromboembolic complications. The lower limb varicose disease is one of the most common vascular pathology. It was noted, that each 4<sup>th</sup> adult suffers from it. The thrombosis (thrombophlebitis) of the varicose veins is considered the most frequent complication in such situations. The study is based on a group of 350 patients, treated by surgery in our hospital during the 2006- 2010 years; 98 patients (28 %) were diagnosed with thrombophlebitis (thrombosis) of the lower limb varicose veins. That indicates the high incidence of this complication in locals. All 98 patients undergone a one-stage surgery (cross-section, sapheno-femoral junction de-thrombosis with radical phlebectomy in the venae saphena magna and parva basin). The surgery proved to be an efficient solution for the varicose disease thrombotic complications, allowed to avoid the thromboembolic complications, greatly improved patients' condition, shortened the period of treatment and recovery. We believe that at the moment this is the main method for the treatment of the varicose disease with thrombotic complications.

B40

## TRATAMENTUL ANEVRISELOR DE ANOSTOMOZĂ

Lisii M., Corcimari A., Rotaru A., Lisii Irina

Spitalul Clinic Municipal Bălți, Republica Moldova

Diferiți autori afirmă formarea anevrismelor de anostomoză postoperator, în termen de la 48 ore și până la 10 ani, în aproximativ 9,2%. Cauzele mai frecvente ale formării anevrismelor de anostomoză sunt: infecția, degenerarea peretelui vascular, cauzată de procesul aterosclerotic, cauze tehnice: endarterectomie exagerată cu înlăturarea sratului muscular, material de sutura necalitativ sau neadecvat cazului, HTA, trauma zonei anostomozei. Clinica anevrismelor de anostomoză distală: Prezența unei formațiuni pulsatile în proiecția anostomozei distale, prezența unui suflu sistolic în proiecția anevrismului, în unele cazuri – subfebrilitate, durere. În cazul de anostomoză proximală, diagnosticul este mai dificil: dureri în proiecția anostomozei proximale, cu iradiere în regiunea lombară, prezența unei formațiuni pulsatile în proiecția anostomozei, care uneori se determină palpator, auscultativ-suflet în proiecția formațiunii, subfebrilitate; diagnosticul se confirmă prin examen Doppler și aortografie. Datele SCM Bălți: În Spitalul Clinic Municipal Bălți, pe parcursul ultimilor 10 ani, au fost internați 6 pacienți cu anevrisme de anostomoză (după reconstrucția aorto-bifemurală, ileo-femurală). Termenul formării anevrismelor este de la 3-4 luni la 6-8 ani. În toate cazurile s-a aplicat tratament chirurgical. Tratamentul chirurgical al anevrismelor de anostomoză constă în înlăturarea anevrismului și reconstrucția segmentului arterial respectiv. S-a efectuat rezecția anevrismului cu reprotzare: excluderea zonei afectate prin clamparea branșei protezei și ramurilor arterelor femurale (dacă funcționau), înlăturarea anevrismului cu determinarea intraoperatorie a zonei anostomozei, aprecierea torentului retrograd din arterele femurale, reprotzarea segmentului zonei anostomozei, efectuarea endarterectomiei la necesitate, reimplantarea arterei femurale profunde în grefon. Concluzii: 1) În cazul anevrismelor de anostomoză este necesară o atitudine chirurgicală activă, indiferent de diametrul anevrismului. 2) Este indicată reconstrucția segmentului arterial respectiv. 3) În rezolvarea anevrismelor anostomozelor periferice este foarte importantă utilizarea arterei femurale profunde.

## THE TREATMENT OF ANASTOMOSIS ANEURISMS

Many authors describe post-surgery anastomosis aneurysms in 9,2 % cases. During the last 10 years, we had 6 patients with anastomosis aneurysms (after aorto- and ileo-femoral reconstruction). Surgical treatment was applied in all the cases and consisted of aneurism removal and reconstruction of the injured arterial segment. Conclusions: Anastomosis aneurysms demand surgical treatment, with reconstruction of the injured arterial segment. The use of arteria femoralis profunda in the treatment of peripheral anastomosis aneurysms is of a great importance.

B41

## REMODELAREA CHIRURGICALĂ A VENTRICULULUI STÂNG PRIN APROXIMAREA MUȘCHILOR PAPILARI

Batrînac A., Morozan V., Ureche A., Manolache Gh., Barnaciuc S., Voitov S., Prisacaru I., Moscalu V.

IMSP, SCR, departamentul cardiocirurgie

Introducere: Remodelarea ventriculului stâng folosind metoda de aproximare a mușchilor papilari după tehnica Hvass ar putea crea o posibilitate de îmbunătățire a competenței valvei mitrale. Materiale și metode: în studiu au fost incluși 39 de pacienți la care a fost efectuată remodelarea ventriculului stâng după tehnica Hvass și un caz de aproximare a mușchilor papilari a ventriculului drept. Vârsta medie a pacienților a fost de  $54 \pm 8$  (39 - 66) ani; 35 de bărbați și 5 femei. 33 de pacienți cu cardiopatie ischemică și anevrism de ventricul stâng și 7 pacienți cu valvulopatii de etiologie diversă. Toți pacienții cu insuficiență cardiacă NYHA III-IV, hipertensiune pulmonară (PSAP 50-70 mmHg), insuficiență mitrală gr.II-IV și dilatarea inelului fibros

a valvei mitrale (38-46 mm), distanța dintre mușchii papilari mai mare de 2,5 cm. Pentru aproximarea pilierilor la 31 (77,5%) s-a folosit o bucată de proteză vasculară Gor-Tex 4-0, la 6 (15%) pacienți s-a utilizat un segment din proteză vasculară Dacron și la 3 (7,5%) pacienți s-a folosit segmente din venă autologă. Rezultate: În toate cazurile fracția de ejeție a crescut de la  $39 \pm 8\%$  până la  $49 \pm 5\%$  după intervenția chirurgicală. Volumul diastolic a ventriculului stâng a scăzut de la  $254 \pm 81$  ml până la intervenție la  $173 \pm 40$  ml după intervenție. S-a obținut o regresie a insuficienței valvei mitrale până la gradul I-II și micșorarea diametrului inelului fibros până la 28,6 mm. După remodelarea ventriculului drept dimensiunea cavității a scăzut de la 40 mm la 28 mm. De asemenea, s-a practicat anuloplastia, care a asigurat competență completă a valvei tricuspide. Concluzii: Aproximarea mușchilor papilari (tehnica Hvass) pentru remodelarea ventriculului stâng oferă beneficii prin scăderea volumului diastolic, îmbunătățirea considerabilă a coaptării valvei mitrale și regresia insuficienței mitrale cu creșterea fracției de ejeție a ventriculului stâng.

## PAPILLARY MUSCLE SLING AS AN ADJUNCTIVE PROCEDURE FOR SURGICAL LEFT VENTRICULAR REMODELING

Introduction: Remodeling of left ventricle using papillary muscle approximation technique could create a possibility of improving mitral valve competence. Methods: We analyzed 40 cases of left ventricular remodeling according to Hvass technique and one case of right ventricle papillary muscle approximation. The average age of patients was  $54 \pm 8$  (39-66) years, 35 men and 5 women. 33 patients had left ventricular aneurism and 7 - valvulopathies of diverse etiology. All the patients had NYHA III-IV, pulmonary hypertension (SPRV 50-70 mmHg), mitral insufficiency (II-IV gr.) and dilated mitral fibrous annulus (38 - 46 mm) and the distance between the papillary muscles more than 2.5 cm. To approximate the papillary muscle 31 (77.5%) had used a piece of Gor-Tex vascular prosthesis 4-0, 6 (15%) patients used a segment of the vascular prosthesis Dacron and 3 (7.5%) patients using autologous vein segments. Results: In all of patients ejection fraction increased from  $39 \pm 8\%$  till  $49 \pm 5\%$  after the surgery. Left ventricular diastolic volume decreased from  $254 \pm 81$  ml before the intervention to  $173 \pm 40$  ml after. There was obtained the regression of mitral valve insufficiency up to I - II grade and the decreasing of annulus fibrosis diameter to 28,6 mm. After right ventricular remodeling the cavity size dropped from 40 mm to 28 mm. Also was practiced anuloplasty, which assured complete tricuspid valve competence. Conclusions: Hvass technique with the approximation of papillary muscles for left ventricular remodeling offers benefits by decreasing its diastolic volume, considerable improvement of coaptation and regression of mitral regurgitation with increasing ejection fraction of ventricle.

B42

## FACTORII DE RISC IN RECURENTA POSTOPERATORIE A MALADIEI VARICOASE

Guțu E., Casian D., Zaporozjan A., Culiuc V., Sochirca M., Maloghin V.

Catedra chirurgie generala, USMF „N. Testemitanu”, Chisinau, Moldova

Introducere: Boala varicoasa a membrilor inferioare este cea mai raspandita maladie a vaselor periferice. Diferite forme a patologiei se intalnesc la 26-38% femei si 10- 20% barbati. Actualmente interventia chirurgicala ramane metoda de baza in tratamentul varicelor si pretutindeni este eronat considerata drept operatie de rutina. Totodata, reaparitia varicelor extremităților pelviene si a simptomatologiei insuficientei venoase poate fi peste 50% cazuri - in perioada dupa 5 ani de la efectuarea interventiei chirurgicale. Material si metode: Studiul a fost axat pe analiza retrospectiva efectuata la 29 pacienti care au suportat flebectomia. Termenul dupa operatia in mediu a constituit 7 ani. Pentru aprecierea rezultatelor au fost utilizate: metode clinice generale de examinare; aprecierea gradului de severitate a insuficientei venoase cronice cu ajutorul chestionarilor acceptate (VCSS, CEAP, VDS); duplex scanarea sistemului venos al membrilor inferioare. Rezultate: Incidenta recurentei maladii varicoase conform datelor scanarii duplex depaseste cea determinata clinic si este strans legata de durata perioadei postoperatorii si de factorii de risc: modul de viata, factori familiari, indicele masei corporale. Concluzii: Pentru analiza rezultatelor la distanta a tratamentului chirurgical trebuie de divizat notiunile de recurenta „clinic” si recurenta „hemodinamica”, determinata prin depistarea surselor de reflux venos la duplex scanare postoperatorie. Incidenta recurentei creste progresiv odata cu durata de timp de la momentul operatiei pentru maladia varicoasa a membrilor inferioare.

## RISK FACTORS OF THE POSTOPERATIVE RECURRENT VARICOSE VEIN DISEASES

Background: Varicose vein disease of lower limbs is the most common pathological condition of peripheral vessels. Various forms of illness are found in 26-38% of women and in 10-20% of men. Currently, surgery remains the basic treatment for varicose veins and elsewhere is erroneously considered as a routine procedure. However, recurrence of lower extremities veins and reappearance of venous insufficiency symptoms may occur in more than 50% of cases - in the first 5 years after surgery. Material and methods: The study was based on retrospective analysis performed in 29 patients who underwent phlebectomy. A medium period after surgery was 7 years. The results were evaluated using general physical methods of examination, assessment of chronic venous insufficiency severity by accepted questionnaires (VCSS, CEAP, VDS), duplex scan of lower limbs venous system. Results: The incidence of varicose vein disease according to duplex scanning is higher than that detected during physical examination, and is closely related to the length of postoperative period and the presence of risk factors, such as lifestyle, familiar history, and body mass index. Conclusions: When analyzing the follow-up results of surgical treatment, the concepts of “clinic” and “hemodynamic” recurrence, determined by identification of the venous reflux sources during postoperative duplex scan, should be divided. Incidence of recurrence progressively increases with the time passing since surgery for varicose vein disease of lower limbs.

B43

## INDICELE PROFUNDO-AORTAL: CRITERIU DE PROGNOZARE A EFICACITĂȚII REVASCULARIZĂRII PROFUNDALE

Țurcan A., Tabac D., Castravet A., Ghitu V., Buga V., Iachim V., Cemirtan R., Conțu O., Bernaz E., Barat S.

Spitalul Clinic Republican, sectia angiochirurgie

Scopul lucrării: Ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical al pacienților cu ischemie critică cauzată de afecțiuni aterosclerotice polisegmentare a arterelor membrelor inferioare. Material și metode: Studiul a fost efectuat pe un lot de 400 de pacienți cu afecțiuni arteriale aterosclerotice polisegmentare cu ischemie critică a membrelor inferioare, care au fost tratați în secția chirurgie vasculară a IMSP „Spitalul Clinic Republican” între anii 2001-2005 (lotul de studiu) și a unui grup de 350 pacienți, tratați în chirurgia vasculară între anii 1998-2000 (lotul martor). Majoritatea pacienților aveau între 45 și 65 ani. Sexul masculin covârșitor predomina. Etiologic la toți pacienții a fost stabilită ateroscleroza. Toți pacienții au fost investigați clinic, prin Duplex scanarea sistemului arterial, arteriografie și angio CT. La fel s-a determinat indicele maleolo-brahial și indicele profundo-aortal pentru fiecare pacient. Indicele profundo-aortal constituie raportul dintre suma diametrului porțiunii istmice a arterei femurale profunde, diametrului extern a porțiunii permeabile a arterei femurale profunde, diametrului intern a porțiunii permeabile a arterei femurale profunde și suma dintre diametrul aortei abdominale la nivelul arterelor renale și diametrul aortei la bifurcație. Toți pacienții au suportat intervenții de revascularizare prin bazinul arterei femurale profunde. Rezultatele tratamentului chirurgical s-a micșorat considerabil rata amputațiilor înalte după reconstrucții arteriale, constituind 5% în lotul de studiu contra la 8,8% în lotul martor. În grupul de pacienți cu valoarea indicelui profundo-aortal mai mare de 0,5 n-a survenit nici o amputație. În grupul de pacienți cu valoarea indicelui profundo-aortal 0,31-0,5 au fost efectuate numai 5 amputații înalte. Majoritatea amputațiilor (15) au fost necesare la pacienții, având valoarea indicelui profundo-aortal mai mic decât 0,3. În acest grup este necesară efectuarea în aceeași ședință operatorie și a unui pontaj femuro-distal. Concluzii: Indicele profundo-aortal poate fi folosit cu succes pentru prognosticul eficacității revascularizărilor profunde.

### PROFUNDO-AORTAL INDEX: PROFUNDAL REVASCULARIZATION EFFICIENCY PROGNOSIS CRITERIA

Aim of the study: Improvement of the surgical treatment of patients with critical ischemia caused by atherosclerotic polisegmentary lesions of lower limb arteries. Materials and methods: The study included a group 400 patients with polisegmentary arterial atherosclerotic lesions of the lower limbs with critical ischemia that underwent surgery during the period of 2001-2005 (the study group) compared to a second group of 350 patients operated during the period of 1998-2000 (witness group). Most of the patients were aged between 45 and 65 years. Males were in majority. Atherosclerosis was found in all patients. All patients were investigated clinically, by Duplex scanning, angiography, and angio-CT. Maleolo-brachial and profundo-aortal indices were determined in all patients. Profundo-aortal index represents the ratio between the sum of isthmus diameter of deep femoral artery, the outer diameter of the permeable segment of deep femoral artery, the inner diameter of the permeable segment of deep femoral artery and the sum of the abdominal aortic diameter at renal artery emerging level and the bifurcation aortic diameter. All patients underwent surgical revascularization using the deep femoral artery. Results of the surgical treatment showed a significant decrease in the number of high limb amputations, that is by 5% in the study group and by 8,8% in the witness group. In the group of patients with the profundo-aortal index higher than 0,5 no amputations were observed. In the group of patients with the index ranging between 0,31 and 0,5, only 5 high amputations were performed. Most amputations (15) were necessary in patients having the index lower than 0,3. In this group, a femuro-distal by-pass is recommended in the same surgical session. Conclusions: The profundo-aortal index can be successfully used for deep femoral artery revascularization efficiency prognosis.

B44

## ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТЬ ОДНОСОСУДИСТОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Фокин А., Кочнева Виктория

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, Челябинск, Россия

Проведено сравнительное изучение эффективности хирургических и эндоваскулярных методов лечения больных ишемической болезнью сердца с однососудистым поражением коронарного русла. В исследование включены 190 пациентов, которым проводилась однососудистая реvascularизация миокарда с 2004 по 2009г. Больные были разделены на две группы, 90 пациентам было выполнено стентирование коронарных артерий, 100 больным было выполнено коронарное шунтирование без искусственного кровообращения под интубационным наркозом, 72 с помощью левой внутренней грудной артерии, 13 - правой внутренней грудной артерии, 15 использовали лучевую артерию. Прямое стентирование коронарных артерий выполнено 60 пациентам и 30 выполнено стентирование с предилатацией. При выполнении стентирования коронарных артерий - 28 больным установлены стенты с лекарственным покрытием, 62 - без лекарственного покрытия. Стентирование передней межжелудочковой артерии проведено у 47, правой коронарной артерии у 24, огибающей артерии у 15, диагональной ветви передней межжелудочковой артерии у 2, артерии интермидии у 1, ветви тупого края у 1 пациента. Мы провели анализ зависимости от типа кровоснабжения: у 104 пациентов - правый тип («наиболее опасный»), у 56 - сбалансированный тип («умеренно опасный»), у 30 - левый тип кровоснабжения («оптимальный»). Получена информация о самочувствии 115 пациентов. После коронарного шунтирования 52 человека: 35 чувствуют себя хорошо, 16 отмечают плохое самочувствие, 1 умер (причины смерти неизвестны). После стентирования коронарных артерий 63 пациента - 43 чувствуют себя хорошо, 18 отмечают плохое самочувствие, двое умерли (один - от тромбоэмболии легочной артерии, второй - от инфаркта миокарда). Все пациенты после проводимого оперативного лечения отмечали улучшение самочувствия, уменьшался



функциональный класс стенокардии. Из нашей работы видно, что преобладают наиболее «опасные» типы кровоснабжения - правый тип («наиболее опасный») - 54,7%, сбалансированный («умеренно опасный») - 29,5%, левый тип кровоснабжения («оптимальный») - 15,8% случаев. При проведении контрольной коронарографии в отдаленном периоде пациентам предъявляющим жалобы на плохое самочувствие, у большинства больных стенты и шунты остаются проходимыми.

## FEASIBILITY OF MONOVASCULAR MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN CORONARY ARTERY DISEASE

A comparative study of effectiveness of surgical and endovascular treatment techniques in patients with coronary heart disease with monovascular coronary pathology was performed. 190 patients who underwent monovascular myocardial revascularization from 2004 to 2009 were included in the study. Patients were divided into two groups, 90 patients underwent coronary artery stenting, 100 patients were performed coronary artery bypass grafting without cardiopulmonary bypass under intubation anesthesia, we have used in 72 patients the left internal mammary artery, in 13 - the right internal mammary artery, in 15 patients - the radial artery. Direct stenting of coronary arteries was performed in 60 patients; stenting with predilatation was performed in 30 individuals. When performing the coronary artery stenting - 28 patients fitted with drug-coated stents, 62 - without drug coverage. Anterior interventricular artery stenting was performed in 47, right coronary artery in 24, circumflex artery in 15, diagonal branch of anterior interventricular artery in 2 patients, the intermedia arteries in 1, the branches of the blunt edge in 1 patient. We have analyzed the relationship based on the type of blood supply: 104 patients - the right type (the "most dangerous"), 56 - balanced type ("moderately dangerous"), 30 - left type of blood supply ("optimal"). The information was received about the health 115 patients. After coronary bypass surgery was 52 patients: 35 feel well, 16 note poor health, 1 died (cause of death unknown). After the coronary artery stenting was 63 patients - 43 feel well, 18 note poor health, two died (one - from pulmonary embolism, another one - from myocardial infarction). After operative intervention all patients' condition has improved, the angina functional class has decreased. It results from our work that the most "dangerous" types of blood supply dominate - the right type ("most dangerous") - 54,7%, balanced ("moderately hazardous") - 29,5%, the left type of blood supply ("optimal") - 15,8% of cases. The follow-up control coronarography of patients complaining of a bad health showed that the majority of patients had permeable stents and bypasses.

B45

## REVASCULARIZAREA SEGMENTULUI ARTERIAL INFRAPOPLITEU ÎN PROCESELE OCLUZIV-STENOTICE

**Castraveț A., Tabac D., Țurcan A., Ghițu V., Cemîrtan R., Iachim V., Buga V., Conțu O., Bernaz E., Barat S. Moscalu V. Cerevan E.**

*Republica Moldova, IMSP SCR, FPM, Clinica de chirurgie, Secția chirurgie vasculară*

Scopul: Studiarea rezultatelor precoce ale revascularizărilor chirurgicale a segmentului arterial infrapopliteu în procesele ocluziv-stenotice. Materiale și metode: Pe parcursul anilor 1995-2010 în secția de Chirurgie Vasculară s-au efectuat 566 de intervenții chirurgicale la 533 pacienți, dintre care 33 la ambele membre inferioare. La 82% pacienți s-a determinat gr III-IV de ischemie la nivelul membrului inferior, fapt ce prezintă indicație absolută pentru a interveni chirurgical. Tactica și volumul operator a fost apreciat conform rezultatelor investigațiilor clinice, duplex scanare, angiografie, CT angiografie și explorare intraoperatorie. Intervențiile de preferință efectuate au constituit, by-passurile cu grefon safen intern inversat și trombendarterectomiile din arterele poplitea și tibială cu petic din autovenă. În 68 (12%) cazuri au fost revascularizate și segmentele proximale necesitând by-pass aorto-femural sau femuro-popliteu respectiv. Rezultate: În perioada postoperatorie precoce, retrombozele au survenit în 73 (12,9%) cazuri, dintre care la 28 pacienți datorită reintervențiilor precoce am obținut rezultate favorabile. La 37 pacienți s-a recurs la amputarea coapsei sau gambei. Concluzie: Conform datelor noastre, revascularizarea segmentului arterial infrapopliteu în procesele ocluziv-stenotice este posibilă în 92,5% cazuri. Intervențiile de preferință conform indicațiilor și investigațiilor efectuate, au constituit by-passurile și trombendarterectomiile cu folosirea materialului autolog.

## REVASCULARIZATION OF THE INFRAPOPLITEAL ARTERIAL SEGMENT IN OCCLUSIVE-STENOTIC PROCESSES

Aim of the study: Evaluation of early results of surgical revascularization of the infrapopliteal arterial segment in the occlusive-stenotic processes. Material and methods: During the period of 1995-2010 in the Department of Vascular Surgery there have been performed 566 operations in 533 patients, of which 33 for both lower limbs. Critical ischemia was identified in 82% of patients, determining absolute indications for surgery. Further surgical tactics were appreciated after physical examination, duplex scan, angiography, CT angiography and intraoperative exploration. The elective surgical procedure was by-pass with reversed autologous internal saphenous graft and trombendarterectomy from the popliteal and tibial arteries with autovenous patch. Proximal segment revascularization using aorto-femoral or femuropopliteal by-passes were necessary in 68 (12%) of cases. Results: The early postoperative period was complicated by rethrombosis in 73 (12,9%) cases. Early reintervention has been performed to 28 patients with satisfactory results. In 37 cases high amputations were necessary. Conclusion: Revascularization of the infrapopliteal arterial segment in occlusive-stenotic processes was possible in 92,5% of cases. The surgical procedures of choice were by-passes and trombendarterectomy with use of autologous material.

B46

**PARTICULARITĂȚI ÎN TRATAMENTUL TRAUMATISMELOR VASCULARE****Castraveț A., Tabac D., Țurcan A., Ghițu V., Cemîrtan R., Iachim V., Buga V.,  
Conțu O., Bernaz E., Barat S., Moscalu V., Cerevan E.***Republica Moldova, IMSP SCR, Secția chirurgie vasculară*

Scopul: Aprecierea posibilității tratamentului chirurgical al traumatismelor vasculare cu plagă deschisă. Materiale și metode: Pe parcursul anilor 1990-2010 au fost tratați cu plagă deschisă 66 pacienți cu traumatisme vasculare asociate cu plăgi delabrante și contaminare bacteriană importantă. La 12 pacienți s-au aplicat by-passuri extraanatomice cu grefon safen intern inversat, plaga inițială fiind lăsată deschisă pentru drenare adecvată și debridări repetate după necesitate. La 54 pacienți by-passul extraanatomic nu a fost posibil din considerente tehnice, diametrul și lungimea insuficientă a safenei interne pentru grefon, distrugerea și contaminarea considerabilă a țesuturilor regiunii cu posibilitatea de trecere a by-passului extraanatomic. Pentru acești pacienți s-a recurs la repararea vasculară cu plagă deschisă. Rezultate: În perioada postoperatorie au survenit 2 hemoragii erozive, care au fost stopate cu ajutorul aplicării peticelor autovenoase, drenării și suturării plăgilor deja granulante. Intervenție de ligaturare a arterelor și amputații nu au fost necesare. Concluzie: Intervenția de elecție în traumatismele vasculare asociate cu distrugerii extinse și contaminare bacteriană importantă a țesuturilor adiacente sunt by-passurile extraanatomice efectuate pe țesuturile viabile necontaminate. În cazul imposibilității aplicării by-passului este solicitată metoda de revascularizare in situ cu plagă deschisă. Accesul pentru controlul și debridările repetate a țesuturilor adiacente vasului reparat, este realizat prin plaga postoperatorie nesuturată sau prin contraincizii suficiente de largi.

**PARTICULARITIES IN THE TREATMENT OF VASCULAR TRAUMA**

Aim of the study: Assessment of the possibility of surgical treatment of vascular trauma using the open wound method. Material and methods: During the period of 1990-2010, 66 patients with vascular injuries associated with bacterial contamination and delabrante wounds were treated using the open wound method. Extraanatomic by-passes with reversed internal saphenous graft has been applied to 12 patients. The initial wound was left opened for proper drainage and repeated debridement. In 54 cases the extraanatomic by-pass was not possible for such technical reasons as insufficient diameter and length of the autologous saphenous graft, considerable tissue destruction and contamination in the region with opportunity to pass the graft. In these patients open wound vascular repair was used. Results: During the postoperative period 2 cases of erosive bleeding occurred, which were stopped by applying autovenous patches, adequate wound drainage and suturing on granulation tissue. Such interventions as arterial ligation and amputations were not necessary. Conclusion: In cases of vascular trauma associated with extended damage and important bacterial contamination of the adjacent tissue, it is preferable to perform extraanatomic by-passes within viable and uncontaminated tissues. In cases when the by-pass cannot be performed, revascularization in situ using the open wound method is required. Access for control and repeated debridement of the tissues adjacent to the repaired vessel is realized through the unsutured postoperative wound or through large additional contraperture incisions.

B47

**FOLOSIREA BY-PASSULUI EXTRAANATOMIC ÎN CHIRURGIA VASCULARĂ****Castraveț A., Tabac D., Țurcan A., Ghițu V., Cemîrtan R., Iachim V.,  
Buga V., Conțu O., Bernaz E., Barat S., Moscalu V., Cerevan E.***Republica Moldova, IMSP SCR, Secția Chirurgie vasculară*

Pînă în prezent nu sunt stabilite cu precizie indicațiile pentru intervenție, tehnicile de aplicare a by-passului extraanatomic și criteriile de selectare a pacienților. Studiul de față are ca scop elucidarea acestor probleme folosind analiza rezultatelor a unui eșantion de 38 pacienți cu by-passuri extraanatomice operați în perioada anilor 1987-2010. Indicații pentru efectuarea by-passului extraanatomic a fost ischemia critică a membrelor inferioare asociată cu patologia cardiovasculară și pulmonară avansată la 21 de pacienți. Alt grup la care s-au aplicat by-passuri de ocolire a fost format din 6 pacienți cu procese supurative. La pacienții cu traumatisme vasculare asociate cu distrugere importantă și infectare a țesuturilor adiacente au fost aplicate 11 by-passuri extraanatomice. Rezultatele obținute depind în mare măsură de patul vascular periferic. La pacienții cu ischemie critică pe fondalul aterosclerozei obliterante, cu patologii cardiovasculare și pulmonară avansată sau cu procese supurative se presupunea o posibilă afectare cronică a patului periferic, astfel rezultatele fiind nu cele mai bune – aproximativ jumătate din by-passuri s-au trombozat în perioada postoperatorie precoce ori la un an. La pacienții cu traumatisme vasculare care prezentau un pat vascular periferic permiabil, toate by-passurile erau funcționale pe toată perioada de observație (de la 1 la 11 ani). Așadar, șunturile extraanatomice prezintă o alternativă revascularizării clasice la anumite grupuri de pacienți și sunt unica șansa de salvare a membrelor. Aceste proceduri sunt indicate pacienților cu procese supurative, pentru ocolirea zonei afectate. Un alt grup prezintă pacienții cu patologii cardiovasculare și pulmonară avansată, astfel by-passurile extraanatomice fiind mai puțin traumatice decât cele tradiționale. La pacienții cu traumatisme vasculare asociate cu distrucții tisulare adiacente extinse și plăgi cu contaminare bacteriană severă by-passurile extraanatomice sunt de elecție. Cu siguranță aceste proceduri trebuie să le posedă oricare chirurg vascular.

## THE USE OF EXTRAANATOMIC BY-PASSES IN VASCULAR SURGERY

Until now there are no precise criteria regarding the surgical management of extraanatomic by-passes. This includes indications for surgery, by-pass application techniques and patient selection. The aim of the study is to elucidate this problem, by analyzing the outcomes of 38 patients with extraanatomic by-passes. All patients underwent surgery between 1987-2010. Critical ischaemia of the lower limbs associated with advanced cardiovascular and pulmonary pathology served as indication for the use of extraanatomic by-passes in 21 patients. Another group of 6 patients operated with extraanatomic by-passes had septic processes and 11 patients with vascular injuries associated with bacterial contamination and delabrante wounds. The results mostly depended on the peripheral vascular bed. In patients with critical ischaemia associated with atherosclerosis and advanced cardiovascular and pulmonary disease, or septic processes, the peripheral vascular bed was chronically affected, thus negatively influencing the results – thrombosis of the by-passes in the early postoperative period or after one year occurred in one half of patients. In patients with a satisfactory runoff, all by-passes were patent through all the observation period (from 1 to 11 years). In conclusion the extraanatomic by-passes represent an alternative choice for classical revascularization surgery in some groups of patients, and are the only solution for limb salvage. These interventions are indicated in patients with suppurative processes, to avoid the septic focus. Another group consists of patients with associated advanced cardiovascular and pulmonary pathology, thus the extraanatomic by-passes being less traumatic than the traditional ones. Extraanatomic by-passes are also indicated in cases of vascular injuries associated with bacterial contamination and delabrante wounds. Certainly these are procedures that every vascular surgeon must possess.

B48

## RECONSTRUCȚIA VENEI CAVE INFERIOARE ÎN CAZ DE CONCREȘTERE ÎN EA A CANCERULUI RENAL

Castraveț A., Tabac D., Țurcan A., Ghițu V., Cemîrtan R., Iachim V., Buga V., Conțu O., Bernaz E., Barat S. Moscalu V. Cerevan E.

Republica Moldova, IMSP SCR, Secția chirurgie vasculară

În cazul tumorilor renale maligne, nu rareori (4%-10%) este implicată vena cavă inferioară, fapt ce prezintă o barieră serioasă pentru intervențiile chirurgicale radicale. Acest studiu analizează rezultatele tratamentului chirurgical a 15 pacienți (14 cazuri de rinichi drept și 1 de rinichi stîng) cu concreștere tumorală în vena cavă inferioară, cu tromb metastatic în vena cavă și cu metastaze în ganglionii paracavali și paraaortali. Diagnosticul preoperator a fost înfaptuit prin USG, Duplex scanare, CT angiografie și angiografie. Era preferabilă embolizarea preoperatorie de arteră renală. La toți pacienții a fost efectuată nefrectomia, care includea și limfodisecția retroperitoneală. La toți pacienții s-a efectuat restabilirea continuității venei cave inferioare prin diferite metode: înlăturarea trombului metastatic cu suturarea venei cave, rezecția venei cave cu restabilirea ei ulterioară prin protezare sau petic. La 13 pacienți invazia celulelor blastice în peretele venei cave inferioare a fost confirmată histologic postoperator. A decedat intraoperator un pacient la care a fost folosit circuitul extracorporeal, pentru înlăturarea trombului metastatic prelungit pînă la atriu drept. Cauza decesului a fost sindromul de coagulare intravasculară diseminată. Perioada postoperatorie la 14 pacienți a decurs fără complicații majore și s-au externat în stare satisfăcătoare. Datele obținute ne denotă faptul că pentru un tratament cît mai efektiv a acestor tumori, logic și rațional este de a efectua rezecția segmentului de venă lezat cu reconstrucția ulterioară cînd este posibil. Avansarea tehnicii chirurgicale și rezultatele pozitive obținute ne permit de a promova această tactică agresivă de tratament.

## RECONSTRUCTION OF INFERIOR VENA CAVA IN CASES OF RENAL CANCER METASTATIC CAVAL WALL INVASION

In patients with malignant renal tumors, inferior vena cava is involved in 4-10%, thus representing a serious barrier for radical intervention. The aim of this study is to analyze the results of surgical treatment of 15 patients (in 14 cases the right kidney was involved and in one case the left one), with metastatic caval wall invasion, metastatic thrombus in the inferior vena cava, and metastasis of paracaval and paraaortal lymph nodes. The preoperative diagnosis was made using ultrasonography, duplex scanning, CT angiography and angiography. Preoperative renal artery embolization was preferable. All patients underwent nephrectomy with retroperitoneal lymph nodes dissection. The reconstruction of the inferior vena cava was made by several methods: removal of the metastatic thrombus with caval suturing, resection of vena cava with grafting or patching. In 13 cases the tumoral caval wall invasion was demonstrated by postoperative histology analysis. There has been one intraoperative lethal case in a patient that had a cardiopulmonary by-pass system applied for removal of a metastatic thrombus that has reached the right atrium. The cause of death was disseminated intravascular coagulation. In 14 cases the postoperative outcome was satisfactory, without major complications. In conclusion, the achieved results indicate that resection of the affected cava with its grafting is the elective method for a more effective treatment of these tumors.

B49

**ENDARTERECTOMIA CAROTIDIANA IN TRATAMENTUL STENOZELOR CAROTIDIENE CRITICE SIMPTOMATICE SI ASIMPTOMATICE****Baila S., Oprea Isabella, Mitcov Dana, Arsenescu Ileana, Stoica Adina, Totir Maria Magdalena, Croitoru M., Parnia A.***Emergency Institute Of Cardiovascular Diseases "Prof. Dr. C.C. Iliescu"  
Vascular Surgery Department, Bucharest, Romania***CAROTID ENDARTERECTOMY IN TREATMENT OF CRITICAL SYMPTOMATIC AND ASYMPTOMATIC CAROTIDIAN STENOSIS**

This presentation's objective is to identify efficacy of the surgical treatment of critical carotid stenosis using direct endarterectomy, in our experience. It's been over 50 years since the first CEA and 15 years since the publication of the Nord-American and European trials' results- which stated surgery as the elective procedure of treatment for the extracranial cerebrovascular occlusive disease. Material and Method: Our experience consists of 411 cases of carotid endarterectomies (1997- June 2011). There were 139 asymptomatic patients and 272 symptomatic patients, 173 with minor stroke, 99 with TIA. 380 carotid endarterectomies were performed, followed by venous patch angioplasty in 332 cases, Dacron patch angioplasty in 39 cases and PTFE patch in 8 cases. There were 31 cases of primary closure of the arteriotomy, and 5 patients with bilateral simultaneous carotid endarterectomy. Results: 2 patients suffered postoperative major stroke (one ischemic, one hemorrhagic) and 4 deaths (2- AMI and 2- major stroke). Mortality and combined mortality/perioperative stroke rate was of 1,21 % (only in symptomatic patients). Conclusions: In our experience, carotid endarterectomy remains the method of choice in critical carotid stenosis treatment.

B50

**ANEVRISMELE RUPTE DE AORTA ABDOMINALA INFRARENALA - TRATAMENT SI REZULTATE****Baila S., Oprea Isabella, Halpern R., Croitoru M., Totir Maria Magdalena, Parnia A., Bubenek S.***Emergency Institute Of Cardiovascular Diseases "Prof. Dr. C.C. Iliescu"  
Vascular Surgery Department, Bucharest, Romania***RUPTURED ABDOMINAL INFRARENAL AORTIC ANEURYSMS- SURGICAL TREATMENT AND OUTCOME**

Repair of ruptured abdominal aortic aneurysm carries a considerable rate of morbidity and mortality. Management of ruptured abdominal aortic aneurysms demands immediate diagnosis and a trained team to assess and deliver operative care, as well as logistic support in a dedicated center. Materials and method: Our experience consists of 63 cases of ruptured abdominal aortic aneurysm repair (2004- June 2011) - 57 males (90,5%) and 6 females (9,5%). There were 61 infrarenal abdominal aortic aneurysms (96,8%) and 2 thoracoabdominal aneurysms (3,2%). 35 patients were admitted in hemorrhagic shock (55,5%) and 38 were hemodynamically stable (45,5%). Results: We encountered 7 intraoperative deaths (11,1%), 19 postoperative deaths (30,1%) and 37 patients with long term survival (58,7%). Conclusions: Ruptured abdominal aortic aneurysm is a life-threatening condition that requires emergent surgery, followed by significant perioperative mortality and morbidity.

B51

**ACCES VASCULAR PENTRU HEMODIALIZĂ PROGRAMATĂ ÎN CAZUL COMPLICAȚIILOR ȘI EPUIZĂRII REZERVEI VASCULARE****Vasiliev A., Mișin I., Tănase A., Mastak D.***IMSP CNȘPMU*

Introducere: Asigurarea pacienților cu AV optimal în cazul complicațiilor fistulei arterio-venoase și epuizării rezervei vasculare (ERV) rămâne controversat. Scopul – evaluarea eficacității grevelor sintetice PTFE în calitate de AV la pacienții dializați. Material și metodă: În studiu au fost incluși 22

pacienți dializați cu epuizarea rezervelor vasculare și 4 pacienți cu complicații tardive ale AV. Vârsta medie -  $47.27 \pm 1.36$  ani. Raportul bărbați/femei - 6/12. Durata medie a tratamentului prin HD a constituit  $7.45 \pm 0.85$  ani (1-16 ani). Duplex ecografia a fost efectuată la toți pacienții pentru aprecierea stării sistemului vascular periferic. La 18 pacienți în urmă ERV a fost formată FAV sintetică, fiind efectuate 21 intervenții. La 4 pacienții cu dilatări aneurismale ale FAV cu scopul prezervării AV sau efectuat reconstrucții prin interpoziție cu segment PTFE. În formarea FAV sintetică a fost utilizată grefa sintetică - Gore-Tex® (stretch PTFE vascular graft, USA) cu diametrul intern de 6mm. Localizarea FAV la brăt - 15 cazuri și antebraț - 3 cazuri. Rezultate: Durata medie de funcționare a FAV sintetice a constituit:  $16.54 \pm 4.17$  (2-51) luni. Complicații ale FAV sintetic s-au dezvoltat în 11 cazuri. Structura complicațiilor: tromboza - 5 (45.4%), pseudoanevrism - 4 (36.3%), infecție - 1 (9.1%) sindrom de „furt” sanguin - 1 (9.1%). Trombectomia reușită a fost efectuată în 3 cazuri la 2,11,30 luni după implantarea grefei. Concluzii: Grefele sintetice reprezintă o oportunitate justificată în formarea sau prezervarea AV în cazul complicațiilor FAV și ERV și prezintă o alternativă instalării cateterelor venoase centrale.

## VASCULAR ACCESS FOR PROGRAM HEMODIALYSIS IF COMPLICATIONS EXHAUSTION AND VASCULAR RESERVS

Introduction: Vascular access (VA) presents a vulnerable point in hemodialysis (HD). Ensuring the patients with optimal VA for complications of arteriovenous fistulae (AVF) and exhausted vascular reserve (EVR) remains controversial. Study aim - To evaluate the efficacy of synthetic PTFE grafts as VA for dialysis patients. Materials and methods: In the study were included 22 patients with EVR and 4 patients with late complications of VA. The mean age was -  $47.27 \pm 1.36$  years. Male to female ratio was - 6 / 12. The mean duration of treatment with programmed HD was  $7.45 \pm 0.85$  years (1-16 years). Preoperative duplex ultrasound was performed in all the patients in order to assess the peripheral vascular system. In 18 patients with EVR synthetic AVF was created, being performed 21 interventions. In 4 cases with aneurysms expansion of AVF in order to preservation of existing VA reconstructive interventions were made by interposition of PTFE segment. In order to construct a AVF synthetic graft was used - Gore-Tex® (PTFE vascular graft stretch, USA) with internal diameter of 6mm. Location AVF was the arm in 15 cases and forearm in 3 cases. Results: The mean graft's functional period was:  $16.54 \pm 4.17$  (2-51) months. Complications of synthetic AFV developed in 11 cases. Structure of complications was: thrombosis - 5 (45.4%), pseudoanevrism - 4 (36.3%), infection - 1 (9.1%), "steal" syndrome - 1 (9.1%). Successful thrombectomy was performed in 3 cases at 2;11; and 30 months after graft implantation. Conclusions: A synthetic graft is justified opportunity for the formation or preservation of VA in case EVR of complicated AVF and presents an alternative to installation central venous catheters.

---

## CHIRURGIA FICATULUI ȘI SPLINEI

C52

### TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CHISTULUI HIDATIC HEPATIC

**Bour A., Curlat N., Cazacu L., Scurtu S., Suprovici A., Mihalciuc R.**

*Republica Moldova Curs Chirurgie Generala Facultatea Stomatologie USMF "N. Testemitanu"*

**Introducere:** Scopul studiului este aprecierea eficacității tratamentului chirurgical și a complicațiilor intra- și postoperatorii ale chistului hidatic hepatic. **Material și metode:** În studiu au fost incluși 46 pacienți diagnosticați cu chist hidatic al ficatului, ce s-au aflat la tratament în secțiile de chirurgie a SCC st. Chișinău și a SCMC în perioada 2009-2011. Din cei 46 de pacienți - la 35 (76,08%) s-a efectuat tratament chirurgical tradițional: •Chistectomia ideală - pentru chisturi mici necomplicate în 12 cazuri; •Perichistectomia parțială cu secționarea membranei perichistice și plombarea cavității restante cu epiploon fără drenare în 6 cazuri; •Perichistectomia parțială cu drenarea cavității restante și a spațiului subdiafragmal și subhepatic în 13 cazuri; •Rezecția atipică a ficatului în 4 cazuri. Ceilalți 11 (23,92%) pacienți au fost supuși tratamentului chirurgical laparoscopic: •Chistectomia ideală celioscopică - 1 caz; •Perichistectomia parțială cu secționarea membranei perichistice și plombarea cavității restante cu epiploon fără drenare - 3 cazuri; •Perichistectomia parțială cu drenarea cavității restante și a spațiului subdiafragmal și subhepatic - 7 cazuri. **Rezultate:** În cadrul studiului în urma tratamentului chirurgical tradițional, complicațiile au avut o pondere de 14,28% (supurarea lojei restante 3 cazuri, biliragie-1 caz, fistula biliară dirijată-1 caz). În urma chistectomiei ideale n-au fost semnalate complicații. După intervențiile chirurgicale laparoscopice complicații au avut loc în 18,18 % cazuri (supurarea lojei restante 1 caz, biliragie-1 caz). **Concluzii:** În cazul localizării chistului hidatic hepatic în S VII-VIII sunt preferabile intervențiile chirurgicale tradiționale, cu sau fără drenarea cavității restante. Localizarea superficială a chistului în S II-III și S V-VI este optimală pentru utilizarea metodei laparoscopice.

### THE SURGICAL TREATMENT OF HYDATID LIVER CYST

**Introduction:** The aim of the study is the evaluation of efficacy of surgical treatment and intra- and postoperative complications of hydatid liver cyst. **Materials and methods:** There have been included 46 patients diagnosed with hydatid liver cyst, who were treated in the surgical departments of SCC st. Chisinau and SCMC during 2009-2011. Out of those 46 patients - in 35 (76,08%) there has been applied traditional surgical treatment: •Ideal cystectomy - for small uncomplicated cysts in 12 cases; •Partial pericystectomy with sectioning of pericystic membrane and narrowing of residual cyst cavity with epiploon without drainage in 6 cases; •Partial pericystectomy with drainage of the residual cavity and of subdiaphragmal and subhepatic spaces in 13 cases; •Atypical liver resection in 4 cases. The other 11 (23,92%) patients underwent laparoscopic surgical treatment: •Ideal celioscopic cystectomy - 1 case; •Partial pericystectomy with sectioning of pericystic membrane and narrowing of residual cyst cavity with epiploon without drainage - 3 cases; •Partial pericystectomy with drainage of the residual cavity and of subdiaphragmal and subhepatic spaces - 7 cases. **Results:** As a consequence of traditional surgical treatment in this study, the complications had a rate of 14,28% (suppuration of remaining cavity 3 cases, bile leakage -1 case, ultrasonically guided biliary fistula - 1 case). There have not been noted complications after ideal cystectomy. After laparoscopic surgery complications appeared in 18,18 % cases (suppuration of remaining cavity 1 case, bile leakage - 1 case). **Conclusions:** In case of liver hydatid cyst location in S VII-VIII traditional surgery is preferred, with or without drainage of the residual cavity. Superficial cyst location in S II-III and S V-VI is optimal for the use of the laparoscopic method.

C53

### CONCLUZIILE SOLUȚIONĂRII NONOPERATORII A LEZIUNILOR TRAUMATICE LIENALE ÎNCHISE

**Gurghiș R., Rojnovanu Gh., Ghidirim Gh., Plămădeală Svetlana, Gafton V., Clim A., Condrașov A., Cernat M., Guzun S.**

*USMF "N. Testemitanu", Clinica Chirurgie Nr.1 "N. Anestiadi", Clinica ATI „V.Ghereg”, Chișinău, Republica Moldova*

**Material și metode:** Studiul prospectiv (2008-2011) - 60 traumatizați cu Leziuni Lienale (LL) închise; B:F:2:1, vârstă medie 39,97±20,35ani; RTS=7,66±0,5; ISS=19,06±8,95. S-a efectuat: USG(100%) de primă intenție în diagnosticarea hemoperitoneului, TC(80%), laparoscopia(20,27%). În 21(35%) cazuri LL a fost izolată, în 39(65%) - asociată. **Rezultate:** 13(21,66%) pacienți cu PAs≤80mmHg - 11 politraumatizați cu LL: gr.II(7) și III(5) și fracturi pelviene, 2 pacienți cu LL izolată s-au stabilizat prin repleție volemică fără suport vasotensiv. Trei politraumatizați cu Glasgow ≤12p. și LL gr.II(2), gr.III(1), (în 2 cazuri instabili hemodinamic) au fost soluționați nonoperator. Severitatea LL(AAST): gr.I-9(15%), gr.II-24(40%), gr.III-25(41,67%), gr.IV-2(3,33%), cele severe constituind 45%. Hemoperitoneul în LL gr.III a constituit 581,25±158,88ml (400-1000ml), în gr.II - 67,65±113,11ml (p<0,001). Volumul hemotransfuziei în LL gr.III asociate cu locomotor și/sau torace a fost semnificativ mai mare vs pacienții cu gr.III izolat (648,67±49ml vs 283,33±51ml; p<0,001), iar în gr.II asociat valoarea hemotransfuziei a fost 452,5±379ml în raport cu 0 transfuzii în cele izolate (p<0,05). Eșec s-a înregistrat în 6(10%)

cazuri: în 5(8,3%) din cauza LL cu hemoperitoneu 1400±200ml (gr.III(2) cu ruptură în doi timpi, gr.IV(2) izolată cu hemoragie prelungită, gr.II(1) cu pseudoanevrism lienal) și una(1,66%) din cauza perforației jejunului, splina fiind păstrată. Concluzii: LL de gr.I-III izolate, cât și asociate pot fi rezolvate cu succes, cele de gr.IV necesită o monitorizare complexă riguroasă. Scăderea hematocritului și hemotransfuziile prelungite la politraumatizați nu pot prezice nereușita MNO. Volumul și extinderea hemoperitoneului poate fi un criteriu orientativ de prognostic al eșecului MNO, însă la volume mai mari de 500ml. Lipsa conștiinței nu este un criteriu de evitare a MNO, laparoscopia în aceste condiții ar putea concretiza reușita opțiunii.

## CONCLUSIONS OF NONOPERATIVE MANAGEMENT IN BLUNT SPLENIC INJURIES

Material and methods: Prospective study(2008-2011) on 60 patients with blunt Splenic Injuries(SI): M:F/2:1, mean age 39,27±20,35 years, 21(35%)-isolated SI, 39(65%)- associated, RTS=7,66±0,5; ISS=19,06±8,95. Diagnostic tools: USG in 100%, CT in 48(80%), laparoscopy in 16(20,27%); Results: 13(21,66%) patients with SBP≤80mmHg: 11 polytrauma patients-IIInd degree 7, IIIrd dgr.-5 (SI with pelvic trauma), 2 patients with isolated SI, all were stabilized by fluid perfusions, without vasoactive support. 3 polytrauma patients: IIInd dgr.-2, IIIrd dgr.-1, with GCS≤12p. were successfully treated nonoperatively. The severity of SI(AAST) revealed: Ist dgr.-9(15%), IIInd dgr.- 24(40%), IIIrd dgr.-25(41,67%), IVth dgr.-2(3,33%), IIIrd degree prevailed, severe injuries being determined in 45%. Hemoperitoneum volume in IIIrd dgr. SI was 581,25±158,88(400-1000ml), in IIInd dgr.- 67,65±113,11ml (p<0,001). The blood transfusion volume in IIIrd dgr. associated SI with thorax or musculo-skeletal trauma was significantly higher vs isolated SI (648,67±49ml vs 283,33±51ml, p<0,001), while in IIInd dgr. associated SI the average volume of blood transfusion was 452,5±379ml in contrast to 0 transfusions in isolated SI(p<0,05). NOM failure reported in 6(10%) cases: in 5(8,3%) because of SI with hemoperitoneum 1400±200ml (IIIrd dgr. (2)-delayed splenic rupture, IVth dgr.(2)-isolated SI with prolonged bleeding, IIInd dgr.(1)-lienal pseudoaneurism) and 1(1,66%) failure case caused by jejunal rupture, the spleen being preserved. Conclusions: Both isolated and associated Ist-IIIrd dgr. SI can be treated nonoperatively, IVth dgr. SI requiring close and complex monitoring. Reduction of haematocrit and expanded blood transfusions in polytrauma patients could not predict NOM failure. The volume and extent of hemoperitoneum could serve as a failure index of NOM when it exceeds 500ml. Lack of awareness is not a criterion to avoid NOM, laparoscopy reflecting the success of the option.

C54

## APORTUL METODELOR INSTRUMENTALE ÎN MANAGEMENTUL NONOPERATOR AL LEZIUNILOR TRAUMATICE LIENALE

Gurghiș R., Rojnovceanu Gh., Plămădeală Svetlana, Ciobanu Natalia, Istrati Cornelia, Brânză Maria, Spătaru Vasile, Oprea A., Jilin V.

Clinica Chirurgie N1 „N.Anestiadi”, Clinica ATI „V.Ghereg”, USMF „N. Testemițanu”, Departamentul Imagistică, CNȘPMU, Chișinău

Material și metode: 60 pacienți cu Leziuni Lienale(LL) supuși MNO. USG(FAST) în 100% s-a efectuat ca prim diagnostic al hemoperitoneului, TC-la 48(80%) pentru aprecierea severității LL, în rest LL a fost diagnosticată ecoscopic sau laparoscopic. În 88% s-a efectuat TC cu contrast, inclusiv cu angiografie (20,83%). Tomografic LL s-au gradat după scara Schweizer(I-V) și scorul Resciniti(1-6), iar cazurile cu angiografie-retrospectiv prin sistemul MDTC. Laparoscopia s-a efectuat la 16(26,67%) pentru argumentarea opțiunii în cazurile dubioase. Rezultate: USG-FAST pozitivă-36(60%), negativă-23(38,3%), în 1(1,6%) -neinformativă. Volumul hemoperitoneului ultrasonografic a variat între 100-750ml. Din FAST-negativi în timp s-au pozitivat 8(34,78%), sensibilitatea metodei constituind 81,8%. Sensibilitatea TC în constatarea LL-95,12%. Conform TC(Schweizer) LL s-au repartizat: gr.I-10(20,8%), gr.II-15(31,2%), gr.III-21(43,7%), gr.IV-2(4,2%); cele severe(III-IV)-47,91%. În 6(10%) eșecuri TC(Schweizer) constată LL gr.II(2) și gr.III(3). Scorul TC(Resciniti) s-a calculat în 75%, media în gr.II-2,11±0,78; gr.III-4,35±0,84, iar la eșec-4±1,22. Media scorului(Resciniti) la reușită-2,97±1,75, cu scor 5 în 8(22,2%) cazuri. Conform MDTC, în două eșecuri se constată pseudoanevrism lienal, LL de gr.II și III(Schweizer) devenind grad 4a, iar cazul de succes cu gr.IV(Schweizer) atribuindu-i-se gr.3. Laparoscopia în 2 cazuri constată ascită la politraumatizații cu LL la TC și lichid liber în volum exagerat, iar într-un caz a indus eșecul prin dezvoltarea instabilității la aplicarea pneumoperitoneului. Concluzii: USG-FAST este metoda de rutină, rapidă și sensibilă în evidențierea hemoperitoneului. Scara și scorul TC sunt necesare pentru stabilirea gradului leziunii și hemoperitoneului, însă sunt doar orientative în precizarea necesității operației. Sistemul MDTC pare a fi mai exact în precizarea eșecului. Laparoscopia în cazurile dubioase, dar stabilizate, poate concretiza reușita MNO.

## SUPPORT OF DIAGNOSTIC TOOLS IN NONOPERATIVE MANAGEMENT OF SPLENIC INJURIES

Material and methods: 60 patients with Splenic Injuries(SI) treated nonoperatively (NOM) were included. USG-FAST was used in 100% for hemoperitoneum diagnosis. CT was used in 80% (n=48) contrast enhanced CT (88%) and arteriography (20,83%). For SI grading CT Schweizer Scale and Resciniti score (RS) were preferred, MDTC system being used retrospectively in cases with angiography. Laparoscopy in 16(26,67%) appeared as NOM argument in uncertain cases (polytrauma, hemodynamic instability episodes, coma, excessive fluid volume). Results: USG-FAST positive-36(60%), negative-23(38,3%), non-informative-1(1,6%). Hemoperitoneum ranged between 100-750ml. 8(34,78%) FAST-negative became positive, the sensitivity of method being 81,8%. CT(sensitivity 95,12%) revealed: gr.I-10(20,8%), gr.II-15(31,2%), gr.III-21(43,7%), gr.IV-2(4,2%); severe trauma(III-IV)-47,91%. In 6(10%) NOM failures were gr.II and III SI. RS was estimated in 75%, with average in gr.II: 2,11±0,78, gr.III: 4,35±0,84, NOM failure: 4±1,22. The average RS in successful NOM: 2,97±1,75, being 5 in 8(22,2%). MDTC system revealed in two NOM failures lienal pseudoaneurism, SI gr.II,III being changed in gr.4a and the successful gr.IV in gr.3. Laparoscopy noted ascites in 2 patients with SI and excessive fluid volume on CT and in one case produced NOM failure by instability development when applying pneumoperitoneum, without gr.III SI active haemorrhage. Conclusions: USG-FAST is a routine method, rapid and sensitive in revealing hemoperitoneum. CT scale and score are necessary for grading SI and hemoperitoneum, but are only indicative in predicting surgery. RS<2,5p is safe, between 2,5-4,35 needs follow up. MDTC seems to be more accurate in predicting failure. Laparoscopy in uncertain, but stable patients could confirm successful NOM.

C55

## APRECIEREA NECESITĂȚII ȘI EFICIENȚEI CONDUITEI NONOPERATORII VS OPERATORII LA TRAUMATIZAȚII CU LEZIUNI HEPATICE

Gurghiș R., Rojnovanu Gh., Ghidirim Gh., Gafton V., Plămădeală Svetlana, Ciobanu Natalia, Cernat M.

*Clinica Chirurgie N1 „N. Anestiadi”, Clinica ATI „V. Ghereg”, USMF „N. Testemițanu”, CNȘPMU, Chișinău*

Material și metodă: S-au cercetat 2 loturi de traumatism hepatic (TH): I lot-nonoperator (n=46), II lot-operator (n=14) prin suturare, criteriul de includere fiind TH închis de gr. I-III AAST. În ambele loturi au prevalat bărbații 5:1 vs 6:1. 100% traumatism asociat, mai frecvent toracele 75,4% vs 65%, locomotor înregistrându-se în jumătate din cazuri (47,8% vs 50%). Rata de deces a constituit 6,52% (n=3) vs 6,52% (n=1) din cauza traumatismului cerebral (GCS=10,67±2,08 vs 9). Rezultate: În lotul I instabili hemodinamic din cauza leziunilor asociate au fost 15 (32,61%) vs 2 (14,28%). Severitatea TH în ambele loturi a fost dominată de gr. II-III, doar 6% fiind gr. I, cu medii ISS și RTS similare. USG-FAST a fost pozitivă la câte 40%. Volumul de hemoperitoneu a fost 275±221 vs 271±112 ml. Laparoscopia diagnostică pentru concretizarea tacticii s-a efectuat în 15 (32,6%) vs 6 (42,86%). Valori crescute ale transaminazelor hepatice se înregistrează la câte 70% pacienți cu medii 3,61±4,1 vs 3,33±3,11 mmol/l, dar cu menținere la a 5 zi în I lot doar la 29% cu media 2,34±2,86, iar în lotul II la 50% cu media 3,89±2,87. În lotul I n-au fost complicații specifice precoce, în lotul II au constituit 14,28% (n=3) – supurația plăgii, biliragie, abces subfrenic, ultimul necesitând relaparotomie. Durata de spitalizare a fost 13,07±14,08 vs 18,07 ±11,5 zile. Concluzii: Leziunile hepatice de gr. I-III pot fi rezolvate nonoperator. Laparoscopia nu este instrumentul necesar argumentării tacticii nonoperatorii, aceasta efectuându-se mai frecvent în lotul operat, instabili hemodinamic prevalând în cel nonoperator. Raportul diminuării enzimelor de citoliză relevă doar o traumatizare suplimentară a țesutului hepatic după actul operator. Prezența complicațiilor specifice precoce în lotul operat confirmă inutilitatea laparotomiilor nonterapeutice, argumentând avantajul abordării nonoperatorii.

## EVALUATION OF NECESSITY AND EFFICIENCY OF NONOPERATIVE VS OPERATIVE MANAGEMENT IN POLYTRAUMA PATIENTS WITH HEPATIC INJURIES

Material and method: 2 groups of patients with hepatic injuries (HI) were studied: Ist group – nonoperatively (n=46), IInd group – surgically (n=14) by suturing, as inclusion criteria – HI of I-III degrees AAST. In both groups men prevailed 5:1 vs 6:1. 100% associated trauma, more frequent thorax 75,4% vs 65%, musculo-skeletal system recorded in half of cases (47,8% vs 50%). Death rate was 6,52% (n=3) vs 6,52% (n=1) due to brain injury (GCS=10,67±2,08 vs 9). Results: In the Ist group hemodynamically unstable were 15 (32,61%) vs 2 (14,28%) due to associated injuries. II-III degree injuries prevailed in both groups, only 6% of Ist degree with similar ISS and RTS. In both groups positive FAST was in 40%. The volume of hemoperitoneum was 275±221 vs 271±112 ml. Diagnostic laparoscopy in problematic patients was carried out in 15 (32,6%) vs 6 (42,86%). High values of aminopherases were established in 70% in both groups with median values 3,61±4,1 vs 3,33±3,11 mmol/l, but persisting in the 5th day in Ist group only 29%, median value 2,34±2,86, and 50% in IInd group, median 3,89±2,87. In Ist group no early specific complications occurred, in the IInd group were 14,28% (n=3) – wound suppuration, bile leakage, subdiaphragmatic abscess which required relaparotomy. Mean hospital stay was 13,07±14,08 vs 18,07 ±11,5 days. Conclusions: Hepatic injuries of Ist-IIIrd degrees can be solved nonoperatively. Laparoscopy is not the appropriate tool for reasoning NOM selection; it was applied more frequent in the operated group, hemodynamically unstable prevailing in nonoperative group. The reduction rate of aminopherases values reveals just an extra trauma to the hepatic parenchyma during surgery. The presence of early specific complications in the operated group confirms the uselessness of nontherapeutic laparotomy, but argues on the advantages of nonoperative management.

C56

## PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI LEZIUNILOR SPLINEI ÎN CONDIȚII DE POLITRAUMĂ

Beschieru E., Ghidirim Gh., Beschieru T., Rojnovanu Gh., Berliba S., Melnic Tamara

*Clinica Chirurgie N1 „N. Anestiadi”, Laboratorul “Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară”, USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova*

Actualitatea temei. Dilema tratamentului chirurgical în leziunile splinei în condiții de politraumă constă în necesitatea efectuării unei hemostaze sigure care deseori se asigură numai prin splenectomie, iar pentru profilaxia complicațiilor postoperatorii situația dictează efectuarea unei operații organomenajante. Scopul lucrării: Implementarea operațiilor organomenajante pe splină în condiții de politraumă. Material și metode: Au fost supuși studiului 155 pacienți politraumatizați cu leziuni ale splinei. Tactica medico-chirurgicală de tratament a fost următoarea: splenectomie 122 (78,71%), tratament non-operator 2 (1,29%), aplicarea TachoCombului – 5 (3,23%) suturare+TachoComb+omentopexie 3 (1,93%), suturare+ TachoComb – 7 (4,52%), omentopexie – 5 (3,22%), splenorafie 11 (7,1%). Atitudinea organomenajantă a fost efectuată la pacienții hemodinamic stabili sau stabiliizați cu leziune anatomică ce corespunde gradului I-III (American Association for the Surgery of Trauma) în lipsa patologiei splinei și a coagulopatiei. Repartizarea pacienților care au beneficiat de tratament organomenajant conform gradelor leziunii splinei: grad I-6, II- 15, III-12. Rezultate: În condiții de politraumă prezervarea splinei s-a obținut în 21,29%. Complicații hemoragice postoperatorii n-am avut. Mortalitatea în lotul de studiu a constituit 35 (22,58%). Cauzele deceselor au fost: traumatismul asociat sever (14), șocul hipovolemic ireversibil (5), sindromul CID (2), insuficiența poliorganică (11), complicații septice postoperatorii (3). Concluzii: Posibilitatea efectuării operațiilor organomenajante pe splină în condiții de politraumă se estimează la ~ 20% și se aplică în leziunile ce corespund gradelor I-III (American Association for the Surgery of Trauma).



## TREATMENT PECULARITIES OF THE SPLEEN INJURIES IN POLITRAUMAS

Introduction: The dilemma of the surgical treatment with the spleen injuries in politraumas necessities a proper homeostasis which is made by a splenectomy and for the prophylaxis of the postoperative complications a save-organ operation should be made. Aim: Save-organ operations usage in politraumas. Material and methods: 155 patients with politraumas were studied. The following medico-surgical strategy was used: splenectomy – 122 (78,71%), non-operative treatment – 2 (1,29%), TachoComb application – 5 (3,23%), spleenoraphy +TachoComb+omentopexy – 3 (1,93%), spleenoraphy+TachoComb – 7 (4,52%), omentopexy – 5 (3,22%), splenoraphy – 11 (7,1%). Save-organ method was applied on the hemodynamic steady patients or established by anatomical lesion of the 3rd grade (American Association for the Surgery of Trauma) in conditions of the spleen pathology and coagulopathy lack. The classification of the patients which were treated according to the save-organ method according to the grades of the spleen lesions: I–6, II–15, III–12. Results: In conditions of politraumas the preserving of the spleen was possible 21,29 %. Postoperative hemorrhagic complications were absent. Mortality – 35 cases (22,58%). The death reasons: associate severe trauma (14), irreversible hypovolemic shock (5), CID (2), multiorgan failure (11), postoperative septic complications (3). Conclusions: The possibility of the save-organ operations on the spleen in politraumas constitutes ~20%, and must be applied on the injuries of I–III grades (American Association for the Surgery of Trauma).

C57

## CLASIC ȘI MODERN ÎN TRATAMENTUL CHISTULUI HIDATIC HEPATIC – EXPERIENȚA UNUI CENTRU DE CHIRURGIE GENERALĂ

Georgescu S. O., Vintila D., Popa Paula, Neascu C.-N., Taranu T., Tutuianu B., Crumpei Felicia

Clinica II Chirurgie, Spitalul Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași UMF "Gr.T. Popa" Iași

INTRODUCERE. În ultimii 20 de ani, asistăm la o tendință de afirmare a terapiilor mai puțin invazive pentru pacienții cu chist hidatic hepatic (radiologie intervențională, endoscopie intervențională, puncții eco sau CT-ghidate, tehnici chirurgicale laparoscopice precum și asocieri ale acestora). SCOP. Ne-am propus o comparație între rezultatele după abordul clasic și cel minim-invaziv pentru tratamentul echinococzei hepatice. MATERIAL ȘI METODĂ. Au fost analizate retrospectiv 180 cazuri de chist hidatic hepatic operate în Clinica I Chirurgie Iași, România în perioada 2004-2010. Au fost selectate pentru analiză următoarele variabile: localizarea chistului, tipul acestuia (conform clasificării propuse de Informal Working Group on Echinococcosis), calea de abord, tehnica chirurgicală, durata evoluției postoperatorii, complicațiile survenite, recidivele și asocierea chimioterapiei antiparazitare. Pentru analiza statistică s-au folosit testele neparametrice Mann-Whitney U și Spearman cu pragul de semnificație  $p < 0.05$ . REZULTATE. Leziunile s-au tratat prin puncție echoghidată ( $n=6; 3.3\%$ ); pe cale laparoscopică ( $n= 48; 26.6\%$ ) și abord clasic ( $n=126; 70.1\%$ ). Pe cale laparoscopică s-au efectuat: inactivare-aspirație-drenaj și inactivare-aspirație-perichistectomie parțială. Pe cale clasică s-au practicat: inactivare-aspirație-drenaj, inactivare-aspirație-perichistectomie parțială, perichistectomie ideală, hepatectomie reglată, hepatectomie atipică. Abordul minim-invaziv se corelează semnificativ cu tipul I-II al chisturilor ( $p=0.016$ ) și cu localizarea acestora în segmentele II, III și VI ( $p=0.001$ ). Durata evoluției postoperatorii a fost semnificativ mai redusă după abordul laparoscopic ( $p=0.003$ ) comparativ cu cea după intervențiile clasice „minimale” (inactivare-aspirație-drenaj și inactivare-aspirație-perichistectomie parțială) practicate pentru leziunile tip I-III, dar diferența dintre numărul de zile de îngrijiri după abordul laparoscopic vs. chirurgie radicală (perichistectomie ideală, hepatectomie) este nesemnificativă. Nu am întâlnit corelații semnificative între apariția recidivelor/complicațiilor și tipul de abord. Chimioterapia antiparazitară, instituită în 118 de cazuri (65.5%), se corelează semnificativ cu o rată redusă a recidivelor survenite în 9 cazuri (5%). CONCLUZII. Boala hidatică beneficiază astăzi de o terapie multimodală în care chimioterapia, PAIR-ul, videochirurgia și chirurgia clasică trebuie să se completeze cât mai fericit și nu să se excludă. Chiar dacă „pierde din indicații”, chirurgia clasică rămâne „rezerva strategică” în terapia chistului hidatic.

## CLASSIC AND MODERN IN THE THERAPY OF HEPATIC HIDATID CYSTS – EXPERIENCE OF A GENERAL SURGERY CENTER

INTRODUCTION. In the last 20 years, we noticed an outstanding of less invasive therapy for the patients with hidatid disease (interventional radiology, interventional endoscopy, eco- or CT punctions, laparoscopy and association between these). AIM. We intend to compare the results after classic and laparoscopic approach as treatment for hepatic echinococcosis. METHODS. We analysed 180 cases operated in 1st Surgical Clinic, Iasi, Romania, between 2004-2010. We recorded the following parameters: location, type (classification approved by Informal Working Group on Echinococcosis), approaching type, surgical technique, postoperative evolution, complications, recurrences and chemotherapy. We used Mann-Whitney U and Spearman tests ( $p < 0.05$ ). RESULTS. The cases were solved by eco guidance puncture ( $n=6; 3.3\%$ ); laparoscopic ( $n= 48; 26.6\%$ ) and classic approach ( $n=126; 70.1\%$ ). Minim invasive approach we did inactivation-suction-drainage and partial perichistectomy. Using open approach we did inactivation-suction-drainage, partial perichistectomy, total perichistectomy and hepatectomy. Laparoscopic treatment has significant correlation with type I-II ( $p=0.016$ ) located in segments II, III and IV ( $p=0.001$ ). Postoperative evolution is significant lower for laparoscopic methods ( $p=0.003$ ) comparing with the „minimal” open techniques used for lesions type I-III. There is no significant differentiation between laparoscopic procedures and open radical surgery (total perichistectomy and hepatectomy). We did not register significant correlations about recurrences and complications. Chemotherapy used in 8 cases is correlated with a low rate of recurrence 9 cases (5%). CONCLUSIONS. Hidatid disease has the benefits of a multimodal therapy. Chemotherapy, PAIR, video surgery and open approach are completing themselves and not excluding each other. Even if classic methods are less frequent used, it remains as a „back up solution” in the therapy of hidatid cyst disease.

C58

**ABLATIA PRIN RADIOFRECVENTA IN DETERMINARILE PRIMARE SI SECUNDARE DIN NEOPLASMELE COLO-RECTALE****Cirimbei C., Marincaș M., Straja D., Cirimbei S., Prunoiu V., Simion S., Rotaru V., Brătucu E., Pantis C., Radoi S.***Institutul Oncologic Bucuresti, Clinica de Chirurgie Nr. 1*

Ablatia prin radiofrecventa constituie o solutie terapeutica recenta in chirurgia determinarilor primare sau secundare din neoplasmale colo-rectale. Realizata prin abord deschis, laparo-endoscopic sau percutan, metoda asigura un control acceptabil asupra procesului tumoral, cu riscuri reduse comparativ cu chirurgia de exereza, cu conditia respectarii stricte a indicatiilor. Obiective. Evaluam aceasta procedura terapeutica, aplicata pentru indicatia clasica din metastazele hepatice, cat si pentru tumorile rectale joase sau recidive pelvine dupa cancer rectal operat, prin prisma experientei acumulate pe parcursul a 4 ani, focusand complicatiile perioperatorii si rata de recidiva locala si evolutia la distanta. Metoda. In perioada decembrie 2006 – martie 2010 au fost tratati prin radiofrecventa 64 pacienti, 46 cu metastaze hepatice secundare CRC, iar 18 cu cancer rectal inferior sau recidive pelvine; procedura s-a realizat in majoritatea cazurilor sub control echografic intraoperator, prin abord chirurgical clasic in 59 cazuri, iar in 5 cazuri prin abord laparoscopic. Evolutia pacientilor a fost monitorizata imagistic prin CT postoperator la 30 zile, ulterior din 3 in 3 luni, urmarirea markerilor tumorali (CEA, CA19.9.) si control endoscopic. Rezultate. Complicatii perioperatorii s-au inregistrat la 6 pacienti si au constat in sindroame febrile, citolize hepatice. Nu s-au inregistrat complicatii de tipul hemoragiilor, fistulelor sau peritonitelor; si nici mortalitate perioperatorie imputabila metodei. Recidive locale inregistrate, la un interval de 6-25 luni, la 12 pacienti. Concluzii. Experienta initiala arata ca radioablatia in chirurgia determinarilor primare sau secundare din neoplasmale colo-rectale este o procedura relativ sigura, grefata de morbiditate redusa si rata scazuta de recidiva locala; urmeaza ca studii de urmarire pe perioade mai intinse sa confirme valoarea metodei.

**RADIOFREQUENCY ABLATION IN PRIMARY COLO-RECTAL CANCER AND LIVER METASTASIS**

Radiofrequency ablation represent a therapeutic option for primary colo-rectal cancer and liver metastasis, performed by open surgery, laparoscopic approach or percutaneous, provide a reasonable local tumor control, involved low risks comparative resection surgery. Objectives. We analyzed this procedure, for classic indication in hepatic metastatic tumors, as well as in low rectal tumors and pelvic recurrences after rectal surgery based on four years experience, focused on perioperative complications, recurrence rate and long distant evolution. Method. Between December 2006 and March 2010, 64 patients underwent RFA; 46 cases had metastatic lesions from colo-rectal cancer and 18 cases had low rectal cancer or pelvic recurrence. RFA was performed in 59 patients via open surgery and laparoscopic approach in 5 patients. Postoperative course was followed with CT scan at 1 month, and then at 3 month interval, in correlation with tumor markers level (CEA, CA19.9.) and endoscopic control. Results. Perioperative complications occurred in 6 cases, consist of prolonged fever, severe hepatic cytolysis, without other complications such, biliary tract injury, hemorrhage, and peritonitis; no mortality caused by RFA procedure. 12 cases had local recurrence, at 6 and 25 month after post RFA procedure. Concluzii. Initial experience shows that RFA is a safe procedure for treatment of primary colo-rectal cancer and liver metastasis, with low rate of morbidity and local recurrence, indicated for patients with unresectable lesions or high risks for surgical resection.

C59

**RUPTURA SPONTANA DE SPLINA MALARICA (PLASMODIUM FALCIPARUM) TRATATA CONSERVATOR****Venter M.D. \*, Smarandache R. \*, Gulie L. \*\*, Popiel M. \*\*, Beuran M. \*\*\*, Carstea P.M. \*, Venter D.P. \*\*\*\****\*Clinica Chirurgie, Spitalul de Urgenta Bucuresti**\*\*Departamentul de Angiografie, Spitalul Clinic de Urgenta, Bucuresti**\*\*\* Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", Bucuresti**\*\*\*\*student, Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila"*

Introducere Ruptura spontana a splinei malarice (*Plasmodium Falciparum*) este o complicatie rara fiind frecvent asociata cu malarie cauzata de *Plasmodium Vivax*. Material si metode Lucrarea prezinta cazul unui pacient de 30 de ani internat de urgenta prin transfer de la Spitalul Clinic de Boli Infectioase cu diagnosticul ruptura spontana de splina patologica (malarica), hemoperitoneu mare tratat nonoperator (angioembolizare splenica proximala). Rezultate Evolutie favorabila cu recuperare completa. Concluzii Ruptura splinei malarice poate fi tratata nonoperator cu succes iar prezervarea acesteia trebuie sa fie obiectivul tratamentului. Pentru stabilirea precoce a diagnosticului este necesar un indice ridicat de suspiciune pentru evitarea unor consecinte catastrofale. Cuvinte cheie: malarie, ruptura spontana splenica, tratament nonoperator, angioembolizare.

## SPONTANEOUS SPLENIC RUPTURE DUE TO PLASMODIUM FALCIPARUM-NONOPERATIVE MANAGEMENT

Introduction Spontaneous rupture of malarial spleen due to Plasmodium Falciparum is uncommon. It is most frequently associated with Plasmodium Vivax malaria. Material and methods We report the case of a 30-years old male transferred to our hospital from Clinical Hospital of Infectious and Tropical Diseases. He was admitted with the diagnosis of spontaneous splenic rupture and large haemoperitoneum. Because the hemodynamic stability we decided a nonoperative management and performed a proximal splenic angioembolization. Results The evolution was uneventful and the patient was discharged on day 14th. Concluzii Rupture of the pathologic spleen do heal and attempt at splenic salvage should be the aim in management. A high index of suspicion of splenic rupture is imperative because delay in diagnosis may lead to catastrophic consequences. Keywords: malaria, spontaneous splenic rupture, nonoperative management, angioembolization.

C60

## RUPTURA SPLENICA POSTCOLONOSCOPIE - ROLUL TRATAMENTULUI NONOPERATOR

Lica I. \*, Venter M.D. \*\*, Smarandache R.M. \*\*, Kinn D. \*\*, Lica M. \*\*, Carstea P.M. \*\*, Venter D.P. \*\*\*

\*Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", Bucuresti

\*\*Clinica Chirurgie, Spitalul de Urgenta, Bucuresti

\*\*\*student, Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", Bucuresti

Introducere: Ruptura splenică după colonoscopie reprezintă o complicație rară dar potențial fatală. Primul caz a fost publicat în anul 1974 de către Wherry și Zehner. Incidența acestei complicații este de 0.00005-0.017 % cu o mortalitate de 7.4 %. În mod frecvent (64.4%) tratamentul optim este reprezentat de splenectomie. Metodă: Este relatat un caz de ruptură splenică postcolonoscopie la un bărbat de 65 ani, care s-a prezentat la camera de gardă la 4 zile după efectuarea unei colonoscopii de screening, colonoscopie fără incidente. Pacientul a prezentat durere abdominală moderată debutată la 4 ore după colonoscopie; în evoluție durerea a devenit intensă, generalizată. A negat orice fel de traumatism abdominal. CT abdomino-pelvică cu substanță de contrast iv a evidențiat o ruptură splenică polară inferioară grad II, hematom subcapsular fisurat, hematom perisplenic și hemoperitoneu mic, fără semne de sângerare activă. Stabilitatea hemodinamică și gradul rupturii splenice a mandatat tratamentul nonoperator cu rezultate favorabile. Concluzii: Până în anul 2009 au fost publicate 67 de cazuri de rupturi splenice secundare colonoscopiei; este posibil ca aceasta să fie al 68-lea caz raportat. Diagnosticul este frecvent întârziat. Principalele mecanisme de producere sunt reprezentate de tracțiunea excesivă asupra ligamentului spleno-colic sau sindromul aderențial supravezicolar prezent. Diagnosticul de ruptură splenică postcolonoscopie trebuie avut în vedere la orice pacient care, după o procedură de endoscopie digestivă inferioară prezintă dureri abdominale asociate cu scăderea valorilor hemoglobinei în absența hematocheziei. Echipa medicală (medicina de urgență, gastroenterologie, chirurgie) trebuie să aibă în vedere această complicație potențial fatală. Cuvinte cheie: colonoscopie, ruptură splenică, tratament nonoperator.

## SPLENIC RUPTURE AFTER COLONOSCOPY TREATED BY NONOPERATIVE MANAGEMENT

Background: Splenic injury is a rare and potentially fatal complication of colonoscopy. It was first reported in 1974 by Wherry and Zehner. The incidence of this complication is around 0.00005-0.017 with a mortality rate about 7.4 %. Frequently, the usual treatment is represented by splenectomy. Method: We report a case of splenic rupture following splenectomy. A 65-years-old Caucasian male was presented to the emergency department 4 days after an uncomplicated screening colonoscopy. He reported poorly abdominal pain that started 4 hours after the procedure; in evolution the pain had become more severe. He denied any abdominal trauma. Clinical abdominal examination revealed diffuse rebound tenderness; a rectal examination was normal. Computed tomography of the abdomen and pelvis with intravenous contrast media revealed a grade 2 splenic rupture (OIS-AAST) lower pole, a ruptured subcapsular hematoma, perisplenic hematoma and small haemoperitoneum without active bleeding. Because of hemodynamic stability and his grade 2 splenic rupture a nonoperative approach was elected with good outcome. Conclusion: Until 2009, 67 cases of splenic rupture following colonoscopy were published; it is possible our case to be the 68th. The diagnosis is frequently delayed. Excessive traction on the splenocolic attachment or on preexisting adhesions represent the essential mechanism of injury. The diagnosis of splenic rupture should be considered in any patient presenting abdominal pain after a colonoscopic procedure and declining hemoglobin levels in the absence of hematochezia. In many cases the surgical treatment is the modality of choice. The medical staff (primary care physicians, gastroenterologists, surgeons) need to be aware of this potentially life threatening complication. Keywords: colonoscopy, splenic injury, nonoperative management.

C61

## ABORDUL TRANSPLEURODIAFRAGMATIC LAPAROSCOPIC AL CHISTELOR HDIATICE HEPATICE DE SEGMENT VII

Sabau D.\*, Sabău A.\*, Bratu D.\*, Dumitra Anca\*, Popentiu A.\*\*,  
Șanta A.\*\*\*, Prodea Anca\*\*\*\*, Barabas F.\*, Parvut V.\*, Priporeanu T.\*

\* Clinica Chirurgie II, Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

\*\* Spitalul Militar de Urgenta Sibiu

\*\*\* Departamentul de Imagistica Medicala, Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

\*\*\*\* Clinica ATI I, Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

Localizarile chistelor hepatice, cu precadere a chistelor hidatice hepatice in sectorul posterior, respectiv, segmentul VII, dificil de abordat in chirurgia „conventionala” deschisa sau laparoscopica, care frecvent necesita sacrificii parietale semnificative, uneori adevarate „demolari”, poate beneficia de un abord laparoscopic atipic, securizat, cu rezultate bune atat pentru pacient cat si pentru chirurg, cu un impact minimal, ce favorizeaza o vindecare repida si o reintegrare socioprofesionala precoce. Abordul transpleurodiafragmatic utilizand „Dispozitivul pentru aspiratia chistuului hidatic hepatic sau al chistului de ovar” (OSIM Brevet 120809/30.04.2008, Inventator – Dan Sabau) in asociere cu dispozitivul de fragmentare a continutului chistic, cu performante deosebite (OSIM Brevet no. 120810/30.04.2008, INventator - Dan Sabau) este cea mai adecvata metoda de solutionare a problemelor generate de aceasta localizare posterioara, care devine astfel accesibila pentru chirurgi, chiar si cu o minima experienta in chirurgia laparoscopica sau toracoscopica. Numarul relativ redus de cazuri (3), nu permite decat formularea unor concluzii preliminare asupra metodei, care ramane sa fie validata de rezultate ulterioare. Keywords: chist hepatic, laparoscopie, abord transpleurodiafragmatic, segment VII.

## THE TRANSPLEURODIAPHRAGMATIC LAPAROSCOPIC APPROACH OF LIVER HYDATID CYSTS OF VII<sup>TH</sup> SEGMENT

The localizations of liver cysts, and particularly of hydatid cysts, in the posterior hepatic dome (segment VII), difficult to approach in “conventional” open or laparoscopic surgery, with significant parietal sacrifices and “demolition”, require a secure atypical laparoscopic approach, with positive results for both patient and surgeon, with minimal impact, with social and professional reintegration and faster healing. Transpleurodiaphragmatic laparoscopic approach using the “Device for aspiration of liver hydatid cyst or ovarian cyst” (OSIM 120809/30.04.2008 Patent – Dan Sabau) associated with the remarkable performances of the fragmentation device for hydatid cyst content (OSIM Patent no. 120810/30.04.2008 - Dan Sabau) is the best way to approach these problems, accessible for surgeons with minimum experience in laparoscopic and thoracic surgery. The relatively low number of cases allows only the formulation of preliminary positive conclusions on the method; they are to be validated by subsequent results. Keywords: hepatic cyst, laparoscopy, transpleurodiaphragmatic approach, segment VII

C62

## REZECȚIE LAPAROSCOPICĂ A CHISTULUI LIENAL NEPARAZITAR

Danci A., Bunescu V., Radu M., Cepraga M., Timciuc G.

Government Hospital IMSP SR ACSR. Department of Endoscopy and Miniinvasive Surgery

## LAPAROSCOPIC RESECTION OF NONPARASITAR SPLENIC CYST

Introduction: Nonparasitic splenic cysts are rarely disease, and may be congenital or post-traumatic in origin. Traditional management includes total or partial splenectomy, partial cystectomy with marsupialization, percutaneous drainage, and sclerotherapy. A laparoscopic technique used to minimize the risk of splenic loss and cyst recurrence is presented. In the current study, we aimed to evaluate the laparoscopic management of patients with non-parasitic splenic cysts together with their long term follow up progresses. Methods: The cases of 5 patients who underwent surgery for spleen cysts at our hospital over the last 12 years from 1998 to 2010 were analyzed. There are 1 male and 4 female. The mean age was 31 (25 - 36). Symptoms included left upper quadrant pain and there was no history of trauma. Diagnosis was based on ultrasonography (US), and computed tomography (CT) findings. The mean size of cysts was 12 (8 - 15) cm. All patients were managed with laparoscopic partial cystectomy using the diathermic monopolar cutting of the cyst wall and hemostasis by coagulation. Results: All patients had an uncomplicated postoperative course and were discharged home within 3 - 5 days. Operative time was 35 - 90 min., and blood loss was minimal. Pathology finding was a epithelial (mesothelial) cysts. One case (the second of) the operation was finished by laparoscopic splenectomy immediately after resection of the cyst. Decision for splenectomy was caused to marginal bleeding and insufficiency of experience in this kind of procedure. Consecutive follow up in 10 years showed the hyperplasia (6 cm. in diameter) of accessory spleen (initial 1cm. in diameter) in this patient. One patient underwent laparoscopic procedure repeat in two years, but in 3th procedure the spleen was removed because recurrence and infecting of the cyst. Conclusion: 1. Laparoscopic splenic cystectomy can be performed safely. 2. This technique preserves the spleen and minimizes the risk of recurrence of the cyst.

C63

## REZECȚIILE HEPATICE ÎN CANCERUL HEPATOCELULAR – REZULTATE PRELIMINARE

Vlad N., Lupascu C., Georgescu S., Danila N., Raileanu G., Nicolescu Simona, Tarcoveanu E.

Clinica I Chirurgie, Sp. "Sf. Spiridon" IasiUMF "Gr.T.Popa" Iasi, Romania

Introducere. Carcinomul hepatocelular (CHC) este forma dominantă de malignitate hepatică primitivă și este diferită histologic și etiologic de alte forme de cancer hepatic. Incidența în lume variază între 2 și 30 de cazuri/ 100000 locuitori/an, iar în România după ultimele date este de 4-10/100000 locuitori/an. Carcinomul hepatocelular este o cauză importantă de deces prin cancer în întreaga lume, iar incidența sa este de așteptat să crească în continuare în următorii ani. Rezecția chirurgicală a tumorii este cea mai bună metodă de tratament și are șansa de vindecare cea mai mare. Material și Metodă. Am efectuat un studiu prospectiv în perioada 01.04.2009-30.06.2011 pe 17 pacienți cu hepatocarcinom tratați în Clinica I Chirurgie. Au fost incluși doar pacienții la care s-a practicat rezecție hepatică. Rezultate. Din numărul total de pacienți au predominat bărbații reprezentând 64,7%. Vârsta medie a fost de 59,6 ani cu extreme între 25 ani și 78 ani. În 14 cazuri CHC s-a dezvoltat pe hepatită virală cronică. La 58,8% din pacienți localizarea a fost în lobul drept, iar în lobul stâng la 41,2%. Am avut complicații postoperatorii la 4 pacienți și un deces. Concluzii. Rezecția hepatică se poate efectua la pacienții cu CHC în condiții sigure chiar și la cei cu ciroză hepatică. Această metodă de tratament trebuie efectuată de fiecare dată când este posibil deoarece are complicații minime și cel mai bun prognostic. Cuvinte cheie. cancer hepatocelular, rezecție hepatică.

## LIVER RESECTIONS IN HEPATOCARCINOMA – PRELIMINARY RESULTS

Introduction. The hepatocarcinoma (HCC) is the dominant type of primary liver malignant tumors, with a different etiology and histology comparing to others liver malignancies. The worldwide annual incidence varies between 2 and 30 cases/100000 inhabitants. The incidence of hepatocarcinoma in Romania is 4 to 10 cases/100000 inhabitants per year. The hepatocellular carcinoma represent an important cause of death through malignancies, with a predictive raising in the next years. The liver resection is the rational and potentially curative therapy. Material and methods. This paper is based on a prospective study between 01.06.2009- 30.06.2011; we included 17 patients with hepatocarcinoma treated in 1st Surgical Clinic of St. Spiridon Hospital, considering only the patients with liver resection. Results. The males represented 64,5% of all the patients included in our study, the medium age was 54,7 years, with age limits between 25 and 78. In 14 of the cases the HCC developed on chronic viral hepatitis. In 58,5% of the cases the tumor was localised in the right liver, in the left liver the percentage being 41,5%. We had 4 postoperative complications and 1 death. Conclusions. The liver resection is a safe procedure for the patients with hepatocarcinoma, even the liver cirrhosis developed. This treatment procedure should be considered in all the selected cases, the resection having the best prognosis and minimally complications. Keywords. hepatocarcinoma, liver resection.

C64

## ASPECTE PARTICULARE MORFOPATOLOGICE ALE SPLINEI LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE PORTALĂ

Cazacov V.

Catedra Chirurgie nr.2, USMF "N. Testemițanu"

Un aspect important al hipertensiunii portale e reprezentat de dezvoltarea unui status circulator hiperdinamic cu creșterea fluxului sanguin în organele splanhnice. Studiul a inclus un număr de 20 pacienți cu hepatopatii cronice diagnosticați prin investigații imagistice și modificări ale testelor de laborator la care am evaluat structura peretelui vaselor sanguine ale pulpei roșii splenice și a modificărilor acestor vase. Studiul imunohistochimic a inclus anticorpi anti- vimentină, actină de tip mușchi neted, CD34, Ki67. Rezultate. La pacienții cu hepatită cronică, mai puțin de 50 % din vasele pulpei roșii au prezentat structuri perivascularare actin positive, reacție negativă din celulele cordoanelor splenice. La pacienții cu ciroză hepatică am observat același model de expresie al actinei de tip mușchi neted la nivelul vaselor situate în pulpa albă. În ceea ce privește expresia acestui marker la nivelul vaselor din pulpa roșie a cazurilor cu ciroză hepatică, majoritatea vaselor au prezentat reacție pozitivă, aspect care sugerează prezența celulelor perivascularare - pericite și celule musculare netede. Evaluarea expresiei CD34 la pacienții fără ciroză hepatică a indicat pozitivarea celulelor endoteliale în strat continuu. În anumite arii am găsit strat discontinuu de celule endoteliale CD34 pozitive, aspect ce susține circulația deschisă. Nu am observat diferențe semnificative între expresia imunohistochimică a CD34 la pacienții cu și fără ciroză hepatică în schimb la cirozi rata de pozitivare pentru Ki 67 a fost foarte redusă în toate zonele pulpei roșii. Concluzii. Potențialul proliferativ al celulelor endoteliale ale splinei și caracterul rapid de maturare a vaselor splenice indică la remodelarea vasculară din timpul creșterii în volum a splinei atestat prin prezența celulelor perivascularare: pericite și celule musculare netede.

## THE PARTICULAR MORPHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF THE SPLEEN IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

One of the main aspects of the portal hypertension is the development of a special hyperdynamic circulatory status which causes an increased blood flow in splanchnic organs. Our study included 20 patients diagnosed with chronic hepatic dysfunctions by means of imagistic investigations and changes in laboratory results. In this patients we evaluated the structure and its changes of the spleen's red pulp blood vessels. The immunohistochemical research included anti-vimentine, anti-actinic (smooth muscle) antibodies, CD34, Ki67. Results. Less than 50% of the red pulp vessels in patients with chronic hepatitis presented actine positive perivascular structures. We have also noticed the negative reaction of the splenic cord cells. In patients

with hepatic cirrhosis we observed the same expression of the smooth muscle type actine in the vessels of the white pulp. Considering the expression of the same marker in red pulp blood vessels in cirrhotic patients, the majority of these vessels indicated a positive reaction, this aspect suggesting that perivascular pericytes and smooth muscular cells are present. The assessment of CD34 expression in patients without hepatic cirrhosis indicated the positive reaction of the endothelial cells in a continuous layer. In some areas we found discontinuous layer of CD34 positive endothelial cells, this aspect supporting an open circulation. We didn't observe any significant difference in CD34 expression in patient with or without cirrhosis while the Ki67 marker expressivity was very low in all the areas of the red pulp. Conclusions. The proliferative potential of splenic endothelial cells and the quick maturation of splenic vessels is an indicator of vascular reshaping of the enlarging spleen which we assessed through the presence of perivascular cells: pericytes and smooth muscle cells.

## C65

## PUTEREA DIAGNOSTICĂ A UNOR MARKERI NON- INVAZIVI DE CUANTIFICARE A FIBROZEI HEPATICE

**Cazacov V.**

*Catedra Chirurgie nr.2, USMF "N. Testemițanu"*

Obiectivele studiului au fost validarea și aprecierea performanței testelor neinvazive de evaluare a fibrozei hepatice (FH). În acest studiu au fost înrolați 60 de pacienți: 30 au fost bărbați și 30 femei (vîrstă medie 41ani). Bolnavii au fost repartizați în 2 subgrupe, fiecare din care a fost examinat cu una din metodele standardizate și disponibile actual în Clinică: EcoDopplerografie, elastografie, (cîte 30 și 30 de pacienți respectiv). Rezultatele metodelor imagistice au fost comparate cu scorurile biochimice APRI, FIB-4 și cu datele scorului METAVIR, pacienții fiind grupați în funcție de gradul fibrozei în grupe F $\geq$ 2, F $\geq$ 3, F $\geq$ 4. Per ansamblu, rezultatul dintre fibroza prezisă prin elastografie și cea documentată bioptic a fost concordată în 91% din cazurile la care biopsia indică stadiul F3/F4 și respectiv 84% din cazurile cu F $\geq$ 2. Valorile prag (cutoff) pentru predicția fibrozei la pacienții incluși în studiu au fost diferite: 8,7 $\pm$ 1,5 kPa (pentru F $\geq$ 2), 11,8 $\pm$ 1,3kPa (F $\geq$ 3), 14,6 $\pm$ 1,6 kPa (F $\geq$ 4), obținându-se arii sub curba ROC foarte bune, care arată nivele de corelație între fibroscan și biopsia hepatică de 0,871, 0,941, 0,963 respectiv. APRI și FIB-4 au corelat mai slab decât în cazul FibroScan. Scorul FiB-4 arată o acuratețe de 75% pentru predicția fibrozei  $\geq$ F2, 80,2% pentru  $\geq$ F3 și respectiv 85,8% pentru predicția cirozei. Odată cu progresia fibrozei hepatice se atestă mărirea indicelui pulsatil artera lienală și micșorarea vitezei medii în vena porta : F2 =10,01 cm/s și F4=8,04 cm/s. Analiza corelației metodelor noninvazive de predicție a FH a evidențiat că atunci când rezultatele FibroScan și Fib-4 sau APRI au coincis, biopsia s-a corelat într-o proporție de 89.2% pentru F=2, 87.9% pentru F=3 și 99.1% pentru F=4. Experiența acumulată demonstrează că reproductibilitatea, rapiditatea și ușurința realizării sunt avantajele metodelor utilizate iar folosirea lor combinată crește acurateța diagnostică.

## THE DIAGNOSTICAL POWER OF SOME NON-INVASIVE MARKERS FOR HEPATIC FIBROSIS QUANTIFICATION

This study's objectives are the validation and appreciation of the performance of non-invasive assessment tests for hepatic fibrosis. This study includes 60 patients. 30 of them were men and 30 women (41 years old average). The patients were divided in 2 groups, each group being examined with one of the available in our clinic standard methods of examination: Doppler ultrasound and elastography (30 to 30 of the total number). All the imagistic results were compared to biochemical scores APRI, FIB-4 and the results of METAVIR score, the patients being grouped according to the fibrosis grade F $\geq$ 2, F $\geq$ 3, F $\geq$ 4. In general, the fibrosis result predicted by elastography was concordant to the one obtained by bioptic method in 91% of the cases in which the biopsy indicated grade F3/F4 and 84% of those with F $\geq$ 2. The cut-off values for fibrosis prediction in the patients of this study was variable: 8,7 $\pm$ 1,5 kPa (for F $\geq$ 2), 11,8 $\pm$ 1,3kPa (F $\geq$ 3), 14,6 $\pm$ 1,6 kPa (F $\geq$ 4), being obtained very good under ROC curve areas, which show levels of correlation between fibroscan and hepatic biopsy of 0,871, 0,941, 0,963 respectively. APRI and FIB-4 correlation is less expressed than that of FibroScan. The FIB-4 score showed an accuracy of 75% for  $\geq$ F2, 80,2% for  $\geq$ F3 and 85,8% for cirrhosis prediction. The Doppler Ultrasound showed that in the same time with an increase in hepatic fibrosis, an increase of the pulsatile index of the lienal artery and decrease in the flow through portal vein was observed: F2 =10,01 cm/s and F4=8,04 cm/s. The analysis of the corelation of non-invasive methods of hepatic fibrosis prediction highlighted the following: when a coincidence in the results of the FibroScan and Fib-4 or APRI was determined, there was a 89,2% for F2, 87,9% for F3 and 99,1% for F4 corelation with the bioptic result. Our experience prove that reproducibility, speed and easiness of the described methods are a big advantage and they increase the diagnostic accuracy.

## C66

## CONSIDERAȚII DIAGNOSTICO-TERAPEUTICE ACTUALE PRIVIND SINDROMUL HIPERSPLENIC PORTAL

**Cazacov V.**

*Catedra Chirurgie nr.2, USMF "N. Testemițanu"*

Hipersplenismul secundar sever (HSS) reprezintă o entitate frecvent întâlnită în cadrul hepatopatiilor cronice și este grevat de o morbiditate și mortalitate semnificative. Studiul cazuisticii clinice a fost alcătuit dintr-un număr de 521 de pacienți cirofici cu HSS, cu vîrsta între 16 și 56 de ani internați,

monitorizați, diagnosticați și tratați în Clinica 2 Chirurgie, compartimentul de Chirurgie Hepatobiliopancreatică. Din numărul total de 314 cazuri selectate și operate pentru HSS, la 295 (94,2%) au fost practicate splenectomia cu devascularizare azygo-portală asociată cu omentopexie dintre care la 279 pacienți s-a intervenit prin metode clasice, iar la 16 pacienți (5,4%) prin metoda videolaparoscopică, un caz convertit la metoda clasică. În seria de pacienți cu ciroză decompensată vascular, s-au realizat și 11 anastomoze porto-cave: 8 spleno-renale distale și 3 omfalo-cave care, fiind practicate după indicații bine definite nu întodeuna ne-au dat satisfacție clinică așteptată, eficiența lor fiind umbră de encefalopatie portală. La alții 9 (2,8%) pacienți cu sindrom hemoragipar sever și ascită s-a adoptat o atitudine chirurgicală conservatoare practicând operația Kaliba, suturarea pediculului vascular gastric sting, arterei lienale și omentopexie. Au existat situații în care pacienții prezentau concomitent și altă patologie care a necesitat operații simultane: colecistectomia (14 cazuri), apendicectomia (5 cazuri), hernioplastia (4 cazuri), rezecție de intestine (1 caz). Un număr de 251 pacienți (79,9%) la care endoscopia a arătat prezența varicelor esofagiene au necesitat ligaturarea endoscopică, iar la 41 pacienți s-a practicat laparoscopia diagnostică. Experiența acumulată arată că abordarea cazurilor cu HSS atent selectate trebuie efectuată în echipă organizată, special antrenată în managementul pacienților cu tară hepatică. Îmbunătățirea tehnicilor laparoscopice și a suportului reanimator a condus la abordarea mai curajoasă a acestor pacienți.

## THE CONTEMPORARY DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACH FOR HIPERSPLENIC PORTAL SYNDROME

The secondary severe hypersplenism (SSH) is a frequent entity in chronic hepatic disorders and is aggravated with a high morbidity and mortality. The clinical casuistry study consisted of 521 cirrhotic patients with SSH, with an age between 16 and 56 years old, admitted, monitored, diagnosed in Surgical Department Nr.2, hepatobiliopancreatic surgery division. From the total of 314 selected cases that were operated for SSH, in 295 (94,2%) splenectomy and azygo-portal devascularisation associated with omentopexy was performed, of which 279 were done in classical way while 16 cases (5,4%) laparoscopically and one case was converted to classical. In those vascular uncompensated cases 11 porto-caval anastomosis were done: 8 spleno-renal and 3 omphalo-caval anastomosis which were done under strict indications but didn't provide us the clinical satisfaction we expected because of portal encephalopathy. In other 9 patients (2,8%) with severe hemorrhagic syndrome and ascites a different approach was adopted and we practiced conservative surgery Kaliba, the suture of left gastric vascular pedicle, lineal artery and omentopexy. There were situations when our patients presented different kinds of pathologies which were in need of different simultaneously surgeries: colecistectomy (14 cases), apendicectomy (5 cases), hernioplasty (4 cazuri), intestinal resection (1 case). A number of 251 patients (79,9%) in which endoscopy discovered esophageal varices and they underwent endoscopic ligation, and for 41 patients diagnostic laparoscopy was done. Our experience shows that the approach in SSH cases needs to be done carefully in organized manner, in teams specially trained to deal with chronic hepatic pathology patients. The laparoscopy techniques and intensive care improvements led to a more brave approach for this kind of patients with direct effects on surgery results (postop mortality 2,2% vs 6-20% from literature review).

C67

## TRANSPLANTUL HEPATIC IN ROMANIA

**Popescu I., Brasoveanu V., Hrehoret D., Matei E., Dorobantu B., David L., Grigorie R., Alexandrescu S.**  
*Institutul Clinic Fundeni- Clinica Chirurgie Generala Si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"*

Analiza retrospectiva a 300 de transplanturi hepatice efectuate in Centrul de Chirurgie Generala si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"

## LIVER TRANSPLANTATION IN ROMANIA

Retrospective analysis of 300 liver transplantation performed in General Surgery Center and Liver Transplantation "Dan Setlacec"

C68

## TRANSPLANTUL HEPATIC DE LA DONATOR VIU

**Brasoveanu V., Matei E., Dorobantu B., Anghel C., Popescu I.**  
*Institutul Clinic Fundeni- Clinica Chirurgie Generala Si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"*

Experiența Centrului de Chirurgie Generala si Transplant Hepatic "Dan Setlacec" in transplantului hepatic de la donator Viu

## LIVER LIVING TRANSPLANTATION

The experience of General Surgery Center and Liver Transplantation "Dan Setlacec" in liver living transplantation

C69

## MANAGEMENTUL HIDATIDOZEI HEPATICE - CHIRURGIE CLASICA VS CHIRURGIE LAPAROSCOPICA

**Grigorean V. T., Stoian A.-R., Radu Elena Violeta, Iacobini M., Dutescu S., Popescu M., Sandu Aurelia, Strambu V.**

*Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti, Romania*

*Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti, Romania*

*Spitalul Judetean de Urgenta Pitesti*

Scop: Tenia Echinococcus în stadiul larvar este responsabilă de apariția bolii, incidentă în România fiind de aproximativ 5 cazuri la 100.000 de locuitori. Prezentăm experiența Clinicii de Chirurgie Generală a Spitalului Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București privind tratamentul chirurgical al bolii hidatice hepatice, comparând rezultatele diverselor metode de tratament chirurgical și stabilind limitele abordului laparoscopic. Material: Tratamentul chirurgical a fost aplicat tuturor pacienților, atât prin procedee clasice cât și laparoscopice. Selecția pacienților în vederea abordului laparoscopic a fost făcută după criteriile anatomico-topografice și clinice bine precizate. Rezultate: În chirurgia clasică s-a procedat după neutralizarea parazitului (cu ser hipertonic) la perichistectomie parțială/ideală, evacuarea conținutului (extragerea membranei proligeră) și drenaj al cavității restante și subhepatic sau la derivații perichisto-digestive, strategie operatorie stabilită în funcție de situația anatomico-topografică și intraoperatorie a fiecărui caz. În chirurgia laparoscopică procedeul aplicat a constat în perichistectomie parțială Mobit-Lagrot (după neutralizarea parazitului cu ser hipertonic, evacuarea conținutului cu extragerea membranei proligeră) și drenaj al cavității restante chistice, completată opțional de colecistectomie și drenaj transcistic al căii biliare principale. Concluzii: Chirurgia clasică rămâne opțiunea pentru chistele hidatice hepatice complicate, de mari dimensiuni, cu localizări multiple sau localizări care fac dificil abordul laparoscopic, și unde abordul clasic sau transtoracic pot fi mai utile. Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic hepatic permite îmbinarea principiilor clasice a chirurgiei hidatice cu beneficiile și avantajele chirurgiei minim invazive. Considerăm benefic abordul laparoscopic al chistului hidatic hepatic, pe cazuri selecționate, pentru că permite abordul și vizualizarea mai facilă a unor spații (intraabdominale și intrachistice) greu accesibile chirurgiei clasice; scurtarea timpului operator, a perioadei postoperatorii și implicit a spitalizării. În opinia noastră chirurgia laparoscopică este o soluție viabilă, sigură și eficientă în arsenalul terapeutic al chistului hidatic hepatic, dar nu reprezintă încă o metodă de elecție. Cuvinte cheie: chist hidatic hepatic, chirurgie laparoscopică, hidatidoză.

C70

## SPLENECTOMIA CU DECONECTARE AZYGO-PORTALĂ ÎN TRATAMENTUL HIPERTENSIUNII PORTALE CIROGENE

**Tîbîrnă C., Anghelici G., Moraru V., Crudu O., Pisarenco S., Danu M., Pavliuc G.**

*Clinica 2 Chirurgie „Constantin Tîbîrnă”, Catedra 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova*

Introducere. Splenectomia cu deconectare azygo-portală constituie o modalitate chirurgicală de rezolvare a splenopatiei cirogene și corecției hemocirculației portale denaturate în ciroza hepatică. Scopul: Estimarea rezultatelor splenectomiei cu deconectare azygo-portală în tratamentul complicațiilor hipertensiunii portale la bolnavii cirofici. Material și metode: Sunt analizate rezultatele splenectomiei cu deconectare azygo-portală la 258 bolnavi cu hipertensiune portală cirogenă, tratați în perioada 1991-2011, repartizați conform gradației Child în: A/B/C-48/186/24. Indicele primordial pentru aprecierea severității hipersplenismului a constituit nivelul trombocitopeniei. Indicațiile operatorii au fost determinate de hipersplenismul sever, hemoragii variceale anterioare cu risc sporit de recidiv hemoragic prin gastropatii eroziv-ulceroase. Rezultate: Ameliorarea rezervelor funcționale hepatice în perioada postoperatorie a fost remarcată la absolută majoritate a pacienților prin îmbunătățirea scorului Child și asigurarea perfuziei porto-hepatice adecvate confirmate prin dopplerfloumetrie ultrasonografice. Letalitatea generală postoperatorie precoce a constituit 7,4 % (n=19), fiind corelată cu rezevele hepatice funcționale: Child A/B/C- 1/10/8, sau 2,08/5,38/33,3 la sută cazuri. În funcție de complicațiile ce au determinat decesul am consemnat: insuficiența hepato-renală; sindromul CID, sepsis asplenic postoperator, tromboză portală totală. Rata generală a supraviețuirii la distanță de 1, 3 și 5 ani a constituit 86,5%, 75,6% și 68,7%, respectiv. În funcție de categoria Child supraviețuirea de 5 ani și 10 ani a alcătuit: "A"- 86,2 %, - 65,4% "B"- 73,5% - 42,7% și - "C"- 7,8% - 0,4%. Decesele la distanță au fost condiționate de progresarea cirozei cu insuficiență hepato-renală, hemoragii digestive superioare variceale și gastropatii portale, evoluție în ciroză- cancer hepatic. Concluzii: În era transplantului hepatic splenectomia cu deconectare azygo-portală rămâne în continuare o metodă eficientă de tratament chirurgical al hipertensiunii portale la pacienții cu ciroză hepatică, oferindu-le o șansă la supraviețuire și ameliorarea calității vieții.

## SPLENECTOMY WITH AZYGO-PORTAL DISCONNECTION IN THE TREATMENT OF CIRRHOTIC PORTAL HYPERTENSION

Introduction. Splenectomy with azygo-portal disconnection solving on the modalitate of the cirrhotic splenopaties and distorted portal hemocirculation. Aim: The estimation of the results of azygo-portal disconnection with splenectomy in the treatment of complications on cirrhotic patients with portal hypertension. Material and methods: We analyzed results of the azygo-portal disconnection with splenectomy from 258 patients with cirrhotic portal hypertension treated in the period 1991-2011, distributed according to the gradation Child: A/B/C-48/186/24. Primary index for assessing the severity of hypersplenism was thrombocytopenia. The indications for operative treatment were determined by severity of hypersplenism, variceal bleeding history and high risk from relapse of rebleeding by erosive gastropaties. Results: Improvement in postoperative liver reserves function was marked in the absolute majority of the patients from improvement of the Child score and ensuring adequate porto-hepatic perfusion, confirmed by



dopplerfloumetric ultrasound. The general precocious postoperative letality constituting 7,4 % (n=19), being correlated with functional liver reserves: Child A/B/C-1/10/8, or 2.08 / 5.38 / 33.3 percent cases. Depending on the complications resulting in death were recorded: hepato-renal failure, DIC syndrome, asplenic postoperative sepsis, total portal thrombosis. Overall survival rates a distance of 1, 3 and 5 years was 86.5%, 75.6% and 68.7%, respectively. Depending on the category Child survival of 5 years and 10 years made up: "A" - 86.2% - 65.4% "B" - 73.5% - 42.7% and "C" - 78% - 0.4%. Remote deaths were subject to the progression of cirrhosis with hepato-renal syndrome, upper variceal and gastrointestinal bleeding and portal gastropaties, liver cancer evolution. Conclusions: In the era of liver transplantation azygo-portal disconnection with splenectomy still remains an effective surgical treatment of portal hypertension in cirrhotic patients, offering them a chance at survival and quality of life.

C71

## SCHIMBĂRILE MORFOPATOLOGICE ALE ARBORELUI BILIAR ÎN CIROZA HEPATICĂ

**Pisarenco S., Vataman V., Anghelici G., Moraru V., Crudu O., Cerbadji A., Maslihov A.**

*Clinica 2 chirurgie "Constantin Tîbîrnă", Catedra Chirurgie nr. 2; Catedra Morfopatologie, USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova*

Scopul lucrării a constituit studierea leziunilor morfopatologice ale segmentelor intra- și extrahepatice ale arborelui biliar în ciroză hepatică. Material și metode Studiul a inclus 11 cazuri necrotice de ciroză hepatică. În calitate de control s-au studiat 3 cazuri necrotice fără patologii hepato-biliare-pancreatice. În toate cazurile, conform datelor clinice, ciroza a avut etiologie virală (în 5 cazuri – HVC și în 6 – HVB), stadiul 2-3 după clasificarea Child. Vîrsta pacienților: de la 32 până la 64 ani, 7 pacienți de sex masculin și 4 – de sex feminin. După aspectul macroscopic în 7 cazuri a fost ciroză hepatică micronodulară, iar în 4 – ciroză mixtă. În toate observațiile studiate în colecist s-au depistat calculi veziculari până la 1 cm în diametru. Rezultate: La nivel intrahepatic s-a constatat o reacție ductulară intensă – proliferarea epiteliului ducturilor biliari, localizată în special în zonele periferice ale lobulilor hepatici, la nivelul plăcii limitante. În canaliculele intralobulare s-au observat semne de coleastăz (trombi biliari), precum și acumulări de pigmenți biliari în citoplasma hepatocitelor. Ducturile biliare interlobulare au fost deformate, comprimate de fascicule inelare fibroconjunctive, cu aspect tortuos, neregulat. În peretele vezicii biliare și a coledocului s-a atestat atrofia peretelui, în special a mucoasei, atrofia, scleroza și hialinoza stratului fibromuscular, îngroșarea membranei seroase. Concluzii: Leziunile morfologice ale arborelui biliar intra- și extrahepatic în ciroză favorizează dereglări ale fluxului biliar, apariția colestazei, modificări în compoziția și proprietățile fizico-chimice ale bilei, ce conduc la scăderea tonusului, motilității și capacității de evacuare a vezicii biliare, creînd un fundal favorabil pentru dezvoltarea colelitiazei.

### THE PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES OF THE BILIARY TRACT IN LIVER CIRRHOSIS

Aim: The goal of this research was to study the morpho-pathological injuries in intra- and extrahepatic segments of the biliary tree in liver cirrhosis. Methods and materials: This study included 11 cases of liver cirrhosis necrotic. As controls were studied 3 cases of the necrotic without hepato-biliary-pancreatic diseases. In all cases, according to clinical cirrhosis was viral etiology (in 5 cases - HVC and 6 - HVB), Child classification after stage 2-3. Patient age: from 32 to 64 years, 7 male patients and 4 - female. After macroscopic appearance in 7 cases, cirrhosis was micronodularis, and 4 - mixed cirrhosis. In all cases studied in gallbladder stones were detected up to 1 cm in diameter. Results: At the level of intrahepatic structures, there was noticed an intense ductular reaction – proliferation of the biliary ductular epithelium, particularly in the peripheral areas of hepatic lobules, and at the level of limiting plate. There were seen signs of cholestasis in the intralobular canaliculi (biliary thrombi), as well as deposits of biliary pigments in hepatocytes' cytoplasm. The interlobular biliary ducts were deformed, compressed by annular fibrous connective fascicles, having a tortuous and unregulated appearance. Both the wall of the gallbladder and the choledochus displayed atrophy, particularly of the mucous stratum, as well as atrophy, sclerosis and hyalinosis of the fibro-muscular stratum, and thickening of the serous membrane. Conclusions: The morphological injuries of the intra- and extrahepatic biliary system in cirrhosis favor the abnormalities of biliary low, progress of cholestasis, and changes in the composition and physical-chemical features of bile, leading to a decreased tonus, motility and evacuation capacity of gallbladder, altogether constituting a favorable foundation for the development of cholelithiasis.

C72

## TRANSLOCAȚIA BACTERIANĂ LA BOLNAVUL CIROTIC CU SPLENOMEGALIE ȘI HIPERSPLENISM SEVER

**Tîbîrnă C., Anghelici G., Moraru V., Crudu O., Pisarenco S., Samohvalov S., Zaharia A.**

*Clinica 2 chirurgie "Constantin Tîbîrnă", Catedra Chirurgie nr. 2; Catedra Morfopatologie, USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova*

Introducere. Translocația bacteriană reprezintă fenomenul tranzitării microorganismelor tractului gastrointestinal în spațiile extraluminale sterile. Scopul: estimarea semnificației clinice a translocării bacteriene în nodulii limfatici mezenterici la bolnavii cirofici. Material și metode. 21 pacienți

cirotici cu splenomegalie și hipersplenism sever au fost tratați prin splenectomie cu deconectare azygo-portală și 19 bolnavi cu litiază biliară cu excizia și cercetarea bacteriologică a nodulilor limfatici mesenterici. Nodulii limfatici mezenterici s-au prelevat nemijlocit după laparotomie, înainte de intervenția decongestivă sau colecistectomie. Toți pacienții au fost monitorizați în decurs de 30 zile postoperatorii în ce privește complicațiile infecțioase. Protocolul tratamentului antibacterian postoperator a fost analogic în ambele loturi de studiu și a inclus administrarea cefalosporinelor de ultimă generație. Rezultate. Translocarea bacteriană s-a depistat la 5 pacienți cu ciroză hepatică, ce au constituit 23,8 % și la 1 bolnav (5,3%) din lotul de control. Culturile pozitive obținute au fost determinate de E.Coli. Nu am remarcat conexiune între scorul Child și creșterea florei microbiene în nodurile limfatice cu o tendință de evoluție mai frecventă a translocării bacteriene pe măsura reducerii rezervelor hepatice funcționale. Toți bolnavii cirotici cu translocare bacteriană au prezentat ascită tranzitorie, în absența translocării ascite evoluind doar la 3 (18,75%) pacienți. Totodată în subgrupa bolnavilor cu translocare bacteriană s-a atestat o incidență înaltă a trombozei portale parțiale (80% cazuri) cu diminuarea fluxului portal. Nu am remarcat complicații de ordin septic. Concluzii. Translocarea bacteriană poate evolua și în cazul unui statut hepatic compensat. Probabil, că imunosupresia condiționată de hipersplenismul cirogen progresant reprezintă factor predispozant către translocarea bacteriană. Semnificația clinică a translocării bacteriene la bolnavul cirotic poate fi exteriorizată printr-o rată mai înaltă de evoluție a trombozei portale.

## BACTERIAL TRANSLOCATION IN CIRRHOTICS PATIENTS WITH SPLENOMEGALY AND SEVERE HYPERSPLENISM

**Introduction.** Bacterial translocation is defined by which microorganisms escape from the gastrointestinal tract to extraluminal sterile sites. **Aim:** evaluation of the signification of bacterial translocation to the mesenteric lymph node in cirrhotic patients. **Material and methods.** 21 cirrhotic patients with splenomegaly & hypersplenism were treated using splenectomy with azygo-portal disconnection and 19 patients with gallbladder stone which excised and microbiologically investigated mesenteric lymph nodes. Mesenteric lymph nodes were taken directly after laparotomy, before decongestive surgery or cholecystectomy. All patients were followed up within 30 days postoperative in the infectious complications. Postoperative antibacterial treatment protocol was analog in both groups of study and included the latest generation cephalosporin administration. **Results.** Bacterial translocation was found in 5 patients with liver cirrhosis, which accounted for 23.8% and 1 patient (5.3%) in the control group. Positive cultures were caused by E.Coli. I noticed connection between Child score and microbial growth in lymph nodes with a trend of more frequent development of bacterial translocation to measure liver function reserve reduction. All cirrhotic patients with bacterial translocation showed tranzitory ascites, in the absence of translocation ascites evolving only in 3 (18.75%) patients. Also in bacterial translocation subgrupa was registered patients with a high incidence of partial portal thrombosis (80% cases) with decrease of portal flow. I noticed septic complications of order. **Conclusions.** The bacterial translocation may evolve if compensated liver status. Perhaps that immunosuppression is conditional on progress of the cirogen hypersplenism its a factor predisposing to bacterial translocation in this patients. The clinical significance of bacterial translocation in cirrhotic patient may be externalized by a higher rate of evolution of portal thrombosis.

---

## CHIRURGIA INTESTINULUI SUBTIRE ȘI COLONULUI

D73

### DIAGNOSTICUL MOLECULAR AL POLIPOZEI ADENOMATOASE FAMILIALE

Hotineanu V., Barbacar V., Palii L., Bendelic V., Timis T.

Laboratorul de Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv, Catedra 2 Chirurgie, USMF "N. Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Studiile genetice contemporane au încercat de mai multe ori să elucideze posibilitățile practice de profilaxie și de tratament a polipozelor adenomatoase familiale (PAF). În scopul aprecierii riscului de apariție al PAF la probanzii familiilor, luate în cercetare, am efectuat analiza moleculară a ADN și ARN prin tehnica PCR și RT-PCR. Analiza RT-PCR la pacienții suspecți la PAF, a demonstrat atât expresia diferențiată a genelor respectiv, cât și nivelul neomogen de expresie în țesuturile tumorogene. A fost constatată diferența statistică semnificativă a frecvenței expresiei genei APC cu valori negative și a celor cu valori pozitive, din cadrul lotului nostru de 46 de pacienți. Având posibilitatea de a acumula și a conserva țesuturile vii în condiții speciale, m observat atât prezența, cât și gradul de expresie diferențiată genei APC. Manifestarea variabilă a genelor implicate în secvența "adenom-cancer" a constituit momentul-cheie în diagnosticul și tratamentul pacienților cu PAF.

### THE MOLECULAR DIAGNOSIS FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS

Contemporary genetic studies have tried many times to clarify the practical possibilities of prevention and treatment of familial adenomatous polyposis (FAP). In order to assess the risk of FAP families we performed molecular analysis of DNA and RNA by PCR and RT-PCR technic. RT-PCR analysis in patients suspected to FAP, showed the differential expression of the gene and homogeneous level of expression in neoplastic tissues. A statistically significant difference was found in the frequency of APC gene expression by negative values and those with positive values in 46 patients. Being able to accumulate and preserve living tissue in special conditions, we observed both the presence and degree of differential APC gene expression. The event variable sequence of genes involved in the "adenoma-cancer" was the key moment in the diagnosis and treatment of patients with FAP.

D74

### OCLUZIA INTESTINALĂ ACUTĂ – COMPLICAȚIE RARĂ A TUMORILOR STROMALE ALE TRACTULUI DIGESTIV

Țurcanu M., Iacub V., Guțu E., Beschieru T., Popa Gh.

Clinica Chirurgie Generală și Semiologie a USMF „N. Testemițanu”

Introducere: Tumorile gastrointestinale stromale (GIST), cu toate că sunt relativ rare în cifre absolute, reprezintă cele mai frecvente tumori mezenchiale ale tractului digestiv. Având o localizare și caracteristici biologice diverse, GIST prezintă un tablou clinic nespecific, în 4 – 53% din cazuri pacienții fiind asimptomatici până în momentul când tumorile sunt depistate accidental imagistic sau intraoperator. Dezvoltarea la nivelul intestinului subțire, a doua ca frecvență, se confirmă relativ dificil oferind semne clinice doar în stadiul de complicații de tip hemoragic sau ocluziv. Materiale și metode: Pe parcursul unui an 2010-2011 în clinica Chirurgie Generală și Semiologie au fost tratați chirurgical doi pacienți cu ocluzie intestinală acută, cauza fiind tumora stromală a tractului gastrointestinal. Pacienții au fost spitalizați în mod urgent, examinați clinic, radiologic și histologic. În ambele cazuri tratamentul chirurgical al pacienților a inclus atât rezolvarea sindromului ocluziv cât și rezecția tumorii respectându-se criteriile oncologice. Rezultatele: Ambii pacienți au avut o evoluție postoperatorie favorabilă cu externarea și dispensarizarea în condițiile serviciului oncologic. Rezultatele examenului histologic în ambele cazuri au confirmat geneza stromală a tumorilor. Concluzii: Tumorile stromale ale tractului gastrointestinal în majoritatea cazurilor se manifestă odată cu apariția complicațiilor acute a lor; GIST au în general un potențial de malignizare scăzut, acesta fiind dictat de localizare, dimensiunile tumorii și activitatea mitotică; invaginația și ocluzia intestinală sunt complicații rare ale GIST iar tratamentul acestora este direcționat atât spre rezolvarea sindromului ocluziv, cât și spre tratamentul radical al tumorii; tratamentul în perioada postoperatorie este în mare măsură dependent de caracterul tumorii, fiind necesară o dispensarizare în cadrul serviciului oncologic.

### ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION – A RARE COMPLICATION OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS

Background: Gastrointestinal stromal tumors (GIST), though relatively rare in absolute terms, are the commonest mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract. Though having various localization and biologic features, the clinical presentation of GIST is unusual, in 4 – 53% of all cases the

patients being asymptomatic until the tumors are found incidentally during surgery or imaging studies. Methods: We reviewed 2 patients operated on for acute intestinal obstruction secondary to GIST at the Clinic of General Surgery during the last year 2010-2011. The patients were admitted urgently to the hospital and a physical, x-ray and histological examinations were performed. In both cases the surgical treatment of the patients included the removal of the occlusive syndrome and the resection of the tumor according to oncology principles. Results: Both patients had a good postoperative evolution with the discharge and a long-term cancer follow-up. The results of the histological examination in both cases confirmed the stromal origin of the tumors. Conclusions: The appearance of the gastrointestinal stromal tumors is in most cases related to the occurrence of acute complications; GIST have usually a low malignant potential, depending on the location, size and mitotic activity; the intussusception and the intestinal obstruction are rare complications of the GIST and their treatment consists both of the removal of the occlusive syndrome and the radical resection of the tumor; the treatment in the postoperative period depends on the tumor character and a long-term follow-up at the oncology service is necessary.

## D75

## ANASTOMOZA ILEOCECALA IN REZECTIA PORTIUNII TERMINALE A ILEONULUI

**Curca V., Sochirca M., Popa Gh., Tarus A.**

*Catedra Chirurgie Generala și Semiologie, USMF „N. Testemitanu”, Chisinau, Moldova*

Introducere. Aplicarea anastomozelor după rezecția terminală a ileonului, când capatul distal al acestuia rămâne scurt (3-5 cm) reprezintă o provocare pentru chirurg din cauza circulației insuficiente în regiunea respectivă. În aplicarea anastomozelor ileo-transversale se exclude partea dreaptă a colonului. Cu scop de a preveni neajunsurile metodelor sus numite se folosește anastomoza ileo-cecală. Materiale și metode. În perioada de timp 1993-2010 la 15 bolnavi după rezecția terminală a ileonului a fost efectuată anastomoza ileo-cecală. Anastomoza termino-laterală s-a efectuat în 14 cazuri și 1 caz latero-lateral. Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 19 și 58 de ani. Distribuția după gen: bărbați 3 (20%) și femei 12 (80%). Interventia a fost efectuată pentru: ocluzie intestinală acută prin aderanță 46,6% (7 cazuri), tumoare tuboovariană cu abcese interintestinale și necroză a porțiunii terminale a ileonului 26,6% (4 cazuri), eventrația ileostomei bipolare cu strangulare și ocluzie intestinală 6,6% (1 caz), volvulus ileosigmoidean 6,6% (1 caz), concreșterea tumorii ovarului drept cu stenozarea lumenului 6,6% (1 caz), boala Crohn 6,6% (1 caz). Rezultate. La 8 (53,3%) bolnavi s-a efectuat intervenția într-o sedință, iar la 6 în prima etapă s-a efectuat rezecția terminală a ileonului cu ileostomie terminală și peste 2-4 luni în mod planic s-a efectuat anastomoza ileo-cecală prin incizie în regiune iliacă dreaptă. În perioada postoperatorie tardivă (de la 3 luni până la 14 ani) 12 (80%) din pacienți au fost examinați. Jumătate din ei sunt invalidizați din cauza: cirozei hepatice (1 caz), cancerului ovarian (1 caz), boala Crohn (1 caz), scleroza multiplă (1 caz), epilepsie (1 caz), sindrom de malabsorbție (1 caz). A doua jumătate din bolnavii examinați sunt apti de muncă, nu au pierdere ponderală, scaunul regulat. Concluzii. Anastomoza ileo-cecală termino-laterală este recomandată pentru prevenirea sindromului de malabsorbție.

## ILEOCECAL ANASTOMOSIS IN TERMINAL ILEUM RESECTION

Introduction. Application of anastomosis, after terminal ileum resection, when its distal part is short (3-5 cm), represents a challenging situation for the surgeon due to insufficient blood supply of the region. When the ileotransverse anastomosis is performed the right hemicolon is excluded. In order to prevent the deficiency of this method ileocecal anastomosis is applied. Materials and methods. In the period 1993-2010 ileocecal anastomosis after terminal ileum resection was performed in 15 patients. Termino-lateral anastomosis was made in 14 cases and latero-lateral anastomosis in 1 case. The age of patients was between 19 and 58 years. From total number of patients 3 (20%) were males and 12 patients (80%) females. The causes of terminal ileum resection were as follows: acute intestinal obstruction by adhesions 46,6% (7 cases); tuboovarian tumor with interintestinal abscesses and terminal ileum necrosis 26,6% (4 cases); bipolar ileostomy eventration with strangulation and bowel obstruction 6,6% (1 case); ileosigmoid volvulus 6,6% (1 case); tumor of the right ovary with invasion and lumen stenosis 6,6% (1 case); Crohn's disease 6,6% (1 case). Results. One step surgery was performed in 53,3% (8 patients), for the rest 6 patients the first step of surgery was terminal ileum resection with terminal ileostomy followed in 2-4 months by scheduled ileocecal anastomosis through the incision in the right iliac region. In late postoperative period (3 months -14 years) 12 patients (80%) were examined. Half of them (6 patients) were affected by hepatic cirrhoses (1 case), ovary cancer (1 case), Crohn's disease (1 case), multiple sclerosis (1 case), epilepsy (1 case), malabsorption (1 case). The second half of examined patients are fit to work, have no weight loss and have regular stool daily. Conclusion. Termino-lateral ileocecal anastomosis in terminal ileum resection is recommended for prevention of malabsorption syndrome.

## D76

## ANOPLASTIA PRIMARA CU IMPLANTAREA PEDICULILOR VASCULARI DUPA HEMOROIDECTOMIA URGENTA

**Cristalov Gh., Gutu E., Culiuc V.**

*Catedra Chirurgie Generala, USMF „N. Testemitanu”, Chisinau, Moldova*

Introducere. Tromboza hemoroidală acută (THA) posedă un risc neprognosticabil de evoluție spre ulcerare și/sau gangrenă, necesitând tratament de urgență. Tratamentul chirurgical al THA a fost tradițional limitat din frica eventualelor complicații postoperatorii. Scopul studiului: analiza eficacității clinice precoce și a siguranței hemoroidectomiei urgente închise la bolnavii cu THA. Metode. Lotul cercetat a cuprins 71 pacienți; vârsta medie – 42,48 ani; bărbați – 53,52%. Durata de la debutul THA până la spitalizare – 85,48 ore (18-172). Necroza mucoasei a fost observată în 42,25% cazuri. La toți bolnavii s-a efectuat hemoroi-

dectomia urgentă ( $\leq 24$  ore de la internare) cu implantarea pediculiilor vasculare și anoplastie primară. Metoda de anestezie: generală i/v – 73,23% cazuri; locală infiltrativă – 21,12% și spinală – 5,63% cazuri. Regimul de analgezic postoperatorie s-a selectat în raport cu solicitarea bolnavului. Evaluarea rezultatelor clinice s-a efectuat pe durata unei luni. Rezultate. Toate intervențiile s-au efectuat într-o sedință; numărul de hemoroizi excizati –  $2,83 \pm 0,04$ /pacient. Durata medie a operației – 20 min (15-35). În 2,81% cazuri a fost notată hemoragia din locurile de punctie ale pielii perianale. La 11,26% pacienți s-a observat retenția acută tranzitorie de urină. Administrarea opioidelor (1-3 zile) a fost necesară în 60,56% cazuri. Complicații nespecifice au fost notate în 2 cazuri. Perioada de spitalizare a durat în mediu – 5,21 zile (3-11). Pe perioada de evaluare nu au fost înregistrate cazuri de deces și nici un pacient nu a necesitat reinternare. Dehiscenta plăgii ( $>1$  mm) a fost observată la 8,45% bolnavi, iar strictura anală – la 7,04%, simptomatologia cedind după dilatare. Concluzii. Hemoroidectomia urgentă cu implantarea pediculiilor vasculare și anoplastie primară este eficientă și sigură, și poate fi utilizată pe larg în managementul THA, asociindu-se cu o durată scurtă de spitalizare și frecvența cumulativă redusă a complicațiilor.

## PRIMARY ANOPLASTY WITH IMPLANTATION OF VASCULAR PEDICLES AFTER EMERGENT HEMORRHOIDECTOMY

**Introduction.** Acute hemorrhoidal thrombosis (AHT) possess an unpredictable risk of progression to ulceration and/or mucosal gangrene, requiring emergency treatment. Surgical intervention for AHT has been traditionally limited by fear of possible postoperative complications. The aim of study: analysis of early clinical efficacy and safety of closed emergent hemorrhoidectomy in patients with AHT. **Methods.** There were 71 patients included in study; average age – 42,48 years; male – 53,52%. Duration from onset of AHT till hospitalization – 85,48 hours (18-172). Mucosal necrosis was observed in 42,25% cases. In all patients was performed emergency hemorrhoidectomy ( $\leq 24$  hours from admission) with the implantation of vascular pedicles and primary anoplasty. The method of anesthesia: general i/v – 73,23% cases, local tumescent – 21,12% and spinal – 5,63% cases. Postoperative analgesia regimen was selected in relation to the patient's request. Evaluation of clinical outcomes was made during one month. Results. All interventions were performed in one session; the number of excised piles –  $2,83 \pm 0,04$  per patient. The average duration of operation was 20 min (15-35). In 2,81% cases was noted hemorrhage from the perianal skin puncture sites. In 11,26% patients was observed transient acute urinary retention. The administration of opioids (1-3 days) was required in 60,56% cases. Nonspecific complications were noted in 2 cases. The hospitalization period lasted on average – 5,21 days (3-11). During the follow-up there were no deaths and no patient required readmission. Wound dehiscence ( $>1$  mm) was observed in 8,45% patients, but anal stricture – in 7,04%, the symptoms diminished after dilation. **Conclusion.** Emergency hemorrhoidectomy with the implantation of vascular pedicles and primary anoplasty is effective and safe and can be widely used in the management of AHT, being associated with a shorter duration of hospitalization and reduced cumulative frequency of complications.

D77

## PROCESE SEPTICE ÎN CHIRURGIA COLONULUI

Paunescu V.<sup>1</sup>, Pop-Began Valentina<sup>1</sup>, Pop-Began D.<sup>1</sup>, Spiru T.<sup>3</sup>, Bogdanescu Ioana<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - USMF "Carol Davila", Clinica Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni", București

<sup>2</sup> - Serviciul de laborator, Spitalul "Bagdasar-Arseni", București

<sup>3</sup> - Catedra Informatica, Facultatea de Medicina, București

**Introducere:** În studiul prospectiv a 174 pacienți cu media vârstei de 64,3 ani (limite: 19-84 ani) au fost operați pentru afecțiuni chirurgicale ale colonului. **Material și metoda:** Pentru cancer au fost operați 111 (63,79%) pacienți: stadiul clinic II (n = 29; 27,3%) și stadiul IV (n = 54; 31,03%). **Rezultate:** S-a intervenit în urgență la 45 (25,86%) pacienți pentru semne clinice ale proceselor septice intraperitoneale (n = 15; 13,51%) și pentru sindroame ocluzive (n = 30; 27,02%) dintre care ocluzii intestinale (n = 12; 19,04%) în patologia netumorală. Pentru afecțiuni netumorale au fost operați 63 (36,21%) pacienți pentru: diverticulita colică (n = 24; 13,79%), polipi colici (n = 20; 11,60%), volvulus sigmoid (n = 11; 6,32%), rectocolita ulcerohemoragică și purulentă (n = 5; 2,29%), boala Crohn (n = 3; 1,72%). Complicațiile postoperatorii au fost reprezentate de manifestările locale și generale ale proceselor septice intraperitoneale (n = 30; 17,24%) și complicațiile septice parietale (n = 27; 15,81%). Complicațiile postoperatorii mai frecvente în prima săptămână postoperatorie: hidroelectrolitice (66,66%), a patra decadă postoperatorie: septică. Au fost efectuate operații în urgență (n = 74; 44,2%). Operațiile radicale – 11,36%. Prezența preoperatorie a sindromului răspunsului inflamator sistemic și evoluția sa postoperatorie a condus la declanșarea sindromului de insuficiență multiplă a organelor, factor de predicție a letalității postoperatorii (p < 0,001). S-au înregistrat 37 (21,22%) decese postoperatorii. Dezunirea liniei de anastomoză s-a soldat cu mortalitatea de 100%. **Concluzii:** Complicațiile septice în chirurgia colonului au valoare predictivă pozitivă de 60% în producerea deceselor postoperatorii. **Cuvinte cheie:** chirurgie, colon, sepsis, morbiditate, mortalitate

## SEPTIC PROCESSES IN COLONIC SURGERY

**Introduction:** In a prospective study of 174 patients with mean age of 64.3 years (range: 19-84 years) were operated for surgical diseases of the colon. **Material and methods:** For cancer were operated 111 (63.79%) patients: clinical stage II (n = 29, 27.3%), IV (n = 54, 31.03%). **Results:** We operated in emergency 45 (25.86%) patients for clinical signs of intraperitoneal septic processes (n = 15, 13.51%) and occlusive syndromes (n = 30, 27.02%) from which intestinal occlusion (n = 12, 19.04%) with nontumoral pathology. For nontumoral diseases were operated 63 (36.21%) patients for: colic diverticulosis (n = 24, 13.79%), colic polyps (n = 20, 11.60%), sigmoid volvulus (n = 11, 6.32%), ulcerative ulcerohemorrhagic colitis and purulent (n = 5, 2.29%), Crohn's disease (n = 3, 1.72%). Postoperative complications were represented by local and general manifestations of septic processes intraperitoneal (n = 30, 17.24%) and parietal septic complications (n = 27, 15.81%). More frequent postoperative complications in the first week after surgery: electrolytes disorders (66.66%), the fourth decade after surgery: septic complications. Emergency surgery: n = 74, 44.2%; 11,36% radical operations. This preoperative systemic inflammatory response syndrome and postoperative evolution led to the outbreak of the syndrome multiple organ failure, a predictor of postoperative lethality (p < 0.001). There were 37 (21.22%) postoperative deaths. Dehiscence of anastomosis line resulted in 100% mortality. **Conclusions:** Septic complications of colon surgery were 60% positive predictive value in producing postoperative deaths. **Key words:** surgery, colon, sepsis, morbidity, mortality

D78

**CRITERIUL ADENOPATIEI METASTATICE IN CANCERUL DE COLON****Paunescu V.<sup>1</sup>, Pop-Began D.<sup>1</sup>, Pop-Began Valentina<sup>1</sup>, Lisievici M.<sup>2</sup>**<sup>1</sup>-U.M.F. "Carol Davila", Clinica chirurgicala, Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni";<sup>2</sup>- Serviciul de Anatomie Patologica; Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni", Bucuresti

In studiul prospectiv a 126 pacienti cu cancer de colon (B = 70; 55,55 %, F = 56; 44,44 %), cu media varstei de 65,26 ani (limite 20-89 ani), majoritatea aflati in stadiul clinic III (n = 72; 57,14 %) si IV (n = 49; 38,89 %) cu tumori situate mai frecvent pe colonul stang (n = 86; 68,25 %) si mai ales, pe sigmoid (n = 64; 50,79 %), au fost operati in urgenta (n = 42; 33,33 %) sau electiv (n = 84; 66,66 %). Invazia in profunzimea peretelui colic (pT 3 = 49; 38,9 %; pT4 = 72; 57,1 %) a fost insotita de cresterea numarului de noduli limfatici regionali afectati (pN1 = 29; 23,0 %; pN 2 = 43; 34,1 %). Existenta anastomozelor limfatice, a cailor limfatice de scurtcircuitare, a invaziei venoase (n = 4; 3,17 %) explica metastazele limfatice la distanta (n = 8; 6,34 %) si a celor viscerale (PM1 = 49; 38,9 %). Invazia limfatica a fost favorizata de histiocitoza (n = 5; 9,37 %), hiperplazia foliculilor limfatici (n = 3; 2,38 %) si de gradul de diferentiere celulara a tumorii (G3 = 21; 16,66 %). Complicatiile postoperatorii au aparut doar la pacientii in stadiile clinice III (n = 11; 15,41 %) si IV (n = 15; 30,61 %). Postoperator s-au inregistrat 24 (19,04 %) decese, cele mai multe in tumorile din stadiul pT 4 (n = 18; 25 %). Supravietuirea corectata la cinci ani pentru pacientii cu adenopatie metastatica din stadiul III a fost de 33,57 %, diferit pentru TN1 sub 4 noduli limfatici si pentru TN2 – mai mult de 4 noduli limfatici. Concluzii: Prezenta adenopatiei metastatice are valoare informativa cruciala in aprecierea evolutiei postoperatorii precoce si tardive. Cuvinte cheie: cancer colon, adenopatie metastatica, morbiditate, mortalitate, supravietuire.

**METASTATIC LYMPH CRITERION FOR COLON CANCER**

In the prospective study of 126 patients with colon cancer (B = 70, 55.55%, F = 56, 44.44%), with an average age of 65.26 years (range 20-89 years), most are in stage clinical III (n = 72, 57.14%) and IV (n = 49, 38.89%) with tumors located more frequently in the left colon (n = 86, 68.25%) and especially the sigmoid colon (n = 64, 50.79%) were operated in emergency (n = 42, 33.33%) or elective (n = 84, 66.66%). Colic wall invasion depth (pT 3 = 49, 38.9%, pT4 = 72, 57.1%) were accompanied by an increase in the number of affected regional lymph nodes (pN1 = 29, 23.0%, pN 2 = 43, 34.1%). The existence of lymphatic anastomoses, bypass of the lymphatics, and venous invasion (n = 4, 3.17%) explain away lymphatic metastases (n = 8, 6.34%) and the visceral (PM1 = 49, 38.9 %). Lymphatic invasion was favored by histiocytosis (n = 5, 9.37%), hyperplasia of lymph follicles (n = 3, 2.38%) and degree of tumor cell differentiation (G3 = 21, 16.66%). Postoperative complications occurred only in patients in clinical stage III (n = 11, 15.41%) and IV (n = 15, 30.61%). Postoperatively there were 24 (19.04%) deaths, mostly in tumors of stage pT 4 (n = 18, 25%). Corrected to five years survival for patients with metastatic adenopathy of stage III was 33.57%, different for TN1: under 4 lymph nodes and for TN2: more than 4 lymph nodes. Conclusions: The presence of metastatic adenopathy is crucial in assessing the informational value of early and late postoperative evolution. Keywords: colon cancer, metastatic lymphadenopathy, morbidity, mortality survival.

D79

**CRITERIUL ADENOPATIEI METASTATICE IN CANCERUL DE COLON****Paunescu V. , Pop-Began D., Pop-Began Valentina, Lisievici M.**

U.M.F. "Carol Davila", Bucuresti

In studiul prospectiv a 126 pacienti cu cancer de colon (B = 70; 55,55 %, F = 56; 44,44 %), cu media varstei de 65,26 ani (limite 20-89 ani), majoritatea aflati in stadiul clinic III (n = 72; 57,14 %) si IV (n = 49; 38,89 %) cu tumori situate mai frecvent pe colonul stang (n = 86; 68,25 %) si mai ales, pe sigmoid (n = 64; 50,79 %), au fost operati in urgenta (n = 42; 33,33 %) sau electiv (n = 84; 66,66 %). Invazia in profunzimea peretelui colic (pT 3 = 49; 38,9 %; pT4 = 72; 57,1 %) a fost insotita de cresterea numarului de noduli limfatici regionali afectati (pN1 = 29; 23,0 %; pN 2 = 43; 34,1 %). Existenta anastomozelor limfatice, a cailor limfatice de scurtcircuitare, a invaziei venoase (n = 4; 3,17 %) explica metastazele limfatice la distanta (n = 8; 6,34 %) si a celor viscerale (PM1 = 49; 38,9 %). Invazia limfatica a fost favorizata de histiocitoza (n = 5; 9,37 %), hiperplazia foliculilor limfatici (n = 3; 2,38 %) si de gradul de diferentiere celulara a tumorii (G3 = 21; 16,66 %). Complicatiile postoperatorii au aparut doar la pacientii in stadiile clinice III (n = 11; 15,41 %) si IV (n = 15; 30,61 %). Postoperator s-au inregistrat 24 (19,04 %) decese, cele mai multe in tumorile din stadiul pT 4 (n = 18; 25 %). Supravietuirea corectata la cinci ani pentru pacientii cu adenopatie metastatica din stadiul III a fost de 33,57 %, diferit pentru TN1 sub 4 noduli limfatici si pentru TN2 – mai mult de 4 noduli limfatici. Concluzii: Prezenta adenopatiei metastatice are valoare informativa cruciala in aprecierea evolutiei postoperatorii precoce si tardive. Cuvinte cheie: cancer colon, adenopatie metastatica, morbiditate, mortalitate, supravietuire.

**METASTATIC LYMPH CRITERION FOR COLON CANCER**

In the prospective study of 126 patients with colon cancer (B = 70, 55.55%, F = 56, 44.44%), with an average age of 65.26 years (range 20-89 years), most are in stage clinical III (n = 72, 57.14%) and IV (n = 49, 38.89%) with tumors located more frequently in the left colon (n = 86, 68.25%) and especially the sigmoid colon (n = 64, 50.79%) were operated in emergency (n = 42, 33.33%) or elective (n = 84, 66.66%). Colic wall invasion depth (pT 3 = 49, 38.9%, pT4 = 72, 57.1%) were accompanied by an increase in the number of affected regional lymph nodes (pN1 = 29, 23.0%, pN 2 = 43, 34.1%). The existence of lymphatic anastomoses, bypass of the lymphatics, and venous invasion (n = 4, 3.17%) explain away lymphatic metastases (n = 8, 6.34%) and the visceral (PM1 = 49, 38.9 %). Lymphatic invasion was favored by histiocytosis (n = 5, 9.37%), hyperplasia of lymph follicles (n = 3, 2.38%) and degree of tumor cell differentiation (G3 = 21, 16.66%). Postoperative complications occurred only in patients in clinical stage III (n = 11, 15.41%) and IV (n = 15, 30.61%). Postoperatively there were 24 (19.04%) deaths, mostly in tumors of stage pT 4 (n = 18, 25%). Corrected to five years survival for patients with metastatic adenopathy of stage III was 33.57%, different for TN1: under 4 lymph nodes and for TN2: more than 4 lymph

nodes. Conclusions: The presence of metastatic adenopathy is crucial in assessing the informational value of early and late postoperative evolution.  
Keywords: colon cancer, metastatic lymphadenopathy, morbidity, mortality survival.

D80

## REZULTATUL TRATAMENTULUI CHIRURGICAL A BOLNAVILOR CU FISURA ANALA CRONICA

Andon Elvira, Panteleiciuc D.

SCM "Sf. Treime", mun. Chișinău

Fisura anala este una din patologiile frecvente a segmentului distal al rectului și constituie 10-11,7% din maladiile intestinului gros. Analizând literatura amplă cu descrierea metodelor de tratament chirurgical al fisurilor anale, deseori este dificil în selectarea procedeeleor chirurgicale de tratament. Material și metode Lucrarea se bazează pe analiza rezultatelor precoce și tardive a intervențiilor chirurgicale la 674 bolnavi cu fisuri anale cronice cu vârsta 18-84 ani. Bărbați au fost-253, femei-421. În 630 cazuri fisura a fost localizată pe semicircumferința posterioară a sfincterului anal, mai rar-35 cazuri pe cea anterioară, laterala-7 cazuri. Fisuri duble au fost la-2 bolnavi. La 237 bolnavi fisura anala a fost asociată cu hemoroizi. S-a efectuat examinarea clinică, de laborator și instrumentala-tușeu rectal, rectoromanoscopia fibrocolonoscopia și în unele cazuri irigoscopia. Rezultate Tabloul clinic a maladiei s-a manifestat cu dureri în canalul anal, mai frecvent după defecație, constipații, eliminări sangvinolente din rect după defecație. Tratamentul conservativ în multe cazuri nu este efectiv și atunci se recurge la tratament chirurgical. La toți pacienții s-a efectuat operația Gabriel modificare elaborată în clinică. Intervențiile chirurgicale la majoritatea pacienților sau efectuat cu anestezie combinată, la unii cu anestezie locală. Excizia fisurii anale cu sfincterotomia dozată a sfincterului anal intern s-a efectuat la toți bolnavii. În perioada postoperatorie precoce la 10 bolnavi a avut loc hemoragie din plaga, iar în perioada tardivă, s-a dezvoltat perirectita acută. Recidive a maladiei nu s-au înregistrat. Concluzii Datele analizate mai sus au arătat ca Excizia fisurii anale cu sfincterotomia dozată a sfincterului anal intern și suturarea mucoasei după metoda Gabriel modificată, elaborată în clinică este metoda mai eficientă în tratamentul chirurgical al fisurilor anale și a adus la însănătoșire în 97,5% cazuri.

## RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURE

Anal fissure is one of the most common pathologies of the distal segment of the rectum and it consists from 10 to 11.7% of the large bowel diseases. Analyzing the extensive literature, describing the methods of surgical treatment of anal fissures, it is often difficult to select the surgical procedures. Material and methods The study is based on an analysis of early and late results of surgery in 674 patients with chronic anal fissures aged from 18 to 84 years. Men were - 253, women - 421. In 630 cases, fissure was located on the posterior semi circumference of the anal sphincter, less - 35 cases at the anterior and in seven cases on the lateral one. Double fissures were in two patients. In 237 patients, anal fissure was associated with haemorrhoids. Clinical, laboratory and instrumental (rectal investigation, rectoromanoscopy, fibrocolonoscopy and in some cases irigoscopy) examinations were carried out. Results The clinical picture of the disease manifested with pain in the anal canal, most often after defecation, constipation, bloody eliminations from the rectum after defecation. In many cases, conservative treatment is not effective and then we resort to surgery. All patients underwent surgery Gabriel, modification, developed in the clinic. In most patients, surgical procedures were performed under combined anesthesia, and in some patients - under local one. All patients underwent dosed sphincterotomy of the internal anal sphincter. In 7 patients in late postoperative period, after 1 to 1.5 months after surgery, developed acute proctitis and bleeding from the wound in the early postoperative period occurred in 10 patients. In the early postoperative period, 10 patients were bleeding from wounds, and in the late postoperative period, after 1-1,5 months after surgery they developed acute proctitis which was treated appropriately. There were no recurrences of disease. Conclusions The data discusses above showed that excision of anal fissures, internal anal sphincter dosed sphincterotomy and suturing mucosa after Gabriel modified method, developed in the clinic is the most effective in the surgical treatment of anal fissures and brought healing in 97,5% patients.

D81

## TUMORA VOLUMINOASA NON-EPITELIALA D III - DIFICULTATI DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT

Lica I., Ciocoi Viorica, Florea Andreea, Stanciu Carmen, Radoi C, Lica M, Savu Adina

Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti

Se prezinta un caz clinic particular de tumora voluminoasa cadran abdominal superior drept, oligosimptomatice evidentiate imagistic incidental în contextul explorărilor pentru suspiciunea confirmată de litiaza veziculară, la pacienta relativ tânără (41 ani) fără antecedente semnificative. Explorarea ecografică nu poate preciza apartenența topografică a formațiunii (hipoecogenă, net conturată 4/5 cm). Tomografia sugerează apartenența pancreatică la nivelul procesului uncinat, structura neomogenă (solid-chistică) și dimensiuni 7/11 cm. Explorarea intraoperatorie permite stabilirea originii tumorii la nivelul D III, la dreapta pediculului mezenteric superior. Opțiunea terapeutică a constat în disecția tumorii fără sacrificii tisulare semnificative și rezecția bazei de implantare la nivelul D III cu endoGIA (cartus alb). Examenul histopatologic atestă originea non-epitelială a tumorii. Evoluție postoperatorie simplă.

## LARGE DUODENAL NONEPITHELIAL TUMOR – DIAGNOSTIC AND TREATMENT DIFFICULTIES

We present a particular case of a large right upper quadrant mass, incidentally found on imaging studies used for confirming gallstone disease, in a relatively young patient (41 of age) with minimal presenting features and no past medical or surgical history. The US scan cannot point out the origin of the mass (4/5 cm, hypoechoic, circumscribed margins). The CT scan suggests it arises from the uncinat process of the pancreas (7/11 cm, inhomogeneous, solid-cystic architecture). Intraoperative findings show third part of the duodenum as the originating tissue, right of the superior mesenteric artery. The therapeutic option is tumor resection with minimal duodenal tissue sacrifice, using endoGIA stappler. Histological examination attests nonepithelial origin of the tumor. Uncomplicated postoperative evolution.

D82

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL MINIINVAZIV AL PACIENȚILOR

Hotineanu V., Hotineanu A., Bendelic V., Timis T., Palii L., Ferdohleb A.

Catedra 2 chirurgie, USMF „N. Testemițanu”

**Cuvinte cheie.** Dolicosigmă, colostaza, laparoscopie. **Introducere.** Suferințele majore ale bolnavilor cu colostază cronică determină adresabilitatea crescută către instituțiile medicale. Medicația conservativă aplicată acestor bolnavi deseori este inefecace. Studiul nostru relevă analiza comparativă a rezultatelor intervențiilor chirurgicale clasice versus cele miniinvasive la pacienți cu colostaza cronică. Scopul lucrării. Efectuarea unui studiu comparativ al eficacității tratamentului chirurgical tradițional și miniinvasiv al pacienților cu dolicosigmă complicată cu colostaza cronică. **Material și metode.** În perioada anilor 2000-2010 în clinica 2 chirurgie au fost internați și tratați chirurgical 107 pacienți cu dolicosigme. Raportul dintre bărbați și femei a fost de 1:6, iar vârsta medie a pacienților a constituit 43 ani. Rezecția laparoscopică a sigmei s-a realizat în 11 cazuri (10,3%). **Rezultate.** Au fost comparate rezultatele postoperatorii la pacienții operați tradițional (lotul 1) versus bolnavii supuși intervențiilor miniinvasive (lotul 2). Durata spitalizării pacienților primului lot a constituit 13,4 zile, față de 5,6 zile pentru pacienții operați laparoscopic. Metoda aplicată la bolnavii lotului 2 a impresionat prin aspectul estetic, perioada postoperatorie ușoară și rezultatele funcționale bune. **Concluzii.** Dolicosigma refractară la medicația conservativă rămâne a fi indicație pentru tratament chirurgical, iar rezecția laparoscopică a sigmei cu anastomoza termino-terminală „hand asistent” fiind preferabilă celei clasice.

## SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS

**Key words.** Dolicosigma, cholestasis, laparoscopy. **Introduction.** Major sufferings of patients with chronic cholestasis draw a high addressing to medical institutions. Nonsurgical treatment applied to these patients shows being inefficient. Our study reveal the comparative analysis of the results between classic surgical treatment and endoscopic one at patients with chronic cholestasis. **Work purpose.** Create a comparative study of treatment efficiency between traditional and endoscopic surgical treatment at patients with dolicosigma complicated with chronic cholestasis. **Methods and Material.** In period of 2000-2010 years the 2-nd surgical department treated 107 patients with doligosigmas. The ratio between men and women was 1:6 and the average age of patients was 43 years. Laparoscopic resection of sigma was realized in 11 cases (10.3%). **Results.** Postoperative results of patients after traditional treatment (group 1) were compared with postoperative results of endoscopic treated patients (group 2). The average hospitalisation time of patients from 1-st group was for 13,4 days, comparative to 5,6 days of patients from 2-nd group. The method applied on patients from 2-nd group impressed by its aesthetic aspect, a slightly postoperative period and good functional results. **Conclusions.** Dolicosigma that can't be treated in nonsurgical way remains to be an indication for surgical treatment, but laparoscopic resection of the sigma with termino-terminal anastomosis "hand assistant" is preferable to the classic one.

D83

## CANCERUL COLO-RECTAL - FACTORI DE PROGNOSTIC

Strambu V., Radu P., Bratucu M., Iorga C., Stoian S., Garofil Dragos, Pescu Cristina, Georgescu V., Popa F.

Sp Sf Pantelimon Bucuresti

**Introducere:** În cancerul colorectal, față de factorii de prognostic clinici și histopatologici, factorii biologici, printre care se numără markerii tumorali, ADN-ploidia și markerii moleculari (genetici), oferă informații foarte utile în ceea ce privește prognosticul de supraviețuire, și de recidivă după o intervenție chirurgicală, rata de mortalitate și răspunsul la tratamentul adjuvant. Acești factori pot explica cauza heterogenității moleculare și genetice a cancerului colorectal și variabilitatea marcată de rezultate obținute în fiecare etapă TNM de tratament, care depinde în multe cazuri de genotipurile tumorale care dictează comportamentul lor și nu doar de criteriile histopatologice. **Material și metoda:** În cadrul studiului efectuat în clinica noastră, pe o perioadă de 5 ani am încercat să evidențiem valoarea factorilor biologici de prognostic în cancerul colorectal, și de a demonstra rolul important al acești factori în estimarea ratei supraviețuirii, dar și a recidivelor precoce sau, în unele cazuri, a rezistenței la chimioterapie. Cea mai importantă componentă a acestor factori rămân markerii moleculari tumorali. **Rezultate:** Dintre markerii de încărcare tumorală nivelul seric preoperator crescut al ACE semnifică creșterea riscului de recidivă neoplazică și reducerea speranței de supraviețuire. Aneuploidia celulelor tumorale ar avea aceeași semnificație. **Concluzii:** Deși pentru studierea lor sunt necesare tehnici moderne și costisitoare, markerii moleculari tumorali au un rol din ce în ce mai apreciat de către cercetători atât în estimarea riscului de recidivă și diseminare neoplazică cât și a ratei de răspuns la tratamentul adjuvant. Se



estimează că studierea profilului molecular/genetic al tumorilor colorectale va dicta în viitor deciziile terapeutice de urmat. Cuvinte cheie: cancerul colorectal, markeri moleculari, factori de prognostic

## PROGNOSTIC FACTORS IN COLORECTAL CANCER EVOLUTION

Background. This paper tries to evaluate prognostic value of various pre and post-operative colorectal cancer markers. Material and methods. In the study conducted in our clinic over a period of five years we tried to emphasize the biological factors of prognostic value in colorectal cancer, and to demonstrate the important role of these factors in predicting survival, but also of early relapse or, in some cases, resistance to chemotherapy. Most important component of these factors remains molecular tumor markers. Results. Of the markers of tumor load increased preoperative serum levels of carcinoembryonic antigen (CEA) means increased risk of neoplastic recurrence and reducing survival expectancy. Aneuploidy tumor cells would have the same importance. Conclusions. Although for their study modern and expensive techniques are necessary, molecular tumor markers have an increasingly role appreciated by researchers both in estimating the risk of relapse and neoplastic dissemination and the response rate to adjuvant treatment. It is estimated that the study of molecular/genetic profile of colorectal tumors in the future will dictate therapeutic decisions ahead.

D84

## FALS ABDOMEN ACUT CU IMPLICATII MEDICO-LEGALE

Ghiur M., Ghiur Luminița, Zbucnea A.

Spit. CF 2

Bolnvl A.M. de 26 de ani se interneaza in garda pentru dureri abdominale, greturi urmate de varsaturi, stare subfebrila. Analizele de urgenta consemneaza doar o leucocitoza de 8000. Se pune diagnosticul de apendicita acuta si se practica in urgenta apendicectomie. Intraoperator, aspectul morfopatologic al apendicelui nu justifica simptomatologia bolnavului (fig. 1). Postoperator, starea generala se agraveaza brutal, instalandu-se un sindrom de ocluzie intestinala. Considerandu-se o complicatie postoperatorie, se reintervine in a 4-a zi de evolutie nefavorabila. Intraoperator nu se constata decat un ileus dinamic si ingrosarea apreciabila a mezenterului. S-a practicat ileostomie de degajare (fig. 2). Evolutie postoperatorie nefavorabila. Se instaleaza acelasi sindrom de ocluzie intestinala. Starea bolnavului devine critica. Transfer la Clinica de chirurgie Spitalul Floreasca. Dupa o reevaluare clinica si paraclinica se practica o noua reinterventie chirurgicala pentru acelasi sindrom de ocluzie intestinala, cand se constata un mezenter mult ingrosat, de 8-10 cm, si staza in circulatia portala (fig. 3). Evolutia postoperatorie este grava cu deces in a 5-a zi prin stop cardio-respirator. Cazul este trimis direct la Institutul de Medicina Legala pentru malpraxis intr-o operatie de apendicectomie. Dupa 60 de zile, concluzia IML: Sindrom Budd-Chiari prin ingestie de alcool metilic, producand o endoflebita ocluziva pe venele suprahepatice cu bloc posthepatic ce a dezvoltat o forma maligna de hipertensiune portala cu evolutie letala.

## FALSE ACUTE ABDOMEN WITH MEDICAL - LEGAL IMPLICATIONS

The patient A.M., 26 years old, is urgently hospitalized for abdominal pains, nausea followed by eructation, subfebrile temperature. The emergency analyses show only a leukocytosis of 8000. It is diagnosed as acute appendices and it is practiced an appendectomy. During surgery, the morpho-pathological aspect of the appendix does not justify the symptomatology of the patient. (Figure 1). After surgery, the general state was brutally exasperated, with the syndrome of intestinal occlusion. Being considered a post-surgery complication, it shall be intervened in the forth day of unfavorable evolution. During surgery, it is not observed nothing but a dynamic ileus and the severe swelling of mesentery. It was practiced ileostomy of release. (Figure 2). Unfavorable post-surgery evolution. It is observed the same syndrome of intestinal occlusion. The physical state became critical. Transfer to the Surgery Clinic, Floreasca Hospital. After a clinical and paraclinical reevaluation it is practiced a new surgical intervention for the same syndrome of intestinal occlusion and it is observed a thicker mesentery, of 8-10 cm, and stasis in portal circulation (Figure 3). Post - surgery evolution is critical with death in the fifth day, by cardiopulmonary arrest. The case is sent directly to the Institute of Forensic medicine for malpractice in appendectomy surgery. After 60 days, the IML conclusion: syndrome Budd-Chiari by ingestion of methyl alcohol, producing an occlusive endophlebitis on the suprahepatic veins with post-hepatic blocks which developed a malign form of portal hypertension with lethal evolution.

D85

## CONSIDERAȚII CLINICO-TERAPEUTICE ASUPRA UNUI CAZ RAR DE OCLUZIE INTESTINALĂ

Darii E.

Clinica Chirurgie II, Târgu Mureș

Introducere: Ocluzia intestinală reprezintă 20% din totalul cazurilor de abdomen acut chirurgical din România. Cunoaștem 4 tipuri majore de cauze: sindrom aderențial peritoneal post-operator, tumori intestinale, volvulus intestinal, hernii sau evențații abdominale strangulate. Herniile abdominale interne (paraduodenale, transmezenterice, pericecale, intersigmoidiene, paravezicale) reprezintă 0,2%-0,4% din toată patologia herniară. Material și metodă: Vom relata cazul unei paciente internate în urgență cu abdomen acut chirurgical și semne de ocluzie intestinală. Pacienta în vârstă de 21 ani

acuza dureri abdominale, grețuri, vărsături, absența tranzitului intestinal de 8 ore. Clinic: apărare musculară la palpare, mai accentuată peri-ombilical; imagistic: câteva nivele hidroaerice mici peri-ombilical. Se practică laparotomie exploratorie, se constată înglobarea intestinului subțire începând de la Treitz și până la joncțiunea ileocecală într-un sac peritoneal separat, adițional; intestinul gros (cecul, colonul ascendent, transversul cu epiplonul, descendentul și sigmoidul) având o topografie normală în jurul acestei punți peritoneale. Ultima avea un defect de aproximativ 1,5 cm diametru aproape de joncțiunea ileocecală prin care a ieșit o ansă de ileon terminal, fiind strangulată la acest nivel, dar viabilă. În rest organele cavității peritoneale și a spațiului retroperitoneal cu aspect și topografie normală. S-a practicat excizia pe circumferință a acestui sac în care se conținea tot intestinul subțire, considerându-se un defect congenital, astfel jejunul și ileonul au luat o poziție normală în cavitatea peritoneală. Concluzie: Herniile abdominale interne sunt o entitate chirurgicală întâlnită mai rar, din acest motiv am considerat importantă aducerea la cunoștință a acestui caz care deocamdată nu suntem siguri în ce categorie din clasificarea herniilor abdominale interne se poate încadra, fiind un defect congenital, care s-a manifestat la vârsta de 21 ani.

## CLINICAL AND TREATMENT ASPECTS OF A RARE CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION

**Introduction:** Intestinal obstruction represents 20% from all cases of acute abdomen in our country. There are 4 major causes: postoperative adhesions, intestinal tumors, intestinal torsion and strangulated hernias. Internal abdominal hernia represents 0.2-0.4% of all types of hernias. **Materials and methods:** It is a case of a 21 years old woman admitted in the emergency department with clinical signs of acute abdomen and intestinal obstruction. She complained of abdominal pain, nausea, vomiting and absence of intestinal transit for about 8 hours. Physical examination revealed acute pain with muscular involuntary guarding, especially in the mid-abdominal area. Upright roentgenogram of the abdomen showed some small air-fluid levels periumbilically. No previous operation. Pregnancy test was negative. It was performed an exploratory laparotomy. Intraoperatory we found that the small bowel from the Treitz till the ileocecal valve was in an additional hernial sac. Near the ileocecal valve the sac had a defect and through it the part of the ileum herniated, being strangulated, but viable. The large bowel and the organs of the abdominal cavity had a normal aspect and position. The entire sac was removed, being considered a hereditary defect. The bowels took the normal position in the peritoneal cavity. Postoperative course was simple. **Conclusion:** Internal hernias are extremely rare surgical entities and are diagnosed only when became complicated especially with intestinal obstruction. Our duty was to report this case because we are not sure how to classify this type of hernia; this hereditary abnormality which was silent till the age of 21.

---

## CHIRURGIA ONCOLOGICA

E86

### STRATEGIA CHIRURGICALĂ A CANCERULUI PELVIN LOCAL AVANSAT

Mitulescu G., Stîngu C., Glück G., Boleac N., Pahomea I.

Institutul Clinic de Boli Digestive și Transplant Hepatic Fundeni, București, România

Multe dintre cancerelor pelvine (cca.10%) pot evolua cu invazie masivă locală, fie inițial fie ca recidivă și pot rămâne limitate numai în pelvis. În această situație, creșterea necontrolată a tumorii poate determina invazia unor părți sau chiar a tuturor structurilor și organelor pelvine în absența metastazării la distanță. Această evoluție poate cuprinde o perioadă nedefinită de timp, dar de multe ori suficientă pentru a putea interveni terapeutic. Acest tip particular de evoluție poate fi întâlnit în egală măsură la toate cancerelor aparținând organelor pelvine și pelvi-perineale, indiferent de tipul histologic al acestora și poate fi corelată cu vascularizația, factor decisiv pentru creșterea tumorală și care este extrem de bine reprezentată în pelvis, țesutul conjunctiv subperitoneal, abundent reprezentat în pelvis și care poate constitui o cale relativ rapidă în progresia locală a tumorii și cu comunicarea cu exteriorul prezentă la toate organele pelvine și care sunt astfel potențial infectate, activitatea imună activă din pelvis putând explica metastazarea tardivă. În cazul unei invazii tumorale locale masive iradierea și chimioterapie nu pot fi efective sau pot genera o serie de complicații specifice. În aceste circumstanțe singura opțiune cu intenție curativă rămâne intervenția chirurgicală, în sensul rezecției complete a țesutului neoplazic. În cazul unor tumori extrem de agresive și abordul lor chirurgical va fi în consecință extrem de agresiv și chiar mutilant, având în vedere necesitatea extirpării unor părți, sau unor organe sau chiar a tuturor organelor pelvine în scopul ablației tumorale complete, singura șansă de vindecare pentru acești pacienți. Este analizată experiența personală a 213 Exenterații pelvine totale (EPT) practicate pentru cancer pelvine local invazive, cu punctul de plecare la nivelul colului uterin-125 cazuri, rectului-48 cazuri, vaginului-11 cazuri, endometriului-11 cazuri, ovarului-9 cazuri, vezicii urinare-3 cazuri, vulvei-2 cazuri, retroperitoneului -2 cazuri, prostatei și miometrului - câte 1 caz, la 173 femei și 40 bărbați cu vârste cuprinse între 21 și 78 de ani, marea diversitate a neoplaziilor impunând aceeași intervenție terapeutică: EPT. 71 cazuri (33,3%) au fost neoplazii cu invazie masivă inițială și 142 (66,7%) au fost recidive local invazive ale unor cancer anterior operate. 176 au fost rezecții radicale, restul de 37 rămânând paliative. În 78 cazuri, EPT a fost extinsă lateral. Au fost adăugate diverse rezecții osoase parțiale – sacru, pubis, coccis - (EPT compozită) în 24 cazuri. În unele cazuri, situația locală a impus practicarea unor procedee chirurgicale adiționale (rezecții de nerv obturator-28, rezecții enterale- 37, sigmoidectomie- 15, hemicolectomie drepte-26, operații complexe de ovar-3, nefrectomie-9, ligaturi deliberat de ureter- 27, metastazectomie hepatică-4, evidări limfoganglionare lomboaortice-48, etc. În 125 cazuri au fost adăugate proceduri reconstructive: conținție perineală cu plasă-8, lambou omental-72, lambou muscular sau musclocutan gracilis-9, drept abdominal-53 și lambouri multiple-15, reconstrucții vaginale totale-29 (gracilis bilateral-3 și drept abdominal-26), diversie urinară continentă-23. Toți pacienții au supraviețuit actului operator dar s-au înregistrat 17 decese postoperatorii (7,98%). 97 din cei 213 de pacienți (45,53%) au prezentat 1 sau mai multe complicații, cu o medie de 1,5 per pacient, 52 dintre aceștia (24,41%) necesitând reintervenții. Supraviețuirea medie a fost 49,07 luni, rata medie de supraviețuire de 55 luni și supraviețuirea estimată la 11 și 78 luni de 68,49%, respectiv 48%. Comparând supraviețuirea după EPT în diversele varietăți de cancer pelvine local avansate au fost înregistrate date similare, ceea ce demonstrează evoluția, abordul terapeutic și prognosticul similar, indiferent de punctul de plecare inițial al tumorii. Supraviețuirea a fost compartă cu un lot de 69 pacienți cu cancer pelvin avansat, neoperați datorită invaziei pelvine osoase, a diseminării minime extrapelvine sau care nu au consimțit la practicarea unei intervenții cu consecințe atât de mutilante. Niciunul dintre acești pacienți, tratați prin chimioterapie, nu a supraviețuit mai mult de 11 luni, ceea ce demonstrează că EPT reprezintă ultima șansă pentru acest gen de bolnavi. Procedul este indicat în absența invaziei masive a peretelui pelvin și a diseminărilor secundare la distanță. EPT poate prelungi semnificativ durata de viață și poate îmbunătăți considerabil calitatea vieții.

### SURGERY OF THE ADVANCED PELVIC CANCER

Many of pelvic cancers (~10%) may evolve with massive local invasion, initial or whether relapse and remain confined to the pelvis. In this situation, can cause uncontrolled growth of tumor invasion of part or all pelvic structures and organs in the absence of metastatic distance. This development may include an indefinite period of time, but often enough to intervene therapeutically. This particular type of development can be met equally to all pelvic organs and pelvic cancers belonging- perineal, regardless of their histology and can be correlated with vascularization, tumor growth decisive factor which is extremely well represented in the pelvis, subperitoneal connective tissue, abundantly represented in the pelvis and can be a relatively quick way in local tumor progression and communication with the outside present in all pelvic organs, their are thus potentially infected, immune activity can explain the pelvis active late metastasis. If a massive invasion of local tumor, irradiation and chemotherapy can not be effectively or generate a specific set of complications. In these circumstances the only option with curative intent remains surgery, complete resection of the purposes of neoplastic tissue. In the case of highly aggressive tumors and their surgical approach will therefore be very aggressive and even mutilated, given the need for extirpation of parts or organs, or even of all pelvic organs for tumor ablation complete, the only chance of cure for these patients. It examined the personal experience of 213 total pelvic exenterations (TPE) practiced for local pelvic cancer invasive to the point of departure to the cervix - 125 cases , the rectum - 48 cases , vagina -11 cases, endometrial -11 cases, ovary -9 cases , bladder -3 cases, the vulva -2 cases, retroperitoneal -2 cases, prostate and myometrium, 1 case each, to 173 women and 40 men aged between 21 and 78 years. The great variety of malignancies requiring the same therapeutic intervention: TPE. 71 cases (33.3%) were cancers with massive initial invasion and 142 (66.7%) were local recurrences of invasive cancers of the previously operated. 176 resections were radical, the remaining 37, palliative. In 78 cases, EPT was extended laterally. Were added various partial bone resection - sacred, pubis, coccyx - ( Composite TPE) in 24 cases. In some cases, local conditions of practice imposed additional surgical procedures (resection of the obturator nerve-28, 37 enteral resection, sigmoidectomy-15, right hemicolectomy -26, 3 ovarian complex operations, nephrectomy-9, deliberately ligatures of uretery 27 , liver metastasectomy -4, lumbo-aortic lymphadenectomy -48, i.e. In 125 cases have been added reconstructive procedures: Content perineal purse-8, 72 omental flap, gracilis flap muscle or musclocutan -flap- 9, rectus abdominis flap - 53, multiple abdominal flaps-15, total vaginal reconstruction-29 (bilateral gracilis-3 and rectus abdominis-26), continent urinary diversion-23. All patients survived operator act but there were 17 postoperative deaths (7.98%). 97 of the 213 patients (45.53%) had 1 or more complications, with an average of 1.5 per patient, 52

of them (24.41%) requiring reinterventions. Average survival was 49.07 months, the average survival of 55 months and estimated survival at 11 and 78 months of 68.49% and 48%. Comparing the survival after TPE in different varieties of pelvic locally advanced cancer were recorded similar data, which shows similar progress, address therapeutical and prognosis, regardless of the point of departure of the tumor. Survival was compared to only a group of 69 patients with cancer pelvic advanced unresectable due to invasion of the pelvic bone, dissemination of minimum extrapelvine or not consented to engage in an intervention with consequences so mutilated. None of these patients treated with chemotherapy, did not survive more than 11 months, which shows that TPE is the last chance for this kind of sick. The procedure is indicated in the absence of massive invasion of pelvic wall and releases the remote side. TPE can significantly prolong life and improve quality of life.

## E87

### TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR CU TUMORI ADRENALE

Hotineanu V, Bujac M., Hotineanu A., Cucu I.

USMF "N. Testemitanu", Catedra Chirurgie nr 2

Introducere. Conform datelor OMS ponderea tumorilor suprarenale constituie 0,6%. Conduita terapeutică și chirurgicală a acestor pacienți depinde de natura acestora, dimensiunile și rezultatele analizelor histologice, respectând criteriile de diagnostic și tratament pre- și postoperatoriu. Scopul lucrării - aprecierea particularităților clinico-paraclinice și elaborarea tratamentului contemporan al pacienților cu tumori suprarenale. Material și metode. Studiul este bazat pe un lot ce cuprinde 116 pacienți tratați în Clinica Chirurgie nr.2, USMF „N.Testemitanu” pe parcursul anilor 1996-2011, din care 20(26,72%) cu aldosterom, 15(12,93%) cu corticosterom, 16(13,79%) cu feocromocitom, 10(8,62%) cu androsterom și 44(37,93%) cu tumori hormonal-inactive. Raportul pe sexe indică predominarea sexului feminin (85 de bolnave, 73,28%) față de cel masculin (31 pacienți, 26,72%), vârsta medie constituind  $36,7 \pm 1,3$  ani. Prin abord laparoscopic au fost operați 34(29,31%), prin abord deschis- 82(70,68%) bolnavi. Rezultate. S-a propus un algoritm contemporan de diagnostic în baza căruia s-au stabilit indicațiile pentru tehnicile adrenalectomiei. În adrenalectomia deschisă s-au constatat: complicații intraoperatorii - 6(7,3%) cazuri, în adrenalectomii laparoscopice - 0 cazuri; complicații postoperatorii în AED - 7 (7,6%) cazuri, în AEL - 1 (1,09%) cazuri, pierderi sanguine în AED -  $350 \pm 50$ ml, în AEL -  $80 \pm 10$ ml; durata spitalizării după operație în AED - 7 (5-16) zile, în AEL - 3 (3-4) zile; necesitatea postoperatorie a opioidelor în AED - 2 (1-3) zile, AEL - 0,5 zile. Conform valorilor postoperatorii ale TA, rezultate bune s-au înregistrat la 18(46,15%) bolnavi, satisfăcătoare s-au atins la 20 (51,28%) bolnavi; iar rezultate nesatisfăcătoare - la 1 (2,56%) pacient. Concluzii. Rezultatele obținute demonstrează corectitudinea programului propus de diagnostic și tratament chirurgical al bolnavului cu formațiuni de volum suprarenale, iar alegerea corectă a accesului chirurgical în adrenalectomie este imperativă pentru reducerea traumatismului intraoperatoriu și reabilitarea mai curândă a pacienților adrenalectomiizați, AEL fiind prioritară atât din punct de vedere chirurgical, cât și socioeconomic. Cuvinte-cheie: formațiune de volum suprarenală, aldosterom, corticosterom, feocromocitom, adrenalectomie.

### THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ADRENAL TUMORS

Introduction. Recording WHO data, the adrenal tumors represent 0,6 % from all tumors. The surgical approach and therapy depends on nature of them, and histological results, without miss the diagnostic criteria and pre- and postoperative treatment. The goal of the study was appreciation of the clinical particularities and to propose a modern surgical treatment to the patients with adrenal tumors. Material and methods. The article is based on a study which included 116 patients treated in Clinic of Surgery 2 of State Medical University "N. Testemitanu" during the period of 1996-2011 years, 20(26,72%) of them were with aldosteromas, 15(12,93%) with corticosteromas, 16(13,79%) pheochromocytomas, 10(8,62%) with androsteromas and 44(37,93%) patients with non-active tumors. The sex ratio demonstrated female predomination (85 patients, 73,28 %) versus male (31 patients, 26,72%), the age  $36,7 \pm 1,3$  years. Were performed adrenalectomy by transabdominal approach in 82(70, 68%) cases, laparoscopic adrenalectomy in 34(29, 31%) cases. Results. A contemporary diagnostic algorithm was proposed which established the indications for adrenalectomy techniques. In open adrenalectomia there were operative complications in 6(7,3%) cases, in laparoscopic adrenalectomia - 0 cases; postoperative complications were established in OAE - 7 (7,6%) cases, in LAE - 1 (1,09%) cases; blood loss in OAE -  $350 \pm 50$ ml, in LAE -  $80 \pm 10$ ml; the length of hospital stay in OAE - 7 (5- 16) days, in LAE - 3 (3-4) days, postoperative pain medication in OAE - 2 (1-3) days in LAE - 0,5 days. Good results were assessed in 18 (46,15 %) patients, satisfactory results were achieved in 20(51.28%) patients, and unsatisfactory results at 1 (2.56%) patient. Conclusions. The results demonstrate the correctness of the proposed program of diagnosis and surgical treatment of the patient with adrenal tumors, it is very important to select the correct surgical approach for adrenal removed to minimize the operative trauma and quicker return to normal activity of patients, and laparoscopic approach is preferred by surgical and economical point of view. Key words: volume formation of adrenal gland, aldosteromas, androsteromas, corticosteromas, pheochromocytomas, adrenalectomy.

E88

## APORTUL PROCEDEELOR CHIRURGICALE ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL CANCERULUI MUCOASEI CAVITĂȚII BUCALE

Clipca A., Țibîrnă Gh., Darii Valentina, Clipca Ivana, Ciorici V.

IMSP Institutul Oncologic

Morbiditatea prin cancer al mucoasei cavității bucale în Republica Moldova constituie cca 2,5 – 2,8%<sup>000</sup>, anual fiind diagnosticate 85-90 cazuri primare de îmbolnăvire. Necătând la aceste cifre modeste, ponderea bolnavilor depistați în stadii avansate constituie 80-90%, iar mortalitatea atinge indicii de 2,0 – 2,3%<sup>000</sup>. Scopul studiului este majorarea supraviețuirii bolnavilor cu cancer al mucoasei cavității bucale. Pentru realizarea lui se preconizează perfecționarea metodei chirurgicale de tratament pentru a fi aplicată ca primă etapă în cadrul tratamentului combinat. La fel se planifică perfecționarea metodei crio-chirurgicale și a chimioterapiei regionale intraarteriale, care de rând cu radioterapia și chimioterapia sistemică vor constitui elementele de bază a tratamentului complex. O atenție deosebită se va acorda reabilitării chirurgicale (funcțională și estetică), prin utilizarea diverselor tipuri de plastie și protezării bolnavilor cu defecte a rebordului alveolar, palatului dur, planșeului bucal, etc. Motivarea inițierii studiului este marcată de rezultatele modeste a tratamentului aplicat la momentul actual, rata înaltă a mortalității bolnavilor de cancer al mucoasei cavității bucale. Performanța cercetării este estimată de aplicarea unei tactici noi active, diferită de cea de limitare doar la tratamentul terapeutic, ce va constitui dintr-o acțiune multimodală cu accentul pe eliminarea tumorii primare prin procedeu chirurgical, criodestructiv sau prin chimioterapie regională intraarterială, indiscutabil fiind completeate în programul complex cu radioterapia sau și chimioterapia sistemică. Aplicarea tacticii noi complexe de tratament are drept scop nu doar sporirea ratei de supraviețuire a bolnavilor cu cancer al mucoasei cavității bucale, dar și asigurarea unui nivel decent al calității vieții.

### CONTRIBUTION OF SURGICAL PROCEDURES IN TREATMENT OF THE ORAL CAVITY CANCER

The morbidity of cancer of mouth mucosa in the Republic is about 2.5 to 2.8 %<sup>000</sup>, about 85 to 90 cases is annually diagnosed, by primary disease. Although these modest index, the proportion of patients diagnosed in advanced stages is 80-90%. This leads to a high mortality rate, reaching indices from 2.0 to 2.3 %<sup>000</sup>. Aim is increased survival of patients with cancer of the oral mucosa. To achieve the expected improvement of surgical treatment method to be applied as a first step in the combined treatment. The same method criosurgical improvement plans and regional intraarterial chemotherapy, which together with radiotherapy and systemic chemotherapy will be the basic elements of complex treatment. Particular attention will be given to surgical rehabilitation (functional and aesthetic), using various types of plastic prosthesis for patients with alveolar defects, hard palate, floor of the mouth, etc. Reasons for initiation of the study is marked by poor results of treatment of the currently high mortality rate for cancer of the lining of the mouth. Research performance is estimated by applying new tactics assets, other than simply limiting the therapeutic treatment, which will constitute a multimodal action with emphasis on primary tumor removal by surgical procedure, cryosurgery, regional or intra-arterial chemotherapy undoubtedly be filled in complex program with radiotherapy and/or systemic chemotherapy. Application of new complex treatment tactics aimed at not only increasing the survival rate of patients with cancer of the oral mucosa, but also providing a decent quality of life.

E89

## PARTICULARITĂȚILE CLINICE, PARACLINICE SI EVOLUTIVE LA DIFERITE TIPURI DE CANCER GASTRIC

Mednicov Lorena, Donscaia Ana, Ghidrim N. , Coșciug G., Antoci Lilian, Codrean Lilia

Institutul Oncologic RM Chișinău

Tipul intestinal și tipul difuz de cancer gastric descris în 1975 de Lauren, diferă esențial după evoluția bolii. Scopul lucrării constă în studierea particularităților clinice, paraclinice și de evoluția maladiei la bolnavii cu diferite tipuri de cancer gastric. Materialul clinic și metodele explorării: S-au studiat datele clinice și rezultatele explorării paraclinice la 320 bolnavi cu cancer gastric (240-de tipul intestinal și 80 de tipul difuz) tratați în secția gastrologie în anii 2008-2010. S-a efectuat fibrogastroscopia cu biopsie, ecografia abdomenului, tomografia computerizată (20 bolnavi), laparoscopie de diagnostic. Rezultatele obținute și discuții: S-au studiat particularitățile evoluției bolii în dependență de tipul cancerului gastric. S-a constatat afectarea metastatică a ficatului la bolnavii cu tipul intestinal mai frecvent decît cu tipul difuz (15 și 3 bolnavi corespunzător). Canceromatoza peritoneală în special a bazinului mic, depistată prin laparoscopie de diagnostic sau laparatomie este caracteristică pentru tipul difuz de cancer gastric (15 și 35 bolnavi). Afectarea ganglionilor limfatici regionali se depistează în ambele tipuri. Rezultatele obținute a permis elaborarea algoritmului de diagnostic în dependență de tipul cancerului. Concluzii: 1. Bolnavii cu adenocarcinom (cancer tip intestinal) al stomacului necesită efectuarea ecografiei abdominale și tomografiilor computerizate, pentru aprecierea răspîndirii procesului. 2. Bolnavii cu cancer tip difuz sau nediferențiat necesită efectuarea laparoscopiei de diagnostic.

### THE CLINICAL, LABORATORY AND EVOLUTIVE PECULIARITIES IN DIFFERENT TYPES OF GASTRIC CANCER

Lauren's classification (1975) of the different types in the stomach cancer shows the disease evolution particularities. The data of the clinical explorations results in 240 patients with intestinal type and 80 patients with diffuse type of the stomach cancer have been studied. The diagnosis algorithm elaboration, is based on disease evolution particularities. The obtain results would led to investigations member reducing.

E90

## UTILIZAREA ANASTOMOZELOR TERMINO-LATERALE ÎN CHIRURGIA TUMORILOR TRACTULUI DIGESTIV

**Donscaia Ana, Burian N., Mednicov Lorena, Antoci L., Catrinici V., Coșciug Gurie, Ghidirim N.**

*Institutul Oncologic, RM, secția gastrologie*

Tratamentul chirurgical în tumorile tractului digestiv se menține prioritar și permite supraviețuirea pacienților. Pe parcursul a 20 ani în secția gastrologie a Institutului Oncologic s-a modificat radical tehnica intervențiilor chirurgicale, s-au schimbat concepțiile intervențiilor chirurgicale, varietatea de aplicare a anastomozelor, ce a permis diminuarea complicațiilor postoperatorii. Timp îndelungat aplicarea anastomozelor esofago-jejunale se soldau cu rată sporită de dehiscență și ulterior cu complicații letale. În clinica de gastrologie am împărțit lucrul efectuat în 2 perioade la bază punind nu factorul de timp, dar calitatea aplicării variantelor de anastomoză, în gastrectomii și rezecții polare superioare. Prima etapă cuprinde anii 1989-1998. În perioada respectivă au fost efectuate 243 de gastrectomii și rezecții polare superioare, cu aplicarea anastomozelor termino-terminale. Etapa a doua cuprinde anii 1999-2008. În acest interval de timp sau efectuat 268 de operații, analogice cu aplicarea anastomozelor termino-laterale. Tendința generală - diminuarea complicațiilor postoperatorii, în dependență de aplicarea anastomozelor. Deosebirile între indicii letali constituie 14,7% și 2,3% - statistic veridice. Complicațiile postoperatorii în prima și a doua perioadă au constituit 28,6% - 14,1%. În perioada respectivă complicațiile de rang terapeutic-practic fără varietăți. Analiza efectuării tratamentului chirurgical comparativ, pe perioada de 20 de ani, ne demonstrează o scădere considerabilă a complicațiilor postoperatorii în cazul aplicării anastomozelor termino-laterale. Acest model de anastomoză se caracterizează prin simplitatea efectuării, cu veridicitate sporită de consolidare, grație la cele mai sus numite, practic dehiscența de suturi de anastomoză nu au fost înregistrate.

### USING OF END-TO-SIDE ANASTOMOSIS IN THE DIGESTIVE TRACT TUMOR SURGERY

The surgical treatment nearest results in two groups of the stomach cancer patients have been analysed: The first group of the 243 patients operated in 1989-1998 years with anastomosis by method „end to end”, and the second group of the 268 patients operated in 2000-2010 with anastomosis by method „end to side”. The postoperative complication have been registered in 28,6 and 14,1% of the patients respectively. The postoperative lethality constituted 14,7 and 2,3% ( $p < 0,05$ ). The priority of the esophagojejunoanastomosis after gastrectomy by method „end to side”, is confirmed statically

E92

## ROLUL CHIRURGIEI ȘI INDICAȚIILE EI ÎN TRATAMENTUL TROMBOCITOPENIILOR AUTOIMUNE

**Ghidirim N., Godoroja V., Corcimar V., Antoci L., Codrean Lilia, Corobcean Nadejda, Suharschi I., Mednicov Lorena, Catrinici V., Donscaia Ana, Burian N.**

*USMF "N. Testemițanu" catedra Hematologie și Oncologie, IMSP IO laboratorul gastropulmonologie*

Trombocitopeniile autoimune se dezvoltă în rezultatul formării anticorpilor împotriva trombocitelor proprii cu structura antigenică normală. Predomină trombocitopeniile idiopatice. Caracterul autoimun al trombocitopeniilor este confirmat prin normalizarea numărului de trombocite în rezultatul tratamentului cu corticosteroizi. Diagnosticul pozitiv al trombocitopeniilor autoimune idiopatice este bazat pe semnele clinice (hemoragii peteșiale cutanate și pe mucoase, lipsa adenohepatomegaliei și prezența splenomegaliei moderate doar într-o treime de bolnavi) indicii hemogramei (trombocita izolată fără modificări în seria granulocitară și eritocitară, megacariocite în măduva oaselor în cantitate normală sau în exces) și prin excluderea altor cauze. Tratamentul include corticosteroizi, imunodepresante, și vasoprotectori. Din corticosteroizi este recomandat prednizolonul, drept vasoprotectoare sunt indicați acidul ascorbic, Rutina, dișinonul și preparatele de calciu. În caz de eșec al tratamentului medicamentos sau în recidivele trombocitopeniei este recomandată Splenectomia. Mecanismul de eficacitate al splenectomiei este asigurat de înlăturarea organului, unde se produc anticorpii antitrombocitari, care distrug trombocitele. Splenectomia conduce la vindecarea în 86-96%. (I. Corcimar). În clinica gastropulmonologie a Institutului Oncologic au fost operați pe parcursul anilor 2005-2011 34 de bolnavi cu trombocitopenie autoimună. Splenectomia a fost efectuată după indicațiile următoare: în 18 cazuri nu s-a înregistrat efect în urma tratamentului hormonal; în 12 cazuri la efectul incomplet persista sindromul hemoragic, cel mai frecvent în tegumente, iar în 3 cazuri cu hemoragii gastroduodenale; în 4 cazuri splenectomia a fost efectuată pe motive de recidivă a maladiei. La ora dispensarizării - mai 2011 toți bolnavii sunt în stare satisfăcătoare cu indicii hemogramei în special a trombocitelor în limitele normei. Concluzii: 1. Tratamentul chirurgical (Splenectomia) asigură vindecarea bolnavilor cu trombocitopenii autoimune. 2. Indicațiile în lotul nostru au fost: rezistența la tratamentul hormonal, pericolul hemoragiilor, îndeosebi a organelor viscerale și nu în ultimul rând recidiva mala

### ROLE OF SURGERY AND ITS INDICATIONS IN THE TREATMENT OF AUTOIMMUNE THROMBOCYTOPENIA

Role of surgery and its indications in the treatment of autoimmune thrombocytopenia. Our study is founded on monitoring and surgical of 34 patients with autoimmune thrombocytopenia, whom splenectomy was performed. Of indications by surgical treatment recorded these: in 18 cases hormonal treatment was without effect, in 12 cases - actually incomplete and hemorrhagic syndrome persistent, and in 4 cases - based on recurrence.

E93

## MODIFICĂRILE ENZIMATICE POSTOPERATORII ÎN OPERAȚIILE RADICALE PE MOTIV DE CANCER GASTRIC

Corobcean Nadejda, Ghidirim N., Coșciug G., Antoci L., Codrean Lilia, Godoroja V., Catrinici V., Donscaia Ana, Mednicov Lorena, Suharschi I. Burian N. Ceban V.

USMF "N. Testemițanu" catedra Hematologie și Oncologie, IMSP Institutul Oncologic laboratorul gastropulmonologie

Pe parcursul anilor – 2009-2011 sub supravegherea noastră au fost 13 bolnavi de cancer gastric – 8 bărbați și 5 femei cu vârsta 40-65 ani – care au suportat operații radicale pe motive de cancer. Am monitorizat bolnavii în aspectul modificării indicilor enzimatici:  $\alpha$ -amilaza, proteina C-reactivă, amilaza pancreatică și lipaza în ziua operației, primele 3 zile, dacă indicii reveneau la normă, se repeta determinarea lor și în ziua externării bolnavului. În cazul, că enzimele rămăneau la nivele sporite, determinarea lor se prelungea pe toată perioada până la externare. În rezultatul studiului am stabilit că amilaza plasmatică suporta devieri de la cifrele normale cu sporirea indicilor săi chiar în ziua operației și, îndeosebi, în primele 3 zile postoperatorii. Cele mai profunde și durabile modificări au fost înregistrate din partea lipazei, care s-a manifestat mai târziu și „normalizat” după o perioadă de tratament foarte îndelungat. În cazul, când indicii enzimatici persistau o perioadă mai îndelungată și, în pofida tratamentului cu inhibitori sau cu administrare de citostatice, nu aveau tendința spre normalizare ne-am convins, în cele din urmă, că pancreatita a evoluat în pancreonecroză (2 cazuri) și tratamentul a durat în timp cu vindecare peste 20-30 și mai multe zile. Concluzii: 1. Pancreatitele postoperatorii în cancerul gastric corelează cu 2 factori principali: 1) extinderea tumorii gastrice cu implicarea pancreasului; 2) traumatizarea glandei pancreatice în timpul mobilizării stomacului sau în cazul rezecției parțiale a pancreasului și în splenectomie. 2. Cel mai precoce se modifică indicii amilazei, dar modificarea lipazei care persistă îndelungat este rezultatul evoluției în pancreonecroză și normalizarea lor este criteriul vindecării pancreatitei.

### POSTOPERATIVE ENZYME CHANGES IN THE RADICAL OPERATIONS IN CASE OF GASTRIC CANCER

In our study we were monitored and analysed changes of enzymatic indexes of 13 patients radical operated with gastric cancer. We were find, that, in a fact, the exopancreatic sistem is very sensible than smolest traumatic actions during operations. More earlier was change amilase, but if increases lipase and persists more time, probability of pancreatitis this is very higher, what was confirmate in our study.

E94

## LIMFADENECTOMIA LĂRGITĂ ÎN GASTRECTOMIILE PALLIATIVE ÎN CANCERUL GASTRIC

Catrinici V., Ghidirim N., Cosciug G., Donscaia A., Antoci L., Burian N., Godoroja V., Mednicov Lorena, Corobceanu N., Vacarciuc I.

IMSP Institutul Oncologic laboratorul gastropulmonologie

Tratamentul chirurgical paliativ în cancerul gastric avansat este o realitate indiscutabilă, acceptată de comunitate medicală. Gastrectomia paliativă previne asemenea complicații ca stenoza, hemoragia, perforația, reduce intoxicația tumorală, creând condiții mai favorabile pentru chimioterapie și radioterapie. Volumul operațiilor paliative în multe cazuri se limitează la înlăturarea stomacului, omentului mare și mic. În ultimul timp aplicăm tot mai frecvent limfadenectomia lărgită curativă în regiunea arterei hepatice și ramificațiilor ei – H, trunchiului celiac – C, aortei – A, arterei lienale și hilul splinei – L. Uneori se efectuează și limfadenectomie retroperitoneală la baza mezoului intestinal. În studiu au fost incluși 52 de bolnavi de cancer gastric avansat, care au suportat gastrectomie paliativă cu omentectomie și 49 bolnavi, la care operația a fost lărgită prin limfadenectomie retroperitoneală Hepatoceliacoortică și Hepatolienalociliacoortică. În perioada postoperatorie la pacienții primului grup s-au înregistrat 4 complicații purulente, 3 pancreatite acute, o dehiscență a anastomozei esofagojejunale. În grupul doi s-au constatat 2 complicații purulente, 7 pancreatite acute. La 5 pacienți s-a înregistrat limforee. După tratamentul conservativ administrat, toate complicațiile au fost lichidate. Bolnavii incluși în studiu au beneficiat de tratament chimioterapic în perioada postoperatorie. Analizând rezultatele la distanță, am constatat manifestări de avansare a procesului după 16 luni de la operație în primul grup și după 24 luni - la pacienții care au suportat limfadenectomie lărgită în volum de Hepatoceliacoortică și Hepatolienalociliacoortică. Durata medie a supravie

### EXTENDED LYMPHADENECTOMY IN PALLIATIVE GASTRECTOMY IN GASTRIC CANCER

Curative lymphodissection HCA and HLCA in cases of palliative total gastric resections does not significantly influence on the postoperative complications, eventhough it does contribute to the late cancer progression and increasing the average period of survival.

E95

## MARCAREA NODULILOR LIMFATICI SANTINELĂ ÎN CONDIȚII DE OCLUZIE NEOPLAZICĂ DE COLON

Ghidirim Gh., Mișin I., Ghidrim N., Zastavnițchi Gh.

Catedra Chirurgie n.1 „N. Anestiadi” și Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară,  
USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Prezența metastazelor în nodulii limfatici reprezintă cel mai important factor pronostic de supraviețuire a pacienților cu cancer de colon potențial curabil. La momentul actual metoda de marcarea a nodulilor limfatici santinelă pentru neoplaziile ocluzive colorectale nu este definitivată. Deși nu modifică procedeul chirurgical, mappingul în cancerul de colon poate ameliora stadializarea conform criteriului pN și poate reduce timpul necesar examenului morfolopatologic prin limitarea acestuia doar la nodulii limfatici „pozitivi”. Material și metodă: În studiu au fost incluși 22 pacienți cu ocluzii neoplazice de colon, raportul B:F a fost 1.44:1 (13/9) cu vârsta medie 60.91±3.51 (28-84) ani. Scorul ocluziei a fost 8.41±0.49 (5-12). Marcarea nodulilor limfatici santinelă a fost efectuată utilizând colorant albastru de metilenă 1% 10 ml (10mg/mL) ProMetic Pharma Inc. și Patenbalu V 2.5% 2 ml Guerbet GmbH. injectate in vivo intratumoral. Nodulii depistați au fost examinați histologic HE. Rezultate: Rata de succes a marcării nodulilor limfatici santinelă a constituit 95.45% (21/22). În 4 cazuri sau colorat câte 1 nodul, câte 2 noduli sau colorat în 9 cazuri, 3 noduli au fost marcați în 4 cazuri, 4 și 5 noduli sau colorat în 1 caz și în 2 cazuri au fost marcați 6 noduli. În mediu au fost marcați 2.5±0.33 (0-6) noduli. Histologic pozitivi au fost 38% (n=8) noduli santinelă. Sensibilitatea metodei a fost 100%, specificitatea 7%. Stadiul tumorii a fost T3N0M0 (n=14) și T3N1M0 (n=8). Nu au fost semnalate reacții adverse în cazul utilizării albastrului de metilenă și paten balau V în condiții de ocluzie neoplazică de colon. Concluzii: Prezentăm în premieră metoda de marcarea a nodulilor santinelă în condiții de ocluzie neoplazică de colon. Mappingul nodulilor limfatici santinelă poate fi utilizat cu succes în condiții de colon ocluziv neoplazic cu scop de stadializare mai exactă a tumorii conform criteriului pN și a indicațiilor pentru chimioterapie.

## SENTINEL LYMPH NODE MAPPING FOR OBSTRUCTIVE COLON MALIGNANCY

Introduction: Sentinel lymph node metastases are one of the most important prognostic factors for survival in patients with colorectal malignancies. Up to date there is no widely accepted consensus upon sentinel lymph node mapping for obstructed colorectal cancer. Although the method does not modify the surgical treatment, it could provide accurate staging according to the pN criterion, as well as focusing the pathologic examination just to the positive lymph nodes. Material and method: In the study were included 22 patients with obstructive colon malignancies, M:F ratio was 1.44:1 (13/9) with the mean age of 60.91±3.51 (28-84) years. Mean colon obstruction score was 8.41±0.49 (5-12). Sentinel lymph node mapping was achieved using methylene blue 1% 10 ml (10mg/mL) ProMetic Pharma Inc. and Patenbalu V 2.5% 2 ml Guerbet GmbH injected in vivo intratumoral. All stained lymph nodes were examined histologically HE. Results: The success rate was 95.45% (21/22). One stained node was detected in 4 cases, 2 nodes (n=9), 3 (n=4), 4 and 5 stained nodes were in 1 case respectively and 6 (n=2). The mean number of stained sentinel lymph nodes was 2.5±0.33 (0-6). Sensitivity was 100% and specificity was 7%. Histological positive were 38% (n=8) sentinel lymph nodes. Tumor staging was T3N0M0 (n=14) and T3N1M0 (n=8). There were no adverse reactions related to dye injection. Conclusions: We present the first report regarding sentinel lymph node mapping in obstructed colonic malignancy. Sentinel lymph node mapping may be successfully used in case of malignant colonic obstruction in order to accurately determine the tumor stage according to the pN criterion, as well as for postoperative chemotherapy patient's selection.

E96

## «ОТКРЫТАЯ» И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С СИНХРОННЫМИ И МЕТАХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Шарапов И.В., Горбунов А.А.,  
Бородаев И.Е., Корытная А.Ю., Муравьев П. Т., Зубков О.Б.

Одесский Национальный Медицинский Университет

Цель исследования: попытка улучшить результаты хирургического и комбинированного лечения больных с метастазами в печени с применением «открытой» и лапароскопической их криодеструкции. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 96 историй болезни за последние 5 лет больных КРР с метастазами в печени. Мужчин было 64, женщин 32 в возрасте от 41 до 88 лет. Больные разделены на 2 группы — с синхронными (42 больных) и метастазными (54) метастазами. Объем метастатического поражения печени составлял по Gennari I ст. - у 36 больных, II ст. - у 53, III ст. - у 7. В настоящее время комбинированное лечение с использованием химиотерапии является стандартом лечения таких больных. Альтернативой хирургическому удалению метастазов в печени является криогенная их деструкция. Из 54 больных, поступивших в клинику с наличием метастатических узлов в печени, 32 -м выполнена лапароскопическая их деструкция и 22 больных «открытая» во время реконструктивно — восстановительных операций после операции типа Гартмана. Результаты и их обсуждение. Из 42 больных с синхронным метастатическим раком в печени умерли 9, из них после плановых операций — 4, после urgentных — 5. У пациентов, которым применяли традиционное лечение, частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составила 19,5%, у пациентов с применением криодеструкции — 12,0%, летальность соответственно 12,2% и 2,0%. Шести больным лапа-



роскопическую криодеструкцию производили дважды в течение 2-х лет, один больной оперирован трижды. Медиана жизни у больных с криодеструкцией составила 48 месяцев при синхронных одиночных метастазах и 27 при синхронных множественных, при метакронных соответственно 34 мес. и 18 мес. Основной причиной смерти в отдаленном периоде у больных всех групп была генерализация онкопроцесса. Выводы. 1. Наличие синхронных метастазов в печени не является свидетельством неоперабельности. В такой ситуации считаем целесообразным удаление опухоли по онкологическим принципам с резекцией печени или криодеструкцией метастазов. 2. Метод криодеструкции метакронных метастазов в печени имеет несомненные преимущества перед хирургическим их удалением, при единичных метастазах он может быть методом выбора с высокой степенью радикальности.

## «OPENED» AND LAPAROSCOPIC CRYODESTRUCTION IN TREATMENT OF COLORECTAL CANCER WITH THE SYNCHRONOUS AND METACHRONOUS LIVER METASTASES

The purpose of research: attempt to improve the results of surgical and combined treatment of patients with liver metastases with "opened" and laparoscopic cryodestruction. Material and methods. The retrospective analysis of 96 cases of histories over the last 5 years of patients with colorectal cancer with liver metastases is carried out. Male was 64, female - 32 at the age from 41 till 88 years. Patients are divided into 2 groups - with synchronous (42 patients) and metachronous (54) metastases. The volume of liver metastatic defeat according to Gennari's classification: I stage - at 36 patients, II - at 53, III - at 7. Now the combined treatment with chemotherapy use as the standard of treatment of such patients. Alternative to surgical removing of liver metastases is cryodestruction. From 54 patients who have arrived in clinic with presence metachronous liver metastatic nodes, in 32 laparoscopic and in 22 of patients «opened» cryodestruction during time reconstructive - regenerative operations and after Hartmann's procedure. Results and their discussion. From 42 patients with a synchronous liver metastases 9 have died, from them after planned operations - 4, after urgent - 5. In patients with traditional treatment, frequency of complications in the early postoperative period was 19,5 %, in patients with cryodestruction application - 12,0%, lethality was 12,2 % and 2,0 % correspondingly. In 6 of patients laparoscopic cryodestruction was performed twice within 2 years, one patient was operated on three times. The median of life in patients with cryodestruction was 48 months at synchronous single metastases and 27 at synchronous plural, at metachronous - 34 and 18 months correspondingly. The main death cause in the remote period in all patients of all groups was oncologic process generalisation. Conclusions. 1. Presence of synchronous liver metastases is not the criteria of non- operability. In such situation it is considered to perform tumor removing according to oncologic principles with a liver resection or metastases cryodestruction. 2. The method of metachronous liver metastases cryodestruction has doubtless advantages before their surgical removing, at singular metastases it can be a method of a choice with high degree of radicalism.

E97

## STAREA ACTUALĂ A CHIRURGIEI ONCOLOGICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Cernat V., Țibîrnă Gh., Bîlba V.

IMSP Institutul Oncologic

În Republica Moldova, metoda chirurgicală de tratament oncologic se aplică în majoritatea cazurilor în clinica Institutului Oncologic (anual 6365 de operații - 86,5%), apoi în secția oncologică a spitalului municipal Bălți (207 operații - 2,8%) și în Clinicele Universitare (SCR-1, spitalul municipal „Sf. Treime”, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie - 573 de operații - 7,8%). Pentru elaborarea tehnologiilor noi performante și pregătirea cadrelor în chirurgia oncologică se propune fondarea Societății Naționale de Chirurgie Oncologică, Centrul de Chirurgie Oncologică (în baza clinicii chirurgicale a Institutului Oncologic), cursurilor universitare de reciclare a medicilor chirurghi.

## THE ACTUAL SITUATION OF THE ONCOLOGY SURGERY IN REPUBLIC OF MOLDOVA

The Republic of Moldova Institute of Oncology, the surgical methods of oncology treatment is used in the majority of cases (6365 operations - 85,5% annually), in oncology section of Balti Municipal Hospital (207 operations - 2,8%), in University Clinics: SCR-1, Municipal Hospital "Sf. Treime", Neurology and Neurosurgery Institute (573 operations - 7,8%). For developing of new effective technologies and teaching of the staff in the field of oncology surgery, it is proposed to establish the National Oncology Surgery Society, Oncology Surgery Center (on a basis of the Surgery Clinic of the Institute of Oncology), the University Courses of specialization for the surgeons.

E98

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL CA PROFILAXIE A METASTAZELOR CERVICALE ÎN CANCERUL LARINGIAN

Darii Valentina, Țibîrnă Gh., Cernii A., Postolache A.

IMSP Institutul Oncologic

Lipsa ganglionilor clinic modificați înaintea începerii tratamentului sau după tratarea focarului primar nu exclude o eventuală metastazare, reducând la zero tratamentul efectuat. Incidența metastazării în cancerul local avansat (st. III-IV) al regiunii vestibulare a laringelui este cea mai înaltă, constituind 55-70%. Pentru a ameliora rezultatele imediate și tardive a tratamentului, în studiul nostru clinic au fost incluși 129 de bolnavi cu cancerul regiunii vestibulare a laringelui - st. IIIa (ganglionii clinici negativi). Toți au fost supuși tratamentului combinat. 67 pacienți (Igr) au fost supuși tratamentului combinat al focarului primar, 62 pacienți (IIgr) - tratamentului combinat al focarului primar + excizia preventivă fascială în teacă a țesutului celular cervical unilateral și bilateral. Exciziile bilaterale au fost efectuate în formele infiltrative. Prin examenul histologic fracționat în serie a ganglionilor extirpați în operațiile preventive s-au depistat metastaze în 29,9% cazuri. Dimensiunile ganglionilor limfatici variau între 0,3x0,5 cm și 1,0x1,5cm. Incidența metastazelor este influențată de tipul de proliferare a tumorii, cea mai înaltă fiind în formele endofite (83%). Cercetând starea cartilajelor laringiene rentghenologic înainte de operație și histologic după, s-a constatat că cartilajele osificate și cele neosificate au proprietăți de barieră diferite. Cartilajele osificate pierd proprietatea de a inhiba factorul de angiogeneză produs de celulele tumorale, iar apariția în acest caz a vascularizării, ușurează concreșterea tumorii în cartilajul osificat. Forma endofită de proliferare a tumorii și cartilajele cu un înalt grad de osificare sunt două criterii ce impun în mod obligatoriu excizia profilactică a țesutului celular cervical. Durata supraviețuirii bolnavilor la 5 ani constituie 54,5% și 74,4%. Evidarea ganglionară cervicală profilactică este o metodă sigură de profilaxie a metastazelor regionale nedepistate clinic.

### SURGICAL TREATMENT AS A MEANS OF PROPHYLAXIS OF CERVICAL METASTASIS IN STAGE IIIA CANCER OF THE LARYNX

The lack of clinically changed lymph nodes before or after treatment does not preclude eventual metastasis, thus reducing to zero the effect of the therapy. The incidence of metastasis in locally-advanced (st III – IV) cancer of the vestibular part of the larynx is the highest 55- 70%. In order to improve the results of the treatment our study included 129 patients with st IIIa cancer of the vestibular part of the larynx (clinically negative nodes). All followed combined therapy. 67 patients (group I) received multimodal treatment of the primary tumor, and 62 patients (group II) received multimodal treatment of the primary tumor followed by uni or bilateral preventive radical neck resection. Bilateral excisions were performed in infiltrative forms. Hystological examination showed positive nodes in 29.9% of cases. Node size varied from 0.3-0.5 cm to 1.0-1.5 cm. The incidence of metastasis is influenced by tumour type and is the highest 83% in endophytic forms. Preoperative imagistic and postoperative pathology data showed different barrier function of ossificated and non-ossificated laryngeal cartilages. Ossificated cartilages lack the ability to inhibit tumor angiogenic factors and the hypervascularisation facilitates tumour infiltration. Endophytic tumour growth and ossificated cartilages dictate the need for prophylactic lymph node dissection. The 5 years survival rates were 54,5% and 74.4% respectively. Prophylactic radical neck resection is a sure method of prevention of clinically occult metastasis.

E99

## APLICAREA FACTORILOR FIZICI ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI CUTANAT LOCAL-AVANSAT (ST.III-IV, T3N0M0, T4N0M0)

Țibîrnă Gh., Doruc A., Ciorici V., Clipca A., Țurcanu I.

IMSP Institutul Oncologic

Articolul prezintă rezultatele unui studiu efectuat pentru determinarea eficienței utilizării factorilor fizici în tratamentul cancerului cutanat local-avansat. Lotul de cercetare a fost alcătuit din 27 bolnavi, lotul de control – 41 bolnavi. În lotul de cercetare, pentru tratarea cancerului cutanat pavimentos a fost aplicată următoarea metodă: 1. radioterapie preoperatorie la aparatul „Rocus” – 20 ședințe a câte 2 Gy, DS = 40 Gy. 2. criodistrucție – utilizând aparatul „KP-02” la temperatura -195oC, cu viteza de înghețare -200oC/min (4 ședințe a câte 10-15 min). 3. hipertermia – la aparatul „Плор” – 2 ședințe, la frecvența de 915 MHz, intensitatea de 25 mA, temperatura toC = +42-42,5oC, expoziția 60 min. 4. exereza tumorii. 5. laseroterapia, la aparatul „УЛФ-01” (aparat de laseroterapie Heliu-Neon), cu lungimea de undă  $\lambda = 0,63$  mkm, cu puterea emițătorului de unde laser de 20 mWt, în mediu 10-15 ședințe cu expoziția de 10 min, după următoarea schemă: 2 ședințe până la criodistrucție a câmpului tumoral, următoarele ședințe fiind aplicate pe câmpul operator sau linia de suturare. 6. Plastia primară sau secundară a defectului. În lotul de 27 bolnavi 15 (55,5%) femei și 12 (44,6%) bărbați în vârstă de la 50 la 80 ani. Conform asemănărilor în ambele grupuri, repartiția după vârstă a fost identică, cel mai frecvent este afectată vârsta de 60-70 ani. Analiza rezultatelor obținute în tratamentul cancerului cutanat prin metoda combinată nouă, comparativ cu cea clasică, a arătat că supraviețuirea la 5 ani în cancerul cutanat local-avansat la st. IIIa T3N0M0 a fost de 79,8% (în grupul de control – 55%), la st. IVa T4N0M0 a fost de 33,3%, la recidive răspândite – 35,7% (în lotul de control fiind de 50%). Supraviețuirea totală la 5 ani a lotului de cercetare este de 89,4%, comparativ cu 60,1% în lotul de control. Aceasta ne permite a înainta metoda elaborată pentru a fi implementată în practica clinică a instituțiilor oncologice.

## MULTIMODAL TREATMENT OF LOCALLY-ADVANCED LIP CANCER (ST III-IV T3N0M0 – T4N0M0) USING PHYSICAL FACTORS

Analyzing the literature data shows that the increased use of cryogenic treatment in locally advanced lip cancer treatment and methods of cryogenic treatment are not used sufficiently. It served us as a base to carry out our study, the aim was to get a rational method for cryogenic treatment, to determine the indications and contraindications for this method. Multimodal treatment with the application of physical factors was applied to 160 patients (with locally advanced cancer of the lower lip), 15 (9.4%) - women, 145 (90.6%) - men who were aged from 30 to 89 years. Cancer was verified morphologically in all 160 cases (100%). Patients in the research group suffered from associated diseases: ischemic heart disease - 50 (31.2%) - 26 hypertonic disease (16.3%) varicose disease of lower limb vessels - 21 (13.1%) ; -17 chronic lung disease (10.7%) chronic hepatitis - 15 (9.3%), pulmonary tuberculosis - 8 (5.0%). Results: After applying the combined approach using physical factors were obtained favorable results, the 5 years survival was 82.4%, compared with 42.8% in the classical method. If the tumor spreads vertically with infiltration of the horizontal branch of the mandible, it is recommended that the proposed method include the excision of the tumor and resection of the mandible with the soft tissue plasty with a delto-pectoral flap.

E100

## MICROCHIRURGIA ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI LOCAL AVANSAT AL LARINGELUI

Marina S., Țibirnă Gh., Bejan A., Clim C., Palade V., Mîndruță Rodica

IMSP Institutul Oncologic

Anual în Republica Moldova sunt depistați circa 150 pacienți cu cancer localizat în zonă laringofaringiană. În majoritatea cazurilor clinice procesul este local avansat, ce necesită un tratament combinat, complex și o reabilitare chirurgicală amplă. Pe lângă metodele tradiționale de reabilitare chirurgicală, în secția tumorilor capului și gâtului din luna mai 1989 a fost implementată metoda microchirurgicală de reabilitare a pacienților. În perioada 1989 până în prezent după această metodă au fost tratați circa 150 pacienți, 66 din ei au fost tratați pentru cancer local avansat al zonei laringofaringiene. Toți pacienții au fost supuși tratamentului radioterapic pre- sau/și postoperator, în volum 40 – 66 Gr. În toate cazurile au fost efectuate laringectomii cu formare de faringo-esofagostomie planică. Toți pacienții au fost supuși intervenției chirurgicale la căile limfatice cervicale. Primul grup – lambourile utilizate pentru formarea tunicii interne a traiectului faringo-esofagian. Lambouri libere: 1. cutanofasciale: radial 10 cazuri; scapular 10 cazuri; 2. viscerele: jejunal 7 cazuri; stomac-epiplon 4 cazuri. Al doilea grup: lambourile utilizate pentru formarea tunicii externe a traiectului faringo-esofagian. Lambouri libere: 1. cutanomusculare: TDL 22 cazuri; TFL 1 caz; TDL + SL 2 cazuri. Complicațiile postoperatorii au fost cauzate de dereglări în microcirculația lamboului și anastomozelor vasculare. În 40% cazuri dereglările de microcirculație s-au manifestat prin declanșarea necrozei parțiale a lamboului și apariția fistulei faringo-esofagiene. Într-un caz a fost constatată necroza totală a lamboului. Durata perioadei de reabilitare a pacienților cu restabilirea totală a traiectului faringo-esofagian a constituit în mediu 25 zile.

## MICROSURGERY IN THE TREATMENT OF LOCAL ADVANCED LARYNGEAL CANCER

Each year, in Moldova, about 150 patients are being traced, having laryngopharyngeal cancer. In most cases, the process is in advanced stage, needing a combined and complex treatment, with a large surgical rehabilitation. Besides the traditional methods, the Department of Head and Neck Tumors, since May 1989, has implemented the microsurgical method of rehabilitation. Beginning with 1989 until present, with the help of this method, about 150 patients have been treated, 66 of them having local advanced laryngopharyngeal cancer. All patients have passed radiotherapy, either before the surgical intervention, after it or both, in terms of 40-66 Gr. Laryngectomy with planned pharyngoesophagostomy has been performed in every case. All patients have passed surgical intervention on lymphatic cervical canals. First group – the flaps used for forming the internal tunic of pharyngoesophageal path. Free flaps: 1) cutanofascial: radial – 10 cases, scapular – 10 cases; 2) visceral: jejunal – 7 cases; stomach-omentum – 4 cases; Second group – the flaps used for forming the external tunic of pharyngoesophageal path. Free flaps: 1) cutanomuscular: TDL – 22 cases, TFL – 1 case, TDL+SL – 2 cases. The after-surgical complications have been caused by disorders, appeared in the microcirculation of the flap and the vascular anastomosis. In 40% of all cases, the microcirculation disorders have been displayed by triggering the partial necrosis of the flap and by the appearance of pharyngoesophageal fistula. In one case, there has been observed a total necrosis of the flap. The period of rehabilitation, with total recovery of the pharyngoesophageal path, has lasted an average of 25 days.

E101

## UTILIZAREA LAMBOULUI "EPOLET" MODIFICAT ÎN PLASTIA OROFARINGOSTOMELOR

Țibîrnă Gh., Topor B., Țurcanu I.

IMSP Institutul Oncologic USMF «N. Testemițanu»

Tratamentul chirurgical al cancerului mucoasei cavității bucale și orofaringelui aduce, frecvent, la formarea unor defecte tisulare masive. Extinderea acestor defecte, cât și diversitatea țesuturilor afectate (cutanat, osos, muscular, mucoasă) dictează o atitudine etapizată în reabilitarea chirurgicală a pacienților. Scopul lucrării este de a prezenta experiența departamentului tumori cap și gât în utilizarea unui lambou cutano-adipos "epolet" modificat în plastia orofaringostomelor, acumulată pe parcursul anilor 2005 – 2010. În studiu au fost incluși 19 pacienți cu orofaringostome, care au primit tratament combinat pentru cancer al mucoasei cavității bucale, 5 femei (26%) și 14 bărbați (74%). Plastia defectului s-a efectuat utilizând un lambou epolet, extins până în regiunea deltoidiană. Lamboul se ridică în două etape, cu interval de 7-10 zile, migrarea lui în defect și plastia acestuia se efectuează în etapa a III-a, cu un interval de 14 -16 zile. Această tehnică de prelevare a lamboului permite obținerea unei cantități mari de material plastic – lungimea medie a lamboului de 26 -28 cm, cu o lățime de 9-10 cm, cu o morbiditate minimă a zonei donatoare – plaga donatoare s-a închis per primam în toate cazurile. Lamboul migrat s-a vindecat în integritate în 13 cazuri (68,4%), în 4 cazuri (21,1%) a avut loc necroză marginală, iar în 2 cazuri (10,5%) necroză parțială a lamboului, cu formarea unei fistule orofaringiene, care a fost închisă într-o etapă secundă, folosind țesuturile aceluiași lambou. Experiența acumulată permite recomandarea utilizării lamboului epolet, în modificarea noastră, pentru reconstrucția chirurgicală a defectelor tisulare, în tratamentul combinat al cancerului cavității bucale.

### THE MODIFIED EPAULET FLAP IN RECONSTRUCTION OF OROPHARYNGOSTOMAS

Surgical treatment of cancer of the lining of the mouth and oropharynx often leads to massive tissue defects. Extension of these defects, as well as diversity of affected tissues (skin, bone, muscle, mucosa) dictates a stepped approach in the surgical rehabilitation of patients. The purpose of this paper is to show the experience of the department head and neck tumors in the use of a "epaulet" flap in the reconstruction of oropharyngostomas, gained over the years 2005 to 2010. The study included 19 patients with oropharyngostomas who received multimodal therapy for cancer of the oral mucosa, five women (26%) and 14 men (74%). Defect reconstruction was performed using an epaulet flap, extended up to the deltoid region. The flap is raised in two stages, with an interval of 7-10 days, the migration into the defect and its reconstruction is carried out in stage III, within a 14 - 16 days range. This technique of raising of the flap allows for a large quantity of skin - the average length of the flap 26-28 cm, and 9-10 cm wide, with a minimal donor site morbidity – donor wound was closed primarily in all cases. The flap healed primarily in 13 cases (68.4%) in 4 cases (21.1%) with marginal necrosis and in two cases (10.5%) partial flap necrosis with fistula formation of which was closed in a second step, using the tissue from the same flap. Our experience allows us to recommend the "epaulet" flap as a good alternative in surgical reconstruction of defects of the mouth.

E102

## ASPECTE CONTEMPORANE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL AL TUMORILOR CRANIO-ORBITALE

Cojocaru C., Țibîrnă Gh., Timirgaz V.

IMSP Institutul Oncologic

In this study we analysed 186 patients with orbital tumours spreaded to adjacent regions (paranasal sinus, cranial cavity, facies soft tissues). A major importance in diagnosis and treatment tactic determination have (besides anamnestic dates, clinical symptoms and radiography) NMR and CT. New surgical treatment methods (besides classical ones) have revealed a high degree of cure (91,4%) in cases with benign tumours and pseudotumours. In cases with malignant tumours, the 4-years survival rate was 52,3%.

### CONTEMPORARY ASPECTS OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF CRANIO-ORBITAL TUMORS

În studiul dat s-a analizat un lot de 186 de bolnavi cu tumori a orbitei cu răspândire în regiunile adiacente (sinusurile paranasale, cavitatea craniană, țesuturile moi ale feței) O importanță majoră în diagnostic și aprecierea tacticii de tratament, pe lângă anamneză, simptomatologia clinică și radiografie are RMN și tomografia computerizată. Aplicarea noilor metode de tratament chirurgical (pe lângă cele clasice) au relevat un grad înalt (91,4%) de vindecare la bolnavii cu tumori benigne și formațiuni pseudotumorale. În cazul tumorilor maligne rata de supraviețuire la 4 ani a constituit 52,3%.

E103

## TRATAMENTUL TUMORILOR STROMALE GASTROINTESTINALE

**Târcoveanu E. , Lupascu C. , Vasilescu A. , Georgescu S. , Andronic D. , Neacsu N.**

*First Surgical Clinic, Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy "Gr. T. Popa" Iasi, Romania*

Tumorile stromale gastrointestinale (GIST) reprezintă cele mai frecvente tumori neepiteliale digestive (10%); ele constituie 3% din tumorile gastrointestinale. GIST-ul care originea în celulele Cajal și exprimă antigenul c-Kit, se localizează cel mai frecvent la nivelul stomacului (50-60%), urmat de intestinul subțire (30%), colon și ano-rect (5%). Metoda: am urmărit prospectiv 32 bolnavi cu GIST tratați în clinica noastră în perioada 2004-2011, confirmați imuno-histochimic. din acești 32 bolnavi, 8 au fost abordați laparoscopic. localizarea tumorilor a fost stomacul - 15, duodenul - 4, intestinul subțire-7, colonul-2 și rectul-4. Toți bolnavii au fost rezecați R0 cu excepția unui singur bolnav la care s-a practicat o rezecție anterioară de rect tip R1. Postoperator, 4 bolnavi au primit Imatinib. Toti bolnavii au fost urmăriti în medie 32 luni înregistrându-se 2 recidive după localizările rectale. Concluzie: diagnosticul preoperator de GIST poate fi bănuit prin metodele imagistice actuale (endoscopie, ecografie, CT, videocapsula). Multe GIST-uri gastrice pot fi rezecate laparoscopic dacă nu sunt localizate pe juxta orificială. și GIST-urile intestinului subțire pot fi rezecate prin abord miniminvasiv. Acest abord este fezabil în centre specializate și nu aduce riscuri suplimentare. Tipul rezecției potențialul malign după indexul Fletcher sunt factorii cei mai importanți de prognostic. Tratamentul adjuvant este util în formele maligne, recidive, rezecții incomplete.

### MANAGEMENT OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOURS

Gastrointestinal stromal tumour (GIST) represents the most common non-epithelial tumour of the digestive tract (about 10%). It originates in the intestinal pacemaker cell (Cajal's cells) and expresses cell/surface CD 117 also known as c-Kit antigen. GIST tumours develop most frequently in the stomach (about 50-60%), the small bowel (30%) and the colon and anorectum (5%). METHODS: We have prospectively recorded the clinical characteristics, type of surgery, pathologic findings, adjuvant treatment, and recurrence of the 32 patients with confirmed GISTs admitted between 2004 and 2011. We present a series of eight consecutive patients with GIST treated with a minimally access approach. RESULTS: Location of the tumor was gastric 15, duodenal 4, small bowel 7, colon 2 and rectal 4. None of our patients had clinical, imagistic or macroscopic metastases. All the patients had R0 resections, except a patient with local excision and another with R1 anterior resection for rectal GISTs. Postoperatively, 4 patients received Imatinib therapy. The mean follow-up period is 32 months (range 8-58 months); 2 recurrences, both after rectal GISTs. CONCLUSION: Preoperative diagnosis of GIST can be evoked today based on imaging data (endoscopy, ultrasound scan and CT scan, videocapsule, enteroscopy). Many gastric GISTs can be resected laparoscopically. Small bowel GISTs should more often be evaluated laparoscopically and, in many cases, laparoscopic resections or laparoscopic assisted resections may provide efficient therapy with low morbidity and no compromise to oncology principles. Laparoscopic approach of GISTs is feasible and, in competent hands, brings no additional risks. Fletcher index are the most significant prognostic factors. Imatinib treatment may improve outcome in incomplete resected or high risk GISTs.

E104

## CARACTERISTICI TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL PACIENTELOR CU CANCER AL GLANDEI MAMARE IN MENOPAUAZĂ ASOCIAT CU PATOLOGII CONCOMITENTE

**Cotruta A., Cudina Elena, Cucieru A., Pihut P., Piterschii N., Badan A. , Tirșu V.**

*Institutul Oncologic, Republica Moldova*

La pacientele cu cancer glandei mamare (CGM) în menopauză, în legătură cu patologiile concomitente severe, nu există posibilitate de a efectua intervenții chirurgicale sub anestezie generală, tratament radio- sau chimioterapic. În acest raport vom prezenta rezultatele tehnicilor propuse, pe care le folosim pentru mastectomie sub anestezie locală cu beneficii intravenoasă la pacienții cu CGM în menopauză, asociat cu patologii concomitente (cardiac, hepatobiliar, endocrin), fără metastaze în ganglionii limfatici regionali și la distanță. După anestezie locală și premedicație cu anticolinergice și antihistaminice, sunt injectate intravenos 0.3-0.4 mg/kg/ora ataractice (seduksen, valium) și 3-5 mg/kg/ora soluție morfină titrat. Eficacitatea efectului anestezic a fost apreciat prin monitorizarea tensiunii arteriale sistolice, diastolice și medii, frecvența și ritmul cardiac, parametrii echilibrului acido-bazic și hidroelectrolitic, monitorizarea indicilor biochimici sangvin (glicemia). În conformitate cu metodologia noastră, în anii 2004-2010 au fost operate 103 paciente, cu vârsta între 54 - 84 de ani. Mastectomia tip Pirogov a fost efectuată la 48 de pacienți, mastectomie simplă la 21 de pacienți, rezecție sectorală largită la 34 pacienți. Perioada intra-și postoperatorie a fost lipsită de particularități. 69 de pacienți observate de peste 5 ani, recidive locale au fost detectate la 3 pacienți, metastaze la distanță nu sau depistat. Rezultatele permise demonstrează că, tehnicile propuse extind indicațiile pentru tratamentul chirurgical la pacientele cu CGM în menopauză.

### SURGICAL TREATMENT FEATURES OF BREAST CANCER PATIENTS IN MENOPAUSE ASSOCIATED WITH CONCOMITANT DISEASES

In patients with breast cancer (BC) in menopause, in connection with severe underlying pathologies, there is no possibility to perform surgery under general anesthesia, radio- or chemotherapy treatment. In this report we present the results of the proposed techniques, we use for mastectomy under local anesthesia with intravenous benefit in patients with BC in menopause associated with concomitant diseases (cardiac, hepatobiliary, endocrine), without metastases in regional lymph nodes and at the distance. After local anesthesia and premedication with anticholinergics and antihistamines, are injected

intravenously 0.3-0.4 mg / kg / hour ataractice (seduksen, valium) and 3-5 mg / kg / hour titrated morphine solution. Effectiveness of anesthetic effect was assessed by monitoring systolic, diastolic and mean frequency and heart rate, acid-base balance parameters and electrolyte monitoring of blood biochemical indices (blood glucose indices). According to our methodology in 2004-2010 were operated 103 patients, aged 54-84 years. Pirogov type mastectomy was performed in 48 patients, simple mastectomy in 21 patients, 34 patients extended sectoral resection. Intra- and postoperative period was devoid of features. 69 patients observed over 5 years, local recurrences were detected in 3 patients, distant metastases or not found. The results received show that the proposed techniques extend the indications for surgery in patients with BC in menopause.

E105

## EFICACITATEA DIVERSELOR METODE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ÎN CADRUL TRATAMENTULUI COMBINAT ȘI COMPLEX

**Godoroja Nadejda, Botnariuc Natalia, Cotruta A.**

*Institutul Oncologic, Republica Moldova*

Prin analiza rezultatelor tratamentului a 496 bolnave de CGM st. I, 77 bolnave st. IIA (T2N0M0) și 295 bolnave st. IIB – IIIA (răspândire locoregională) s-a stabilit că în st. I creștere multicentrică nu a fost stabilită divergența semnificativă a frecvenței de progresare după operație organomenajantă (OOM) și mastectomie (ME) în cadrul tratamentului complex și combinat – corespunzător 11,4%; 3,6% și 17,9%; 5,9%. Diametrul tumorii mai mare de 3 cm în st. IIA mărește frecvența metastazării după OOM cu 5,2% în tratamentul combinat și 1,9% în tratamentul complex. Răspândirea locoregională (T1-3N1-2) a mărit frecvența progresării după tratament complex, varianta intervenției chirurgicale – ME până la 22,5% în T1-2N2M0 și 39,6% în T3N1-2M0. Depistarea precoce și implementarea CT și Rath neoadjuvante și adjuvante în cadrul tratamentului combinat sau complex mărește posibilitatea micșorării volumului intervenției chirurgicale.

### EFFECTIVENESS OF VARIOUS METHODS OF SURGERY IN THE TREATMENT OF COMPLEX COMBINED

By analyzing the results of treatment of patients BC 496 st. I, 77 still. IIA (T2N0M0) and 295 ill st. IIB - IIIA (locoregional spread) has been established that in st. I multicenter growth has not been established significant divergence in the frequency of progression after surgery radical resection and mastectomy (ME) in the complex and combined treatment 11.4% accordingly, 3.6% and 17.9%, 5.9%. Tumor diameter greater than 3 cm in st. IIA increases the frequency Metastatic radical resection after combined treatment with 5.2% and 1.9% in the complex treatment. Locoregional spread (T1-3N1-2) progressing after treatment increased the frequency of complex variant surgery - ME to 22.5% in T1 and 39.6% in T3N1-2M0. Early detection and implementation of neoadjuvant and adjuvant CT and Rath in combination therapy can decrease the volume of complex surgery.

E106

## SCHWANNOM GIGANT RETROPERITONEAL

**Ghiur M., Ghiur Luminița, Serbanoiu D., Munteanu I.**

*Spit. CF 2*

**OBIECTIVUL STUDIULUI:** Se prezintă cazul unei tumori retroperitoneale de schwannom gigant. Schwannoamele sunt tumori neurogene, non epiteliale ce se dezvoltă din teciile nervilor periferici (redenumite recent - PNST). Localizarea retroperitoneală a acestor tumori este foarte rar întâlnită în practica clinică (0,3-0,5%). **Lucrarea prezintă** cazul unui bolnav în vârstă de 52 de ani, de profesie inginer, fără alte antecedente patologice sau formațiuni tegumentare de neurofibromatoză care a fost spitalizat pentru dureri abdominale, mărirea de volum a abdomenului și creșterea cu 9 kg. Explorările imagistice și biologice care arată o tumoră retroperitoneală giganta, banuită benignă, nu au putut preciza originea tumorii. Se practică laparotomie mediană xifo-pubiană cu abord transperitoneal. Intraoperator se constată o tumoră retroperitoneală giganta de aspect lipomatos. S-a efectuat ablatia completă a tumorii fără sacrificii de organe. Dimensiunile foarte mari ale tumorii, greutatea de 8000 gr. și aspectul macroscopic sugerează benignitatea. Examenul histopatologic al tumorii este de schwannom benign, confirmat și de examenul imunohistochimic. Evoluție favorabilă în 14 zile postoperator. **CONCLUZII:** Spațiul retroperitoneal este foarte generos pentru dezvoltarea unor mase tumorale foarte mari. Incidența schwannoamelor este foarte mică. Prezentarea clinică a acestor tumori este nespecifică, cu dificultăți de diagnostic preoperator. Absența invaziei capsulare și a metastazelor, confirmă natura benignă a acestor tumori.

### GIGANT RETROPERITONEAL SCHWANNOMA

**THE OBJECTIVE OF THE STUDY:** Case report of the tumor retroperitoneal of the giant schwannoma. The schwannomas are neurogenic tumors non epithelial which develop of the peripheral nerve sheaths (renamed recently - PNST). Retroperitoneal localization of this tumor is low in clinical practice (0.3-0.5%). **Case report - an** 52-year-old male patient, by engineer profession, without pathological records and without neurofibromatosis type tegumentary lesions, was hospitalized for abdominal pains, a change of the aspect of the abdomen and taken in weight 9 kilograms. Imaging and biologic tests which establish a giant retroperitoneal tumor, possibly benign, couldn't define the exact origin. In xifo-pubian laparotomy and transperitoneal abord we found a giant retroperitoneal tumor of fatty aspect. Tumor excision was performed without viscus sacrifice. The very big size of the

tumor, weight-8000gr., the macroscopic aspect suggests benign tumor. Histological examination of neurogenic tumor showed a benign schwannoma, confirmed also of the immunohistochemical test. Postoperative course was favorable in 14 days. CONCLUSIONS: The retroperitoneal space is gratly for the growth of the big tumors. The incidence of the schwannomas is low. The clinical presentation of these tumors is non specific, with difficulties for the correct diagnosis in preoperative period. The absence of the capsule invasion and of the metastasis confirme benign origin of these tumors.

E107

## TUMORA STROMALA AGRESIVA CU LOCALIZARE GASTRICA- PREZENTARE DE CAZ

Anitei Maria-Gabriela, Scripcariu D. V., Scripcariu V.

Spital Sf Spiridon Iasi, Clinica III Chirurgie

Rezumat: Tumora stromala gastrointestinala (GIST) sunt definite printr-un ansamblu de argumente clinice, morfologice si imunohistologice. Prezentam cazul unei paciente in varsta de 39 ani cu GIST localizata la nivelul fornixului gastric cu metastaza hepatica, cu simptomatologie clinica nespecifica. Investigatiile paraclinice - ecografia abdominala si examenul computer tomografic (CT) - au evidentiat masele tumorale intraperitoneale fara a putea sugera diagnosticul. Examenul anatomo- patologic extemporaneu stabileste diagnosticul de tumora stromala gastrica si impune conduita chirurgicala corespunzatoare. Cuvinte cheie: GIST, metastaza hepatica

### AGGRESSIVE GIST WITH GASTRIC LOCATION – CASE REPORT

Abstract: Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are defined by a set of clinical, morphological and immunohistological elements. We present a patient, 39 years old, female, with GIST located in the upper part of the stomach with liver metastase, with nonspecific clinical symptoms. Paraclinical - abdominal ultrasound examination and computer tomography (CT) - have shown intraperitoneal tumor masses without suggested the diagnosis of GIST. Anatomic-pathological examination, made during the operation, diagnosed stromal tumors and gastric surgery requires proper conduct. Keywords: GIST, liver metastasis

E108

## PARTICULARITATI IN TRATAMENTUL NEOPLASMULUI DE RECT JOS SITUAT

Anitei Maria-Gabriela, Giurgiu Iuliana, Grigoras M., Scripcariu V.

Abstract: Introducere Neoplasmul rectal beneficiază de tratament multimodal ce trebuie adaptat fiecărui caz în parte. Material și metode : Este prezentată experiența unei singure echipe pe un număr de 167 cazuri de neoplasm rectal tratate în perioada 2005-2011. Cazurile au fost supuse unui protocol de stadializare preterapeutică și s-au evidentiat 106 pacienți cu tumori situate în jurul distanței de 6 cm de marginea anală. Tratamentul neoadjuvant a fost reprezentat de radioterapie în regim de lungă durată pentru 89 de cazuri (T3, T4), iar chimioterapia a fost asociată în 56 cazuri. S-au practicat 19 rezecții anterioare de rect foarte joase cu excizie totală de mezorect, cu 11 anastomozes manuale și 8 anastomozes mecanice, 65 excizii abdomino-perineale de rect (18 asistate laparoscopice), 6 cazuri excizii locale transanale pentru tumori T0 și T1 și 16 operații Hartmann cu excizie totală de mezorect. Ileostomia de protecție s-a practicat în 14 cazuri de rezecții foarte joase de rect și a fost închisă la 6-8 săptămâni. Rezultate Complicațiile imediate postoperatorii au fost: fistule anastomotice 1, fistulă recto-vaginală 3, disfuncții urinare 4. Recidivele locale după rezecțiile anterioare foarte joase de rect au fost întâlnite la 3 cazuri iar după excizie abdomino-perineală la 2 cazuri. Concluzii : Rezultatele postoperatorii sunt dependente de o corectă stadializare. Pacienții cu tumori jos situate tratate prin excizie abdomino-perineală de rect au avut tumori mai mari și mai agresive decât pacienții tratați prin rezecții anterioare foarte joase de rect Cuvinte cheie : cancer rectal, rezecție anterioară de rect, excizie abdomino-perineală de rect

### THE PARTICULAR PROBLEMS OF LOW RECTAL CANCER

Introduction: The gold standard in rectal cancer today is a multimodal approach, tailored for each patient. Material and methods: It is presented the one team experience with 167 cases of rectal cancer treated between 2005-2011. All patients have undergone a pretherapeutic staging protocol and there were 106 patients with tumours within 6 cm of anal verge. The neoadjuvant treatment was radiotherapy for 89 cases (T3, T4) and chemotherapy was associated in 56 cases. The procedures performed for low rectal cancer were 19 resections considered very low, with total mesorectal excision with 11 manual anastomosis and 8 mechanical anastomosis; 65 abdomino-perineal excision of the rectum (18 assisted laparoscopic), 6 transanal excision for T0 and T1 tumors and 16 extended Hartmann's procedure, with total mesorectal excision. Protective ileostomy has been practiced for 14 cases of very low resection of the rectum and was closed 6-8 weeks later. Results: Postoperative complications were: anastomotic leakage-1, recto-vaginal fistula-3, urinary dysfunction-4. Local recurrence after very low anterior resection of the rectum were diagnosed in 3 cases and after abdomino-perineal excision in 2 cases. Conclusion: It is extremely important to perform a preoperative staging of all the diagnosed cancer patient in order to get the best results. Patients with low rectal cancer treated by abdomino-perineal excision have worse tumours and higher involved margin rates compared with those treated by anterior resection. Keywords: low rectal cancer, anterior resection, abdomino-perineal excision

E109

## TUMORILE RETROPERITONEALE - ASPECTE DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT

**Lazar Angela Madalina, Bratucu E.**

*Institutul Oncologic Bucuresti, Romania*

Tumorile retroperitoneale sunt foarte rare, dar cu atat mai spectaculoase, asociate cu un prognostic foarte prost. Datorita incidentei scazute, dar si lipsei de standardizare dintre centre, exista o limitare semnificativa a cunoasterii in managerierea acestor cazuri. Pana acum, singurul tratament considerat optim a fost axat pe o rezectie tumorală completa, cu margini negative. Dificultatea unei rezectii radicale, datorita particularitatilor de abordare a acestui spatiu anatomic, dimensiunii mari tumorale in momentul diagnosticului si afectarii frecvente multiorganice si a vaselor mari, explica esecul terapeutic frecvent. Incercand sa analizam caracteristicile strategiei de diagnostic si rezultatele tratamentului chirurgical, am efectuat un studiu pe un lot de pacienti diagnosticati cu tumori retroperitoneale cu origine extradiigestiva si tratati in Clinica de Chirurgie a Institutului Oncologic Bucuresti. Ne-am propus sa determinam care sunt tipurile histopatologice cel mai frecvent intalnite, particularitatile topografice ale acestor tumori, gradul de implicare viscerală si vasculară. Am incercat sa identificam factori asociati cu o rata de supravietuire mai mare si sa analizam caracteristicile de recidiva locală si metastazare in aceste tumori. Stabilirea mijloacelor diagnostice imagistice de apreciable acuratete in estimarea preoperatorie a localizarii si rezecabilitatii tumorale, frecvent dependentă de gradul si modul de implicare a structurilor vasculare mari retroperitoneale constituie una din tinte in imbunatatirea cunoasterii privind tumorile retroperitoneale. Concomitent, studiul isi propune sa compare rezultatele diferitelor tipuri de interventii chirurgicale, dar si ale tratamentelor complementare existente. Putem concluziona ca tumorile retroperitoneale prezinta o mare heterogenitate histopatologica si ridica in general mari probleme de tratament. Sunt frecvent decelate in stadii avansate local, eventual cu metastaze, deja depasite chirurgical. Implicarea vaselor mari retroperitoneale nu reprezinta pentru multi autori o limitare pentru interventii radicale, dar adesea, in fapt, constituie o bariera prin riscul operator deosebit de mare asociat.

### RETROPERITONEAL TUMORS-DIAGNOSIS AND TREATMENT ASPECTS

Retroperitoneal tumors are very rare, but even the more spectacular, associated with an extremely bad prognostic. Because of their low incidence, but also of the lack of standardization between medical centres, there is a significant limitation of knowledge in the management of these cases. Until now, the only treatment considered optimal has been based on a complete tumor excision, with negative margins. The difficulty in performing a radical resection, due to approach particularities of this anatomic space, tumor large dimensions at the time of the diagnosis and multi-organ and large vessels affection, explains the frequent therapeutic failure. In the attempt to analyse the characteristics of diagnosis strategy and surgical treatment results, we have conducted a study of a group of patients with the diagnosis of retroperitoneal tumors with extradiigestive origin, treated in the 1st Surgical Clinic, Bucharest Oncology Institute. We intended to determine which were the most frequently encountered histopathologic types, tumor topographic particularities, the degree of visceral and vascular involvement. We aimed to identify factors associated with a higher survival rate and to analyse local recurrence and metastasizing tumor characteristics. The assessment of medical imaging diagnostic means of appreciable accuracy in the preoperative estimation of tumor localization and resectability, often dependent on the degree of retroperitoneal large vessels involvement, constitutes one of the targets in retroperitoneal tumors knowledge improvement. Concomitantly, we aimed to compare the results of different types of surgical interventions and of existing complementary treatments. We can conclude that retroperitoneal tumors present a large histopathologic heterogeneity and usually raise important treatment problems. They are frequently discovered in locally advanced stages, possibly with metastasis- already surgically overcome. Retroperitoneal large vessels involvement does not represent, according to many authors, a limitation to radical interventions, but often, in fact, constitutes a barrier due to the very high associated operative risk.

E110

## UN ADENOSARCOM MULLERIAN UTERIN CU METASTAZARE RETROPERITONEALA

**Lazar Angela Madalina, Straja N. D., Bratucu E.**

*Institutul Oncologic Bucuresti, Bucuresti, Romania*

Introducere: Sarcoamele uterine reprezinta sub 3% din cancerile uterine. Dintre sarcoamele uterine, adenosarcoamele sunt extrem de rar observate si diagnosticate, examinarea histopatologica detinand un rol deosebit de important in clasarea lor corecta. Adenosarcoamele mulleriene uterine, prima data descrise in 1974, sunt constituite dintr-o componenta benigna epitelială si una malignă stromală, fiind considerate de low grade, cu potential malign redus, cu exceptia cazurilor caracterizate de proliferare excesivă sarcomatoasă sau invazie profunda in miometru. Tratamentul optim definitiv e inca insuficient precizat, evaluarea fiind limitata de numarul inca mic de cazuri raportate in literatura. Tratamentul chirurgical adoptat in general e reprezentat de histerectomie, recidivele locale fiind frecvente, iar metastazele rare. Cazul: Prezentam cazul unei paciente de 76 de ani, diagnosticata cu adenosarcom uterin operat- histerectomie totală cu anexectomie bilaterală, neglijat ulterior, recidivat local, radiotratat, care a asociat in evolutie o metastaza retroperitoneala de mari dimensiuni. Metastaza retroperitoneala, prin implicarea multiviscerală si a vaselor mari, a fost inoperabilă. Concluzii: Adenosarcoamele uterine sunt tumori rare, cu prognostic slab in cazurile avansate sau de proliferare excesivă a componentei sarcomatoase. Desi neobisnuite, pot sa apara si metastaze retroperitoneale, care ar trebui atent luate in vedere in cadrul follow-up-ului pe termen lung.



## A UTERINE MULLERIAN ADENOSARCOMA WITH RETROPERITONEAL METASTASIS

Introduction: Uterine sarcomas represent less than 3% of uterine cancers. Between uterine sarcomas, adenosarcomas are extremely rarely observed and diagnosed, histopathologic examination having a very important role in their accurate classification. Uterine mullerian adenosarcomas, first described in 1974, are consisted of a benign epithelial and a malignant stromal component, being considered low grade tumors, of low malignant potential, excepting the cases characterised by an excessive sarcomatous proliferation or profound invasion into the miometrium. The final optimal treatment is still insufficiently ascertained, its evaluation being limited by the yet small number of cases reported in literature. The surgical treatment that is usually adopted is represented by hysterectomy, local recurrences being frequent and metastases being rare. Case report: We present the case of a 76 years old patient, diagnosed with uterine adenosarcoma, operated- total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, neglected afterwards, with local recurrence, treated by radiotherapy, which, in its evolution, associated a retroperitoneal metastasis of large dimensions. The retroperitoneal metastasis, by its multivisceral and large vessels involvement, has been inoperable. Conclusions: Uterine adenosarcomas are rare tumors, with a poor prognosis in advanced cases or in the context of sarcomatous component overgrowth. Although unusual, retroperitoneal metastases can appear and should be carefully taken into consideration during long term follow-up.

E111

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL CONSERVATOR AL NEOPLASMULUI MAMAR IN CONSTANTA

Lordache I.-E., Unc O.-D., Sârbu V., Popescu R., Calin Irina, Steriu Liliana, Pundiche Mihaela, Candea Iulia, Bajan D., Lordache Monica-Maria

Spitalul Clinic Judetean Constanta

În ultimele 4 decenii conceptul de chirurgie conservatoare s-a impus ca o alternativă viabilă în arsenalul terapeutic al cancerului de sân. Această evoluție a fost determinată de concluziile numeroaselor studii clinice randomizate și de atenția deosebită acordată calității vieții pacienților diagnosticate cu neoplasm mamar, astfel încât standardul actual al tratamentului cancerului de sân din stadiile I și II este reprezentat de tehnicile de chirurgie conservatoare. Cu toate că această problemă reprezintă o preocupare constantă în ultimii 7 ani în cadrul Clinicii de Chirurgie din cadrul Spitalului Clinic Judetean Constanta, numărul de intervenții chirurgicale conservatoare reprezintă un procent de doar 11.18% din totalul operațiilor pentru neoplasmul mamar. Scopul acestei lucrări este de prezenta experiența colectivului Clinicii de Chirurgie în acest domeniu și de a identifica problemele ridicate de aplicarea în practică a acestui concept în contextul medicinei românești, în dorința ca această opțiune terapeutică să devină o realitate a chirurgiei cancerului de sân din țara noastră.

## SURGICAL CONSERVATIVE TREATMENT OF BREAST CANCER IN CONSTANTA

In the last 4 decades the concept of conservative surgery imposed itself as a viable alternative in the therapeutic scheme of breast cancer. The evolution was determined by the conclusions of numerous randomized clinical studies and by the special attention given to the quality of life of the patients diagnosed with breast cancer, so that the actual standard of treatment in breast cancer in stages I and II is represented by conservative surgery techniques. Although this pathology represents a constant preoccupation in the last 7 years in the Surgery Clinic of County Hospital Constanta, the number of conservative surgery in breast cancer represents only 11.18% out of a total number of interventions for breast cancer. The purpose of this article is to present the experience in this domain in the Surgery Clinic of County Hospital Constanta and to identify the problems of application into practice of this concept in the context of Romanian medicine, wishing that this therapeutical option to become a reality in the surgery of breast cancer in our country.

E112

## NEOPLASM CU ALTA LOCALIZARE DUPA TUMORA KLATSKIN OPERATA

Brasoveanu V., Anghel C., Bacalbasa N., Barbu I.

Institutul Clinic Fundeni- Clinica Chirurgie Generala Si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"

Prezentare de caz tumora klatskin IIIb rezecata cu evolutia postoperatorie buna, diagnosticat la 3 ani cu tumora gastrica

## MALIGNANT TUMOR WITH DIFFERENT LOCALISATION AFTER KLATSKIN TUMOR SUCCESSFULLY RESECTED

Case report IIIb klatskin tumor successfully resected with good postoperative outcome is diagnosed 3 years later with a gastric tumor

## CHIRURGIA PANCREASULUI

F113

### ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тамм Т.И., Непомнящий В.В., Бардюк А.Я., Захарчук А.П., Крамаренко К.А., Мамонтов И.Н.

Кафедра хирургии и проктологии (зав. – проф. Т.И. Тамм) ХМАПО, Харьков, Украина

Введение. Одним из осложнений острого панкреатита является формирование ложной кисты, которые формируются в 1,18-19,4% случаев у больных с нетяжелым острым панкреатитом. В тяжелых случаях кисты формируются у 50-60% больных. В процессе формирования ложных кист могут возникать осложнения в виде перфорации, нагноения и кровотечения в просвет кисты, которые оказывают существенное влияние на выбор тактики лечения. Кроме того, на объем оперативного вмешательства оказывает влияние степень зрелости «капсулы» ложной кисты. Цель: улучшить результаты лечения больных с осложненными кистами поджелудочной железы путем выбора индивидуальной тактики их лечения, с учетом степени зрелости кисты и наличия в ней осложнений. Материалы и методы. Работа основана на анализе 224 историй болезни пациентов с псевдокистами поджелудочной железы. Из них кисты первой степени зрелости обнаружены у 181 (80,8%) больных, второй – у 37 (16,5%), и третьей у 6 (2,7%) больных. В 23% (51) случаях в процессе формирования кист у больных возникали различные осложнения: в 2,5% (6) развилось кровотечение в просвет кисты, в 4,3% (9) возникла перфорация кист с развитием перитонита и в 16,5% (36) развилось нагноение кисты. У 28% (62) больных с локализацией кисты первой степени зрелости в сальниковой сумке была произведена их пункция. Кисты, расположенные в области хвоста пунктировали и дренировали в левом подреберье, минуя селезенку и левый плевральный синус. В случаях распространения кист в левое ретроколярное пространство осуществляли двойное пункционное дренирование. В 13,6% (31) псевдокисты, которые локализовались близ магистральных сосудов дренировали открытым способом. В случаях нагноения кист первой степени зрелости, в которых при УЗИ выявляли секвестры также выполняли открытую лапаротомию. В 2,5% (6) случаев больным выполнена лапаротомия в связи с кровотечением в просвет кист. В 4,3% (9) случаях так же выполнена лапаротомия, по поводу перфорации незрелых кист. У больных с асептическими кистами второй степени зрелости выполнили цистодигестивные анастомозы. В случаях их нагноения выполняли лапаротомию, наружное дренирование кисты с максимальным удалением тканей капсулы кисты. У пациентов с кистами третьей степени зрелости не было отмечено осложнений. Они оперированы в плановом порядке – произведена резекция кисты с хвостом поджелудочной железы. Результаты. Ложные кисты поджелудочной железы на этапах своего формирования подвергаются различного рода осложнениям. Отмечено, чем более зрелая киста, тем реже возникают в ней осложнения. Учитывая полиморфизм структуры, присущий псевдокистам на различных этапах их формирования, выбор сроков и объема оперативного вмешательства необходимо осуществлять не только с учетом клинических проявлений, но и со степенью зрелости кисты, а так же ее локализации. При нагноении кист независимо от их степени зрелости в силу вступают законы гнойной хирургии: вскрытие кисты, удаление секвестра, который, как правило, присутствует, и наружное дренирование. При нагноившихся кистах второй степени зрелости необходимо по возможности удалять капсулу, так как гнойный процесс не ограничивается полостью и переходит на пограничные ткани. Избирательный подход к лечению больных с псевдокистами поджелудочной железы позволяет снизить число осложнений, избежать релапаротомий. Летальность при лечении больных с псевдокистами первой степени зрелости составила 1,4%, а с кистами второй и третьей степени – 0%. Выводы: 1. При лечении больных с псевдокистами поджелудочной железы необходимо учитывать степень их зрелости и характер осложнений. 2. Удаление содержимого из псевдокист на начальном этапе их формирования уменьшает интоксикацию, предупреждает развитие возможных осложнений и снижает количество более зрелых кист.

### VALIDATION OF THE METHOD OF PATIENTS WITH COMPLICATED PANCREATIC PSEUDOCYSTS TREATMENT

Introduction. One of the complications of acute pancreatitis is the formation of false cysts which develop in 1,18-19,4% cases in patients with non-serious acute pancreatitis. In serious cases cysts develop in 50-60% of patients. During formation of false cysts complications in the way of perforation, suppuration and bleeding into the cyst lumen can appear, which has a great influence on treatment tactics choice. Besides degree of "capsule" maturity of the false cyst influence on the volume of operative intrusion. Aim: improve the results of treatment of patients with complicated pancreatic cysts in the way of individual tactics of their treatment choice with the regard for the degree of cyst maturity and presence of complications in it. Materials and methods. The work is based on 224 case records of patients with pancreatic pseudocysts. Out of them 1st degree of maturity cysts were detected in 181 (80,8%) patients, 2nd degree – in 37 (16,5%), and 3rd degree - in 6 (2,7%) patients. In 23% (51) cases various complications appeared in the process of cysts formation: in 2,5% (6) cases bleeding into cyst lumen developed, in 4,3% (9) cases cyst perforation with peritonitis development appeared and in 16,5% (36) cases cyst suppuration developed. In 28% (62) of patients with 1st degree of maturity cyst localization in omental bursa their puncture was performed. Cysts located in the area of tail were punctuated and drained in left hypochondrium bypassing spleen and left pleural sinus. In cases of cysts development into left retrocolic space double punctual drainage was performed. In 13,6% (31) cases pseudocysts which located near magisterial vessels were drained in open way. In cases of 1st degree of maturity cysts suppuration in which sequestrum were detected under USI open laparotomy was performed. In 2,5% (6) cases laparotomy was performed to patients in connection with bleeding into cyst lumen. In 4,3% (9) cases laparotomy was also performed because of immature cysts perforation. In patients with aseptic 2nd degree of maturity cysts cystodigestive anastomosis were performed. In cases of their suppuration laparotomy, external drainage of the cyst with maximal extraction of cyst capsule tissues were performed. In patients with 3rd degree of maturity cysts complications were not detected. They were operated in plan order – the resection of cyst with pancreatic tail was performed. Results.

False pancreatic cysts on the stages of their formation are subjected to various complications. It was noticed that the more mature is the cyst the less complications can appear in it. Taking into account polymorphism of the structure peculiar to pseudocysts on different stages of their formation, the choice of terms and volume of operative intrusion is necessary to accomplish not only regarding clinical manifestations, but also degree of cyst maturity as well as its localization. Under cyst suppuration independently from their maturity degree orders of purulent surgery come into force: cyst opening up, extraction of sequestrum which as a rule takes place and external drainage. Under suppurated 2nd degree of maturity cysts it is necessary if possible to extract the capsule because purulent process is not limited by cavity and transfers into boundary tissues. Constituent approach to the treatment of patients with pancreatic pseudocysts allows to reduce the number of complications and avoid relaparatomies. Lethality in the process of patients with 1st level of maturity pseudocysts treatment comprised 1,4%, and with 2nd and 3rd level cysts – 0%. Summary: 1. During the treatment of patients with pancreatic pseudocysts it is necessary to take into account the level of their maturity and the character of complications. 2. Extraction of pseudocysts content on the initial stage of their formation decreases intoxication, averts development of possible complications and reduces the number of more mature cysts.

F114

## ОМЕНТОБУРСОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАНКРЕАТИТА

**Могильдя М.И. , Лица А.А., Берназ И.Л., Попов Д.Ф. , Могильдя С.М. , Медведев А.П. , Ставинский Р.А.**

*Хирургическое отделение ГУ «Бендерская городская больница»*

Актуальность проблемы лечения панкреонекроза обусловлена значительным возрастанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с увеличением числа распространенных форм панкреонекроза. Нами предложен принципиально новый подход к ведению данной категории больных, заключающийся в активной хирургической тактике лечения в случаях, когда интраоперационно выявляются гнойно-некротические изменения в поджелудочной железе. Данная методика апробирована на 117 больных за период с 1985 по 2010 г. Суть предлагаемой операции заключается в следующем: после выполнения некрсеквестрэктомии края отверстия в желудочно-ободочной связке фиксируются кетгутowymi нитями к париетальному листку брюшины. Сальниковая сумка тампонируется марлевыми тампонами. Брюшная полость послойно ушивается до оментобурсостомы. На 3-4 сутки после наложения оментобурсостомы под внутривенным наркозом проводят смену марлевых тампонов, при необходимости осуществляют повторную секвестрэктомия, промывают сальниковую сумку раствором фурациллина 1:5000 с 3%-ным раствором перекиси водорода. В дальнейшем с интервалом в 3-4 дня под внутривенным наркозом повторяют перевязки до полного очищения поджелудочной железы и сальниковой сумки от гнойно-некротического содержимого. По мере улучшения общего состояния больного и местного статуса перевязки делают без наркоза и заканчивают рыхлым тампонированием малой сальниковой сумки марлевыми тампонами, смоченными левомеколевой мазью, до полного заживления оментобурсостомы. Послеоперационная грыжа эпигастральной области, которая образуется у всех больных, ликвидируется в плановом порядке через 6 месяцев. Общая летальность среди оперированных больных составила 31,6%. Выводы 1. Предложенный способ оперативного лечения при остром гнойном панкреатите надежно защищает брюшную полость и забрюшинное пространство от распространения воспалительного процесса и позволяет постоянно контролировать течение заболевания. 2. Операция технически проста и доступна каждому хирургу.

## OMENTOBURSOSTOMY IN TREATING OF THE SUPPURATIVE ACUTE PANCREATITIS

The urgency of the problem of treating pancreatic necrosis is attributable to a significant increase of the number of patients and consistently high fatality. We have proposed a fundamentally new approach to managing this category of patients, consisting of active surgical treatment in those cases, when intraoperative revealed as being purulent-necrotic changes in the pancreas. This technique was tested on 117 patients from 1985 to 2010. Among these, 47 (40.67%) were diagnosed with fatty pancreatic necrosis in 70 (59.82%) - hemorrhagic pancreatic necrosis. The essence of the proposed operation is as follows: after necrosis extract edge of the hole in the gastro-colonic bonded fixed catgut strings to the parietal peritoneum sheet. Omental plugging with gauze swabs. Abdominal layers sutured to omentobursostomy. At 3-4 days after imposition omentobursostomy under intravenous anesthesia spend replacing gauze, if necessary, carry out re-sequestrectomy, washed with omental furacillin solution 1:5000 with 3% hydrogen peroxide solution. Subsequently, at intervals of 3-4 days under intravenous anesthesia repeated dressings until complete purification of the pancreas and omental of pyo-necrotic content. With the improvement of patient's general condition and status of local dressings made without anesthesia, and end up loose plugging small omental gauze, soaked levomycol ointment until complete healing omentobursostomy. Postoperative epigastric hernia, which is formed in all patients, wound up in a planned way in 6 months. The overall mortality among the operated patients was 31,6%. Conclusion 1. The proposed method of surgical treatment for acute suppurative pancreatitis protects the abdominal cavity and retroperitoneal space from the spread of the inflammatory process and allows you to constantly monitor the course of the disease. 2. The operation is technically simple and accessible to every surgeon.

F115

**MANAGEMENTUL PSEUDOANEVRISMULUI PANCREATIC****Guțu E., Iacub V., Casian D., Țugui I., Guzun V., Culiuc V.***Catedra chirurgie generala, USMF „N. Testemitanu”, Chisinau, Moldova Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chisinau, Moldova*

Introducere: Pseudoanevrismul pancreatic (PP) reprezintă o complicație rară, însă deseori fatală a pancreatitei. Apariția PP este cauzată de lezarea peretelui arterial, ce duce la instituirea formațiunii pulsatile în cavitatea pseudochistului pancreatic cu sau fără erupție în tractul gastrointestinal. Letalitatea în PP constituie 12-33%. Material și metode: În Clinica chirurgie generală au fost tratați 6 bolnavi cu PP, vîrstă medie - 39 ani. Etiologia etilică a pancreatitei a fost stabilită la toți pacienții. În 5 cazuri fistula arterială a fost originară din artera lienală și într-un caz - din artera pancreatoduodenală inferioară. Patru bolnavi s-au prezentat cu hemoragie în cavitatea pseudochistului pancreatic per se, 2 - cu erupție ulterioară în stomac și hemoragie digestivă superioară masivă. Prezenta și localizarea fistulei arteriale s-a stabilit la ultrasonografia Doppler-duplex, CT cu contrastare intravenoasă și angiografia transcateteriană. Rezultate: Cinci bolnavi au fost operați: în 2 cazuri s-a efectuat pancreatectomie distală, în 3 - suturarea transchistică a arterei lezate. Într-un caz la o pacientă HIV-pozitivă tromboza PP a fost obținută prin injectarea transcutanată ecoghidată a trombinei umane. Într-un caz s-a practicat tentativă nereușită de embolizare angiografică. Un pacient a decedat. Concluzii: Diagnosticul definitiv de PP se stabilește în baza angiografiei computerizate sau transcateteriene. În lipsa eficacității embolizării arterei singure prin cateter sau a trombozării PP este necesar tratamentul chirurgical. Rezecția pancreatică este mai indicată bolnavilor cu localizarea periferică a PP, iar ligaturarea arterei - în situația centrală.

**MANAGEMENT OF PANCREATIC PSEUDOANEURYSM**

Background: Pancreatic pseudoaneurysm (PP) is rare, but often life-threatening complication of pancreatitis. Development of PP is caused by lesion of arterial wall and formation of pulsatile cavity into pancreatic pseudocyst, with or without subsequent eruption in the gastrointestinal lumen. Mortality in PP is nearly 12-33%. Material and methods: Six patients with PP were treated in the department of general surgery, median age - 39 years. In all cases was established an alcoholic etiology of pancreatitis. In 5 cases the origin of vascular fistula was splenic artery, and inferior pancreatoduodenal artery - in one. Four patients were admitted with acute bleeding into pancreatic cyst per se, but 2 - with consequent rupture in the stomach and massive upper gastrointestinal bleeding. The presence and location of arterial fistula were determined by duplex ultrasound, contrasted enhanced CT and conventional angiography. Results: Five patients underwent surgery: distal pancreatectomy was performed in 2 cases and transcystic ligation of affected vessel - in 3. In one case of a HIV-positive women thrombosis of PP was achieved by ultrasonography-guided percutaneous needle injection of human thrombin. An unsuccessful attempt of angiographic embolization was done in one case. One patient is died. Conclusions: Definitive diagnosis of PP should be done basing on CT or conventional angiography. Failure to embolize bleeding artery or to thrombose the PP serves as an indication for surgery. Pancreatic resection is preferable in patients with distal localization of PP, whereas arterial ligation - in central one.

F116

**REZULTATELE PRECOCE ȘI TARDIVE ALE TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU PANCREATITĂ ACUTĂ SEVERĂ****Vozian M.***Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemitanu" Catedra Chirurgie Nr.1 "N. Anestiadi", Chișinău, Moldova*

Tratamentul chirurgical în pancreatita acută severă necrotică este asociat de rate semnificative de morbiditate și letalitate. Majoritatea studiilor includ complicațiile precoce și mai puțin complicațiile la distanță. Scopul comunicării actuale este de a descrie rata complicațiilor precoce și tardive după necrosectomie pancreatică. În studiu au fost incluși 36 de pacienți operați pentru pancreatită acută necrotică infectată în perioada aa.2006-2008. Vârsta medie (ani) - 49,06±1,98 (29-74). Bărbați/Femei - 23/13. Etiologie: alcool-10, biliară-11, trauma-5, idiopatic-10. Durata medie până la operație (zile) 12,28±1,90 (1-36). Balthazar: grad C-5,3%, grad D- 42,1%, grad E-52,6%. Gaz extraluminal la TC-8,33%. Laparoscopia diagnostică/curativă 36,1% (n=13). ICU preoperator (zile)- 4,25±1,06 (0-6), ICU postoperator-8,54±1,51 zile (0-36). Durata spitalizării-74,13±6,03 (28-130). Necrectomie repetate-4,33±0,56. Utilizarea VAC n=13. Lichidarea bursostomei (zile): VAC-26,00±2,71, fără VAC- 29,82±4,96. Structura morbidității: pacienți cu complicații total-94,4%, abdominală-66,6%, dintre care dehiscenta bont duodenal -2,7%, n=1, fistulă gastrică + duodenală 2,7%, n=1, ulcer perforat + abces subhepatic + hemoragie Forrest IB- 2,7%, n=1, hemoragii erozive-19,4 %, n=7, fistulă/necroză colon-11,1%, n=4, colon transvers-1, colon descendent-2, unghi lienal-1, peritonite-47,2%, n=17 (47,22%); pulmonare-86,1%, ARDS 8,3%, n=3. Letalitatea generală- 33,3% (n=12). Rezultate tardive: fistule pancreatice-16,6%, insuficiență exocrină-26,6%, insuficiență endocrină- 33,3%, hernii postoperatorii-83,4%, pancreatită și dureri recurente-13,3%. Majoritatea pacienților după necrosectomie dezvoltă complicații intraspitalicești și tardive. Complicațiile precoce duc la sporirea duratei și costului de spitalizare, inclusiv în secții de reanimare și ratei letalității. Este necesară urmărirea acestor pacienți la distanță pentru a identifica și rezolva sechelele tardive după necrosectomie.

**EARLY AND LATE TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS**

Surgical treatment in severe acute necrotic pancreatitis is associated with high rates of morbidity and mortality. Most of the studies show early and less late complications. The aim of this study is to describe early and late complications' rate after pancreatic necrosectomy. The study comprises 36 patients who underwent surgery for acute necrotic infected pancreatitis during 2006-2008. Age (median) was 49,06±1,98 (29-74). Male/Female -

23/13. Etiology: alcohol-10, biliary-11, trauma-5, idiopathic-10. Median time prior to surgery (days) 12,28±1,90 (1-36). Balthazar: grade C-5,3%, grade D-42,1%, grade E-52,6%. Extraluminal gas on CT-8,33%. Diagnostic/curative laparoscopy 36,1% (n=13). Preoperative ICU (days)- 4,25±1,06 (0-6), postoperative ICU -8,54±1,51 days (0-36). Hospital stay-74,13±6,03 (28-130). Repeated necrosectomies -4,33±0,56. VAC n=13. Closure of bursostomy (days): VAC-26,00±2,71, non-VAC-29,82±4,96. Morbidity structure: patients with complications total-94,4%, abdominal-66,6%, from which- duodenal stump leakage -2,7%, n=1, gastric + duodenal fistula 2,7%, n=1, perforated ulcer + subhepatic abscess + bleeding Forrest IB- 2,7%, n=1, erosive bleeding -19,4 %, n=7, colonic fistula/necrosis -11,1%, n=4, transverse colon -1, descendent colon -2, splenic flexure-1, peritonitis-47,2%, n=17 (47,22%); pulmonary-86,1%, ARDS 8,3%, n=3. Total mortality- 33,3% (n=12). Late results: pancreatic fistulas -16,6%, exocrine insufficiency -26,6%, endocrine insufficiency - 33,3%, incisional hernia -83,4%, recurrent pancreatitis and pain -13,3%. The majority of patients develop inhospital and late complications after necrosectomy. Early complications increase hospital stay costs and duration, including ICU stay and mortality rate. Close follow up is mandatory in order to identify and solve late sechela after necrosectomy.

F117

## COMPLICATIILE RARE ALE PANCREATITEI CRONICE

Revencu S., Mustea V., Gaitur A., Streltov Liuba, Grossu Ala

USMF "N. Testemiteanu" Catedra Chirurgie "Nicolae Anestiadi"

Pancreatita cronică poate evolua prin complicații de gravitate severă care necesită intervenții chirurgicale de amploare, rezultatele fiind incerte. Studiul retrospectiv efectuat într-o perioadă de 16 ani (1994-2010) în clinicile SCM "Sf. Arhangel Mihail" și CNSPMU denota faptul că 28 de bolnavi au intrunit complicații rare ale pancreatitei cronice: microabcese glandulare (10 caz.) sau/ și cu raspindire peripancreatică (8 caz.) complicații hemoragice atit exteriorizate în tractul digestiv (4 caz.) cit și în cavitatea abdominală (4 caz.) sau asociate (1 caz.); ascita pancreatică (6 caz.): tromboza v splenice și v.cava inferior (2 caz.): ulcer necroza a peretelui duodenal (1 caz.), o fistula pancreato-pleuro-bronșică (1 caz.). Caracteristicile grupului examinat au fost: mortalitate înaltă-21 decese, 14 postoperator: intervenții multiple-in 10 cazuri de 2 ori, în 2 cazuri de 4 ori, în cite un caz de 5 ori și respective 12 ori; prezenta a mai multor complicații, depistate, de regulă, la necropsie: supurații pancreatice-hemoragii-5 cazuri, ascita pancreatică-supurații pancreatice-6 cazuri, tromboza venei splenice-abcese pancreatice -1 caz, supurații-hemoragii-ascita pancreatică-2 caz. Concluzie: Detectarea precoce a tuturor complicațiilor, urmate de intervenții chirurgicale de amploare, rezecții pancreatice, poate favoriza supraviețuirea.

## RARE COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS

Chronic pancreatitis can lead to severe complications which need vast surgical operations with the uncertain results. A 16 –year-period (1994-2010) retrospective study was made in the municipal surgical clinic "St. Arch. Michail" and Emergency Hospital. A number of 28 patients were studied with rare chronic pancreatitis complications such as: glandular microabscess (10 cases) with peripancreatic spread (8 cases), hemorrhage with exteriorization into digestive tract (4 cases), into abdomen (4 cases) into both of them (1 case), pancreatic ascites (6 cases), the splenic and cave inferior vein thrombosis (2 cases), ulcer necrosis of the duodenal wall (1 case), a pancreatic-pleural- bronchial fistula (1 case). The examined group characteristics were: high mortality -21 deaths (14 postoperative), -urgent surgical operation-18 cases, -multiple reoperations-10 cases were twice reoperated, 2 cases-4 time reoperations, -different complication combinations were discovered at the necropsy: pancreatitis suppuration with hemorrhage-5 cases, pancreatic ascites with pancreatic suppuration-6 cases, splenic vein thrombosis with suppuration-1 case, combination of suppuration with hemorrhage and pancreatic ascites-2 case. An early detecting of these complications with a large surgical operation such as pancreatic resection may be essential for surviving.

F118

## FORME PARTICULARE DE AFECTARE TOXICA CONCOMITENTA PANCREATICA SI HEPATICA

Revencu S., Mustea V., Balan S., Ciobanu Natalia, Gaitur A.

USMF "N. Testemitanu" Clinica Chirurgie "Sf. Arh. Mihail"

Studiul vizează 10 cazuri, observate în SCM "Sf. Arh. Mihail" pe perioada ultimelor 10 ani. Toti sunt spitalizați în secția ATI cu manifestări clinico-paraclinice de insuficiență hepatică acută; antecedente de batori și cu afecțiuni hepatice cronice (hepatita cronică 2 cazuri, ciroza hepatică -8). Date pentru pancreatita acută cautate intenționat absente, amilaza sanguină cifre joase/ absente, date EUS (10 caz.), cat și CT (2 caz.) fără modificări de structură. Evoluție gravă, icter, uremie, hipoprotrombinemie, trasamilazemie, ulterior MODS avansat. Deces în mediu la ziua a 8. Necroptic – asociație de ciroza hepatică cu pancreatita acută necrotică în toate cazurile. Expansie parapancreatică absentă. În acest context de afectare pancreatică directă au fost studiate și 55 acte medico-legale de deces subit (anii 2004-2006) cu diagnostic – pancreonecroza hemoragică. Rezultatul ulterior a alcoolemiei arată a fi prezent în 39 cazuri (71%), până la 3% - 23 cazuri, peste 3% -15 cazuri. Concluzie: 1. Posibilitatea afectării toxice concomitente a ficatului și pancreasului este o realitate clinică. 2. Clinico - paraclinic predomină insuficiența hepatică acută, manifestările pancreatice fiind minime. 3. PA are o evoluție necrotică de la început, fără raspândire peripancreatică și deasemenea fără complicații chirurgicale.

## PARTICULAR FORM OF SIMULTANEOUS PANCREAS AND LIVER TOXIC DAMAGE

The study included 10 cases observed in the SCM" St. Arch. Michael" during the last 10 years. All are hospitalized in the ATI department with clinical manifestations of acute liver failure laboratory, and drinkers with a history of chronic liver disease (2 cases, chronic hepatitis, and liver cirrhosis 8). Data for acute pancreatitis intentionally sought missing digits blood amylase low / absent, EUS data (10 cases.) and CT (two cases.) no modifications of structure. Charts severe jaundice, uremia, hipoprotrombinemy, trasamilazemy subsequently advanced MODS. Death occurs in the average at day 8. Necrotic - association of cirrhosis with acute necrotic pancreatitis in all cases. Parapancreatic expansion is missing. In this context pancreatic direct damage and 55 acts have been studied forensic sudden death (2004-2006) with diagnosis - hemorrhagic pancreatic necrosis. Result of alcohol tests later shown to be present in 39 cases (71%), up to 3% - 23 cases over 3%-15 cases. Conclusion: 1. the possibility of toxic damage to liver and pancreas simultaneous is a clinical reality. 2. Clinical - Acute liver failure prevails paraclinical, pancreatic manifestations were minimal. 3. PA has a necrotic evolution from the beginning, and also without peripancreatic spread visa without surgical complications.

F119

## METODA LAPAROSCOPICĂ DE PROGNOZARE A PANCREONECROZEI

**Ciutac I., Ghidirim Gh., Beschieru E., Ghereg A., Șerbina R.**

*Catedra Chirurgie Nr.1 „N. Anestiadi”, Curs Endoscopie, Chirurgie Miniminvazivă USMF „N. Testemițanu”, laboratorul «Chirurgie hepato-pancreato-biliară», Chișinău, Moldova*

Introducere. La etapa contemporană o problemă primordială este identificarea precoce a bolnavilor cu pancreatită acută severă, pentru a indica la timp tratamentul în condițiile terapiei intensive, cu scopul preîntinderii insuficienței poliorganice. Având un grad mare de credibilitate sistema Ranson este în același timp este dezavantajoasă prin durată lungă a investigației. Scopul: Aprecierea evoluției pancreonecrozei conform semiologiei laparoscopice la bolnavii care au suportat laparoscopia diagnostică-curativă. Material și metode: Au fost evaluați 133 de bolnavi cu pancreonecroză, cărora li s-a aplicat laparoscopia diagnostică-curativă în faza precoce a bolii de toxemie pancreatică. Pancreonecroza lipidică a fost depistată la 40, hemoragică la 56, cea mixtă – la 37 de pacienți. Evoluția pancreonecrozei depinde de forma ei și de manifestările laparoscopice ale indicilor gravi ai pancreonecrozei: exudatul hemoragic peritoneal, cantitatea, intensitatea culorii roșii, nivelul amilazei, gradului de răspândire a focarelor de steatonecroză, imbiția hemoragică retroperitoneale. Semnele suplimentare au fost: peteșii și imbiția hemoragică a țesutului parapancreatic, infiltrația seroasă „edemul sticlos” a țesutului adipos, omentobursita exudativă, colecistita fermentativă, pareza gastro-intestinală. Rezultate: Utilizarea acestor criterii au dat posibilitatea de a aprecia evoluția pancreonecrozei hemoragice și mixte în funcție de gradul de gravitate și prognostic în 3 grupe – evoluția favorabilă, risc major de complicații în faza precoce și tardivă, risc major de complicații și deces în faza precoce și tardivă a bolii. În pancreonecroza lipidică s-au constatat 3 grupe de bolnavi în dependență de evoluție – evoluție favorabilă, risc moderat de complicații în faza tardivă, risc major de complicații și deces în faza tardivă a bolii. Concluzii: Informația laparoscopică detaliată poate concura cu scorurile de prognozare a pancreatitei după metoda Ranson, APACHE II etc.

## LAPAROSCOPY METHOD OF PANCREONECROSIS PROGNOSTIC

Introduction: One of the main problems nowadays is the premature identification of the patients with acute and severe pancreatitis, for the treatment provided in time in the conditions of the intense therapy to forestall the multiorgan failure. Having a high rate of the credibility the Ranson system requires a lot of time for the investigation. Purpose: The appreciation of the pancreonecrosis evolution according to the laparoscopy semiology at the patients after diagnosis-curative laparoscopy. Methods and materials: The diagnosis-curative laparoscopy was applied to 133 patients with pancreonecrosis in the early stage of the disease of the pancreatitis intoxication. In 40 cases the lipid pancreonecrosis was diagnosed, hemorrhagic-in 56 cases, combined-in 37 cases. Pancreonecrosis evolution depends on the form and laparoscopic manifestation of the pancreonecrosis grave indexes; peritoneal hemorrhagic exudate, the quantity, the intensity of the red colour, the level of  $\alpha$ -amilazis, the rate of the spread of the steatonecrosis centers, retroperitoneal hemorrhagic imbibition. Additional signs were: petechiae and the hemorrhagic imbibition of the pancreatitis tissue, infiltration "glass edema" of the adipose tissue, exudative omentobursitis, fermentative cholecystitis, gastrointestinal paresis. Results: These criteria created the possibility to appreciate the hemorrhagic and joint pancreonecrosis evolution according to the level of difficulty and prognostic in 3 groups: favorable evolution, major risk of complications in the early and tardy stages, major risk of complications and deaths in the early stages of the disease. In lipid pancreonecrosis 3 groups were found according to the evolution: favorable evolution, temperate risk of complications in the early stage, major risk of complications and deaths in the tardy stage of the disease. Conclusion: Detailed laparoscopic information can compete with the purposes of the pancreatitis prognostic after Ranson, APACHE II methods.

F120

## ARGUMENTAREA CLASIFICĂRII PANCREONECROZEI ÎN FAZA PRECOCE A BOLII

Ciutac I., Ghidirim Gh., Beschieru E., Ghereg A., Șcerbina R., Gheorghiza V.

Catedra Chirurgie Nr.1 „N. Anestiadi”, Curs Endoscopie, Chirurgie Miniminvazivă USMF „N. Testemițanu”, laboratorul “Chirurgie hepato-pancreato-biliară” Chișinău, Moldova

Introducere. Problema clasificării pancreonecrozei în faza precoce a bolii, rămîne o problemă discutabilă. Scopul: Diferențierea formelor de pancreonecroză în funcție de semiologia laparoscopică. Material și metode: Au fost analizate rezultatele semiologiei laparoscopice a 133 de bolnavi cu pancreonecroză. Pancreonecroza lipidică a fost depistată în 40, pancreonecroza hemoragică - în 56 și pancreonecroza mixtă - în 37 cazuri. Rezultate: În pancreonecroza lipidică sunt caracteristice următoarele semne laparoscopice: exudatul seros cu nuanță gălbuie, cantitatea de exudat în limite moderate, exudatul este prezent în 77,5% din cazuri, nivelul de  $\alpha$ -amilază moderat crescut în 74,2%, peritonita locală (27,5%), difuză (35%), generalizată (15%), steatonecrozele sunt depistate în toate cazurile, infiltrația seroasă „edemul de sticlos” al țesutului adipos parapancreatic, gradul de endotoxicoză: medie (85%), severă (15%). Semiologia pancreonecrozei hemoragice diferă în raport cu forma lipidică: exudatul hemoragic cu diferite nuanțe ale culorii roșii, cantitatea de exudat - de la 300-400 ml pînă la 3000- 4000 ml, prezența exudatului peritoneal în toate cazurile, nivelul înalt al  $\alpha$ -amilazei în exudat, peritonita fermentativă prezentă în toate cazurile: difuză (51,8%), generalizată (48,2%), steatonecrozele lipsesc, peteșii și imbițiția hemoragică a țesutului parapancreatic, imbițiția hemoragică retroperitoneală (17,8%), gradul de endotoxicoză: medie (12,5%), severă (89,5%). În pancreonecroza mixtă sunt depistate semne caracteristice ambelor forme. Pancreonecroza lipidică în faza precoce evaluează cu un grad mediu de endotoxicoză fiind o necroză de coagulare, ce decurge mai lent și benign, și din contra, formele hemoragice și mixte sunt necroze colicvaționale și evoluează cu un grad sever de endotoxicoză, șoc pancreatogen și insuficiență poliorganică. Totodată, în fazele tardive ale bolii potențialul de complicații necro-purulente este echivalent în toate formele de pancreonecroză.

## THE REASON OF THE PANCREONECROSIS CLASSIFICATION IN THE EARLY STAGE OF THE DISEASE

Introduction: The pancreonecrosis classification in the early stage of the disease remains a doubtful problem. Aim: Difference of pancreonecrosis forms due to laparoscopic semiology. Materials and methods: The results of laparoscopic semiology of 133 patients with pancreonecrosis were analyzed. Lipid pancreonecrosis was discovered in 40 cases out of 133, hemorrhagic pancreonecrosis—in 56 cases, combined—in 37 cases out of 133. Results: For lipid pancreonecrosis the following signs are characteristic: yellow tint of exudat, the exudat amounts in temperate limits, in 77,5% the exudat is present, the level of  $\alpha$ -amilazis moderately increased in 74,2%, local peritonitis (27,5%), diffuse peritonitis (35%), general (15%), in all cases steatonecroses were present, infiltration “glass edema” of the peripancreatic adipose tissue, the grade of endotoxiosis: average (85%), severe (15%). The semiology of the hemorrhagic pancreonecrosis differs relating to lipid form: hemorrhagic exudat with diverse tints of the red colour, the quantity of the exudat from 300-400ml to 3000-4000ml, the presence of the peritoneal exudat in all cases, high level of the  $\alpha$ -amilazis, fermentative peritonitis present in all cases: diffuse (51,8%), general (48,2%), the lack of steatonecroses, petechiae and hemorrhagic imbibition of the peripancreatic tissue, retroperitoneal hemorrhage imbibition (17,8%), the endotoxiation level: average (12,5%), severe (89,5%). Characteristic signs to both forms were traced out in joint pancreonecrosis. In lipid pancreonecrosis in the early stage estimates an average degree of endotoxiation being a blood clotting necrosis which evaluates slowly and favorable, but hemorrhagic and joint forms are colicvational necroses and develop a severe grade of the endotoxiation, pancreatogenic shock and multiorgan failure. On the other hand in the tardy stages of the disease the rate of the purulent necrosis complications is similar in every form of the pancreonecrosis.

F121

## SPATIUL RETROPANCREATIC-CHEIA RESTANTELOR SI A RECURENTELOR SEPTICE IN PANCREATITA ACUTA SEVERA

Bratucu E., Marincas M., Cirimbei C., Lazar A.M.

Institutul Oncologic Bucuresti/Clinica de Chirurgie Nr. 1

Autorii prezinta un punct de vedere asupra spatiului retropancreatic, zona topografica raspunzatoare de evolutia supuratiilor din pancreatita acuta severa. In majoritatea cazurilor, chirurgia e restrictionata la abordul limitat prin bursa omentala, folosita ca unica zona de acces asupra pancreasului. De cele mai multe ori, insa, necrozele si supuratiile evolueaza in aria compartimentelor retropancreatice si retroperitoneale, aproape imposibil de abordat prin bursa omentala. De aici survin debridările si drenajele insuficiente care lasa restante septice si permit recurente supurative ce reclama reinterventii succesive, mai mult sau mai putin programate. Exista insa posibilitatea unei strategii planificate de abord retropancreatic, de prima intentie, in scopul unei toalete cat mai complete a acestui spatiu. In cadrul acestei strategii un rol de maxima importanta revine CT cu contrast oral si I.V., dar mai ales imagisticii prin reconstructii in plan frontal si sagital. Acestea ar trebui sa constituie regula explorarii CT si sa fie solicitate de catre chirurg pentru a reusi sa aleaga calea de abord adecvata pentru accesul confortabil in spatiul retropancreatic. In sustinerea acestor afirmatii, autorii prezinta compartimentarea spatiului retropancreatic, zonele de comunicare ale acestuia cu celelalte arii retroperitoneale, la distanta de pancreas, cat si caile de difuziune ale proceselor supurative. De asemenea, sunt puse in evidenta reperele anatomice CT care asigura orientarea corecta in analiza imaginilor standard, cat si a reconstructiilor. Devine astfel posibil un acces cat mai direct in zonele care, aproape de regula, sunt neabordate chirurgical cu ocazia primei interventii.

## RETROPANCREATIC SPACE- THE KEY TO REMNANTS AND SEPTIC RECURRENCES IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

The authors present a point of view on retropancreatic space, a topographic area responsible for the evolution of suppuration in severe acute pancreatitis. In the majority of cases, surgery is restricted to the limited approach through omental bursa, used as unique access zone to pancreas. However, in the majority of cases, necroses and suppurations progress in retropancreatic and retroperitoneal compartment area, which is almost impossible to approach through the omental pouch. This is the reason for debridations occurrences and for insufficient drainage that allow for septic remnants and suppurative recurrences requiring successive reinterventions more or less scheduled. There is, however, the possibility for a planned strategy for retropancreatic approach, as primary intention, for the purpose of a thorough as possible cleaning. As a part in this strategy, a role of a maximum importance belongs to oral and intravenous contrast CT and especially to imagistics by frontal and sagittal reconstructions. These should constitute the rule for CT exploration and should be requested by the surgeon to succeed in choosing the retropancreatic approach for comfortable access to this area. In sustaining these affirmations, in this paper, the authors present the compartmentation of retropancreatic space, its communicating zones to other retroperitoneal areas, further away from pancreas, but also diffusion routes for suppurative processes. Also, CT anatomic landmarks that assure right orientation in the analysis of standard, but also reconstructed images, are highlighted here. Therefore, an as direct as possible access in the areas, that as a rule are not surgically approached during the first intervention, becomes feasible.

F122

## СПОСОБЫ НАЛОЖЕНИЯ ПАНКРЕАТОЕЮНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Качанов В.Н., Горбунов А.А., Бородаев И.Е., Муравьев П. Т., Кирпичникова Е.П., Паламарчук Д.В., Шевченко В.Г.

Одесский Национальный Медицинский Университет

Целью настоящей работы явилось изучение осложнений, клинических показателей реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде, которым были применены различные хирургические технологии панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Материал и методы. В клинике хирургии №2 ОНМУ с 2003 по 2011 год ПДР выполнена у 141 больного, из них — 40 женщины, 101 — мужчины. По поводу рака головки поджелудочной железы оперированы 83 больных, 40 - по поводу рака периампиллярной зоны и у 18 больных показанием к операции служил хронический псевдотуморозный панкреатит. Все больные разделены на 4 группы: 1 группу составили 47 больных, которым выполнена ПДР по Уипплу; 2 группа 31 больной с анастомозом по Шалимову - Копчаку; 3 группа - 41 больной - терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз по нашей методике (патент Украины №27530); в 4 группу вошли 22 больных, которым наложен панкреатогастроанастомоз (патент Украины № 53181). Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что относительно высоким общее число осложнений было у больных, которым реконструктивную часть ПДР осуществляли формируя анастомоз по Уипплу (39,4%). Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза выявлена у 10 больных и свищ ПЖ — у 9. В группе больных с применением терминолатеральной техники по Шалимову- Копчаку общее число осложнений составило 38,3%. При этом несостоятельность панкреатоеюноанастомоза выявлена у 8 больных. При применении разработанной нами методики выполнения панкреатоеюноанастомоза общее число осложнений в группе составило 10,8%, из них у 4 больных выявлена несостоятельность панкреатоеюноанастомоза. Общее число осложнений у больных с панкреатогастральным анастомозом выявлено у 4,3%. При этом несостоятельности панкреатогастроанастомозов не наблюдали. Общая летальность после ПДР составила 8,5% (12 больных). Выводы: Разработанные нами методики формирования панкреатоеюно- и панкреатогастроанастомоза при выполнении ПДР обеспечивают снижение несостоятельности швов и общего числа осложнений.

## METHODS OF PANCREATICOJEJUNOANASTOMOSIS IMPLEMENTATION IN PREVENTIVE MAINTENANCE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER PANCREATICOJEJUNAL

The purpose of the present work was studying of complications, clinical indicators of rehabilitation of patients in the early postoperative period with various methods of pancreaticojejunal resection (PJR). Material and methods. In clinic of surgery №2 ONMedU from 2003 till 2011 PJR was performed in 141 patients, from them - 40 females, 101 - males. 83 patients were operated on because of the cancer of the head of pancreas, 40 - concerning a cancer of periampullar zones and in 18 of patients the indication to operation was chronic pseudotumoral pancreatitis. All patients were divided into 4 groups: 1 group consist of 47 patients with PJA according to Wipple's modification; 2 group - 31 patients with Shalimov - Kopchak's anastomosis; 3rd group - 41 patients - terminolateral pancreaticojejunostomosis according to our modification (the patent of Ukraine №27530); 4th group included 22 patients with pancreaticogastroanastomosis (the patent of Ukraine № 53181). Results and discussion. The carried out analysis has shown that rather high total number of complications was in patients with Wipple's modification of PJR (39,4 %). The incompetency of pancreaticojejunostomosis is revealed in 10 patients and pancreatic fistula - in 9 of patients. In group of patients with Shalimov - Kopchak's terminoterminal anastomosis total number of complications was 38,3 %. Thus the incompetency of pancreaticojejunostomosis was revealed in 8 of patients. In case of pancreaticojejunostomosis implementation according to our methodic total number of complications was 10,8 %, from them in 4 patients the incompetency of pancreaticojejunostomosis was revealed. Total number of complications in patients with pancreaticogastroanastomosis was revealed in 4,3 % of cases. Thus incompetency of pancreaticogastroanastomosis did not observe. The general lethality after PJR was 8,5 % (12 patients). Conclusions: Our techniques of pancreaticojejunostomosis - and pancreaticogastroanastomosis during PJR performance provide decreasing of stitches incompetency and total number of complications.



F123

## IMPORTANȚA FERESTREI TERAPEUTICE ÎN TRATAMENTUL MINIINVAZIV AL PANCREATITEI ACUTE

Sabau D. \*, Bratu Dan \*, Sabau A. \*, Dumitra Anca \*, Santa A. \*\*, Maniu D. \*\*, Mitachescu A. \*\*\*, Sava Mihai \*\*\*\*, Prodea Anca \*\*\*\*

\* Clinica Chirurgie II Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

\*\* Departamentul de Imagistica Medicala Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

\*\*\* Clinica Gastroenterologie, Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

\*\*\*\* Clinica ATI I Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

Introducere: Pancreatita acuta este o afecțiune gravă cu o mortalitate ridicată în formele necrotico-hemoragice, în ciuda progreselor terapeutice actuale. Dorim să subliniem importanța instituirii terapiei corespunzătoare în intervalul „ferestrei terapeutice”, interval în care lanțul patogenetic poate fi întrerupt (manevre miniinvasive). Material și metodă: În 2006, în Clinica Chirurgie 2 a fost instituit un protocol terapeutic cu viza patogenetică, ce asociază terapia medicală cu cea chirurgicală laparoscopică de decompresie precoce a arborelui biliopancreatic și/sau necrectomie laparoscopică, în funcție de tipul pancreatitei acute. Alegerea momentului operator trebuie să fie precoce (fereastra terapeutică), bine documentată și adaptată fiecărui caz în parte. Rezultate: Eficiența acestui protocol este obiectivată de reducerea la jumătate a incidenței formelor de pancreatită acută gravă precum și de reducerea drastică a mortalității. Concluzii: Evoluția favorabilă a cazurilor tratate conform acestui protocol mixt, precum și perioada de spitalizare relativ redusă, variind între un minim de 7 zile și un maxim de 25 de zile, pledează pentru acest concept terapeutic patogenetic, miniinvasiv. Cuvinte cheie: pancreatita acută, fereastra terapeutică, necrectomie laparoscopică.

## THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC WINDOW IN MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Introduction: Acute pancreatitis is a very serious disease with a high mortality in necrotic forms, despite the progresses made in therapeutic management. Our purpose is to underline the importance of establishing the suitable therapy within the interval of „therapeutic window”, when the pathogenic chain can be cutted down (minimally invasive maneuvers). Material and method: In 2006, in Clinic Surgery 2 it had been established a protocol with pathogenic target which associates medical treatment and laparoscopic decompression of biliary tract and/or laparoscopic necrectomy adapted to the type of the pancreatitis. Chosing the operation moment must be precocious (within therapeutic window) well documented and adapted to each case separately. Results: The efficiency of this protocol is objectifiing through the reduction to half of the incidence of the severe forms of acute pancreatitis and also drastically reduction of the mortality. Conclusions: The favourable evolution of the cases treated according to this mixt protocol and the relative short period of spitalization between 7 and 25 days, pleads for this pathogenic and minilally invasive concept of treatment. Key words: acute pancreatitis, therapeutic window, laparoscopic necrectomy.

F124

## ATITUDINEA CHIRURGICALA IN PANCREATITELE ACUTE SUPURATE

Bratucu M., Radu P., Pescu Cristina, Iorga C., Garofil D., Stoian S., Grigorean V., Cuibac A., Strambu V., Popa F.

UMF Carol Davila Bucuresti, Sp Sf Pantelimon Bucuresti

Cuvinte cheie : pancreatita acuta severa;necroza sterila;necroza infectata;necrosectomie; supuratieIntroducere: Managementul chirurgical al pancreatitei acute severe(SAP) ramane inca controversat. Stabilirea indicatiei chirurgicale si a momentului operator optim este in legatura directa cu morbiditatea si mortalitatea acestei afectiuni.Decizia chirurgicala se bazeaza pe criteriile clinice,morfologice- examenul computer-tomografic si criteriile bacteriologice- necroza sterila sau infectata.Infectia necrozei pancreatice reprezinta o indicatie de necontestat pentru necrosectomia chirurgicala.Material si metoda: Din 2007 până în 2010, un total de 104 de pacienți cu diagnostic de SAP și cu indicatie de interventie chirurgicala au fost admiși in secția de chirurgie generala. Rezultate: Valoarea medie a scorului APACHE II la internare a fost de 16,4 (în intervalul 8-35). Toți pacienții au necesitat interventie chirurgicala. Mortalitatea generală a fost 13,4% (14 pacienți). Insuficiență multipla de organ a fost evidentiata la 41 de pacienți (39,4%). Infarctul miocardic sau embolia pulmonară au fost cauzele de deces la 3 pacienți (2,88%). Vârsta (p <0.0002), scorul APACHE II la internare (p<0,0001) , prezența sau dezvoltarea insuficienței (unice sau multiple) de organ (p<0,002), infecțiile (p<0,02) și gradul extensiei necrozei pancreatice (p <0.04), gradul de controlul al necrosectomiei (p <0,0001) par a fi in directa relatie cu supravietuirea.Concluzii: Evaluarea chirurgicala,in dinamica,se bazeaza pe determinarile de laborator proprii identificarii sepsisului cat si pe o imagistica CT sau RMN care sa cuprinda obligatoriu reconstructii de calitate. Acestea vor asigura o evacuare completa a necrozelor infectate,inca de la interventia primara.

## SURGICAL ATITUDE IN SUPPURATIVE ACUTE PANCREATITIS

Key words: severe acute pancreatitis; sterile necrosis; infected necrosis; necrosectomy; supurationIntroduction: Surgical management of severe acute pancreatitis (SAP) remains controversial. Establishing the surgical indication and the optimal timing for surgery is directly related to surgical morbidity and mortality. Surgical approach is based on clinical-morphological criterias, computer tomography criteria, bacteriological-sterile or infected necrosis of pancreas. Infected necrosis represent an unquestionable indication for surgery. Methods: From 2007 to 2010, a total of 104 patients with a diagnosis of SAP and indication for surgery were admitted in department of general surgery. Results: The mean APACHE II score on the day of admission was

16.4(range 8-35). All patients required operative therapy. The overall mortality was 13,4% (14 patients). Septic organ failure in 41 patients (39,4%) and myocardial infarction or pulmonary embolism in 3 patients (2,88%) were the causes of death. The patient's age ( $p < 0.0002$ ), APACHE II scores at admission ( $p < 0.0001$ ), presence or development of (single or multiple) organ failure ( $p < 0.002$ ), infections ( $p < 0.02$ ) and extent ( $p < 0.04$ ) of pancreatic necrosis, and surgical control of local necrosis ( $p < 0.0001$ ) significantly determined survival. Conclusions: The surgical evaluation, in dynamics, is based on both the laboratory determinations proper to the identification of the sepsis, and also on a CT or MRI imagistics which must necessarily contain quality reconstructions. These will ensure a complete evaluation of the infected necrosis, from the primary intervention.

F125

## ICTERUL MECANIC ÎN PANCREATITA CRONICĂ

Cazac A., Hotineanu V., Hotineanu A.

USMF «N. Testemițanu», LCȘ „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv” Chișinău, Republica Moldova

Cuvinte cheie: tratament chirurgical, pancreatită cronică, icter mecanic. Actualitatea temei. Până în prezent nu putem susține că ar exista un consens în literatură privind modalitatea de tratament al obstrucțiilor biliare benigne cauzate de pancreatita cronică (PC) și complicațiile ei, mai ales, rolul metodelor endoscopice mini-invasive în abordarea căii biliare principale. Material și metodă. Studiul prezintă rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 132 pacienți cu icter mecanic cauzat de PC și complicațiile ei desfășurat în perioada anilor 1994-2011 în Clinica Chirurgie nr.2. Diagnosticul icterului obstructiv benign a inclus examenul clinic, testarea biochimică, ecografia, bilioscintigrafia dinamică, CT, ERCP și colangioRMN. Atitudinea terapeutică cu scop de decompresie a CBP în perioada preoperatorie a inclus: STE- 28(21,21%) cazuri, stentare biliară endoscopică -46(34,85%) cazuri, drenare nazo-biliară-18 (13,64%) cazuri, litextracție endoscopică-12(9,09%) cazuri. Operațiile de elecție pentru cazurile de PC complicată cu icter mecanic au inclus: chistpancreaticojejunostomoză (CPJA) pe ansă Roux-35(26,51%) cazuri, colecisto(coledoco)- jejunostomoză pe ansă Roux-30(22,72%) cazuri, drenare externă a PP-28(21,21%) cazuri; puncție ecoghidată a PP-7(5,3%) cazuri. În cazurile de hipertensiune biliară și pancreatică: pancreatojejunostomoză cu colecisto(coledoco)-jejunostomoză pe ansă bispiculată a la Roux -5(3,79%) cazuri, CPJA cu colecisto(coledoco)- jejunostomoză pe ansă bispiculată a la Roux-25(18,94%) cazuri, duodenpancreatctomie cefalică-2(1,52%) cazuri. Rezultate. Evoluția pacienților a fost favorabilă în 110(83,0%) cazuri. Rata complicațiilor precoce a constituit 13(9,9%) cazuri. Complicațiile tardive s-au manifestat în 10(7,1%) cazuri, necesitând reintervenție chirurgicală clasică la 4(3,03%) pacienți și miniinvasivă la 6(4,55%) pacienți. Concluzii. În cazurile când tabloul clinic este exprimat prin icter tranzitoriu, fără lezarea gravă a funcției hepatice, e logică aplicarea unui tratament medicamentos de corecție și realizarea imediată a intervenției chirurgicale. În celelalte cazuri atitudinea chirurgicală aplicată este în 2 etape (I etapă - cuparea icterului și infecției biliare cu ajutorul tehnologiilor mini-invasive; II etapă - asigurarea unui drenaj optimal al bilei și sucului pancreatic în intestin prin intermediul unei coledoco-jejunostomii, și pancreato(chistpancreato)-jejunostomii pe ansă bispiculată a la Roux) care asigură o decompresie adecvată a sistemului ductal pancreatic și a arborelui biliar.

## MECHANIC JAUNDICE IN CHRONIC PANCREATITIS

Keywords: surgery, chronic pancreatitis, mechanical jaundice. Topicality. There is not a consensus in the literature on how treatment of benign biliary obstruction caused by chronic pancreatitis and its complications, especially the role of mini-invasive endoscopic methods in addressing the main biliary pathway. Materials and methods. This study presents the results of surgical treatment in 132 patients with mechanical jaundice complications caused by the PC in the period 1994-2011 in the Surgical Clinic No. 2. Diagnosis of benign obstructive jaundice included clinical examination, biochemical testing, dynamic bilioscintigrafia, ultrasound, CT, and colangioRMN, CPGRE. Therapeutic purpose decompression attitude of CBP during preoperative included: STE-28(21.21%) cases, endoscopic biliary stenting - 46(34.85%) cases, naso-biliary drainage-18(13.64%) cases, endoscopic litextracție-12(9.09%) cases. The elective operations for cases complicated with mechanical jaundice in PC included: chistpancreaticojejunostomosis on loop's Roux - 35(26.51%) cases, colecisto (coledoco)-jejunostomosis on loop's Roux -30(22.72%) cases, external drainage PP - 28(21.21%) cases, the PP-7 eco-puncture (5.3%) cases. In cases of biliary and pancreatic hypertension: pancreatojejunostomosis with colecisto(coledoco)- jejunostomosis on bispiculate a la Roux loop-5(3.79%) cases with colecisto CPJA (coledoco)-jejunostomosis on bispiculate loop a la Roux-25(18,94%) cases, cephalic duodenpancreatctomy -2(1.52%) cases. Results. Evolution was favorable in 110 patients(83.0%) cases. Early complication rate was 13(9.9%) cases. Late complications occurred in 10(7.1%) cases requiring surgical reintervention classic 4(3.03%) patients and miniinvasive treatment in 6(4.55%) patients. Conclusions. In cases where the clinical picture is expressed by transient jaundice, liver function without serious injury, it is logical to apply a corrective medication and achieve immediate surgery. In other cases of mechanical jaundice surgical treatment is applied in two stages (stage I - cropping jaundice and biliary infection with mini-invasive technologies, II stage - to ensure optimal drainage of bile and pancreatic juice into the intestine through a coledoco-jejunostomy, and pancreato(chistpancreato)-jejunostomy on the bispiculate loop a la Roux) that provides adequate decompression of pancreatic ductal system and biliary tree.

F126

## ATITUDINEA CHIRURGICALA IN PANCREATITA CRONICĂ SI COMPLICATIILE EI

Cazac A., Hotineanu V., Hotineanu A.

USMF «N. Testemițanu», LCȘ „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv” Chișinău, Republica Moldova

Cuvinte cheie: tratament chirurgical, pancreatită cronică, complicații. Actualitatea temei. Prevalența și gravitatea notabilă a pancreatitei cronice (PC) și complicațiilor ei impune implicarea a numeroase gesturi chirurgicale, deși acestea reprezintă entități discutabile și interpretate în mod variabil. Material și

metodă. Studiul prezintă rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 403 pacienți cu PC și complicațiile ei divizați în 2 loturi (I lot-315(78,16%)pacienți cu PC cu dilatarea ductului Wirsung, II lot-88(21,83%)pacienți cu PC fără dilatarea ductului Wirsung), desfășurat în perioada anilor 1994-2011 în Clinica Chirurgie nr.2. Operațiile de elecție au inclus:lotul I- pancreatojejunoanastomoză pe ansa Roux(PJA)-103(32,7%)cazuri, II lot-splanhnectomia toracoscopică-23(26,13%)cazuri, duodenpancreatectomie cefalică-2(0,50%) cazuri. În cazurile complicate cu pseudochist pancreatic (PP)-chistpancreaticojejunoanastomoză(CPJA) pe ansă Roux-I lot 150(47,61%), drenare externă -I lot- 30(5,04%)cazuri; II lot-28(31,82%)cazuri, puncție ecoghidată a PP: II lot-7(2,22%)cazuri. Pentru cazurile de PC complicată cu icter mecanic-PJA cu colecisto- sau coledoco- jejunanastomoză pe ansă bispiculată a la Roux-I lot-5(1,59%)cazuri, CPJA cu colecisto-sau coledoco-jejunoanastomoză pe ansă bispiculată a la Roux-I lot-25(7,94%)cazuri, colecisto-(coledoco)jejunoanastomoză pe ansă Roux - II lot-30(34,09%)cazuri. Rezultate și interpretări. Evoluția pacienților a fost favorabilă în 337(83,7%)cazuri. Rata complicațiilor precoce a constituit 37(9,3%) cazuri(I lot-32(11,2%), II lot-5(4,40%) din totalul pacienților. Complicațiile tardive s-au manifestat în 20(4,4%)cazuri (lot I- 16(3,97%), lot II-4(4,54%), necesitând reintervenție chirurgicală clasică la 11 pacienți(2,72%)(lot I-6(1,90%), lot II-5(5,68%)) și miniinvazivă la 10 pacienți(lot I-7(2,22%), lot II-3(3,40%)). Letalitate postoperatorie nulă. Concluzii. Atitudinea chirurgicală aplicată funcție de modificările parenchimului și dimensiunile ductului Wirsung contribuie la îmbunătățirea calității vieții și diminuarea frecvenței complicațiilor postoperatorii.

## CURRENT SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AND COMPLICATIONS

Keywords. surgical treatment, chronic pancreatitis, complications. Actuality. Increased frequency and notable severity of chronic pancreatitis (PC) and its complications requires the involvement of many gestures surgery. Material and methods. The study includes the results of surgical treatment of 403 patients. The CP divided into 2 groups (I group - 302 (78,16 %) patients with PC with Wirsung duct dilatation, II group -85 (21,83%) patients with PC without Wirsung duct dilatation, during the period 1994-2011 in Surgical Clinic N2. Operations of choice were following: I group - operation Puestow II - 103(32,7%); group II - thoracoscopic splanhnectomy-23(26,13%), CDP-2(0,50%). The complicated cases with pancreatic pseudocyst(PP)-cyst-pancreatojejunoanastomosis (CPJA) on the loop by Roux-I group 150(47,61%), external drainage of PP I group - 30(5,04%), group II -28(31,82%), ultrasound guided puncture of PP, group II 7(2,22%). PC complicated cases with obstructive jaundice -PJA with cholecysto- or-holedocho-jejunoanastomosis on the splitted loop by Roux - I group 5(1,59%)cases, CPJA with cholecysto- or - choledocho-jejunoanastomosis on the splitted loop by Roux - I group 25(7,94%)cases, cholecysto-or-holedocho-jejunoanastomosis on the splitted loop by Roux - II group 30(34,09%)cases. Results and discussion. The favorable evolution was marked in 337(83,7%)cases. The rate of early complications was 37(9,3%)cases ( I group -32(11,2%), II group-5(4,40%). Late complications were recorded in 20(4,4%)cases (I group -16(3,97%), II group-4(4,54%), and miniinvasive surgery in 10 cases (I group-7(2,22%),II group - 3(3,40%). Postoperative lethality - 0%. Conclusions. Application of modern technologies and open surgery in complex treatment of PC miniinvazive improved quality of life and reduce the frequency of postoperative complications.

F127

## DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA POSTRAUMATICA

**Brasoveanu V. , Bacalbasa N. , Anghel C. , Barbu I.**

*Institutul Clinic Fundeni- Clinica Chirurgie Generala Si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"*

Prezentare de caz la un pacient cu sectiune completa posttraumatica de istm pancreatic-evolutie imediata si evenimente inedite la distanta

### POSTRAUMATIC DUODENOPANCREATECTOMY

Case report . Total pancreatic posttraumatic section imediate outcome and surprising evolution in time

F128

## DUODENOPANCREATECTOMIE CEFALICA CU REIMPLANTARE DE TRUNCHI CELIAC

**Brasoveanu V. , Anghel C. , Bacalbasa N. , Barbu I. , Ionescu M.**

*Institutul Clinic Fundeni- Clinica Chirurgie Generala Si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"*

Prezentare de caz la un pacient cu ampulom vaterian - intraoperator se constata lipsa de flux la nivelul arterei hepatice - se practica duodenopancreatectomie cefalica cu reimplantare de trunchi celiac

### CEFALIC DUODENOPANCREATECTOMY WITH CELIAC TRUNK REIMPLANTATION

Case report patient with ampular tumor- during surgery we notice lack of flow in the hepatic artery - we practice duodenopancreatectomy with celiac trunk reimplantation

F129

**PANCREATECTOMIA CENTRALA - REEVALUAREA INDICATIILOR****Dumitrascu T., Stroescu C., Tomulescu V., Ionescu M., Popescu I.***Institutul Clinic Fundeni, Bucuresti*

Pancreatectomia centrala a fost propusa ca o tehnica de rezectie pancreatica alternativa la rezectiile standard (duodenopancreatectomia cefalica si pancreatectomia distala) pentru leziuni situate la nivelul istmului si corpului de pancreas. Principalul avantaj este reprezentat de conservarea atat a functiei exocrine cat si a celei endocrine a pancreasului. Dezavantajul major este reprezentat de morbiditatea postoperatorie crescuta, reprezentata in principal de fistula pancreatica. Cele mai frecvente indicatii ale pancreatectomiei centrale sunt reprezentate de tumorile benigne si cu potential redus de malignizare. Chiar daca acest procedeu chirurgical este contraindicat in carcinomul ductal de pancreas, totusi, o serie de alte malignitati speciale ale pancreasului cum ar fi metastazele pancreatice ale altor neoplazii sau pancreatoblastomul pot beneficia, in anumite situatii, de acest tip de interventie chirurgicala. Desi nu este o procedura chirurgicala foarte frecvent utilizata, pancreatectomia centrala, isi gaseste locul in arsenalul rezectiilor pancreatice.

**CENTRAL PANCREATECTOMY - INDICATIONS REVISITED**

Central pancreatectomy has emerged as a pancreas-sparing alternative technique to standard pancreatic resections (i.e. pancreatico-duodenectomy and distal pancreatectomy) for pancreatic lesions located to the isthmus and body. The main advantage is related to a better preservation of both exocrine and endocrine pancreatic functions. Conversely, the major concern is related to the high postoperative morbidity, mainly related to the postoperative pancreatic fistula rate. The most frequent reported indications for central pancreatectomy are represented by benign and low-malignant lesions of the pancreas. Although central pancreatectomy is not indicated for ductal adenocarcinoma of the pancreas, however, for certain special malignancies of the pancreas (i.e. metastasis to the pancreas of others neoplasia, pancreatoblastoma), central pancreatectomy has been proven to be a safe operation. Although central pancreatectomy is not a frequent operation, it should be included in pancreatic surgeons' armamentarium for certain indications.

F130

**TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PANCREATITEI CRONICE:  
O EXPERIENTA DE 14 ANI A UNUI SINGUR CENTRU****Stroescu C., Dima Simona, Scarlat Andra, Bouaru O., Ionescu M., Popescu I.**

Tratamentul chirurgical al pancreatitei cronice este indicat lapacientii cu durere persistentă în ciuda tratamentului medicamentossau endoscopic, sau în cazul prezentei complicatiilor.Obiectiv: Acest studiu evaluează experienta unui singur centruîn ceea ce priveste managementul chirurgical al pancreatitecronice pe o perioadă de 14 ani, cu privire la indicatie,tehnica chirurgicală, rezultate imediate si tardive.Material si metodă: Au fost studiatii 265 de pacienti ce au suferit interventii chirurgicale pentru pancreatita cronicăîntre anii 1995 si 2008. Rezultatele tardive postoperatorii au fost evaluate prin sondaj direct, cu o urmărire mediană de 40de luni.Rezultate: 265 de pacienti au suferit 275 de interventii chirurgicale pentru pancreatita cronică având ca indicatieprincipală durerea abdominală (46,8%), urmată de suspiciuneade malignizare 24,8 % si episoade de pancreatită acutărecurentă 18,6%. Rezectii 54,5% (150), proceduri de drenaj1,09% (3), derivatii, proceduri de neuroliză 44,36% (122) silaparotomii exploratorii 3,27% (9) au fost efectuate cu omorbiditate totală de 22 % si o mortalitate imediată de 2,64%.După o urmărire mediană de 40 de luni s-au obtinut informatii pentru 137 de pacienti (51,69%) cu o supravietuire actuarialăla 5 ani de 74,7% si îmbunătățirea calitatii vietii la majoritateapacientilor, în special la pacientii rezecati. Concluzie: Rezultatele noastre sugerează ca în cazul pancreatitecronice tipul interventiei chirurgicale trebuie individualizat(rezectie vs drenaj) si operatiile conservatoare (organ sparing)sunt eficiente si sigure in tratamentul pe termen lung al dureriisi al complicatiilor pancreatitei cronice

**SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS A  
14 YEARS SINGLE CENTER EXPERIENCE**

Background: Operative treatment of chronic pancreatitis is indicated for patients with intractable pain after failed medical and endoscopic treatment, or in the presence of complications of the disease. Aims: This study evaluates a single-center experience with operative management of chronic pancreatitis over a period of time of 14 years, regarding indication, surgical technique, early and late results. Patients and Methods: The records of 265 consecutive patients who underwent surgery for chronic pancreatitis between 1995 and 2008 were retrospectively reviewed and analyzed. Long-term outcomes were assessed by patient survey, with a median follow-up of 40 months. Results: 265 patients underwent 275 operations for chronic pancreatitis with the main indication abdominal pain (46.8%), followed by suspected malignancy in 24.8% and recurrent episodes of acute pancreatitis in 18.6%. Resection procedures 54.5% (150), drainage procedures 1.09% (3), bypass and denervation procedures 44.36% (122) and exploratory laparotomy 3.27% (9) were performed with an overall morbidity of 22% and an in-hospital mortality rate of 2.64%. After a median follow-up of 40 months survival information was available for 137 patients (51.69%) with a corresponding author: 225- and actuarial survival rate of 74.7% and quality of life improvement in most patients, especially in the resected group. Conclusion: Our results suggest that in chronic pancreatitis the type of surgery has to be individualized in each patient (resection VS drainage) and organ preserving operations are safe and effective in providing long-term pain relief and in treating CP-related complications

F131

## К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Лупальцов В.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Постнекротическая киста поджелудочной железы является осложнением панкреонекроза, который развивается вследствие некротических поражений паренхимы органа и его протоковой системы, когда панкреатический секрет свободно изливается в замкнутое пространство брюшной полости, чаще в сальниковую сумку, вызывая реактивное воспаление брюшины и окружающих тканей, осумковывается в замкнутую или сообщающуюся с панкреатическими протоками полость, лишенную эпителиальной выстилки. Образование постнекротических кист поджелудочной железы при остром панкреатите составляет от 20 до 30% и выше. В 20-50% их течение сопровождается такими опасными для жизни осложнениями как нагноения, разрыв стенки кисты с развитием «панкреатического асцита» или перитонита, кровотечение в полость кисты, перерождение в злокачественную опухоль с высокой летальностью. Частота образования постнекротических кист поджелудочной железы, тяжесть осложнений, неудовлетворенность результатами лечения, диктует необходимость поиска и разработки новых технологий, что делает данную проблему актуальной. Целью исследования явилось изложение взглядов на патогенез постнекротических кист поджелудочной железы, информации о частоте их встречаемости в повседневной хирургической практике, определение наиболее рациональных методов лечения в зависимости от сложившейся ситуации. Проанализированы результаты лечения 98 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, у 22 из которых течение осложнилось нагноением их полости, у 12 кровотечением в полость кисты, у 6 перфорацией стенки в свободную брюшную полость. У одного больного отмечено сдавление терминального отдела холедоха с развитием желтухи и у одного – раковое перерождение стенки кисты. Считаем, что наиболее информативным диагностическим тестом является наличие опухолевидного образования плотноэластической консистенции в эпигастрии или левом подреберье, которое появилось, чаще всего, после перенесенного острого панкреатита. Наиболее информативными инструментальными методами диагностики следует считать: рентгенологические и ультразвуковые исследования, а также МРТ и КТ. При определении выбора рационального метода лечения учитывали тяжесть состояния больного, давность образования кисты и степень выраженности воспалительных явлений. При лечении неосложненных постнекротических кист ПЖ предпочтение отдаем операциям внутреннего дренирования, выполняемым не ранее 4,5-5 месяцев со дня образования кисты. Операции внутреннего дренирования нами выполнены у 56 больных, предпочтение отдаем методике цистоеюностомии с выключением приводящей петли по А.А. Шалимову. При нагноении кисты с симптоматикой гнойно-воспалительного процесса методом выбора хирургического пособия является дренирование кисты миниинвазивным под контролем УЗИ методом или традиционным способом. Осложнения течения постнекротической кисты поджелудочной железы кровотечением в брюшную полость требует срочного эндоваскулярного или хирургического вмешательства, которое выполняется из лапаротомного доступа со вскрытием кисты, прошиванием кровоточащего сосуда и последующим наружным дренированием её полости двухпросветным дренажем через Винслово отверстие. Более радикальным способом лечения этого осложнения может явиться резекция участка кисты с перевязкой основного ствола кровоточащего сосуда. При этом необходимо учитывать состояние больного и возможности лечебного учреждения. При перфорации нагноившейся постнекротической кисты поджелудочной железы с развитием перитонита необходима общепринятая санация брюшной полости с широким наружным дренированием и дренированием полости кисты.

## ON THE ISSUE OF PATHOGENESIS AND TREATMENT OF POSTNECROTIC PANCREATIC CYSTS

Postnecrotic pancreatic cyst is the complication of a pancreonecrosis, which develops as a result of necrotic lesions of the parenchyma and ductal system. The pancreatic juice has leaked out of a damaged pancreatic duct into the closed peritoneal cavity, most likely into the omental bursa, while reactive inflammation of peritoneum and surrounded tissues is occurred. Subsequently an epithelium free cavity is formed which may be closed or communicated with the ducts. Average occurrence of postnecrotic pancreatic cysts after the acute pancreatitis is about 20-30% and higher. 20-50% of cases have endangering life complications like suppuration, perforation of the cyst's wall with "pancreatic ascytis" or peritonitis, bleeding into the cyst cavity, malignization with a high lethality rate. High rate of postnecrotic pancreatic cysts formation, severity of their complications, unsatisfaction with the treatment results forms the background of a necessity to make a research and emphasize an actuality of the problem. The aim of the study is to present the current views on the pathogenesis of postnecrotic pancreatic cysts, information of their occurrence in usual surgical practice and to determine the most rational treatment methods depending on the situation. Results of the treatment of 98 patients with postnecrotic pancreatic cysts were analyzed. In 22 cases the cysts were complicated by abscessing, in 12 patients by bleeding into the cyst's cavity and in 6 cases by perforation into the peritoneal cavity. One incidence of jaundice due to a compression of the terminal part of the common bile duct and one case of malignization of the cyst's wall was occurred. The most informative symptom is the presence of a solid tumor formation in the epigastrium or left hypochondrium appeared after suffering of the acute pancreatitis. The most informative instrumental diagnostic methods should be considered: X-ray, ultrasound, MRI and CT. Choosing a rational treatment method there were taken into account severity of the patient, prescription of a cyst formation and intensity of the inflammation. Inner draining methods are preferable in the surgery of uncomplicated cases but not early than after the 4.5-5 months from the cyst's formation. The surgery is performed in 56 patients by cystojejunostomy method combined with the afferent intestinal loop closure appliance after A.A. Shalimov. In cases of the festering cysts with appropriate purulent-inflammatory symptoms the method of choice is outer cyst's draining by minimally invasive ultrasound guided or traditional laparotomic approaches. Cases complicated by bleeding into the peritoneal cavity require an urgent endovascular or surgical treatment. It's performed from the laparotomic approach and includes opening of the cyst, retroclusion and outer draining of the cyst's cavity through the Winslow's foramen by a double-lumen tube. The more radical method is a resection of the cyst with retroclusion of the main artery supplying the bleeding source. General patient's condition and possibilities of the hospital should be considered choosing the approach. In case of peritonitis due to the cyst's perforation the common peritoneal cavity sanitation with its extended outer draining and the cyst's cavity draining are required.

## CHIRURGIA PEDIATRICA

G132

### OPTIMIZAREA TACTICII DE TRATAMENT MEDICO-CHIRURGICAL ÎN HIPERTENSIUNEA PORTALĂ LA COPIL

**Gudumac Eva, Hincu Gh.***Centrul Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică "Academician Natalia Gheorghiu"  
Catedra chirurgie pediatrică USMF "N. Testemițanu"*

Managementul medico-chirurgical în hipertensiunea portală la copil a căpătat o largă amploare în ultimele decenii, fiind o problemă prioritară a științei medicale. Scopul lucrării este prezentarea tacticii de tratament medico-chirurgical la copii cu hipertensiune portală în dependență de etiologia, forma hipertensiunii portale și starea pacientului. Studiul este bazat pe experiența Centrului Național Științifico- Practic de Chirurgie Pediatrică "Acad. Natalia Gheorghiu" unde sunt reflectate diferite noutăți ce vizează tactica medico-chirurgicală în profilaxia primară a hemoragiilor prin erupție variceală, conduita chirurgicală în hemoragie, profilaxia complicațiilor și a hemoragiilor secundare, ameliorarea calității vieții în perioada postoperatorie. Pe parcursul anilor 2000-2010 în Centrului Național Științifico- Practic de Chirurgie Pediatrică "Acad. Natalia Gheorghiu", au fost internați, diagnosticați, tratați și evaluați în dinamică 112 pacienți cu hipertensiune portală. În toate cazurile s-a aplicat algoritmul standard de diagnostic și tratament ce a inclus: examenul clinic general și local, analiza generală a sîngelui, sumarul de urină, coagulograma, urocultura, biochimia desfășurată a sîngelui, fibrogastroduodenoscopia, ecografia abdominală și a rinichilor, scintigrafia hepatică, tomografia computerizată spiralată cu angiografie faza venoasă și arterială, rezonanța magnetică nucleară a ficatului și patului prehepatic. Tactica medico-chirurgicală a fost adoptată de la caz la caz. Au fost internați cu hemoragie digestivă superioară primară 72 copii. 56 copii au prezentat recidive hemoragice fiind tratați medicamentos în asocieri cu ligaturarea elastică endoscopică a varicelor esofagiene, ocluzionarea varicelor esofagiene și gastrice, sclerozarea endo- și paravazală. Aplicarea șunturilor portosistemice a fost îndeplinită la 64 copii. Rezultatele tratamentului la distanță au fost estimate la un termen de 5 ani la 36 %, și la un termen de 10 ani la 24%. Tratamentul medical a fost asociat cu ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene -78 copii, scleroterapie- 4 copii, ocluzionare endovazală- 5 copii, devascularizarea cu splenectomie- 12 copii.

#### PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN. THERAPEUTIC OPTIONS

The scope of the Work is to present the treatment of congenital anomaly and hepato-biliary system, afections of the child in depend of etiology and form of Portal Hipertension. The study is based on experience of National Science and Practice Centre of Pediatric Surgery, witch release numerous news in surgical tactic in primary prevention of hemorrhage in varicella eruption, surgery guidness in hemorrhage, prevention of the complications and secondary hemorrhages, quality of life in post- operator period. The application of modern methods of diagnostic and treatment with practical clinical evulation allow to obtain an studial diagnostic out to choose an diferential therapeutic strategy.

G133

### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

**Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Алхасов М.Б., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В.***Кафедра детской хирургии ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава  
Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г. Москва, Россия*

Портальная гипертензия (ПГ) - основная причина острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ у детей. У детей наиболее частой формой ПГ является внепеченочная портальная гипертензия. Отличительной особенностью этой формы ПГ является сохранность печеночных функций. Поэтому основная задача хирургического лечения портальной гипертензии – профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка. Материалы и методы. С 1989 по 2011 год в ДГКБ №13 им. Филатова наблюдали 522 ребенка с ПГ. Возраст 5,8 +/- 0,6 лет. Дети в возрасте до 3 лет составили 23%. У 501 (96%) пациента причиной ПГ являлся внепеченочный блок портального кровотока. Всего выполнено 530 операций у 512 детей – 512 первичных, 18 повторных. Повторные операции выполняли при неэффективности первой операции (сохранение угрозы кровотечения), выявленной при контрольном исследовании или в случае рецидива кровотечения. 139 (32%) детей поступило в клинику по экстренным показаниям в связи продолжающимся пищеводно-желудочным кровотечением. В этом случае выполняли комплекс консервативной терапии направленных на остановку кровотечения. 51 (10,3%) больной оперирован на высоте кровотечения по экстренным показаниям в связи с неэффективностью консервативной гемостатической терапии. Подавляющее большинство выполненных вмешательств – это операции портосистемного шунтирования: мезокавальный Н-шунт – 127, мезокавальный анастомоз бок-в-бок – 29,

спленоренальный анастомоз бок-в-бок – 170, дистальный спленоренальный анастомоз – 110, другие операции – 22. Мы не выполняли паллиативных операций, не использовали склеротерапию как монотерапию острого кровотечения. С 2001 года мы стали выполнять операцию мезопортального шунтирования (МПШ), направленную не только на снижение давления в системе воротной вены, но и на восстановление физиологической портальной перфузии печени. Всего за этот период оперирован 225 ребенка с ВПГ, из них 72 пациентам выполнено МПШ (32%). В остальных случаях распространенный фиброз внутрипеченочных ветвей воротной вены не позволил восстановить кровотока по ветвям воротной вены. В этом случае выполняли операции портосистемного шунтирования. Результаты: Из 139 детей с ПГ поступивших в клинику с кровотечением из варикозных вен у 89 (64%) процентов кровотечение было остановлено с помощью консервативной терапии. Среди 512 оперированных детей с ПГ рецидив кровотечения отмечался у 18 (3,5%) детей. Все дети оперированы повторно. В настоящий момент у этих пациентов риск кровотечения ликвидирован. Летальность - 6 детей (1,1%). Из 72 пациентов с МПШ успешный результат (ликвидация угрозы кровотечений) достигнут у 66 детей (91,7%). По данным точных методов исследования в этой группе детей доказано эффективное восстановление физиологической портальной перфузии печени. Выводы: Современные возможности хирургического лечения позволяют добиться ликвидации угрозы кровотечений у 100% больных. Острое кровотечение должно быть купировано консервативными методами. Показаниями для оперативного вмешательства является неэффективность консервативной терапии – продолжающееся кровотечение. При этом внедрение новых технологий в хирургии ПГ (МПШ) позволяет восстановить нормальные анатомо-физиологические соотношения в бассейне воротной вены.

G134

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Ускова Н.Г., Куликова Н.В., Алхасов М.Б., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В.

Кафедра детской хирургии ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава  
Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г. Москва, Россия

Обеспечение адекватного оттока желчи у детей с помощью реконструктивных операций необходимо при различных пороках развития (атрезия, кисты) наружных желчевыводящих путях (НЖВП). В настоящее время наиболее широкое применение для реконструкции НЖВП получила операция по Ру с отключенной кишечной петлей. При кистозной мальформации иссекают все кистозноизмененные НЖВП (цистэктомия), и далее выполняют анастомоз между кишечной петлей по Ру и общим печеночным протоком. При атрезии желчных ходов (АЖХ) операцией выбора является операция Касаи – портоэнтероанастомоз. Операция заключается в иссечении облитерированных НЖВП и последующем анастомозе кишечной петли, сформированной по Ру, с фиброзной площадкой в воротах печени, где были отсечены желчные пути. Развитие эндоскопической хирургии в последние годы сделало возможным выполнение этих сложных операций из лапароскопического доступа. В торакальном отделении ДГКБ№13 им. Филатова впервые операция лапароскопической портоэнтеростомии была выполнена в нашем отделении в 2007 года ребенку 2 мес с АЖХ. С 2007 года до настоящего времени с использованием лапароскопического доступа выполнено 26 реконструктивных операций при пороках развития НЖВП. 16 детей в возрасте от 50 дней до 4,5 мес оперированы в связи с АЖХ. Средний вес детей в этой группе составил – 3640 +/-124г. Всем детям этой группы была выполнена лапароскопическая портоэнтеростомия по Касаи. 8 детей в возрасте от 2 мес до 15 лет оперированы в связи с кистозной мальформацией НЖВП. Этим детям выполнялся лапароскопическое иссечение кистозноизмененных желчных ходов и гепатикоэнтероанастомоз по Ру. Результаты. Конверсий не было. Интраоперационных осложнений не отмечалось. Средняя длительность операции составила 2 часа 12 мин при кистах НЖВП и 2 часа 24 мин при атрезии желчных ходов. Из послеоперационных осложнений в одном случае отмечался стеноз гепатикоенероанастомоза и в другом случае - желчный перитонит, связанный с негерметичностью гепатикоенероанастомоза. Все эти осложнения были купированы с помощью лапароскопических операций. Время восстановления пассажа по ЖКТ составило у детей после лапароскопической портоэнтеростомии в среднем 2,9 суток, после лапароскопического удаления кист НЖВП – 2,2 суток. Время пребывания в отделении интенсивной терапии детей оперированных лапароскопическим доступом при атрезиях желчных ходов составило 3,7 дня, при кистах НЖВП – 3,1 дня. Важным показателем эффективности операции Касаи является восстановления пассажа желчи в кишечник и ликвидации симптомов билирубинемии. Стойкая (более 12 мес) ликвидация явлений гипербилирубинемии отмечалась у 8 больных (хороший результат), у 5 детей был достигнут удовлетворительный результат (отсутствие явлений гипербилирубинемии в ближайшие месяцы после операции), и у 3 детей операция была неэффективна. Во всех случаях после лапароскопических операций достигнут хороший косметический результат. Таким образом, наши результаты свидетельствуют, о том, что лапароскопический доступ является методом выбора для реконструкции НЖВП у детей с пороками развития желчевыводящей системы.

G135

## ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ SUGIURA У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Алхасов М.Б., Митупов З.Б., Масенков Ю.И., Шапов Н.Ф.

Кафедра детской хирургии ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава

Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г. Москва, Россия

Шунтирующие операции считаются наиболее эффективными для предотвращения кровотечений из варикозных вен пищевода (ВРВ) при портальной гипертензии (ПГ). Однако, возможность применения этих операций ограничена в случае отсутствия вен, пригодных для наложения шунта, вследствие обширного тромбоза, либо вследствие порока развития сосудов либо вследствие предыдущих неудачных операций. Кроме того, применение шунтирующих операций у детей с циррозом печени (ЦП) ограничено из-за опасности развития портосистемной энцефалопатии. Операция Sugiura основана на принципе снижения кровотока по portoкавальным коллатералям в системе вен пищевода и желудка. Материалы и методы: С 1989 по 2011 гг. в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова операция Sugiura (в модификации клиники) была произведена у 24 больных в возрасте от 3 до 17 лет. Из них 19 детей с внепеченочной ПГ, 3 с врожденным фиброзом печени, 2 детей с ЦП. Все дети с внепеченочной ПГ поступили в нашу клинику после неоднократных кровотечений. По данным ФЭГДС у всех пациентов были выявлены ВРВ 3-4 степени. Показанием для выполнения им операции Sugiura была невозможность выполнения операции портосистемного шунтирования в связи с отсутствием проходимых вен портального бассейна, которые можно было бы использовать для создания сосудистого анастомоза. 17 детей перенесли предыдущие неоднократные неудачные операции в других клиниках. 11 детей также перенесли неоднократные сеансы ЭС. В 2 случаях отмечался рассыпной тип кровоснабжения брюшной полости с отсутствием венозных стволов. С 2001 года операции Sugiura мы стали дополнять эндоскопическим склерозированием (ЭС) через 6-12 месяцев после операции. Такой метод лечения был выполнен у 11 детей. ЭС выполнялась 1 раз в течении первого года после операции, далее в соответствии с выраженностью варикозных вен пищевода при ФЭГДС. Среднее количество процедур ЭС до полной иррадикации варикозных стволов –  $3,5 \pm 1,4$ . Таким образом, всех детей оперированных по методике Sugiura можно разделить на две группы. Первая – дети, перенесшие только операцию Sugiura, и вторая – дети, перенесшие операцию Sugiura с дополнением ЭС в послеоперационном периоде. Результаты: Из 24 детей рецидив кровотечения выявлен у 6 (25%). Первая группа пациентов – 13 детей. Рецидив кровотечения составил 31% (4 ребенка). Все дети оперированы повторно. Вторая группа - 11 детей. Рецидив кровотечения отмечался у 2 детей (18%). У остальных детей (9 пациентов) после проведенных курсов ЭС выраженность варикозных вен по данным ФЭГДС не превышает 1 степень. Таким образом, мы считаем показанием для выполнения операции Sugiura невозможность выполнения шунтирующей операции у детей с внепеченочной ПГ, а так же внутривеночная ПГ с явлениями нарушения печеночных функций. С целью повышения эффективности операции показано применение ЭС в послеоперационном периоде, что позволяет снизить риск рецидивных кровотечений почти в 2 раза.

G136

## TRATAMENTUL ARSURILOR TERMICE CRITICE LA COPII DE VÂRSTĂ FRAGEDĂ

Prisăcaru Olesea, Vicol Gh.V., Monul S.F., Calmațui I.M., Damian A.I., Tomuz V.A.

IMSP SCRC „Em. Coțaga” Catedra Chirurgie, Ortopedie și Anestezologie Pediatrică

USMF „N. Testemițanu”

Actualitatea temei Arsurile termice la copii constituie 10-20% din totalul traumatismelor acute la vârstele pediatrice. Cele mai frecvente sunt arsurile cu lichide fierbinți la vârstele fragedă (0-5 ani). Incidența la vârsta dată este citată 55-60% din totalul arsurilor la copii. Organismul copiilor cu particularitățile sale anatomo-fiziologice și mecanismul de protecție imună imatur reacționează neadecvat la stările de stres provocate de leziunea termică. Scopul studiului Determinarea eficacității tacticii de tratament în Clinica de Arsuri cu caracteristicile patogenezei și evoluției bolii arșilor la copii de vârstă fragedă (0-5 ani). Materiale și metode Pe parcursul ultimilor 3 ani (2008-2010) în Clinica Pediatrică de Arsuri s-au tratat 1956 copii în vârste 0-18 ani: copii cu arsuri 0-5 ani - 960 copii (49%); 6-14 ani - 744 (38%); 15-18 ani - 252 (13%). Majoritatea copiilor spitalizați au fost din grupa fragedă (0-5 ani). Arsurile superficiale sunt constatate la 1124 (57%), profunde - 832 (43%) copii. Cauza principală a arsurilor la copii de vârstă fragedă sunt lichidele fierbinți (80%); în vârstele mai mari dominează arsurile cu flacăra, de contact cu obiectele incandescente și electrotermice. După internarea în clinică copiilor în stare critică nu se efectuează tuala primară a plăgilor, dar se spitalizează direct în secția reanimare și terapie intensivă pe paturile-plasă. După abordul la venele centrale (subclaviculare, femurale) s-a petrecut terapia infuzională antișoc. Cantitatea lichidelor transfuzate în primele 24 ore nu depășeau 1/10 din greutatea copilului, iar în următoarele 48 ore se micșora la 2/3 și 1/2 din cea inițială. Componenta substanțelor transfuzate sunt preparate proteice (sol. Albumină 10%, Plasma congelată); reologice (Reopoligluchină, Reomacrodex); sol. Ringer, sol. Lactasol; amestecul de Glucosae 10% + sol. Novocaină 0,125% (1:1), sol. Glucosae 5% și 10%; preparate cu caracter dezintoxicant (sol. Hemodeză, sol. Hemoheșă). Tratamentul antișoc a inclus și analgezice, antihistaminice, anxiolitice. Corticosteroizi, antiagregante, anticoagulante, antiproteazice și oxigenul umezit. La copii internați în starea șocului decompensat se încheie transfuzia Dopaminei 5mcg/kg/min. La sfârșitul primelor 48 ore posttrauma se include în tratament plasma și gamma-globulina antistafilococică, antibiotice. Rezultate În ultimii 3 ani (2008-2010) au decedat 6 copii cu arsuri critice > 60% suprafața corpului (0-5 ani - 4, 6-18 ani - 2). Letalitatea în acești ani (0,8%; 0%; 0,28%). Cauza de bază a fost sepsisul -4; șocul termic - 2 copii cu arsuri termice > 80% suprafața corpului. Concluzii Terapia complexă aplicată copiilor cu arsuri critice au permis micșorarea esențială a complicațiilor bolii arșilor și letalității.



## HEAT CRITICAL BURNS TREATMENT IN EARLY AGE CHILDREN

**Introduction** Thermal burns in children is 10-20% of all acute pediatric trauma. The most common are burns from hot liquids age children (0-5 years). The incidence is quoted at the same age 55-60% of total burns in children. Children with his body anatomic and physiologic features and an immature immune protection mechanism reacts inappropriately to stress conditions caused by thermal injury. Aim of the study Determination of the efficacy of tactics used in the treatment in Burn Hospital with pathogenesis characteristics and burned disease evolution in the early age children (0-5 years). Materials and methods Over the past three years (2008-2010) in the Pediatric Clinic of Burns 1956 children aged 0-18 years were treated: children with burns aged 0-5 years - 960 (49%), children from 6-14 years - 744 (38%) and aged 15-18 - 252 (13%). Most hospitalized children were in early age group (0-5 years). Superficial burns were found in 1124 (57%), deep - 832 (43%) cases. The main cause of burns in early age children are hot liquids (80%) in older ages flame burns, contact with incandescent objects and electric burns become more frequent. After children's admission to the hospital, primary wound care was not performed, but they were hospitalized directly in the intensive care ward on special beds made out of net. Then a central veins (subclavian, femoral) approach was obtained and infusion therapy of the shock was stated. The quantity of the fluids transfused within 24 hours did not exceed one tenth of patient's weight, and decreased within 48 hours to 2/3 and then 1/2 of the original. The composition of substances transfused were proteins (10% Albumin, Fresh Frozen Plasma), rheological (Reopoligluclin, Reomacrodex) sol. Ringer, sol. Lactasol, the mixture of 10% Glucose + Novocain 0,125% (1:1), 5% and 10% Glucose; detoxifying drugs (Hemodez, Hemohes). The treatment of the shock included analgesics, antihistamines, anxiolytics, corticosteroids, antiplatelet agents, anticoagulants, and moistened oxygen. In children hospitalized with decompensated shock Dopamine 5mcg/kg/min transfusion were added. At the end of the first 48 hours after the trauma, plasma and antistaphylococcal gamma-globulin, antibiotics are added to the treatment. Results In the last three years (2008-2010) died six children with critical burns over 60% of total body surface area (0-5 years - 4, 6-18 years - 2). Lethality in these years was (0.8%, 0%, 0.28%). Main cause was sepsis -4; thermal shock - two children with burns > 80% of total body surface area. Conclusions Complex therapy of children with critical burns allowed essential decrease of complications and lethality in the burned disease treatment.

G137

## EPIDEMIOLOGIA LEZIUNILOR TERMICE LA COPII

**Gudumac Eva, Prisăcaru Olesea, Vicol Gh.**

*Catedra Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică USMF „N. Testemițanu” IMSP SCRC „Em. Coțaga”*

Tratamentul arsurilor la copii poate ridica o serie de probleme specifice, datorită concentrațiilor anormale de proteine plasmatice, complementului, care influențează local funcția neutrofilului, limfocitului, iar în ansamblu cauzează perturbări în sistemul local și general de apărare imunitară, putând contribui la incidența crescută a complicațiilor septice și a deceselor. Toate modalitățile de rezolvare a acestor complicații sunt grevate de o serie de dificultăți medico-chirurgicale. Evident că principala problemă privește evitarea unor asemenea complicații ce acompaniază frecvent arsurile. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății și Fondului pentru Copii al ONU (UNICEF), mortalitatea prin leziuni termice se situează pe locul trei cedând doar traumatismului rutier și înecului. Obiectivul lucrării este evaluarea în ansamblu a leziunilor termice la copil. Studiul este unul de ordin sintetic și se referă la pacienții care s-au aflat la tratament în secția de leziuni termice ale IMSP SCRC „Em. Coțaga” în perioada 2009-2011. Am urmărit retrospectiv 954 pacienți cu vârsta între 0-18 ani cu diagnosticul de boala arșilor. Au fost analizate: diagnosticul la internare, anamneza, tabloul clinic și paraclinic, tehnicile operatorii, evoluția postoperatorie. În lotul de studiu au predominat băieții - 57,34%, pe când sexul feminin a constituit - 42,66%. Caracteristicile epidemiologice legate de incidența, vârstă, sex, se suprapun cu datele din literatură. În mod particular s-a constatat o incidență mai mare a arsurilor (80,39%) la copiii cu vârsta de până la 5 ani, în 19,6% au fost afectați copii între 5 - 18 ani și 17,5% - până la un an. Apogeul frecvenței sporite a arsurilor la copiii de 0-5 ani, a fost constatată ca fiind primăvara (27,5%) și iarna (25,5%). Iar la cei de 5 - 18 ani, în perioada activității maxime (vacanță) - deci vara (29,4%) și iarna (25,1%). Au predominat copiii din mediul urban - 54,72%, cei din mediul rural - 45,28%. La 54,6% din cei afectați au predominat leziunile a mai multor regiuni anatomice ale corpului (54,6%) și au predominat copiii 70,2% cu suprafața leziunii arse de până la 10%. Studiul denotă o corelație între suprafața arsă și concentrația de C3a a complementului la a 6-7 zi după injuria termică. Studiul a sugerat că cea mai eficientă metodă de tratament a leziunilor termice este profilaxia.

## EPIDEMIOLOGY OF THERMAL INJURIES IN CHILDREN

Treatment of burns in children can raise a number of specific problems due to abnormal concentrations of plasma proteins, complement affecting local function of neutrophils, lymphocyte, and can cause a general disruption in the local immune defence which may contribute to an increased incidence of complications and septic death. All the methods of solving these complications are encumbered by a series of surgical difficulties. Obviously the main issue is to avoid such complications that often accompany burns. According to World Health Organization and UNICEF, mortality from thermal injuries ranks third, after the road trauma and drowning. The objective of the paper is to evaluate thermal injuries in children. The study is one of the synthetic nature and refers to patients who were treated in the burn department of PMSI SCRC "Em. Coțaga" during 2009-2011. We followed retrospectively 954 patients aged 0-18 years with a diagnosis of the burned disease. Were analyzed: diagnosis on admission, history, clinical and paraclinical data, operative techniques, and postoperative course. In the study group were mostly boys - 57.34%, while females constituted - 42.66%. Epidemiological characteristics related to the incidence, age, sex, overlap with the data found in the literature. Particularly, there was a higher incidence of burns (80.39%) in children aged up to 5 years, in 19.6% cases children aged 5-18 years were affected and in 17.5% cases - under 1 year old. The apogee of increased frequency of burns in children aged 0-5 years, was found to be in spring (27.5%) and winter (25.5%). And in those of 5 to 18 years, during the peak activity (holiday) - which is in the summer (29.4%) and in the winter (25.1%). Mostly were affected urban children - 54.72%, 45.28% representing children from in rural areas. In 54.6% of those affected were mostly lesions of several anatomical regions of the body (54.6%) and 70.2% children were burned with wound surface for up to 10%. The study shows a correlation between area burned and the concentration of complement C3a in 6-7 days after thermal injury. The study suggested that the most effective treatment is the prevention of thermal injuries.

G138

**ETIOLOGIA ARSURILOR TERMICE LA COPII DE VÂRSTĂ 0 - 5 ANI****Gudumac Eva, Prisăcaru Olesea, Vicol Gh.***Catedra Chirurgie, Ortopedie și Anestezologie Pediatrică USMF „N. Testemițanu” IMSP SCRC „Em. Coțaga”*

Chirurgia modernă a leziunilor termice la copil presupune nu numai scăderea ratei traumatismului dat, ci și o recuperare rapidă, durere minimală, scăderea invalidității și a costurilor tratamentului medico-chirurgical. Lucrarea de față prezintă rezultatele unui studiu efectuat pe un lot de 767 copii cu arsuri termice, cu vârsta cuprinsă între 0-5 ani în perioada 2009-2011. Au fost urmărite cauzele, vârsta, sexul, probleme legate de diagnostic, tipul de anestezie, tehnica operatorie, rata complicațiilor, invalidității etc.. În 2009-2011 – secția de leziuni termice în IMSP SCRC „Em. Coțaga” au fost spitalizați 954 copii cu arsuri termice, cu vârsta cuprinsă 0-18 ani, dintre care cei cu vârsta 0-5 ani au constituit 767 (80,4%). Bolnavii au fost selectați în 3 loturi de studiu: I – copiii în vârstă 0-1 an, lotul II – 1-3 ani, lotul III – 3-5 ani. În I-ul lot, cauza arsurilor au fost: lichidele fierbinți - 88,02%, prin contact - 10,2%, flacăra - 1,2%, electrice - 0,6%; chimice - 0%. În lotul II – (1-3 ani) arsurile prin lichide fierbinți au constituit - 87,62%, prin contact - 7,30%, prin flacăra - 3,04%, electrice - 0%, chimice - 0,40%. În lotul III – (3-5 ani) arsurile prin lichide fierbinți - 91,58%, prin contact - 5,61%, prin flacăra - 1,86%, electrice - 0%, chimice - 0,93%. Studiul multidisciplinar demonstrează că vârsta cea mai nefavorabilă din punct de vedere al prognosticului vital, funcțional, cel estetic, a fenomenelor fiziopatologice pe care le determină efectul termic asupra țesuturilor organismului în creștere îl dețin copiii în vârstă de 1-3 ani (64,3%) și la care în 88,3% se instalează boala prin combustie în special având ca factor etiologic lichidele fierbinți (88,3%). Raportul numeric al băieților și fetițelor cu leziuni termice reprezintă la copii de vârsta până la un an - 1,45/1, 1 - 3 ani - 1,27/1, 3 - 5 ani - 1,05/1. Astfel conchidem că 88,3% din arsuri la copiii de 0-5 ani au ca factor cauzal lichidele fierbinți și doar 7,7% cele prin contact. Peste 75% din arsuri prin lichide fierbinți se constată la copii cu vârsta 1 - 3 ani. Copii în vârstă 0-3 ani suportă mai greu traumatismul termic și lipsa de reactivitate face deseori prognosticul discutabil.

**ETIOLOGY THERMAL BURNS IN CHILDREN AGED 0-5 YEARS**

The modern burn surgery in children involves not only the decrease of trauma, but also a rapid recovery, minimal pain, decreased disability and lower costs of medical and surgical treatment. This paper presents the results of a study on a sample of 767 children with thermal burns, aged 0-5 years in 2009-2011. Cases have been pursued, age, sex, issues of diagnosis, type of anaesthesia, surgical technique, the rate of complications, disability, etc. In 2009-2011 – in the burn department of PMSI SCRC “Em. Coțaga” were hospitalized 954 children with thermal burns, aged 0-18 years, including those aged 0-5 years were 767 (80.4 %). Patients were selected in three study groups: I - children aged 0-1 years, group II - 1-3 years, group III - 3-5 years. The 1st lot, the cause cause of burns were represented by hot liquids - 88.02%, contact burs - 10.2%, flame - 1.2%, electric burns - 0.6%, chemicals - 0%. In the 2nd group - (1-3 years), children were burned by hot liquids - 87.62%, contact - 7.30%, the flame - 3.04%, electricity - 0%, chemicals - 0.40%. In group 3 - (3-5 years) burned by hot liquids - 91.58%, contact - 5.61%, the flame - 1.86%, electricity - 0%, chemicals - 0.93%. Multidisciplinary study demonstrates that age the worst prognosis in terms of vital, operative, aesthetic, and physiological phenomena that are determined the effect of heat on the growing body tissues have children aged 1-3 years (64.3%) in 88.3% of which the burned disease is diagnosed, especially with the hot liquids being the etiological factor (88.3%). Report of boys to girls suffering burns in the children aged up to one year is 1.45 / 1, aged 1 - 3 years - 1.27 / 1, and aged 3 to 5 years - 1.05 / 1. Thus we conclude that 88.3% of burns in children of 0-5 years have hot fluids as a causal factor, and only 7.7% are provoked by contact. Over 75% of burns by hot liquids are found in children aged 1-3 years. Children aged 0-3 years are dealing heavier with the thermal injury, and lack of reactivity is often the cause of questionable prognosis.

G139

**TUMORILE DE OVAR LA COPII****Livșiț Irina***CNCP “N. Gheorghiu”*

Introducere: Frecvența tumorilor și formațiunilor tumorale a ovarelor în structura morbidității ginecologice a copiilor în vîrstă 0-18 ani constituie 1- 4,6%. Astfel tumorile și formațiunile tumorale ale organelor genitale la copii ocupă după frecvența locul patru după tumorile sistemului nervos central, osos și rinichi. Mai frecvent se întîlnesc formațiunile tumorale ale anexelor uterine (40-50%) și în special la copii în vîrstă pînă la 6 ani, precum și în perioada de pubertate. Histopatologic formațiunile voluminoase care se depistează în perioada copilăriei au originea germinală sau foliculară. La etapa pubertății fiecare a treia formațiune a ovarelor este reprezentată de chisturi foliculare, paraovariene, de corp lutein, cît și de tumori germinale. Tumorile maligne ovariene (sarcom, carcinom, teratom, etc) sunt de două ori mai frecvente decît cele benigne (chisturi, polipe, fibroame și alte). Material și metode: În Centrul Național de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu” pe parcursul anilor 2007 – 2011 au fost operate 79 de fetițe cu patologie a organelor genitale interne, 84,6% (11 copii) au fost internați în mod programat. În 84,3% (72 copii) de cazuri au fost prezinte diferite forme de chisturi ovariene și paraovariene. În mod urgent au fost spitalizați 79,2% (54 copii) cu chisturi care au mimat clinica de apendicită acută. În 93% de cazuri de formațiuni tumorale spitalizați în mod programat diagnosticul a fost confirmat prin examen ultrasonografic și CT. Rezultate: Remarcăm că 63% din pacienți au fost cu vîrstă cuprinsă 13-17 ani; 25,9% - 7-12 ani și 10,6% - 1-6 ani; 87,5% din tumorile organelor genitale interne au fost depistate în vîrstă de la 7 - 17 ani. Concluzem că tumorile maligne ale organelor genitale la fete au fost cele ovariene (86%) și cele germinogene (82%), pe cînd cele ale stromei (9%). Completarea examenului ecografic cu tomografia computerizată sau RMN se impune în cazurile de aspecte ecografice incerte sau insuficiente pentru diagnosticul unei formațiuni tumorale ovariene. Tratamentul tumorilor organelor genitale este cel chirurgical.

## OVARIAN TUMORS OF CHILDREN

**Introduction:** The frequency of tumors and tumor formations in the structure of gynecological morbidity of children in ages 0-18 years is 1 - 4,6%. Such tumors and tumor formations of the genital organs in children occupies fourth place after central nervous system tumors, bone tumors and kidney tumors by its frequency. Most frequently are encountered tumors of the uterine annexes (40-50%) and particularly in children aged up to six years and during puberty. Histopathologic tumor formations in childhood are detected by follicular or germinal stem. At the stage of puberty the ovaries in every third party are represented by follicular cysts, paraovarian, cysts of luteining body and germinal tumors. Malignant ovarian tumors (sarcoma, carcinoma, teratoma, etc.) are two times more frequent than benign (cysts, polyps, fibroids and other). **Material and methods:** National Center of Pediatric Surgery "Natalia Georgiu" during the years 2007 - 2011 had operated 79 girls with the pathology of internal genital organs, 84,6% (11 children) were hospitalized by plan. In 84,3% (72 children) were present different types of cases of ovarian and paraovariene cysts. Spitalized urgently were 79,2% (54 children) with cyst which mimicked acute appendicitis clinic. In 93% of cases of tumorale formations that presented programatly spitolazation, diagnoses were confirmed by ultrasound examination and CT. **Results:** We noticed that 63% of patients were aged 13-17 years, 25,9% - in 7-12 years and 10,6% in - 1-6 years; 87,5% of tumors of internal genitales were detected in age from 7 to 17 years. We conclude that malignant tumors of the genitalia in girls were in the ovary (86%) and germinogene (82%), and those of the stroma (9%). Completion of ultrasound with CT scan or MRI is necessary in cases of insufficient or uncertain aspects of ultrasound for diagnosis of ovarian tumors. Treatment of genital tumors is surgical.

G140

## FORMAȚIUNI TUMORALE A CAVITĂȚII ABDOMINALE ȘI PELVISULUI

Livșiț Irina

CNCP "Natalia Georgiu "

**Introducere.** Dificultățile de diagnostic și tratament ale formațiunilor tumorale abdominale reprezintă încă în prezent o realitate destul de sumeră, cu toate posibilitățile de tehnică chirurgicală, imagistică, etc. În special aste se referă la copii. În marea majoritate a cazurilor copii cu formațiuni vin în atenția medicilor în situații de urgență sau atunci când formațiunea are dimensiuni semnificative. **Materiale și metode.** Fișele de observații ale pacienților care au beneficiat de tratament chirurgical în Centrul Național de Chirurgie Pediatrică "Natalia Georgiu " au fost reunite în cadrul unei analize retrospective a 158 copii cu formațiuni tumorale abdominale. Pacienții au fost operați între anii 2008-2011. Analiza dosarelor purta asupra sa: vârsta, sexul, durata evoluției bolii, tehnica chirurgicală, tipul histologic a afectării, complicațiile și tipul de supraveghere. Era incluși cazuri a 122 fete și 26 băieți. Durata medie a evoluției tumorale era cu extreme de 1-3 ani. Formațiuni tumorale ale organelor genitale interne la fete au fost depistate în 89 cazuri. În 73 cazuri a fost afectat ovarul drept, în 16 - ovarul stâng. La pacientele cu clinica de abdomen acut chirurgical în 22 din cazuri a fost apoplexia ovarului, în 16 cazuri - ovarul chistic torsionat, în 4 cazuri - ruptura masivă a chistului și la 2 pacienți - necroza pereților chistului. Examinele prin ultrasonografie și tomografie computerizată au depistat la 22 fetițe formațiuni tumorale abdominale. La 34 copii care s-au prezentat cu acuze la dureri acute abdominale prin diagnostic imagistic s-au depistat formațiuni tumorale hepatice. Studiul prin ecografie, scintigrafie și tomografie hepatică a permis de a suspecta chist hidatic hepatic în 24 cazuri, chist congenitale ale lobului drept al ficatului - 1 caz, la 10 copii tumori hepatice. Formațiunile pancreasului în 2 cazuri au fost prezintate de tumori maligne, la 9 de chisturi posttraumatice a pancreasului. La 6 copii au fost depistate formațiuni ale splinei, 4 din ei au fost operați: unu cu hemangiom masiv, unu cu splina polichistică și 2 cu chisturi majore a splinei. Cite doi copii au fost cu chisturi ale mezoului și omentului, 6 copii cu tumori difuze nerezecabile cu concreșterea vaselor magistrale sau/și organelor învecinate, doi copii cu limfom non-Hodjkin forma abdominală și 5 copii tumor retroperitoneal neuroblastom. Remarcăm faptul că majoritatea copiilor cu formațiuni ale organelor cavității abdominale și a pelvisului au avut o istoria bolii destul de lungă fiind prezente dureri abdominale, dereglări de defecăție sau micție. În unele cazuri, formațiunile tumorale au atins la dimensiuni gigante. Totodată trebuie de însemnat că toate formațiunile sus numite existau de o perioadă lungă și ar fi putut diagnostificate pînă a atinge la dimensiuni masive. **Tehnicile chirurgicale** au fost adaptate de la caz la caz. Urmărirea medie după gestul chirurgical a fost de 3,5 ani. **Concluzii:** 1. Formațiunile tumorale ale organelor cavității abdominale și pelvisului la copii nu sunt rare, 2. Rolul de bază în depistarea acestor patologii ar fi ia examenul profilactic a copilului la domiciliu, școala, ambulator, 3. Examenul ultrasonografic a organelor abdominale și bazinului permit de a suspecta și de evalua formațiuni tumorale abdominale la copii, 4. Arsenalul terapeutic actual permite tratamentul chirurgical al tuturor formațiuni abdominale la copil independent de localizare și dimensiuni.

## A TUMOR OF THE ABDOMINAL CAVITY AND PELVIS

**Introduction.** The difficulty of diagnosis and treatment of abdominal tumors is quite a reality now, with all the possibilities of surgical technique, imaging, etc.. In particular it relates to children. In most cases children come with formations that require emergency medical attention or when the formation has a significant size. **Materials and methods.** Files of the patients who have benefit surgical treatment at the National Center of Pediatric Surgery "Natalia Georgiu" were gathered in a retrospective analysis of 158 children with abdominal tumor. Patients were operated between 2007-2011. Analysis carry dates of: age, sex, duration of the disease, surgical technique, histological type of disease, complications and surveillance. It was observed 122 cases of girls and 26 boys. The average duration of tumor development was extreme by 1-3 years. Tumors of the internal genitalia in girls were found in 89 cases. In 73 cases the right ovary was affected, in 16 - left ovary. In patients with acute abdominal surgical clinic cases were 22 of ovarian apoplexy in 16 cases - twisted cystic ovary in four cases - a massive rupture of the cyst and 2 patients with necrosis of the cyst wall. Being examined by ultrasound and computed tomography was detected abdominal tumor in 22 other girls. The 34 children who were present with acute abdominal pain by accusations from diagnostic imaging and liver tumors were detected. ultrasound study, CT scan and liver allowed to suspect hepatic hydatid cyst in 24 cases of congenital cyst of the right lobe of the liver - 1 case and 10 liver cancer patients. Formations of the pancreas in two patients showed malignant tumors, 9 presented post-traumatic cysts of the pancreas. In six children were found formations of the spleen, four of them were operated: one with massive hemangioma, one with polycystic spleen and two major cyst of the spleen. Mesou and omentum cyst had two children for each disease, 6 children with diffuse unresectable tumors with the accretion of main vessels and / or adjacent organs, two children with relapsed non-Hodjkin form and five children with abdominal retroperitoneal tumor - neuroblastoma. We note that most children with abdominal cavity configurations and pelvic organs had a fairly long history of disease, being present abdominal pain, defecation or micturition disorders. In some cases, giant-sized tumors were reached. Also we would like to mention that all the above mentioned formations were of major dimensions and could have been diagnosed earlier until

it reached major dimensions. Surgical techniques have been adapted from case to case. The mean tracking surgical gesture was 3,5 years. Conclusions: 1. Tumors of the abdominal cavity and pelvic organs in children are rare, 2. Basic role in detecting these diseases should be taking prophylactic examination of the child at home, school, outpatient. 3. Ultrasound examination of abdominal organs and pelvis to permit and assess suspected abdominal tumors in children. 4. Current therapeutic arsenal allows surgical treatment of all abdominal tumors in children independent location and size.

G141

## DERMOTENZIA TESUTURILOR MOI IN TRATAMENTUL CHIRURGICAL DE RECUPERARE POSTCOMBUSTIONALĂ

Calmatui I., Vicol Gh.V., Tomuz V., Prisacaru Olesea, Monul S.

SCRC E.Cotaga, Chisinau

Actualitatea temei Deformațiile cicatriciale posttraumă provoacă pe parcursul creșterii copilului schimbări grave în articulații, mușchi, schelet, coloana vertebrală. S-a stabilit că în 6-8% la pacienții tratați în Clinica de Arsuri alterările profunde a pielii sunt însoțite de distrugerile masive a mușchilor, articulațiilor, tendoanelor și oaselor la care recuperarea defectelor prin autodermoplastii cu greță liberă a imposibilă. Metoda potrivită de soluționare a alterărilor de țesut este autoplastiile cu lambouri pediculate mărite prin expansiune tisulară. Dermotenzia țesuturilor moi în vecinătatea defectelor postcombustionale permite în chirurgia reconstructivă unele avantaje: • Material plastic identic după culoare, turgor și funcție. • Vascularizarea comună micșorează complicațiile postoperatorii. • Efectul cosmetic se îmbunătățește. Materiale și metode Studiul include 34 pacienți în vârstă 4-18 ani cu defecte profunde postcombustionale, tratați în Clinica de Arsuri și Chirurgie Plastică a Spitalului Clinic Republican pentru Copii „Em. Coțaga” pe parcursul ultimilor 5 ani (2006-2010) la care a fost folosită tehnica de dermotenzie a țesuturilor cu expandere de silicon. • Arsuri electrotermice - 9 • Alopeție postcombustională - 15 • Deformații postcombustionale a feței, gâtului - 6 • Deformații postcombustionale a trunchiului - 4 Rezultate La 30 pacienți rezultatele au fost bune. Complicații au survenit la 4 pacienți (3 - necroza marginală a lambourilor mărite prin expansiune tisulară; 1 - supurare a cavității expanderului și schimbării metodei de tratament). Defectele apărute după necroza marginală a lambourilor au fost rezolvate prin plastii cutanate cu greță liberă. Concluzii • Implicarea în practică a expandierii tisulare cu expanderul de silicon îmbunătățește maximal rezultatele tratamentului chirurgical reconstructiv în zonele funcțional active (față, gât, articulații). • Experiența noastră relevă că aplicarea tehnicii de expansiune tisulară a țesuturilor în arsurile profunde și deformațiile cicatriciale la vârste pediatrice nu prezintă dificultăți și conduce la creșterea rezultatelor pozitive în chirurgia reparatorie.

## TREATMENT OF SOFT TISSUE EXPANTION IN THE RECOVERY SURGICAL TREATMENT POSTCOMBUSTIONAL

Introduction Posttraumatic scar deformations during child-raising cause serious changes in the joints, muscles, skeleton, vertebral column. It was established that 6-8% of patients treated in the Burns Clinic with deep burns of the skin are accompanied by extensive destruction of the muscles, joints, tendons and bones to treat those defects by free skin grafts is impossible. An appropriate method to resolve the deterioration of the tissue is by pedicled flap plasty, attained by tissue expansion. Soft tissue expansion in the vicinity of postcombustional defects offers some advantages to the reconstructive surgery: • Plasty material identical by color, turgor and function. • Common vascularization decreases postoperative complications. • An improved cosmetic effect. Materials and methods The study includes 34 patients aged 4-18 years with deep postcombustional defects, treated in the Burns and Plastic Surgery Clinic of the Republican Hospital for Children "Em. Coțaga" over the past five years (2006-2010) in which tissue expansion with silicone tissue expanders was used. • Electric burns - 9 • Postcombustional alopecia - 15 • Postcombustional deformations of face and neck - 6 • Postcombustional deformations of the trunk - 4 Results In 30 patients the results were good. Complications occurred in 4 patients (3 - marginal necrosis of the expanded flap, 1 - infection of tissue expander cavity was switched to a different treatment method). The marginal necrosis defects of the expanded flap were managed by free skin grafting. Conclusions • The use of the tissue expansion with silicone expanders maximally improves results in the reconstructive surgical treatment of active functional areas (face, neck, joints). • Our experience shows that the technique of tissue expansion in deep burns and scarring in the pediatric age does not represent difficulties and raises the number of positive results in reconstructive surgery.

G142

## REZULTATELE PRECOCE ȘI LA DISTANȚĂ ÎN UROPATIILE MALFORMATIVE OBSTRUCTIVE LA COPII

Bernic Jana, Curajos B., Dzero Vera, Curajos A., Roller V., Celac V., Zaicova Natalia

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu"

Introducere. Uropatiile malformative obstructive (hidronefroza, megaureterohidronefroza obstructivă, valve de uretră posterioară etc.) rămân în continuare o serioasă problemă medico-chirurgicală prin infecțiile de tract urinar pe care le generează, prezentând recidive frecvente, acutizări, cât și dificultăți legate de corecția chirurgicală. Prognosticul este dependent de depistarea cât mai precoce a uropatiei malformative obstructive și corecția ei în perioada de remisie. Material și metodă. Studiul este o cercetare retrospectivă a 163 pacienți cu uropatii malformative obstructive tratați în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu" pe o perioadă de 10 ani (2000-2010). Indicațiile terapeutice la pacienți

au fost fundamentate pe criterii clinice: evidența infecției urinare repetate, alterarea funcției renale, determinarea markerilor de laborator, datelor imagistice: ecografia sistemului urinar, scintigrafia renală, urografia intravenoasă, cistouretrografia micțională etc. Rezultatele imediate și tardive sunt condiționate de stadiul evolutiv în care s-a aplicat tratamentul chirurgical, de corectitudinea indicației și rezolvarea chirurgicală, de tratamentele pre- și postoperatorii, dispensarizarea adecvată.

## EARLY AND FOLLOW-UP RESULTS IN CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE MALFORMATION UROPATHIES

Introduction. Kidneys obstructive congenital abnormalities (hydronephrosis, obstructive megaureterohidronephrosis, posterior urethra valves, etc) remain a serious medico-surgical problem in urinary tract infections, giving frequent relapses, acute exacerbation, and difficulties in surgical correction. The prognosis depends on early detection of kidneys obstructive congenital abnormalities and its correction during the remission. Material and methods. This research is a retrospective study of 163 patients with kidneys obstructive congenital abnormalities treated at National Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery "Natalia Gheorghiu" in 10 years period (2000-2010). Therapeutic indications in patients were based on the following clinical criteria: observation of recurrent urinary tract infection, impairments of renal function, determining laboratory markers, data of imaging techniques: ultrasound of urinary system, renal scintigraphy, intravenous urography, cistouretrography. Immediate and late results are conditioned by the evolutionary stage in which the surgical treatment has been applied, by the adequate indications and the surgical solution, by the pre- and postoperative treatment and by the adequate follow-up.

G143

## FISURILE ANALE LA COPII

Țurcanu Gh., Bernic Jana

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu"

Fisura anală reprezintă o afecțiune a anusului extern. Tratamentul chirurgical cu începere din anii 1990 a fost înlocuit în majoritatea cazurilor de metode medicale și cu o vindecare de 95%-100 %. Ne propunem în cele ce urmează o analiză a 48 copii cu fisuri anale, care s-au aflat la tratament în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu" și care au ridicat probleme de etiologie, patogeneză, diagnostic și tratament. Repartiția pe grupe de vârstă arată o prevalență net superioară la copii în vârstă 0-3 ani și la băieți. Manifestările clinice au fost: durere, sângerare anală, constipația. Diagnosticul de certitudine de fisură anală a fost cel clinic local la o simplă inspecție. Examenul clinic ne-a permis de a evidenția 27 pacienți care au prezentat fisură anală posterioară, 13 anterioară, 8 laterală. La 43 pacienți factorul favorizant a fost constipația, la 5 - sindromul de diaree. Spasmul anal a fost prezent la 37 pacienți. Nu am determinat nici într-un caz asocierea fisurii anale cu boala hemoroidală. Conduita terapeutică a inclus: unguente locale (Cherobina, Curiozina), tranzitul de materii fecale a fost reglat cu preparate celulozice, laxative (lactuloza), băi de șezut cu infuzie romaniță. Tratamentul conservator a fost completat cu Linex, Lacidofil, Bifi Form etc. Controalele repetate la externarea pacienților au indicat la o vindecare la 19 pacienți la 14 zile de la inițierea tratamentului, la 21 pacienți - la 20 zile și la 8 pacienți - la 30 zile. Tratamentul chirurgical nu a fost aplicat. Recidive de fisuri anale nu am înregistrat. Putem conchide că rezultatele din literatură precum și cele obținute de noi prin tratament conservator deține unul de prima linie și în detrimentul celui chirurgical.

## ANAL FISSURE IN CHILDREN

Anal fissure is a disorder of the external anus. Since 1990s surgical treatment was replaced in most cases by conservative methods of treatment with recovery in 95% - 100% of cases. This research represents an analysis of 48 children with anal fissures, who were treated in the National Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery "Natalia Gheorghiu" and raises issues of etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. Division of patients by age shows a significantly higher prevalence in children up to 3 years, most of them were boys. Clinical manifestations like pain, anal bleeding and constipation prevailed in their clinical picture. During examinations the diagnosis of well-defined anal fissure was related to local clinical manifestations. Clinical examination allowed us to highlight 27 patients with posterior anal fissure, 13 of them had anterior anal fissure and 8 with lateral fissures. In 43 of cases the prevalent factor was constipation, in 5 cases - diarrhea syndrome. Anal spasm was identified in 37 patients. No association between the anal fissure and hemorrhoid disease has been detected. Therapeutic treatment included applications of local ointments (Cherobina, Curiozina, the transit of stool was adjusted with cellulose preparations, laxatives (lactulose), sitting bath with chamomile infusion. Conservative treatment was completed with Linex, Lacidofil, Bifi Form. Follow up showed recovery in 19 patients after 14 days of conservative treatment, in 21 patients - after 20 days of treatment and 8 patients - after 30 days. Surgical treatment was not necessary. Relapses of anal fissure have not been recorded. We can conclude that both special literature review and our investigation proves that conservative treatment is more effective than surgery in the treatment of this pathology.

## CHIRURGIA PERETELUI ABDOMINAL

H144

### CHIST HIDATIC SUBCUTAN A REGIUNII LOMBO SACRALE PE STÎNGA- PREZENTARE DE CAZ

**Leșco A., Popovici A., Potlog F., Dima A., Leșco C., Targon R., Babin A., Tataru Carolina***Spitalul Clinic Militar Central al Armatei Naționale, Chișinău*

Actualitatea temei: Chistul hidatic în localizarea sa, afectează ficatul în 66%; pulmonii în 20%. Alte localizări rar întâlnite constituie 14% și include: rinichii, inima, spațiul retroperitoneal, oasele. Scopul: Familiarizarea chirurgilor cu un caz rar de localizare a chistului hidatic depistat în țesuturile moi a regiunii lombo-sacrale pe stînga. Materiale și metode: La baza confirmării diagnosticului de chist hidatic a stat: anamneza, evoluția creșterii formațiunii, inspecția, ecografia, radiografia simplă, tomografia computerizată, puncția chistului și examenul histopatologic. Rezultat obținut: Pacienta de 28 de ani s-a adresat la medic cu o formațiune a regiunii lombo-sacrale pe stînga care a crescut timp de 7 ani devenind de mărimea unui pumn. Dat fiind faptul localizării nespecifice formațiunea a fost interpretată ca lipom, hematom, abces, flegmon, pentru care fapt a fost și punctată în condiții de ambulator. Lichidul obținut circa 200 ml, era transparent-cristalin ceea ce vorbea foarte clar despre faptul că formațiunea în cauză este un chist hidatic. În scurt timp formațiunea a crescut și mai mare în dimensiuni, provocînd durere locală, deformare anatomică regională, subfebrilitate. Examinarea cu ultrasunet a confirmat prezența echinococului subcutan. Radiografia simplă a coloanei vertebrale dar și tomografia computerizată au confirmat supoziția. Tratamentul indicat a fost unul radical. Inițial sa recurs la puncția și inactivarea chistului cu înlăturarea ulterioară a capsulei cuticulare și germinative, cu sute de scolecși. Examenul histopatologic nr. 825-27 de la 18.04.09 a confirmat, fragmente de membrană chitinică și fibroasă cu infiltrație inflamatorie cronică și țesut de granulație. Concluzie: În lipsa unei anamneze bine chibzuite localizarea foarte atipică a astfel de chisturi te poate conduce spre o pistă falsă.

### SUBCUTANEOUS HYDATID CYST OF THE LEFT LUMBAR-SACRAL REGION. CASE REPORT

Novelty: Hydatid cyst by its location affects the liver in 66%, lungs in 20%. Other sites rarely affected constitute 14% and involve: kidneys, heart, retroperitoneal region, bones. Purpose: To inform surgeons about a rare localization of hydatid cyst revealed in the soft tissues of the the left lumbar-sacral region. Materials and methods: To confirm the diagnosis of hydatid cyst the following methods were used: history taking, examination of the follow-up development of the formation growth, inspection, ultrasound, radiography, computed tomography, cyst puncture and histopathology. Results: A 28-year-old patient consulted the doctor complaining of a formation in the lumbar-sacral region on the left which grew for 7 years, reaching the size of a fist. Since the formation had a nonspecific location it was considered to be lipoma, hematoma, abscess, phlegmon. Consequently it was punctured in the out-patient department. The obtained liquid about 200 ml, was transparent crystalline. This peculiarity accounted for the presence of a hydatid cyst. Shortly afterwards the formation grew bigger in size, causing local pain, regional anatomical deformation, low grade fever. Ultrasound examination confirmed the presence of the subcutaneous echinococcus. Radiography of the spine as well as computed tomography confirmed the supposition. The patient followed a radical treatment. Initially the cyst was subjected to puncture, being inactivated. Subsequently the cuticular and germinative capsule was removed, with hundreds of scolices. Histopathological examination nr. 825-27 dated 18 April 2009 confirmed the chitinous and fibrous membrane fragments with chronic inflammatory infiltration and granulation tissue. Conclusion: If the physician fails to perform properly history taking, the atypical location of such cysts can lead to a misdiagnosis

H145

### TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL OBEZITĂȚII ÎN PREZENȚA EVENTAȚIILOR PERETELUI ABDOMINAL

**Potlog F., Popovici A., Leșco A., Leșco C., Dima A., Targon R., Condurari I., Becu V.***Spitalul Clinic Militar Central al Armatei Naționale, Chișinău*

Actualitatea temei: țesutul adipos pe peretele abdomenului cu herniile peretelui abdominal sau chiar fiind un factor etiologic în apariția lor necesită o conduită chirurgicală modernă nu doar etio-patogenetică ci și estetică. Materiale și metode: S-au luat în calcul datele activității chirurgicale de 4 ani. Procedeele de hernioplastii utilizate: cu plasă sintetică, cu țesuturi proprii, dermolipectomii și abdomenoplastii. Rezultate obținute: Între 2008-2011 în secția chirurgie generală a SMC s-au tratat- 130 pacienți cu obezitate: supraponderali cu indicele de masă corporală-27- 30kgmp-80(61%); obezitate moderată-30-40kgmp- 30(23%); și obezitate morbidă peste- 40kgmp-20(15%) pacienți. Bărbați-55(42%), femei-75(57%). Vîrsta medie-65 ani. Cu hernii ale peretelui abdominal-68(52%) pacienți. Evențații postoperatorii-45(34%). La acest lot s-a efectuat și hernioplastia cu utilizarea meșelor sintetice. Asocierea herniilor ombelicale cu sau fără diastaza

recților abdominali s-a înregistrat în-23(17,6%) cazuri. În-15(11,5%) cazuri s-a efectuat hernioplastia cu țesuturi proprii. Hernioplastia cu plasă de prolen a fost executată în 53(39,2%) cazuri. În toate cele-68(52%) cazuri s-a efectuat corecția cosmetică a peretelui abdominal. În-24(18,4%) cazuri s-a efectuat dermolipectomia-îndepărtarea excesului cutanat și a țesutului adipos subiacent. În-20(15,3%) cazuri s-a executat abdomenoplastia, adică corectarea peretelui anterior prin înlăturarea lamboului cutaneo adipos, menajarea ombilicului și omfaloplastia. În-24(18,4%) cazuri la pacienții cu flaciditate cutanată extremă „abdomen ptozat” s-a efectuat dermolipectomia cu omfalectomia. Anestezia generală s-a utilizat în-58(%) cazuri, în rest peridurală și intravenoasă. Complicații majore nu s-au înregistrat, doar-7 cazuri cu seroame între 7-20 de zile. Cazuri de liposucțiune nu au fost. Concluzii: Operațiile cu scop estetic și reparator ale peretelui abdominal sunt practicate de chirurghi pregătiți cu echipament corespunzător. Procedeele de abdomenoplastie, dermolipectomie cu reinsertia ombilicului sînt indicate candidaților cu o stare bună de sănătate.

## SURGICAL TREATMENT OF OBESITY IN THE PRESENCE OF ABDOMINAL WALL EVENTRATIONS

Novelty: The fat tissue on the abdominal wall with abdominal wall hernias being an etiological factor in their occurrence requires a modern surgical management both etiopathogenetic and aesthetic one. Materials and methods: Data within 4 years of surgical activity have been analyzed. The following procedures of hernioplasties were used: synthetic mesh, the body proper tissues, dermolipectomies and abdomenoplasties. Results: 130 patients suffering from obesity were treated in the Department of General Surgery of SCMC between 2008-2011. Categories of patients included: overweight patients with body mass index-27-30kgmp- 80(61%); moderate obesity 30-40kgmp- 30(23%); morbid obesity over 40kgmp-20 (15%) patients. There were 55 (42%) men and 75 (57%) women. Average age was 65 years. Abdominal wall hernias were revealed in 68 (52%) patients. Postoperative eventrations were recorded in 45 (34%) patients. This lot underwent hernioplasty using synthetic mesh. Association of umbilical hernias with or without diastase of the abdominal recti was revealed in-23 (17.6%) cases. Hernioplasty using the body proper tissues was performed in 15 (11.5%) cases. Hernioplasty with mesh was performed in 53 (39.2%) cases. In all 68 (52%) cases cosmetic correction of the abdominal wall was performed. Dermolipectomy-removal of excess skin and underlying fat tissue was performed in 24 (18.4%) cases. In 20 (15.3%) cases abdomenoplasty, i.e. correction of the anterior wall by removing the cutaneous fat flap, taking care of the navel and omphalloplasty, was performed. In 24 (18.4%) cases in patients with extreme skin flaccidity “abdomen ptosis” was performed dermolipectomy with omphalectomy. General anesthesia was used in 58 (%) cases, otherwise epidural and intravenous ones. No major complications were recorded, only 7 cases with seromas between 7-20 days. There were not cases of liposuction. Conclusions: Aesthetic and repairing surgeries are performed by well trained and experienced surgeons with appropriate equipment to restore the abdominal wall. Abdomenoplasty procedures, dermolipectomy with navel reinsertion are indicated to patients in good health.

H146

## HERNIILE PERETELUI ABDOMINAL DUPĂ COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ

**Bujor P., Andon L., Strajescu GH., Ceauș V., Istarti Lidia, Bujor S.**

*USMF „N. Testemițanu”, catedra chirurgie 2, clinica chirurgie II, SCM „Sfinta Treime”, Chișinău, Republica Moldova*

Scopul studiului: colecistectomia laparoscopică a fost rapid acceptată și dominată de un proces tehnic avansat ca alternativă a colecistectomiei clasice în tratamentul litiazei veziculare, însă până în prezent nu sunt definitiv studiate consecințele postoperatorii. Material și metode: Studiul se bazează pe o analiză a 502 bolnavi operați în clinică laparoscopică, dintre care pentru colecistită cronică calculoasă – 398, iar pentru colecistită acută calculoasă – 104. În 24 cazuri au fost depistate hernii poslaparoscopice, din care 8 pacienți au fost operați în diferite instituții medico-sanitare publice, iar în 4 cazuri au fost operați de urgență după hotărârile țării. Femei au fost 480, bărbați – 22, cu vârsta medie de 48,2 ani. Rezultate: Eventrații postoperatorii au fost la 24 pacienți. Mai frecvent herniile au avut loc în lotul de bolnavi operați în mod urgent pentru colecistită acută calculoasă – 18 cazuri, la cei cu colecistita cronică calculoasă eventrațiile au fost în 6 cazuri. La 8 bolnavi herniile au fost multiple (2), în regiunea epigastrală și ombilicală. Un rol important în dezvoltarea heniilor a avut starea peretelui abdominal, vîrsta, obezitatea, cînd situația intraoperatorie a impus lărgirea plăgii din cauza vezicii biliare cu pereții îngroșați și mărită, flegmonos schimbată, cât și prezența calculilor mari în ea și nesuturarea defectului aponeurotic. Hernioplastia s-a efectuat sub anestezie locală cu soluție 0,3% Lidocaină 60-80 ml cu țesuturi proprii în 20 cazuri, iar în 4 cazuri s-a efectuat sub anestezie generală oro-traheală cu plasă sintetică de propilen. În perioada postoperatorie precoce și tardivă complicații nu s-au înregistrat. Concluzii: Pentru prevenirea heniilor postoperatorii după colecistectomia laparoscopică este obligatoriu să se sutureze aponeuroza în toate cazurile după înlăturarea trocarelor cît și a vezicii biliare, ca metode de preîntîmpinare a heniilor peretelui abdominal.

## ABDOMINAL WALL HERNIAS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Aim: Laparoscopic cholecystectomy was quickly accepted and dominated by a technically advanced process as an alternative to conventional cholecystectomy in the treatment of gallbladder lithiasis, but so far the postoperative consequences have not been definitively studied. Material and methods: The study is based on an analysis of 502 patients that were operated using laparoscopic surgery, from them with chronic cholecystitis -398, and for acute calculus cholecystitis – 104. In 24 hernia cases were detected after laparoscopic operations, from which 8 patients were operated on in different public medical institutions, and in 4 cases patients were operated abroad. The study has 480 cases – women, men - 22, average age 48.2 years. Results: Postoperative eventrations occurred at 24 patients. More frequently hernias occurred in the group of patients that were operated urgently for acute calculus cholecystitis -18 cases, for those patients which had chronic calculus cholecystitis eventrations happened in 6 cases. 8 patients had multiple hernias(2), in epigastric and umbilical region. An important role in hernias development had the abdominal wall condition, age, obesity, when the intraoperative situation required a widening of the surgical wound due to enlarged gallbladder with thickened walls, with phlegmon changes, and the presence of large stones in it and no sutures of the aponeurotic defect. The plasty of hernia was performed under local anesthesia with 0.3 % Lidocaine solution 60-80 ml with own tissue in 20 cases, and in 4 cases was performed under general oro-tracheal anesthesia with propylene synthetic mesh. During the early and late postoperative period no complications were observed. Conclusions: To prevent postoperative hernia after laparoscopic cholecystectomy is mandatory in all cases to put aponeurotic sutures after removal of trocars as well as of gallbladder, as a method of preventing abdominal wall hernias.

H147

## HERNIOPLASTIE LAPAROSCOPICĂ ÎN TRATAMENTUL HERNIILOR INGHINALE

Targon R., Bour A.

Spitalul Clinic Militar Central

Actualitatea temei La etapa actuală există mai multe metode de hernioplastie bazate pe principiu „tension – free”. Apărîția tehnologiilor endovideoasistate a marcat implementarea în practica chirurgicală a hernioplastiilor laparoscopice. Rămîne actuală problema standartzării tehnicii chirurgicale și optimizării rezultatelor hernioplastiei laparoscopice. Material și metode În perioada anilor 2008 - 2010 au fost efectuate 60 hernioplastii laparoscopice preperitoneale la 57 pacienți (54 monolateral și 3 bilateral). Hernioplastie preperitoneală laparoscopică prin abordul transabdominal a fost efectuată la 56 pacienți, hernioplastie total preperitoneală la 1 pacient. Au fost analizate datele demografice și clinico-patologice a pacienților, particularitățile tehnicii chirurgicale, evoluția perioadei postoperatorii, complicațiile survenite și rezultatele la distanță. Rezultate Vîrsta pacienților a constituit  $28.4 \pm 13.1$  ani. Bărbați 56(98%), femei 1(2%). Durata medie a intervenției chirurgicale a constituit  $79.3 \pm 23.89$  min.(55-180). Complicațiile intraoperatorii au inclus: lezarea vaselor epigastrice inferioare, hemoragie din spațiul Retzius, lezarea omentului mare (n= 4). Toate complicațiile survenite intraoperator au fost corectate laparoscopic. Conversia s-a efectuat la 1 pacient. În perioada postoperatorie recentă au prevalat pacienți cu dureri ușoare (SVA 1-3), cazuri de dureri severe (SVA 7-10) nu au fost înregistrați. Mediana perioadei de spitalizare a constituit 4 zile, reîntoarcerea în cîmpul muncii-10 zile. Seromul postoperator a fost depistat în 4 cazuri. Neuralgia persistentă postoperatorie a fost constatată la 1 pacient. Recurența herniei a fost stabilită a 1 pacient după plastie laparoscopică a herniei inghinale indirecte tip NII în termen de 6 luni, ultima corectată laparoscopic. Concluzii Avantajele incontestabile ale hernioplastiei laparoscopice sunt: sindromul algic postoperator redus, reîntegrarea rapidă a pacienților în cîmpul muncii, incidența redusă a neuropatiilor postoperatorii cronice și infecției în plaga postoperatorie. Factorul cheie în prevenirea complicațiilor intraoperatorii în hernioplastia laparoscopică constă în metodologia standartzată a intervenției, bazată pe cunoașterea nuanțelor anatomice ale regiunii inghinale și posedarea tehnicilor laparoscopice avansate.

### LAPAROSCOPIC PREPERITONEAL HERNIA REPAIR

Introduction Different “tension free” techniques and various prosthetic meshes and types of fixation could be used for groin hernia repair. The latest trends in modern hernia surgery include laparoscopic preperitoneal approach for groin hernia repair. Standardization of the methodology represents the crucial aspect governing the outcome of the TAPP procedure. Materials and methods This report reviews our experience with 60 laparoscopic preperitoneal hernia repairs in 57 patients (3 bilateral) over the 3-year period (2008-2010). The transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repairs have been performed in 56 cases, total preperitoneal approach in 1 case. The results of the laparoscopic hernia repair were evaluated in terms of complications and post-operative pain development. Results The median age of our patients was  $28.4 \pm 13.1$  Ninety-eight percent of the patients were men. The mean operating time was  $28.4 \pm 13.1$  min.(Range, 55-180 min). The majority of intraoperative complications (intraoperative hemorrhage, n=4) were corrected laparoscopically without sequelae. Conversion to open procedure was required in 1 patient due to extensive adhesions and risk of bladder lesion. Pain intensity diminished postoperatively, usually described as mild (1-3 VAS). None of the patients experienced severe chronic pain. The mean hospital stay was 4 days. Patients returned to work in an average of 10 days. The major postoperative complications included seroma (n=4) and persistent inguinal pain (n=1), none of them needed reoperation. The recurrence (n=1) developed 6 month after primary TAPP repair and has been corrected via laparoscopic approach. Conclusions The advantages of laparoscopic repair include less postoperative pain, faster return to normal activities and low wound infection rate. Anatomic landmarks identification and advanced laparoscopic surgical skills are the crucial keys governing the outcome of the TAPP procedure. When performed by experienced team, it represents safe and valid alternative to open hernia repairs.

H148

## DILEMA TACTICII ȘI TRATAMENTUL HERNIILOR VENTRALE VOLUMINOASE LA PACIENȚII CU OBEZITATE ȘI ABDOMEN PTOZAT

Cereș V., Pavliuc Galina, Baltag A.

USMF “N. Testemițanu”, mun Chișinău

Herniile ventrale voluminoase pe fond de obezitate și abdomen ptozat rămân și astăzi o problemă. Am hotărât să privim această patologie chirurgicală din punct de vedere al arhitectonicii și a dinamicii, în dependență de raportul presiunilor parțiale ale cavității toracice și cavității abdominale în ortostatism. Materiale și metode: În perioada 1990 și 2010 în clinică au fost operați 209 de bolnavi cu hernie ventrală voluminoasă pe fond de obezitate și abdomen ptozat. La pacienții cu obezitate riscul apariției recidivelor crește de 1,5 ori. Factorii, predispozanți evențațiilor: hiperlordoza patologică în ortostatism; dereglările cardio-pulmonare pe fond de schimbări a presiunii cavității abdominale; contractura mușchilor antero-ventrali cu deplasarea organelor abdominale în sacul hernial, atrofia și scăderea tonusului mușchilor drepți abdominali. Intervențiile efectuate – herniotomie cu lichidarea abdomenului ptozat și modificarea peretelui anteroventral. Ultimilor 20 pacienți au fost efectuate spirometria și măsurarea tensiunii arteriale pînă și după intervenției. Rezultate: Luînd în considerare particularitățile de evențație la pacienții cu obezitate, am reușit să dezvoltăm o strategie de tratament, ceea ce a dus la efectuarea intervențiilor plastice selective la pacienții cu hernie pe linia media superior, medie, și inferior folosind autodermoplastica cu grefă liberă (unu, doi, trei straturi), aplicată cu scufundarea în defect. Concluzii: Restabilirea abdomenului ptozat prin suturarea transversiană bilateral de la plastie; de la teaca mușchilor drepți și aponevroza mușchilor oblici externi, a dus la scăderea întinderii în regiunea plastiei și diminuarea apariției recidivelor.



## DILEMMA OF TACTICS AND MANAGEMENT OF VOLUMINOUS VENTRAL HERNIAS IN PATIENTS WITH OBESITY AND PENDULOUS ABDOMEN

Voluminous ventral hernias in obesity and pendulous abdomen are still the problem now. We decided to consider the surgical pathology in terms of architectonics and dynamics, depending on the partial pressure in the chest and abdominal cavity in orthostatic position. Material and methods: 209 patients with ventral hernias in obesity and pendulous abdomen were operated in our clinics during 1990 – 2010. In patients with obesity, risk of recurrence is higher in 1,5 times. Factors that predispose to eventration are pathological hyperlordosis in orthostatic position; cardio-pulmonary disturbances on the background of changes in abdominal pressure; contracture of the anterior abdominal muscles with displacement of the abdominal organs in the hernial sac; atrophy and decreased muscle tone of direct abdominal muscles. The last 20 patients underwent spirometry and measurement of blood pressure before and after the surgery. Results: Taking into account the peculiarities of eventration in obese patients, we were able to develop a treatment strategy that led to the implementation of selective plastic surgery in patients with hernia in the superior, medial and inferior portions of the media line using the auto dermepenthes with the free flap (one, two, and three layers), used with the immersion into the defect. Conclusions: Restoring the pendulous abdomen by transversal bilateral suturing to the straight muscle sheath and external oblique muscle aponeurosis led to decrease the extent of the region and reduced the occurrence of relapses.

H149

## MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL HERNIILOR INGHINALE MULTIRECIDIVANTE

Cereș V., Pavliuc Galina, Baltag A.

USMF "N. Testemițanu", mun. Chișinău

Dilema tacticii și tratamentul herniilor recidivante rămân până acum nerezolvate și necesită elaborarea metodei mai efective în tratamentul modificării și restabilirea structurii anatomo-funcționale a regiunii inghinale. Cercetările actuale urmăresc scopul și demonstrează actualitatea problemei herniilor multirecidivante inghinale și accentuează avantajul autodermoplastiei în comparație cu alte metode tradiționale în hernioplastie. Material și metode: Au fost analizați 803 pacienți timp de 10 ani, ce au suportat intervenții a herniilor inghinale, din ei 56 au fost operați pentru hernii inghinale recidivante și multirecidivante, ce constituie 6,75%. Din lotul bolnavilor examenați și operați majoritatea constituie bărbații - 96,43%. Statistica ne arată că picul maladiei se află la vârsta 60-69 ani (37,5%). Rezultate: Recidive nu s-au constatat. Rezultatele acestor operații s-au supraviețuit timp de 5 ani după operație. Concluzii: În rezultatul tratamentului chirurgical fenomenul de tensionare a țesutului este absent. Pielea compensează deficitul țesuturilor locale și permite întărirea pereților posteriori ai canalului inghinal și formarea inelului inghinal intern. În afară de aceasta apare posibilitatea de a crea un ligament inghinal artificial prin suturarea pielii la lig. Jimbernati și suprapubian, plus spina iliacă anterioară superioară. Deoarece pielea reprezintă un țesut autogen, nu are loc reacția de reget a transplantului. Lipsa reacției imunologice preîntâmpină apariția țesuturilor cicatriciale.

## SURGICAL MANAGEMENT OF MULTIRELAPSED INGUINAL HERNIAS

Dilemma of tactics and management of relapsed hernias still remains unresolved and needs elaboration of more effective method in management of disorders and restoration of anatomical and functional structure of the inguen. Present study aims to show the relevance of the problem of multirelapsed inguinal hernias and accentuates the benefits of auto skin grafting in comparison with other traditional methods of hernioplasty. Material and methods: There were analyzed 803 patients who underwent surgery on the inguinal hernias during the last 10 years, 56 of which were operated on for relapsed and multirelapsed hernias, which is 6,75%. The majority of examined and operated patients were men – 96,43%. Statistics indicate that the peak incidence occurs at age of 60-69 years (37,5%). Results: There were no relapses. We followed the results of these operations within 5 years. Conclusions: As a result, after surgical treatment there is no phenomenon of tissue tension. Skin compensates for the lack of local tissue and helps to strengthen the posterior wall of the inguinal canal, and forms the interior inguinal ring. In addition, there is a possibility to create an artificial inguinal ligament, sewing the skin to the Jimbernati and suprapubic ligaments and to the iliac superior anterior spin. Since the skin is an autologous tissue, there is no rejection reaction. The absence of immunological reaction prevents scar tissue.

H150

## PRIMA EXPERIENȚĂ A UTILIZĂRII TEHNOLOGIILOR ENDOVIDEOCHIRURGICALE ÎN TRATAMENTUL HERNIILOR VENTRALE

Dima A., Bour A., Targon R.

Spitalului clinic militar central, FA RM, Chișinău

Actualitatea temei În ultimul deceniu tot mai des este implementată tehnica endovideochirurgicală în tratamentul herniilor peretelui abdominal anterior. Necesitatea poziționării intraperitoneală a protezei sintetice impune problema prevenirii procesului aderențial parieto-visceral și migrării protezei. Selectarea materialelor aloplastice și standartzarea metodei de fixare va asigura optimizarea rezultatelor hernioplastiei laparoscopice. Material și metode În clinica Spitalului clinic militar central au fost efectuate 3 hernioplastii laparoscopice la pacienți cu diagnosticul hernie a liniei albe. Vârsta pacienților

varia de la 20 la 24 ani. În toate cazurile pentru plastie au fost utilizate proteze din polietilen-tereftalat cu acoperire antiadhezivă fluo-polimerică de tip "Ftorex FX" 15x15 cm, Lintex, Rusia. Fixarea implantului asigurată cu sutura videoasistată transfascială (n=2) și cu utilizarea endostaplerului "Ghera 5 mm" (n=1). Particularitățile tehnice a intervențiilor au inclus necesitatea adheziolizei și reducerii aderențelor parieto-viscerale avansate și poziționării intraperitoneale a protezei sintetice, stoparea hemoragiei din ligamentul rotund al ficatului prin diatermocoagulare bipolară. Rezultate Durata medie a intervenției chirurgicale a constituit de la 80 la 110 min. Perioada postoperatorie recentă la pacienți a decurs favorabil, cu sindromul algic minor (SVA 1-3). Mediana perioadei de spitalizare a constituit 5 zile, reîntoarcerea în câmpul muncii-10 zile. Complicații postoperatorii peste 1-3 luni nu au fost depistate. Concluzii Tehnica endovideochirurgicală are perspectiva de implementare în tratamentul herniilor ventrale ca metodă de alternativă a celei tradiționale, cu condiția respectării selectării protezei cu proprietăți antiadhezive. Factorul cheie în prevenirea recidivelor constă în selectarea metodei de fixare a meșei de dimensiuni adecvate. Utilizarea endoherniostaplerului scade durata intervenției chirurgicale și reduce sindromul doli în perioada postoperatorie.

## FIRST EXPERIENCE OF USING ENDO-VIDEO SURGICAL TECHNOLOGY IN TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS

Novelty In the last decade endo-video surgical technique is increasingly implemented in the treatment of anterior abdominal wall hernias. Need of synthetic prosthesis location in the intraperitoneal position raises the problem of prevention of the adhesive parietal-visceral process and the prosthesis migration. Proper selection of alloplastic materials and standardization of the fixing method will optimize the results of laparoscopic hernioplasty. Materials and methods 3 laparoscopic hernioplasties were carried out on patients with ventral hernia in the clinic of the Central Clinical Military Hospital. In all cases of plasties the surgeons used polyethylene terephthalate prostheses with anti-adhesive fluo-polymer coating type "Ftorex FX" 15x15 cm, Lintex, Russia. Fixation of prostheses was secured with transfacial video-assisted suture (n = 2) and use of endo-stapler "Gera 5 mm (n = 1). Results The age of patients was between 20-24 years. The average surgery duration was 80-110 min. Technical peculiarities of the intervention included need of adhesiolysis and the necessity to reduce the advanced parietal-visceral adhesions, need of synthetic prosthesis positioning in the intraperitoneal position, necessity to stop the bleeding from the round ligament of the liver by bipolar diathermocoagulation. Follow-up postoperative period had a favorable course, with a minor pain syndrome (SVA 1-3). The average hospitalization period was 5 days; return to labor took place in 10 days. Conclusions Endo-video-surgical technique has a perspective of implementation in treatment of ventral hernias, provided the prosthesis with anti-adhesive properties is properly selected. The key factor in preventing recurrences is the method of fixing and positioning of the mesh with an appropriate size. Use of endo-hernio-stapler enables surgeons to decrease the surgery duration and to reduce postoperative pain syndrome during the postoperative period.

### H151

## CONTEPȚII NOI ÎN TRATAMENTUL HERNIILOR INGHINALE

**Grati S.**

*Spitalul Clinic Republican Sectia Chirurgia Generala USMF "N. Testimțanu"*

Hernia inghinală constituie obiectul atenției permanente a chirurgilor practicieni. Scopul studiului este ameliorarea rezultatelor tratamentului la pacienții cu hernii inghinale prin implementarea metodei laparoscopice extraperitoneale. Corecției chirurgicale a herniilor inghinale sunt dedicate o multitudine de tehnici operatorii (poate cele mai numeroase) – de la aplicarea suturilor simple pe orificiile inghinale, folosirea țesuturilor proprii, consolidarea peretelui anterior a canalului inghinal, a celui posterior, până la utilizarea procedeele complicate cu protezarea canalului inghinal cu homogrefă sau alogrefă prin metode deschise ori endovideoasistate. Chirurgia miniinvazivă total extraperitoneală (TEP) a herniilor inghinale oferă o serie de avantaje. Actualmente studiul de acest gen traversează etapa de acumulare a experienței în domeniu și aspiră la rezultate optimiste. Aceste motive ne-au permis să ne includem și noi în aceste cercetări revelatorii. Evidența pacienților în perioada postoperatorie ne-ar permite evaluarea complicațiilor posibile în urma intervențiilor laparoscopice.

## NEW CONCEPTIONS IN THE INGHINAL HERNIA TREATMENT

Inguinal hernia is in permanent attention of practical surgeries. In this study we purpose to describe the history the methods of treatment of inguinal hernia and to find the way that will improve inguinal hernia treatment results with modern laparoscopic procedures. Laparoscopy enables hernial orifices to be observed and tension-free mesh repair to be carried out effectively. In the first randomised controlled trial on hernia repair, which compared laparoscopic total extraperitoneal procedure (TEP) mesh with open darn repairs, laparoscopic repair was less painful and enabled patients to return to work and normal activity more quickly. Since then, several randomised controlled studies and systematic reviews have largely confirmed these results. We present results of a randomised controlled trial of inguinal hernia repair, comparing laparoscopic TEP mesh repair with Lichtenstein open mesh repair. The main long term objective of this study was to compare the complication rates of these procedures.

H152

## SEMILOGIE ULTRASONOGRAFICĂ A REGIUNII INGHINALE ÎN DIFERITE FORME CLINICE ALE HERNIILOR INGHINALE

Grati S., Gladun N., Ungureanu S.

Spitalul Clinic Republican Sectia Chirurgie Generala USMF "N. Testimitanu" Catedra Chirurgie Nr.1

Corecției chirurgicale a herniilor inghinale sunt dedicate o multitudine de tehnici operatorii (poate cele mai numeroase), de la aplicarea suturilor simple până la utilizarea procedeele complicate. Actualmente studiul de acest gen traversează etapa de acumulare a experienței în domeniu ei aspiră la rezultate optimiste. În plan diagnostic în perioada pre- și postoperatorie examenarea ultrasonografică a regiunii inghinale oferă o serie de avantaje. Aceste motive ne-au permis să ne includem și noi în aceste cercetări revelatorii.

### ULTRASONOGRAFIC SEMIOLOGY OF INGUINAL REGION IN DIFFERENT CLINICAL FORMS OF INGUINAL HERNIAS

There are a lot of methods of diagnostic and surgical treatment of inguinal hernia. In this study we purpose to describe the new methods of diagnostic of inguinal hernia based on clinical applications of ultrasonographic examination of inguinal area and to find the way that will improve clinical diagnostic of hernia, treatment results with modern laparoscopic procedures. We present results of a randomised controlled trial of clinical applications of ultrasonographic diagnostic of inguinal hernia. These reasons allow us to comprise in such kinds of revealing study.

H153

## DEZVOLTAREA ȘI PERFECȚIONAREA TEHNICII LAPAROSCOPICE TEP ÎN TRATAMENTUL HERNIILOR INGHINALE

Grati S., Gladun N., Ungureanu S., Vascan A.

Chisinau, Moldova Spitalul Clinic Republican Sectia Chirurgia Generala USMF "N. Testimitanu", Catedra Chirurgie NR.1

Studiul a fost efectuat pe un numar de 43 de pacienti cu hernie inghinala necomplicata, operati prin cura aloplastica laparoscopica total extraperitoneala (TEP), în Spitalul CLINIC Republican Chisinau, timp de 3 ani. Obiectivele lucrării constau în evaluarea tratamentelor herniilor inghinale prin procedeul laparoscopic total extraperitoneal în vederea scaderii morbiditatii postoperatorii și a reducerii ratei recidivelor. Solidarizarea defectului parietal inghinal a fost realizat cu ajutorul protezei sintetice din polypropilen, plasata in spatiul preperitoneal, inmasonata in jurul funiculului spermatic, eliberat prealabil de sacul herniar. Principalele avantaje obtinute prin aceasta tehnica sunt reprezentate de diminuarea traumatismului operator, reducerea durerii postoperatorii, vindecare rapida cu durata de spitalizare redusa.

### DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT OF TOTAL EXTRAPERITONEAL LALAROSCOPIC TECHNIQUE IN INGUINAL HERNIA TREATMENT

TEP procedure was performed on 23 of patients with reusable trocars and instruments during the 3 years of study. Prinipal purpose of laparoscopic hernia treatmet was to improve the postoperator results and to prevent the reappear of inguinal hernia. An infraumbilical incision was made and the ipdilateral anterior rectus sheath was open . A Blunt digital dissection was made in the preperitoneal space through the ipsilateral a anterior rectus sheath. A blunt trocar with CO2 insuflation and a 30 laparoscope were then introduced in the preperitoneal space, and dissection was continued under the laparoscopic vision. The advantages of TEP may include - no breach of peritoneum so less of bowel injury and post-operative adhesions, short time of stayng in hospital.

H154

## ОСОБЕННОСТИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ В ИСХОДНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ТКАНЯХ

Даценко Б. М., Кутепова Е. В., Захарчук А. П., Кутепов С. Б.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Наиболее сложной в деле лечения послеоперационных вентральных грыж больших размеров остаётся проблема выполнения аллогерниопластики в первично инфицированных тканях, источником инфекции в которых являются лигатурные свищи и воспалительные инфильтраты, воз-

никающие после ранее выполненных операций. Проведен эксперимент на 63 половозрелых крысах линии Вистар, включающий 3 серии опытов по 21 животному в каждой серии. Животным первой серии выполнена трансплантация полипропиленового эксплантата в стерильную рану, во второй - в первично инфицированную рану без местного лечения. В третьей серии эксперимента трансплантация полипропиленового эксплантата также произведена в инфицированную рану, но с её последующим местным лечением раствором «Диоксизоль». У всех животных первой группы раны после аллогерниопластики зажили первичным натяжением. Начало коллагенообразования в ране отмечалось уже на 3 сутки в виде продукции молодого интерстициального коллагена III типа и коллагена базальных мембран IV типа. К 7-суткам синтез указанных коллагенов нарастал, а к 15 - обнаруживалось появление зрелого интерстициального коллагена I типа, который к 30 суткам начинал превалировать. У всех животных второй серии эксперимента возникло нагноение раны: у 11 крыс - частичное и у 10 - тотальное, что сопровождалось фрагментарным отторжением трансплантата. Выраженные воспалительные изменения с развитием абсцессов и вторичных некрозов в грануляционной ткани, а также замедление процессов пролиферации клеток фибробластического ряда определяли нарушение процессов коллагенизации, что проявилось способностью к образованию лишь молодого интерстициального коллагена III типа, тогда как появление зрелого коллагена I типа не было отмечено даже к концу эксперимента. Местное использование комбинированного препарата многонаправленного действия «Диоксизоль» у животных третьей серии эксперимента обеспечило более благоприятное течение раневого процесса с приживлением полипропиленового эксплантата. Отмечена более быстрая трансформация грануляционной ткани (в сравнении с животными 2 группы), в молодую соединительную ткань, на что указывает определённая активация на 7 сутки лечения процессов образования как интерстициальных коллагенов III типа, так и коллагена базальных мембран IV типа. Появление коллагена I типа отмечено к 15 суткам послеоперационного периода и рост его содержания - к 30 суткам эксперимента. Результаты исследования свидетельствуют, что в основе рецидива послеоперационных вентральных грыж лежит неспецифическая дисплазия соединительной ткани, определяющая её несостоятельность по основным морфофункциональным характеристикам, обеспечивающим необходимую крепость и эластичность сформированного послеоперационного рубца. Проанализированы результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж с признаками местной инфекции у 94 больных, находившихся на лечении в клинике за период 2004 по 2010 гг. Источником инфекции чаще всего были множественные паралигатурные инфильтраты, возникшие после первой ранее перенесенной операции. Все вмешательства выполнены под общей анестезией: onlay- аллогерниопластика произведена у 35 больных, sublay- у 48, inlay- у 11 пациентов. После фиксации полипропиленовой сетки во всех случаях произведено дренирование щели над ней и остаточных подкожных полостей трубчатым дренажом с подключением аспирационной системы, одновременно используемой для местного лечения раны раствором «Диоксизоль». У всех больных раны зажили первичным натяжением; возникшая у 6 больных серома послеоперационного рубца и у одного - краевое (поверхностное) нагноение края раны излечено консервативно. Результаты клинического исследования показали, что местное лечение Диоксизолем обеспечило снижение послеоперационных осложнений со стороны инфицированной раны и надёжную защиту эксплантата, способствуя его приживлению.

## FEATURES OF ALLOHERNIAPLASTICS IN INITIALLY INFECTED TISSUES. THE KHARKOV MEDICAL ACADEMY OF AFTER DEGREE EDUCATION

The most difficult problem in treatment of big size postoperative ventral hernias still stays allohernioplastics in primarily infected tissues, a source of an infection in which are ligature fistulas and inflammatory infiltrates, arising after the executed operation. Experiment was carried out on 63 Vistar line grown rats, including 3 series of experiments on 21 animals in each series. The animals of the first series executes transplantation of polypropylene explant in a sterile wound, in the second series - in primarily infected wound without local treatment. In the third series of experiment transplantation of polypropylene explant was made in an infected wound with its subsequent local treatment by "Dyocsizole" solution. At animals of the first group of research a wound have began to live a primary tension. The beginning of collagen formation in a wound were marked for 3 day as a production of III type young inter incompatible collagen and collagen basal membranes. By 7th day synthesis specified collagen occurred, and by 15th day attributes of maturing inter incompatible collagen as focal occurrences mature Ist type collagen have come to light, and by 30th day it started to prevail. All animals of the second series of experiments has suppuration of a wound: at 11 rats it was partial, and in 10 rats it was total. Also it was accompanied by fragmentary tearing away of a transplant. The expressed inflammatory changes with development of abscesses and secondary necrosis in granulation tissues, and also delay of process proliferation cells fibroblastic lines determined infringement of process of collagenization, that was showed by ability to formation only young inter compatible III type collagen whereas occurrence of mature Ist type collagen has not been marked even by the end of experiment. Using the combined preparation of multidirected action of "Dyocsizole" at animals of the third series of experiment has provided more favorable current wounding process with engraftment of polypropylene explant. Faster transformation of granulation tissue (is marked in comparison with animals of second group), in a young connecting tissue, where the certain activation specifies on 7 day of treatment. The process of formation of III type inter compatible collagen and IV type collagen of basal membranes was marked. Occurrence of Ist type collagen is marked by 15th day of the postoperative period and growth of its contents - by 30 day of experiment. Results of research testify, that in a basis of replace postoperative ventral hernias lays nonspecific dysplasia of connecting tissue. An inconsistency determining it on the basic morphofunctional characteristics providing a necessary fortress and elasticity of generated postoperative scar. Results of surgical treatment of postoperative ventral hernias at 94 patient who are taking place in clinical treatment during the period from 2004 to 2010 were analysed. Plural ligature after the last before operations becomes the source of an infection more often. All operations were executed under the common anesthesia: onlay - allohernioplastics is made at 35 patients; sublay - 48 patients; inlay - at 11 patients. All operations were finished by drainaging of hypodermic subconscious fatty tissue and residual cavities by a tubular drainage with connection aspiration systems for local treatment of a wound by "Dyocsizole". At all patients a primary tension of a wound begun to live, arising at 6 patients seroma postoperative scar and at one - superficial suppurations of wound edge cured conservatively. Results of clinical research have shown that local treatment by "Dyocsizole" has provided decrease in postoperative complications on the part of an infected wound and reliable protection of polypropylene explant and promoting it's engraftment.

H155

## **HERNIIILE INCIZIONALE – REZULTATE ALE TERAPIILOR ACTUALE**

**Radu P., Bratucu M., Pescu Cristina, Iorga C., Stoian S., Garofil D.,  
Grigorean V., Gheorghievici G., Strambu V., Popa F.**

*Sp Sf Pantelimon, Bucuresti*

Introducere: Hernia incizionala este cea mai frecventa complicatie dupa operatiile abdominale. Este dificil de estimat exact costul acestei patologii pentru societate. Daca adaugam la costul interventiei chirurgicale si costul spitalizarii, dificultatile operatiilor de recidiva multipla, costul protezelor, morbiditatile pacientilor neoperati, afectarea capacitatii de munca si a calitatii vietii, vom avea magnitudinea problemei dezvoltate de aceasta complicatie redutabila a tuturor interventiilor chirurgicale. Material si metoda: Am analizat rezultatele mai multor studii de prestigiu ale unor colective romanesti si internationale in domeniul herniilor incizionale. Rezultate: Din nefericire rezultatele globale ale tratamentului in hernia incizionala oscileaza intre 12-63% pentru procedeele tisulare si intre 2-36% pentru procedeele alopalstice. Abordul chirurgical este cel mai adesea bazat pe traditie si pe liberul arbitru, decat pe evidente statistice sau ghiduri de tratament. Nu este deloc surprinzator faptul ca, in ciuda noilor cuceriri in domeniul defectelor parietale si a folosirii explozive a protezelor, rata de re-operatii pentru recidiva incizionala se situeaza la acelasi nivel. Concluzii: Componenta operatorie ca unica etiologie in hernia incizionala este supraestimata. Datorita faptului ca si alti factori etiologici, cunoscuti sau nu, concura la aparitia herniei incizionale si la re-recidiva, si datorita faptului ca acesti "factori" nu sunt deocamdata influentabili de tratamentul medical nu ne ramane decat sa analizam lucid si responsabil factorii chirurg-dependenti. Greselile de tactica/tehnica chirurgicala trebuie evidentiate, explicate, si inlaturate. Solutia nu este o abordare pur tehnica, ci una fiziologica, in termeni de elasticitate, complianta si rezistenta a intregului perete abdominal, deseori modificat profund de marile defecte incizionale.

## **INCISIONAL HERNIAS – RESULTS OF PRESENT THERAPY OPTIONS**

Introduction: incisional hernia is the most common complication after abdominal surgery. It is difficult to estimate the exact cost to society of this pathology. If we add to the cost of surgery and hospitalization costs, the difficulties of relapse multiple operations, the cost of prostheses, unoperated patient morbidity, impaired work capacity and quality of life, the magnitude of the problem we have developed this redoubtable complication of all surgical procedures. Methods: We analyzed the results of several studies of prestigious romanian and international collectives about incisional hernias. Results: Unfortunately, the overall results of treatment in incisional hernia procedures vary between 12-63% for tissular procedures and between 2-36% for allopaltic procedures. Surgical approach is most often based on tradition and the free will, rather than obvious statistical treatment guidelines. Not surprisingly, despite the new advancements in the field of herniology and the use of new parietal prosthesis, the rate of re-operations for recurrent incisional fall at the same level. Conclusions: Surgery as the only component in etiology of incisional hernias is overestimated. Due to the fact that other etiological factors, known or not compete in the emergence and re-incision hernia recurrence, and because these "factors" are not influenced by medical treatment for now, we are just lucid and analyze the factors responsible - surgeon dependent. Mistakes tactics/surgical technique must be highlighted, explained and removed. The solution is not a purely technical approach, but a physiological, in terms of elasticity, compliance and resistance of the entire abdominal wall.

H156

## **DEFECTE PARIETALE ABORD LAPAROSCOPIC**

**Miron A., Calu V., Angelescu M.**

*Spitalul Elias, Bucuresti, Romania*

Experienta clinicii in defectele parietale abdominale prin abord laparoscopic

## **PARIETAL DEFECTS LAPAROSCOPIC APPROACH**

Clinic experience in abdominal parietal defects with laparoscopic approach

## CHIRURGIA PLASTICA

I157

### OPERAȚII PLASTICE DUPĂ PIERDEREA MASIVĂ A MASEI CORPORALE

**Conțu Gh., Conțu O., Balan S.***Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N.Testemițanu"*

Tratamentul chirurgical al obezității morbide (OM) are ca urmare pierderea masivă a masei corporale (PMMC) și apariția unui exces esențial tegumentar cu formare de pliuri dermolipedice în regiunile abdomenului, lombară, toracică și a extremităților. Apare ptiza glandelor mamare, a țesuturilor moi a regiunii faciale și cervicale. Pierderea elasticității tegumentelor, formarea pliurilor dermolipedice, neregularităților tegumentare, afectează calitatea vieții pacienților. Cu scop de înlăturare a sechelelor, apărute în urma pierderii masive a masei corporale am efectuat 36 operații plastice la 24 pacienți cu PMMC. Vârsta pacienților se cuprindea între 21 și 52 de ani. Aceste intervenții chirurgicale s-au efectuat peste 12-24 luni după operațiile bariatrice. S-a efectuat abdomenoplastia clasică, extinsă, în "T-invers" sau circumferențială. Pentru alte regiuni ale corpului s-a utilizat mamoplastia, brahioplastia, liftingul femural, liftingul facial. Dermolipectomia abdominală cu incizia joasă clasică nu dă un rezultat satisfăcător deoarece, de regulă, rămâne surplus dermolipidic pe flancuri. Din acest motiv abdomenoplastia extinsă sau cea în "T-invers" a fost mai frecvent utilizată. S-a demonstrat, că abdomenoplastia la pacienții cu PMMC are un risc mai elevat de limforee postoperatorie. Operația de abdomenoplastie limfomentajantă, cu decolarea pliului dermolipidic în planul fasciei superficiale și aplicarea suturilor "în tensiune progresivă" a permis reducerea frecvenței limforeei. În plastiile femurale și în brahioplastii marcarea corectă preoperatorie și utilizarea steplerelor sunt elemente importante pentru obținerea rezultatelor estetice satisfăcătoare.

### PLASTIC SURGERY FOLLOWING MASSIVE WEGHT LOSS

Surgical treatment of morbid obesity results in massive weight loss and appearance of essential skin excess with the formation of dermolipidic folds in the abdomen, lumbar, thoracic and extremities area. The mammary glands ptosis and ptosis of soft tissue of facial and neck region occurs. The elasticity teguments loss, formation of dermolipidic folds, skin irregularities, affects quality life of patient's. We made 36 plastic operations at 24 patients with massive weight loss, seek to removal of sequelae, appeared at these patients. Patients age varies between 21 and 52. These surgical interventions were performed over 12-24 months after bariatric operations. We performed classic, extended or circumferential abdominoplasty and "T-reverse" abdominoplasty. For other regions of the body, was used mammoplasty, brachioplasty, face lift. Abdominal dermolipectomy with classic low incision don't gives a satisfactory result, because, usually, a dermolipidic excess remains on the flanks. For this reason, extended abdominoplasty or "T-reverse" abdominoplasty was more frequently used. It was proved that abdominoplasty at the patients with massive weight loss has a more highest risk of postoperative seroma. Spared lymphatic adominoplasty with undermining the dermolipidic fold in the plane of superficial fascia and use of sutures in "progressive tension" have reduced seroma frequency. Preoperative marking and application of staplers are important elements for achieving aesthetic satisfactory results in case of thigh lift and brachioplasty.

I158

### SIMETRIA ÎN RECONSTRUCȚIA MAMARĂ

**Conțu Gh., Conțu O., Balan S.***Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N.Testemițanu"*

Obținerea simetriei în reconstrucția glandei mamare reprezintă o sarcină dificilă, deoarece prevede simetrizarea volumului, formei, pliului submamare, complexului mamelonareolar, simetria în dinamică și în timp. În lipsa de suficiente țesuturi proprii operația de reconstrucția mamară cu lamboul latisimus dorsi sau TRAM nu întotdeauna e realizabilă, iar utilizarea implantelor mamare devine unica soluție. Am efectuat 22 operații de reconstrucție mamară cu implant și 9 operații de reconstrucție cu ajutorul lamboului TRAM. Prima etapa a reconstrucției cu implant o constituie expandarea tisulară. Forma expanderului e necesar să coincidă cu forma implantului. Considerăm preferabil de a utiliza expanderele cu configurația anatomică. Expanderul trebuie să fie mai voluminos decât implantul cu 50-75 ml. Înlăturarea expanderului și aplicarea implantului se face prin aceiași cale de acces. E preferabil de a utiliza implante anatomice cu coezivitatea înaltă pentru a evita pliurile. Forma și volumul sinului intact se modifică cu scop de simetrizare, fie prin protezare mamară, reducere mamară sau mastopexie. S-a înregistrat un caz de supurație și extragere a implantului la 15 zi postoperatorie. Reconstrucția mamelonului constituie o problemă dificilă din cauza deficienței țesuturilor proprii. Deși la început mamelonul reconstruit poate părea suficient ca volum, după o luna are loc involuția țesuturilor. Am utilizat «Biopolimer - 350» pentru a menține volumul necesar. În trei cazuri de reconstrucție mamară cu metoda TRAM am utilizat ligaturarea prealabilă a a. epigastrice inferioare pentru adaptarea microcirculației în lambou. În aceste cazuri nu am întâlnit necroze marginale. Tatuajul cosmetic este etapa de finisare a reconstrucției mamare. Așa dar, pentru obținerea simetriei glandelor mamare e necesară alegerea corectă a tehnicilor chirurgicale și respectarea consecutivității etapelor de reconstrucție mamară.

## SYMMETRY IN BREAST RECONSTRUCTION

Achieving of symmetry in mammary gland reconstruction is a difficult task, because provides symmetrical volume, form, submammary fold, nipple-areola complex, symmetry in dynamic and time. In the absence of sufficient own tissues, mammary reconstruction operation with latissimus dorsi flap or TRAM flap is not always realizable and the use of breast implants is the only solution. We performed 22 breast reconstruction with implants and 9 operations using TRAM flap. The first stage of reconstruction with implants consists of tissue expand. Expander form it's necessary to coincide with implant's. We consider that anatomical expanders are preferable. Expander must have greater volume than implant's with 50-75 ml. Expander remove and implant application is done through the same way. It is better to use anatomical implants with high coesivity to avoid folds. There was one case of suppuration and extraction of implant at the 15th post-operative day. Areola reconstruction contains a difficult problem because of own tissues deficient. Although at first reconstructed nipple volume may seem sufficiently, one month later occurs tissue involution. We used "Biopolimer-350" to maintain the required volume. In three cases of TRAM breast reconstruction we used preliminary ligation of lower epigastric artery to adapt the microcirculation of the flap. We haven't seen marginal necrosis in these cases. The cosmetic tattoo is the last stage of mammary reconstruction. So, for obtaining of breast symmetry it's necessary the right choice of surgical techniques and respecting the consecutiveness of mammary reconstruction phases.

I159

## PROFILAXIA ȘI TRATAMENTUL SEROMEI ÎN ABDOMENOPLASTII

Conțu Gh., Ștefanet M.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu”, Catedra Chirurgie N1 “N.Anestiadi”, Catedra Anatomie a Omului

Seroma, fiind un fenomen frecvent după abdomenoplastii, contribuie la mărirea presiunii subdermale, la dehiscentă, necroză marginală, drenare spontană și infectare a plăgii. Am studiat particularitățile morfologice ale sistemului limfatic și eficacitatea metodelor de profilaxie și tratament a seromelor. Au fost observați 238 pacienți, care au fost supuși plastiei peretelui abdominal în perioada anilor 1997-2011. Marea majoritate au fost femei: 235 (98,74%) contra 3 (1,26%) bărbați. Pentru studierea vaselor limfatice ale peretelui anterior al abdomenului a fost utilizată metoda macromicroscopică de colorare cu reactivul Schiff (M. Ștefanet, 1991) pe 25 piese anatomice. La 185 (I lot) pacienți sa efectuat decolarea clasică a plicii dermolipidice pe suprafața aponeurotică, iar la 53 (al II lot) sa recurs la abdomenoplastia limfomenajantă, cu decolarea în planul fasciei Scarp. Supraumbelical decolarea s-a efectuat supraaponeurotic cu păstrarea unui strat de aproximativ 0,5-1,0 cm de țesut adipos. Tot odată s-au păstrat perforantele din regiunea laterală a mușchilor dreپți abdominali. În 25 de cazuri din lotul II sau aplicat suturile în tensiune progresivă (quilting sutures). În 22 de cazuri de serom administrarea de Kenalog în zilele a 14-21 postoperatoroare a dus la stoparea rapidă a eliminărilor în 2-3 zile. S-a dovedit a fi argumentată administrarea corticosteroidilor la pacienții obezi sau după pierderea masivă a masei corporale cu scop de profilaxia limforeei începînd cu ziua a 7 postoperatoroare. S-a constatat, că numărul de vase limfatice sub fascia superficială este net superior față de numărul de vase limfatice întîlnite deasupra fasciei superficiale. Frecvența seromei este în dependență de indicele masei corporale (IMC). S-a demonstrat, că efectuarea abdomenoplastiei limfomentajante cu decolarea plicii dermolipidice în planul fasciei superficiale și utilizarea suturilor în tensiune permite reducerea frecvenței limforeei pînă la 1,5%.

## PROPHYLAXY AND TREATMENT OF SEROMA IN ABDOMINOPLASTY

Seroma is a frequently phenomenon that contribute to subdermal pressure increasing, dehiscence, marginal necrosis, spontaneous drainage and wound infection. We studied the morphological characteristics of the lymphatic system and efficiency of methods for prevention and treatment of seromas. We're observed 238 patients who were underwent abdominoplasty during 1997-2011. Most of them were women: 235 (98.74%) versus 3 men (1.26%). The macro-microscopic method with Schiff reagent coloring ( M. Stefanet, 1991) was used for study the lymphatic vessels of abdomen wall on 25 anatomical parts. The dermal and lipidic fold's was take-off in the aponeurotic level at 185 (1 group) patients. Spared lymphatic abdominoplasty was performed at 53 patients (group 2) so the demal fold was underming in plane of Scarp fascia. In supraumbilical area underming was made in supraaponeurotic plane, with maintaining about 0.5 to 1.0 cm of fat. At once, were kept the perforating vessels in lateral region of abdominal straight muscles. In 25 cases at group 2 were applied progressive tension sutures (quilting sutures). Kenalog was inject in 14-th to 21-th postoperative days in 22 cases of seroma. This led to in quick stop of discharges in 2-3 days. Taking corticosteroids turned out to be reasoned at obese patients or after massive weight loss for purpose of lymphorrea prevention starting at seventh postoperative day. It was found that the number of lymphatic vessels in superficial fascia is significantly higher than the number of lymphatic vessels encountered above the superficial fascia. Seroma frequency is dependent by mass index (IMC). It has been shown that making spared lymphatic abdominoplasty with dermolipidic fold's take-off in the plane of superficial fascia and using of quilting sutures allows reduction of seroma frequency until 1.5 %.

I160

## ABDOMINOPLASTICA - RISCURILE ȘI COMPLICAȚIILE INTERVENȚIEI CHIRURGICALE

Taran A., Gaponenco E.

Catedra Ortopedie - Traumatologie a USMF "N. Testemitanu"

Intervenția de abdomenoplastie este o intervenție prin care se îndepartează excesul de piele și grăsime situat în zona abdomenului inferior și poate implica și întărirea musculaturii abdominale relaxate. Chirurgii plasticieni utilizează o varietate de tehnici în cazul abdomenoplastiei. Această intervenție poate

fi combinată cu alte intervenții de modelare a corpului, inclusiv liposuctia sau alte intervenții. Fiecare procedură chirurgicală implică un anumit grad de risc și este important ca pacientul să înțeleagă riscurile implicate de intervenția de abdominoplastie: sîngerarea - are loc intra- și postoperator, infecțiile sunt neobișnuite după acest tip de operație, tratamentul include administrarea de antibiotice sau o altă intervenție chirurgicală, are loc modificarea sensibilității pielii, aspect neregulat al suprafeței pielii, complicații pulmonare, cicatrici anormale, asimetrii, reacții alergice, seroame, re poziționarea greșită a ombilicului, dureri cronice datorită nervilor implicați în cicatricile rezultate în urma abdominoplastiei.

## ABDOMINOPLASTY – SURGERY’S RISKS AND COMPLICATIONS

The surgery for bdominoplasty is a surgical procedure by which the excess of the skin and fatty tissue from the lower abdomen is removed, it may also involve the strengthening of the relaxed abdominal muscles. Plastic surgeons use a variety of techniques for abdominoplasty. This intervention can be combined with other interventions to shape the body, including liposuction or other interventions. Every surgical procedure involves some risks and it is important that patients understand the risks involved with abdominoplasty: bleeding - occurs intra- and postoperative; infections are uncommon after this type of surgery, treatment include antibiotics or another surgery, the change of sensitivity of the skin, irregular surface appearance of the skin, pulmonary complications, abnormal scars, asymmetry, allergic reactions, seromas, wrong navel position, chronic pain caused by the nerves involved in scar resulting from abdominoplasty.

I161

## AUGMENTARE MAMARĂ TRANSAREOLARĂ - RISCURILE ȘI COMPLICAȚIILE INTERVENȚIEI CHIRURGICALE

**Taran A., Gaponenco E.**

*Catedra Ortopedie – Traumatologie, USMF “N. Testemitanu”*

Intervenția de augmentare mamară este o intervenție chirurgicală efectuată pentru a mări sânii din diverse motive: pentru a obține un mai frumos contur al corpului femeii, care din motive personale simte că mărimea sânilor ei este prea mică; pentru a corecta o pierdere în volum a sânilor după o sarcină; pentru a obține un echilibru între mărimile sânilor atunci când există diferențe între cei doi săni; ca metodă reconstructivă a sânilor din diferite motive; înlocuirea implanturilor mamare din considerente medicale sau cosmetice. Mărirea sânilor este realizată prin inserarea de implanturi mamare fie în spatele țesutului glandular ori sub mușchii pectorali. Inciziile sunt efectuate astfel încât să fie cât mai puțin vizibile, de obicei în jurul marginii inferioare a areolei. Metoda de inserție și poziționare a implanturilor mamare va depinde de preferințele pacientei, de anatomia și de recomandările chirurgului plastician. Fiecare procedură chirurgicală implică un anumit grad de risc: sîngerarea, infecția, contracții capsulare, modificarea poziției mamelonului și a sensibilității pielii, cicatricile, extrudarea implantului, ridarea pielii sau apariția neuniformităților pe suprafața pielii, calcifierea, migrarea implantului, contaminarea suprafeței implanturilor, deformarea peretelui toracic, reacții alergice, boli ale sînului, seroame, tromboze venoase, boli ale sistemului imunitar, sindromul șocului toxic.

## TRANSREOLAR BREAST AUGMENTATION - SURGERY’S RISKS AND COMPLICATIONS

The breast augmentation surgery is performed to increase the breasts size for various reasons: to get a better body contour in women, which for personal reasons feel that their breast size is too small, to correct loss of breast volume after a pregnancy, to achieve a balance between breast size when there are significant differences between the two breasts, as breast reconstruction method for various reasons, replacing breast implants fort medical or cosmetic reasons. Breast augmentation is achieved by inserting breast implants under the glandular tissue or behind the pectoral muscles. Incisions are made so that they are less visible, usually around the lower edge of the areola. The method of insertion and positioning breast implants will depend on patient preferences, anatomy and the plastic surgeon's recommendations. Every surgical procedure involves some degree of risk: bleeding, infection, capsular contraction, changing of the position of the nipple and skin sensibility, scarring, implant extrusion, skin wrinkling and unevenness in skin appearance, calcification, implant migration, implant surface contamination, deformation of the chest wall, allergic reactions, diseases of the breast, seromas, venous thrombosis, diseases of the immune system, toxic shock syndrome.

I162

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL EVENTRAȚIILOR GIGANTE ȘI RECIDIVANTE CU PLASA SINTETICĂ ÎNTR-UN PLAN ȘI DOUĂ PLANURI INTRAPERITONEALĂ INTEGRATĂ ÎN STRATUL MUSCULOAPONEUROTIC

**Vascan A., Lepadatu C., Grati S., Pugacescu Tatiana**

*Chirurgie generală, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova*

Introducere. În tratamentul chirurgical al eventrațiilor postoperatorii mari și recidivante au fost aplicate diferite tehnici de plastii cu utilizarea materialelor sintetice, care au scopul de a reduce substanțial rată de recidive. Prezentăm o tehnică nouă de plastie cu plasă din polipropilen.



Materiale și metode. Panglicile 3-4 cm lungime sunt croite din marginile plasei. Omentul se fixează la distanța de marginea defectului de foiță peritoneală parietală acoperind viscerele. Plasa se poziționează intraperitoneal. În plastia într-un plan panglicele plasei se trec bont prin marginea laterală a mușchiului rect abdominal. În plastă în două planuri panglicile plasei din al doilea stat se trec bont la mijlocul mușchilor recti abdominali. Capetele exteriorizate ale plasei ancorează pe suprafața tecii anterioare a rectilor abdominali. Utilizând această metodică au fost operați 116 pacienți cu eventrații postoperatorii mari în perioada februarie 2005 și aprilie 2010 (65 pacienți cu eventrații recidivante). Complicațiile intra- și postoperatorii au fost înregistrate prospectiv și analizate retrospectiv. Rezultate. Recidive de eventrații, complicații gastrointestinale, fistule intestinale sau decese nu au fost înregistrate în perioada de urmărire. Seroamele ale plăgilor postoperatorii au fost înregistrate la 12 (10,34 %) pacienți. Nici un pacient nu a avut supurația plăgii postoperatorii. Concluzii. Tehnica propusă prezintă o alternativă sigură și realizabilă pentru pacienți cu eventrații mari și recidivante. Această metodă exclude posibilitatea de migrare a plasei din locul de inserție, scade rata de recidive și nu este asociată cu complicații serioase.

## INTRAPERITONEAL SINGLE-LAYER AND DOUBLE-LAYER POLYPROPYLENE MESH INTEGRATED IN RECTUS ABDOMINIS SHEATH IN REPAIR OF LARGE AND RECURRENT INCISIONAL HERNIAS

Background. There are different techniques of incisional hernia repair using of prosthetic materials, which has lowered the recurrence rate. We present a new method of incisional hernia surgery using polypropylene mesh. Methods and materials. Stripes 3-4 cm long are cut out at the margins of the polypropylene mesh. Then the mesh is placed intraperitoneal upon the greater omentum, fixed thoroughly to the anterior abdominal wall. Prepared stripes are bluntly guided through the lateral margins of the rectus abdominis muscle and fasten to anterior wall of the rectus abdominis sheath. In the double-layer variant strips from the second layer of the mesh are guided through the middle of the rectus abdominis. Using this technique we performed 116 open abdominal wall incisional hernia repairs between February 2005 and April 2010 (65 of them with recurrent hernia). Intra- and postoperative complications were registered prospectively and retrospectively analysed. Results. There were no hernia recurrences during the follow-up period, gastrointestinal complications, fistulas, or deaths. Seromas occurred postoperatively in 5 patients (8,9%). None of the patients developed surgical site infection. Conclusions. Proposed technique is a safe and feasible alternative procedure in patients with large primary or recurrent incisional hernias. This method completely excludes possibility of migration of the mesh from the place of insertion, reduce rate of recurrence and is not associated with serious complications.

I163

## TRATAMENTUL SECHELELOR CICATRICEALE LA MEMBRUL INFERIOR ȘI PERINEU

Cirimpei O.

IMSP SCTO, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Prezența sechelelor postcombustionale la nivelul membrelor inferioare limitează activitatea bolnavilor, creează dificultăți de deplasare, generează defecte cosmetice. Material și metode: În 78 cazuri de cicatrice la nivelul membrului inferior și în regiunea perineului, ce reprezintă 27,3% din numărul total de sechele postcombustionale la locomotor, în 26,9 % cazuri au fost înregistrate redori de gambă. Cicatricile au fost supuse intervențiilor chirurgicale: excizie cu greșarea concomitentă - 35,9%; plastă prin expansiune dirijată - 29,5%; plastă prin dermatensie acută - 20,5%; plastă cu lambouri încrucișate - 7,7%; plastă vascularizată - 3,8%; plastă combinată - 2,6%. Rezultate: În 12,9% cazuri au fost înregistrate complicații postoperatorii: necroză marginală - 7,7%; necroză parțială - 2,6%; dehiscenta suturilor - 1,3%; degonflarea implantului de latex - 1,3%. Redorile de gambă au fost reduse după fiecare tip de intervenție chirurgicală.

## TREATMENT OF THE CICATRICAL RESIDUAL ESTATES IN PERINEUM AND LOWER LIMB REGIONS

Introduction: Postcombustional residual phenomena located in lower limb regions seriously interferes with patients activity, creating important difficulties in walking and generating cosmetic defects. Materials and methods: In 78 cases of cicatrix being present in perineum and lower limb regions, that represent 27,3% of total postcombustional conditions in locomotor system, 26,9 % cases were characterized by leg stiffness. The cicatrix were treated by the following surgical interventions: abscission with concomitant grafting 35,9%; plastic surgery through the controlled expansion - 29,5%; plastic surgery through acute dermatension - 20,5%; transposition of crossed flaps plastic surgery - 7,7%; vascularization plastic surgery - 3,8%; combined plastic surgery - 2,6%. Results: 12,9% cases resulted in post - operator complications: marginal necrosis - 7,7%; partial necrosis - 2,6%; wound dehiscence - 1,3%; latex implant volume loss - 1,3%. Leg stiffness was considerably reduced after every surgical intervention.

I164

## **PARTICULARITĂȚI DE TRATAMENT AL SECHELELOR POSTCOMBUSTIONALE LA MEMBRUL SUPERIOR ȘI CENTURA SCAPULARĂ**

**Cirimpei O.***IMSP SCTO, Chișinău, Republica Moldova*

Introducere: Deși membrul superior constituie numai 8-9% din suprafața corpului, arsurile din această zonă, până la 80 % cazuri, generează proces patologic cicatriceal, iar intervențiile reconstructive sunt aplicate până la 50% din cazuri. Material și metode: Cicatricile la membrul superior și în regiunea umărului au fost întâlnite în 138 cazuri, ce reprezintă 48,3% din numărul total de sechele postcombustionale. Redorile cicatriceale din regiunea umărului au fost de 2 ori mai frecvente decât la cot. Defectele tegumentare au fost supuse intervențiilor: plastie prin dermotensie dirijată - 30,4%; excizie și grefare - 25,4%; "Z" plastie - 21%; plastie combinată - 10,9%, plastie prin dermotensie acută - 9,4%; plastie vascularizată - 2%. Rezultate: Au fost înregistrate 12,3% complicații postoperatorii: necroză parțială - 3,6%; alergii - 2,2%; necroză marginală - 4,3%; degonflarea expanderelor - 2,2%.

### **PARTICULAR FEATURES OF TREATMENT OF POSTCOMBUSTIONAL ESTATES IN UPPER LIMB AND PECTORAL ARCH**

Introduction: Even though the upper limb represents 8-9% total body surface only, combustions that occur in this area result in pathological cicatrix formation consequences in 80 % cases, while reconstructive surgery procedures are being applied in less than 50% cases. Materials and methods: Cicatriceal conditions in upper limb and pectoral arch regions were constated in 138 cases, that represent 48,3% of total sequela. Postcombustional stiffness in shoulder area is met twice as often in comparison with elbow area. Teguments defects were treated by the following methods: tissue expansion - 30,4%; abscission and grafting - 25,4%; "Z" plastic - 21%; combined plastic surgery - 10,9%, plastic surgery through acute dermal tension - 9,4%; vascularization plastic surgery - 2%. Results: 12,3% cases resulted in post operational complications: partial necrosis - 3,6%; allergy reactions - 2,2%; marginal necrosis - 4,3%; expander volume loss - 2,2%.

I165

## **TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL RECONVALESCENȚILOR CU CICATRICE POSTARSURĂ LA GÂT ȘI TRUNCHI**

**Cirimpei O.***IMSP SCTO, Chișinău, Republica Moldova*

Introducere: Diformitățile cicatriceale cu localizare la trunchi și gât sunt adesea inevitabile, mai ales în condiția situării arsurilor intermediar-profunde și parțial profunde antero-cervical și truncular superior. Material și metode: Cicatricile acestor regiuni reprezintă 24,5% din sechelele postcombustionale la locomotor. În 21,4% cazuri au fost observate redori de gât. Pentru rezolvare s-a recurs la: dermotensie dirijată - 40%; excizie și grefare - 30%; excizie și plastie cu lambouri încrucișate - 20%; plastie combinată - 5,7%; plastie prin dermotensie acută - 4,3%. Rezultate: Redorile de gât au fost rezolvate complet în 80% cazuri, în 13,3% cazuri, postoperator, au rămas redori de grad I, în 6,7% cazuri - redoare de grad II. Redorile restante sunt cauzate de rigiditatea țesuturilor cicatriceale și imposibilitatea reducerii intraoperator.

### **SURGICAL TREATMENT AS RECOVERY IN POSTCOMBUSTIONAL CICATRIX CONDITIONS IN NECK AND TRUNK**

Introductions: Cicatrix deforming conditions that are localized in trunk and neck area are often inevitable, especially in medium - profound combustions, and partially profound in anterior cervical and upper trunk areas. Materials and methods: Cicatriceal conditions in the studied area represent about 24,5% of postcombustional estates in locomotor system. Cervical stiffness is met in 21,4% cases. In order to resolve this problem, the treatment methods included: controlled dermal tension - 40%; abscission and grafting - 30%; abscission and plastic surgery with crossed flaps - 20%; combined plastic surgery - 5,7%; acute dermal tension plastic surgery - 4,3%. Results: Cervical stiffness has been resolved completely in 80% cases, stiffness gr. I remained in 13,3% cases after the intervention, 6,7% cases resulted in a more important stiffness. Remaining stiffness was caused by the tissue rigidity and impossibility of surgical reduction during the intervention performed.

I166

## PLASTIA PERETELUI ABDOMINAL, CU GREFA DE SUBSTITUȚIE, LA PACIENȚI CU TARE ASOCIATE

Singoreanu A., Revencu S., Maloghin V., Mucuta S.

*Clinica Chirurgie, Sfântul Arhanghel Mihail, Chisinau*

Studiul cuprinde 328 bolnavi ( 136 bărbați și 192 femei) cu defecte ale peretelui abdominal, operați în perioada anilor 2002-2010, utilizând diverse tipuri de grefe din material prostetic ( prolen, dacron, plastex). Vîrsta medie a constituit 50-55 ani. Localizarea defectelor a fost: hernii umbilicale-53, eventrații-199, hernii a liniei albe-62, hernii inghinala recidivante-12, altele-2. Repartiția bolnavilor în dependență de tare asociate denotă prevalența acestora în lotul pacienților cu eventrații, la care sa constatat: obezitate-90%, maladii respiratorii-65%, cardiovasculare-64%, hepatice-45%, diabet zaharat-24%. Tratamentul chirurgical sa efectuat sub anestezie generală cu miorelaxare. Anestezia locala, protejata de premedicație, a fost utilizată în cazurile herniilor inghinala și la pacienți cu teren biologic tarat-risc anestezicologic major. Particularități tehnice de montare a plasei am constatat în plastia eventrațiilor post operatorii și recidivante unde grefa sa montat cu scop de substituție, în fereastră, procedeu TENSION-FREE cu drenaj aspirativ. Postoperator am înregistrat 15 complicații toate dupa eventrații postoperatorii pe teren biologic dificitar ( serom, hematoma al plagii, supurații superficiale de plaga), și un deces la pacient obez, cu strangulare in sac de eventrație, rezecție de intestin. Actualitatea studiului este condiționată de eventrații și recidive la pacienți cu risc de compartiment abdominal postoperator, soldat cu complicații grave. Aplicarea grefei de substituție, în fereastră, procedeu TENSION-FREE, reduce riscul de compartiment abdominal.

### PLASTIC ABDOMINAL WALL GRAFT REPLACEMENT IN PATIENTS WITH ASSOCIATION

The study includes 328 patients (136 men and 192 women) with abdominal wall defects, surgery in the period 2002-2010, using various types of prosthetic graft material (prolen, Dacron, Plastex). Average age was 50-55 years. Fault location was: umbilical hernia, 53, eventrații-199-62 white line hernia, inguinal hernias relapsing-12, others-2. Distribution of patients depending on their prevalence shows much associated in the group of patients with eventrațion, who noted: obesity-90%, respiratory diseases, 65% cardiovascular, 64%, liver-45%, 24% diabet mellitus. Surgery was performed under general anesthesia with myorelaxation. Local anesthesia, protected by premedication, was used in cases of inguinal hernias in patients with biological field dragged major anesthesiology risk. Technical Features mounting found in plastic net eventrațion and recurrent post-operative graft was mounted where the substitution effect, the window procedure Tension-free suction drainage. I recorded all postoperative complications after 15 postoperative eventrațio dificitar biological field (seroma, hematoma of the wound, superficial wound suppurations), and one death in obese patients with strangulation in eventraion bag, bowel resection. News eventrațion study is subject to risk and relapse in patients with postoperative abdominal compartment, resulting in serious complications. Application graft substitute in the window procedure Tension-free, reduces the risk of abdominal compartment

I167

## METODĂ DE PLASTIE A DEFECTELOR TOTALE ALE ARIPII NAZALE

Țurcanu I., Palade V.

*IMSP Institutul Oncologic*

Articolul prezintă rezultatele utilizării unei metode de plastie a defectelor totale ale aripii nazale la 12 pacienți pe parcursul anilor 2009 – 2011. În studiu au fost incluși 12 pacienți cu afectarea tumorală totală a aripii nazale, limitată doar la această subunitate a feței. Toți pacienții incluși în studiu sînt bărbați și în toate cazurile tumoarea afecta aripa nazală pe toată grosimea acesteia. Structura morfologică a tumorii: 8 cazuri (66,7%) – carcinom bazocelular, 3 cazuri (25,0%) – cancer pavimentos cheratinizat, un caz (8,3%) – tumoare malignă din anexele pielii. Tratamentul chirurgical a constat din electroexcizia tumorii în limitele securității oncologice. Plastia defectului s-a efectuat în aceeași etapă, după metoda propusă de noi: defectul pielii și mucoasei vestibulului nazal a fost închis utilizînd o grefă cutanată liberă, fixată la marginile interne ale defectului cu fire separate de catgut. Reconstrucția conturului extern al nasului s-a efectuat cu un lambou cutano-adipos nazo-labial, cu baza dispusă inferior (8 cazuri) sau superior (4 cazuri). Intervenția se finisa cu tamponarea cavității nazale operate, pentru a asigura aderența strînsă a grefei cutanate la lamboul prelevat, demeșarea s-a efectuat la ziua a 5-6 postoperator. Plăgile donatoare au fost suturate primar. În toate cazurile noi am obținut o vindecare per primam de 100% atît a grefei cutanate, cît și a lamboului nazo-labial, fără morbiditate în plăgile donatoare, cu un rezultat estetic și funcțional bun în toate cazurile. Metoda de plastie propusă de noi permite vindecarea rapidă a plăgii postoperatorii și reconstrucția nu numai a țesuturilor cutanate ale aripii nazale, ci și a porțiunii nazale vestibulare cutaneo-mucoase.

### METHOD OF RECONSTRUCTION OF COMPLETE DEFECTS OF ALA NASALIS

The article presents the results of using an original combined method of plasty of total defects of ala nasalis in 12 patients during the years 2009 to 2011. The study included 12 patients with complete tumor infiltration of ala nasalis, limited only to this functional - aesthetics subunit of the face . All patients in the study are men and in all cases the tumor affected the entire thickness of ala nasalis. Morphological structure of the tumor: eight cases

(66.7%) - basal cell carcinoma, 3 cases (25.0%) - squamous cell carcinoma, one case (8.3%) - malignant tumor of skin annexes. Surgical treatment consisted of tumor excision within security margins. Defect plasty was performed on the same stage, using our method - the nasal vestibule skin and mucosal defect was closed using a free skin graft, taken from the inner part of the arm and fixed to the internal edges of the defect with separate catgut sutures. Reconstruction of the external contour of the nose was performed with a nasolabial cutaneous adipous flap, inferior (8 cases) or superior (four cases) based. The intervention finished with nasal packing to ensure tight adherence of the skin graft to the flap, removal was performed on postoperative day 5-6. Donor areas were closed by primary suture. In all cases we obtained a 100% healing of both the first skin graft, and the nasolabial flap with no morbidity in donor areas, with a good aesthetic and functional results in all cases. The proposed new method of closure allows rapid postoperative wound healing and tissue reconstruction not only of the skin of ala nasalis, but also of the vestibular cutaneous-mucous part.

I168

## PLASTIA DEFECTELOR TISULARE ALE FEȚEI CU LAMBOURI AXIALE FRONTALE

Țurcanu I.

*IMSP Institutul Oncologic*

Lucrarea prezintă analiza rezultatelor obținute pe parcursul anilor 2009 - 2011 în reconstrucția primară a defectelor tisulare ale feței după tratament chirurgical al tumorilor maligne. În studiu sînt incluși 9 pacienți, care au urmat tratament chirurgical în volum radical, cu formarea unor defecte cutanate ce necesitau plastie. Caracteristica defectelor tisulare: defect total izolat al pleoapei inferioare - 1 caz, defect total al pleoapei inferioare și a unghiului intern - 1 caz, defect parțial al pleoapei superioare - 1 caz, defect parțial al pleoapei inferioare - 1 caz, defect total sau subtotal al pielii piramidei nazale - 3 cazuri, defect al unghiului inter cu trecere pe piramida nazală - 1 caz, defect masiv al orbitei, țesuturilor paraorbitale, piramidei nazale și regiunii zigomatice - 1 caz. Plastia defectelor s-a efectuat în același timp chirurgical, utilizând 3 tipuri de lambouri fascio- cutanate axiale: lambou frontal median și paramedian, ridicat pe una sau ambele artere supratrohleare - 5 cazuri, lambou frontal median insular - 1 caz, lambou frontal lateral (fronto-temporal) pe vasele temporale superficiale - 3 cazuri. Zonele donatoare au fost suturate primar în toate cazurile de utilizare a lambourilor pe a. supratrohleară, în cazul lambourilor laterale zona donatoare a fost suturată primar în 2 cazuri, iar în 1 caz a necesitat plastie cu greșă cutanată liberă. Lambourile migrate în defect au epitelizat primar în 8 cazuri (88,9%), într-un caz a avut loc necroză marginală, mai puțin de 10% din suprafață, a lamboului frontal median utilizat pentru plastia defectului total al piramidei nazale.

### RECONSTRUCTION OF DEFECTS OF THE FACE USING AXIAL FRONTAL FLAPS

This paper presents the analysis of results obtained during the years 2009 - 2011 in primary reconstruction of tissue defects of the upper third of the face after radical surgical treatment of malignant tumors. The study included nine patients, all men, who have undergone surgical treatment of skin cancer located in the upper third of the face. Morphological structure of tumors: basal cell carcinoma - 5 cases (55.6%), squamous cell carcinoma - 3 cases (33.3%), recurrent disease - 1 case (11.1%). All cases were subject to radical surgery, with the formation of defects that required surgical reconstruction. Tissue defects characteristics: total isolated lower eyelid defect - 1 case, total lower eyelid and internal canthal region defect - 1 case, partial upper eyelid defect - 1 case, partial lower eyelid defect - 1 case, subtotal or total defect of the nasal pyramid - three cases, defect of the internat canthal region extending to the nasal pyramid - 1 case massive defect that included both eyelids, the orbit, part of the nasal pyramid and the zygomatic region - 1 case. Defects reconstruction was performed primarily, using three types of frontal fasciocutaneous axial flaps: median and paramedian frontal flap, raised on one or both supratrochlear arteries - 5 cases, median frontal island flap - 1 case, lateral frontal flap (fronto-temporal) on the superficial temporal vessels - three cases. Primary donor site were closed primarily in all cases of flaps based on a. supratrochlearis, when a lateral flap was used the donor area was closed primarily in two cases and in one case closure requiring skin grafting. We obtained primary wound healing in 8 cases (88.9%), and one case of marginal necrosis of a median frontal flap (less than 10% of flap surface) in the reconstruction of a total defect of the nose.

I169

## RECONSTRUCTIA SANULUI DUPA DIFERITELE PROCEDURI CHIRURGICALE ADRESATE CANCERULUI MAMAR

**Grigorean V. T., Stoian A.-R., Radu Elena Violeta, Barsan I., Gheorghiu L., Popescu M., Sandu Aurelia, Strambu V., Florescu P.**

*Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti, Romania**Spitalul Clinic de urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti, Romania**Spitalul Judetean de Urgenta Pitesti, Romania*

Introducere. Dintre neoplaziile intalnite la femeie, cancerul mamar o reprezinta pe cea mai frecventa incidenta acestuia fiind in crestere in ultimele decenii. Chirurgia de conservare a sanului este acum larg acceptata drept tratamentul de electie in cancerul mamar. Actualmente, cancerul mamar este abordat in echipe pluridisciplinare, reconstrucția după diferitele tipuri de interventii de exereza fiind preferata in majoritatea cazurilor. Se are in

vedere reconstructia volumului sanului, simetrizarea sanului nou format cu cel controlateral si reconstructia placii areolo-mamare. Material si metoda. Lucrarea de fata are la baza studiul retrospectiv al unui numar de 7 cazuri de cancer mamar tratate in Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" in intervalul Iunie 2008 – Iunie 2011. Au fost luate in calcul atat cazurile la care s-au facut in cadrul aceleasi interventii chirurgicale, cat si cazurile la care reconstructia s-a facut la un anumit interval distanta. Rezultate. Rezultatele au fost bune in cadrul ambelor tehnici – reconstructie imediata dupa ablatie si reconstructie la distanta – insa procentul complicatiilor asociate a fost mai mare pentru reconstructia la distanta, in mare masura datorita remani-erilor tisulare aparute intre cele doua interventii chirurgicale. Mortalitatea a fost 0, iar in cadrul morbiditatii am intalnit un caz cu necroza parcelara ce a necesitat o reinterventie pentru grefare si un caz de limforagie persistenta, care odata devenit cronic, a necesitat indepartarea protezei de silicon. Concluzii.-Tehnica de reconstructie este una dificila si minutioasa, al carui rezultat favorabil este dependent atat de alegerea unei tehnici de ablatie potrivita urmata de una de reconstructie individuala cat si de colaborarea interdisciplinara intre chirurgul de chirurgie generala, chirurgul plastician si medicul oncolog- In urma cazurilor prezentate si a rezultatelor foarte bune obtinute optam pentru reconstructia imediata urmata de tratamentul chimioterapeutic specific.-Din experienta noastra consideram extrem de importante indicatia chirurgicala, tehnica pentru care se opteaza, acordul asupra abordului utilizat al membrilor echipei pluridisciplinare si urmarirea postoperatorie atenta. Cuvinte cheie. Reconstructie san, cancer mamar.

I170

## **ABORDAREA IN ECHIPA MIXTA CHIRURGICALA A PACIENTILOR CU PATOLOGII ASOCIATE**

**Florescu Ioan Petre, Grigorean V., Stoian A.-R., Giuglea Carmen, Marinescu S., Crenguta C., Mihai Ruxandra**

*Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni", Bucuresti, Romania*

Legate de patologia specialitatii de chirurgie plastica exista uneori cazuri acute (politraumatisme), sau cronice (tumori), care pentru a putea fi tratate corect, complet si cu maximum de profesionalism, trebuie sa fie abordate in echipe mixte, interdisciplinare. Este cazul traumatismelor grave de membre (respectiv a fracturilor deschise Gustillo IIIC), in care cooperarea plastician –ortoped este importanta pentru recuperarea functionala cat mai buna si cat mai grabnica a membrului lezat. Sau al traumatismelor craniofaciale cu distrugerii de parti moi, fracturi ale viscerocraniului, dilacerari craniocerebrale, in care interventia rapida si concomitenta a neurochirurgului, plasticianului si eventual al OMF-istului creste semnificativ nu numai sansa de supravietuire, dar si rezultatul estetic si functional. De asemenea este cazul reconstructiilor imediate de san dupa excizia partial sau totala pentru tumori mamare, in care chirurgul generalist rezeca tumora sau sanul, iar plasticianul il reconstruieste in aceeasi interventie chirurgicala. Chirurgul toracic si plasticianul pot rezolva tumori de perete toracic, penetrante in mediastin, care necesita nu numai o rezectie completa, dar si o reconstructie imediata de perete toracic, menita sa protejeze organele mediastinale. Reconstructia mandibulara si a etajului facial inferior in cazul unor tumori extinse la acest nivel, precum si reconstructiile cervicale anterioare dupa tumori laringiene sau faringiene extinse reprezinta de asemenea exemple in care ORL-istul sau OMF-istul are nevoie de sprijinul unui plastician. Cazuistica care va fi prezentata in lucrare, care apartine colectivului clinicii de chirurgie plastica din Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni", va exemplifica si sustine rolul benefic al cooperarii disciplinelor chirurgicale avand ca unic scop rezolvarea cazurilor complexe in conditii de siguranta maxima, cu traume cat mai mici pentru pacient si cu rezultat final optim.

I171

## **REFACEREA PREHENSIVITATII MAINII- SCOPUL PRIMORDIAL IN PATOLOGIA MAINII, ACUTA SI CRONICA**

**Florescu Petre, Grigorean V., Stoian A.-R., Marinescu S., Giuglea Carmen, Oporanu Anca**

*Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti, Romania*

Chirurgia mainii reprezinta una din ramurile de prima importanta ale specialitatii de chirurgie plastica si microchirurgie reconstructiva. Patologia traumatica a mainii reprezinta aproximativ 60% din totalul cazurilor de chirurgie a mainii rezolvate chirurgical intr-un serviciu de chirurgie plastica, celelalte fiind reprezentate de patologia tumorală, malformativă, postcombustională etc. In cazul urgentelor posttraumatice exista o serie de principii terapeutice, o succesiune de manevre medicale, care corect aplicate pot duce la rezultate functionale de buna calitate, cu minimalizarea sechelelor posttraumatice. In sechelele posttraumatice extrem de importante este stabilirea corecta a solutiei chirurgicale potrivita pentru fiecare caz in parte. Metodele chirurgicale utilizate in cazul urgentelor traumatice sau sechelelor posttraumatice ale mainii si antebratului pot merge de la cele simple, cum ar fi refacerea prin sutura in planuri anatomice ale structurilor afectate sau utilizarea grefei de piele, pana la cele mai complicate: replantarile sau utilizarea transferului liber de tesuturi. Lucrarea de fata isi propune sa realizeze o trecere in revista a posibilitatilor terapeutice utilizate in patologia posttraumatica a mainii si antebratului, cu multiple exemplificari din cazuistica clinicii de chirurgie plastica si microchirurgie reconstructiva a Spitalului Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni".

## CHIRURGIA STOMACULUI SI DUODENULUI

J172

### ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, РЕЗУЛЬТАТЫ И РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ И ЮКСТАПАПИЛЛЯРНЫХ ЯЗВ

Шепетько Е.Н., Шепетько А.Е., Ефремов В.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца. Киев, Украина*

Цель. Разработать способы операций с реимплантацией большого дуоденального сосочка (БДС), снизить послеоперационную летальность и количество послеоперационных осложнений в хирургическом лечении осложненных постбульбарных (ПБЯ) и юкстапапиллярных (ЮПЯ) язв. Материал и методы. Анализ подвергнуты ранние послеоперационные осложнения (РПУ) у 270 больных, оперированных по поводу осложненных постбульбарных (ПБЯ) (220 пациентов, 1 группа) и юкстапапиллярных язв (ЮПЯ) (50 пациентов, 2 группа). Залуковичной (постбульбарной) язвой считалась язва, расположенная на расстоянии не меньше 3 см от пилорического жома. Юкстапапиллярная (около-сосочковая) язва (ЮПЯ) – язва, находящаяся в непосредственной близости от БДС или вовлекающая его в язвенный процесс. Предложена модифицированная классификация осложненных ЮПЯ. I. Супрапапиллярная язва – язва, расположенная проксимальнее (выше) БДС, так, что между нею и БДС остается мостик слизистой не меньше 0,5 см и не больше 1 см. II. Парапапиллярная язва – язва, расположенная на уровне БДС справа или слева на расстоянии не меньше 0,5 см. III. Папиллярная язва – расположенная в зоне БДС с его частичным вовлечением. IV. Гигантская папиллярная язва со значительной деструкцией БДС, так что визуализируются отдельно устья желчного и панкреатического протока. V. Инфрапапиллярная язва – расположенная дистальнее (ниже) БДС не меньше, чем на 0,5 см. VI. Контрпапиллярная язва – расположенная напротив БДС на противоположной стенке ДПК. Разработаны методы реимплантации БДС при различных классах ЮПЯ в ДПК или тощую кишку с трансдуоденальным или трансюнональным транспапиллярным наружным управляемым дренированием холедоха и главного панкреатического протока (ТПДХ). Результаты. Установлено, что из 19 реимплантаций БДС при осложненных ЮПЯ в I периоде умерло 2 оперированных больных, а во II периоде – 3 пациента из 17 (17,6%). С разработкой новых методик реимплантации БДС удалось снизить послеоперационную летальность в 5,7 раз. Всего РПУ возникли у 26 из 220 оперированных (11,8 %) по поводу осложненных ПБЯ, 13% РПУ (15 пациентов из 115) в I периоде наблюдения (1983-1992гг.) и 10,5% (11 больных из 105) – в II периоде (1993-2008гг.). При осложненных ЮПЯ РПУ возникли за весь период наблюдения у 21 из 50 больных (42%), причем у 66,6% пациентов с ЮПЯ РПУ возникли в I периоде и у 16 из 41 пациента (39%), оперированных в II периоде. Частота возникновения РПУ при осложненных ЮПЯ в 3,6 раз (или на 30,2%) выше, чем после операций по поводу осложненных ПБЯ ( $c_2=23,803$ ,  $p<0,0001$ ). Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) в 14 раз чаще возникал после операций по поводу ЮПЯ (11 из 50, или 22%), по сравнению с ПБЯ (3 из 220, или 1,6%) ( $c_2=30,394$ ,  $p<0,0001$ ).

J173

### РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКОЙ ПРИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Шепетько Е.Н., Гармаш Д.А.

*Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца. Киев, Украина*

Цель: разработать новые способы одномоментной реконструктивной еюногастропластики (ЕГП) и улучшить функциональные результаты тотальной гастрэктомии при острокровоточащем раке желудка. Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты 218 тотальных гастрэктомий, выполненных по поводу осложненного рака желудка с 1983 по 2010 год в хирургической клинике №3 Национального медицинского университета. Острое язвенное кровотечение было у 149 больных, а в плановом порядке оперировано 69 пациентов. Разработан способ одномоментной реконструктивной ЕГП после тотальной гастрэктомии (Пат. UA № 52020 А) путем сшивания петли тощей кишки в виде буквы Ф («тройной анастомоз»), а также три способа аппаратной ЕГП после тотальной гастрэктомии при острокровоточащем раке желудка (Пат. UA № 41335 ). Одномоментная реконструктивная ЕГП после тотальной гастрэктомии ручным или аппаратным швом предпринята у 19 больных. Результаты. Среди 149 пациентов с острым желудочным кровотечением умерло 19 (12,7%), при этом послеоперационную летальность удалось снизить с 20,2% (умерло 18 из 89 в 1-м периоде (1983-1999г.) наблюдений) до 1,7% (умер 1 из 60 больных во 2-м периоде (2000-2010г.)), тогда как при плановых гастрэктомиях показатель послеоперационной летальности снизился с 17,2% (умерло 10 из 58 больных в 1-м периоде) до 9,1% (умер 1 из 11 во 2-м периоде). Среди 19 пациентов после гастрэктомии с ЕГП распределение по стадиям опухолевого процесса было следующим: IB ст. - 2 (10,5 %), II ст. - 4 (21,0 %), IIIA ст. - 5 (26,3 %), IIIB ст. - 1 (5,3 %), IV ст. - 7 (36,9%). Умеренная кровопотеря отмечена у 14 (73,7%) , средней степени тяжести – у 1 (5,3%),

тяжелая – у 4(21%). Степень стабильности гемостаза при эндоскопическом исследовании (по Forrest): FIIA - 2(10.5%), FIIB - 1(5.3%), FIIC - 3(15.8%), FIPI - 13(68.4%). Еюногастропластика сформирована по разработанным методикам ручным швом у 3(15.8%) пациентов, аппаратным - у 16(84.2%), по методике Ф-анастомоза на петле по Ру (Пат. UA № 52020 А) - 6(31.6%), по методике Ф-анастомоза с включением двенадцатиперстной кишки - 3(15.8%), по Бондарю с аппаратным швением приводящей и отводящей петель кишки и Брауновским соустьем (Пат. UA № 41335 ) - 10(52.6%). Неосложненное течение послеоперационного периода было у 16 (84.2%) больных, у 2 развился острый послеоперационный панкреатит(1 - ЕПП ручным швом, 1 – аппаратным), а у одного пациента развилась перфорация острой язвы тощей кишки после ЕПП ручным швом, потребовавшая релапаротомии. Летальных исходов не было. Вывод. 1. При острокровоточащем раке желудка у пациентов молодого и среднего возраста тотальную гастрэктомию целесообразно дополнять одномоментной реконструктивной ЕПП, выполняемой ручным или аппаратным швом по разработанным методикам. 2. После тотальной гастрэктомии лучшей в функциональном отношении признана аппаратная реконструктивная еюногастропластика с включением двенадцатиперстной кишки.

J174

## REZULTATELE PRECOCE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL BOLNAVILOR CU HERNII HIATALE ȘI BOALA DE REFLUX GASTRO-ESOFAGIAN

Iacob V., Gutu E., Guzun V., Cernetchii E.

Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF "N. Testemițanu", IMSP SCM nr.1, Chisinau, Moldova

Introducere: Hernia hiatală în 66% este asociată cu reflux gastro-esofagian. Tratamentul chirurgical al herniilor hiatale constă în lichidarea herniei cu efectuarea crurorafiei, cit și în efectuarea operației antireflux. Materiale și metode: Pe parcursul a doi ani în Clinica au fost tratați chirurgical 110 pacienți cu hernii hiatale și reflux gastro-esofagian. Diagnosticul s-a confirmat prin examenul clinic, radiologic, endoscopic și pH-metric. La 103 (93,6%) pacienți operația a fost efectuată laparoscopic, iar la 7 (6,4%) - prin laparotomie. În 107 (97,3%) cazuri a fost efectuată fundoplicția Nissen-Rosetti, iar în trei (2,7%) - Dor. Ca metoda standard s-a utilizat crurorafia posterioară. Într-un caz (0,9%) crurorafia nu a fost executată, iar la doi (1,8%) pacienți crurorafia a fost atât posterioară, cât și anterioară. Pacienții erau examinați clinic și radiologic înainte de externare, peste 30 și 120 de zile postoperator. Rezultate: În primele 30 zile postoperatoriu la 109 (99,1%) pacienți s-a notat dispariția semnelor patologice. La un pacient (0,9%) la care s-a efectuat crurorafie posterioară și fundoplicție Dor, peste o lună după operație a reapărut simptomatologia existentă preoperator. La 86 (77,5%) pacienți la examinarea radiologică efectuată în a 3-5 zi postoperator s-a constatat o dilatarea moderată a esofagului, dar fără dereglarea pasajului. Patru pacienți (3,6%) au necesitat dilatare endoscopică. La doi (1,8%) bolnavi postoperator au apărut semne clinice și radiologice ale dereglării evacuatoare din stomac. Concluzii: Analiza rezultatelor precoce ale tratamentului chirurgical al herniilor hiatale și a refluxului gastro-esofagian în 99,1% cazuri indică la dispariția semnelor existente preoperator. Disfagia postoperatorie este tranzitorie la marea majoritatea pacienților.

## EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIATAL HERNIA AND GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Background: Hiatal hernia in 66% of cases is associated with gastro-esophageal reflux. Surgical treatment of hiatal hernia consists of removing the hernia sac with cruroraphy and antireflux procedure. Materials and methods: During two years period in the Clinic were treated surgically 110 pts with hiatal hernia and gastro-esophageal reflux. The diagnosis was confirmed by physical examination, X-ray, endoscopic and pH-metric studies. In 103 (93,6%) pts the procedure was performed laparoscopically, in 7 (6,4%) patients - by opened approach. The Nissen-Rossetti fundoplication has been performed in 107 (97,3%) cases, and Dor - in 3 (2,7%). The posterior cruroraphy has been used as a standard method in all, except of 3 (2,7%) pts. Patients were examined clinically and radiologically (endoscopically) just upon discharging from the hospital, and 30 and 120 days after surgery. Results: The complete disappearance of the pathological signs was noted in 109 pts (99,1%) within the first 30 days after surgery. In one (0,9%) patient, which underwent posterior cruroraphy and Dor fundoplication, the initial symptomatology reappeared since one month after surgery. Radiological study performed on the 3-5-th postoperative day noticed a moderated enlargement of the esophagus, but without evident passage disorders in 86 pts (77,5%). Four (3,6%) pts required endoscopic dilatation of fundoplication zone. In 2 (1,8%) pts in the postoperative period were observed clinical and radiological signs of delayed gastric emptying. Conclusions: The early results analysis of surgical treatment for hiatal hernias and gastro-esophageal reflux suggests disappearance of clinical symptomatology in 99,1% of pts. In mostly of patients the postoperative dysphagia is transitory.

J175

## ULCERUL POSTBULBAR PERFORAT

Bujor P., Bujor A.

Catedra chirurgie 2, USMF, N. Testemițanu, clinica de chirurgie 2 SCM, Sf. Treime Chișinău, Republica Moldova

Actualitatea: Deși, individualizat de criteriile anatomice clare - intersecție cu artera gastroduodenală proximală și unghiul Treitz distal, tema care este pusă în discuție și astăzi, ca regiune a duodenului (D 1-2-3-4), delimitată cranial de artera gastroduodenală și caudal de orificiul papilei și mai jos de

acesta, este sediul unde poate apărea ulcerul duodenal postbulbar perforat. Material și metode: Studiul cuprinde un lot de 12 bolnavi, spitalizați de urgență cu suspjecție la ulcer postbulbar perforat în perioada 2000-2010. În raport cu numărul bolnavilor operați (692) pentru ulcer duodenal perforat în această perioadă, ulcerul postbulbar reprezintă un indice de 1,73%. În lot s-a constatat un număr de 10 bărbați și 2 femei cu vârsta cuprinsă între 41-60 ani. La internare s-a constatat că durerea și contractura musculară a peretelui abdominal a fost prezentă la 10 din 12 pacienți, iar la 2 bolnavi tabloul clinic, cât și examenul radiologic de ulcer perforat a fost absent. Rezultate: Referindu-ne la localizarea ulcerului postbulbar perforat constatăm că în majoritatea cazurilor leziunea a fost situată pe D1. Dacă la 10 pacienții simptomatologia clinică și radio- endoscopică era caracteristică ulcerului perforat, în 2 cazuri semnele clinice și de laborator au fost necaracteristice perforației ce ne-a impus la un examen suplimentar laparoscopia diagnostică care a constatat ulcer postbulbar perforat acoperit. Intervențiile chirurgicale efectuate la cei 12 pacienți cu ulcer perforat postbulbar au fost simplă suturare – 6 cazuri; excizia ulcerului perforat cu piloroduodenoplastie Judd asociat cu vagotomie tronculară bilaterală 4 cazuri; excizia ulcerului perforat asociat cu vagotomie selectivă proximală – 2 cazuri, cu rezultate bune la distanță. Concluzii: Perforația ulcerului postbulbar duodenal în peritoneal liber este rară și după datele noastre are o pondere de 1,73%.

## PERFORATED POSTBULBAR ULCER

Actuality: Even though this region is clearly individualized by obvious anatomical criteria - intersection with gastro duodenal artery proximal and distal with the Treitz angle, which is the topic under discussion even today, the region of the duodenum (D 1-2-3-4), limited cranially by gastro duodenal artery and caudal by the papilla hole and below it, this is the area where post bulbar perforated duodenal ulcer can occur. Material and methods: The study includes a group of 12 patients hospitalized in the emergency suspecting post bulbar ulcer, in the period 2000-2010. In relation to the number of patients operated for perforated ulcer (692) during the same period, the post bulbar ulcer has an index of 1.73%. The group was with a total of 10 men and 2 women aged between 41 and 60. In terms of clinical and objective data on admission was found that pain and muscle contraction of the abdominal wall was present in 10 of 12 cases and in 2 cases clinical and radiological signs of the perforated ulcer were absent. Results: Referring to the perforated post bulbar ulcer localization we find that in most cases the lesion was located on the D1 segment. If 10 patients had clinical and radiological signs which indicated a perforated ulcer, in 2 cases clinical and laboratory signs were uncharacteristic for perforation that required us to a supplementary examination which was diagnostic laparoscopy which showed covered post bulbar perforated ulcer. Surgeries performed on the 12 patients with perforated ulcer were simple suturing – 6 cases, perforated ulcer excision with pyloric plasty Judd associated with bilateral nonselective vagotomy – 4 cases, and excision of ulcer perforation associated with selective proximal vagotomy – 2 cases, with good long term result. Deaths were not registered. Conclusions: Perforation of post bulbar ulcer in peritoneum is rare and by our data is 1,73%.

J176

## CONSIDERENTE CLINICO- EVOLUTIVE SI DE FIZIOPATOLOGIE IN CLASIFICAREA ULCERELOR GASTRODUODENALE SI TRATAMENTUL MEDICO – CHIRURGICAL

Revencu S., Mustea V., Gaitur A., Balan S.

USMF "N. Testemitanu" Clinica Chirurgie "Sf. Arh. Mihail"

Propunem rezultatele unui studiu ce privește rezolvarea medicochirurgicală în cazul UGD de diferite geneze, conform comportamentului fiziopatologic și al complicațiilor ulceroase. Cercetările în ansamblu de la 1885 de pacienți cu USG au relevat: a) 1812 cu boala ulceroasă : în urgență -620, programat spitalizați-1192, operați 1015 (56%) pacienți, dintre care 678 (66,7%) în mod programat, efectuând rezecții gastrice 442 cazuri (65,2 %), vagotomii asociate drenajului gastric în 236 cazuri (34,8 %). În rest, 797 (44%) de pacienți au fost supuși tratamentului conservator. s-au înregistrat 13 decese (1,3%). b) în 68 cazuri a fost stabilit diagnosticul de ulcer gastroduodenal secundar, distribuția fiind: 36 ulcer hepatogen, 16 ulcer discirculatoriu; 14 ulcere au survenit pe teren de afecțiuni pulmonare cronice, de uremie, de stres, de origine leucemică și medicamentoasă. A predominat ulcerul hemoragic ( ) 27 cazuri și perforat (18 cazuri). Au decedat 21(30,8%) pacienți; c) la 5 bolnavi ca urmare a examenului complex clinico-paraclinic și necroptic s-a constatat APUD-ome ulcerogene (3decese). Pe baza acestui studiu putem constata: I. Maladia ulceroasă. Ulcerul gastric sau/si duodenal-se manifesta printr-un dezechilibru între factori de agresiune acido-peptica și mecanismele de aparare gastrica, cu preponderența agresiunii. Atitudinea chirurgicală și medicamentoasă vizează abolirea agresiunii, și, complementar, ameliorarea factorilor gastroprotectori. II. Ulcerele secundare ( hepatogen, aterosclerotic, uremic etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica minimă; factor cauzal, de regula, cunoscut; defect vadiat al factorilor de protecție gastro-intestinală; hipoxie tisulară și circulatorie regională și de sistem, dereglări severe ale sistemelor energizante și detoxifiante hepatice, concepte de diagnostic nestabilite pe deplin. Actul chirurgical se impune în mod excepțional și nu vizează intru totul veriga patogenă. III. APUD-ome ulceroase (S-m Zollinger-Elison, hiperparatiroidism primar etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica absolută; ulcer gigant postoperator precoce (hemoragie, necroză-perforatie-dehiscentă); diagnostic dificil și tardiv. Actul chirurgical rezolva problema în principiu prin înlăturarea APUD-omului sau a sursei secretoare de acid. Propunem rezultatele unui studiu ce privește rezolvarea medicochirurgicală în cazul UGD de diferite geneze, conform comportamentului fiziopatologic și al complicațiilor ulceroase. Cercetările în ansamblu de la 1885 de pacienți cu USG au relevat: a) 1812 cu boala ulceroasă : în urgență -620, programat spitalizați-1192, operați 1015 (56%) pacienți, dintre care 678 (66,7%) în mod programat, efectuând rezecții gastrice 442 cazuri (65,2 %), vagotomii asociate drenajului gastric în 236 cazuri (34,8 %). În rest, 797 (44%) de pacienți au fost supuși tratamentului conservator. s-au înregistrat 13 decese (1,3%). b) în 68 cazuri a fost stabilit diagnosticul de ulcer gastroduodenal secundar, distribuția fiind: 36 ulcer hepatogen, 16 ulcer discirculatoriu; 14 ulcere au survenit pe teren de afecțiuni pulmonare cronice, de uremie, de stres, de origine leucemică și medicamentoasă. A predominat ulcerul hemoragic ( ) 27 cazuri și perforat (18 cazuri). Au decedat 21(30,8%) pacienți; c) la 5 bolnavi ca urmare a examenului complex clinico-paraclinic și necroptic s-a constatat APUD-ome ulcerogene (3decese). Pe baza acestui studiu putem constata: I. Maladia ulceroasă. Ulcerul gastric sau/si duodenal-se manifesta printr-un dezechilibru între factori de agresiune acido-peptica și mecanismele de aparare gastrica, cu preponderența agresiunii. Atitudinea chirurgicală și medicamentoasă vizează abolirea agresiunii, și, complementar, ameliorarea factorilor gastroprotectori. II. Ulcerele secundare ( hepatogen, aterosclerotic, uremic etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica minimă; factor cauzal, de regula, cunoscut; defect vadiat al factorilor de protecție gastro-intestinală; hipoxie tisulară și circulatorie regională și de sistem, dereglări severe ale sistemelor energizante



si detoxifiante hepatice, concepte de diagnostic nestabilite pedeplin. Actul chirurgical se impune in mod exceptional si nu vizeaza intru totul veriga patogenica.III.APUD-ome ulceroase (S-m Zollinger-Elison, hiperparatiroidism primar etc.)se manifesta prin agresiune acido-peptica absoluta; ulcer gigant postoperator precoce (hemoragie, necroza-perforatie-dehiscenta); diagnostic dificil si tardiv. Actul chirurgical rezolva problema in principiu prin inlaturarea APUD-omului sau a sursei secretoare de acid.

## CLINICAL –EVOLUTIVE AND PHYSIOPATHOLOGICAL CONSIDERATIONS IN GASTRODUODENAL ULCERS. CLASSIFICATION AND MEDICO-SURGICAL TREATMENT

We purpose our study regarding the medico-surgical treatment of different gastroduodenal ulcers according to physiopathological behaviour and complications. A general investigation of 1885 patients with gastroduodenal ulcers have pointed out a) 1812 patients with primary gastroduodenal ulcers: 620 urgent and 1192 planned admissions. 1015 patients (56%) have been operated on, from which 678 (66.7%) in planned operations, performing a distal gastrectomy in 442 cases (65.2%) and vagotomy with gastric drainage operations in 236 cases (34.8%); 797 patients have been treated conservatively. were registered 13 deaths (1.3%); b) in 68 cases has been established a diagnostic of a secondary gastroduodenal ulcer: 36-hepatogenous ulcers, 16 discirculatory ulcers; 14 ulcers generated by chronic pulmonary diseases, uremia, stress, leukemia and medicine groids. Bleeding ulcers - 27 and perforated - 18 cases. We had 21 deaths (30.8%); c) At 5 patients, after a complete clinical and pathomorphological examination, the diagnostic of an APUD-om has been confirmed (3 deaths). On the basis of this study we conclude: 1. Primary ulcer. Gastric and/or duodenal ulcers appear at a lack of balance between the acido-peptic aggression and gastric protection with a preponderance of aggression. The medico-surgical attitude is the abolishment of the aggression and in addition the support of the gastric protection factors; 2. Secondary ulcers (hepatogenous, atherosclerotic, uremic, etc.) are expressed by a minimal acido-peptic aggression and an important defect of gastrointestinal protection factors, tissue hypoxia, severe regional and systemic circulatory alterations of energy and detoxification hepatic systems, not fully established concepts; surgical procedure is exceptional and can not deal with the main pathogenic factor; 3. APUD-oms (Zollinger-Elison, hyperparathyroidism, etc.) are expressed by an absolute acido-peptic aggression, gigantic postoperative ulcer (bleeding necrotising-perforation-anastomotic failure), difficult and late diagnostic. Surgery solves the problem, generally, by removing the APUD-oms or the acidity secretion source.

J177

## CHIRURGIA BOLII ALCALINE DE REFLUX POSTOPERATOR

**Chiru F., Mates I.N., Dinu Daniela, Marica C., Dragu Corina, Constantinoiu S.**

*Clinica de Chirurgie Generala si Esofagiana, Spitalul Clinic "Sfanta Maria" Bucuresti, Romania*

Introducere: Se analizeaza retrospectiv experienta clinicii pe 30 de ani (1981-2010) privind diversia duodenala totala Y-Roux (DDT) in tratamentul bolii alcaline de reflux postoperator (BARP). Materiale si metoda, rezultate: Din 89 de pacienti cu gastrojejunostomie Y-Roux dupa rezectie gastrica distala cu diverse indicatii, am selectionat 29 de pacienti la care procedeul s-a folosit in tratamentul BARP. Am exclus 9 cazuri cu DDT pentru patologie primara de reflux alcalin. In 20 cazuri DDT a fost practicata ca o modalitate reconstructiva pe "stomac operat": degastrogastrectomie sau conversie a montajului anastomotic preexistent (la bolnavi cu 1-3 operatii in antecedente, cu tulburari severe de motilitate). Se constata o scadere a numarului de cazuri in ultimii ani. La 9 pacienti DDT a fost utilizata ca intentie curativa antireflux dupa chirurgia biliara: colecistectomie ± coledocoduodenostomie, constatand cresterea numarului de cazuri in ultima perioada. Criteriile de indicatie chirurgicale: clinice, radiologice, endoscopice, histologice au selectat pentru interventie cazurile severe. Se prezinta particularitatile tehnice ca si consecintele morfofunctionale ale DDT. Rezultatele imediate sunt foarte bune: morbiditate minima (o reinterventie precoce pentru ocluzie digestiva inalta) si mortalitate postoperatorie zero. Rezultatele la distanta - evaluate clinic, radiologic, endoscopic si histologic - arata o ameliorare postoperatorie certa, cu exceptia anumitor forme histologice. Concluzii: Incidenta BARP dupa chirurgia gastrica a scazut, prin scaderea drastica a indicatiei operatorii pentru boala ulceroasa; in schimb creste relativ incidenta acestei entitati dupa chirurgia biliara. DDT este o procedura eficienta dar de rezerva, indicata in cazuri bine selectionate. Se constata o ameliorare postoperatorie certa clinica, endoscopica si histologica, cu exceptia gastritei atrofile si a metaplaziei intestinale, care se amelioreaza in mica masura.

## SURGERY IN POSTOPERATOR ALKALINE DISEASE

Introduction. We analyzed the experience of the Clinic on past 30 years (1981-2010) regarding total duodenal diversion (TDD) with Roux-en-Y gastrectomy for postoperator alkaline reflux disease (PARD). Materials and method, results: Among 89 patients presenting Y-Roux gastrojejunostomy after gastric distal resection for various indications, we selected 29 patients in which the procedure was used as treatment of PARD. We excluded 9 patients with TDD for primary alkaline reflux disease. In 20 cases TDD was used as a reconstructive procedure on "operated stomach": degastrogastrectomy or conversion of the existing anastomotic assembly (at patients with history of 1-3 gastric operations, with severe motility disorders). It is ascertained a decrease in the number of such cases in recent years. At another 9 patients TDD was used as an antireflux cure after biliary surgery: colecistectomy ± coledocoduodenostomy, noting the increase number of such cases lately. The criteria for surgery indication: clinicals, radiologicals, endoscopicals, histologicals selected for intervention severe cases. There are presented techniques particularities and morfofunctional consequences of TDD. Immediate results were very good: minimal morbidity (one early reintervention for acute digestive occlusion) and no postoperator mortality. Long time results - clinical, radiological, endoscopic and histological evaluated - showed a certain postoperator improvement, excepting some definite histological forms. Conclusions: PARD incidence after gastric surgery has decreased through drastically decrease of surgical indication for patients with gastroduodenal ulcer; after biliar surgery. TDD is an efficient procedure but as a backup, being indicated only in cases very carefully selected. It is observed a definite clinical, endoscopic and histological postoperator improvement excepting atrophic gastritis which is less improved.

J178

**SOLUTII TERAPEUTICE IN ULCKERUL HEMORAGIC GASTRODUODENAL****Constantin V. D., Moculescu C., Socea B., Carâp A., Costea D., Popa F.***Spitalul Clinic de Urgență Sfântul Pantelimon, București, România*

Introducere: Complicația hemoragică a ulcerului gastroduodenal cunoaște o incidență în creștere în ultimii ani. Studiul își propune reevaluarea atitudinii terapeutice în cazul ulcerului gastroduodenal hemoragic, cu stabilirea unor criterii de gravitate în care intervenția chirurgicală se impune. Material și metode: Studiul analizează retrospectiv un număr de 337 de pacienți cu diagnosticul de ulcer gastroduodenal hemoragic, internați și tratați în Clinica Chirurgie a Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”, în decurs de 3 ani, în perioada ian. 2008 – dec. 2010. S-au analizat datele din foile de observație, protocoale operatorii, rezultate histopatologice. Rezultate: Majoritatea hemoragiilor digestive superioare de cauză ulceroasă au fost rezolvate cu tratament medicamentos (278 bolnavi). La restul de 59 de pacienți a fost necesar un tratament chirurgical, dintre care la 43 pacienți intervenția a fost impusă de pierderea de sânge ce amenință viața, iar la 16 pacienți intervenția a fost impusă de criteriile de gravitate/criteriile prognostice: repetarea sângerării la scurt timp, criterii endoscopice de gravitate, grupa de sânge rară, etc. La 32 de bolnavi s-au practicat rezecții gastrice subtotale cu diferite tipuri de anastomoză iar în 27 de cazuri s-a practicat ulceroexcizie și hemostaza in situ. Concluzii: Evoluția ascendentă a terapiei farmacologice și endoscopice a scăzut semnificativ necesitatea intervențiilor chirurgicale. Intervenția chirurgicală rămâne mijloc terapeutic util în cazurile cu sângerare masivă și în cazurile neglijate terapeutic.

**GASTRODUODENAL ULCER WITH BLEEDING – A RECONSIDERATION OF THERAPY**

As a complication of gastroduodenal ulcer, bleeding is more and more frequent. The study aims to reevaluate the therapeutic approach together with the development of criteria recommending surgery. Material and methods: The study evaluates 337 patients diagnosed with gastroduodenal ulcer, complicated with bleeding, between January 2008 and December 2010. Data was collected from patient charts, operative recordings, histopathological results. Results: The majority of upper GI bleeding, following the development of an ulcer was managed with medical therapy (278 patients). The remaining 59 patients required surgery, imposed in 43 cases by life threatening blood loss, and in 16 by gravity/prognostic criteria: frequent recurrence of bleeding, endoscopic gravity criteria, rare blood group, etc. Subtotal gastrectomy with various types of anastomosis was performed in 32 cases while in the remaining 27 cases we performed the excision of the lesion and in situ hemostasis. Conclusions: The evolution of pharmacological and endoscopic management significantly reduced the necessity for surgery. Surgery remains a useful therapeutic tool in cases with massive bleeding and in neglected cases.

J179

**IINCIZIA ȘI EXCIZIA ENDOSCOPICA PENTRU AMPULOM VATERIAN. PAȘI CONSECUTIVI****Danci A., Gutu E.***Government Hospital IMSP SR ACSR, Department of Endoscopy and Miniinvasive Surgery, SMPU „N. Testemițanu” Department of General Surgery and Semiology***ENDOSCOPIC INCISION AND EXCISION FOR THE AMPULLOMA OF VATER. CONSECUTIVE STEPS**

Introduction. The treatment options for tumors of the ampulla of Vater include endoscopic miniinvasive procedures, local resection and radical pancreaticoduodenectomy. However, pancreaticoduodenectomy is still associated with risk of high morbidity and mortality. Local resection of benign or malignant ampullomas may not be safety and risk of complications is also high. Endoscopy and ERCP-related miniinvasive procedures have a considerable importance in diagnosis and consecutive treatment of ampullomas of Vater. Materials and methods. A total 14 patients with ampullary neoplasms were managed from 1997 to 2011. There was 8 male and 6 female mean age 56 (42 - 72), who was treated preoperatively by different gastrointestinal disorders and jaundice in the therapeutic clinics. Duration of preoperative symptomatic period was 1 – 6 months. All patients have had obstructive jaundice during 14 to 45 days. Early colestectomy in the period from 1 month to 12 years was 5 patients (36%). Diagnostic was based on clinical findings, laboratory test abnormalities, ultrasound (USG) and CT-scan signs of biliary hypertension, radiological (duodenography) and routine endoscopic examination (FEGDS). All patients submitted ERCP and endobiospy of neoplasm as the first step of combine endosurgical treatment. Consecutive surgical steps was so as: I. Endoscopic sphincterotomy only - 6 (benigne); II. Endoscopic sphincterotomy and open local resection of ampulloma - 2 (benigne); III. Endoscopic sphincterotomy and Whipple procedure - 2 (malignant); IV. Endoscopic sphincterotomy and endoscopic snare resection of ampulloma - 4 (1-benigne and 3 - maligne). Results. Endoscopic sphincterotomy (ES) was successful in all of cases and was a sufficient procedure for temporary biliary decompression. In 6 of case ES was definitive procedure of treatment. In 2 cases of benign neoplasm the surgical treatment was finished by open local resection of ampulloma. In 2 cases of adenocarcinoma of Vaters papilla, the patients supported Whipple procedure with good outcome. Open surgical procedure was performed after reducing of obstructive jaundice. Endoscopic snare resection of ampulloma was performed in 1 case of benign ampulloma and 3 cases of adenocarcinoma of Vaters papilla. One endoscopic snare resection was performed in two steps during 3 days because of big size of neoplasm to 4,5 x 5,0 cm. The control endobiospy during 1 – 3 years after snare resection is negative. Conclusions. 1. Endoscopic sphincterotomy in treatment of Vaters ampulloma is the important step for biliary decompression or as definitive procedure. 2. Endoscopic snare resection of malignant Vaters adenoma is possible with good outcome.

J180

## НЕТРАДИЦИОННЫЙ СПОСОБ ГАСТРОСТОМИИ В ХИРУРГИИ

Косяков Б.А., Акперов И. А., Шальков Ю. Л.

ПГУ им.Т.Г.Шевченко, кафедра хирургии

Введение. В случае нерезектабельного рака пищевода и желудка, осложненного дисфагией, гастростома способна продлить жизнь больному и улучшить её качество, создав условия для химиотерапии. Однако, ни один из существующих способов гастростомии не совершенен, поскольку частые осложнения в виде подтекания содержимого и выпадения питательной трубки делают продолжительное энтеральное питание невозможным. Целью явилась разработка способа надежной фиксации питательной трубки к стенке желудка, лишённого основных недостатков и способного обеспечить длительное питание. Материалы и методы. Способ формирования фиксированной гастростомы (патент на полезную модель №46812, Украина): конец зонда, введенный на 7-8 см. посредством гастротомии в желудок, фиксируется 3-4 швами через стенку желудка с параллельно расположенной ему трубочкой, длиной 5-6 см., уложенной на передней стенке желудка (вкол иглы со стороны серозы в полость желудка, проведение иглы под внутренней трубкой, выкол со стороны слизистой желудка и завязывание швов над наружной трубкой). Затем ряд герметизирующих серозно-мышечных швов. Стенка желудка располагается между этими трубками, фиксирует их, препятствуя выпадению зонда. Результаты: фиксированная гастростомия показала свою надежность и безопасность при клиническом применении у 26 больных (основная группа). Изучение результатов выявило положительное и достоверное отличие больных с фиксированной гастростомой от 68 пациентов контрольной группы, оперированных традиционным способом (по Витцелю, Топроверу). Медиана жизни больных в контрольной группе составила  $1,9 \pm 0,7$  месяцев, в основной  $8,4 \pm 1,3$  месяцев ( $p < 0,01$ ). Средняя продолжительность жизни с 2,5 месяцев в контрольной группе возросла до 5 месяцев в основной. Заключение. Надежность способа гастростомии предотвращает развитие характерных послеоперационных осложнений, сохраняя герметичность, обеспечивает длительное энтеральное питание, что позволяет использовать химиотерапию и достоверно продлить жизнь больным.

## UNCONVENTIONAL WAY GASTROSTOMY IN SURGERY

Introduction. In the case of unresectable cancer of the esophagus and stomach complicated by dysphagia, gastrostomy can extend the life of the patient and improve its quality, setting the stage for chemotherapy. However, none of the existing methods of gastrostomy is not perfect, because the frequent complications such as leakage and loss of nutrient content of the tube make long enteral feeding impossible. The aim was to develop ways to secure fixation feed tube to the stomach wall, deprived of the main drawbacks and is able to provide longer-lasting power. Materials and methods. Method of forming a fixed gastrostomy (utility patent number 46 812, Ukraine): the end of the probe entered at 7-8 cm gastrotomy through the stomach, fixed in 4.3 stitches to the stomach wall parallel to it a tube, 5-6 cm long, laid on the front wall of the stomach (needle puncture of the serosa in the stomach, holding the needle under the inner tube, sewn of the gastric mucosa and tying sutures on the outer tube). Then the number of sero-muscular sealing seams. The wall of the stomach is located between the pipes, fix them, preventing the loss of the probe. Results: Fixed gastrostomy showed its reliability and safety in clinical use in 26 patients (study group). The study results revealed a significant difference between positive and patients with gastrostomy fixed from 68 patients operated in the traditional way (by Witzel, Topoveru). The median life of patients in the control group was  $1,9 \pm 0,7$  months, with a core  $8,4 \pm 1,3$  months ( $p < 0,01$ ). The average life expectancy of 2.5 months in the control group increased up to 5 months in the primary. Conclusion. Reliability gastrostomy method prevents the development of specific postoperative complications, while maintaining integrity, provides long-term enteral nutrition, which allows the use of chemotherapy and significantly extend the life of the patient.

J181

## TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL HERNIEI GASTRICE TRANSHIATALE – EXPERIENTA PERSONALA

Grigorean V. T., Stoian A.-R., Radu Elena Violeta, Badiu C., Paraschiv M., Popescu M., Sandu Aurelia, Hanes Raluca, Strambu V.

Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti, Romania

Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti, Romania

Spitalul Judetean de Urgenta Pitesti, Romania

Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila" Bucuresti, Romania

Obiective Studiul de fata isi propune sa analizeze dificultatile metodei laparoscopice in tratamentul chirurgical al herniei gastrice transhiatale, criteriile de includere pentru chirurgia laparoscopica, limitele metodei si nu in ultimul rand acumularea experientei in aceasta privinta prin curba de invatare intr-un serviciu de chirurgie generala ce a fost dotat cu linie de chirurgie laparoscopica. Material si metoda Studiul a fost realizat pe intervalul Iunie 2008 – Iunie 2011 pe un lot de 14 pacienti, marea lor majoritate barbati, la care s-a intervenit chirurgical laparoscopic pentru hernie gastrica transhiatala si la care laparoscopia a reprezentat unica metoda de tratament. Am analizat pacientii din punct de vedere al sexului, varstei, tarelor asociate si am reusit sa stabilim un protocol intern de includere pentru chirurgia laparoscopica la nivelul spitalului nostrum prin care am obtinut beneficiile maxime pentru pacient. Procedeele utilizate au fost interventiile Nissen si Dor. Rezultate Din punct de vedere al rezultatului postoperator rezultatele sunt cel putin comparabile cu cele din chirurgia clasica, dar laparoscopia are avantajul invazivitatii minime, duratei scurte de spitalizare, reintegrarii socio-profesionale rapide si, nu in ultimul rand, reducerea costurilor per ansamblu. Dificultatile

sunt de obicei intalnite la momentul recalibrării hiatusului esofagian în cazul herniilor hiatale voluminoase când “defectul” este destul de larg. După o dotare corespunzătoare și după parcurgerea curbei de învățare, rezultatele postoperatorii sunt benefice, iar superioritatea metodei, mai ales în cazurile cu patologie asociată marcată, este evidentă. Concluzii Caracterelor expuse ale chirurgiei laparoscopice în patologia incriminată o fac net superioară metodei clasice mai ales prin caracterul minim invaziv și scurtarea timpului operator și implicit al celui anestezic. Beneficiile aduse de un minim protocol de includere pentru chirurgia laparoscopică la nivelul clinicii noastre au dus la rezultate postoperatorii superioare metodei laparoscopice și cu un beneficiu evident asupra indicilor de spitalizare. Cuvinte cheie: hernie gastrică transhiatală, procedeu antireflux, fundoplicatura laparoscopică.

---

## CHIRURGIA TORACELUI SI ESOFAGULUI

K182

### TRATAMENTUL CHIRURGICAL MINIINVAZIV AL MIASTENIEI GRAVIS

**Maxim I., Gladun N., Gavriluc M., Balica I., Iusco T., Rusu S., Toma A., Conțu O., Jardan D., Pugacescu T.**

*IMSP SCR, Sectia Chirurgie Toracica, RM, Chisinau*

Introducere. Miastenia gravis (MG) este o patologie autoimună în care dereglările neuromusculare sunt induse de anticorpii circulanți contra receptorilor acetilcolinici (nAChR) localizați la nivelul postsinaptic al joncțiunii neuromusculare. Abordarea terapeutică a MG presupune un tratament gradual care cuprinde inhibitori de colinesteraza pentru simptomatologie minora și avansează la medicație imunomodulatoare sau plasmafereza pentru situațiile de o gravitate crescută. Timectomia are un rol important în tratamentul complex al MG. Scopul lucrării. Analiza rezultatele postoperatorii ale tratamentului chirurgical videoasistat al miasteniei gravis. Materiale și metode. În grupul de studiu au fost incluși 63 pacienți cu MG fără timom observați postoperator mai mult de 12 luni. Repartizarea după sex a fost - 11 bărbați (17,7 %) și 52 femei (82,5 %), cu vârsta între 18 și 62 ani. Durata medie a afecțiunii a fost de 21,2 luni, variind mult în cadrul grupului dar fără diferență semnificativă legată de sex. Conform clasificării clinice MGFA pacienții au fost repartizați în următoarele stadii : I- 4 (6,3 %), IIa - 12 (19,04 %), IIb - 17 (26,98 %), III - 13 (20,63 %), IIIb - 12 (19,04 %), IV - 5 (7,94%). Diagnosticul de MG a fost bazat pe examenul clinic neurologic, răspunsul pozitiv la testul cu prozerina sau tensilon, rezultatele tipice electromiografice și în unele cazuri prin demonstrarea prezenței anticorpilor contra aAChR. Rezultate. Ameliorarea generală a stării pacienților (RCS + AS) a fost demonstrată la 95,23 % pacienți. Ameliorarea stării a fost înregistrată la 42 (66,67 %) pacienți. La 2 pacienți (3,17 %) conform criteriilor noastre (micșorarea scorului QMG  $\geq 4$  puncte) starea nu s-a modificat după timectomie și la un pacient (1,59 %) a fost constatată agravarea simptomelor MG în perioada postintervenție. Concluzii. 1. Timectomia toracoscopică este o tehnică avansată de chirurgie miniminvasivă și este rezervată centrelor cu experiență atât în chirurgia toracoscopică cât și în abilitatea de a trata bolnavul miastenic. 2. Factorii de prognostic favorabil depistați în urma analizei multivariate sunt debutul la o vârstă mai tânără a afecțiunii și intervenția chirurgicală precoce față de momentul de debut al afecțiunii.

### MINIMALLY-INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF MYASTHENIA GRAVIS

Introduction. Myasthenia gravis (MG) is an autoimmune pathology in which neuromuscular disorders are caused by circulating antibodies against acetylcholine receptor (nAChR) located at the postsynaptic level of the neuromuscular junction. Management of MG involves a gradual treatment including cholinesterase inhibitors for minor symptoms and advances to immunomodulating medications or plasmapheresis for high gravity situations. Thymectomy has an important role in the complex treatment of MG. Goal of the study. Analysis of postoperative results of minimally-invasive surgical treatment of myasthenia gravis. Materials and methods. In the study group were included 63 patients with MG without thymoma observed more than 12 months postoperatively. Distribution by sex was - 11 men (17.7%) and 52 women (82.5%), aged between 18 and 62 years. The average duration of disease was 21.2 months, ranging a lot in the group but with no significant differences related to sex. According to clinical classification MGFA patients were divided into the following stages: I-4 (6.3%), IIa - 12 (19.04%), IIb - 17 (26.98%), III - 13 (20.63%), IIIb - 12 (19.04%), IV - 5 (7.94%). The diagnosis of MG was based on neurological clinical examination, positive response to prozerin or tensilon test, typical electromyographic results and in some cases by demonstrating the presence of antibodies against aAChR. Results. General improvement in the patient's condition (RCS + AS) has been demonstrated in 95.23% patients. State improvement was recorded in 42 (66.67%) patients. In 2 patients (3.17%) according to our criteria (QMG score decrease  $\geq 4$  points) status has not changed after thymectomy and in one patient (1.59%) was observed during postoperative period worsening of MG symptoms. Conclusions. 1. Thoracoscopic thymectomy is an advanced technique of minimally-invasive surgery and is reserved to centers with experience in both thoracoscopic surgery and the ability to treat myasthenic patients. 2. Favorable prognostic factors found in multivariate analysis are the onset of disease at a younger age and early surgical treatment from time of onset.

K183

### TENDINȚE DE EVOLUȚIE ÎN RECONSTRUCȚIA ESOFAGULUI

**Gladun N., Balica I., Iusco T., Maxim I., Toma A., Rusu S.**

*Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova  
 Secția chirurgie toracică, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova*

Introducere. Există diferite metode de substituție a esofagului rezecat în dependență de caracterul și localizarea procesului patologic de calea de acces, de înlăturarea segmentară sau extirparea totală a organului, de materialul de substituție folosit și metoda de ascensionare a grefei. Scopul: Relevarea tendințelor de reconstrucție a esofagului, în clinica de Chirurgie FEC MF. Materiale și metode. În fișa noastră de observație (1977-2011) deținem 240 cazuri de intervenții reconstructive pe esofag. În timp ce registru de patologii indicate în rezecții de esofag, material de substituție utilizat și căile de ascensionare ale transplantului rămân în ansamblu aceleași, în structura lor se observă diferite preferințe. Dacă în primele decade de lucru 90% din volumul total de intervenții dețineau operațiile pentru stenozele postcaustice, în ultimul cincinal (2007-2011) 56% din intervenții au constituit proce-

sele neoplazice. Grefa gastrică servește drept material de substituție preferabil 40% (în trecut 17%), colonul deținea 48% acum 30%, jejunul rămâne la nivelul precedent - 30%. Cu referire la căile de ascensionare a grefei folosim mai frecvent calea prin mediastinul posterior - 40%, retrosternală - 25%, intrapleură - 35%. Concluzii. Toate metodele de substituție a esofagului cu consemnarea avantajelor și dezavantajelor în fiecare caz individual au dreptul la existență. În clinica Chirurgie FEC MF s-a stabilit următoarea tactică de reconstrucție esofagiană: 1) în stenozele postesofagita peptică și esofag Barrett - rezecția esofagului afectat cu substituția lui cu segment jejunal a la Roux prin laparotomie și toracotomie; 2) în cancerul esofagului mediu toracic - extirparea esofagului cu substituția lui cu grefă gastrică din curbura mare prin trei căi de acces - toracotomie, laparotomie, cervicotomie; 3) în stenozele postcaustice extinse și în cancerul treimii superioare a esofagului utilizăm extirparea esofagului cu substituția lui cu colon prin trei căi de acces.

## EVOLUTIONARY TRENDS IN ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION

**Introduction.** There are different methods of substitution of resected esophagus, it depends on the type and localization of pathological process, surgical approach, segmental resection or total extraction of esophagus, depends on the material of substitution used and the method of graft preparation. **Purpose.** The development of reconstructive surgery of esophagus in the department of surgery, CME Faculty. **Materials and methods.** In our statement of observation (1977-2011) we have 240 cases of reconstructive interventions in the esophagus. While the indications for esophageal resection, replacement material used and methods of graft preparation remain the same, different preferences can be observed in their structure. If the first decade of work 90% of the total volume of interventions were operations for postcaustic stenosis, in the last five-year 2007-2011, 56% of interventions were the neoplastic processes. Gastric graft is preferable substitute material 40% (in the past 17%), colon had 48% now 30%, jejunum remains at the previous level of 30%. With reference to the way of ascension graft, frequently used path through the posterior mediastinum 40%, retrosternal -25%, intrapleural - 35%. **Conclusions.** All methods of replacement of the esophagus to record the advantages and disadvantages in each individual case have the right to existence. In the department of surgery CEM was established following tactics of esophageal reconstruction: • In stenosis after peptic esophagitis and Barrett esophagus - resection of esophagus and substitution with jejunal segment Roux by laparotomy and thoracotomy; • In medium thoracic esophageal cancer used esophageal extirpation and its substitution with gastric graft by thoracotomy, laparotomy and cervicotomy; • In extended postcaustic stenosis and cancer of the upper third of esophagus used esophageal extirpation by three pathways.

K184

## TRAHEOSTOMIA ȘI CHIRURGIA TRAHEII CERVICALE

**Gladun N., Balica I., Iusco T., Maxim I., Toma A., Rusu S.**

*Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova  
Secția chirurgie toracică, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova*

**Introducere.** Succesele terapiei intensive și reanimării în traumatismele grave, care necesită ventilație mecanică prelungită a cauzat creșterea numărului de pacienți cu stenoze posttraheostomice, care necesită corecție chirurgicală. Scopul. Atenționarea societății medicale (anesteziolegi, reanimatologi, chirurghi) la conduita optimă a acestor pacienți pentru evitarea complicațiilor mutilante ce impun intervenții laborioase pe segmentul cervical al traheii. **Material și metode.** În clinică (1980-2011) s-au operat 50 pacienți cu stenoze ale traheii cervicale: posttraheostomie - 34, postdecubit de manșon - 6, posttraumatice - 8, fistulă esofagotraheală - 2, bărbați - 36, femei - 14. Vârsta pacienților între 13-50 ani, media fiind 28,4. Peste 1/3 (36%) din numărul de operații revin pe ultimii 5 ani. S-au efectuat diferite intervenții: rezecții traheale „în pană” - 9 cazuri, rezecții-anastomoză circulare - 20 cazuri, rezecție anastomoză circulară a traheii cervicale și 1/3 superioare a traheii toracice prin cervico- sternotomie - 4 cazuri, rezecție laringo-traheală fenestrată cu osteoplastie anterioară - 6 cazuri, excizia fistulei traheo-esofagiene - 2, rezecția laringo-traheală - 1 caz. În 4 cazuri n-am reușit refacerea definitivă a lumenului traheal și s-a aplicat fistula traheală, condusă ulterior prin tub traheostomic „T”- stent. Am avut un singur deces. **Discuții și concluzii:** În complexul terapiei intensive cu ventilație prelungită trebuie să fie incluse și metodele de profilaxie a complicațiilor posibile cauzate de traheostomie. -Traheostomia se efectuează cu indicații rezervate, în mod programat, pe tub de intubație, aplicată prin tehnica inferioară cu incizie orizontală sau în lambou (procedeu Björk), de către chirurghi experimentați. -Importanță deosebită o are managementul tubului și manșonului traheostomic, controlul endoscopic al traheii și a bronhiilor.

## TRACHEOSTOMY AND SURGERY OF THE CERVICAL TRACHEA

**Introduction.** Success of intensive therapy and reanimation in serious injuries requiring prolonged mechanical ventilation caused an increasing number of patients with stenosis after tracheostomy requiring surgical correction. **Purpose.** The warning medical society (anesthesiology, Reanimatology, surgeons) at optimal care of these patients to avoid complications that require laborious interventions at cervical segment of trachea. **Material and methods.** In our clinic 50 patients were operated with stenosis of the cervical trachea: after tracheostomy - 34, the sleeve decubitus position -6, posttraumatic -8, tracheo-esophageal fistula -2, men - 36, women - 14. Patients aged between 13-50 years, averaging 28.4. Over one third of the operations (36%) upon the last five years. Different interventions were performed: tracheal wedge resections - 9 cases, circular resection anastomosis -20 cases, circular resection anastomosis of cervical trachea and of 1/3 superior of thoracic trachea by cervico- sternotomy - 4 cases, fenestrated tracheal resection with larynx Previous osteoplasty - 6 cases, tracheo-esophageal fistula excision - 2, laryngo-tracheal resection - 1 case. In four cases we could not restore permanent tracheal lumen and tracheal fistula was applied, subsequently led by tracheostomic tube “T” stent. We had one case of death. **Discussion and conclusions.** In the complex intensive therapy with prolonged ventilation must be included methods of prevention of possible complications caused by tracheostomy. •Tracheostomy is performed by experienced surgeons with indications reserved, on intubation tube, by technique with low horizontal incision or flap. •Particularly important is the management of tracheostomy tube and sleeve, endoscopic control of the trachea and bronchi.

K185

## CHIRURGIA MALFORMAȚIILOR CONDRIO-STERNALE

Gladun N., Balica I., Maxim I., Iusco T., Toma A., Rusu S.

Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova  
Secția chirurgie toracică, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova

Introducere. Anomaliile congenitale a peretelui toracic sunt relativ rar întâlnite: 1/400 noi născuți vii. Patologia condrîo-sternală, purtând amprenta de afecțiune ereditară, se manifestă mai vădit în cursul creșterii copilului, accentuându-se în adolescență. Se distinge două tipuri de deformație: pectus excavatum și pectus carinatum. Scopul. Descrierea experienței proprii în domeniul corecției chirurgicale a deformațiilor condrîo-sternale. Material și metode. Intervențiile pentru corecția acestei patologii în clinică se practică din 1995. Posedăm 16 cazuri. Cu vârsta de la 14 până la 22 ani. Băieți - 11, fete - 5. În majoritatea cazurilor (13 pacienți) am tratat pectus excavatum, iar cu torace în carenă au avut 3 pacienți (numai băieți). Toți suferinzii au fost operați. Principalul scop a intervenției este înlăturarea cartilagiilor malformate. Operația a constat în sternocondraplastii cu rezecțiile segmentelor anterioare a cartilagiilor deformate a coastelor sternale (III, IV, V, VI) cu mobilizarea sternului și corecția peretelui toracic prin fixarea sternului cu tije metalice plasate retrosternal sau prin osteosinteză cu spițe metalice. În două cazuri am recurs adăugător la aplicarea plasei sintetice plasate sub lamboul adiposo-cutanat. Tijele metalice s-au înlăturat peste 10-12 luni. Toți pacienții sau vindecat cu efect cosmetic satisfăcător. Cu regret au avut un caz de deces, prin declanșarea unui proces septic fulminant în a treia zi postoperator. Concluzii. Pacienții cu pectus excavatus și pectus carinatus necesită corecție chirurgicală prin sternocondraplastie. Intervențiile de acest gen trebuie efectuate în secții specializate toracice ortopedice cu monitorizarea competentă a reanimatologului și chirurgului toracic.

## SURGERY OF CHONDRO-STERNAL MALFORMATIONS

Introduction: The incidence of congenital malformations of the thoracic wall is relatively small: 1/400 alive newborn. Chondro-sternal pathology has a hereditary origin and is likely to manifest during childhood, becoming more expressed by adolescence. Most common deformities are pectus excavatum and pectus carinatum. Aim of the study: To share our own experience in surgical correction of chondro-sternal deformities. Material and methods: Such types of corrections are practiced in our clinic since 1995. There have been 16 cases of such deformities. The age range was from 14 to 22 years. There have been 11 males and 5 females. The majority of patients (13 cases) had pectus excavatum, and only 3 patients had pectus carinatum (only males). All patients have undergone surgery. The main goal of the surgical correction is to eliminate the deformed cartilages. Correction included sterno-chondral reconstructions with resection of anterior segments of deformed cartilages of the sternal ribs (III, IV, V, VI), with mobilization of the sternum, correction and its fixation with steel pins in retrosternal position, or osteosynthesis with steel Kirschner wires. In two cases an additional synthetic mesh was used under the cutaneo-adiposo-fascial flap. The steel pins were removed in 10-12 months. All patients healed with satisfactory cosmetic results. Regretfully there was one lethal case, due to a fulminant septic process by the third day after surgery. Conclusions: Patients with pectus excavatum and pectus carinatum need surgical correction by sterno-chondral reconstructions. Such corrections must be performed in specialized thoracic orthopedic divisions with a competent monitoring by the intensive care unit specialist and thoracic surgeon.

K186

## DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PAEDIATRIC BLUNT THORACIC TRAUMA

Sokur P.P., Serdenko B.B.

Department of Thoracic Surgery and Pulmonology,  
National Medical Academy of Postgraduate Education

Keywords: children, chest, trauma, lungs, bronchi, diaphragm. Introduction. Blunt thoracic injury is a leading cause of death for children over 1 year. 70-82% of children have multiple thoracic injuries. There are still some unresolved questions in diagnosis and treatment of paediatric blunt chest trauma. Materials and methods. The authors analysed the results of treatment of 176 children with blunt chest trauma on the basis of the medical records. Laboratory, functional, and instrumental methods of examination, statistical data processing were used. Results. The main role in the diagnosis of blunt thoracic trauma belongs to chest X-ray in two projections, computed tomography, endoscopy (bronchoscopy, thoracoscopy and/or videoassisted thoracoscopy) ultrasound. Important is an adequate assessment of blood loss. In the acute period were hospitalized 151 (85.79%) patients and 25 (14.21%) patients hospitalized with late complications. Often observed dominant damage of bronchi (20.68%), lung (22.99%) and diaphragm (8.05%). Misdiagnosis was observed in 32.0% of bronchi rupture and 28.0% lung damage, due to the misuse of endoscopic and X-ray methods. In 64.6% major traumatic injuries were combined with pulmonary contusion. Radical surgery used in 87 (49.43%) children. In treatment reconstructive operations were used mostly. Only in 20.68% were used resection methods of surgical treatment. Good results of treatment were observed in 156 (88.64%) patients, satisfactory - in 18 (10.23%), lethal - in 2 (1.13%). Long-term results (within 1 to 8 years) traced in 119 (67.61%) patients - good in 107 children (89.92%), satisfactory in 12 (10.08%). Conclusions. Wide use of endoscopy can clearly establish the nature and prevalence of lesions, volume of blood loss. In the surgical treatment of injuries of the chest should be used reconstructive methods.

K187

## EXPERIENȚA SECȚIEI CHIRURGIE TORACICĂ SCR ÎN TRAUMATISMELE ESOFAGIENE

Gladun N., Balica I., Iusco T., Rusu S, Toma A, Maxim I., Buracovschi M

*Catedra chirurgie FPC, USMF „N. Testemițanu”, secția chirurgie toracică SCR,  
Chișinău, Republica Moldova*

**Introducere:** Trauma esofagiană este o patologie gravă și sursa anumitor complicații, uneori incompatibile cu viața pacientului. Analizăm experiența secției noastre în managementul traumatismelor grave esofagiene. **Material și metode:** În secția chirurgie toracică a SCR, în anii 1970-2010, au fost tratate 311 cazuri de patologie acută esofagiană, dintre care 227 cu combustii (142 bărbați și 85 femei), 52 cu ingestie de corp străin (32 bărbați și 20 femei), 17 cu sindromul Boerhaave (12 bărbați și 5 femei), 15 cu iatrogenii. A fost analizată relația între mortalitate și componentele managementului chirurgical (timpul de la momentul perforației până la operație, localizarea plăgii esofagiene, etc.). **Rezultate:** Perforația esofagiană a fost întâlnită în 37 (12%) de cazuri: 7 (18,90%) – în combustie chimică a esofagului; 15 (40,54%) – în leziune prin ingestie de corp străini; 15 (40,54%) – iatrogenii. Letalitatea generală în grupul total de pacienți (311) a fost 12,54%, inclusiv în lotul cu combustii – 27 decese (11,89%); în leziunile prin ingestie de corp străin – 5 decese (10%); în sindromul Boerhaave – 7 decese (41,17%). **Concluzii:** 1. Etiologia perforațiilor esofagiene este variată, predominând ingestia de corpi străini și iatrogeniile. 2. Se remarcă letalitatea excesivă în grupul pacienților cu sindrom Boerhaave, ce corelează cu deficiențele diagnostice și terapeutice în aceste cazuri. 3. Prezența corelației directe între timpul scurs de la accident, cauza determinantă, circumstanțele în care a avut loc traumatismul, tipul și nivelul la care se situează leziunea, și respectiv acordarea ajutorului medical de urgență sunt factori care dictează prognosticul.

## EXPERIENCE OF THE THORACIC SURGERY DEPARTMENT, CLINICAL REPUBLICAN HOSPITAL, IN ESOPHAGEAL TRAUMAS

**Introduction:** Esophageal trauma is a severe pathology, and as being a source of certain complications sometimes is incompatible with human life. We analyze the experience of our department in management of severe esophageal traumas. **Materials and methods:** Between 1970-2010, in thoracic surgery department there have been treated 311 cases of acute esophageal pathology: 227 cases with combustions (142 men and 85 women), 52 with foreign body ingestions (32 men and 20 women), 17 with Boerhaave syndrome (12 men and 5 women), 15 with iatrogenies. There was established the correlation between the mortality and surgical management components (perforation-surgery period, location of esophageal injury etc.). **Results:** Esophageal perforation has been determined in 37 (12%) cases: 7 (18,90%) – chemical combustion of the esophagus; 15 (40,54%) – injury through ingestion of foreign bodies; 15 (40,54%) – iatrogenies. General lethality from the total group of patients (311) was 12,54%: 27 deceases (11,89%) – from the combustion group; 5 deceases (10%) – from the foreign body injury group; 7 deceases (41,17%) – from the Boerhaave syndrome group. **Conclusions:** 1. The etiology of esophageal perforations is varied, and predominates the injury through foreign body ingestion and iatrogenies. 2. An excessive lethality is remarked in the group of patients with Boerhaave syndrome, the fact that correlates with diagnostic and therapeutic deficiency in this cases. 3. The direct correlation between the time of the accident, determining cause, trauma circumstances, location and type of the injury and instant medical assistance are factors that dictate the prognostic.

K188

## ALEGEREA METODEI DE TRATAMENTUL CHIRURGICAL OPTIMAL AL DIVERTICULILOR ESOFAGIENI

Gladun N., Toma A., Balica I., Maxim I., Rusu S.

*1 Catedra Chirurgie, Facultatea Educație Continuă în Medicină și Farmacie,  
USMF "N. Testemițanu", Chișinău, Moldova  
2 Secția Chirurgie toracică, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova*

**Rezumat/Introducere.** Apariția pungii diverticulare esofagiene este condiționată de mulți factori: hiperpresiune intraesofagiana, tulburări de motilitate esofagiana, procese inflamatorii paraesofagiene - elemente ce acționează asupra unei zone anatomice de slabă rezistență parietală. O parte de pacienți care manifestă semnele clinice specifice necesită corecția chirurgicală. **Material și metode.** În perioada 2000-2010 în secția chirurgie toracică SCR s-au aflat la tratament 41 pacienți cu diverticul esofagian. Topografic au fost diagnosticați diverticuli esofagieni cervicali – 27 (66%), bifurcaționali – 10 (24%) și epifrenali – 4 (10%) – ce corespunde datelor statistice din literatura. La 34 pacienți a fost efectuată intervenția chirurgicală. În majoritatea cazurilor (31 pacienți 91,2%) s-a practicat diverticulotomie prin abord cervical și toracic tradițional respectând detaliile tehnice specifice, în funcție de topografia pungii diverticulare. În 3 (8,8%) cazuri de localizare a diverticulului esofagian intratoracic s-a aplicat tratament chirurgical videotoracoscopic. **Rezultate.** Mortalitatea postoperatorie a fost nulă. Printre complicații postoperatorii precoce s-au întâlnit 2 cazuri de pleurezie exudativă rezolvată prin toracocenteză și 2 pacienți au avut disfație temporară tratată medicamentos. În perioada de supraveghere medie de 5 ani complicații tardive și recidive nu au fost înregistrate. **Concluzii.** Tratamentul electiv al diverticulului esofagian este chirurgical și impune proceduri operatorii specifice și complexe, momentul determinant fiind particularitățile mobilizării colului diverticular. Diverticulotomia videotoracoscopică – etapa nouă și de perspectivă în tratamentul diverticulului esofagian.



## SELECTION OF OPTIMAL SURGICAL TREATMENT FOR ESOPHAGEAL DIVERTICULA

Background. The appearance of esophageal diverticula is caused by several factors: intraesophageal hypertension, disturbance of esophageal motility, paraesophageal inflammation - all acting on the anatomic zones with weak parietal resistance. Some patients with specific clinical signs need surgical correction of this condition. Material and methods. In the period 2000-2010 in the department of thoracic surgery, Clinical Republican Hospital 41 patients were diagnosed with esophageal diverticulum. Repartition of the patients according to diverticula topography as follows: cervical - 27 (66%), mid-esophageal - 10 (24%) and epiphrenic - 4 patients (10%) - this corresponds to observations from other studies. In 34 patients a surgical intervention was performed. In majority of cases (31 cases - 91.2%) a traditional diverticulectomy was used with cervical or thoracic approach depending on the topography of the diverticular pouch. In 3 cases (8,8%) of mid-esophageal diverticulum a video-assisted thoracoscopic surgery was performed. Results. No postoperative lethality was registered. Among early postoperative complications 2 cases of exudative pleurisy were observed and solved by thoracocentesis. Other 2 patients had temporary dysphagia treated conservatively. During the mean follow-up of 5 years late complications or recurrences were not registered. Conclusions. Surgery is elective treatment of esophageal diverticula, which needs specific and complex operative procedures. The main element of the intervention is proper dissection of the diverticular neck. Video-assisted thoracoscopic diverticulectomy opens new perspectives in the treatment esophageal diverticula.

K189

## UNELE METODE DE PROFILAXIE A HEMORAGIILOR DIN VARICELE ESOFAGIENE LA BOLNAVII CU HIPERTENSIUNE PORTALĂ

**Bour A., Cazacu L., Bour Ninela, Roșca Angela**

USMF "N. Testemițanu", Curs chirurgie generală,  
 Facultatea stomatologie, or. Chișinău

Introducere. Hemoragia din varicele esofagiene (VE) este cea mai frecventă și gravă complicație a hipertensiunii portale (HP), ea are loc la o treime de pacienți cu ciroză hepatică (CH) și provoacă decesul la 30-50% pacienți timp de 6 luni. Riscul apariției hemoragiei esofagiene sunt varicele esofagiene de gr.II-III și esofagita erozivă. Material și metode: În perioada 2000-2009 în secțiile de chirurgie ale Spitalului Clinic Militar Central și Spitalul Clinic Central st. Chișinău s-au aflat la tratament 112 pacienți cu CH și HP. Vîrsta pacienților varia de la 8-68 ani, de CH virală sufereau 94 pacienți, iar la 8 a fost depistată CH alcoolică. HP intrahepatică a fost depistată la 107 pacienți (din ei 43 aveau CH Child „B” și 64 - Child „C”), iar HP extrahepatică - 5 cazuri. La FGDS la 86 pacienți s-a depistat esofagită erozivă, iar la 21 - esofagită catarală; VE de gr.II-III la 96 pacienți și în 11 cazuri VE cu d ≈ 7-10 mm, ceea ce reprezintă risc pentru apariția hemoragiei. Cu scop de profilaxie a apariției hemoragiei la 30 pacienți s-a efectuat SE paravazală cu sol. Aethoxysklerol 1% cu dezvoltarea complicațiilor eroziv - necrotice în 16,7% cazuri, la 66 pacienți s-a efectuat SE paravazală cu sol. Aethoxysklerol 0,5% fără complicații postSE, indicele supraviețuirii fiind 48,6%. La 11 pacienți cu VE d ≈ 7-10 mm s-a efectuat SE intravazal cu sol. Trombovar 3%, iar după diminuarea VE la gr.II-III s-a efectuat SE paravazal cu sol. Aethoxysklerol 0,5%, complicațiile postSE 45,5%. La toți pacienții postSE s-a administrat Obzidan 40 mg/ 24 ore. La 5 pacienți cu HP extrahepatică s-au aplicat anastomoze porto-cavale (mezo-cavală -1 și spleno-renală - 3 ) și stentarea venei hepatice drepte - 1 caz. Concluzii: SE cu sol. Aethoxysklerol 0,5% în combinare cu β - blocatori reprezintă o metodă miniminvasivă, accesibilă și eficientă pentru profilaxia hemoragiilor din VE. Anastomozele porto-sistemice reprezintă modalități de elecție în tratamentul chirurgical al HP extrahepatice.

## CERTAIN HAEMORRHAGE PROPHYLAXIS METHODS OF ESOPHAGEAL VARICES

Introduction. Haemorrhage from esophagean varices (EV) is the most frequent and serious complication of portal hypertension (PH), it can be observed in 1/3 of patients with liver cirrhosis (LC) and causes death in 30-50% patients during a 6 months period. The risk of esophagean haemorrhage is due to esophagean varices of the 2nd and 3rd degree and due to erosive esophagitis. Methods and material: One hundred twelve patients with LC and PH were being followed up in the surgery departments from Central Clinical Military and Railway Hospitals in 2000-2009. The average age was from 8-68, 94 patients were suffering from viral LC, while 8 patients had alcoholic LC. Intrahepatic PH was observed in 107 patients (43 had LC Child "B" and 64 - Child "C"), but extrahepatic PH - 5 cases. Due to fibroscopy erosive esophagitis was noted in 86 patients, but catarrhal esophagitis in 21; EV of the 2nd and 3rd degree in 96 cases and in 11 cases EV with d ~ 7-10 mm, which represents the risk for haemorrhage. As a haemorrhage prophylaxis, paravasal SE with Aethoxysklerol sol of 1% was done in 30 patients, after what 16,7% had necrotic erosive complications, in 66 patients paravasal SE was done with 0.5% of Aethoxysklerol without no complications post SE, survival index was of 48.6%. Intravasal SE was administered with Trombovar sol of 3% in 11 patients with EV d ~ 7-10 mm, but after EV decrease to the 2nd and 3rd degree paravasal SE was done with 0.5% Aethoxysklerol sol, Se complications were noted in 45.5 cases. All the Se patients were administered Obzidan 40 mg /24 h. Porto-caval anastomosis (meso-caval-1 and spleno-caval-3) and right vein hepatic stentation - 1 case, were applied to 5 patients with extrahepatic PH. Conclusions: Se with Aethoxysklerol sol of 0.5% in combination with beta blockers represent a miniminvasive, accessible and efficient method for EV haemorrhage prophylaxis. Portosystemal anastomosis represents election modalities in surgical treatment of extrahepatic PH.

K190

## HERNIIILE HIATALE ȘI CURBA INSTRUIRII ÎN CHIRURGIA LAPAROSCOPICĂ ANTIREFLUX

Leșco A., Targon R., Dima A., Potlog F., Popovici A., Leșco C., Moldovan Ina

Spitalul Clinic Militar Central al Armatei Naționale, Chișinău

Actualitatea temei: Hernia hiatală și refluxul gastroesofagian s-au aflat în vizorul chirurgilor de-a lungul multor ani. Reactualizarea acestei teme se datorează: creșterii numărului de bolnavi cu patologia dată ca rezultat al posibilităților de diagnosticare; abordului laparoscopic cu avantajele sale; și riscul de complicații grave ce pot surveni în urma herniilor hiatale și reflux esofagitei: ulcerul peptic, strictura esofagului, cancerul. Materiale și metode: Între 2008-2011 s-au efectuat 19 operații laparoscopice antireflux. În 18 (94%) cazuri au fost hernii hiatale axiale și într-un caz (5,2%) hernie hiatală mixtă. Toți pacienții au fost examinați endoscopic, radiologic și au avut o perioadă preoperatorie care a inclus tratamentul medicamentos pentru refluxul gastroesofagian. Rezultate obținute: Vârsta medie a pacienților a fost 55 ani. Bărbați- 16 (84%), femei-3 (15,7%). Luând în calcul debutul chirurgiei laparoscopice antireflux care este în funcție de curba de instruire a medicilor în-11 (57,8%) cazuri s-a preferat fundoplicția parțială posterioară, în-5 (26%) cazuri cea anterioară și în-3 (15,7%) cazuri fundoplicția totală. Durata medie a unei operații a fost 180 minute. În-3 (15,7%) cazuri a fost efectuată simultan și colecistectomia laparoscopică. Durata medie de spitalizare a fost-4 zile. În toate cele-19 cazuri a fost efectuată esofago-gastrografia de control cu masă baritată înainte de externarea pacienților. Complicații intraoperatorii a fost-1 (5,2%) caz de pneumotorace pe dreapta, care a fost soluționat prin drenarea pleurală intraoperatorie. În perioada postoperatorie-5 (26%) pacienți au manifestat semne clinice de disfagie care au regresat după tratament medicamentos. Conversii nu au fost. Concluzie: Datorită progreselor științifice realizate la ora actuală categoria de bolnavi cu hernii hiatale poate beneficia de avantajele chirurgiei laparoscopice antireflux. Curba instruirii demonstrează că rezultatele modeste enumerate mai sus se vor îmbunătăți odată cu acumularea experienței și reînnoirea sistematică a instrumentariului.

### HIATAL HERNIAS AND LAPAROSCOPIC ANTIREFLUX SURGERY TRAINING CURVE

Novelty: Hiatal hernia and gastroesophageal reflux have been the focus of surgeons over many years. The update of this subject is due to the increasing number of patients with these diseases as a result of diagnostic possibilities, with the advantages of laparoscopic approach, the series of severe complications that can occur as consequences of hiatal hernias and reflux esophagitis: peptic ulcer, esophageal stricture, cancer. Materials and methods: 19 laparoscopic antireflux surgeries were performed between 2008-2011. Axial hiatal hernias were recorded in 18 (94%) cases, while mixed hiatal hernias - in one case (5.2%). All patients were examined endoscopically, radiologically and they had a preoperative period which included the drug therapy for gastroesophageal reflux. Results: The average age of patients was 55 years. There were 16 (84%) men and 3 (15.7%) women. Taking into consideration that the onset of laparoscopic antireflux surgery is closely related to the curve of doctors training, posterior partial fundoplication was preferred in 11 (57.8%) cases, in 5 (26%) cases - the previous one, and in 3 (15.7%) cases - total fundoplication. The average surgery time was 180 minutes. In 3 (15.7%) cases laparoscopic cholecystectomy was simultaneously performed. The average hospitalization period was 4 days. In all 19 cases control esophageal- gastrography with barium meal was performed before the discharge of patients. Intraoperative complications were the following: 1 (5.2%) case of pneumothorax on the right, which was resolved by intraoperative pleural drainage. In the postoperative period-5 (26%) patients showed clinical signs of dysphagia, which regressed after administration of the drug treatment. There were no any conversions. Conclusion: Due to scientific progress achieved at present, patients with hiatal hernias may benefit from the advantages of laparoscopic antireflux surgery. Instruction curve shows that the above mentioned results will improve as soon as more experience will be accumulated and the proper instrumentarium systematically renewed

K191

## PLASTIA POSTTRAHEOSTOMICĂ A TRAHEEI

Strajescu Gh., Gladun N., Bujor P., Roșca Ion, Terente S.

Experiența clinicii conține 12 cazuri de plastii posttraheostomice a porțiunii cervicale a traheei. Majoritatea bolnavilor operați au suportat politraumatisme în rezultatul căderilor de la înălțime, accidentelor rutiere, accidentelor la serviciu cu suprațeuire din come profunde în secțiile de terapie intensivă și reanimare. Peste 6-12 luni de la externare la pacienți apare stenoza posttraheostomică cu insuficiență respiratorie. Operația la traheea cervicală la acești bolnavi devine inevitabilă. În dependență de gradul și forma stenozei au fost efectuate trei tipuri de plastii. Cea mai bună și mai anatomică este rezecția inelelor traheei antrenate în proces cu formarea anastomozei pe tub de intubație oro-traheală. Asemenea intervenții au fost efectuate la 6 bolnavi. În rezultatul operației se obține un lumen traheal anatomic normal și insuficiența respiratorie rapid cedează. Metoda de plasticie cu placă osoasă pe picioruș vascular, croită din lamina anterioară a sternului a fost îndeplinită la 3 pacienți. Această metodă a fost folosită la pacienții cu defectul traheal stenozat longitudinal, unde au fost antrenate în proces 3 și mai multe inele. Perioada postoperatorie la acești pacienți a evoluat cu mult mai anevoios, din cauza lipsei ermetismului dintre transplant și marginea traheei, care se menține pe o perioadă mai îndelungată. O altă metodă elaborată în clinica noastră a fost plastia defectului cu autotransplant preparat din coastă, care conține periost cu o porțiune de os cu toate straturile de forma unui romb amplasat în centrul fâșiei. Metoda propusă a fost folosită la 3 pacienți. Poate fi folosită atât în stadiul precoce al stenozei, cât și în cel avansat. Transplantul propus se prepară ușor în timpul operației, pentru a corespunde dimensiunilor plăgii formate pe trahee, se deosebește printr-o biocompatibilitate crescută, nu provoacă creșterea abundență de țesut conjunctiv, concreșre repede și ideal cu țesuturile paratraheale (Invenția nr.3799).

## TRACHEA PLASTIC AFTER THE TRACHEOSTOMY

Our clinics experience includes 12 cases of plastic after the tracheostomy on the cervical portion of trachea. The majority of operated patients had the polytrauma as the result of falling from the height and accidents with survival after the profound coma in ICU. The trachea stenosis with respiratory insufficiency appears during 6-12 months after the tracheostomy. The operation on the cervical trachea in these patients is inevitable. There were effectuated three types of operations in dependence of the grade and form of the stricture. The best and the most anatomical is the resection of the tracheal rings implicated the process with formation of the anastomosis on the oro-tracheal intubation tube. Such interventions were effectuated to six patients. As a result, we obtained the normal anatomical tracheal lumen, and the respiratory insufficiency disappeared rapidly. We used the method of plastic with the bone plate on the vascular peduncle from the anterior lamina of the sternum in three cases. We used this method in the cases with the longitudinal stenosed tracheal defect where three or more rings were involved. These patients had the less favorable postoperative evolution because the connection of the transplant and trachea margin was not hermetic for a long time. Another method, elaborated in our clinics was the plastics with the auto transplant prepared from the patients rib, which contains periosteum and the portion of the bone with all layers in the form of the rhomb placed in the center of the strip. We used the proposed method in three cases. It can be used both in praecox and in advanced stages. The proposed transplant is easy prepared during the operation, to correspond the dimensions of the tracheas wound, has the major biocompatibility, do not provoke the abundant growth of the conjunctive tissues, includes rapidly and ideal in the paratracheal tissues (Invention # 3799).

K192

## MANAGEMENTUL CONTEMPORAN AL HERNIILOR HIATALE MIXTE

Șipitco Natalia, Ungureanu S., Gladun N., Cetuleanu Ecaterina, Florea Ludmila

Spitalul Clinic Republican, Catedra Chirurgie FEC MF, Chișinău

Introducere. Hernie hiatală (HH) este o problemă actuală cu incidența globală 15%, din care 60% sunt asimptomatici. În patologiile cronice gastrointestinale HH se plasează pe locul trei după ulcerul peptic gastroduodenal și litiază biliară. Conform clasificării Allison și Sweet din 1952 după mecanismul de producere sunt trei tipuri de hernii: HH prin alunecare (axială) – 90% HH prin rostogolire (paraesofagiană) – 5-7% HH mixtă – 3%. Manifestarea tipică a unei HH mixte este refluxul gastroesofagian. Scopul lucrării. Elucidarea managementului contemporan corect al HH mixte și superiorității tratamentului chirurgical comparativ cu cel conservativ. Material și metode: În clinica chirurgie FEC MF timp de 10 ani (2000-2011) au fost operați 32 de pacienți cu HH mixtă: 30 pe calea laparoscopică și 2 prin laparotomie. Dintre care 25 de cazuri – hernii cardiofundale, 7 cazuri – subtotale. La 20 de pacienți s-a practicat fundoplicatura anterioară pr. Dor (180°), la 5 pacienți – Nissen – Rossetti și la 7 pacienți pr. Toupet. 5 cazuri au fost rezolvate utilizând și plasa sintetică. Concluzii. Fiecare din metodă de tratament chirurgical a fost practică de noi electiv în dependență de avantajul sau dezavantajul său pentru fiecare caz aparte. Rezultatele la distanță au fost apreciate după „scara Visick”: Rezultat excelent – 5 cazuri (15,6%) Rezultat bun – 25 cazuri (78%) Rezultat nesatisfăcător – 2 cazuri (6,25%). Cercetarea efectuată de noi ne-a permis să concludem că fiecare metodă are dreptul la existență în raport cu situația concretă.

## CONTEMPORARY MANAGEMENT OF MIXED HIATAL HERNIAS

Introduction. Hiatal hernia (HH) is a current problem with the overall incidence 15%, 60% are asymptomatic. HH three ranks after gastro-duodenal peptic ulcer and gallstones in chronic gastrointestinal pathologies. According to the classification Allison Sweet (1952) based on the mechanism there are three types of hernias: Sliding HH (axial) - 90% Roll HH - 5-7% Mixed HH - 3% The typical event of mixed HH is a gastro-esophageal reflux. Purpose. Elucidation of the contemporary management of mixed HH and the superiority of surgery treatment versus conservative. Material and methods: In the department of surgery CEM were operated 32 patients with mixed HH for 10 years (2000-2011): 30 by laparoscopy and 2 by laparotomy. 25 cases of which – cardio-fundal hernias, 7 cases – subtotal hernias. In 20 patients underwent previous fundoplication pr. Dor (180°), 5 patients - Nissen-Rossetti and 7 patients pr. Toupet. 5 cases were resolved and using synthetic mesh. Conclusions. Each method of surgical treatment has been practiced in the new elected its advantage or disadvantage depending on each case. The results distance were evaluated by the “Visick scale”: Excellent result - 5 cases (15,6%) Good result – 25 cases (78%) Unsatisfactory result - two cases (6,25%). Research carried out by us has allowed to conclude that each method has the right to exist in relation to the situation.

K193

## PROTEZAREA ESOFAGIANA IN STENOZELLE MALIGNNE DEPĂȘITE DE JONCTIUNE FARINGOESOFAGIANĂ

Sabau D. \*, Dumitra Anca \*, Bratu D. \*, Sabău A. \*, Popentiu A. \*\*, Grosu F. \*\*\*, Mitachescu A. \*\*\*\*, Smarandache G. \*\*\*\*\*, Negrean L. \*\*\*\*\*, Ursache Elena \*\*\*\*\*, Sava M. \*\*\*\*\*

\* Clinica Chirurgie II Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu Romania

\*\* Spitalul Militar de Urgenta Sibiu Romania

\*\*\* Clinica Radiologie II, Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu Romania

\*\*\*\* Clinica Gastroenterologie, Spitalul Clinic de Urgenta Sibiu

Introducere: In cazul tumorilor maligne esofagiene polare superioare, faringoesofagiene si de vecinătate cu interesarea hipofaringelui și esofagului, aflate în stadii depășite chirurgical, protezarea presupune problemele tehnice deosebite. Material și metodă: Am realizat endoprotezarea esofagiană prin abord laparogastrosopic (procedeu original, brevetat premiat în Japonia în 2005), la 30 de pacienți cu stenoze maligne esofagiene cervicale și faringoesofagiene, la care cateterizarea endoscopică ortogradă a fost imposibilă, toți fiind propusi pentru gastrostomie. Rezultate: Pacienții se aflau în stadii avansate, cu diseminări la distanță și cașexie. Localizarile esofagiene polare superioare (23 cazuri) în special cele faringoesofagiene (7 cazuri) prezinta particularitati care ingreuneaza protezarea datorita vecinatatii laringelui si riscului de aspiratie. La aceste cazuri am utilizat un tip particular de proteză. Bolnavii canulati postlaringectomie reprezinta un esantion special. Concluzii: Procedeu original laparogastrosopic protetic miniinvasiv, presupune o agresiune redusă, abordul fiind cu montarea protezei prin tracțiune nu prin împingere ca în procedeele endoscopice. Procedeu nostru a permis protezarea în localizări înalte, considerate de unii autori imposibil de protezat. Cuvinte cheie: protezare laparogastrosopică, cancer esofagian polar superior depășit, stenoze maligne faringoesofagiene.

## PALLIATIVE ENDOPROSTHESIS IN INOPERABLE MALIGNANT STENOSES LOCATED ON THE CERVICAL ESOPHAGUS AND PHARYNGO-ESOPHAGEAL JUNCTION

Aims: Upper polar esophageal malignant tumors, pharyngo-esophageal malignant tumors and vicinity malignant tumors involving the hypopharynx and the esophagus, in inoperable stages, pose serious technical problems in the case of prosthesis. Method: We have performed an esophageal endoprosthesis through a laparogastrosopic approach (an original, innovative procedure internationally awarded in Japan, in 2005) on 30 patients with cervical and pharyngo-esophageal malignant stenoses. The orthograde endoscopic insertion of a catheter was impossible on these patients, all of them being proposed for gastrostomy. Results: The patients were in advanced stages, with distant disseminations and cachexy. Upper polar esophageal locations (in 23 cases), especially the pharyngo-esophageal ones (in 7 cases), presented particularities that made prosthesis very difficult, because of the vicinity of the larynx and the risk of aspiration. In these cases we used a special type of prosthesis. A particular group is made up by the patients who were cannulated post laryngotomy. Conclusions: This prosthetic mini-invasive procedure is a less aggressive one; the approach is gastroscopic, the prosthesis being inserted by traction, and not by pushing, as in the endoscopic procedures. Our original procedure allows for prosthesis placement in upper locations in which, according to some authors, prosthesis is not possible. Key words: laparo-gastrosopic prosthesis; pharyngo-esophageal malignant stenoses; inoperable upper polar esophageal cancer.

K194

## TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL AHALAZIEI

Danci A., Danci Aliona, Iacub V.

Government Hospital IMSP SR ACSR. Department of Endoscopy and Miniinvasive Surgery  
SMPU „N. Testemițanu” Department of General Surgery and Semiology

Lucrarea reflecta experiența personală a autorilor în TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL AHALAZIEI.

## THE LAPAROSCOPIC APPROACH IN THE TREATMENT OF ACHALASIA

The work reflect the author's personal experience in the laparoscopic treatment of achalasia.

K195

## ROLUL CHIRURGIEI IN TRATAMENTUL CANCERELOR ESOFAGIENE AVANSATE

**Danila N., Andronic D., Andronic Mihaela , Popa E., Dumitras O.**

*Clinica I-a Chirurgi U.M.F, Iasi*

Lucrarea este un studiu retrospectiv a neoplasmelor esofagiene internate în Clinica I Chirurgie Iași între 2000 - 2009. După trecerea în revistă a datelor generale (sex, vârstă, posibilități de explorare, decizii terapeutice) a celor 71 de cazuri de neoplasme esofagiene internate în ultimii 10 ani, sunt prezentate sintetic cazurile care au beneficiat de abord chirurgical. Sunt expuse elementele care au concurat la luarea unei anumite decizii terapeutice și analizate evoluția și complicațiile postoperatorii. Nu au fost incluse în observații tumorile eso-cardiotuberozitate care constituie un subiect al patologiei joncțiunii esogastrice. Procent de rezecabilitate al leziunilor avansate este extrem de redus (24,13%). Dacă în cancerelor avansate pentru exereză nu se pornește pe ideea radicalității oncologice, având în vedere vârsta și fragilitatea acestor bolnavi considerăm utilă fracționarea gestului chirurgical în două sau trei etape, atitudine care pe seria noastră a redus mortalitatea perioperatorie. În cazurile inoperabile, by-pass-ul este o soluție valoroasă de rezolvare a disfagiei, dar complexitatea intervenției trebuie să pună în balanță beneficiul net al pacientului; de aceea se indică pentru bolnavii bine compensați biologic și funcțional, de vârste acceptabile

### THE SURGICAL APPROACH OF ADVANCED ESOPHAGEAL CANCERS

The therapeutical option was adapted to each case so for resectable tumors we apply a multimodal approach in 21 cases, a palliative approach in 12 cases and gastro or jejunostomy in 25 cases. The location of resectable tumors was cervical in 3 cases, mid third of esophagus in 11 cases, inferior third of esophagus in 4 cases and multiple tumor locations in 3 cases. The T.N.M. stages of operated tumors were especially stage III with 14 cases, Stage I one case, Stage II, 2 cases and Stage IV. 4 cases. A R0 resection was realized in 17 cases associated with a two field lymphadenectomy. We perform the operations in one step in 14 cases and in two steps in 7 cases. Considering esophagectomy with esophagoplasty the best palliation for esophageal cancers, we consider very important to adapt the surgical technique to the nutritional and biological status of the patient. So performing the operation in two steps we succeed to improve the survival rate as shown in our group of patients. The post operative mortality is of 4% In case of unresectable esophageal lesion the eso-gastric by-pass represents a good relief of dysphagia. We recommend this palliative attitude in case of patients with a good nutritional and biological status. The authors present a retrospective study of 58 epidermoid esophageal cancers treated in the 1st Surgical Clinic U.M.F. Iasi, in the last decade 2000-2009. The eso-cardial tumors are excluded. The resectability of epidermoid esophageal cancers at the moment of the diagnosis was about 24, 13 %. The tumor location was: upper third of esophagus 10 cases, mid esophagus 33 cases, inferior third of esophagus 12 cases, multiple 3 cases. 51 cases (87, 9%) were complicated at the moment of the diagnosis: malnutrition 39 cases, bleeding 2 cases, pneumonia 6 cases (aspiration), eso-tracheal fistula 4 cases.

K196

## ESOFAGECTOMIE TRANSHIATALA (CU TORACE INCHIS) SAU TRANSTORACICA (CU TORACOTOMIE) IN TRATAMENTUL CANCERULUI DE ESOFAG ?

**Dragomir C.**

*UMF "G.T.Popa", Iasi*

Introducere. Tehnicile chirurgicale de esofagectomie se impart, in functie de calea de a-bord, in doua mari categorii: transhiatale (ETH – cu torace inchis) si transtoracice (ETT cu toracotomie). Alegerea uneia sau alteia dintre tehnici se face in functie de anumite criterii obiective dar si in functie de preferinta chirurgului. Scop. Pe baza experientei personale si a datelor din literatura se incearca optimizarea alegerii uneia dintre cele doua cai de abord. Material si metoda: 56 esofagectomii cu viza de radicalitate pentru cancer de esofag, dintre care 24 ETH (pe cale transhiatala) si 32 ETT (pe cale transtoracica). S-au comparat morbiditate, mortalitatea si rezultatele postoperatorii imediate ale celor doua tehnici. Rezultate. Diferente statistice semnificative s-au inregistrat in privinta complicatiilor: mediastinita (12,5% pentru ETT si 4,2% pentru ETH), pneumonii (20,8 % ETH si 6,2% pentru ETT) si ARDS – detresa respiratorie acuta (12,5% pentru ETH si 6,2% pentru ETT). Cu toate acestea, mortalitatea nu a diferit semnificativ statistic: 16,7 pentru ETH si 15,6% pentru ETT (mortalitate globala 16%). Concluzii. - Starea biologica precara, si disfunctii respiratorii severe la bolnavii cu leziuni ale esofagului toracic inferior sau superior reprezinta criteriile obisnuite pentru indicatia de ETH. Alternativa rezectiei la vedere prin ETT este discutabila din punct de vedere al eficientei oncologice dar creste riscul complicatiilor. Avantajele limfadenectomiei mediastinale pe cale transtoracica nu au fost demonstrate si exista controverse in privinta ratei supravietuirii superioara la bolnavii cu ETT fata de ETH. De aceea, indicatiile ETH se pot extinde la toate cazurile la care este tehnic posibila.

## ESOFAGECTOMIE TRANSHIATALA (CU TORACE INCHIS) SAU TRANSTORACICA (CU TORACOTOMIE) IN TRATAMENTUL CANCERULUI DE ESOFAG ?

Introducere. Tehnicile chirurgicale de esofagectomie se impart, in functie de calea de a-bord, in doua mari categorii: transhiatale (ETH – cu torace inchis) si transtoracice (ETT cu toracotomie). Alegerea uneia sau alteia dintre tehnici se face in functie de anumite criterii obiective dar si in functie de preferinta chirurgului. Scop. Pe baza experientei personale si a datelor din literatura se incearca optimizarea alegerii uneia dintre cele doua cai de abord. Material si metoda: 56 esofagectomii cu viza de radicalitate pentru cancer de esofag, dintre care 24 ETH (pe cale transhiatala) si 32 ETT (pe cale transtoracica). S-au comparat morbiditate, mortalitatea si rezultatele postoperatorii imediate ale celor doua tehnici. Rezultate. Diferente statistice semnificative s-au inregistrat in privinta complicatiilor: me- diastinita (12,5% pentru ETT si 4,2% pentru ETH), pneumonii (20,8 % ETH si 6,2% pentru ETT) si ARDS – detresa respiratorie acuta (12,5% pentru ETH si 6,2% pentru ETT). Cu toate acestea, mortalitatea nu a diferit semnificativ statistic: 16,7 pentru ETH si 15,6% pentru ETT (mortalitate globala 16%. Concluzii. - Starea biologica precara, si disfunctii respiratorii severe la bolnavi cu leziuni ale esofagului toracic inferior sau superior reprezinta criteriile obisnuite pentru indicatia de ETH. Alternativa rezectiei la vedere prin ETT este discutabila din punct de vedere al eficientei oncologice dar creste riscul complicatiilor. Avantajele limfadenectomiei mediastinale pe cale transtoracica nu au fost demonstrate si exista controverse in privinta ratei supravietuirii superioara la bolnavii cu ETT fata de ETH. De aceea, indicatiile ETH se pot extinde la toate cazurile la care este tehnic posibil.

K197

## ABORDUL MINIINVAZIV IN PATOLOGIA TUMORALA ESOFAGIANA

**Stanescu C., Tomulescu V., Stanciulea O., Romanescu D., Anghel C., Eftimie M., Popescu I.**

*Institutul Clinic Fundeni- Clinica Chirurgie Generala Si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"*

Chirurgia esofagiana este grevata de morbiditate si mortalitate crescute legate in special de trauma chirurgicala. Abordul miniin vaziv are ca scop optimizarea acestor parametri prin diminuarea traumei chirurgicale. Este prezentata experienta Centrului de Chirurgie Generala si Transplant Hepatic "Dan Setlacec" din Institutul Clinic Fundeni in abordul miniin vaziv in patologia tumorală esofagiana

### MINIINVASIVE APPROACH IN ESOPHAGEAL TUMORAL PATHOLOGY

Morbidity and mortality in esophageal resection remain high, due especially to surgical injury. Miniinvasive surgical approach is used in order to decrease both parameters, by lowering surgical associated trauma. The aim of this study is to analyze the outcome of patients referred for miniinvasive esophageal resection in Center for General Surgery and Liver Transplantation "Dan Setlacec" from Fundeni Clinical Institute.

K198

## REZECTIA ESOFAGIANA EXPERIENTA CENTRULUI DE CHIRURGIE GENERALA SI TRANSPLANT HEPATIC "DAN SETLACEC" 2001-2011

**Stanescu C., Eftimie M., Ionescu M., Brasoveanu V., Stroescu C., Dumitrascu T., Anghel C., Popescu I.**

*Institutul Clinic Fundeni*

*Clinica Chirurgie Generala Si Transplant Hepatic "Dan Setlacec"*

Chirurgia rezectionala esofagiana este complexa prin varietatea substratului lezional, multitudinea cailor de abord precum si terenul biologic frecvent alterat al pacientilor. Scopul acestei lucrari este analiza rezultatelor postoperatorii imediate si tardive in randul pacientilor supusi rezectiei esofagiene in Centrul de Chirurgie Generala si Transplant Hepatic "Dan Setlacec" in perioada 2001-2011.

### ESOPHAGEAL RESECTION- EXPERIENCE IN CENTER OF GENERAL SURGERY AND LIVER TRANSPLANTATION "DAN SETLACEC" 2001-2011

Esophageal resection is a demanding surgical task due to various lesional substrat and type of surgical approach and, often, ,altered biological field of patients. The aim of this study is to analyze immediate and late outcome of patients referred for esophageal resection in Center for General Surgery and Liver Transplantation "Dan Setlacec" from Fundeni Clinical Institute along a decade (2001-2011).

K199

## **ABORDUL LAPAROSCOPIC IN ACHALAZIA CARDIEI – EXPERIENTA PERSONALA**

**Grigorean V. T., Stoian A.-R., Radu Elena Violeta, Gavrilescu S,  
Nacev V., Popescu M., Strambu V., Sandu Aurelia**

*Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti, Romania*

*Spitalul Clinic "Carol Davila" Bucuresti, Romania*

*Spitalul Judetean de Urgenta Pitesti, Romania*

ObiectiveNe propunem prin prezenta lucrare sa analizam metoda laparoscopice in tratamentul chirurgical al herniei gastrice transhiatale, criteriile de includere pentru chirurgia laparoscopica, limitele metodei si nu in ultimul rand curba de invatare intr-un serviciu de chirurgie generala. Material si metodaIntervalul luat in calcul a fost Iunie 2008 – Iunie 2011 pe un lot de 9 pacientii, marea lor majoritate femei, la care s-a intervenit chirurgical laparoscopic pentru achalazia cardiei. Am analizat atat metoda laparoscopica din punct de vedere a abordului in comparatie cu chirurgia clasica, cat si pacientii din punct de vedere al sexului, varstei, tarelor asociate. Am practicat miotomie Heller in marea majoritate a cazurilor asociata cu o valva anterioara Dor. RezultateDin punct de vedere al rezultatului postoperator rezultatele sunt cel putin comparabile cu cele din chirurgia clasica, dar laparoscopia are avantajul invazivitatii minime, duratei scurte de spitalizare, reintegrarii socio- profesionale rapide si, nu in ultimul rand, reducerea costurilor per ansamblu. Dupa o dotare corespunzatoare si dupa parcurgerea curbei de invatare, rezultatele postoperatorii sunt benefice, iar superioritatea metodei, mai ales in cazurile cu patologie asociata marcata, este evidenta. ConcluziiCaracterele expuse ale chirurgiei laparoscopice in patologia incriminat o fac net superioara metodei clasice ma ales prin caracterul minim invaziv si scurtarea timpului operator si implicit al celui anestezic. Rezultatele, cel putin comparabile cu cele din chirurgia deschisa, fac din metoda laparoscopica tratamentul de electie mai ales din punct de vedere socio- profesional, dar si din punct de vedere economic Cuvinte cheie: achalazia cardiei, operatia Heller, laparoscopie

---

## CHIRURGIA VIDEOASISTATA SI MINIINVAZIVA

L200

### APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICĂ ÎN APENDICITELE ACUTE NECOMPLICATE

Samohvalov S., Danci A.

*IMSP Spitalul Republican ACSR, Secția Endoscopie și Chirurgie miniinvasivă, Chișinău, Moldova*

Pentru apendicită acută anual sunt operate în mediu 200-300 de persoane la 100.000 populație. Împreună cu apendicectomia tradițională (AT) deseori se recurge la apendicectomia laparoscopică (AL). În pofidă la avantajele ei și peste 28 de ani după prima AL realizată de Kurt Semm, această operație încă nu a devenit o alternativă apendicectomiei tradiționale. Apendicectomia laparoscopică are toate avantajele operației miniinvasive. Beneficiul operației laparoscopice este bazat pe: traumatizarea minimală, reducerea duratei de recuperare și spitalizare, diminuarea frecvenței și severității complicațiilor, efectul cosmetic. Laparoscopia permite explorarea mai amplă a cavității abdominale, pentru a identifica și preîntâmpina altă patologie. AL are avantaje în cazul altor patologii asociate: apendicită acută pe fondal de obezitate de gradul II-III, care necesită disecția considerabilă a peretelui abdominal pentru a obține acces adecvat. Apendicită asociată cu diabetul zaharat, când riscul complicațiilor supurative crește considerabil. Un factor important este dorința pacientului de a fi operat prin metoda miniinvasivă. În același timp, este necesar de luat în considerație contraindicațiile pentru apendicectomia laparoscopică: debutul bolii mai mult de 24 de ore, în cazul probabilității apariției formelor complicate (abcesul, plastron, perforație), peritonită difuză, care necesită sanarea adecvată a cavității abdominale. Contraindicațiile generale a laparoscopiei (infarct miocardic acut, insuficiență cardio-vasculară, boli pulmonare obstructive). În condițiile secției de Endoscopie și Chirurgie miniinvasive a IMSP Spitalului Republican ACSR la apendicite acute necomPLICATE este organizată AL. În perioadă anilor 1996-2011 au fost efectuate 8 operații de AL, dintre care 3 bărbați și 5 femei cu vârstă între 12 - 43 de ani. Durata medie operației a fost 60 de minute, durata medie spitalizării - 3 zile. Morbiditatea sau decesuri nu a avut loc. Concluzie: Astfel, apendicectomia laparoscopică, efectuată conform indicațiilor - este o metodă eficientă și sigură, are toate avantajele chirurgiei miniinvasive.

### LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IN ACUTE UNCOMPLICATED APPENDICITIS

For acute appendicitis are operated annually on average 200-300 person per 100. 000 people. At the same time with traditional appendectomy (TA) it is often used laparoscopic appendectomy (LA). Despite the traditional appendectomy advantages, for more than 28 years after the first laparoscopic operation conducted by Kurt Semm, this operation has not yet become an alternative to traditional apendectomy. Laparoscopic appendectomy has all the advantages of mini invasive surgery. The benefit is based on laparoscopic surgery: minimal trauma, reduced hospitalization and recovery period, reducing the frequency and severity of complications, cosmetic effect. Laparoscopy allows a broader exploration of the abdominal cavity, identification and prevention further diseases. LA advantages are associated with other pathologies: acute appendicitis associated with obesity grade II-III, which requires considerable dissection of the abdominal wall to gain access to appropriate. Appendicitis associated with diabetes, when exists a significantly increased risk of suppurative complications. An important factor is the patients desire to be operated by mini-invasive method. At the same time, it is necessary to remember about the contraindication account for laparoscopic appendectomy: disease onset more than 24 hours, possibility of complications (abscess, plastron, perforation), diffuse peritonitis, necessity of adequate abdominal cavity sanation. General contraindications to laparoscopy (acute myocardial infarction, cardiovascular failure, obstructive pulmonary disease). In the Endoscopy and Surgery Department of the PMSI miniinvasive ACSR Republican Hospital in uncomplicated acute apendicites is often organized LA. During 1996-2011 years there were performed 8 laparoscopic apendectomies in three men and five women aged 12-43 years. The average duration of surgical intervantion consisted 60 minutes, mean hospitalizing duration - 3 days. Morbidity and deaths did not occur. Summary: Laparoscopic appendectomy performed by indications is an effective and safe method and has all the advantages of miniinvasive surgery.

L201

### ARGUMENTE ÎN FAVOAREA CHIRURGIEI LAPAROSCOPICE AVANSATE: NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICĂ DE DONARE ESTE O REALITATE SAU UN MIRACOL?

Leșco A.

*Spitalul Clinic Militar Central al Armatei Naționale, Chișinău*

Actualitatea temei: Avantajele chirurgiei laparoscopice avansate caracteristice pentru patologia organelor cavității abdominale au devenit atractive și pentru pacienții ce necesită nefrectomie inclusiv și în cazul de donare laparoscopică a rinichiului. Materiale și metode: Prima experiență în utilizarea chirurgiei laparoscopice avansate la executarea nefrectomiei cu scop de transplantare de la donator în viață a fost raportată și publicată de către Ratner



și Kavouss în anul 1995. Un exemplu concludent de implimentare și dezvoltare a metodelor de nefrectomie laparoscopică în scop de transplantare este Centrul Spitalicesc din Wașington, unde se execută circa o sută de astfel de operații anual. Echipa operatorie este formată din medici laparoscopiști, dar și de unul din domeniul transplantologiei. Este utilizat setul de video laparoscopie cu instrumentar caracteristic și pentru alte intervenții laparoscopice. Rezultate obținute: Vîrsta medie a pacienților va fi de 35 ani. Greutatea medie circa 75 kg. Durata operației constituie în medie de 320 minute. Pierderea de sînge circa 100 ml. Externarea pacienților donatori se petrece a 3-4 zi. Pentru disecția țesuturilor se utilizează bisturiul Harmonic cu ultrasunete ce oferă o hemostază impecabilă, o linie de incizie fină și precisă. Este important de asigurat o lungime pe cît se poate de lungă a arterei și venei renale, care în medie este 3 cm și a ureterului circa 15 cm. Durata timpului de ischemie caldă a rinichiului după secționarea arterei renale și acufundarea rinichiului donator în gheață să nu depășească 3-14 min. Odată cu acumularea experienței devin evidente semnele de ameliorare a indicilor: durata operației, reducerea timpului de ischemie caldă a rinichiului, dar și o mai bună selecție a candidaților donatori. Concluzie: Pentru efectuarea nefrectomiei laparoscopice sînt necesare setul de chirurgie laparoscopică avansată, staplere vasculare, coșulețul pentru extragerea rinichiului, preparate care să protejeze organul donat și recipientul, curajul civic și voința politică. Ar fi un prilej de mare mîndrie ca astfel de descoperiri să se implimenteze și la noi acasă.

## ARGUMENTS IN FAVOR OF ADVANCED LAPAROSCOPIC SURGERY: DONOR-BASED LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY A REALITY OR A MIRACLE?

Novelty : The advantages of advanced laparoscopic surgery characteristic of pathology of abdominal cavity organs have become attractive for patients who require nephrectomy and in case of laparoscopic kidney donation. Materials and methods: The first experience in using advanced laparoscopic nephrectomy for purpose of performing the transplantation from the living donor has been reported by Ratner and Kavouss, and published in 1995. A good example of implementation and development of methods of laparoscopic nephrectomy for transplantation purposes is the Washington Hospital Center, where about a hundred of such operations are annually performed. The surgical team consists of doctors laparoscopists , but there are also specialists in transplantology. Laparoscopy video kit is used along with instrumentarium characteristic of other laparoscopic interventions. Results: The mean age of patients was 35 years old. Average weight was about 75 kg. Duration of surgery averaged 320 minutes. It was registered about 100 ml of blood loss. The donors were discharged in 3-4 days. Harmonic scalpel with ultrasound was used for dissection of tissues to provide an impeccable hemostasis, a fine and precise incision line. It is important to ensure as long as possible renal artery and vein length, which is on average 3 cm and the ureter length about 15 cm. Duration of warm ischemia of the kidney after the renal artery sectioning and immersion of the donor kidney into ice did not exceed 3-14 min. Our considerable experience allowed to observe evident signs of improvement of such indices as: duration of operation, reduction of warm ischemia time of the kidney, as well as a better selection of donor candidates. Conclusion: To perform laparoscopic nephrectomy it is necessary a set of advanced laparoscopic surgery, vascular staplers, special bag to remove the kidney, preparations to protect the donated organ and the container, civic courage and political will. It would be an occasion for great pride to implement such findings in our country.

L202

## ATITUDINI CHIRURGICALE ABORDATE LAPAROSCOPIC ÎN HIDATIDOZA HEPATICĂ

Strajescu Gh.

Lărgirea indicațiilor către operațiile laparoscopice în ultimii ani ia o amploare din ce în ce mai frecventă. Modernizarea utilajului medical și perfectarea tehnicii operaționale au devenit probleme la ordinea de zi în chirurgia laparoscopică. Eradicarea chistului hidatic hepatic a avut loc în 21 cazuri. Bolnavii au fost selectați preoperator. În acest lot de bolnavi au fost incluse chiste hidatice cu volum nu mai mare de 10 cm în diametru, chiste ne supurate și fără generații. De asemeni au fost selectați pacienți fără patologie concomitentă gravă. Lobul drept a fost afectat în 18 cazuri, cel stîng în 3 cazuri. Localizarea marginală a fost în 13 cazuri. Localizarea în S 7,8 în 4 cazuri. Chiste mortificate (calcificate) – 2 cazuri, chiste intrahepatice – 2 cazuri. Poziția bolnavului aproape în toate cazurile a fost pe spate cu ridicarea corpului spre stînga la un unghi de 30-40 grade, față de masa de operație, cu scop de a vizualiza aproape toată suprafața diafragmatică și viscerală a ficatului. În cazurile de localizarea a chistelor în S8, a fost secționat totdeauna ligamentul rotund și falciform al ficatului, detașarea diafragmului de la chist cu ablația lui. În 15 cazuri s-a reușit a efectua perichistectomia, cu evacuarea chistelor întregre cu ajutorul containerului. În celelalte 4 cazuri de localizarea posterioară a fost efectuată echinococctomia hepatică deschisă cu drenarea și plombajul cavității restante. În 2 cazuri de chiste intrahepatice – echinococctomia hepatică deschisă numai cu drenarea cavității posthidatice. Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic rămîne cea mai modernă chirurgie. Pacienții supuși acestor tehnici operatorii susțin o perioadă postoperatorie mult mai legeră, cu mai puține complicații, cu o durată de spitalizare mai scurtă și nu în ultimul rînd cu un defect cosmetic abdominal minim.

## THE SURGICAL LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF THE LIVER HYDATIDOSIS

The indications for laparoscopic operations are increasing now. The modernization of the medical equipment and perfection of the operational techniques are on the agenda in laparoscopic surgery. Eradication of the liver hydatid cyst was in 21 cases. Patients were selected preoperative. In this lot of patients, we included cysts not more than 10 cm in diameter, not suppurated and without generations. In addition, the selected patients had no severe concomitant pathology. The right lobe was affected in 18 cases, the left one in 3 cases. The marginal localization was in 13 cases. Localization in S 7, 8 was in four cases. The mortification (calcification) of the cysts was present in two cases and intrahepatic cysts were in two cases. Patient's position almost in all the cases was on the back with the body raised from the left on the angle of 30 – 40 grades to the operative table to have the possibility to see practically completely the diaphragmatic and visceral surface of the liver. In the cases when cysts were in S 8, we sectioned the round and falciform ligaments of the liver and detached the diaphragm from the cyst. In 15 cases, we made pericystectomy with the evacuation of the intact cysts using the container. In the rest 4 cases of the posterior localization, we made the open liver echinococctomy with the drainage and plumbing of the residual cavity. In two cases of the intrahepatic cysts, we made the open liver echinococctomy with the drainage of the posthydatid cavity only. Laparoscopic surgery of the hydatid cyst remains the most modern surgery. Patients that supported these techniques have the easier postoperative evolution with fewer complications, the shorter period of management in the hospital and not the least with the minimal abdomen cosmetic defect.

L203

**CONDUITA CHIRURGICALĂ ÎN LEIOMIOMUL ENDO ȘI EXTRAGASTRIC****Bujor P.***Catedra chirurgie 2, USMF, N. Testemițanu „, clinica de chirurgie 2 SCM „Sf. Treime Chișinău, Republica Moldova*

Actualitatea: Fiind cea mai frecventă tumoră neepitelială a stomacului, dezvoltându-se din musculatura netedă gastrică sau a vaselor sanguine, de la acest nivel, leiomiomul constituie 1-6% din totalul tumorilor benigne a stomacului, având o rată majoră complicativă - imprevizibilă. Material și metode: Studiul modest cuprinde 5 cazuri de leiomiom gastric, dintre care 3 au localizare endogastrică (versantul mare). Cazuistica noastră cuprinde 5 femei, cu vârsta între 30-70 ani. Toate piesele rezecționate chirurgicale au fost trimise la examenul histologic care a confirmat diagnosticul de leiomiom. Rezultate: Din explorările paraclinice pentru stabilirea diagnosticului la toți pacienții s-a efectuat: radiografia gastro-duodenală; fibroesofagogastroscopia cu biopsie țintită, ecografia organelor interne, tomografia computerizată, laparoscopia miniinvasivă cu înlăturarea tumorii extragastrice. Leiomiomul benign din cazuistica noastră cu localizare endogastrică complicat cu hemoragie a fost tratat chirurgical - în 3 cazuri prin rezecție gastrică cu aplicarea anastomozei gastro-duodenale tip Pean - Billroth I, iar în 2 cazuri cu localizarea tumorii extragastric pe versantul mare a regiunii antrale au fost tratate prin metoda laparoscopică videoasistată cu rezultate bune la distanță. Concluzii: Așa dar utilizarea mai frecventă a videolaparoscopiei în diagnosticul și tratamentul leiomiomului endo și extragastric este bine venită, având o rată complicativă minoră. Reducerea duratei de spitalizare, cât și reincadrarea într-un timp scurt în câmpul muncii a pacienților au impus pe larg folosirea noilor tehnologii miniinvasive.

**SURGICAL TREATMENT OF ENDO- AND EXTRAGASTRIC LEIOMYOMA**

Actuality: As the most common non epithelial tumor of the stomach, developing from gastric smooth muscle or blood vessels at this level, leiomyoma is 1-6% of total benign tumors of the stomach, having a major complication rate - unpredictable. Material and methods: This modest study includes 5 cases of gastric leiomyoma, of which 3 have endo-gastric location (greater curvature). Our study includes five women, aged between 30 and 70. All surgically removed tumors were sent to histological examination which confirmed the diagnosis of leiomyoma. Results: Para clinical explorations that were performed for all patients: gastro-duodenal radiography; gastric endoscopy with targeted biopsy, ultrasound of internal organs, CT, laparoscopy mini-invasive with extra-gastric tumor removal. Benign leiomyoma from our cases with endo-gastric localization was treated surgically - in 3 cases by gastrectomy with gastro duodenal anastomosis Pean - Billroth type I, and in 2 cases with extra-gastric localization of the tumor on the greater curvature of the antral region were treated by video assisted laparoscopy with good long term results. Conclusion: More frequent usage of video assisted laparoscopy in diagnosis and treatment of endo- and extra-gastric leiomyoma is more than welcomed, having a small rate of complications, reducing the duration of hospitalization, and reinstatement of patients in a short time to work, have required extensive use of new mini-invasive technologies.

L204

**LIGATURAREA ENDOSCOPICĂ CU LIGATURI DE NAILON A VARICELOR ESOFAGIENE, GASTRICE ȘI DUODENALE HEMORAGICE****Ghidirim Gh., Mișin I., Dolghi A., Bunic Gh., Zastavnițchi Gh.***Catedra Chirurgie nr.1 "N. Anestiadi" și Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, Universitatea de Medicină și Farmacie "N. Testemitsanu", Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgență, Chișinău, Moldova*

Introducere. Ligaturarea varicelor esofagiene și gastrice cu ligaturi de nailon (mini-loop) a fost propusă de către Sung J.J. și Chung S.C (1998). Deși metoda posedă un șir de avantaje, experiența cumulativă de utilizare a acesteia este limitată. Scopul studiului: analiza rezultatelor imediate de utilizare a ligaturării endoscopice cu mini-loop în tratamentul hemoragiilor din varicele esofagiene și ectopice. Material și metodă. În studiu au fost incluși 18 pacienți (F-12, B-6) ligaturați cu mini-loop, cu vârsta 31-76 (media 53.8 ± 0.04) ani, sursa de hemoragie - varice esofagiene (n=10), varice esofagiene și gastrice Sarin I (n=6), varice gastrice izolate (n=1), varice duodenale (n=1). Activitatea hemoragiei: B1a (n=4), B1b (n=2), B2a (n=2), B2b (n=10). Etiologia hipertensiunii portale a fost: ciroza hepatică - 16, ciroza hepatică cu transformare cavernoasă a venei portae - 1 și carcinom hepatocelular cu tromboza sistemului portal - 1. Rezerva funcțională hepatică (Child-Pugh) a fost: "A" (n=3), "B" (n=8) "C" (n=7), scorul mediu - 9.1 ± 0.5. Scorul mediu conform scalei MELD - 12.4 ± 0.7. Ligaturarea endoscopică a fost efectuată cu aplicator HX-21L-1 (Olympus®, ET, Japan), cameră de ligaturare transparentă (MH-593) și ligaturi de nailon cu Ø 13mm (MAJ-339). Rezultate. Eficacitatea hemostatică a fost 100 % (18/18) cazuri de varice esofagiene. Numărul total de ligaturi aplicate în lotul general de pacienți la prima ședință endoscopică a constituit 107, media per pacient fiind - 5.9 ± 0.4 (de la 3 la 9). Recidiva hemoragiei variceale la diverse termene a fost (n=2). Letalitatea intraspitalicească - 2/18 (11.1%). Concluzii. (1) Ligaturarea cu mini-loop este o alternativă eficientă în arsenalul metodelor endoscopice de tratament al varicelor esofagiene; (2) avantajul metodei este posibilitatea ligaturării varicelor de diametru mare, gastrice și duodenale; (3) Dezavantajul metodei este dificultatea lavajului camerei de ligaturare și ligaturarea ulterioară din cauza ligaturilor deja instalate; (4) Metoda necesită timp îndelungat comparativ cu ligaturarea endoscopică cu inele de cauciuc din cauza particularităților tehnice.

**ENDOSCOPIC LIGATION WITH MINI-LOOP FOR BLEEDING ESOPHAGEAL, GASTRIC AND DUODENAL VARICES**

Introduction. Endoscopic ligation for esophageal and gastric varices using mini-loop was initially used by Sung J.J. and Chung S.C (1998). Although the method has advantages, there's limited data with mini-loops in the literature. Study aim: to assess the immediate results using mini-loop for the

endoscopic treatment of bleeding esophageal and ectopic varices. Material and method. Eighteen patients (F-12, M-6) age 31-76 (mean age – 53.8 ± 0.04) years were enrolled in the study. Bleeding source – esophageal varices (n=10), esophageal and gastric varices Sarin I (n=6), isolated gastric varices (n=1), duodenal varices (n=1). Bleeding activity: B1a (n=4), B1b (n=2), B2a (n=2), B2b (n=10). Etiology of portal hypertension was as follows: liver cirrhosis – 16, liver cirrhosis with cavernous transformation of the portal vein – 1 and hepatocellular carcinoma with portal system thrombosis – 1. According to Child-Pugh there were: "A" (n=3), "B" (n=8) "C" (n=7), mean score – 9.1 ± 0.5. Mean MELD score was – 12.4 ± 0.7. Endoscopic ligation was achieved using HX-21L-1 (Olympus®, ET, Japan) ligation device, ligation chamber (MH-593) and mini-loops Ø 13mm (MAJ-339). Results. Hemostatic efficacy was 100% (18/18) for esophageal varices. The total number of mini-loops used during first endoscopic session was 107, mean per patient – 5.9 ± 0.4 (3 to 9). Bleeding recurrence was (n=2). In-hospital lethality was – 2/18 (11.1%). Conclusion. (1) Mini-loop ligation is an efficient endoscopic option for the treatment of esophageal varices; (2) the advantage of the method is the possibility of ligation for large diameter varices, gastric and duodenal; (3) The disadvantage of the method is lavage difficulty of the ligation chamber as well as further ligation due to the presence of the previously placed mini-loops; (4) The method requires significant time comparatively to the endoscopic band ligation due to technical particularities.

L205

## STENTURILE METALICE AUTO-EXPANDABILE – NOUĂ MODALITATE DE TRATAMENT A STRICTURILOR TRACTULUI DIGESTIV

Ghidirim Gh., Mișin I., Bunic Gh., Dolghi A., Zastavnițchi Gh.

Catedra Chirurgie Nr. 1 „N. Anestiadi” și Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „N. Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

Introducere: Stenturile metalice auto-expandabile sunt tot mai frecvent utilizate în tratamentul stricturilor de diversă etiologie ale tractului digestiv, fie ca metodă definitivă sau soluție temporară. Scopul studiului: Evaluarea eficacității și rezultatelor utilizării stenturilor metalice auto-expandabile în tratamentul stricturilor gastro- intestinale. Material și metodă: Șapte pacienți consecutivi: F (n=4), M (n=3) cu vârsta medie 55.43±1.83 ani au fost incluși în studiu. Etiologia și localizarea stricturilor a fost: esofag (n=5) benign; colon sigmoid (n=1) malign și piloroduodenal (n=1) malign. Au fost utilizate următoarele tipuri de stenturi: HV-ella stent (n=3), FerX-ELLA Esophageal Stent - Boubella (n=2), Piloroduodenal Ella (n=1) și Colorectal Ella (n=1) ELLA-CS, Hradec-Kralove, Czech Republic. Rezultate: În toate cazurile plasarea stenturilor a fost cu succes. Stentarea a fost permanentă în două cazuri de strictură malignă, iar în 5 cazuri stenturile au fost înlăturate la 16.60±4.83 (2-28) zile. Rata complicațiilor a fost 28.57% (migrarea stentului-1 obstrucția valvei anti-reflux-1). În ambele cazuri complicațiile au fost rezolvate non-operator. Concluzii: Stenturile metalice auto-expandabile reprezintă alternativă viabilă de tratament al stricturilor maligne și benigne ale tractului digestiv. Deși rata complicațiilor a fost semnificativă, acestea pot fi rezolvate endoscopic. Sunt necesare studii suplimentare pe loturi mai mari de pacienți pentru formularea concluziilor finale.

## SELF-EXPANDABLE METALS STENTS – A NOVEL TREATMENT OPTION FOR GASTROINTESTINAL STRICTURES

Background: Self-expandable metals stents have increasingly been used as a temporary or permanent device as a bridge to surgery or chemoradiotherapy in patients with gastrointestinal malignant and benign disease. Study aim: To evaluate the efficacy and outcomes of self-expandable metals stents used for the management of gastrointestinal strictures. Material and Methods: Seven consecutive patients: F (n=4), M (n=3) with the mean age 55.43±1.83 years were included in the study. Stricture etiology and location was: esophageal (n=5) benign; colorectal (n=1) malignant and piloroduodenal (n=1) malignant. Type of stents used: HV-ella stent (n=3), FerX-ELLA Esophageal Stent - Boubella (n=2), Piloroduodenal Ella (n=1) and Colorectal Ella (n=1) ELLA-CS, Hradec-Kralove, Czech Republic. Results: In all cases the stents were successfully deployed. Stenting was permanent for two cases of malignant strictures, while in 5 patients the stents were removed after 16.60±4.83 (2-28) days. The stent induced complication rate was 28.57% (stent migration n=1 and antireflux valve obstruction n=1). In both cases the complications were managed non-operatively. Conclusions: Self-expandable metals stents are a viable treatment option in both malignant and benign strictures of the gastrointestinal tract. Although significant, the complications are amendable to endoscopic management. Further studies on larger groups of patients are mandatory in order to draw final conclusions.

L206

## DIAGNOSTICUL ȘI ATITUDINEA CHIRURGICALĂ ÎN STRICTURILE BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

Hotineanu V., Ferdohleb A., Hotineanu A., Cotoneț A., Marga S.

Catedra 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Diagnosticul și atitudinea chirurgicală în stricturile benigne (SB) ale căilor biliare extrahepatice (CBE) reprezintă o filă dificilă și actuală a chirurgiei biliare.

Materiale și metode. Pe parcursul anilor 1980-2010 în Clinica 2 Chirurgie au fost tratați 213 pacienți cu SB a CBE. Evaluarea clinică a bolnavilor a includea: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresiunea preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv. Algoritmul

diagnostic al SBCBE includea câteva etape consecutive: I etapă - testarea biochimică, examenul sonografic; II etapă - contrastarea directă a arborelui biliar executând CPGRE, sau CPT, sau colangiofistulografie. În cazurile de dificultăți de diagnostic sa efectuat colangiografia prin rezonanța magnito-nucleară. Pregătirea preoperatorie sa realizat prin decompresia mini-invazivă a arborelui biliar (drenajul naso-biliar(9,39%), hepatostoma percutană transhepatică(14,8% ) sau stentare endoscopică(8,45%)), tratamentul antibacterian și farmacoterapeutic de detoxicare și corecție a funcției hepatice.

Rezultate. Tratamentul chirurgical al SB a CBE a fost în raport direct cu nivelul localizării. Pentru SB de tip I-58(27,23%) cazuri a fost optimă coledocojejunostomie termino-laterală cu ansa izolată în Y a la Roux. În SB de tip II la 80(37,56%) cazuri s-a efectuat coledoco- și hepaticojejunostomie pe ansa izolată în Y a la Roux, În 62(29.11%) observații cu SB tip III am realizat hepaticojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată în Y a la Roux cu o protejare transanastomotică separată a canalelor hepatice. În SB tip IV la 13(6.1%) pacienți restabilirea fluxului biliar în tractul digestiv s-a soluționat cu bihepaticojejunostomie pe ansa izolată a la Roux cu drenarea transanastomotică a ambilor canale hepatice. Derivațiile pe parcursul ultimilor 4 ani sau realizat cu suturi atraumatice doar într-un singur plan. Letalitatea postoperatorie 6(2.82%)cazuri.

Concluzii: Tratamentul chirurgical al SB a CBE este în raport direct cu nivelul și tipul afectării. Optimale sunt derivațiile pe ansa izolată a la Roux realizate într-un plan de sutură atraumatică, ce exclude totalmente refluxul digestiv în arborele biliar și previne stenozele postoperatorii la distanță.

## THE OPPORTUNITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BENIGN STRICTURES OF EXTRA-HEPATIC BILIARY DUCTS

Introduction Surgical treatment of benign strictures (BS) of extrahepatic biliary ducts (EBD) presents the difficult page of biliary surgery from the point of view of diagnosis and clinical manifestations.

Material and methods During the period 1980-2006 in surgical clinic II were treated 207 patients with BS of EBD. The clinical evaluation of patients included: 1) etiopathogenic diagnosis establishing; 2) biliary tree decompressing preoperatively; 3) surgery reconstructing. The diagnosis algorithm of BS of EBD had been included a few consequence steps: I step-biochemical testing, US; II step- bile tree contrasting directly by ERCPG, or CT, or cholangiofistulography. In cases of difficulties in diagnosis was performed MRI in regimen of cholangiography. Preoperative preparing was realized via mini-invasive decompression of biliary tree (nazo-biliary drainage, percutaneous transhepatic hepatostomy or stunting endoscopic), antibacterial treatment, detoxification and correction of hepatic function.

Result Surgical treatment of BS of EBD was in direct ratio with the level of localization. For BS of type I-57(27.54%) cases was optimal termino-lateral choledochojejunostomy on the Y loop by Roux. In situation of BS of type in 79(38.16%) cases was performed choledoco- and hepatica-jejunostomy on the Y loop by Roux. In 59(28.5%) cases of BS of type III was realized termino-lateral hepaticojejunostomy on the Y loop by Roux and transanastomotic separate drainage of biliary ducts. In BS of type IV in 12(5.8%) cases the restoring of bile flux in digestive tract was realized via bi-hepaticojejunostomy on the loop by Roux with transanastomotic's drainage of hepatic ducts. The postoperative lethality was 5(2.42%) cases.

Conclusions Surgical treatment of BS of EBD is in direct ratio with the level and type of affection. The optimal solution is derivation on the loop by Roux with complete exclude digestive of reflux in biliary tree and prevents the late postoperative stenosis.

L207

## OPERAȚIILE COMBinate ÎN CHIRURGIA TUMORILOR RETROPERITONEALE PRIMITIVE

**Antoci L., Ghidirim N., Coșciug G., Donscaia Ana, Catrinici V., Godoroja V., Mednicov Lorena, Suharschi Ilii, Burian N., Corobcean Nadejda, Vacarciu I., Strătilă V., Tatian V.**

*IMSP IO laboratorului gasteropulmonologie*

Tumorile retroperitoneale primitive se întâlnesc destul de rar, constituind 0,03-1% în structura oncologică. Stadiile incipiente sunt depistate incidental prin investigațiile de rutină. O bună parte sunt diagnosticate, când procesul se extinde la organele adiacente, și necesită operații combinate. Principalele întrebări, care cer răspuns sunt: este tumora întradevăr retroperitoneală primitivă; implică ea organele adiacente și dacă poate fi înlăturată radical. Studiul nostru este constituit din 120 de bolnavi, 100 au suportat operații radicale dintre care 46 au avut caracter combinat: 15 cazuri cu nefrectomie; 7 cazuri cu splenectomie; 5 rezecții hepatice; 6 adrenalectomii; 4 rezecții pancreatice corporeo-caudale în bloc cu splina; 6 rezecții de intestin subțire și colon și 3 rezecții gastrice. Am înregistrat o corelare a operațiilor combinate în conformitate cu dimensiunile tumorii. Astfel în tumorile de până la 10cm operațiile combinate au fost efectuate în 15%, în cele de 10-20cm procentul crește la 45-50%, în recidivele tumorii operațiile combinate ating 60%. Rezultatele imediate și la distanță au fost următoarele: cu toate că tumora a fost înlăturată radical cu capsula integră și cu sacrificarea organelor adiacente, în 5 cazuri au fost înregistrate recidive pe locul formațiunii primitive. Mai frecvent s-au dezvoltat recidivele în lipo- și angiosarcoame. În 2 cazuri au avut loc complicații grave. La unul dintre pacienți s-a declanșat o hemoragie din loja tumorii. S-a efectuat relaparotomia cu hemostază, dar a survenit sindromul CID, în urma căruia bolnavul a decedat. În cel de al doilea caz s-a constatat o fistulă intestinală – în cadrul relaparotomiei a fost efectuată rezecția intestinului subțire. Bolnavul a supraviețuit

## COMBINED OPERATIONS IN THE SURGERY OF RETROPERITONEAL PRIMITIVE TUMORS

The data on 46 combined operations from 120 operated patients with the retroperitoneal tumors have been presented. Nephrectomy, splenectomy, the liver resection, adrenalectomy, the bouce and small intestine resection, or the stomach resection have been fulfilled „en block” with retroperitoneal tumors. The surgical treatment nearest results were satisfactory with lethal outcome in one case. The 5 patients presented the tumor's recurrence.

L208

## TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC A CHISTURILOR RENALE SIMPLE

Danci A., Vasiliev E., Prisacari A.

Government Hospital IMSP SR ACSR. Department of Endoscopy and Miniinvasive Surgery

### THE LAPAROSCOPIC TREATMENT OF SIMPLE RENAL CYSTS

**Introduction**The options for managing renal cyst have considered consecutive increasing of trauma. The first line of therapy recommended for pain is medical therapy and follow-up; the second line are the ultrasound guided percutaneous aspiration and sclerotherapy; laparoscopic approach transabdominal or retroperitoneal; open surgery for decortication or nephrectomy. The experience of laparoscopic renal cyst resection was evaluated in 18 patients in the period of 1997 to 2011. Diagnostics was based on clinical findings, ultrasonography, CT, radiological examination. **Materials and methods**A 18 cases of renal cysts were included in study. Prior to operation intravenous urography was performed to all patients for detection of cystic – urinary tract communications. There are 12 male and 6 female. The mean age was 48 (21 - 61). The indications for surgery included right or left loion or abdominal pain in 14; 4 cases were asymptomatic. The mean size of cysts was 6,5 (5 – 15) cm. Anatomic localisation of renal cysts was at lower pole in 4 (22 %), upper pole in 6 (33 %), ventral 6 (33 %), dorsal 2 (11 %); on the right 12( 67 %); on the left 6 (33 %). In 2 cases cysts were bilateral. The surgical technique are included conventional laparoscopy by umbilical telescope and two working trocars in the right or left hipochondrium, dissection of paranefral peritoneum, puncture-aspiration of cyst, resection and removing of cystic capsule, placement of control drainage tub in paranefrium. The mean operation time was 42 min. (30 – 110 min.). In 2 cases the operation was performed simultaneously with laparoscopic colecistectomy caused on gallstone disease. **Results** All procedures were completed laparoscopically without major complications or conversion to open surgery. The hospital stay of patients was for a mean 3 days (2 - 5). None of patients had urinoma, haematoma and urinary tract infection during the follow-up time. No recurrence cysts was detected. **Conclusions**1. The laparoscopic treatment of renal cysts might be performed for cysts of size 5 – 15 cm. and more. 2. In case of combined pathology - gallstone disease and renal cyst the procedure may be performed simultaneous. 3. Laparoscopic resection of simple renal cysts is a highly effective, safe and minimally invasive alternative to open surgery.

L209

## TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL ULCERULUI DUODENAL PERFORAT ÎN ROMÂNIA - UN STUDIU MULTICENTRIC

Vârcuș F., Lazăr F., Beuran M., Lica I., Turculeț C., Martian B., Nicolau A.-E., Anghel Rita, Iordache F., Jinescu G.

Clinica Chirurgie 2, Timișoara, România/Clinica Chirurgie, Spitalul de Urgență, București

**Aims.** This retrospective study was evaluated the results of laparoscopic treatment of the perforated duodenal ulcer (PDU) in 6 Romanian centres with an important experience in laparoscopic surgery. **Methods.** Between 2000 and 2010, 221 patients (38 females and 183 men) aged from 18 to 78 years, were operated laparoscopically for PDU, by using 3 (66.0%), 4 (27%) or 5 (7.0%) trocars. Forty six (20.8%) of them had a weak, 143(64.7%) an important and 32(14.5%) a grave peritonitis. Procedures performed were: simple suture 84(38.1%) patients, suture with epiploonoplasty 135(61.1%) patients, only epiploonoplasty 1(0.4%) patients, excision with suture 1(0.4%) patients. All patients had abundant peritoneal cavity washing and tub drainage (1-3 tubs). **Results.** The interventions lasted between 30 and 120 min, with an average of 63 min. No mortality was reported. Postoperative oral nutrition began after 24 hours for 114(51.6%) patients and after intestinal transit has restarted for 107(48.4%) patients. The intestinal transit has restarted after 1-6 days (average 3.5 days), depending of the gravity of peritonitis. Complications were: parietal infections 3 (1.3%), duodenal fistula 1 (0.4%), abdominal abscesses 1(0.4%), digestive haemorrhage 1(0.4%) and duodenal stenosis 1 (0.4%). Hospitalization lasted between 2 and 13 days (average 5.5 days). In comparison with open techniques, patients had the same intravenous perfusions, less pain, less antibiotics, less dressings, less complications during postoperative evolution. **Conclusion.** Laparoscopic treatment of PDU is safe even in case of severe peritonitis, with faster patient's recovery. with less complications and with less postoperative medical care than open procedures.

### THE LAPAROSCOPIC TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCER IN ROMANIA – A MULTICENTRIC STUDY

**Aims.** This retrospective study was evaluated the results of laparoscopic treatment of the perforated duodenal ulcer (PDU) in 6 Romanian centres with an important experience in laparoscopic surgery. **Methods.** Between 2000 and 2010, 221 patients (38 females and 183 men) aged from 18 to 78 years, were operated laparoscopically for PDU, by using 3 (66.0%), 4 (27%) or 5 (7.0%) trocars. Forty six (20.8%) of them had a weak, 143(64.7%) an important and 32(14.5%) a grave peritonitis. Procedures performed were: simple suture 84(38.1%) patients, suture with epiploonoplasty 135(61.1%) patients, only epiploonoplasty 1(0.4%) patients, excision with suture 1(0.4%) patients. All patients had abundant peritoneal cavity washing and tub drainage (1-3 tubs). **Results.** The interventions lasted between 30 and 120 min, with an average of 63 min. No mortality was reported. Postoperative oral nutrition began after 24 hours for 114(51.6%) patients and after intestinal transit has restarted for 107(48.4%) patients. The intestinal transit has restarted after 1-6 days (average 3.5 days), depending of the gravity of peritonitis. Complications were: parietal infections 3 (1.3%), duodenal fistula 1 (0.4%), abdominal abscesses 1(0.4%), digestive haemorrhage 1(0.4%) and duodenal stenosis 1 (0.4%). Hospitalization lasted between 2 and 13 days (average 5.5 days). In comparison with open techniques, patients had the same intravenous perfusions, less pain, less antibiotics, less dressings, less complications during postoperative evolution. **Conclusion.** Laparoscopic treatment of PDU is safe even in case of severe peritonitis, with faster patient's recovery. with less complications and with less postoperative medical care than open procedures.

## L210

**TRAINING LAPAROSCOPIC INTENSIV PE ȚESUTURI VII - 11 ANI DE EXPERIENȚĂ LA CENTRUL PIUS BRÂNZEU DIN TIMIȘOARA, ROMÂNIA****Vârcuș F., Duta C., Miclaus M., Vascu S., Groza M., Papurica M., Guragata-Balasa C., Lazăr F.***Surgical Clinic II, University of Medicine and Pharmacy Timisoara, Romania*

**Aims:** To assess the effectiveness of intensive laparoscopic training on pigs during 10 years of training. **Method:** Between 2000 and 2010, 25 intensive (3 days) and 7 advanced (2 days) laparoscopic courses (gastric, biliary, colo-rectal and bariatric) on live tissue were organized, with 324 participants coming from 13 countries. This poster presents the effectiveness of the training of the 244 surgeons who followed the 3 days laparoscopy skills courses. At the beginning of the first day, during the training and at the end of each day the acquirement of the skills participants were evaluated. Three groups were studied: the first group with no experience in laparoscopic surgery; the second group with less than 10 laparoscopic cholecystectomy and the third group with more than 10 laparoscopic cholecystectomy. **Results:** The first group had a lot of difficulty and were able to acquire only less than 32% of the taught techniques, the second group performed better and acquired 62% of the taught techniques and the third group performed very well acquiring 95% of the taught techniques. **Conclusion:** Surgeons with no previous laparoscopic surgery experience take little benefit from these courses. They should be encouraged to acquire basic skills on trainer boxes or on virtual reality simulators before the training on pigs. Surgeons with very little experience in laparoscopic surgery acquire important skills, but the best benefit is taken by surgeons with some laparoscopic surgery experience.

**INTENSIVE LAPAROSCOPIC LAPAROSCOPIC TRAINING IN LIVE TISSUES – 11 YEARS OF EXPERIENCE IN PIUS BRANZEU CENTER FROM TIMISOARA, ROMANIA**

**Aims:** To assess the effectiveness of intensive laparoscopic training on pigs during 10 years of training. **Method:** Between 2000 and 2010, 25 intensive (3 days) and 7 advanced (2 days) laparoscopic courses (gastric, biliary, colo-rectal and bariatric) on live tissue were organized, with 324 participants coming from 13 countries. This poster presents the effectiveness of the training of the 244 surgeons who followed the 3 days laparoscopy skills courses. At the beginning of the first day, during the training and at the end of each day the acquirement of the skills participants were evaluated. Three groups were studied: the first group with no experience in laparoscopic surgery; the second group with less than 10 laparoscopic cholecystectomy and the third group with more than 10 laparoscopic cholecystectomy. **Results:** The first group had a lot of difficulty and were able to acquire only less than 32% of the taught techniques, the second group performed better and acquired 62% of the taught techniques and the third group performed very well acquiring 95% of the taught techniques. **Conclusion:** Surgeons with no previous laparoscopic surgery experience take little benefit from these courses. They should be encouraged to acquire basic skills on trainer boxes or on virtual reality simulators before the training on pigs. Surgeons with very little experience in laparoscopic surgery acquire important skills, but the best benefit is taken by surgeons with some laparoscopic surgery experience.

## L211

**REINTERVENTII LAPAROSCOPICE PE CAILE BILIARE****Vârcuș F., Papurica M., Coman Adina, Duta Ciprian, Lazăr F.***Clinica Chirurgie II, Timișoara, România*

Lucrarea prezinta 2 cazuri exemplificate cu filme video in care interventia chirurgicala laparoscopica a fost indicata pentru rezolvarea unor suferinte biliare postcolecistectomie pe cale clasica. Primul caz a fost o pacienta cu colecistectomie clasica incompleta la care s-a efectuat totalizarea colecistectomiei pe cale laparoscopica la doua luni dupa interventia clasica. Acest caz sustine ideea din literatura actuala conform careia vechiul termen de neocolecist corespundea unor colecistectomii incomplete. Abordul laparoscopic este posibil, dar recomandabil in centre cu multa experienta in chirurgia laparoscopica. Al doilea caz a fost o pacienta cu o leziune de coledoc dupa o colecistectomie clasica. Aceasta leziune a fost reparata laparoscopic in urgenta la 8 zile dupa prima interventie. Evolutia ambelor paciente a fost simpla, dovedind ca in unele cazuri reinterventia pe cale laparoscopica este fezabila, sigura si benefica pentru pacient.

**LAPAROSCOPIC RE-INTERVENTIONS FOR BILE DUCT INJURIES**

This paper presents 2 case reports illustrated by surgical video. In both cases laparoscopic intervention was indicated for repair of bile duct injuries produced during open cholecystectomy. The first case describes a female patient who underwent an incomplete open cholecystectomy. Two months after the first intervention cholecystectomy was completed by the laparoscopic approach. This case supports the idea circulating in the actual medical literature that postoperative dilatation of cystic duct (neocholecyst) is the consequence of the incomplete cholecystectomy. Laparoscopic approach is possible but can be recommended only in centers with experience in minimally invasive surgery. The second case was a patient with bile duct injury after classic cholecystectomy. This lesion was repaired in emergency by laparoscopic approach 8 days after the first operation. The evolution of both patients was uneventful, therefore proving that in selected cases laparoscopic re-intervention is a safe and feasible treatment option.

## INFECTIA CHIRURGICALA

M212

### ROLUL PCT ÎN MONITORIZAREA ANTIBIOTERAPIEI LA BOLNAVAL SEPTIC CHIRURGICAL

Sârbu V.1,2, Pundiche Mihaela 1,2, Grasa C.1,2, Cândea Iulia 1,3, Pasăre Raluca 1,2, Vâncă Alina 2, Adam Anca 1, Burdel Cristina 1

1. Facultatea de Medicină Generală, Universitatea Ovidius, Constanța, România
2. Clinica Chirurgie Generală, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Constanța, România
3. Clinica Anestezie Terapie Intensivă, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Constanța, Ro

Scop : Pornind de la necesitatea unei monitorizări riguroase a antibioterapiei și a unei evaluări corecte a pacienților cu sepsis , procalcitonina, ca marker biologic, pare a avea o valoare semnificativă, fiind propusă atât pentru detecția, cât și pentru evaluarea infecției bacteriene și a managementului antibioterapiei. Material si metodă: Am efectuat un studiu prospectiv pe un lot de 73 de pacienți internați în Clinica Chirurgie II a SCJU Constanța în intervalul 2010 – 2011, aceștia fiind incluși în studiu conform criteriilor ACCP/SCCM Consensus Conference din 1992. Am realizat dozări ale PCT, în dinamică, încă de la internarea pacienților, prin metoda imunocromatografică, monitorizând antibioterapia la lotul studiat în funcție de fluctuațiile și cut-off PCT. Rezultate: Nivelul de procalcitonina reflecta gradul raspunsului inflamator sistemic. Dozarile PCT au fost realizate la 17 pacienti fara inflamatie/infectie, la 21 pacienti cu infectii locale, 20 cu infectii sistemice(sepsis), 7 cu sepsis sever si 3 cu soc septic/MSOE. Din lotul studiat au fost exclusi 5 pacienti cu patologii asociate( in prima zi dupa un traumatism major,interventii chirurgicale majore, arsuri, tratament cu medicamente care stimuleaza eliberarea de citokine pro-inflamatorii, cancerul pulmonar cu celule mici, carcinom medular tiroidian), la care nivelul PCT a fost crescut in absenta unui proces inflamator/infectios manifest. Inceperea, monitorizarea si oprirea antibioterapiei s-a realizat in functie de nivelurile PCT. Dozarea procalcitoninei (PCT) a evidentiat valori crescute semnificativ la pacientii cu sepsis sever si soc septic/MSOE. PCT a fost semnificativ mai mică la pacienții cu sepsis comparativ cu cei cu șoc septic, iar diferența între valorile PCT la pacienții cu sepsis și sepsis sever a fost la limita semnificației statistice. Valorile PCT nu au fost însă predictive pentru deces. Concluzii: În concluzie, măsurarea în dinamică a PCT poate fi factor predictiv pentru infecțiile cu potențial letal putând monitoriza și direcționa antibioterapia ca durată și eficiența. Valoarea PCT ca ghid de tratament antibacterian ce poate reduce mortalitatea sau morbiditatea la pacienții septici chirurgicali rămâne să fie pe deplin evaluată de studiile viitoare, putand in sa afirma ca dozarea acestui biomarker ar putea fi introdusa in protocolul de urmarire in dinamica a evolutiei clinice a pacientilor septici. Cuvinte cheie: SIRS, procalcitonina, sepsis sever, antibioterapie, imunomodulare

Scop : Pornind de la necesitatea unei monitorizări riguroase a antibioterapiei și a unei evaluări corecte a pacienților cu sepsis , procalcitonina, ca marker biologic, pare a avea o valoare semnificativă, fiind propusă atât pentru detecția, cât și pentru evaluarea infecției bacteriene și a managementului antibioterapiei. Material si metodă: Am efectuat un studiu prospectiv pe un lot de 73 de pacienți internați în Clinica Chirurgie II a SCJU Constanța în intervalul 2010 – 2011, aceștia fiind incluși în studiu conform criteriilor ACCP/SCCM Consensus Conference din 1992. Am realizat dozări ale PCT, în dinamică, încă de la internarea pacienților, prin metoda imunocromatografică, monitorizând antibioterapia la lotul studiat în funcție de fluctuațiile și cut-off PCT. Rezultate: Nivelul de procalcitonina reflecta gradul raspunsului inflamator sistemic. Dozarile PCT au fost realizate la 17 pacienti fara inflamatie/infectie, la 21 pacienti cu infectii locale, 20 cu infectii sistemice(sepsis), 7 cu sepsis sever si 3 cu soc septic/MSOE. Din lotul studiat au fost exclusi 5 pacienti cu patologii asociate( in prima zi dupa un traumatism major,interventii chirurgicale majore, arsuri, tratament cu medicamente care stimuleaza eliberarea de citokine pro- inflamatorii, cancerul pulmonar cu celule mici, carcinom medular tiroidian), la care nivelul PCT a fost crescut in absenta unui proces inflamator/infectios manifest. Inceperea, monitorizarea si oprirea antibioterapiei s-a realizat in functie de nivelurile PCT. Dozarea procalcitoninei (PCT) a evidentiat valori crescute semnificativ la pacientii cu sepsis sever si soc septic/MSOE. PCT a fost semnificativ mai mică la pacienții cu sepsis comparativ cu cei cu șoc septic, iar diferența între valorile PCT la pacienții cu sepsis și sepsis sever a fost la limita semnificației statistice. Valorile PCT nu au fost însă predictive pentru deces. Concluzii: În concluzie, măsurarea în dinamică a PCT poate fi factor predictiv pentru infecțiile cu potențial letal putând monitoriza și direcționa antibioterapia ca durată și eficiența. Valoarea PCT ca ghid de tratament antibacterian ce poate reduce mortalitatea sau morbiditatea la pacienții septici chirurgicali rămâne să fie pe deplin evaluată de studiile viitoare, putand in sa afirma ca dozarea acestui biomarker ar putea fi introdusa in protocolul de urmarire in dinamica a evolutiei clinice a pacientilor septici. Cuvinte cheie: SIRS, procalcitonina, sepsis sever, antibioterapie, imunomodulare

M213

### FLEGMONUL FOURNIER ÎN PRACTICA CHIRURGICALĂ

Hotineanu V., Iliadi A., Bogdan V., Ivancov G., Tcaci V., Davidov Gh., Balan Iu.

Clinica 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu” – șef prof. V.Hotineanu, Chișinău, Republica Moldova

Flegmonul Fournier este definit ca o fasciită necrotizantă a regiunii perineale, organelor genitale cu evoluție fulminantă și rată considerabilă a mortalității postoperatorii de 54% (A. Tuncel). Lucrarea prezintă experiența Clinicii 2 Chirurgie pe o perioadă de 10 ani (2000-2010) asupra unui lot de 34

de pacienți tratați în secția chirurgie septică abdominală a SCR. Vîrsta pacienților 19-66 ani, cu prevalența bărbaților. Diagnosticul s-a bazat pe datele investigațiilor clinice, de laborator și imagistice. Cauzele apariției flegmonului Fournier sunt: afecțiuni anorectale (79,4%), afecțiuni urogenitale (11,8%), afecțiuni ale țesuturilor moi (5,88%), neidentificate (2,9%). La pacienții cu flegmonul Fournier în 64,7% cazuri au fost înregistrate și alte patologii concomitente: diabet zaharat (16 pacienți), alcoolism cronic (4 pacienți), hepatită virală (2), lues (1), leucemie acută (1). Factorul etiologic este unul polimicrobian și depinde de sursa de infecție. Germenii microbieni decelați ca fiind responsabili de producerea flegmonului Fournier sunt *E.coli* (47,1%), *Staphylococcus aureus* metilrezistent, *Pseudomonas aeruginosa*. Tabloul clinic a evoluat în câteva faze consecutive. Perioada prodromală de 2-5 zile s-a caracterizat prin apariția febrei hectice și slăbiciunii generale, fără semne evidente de afectare locală (30 pacienți). La 29 pacienți durerile și edemul organelor genitale s-au intensificat odată cu apariția eritemului local și a crepitațiilor. La tot lotul de pacienți gangrena țesuturilor moi a organelor genitale a fost asociată cu un sindrom de intoxicație severă. Sunt accentuate dificultățile de diagnostic și necesitatea utilizării metodelor imagistice contemporane în evoluția complicațiilor. Tratamentul chirurgical practicat a constat în prelucrarea chirurgicală de etapă a focarului septic (12-24h) și operații reconstructive cu/fără plastia plăgilor postoperatorii și organelor genitale externe. Tratamentul complex practicat local și general inclusiv baroterapia (88,4%) au micșorat letalitatea postoperatorie pînă la 14,7% (5 pacienți).

## FOURNIER'S PHLEGMON IN SURGICAL PRACTICE

Fournier's phlegmone is defined as a necrotizing fasciitis of perineum, genitals and perianal region which stands as a fulminant condition with a considerable postop mortality of 54% (A.Tuncel). Our study is based on 10 years (2000-2010) experience of the 2nd Surgical Clinic in which 34 patients treated at RCH were involved. Patients' age is between 19 and 66 years old, with male prevalence. The diagnosis was based on clinical findings, laboratory and imaging results. Fournier's phlegmon's etiology are: anorectal diseases (79,4%), urogenital diseases (11,8%), soft tissue diseases (5,88%), unidentified reasons (2,9%). There have been found simultaneous illnesses in 64,7% of cases as follows: diabetes (16 patients), chronic alcoholism (4 patients), viral hepatitis (2 patients), syphilis (1), acute leukemia (1). The etiologic factor is a multimicrobial one and depends on the source of the infection. The detected microbial germs were: *E.coli* (47,1%), methyl resistant *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*. The clinic developed in several consecutive stages. The prodromal period of 2-5 days was characterized by appearance of hectic fever and general weakness with no evident signs of local involvement (30 patients). In 29 patients the pain and the local edema got more intense with the appearance of local erythema and crepitation. In all patients the genital soft tissue gangrene was associated with a severe intoxication syndrome. We can emphasize the difficulties in diagnosis and the necessity of using contemporary imaging methods in evaluation of complications. The treatment consisted of staged surgical care (12-24h) of the septic focus and reconstructive surgeries with/without postop wound and genital plasty. The complex local and general treatment including barotherapy (88,4%) decreased the lethality in postsurgical period to 14,7% (5 patients).

## M214

### FASCIITĂ NECROZANTĂ EXTINSĂ COMPLICATĂ CU ȘOC TOXICO-SEPTIC (CAZ CLINIC)

Hotineanu V., Iliadi A., Revenco S., Bogdan V., Salaur V., Tcaci V., Davidov Gh., Balan Iu.

*Clinica 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu” – șef prof. V.Hotineanu, Chișinău, Republica Moldova*

Fasciita necrozantă (FN) se caracterizează prin necroza rapidă a fasciei superficiale și țesuturilor adiacente, corespunde gradului III conform clasificării anatomice D.U.Ahrenholz. Forma gravă, tipul II în etiologia și geneza FN aparține streptococilor grupei A, frecvent ce duc la apariția Streptococcal toxic shock syndrome. Autorii prezintă cazul unei paciente 21 ani, fără antecedente chirurgicale tratată în secția chirurgie septică abdominală a S.C.R. Evoluția clinică gravă a fost condiționată de dezvoltarea rapidă a fasciitei necrozante cu termenul de boală de ordinul citorva ore de la debut, endotoxicozei progrediente și dinamica de dezvoltare a șocului toxic-septic, insuficienței multiorganice. Morfologic – supurațiile necrozante pe o arie extinsă au cointerminat peretele anterior abdominal, antero-lateral toraco-abdominal și regiunii lombare cu detașarea circulară a țesuturilor moi și tegumentare. Tratamentul susținut, de urgență, a constat în incizii multiple cu evacuarea puroiului, fasciotomie, debridarea și excizia țesuturilor sfacelate, concomitent cu tratamentul antibacterian (cefalosporine generația IV, vancomicină și carbapeneme) și de echilibrare a funcțiilor vitale și metabolice. Evoluția lent favorabilă cu intervenții chirurgicale repetate după 12-24 ore și în final autodermplastie după 22 zile de la debut subliniază necesitatea diagnosticului precoce și a unei strategii curative corecte.

## EXTENDED NECROTIZING FASCIITIS COMPLICATED WITH TOXIC-SEPTIC SHOCK

Necrotizing fasciitis (NF) is characterized by quick necrosis of superficial fascia and adjacent tissues, corresponding to grade III anatomical classification D.U.Ahrenholz. The severe form, type II in etiology and genesis of FN is due to group A streptococcus which frequently lead to Streptococcal toxic shock syndrome. The authors present the case of a 21 years old female patient, with no surgical history which was treated in abdominal surgery department of RCH. The severe development was conditioned by speedy evolution of FN within several hours from the onset, progressive endotoxemia and the dynamics of toxic-septic shock, multiorgan failure. Morphologically – necrotized suppurations on an extended area which implied anterior abdominal, antero-lateral thoraco-abdominal walls and the lumbar region with circular detachment of soft tissues. The emergency treatment was multiple incisions with pus discharge, fasciotomy, debridement and excision of damaged tissues together with antibiotic medication (IV generation cephalosporins, vancomycin, carbapenems) and vital function equilibrium. The slow favorable evolution with repeated surgeries after 12-24 hours and the autoderoplasty on the 22nd day from the onset underline the necessity of early diagnosis and a correct curative strategy.



M215

## MANAGEMENTUL ANTIMICROBIAN AL INFECȚIEI ÎN PICIORUL DIABETIC

Balica I., Bernaz E., Conțu O., Lepadatu C., Cuceinic S., Gabuja D.

USMF "N. Testemitanu" Catedra Chirurgie FECMF

Introducere. Infecția piciorului la un pacient cu diabet zaharat este cauza amputației la 25%-50% dintre ei, fiind mai înaltă în infecțiile profunde. Evoluția severă a procesului inflamator este consecința influenței tipului microorganismului etiologic, dereglării metabolismului, a neuropatiei și a afectului macro- și microvascular din diabet. Obiective. Evaluarea antibioterapiei curente a piciorului diabetic infectat în baza analizei a 38 cazuri consecutive de pacienți, tratați în secțiile de chirurgie generală și reanimare septică a SCR Chișinău în perioada octombrie 2010 – mai 2011. Material și metode. La internarea pacientului s-au prelevat analize microbiologice din plaga infectată. Până la primirea rezultatelor, antibioterapia a fost empirică. Ghidarea antibioterapiei s-a efectuat conform rezultatelor însămânțărilor ulterioare, prelevate săptămânal. Rezultate. Analiza datelor investigațiilor microbiologice primare demonstrează prezența monoculturilor în 16/38 (42%) cazuri și a asocierilor microbiene la 22/38 (58%) pacienți. Dintre monoculturi, în 12 cazuri a fost depistat stafilococul auriu, dintre care în 5 (42%) cazuri microorganismul era sensibil la oxacilină, iar în 7 (58%) cazuri rezistent la oxacilină. La 2 pacienți a fost depistat *Enterococcus faecalis*, rezistent la cefalosporine și rifampicină, sensibil la ampicilină, amoxicilină, ofloxacină, doxiciclină, levomicetină, ciprofloxacină, moxifloxacină, vancomicină, imipenem, meropenem. Floră polimicrobiană a fost prezentată prin asocieri gram(+) și gram (-) la 15 (68%) dintre ei, la 6 (27%) asocieri de microorganisme gram negative și la 1(5%) pacient s-a depistat asocieri de gram- pozitive. Concluzii: 1. Microflora în piciorul diabetic este variată, constând preponderent din asocieri microbiene la pacienții tratați în alte spitale, fiind monomicrobiană la pacienții cu picior diabetic, internați prima oară. 2. Antibioterapia este foarte importantă în tratamentul piciorului diabetic infectat, dar nu poate substitui managementul chirurgical. 3. Datele studiului demonstrează necesitatea utilizării antibioticelor de ultimă generație în tratamentul infecției piciorului diabetic.

## ANTIMICROBIAL MANAGEMENT OF THE DIABETIC FOOT INFECTIONS

Background. Infection of the foot in patients with diabetes causes amputation in 25-50%, this rate being even higher in deep infections. Severe evolution of inflammatory process is influenced by the type of microorganism, grade of metabolic impairment, diabetic neuropathy, diabetic micro- and macrovascular lesions. Objectives. Evaluation of the current antimicrobial therapy used in the diabetic foot infections by analysis of 38 consecutive patients, treated in the departments of general surgery and septic intensive care unit of the Clinical Republican Hospital, Kishinau, in the period from October 2010 to May 2011. Material and method. At admission swabs from wound areas were collected in all patients. Initial antibiotic therapy was empiric prior the pathogen identification. Afterwards the treatment was selected in accordance to culture test performed weekly. Results. Analysis of the primary culture tests shows monomicrobial infection in 42% (16/38) of cases and microbial association in 58% (22/38) cases. Monomicrobial infection was produced in 12 cases by *Staph. aureus*, which was sensible to oxacillin in 5 (42%) cases and resistant in 7 (58%) cases. *Enterococcus faecalis* resistant to cephalosporines and rifampicin was detected in 2 patients. This agent was sensible to ampicillin, amoxicillin, ofloxacin, doxycycline, levomycetin, ciprofloxacin, moxifloxacin, vancomycin, imipenem, meropenem. Polymicrobial infections were represented by gram-negative and gram-positive associations in 15 (68%) cases, only gram-negative bacteria in 6 (27%) patients and pure gram-positive association in one case (5%). Conclusions. 1. Diabetic foot infections are produced by variable pathogens. Patients referred from other hospitals present polymicrobial infection in contrast to patients at first admission who demonstrate monomicrobial culture. 2. Antibiotic therapy is very important in the complex treatment of the diabetic foot infection, but it cannot substitute surgical treatment. 3. Data of this study demonstrate necessity of use of the last generation antibiotics in patients with diabetic foot infections.

M216

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Лица А., Берназ И., Медведев А., Попов В., Могильдя М.

Хирургическое отделение, ГУ Бендерская центральная городская больница г. Бендеры

В последние годы особую актуальность приобретает проблема лечения больных с гнойно-некротическими поражениями при синдроме диабетической стопы, что является одним из наиболее частых и серьезных осложнений сахарного диабета. Применяемые экономные операции - некрэктомия, экзартикуляция пальцев, резекция стопы предотвращают высокие ампутации на уровне бедра или голени, что в свою очередь, способствует увеличению продолжительности жизни и лучшей социальной реабилитации у данного контингента больных. С 2000 по 2010 год в нашем отделении находились 394 больных с вышеуказанной патологией, из них 264 (67%) мужчин, 130 (33%) женщин. Оперированы 285 (72,4%) Сахарным диабетом I типа страдали 30 (7,8%) пациентов, II типа с тяжелой формой заболевания - 364 (92,2%); доза инсулина > 25 ед./сутки. По локализации гнойно-некротических поражений, наши больные были распределены на две группы. У 98 (25%) зона некроза ограничивалась в пределах 1-го или 2-го пальцев без вовлечения стопы. Во второй группе, состоящей из 295 (75%) больных имелись гнойно-некротические поражения 3-5 пальцев с распространением на стопу. По характеру местных изменений, их динамики, эффективности предоперационного лечения, а также в соответствии с соматическим статусом пациента, были выполнены следующие хирургические вмешательства: Экономные операции проведены всего у 304 (77,3%) больных; среди них - некрэктомии у 74 (19%), экзартикуляции пальцев с резекцией плюсневых костей у 184 (46,4%), метатарзальные резекции у 46 (11,9%). Высокую ампутацию были вынуждены выполнить после неэффективности комплексного лечения в 89 (22,6%) случаях. При этом ампутацию на уровне бедра произвели у 55 (14,2%), на уровне голени у 32 (8,34%). Оценив результаты экономных операций выполненных 304 (77,3%) пациентам пришли к выводу об эффективности данного

метода оперативного лечения. Выводы Среди больных с диабетической гангреной стопы преобладают больные сахарным диабетом 2-го типа - тяжелого течения. При диабетической гангрене ограниченной пределами пальцев, у значительной части больных лучшие результаты дали экономные хирургические вмешательства.

## SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULO - NECROTIC COMPLICATIONS OF DIABETIC FOOT

In recent years the problem of treatment of patients with purulent necrotic forms of diabetic foot which is one of the most frequent and serious complications of diabetes have acquired an increasing urgency. The applied sparing operations - necrectomy, disarticulation of fingers and foot resection prevent major amputations at a level of thigh or crus, which, in its turn, helps to increase life span and better rehabilitation in this group of patients. In 2000 - 2010 there were treated 394 patients with the aforesaid pathologies in our department, 264 (67%) of which men and 130 (33%) women. 285 (72.4%) patients were operated. 30 (7.8%) patients had type I diabetes mellitus, 364 (92,2%) had type II diabetes with severe form of disease, insulin dose > 25 u./day. Due to localization of purulent necrotic lesions, our patients were divided into two groups. In 98 patients (25%) necrotic zone was limited to the 1 st or 2 nd finger without foot involvement. In the second group consisting of 295 (75%) patients there were purulent-necrotic lesions of 3 - 5 fingers with the involvement of foot. By nature of local changes, their dynamics and effectiveness of preoperative treatment, and in accordance with the somatic status of patients the following operative interventions were made: Sparing operations were performed only in 304 (77.3%) patients, among them - necrectomy in 74 (19%) patients, disarticulation of fingers with resection of metatarsal bones in 184 (46,4%), metatarsal resection in 46 (11.9%). Major amputation was strongly required after ineffectiveness of multimodality therapy in 89 (22,6%) cases. In this case, thigh - level amputations were performed in 55 (14,2%), and crus-level amputations in 32 (8.34%) cases. On assessing the results of sparing operations performed in 304 (77.3%) patients we came to conclusion on the effectiveness of this method of operative therapy. Conclusions Among patients with diabetic foot gangrene prevail patients with type 2 diabetes mellitus - in its severe form. Within a significant part of patients with diabetic gangrene limited to fingers sparing operations had a better effect.

M217

## UTILIZAREA LANGERMANIA GIGANTEA „PUDER” CA NOU TRATAMENT CHIRURGICAL A ULCERELOR NECROTICE-GANGRENOASE MASIVE LA PACIENȚII CU PATOLOGIA MIXTĂ

Danu Maria, Pavliuc Galina, Crudu O.

*Catedra chirurgie 2, USMF „N. Testemițanu”, Chișinău*

Ulcerile trofice necrotice-gangrenoase masive la gamba se numără printre cele mai grave complicații a insuficienței venoase cronice, care duce la limitarea capacității de muncă a bolnavului, uneori poate provoca invaliditatea, mai des la pacienții cu diverse afecțiuni însoțitoare (angiopatia diabetică, insuficiența cardiovasculară, combustii termice). Scopul studiului dat a constituit estimarea eficacității utilizării acestei metode, putem spune că ea duce la o vindecare eficace a ulcerelor necrotice, micșorarea duratei de tratament. Material și metode: Metoda propusă a fost aplicată la 13 bolnavi. La acești bolnavi în cadrul examenului medical s-a stabilit diagnosticul: insuficiența circulatorie, boala ischemică a cordului, angina pectorală, boala hipertonică II B, diabet zaharat tip II, hepatita cronică, angiopatie diabetică, insuficiența venoasă a membrilor inferioare, gangrena plantelor, ulcere masive necrotice a membrilor inferioare. Utilizarea metodei date „ciuperca Langermania giganta” la toți bolnavii s-a produs epitelizarea, dar la 4 pacienți cu gangrena piciorului ne-o dat posibilitate de a preveni amputația membrului inferior. Tratamentul durează de la 21 zile până la 1,5 luni. Rezultatele: rezultatele studiului dat au demonstrat că s-a restabilit echilibrul hidroelectrolitic, s-au ameliorat procesele metabolice, s-a normalizat metabolismul aminoacizilor, a scăzut nivelul produselor toxice, a dispărut hipoxia circulatorie. Tratamentul dat durează 21 zile până la 1,5 luni, în comparație cu metoda tradițională de tratament, durează 4 luni până 1,5 -2 ani și mai mult. În decurs de 3 luni - 1,5 ani, conform metodei propuse recidive nu s-au obținut. Concluzie: În concluzie putem constata că datele cercetărilor efectuate au demonstrat eficacitatea înaltă a tratamentului cu aplicarea pulbere din Langermania giganta duce la curățirea maselor necrotice din plaga, toxinele, substanțele bioactive antiinflamatoare, accelerarea procesului de regenerare și epitelizare a plăgilor, ameliorarea circulației sangvine și limfatice în țesuturi adiacente. Avantajele metodei propuse sunt reducerea perioadei de tratament, prepartatul economic este ieftin.

## UTILIZATION OF LANGERMANIA GIGANTEA POWDER AS A NEW SURGICAL TREATMENT OF THE MASSIVE NECROTIC GANGRENOUS ULCERS IN THE PATIENTS WITH ASSOCIATED PATHOLOGY

Massive trophic necrotic gangrenous ulcers of the shin are considered the most severe complications of the chronic venous insufficiency that leads to the limitation of working of the patients and sometimes provoke disability, more often in patients with different accompanying diseases (diabetic angiopatie, cardiovascular insufficiency, thermal burns). Purposes of this study are to estimate the efficacy of this method. We can say that it leads to the effective healing of necrotic ulcers and reduces duration of treatment. Materials and methods: The proposed method was applied to 13 patients. During the medical examination in these patients has been established diagnosis of circulatory failure, ischemic heart disease, angina pectoris, hypertonic disease II B, type II diabetes mellitus, chronic hepatitis, diabetic angiopatie, lower limb venous insufficiency, gangrene of the foot, massive necrotic ulcers of the lower limbs. Using the method with Langermania gigantea powder, we obtained the epithelization in all the patients, and in 4 patients with the gangrene of the leg we had the possibility to prevent the amputation of the leg. Treatment lasts from 21 days to 1,5 months. Results: Results of this study showed that the hydroelectrolyte balance was restored, metabolic processes was improved, amino acid metabolism was normalized, decreased levels of toxic products, respiratory hypoxia disappeared. Treatment lasts from 21 days to 1.5 months and more. Within 3 months - 1.5 years there were no recurrences. Conclusions: the research data have shown high efficiency of treatment with application of powder from Langermania gigantea,

it leads to the purification of the wound of necrotic masses, toxins and bioactive anti-inflammatory agents. This treatment accelerates regenerative processes and cuticularization of the wounds, improves blood circulation and lymph flow in the surrounding tissues. Benefits of the proposed method are to reduce the duration of treatment and the fact that the drug is cheap.

M218

## GANGRENA FOURNIER: ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Ignatenco S.

Catedra Chirurgie Nr.1 "N.Anestiadi", USMF "N.Testemițanu, Republica Moldova

Introducere: Actualmente, gangrena Fournier este definită ca o fascie necrozantă infecțioasă polimicrobiană, care afectează regiunea perineală cu răspândirea procesului infecțios în regiunile adiacente (peretele abdominal, fese, coapse ș.a), cu o rată a mortalității 15% - 50%. Material și Metodă: Prezentăm 70 pacienți tratați de gangrena Fournier în perioada anilor 1994-2010. Au fost B-65, F-5 cu vârsta între 26-84 ani. Cu sursa de infecție anorectală au fost 25 pacienți; urogenitală, inclusiv patologiile cutanate a organelor genitale - 40 și 5 cu sursa de infecție ce s-a aflat la distanță sau în vecinătatea perineului. 39(55,7%) pacienți au avut grad major de răspândire a infecției (mai mult de 2 regiuni anatomice), iar 31(44,3%) - grad minor. Sunt prezentate rezultatele examenului CT primar la 18 și repetat la 6 pacienți, detaliile de debridare agresivă extinsă a proceselor supurativ-necrotice, de fixare a lambourilor de piele, de tehnică a acțiunii getului pulsatil, de conduită a plăgii cu unguente hidrosolubile și vacuum aspirație, transpoziției testiculelor sub tegumentul coapselor, metodelor de închidere a plăgii, de drenare închisă a plăgii cu lavaj continuu sau fracționat. Rezultate: Letalitatea generală a fost 8,6%. În grupa de pacienți cu grad major de răspândire a infecției ea a constituit 15,4%, în cea cu grad minor decese n-au fost. Concluzii: 1.Examenul CT primar poate aprecia cu precizie gradul de răspândire a procesului infecțios. 2.Examenul CT repetat în perioada posoperatorie permite de a determina calitatea intervenției chirurgicale și depistarea la timp a noilor zone de răspândire a infecției. 3.Debridarea chirurgicală agresivă este veriga principală în tratamentul acestor pacienți. 4.Tehnicile noi (prelucrarea suplimentară a plăgii cu jet pulsatil și vacuum aspirație) permit micșorarea termenilor de pregătire a plăgii pentru închiderea ei. 5.Rata mortalității în gangrena Fournier depinde de originea infecției și de gradul de răspândire a procesului supurativ-necrotic.

## FOURNIER GANGRENE: DIAGNOSTIC AND TREATMENT

Introduction: Currently, Fournier gangrene is defined as necrotizing fasciitis infectious polymicrobial affecting the perineal region with spread of the infectious process in adjacent regions (abdominal wall, buttocks, thighs, etc.), with a mortality rate of 15% - 50%. Methods: We present 70 patients treated with Fournier gangrene in the period between 1994-2010. men -65, females -5, age 26-84 years. With anorectal source of infection were 25 patients, urogenital, including genital skin pathologies - 40 and 5 with the source of infection to remote or vicinity of the perineum. 39 (55.7%) patients had major degree of spread of infection (more than 2 anatomical regions) and 31 (44.3%) - minor degree. We present the results of primary CT examination in 18 and repeated in 6 patients, details of aggressive extensive debridement of suppurative-necrotic processes, fixing flaps of skin, throbbing jet technical action, treatment of the wound with water-soluble ointments and vacuum aspiration, testicular transposition in thigh skin, wound closure methods, closed wound drainage with continuous or split lavage. Results: The overall lethality was 8.6%. In populations with high prevalence of major infection it was 15.4%, in the minor grade without lethal cases. Conclusions: 1.Primary CT scan accurately assess the spread of the infectious process. 2.Postoperative CT scan allows to determine the quality and proper detection of new areas of spreading infection. 3.Aggressive debridement is the main point in these patients. 4.New techniques (additional processing and throbbing jet and wound vacuum suction) allows reduction of terms of preparing to close the wound. 5.Mortality rate in Fournier gangrene depends on the origin of the infection and the spread of suppurative-necrotic process.

M219

## ACCENTE ÎN TRATAMENTUL INFECȚIILOR NECROTICO- GANGRENOASE EXPANSIVE

Popa V., Zanoaga M., Ciobanu M., Revencu S., Mutavci Gh., Botnariuc O.

USMF "N. Testemițanu" Clinica Chirurgie "Sf. Arh. Mihail"

Infecția necrotico - gangrenoasă expansivă constituie să fie o problemă severă chirurgicală prin tratamentul dificil și mortalitate înaltă. Studiul vizează un număr de 12 pacienți cu afectări a țesuturilor moi, tratați în ultimii 5 ani 2006 -2010. Repartiție pe sexe: bărbați 7 / femei 5, cu medie de vîrstă corespunzător : bărbați 53 ani / femei 60 ani. S-au diagnosticat : fascite -3; flegmoane -4; gangrene gazoase - 2; pantisulită - 1 ; abcese - 2. Structura comorbidităților : Diabet Zaharat - 7; Hepatite cu ciroze - 3; Narcomanie -1; Nefropatii - 4; Pneumopatii -2 ; Cardiopatii - 4; Anemii - 6 ; Obezitate - 2. Intervenția primară a constat în debridarea largă, necrectomia pînă la țesuturile viabile la toți pacienții. Debridări ulterioare s-au efectuat în medie de 6,8 ori. Agenții patogeni înregistrați: Stafilococcus Aureus, Stafilococcus Hemoliticus, Streptococ grupa A, Pseudomonas Capacia , Eșerihia Coli. Antibiototerapia a vizat atît flora aerobă cît și anaerobă constituind o asocieră a 2 - 3 preparate( Ciprinol, Metrogil, Fortum, Ceftriaxon, Clindamicin, Avelox și Tienam). Vindecarea completă prin suturi tardive secundare s-a efectuat la 8 pacienți. Defecte cutanate cu plastii ulterioare la 2 pacienți. Evoluția postoperatorie în secția ATI prin sindromul MODS instalat s-a înregistrat la 6 pacienți, cu o durată de aflare în secția terapie intensivă în mediu de 4,3 zile. Decese înregistrate au constituit 2 cazuri ( 16, 7 % ) , cauza nemijlocită fiind MODS septic. Concluzii: 1.Infecțiile necrotico - gangrenoase grave

survin la pacienții cu tare asociate, imunocompromiși cu prevalență în diabet zaharat. 2. Succesul este dictat de stabilirea diagnosticului precoce, în concordanță cu actul chirurgical primar adecvat. Reintervențiile seriate constituie a doua parte a măsurilor obligatorii împreună cu terapia intensivă pre-, intra- și postoperatorie. 3. Antibioticoterapia contemporană completează tratamentul chirurgical.

## ACCENTS IN THE TREATMENT OF NECROTIC GANGRENOUS INFECTIONS EXPANSIVE

Necrotic infection - expansive gangrenosum is a severe problem to be difficult and surgical treatment of high mortality. The study concerns a total of 12 patients with soft tissue damage, treated in the last five years 2006 -2010. Distribution by sex: male 7 / 5 women, with corresponding average age: 53 years male / female 60 years. Were diagnosed: necrotizing -3, -4 flegmoane, gas gangrene - 2; pantisulită - 1; abscess - 2. Structure comorbidities: diabetes mellitus - 7, liver cirrhosis - 3; drug addiction -1; nephropathies - 4, -2 pneumonia, heart disease - 4; Anemia - 6; Obesity - 2. The primary intervention consisted of wide debridement, necrectomii until viable tissue in all patients. Subsequent debridement were performed on average 6.8 times. Registered pathogens: Staphylococcus aureus, Staphylococcus Hemoliticus, group A streptococci, Pseudomonas Caps, Eșeriha coli. Antibiotic therapy aimed at both aerobic and anaerobic flora representing a combination of 2-3 preparations (cyprinol, Metrogil, Fortum, ceftriaxone, clindamycin, Avelox and TIENAM). Healing complete by late secondary suture was performed in 8 patients. Skin defects with subsequent plasty in 2 patients. Postoperative syndrome in the MODS section installed ATI occurred in 6 patients, with duration of stay in the intensive care ward on average 4.3 days. 2 deaths were recorded caziri (16, 7%), being the direct cause septic MODS. Conclusions: 1. Infecțiile necrotic - occur in patients with severe gangrenous much associated with the prevalence of diabetes immunocompromised. 2. Success is dictated by early diagnosis, according to primary surgical act appropriately. Serial reinterventions is the second part of the mandatory measures with intensive therapy in pre-, intra-and postoperative. 3. Antibiotic therapy complements contemporary surgery.

### M220

## PROBLEMELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN FLEGMOANELE RETROPERITONEALE NON-PANCREATOGENE

**Lepadatu C., Gladun N., Ungureanu S., Vascan A., Chiriac Ș., Maloman E.**

*Catedra de Chirurgie, FEC MF, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu", Chișinău, Moldova*

Supurațiile ale spațiului retroperitoneal sunt o problemă medico-chirurgicală neobișnuită cu un tablou clinic vag, care prezintă o provocare în aprecierea diagnosticului. Debutul insidios și evoluție ocultă ale acestei patologii sunt urmate de un diagnostic întârziat și drenaj neadecvat, astfel pentru flegmon retroperitoneal sunt caracteristice morbiditatea și mortalitatea considerabile. Anterior au fost publicate studii privind detaliile anatomice ale spațiilor extraperitoneale, dar mai puțină atenție a fost acordată metodelor de diagnostic și tehnicilor chirurgicale de drenaj. Prezentăm o trecere în revistă a 15 de cazuri de inflamații supurative retroperitoneale nonpancreatogene care s-au manifestat ca entitate clinică principală. În aspect etiologic pacienții s-au repartizat în 5 grupe: psoite purulente - 4, abcesele retroperitoneale apendiculare - 4, perinefritele purulente - 3, colecții retroperitoneale în urma osteolizei - 3 (ostemielita hematogenă, postraumatică, tuberculoză osoasă), hematom postraumatic retroperitoneal infectat - 1 caz. Trei pacienți (16,7 %) au decedat în perioada postoperatorie precoce. Complicații au survenit la 40 % pacienți. Letalitatea și rata înaltă de complicații au fost asociate cu perioada îndelungată de la debut până la diagnostic pozitiv (> 5 zile) și cu hemocultura pozitivă. Există o corelație între tipuri de complicații și sursa de infecție retroperitoneală. Computer tomografia este metoda cea mai informativă în diagnosticul supurațiilor abdominale extraperitoneale. În cazuri selecte drenajul ecoghidat poate fi folosit ca un gest chirurgical inițial. Descriem tehnica operatorie în dependență de topografia procesului purulent retroperitoneal. Este propus un plan de diagnostic și tratament pentru fiecare grup etiologic.

## PROBLEMS IN DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THE RETROPERITONEAL NON-PANCREATOGENIC PHLEGMONS

Retroperitoneal space inflammation is an unusual surgical problem with vague clinical presentation, which presents a diagnostic challenge. An insidious onset and occult evolution of illness marked by diagnostic delay, inadequate drainage, and considerable morbidity and mortality is common. Papers regarding anatomic detailing of the extraperitoneal spaces have been published, but less attention has been focused on diagnostic and drainage techniques. We report an analysis of 15 cases of retroperitoneal suppurations which acted as main clinical manifestation. According to etiology of inflammation patients were distributed into 5 groups: psoas abscesses - 4 cases, retroperitoneal appendical abscesses - 4 cases, purulent perinephritis - 3, retroperitoneal collections caused by osteolysis - 3 patients (hematogenic, postraumatic or tuberculous) and one case of infected postraumatic hematoma. Three patients (16,7 %) died in the early postoperative period. Rate of complications was 40 %. High lethality and postoperative morbidity were associated with positive blood cultures and delayed diagnosis (> 5 days). There is a correlation between the type of complications and etiology of the retroperitoneal phlegmon. Computed tomography is the most informative diagnostic method for the extraperitoneal purulent collections. Echo-guided drainage in selected cases appears to be a useful initial approach. The operative technique dependent on the retroperitoneal purulent collection topography is described. A diagnostic and treatment plan is proposed for each etiologic group.

M221

## PERITONITELE SEVERE – REALITATEA CLINICĂ ȘI TENDINȚELE ACTUALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Maloman E., Lepadatu C., Ungureanu S., Gladun N.

Catedra Chirurgie, Facultatea Educație Continuă în Medicină și Farmacie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu"

Infecțiile intraabdominale necomplicate în majoritatea lor sunt tratate cu succes aplicând metodele chirurgicale convenționale potențate de antibiotico-terapia îmbunătățită și terapia intensivă agresivă. Problema pentru sistemul de sănătate național și mondial prezintă peritonitele severe care în pofida tratamentului complex se soldează cu o mortalitate dramatică de 30-50 %. Pe parcursul ultimului deceniu se observă schimbări în structura etiologică a peritonitelor severe și în atitudinea medico-chirurgicală referitor la acești pacienți. Astfel în Republica Moldova a scăzut ponderea peritonitelor grave generate de apendicita acută, ulcerul gastro-duodenal perforat și infecțiile biliare de la 60-70 la 20-30 % și respectiv a crescut rata peritonitelor post-operatorii, peritonitelor în cancere digestive și peritonitelor spontane la pacienții cirofici. Analizând datele privind tratamentul pacienților cu infecții intraabdominale și scorul APACHE II peste 10 puncte din Spitalul Clinic Republican în perioada 2005-2011 constatăm o rată mai mare de diagnostic pozitiv al peritonitei în perioada preoperatorie datorită imagisticii moderne și laparoscopiei videoasistate (85%). Tratamentul chirurgical convențional este completat de drenajul percutan eco- sau CT-ghidat în cazuri selecte, implementarea în practica cotidiană a metodelor de decompresie intestinală proximală și distală, a lavajului peritoneal cu antibiotice și enzime, practicarea mai frecventă a anastomozelor primare în situații indicate. Utilizarea recomandărilor ghidurilor internaționale privind tratamentul pacienților septici fac posibilă înregistrarea și analizarea corectă a datelor despre peritonitele severe și sepsisul abdominal în Republica Moldova, însă nu a fost demonstrată îmbunătățirea semnificativă a rezultatelor tratamentului datorită acestor măsuri. Progresul în acest domeniu este legat de profilaxia primară și secundară a peritonitelor asociate cu insuficiența de organe.

### SEVERE PERITONITIS – CLINICAL REALITY AND CURRENT TRENDS IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Majority of uncomplicated Intraabdominal infections are treated successfully using conventional surgical methods augmented by modern antibiotics and aggressive intensive care. The major problem for the national and global healthcare system presents severe peritonitis, which in spite of complex treatment result in dramatic mortality of 30-50 %. During the last decade changes in the etiological structure of severe peritonitis and surgical management of these patients are observed. Thus, in Republic of Moldova the rate of grave intraabdominal infection caused by acute appendicitis, perforated peptic ulcer and biliary tract infection declined from 60-70 % la 20-30 % with corresponding growth of postoperative peritonitis, peritonitis caused by digestive cancers and spontaneous peritonitis in cirrhotic patients. In a retrospective review of cases of intraabdominal infections with APACHE II score more than 10 points treated in the Clinical Republican Hospital in the period 2005-2011 we observed an increased rate of positive preoperative diagnosis (85 %) by the use of modern imaging techniques and video-assisted laparoscopy. Traditional surgical treatment was completed in selected cases by echo- and CT- guided percutaneous drainage, proximal and distal intestinal decompression, peritoneal lavage with antibiotics and enzymes, more frequent use of primary anastomosis. In majority of cases the tactics of on demand relaparotomy was applied. Implementation of sepsis definitions and recommendations of international guidelines about treatment of septic patients permitted correct record and analysis of data regarding severe peritonitis and abdominal sepsis in Republic of Moldova. However any significant improvement in the treatment results induced by these measures was not registered. The progress in this field is mainly related to primary and secondary prophylaxis of peritonitis associated with organ failure.

M222

## INCIDENȚA MORTALITĂȚII ÎN DEPENDENȚĂ DE GRADUL DE RĂSPÂNDIRE A GANGRENEI FOURNIER

Ignatenco S.

Catedra Chirurgie Nr.1 "N.Anestiadi", USMF "N.Testemițanu, Republica Moldova

Scopul: Aprecierea mortalității în dependență de gradul de răspândire a gangrenei Fournier Material și Metodă: Prezentăm 70 pacienți tratați de gangrena Fournier pe parcursul unei perioade de 16 ani. Au fost B-65, F-5 cu vârsta între 26-84 ani. După originea sursei de infecție pacienții au fost deținuți în 3 grupe: prima grupă (25 pacienți) - anorectală, a doua (40 pacienți) – urogenitală, a treia (5 pacienți) – s-a aflat la distanță sau în vecinătatea perineului. 20 (80%) pacienți din prima grupă au avut un grad major de răspândire a infecției (mai mult de 2 regiuni anatomice). La ei în procesul infecțios a fost implicat scrotul sau vulva, regiunea inghinală, peretele abdominal anterior, regiunea lombară, cutia toracică, coapsă, spațiul pelviorrectal, retroperitoneal uni- sau bilateral. La 5 bolnavi cu grad minor de răspândire, infecția s-a extins până la regiunea inghinală. În grupa a doua procesul a implicat la 3(7,5%) pacienți penisul, la 9(22,5%) – scrotul, la 5(12,5%) scrotul și penisul, la 8(20%) - scrotul, penisul și regiunea inghinală. În această grupă 15(37,5%) pacienți au avut grad major de răspândire a infecției: scrotul, penisul, la femeii vulva, regiunea inghinală, spațiul prevezical, peretele abdominal anterior, regiunea lombară, paranefrală, cutia toracică, coapsa uni- sau bilateral. În a 3-a grupă sursa de infecție la doi pacienți a fost supurația plăgii după apendicectomie și herniotomie inghinală. La alți 2 bolnavi cauza gangrenei Fournier a servit hernia strangulată Rihter: unul din ei (84 ani) a decedat cu răspândirea procesului infecțios pe toată coapsa stângă, peretele abdominal, regiunea inghinală și vulva stângă. La ultimul – tromboza venei femorale după administrarea drogurilor prin fistula v.femorale. Rezultate: Rata generală a mortalității în primele două grupe a fost corespunzător 20% și 2,5%; cu grad înalt de răspândire a infecției - 25% și 6,6%; cu grad minor de răspândire a infecției decese n-au fost. Concluzii: Rata mortalității în gangrena Fournier depinde de originea infecției și de gradul de răspândire a procesului supurativ-necrotic.

## MORTALITY RATE OF THE PATIENTS DEPENDING ON THE EXTENT OF Fournier GANGRENE

**Objective:** Assessment of mortality depending on the extent of Fournier gangrene. **Methods:** We present 70 patients treated for Fournier gangrene during a period of 16 years. 65 men and 5 females with ages ranging from 26-84 years. Depending on the source of infection our patients was divided into 3 groups: first group (25 patients) - anorectal, second (40 patients) - urogenital, third group (5 patients) - to remote or near the perineum. 20 (80%) patients from the first group had a major degree of infection spread (more than 2 anatomical regions). The infectious process had involved scrotum or vulva, groin, anterior abdominal wall, the lumbar region, chest, thigh, pelviorectal space, retroperitoneal uni- or bilateral. At 5 patients with minor degree the infection had spread to the groin. In the second in three patients (7.5%) infection involved penis, at 9 (22.5%) patients - scrotum, at 5 (12.5%) patients, scrotum and penis, at 8 (20%) patients - scrotum penis and groin. In this group 15 (37.5%) patients had major degree of spread of infection: scrotum, penis, female vulva, groin, prevesical space, anterior abdominal wall, lumbar, paranephral, chest, thigh uni- or bilaterally. In the 3rd group the source of infection in two patients was wound suppuration after appendectomy and groin herniotomy. The other two patients had gangrene Fournier because of Rihter strangulated hernia, one of them (84 years) died from the infectious process spread throughout thigh, left abdominal wall, groin and left vulva. In the last one - femoral vein thrombosis after injecting drugs through fistula in v.femorale. **Results:** The mortality rate in 2 groups was 20% and 2,5%; with a major degree of infection 25% and 6,6%; with the minor degree of infection without lethal cases. **Conclusions:** Mortality rates depend on the origin of Fournier gangrene infection and the spread of suppurative-necrotic process

### M223

## TRATAMENTUL COMPLEX MEDICO-CHIRURGICAL ÎN STĂRILE SEPTICE

**Crudu O., Anghelici G., Tacu V., Guțu-Bahov C., Danu M., Moraru V., Moraru C., Pîrțac I., Pisarenco S.**

*Clinica 2 Chirurgie „Constantin Țibîrnă”, Catedra 2 Chirurgie USMF „N.Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova*

**Introducere:** Conform concepțiilor moderne, sepsisul reprezintă o reacție sistemică către agresiunea microbiană cu expulzia incontrollabilă a mediatorilor inflamației și dereglări grave de microcirculație, asociate hipoxiei tisulare. Astfel este argumentată utilizarea metodelor noi de inactivare a metaboliților proinflamatorii și sistarea stresului oxidativ cu corijarea hipoxiei hemocirculatorii sistemice. Scopul studiului a constituit estimarea posibilităților aplicării ozonoterapiei sistemice în tratamentul complex medico-chirurgical la bolnavii cu stări septice. **Material și metode:** Studiul dat include analiza retrospectivă a rezultatelor tratamentului la 382 bolnavi cu sepsis chirurgical (bărbați-199, femei-183, vârsta medie-47+/-3,1 ani), tratați în Clinicele Chirurgie și ATI ale SCM "Sfinta Treime" în perioada aa.2005-2010. Diagnosticul de sepsis a fost stabilit conform criteriilor Bone R. Obligatoriu s-a recurs la examenul bacteriologic cu aprecierea antibioticogramei, în baza căreia s-a elaborat o schemă optimă de conduită în tratamentul antimicrobian.. Ozonoterapia sistemică s-a efectuat la 84 pacienți prin perfuzii de Sol NaCl 0,9%-400,0 ml saturată cu ozon, cu o concentrație a O<sub>3</sub> în limite de 800- 1200 mkg/l în amestecul ozonat-oxigenat. **Rezultate:** Hemocultura pozitivă a fost stabilită în 132 (34,5%) cazuri. Monoinfecția - în 36. cazuri, inclusiv bacili Gram negativi-28 (77%); Gram pozitivi -8 (23%). La 96 bolnavi a fost identificată poliinfecție. Durata medie de spitalizare a constituit 21+/-1,7 zile. Însănătoșirea a survenit în 317 (83%) cazuri. Au decedat 65 pacienți, ce atestă o letalitate de 17%. În lotul pacienților la care s-a aplicat ozonoterapia sistemică letalitatea a constituit 12 pacienți (14,2%) **Concluzii:** Rezultatele obținute demonstrează persistența dominației sepsisului Gram negativ. Ozonoterapia sistemică în stările septice micșorează mortalitatea spitalicească.

## THE COMPLEX MEDICAL-SURGICAL TREATMENT IN SEPTICAL STATES

**Introduction:** According to modern concepts, sepsis is a systemic response to microbial aggression with uncontrollable expulsion of mediators of inflammation and disorders of microcirculation serious, associated with tissue hypoxia. So appear to be motivated the using of new methods for inactivation of proinflammatory metabolites and oxidative stress with correction and stopping of systemic hemocirculating hypoxia. **Aim:** The purpose of the study was estimation of possibility of systemic ozone therapy in the complex medical and surgical treatment in patients with sepsis. **Material and methods:** This study includes retrospective analysis of treatment results from 382 patients with surgical sepsis (men-199, female 183, average age, 47 + / -3.1 years) treated in the clinics of surgery and ATI SCM "Sfinta Treime" from aa.2005-2010. The diagnosis of sepsis was established according to criteria R. Bone with obligatory using of antibioticogramme. Bazed on bacterial appreciation, was have performed the scheme to prepare optimal conduct for antimicrobial treatment .Ozone therapy was performed in 84 patients by systematiically infusion of Sol. NaCl 0.9% -400.0 ml, saturated with ozone at a concentration of O<sub>3</sub> in the range of 800-1200 mkg / l ozone-oxygen in the mixture. **Results:** Positive blood culture was established in 132 (34.5%) cases. Monoinfection was stablited in 36. cases, including Gram-negative bacilli- 28 (77%), Gram positive -8 (23%). 96 patients were identified poliinfection. Average length of stay was 21 + / -1.7 days. Recovery occurred in 317 (83%) cases. Diedet 65 patients (17%). In the group of patients who received systemic Ozone therapy lethality was 12 patients (14.2%). **Conclusions:** The results demonstrate the domination of Gram-negative sepsis. The application of systemic Ozone therapy decreased hospital mortality in septic states.

## URGENTE CHIRURGICALE

N224

### ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКИМ ИЛЕУСОМ

Тамм Т.И., Богун Е.А., Непомнящий В.В., Гвоздик Ю.А., Чефранов А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования. г. Харьков, Украина

Введение. Больные с обтурационной непроходимостью кишечника по-ступают в стационар в стадии декомпенсации заболевания. В этих случаях оперативные вмешательства, выполняемые в ургентном порядке, в 17-25% случаях заканчиваются развитием различного рода гнойных осложнений в виде нагноения ран, пиелонефритов, пневмоний, перитонитов, несостоятельности анастомоза и др. Существует ряд способов профилактики гнойно-септических осложнений в виде интубации тонкой кишки с лаважем и без него, селективной деконтаминации, которые носят эмпирический характер. Цель. Установить в эксперименте источник гнойно-септических осложнений при обтурационном илеусе и обосновать пути их профилактики. Материалы и методы. На модели экспериментального илеуса у животных изучены особенности гистоструктуры стенки кишки, ее уровень бактериальной обсемененности, а также способность воспаленной кишки кумулировать антибиотики различных групп. Полученные результаты применены в клинике у 166 больных с обтурационным илеусом. Эффективность лечения оценивали по данным клинико-лабораторного, гистологического и бактериологического исследования. Результаты: у животных контрольной группы через 12 часов существования непроходимости в стенке кишки при гистологическом исследовании обнаружены истончение, отек слизистой, а также лейкоцитарная инфильтрация подслизистого слоя. Уровень бактериальной обсемененности ткани составил 103 - 104 колониеобразующих единиц на грамм с преобладанием стафилококка, нетоксигенных клостридий, бактероидов и грибов. Через 24 часа в биоптатах кишки обнаружено прогрессирование процессов воспаления в подслизистом слое за счет скопления колоний бактерий и нейтрофильных лейкоцитов. В эти же сроки отмечено выраженное полнокровие сосудов подслизистого слоя с лейкостазами. В посевах обнаружены гемолитическая кишечная палочка, токсигенные клостридии, патогенные стафилококки и стрептококки в общем количестве 103 - 104 колониеобразующих единиц на грамм. Через 36 часов при гистологическом исследовании выявлены деструктивные изменения слизистой оболочки с мелкоочаговыми некрозами. Общее количество бактерий возросло до 109 колониеобразующих единиц на грамм. Через 48 часов в биоптатах обнаружено отсутствие покровного эпителия ворсин, микрофлора локализуется в подслизистом слое, процессы деструкции захватывают всю толщу стенки. Микробная обсемененность тканей составила 103\10 - 1011 колониеобразующих единиц на грамм. В группах животных с механическим илеусом, получавших антибиотики в лечебных дозах, процессы деструкции, происходящие в стенке кишки были разными. Так, у животных, получавших ампициллин и гентамицин, гнойный перитонит развивался спустя 12-24 часа. Там, где животные получали цифран или офрамакс через 24 часа в биоптатах не было выявлено бактерий на поверхности ворсин, через 36 часов оставалось сохраненным более 60% эпителиального покрова ворсин, а спустя 48 часов процессы деструкции не выходили за пределы слизистой и подслизистого слоев; мышечный слой оставался сохраненным с незначительным отеком интрамизия. При исследовании концентрации антибактериальных препаратов из группы пенициллинов, аминогликозидов, фторхинолонов и цефалоспоринов в стенке флегмонозно измененной кишки установлено, что спустя 48 часов от начала заболевания в бактериальных концентрациях накапливается лишь офрамакс - 13,5 мг/л и цифран - 10 мг/л. Таким образом, у больных обструктивным илеусом развивается флегмонозное воспаление стенки кишки, расположенной выше препятствия, которое прогрессирует по мере развития заболевания. Применение в лечебных дозах антибиотиков из групп фторхинолонов и цефалоспоринов у 166 больных до начала операции позволили снизить число гнойно-септических осложнений с 33,3 до 19,1 %.

### SUBSTANTIATION OF ANTIBACTERIAL THERAPY CHOICE IN PATIENTS WITH MECHANICAL ILEUS

Introduction. Patients with obturative incompetence attend the hospital in the stage of disease decompensation. In that cases operative intrusion performed urgently in 17-25% cases finish in the development of various purulent complications in the form of wound suppuration, pyelonephritis, pneumoniae, peritonitis, anastomosis incompetence, etc. There exists a number of purulent-septic prophylaxis ways as thin intestine intubation with lavage and without it, selective decontamination, etc. which have empirical character. Aim. To prove experimentally the source of purulent-septic complications under obturative ileus and substantiate the ways of its prophylaxis. Materials and methods. On the mode of experimental ileus in animals hystostructure peculiarities of intestine wall were studied, its level of bacterial dissemination as well as ability of inflammatory intestine to cumulate antibiotics of various groups. The results received are used in clinics in 166 patients with obturative ileus. The effect of treatment was estimated according to clinic-laboratory, hystologic and bacteriologic study. Results: in animals of the group of comparison in 12 hours of incompetence existence under hystologic study in intestine wall thinning, mucosal edema, as well as leukocytic infiltration of submucosal layer were found. The level of tissue bacterial dissemination comprised 103 - 104 Colony forming units per gram with staphylococcus predominance, nontoxicogenic Clostridium, bacteroids and fungi. In 24 hours in intestine biopates development of inflammatory processes in submucosal layer because of bacterial colonies clusters and neutrophilic leukocytes was found. In the same terms expressed vessels plethora of submucosal layer with leukostasis was marked. Hemolytic Eschericia coli, toxicogenic Clostridium, pathogenic Staphilococcus and Streptococcus were found in inoculation generally 103 - 104 Colony forming units per gram. In 36 hours under hystologic study destructive changes of mucosal layer with microfocus necrosis were detected. General number of bacteria increased up to 109 Colony forming units per gram of tissue. In 48 hours absence of villi integ-mentari epithelium was found in biopates, microflora is localized in submucosal layer, processes of destruction are capturing all wall thickness. Tissue microbe dissemination comprised 1010 - 1011 Colony forming units per gram. In groups of animals with mechanical ileus receiving antibiotics in therapeutic doses, processes of destruction

taking place in intestine wall were different. Thus, in animals receiving ampicillin and hentamicin, purulent peritonitis developed in 12-24 hours. Where animals received ciprofloxacin or ofloxacin in 24 hours bacteria on villi surface were not found, in 36 hours more than 60% of villi epithelial surface remained preserved, and in 48 hours destruction processes did not leave the limits of mucosal and submucosal layers; muscular layer remained preserved with tiny edema of intramucosa. During the study of antibacterial preparations concentration from the group of penicillines, aminoglycosides, fluoroquinolones and cephalosporines in the wall of phlegmonously changed intestine it was stated that in 48 hours from the disease beginning only ofloxacin in 13,5 mg/l and ciprofloxacin in 10 mg/l accumulate in bactericidal concentrations. Thus, in patients with obstructive ileus phlegmonous inflammation of intestine wall located upper the place of obstacle develops which progress in disease development. The use of antibiotics from the groups of fluoroquinolones and cephalosporines in therapeutic doses in 166 patients before the beginning of the operation allowed to decrease the number of purulent-septic complication from 33,3 to 19,1 %.

N225

## HERNIA "POST-TROCAR" DUPA OPERATII LAPAROSCOPICE GINECOLOGICE, COMPLICATA CU STRANGULAREA PARIETALA (RICHTER)

Guțu E., Pirtu M., Culiuc V.

Catedra Chirurgie Generala, USMF „N. Testemitanu”; SCM nr.1, Chisinau, Moldova

Chirurgia laparoscopică este larg implementată în practica medicală, posedând o siguranță demonstrată. Una din complicațiile sale specifice, deși rară, este hernia "post-trocar" (HPT). Se disting 3 tipuri de HPT: (1) cu debut precoce – dehiscenta planurilor fasciale anterior și posterior și a peritoneului; (2) cu debut tardiv – doar dehiscenta planurilor fasciale și (3) tipul special – dehiscenta întregului perete abdominal și protruzia viscerelor. Noi prezentăm 2 cazuri de HPT după laparoscopia ginecologică, complicate cu strangularea parietală a intestinului subțire. Ambele paciente, în vârstă de 53 și 49 de ani, au suportat chistectomie ovariană laparoscopică programată. Bolnavele au fost externate în stare satisfăcătoare, însă spre a 6-a și a 9-a zi, respectiv, a apărut durerea continuă în regiunea periombilicală pentru care au fost internate în Clinica chirurgie generală. Prezenta tumefierii durere periombilicale la examenul clinic s-a determinat doar într-un caz. Radiografia de ansamblu a abdomenului (n=2) și evaluarea pasajului baritat (n=1) au relevat semne de ocluzie intestinală. La revizia cavității peritoneale prin laparotomie medio-mediană s-a depistat strangularea parietală a ansei intestinului subțire, la cca 80 și, respectiv, 110 cm de la unghiul iliocolic. După eliberarea ansei, s-a observat defectul parietal subombilical, prin locul plasării trocarului de 10 mm (HPT tip I). Ansa intestinală a fost apreciată ca viabilă în ambele cazuri. Defectul abdominal parietal a fost reparat prin suturi separate pe planurile aponeurotice și peritoneu. Operațiile au fost finalizate cu drenarea cavității peritoneale. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. În diagnosticul diferențial al durerii abdominale în perioada precoce după operații laparoscopice trebuie să se țină cont de posibilitatea dezvoltării HPT. Defectul parietal în urma plasării trocarului de 10 mm necesită a fi suturat pe straturi în vederea prevenirii HPT cu ulterioara strangulare.

## TROCAR SITE HERNIA AFTER LAPAROSCOPIC GYNECOLOGIC SURGERY, COMPLICATED BY PARIETAL (RICHTER) STRANGULATION

Laparoscopic surgery is widely implemented in medical practice, possessing a proven safety. One of its specific complications, although rare, is trocar site hernia (TSH). There are three types of TSH: (1) early-onset type – dehiscence of the anterior and posterior fascial planes, and peritoneum; (2) late-onset type – dehiscence of fascial planes only and (3) special type – dehiscence of the whole abdominal wall with protrusion of viscera. We present two cases of TSH after gynecological laparoscopy, complicated by parietal strangulation of the small intestine. Both patients, aged 53 and 49 years, underwent elective laparoscopic ovarian cystectomy. Patients were discharged in satisfactory condition, but for the 6th and 9th days, respectively, were admitted to department of surgery due to continuous pain in the periumbilical region. Presence of swelling dolor periumbilicale mass was determined during physical examination in only one case. Abdominal x-ray (n=2) and evaluation of intestinal passage (n=1) revealed signs of intestinal obstruction. During the revision of peritoneal cavity through median laparotomy was found parietal strangulation of small intestine loop, localised at 80 cm and 110 cm, respectively, from the ileocecal angle. After releasing of the loop, subumbilical parietal defect was observed by 10-mm trocar site placement (TSH type I). Intestinal loop was assessed as viable in both cases. Parietal abdominal defect was repaired by separate sutures of the aponeurotic plan and peritoneum. The operations were finished with the peritoneal cavity drainage. Postoperative period were uneventful. In the differential diagnosis of abdominal pain after laparoscopic surgery it must be taken into account the possibility of developing of TSH. Parietal abdominal defect after placement of 10 mm trocar needs to be sutured in layers in order to prevent the further occurrence of TSH and its strangulation.

N226

## COMPLICAȚIE GRAVĂ ÎN APENDICITA ACUTĂ (CAZ CLINIC)

Popa V.

Spitalul raional Briceni, secția chirurgie, Briceni, Moldova

Introducere. Tratamentul apendicitei acute la vârstnici necesită eforturi terapeutice – chirurgicale deosebite. În cazurile cu complicație severă letalitatea atinge 60-70%. Scopul. Atenționarea chirurgilor practici la evoluția drastică a apendicitei. Material și metode. Pacientul M. în vârstă de 76 ani internat în secție de chirurgie IMSP a Spitalul Raional Briceni pe 24 noiembrie 2009 la ora 9.40 cu diagnosticul de abdomen acut. S-a îmbolnăvit acum 4 zile în



urmă. Obiectiv: starea gravă, pulsul 116-120, tensiunea arterială 110-60 mmHg. Abdomenul balonat, dureros la palpație cu defense musculare pe tot flancul drept. Datele paraclinice: leucocitoză 23,4; nesegmentate 18%. S-a efectuat radiografia pe gol, USG, laparoscopia. S-a stabilit diagnoza – peritonită purulentă difuză. După pregătire preoperatorie scurtă pacientul a fost operat. Diagnosticul postoperator: Apendicita acută gangrenoasă perforativă. Absces apendicular retroperitoneal, retrocecal. Peritonită purulentă difuză. Perioada postoperatorie cu agravare. Pe 28.XI.2009 s-a solicitat consultația specialistului pe aviasan. Pacientul reoperat cu incizii în regiunea lombară și drenarea flegmonului retroperitoneal și abscesului subdiafragmal. Prin toracocenteză sa drenat cavitatea pleurală. Evoluția ulterioară gravă cu delir în primele 3 zile. Tratament infuzional intensiv, terapia antibacteriană, pansamente agresive (sub anestezie generală i/v), lavaj continuu cu antiseptice. S-a obținut ameliorarea stării pacientului. Pe 09.XII au fost aplicate suturi secundare. Pe 15 XII s-a externat din secție. Concluzii. Adresarea precoce a suferinșilor ar fi momentul optimal de prevenire a urmărilor drastice. Rezolvarea complicațiilor grave necesită eforturi maxime chirurgicale terapeutice inclusiv consultația colegilor experimentați.

## SEVERE COMPLICATION IN ACUTE APENDICITIS (CLINICAL CASE)

Introduction. The management of acute appendicitis in elderly patients has a specific approach. The cases involving severe complications have a mortality rate as high as 60-70%. Aim of this study: To reassure regardfulness of practical surgeons to the drastic evolution of acute appendicitis. Material and methods: Patient M., 76 years old, attended to the division of surgery of Briceni Regional Hospital on the 24<sup>th</sup> of November 2009 at 9:40 AM, diagnosed for acute abdomen. The onset of symptoms was four days before hospitalization. The patient was in a severe state, a bloating abdomen, tenderness at palpation with muscular rigidity involving the right flank. At laboratory findings the white blood count showed leucocytosis – 23,4. X-ray of the abdomen, Ultrasonography and laparoscopy have been performed. The diagnosis of diffuse purulent peritonitis was put. After a short preoperative care the patient underwent surgery. Postoperative diagnosis: Acute gangrenous perforated appendicitis. Retroperitoneal abscess with retrocecal localization. Diffuse purulent peritonitis. The postoperative period with a worsening of the general state. On the 28<sup>th</sup> of November the patient was consulted by "AVIASAN" specialist. The patient was reoperated. A lumbar incision was used to drain the retroperitoneal phlegmon and the subdiaphragmal abscess. Thoracocentesis was performed to drain the pleural cavity. For the following three days the patient has been in a severe, delirious state. Intensive infusional, antibacterial treatment with aggressive wound care (under general intravenous anesthesia), and continuous pleural lavage using antiseptic agents led to improvement of the general state of the patient. Conclusions: The early hospital attendance of patients is crucial for prevention of such severe complications. Management of such complications involves maximal surgical and therapeutic efforts including consultation of more experienced specialists.

N227

## COMPLICAȚIILE SEPTICO-PURULENTE ALE PLĂGILOR COLONULUI PRIN ARMĂ DE FOC

Gligor VI.

Centrul medicilor de familie №3, AMT Botanica, Chișinău, Moldova

Scopul. Ameliorarea managementului chirurgical la pacienți cu plăgi prin arme de foc ale colonului. Material și metode. Sunt analizate – rezultatele tratamentului chirurgical a 162 de pacienți cu plăgi ale colonului în timpul războiului civil din Republica Angola în anii 1990-1993. Au fost observate complicații postoperatorii la 131 (76,7%) răniți în abdomen cu leziuni ale colonului. Relaparatomii au fost efectuate la 29 (16,9%) răniți: una – la 22, două la 5, trei – la 2 răniți. Majoritatea complicațiilor postoperatorii au apărut în primele 8-10 zile după intervenție chirurgicală. Peritonita postoperatorie s-a dezvoltat la 34 (19,8%) răniți. Printre motivele progresiei peritonitei în primul rînd era asanarea incompletă a cavității abdominale – 15 cazuri (44,1%), în al doilea rînd – dehiscență anastomotică și a suturilor intestinului subțire – 9 cazuri (26,5%), în al treilea rînd – eșec anastomotic și a plăgilor colonului – 7 răniți (20,6%). În patru cazuri s-au utilizat relaparotomii programate cu închiderea rănii laparotomice cu fermoar în tratarea finală a peritonitei. Analiza complicațiilor a constatat că au rămas în viață doar acei răniți, la care seria de complicații nu a depășit 4, iar a cei ce au avut 5 și mai multe au decedat. La 24 (32,4%) răniți plăgile purulente erau pe fundalul de peritonită progresivă. Din grupul de răniți cu peritonită postoperatorie progresivă au decedat 29 (85,3%) răniți. Sepsisul a fost diagnosticat la 5 răniți (2,9%) cu leziuni mari ale colonului și ale altor organe abdominale, cu hemoragii masive și șoc sever. Concluzii. O abordare rațională în ce privește complicațiile chirurgicale în comun cu perioada postoperatorie a permis de a reduce mortalitatea la 14,2%.

## SEPTIC COMPLICATIONS OF GUNSHOT LESIONS OF THE COLON

Aim of the study: Improvement of the surgical management of patients with gunshot lesions of the colon. Material and methods: This study includes the analysis of surgical treatment results of 162 patients with colon wounds from the period of the civil war in the Republic of Angola (1990-1993). Postoperative complications were observed at 131 (76,7%) patients with abdominal wounds involving the colon. Relaparotomies were practiced in 29 (16,9%) cases: 22 patients underwent one relaparotomy, 5 patients underwent two, and two patients – three relaparotomies. Most of the postoperative complications have arisen during the first 8-10 days after surgery. Postoperative peritonitis has developed in 34 (19,8%) cases. The main cause of peritonitis progression was the incomplete lavage of the peritoneal cavity – 15 (44,1%) cases, other causes were: dehiscence of the anastomosis with small intestine leakage – 9 (26,5%) cases, anastomotic insufficiency and colon wounds leakage – 7 (20,6%) cases. In four cases planned relaparotomies were practiced using zipper systems until complete eradication of the infectious focus. The analysis showed that the patients who had no more than 4 complications have survived, unlike those who had five or more. In 24 (32,4%) cases the purulent wounds were associated to progressive peritonitis. From the group of patients with progressive postoperative peritonitis 29 (85,3%) have died. Sepsis has been diagnosed in 5 (2,9%) patients, with large lesions of the colon and of other abdominal organs, with massive bleeding and severe shock. Conclusions: A rational approach and management of the surgical complications and postoperative period led to a mortality reduction to 14,2%.

N228

**APENDICITA ACUTA IN TIMPUL SARCINII****Guzun V., Gutu E.***Catedra chirurgie generala, USMF „N.Testemitanu”, Chisinau, Moldova  
Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chisinau, Moldova*

Introducere: Apendicita acuta (AA) este cea mai frecventa boala neobstetricala, care necesita tratament chirurgical in timpul sarcinii. Totodata, manifestarile clinice ale AA la gravide sunt foarte atipice si diverse, ceea ce duce pretutindeni la intirzirea diagnosticului si a interventiei chirurgicale. Material si metode: In perioada 2006- 2011 in Clinica chirurgie generala cu suspactie sporita la AA au necesitat spitalizare 88 gravide. Virsta pacientelor a constituit in medie 24,9 ani (de la 18 la 37 ani). In primul trimestru al sarcinii au fost internate 12 (13,6%) femei, in al doilea - 62 (70,5%) si in al treilea - 14 (15,9%). Diagnosticul de AA la gravide a fost bazat pe datele examenului clinic, rezultatele testelor de laborator, ecografiei transabdominale si ale monitorizarii obstetricale. Rezultate: Decizia in favoarea interventiei chirurgicale a fost luata in 65 (73,9%) cazuri. Dovezi histologice ale inflamatiei acute a apendicelui (apendicita catarala, flegmonoasa sau gangrenoasa) au fost obtinute in 59 (90,7%) din cele 65 cazuri operate. Semne diagnostice veridice in studiul de fata au fost: voma, contractura musculara, iritarea peritoneala, precum si rezultatele scanarii ultrasonore. Complicatii chirurgicale s-au dezvoltat in 5 (7,7%) cazuri, cele obstetricale - in 20 (22,7%). Concluzii: Modificarile anatomice cauzate de uterul gravid, manifestarile normale ale sarcinii, raspunsul inflamator fiziologic - sunt factorii care complica esential diagnosticul de AA in timpul sarcinii. Rata apendicectomiilor negative constituie aproximativ 10% si reflecta dificultatile diagnostice deosebite.

**ACUTE APPENDICITIS DURING PREGNANCY**

Background: Acute appendicitis (AA) is the most common non-obstetrical disease, which requires surgical treatment during pregnancy. However, the clinical manifestations of AA in pregnant women are very atypical and diverse, leading to delayed diagnosis and surgery. Material and methods: In the period 2006-2011 in Department of General Surgery were hospitalized 88 pregnant women for strong suspicion of AA. The average age of patients was 24.9 years (18 to 37 years). In the first trimester of pregnancy were admitted 12 (13.6%) women, in the second - 62 (70.5%), and in the third - 14 (15.9%). The diagnosis of AA in pregnant patients was based on physical examination data, laboratory tests, transabdominal ultrasound, and obstetrical monitoring. Results: A decision to perform the surgery was made in 65 (73.9%) of cases. Histological evidence of acute appendiceal inflammation (catarrhal, phlegmonous, or gangrenous) were obtained in 59 (90.7%) from the 65 operated cases. The most accurate diagnostic signs in the present study were: vomiting, muscular tenderness, peritoneal irritation, and the results of ultrasound scanning. Surgical complications developed in 5 (7.7%) cases, the obstetrical - in 20 (22.7%). Conclusions: Anatomical changes caused by the gravid uterus, normal manifestations of pregnancy, physiological inflammatory response are the main factors, which complicate the diagnosis of AA during pregnancy. Rate of negative appendectomies constitutes about 10% and reflects the specific diagnostic difficulties.

N229

**SINDROM ANTIFOSFOLIPIDIC, COMPLICAT CU NECROZA INTESTINULUI – PREZENTARE DE CAZ****Guțu E., Sochirca M., Punga I., Țăruș A.***Catedra chirurgie generala, USMF „N.Testemitanu”, Chisinau, Moldova*

Introducere: Sindromul antifosfolipidic (SAFL) reprezinta o dereglare autoimuna a coagulării, care conduce la tromboza intravasculara si deseori este asociata cu complicatiile sarcinii. Foarte putine cazuri de ischemie mezenterica clinic evidenta in cadrul SAFL sunt raportate pina in prezent. Material si metode: In Clinica chirurgie generala cu dureri abdominale severe a fost internata o pacienta in virsta de 29 de ani, in perioada de lauzie - 22 zile dupa intreruperea spontana a sarcinii. Laparoscopia diagnostica si laparotomia ulterioara au evidentiat prezenta necrozei unei anse a intestinului subtire, situate aproximativ la un metru de la ligamentul Treitz. S-a efectuat rezectia ansei afectate cu anastomoza termino-terminala. Evolutia postoperatorie a fost favorabila. Rezultate: Diagnosticul SAFL a fost stabilit si confirmat in baza istoricului bolii (4 sarcini intrerupte), analizelor de laborator (trombocitopenie), reactiei imunoenzimaticice (nivelul elevat de anticorpi anti-cardiolipinici si anti-fosfolipidici), CT-arteriografiei abdominale (tromboza venelor porta, lienala si mezenterica superioara), examenului histologic al piesei operatorii (tromboza venoasa si arteriala a mezoului ansei intestinale rezecate). Pacientei i s-a administrat tratament anticoagulant profilactic: aspirina si warfarina, mentinindu-se nivelul INR-ului: 2,0-3,0. Concluzii: La pacientii cu tromboza mezenteriala inexplicabila este importanta examinarea nivelului de anticorpi anti-cardiolipinici si anti-fosfolipidici pentru stabilirea diagnosticului de SAFL si administrarea tratamentului anticoagulant de prevenire a complicatiilor.

**ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME, COMPLICATED BY SMALL BOWEL NECROSIS – CASE REPORT**

Background: Antiphospholipid syndrome (APLS) is an autoimmune disorder of coagulation, which lead to intravascular thrombosis and often is associated with the complications of pregnancy. Cases of clinically evident mesenteric ischemia within APLS are very rare reported. Material and methods: In Department of General Surgery with severe abdominal pain was admitted a woman aged 29 years, 22 days after spontaneous discontinuation of pregnancy. Diagnostic laparoscopy and subsequent laparotomy revealed the presence of necrotic small bowel loop, located approximately at one meter from the Treitz ligament. Resection of affected loop with termino-terminal anastomosis was performed. Postoperative evolution was uneventful.

Results: The diagnosis of APLS was established and confirmed on the basis of history (4 pregnancies interrupted), laboratory tests (thrombocytopenia), enzyme-linked immunosorbent assay (elevated levels of anti-cardiolipin and anti-phospholipid antibodies), abdominal CT-arteriography (thrombosis of portal, splenic and superior mesenteric veins), histological examination of the operative specimen (venous and arterial thrombosis of resected bowel loop mesentery). To the patient was prescribed a prophylactic anticoagulant treatment: aspirin and warfarin, maintaining the INR: 2.0-3.0. Conclusions: Study of the anti-cardiolipin and anti-phospholipid antibodies level is important in patients with unexplained mesenteric thrombosis in order to diagnose the APLS and to administrate the anticoagulant therapy to prevent complications.

N230

## TRATAMENTUL ULCERULUI PERFORAT: COMPARAREA REZULTATELOR

Ghidirim Gh., Șor Elina, Berliba S.

USMF "N. Testemițanu", Catedra Chirurgie nr.1 "N. Anestiadi"

Tratamentul al ulcerului duodenal perforat continuă să fie un subiect controversat. Scopul studiului nostru a fost de a compara rezultatele metodelor laparoscopice de ulcer perforat față de tratamentul chirurgical deschis. Metode: Va prezentam un studiu de pacienti care au suferit un tratament chirurgical din cauza ulcer perforat în Secțiile de chirurgie a CNȘPMU al orașului Chișinău, Moldova. Rezultate: Pacientii care a suferit reparatii laparoscopice necesită cantitatea micșorată a preparatelor analgetice postoperator, au revenit la regimul alimentar normal mai devreme, și a avut o scurtă ședere în spital postoperator. Concluzie: Tratament laparoscopic al ulcerului perforat este o metoda avantajoasă comparativ o intervenție chirurgicală deschisă, permite reducerea perioadei postoperatorie, micșorând numărul de zile- pat și cantitatea analgeticelor, restabilirea rapidă a transitul intestinal. Acesta poate fi considerată ca o opțiune de tratament sigură pentru pacienții selectați în practica clinică de rutină.

## THE TREATMENT OF A PERFORATED ULCER: COMPARISON OF RESULTS

Treatment of the perforated ulcer continues to be a controversial subject. The purpose of our study was to compare the results of laparoscopic methods of perforated ulcer versus open surgical treatment. Methods: We present a study of patients who underwent surgical treatment due to perforated ulcer in the surgical department of the Republican Emergency hospital of city of Kishinev, Moldova. Results: Patients underwent laparoscopic repair required less analgesic postoperatively, returned to normal diet earlier, and had a shorter postoperative hospital stay. Conclusion: We conclude that laparoscopic repair of perforated peptic ulcer is advantageous to open surgery by less postoperative pain, earlier return to normal diet, and earlier discharge from hospital. It may be considered as a safe treatment option for selected patients in routine clinical practice.

N231

## COMPLICAȚIILE LAPAROTOMIEI NONCURATIVE ÎN PLĂGILE ABDOMINALE PENETRANTE

Țințari S., Ghidirim Gh., Rojnoveanu Gh., Gagauz I, Ignatenco S.

Catedra Chirurgie N1 „N. Anestiadi” USMF „N. Testemițanu” Chișinău, R. Moldova

Introducere. Unul dintre argumentele în favoarea laparotomiei exploratorii în traumatismul abdominal deschis convocat de adeptii tacticii este evoluția postoperatorie lejeră, fără complicații, în absența leziunilor intraabdominale semnificative. Scopul. Analiza complicațiilor postoperatorii în laparotomiile nonterapeutice pe motiv de plăgi abdominale penetrante. Material și metodă. Studiu retrospectiv a pacienților spitalizați în CNȘPMU ce au suportat laparotomie pe motiv de traumatism abdominal penetrant. Complicație a fost considerată orice abatere de la evoluția postoperatorie favorabilă în baza unor criterii cert definite. Rezultate. Din 198 laparotomii efectuate în 64 luni, au fost selectate 67(33,8%) ce corespund criteriilor propuse. Incidența anuală a laparotomiilor curative a variat în limitele 47,5-94,4%. Au fost înregistrate următoarele complicații postoperatorii: atelectazii pulmonare – 3(4,5%), pneumonie – 3(4,5%), insuficiență respiratorie – 1(1,5%), hipotensiune intraoperatorie – 1(1,5%), colecții intraabdominale – 3(4,5%), supurații parietale – 2(3%), incidente intraoperatorii – 1(1,5%), ileus postoperator – 5(7,5%), ocluzie aderentă – 2(3%), psihoze – 7(10,4%), febră neexplicată – 20(29,9%), complicații multiple au evoluat la 9(13,4%) pacienți. În 2 cazuri de ocluzie intestinală mecanică s-a reintervenit prin relaparotomie și visceroliză într-un caz și aplicarea ileostomiei terminale într-alt caz. Durata medie de spitalizare în absența complicațiilor a fost  $6,2 \pm 0,3$  și  $9,65 \pm 0,9$  zile la evoluția acestora ( $p < 0,001$ ). Concluzii. Laparotomia nonterapeutică în traumatismele abdominale deschise comportă o rată mare de morbiditate postoperatorie. Deși majoritatea sunt minore, intervenția nu este lipsită de riscul evoluției complicațiilor severe, potențial fatale. Acestea, chiar și minore, determină o sporire semnificativă a duratei de spitalizare și a riscurilor pentru pacient. Cuvinte cheie: plăgi abdominale, laparotomie nonterapeutică, complicații

## COMPLICATIONS OF NON-THERAPEUTIC LAPAROTOMY FOR PENETRATING ABDOMINAL WOUNDS

**Introduction.** One of the arguments in favor of exploratory laparotomy in abdominal trauma is harmless of the procedure in the absence of significant abdominal injuries and uneventful postoperative recovery. **Purpose.** Postoperative complications analysis of nontherapeutic laparotomies for penetrating abdominal wounds. **Materials and methods.** A retrospective study of patients hospitalized in our center who underwent non-therapeutic laparotomy for penetrating abdominal trauma. Complication was considered any deviation from uneventful postoperative evolution upon clearly defined criteria. **Results.** Overall 198 laparotomies were performed during 64 months, 67 (33.8%) non-therapeutic intervention were identified. The annual rate of therapeutic laparotomies ranged from 47.5 to 94.4%. Following postoperative complications were recorded: postoperative atelectasis – 3(4.5%), pneumonia – 3(4.5%), respiratory failure – 1(1.5%), intraoperative hypotension – 1(1.5%) intraabdominal abscess – 3(4.5%), wound sepsis – 2 (3%), intraoperative incidents – 1(1.5%), postoperative ileus – 5(7.5%), adhesive bowel obstruction – 2(3%), psychosis 7(10.4%), unexplained fever – 20(29.9%) and 9(13.4%) patients had multiple complications. Two cases of bowel obstruction required repeated surgery, viscerolysis (n=1) and terminal ileostomy (n=1). The mean hospital stay for patients undergoing uncomplicated non-therapeutic laparotomy was 6.2±0.3; for those with complications it was 9.65±0.9 days (p<0,001). **Conclusions.** Non-therapeutic laparotomy for penetrating abdominal trauma entails an important morbidity rate. Although most are minor, intervention is not without risk of severe, potentially fatal postoperative complications. Complications, even minor results in a significant increase in the hospital stay as well as additional patient's risk. **Key words:** penetrating abdominal trauma, nontherapeutic laparotomy, complication

N232

## ABORDAREA DIFERENȚIATĂ A TRAUMATIZAȚILOR CU PLĂGI ABDOMINALE –EXPERIENȚA CNȘPMU

Țințari S., Ghidirim Gh., Rojnovanu Gh., Gagauz I, Gafton V.

**Introducere.** Din lipsa unui algoritm unanim acceptat abordarea traumatizațiilor cu plăgi abdominale variază de la laparotomie mandatorie la conduită nonoperatorie în cazuri selectate. **Tactica** se elaborează în funcție de preferințele personale ale chirurgului și tradițiile clinicii. **Scopul.** Analiza comparativă a rezultatelor diferitor căi de abordare diagnostico-curativă a traumatizațiilor cu plăgi abdominale. **Material și metode.** Studiu demarat în 2006-2010, include 469 pacienți consecutivi cu traumatism abdominal deschis spitalizați în CNȘPMU. Sumar în lot au fost pacienți cu: plăgi penetrante – 245; nepenetrante – 210; neconcludente – 14. Pe parcursul perioadei de referință tactica de abordare a evoluat de la laparotomie exploratorie (2006-2007) spre laparoscopie diagnostică (2008-2009) și în final – prin abordare nonoperatorie (2010). **Rezultate.** Incidența laparoscopiilor pozitive a sporit de la 39.5% la 82.4%. Rata laparotomiilor terapeutice a constituit 47.5-54.5% pentru laparotomia „de rutină”, 56.7-65,8% – pentru laparoscopia diagnostică și de 94.4% – pentru examenul clinic. Durata spitalizării a diminuat de la 9,68±0,75 pentru abordarea laparotomică la 5,03±0,62 zile pentru cea nonoperatorie (p<0,001). **Concluzii.** Laparotomia „de rutină” pentru traumatismul abdominal deschis determină o rată inacceptabil de mare de intervenții inutile. Laparoscopia diagnostică este miniinvasivă, diminuează incidența laparotomiilor „albe”, însă metoda are acuratețe joasă și generează un număr mare de proceduri inutile. Abordarea nonoperatorie minimizează rata intervențiilor invazive și reduce semnificativ durata spitalizării. Pacienții cu traumatism abdominal deschis necesită abordare diferențiată în baza examenului clinic. **Cuvinte cheie:** traumatism abdominal deschis, tactica medico-chirurgicală diferențiată

## DIFFERENTIATED APPROACH IN PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA, ONE CENTER EXPERIENCE

**Introduction.** Due to the lack of an unanimous accepted approach of traumatized with penetrating abdominal wounds the algorithm is ranging from mandatory laparotomy to nonoperative in selected cases. **Tactics** are developed according to the surgeon's personal preferences and traditions of the clinic. **Purpose.** Comparative analysis of the results of various approaches in this kind of trauma. **Materials and methods.** Study was performed in 2006-2010, includes 469 consecutive patients with penetrating abdominal trauma hospitalized in Chisinau emergency hospital. The injury of peritoneum was present in - 245; absent in - 210; inconclusive - 14. During the reported period tactical approach evolved from exploratory laparotomy (2006-2007), to diagnostic laparoscopy (2008-2009) and finally - the nonoperative approach (2010). **Results.** The incidence of positive laparoscopy increased from 39.5% to 82.4%. The rate of therapeutic laparotomies was 47.5-54.5% for “routine” laparotomy group, 56.7-65.8% for diagnostic laparoscopy group and 94.4% - for clinical examination group. Duration of hospital stay decreased from 9.68±0.75 for the mandatory laparotomy approach to 5.03±0.62 days for the nonoperative group (p <0.001). **Conclusions.** Mandatory laparotomy for penetrating abdominal trauma causes an unacceptably high rate of nontherapeutic interventions. Diagnostic laparoscopy is minimally invasive, reduces the incidence of unnecessary laparotomies, but the method has low accuracy and generate a large number of useless procedures. Selective nonoperative approach minimizes the rate of invasive interventions significantly reduce the hospital stay. Patients with penetrating abdominal trauma require individual approach based on clinical examination. **Key words:** penetrating abdominal trauma, differentiated approach

N233

## PERITONITĂ SPONTANĂ CHILOASĂ ACUTĂ. CAZ CLINIC

Mișin I., Ghidirim Gh., Vozian M.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu" Catedra Chirurgie Nr.1 "N. Anestiadi"

Durerea abdominală acută cu sindrom peritonitic cauzate extravazarea limfei în cavitatea peritoneală este o patologie rară și este des confundată cu alte cauze de abdomen acut. Diagnosticul de peritonită chiloasă spontană este rareori suspectat preoperator. Raportăm un caz al unei paciente de 81 ani cu simptome tipice de abdomen acut. Examenul sistemic a fost neinformativ. Abdomenul a fost moderat balonat, dolor difuz. A fost efectuată laparoscopia cu diagnostic prezumptiv de ischemie mezenterică. S-a depistat 150 ml de lichid chilos pe flancuri, bazinul mic și interintestinal fără semne de altă patologie. Cavitatea peritoneală a fost drenată cu trei drenuri. Examenul de laborator al lichidului chilos din cavitatea peritoneală a demonstrat concentrația de trigliceride 5,4 mmol/L, colorarea cu Sudan Red a fost pozitivă pentru globule lipidice. A fost sistată nutriția enterală cu NPT și octreotide în doză 100 µg 3 ori pe zi pentru cinci zile. Volumul de eliminare pe drenuri a fost: I zi - 500 mL, II zi - 300 mL, III zi - 100, IV zi - 0 ml. Drenurile au fost suprimate la ziua IV. Pacienta a urmat dietă cu conținut redus de lipide și s-a recuperat fără sechele la control peste 6 luni. Monitorizarea a inclus markerii oncologici, radiografia toracelui și TC abdomenului (la 3 și 6 luni). În concluzie, am descris un caz rar de peritonită chiloasă acută care s-a manifestat drept ischemie mezenterică, însă fără de a identifica cauza. Acest caz subliniază importanța laparoscopiei în diagnosticul precoce al abdomenului acut indiferent de etiologie și în management-ul acestei patologii, precum și rolul octreotidei.

## ACUTE CHYLOUS SPONTANEOUS PERITONITIS. CASE REPORT

Acute abdominal pain with peritonitis syndrome due to sudden extravasation of lymph into the peritoneal cavity is a rare condition that is often mistaken for other causes of acute abdomen. The diagnosis of spontaneous chylous peritonitis is rarely suspected preoperatively. We report a case of a 81 years old female presented with typical symptoms of acute abdomen. Systemic examination was unremarkable. The abdomen was slightly distended, and there was diffuse tenderness. Acute mesenteric ischemia was suspected and diagnostic laparoscopy performed. Laparoscopy revealed free milky fluid on the flanks, in the pelvis and between intestinal loops with an approximate amount of 150 ml and no obvious signs for any underlying pathology were found. Three drainage tubes were inserted in the peritoneal cavity. The laboratory tests of the chylous fluid from the peritoneal cavity showed triglycerids concentration of 5,4 mmol/L, staining with Sudan Red stain was positive for fat globules. We started a fasting diet for the patient, TPN and octreotide at a dose of 100 µg 3 times daily for five days. Amount of fluid drainage was: day 1 - 500 mL, day 2 - 300 mL, day 3 - 100, day 4 - 0 mL. Drainage tubes were removed on the day 4. The patient commenced a low-fat diet, and was recovering well after a 6-month follow-up. Follow-up was achieved with oncological markers, chest X-ray and computed tomography (CT) scan of the abdomen (at 3 and 6 months). In conclusion, we have described a rare case of acute chylous peritonitis that mimicked acute mesenteric ischemia, but could not identify the cause. This case points out the role of laparoscopy in the early diagnosis of acute abdomen, regardless of the suspected etiology and in initial management of this condition, as well as the role of somatostatin analogue, octreotide.

N234

## DIVERTICULUL MECKEL

Ghidirim Gh., Mișin I., Vozian M., Zastavnițchi Gh.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu" Catedra Chirurgie Nr.1 "N. Anestiadi"

Diverticulul Meckel reprezintă un rudiment al ductului omfalomezenteric, fiind cea mai frecventă anomalie a tubului digestiv, constituind 1-4%. DM este depistat în circa 2% din totalul laparotomiilor, fiind simptomatic în doar ¼ din cazuri, acesta predominând la bărbați. Prezentăm rezultatele unui studiu retrospectiv bazat pe analiza fișelor de observație clinică, a examenelor paraclinice și a rezultatelor tratamentului chirurgical, aplicat la 18 pacienți cu DM. Bărbați au fost 66,7% (n=12), iar femei - 33,3% (n=6), raportul B:F fiind de 2:1. Vârsta medie a pacienților - 35.83±3.7 (15-69) ani. Conform manifestărilor clinice, pacienții au fost repartizați în două loturi: asimptomatic (n=2) și simptomatic (n=16). În toate cazurile de DM simptomatic diagnosticul a fost stabilit intraoperator. Diagnosticul preoperator în lotul simptomatic a fost: apendicită acută 43,75% (n=7), ocluzie intestinală 37,5% (n=6), ulcer perforat 12,5% (n=2), hernie inghinoscrotală strangulată 6,25% (n=1). Lungimea diverticulului în lotul simptomatic a fost 5.75±0.61 cm, în lotul asimptomatic - 3.5±0.5 cm. La examenul histologic țesut heterotopic n-a fost confirmat, DM fiind tapetat cu mucoasă intestinală normală. Volumul intervenției a fost: rezecție cuneiformă (88,3%) și rezecție cu anastomoză termino-terminală (11,7%). Diverticulul Meckel este cea mai frecventă anomalie a tractului digestiv. Complicațiile sunt mai frecvente în populația pediatrică, însă se manifestă și la adulți. Cele mai frecvente complicații sunt hemoragia, ocluzia intestinală înaltă și diverticulita. Diagnosticul preoperator al diverticulului Meckel complicat este dificil, deoarece datele clinice și imagistice se suprapun cu alte patologii inflamatorii acute abdominale. Tactica chirurgicală agresivă în caz de diverticul necompliat este argumentată, ratele morbidității și mortalității fiind reduse. Decizia finală de a rezeca DM asimptomatic trebuie să aparțină, totuși, chirurgului operator.

## MECKEL'S DIVERTICULUM

Meckel's diverticulum is the most frequent digestive tract anomaly (1-4%) and represents a rudimentary omphalomesenteric duct. MD is found in 2% of laparotomies and is symptomatic in ¼ cases, predominantly in male patients. We present herein a retrospective study of patients' files, paraclinical data and results of surgical treatment of 18 patients with MD. There were 66,7% (n=12) male, and 33,3% (n=6) female patients, M:F ratio was 2:1. Median age - 35.83±3.7 (15-69) years. According to clinical features patients were divided in two groups: asymptomatic (n=2) and symptomatic (n=16). In all symptomatic cases MD was diagnosed intraoperatively. The preoperative diagnosis in symptomatic group was: acute appendicitis 43,75% (n=7), intestinal obstruction 37,5% (n=6), perforated ulcer 12,5% (n=2), strangulated inguinoscrotal hernia 6,25% (n=1). In symptomatic group length of the diverticulum was 5.75±0.61 cm, in asymptomatic group - 3.5±0.5 cm. Histologically no evidence of heterotopic tissue was found, all the MD were

lined with normal intestinal mucosa. Type of surgery used: wedge resection (88,3%) and resection with termino-terminal anastomosis (11,7%). Meckel's diverticulum is the most frequent digestive tract anomaly. Complications occur more frequently in children, but may be seen as well in adults. The most frequent complications are: bleeding, proximal intestinal obstruction and diverticulitis. Because clinical and imagistic data interfere with other acute inflammatory abdominal diseases preoperative diagnosis is difficult. Aggressive surgical treatment in noncomplicated MD is argued, morbidity and mortality rates being low. The final decision to resect an asymptomatic MD should belong however to the surgeon.

N235

## MORTALITATEA PRESPITALICEASCĂ ÎN TRAUMATISMUL PELVIO-ABDOMINAL

Paladii I., Ghidirim Gh., Kusturov V., Mahovici I., Vizitiu A.

*Clinica Chirurgie N1 "N. Anestiadi", Laboratorul Chirurgie HPB, USMF „N. Testemițanu”, Chișinău*

Mortalitatea în traumatismul pelvio-abdominal sever atinge 90-100%. Scopul: Studiarea cauzelor mortalității prehospitalicești în traumatismul pelvio-abdominal. Material și metode: Este prezentată analiza protocoalelor autopsiilor patomorfologice, efectuate în Centrul de Medicina Legală RM, a 32 de victime cu leziuni pelvio-abdominale. Caracteristica grupului, în conformitate cu datele ambulanței: pe loc decedați-28, în termen de 30 min-4 persoane. Barbați-21(65,62%), femei-11(34,37%). Vârsta medie a victimelor 45,84±16,35 ani. Cauzele traumei: katatrauma-11(34,37%), compresie-1(3,12%), accidente rutiere-20(62,5%), inclusiv: pietoni-18(56,25%), pasageri-2(6,25%) victime. Metode de studiu: cercetare patomorfologice a decedaților cu depistarea numărului și gradului de afectare a organelor interne. Pentru a evalua gravitatea traumatismului a fost folosită valoarea medie a grilei: AIS, ISS, ICTO(ЦИТО). Rezultate: Distribuția victimelor cu traumatism combinat în grupuri clinice, în conformitate cu clasificarea B.A Соколов, a fost următoarea: trauma cranio-cerebrală-24(75%) persoane, dintre ele cu fracturi oaselor bazei craniului-8(25%); cu întreruperea completă a măduvei spinării - 8(25%); trauma toracelui-32(100%), din ele ruptura plămânilor-9(28,12%), ruptură aortei-10(31,25%); traumatism abdominal- 32(100%); trauma aparatului locomotor- 28(87,5%) victime. Leziunile dominante în traumatism abdominal au fost organele parenchimatose: ficat-21(65,62%), splină- 20(62,5%), rinichi-12(37,5%) victime. Fracturile oaselor bazinului au fost constatate: de tip A-7(21,87%), de tip B-9(28,12%), de tip C- 16(50%) afectați. Gradul severității traumatismului constituia: AIS=19,06±5,37; ISS=85,9±31,86, ICTO=12,71±4,27 puncte. Concluzii: Cauza principală a traumei pelvio-abdominale s-a dovedit a fi accidentele rutiere, care au provocat deces la 62,5%. Mortalitatea prehospitalicească a accidentaților este condiționată de severitatea și multitudinea leziunilor organelor vitale.

## PREHOSPITAL MORTALITY IN PELVIO- ABDOMINAL TRAUMA

Mortality in severe pelvio-abdominal trauma increases to 90-100%. Aim: To study the causes of prehospital mortality in pelvio-abdominal trauma. Material and methods: Analysis of the protocols of pathological anatomical autopsy carried out at Forensic Medicine Center, of 32 victims with pelvio-abdominal trauma, was presented. Characteristic of the group: according to the emergency service physicians: died at the scene- 28, and 4 person within 30 min. There were 21(65,62%) men and 11(34,37%) women. The average age of victims was 45,84±16,35 years. Methods of research: pathological anatomical study of patients assessing the number and degree of damage of internal organs. To assess the severity of damage, the average value of the scale AIS, ISS, ICTO(ЦИТО) were used. Results: Causes of injury: falling- 11(34,37%), compression-1(3,12%), road accidents 20(62,5%), including pedestrians-18(56,25%), passengers-2(6,25%) victims. Distribution of the victims with combined trauma in clinical groups, according to the classification B.A Соколова, was as follows: cranio-cerebral-24(75%) persons, of them with damage of the bones of the skull base-8(25%); spinal cord injury with complete interruption of spinal cord-8(25%); chest injury-32(100%), of them lung rupture-9(28,12%), rupture of the aorta-10(31,25%); abdominal trauma- 32(100%); damage of the extremities-28(87,5%) victims. The dominant lesions in the abdominal trauma were: the liver in 21(65,62%), spleen-20(62,5%), kidney-12(37,5%) victims. Damage of the pelvic bones was: type A- 7(21,87%), type B-9(28,12%), type C-16(50%) affected. The severity of injury was: AIS=19,06±5,37; ISS=85,9±31,86, ICTO=12,71±4,27 points. Conclusion: The main reason of pelvio-abdominal trauma are traffic accidents, whose share amounted to 62,5%. Prehospital mortality of patients is due to the severity of injuries and multiple injuries of vital organs.

N236

## TRATAMENTUL COMPLEX AL LEZIUNILOR CUTIEI TORACICE LA PACIENȚII CU POLITRAUMATISM

Kusturov V., Kusturova Anna , Paladii Irina

*Clinica Chirurgie N1 "N. Anestiadi", LGPB, CNȘPMU, L."Politruma", Chișinău*

Una dintre cele mai grave leziuni în structura politraumatismului este asocierea cu trauma cutiei toracice. Material și metode: Studiu efectuat asupra 148 pacienți cu politraumatism: lezarea grilajului costal, organelor cutiei toracice, abdomenului; fracturile oaselor bazinului, etc. Cauzele traumei: în 81,76%-accidente rutiere, 14,19%- catatraume; 4,1%-leziuni de uz casnic. Pacienții examinați în conformitate cu algoritmul adoptat, efectuată radiografia cutiei toracice, USG cavității pleurale, spiromograma. Fracturile coastelor la 148 de pacienți: multiple-136(91,89%), unice-12(8,1%); unilaterale-97(65,54%), bilaterale-51(34,46%); depistate fracturi: sternului-16, clavicula-32, scapula-23, extremitățile superioare-68, bazinul-104 și extremitățile inferioare-87 cazuri. S-a constatat: pneumotorace-13(8,78%), hemotorace-43(29,05%), hemopneumotorace-69(46,62%) și fără complicații-23(15,54%)

cazuri. Succesul în tratamentul depinde de restabilirea rapidă a căilor respiratorii, decolabarea pulmonilor și eliminarea sângelui, aerului din cavitatea pleurală, "stabilizarea valvulei costale" și anestezia ulterioară adecvată. După optimizarea indicilor hemodinamici a fost efectuată stabilizarea grilajului cutiei toracice, osteosinteza fracturilor sternului (n=14), claviculei (n=32), scapulei (n=16) și coastelor (n=12), în legătura cu menținerea deformăției peretelui cutiei toracice. În perioada de reabilitare se menținea permeabilitatea căilor respiratorii. În acest scop, se efectua sanarea tracheobronșială cu bronhoscopia terapeutică cu expectoranți și substanțe bronholitice, inhalarea de aerosoli și terapia magnetică. Concluzia: Analiza rezultatelor tratamentului sugerează, că trauma cutiei toracice la pacienții cu leziuni multiple prelungește perioada preoperatorie (13,31±1,2 zile). Principalele motive: distrugerea masivă a grilajului cutiei toracice, complicată cu hemoragie intrapleurală (n=112), pneumonie posttraumatică (n=14) și tromboza ramurilor mici ale arterei pulmonare (n=5).

## COMPLEX TREATMENT OF THORACIC INJURIES IN POLYTRAUMA PATIENTS

Associated thoracic injuries are one of the most severe lesions in the structure of polytrauma. Materials and methods: We present treatment outcomes of 148 polytrauma patients with rib cage and thoracic organ lesions, abdomen injuries, fractures of the pelvis and extremities bones. The cause of trauma was: traffic accident (81,76%), fall from height (14,19%), habitual trauma (4,1%). A complex examination was performed according to our algorithm also included thoracic X-ray with rib fractures marks, ultrasound of the pleural sinuses, spirometry. Rib fractures were in 148 cases, multiple- in 136 (91,89%) patients. Unilateral rib fractures were in 97 (65,54%) cases, bilateral- in 51 (34,46%). Fractures of the sternum were in 16 cases, clavicle- 32, scapula- 23, upper limbs- 68, pelvis - 104, lower limbs - 87. Pneumothorax was in 13 (8,78%), hemothorax - 43 (29,05%), hemopneumothorax - 69 (46,62%). Complications were absent in 23 (15,54%) patients. The success of treatment depends on quick restoration of the airways and lung excursion, elimination of blood and air from the pleural cavity, removal of paradox breath, "rib valve stabilization", following by adequate anesthesia. Stabilization of the rib cage, osteosynthesis of sternum (n=14), clavicle (n=32), scapula (n=16) and ribs (n=12) were performed after hemodynamic optimization and removal of the respiratory insufficiency. The airways were maintained during the rehabilitation period. Sanitation of the tracheobronchial tree with the use of therapeutic bronchoscopy was performed, expectorant and bronchodilator drugs, inhalations were used, etc. Conclusions: chest trauma in patients with multiple injuries increases preoperative period by 13,31±1,2 days. The main causes were massive lesions of the rib cage complicated with intrapleural hemorrhage (n=112), posttraumatic pneumonia (n=14), thrombosis of the small branches of pulmonary artery (n=5).

N237

## SEVERITATEA GRADULUI TRAUMATISMULUI ZONEI PELVIO-ABDOMINALE

Paladii I., Ghidirim Gh., Kusturov V., Vizitiu A.

USMF „N. Testemițanu”, Clinica Chirurgie N1 "N. Anestiadi", Laboratorul Chirurgie HPB, Chișinău

Scopul: Studiarea acțiunii traumatismului bazinului a zonei pelvio-abdominale asupra gradului de severitate a victimelor la spitalizare. Material și metode: Este prezentată o analiză a 195 pacienți cu traumatism asociat, complicat cu hematom retroperitoneal și divizat în două loturi, statistic relativ omogene. Lotul de studiu-152 pacienți cu traumatism pelvio-abdominal. Barbați - 104 (68,42%), femei-48 (31,57%), vârsta medie-38,81±16,03 ani. Fracturile oaselor bazinului constatate: tip A- 58 (38,15%), tip B-40 (26,31%), tip C-54 (35,52%) pacienți. Lotul de control-43 pacienți cu traumatism abdominal asociat, fără trauma bazinului. Bărbați-36 (83,72%), femei- 7 (16,27%), vârsta medie-41,37±16,74. Pacienții cu hemodinamica stabilă au fost examinați după schema standardă. Examinarea clinică a fost efectuată cu aprecierea gravității leziunilor după scorul: GCS (Glasgow), indicele de șoc Algoter (SIA), AIS, ISS. Leziunile bazinului repartizate conform clasificării AO/ASIF. Rezultate: Valoarea totală a severității lezărilor în grupul de studiu la internare a fost: GCS=11,03±3,34; SIA=1,36±0,62; AIS=11,32±3,54; ISS=38,84±6,76 puncte. Valoarea totală a severității lezărilor în grupul de control a fost: GCS=12,06±2,78; SIA=1,07±0,58; AIS=7,97±3,42; ISS=29,51±15,78 puncte. Compararea estimărilor severității a arătat că gravitatea traumatismului în grupul de pacienți cu fracturi a oaselor bazinului este mai mare decât în grupul de control. În traumatismul pelvio-abdominal, mobilizarea precoce a bazinului este un factor important, care permite prevenirea hemoragiilor masive pelviene, astfel acționând la reducerea severității traumatismului. Concluzii: Fracturile oaselor bazinului de diferite grade de lezare agravează starea accidentaților. Stabilirea precoce și corecția cu restabilirea anatomiei și funcției inelului pelvian, în fracturi de tip A,B,C sunt condițiile principale în nivelarea gradului de gravitate și a termenelor de restabilire a funcției.

## THE SEVERITY OF DAMAGE IN PELVIO-ABDOMINAL TRAUMA

Aim: To study the impact of damage to the pelvis on the severity of damage in pelvio-abdominal trauma, suffered during hospitalization. Material and methods: Analysis of injury severity of two relatively homogeneous groups statistically affected. Study group-152 patients with pelvio-abdominal trauma. There were 104 (68,42%) men and 48 (31,57%) women. The average age of patients was 38,81±16,03 years. Damage to the pelvic bones stated: type A-58 (38,15%), type B-40 (26,31%), the C-54 (35,52%) patients. Control group-43 patients with combined abdominal trauma, without damage to the pelvis. There were 36 (83,72%) men and 7 (16,27%) women. The average age of patients was 41,37±16,74 years. Patients with stable hemodynamics were examined according to the standard scheme. Clinical examination was carried by assessing the severity of injuries on the following scales: GCS (Glasgow), shock index Algoter (SIA), AIS, ISS. It was performed: X-ray examination of the pelvis, USG, CT (if indicated). Pelvic injuries were divided according to the classification AO/ASIF. Results: The total severity of injury on admission in the study group was: GCS=11,03±3,34; SIA=1,36±0,62; AIS=11,32±3,54; ISS=38,84±6,76 points. The total severity of injury on admission in the control group was: GCS=12,06±2,78; SIA=1,07±0,58; AIS=7,97±3,42; ISS=29,51±15,78 points. Comparison of estimations of injury severity showed, that the severity of damage in the study group is higher than in the control group. In pelvio-abdominal trauma, early mobilization of the pelvis is an important factor that allows to prevent massive pelvic hemorrhage, subsequently leading to reduction of the severity of damage. Conclusions: Fractures of the pelvic bones of different degree of damage aggravate the state of the victims. Early mobilization and correction by restoring the anatomy and function of the pelvic ring fractures type A,B,C are the principal conditions in diminishing the severity and time of restoration of the function.

N238

## TRAUMATISM ASOCIAT SEVER: TIPUL DE LEZARE A BAZINULUI- FACTOR DETERMINANT ÎN GRAVITATEA TRAUMEI

Paladii I., Ghidirim Gh., Kusturov V., Vizitiu A.

USMF „N. Testemițanu”, Clinica Chirurgie N1 “N. Anestiadi”, Laboratorul „Chirurgie HPB”, Chișinău

Scopul: De a studia influența tipului fracturii bazinului asupra gravității traumei asociate. Material și metode: Este prezentată analiza a 152 fișe de observații cu traumatism asociat. Din cei 152 de pacienți numărul și proporția de observații cu fracturi pelviene de tip A- 58(38,15%), de tip B-40(26,31%), de tip C-54 (35,52%) pacienți. Leziunile intra abdominale: ficat- 37(24,34%), splina- 44(28,94%), rinichii- 21(13,81%), intestinul- 34(22,36%), vezica urinară- 20(13,15%) cazuri, la toți pacienții s-a constatat hemoragii retroperitoneale. Valoarea totală a severității leziunilor: AIS=11,32±3,54; ISS=38,84±6,76 puncte. Mortalitatea- 41,44%(63 pacienți). Rezultate: Cel mai numeros a fost grupul cu fracturi a bazinului de tip A-58(38,15%), cu subtipul A2-55 de pacienți. Bărbați- 41, femei- 17, vârsta medie 37,31±15,49 ani. AIS=10,63±3,71; ISS=36,08±17,05. Mortalitatea în grupul cu fracturi pelviene de tip A-27,58%(16 pacienți), A2-25,45%(14), A3-66,66%(2 pacienți). În grupul cu fracturi pelviene rotațional instabile de tip B- 25 de bărbați și 15 femei, total- 40(26,31%)pacienți. Vârsta medie a pacienților 44,87±17,44 ani. AIS=10,9±3,12; ISS=35,85±15,81. Mortalitatea în grupul cu fracturi pelviene de tip B, a fost de 45%(18 pacienți), B1-42,85%(9 pacienți); B2-41,17%(7), B3- 100%(2 pacienți). În grupul cu fracturi pelviene rotațional vertical instabile de tip C-54 (35,52%)pacienți. Bărbați-37, femei-17, vârsta medie 35,94±14,21ani. AIS=12,3±3,41; ISS=43,63±15,98. Mortalitatea în grupul cu fracturile bazinului de tip C-53,7%(29 pacienți), C1-50%(20 pacienți), C2-44,44%(4), C3-100%(5 pacienți). Concluzie: Unul dintre factorii care determină gravitatea traumei asociate este tipul de fractură pelviană. Aplicarea stabilizării precoce a bazinului permite de a crea condiții favorabile pentru tratamentul lezărilor concomitente. Rata sporită de mortalitate s-a constatat în fracturile bazinului de tip B3; C1-3.

### THE SEVERE ASSOCIATED TRAUMA: THE TYPE OF PELVIC INJURY AS A FACTOR IN THE SEVERITY OF TRAUMA

Aim: To explore whether there is a pelvic fracture type influence on the severity of damage in associated trauma. Material and methods: Analysis of injuries of the pelvis in 152 patients with associated trauma, has been presented. Of 152 patients the number and proportion of observations with pelvic fractures type A constituted 58(38,15%), type B-40(26,31%), type C-54(35,52%) patients. Abdominal lesions: liver-37(24,34%), spleen-44(28,94%), kidney-21(13,81%), intestine-34(22,36%), urinary bladder-20(13,15%) cases, all patients had the retroperitoneal hematoma. The total value of the injury severity was: AIS=11,32±3,54; ISS=38,84±6,76 points. Mortality 41,44%(63 patients). Results: The most numerous was the group with pelvic fractures type A-58(38,15%), A2-55 patients. There were 41 men, 17 women, mean age comprised 37,31±15,49 years. AIS=10,63±3,71; ISS=36,08±17,05. Mortality in the group with pelvic fractures type A was 27,58%(16), A2-25,45%(14), A3- 66,66%(2 patients). Of 40(26,31%) patients, there were 25 men, 15 women, in the group with rotational-unstable pelvic fracture type B. The average age of patients was 44,87±17,44 years. AIS=10,9±3,12; ISS=35,85±15,81. Mortality in the group with pelvic fractures type B was 45%(18), B1-42,85%(9); B2-41,17%(7), B3-100%(2 patients). There were 54(35,52%) patients in the group with rotational-vertically- unstable pelvic fractures type C. Male constituted-37, female-17, mean age was 35,94±14,21 years. AIS=12,3±3,41; ISS=43,63±15,98. Mortality in the group with pelvic fractures type C was 53,7%(29), C1-50%(20), C2-44,44%(4), C3-100%(5 patients). Conclusion: One of the factors influencing in the severity of associated trauma is the type of pelvic fracture. Application of an early stabilization of the pelvis allows to create favorable conditions for the treatment of other injuries. The highest mortality rate was stated in victims with fractures of the pelvis type B3; C1-3.

N239

## FACTORII PROGNOSTICI DE DECES ÎN TRAUMATISMUL, COMPLICAT CU HEMORAGIE RETROPERITONEALĂ

Paladii I., Ghidirim Gh., Kusturov V., Beschieru E., Mahovici I., Vizitiu A., Gheorghiuța V.

Clinica Chirurgie N1 “N. Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie HPB,  
USMF „N. Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Prezența unei leziuni retroperitoneale, complicată cu hemoragia retroperitoneală (HRP) este un factor problematic în diagnostic, tratament, agravând prognosticul favorabil traumatizațiilor. Scopul: Analiza factorilor de deces în traumatismul, complicat cu hemoragie retroperitoneală. Material și metode: Studiul include 195 victime cu traumatism, complicat cu HRP. Mortalitatea a constituit 36,92%(72). Cauzele traumatismului: accidente rutiere-109(55,89%), catatrauma-59(30,25%), strivire-11(5,64%), lovituri directe-8(4,1%), alte cauze-8(4,1%). Algoritmul de conduită medico-chirurgicală a depinde de stabilitatea hemodinamică. Pentru a evalua gravitatea traumatismului a fost folosită valoarea medie a grilei: GCS(Glasgow), AIS, ISS; indicele de șoc Algover (SIA), datele expertizei medico-legale, cu metode complexe morfopatologice. Rezultate: S-a depistat: traumatism cranio-cerebral la 131(67,17%), cu coma cerebrală sub 9 Glasgow-33pacienți; numărul de organelor lezate: I organ - 57cazuri, II-39, III-34, IV-13, V-25, VI organe-1caz; fracturi ale bazinului- 152(77,94%); etc. Media severității lezărilor traumatismului la spitalizare: GCS=11,25±3,26; AIS=10,58±3,78; ISS=36,78±16,99; SI Algover=1,3±0,63. S-a efectuat: laparoscopia- 15; laparotomie de urgență la 51 de pacienți. Cauzele decesului: șoc ireversibil(28), insuficiența poliorganică(29), insuficiența cardio-vasculară(8), complicații septice(3), traumatism cranio-cerebral grav(3), CID(1). Concluzii: Factorii prognostici de deces în traumatismul, complicat cu HRP sunt: caracterul și gravitatea traumatismului; șocul hemoragic sever; lezări multiple ale organelor interne; hemoragia retroperitoneală masivă; timpul trauma-spitalizare-operație; starea generală; acutizarea maladiilor concomitente și dezvoltarea complicațiilor în perioada posttraumatică.



## PROGNOSTIC FACTORS OF DEATH IN TRAUMA, COMPLICATED BY RETROPERITONEAL HEMORRHAGE

**Introduction:** The presence of retroperitoneal lesions, complicated by retroperitoneal hemorrhage (HRP) is a problematic factor in the diagnosis, treatment, worsening the favorable prognosis of traumatized. **Aim:** Analysis of the death factors in trauma, complicated by retroperitoneal hemorrhage. **Material and methods:** The study includes 195 victims with trauma, complicated by HRP. The mortality was 36,92%(72). Causes of the injury: car accidents- 109(55,89%), katatraumas- 59(30,25%), compression-11(5,64%), direct blows- 8(4,1%), other causes- 8(4,1%). The algorithm of medic-surgical behavior depended on hemodynamic stability. The average value of the scale was used to evaluate the gravity of the trauma: GCS(Glasgow), AIS, ISS, shock index Algovier(SIA), complete forensic results with the complex morph- pathological methods. **Results:** It was traced out: skull-cerebral trauma in 131(67,17%), with cerebral coma <9 Glasgow- 33patients, inner abdominal organ damage: I organ-57 cases, II-39, III-34, IV-13, V-25, VI organs- 1 case, the pelvis fracture- 152(77,94%), etc. The severity average of the injury at the admission: GCS=11,25±3,26; AIS=10,58±3,78; ISS=36,78±16,99; SI Algovier=1,3±0,63. It has been made: laparoscopy-15, emergency laparotomy to 51 patients. Causes of death: irreversible shock (28), MODS (29), cardio-vascular failure (8), septic complications (3), severe skull-cerebral trauma (3), CID (1). **Conclusions:** The prognostic factors of death in trauma, complicated by HRP are: the character and severity of trauma; severe shock; multiple injury of internal organs; massive retroperitoneal hemorrhage; time during trauma-admission-surgery; general state; aggravation of the concomitant diseases and the development of complications during the posttraumatic period.

N240

## HEMORAGIILE RETROPERITONEALE ȘI SEMNIFICAȚIA MEDICO-LEGALĂ

Paladii I., Ghidirim Gh., Kusturov V., Beschieru E., Mahovici I., Vizitiu A., Gheorghita V.

Clinica Chirurgie N1 "N. Anestiadi", Laboratorul Chirurgie HPB,  
 USMF „N. Testemițanu”, Chișinău

**Introducere:** Hemoragiile retroperitoneale (HRP) ocupă un loc important în chirurgia de urgență, rămânând o problemă greu de explorat, având o influență nefavorabilă asupra tratamentului pacienților cu traumatism asociat. **Scopul:** Evaluarea comparativă a datelor clinice și morfopatologice a HRP în traumatismul asociat. **Material și metode:** Studiul include prelucrarea datelor a 63 victime cu traumatism asociat, complicat cu HRP, bazat pe analiza comparativă a datelor expertizei medico-legale și clinice. **Cauzele traumei:** accidente rutiere-44(69,84%), catatrauma-15(23,8%), strivire-4(6,34%) cazuri. **Metode:** examen clinic, radiologic, USG, TC, laparoscopia, laparotomia, metode complexe morfopatologice. **Rezultate:** Examinările lotului de studiu: USG-14(22,22%); examenul radiologic-63(100%), TC-3(4,76%) cazuri. S-a efectuat: laparoscopia-13(20,63%), laparotomia de urgență-50(79,36%) cazuri. La toți pacienții s-a depistat fracturi ale bazinului, lezarea organelor interne: ficat-18, splină-21, rinichi-6, vezica urinară-12, intestin-11 cazuri, etc. HRP s-a depistat la 51 accidentați, în următoarele zone de răspândire a HRP: zona I-1, II-6, III-15, mixtă-29 cazuri. Necătând la tratamentul efectuat, din cauzele multiple și severitatea traumatismului (media ISS=47,28±17,68), pacienții au decedat. **Cauzele decesului:** șoc ireversibil(24), insuficiența poliorganică (27), insuficiența cardio-vasculară(6), complicații septice(3), traumatism cranio-cerebral grav(3). **Examenul medico-legal a completat șirul de leziuni ale organelor interne, inclusiv la 12 decedați, numai la autopsie, a fost depistată HRP și zonele ei de răspândire:** la 9-in zona III, la 3-zona mixtă. **Concluzie:** Semnificația medico-legală este indiscutabilă în aprecierea precisă a leziunilor organelor interne și răspândirea zonală a HRP. Studiul comparativ a datelor clinice și expertizei medico-legale a demonstrat, că zonele de răspândire a HRP depistate în clinică, în majoritate coincid cu datele expertizei medico-legale.

## THE RETROPERITONEAL HEMORRHAGES AND FORENSIC SIGNIFICANCE

**Introduction:** The retroperitoneal hemorrhages (HRP) occupies an important place in emergency surgery, remaining a difficult issue to explore, having a negative influence on the patients treatment in associated trauma, complicated with HRP. **Aim:** The comparative evaluation of clinical and pathological data of HRP in the associated trauma. **Material and methods:** The study includes the processing data of 63 victims with associated trauma, complicated with the retroperitoneal hemorrhage, based on the comparative analysis of forensic and clinical data. The causes of trauma: car accident-44(69,84%), katatrauma-15(23,8%), compression-4(6,34%) cases. **Methods:** general clinical examination, USG, X-ray, TC, laparoscopy data, laparotomy, forensic results with the complex morph-pathological methods. **Results:** The study group were examined: USG-14(22,22%), X-ray-63(100%), TC-3(4,76%) cases. It was made: laparoscopy-13(20,63%), emergency laparotomy-50(79,36%) cases. All patients were diagnosed with pelvic fractures; damage of the internal organs: liver-18, spleen-21, kidney-6, urinary bladder-12, bowel-11 cases, etc. HRP was detected in 51 cases, in the following areas of the spread of the HRP: zone I-1, II-6, III-15, combined-29 cases. Regarding to the treatment made, due to multiple causes and the severity of trauma (mean ISS=47,28±17,68) patients died. The death causes: irreversible shock(24), MODS(27), cardiovascular shortage(6), septic complications(3), severe skull-cerebral trauma(3). **Forensic examination completed the row of injuries of the internal organs, including 12 deaths, only at the autopsy, HRP and the zones of the spread were traced out:** in 9cases-in zone III, 3-mixed zones. **Conclusion:** Forensic significance is indisputable accurate in assessing damage internal organs and zonal spread of HRP. The compared study of clinic and forensic expertise data demonstrated that spreading zones of HRP detected in hospital, mostly coincide with forensic expertise data.

N241

## EVOLUȚIA ABORDĂRII LEZIUNILOR TRAUMATICE HEPATICE – EXPERIENȚA CNȘPMU

Rojnoveanu Gh., Ghidirim Gh., Gagauz I., Gurghiș R., Gafton V., Bunescu V., Țișari S., Voșian Marin

USMF "N. Testemițanu" Catedra Chieuegie N1 "N. Anestiadi"

Material și metode. Evaluarea retrospectivă și prospectivă a 271 traumatizați cu leziuni hepatice tratați în Clinica Chirurgie CNȘPMU în 1998-2010. Au fost 222(81,9%) bărbați și 49(18,1%) femei, cu vârsta medie de 36,04±0,89(18-78). Leziunea hepatică a fost element asociat politraumatismului în 99,3%: TCC – 173(63,8%), toracic – 215(79,3%); locomotor – 102(37,6%). ISS mediu de 38,94±0,94 (5-75). Diagnosticul s-a bazat pe examenul clinic relevant și LPD –196(73,3%); USG –150(55,4%); TC – la 46(16,97%); laparoscopie – 74(27,3%). Criterii de selectare a metodei curative: parametrii hemodinamici, gradul leziunii organice, datele USG și TC. Rezultate. Conform severității leziunii hepatice pacienții s-au repartizat: gr.I – 18(6,6%); gr.II – 89(32,8%); gr.III – 111(40,9%); gr.IV – 36(13,3%); gr.V – 17(6,3%). Au fost operați 213(78,6%) pacienți. În 13(4,8%) cazuri leziunea hepatică s-a depistat la necropsie, decesul fiind determinat de politraumatismul sever. În leziunile nesevere s-au practicat metode conservative de tratament (TNO, aplicații hemostatice) și hepatorafia solitară, iar în cele severe – hepatorafia asociată cu bioplombaj cu oment, meșaj hepatic ( $p<0,001$ ). În 4(1,5%) cazuri debridarea chirurgicală a leziunii gr.V s-a soldat cu rezecție hepatică atipică(2), ligaturarea selectivă a vaselor sangvine și ducturilor biliare(2). La 23(8,5%) pacienți cu hemoragie activă din leziunea gr.III-V s-a utilizat manevra Pringle în regim intermitent. Perioada postoperatorie a evoluat cu complicații la 135(49,5%) pacienți, mortalitatea generală constituind 29,5%. Concluzii. Abordarea pacienților cu leziuni traumatice ale ficatului necesită individualizare de vast diapazon privind amploarea operației determinată de parametrii hemodinamici și severitatea leziunii organice. Rata tratamentului nonoperator a crescut progresiv, eforturile concentrându-se la scăderea mortalității și morbidității la acești pacienți.

## EVOLUTION OF TRAUMATIC HEPATIC INJURIES' MANAGEMENT – NSPCEM EXPERIENCE

Material and methods. Retrospective and prospective evaluation of 271 patients with traumatic liver injuries treated in surgical department of NSPCEM during 1998-2010 was performed. There were 222 (81,9%) male and 49 (18,1%) female patients, median age was 36,04±0,89(18-78). Liver injury was a part of polytrauma in 99,3%: cranial trauma - 173(63,8%), thoracic -215(79,3%); locomotor – 102(37,6%). Median ISS was 38,94±0,94 (5-75). Diagnosis was based on relevant clinical data and DPL –196(73,3%); USG –150(55,4%); CT –46(16,97%); laparoscopy – 74(27,3%). Criteria for selection the treatment option were: hemodynamical parameters, grade of injury, USG and CT data.Results. The patients were divided according to liver injury severity as follows: gr.I – 18(6,6%); gr.II – 89(32,8%); gr.III – 111(40,9%); gr.IV – 36(13,3%); gr.V – 17(6,3%). Surgery was performed in 213(78,6%) patients. Liver injury was found at autopsy in 13(4,8%) cases, the cause of death being severe polytrauma. In non- severe injuries we applied conservative treatment (NOM, local hemostatics) and solitary hepatorrhaphy, while in severe injuries – hepatorrhaphy with omental patching, hepatic packing ( $p<0,001$ ). In 4(1,5%) cases surgery for gr.V injury consisted of atypical liver resection(2), selective ligation of blood vessels and biliary ducts(2). In 23(8,5%) patients with active bleeding from gr.III-V injury we used intermittent Pringle maneuver. Postoperative morbidity was noted in 135(49,5%) patients, general mortality rate was 29,5%.Conclusion. The management of patients with traumatic liver injuries should be individualized in a wide range, the volume of surgery being determined by the injury severity and hemodynamic parameters. The rate of nonoperative treatment increased progressively, the efforts aiming the decrease of morbidity and mortality rates in these patients.

N242

## MANAGEMENTUL ACTUAL AL PLĂGILOR ABDOMINALE PRIN ÎNJUNGHIERE

Constantin V. D., Socea B., Moculescu C., Carâp A., Costea D., Popa F.

Spitalul Clinic de Urgență "Sfântul Pantelimon", București, România

Cunoscând faptul că atitudinea de management selectiv non-operativ a devenit un standard pentru plăgile înjunghiate, studiul nostru și-a propus validarea atitudinii diferențiate față de plăgile înjunghiate ale abdomenului anterior. Materiale și metodă: Studiul este descriptiv, retrospectiv, analiza fiind centrată pe o experiență de 11 ani (2000-2010) cuprinzând 64 cazuri de plăgi abdominale anterioare. Media de vârstă a lotului studiat a fost de 32 ani (17-65), lot alcătuit din 41 bărbați, 23 femei. Etiologia a fost la toate cazurile reprezentată de agresiune fizică cu armă albă. Rezultate: 48 cazuri (75%) au fost supuse laparotomiei exploratorii imediate datorită semnelor de iritație peritoneală, instabilității hemodinamice sau semnelor paraclinice (hemogramă, biochimie, ecografie abdominală, CT) ce sugerau leziuni de organ. 16 cazuri (25%) au fost monitorizate clinic și imagistic, laparotomia exploratorie fiind necesară în 3 cazuri. Mortalitatea a fost nulă, morbiditatea de aproximativ 18% a inclus supurații parietale, 1 relaparotomie pentru hemostază suplimentară într-o plagă hepatică. Durata spitalizării fost similară la pacienții operați și la cei tratați non-operativ. Concluzii: Studiul relevă că nu s-a înregistrat morbiditate majoră prin acest abord selectiv, pacienții supuși laparotomiei tardive fiind fără risc vital. Aceste observații confirmă concluziile din literatură, și anume faptul că o perioadă de observație de 24 ore este adecvată pentru această patologie.

## CURRENT MANAGEMENT OF ABDOMINAL STAB WOUNDS

Selective, non-operative management is now a standard for the management of abdominal stab wounds. Our study wishes to validate the differentiated approach to stab wounds of the anterior abdomen. Materials and method: Our study is descriptive and retrospective, centering on an eleven year experience (2000-2010), comprising of 64 abdominal stab wounds. The studied population was made up of 41 male and 23 female, with a median

age of 32. All wounds were produced by stabbing. Results: 48 cases (75%) were subjected to immediate surgery because of the presence of peritonitic signs, hemodynamic instability or explorations that suggested organ injury (CBC, biochemistry, abdominal ultrasound, computed tomography). 16 cases (25%) were monitored clinically and by imaging studies, exploratory laparotomy being needed in only 3 of these cases. We recorded no fatalities, and overall morbidity was around 18% (surgical site infections, and one reintervention for supplementary hemostasis in a liver laceration). Duration of hospital stay was constant. Conclusions: Our study shows that the selective approach did not lead to major morbidity, the patients subjected to late laparotomy presenting no major or life threatening complications. Our observations confirm the recent consensus, stating that a 24 hour surveillance period is adequate for this pathology.

N243

## TUMORI ENTERALE COMPLICATE – LIMITE SI POSIBILITATI IN URGENTA

**Constantin V. D., Socea B., Moculescu C., Carâp A., Costea D., Abu-Bakr O., Balalau C., Popa Florian**

*Spitalul Clinic de Urgență "Sfântul Pantelimon", București, România*

Tumorile intestinului subțire sunt rare, reprezentând aproximativ 1-2% din neoplazmele gastrointestinale. Prognosticul lor este rezervat din cauza diagnosticului dificil preoperator și descoperirea lor în stadii avansate, însoțite frecvent de complicații. Materiale și metodă: Studiul este descriptiv, retrospectiv, efectuat pe o perioadă de 5 ani (2006-2010) și include 13 bolnavi operați în clinica noastră. Studiul evaluează elementele demografice ale lotului, mijloacele diagnostice folosite și eficiența lor și atitudinea terapeutică. Rezultate: Lotul a fost alcătuit din 13 bolnavi cu o medie de vârstă de 66 de ani, dintre care 8 de sex masculin și 5 de sex feminin. Cazurile au fost internate în regim de urgență datorită complicațiilor: 8 bolnavi s-au prezentat în ocluzie intestinală, 4 bolnavi s-au prezentat cu anemie severă și hematochezie sau melenă, iar 1 caz a prezentat pneumoperitoneu. Radiografia abdominală simplă a indicat intervenția chirurgicală de urgență în 9 cazuri (prezența de nivele hidro-aerice sau pneumoperitoneu) fără să aducă informații suplimentare legate de etiologie, stadiu evolutiv. Endoscopia digestivă superioară a exclus patologia gastro-duodenală la bolnavii prezentați cu hemoragie digestivă. La acești bolnavi intervenția chirurgicală a fost recomandată de cantitatea mare de transfuzii necesară pentru menținerea hemodinamică a bolnavilor. Soluția terapeutică a fost reprezentată de enterectomia segmentară și anastomoză primară în 13 cazuri și colectomie asociată în două cazuri; în două cazuri a fost necesară o derivație digestivă, în amonte, de protecție. 4 cazuri au prezentat metastaze la distanță. Concluzii: În ciuda arsenalului diagnostic și imagistic existent, diagnosticul tumorilor de intestin subțire se pune în majoritatea cazurilor la momentul explorării chirurgicale. Prezența complicațiilor îngreunează actul chirurgical și managementul postoperator al bolnavului, măbind mortalitatea.

## COMPLICATED SMALL BOWEL TUMORS – LIMITS AND POSSIBILITIES IN EMERGENCY

Small bowel tumors are a rare entity, accounting for about 1-2% of gastrointestinal tumors. Their prognosis is poor because of the difficult preoperative diagnosis and their discovery in advanced stages, frequently associated with complications. Materials and method: The study is descriptive, retrospective, over a 5 year period (2006- 2010) and includes 13 patients operated on in our clinic. The study evaluates the demographical characteristics of the group, the diagnostic tools that were used and the therapeutic approach. Results: The group was made up of 13 patients, with an average age of 66 years, 8 male and 5 female. The cases were admitted on arrival because of complications: 8 patients presented with intestinal obstruction, 4 with severe anemia and melena or hematochezia and one patient presented with pneumoperitoneum. Plain abdominal x-rays prompted immediate surgery in 9 cases (free air under the diaphragm or air-fluid levels) without bringing further information regarding etiology or disease stage. Upper gastrointestinal endoscopy excluded gastro-duodenal pathology in the patients presented with digestive bleeding. Surgery was performed, in these patients, owing to the large amount of blood transfusion necessary to stabilize them. The procedure performed was segmentary enterectomy with primary anastomosis in 13 patients, associated with colectomy in 2 cases; in two cases we associated a by-pass of the tumoral segment. Metastatic disease was found in four patients. Conclusions: Despite the sophisticated imaging and diagnostic modalities, diagnosis of a small bowel tumor is often achieved only at the time of surgical exploration. The presence of complications makes surgical and postoperative therapy difficult and increases mortality.

N244

## ACTIVITATEA CHIRURGICALA IN CONTEXTUL AJUTORULUI UMANITAR INTERNATIONAL

**Delogramatic C.**

*Medecins Sans Frontieres Austria, Operational Center – Bruxelles, Belgium  
dhq Hospital Helmand, Lashkar Gah, Afghanistan  
dhq Hospital Lower Dir, Timurgara, Pakistan  
dhq Hospital Dargai, Malakand District, Pakistan*

Studiul este bazat pe rezultatele obtinute in urma tratamentului chirurgical a unui lot de 634 de pacienti in doua zone de conflict militar si instabilitate socio-politico- economica de pe glob - Afghanistan si Pakistan in perioada iulie 2010 - martie 2011 cu prezentarea dificultatilor si impedimentelor care apar in timpul tratamentului chirurgical in astfel de zone.

## SURGICAL ACTIVITY IN THE CONTEXT OF INTERNATIONAL HUMANITARIAN AID

The study is based on treatment results of 634 patients who received surgical care between July 2010 - March 2011 in two unstable and touched by military conflicts zones - Afghanistan and Pakistan. The article will present the difficulties and pitfalls that are possible to appear and the results that was obtained during surgical treatment in conditions of man made disasters.

N245

## CALITATEA ÎNGRIJIRILOR MEDICO-CHIRURGICALE ȘI EFICIENȚA LOR LA NIVEL NAȚIONAL

Hotineanu V., Ghidirim Gh., Cazacov V., Gudumac Eva, Maloman E., Gladun N.

Catedra Chirurgie nr.2, USMF "N. Testemițanu"

Analiza numărului de cazuri rezolvate per ansamblu, pe grupe de specialități medicale și în cadrul acestora, pe grupe de diagnostic, în raport de complexitate actului chirurgical, demonstrează o creștere treptată a volumului activității chirurgicale care constă în cca 150000 intervenții chirurgicale realizate anual, dintre care peste 84% mari și medii. Conform anuarului statistic al MS în anul 2010 în serviciul de chirurgie din Republică au fost practicate cu 3,2% mai multe operații vs a. 2009 : 23932 în chirurgia viscerală abdominală, 3367 - angiochirurgie, 1586 - chirurgia toracică, 921 - cardio chirurgie și 1010 - intervenții pe sistemul endocrin, cu o mortalitate intraoperatorie și intraspitalicească minimă, comparabilă cu cea din țările vecine. Este semnificativ, că atât patologia, cât și intervențiile chirurgicale, au suferit modificări importante. Se atestă o micșorare a numărului operațiilor pentru ulcerul gastro-duodenal, pancreatita acută și apendicita acută, crescând în schimb numărul intervențiilor adresate patologiei chirurgicale hepatobiliopancreatice, colo-rectale, toracice și cardiovasculare : intervenții și reintervenții pe căile biliare cu toată gama de procedee reconstructive, pancreatectomii parțiale și totale pentru cancer sau pancreatită cronică, derivații pancreatico- digestive, hepatectomii, operații complexe pentru neoplazmele digestive. Printre preocupările speciale enumerăm : tratamentul infecțiilor intraabdominale, proceselor distructive pulmonare, bolilor cardiace , afecțiunilor vasculare , chirurgia miniinvasivă și cea reparatorie. O tendință pozitivă ține de preocuparea permanentă a IMSP pentru autoperfecționare și introducerea tehnicilor chirurgicale laparo-toracoscopice -videoasistate (colecistectomii, suprarenalectomia, timectomii, splenectomii , colectomii) consecință fiind reducerea morbidității și mortalității operatorii, lărgirea spectrului indicațiilor chirurgicale, abordarea unei multitudini de soluții chirurgicale.

## THE QUALITY OF MEDICAL SURGICAL CARES AND THEIR EFFICIENCY AT THE NATIONAL LEVEL

The analysis of the solved cases in different specialty groups and in diagnostic groups included in these specialties, relative complexity of the surgical act shows a gradual increase in annual surgical activity which is about 150,000 surgeries, over 84% being large and medium. According to the Ministry of Health's statistical yearbook, in 2010, 3.2% more surgeries were performed comparing with 2009: 23,932 in visceral abdominal surgery, 3367 - vascular surgery, 1586 - thoracic surgery, 921 - cardiac surgery and 1010 - interventions on the endocrine system, with a minimal intra-operative and intra-hospital mortality, comparable with that of the neighboring countries. It is significant that both pathology and surgical procedures, have suffered major changes. Statistical records show a decrease in the number of operations for peptic ulcer, acute pancreatitis and acute appendicitis, instead, an increasing in the number of interventions referred to hepatic - biliary - pancreatic, colorectal, thoracic and cardio-vascular surgical pathologies: interventions and reinterventions on the bile ducts with all the reconstructive procedures, partial and total pancreatectomy for cancer or chronic pancreatitis, pancreatico-digestive derivatives, hepatectomy, advanced operations for all digestive neoplasms. Among special concerns should be listed: the treatment of intra-abdominal infections, suppurative and destructive pulmonary processes, heart diseases, vascular diseases, miniinvasive reconstructive surgeries. A positive tendency noticed in the last years is related to the permanent concern of public medical institution for self-improvement and the introduction of the latest surgical techniques, laparoscopic, thoracoscopic and video-assisted (cholecystectomy, adrenalectomy, thymectomy, splenectomy, colectomy and others). The consequences of this phenomenon being the decrease in surgical morbidity and mortality, an enlargement of the surgical spectrum indications.

N246

## REZULTATE ȘI DISCUȚII PRIVIND OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI URGENȚELOR CHIRURGICALE ABDOMINALE ÎN RM

Cazacov V., Hotineanu V., Ghidirim Gh., Gudumac Eva, Maloman E., Gladun N., Guțu E.

Catedra Chirurgie nr.2, USMF "N. Testemițanu"

Urgențele chirurgicale abdominale (UCA) prezintă rate crescute a mortalității și morbidității. Evidențele statistice arată că numărul total de pacienți care au beneficiat de asistență UCA se menține, în ultimii 5 ani, la același nivel, constituind cca 18 -20.000 operații/an. Atrag atenția următoarele modificări în structura nozologică: s-a redus incidența apendicitei acute, herniilor strangulate, ocluziei intestinale și ulcerului gastroduodenal perforat

cu 13%, 17%, 9% și 22% respectiv și au crescut cazurile de pancreatită acută (7,6 %) și ulcer hemoragic (12%). Mortalitatea postoperatorie totală se menține la același nivel = 1,4% - 1,5%, structura acestora după cauze de deces reprezentând o rată mai înaltă în UGDP (6,9), UGDH (15,2) și PA (22,8). Bilanțul activității chirurgicale, per ansamblu, reflectă următoarea situație generală: -constatăm o creștere a ponderii pe care o au bolnavii cu afecțiuni hepatobiliopancreatice, hemoragii digestive, ocluzii neoplazice, pancreatite acute, patologii care impun costuri mari la nivel individual, sistem de sănătate și societate-activității sectorului chirurgical raional îi este caracteristică asistența UCA prin serviciul de urgență cu linie de gardă permanentă, micșorarea numărului intervențiilor chirurgicale programate, insuficiența chirurgilor. Un aspect important este creșterea ponderii bolnavilor vârstnici (43% din cazuri) cu tare asociate, jumătate dintre care se internează peste 24 ore de la debutul bolii. Mortalitatea la domiciliu prin UCA este înaltă (6,14 la 100000 loc.), 176 dintre ei, - persoane decedate în vârstă aptă de muncă cauzele fiind nivelul de educație pentru sănătate subliminal, factorii economici și sociali, baremul fixat de către CNAM pentru "cazurile validate", colaborare defectuoasă a specialiștilor cu erori de diagnostic în cadrul UCA; abordarea UCA trebuie standardizată: se impune elaborarea unor protocoale de investigație și tratament bine documentate.

## RESULTS AND DISCUSSION ON OPTIMIZING TREATMENT IN EMERGENCY ABDOMINAL TREATMENT IN RM

Abdominal surgical emergencies (ASE) show increased rates of mortality and morbidity. Statistical data shows that the number of patients assisted for ASE is at the same level in the last 5 years and is about 18-20 thousands surgeries/year. We see an increase in the number of the patients with hepatobiliopancreatic, digestive hemorrhage, neoplastic occlusions, acute pancreatitis, these pathologies implying bigger expenses at individual, health system and society levels; For the district surgery services is characteristic medical assistance in ASE through non-stop on-call services, decreasing the total number of programmed surgeries, surgeon deficit; One of the main aspects is the increase of the number of older patients (43% of total) with multiple pathology, half of them being admitted after 24 hours from the onset, while the statistical data shows that a delay of the surgery more than 12 hours increase the chance of death by 3 times and after 24 hours by 9 times; The domestic mortality of ASE is high (6,14 for 100000 citizens), 176 of them died in working capability age and the causes for that is a low health educational level, economical and social factors, high case validation standards set by NHIC (CNAM), a poor collaboration of doctors from primary, secondary and tertiary levels with diagnostic errors; A standard approach for all types of ASE: the elaboration of well documented national protocols is a must in this case in order to make the assistance use all the contemporary pharmacology and endoscopic progress.

N247

## MANAGEMENTUL CHIRURGICAL ÎN PERFORAȚIILE NEOPLASTICE ALE COLONULUI

**Anghelici G., Crudu O., Strajescu Gh., Moraru V., Panteleiciuc D., Pisarenco S.**

*Clinica 2 Chirurgie „Constantin Țibîrnă”, Catedra 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova*

Scopul: Evaluarea atitudinii terapeutice în perforațiile neoplastice a colonului. Materiale și metode: S-au analizat 38 perforații de colon în funcție de localizare a procesului tumoral, durata și gradul de răspîndire a peritonitei, perturbările sistemice în perioada 2005-2010. Repartiția pe grupe de vîrstă și sex atestă predominarea sexului masculin 22 cazuri (58,7%) și un maxim între 60-80 ani. Incidența perforațiilor în funcție de localizare: caecul 4 cazuri (10,5%), colonul ascendent și unghiul hepatic 6 cazuri (15,7%), colonul transvers 2 cazuri (5,2%), unghiul lieneal și colonul descendent 2 cazuri (5,2%), sigmoidul 24 cazuri (63,4%). În funcție de mecanismul de perforație: perforații directe în abdomenul liber 6 cazuri (15,8%), perforații în doi timp a abcesului paratumoral 25 cazuri (65,8%), perforații în spațiul retroperitoneal 4 cazuri (10,5%), perforația diastatică (prin supraumplere) 3 cazuri (7,9%). În 10 (26,3%) cazuri s-a constatat peritonita fecaloidă generalizată, 13 cazuri (34,2%) peritonita difuză, 11 cazuri (28,9%) peritonita localizată, 4 cazuri (10,5%) flegmon retroperitoneal. Înlăturarea radicală a segmentului tumoral s-a efectuat în 34 cazuri (89,5%), respectiv în 4 (10,5%) cazuri s-a recurs la colostomia paliativă. La 21 pacienți intervenția chirurgicală s-a finisat cu aplicarea anastomozelor primare, în 17 cazuri colostoma. Complicații postoperatorii au survenit la 11 pacienți: 2 cazuri dihiscentă de anastomoză, 9 cazuri complicații septice. Letalitatea peransamblu în lotul de studiu a constituit 22,5%. La pacienții, unde s-a aplicat anastomoza primară letalitatea a constituit 9,5%. Concluzii: În condițiile duratei scurte de la momentul perforației <de 12 ore și răspîndirea limitată a peritonitei pacienții pot fi tratați prin intervenție chirurgicală într-o singură etapă. Rămîne discutabile volumul intervenției chirurgicale în cazul peritonitei avansate.

## MANAGEMENT SURGICAL PERFORATION OF THE COLON NEOPLASTIC

Aim: Evaluation of therapeutic attitude in neoplastic perforation of the colon. Materials and methods: We analyzed 38 colon perforations depending on the location of the tumor process, duration and degree of spreading peritonitis, systemic disturbances in the period 2005-2010. Distribution by age and sex groups show male predominance of 22 cases (58.7%) and a peak between 60-80 years. The incidence of perforation according to localization: caecum 4 cases (10.5%), ascending colon and hepatic angle 6 cases (15.7%), transverse colon in 2 cases (5.2%), and descending colon lieneal angle 2 cases (5.2%), sigmoid 24 cases (63.4%). Depending on the mechanism of perforation: direct abdomen perforations free 6 cases (15.8%), perforation of the abscess in two time paratumoral 25 cases (65.8%), retroperitoneal perforation in 4 cases (10.5%) diastatic perforation (with overfill) 3 cases (7.9%). In 10 (26.3%) cases were found faeces generalized peritonitis, 13 cases (34.2%) diffuse peritonitis, 11 cases (28.9%) localized peritonitis, 4 cases (10.5%) retroperitoneal phlegmon. Radical tumor removal was performed in segment 34 cases (89.5%) and in 4 (10.5%) cases recourse to palliative colostomy. In 21 patients surgery was completed with the application of primary anastomosis in 17 cases colostomy. Postoperative complications occurred in 11 patients: 2 cases of anastomosis dihiscentă, 9 cases septic complications. Peransamblu lethality in the study group was 22.5%. Patients, primary anastomosis was applied where lethality was 9.5%. Conclusions: In conditions when the short duration of perforation <12 hours and dissemination of limited peritonitis patients may be treated by surgery in one stage. Volume remains questionable surgery in advanced cases of peritonitis.

## VARIA

O248

**RISCU TROMBOEMBOLISMULUI VENOS IN CHIRURGIA GENERALA –  
SCOR INDIVIDUALIZAT VS SCOR DE GRUP****Casian D., Gutu E., Tarita D., Cumpata S.***Clinica Chirurgie Generala, USMF "N. Testemitanu", Chisinau, Moldova*

Introducere. Tromboembolismul venos (TEV) reprezinta una din cele mai periculoase complicatii in perioada postoperatorie si include in sine: tromboza venoasa profunda si tromboembolia pulmonara. Problema complicatiilor tromboembolice postoperatorii si cea a tromboprofilaxiei ramine a fi una din cele mai stringente in chirurgia contemporana, incidenta TEV in perioada perioperatorie variind, dupa diferite surse, intre 16 - 55% in domeniul chirurgiei generale. Metode. Scopul studiului a fost evaluarea comparativa a 2 scoruri de risc a TEV: scor de grup (SG), propus de C.Samama (1999) si scor individualizat (SI), introdus in practica clinica de catre J.Caprini (2005), aplicate in clinica de chirurgie generala. Studiul a avut un caracter prospectiv si a inclus 72 pacienti spitalizati in mod programat cu diverse patologii chirurgicale, in vederea efectuării interventiilor chirurgicale, in perioada lunilor februarie – aprilie 2011. Virsta pacientilor a variat intre 16 si 87 ani (medie 49,2 ani), dintre care 35 (48,6%) barbati si 37 (51,4%) femei. La toti pacientii gradul de risc a TEV a fost estimat la internare, utilizandu-se concomitent SG cu 3 grade posibile de risc si SI cu 4 grade de risc, apreciate conform punctajului acumulat de fiecare bolnav. Rezultate. Estimările au aratat ca doar in 3 (27,3%) cazuri din 11 cu risc mic dupa SG, li-a corespuns risc mediu dupa SI; pe cand in 46 (80,7%) cazuri din 57 cu risc mediu dupa SG, li-a corespuns risc inalt si foarte inalt dupa SI. Deci, in 49 (68.05%) cazuri din numarul total, SI a estimat un risc superior vs SG. Concluzii. Rezultatele obtinute remarca o sensibilitate superioara a SI in evaluarea gradului de risc preoperator a TEV, in special la pacientii cu risc inalt si foarte inalt. Utilizarea de rutina a SI in practica clinica poate reduce numarul de cazuri cu subestimare riscului major a TEV postoperator si contribuie la administrarea unei tromboprofilaxii adecvate gradului real de risc.

**THE RISK OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN GENERAL SURGERY -  
INDIVIDUAL SCORE VS GROUP SCORE**

Introduction. Venous thromboembolism (VTE) is one of the most dangerous complications that occur in the postoperative period and includes: deep vein thrombosis and pulmonary artery thromboembolism. The problem of postoperative thromboembolic complications and that of thromboprophylaxis remains to be one of the most pressing in contemporary surgery, the incidence of venous thromboembolism in the perioperative period varying, according to different sources, between 16-55% in general surgery. Methods. The purpose of this study was to evaluate the comparative risk of 2 VTE scores: group score (GS), proposed by C.Samama (1999) and the individual score (IS), introduced in clinical practice by J.Caprini (2005), applied in general surgery clinic. This was a prospective study that included 72 patients with various pathologies hospitalized in department in the period of February – April 2011, in order to perform planned surgery. The age of the patients ranged between 16 and 87 years (average 49.2 years), 35 (48.6%) men and 37 (51.4%) women. In all patients the degree of VTE risk was estimated at admission, using the GS with its 3 possible degrees of risk alongside with the IS including 4 degrees, rated according to scores gained by each patient. Results. Estimates show that only 3 (27.3%) of 11 cases with low risk according to GS, has matched their average risk after IS, while in 46 (80.7%) of 57 medium-risk cases by GS correspond to high risk and very high according to the IS. Thus, in 49 (68.05%) from total number of cases, IS estimated the grade of risk higher than determined by GS. Conclusion. The results showed a superior sensitivity of the IS in preoperative risk assessment of VTE, especially in patients with high and very high risk. Using of routine the IS in clinical practice can reduce the number of cases with postoperative VTE major risk underestimation and contribute to the administration of an appropriate thromboprophylaxis adequate to real grade of risk.

O249

**STIMULAREA ELECTROMAGNETO-BIOREZONANTĂ  
ÎN TRATAMENTUL INSUFICIENȚEI INTESTINALE POSTOPERATORII****Samohvalov S., Crudu O., Erlih M., Panteleiciuc D., Pascali Tatiana***Catedra de Chirurgie nr.2, USMF "N.Testemitanu" Clinica 2 Chirurgie «C.Țibîrnă» SCM "Sf. Treime" Chișinău, Moldova*

Insuficiența intestinală postoperatorie prezintă una din complicațiile obscure cu evoluție deosebit de gravă și pericol major de insuficiență poliorganică. Astfel se impune restabilirea cât mai timpurie a funcțiilor intestinale la bolnavul operat. Scopul: studierea eficacității terapeutice a electromagneto-biorezonanței la bolnavii cu sindromul insuficienței intestinale postoperatorii. Material și metode: Lotul de bază a inclus 39 bolnavi, bărbați -20, femei -19, cu virstă de la 18 până la 79 ani cu peritonite postoperatorii de diversă geneză. Lotul martor a fost format din 28 bolnavi cu peritonite fără aplicarea

electromagneto-biorezonanței postoperatorii, similar după vîrstă și sex. Intervenții chirurgicale sau efectuat pentru: apendicită destructivă – 12, ulcer gastro-duodenal perforat – 7, ileus aderențial intestinal acut – 5, colecistită acută calculoasă destructivă- 8, pancreonecroză- 7. Funcțiile motorie și evacuatorie au fost monitorizate prin înregistrarea electrogastroenterogramei. Rezultate: În lotul de bază am consemnat o revigorare mai rapidă a funcțiilor motorii și evacuării intestinale și gastrice, comparativ cu lotul de control. Peristaltismul intestinal în lotul martor s-a apreciat în mediu peste  $32 \pm 4$  ore postoperatorii. La bolnavii lotului de bază acest termen a constituit în mediu  $20,9 \pm 3$  ore, diferență semnificativă. Am consemnat o anumită consecutivitate în restabilirea activității bioelectrice a tractului digestiv: inițial segmentul jejunal (a 3 zi postoperatorie), apoi ileonul și a stomacului (4-5 zi postoperatorii). Concluzii: Utilizarea electromagneto-biorezonanței în perioada postoperatorie la bolnavii cu patologii abdominale chirurgicale complicate cu peritonită accelerează procesele de restabilire a funcției motor- evacuatorii a tractului gastro-intestinal și pot fi obiectivate prin datele electrogastroenterografiei.

## ELECTROMAGNETIC BIOREZONANCE STIMULATION IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE INTESTINAL FAILURE

Postoperative intestinal insufficiency represents one of the obscure complications, with the severe evolution, evolving serious danger of poliorganic insufficiency. This requires restoration of bowel function earlier at the operated patient. The aim: To study the therapeutic efficacy of the electromagnetic-biorezonance in patients with postoperative intestinal failure syndrome. Material and methods: Lot base including 39 patients, men -20, women-19 aged from 18 to 79 years with postoperative peritonitis of various geneses was studied. Control group consisted of 28 patients with peritonitis without applying electromagnetic- biorezonance postoperative therapy, similar by age and sex. Surgical interventions were performed for: destructive appendicitis - 12, peptic ulcer perforation - 7, acute intestinal ileus adhesive - 5, acute cholecystitis calculated destructive-8, pancreonecrosis-7. Motoric and evacuatoric functions were monitored by electrogastroenterogram recording. Results: In the base group we observed a faster revival of basic motoric function of intestinal and gastric evacuation, comparing with the control group. Peristaltics in the control group was appreciated on average over  $32 \pm 4$  hours in the postoperative period. At patients from the based lot this time was on average  $20.9 \pm 3$  hours, significant difference. We determined some consecutivity in restoring of bioelectrical activity of the digestive tract: initial jejunal segment (after three days postoperative), after ileum and stomach (4-5 days postoperative). Conclusions: Using the electromagnetic-biorezonance therapy in postoperative period at patients with abdominal surgical pathology, complicated by peritonitis accelerates the process of gastrointestinal tract motoric function restoring, and can be objectified by dates of electrogastroenterography.

O250

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL DIABETULUI ZAHARAT TIP 2

Balan S., Ghidirim Gh., Conțu Gh., Conțu O., Revencu S.

USMF „N. Testemițanu”, Catedra Chirurgie nr.1, Catedra Chirurgie FECMF, Chișinău, Moldova

Diabetul zaharat (DZ) este cea mai frecventă tulburare endocrină, care în prezent afectează peste 170 milioane din populație la nivel mondial, iar către anul 2030 numărul de pacienți cu DZ tip 2 va constitui 365 de milioane. Controlul glicemic în diabetul zaharat tip 2 rămâne o dilemă pentru medicii specialiști. Chirurgia bariatrică induce ameliorarea marcată a comorbidităților asociate obezității morbide, inclusiv și al diabetului zaharat tip 2. Bypass-ul gastric oferă rezultate notabile în aspectul ameliorării diabetului zaharat tip 2 la pacienții cu obezitate morbidă, rata raportată a rezoluției fiind de 85%. Indicațiile contemporane ale tratamentului chirurgical al obezității morbide se axează pe indicii masei corporale (IMC) mai mare de 40 kg/m<sup>2</sup> sau mai mare de 35 în prezența comorbidităților. Scopul studiului a fost evidențierea eficacității bypass-ului gastric în tratamentul diabetului zaharat tip 2 la pacienții cu IMC < 35 kg/m<sup>2</sup>. Bypass-ul gastric este o opțiune promițătoare în tratamentul diabetului zaharat tip 2 la pacienții cu obezitate redusă.

## SURGICAL TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus is the most common endocrine disorder, currently affecting more than 170 million people worldwide and prospectively more than 365 million people in the year 2030. Glycemic control of type 2 diabetes mellitus (T2DM) remains a dilemma to physicians. Bariatric surgery leads to marked amelioration of some obesity-related comorbid conditions, including diabetes mellitus. Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) is emerging as a promising option in obese patients with type 2 diabetes. The reported rate of resolution of diabetes after RYGB is approximately 85%. Current indications for surgery in morbidly obese patients include body mass index (BMI) greater than 40 kg/m<sup>2</sup> or greater than 35 if comorbidities are present. This study was intended to evaluate the clinical effects of Roux-en-Y Gastric Bypass in patients with T2DM and a body mass index of < 35 kg/m<sup>2</sup>. Roux-en-Y gastric bypass is a promising option for lifelong treatment of type 2 diabetes in nonseverely obese patients.

O251

## CHIRURGIA BARIATRICĂ ȘI METABOLICĂ

Ghidirim Gh., Conțu Gh., Conțu O., Rojnoveanu Gh., Ghereg A., Balan S.

USMF „N. Testemițanu”, Catedra Chirurgie nr.1, Catedra Chirurgie FECMF, Chișinău, Moldova

Introducere: Obezitatea morbidă este o maladie cronică plurifactorială, cu o creștere spectaculoasă a incidenței în ultimii ani la nivel mondial. Asocierea factorilor ca obezitatea, hipertensiunea arterială, dislipidemia, toleranța scăzută la glucoză sau diabetul zaharat tip II și hiperuricemia alcătuiesc sindromul metabolic sau „sindromul X”. Factorul de risc fundamental predominant în sindromul metabolic pare a fi obezitatea abdominală și insulino-rezistența. Scopul: Evaluarea eficacității procedeelelor bariatrice în ameliorarea componentelor sindromului metabolic. Material și metode: Studiul cuprinde 50 pacienți supuși diferitor intervenții bariatrice (bypass gastric, bandaj gastric, sleeve gastrectomia și balonul intragastral) pe perioada 2003-2011 și analiza evoluției patologiei asociate la distanță. Concluzii: Intervențiile chirurgicale bariatrice sunt efective în ameliorarea componentelor sindromului metabolic. Procedeele restrictive sunt ineficiente în ameliorarea dislipidemiilor aterogene. Bypass-ul gastric este procedeelelele cu eficacitate înaltă în tratamentul dislipidemiilor aterogene și diabetului zaharat tip II.

### BARIATRIC END METABOLIC SURGERY

Background: Morbid obesity is a serious multi-factorial chronic disease, with rapidly increasing prevalence in most countries in the world. The constellation of dyslipidemia, elevated blood pressure, impaired glucose tolerance or type 2 diabetes mellitus, elevated uric acid levels and central obesity is identified now as metabolic syndrome, also called syndrome X. That the primary cause implicated in etiology there is abdominal obesity and insulin resistance. The purpose: The estimate of the efficiency of bariatric procedures in the improvement of the components of metabolic syndrome. Materials and methods: The studies include 50 patients undergoing to different bariatric interventions (gastric bypass, gastric banding, sleeve gastrectomy and intragastric balloon) during 2003-2011 and analysis of the evolution of the pathology associated at distance. Conclusions: The surgical bariatric interventions are effective in the improvement of the components of metabolic syndrome. The restrictive procedures are insufficient in the improvement of atherogenic dyslipidemia. Gastric bypass is a procedure with a high efficiency in the treatment of atherogenic dyslipidemia and type II diabetes mellitus.

O252

## SLEEVE GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICĂ CU ANTRUMECTOMIA PARȚIALĂ ȘI ÎNTĂRIREA CU OMENT

Baltasar A., Bou R., Bengochea M., Serra C., Pérez N.

Alcoy Hospital, Clínica San Jorge. Alcoy. España

Introducere: Sleeve Gastrectomy laparoscopică (LSG), în ciuda popularității sale, nu este o tehnică standardizată. Rezultatele pe termen lung sunt variabile, iar motivele controversate sunt: 1) Volumul tubului gastric residual; 2) Metoda de protecție a liniei de sutură a regiunii esofago-gastrice pentru a preveni o eventuală scurgere; 3) Efectuarea unei antrumectomii parțiale. Începând din 1997 am folosit o sutură sero-seroasă invaginantă în peste 1200 de LSG izolate sau asociate cu Duodenal Switch (laparotomic sau laparoscopic) pentru a acoperi zona de sutură. Gagner a descris procedeelele în anul 2000.

### LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY WITH PARTIAL ANTRECTOMY AND OMENTAL PATCH

Background: Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) is, even if popular, a non-standardized bariatric technique. The results varied and there are controversial issues such as: 1) Size of the sleeve; 2) Protection against esophageal-gastric junction (EGJ) leaks; 3) The use of partial antrectomy. We have always used, since 1997, in more than 1200 isolated or combined open or laparoscopic Duodenal Switch (LDS) a continue inverting Lembert-type sero-serosa suture to cover the staple-line. Gagner reported the first operation in 2000.



O253

## DIVERSITATEA CHIRURGIEI MINIINVAZIVE ÎN CONDIȚIILE SPITALULUI CLINIC MILITAR CENTRAL AL ARMATEI NAȚIONALE

Leșco A., Trofimov V., Potlog F., Vaculin Ion, Targon R., Dima A., Popovici A., Spataru V.

Spitalul Clinic Militar Central al Armatei Naționale, Chișinău

Actualitatea temei: Tratatamentul patologiilor chirurgicale a suferit unele modificări legate de timp. Factorul esențial care a influențat acest eveniment a fost progresul tehnico-științific cu introducerea video chirurgiei în procedeele chirurgicale și instruirea specialiștilor din chirurgia generală. Ca rezultat a acestei îmbinări a profitat chirurgia miniinvasivă (laparoscopică/endoscopică). Materiale și metode: În articol este prezentată evoluția chirurgiei miniinvasive ce include operații miniinvasive: laparoscopice/endoscopice în secția chirurgie generală a SCMC între 2008- 2011. Intervențiile chirurgicale au fost efectuate cu setul de video-chirurgie, utilizat pentru patologia chirurgicală a organelor interne, pentru patologia urologică și ginecologică. Rezultate obținute: În această perioadă de timp au fost efectuate 730 operații miniinvasive, (laparoscopice/endoscopice): Colecistectomii 446(61,8%), apendicectomii 12(1,6%), hernii hiatale 19(2,7%), hernii inghinale 60 (8,2%), hernii ombilicale 3(0,4%), tratarea laparoscopică a varicozelului-clamparea venei testiculare 43(5,9%), chistovarectomii, 25(3,4%) chistectomii hidatice 13(1,8%), clamparea endoscopică subfascială a venelor perforante 3(0,4%), rezecție transuretrală a adenomului de prostată 47(6,5%), laparoscopii diagnostice curative 59(8,1%). Durata medie de spitalizare a acestor bolnavi a fost 5 zile. Raportul bărbați, femei a fost 3:1. Vârsta pacienților a fost de la 18 ani până la 82 ani. Decese și complicații severe caracteristice pentru chirurgia laparoscopică/endoscopică nu sau înregistrat. S-au evidențiat unele particularități. Conversii la operații tradiționale au fost în 6 cazuri. La colecistectomia tradițională în 5 cazuri de colecistită acută cu anatomie dificilă de identificare a elementelor triunghiului Calot procese distructive avansate. Un caz de hernie laparoscopică pentru hernie inghinală prin alunecarea a vezicii urinare. Concluzii: 1. Experiența noastră în chirurgia miniinvasivă, denotă că rezultatele obținute sunt într-o legătură strânsă dintre înzestrarea secției cu echipament necesar și experiența acumulată pe parcursul anilor.

## DIVERSITY OF MINI- INVASIVE SURGERY IN THE CENTRAL MILITARY HOSPITAL OF THE NATIONAL ARMY

Novelty: Treatment of surgical pathologies has undergone some modifications related to time. The key factor that influenced this phenomenon was the scientific and technical progress, namely introduction of video surgery in surgical procedures and training of specialists in general surgery. Minimally invasive surgery (laparoscopic / endoscopic) as a result took advantage of this combination. Materials and methods: The article presents the evolution of mini-invasive surgery including mini- invasive surgical interventions: laparoscopic / endoscopic ones in the Department of General Surgery of SCMC between 2008 to 2011. Surgeries were performed by means of the video-surgery kit, used for surgical pathology of the internal organs, for urological and gynecological pathologies. Results: Within this period 730 mini - invasive surgical interventions, (laparoscopic / endoscopic ones) were performed: 446 cholecystectomies (61.8%), apendicectomies 12 (1.6%), hiatal hernias 19 (2.7%), inguinal hernias 60 (8.2%), umbilical hernias 3 (0.4%), laparoscopic treatment of varicocele, testicular vein clipping 43 (5.9%), cystovarectomies, 25 (3.4%) hydatid cystectomies 13 (1.8%), endoscopic subfascial clipping of the perforated veins 3 (0.4%), transurethral resection of the prostate adenoma 47 (6.5%), diagnostic curative laparoscopies 59 (8.1%). The mean duration of the patients hospitalization was 5 days. The proportion of men and women was 3:1. The age of patients was from 18 years to 82 years. Deaths and complications characteristic of laparoscopic/ endoscopic surgery were not registered. Some peculiarities have been revealed. Conversions to traditional operations were in 6 cases. In 5 cases the traditional cholecystectomy of acute cholecystitis with difficulty to identify anatomical features of Calot triangle revealed advanced destructive processes. A case of laparoscopic hernia in inguinal hernia through sliding of the bladder was recorded. Conclusions: Our experience in minimally invasive surgery, shows that the obtained results are in a close relationship with use of the necessary surgical equipment and professional experience gained over the years.

O254

## EVALUAREA VERIDICITĂȚII SCORULUI POSSUM ÎN CLINICA CHIRURGICALĂ

Țăruș A., Șerban P., Guțu E.

Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF „N. Testemitanu”, Chișinău, Moldova

Introducere: Aprecierea obiectivă a riscului operator a devenit o condiție esențială pentru practica contemporană a departamentelor chirurgicale. Astfel, scorul POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for enUmerating Morbidity and mortality) la momentul actual constituie unul din sistemele precise și accesibile în aprecierea mortalității și morbidității postoperatorii, fiind unul din puținile ce evaluează atât factorii fiziologici individuali cât și cei legați nemijlocit de actul chirurgical. Metode: Au fost analizate retrospectiv 99 de fișe ale pacienților ce s-au aflat la tratament în perioada postoperatorie în departamentul ATI și au inclus informația necesară colectării parametrilor scorului fiziologic (12 parametri); precum și a celui operator (6 parametri). Lipsa aprecierii statutului neurologic conform scalei Glasgow a impus omiterea pacienților cu un scor mai mic de 15p conform acestui indice. Mortalitatea probabilă a fost calculată conform variantei modificate a scalei, P- POSSUM. Analiza statistică a datelor s-a efectuat prin intermediul programului SPSS v.16.0. Rezultate: În lotul de studiu mortalitatea prognozată medie a fost de 12,5%, exprimat în cifre absolute a constituit 12 decese, iar numărul real fiind de 22 decese. Limita de probabilitate a mortalității de 10% pare a fi una critică, 20 din decese clasându-se după această valoare. Morbiditatea medie prognozată a constituit 35,4%, cea reală fiind de 31,3%, raportul între numărul de cazuri reale și cele probabile fiind de 0,89. Concluzii: Scorul POSSUM asigură un pronostic relativ veridic al mortalității și morbidității postoperatorii. Prognozarea mai obiectivă a rezultatelor tratamentului chirurgical este strâns legată de determinarea precisă a parametrilor incluși.

## ASSESSMENT OF POSSUM SCORE IN SURGICAL DEPARTMENT

Introduction: Objective assessment of operative risk has become an essential condition for the practice of modern surgical departments. Thus, the POSSUM score (Physiological and Operative Severity Score for enUmerating Morbidity and mortality), at this moment, is one of the accurate and accessible systems used for assessment of postoperative mortality and morbidity, one of the few that assesses both individual physiological factors as well as those directly related to the surgery. Methods: We analyzed retrospectively 99 files of patients who have been treated in the postoperative period in the ICU and which included the information necessary for calculation of physiological score (12 parameters), as well as the operative score (6 parameters). Lack of possibility to assess the neurological status using Glasgow scale imposed the exclusion of patients with a score less than 15p. The mortality was calculated with the modified version of the score, P-POSSUM. Statistical data analysis was performed by using SPSS v.16.0. Results: The average forecast mortality was 12.5%, expressed in absolute values it accounted for 12 deaths, while the real number of deaths was 22. The limit of 10% for the probable mortality seems to be a critical one, 20 deaths were observed after this value. Average forecast morbidity was 35.4%, while the real one was 31.3%, the ratio between the number of real and probable cases was 0.89. Conclusions: The POSSUM score provides a relatively truthful prediction of the postoperative mortality and morbidity. Objective forecasting of surgical treatment results is closely connected with precise determination of included parameters.

O255

## PRIMA EXPERIENȚĂ DE FOLOSIRE A UNGUENTULUI „ACERBINE” ÎN PROCESELE NECROTICE ALE ȚESUTURILOR MOI

Zaporojan A., Gutu E.

*Catedra Chirurgie Generală, USMF „N.Testemitanu”, Chisinau, Moldova*

Pe parcursul anilor 2009 – 2011 la 13 pacienți cu procese necrotice superficiale în diferite patologii (1 caz de herpes a buzei superioare cu necroză superficială, 7 cazuri de ulcere trofice de origine diabetică, asociate cu ateroscleroză obliterantă forma periferică, 3 cazuri de sindrom Raynaud cu necroze distale pe degetele mâinilor și 2 cazuri de plăgi posttraumatice) în calitate de tratament local a fost utilizat unguentul austriac „Acerbine” cu efect bun uimitor. Chiar după primele 24 ore în primul caz (pacienta P.A., 1949) în necroza diabetică a piciorului stâng, asociată cu ateroscleroză obliterantă forma periferică, a apărut în centrul suprafeței necrozate o insuliță de 2,5 cm de granulație roză, curată, fără careva eliminări. În staționar cazurile au fost tratate prin metoda deschisă, fără aplicarea pansamentelor, cu prelucrarea plăgilor necrotice de 3 ori în 24 ore cu H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> – 3% , betadină și aplicarea Acerbinei pe suprafața plăgilor. Epitelizarea plăgilor necrotice – absolut perfectă în toate cazurile, fără careva schimbări cicatriciale, precum sunt prezentate demonstrațiile foto a dinamicii la 3 pacienți. Experiența noastră permite să recomandăm folosirea unguentului „Acerbine” în chirurgia septică chiar și în cazurile folosirii bisturiului. Durata epitelizării plăgilor se micșorează minimum de 2 ori și în defectele necrotice 2-5 cm constituie 5-7 zile, iar în cazurile plăgilor necrotice mai mari de 10-15 cm durata proceselor în plagă până la epitelizare au constituit 12-15 zile. În comparație cu rezultatele folosirii Levosinei, Levomecolului și ale altor unguente rezultatele aplicării unguentului „Acerbine” s-au dovedit a fi comparativ mai satisfăcătoare.

## FIRST EXPERIENCE OF USING THE OINTMENT “ACERBINE” FOR NECROTIC SOFT TISSUE PROCESSES

During the years 2009-2011 in 13 patients with superficial necrotic processes in various diseases (1 case of herpes of the lip with superficial necrosis, 7 cases of trophic ulcers of diabetic origin, associated with atherosclerosis obliterans – peripheral type, 3 cases of Raynaud syndrome with distal necrosis on the fingers of hands and traumatic wounds in 2 cases) as local treatment was used ointment “Acerbine” with amazing good effect. Even after 24 hours in the first case (patient P.A, 1949) in diabetic left foot necrosis, associated with peripheral forme of atherosclerosis obliterans, an island area of rose tissue of 2.5 cm appeared in the necrotic center, without any deletions. In stationary cases were treated by open method, without applying dressings, wound with necrotic process were cleaned 3 times in 24 hours with 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, Betadine and applying Acerbinei on wound surface. Necrotic wound epithelization in all cases was absolutely perfect, without any scar changes, such as photo dynamic demonstrations presented in 3 patients. Our experience allows to recommend the use of ointment “Acerbine” in septic surgery even when using knife. Epithelization duration decreases at least 2 times and for 2-5 cm necrotic defects is 5-7 days, and for necrotic wounds more than 10-15 cm length wound epithelization processes have accounted for 12-15 days. Compared with the results of use Levosin, Levomecol and other ointments, the results of the ointment “Acerbine” proved to be comparatively satisfactory.

O256

## STENTUL DANIS AUTO-EXPANDABIL ÎN TRATAMENTUL HEMORAGIEI DIN VARICELE ESOFAGIENE: REZULTATELE PRELIMINARE

Ghidirim Gh., Mișin I., Dolghi A., Bunic Gh., Zastavnițchi Gh.

Catedra Chirurgie Nr. 1 „N. Anestiadi” și Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „N. Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

Introducere: Imposibilitatea efectuării hemostazei endoscopice la pacienții cu varice esofagiene hemoragice reprezintă o problemă nesoluționată la momentul actual. Scopul studiului – aprecierea eficacității hemostatice a stentului metalic auto-expandabil la pacienții cu hemoragie variceală severă și imposibilitatea hemostazei endoscopice. Material și Metodă: În studiu au fost incluși 8 pacienți B (n=6), F (n=2), cu vârsta medie – 47.38 ± 3.02 ani, cu ciroză hepatică clasa funcțională Child-Pugh „C” (n=7) și „B” (n=1). Scorul mediu Child-Pugh la internare a fost 9±0.92, scorul mediu MELD – 16.76±3.27. Sursele de hemoragie au fost: varice esofagiene (n=3) și ulcerele esofagiene în rezultatul ligaturării endoscopice (n=4). Criteriul de includere în studiu – imposibilitatea hemostazei endoscopice. În toate cazurile a fost utilizat SX-ELLA stent Danis, 135 mm × 25 mm, ELLA-CS, Hradec-Kralove, Czech Republic. Definițiile utilizate corespund Consensului Baveno (I-V). Rezultate: Hemostaza inițială a fost obținută în toate cazurile. Migrarea distală parțială a stentului Danis, diagnosticată radiografic și CT a fost în 3/8(37.5%). Migrarea stentului a fost rezolvată endoscopic. Letalitatea la 30 zile – (n=3): insuficiența hepatică (n=2) și hemoragie din VE localizate inferior de capătul distal al stentului (n=1). Concluzii: Rezultatele preliminare demonstrează eficacitatea stentării în cazul pacienților decompensați cu hemoragie variceală și imposibilitatea hemostazei endoscopice. Concluziile definitive vor fi formulate după acumularea experienței pe loturi mai mari de pacienți.

### SELF-EXPANDING DANIS STENT FOR VARICEAL HEMORRHAGE: PRELIMINARY RESULTS

Introduction: Endoscopic haemostasis failure in bleeding esophageal varices represents a significant challenge. The study aim was to assess self-expanding metal stent hemostatic efficacy in severe variceal haemorrhage and impossibility of endoscopic treatment. Material and Methods: A total of eight patients M (n=6), F (n=2), with the mean age – 47.38 ± 3.02 years, with liver cirrhosis Child-Pugh „C” (n=7) and „B” (n=1) were enrolled in the study. The mean Child-Pugh score on admission was 9±0.92, mean MELD score – 16.76±3.27. The bleeding sites were: esophageal varices (n=3) and esophageal ulcers (n=4). The main selection criterion was endoscopic treatment failure. A removable covered SEMS (SX-ELLA stent Danis, 135 mm × 25 mm, ELLA-CS, Hradec-Kralove, Czech Republic) was inserted in this group of patients. All definitions were used according to Baveno Consensus (I-V). Results: Initial hemostasis was achieved in all patients. Partial distal stent migration was documented on X-ray and CT- scan in 3/8(37.5%) and stent reposition was achieved by second-look endoscopy. The 30-days mortality (n=3): hepatic failure (n=2) and hemorrhage from EV below stent distal part (n=1). Conclusions: The preliminary result demonstrates that stenting is effective in high-risk patients with severe esophageal variceal bleeding and endoscopic hemostasis failure. Final conclusions will be reached after gaining experience with this new method on larger patient series.

O257

## DIAGNOSTICUL SI SUPRAVEGHEREA ESOFAGULUI BARRETT (EB)

Hoara P., Gindea Cristina, Birla Rodica, Mocanu A., Iosif Cristina, Ponoran D., Achim F., Constantinoiu S.

Sp Cl "Sf Maria"/Clinica de Chirurgie Generala si Esofagiana, Bucuresti

Introducere : EB este o afectiune ce apare in urma refluxului gastro-esofagian cronic si care este factor de risc in aparitia adenocarcinomului esofagian. Scop : evaluarea metodelor de diagnostic si de urmarire a pacientilor cu EB. Metoda: In perioada 2006-2010, 36 de pacienti au fost diagnosticati cu EB prin Endoscopie Digestiva Superioara (EDS) cu biopsie. S-a folosit manometria esofagiana si pH-metria pe 24 ore pentru evaluarea raspunsului la tratament. Pacientii au primit 3-6 luni tratament medical. In urma lipsei de raspuns sau a compliantei la tratamentul medical s-a efectuat tratament chirurgical. Pacientii au fost supravegheati conform protocoalelor. Rezultate: EDS a diagnosticat 15 pacienti fara leziuni asociate, 8 cu esofagita grd.A-C, 8 cu hernie hiatala asociata, 2 cu ulcer esofagian si 3 cu reflux biliar. Sfinterul esofagian inferior (SEI) incompetent si pH-metrie modificata au fost decelate la 3, respectiv 4 din pacientii fara leziuni asociate, la 5 din cei cu esofagita si la 8, respectiv 7 din cei cu hernie hiatala. Examenul histologic a decelat 2 pacienti cu displazie low-grade. Dupa tratamentul medical sau chirurgical s-a obtinut ameliorarea simptomatologiei si vindecarea leziunilor de esofagita. Dupa fundoplicatura, parametrii pH-metrici si manometrici au revenit la normal, iar dupa Diversie Duodenala Totala s-a observat absenta refluxului biliar esofagian. Concluzii: Diagnosticul si supraveghearea pacientilor cu esofag Barrett sunt foarte importante datorita riscului de evolutie catre adenocarcinom.

### DIAGNOSIS AND SURVEILLANCE OF BARRETT'S ESOPHAGUS (BE)

Introduction: BE is a disease induced by chronic gastro-esophageal reflux and is a risk factor for the development of esophageal adenocarcinoma. Aim: to evaluate the methods of diagnosis and follow-up of the patients with BE. Methods: Between 2006 and 2010, 36 patients were diagnosed with BE using Upper Endoscopy (UE) with multiple biopsies. We used esophageal manometry and 24 hours pH-metry for assessing the outcome. The patients received initially for 3-6 month medical treatment. When lacking response or compliance at drug therapy, the surgical treatment was applied. The patient's follow-up was made according to protocols. Results: The UE diagnosed 15 patients with no associated findings, 8 had grd.A-C esophagitis, 8 had hiatal hernia, 2 had esophageal ulcer and 3 presented biliar reflux. The lower esophageal sphincter (LES) was incompetent and the pH-metry was

abnormal in 3, respective 4 of patients with no associated findings, in 5 of those with esophagitis and in 8, respective 7 of those with hiatal hernia. The histological exam finds 2 patients with low-grade dysplasia. The improvement of symptomatology and the healing of esophagitis were noticed after medical treatment and in all patients surgically treated. After fundoplication, the pH-metric and manometric values restored to normal and after total duodenal diversion no more biliary reflux was noticed. Conclusions: The diagnosis and surveillance of Barrett's esophagus are very important due to the risk of development of adenocarcinoma.

0258

## **MASTITA PLASMOCITARA, ATITUDINI TERAPEUTICE CORECTE, REVIEW ASUPRA 17 CAZURI**

**Diaconu C., Livadariu Roxana, Dariciuc I., Gervescu A., Scarlat V.**

*Spital Clinic Universitar de Urgente "Sf. Spiridon", Iasi, Clinica III Chirurgie*

Introducere: Mastita plasmocitara este o boala inflamatorie cronica rara a sanului, de etiologie necunoscuta, ce imbraca mai multe tablouri clinice in functie de stadiul evolutiv al bolii. Scopul lucrarii este de a sublinia importanta cunoasterii atitudinii terapeutice corecte in fata aceste patologii. Material si metoda: Am evoluat tabloul complet la 17 paciente diagnosticate si tratate pentru mastita plasmocitara in Clinica III Chirurgie Iasi, in perioada 2001-2010. Rezultate: Varsta medie a pacientelor a fost 34 ani. Tabloul clinic la internare a fost dominat de masa tumorală mamara la 2 cazuri, masa tumorală si abces al sanului la 4 cazuri, abcese multiple mamare cu fistula la piele in 10 cazuri si abcese multiple ale sanului insotite de fenomene neurologice si de vasculita periferica la 1 pacienta. S-a practicat incizie si drenaj al colectiilor in 15 cazuri (datorita refuzului exciziei largi/mastectomiei de catre pacienta) si mastectomie subcutanata ca prima terapie la 2 paciente. Toate cele 15 paciente au prezentat recidive sub forma de abcese intraglandulare ce au necesitat reinterventie-incizie si drenaj in 8 cazuri, mastectomie in 5 cazuri, bicadranectomie in 1 caz si cadranectomie in 1 caz. O pacienta a prezentat evolutie postoperatorie trenanta si grava cu recidive sub forma de abcese in vecinatatea celor deja drenate, sub antibioterapie, cu fenomene neurologice si de vasculita autoimuna ce a necesitat administrarea de Prednison. La pacientele la care s-a practicat incizie-drenaj ca reinterventie, evolutia favorabila a fost de scurta durata, cu aparitia recidivelor in 1-9 luni. Evolutia la pacientele mastectomizate a fost favorabila. Concluzii: Mastita plasmocitara ramane o boala inflamatorie cronica rara, recidivanta de etiologie incerta. Multiplele recidive duc in timp la remaniera importanta a glandei ce poate preta la confuzia cu neoplasmul mamar. Singurul tratament cu viza curativa este adesea mastectomia subcutanata, greu acceptata de pacient in contextul patologiei benigne.

## **GRANULOMATOUS MASTITIS, CORRECT MEDICAL ATTITUDE, REVIEW OVER 17 CASES**

0259

## **RISCU LIMFEDEMULUI DUPA TRATAMENTUL CANCERULUI MAMAR**

**Diaconu C., Livadariu Roxana, Dogaru C., Ghenghe D., Gervescu A.**

*Spital Universitar Clinic de Urgente "Sf. Spiridon", Iasi*

Introducere: Importanta problemei este legata de incidenta crescuta (intre 3 si 87%), consecintele limfedemului fiind asupra integrarii profesionale, riscului de erizipel, calitatii vietii si relatiei cu membrii familiei. Scopul lucrarii: De a sublinia importanta profilaxiei precoce, luand in calcul factori ce tin de boala, chirurg si pacienta. Material si metoda: S-au luat in studiu 1104 paciente tratate pentru neoplasm mamar intre 2000 si 2010. La 228 cazuri s-a efectuat interventie conservatoare (cadranectomie si evidare limfo-ganglionara), la 876 operatia Madden. S-au evaluat factorii favorizanti ai limfedemului preexistenti terapiei pentru neoplasmul de san, factorii favorizanti in postoperator si terapia asociata. Rezultate: Cu o dispensarizare la fiecare 3 luni in primul an si la 6 luni ulterior, s-au decelat 42 observatii cu limfedem al membrului superior mediu si sever, precoce (pana la 21 zile postoperator) - 8 observatii, intre 21 zile si 12 luni - 4 observatii si dupa 12 luni - 30 observatii. Limfedemul sever a aparut in 13 cazuri la paciente de peste 60 ani, tinand cont de factorii favorizanti, 8 paciente au beneficiat de masuri terapeutice (administrarea de flavonoide micronizate, heparina fractionata, masaj, banda elastica, gimnastica membrului superior, scadere ponderala) cu rezultate bune, iar la 5 paciente nu s-au obtinut beneficii evidente. Pacientele cu limfedem moderat (29 cazuri) au avut o evolutie favorabila in urma aplicarii acelorasi masuri terapeutice in 25 cazuri, 4 paciente ramanand cu limfedem moderat permanent. Concluzii: Limfedemul moderat si sever au aparut (pe cazuistica analizata) numai dupa operatia Madden. Femeia varstnica ar fi mai predispusa la limfedem. Ablatia minutioasa a grasimii din jurul venei axilare ar predispuce la limfedem prin interceptarea celor 2 colectoare principale axilare. Greutatea corporala mare, efortul fizic important postoperator constituie factori favorizanti ai limfedemului. Exista masuri terapeutice adjuvante pentru limfedem, cu rezultate favorabile.

## **THE RISK OF LYMPHEDEMA AFTER TREATMENT OF BREAST CANCER**

O260

## EFICACITATEA MEDICAȚIEI CU SOLUȚIE „SOLCOSERIL” LA PACIENȚI CU INSUFICIENȚĂ ARTERIALĂ DE GENEZĂ ATEROSCLEROTICĂ

Lencautan V., Zeigler D., Nowak P.

Moldova Chisinau AMT "Buiucani"

Scopul terapiei medicamentoase a ischemiei cronice de geneză aterosclerotică este ameliorarea situației metabolice prin înlăturarea acidozei tisulare, stimulării metabolismului de oxido-reducere stimulării activității mitocondriale. De menționat faptul că efectele metabolice nu depind de ameliorarea microcirculației locale ci de modificările metabolice la nivel celular. Astfel de efect polivalent posedă preparatul Solcoseril obținut din sângele vițelilor. Materiale și metode: S-a efectuat evaluarea clinică a monoterapiei cu soluție 20% Solcoseril la pacienți cu insuficiență arterială de geneză aterosclerotică, apoi terapia de susținere ulterioară cu pastile. S-au examinat 68 pacienți {61 bărbați și 7 femei}. Vârsta medie 65,3ani {de la 42 până la 74 ani}. Durata patologiei în mediu 3,4 ani. Toți pacienții erau în stadiu 2b {clasificarea Fontaine}. Simptomele clinice erau : - hipotermie în extremități - 87% -Parastezia extremităților - 95%-Limitarea funcției de diferit grad a extremităților - 100% Diagnosticul clinic s- a confirmat prin prezența claudicației intermitente și Doppler a arterelor membrelor inferioare. Toți pacienții au fost clasați în 2 loturi:A - cu claudicație intermetrentă inițială, parcurgera distanței mai mult de 100 metriB - mai puțin de 100 metri Tratamentul: Toți pacienții pe parcursul 15 zile cotidian intravenos în perfuzie au primit soluție 25% - 250 ml „Solcoseril” în condiții de staționar de zi. Apoi sa efectuat o cură de o luna de zile terapie de susținere cu „Solcoseril”- pastile , 1 pastilă {200mg} 3 ori în zi . Rezultatele : La finele tratamentului majorarea în mediu a distanței claudicației intermitente a fost - 54.5%, în lotul A - 37%, lotul B - 74% . Subiectiv – 93% de pacienți au atestat ameliorarea stării. Examinarea pacienților peste 3 și 6 luni după tratament a constatat majorarea distanței parcurse statistic demonstrat.

### REVIEW - TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL INSUFFICIENCY OF ATHEROSCLEROTIC GENESIS USING THE “SOLCOSERYL” INJECTION SOLUTION

The scope of drug therapy against chronic ischemia of atherosclerotic genesis is to improve the metabolic situation, with elimination of tissue acidosis by stimulating of oxidative metabolism, mitochondria activity, increase the production of high-energy phosphates. It should be noted that these metabolic effects are not associated with increased blood flow, but due to improved metabolic situation at the cellular level. Thus polyvalent action has drug “Solcoseryl”, deproteinized haemodialysate obtained from the blood of young calves. Materials and methods Was carried out a comprehensive clinical evaluation of the effectiveness of monotherapy with 20% solution Solcoseryl in patients with chronic arterial insufficiency of the lower extremities of atherosclerotic genesis, followed by a maintenance therapy with “Solcoseryl” pills. The study included 68 patients (61 men and 7 women). The average patient age was 56.3 years (range 42 to 74 years). Duration of disease - an average of 3.4 years (range 19 months to 9 years). All patients had stage 2b disease (classification of Fontaine). The characteristic symptoms were: feeling cold (chill) in the limbs - 87% of patients parastezias of the limbs - 95% of patients limitation in walking - various degrees - at 100%. Clinical diagnosis was confirmed by the presence of symptoms of intermittent claudication for the sample on the treadmill test, Doppler of lower limb arteries. All the subjects were divided into 2 subgroups: subgroup A with the IC when passing over a distance of 100 meters; subgroup B with the IC at a distance of less than 100 meters. Treatment All patients were received a 15 day course of daily i/v perfusion with 250 ml 20% solution of «Solcoseryl» in conditions of a day hospital. All patients were also received a monthly support therapy with «Solcoseryl» tablets, 1 tablet (200 mg) 3 time per. Results: By the end of therapy the average increase in distance of intermittent claudication was registered as high as 54.5%, while in group A, the result was 37% and in group B - 74%. Control examination and clinical examination of patients in 3 and 6 months after treatment showed, that the subgroups A and B had a statistically significant increase in maximum walking distance, compared with the results reached at the end of treatment.

O261

## SIALOLITIAZA GIGANTĂ SUBMANDIBULARĂ: EXPERIENȚA UNUI SINGUR CENTRU

Lehtman S.

Catedra Chirurgie Oro-maxilo-facială “Guțan Arsenie”, USMF “N. Testimianu”,  
 Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

Introducere: Sialolitiaza reprezintă cea mai frecventă afecțiune a glandelor salivare, însă sialolitiaza gigantă este rară. Sialolitiaza gigantă este diagnosticată când orice dimensiune a concremenului depășește 15 mm. Scopul studiului a fost de a evalua incidența și rezultatele tratamentului sialolitiazei gigante submandibulare. Material și Metodă: În ultimii 5 ani 113 pacienți (F/B – 47/66, vârsta medie - 48.8 ± 1.5 ani) au fost tratați pentru sialolitiază. Metodele de diagnostic utilizate au fost palparea trans-orală, radiografia, ultrasonografia și TC. În studiu au fost incluși doar pacienții cu dimensiuni a calculilor de peste 15 mm, conform definiției Bodner L. (2002). Rezultate: Sialolitiaza submandibulară gigantă a fost diagnosticată în 9 (7.9%) cazuri. Au fost observate următoarele particularități: toți pacienții au fost bărbați, afectare doar a glandei stângi, calculi solitari. Dimensiunea maximă a calculilor a fost 16.9±1.1 (15-25) mm minim fiind – 10.7±1.4 (5-20) mm. Localizarea calculilor a fost: porțiune distală a ductului Wharton -3 și glandulară în 6 cazuri. În dependență de localizarea calculilor a fost efectuată înlăturarea trans-orală (n=3) și sialolitadenectomia submandibulară în 6 cazuri. Concluzii: Sialolitiaza submandibulară gigantă este relativ rară. Susținem opinia altor autori – înlăturarea trans-orală în caz de calculi intraductali și sialolitadenectomia pentru calculi localizați în hilul ductului Wharton. Actualmente aceasta este cea mai mare serie de pacienți descrisă în literatura de specialitate.

## SUBMANDIBULAR GIANT SIALOLITHS: SINGLE CENTER EXPERIENCE

Introduction: Sialolithiasis is one of the most common diseases of the salivary gland, but giant sialoliths have been reported in the literature infrequently. Sialoliths that exceed 15 mm in any dimension are considered as giant. The aim of study was to evaluate incidence and results of treatment of giant submandibular salivary stones. Material and Methods: During the last five years 113 patients (F/M – 47/66, mean age -  $48.8 \pm 1.5$  years) with submandibular sialolithiasis were referred to our department. Transoral palpation, X-ray, ultrasonography and CT scan were the main diagnostic tools. Only patients with salivary stones  $\geq 15$  mm (according Bodner L. (2002) definition) were enrolled in the study. Results: Only 9 (7.9%) cases of giant submandibular salivary stones were detected. Giant sialolithiasis was characterized by: all the patients were male, only the left gland was affected and all stones were isolated. The maximum stone size was  $16.9 \pm 1.1$  (15-25) mm and minimum –  $10.7 \pm 1.4$  (5-20) mm. Stone localization was: distal part of Wharton's duct -3 and glandular (hilum) in 6 cases. Based on stone location the gland-preserving procedure (intraoral removal method) was performed in 3 cases and submandibular gland resection in six patients. Conclusion: Submandibular giant sialolithiasis is relatively rare. We agree with current treatment recommendations for giant stones, i.e., transoral stone removal for ductal stones and gland resection for proximal submandibular stones. To the best of our knowledge this is the largest series of giant submandibular sialoliths reported in literature.

0262

## DIN NOU DESPRE MODS

Stratan I.

UMF "G.Popa", Iasi

Sepsis and severe sepsis accounts for 20% off all admissions to intensive care units and is tenth leading cause of death in United States. ALI/ARDS and frequent complication of sepsis, often result in prolonged mechanical ventilator support with a mortality off approximately 30 – 50%. Considerable research has identified several of pathophysiological responses that occur when host responds to systemic infections. Pro-inflammatory cytokines such tumor necrosis factor alpha and IL-6 characterize sepsis, ALI/ARDS whereas coexisting anti-inflammatory pathways modulate the inflammatory response. Despite advances in supportive care, more work needs to be done, to improve survival and quality of life and to reduce mortality and health-care costs of critically patients. An improved understanding of pathophysiology has resulted in aggressive attempts to identify pathogenic important bio-markers and new therapies. Both embryonic and adult tissue-derived stem cells have shown remarkable potential to repair and regenerate various organs, including the lungs. Additionally, stem cells are able to mitigate injury and inflammation through paracrine mechanisms and detecting their presence may help prognosticate survival. These findings suggest that stem cells may offer novel approaches for both prognosis and cell-based therapies in sepsis and ALI/ARDS.

## AGAIN ABOUT MODS

Sepsisul sever reprezintă 20% din internările din unitățile de terapie intensivă și este a zecea cauză de deces din Statele Unite. ALI/ARDS și frecvențele complicațiilor ale sepsisului necesită adesea suport ventilator mecanic prelungit și se însoțesc de o mortalitate de aproximativ 30-50%. Cercetări considerabile au identificat mai multe răspunsuri fiziopatologice apar în cadrul răspunsului din infecțiile sistemice. Citokine proinflamatorii ca TNF și IL-6 caracterizează sepsisul, ALI/ARDS coexistând cu căi antiinflamatorii care modulează răspunsul inflamator. În ciuda progreselor realizate de terapia de suport, trebuie efectuate mai multe cercetări care să ducă la ameliorarea supraviețuirilor și a calității, să reducă mortalitatea și costurile terapiei intensive. Ameliorarea înțelegerii fiziopatologiei și a încercărilor agresive de a identifica biomarkeri cu importanță patogenetică și la identificarea de noi terapii. Celulele stem embrionare și cele derivate din culturi de țesuturi de la adulți arată potențial remarcabil în repararea și regenerarea diverselor organe, inclusiv plămânul. În plus, celulele stem sunt capabile să atenueze leziunile și inflamația prin mecanisme paracrine, iar detectarea prezenței lor să ajute supraviețuirea. Date experimentale și clinice sugerează că pot reprezenta abordări noi pentru terapiile bazate pe celule stem în sepsis și ALI/ARDS.

0263

## CONTRIBUȚII LA CUNOAȘTEREA CIRCULAȚIEI VENOASE A MEMBRELOR INFERIOARE

Ivan C., Ivan V., Radu Daniela, Ica I., Ivan Felicia

Universitatea de Medicină și Farmacie V. Babeș Timișoara, România

Circulația venoasă a membrilor inferioare este recunoscută a fi centripetă spre inima dreaptă. În condiții patologice ori congenitale se poate instala reflux venos. Din ecuația țesuturilor membrilor inferioare este exclus țesutul osos și țesutul muscular. Între țesutul medular, hematoformator, producător de macromoleculă biologic active, precum și țesutul osos trebuie să existe relații cu toate celelalte țesuturi inclusiv pielea. În acest context am cercetat în mod experimental pe 38 de membre inferioare amputate circulația venoasă. Injectarea de soluție colorată cu albastru de metilen în spongioasa maleolelor tibiale și peronieră evidențiază: -Rețea veno-venoasă de la măduvă transperiostal și pe la nivelul inserțiilor musculare ori tendinoase. -Relație circulatorie venoasă cu toate țesuturile componente ale membrului inferior, mușchi, fascii, aponevroze, sinoviale, nervi, artere, vene. Deci de la măduva osoasă celulele și macromoleculă biologic active ajung direct în toate țesuturile înconjurătoare (nu trebuie urmată circulația venoasă completă și cardio-aortică).

## CONTRIBUTIONS TO THE KNOWLEDGE OF THE VENOUS CIRCULATION OF THE LOWER LIMBS

Venous circulation to the legs is known to be centripetal to the right heart. In pathological or congenital conditions may occur venous reflux. From equation tissue is excluded leg bone and muscle tissue. Between medullary tissue, producer of biologically active macromolecules, and bone must be relations with all other tissues including skin. In this context we studied experimentally venous circulation on 38 legs amputated. Injection of methylene blue dye solution in tibial and peroneal maleoleol foam highlights: - Venous network of transperiosteal bone and muscle or tendon to the inserts. - Venous circulation relationship to all parts of the leg tissues, muscles, fascia, synovial, nerves, arteries and veins. So from bone marrow cells and biologically active macromolecules go directly into all the surrounding tissues (not followed by complete venous and cardio-aortic circulation).

O264

## CONSIDERAȚII CU PRIVIRE LA ULCERELE VENOASE GAMBIERE CU NUMEROASE INTERVENȚII CHIRURGICALE ITERATIVE

Ivan V., Ivan C., Radu Daniela, Icma I., Ivan Felicia

Universitatea de Medicina si Farmacie V. Babes, Timisoara

Ulcerale gambiere venoase recunosc ca fiziopatologie insuficiența venoasă cronică exprimată prin reflux, hipertensiune venoasă și microangiopatie. Ca etiologie sunt incriminate boli congenitale (de valvulare, fistule a-v, agenezie, atrezie) boala venoasă primitivă și secundară și boala postflebitică. Ca terapie chirurgicală țintele sunt: sistemul venos superficial, tratamentul venelor profunde (valvuloplastii, grefe) sistemul venelor perforante și intervenții asociate. La bolnavii cu ulcere venoase recidivate cu numeroase intervenții chirurgicale în antecedente și legat de cercetarea anterioară am optat pentru: - Scleroterapie cu spumă a venelor superficiale și perforante cu reflux. - Grefe parțiale cu piele liberă despicată. - Masaj periosteal, epifizar și a ulcerelor gambiere de 3-4 ori pe zi. Timpul de vindecare se reduce la jumătate. Compresia externă la vindecarea ulcerului întreține starea de bine. Pacientul în plus execută de 3-4 ori pe zi masaj periosteal, tibio-pronier și epifizar.

## CONSIDERATIONS ON VENOUS ULCERS OF THE CLAF WITH NUMEROUS ITERATION SURGERY

Venous leg ulcers, admit as Pathophysiology chronic venous insufficiency expressed through reflux, venous hypertension and microangiopathy. As the etiology are incriminated: congenital diseases (AV fistula, agenesis, atresia) primitive and secondary venous disease and post-thrombotic disease. As surgical therapy targets are: superficial venous system, the treatment of deep vein (valvuloplasty, grafts) perforating vein system and associated interventions. In patients with recurrent venous ulcers with a history of numerous surgical and related our previous research we opted for: - Foam sclerotherapy of superficial veins and perforating veins with reflux. - Registry partial free split skin. - Massage periosteal, leg ulcers epifizar, 3-4 times per day. Healing time is reduced by half. External compression to maintain well-healing of the ulcers is necessary. Patient in addition runs periosteal massage 3-4 times a day, tibio-pronier and epifizar.

O265

## ISCHEMIA MEZENTERICĂ ACUTĂ: OPTIMIZAREA DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI

Ghidirim Gh., Mishin I., Craciun I.

Introducere: La momentul actual nu există criterii și principii desăvârșite pentru diagnosticarea și tratamentul ischemiei mezenteriale acute bazate pe probe controlate științific, iar rezultatele tratamentului acestor pacienți este nesatisfăcător. Rata mortalității la acest grup de pacienți variază de la 70-90%. Scopul: aprecierea rezultatelor inițiale de diagnostic și tratament al ischemiei mezenteriale acute. Material și Metodă: În perioada ianuarie 2009 mai 2011 au fost 29 cazuri consecutive de ischemie mezenterială acută. Vârsta medie a fost  $70.3 \pm 2.4$  (35-95) ani, pacienții fiind internați la  $37.1 \pm 8.1$  (1-168) ore de la debutul bolii, scorul APACHE fiind de  $24.79 \pm 1.9$ , scorul ASA-  $3.32 \pm 0.1$ , scorul POSSUM-  $37.45 \pm 1.9$ . Diagnoza a fost stabilit prin aprecierea: leucocitelor, lactatului seric, procalcitoninei, 3D-CT-angiografie și laparoscopie. Pacienții au fost tratați conform principiului "second look" (n=21), anastomozei primare (n=2), laparatomii exploratorii (n=6). Ischemie mezenterială venoasă 5 cazuri și arterială 24 cazuri. Rezultate: Media leucocitelor la internare a fost de  $17.88 \pm 1.7 \times 10^9/L$ , media nesegmentatelor-  $29.0 \pm 4.2\%$ , media lactatului seric  $2.56 \pm 0.5 \text{ mmol/L}$ , la 8 pacienți testul PCT-Q a fost  $\geq 10 \text{ ng/ml}$ , media glucozei sangvine la internare  $11.3 \pm 1.2 \text{ mmol/L}$ , la 21 de pacienți ea fiind mai mare de  $6 \text{ mmol/L}$ . Mortalitatea postoperatorie a fost 68.9% (n=20). Concluzie: Experiența inițială demonstrează că principiile anastomozei amânate, anastomozei primare pot fi considerate ca opțiuni chirurgicale pentru tratamentul pacienților cu ischemie mezenterială acută. Însă concluziile definitive privind momentul aplicării lor, vor fi formulate după analiza unui lot mai mare de pacienți.

**ACUTE MESENTERIAL ISCHEMIA: OPTIMAL DIAGNOSIS AND TREATMENT MODALITY**

**Introduction:** Up to date there are no widely accepted evidence based principles for the diagnosis and treatment of acute mesenterial ischemia and the treatment outcomes are poor. The death rate in this group of patients varies between 70 and 90 %. **Aim:** to appreciate the initial diagnostic and treatment results of acute mesenterial ischemia. **Material and methods:** During January 2009 – May 2011 29 consecutive patients with mesenterial ischemia. The mean age was  $70.3 \pm 2.4$  (35-95) years, the mean time from onset to hospitalization was  $37.1 \pm 8.1$  (1-168) hours, the mean APACHE score was  $24.79 \pm 1.9$ , ASA score –  $3.32 \pm 0.1$ , POSSUM score was –  $37.45 \pm 1.9$ . The diagnosis was established upon WBC, blood lactate level, procalcitonine, 3D-CT angiography and laparoscopy. The patients were treated using the “second look” principle (n=21), resection and primary anastomosis (n=2), diagnostic laparotomy (n=6). Venous and arterial mesenterial ischemia was diagnosed in 5 and 24 patients respectively. **Results:** The mean WBC upon admittance was  $17.88 \pm 1.7 \times 10^9/L$ , mean nonsegmented WBC was  $29.0 \pm 4.2\%$ , mean value of blood lactate level was  $2.56 \pm 0.5 \text{ mmol/L}$ . In 8 patients the PCT-Q test was  $\geq 10 \text{ ng/ml}$ , mean glucose level was  $11.3 \pm 1.2 \text{ mmol/L}$  and in 6 patients it was over 6 mmol/L. The postoperative death rate was 68.9% (n=20). **Conclusions:** The initial experience favors the “second look” principle and resection with primary anastomosis for the treatment of acute mesenterial ischemia. Larger patients’ series are necessary in order to draw definitive conclusions regarding the optimal time for anastomosis.

0266

**APENDICOPATIILE ÎN CHIRURGIA DE URGENȚĂ - O PROBLEMĂ MAI MULT DECÎT DISCUTABILĂ****Iaz V., Breahnă V., Cuceinic S., Grecu I.***Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova*

Dacă pînă în prezent au fost atinse succese notabile în chirurgia apendicitei acute, nu ne dă posibilitatea să constatăm faptul că problema este rezolvată definitiv, au rămas probleme neclare și discutabile: 1) nu este perfectă diagnostică; 2) sunt divergențe în privința tacticii chirurgicale; 3) lipsesc intraoperator criteriile unice a modificărilor macroscopice; 4) sunt divergențe în diagnosticul clinic și rezultatele morfologice. Studiile din literatura franceză au constatat faptul că la 20% din cei operați s-a înălțurat apendicele neafectate. Au fost studiați 235 pacienți cu vîrsta 14-80 ani. Femei-bărbați 1,5:1. Durerea manifestată la 100% bolnavi caracterizată prin (spontană, permanentă, intermitentă, difuză, localizată, violentă, transfixiantă, iradiere topografică). Defens muscular, meteorism, pulsmetria, temperatura corpului s-au manifestat în raport variabil. Simptoamele subiective (diaree, constipație, vomă, s.Koher, grețuri) prezente la toți bolnavii. Prevalența s. obiective (Blumberg, Rowzing, triada Dieulafoy, Bartomie-Mihelson, Coop) a fost notată la bolnavii cu semne evidente de apendicită acută. La 80% - hiperleucocitoză. Polinucleoza a fost marcată variabil: normal, moderată, notabilă, excesivă și majorată enorm. USG abdominală : pneumatoză intestinală, apendice vizualizat, mobil, imobil, îngroșat, lichid în cavitatea abdominală notate variabil. Intraoperator s-a înregistrat lichid seros, serohemoragic, seropurulent, purulent cu variații. S-a constatat faptul că 22% nu au modificări patomorfologice în apendice. Coeficientul identificării diagnosticului clinic cu cel patomorfologic este în raport 4,5:1. Acestea sunt cazurile apendicopatiilor cu manifestări clinice evidente și cu lipsă de substrat patomorfologic, mai bine spus, apendice neafectate.

**Concluzii:**

1. Apendicopatiile diferă radical de apendicita acută prin faptul că ele se manifestă clinic printr-un complex simptomatologic evident de apendicită acută și cu lipsa totală a substratului patomorfologic.
2. Pentru a clarifica aceste probleme definitiv, va fi necesar un studiu clinic mai profund și identificarea mai sigură a modificărilor patologomorfologice.
3. Extirparea apendicelui alterat în apendicopatie, cauză a fenomenelor dureroase sau a crizelor repetate, se impune ca singura măsură de a vindeca răul prezent și de a evita pericolele viitorului.

**APPENDICOPATHIES IN EMERGENCY SURGERY - A SUBSTANTIAN PROBLEM**

The fact that until now has been achieved notable success in the surgery of acute appendicitis doesn't give us the possibility to say that the problem is entirely solved; there still are many confusing and contestable problems:

- 1) the diagnosis is not perfect.
- 2) there are many divergences about the surgical tactics.
- 3) there are no unique criteria for macroscopical changes during the operation.
- 4) there are different opinions among surgeons as for clinical diagnosis and morphological characteristics.

The study of French literature have concluded that in the case of 20% of operations unaffected appendix has been removed. 235 patients aged 14-80 years in rapport of 1,5:1 women and men have been examined.

The pain manifested at 100% of patients was characterized as spontaneous, continuous, intermittent, diffuse, localized, violent, topographical radiation. The muscle defense, flatulence, pulsation, high temperature occurred in several cases. Subjective symptoms (diarrhea, constipation, vomiting, Koher's sign and nausea) have been noticed at all the patients. The prevalence of objective symptoms (Blumberg, Rowzing, Dieulafoy triad, Bartomie-Mihelson, Coop) has been noticed at the patients with obvious signs of acute appendicitis. 80% manifested hyperleukocytosis. The mark of polynucleosys was variable: normal, moderate, noticeable, excessive and increased enormously. The ultrasound check of abdomen showed intestinal pneumatosis, visible, mobile, immobile, thickened, fluid appendix in the abdominal cavity has been detected in several cases. Intraoperative serous, sero-hemorrhagic, seropurulent and purulent liquid was noticed 22% of patients had no pathomorphologic changes coefficient was 4,5:1. These are the appendicopathy cases with clinical manifestations and lack of pathomorphological base, better said: normal, unaffected appendix.

**Conclusions:**

1. Appendicopathies differ radically from acute appendicitis in that they manifest clinically evident symptomatic complex of acute appendicitis and total lack of pathomorphological substrate.
2. To clarify these issues ultimately a deeper clinical study and a more reliable identification of pathomorphological changes would be necessary.
3. The removal of altered appendix in appendicitis, cause of pain phenomena or repeated crisis imposes itself as the only measure to cure the present disease and to avoid future dangers.



O267

## HIPERFUNCȚIA PARATIROIDIANA ITINERAR CHIRURGICAL: 63 CAZURI OPERATE

Diaconescu MR \*, Glod M \*, Costea I \*, Diaconescu Smaranda \*\*

Universitatea de Medicina si Farmacie "Gr T Popa" Iasi, Clinica IV-a Chirurgie\*, Clinica V-a Pediatrie\*\*

Introducere: Multiplele aspecte etiopatogenice si anato-mo-clinice ale hiperparatiroidismului (HP): pri-mar (HPP), renal (HPR), familial, din NEM etc constituie o patologie care realizeaza o continua provocare. In afara fenotipului si simptomatologiei polimorfe, a noilor achizitii diagnostice si terapeutice, frapeaza contrastul dintre incidenta/prevalenta sindromului in crestere in tarile dezvoltate – mai ales pe seama observatiilor asimptomatice - si seriile limitate numeric sau cazurile izolate cu manifestari "istorice", pu-blicate in literatura natiunilor "in tranzitie" sau subdezvoltate.

Material si metoda: Din 1986 in clinica noastra au fost operate 63 observatii de HP: 20 HPP – adenoame=17, carcinoame=2, paratiromatoza=1 si 43 HPR – HP secundar (HPS)=23 si tertiar=20. Am inregistrat 44 femei si 19 barbati (raport 2,3/1) cu limite de varsta 15 – 67 (medie 47) ani. Diagnosticul si indicatia chi-rurgicala au fost stabilite clinic prin prezenta suferintei renale – urolitiiza multipla sau recidivata in HPP – insuficienta renala cronica in regim de hemodializa in HPR, sindrom osos manifest – osteoporoza, du-reri osoase, chisturi si fracturi, manifestari neuromusculare, psihonevrotice, digestive si cardiovasculare in ambele varietati. Datele de laborator au obiectivat valori anormale ale calciului seric total si ionizat, fosforului si fosfatazei alcaline si in special ale iPTH iar explorarile localizatoare au inclus ultrasonografia – mai putin concludenta in leziunile multiglandulare si mai recent scintigrafia cu <sup>99m</sup>Tc-tetrofosmin. Rezultate: Toate cazurile au fost operate practicandu-se exereza simpla in 17 adenoame si "in bloc" cu lobul tiro-idian ipsilateral in doua cancere (unul fiind o recidiva la 4 ani dupa indepartarea unui adenom), intr-un adenom chistic intratiroidian ca si in cazul de paratiromatoza (de asemenea recidiva dupa exere-za extra muros a unui adenom). In observatiile de HPR au fost executate 24 paratiroidectomii sub-totale (in 20 observatii reusindu-se exereza standard a 3 si ½ glande, in rest indepartandu-se 3 sau doar 2 paratiroide) si respectiv 19 paratiroidectomii totale (6 cu autotransplant glandular si 13 simple). Din considerente tactice sau pentru leziuni asociate explorarea/exereza chirurgicala a fost extinsa la tiroida (29 cazuri) sau timus (20 cazuri). Examenul anatomopatologic a precizat diagnosticul final in toate obser-vatiile. Rezultatele imediate si in timp au fost bune in special in HPP. Nu au fost hipocalcemii persistente chiar in cazul paratiroidectomiilor extinse dar am notat o paralizie recurentiala, un hematom al lojei si recidiva in doua cazuri de autotransplant antibrabial ca si cea a unui cancer la 4 ani dupa extirparea unui adenom (leziune noua?). Concluzii: Paratiroidectomia – cu rafinamentele sale recente: minim invaziva, endoscopica sau asistata robotic – este singurul tratament eficace si definitiv in HPP si constituie o terapie simptomatica impor-tanta, desi suboptimal, in cazurile de HPR (a caror tratament ideal este transplantul renal). Exerezele paratiroidiene trebuie practicate doar de specialisti antrenati in aceasta chirurgie.

## SURGICAL ITINERARY IN PARATHYROID HYPERFUNCTION: 63 CASES OPERATED ON

Background: Hyperparathyroidism (HP) is a constantly evolving entity with multiple clinical varieties i.e.: primary (HPP), renal (HPR), familial, in MEN etc, proteiform phenotype and symptomatology, continous modernizing diagnosis and therapeutic methods and striking differences in epidemiology between de-veloped nations and the 3rd world's or "in transition" countries. Material and methods: The study population comprised 63 patients with HP operated on from 1986 in our clinic. There were 20 cases with PHP (17 adenomas, 2 carcinomas and one parathyromatosis) and 43 cases with RHP (23 secondary and 20 tertiary). The series included 44 women and 19 men (ratio 2,3/1), aged 15-67 (range 47) years. As a rule the documentation of signs and symptoms as well as recording of the surgical indications were consistently thorough. The presence of multiple and recurrent urolithiasis in HPP and renal failure on hemodialysis in HPR as well as bone, muscular, neuropsychiatric, digestive and cardiovascular manifestation in both syndromes are constantly described. Laboratory data indicated abnormally levels of serum calcium, phosphorus, alkaline phosphatase but especially of the iPTH. Locali-sation procedures included ultrasonography less valuable for multiglandular lesions and recently <sup>99m</sup>Tc-tetrofosmin scan. Results: All the cases were operated on: 17 simple exeresis for adenomas and 4 "en bloc" resections to-gether with the thyroid lobe for two carcinomas, intrathyroid cystic adenoma and parathyromatosis one case each. In HPR 20 patients underwent standard subtotal parathyroidectomy (3 and ½ glands) but in 3 cases only 3 or even 2 glands were founded and 19 total parathyroidectomy respectively (6 with auto- transplantation). Thyroid (n=29) and thymus (20) resections were practiced for associated lesions or tac- tical reasons. Pathology established the final diagnosis. Immediate and late results were good especially in HPP. Persistent hypocalcemia was not encountered even in extended resections but we avow a cervi-cal hematoma, a recurrent laryngeal nerve palsy, two antibrabial recurrences and a carcinoma developed four years after resection of an adenoma (new lesion?). Conclusions: Parathyroidectomy with its recent refinements in minimally invasive, endoscopic, video- and robotic techniques constitutes the gold standard therapy for HPP and still remains the only perma-nently effective method offering an improved quality of life in HPR. These operations must be done by high-specialised surgeons.

O268

## NODULUL TIROIDIAN SOLITAR: PARADIGME DIAGNOSTICE SI TERAPEUTICE

Diaconescu MR \*, Diaconescu Smaranda \*

Universitatea de Medicina si Farmacie "Gr T Popa" Iasi, Clinica IV-a Chirurgie\*, Clinica V-a Pediatrie\*\*

Controversele privind diagnosticul si atitudinea terapeutica in nodulul tiroidian solitar (NTS) sunt propor-tionale numeric cu incidenta/prevalenta la nivel mondial a acestei entitati constituind o continua provo-care pentru specialistii in domeniu. Discrepanta dintre frecventa importanta a NTS si numarul relativ redus al tumorilor maligne tiroidiene nu anuleaza teama de a ignora un cancer ceea ce conduce la o chirurgie maximalista sau chiar

nonnecesara intr-o proportie importanta de cazuri. Astfel in cazul unui NTS problemele majore devin diferentierea intre o leziune benigna si una maligna si stabilirea riscului –scazut sau ridicat in ultima eventualitate. Desi nu exista criterii ferme de atestare a malignitatii unui NTS “inocent”, insistenta anamnezei si examenul clinic permit selectarea cazurilor suspecte desi cateodata identificarea unui (micro)carcinom tiroidian poate fi comparata cu “cautarea unui ac intr-un car de fan”! Explorările de laborator si examenele localizatoare includ dozarea TSH, ultrasonografia, scintigrafia cu iod si technetium, PET [(18)F-FDG] simpla sau asociata cu CT si punctia-biopsie cu ac subtire (eventual eco-ghidata), ultima considerate standardul de aur in diagnosticul NTD “explicand scenariul clinic sau le-ziunea” dar furnizand totusi 20% rezultate “nedeterminate” (suspecte sau leziuni foliculare). Totusi o strategie diagnostica agresiva este obligatorie in cazul NTD putand reduce in mod semnificativ proportia interventiilor inutile crescand totodata numarul operatiilor curative pentru cancer tiroidian. Din punct de vedere therapeutic atitudinea optima se inscrie in limite largi intre simpla monitorizare +/- terapie su-presiva cu hormoni tiroidieni, chirurgie conservatoare (lobectomie) chiar in unele (micro)cancere si tiroidectomia aproape totala/totala. Propria noastra filozofie profesionala se opune generalizarii rigide a tiroidectomiei totale in majoritatea tireopatiilor chirurgicale, pledand pentru o atitudine intraoperatorie adaptata pentru fiecare caz in parte, lobectomia totala fiind totusi operatia minima recomandata. Sa facem bine ceea ce stim bine sa facem!

## NODULAR THYROID DISEASE: DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC PARADIGMS

Controversies about nodular thyroid disease (NTD) are proportionally numerous with their great world-wide incidence/prevalence representing a continuous elusive challenge of the endocrine pathology. Benign NTD are a common finding in striking annoyance with the relative rarity of thyroid malignancies but a great number of specialists are dominated by the fear of being unaware of a cancer which lead to a maximalist attitude and systematic sometimes unnecessary surgery. So the main problems in this pathology remains to differentiate between benign from malignant disease and discriminate low-risk from high-risk cancer. In addition to this there are not commonly accepted screening and diagnosis strategies and even the medical management is often controversial. However no criterion permits an at-testation of the malignancy of an “innocent” nodule, the accuracy of the interrogatory and the clinical examination will allow the individualization of suspect cases but sometimes the identification of a thyro-id (micro) carcinoma is compared with seeking a needle in a hay cock. Laboratory tests/imaging modalities included TSH assayment, thyroid ultrasound, scintigraphy with iodine or technetium, [(18)F-FDG]-PET alone or with CT and fine needle aspiration biopsy (eventually US-guided). The later considered the most valuable step in the diagnosis of NTD which “can explain the clinical scenario or lesion” still provides a 20% cases of “nedeterminates” (suspicious or follicular) lesions. Nevertheless an aggressive diagnosis strategy is mandatory and can reduce the proportion of needless operations and in the same time increases the effective interventions for thyroid cancer. From a surgical perspective the optimal NTD treatment frames in large limits from simple observation +/- thyroid hormone suppressive therapy, conservative surgery i.e. lobectomy+isthmusectomy [even in some (micro) carcinomas!] to systematic near total or total thyroidectomy. Our personal surgical philosophy is against a rigid generalisation of total thyroidectomy in near all thyroid lesions but for an adapted intraoperative attitude for each particular case total lobectomy being the minimum accepted exeresis. We must do better what we know well!

O269

## MANAGEMENTUL MEDICO-CHIRURGICAL ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ESOFAGULUI BARRETT

Ungureanu S., Gladun N., Maloman E., Șipitco N., Istrati V.

SCR, catedra Chirurgie FEC MF, USMF “Nicolae Testemitanu”

Introducere. Esofagul Barrett reprezintă metaplazia columnară a epitelului pavimentos al esofagului, cu o incidență de 8-20%. În acest grup de bolnavi riscul dezvoltării cancerului de esofag crește de 30-40 de ori.

Material și metode: Pe un termen de 15 ani în clinica chirurgie FEC MF au fost tratați 47 pacienți cu esofagul Barrett (EB) la un număr total de pacienți cu BRGE 356, ceea ce constituie (13,6%). În această perioadă a fost introdus algoritmul de diagnostic și tratament precum și implementate pe scară largă metodele de tratament miniinvazive endoscopice și laparoscopice.

Rezultate și concluzii. Rezultatele imediate și la distanță ale tratamentului multimodal al pacienților cu EB sunt controlabile și comparabile și evidentă necesitatea includerii precoce a metodelor de tratament endoscopic și laparoscopic al BRGE.

Medical and surgical management in diagnosis and treatment of Barrett's esophagus

Introduction. Barrett esophagus represents columnar metaplasia of squamous epithelium of the esophagus, with an incidence of 8-20%. The risk of developing of esophageal cancer in this group of patients is increased 30-40 times.

Material and methods: In a period of 15 years in the department of surgery CEM were treated 47 patients with Barrett's esophagus (EB) in a total of 356 patients with GERD, which is (13.6%). During this period, the algorithm of diagnostic and treatment was introduced and widely implemented miniinvasive methods of endoscopic and laparoscopic treatment.

Results and conclusions. Immediate and remote results of multimodal treatment of patients with EB are controllable and comparable and it is necessary to include early the methods of endoscopic and laparoscopic treatment of GERD.

O270

## TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL CHISTURILOR HEPATICE

Cotirlet A., Nedelcu M., Gavril L.

Sectia Chirurgie, Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti

Scop. Prezentarea avantajelor metodei laparoscopice în tratamentul chisturilor hepatice.

Material și metodă. Acest studiu prezintă experiența noastră în tratamentul laparoscopic pentru 57 de cazuri de chisturi hepatice (42 de cazuri de chisturi seroase și 15 cazuri de chisturi hidatice selectionate: univesicular, necomplicat, localizat în segmentele hepatice laparoscopice) reprezentând 1,89% din 3010 operații laparoscopice efectuate în perioada "2006-2010". În 49 de cazuri (85,97%), chistul hepatic a fost unic. Indicația de tratament laparoscopic a fost pusă pe criterii clinice, biologice, imagistice și antecedentele bolnavului. În 45 de cazuri (78,95%), chisturile hepatice au fost localizate în lobul drept, dimensiunile fiind de 6-16 cm.

Rezultate. Nu au fost înregistrate cazuri de conversie. Complicații postoperatorii au fost la 3 dintre pacienți (5,26%): supurative - 2 abcese și o fistula biliară. Durata medie de spitalizare a fost de 4,8 zile, iar perioada postoperatorie a fost fără recidive. La toate cazurile s-a practicat și colecistectomia. Pentru chisturile seroase a fost utilizată tehnica Lin. Cele 12 cazuri de chisturi hidatice au fost rezolvate prin tehnica Lagrot (după inactivarea cu ser hipertonic 20%), iar alte 3 cazuri prin chistectomie ideală. Rezultatele sunt argumente care ne determină să recomandăm această cale de abordare laparoscopică pentru tratamentul chistului hepatic. Pentru cele 15 cazuri profilaxia recidivelor postoperatorii a fost efectuată prin administrare de Albendazol. Concluzie. Chirurgia laparoscopică este o metodă sigură și eficientă de tratare a pacienților cu chisturi hepatice seroase, iar pentru cazurile selectate de chisturi hidatice este o alternativă la chirurgia clasică. Aceasta respectă principiile chirurgiei deschise, beneficiind de avantajele chirurgiei minim invazive: confort postoperator, dureri minime, spitalizare scurtă, reinsertie socială rapidă.

## LAPAROSCOPIC TREATMENT OF THE HEPATIC CYSTS

Aim. The evaluation of the advantages of laparoscopic method in surgery of hepatic cysts.

Material and method. This study presents our experience in laparoscopic solution of 57 cases of hepatic cysts (42 cases of serous cysts and 15 selected cases of hydatid cysts: univesicular, uncomplicated, localized in laparoscopic hepatic segments) presenting 1,89 % from one 3010 laparoscopic interventions performed between "2006-2010". In 49 of cases (85,97%) the hepatic cyst was unique. Laparoscopic treatment of the hepatic cysts was attempted in all patients who had clinical, biological, imaging and following the patient history. In 45 of cases (78,95%) the hepatic cysts were located in the right lobe, with dimensions between 6-16cm.

Results. There weren't any cases of conversion. In 3 of patients (5,26%) postoperative complications were recorded: suppurative - 2 abscess and one biliary fistula. The mean hospital stay was 4,8 days, and the postoperative period to a year was without recurrences. In all cases we performed the cholecystectomy, too. For the serous cysts was used the Lin technique. In 12 cases of hydatid cysts were performed the Lagrot technique (after inactivation with hypertonic saline 20%), and other 3 cases were performed by ideal cystectomy. The results are arguments for us to recommend this way of laparoscopic approach for the treatment of hepatic cyst. For the 15 cases prophylaxis of postoperative recurrence was performed by administration of Albendazole.

Conclusions. Laparoscopic surgery is a safe and effective method of treating the patients with hepatic serous cysts, and for the selected cases of hydatid cysts it is an alternative to classic surgery. It respects the principles of the open surgery, with all the benefits of the laparoscopic surgery: postoperative comfort, minimal pain, short hospital stay, rapid social reintegration.

O271

## BOALA DE REFLUX GASTROESOFAGIAN CU EVOLUȚIE COMPLICATĂ

Ungureanu S., Gladun N., Șipitco N., Lepadatu C.

SCR, Catedra Chirurgie FEC MF

Introducere. BRGE a devenit una din cele mai frecvente patologii ale tubului digestiv ale secolului XXI, care aproximativ în 80-90% dintre cazuri evoluează pe fundalul unei hernii hiatale și constituie o problemă dintre cele mai actuale, înregistrând o frecvență de 5-10% la populația examinată.

Material și metode: Într-un termen de 15 ani în clinica chirurgie FEC MF au fost tratați 357 pacienți cu BRGE.

La 123 (34,45%) pacienți au fost depistate diferite complicații ale BRGE. Între cele mai frecvente au fost complicațiile tractului digestiv:

- Ulcere ale esofagului și joncțiunii eso-gastrice
- Stenoze
- Esofag Barrett
- Cancer esofagian și joncțiunii esogastrice

Complicațiile bronhopulmonare între complicațiile extradigestive au fost cele mai frecvente fiind determinate de bronșită cronică obstructivă și astmul bronșic. În această perioadă în clinică au fost implementate în practică schemele conceptuale de tratament ale BRGE ce vizează diferite faze de evoluție ale BRGE.

Concluzii. Depistarea precoce a BRGE precum și antrenare pe scară largă a tratamentului multimodal al BRGE poate micșora considerabil rata complicațiilor BRGE în general precum și ameliorează considerabil rezultatele tratamentului medicochirurgical imediat și la distanță.

## GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH COMPLICATED EVOLUTION

Introduction. GERD has become one of the most common diseases of the digestive tract of the XXI century, which about 80-90% of cases develops on the basis of a hiatal hernia and is one of the most recent issue, recording a rate of 5-10% of the population examined.

Material and methods: In the period of 15 years in the department of surgery CEM were treated 357 patients with GERD. Were detected various complications of GERD in 123 (34.45%) patients and among the most frequent were complications of digestive tract:

- Ulcers of the esophagus and esophageal-gastric junction
- Stenosis
- Barrett's Esophagus
- Cancer of esophagus and esophageal-gastric junction

Broncho-pulmonary complications between extradigestive complications were the most frequent being caused by chronic obstructive bronchitis and bronchial asthma.

During this period in clinical practice have been implemented in the treatment of GERD conceptual schemes aimed at different stages of evolution of GERD.

Conclusions. Early detection of GERD as well as training on a large scale multimodal treatment of GERD can significantly decrease the overall rate of GERD complications and significantly improves the immediate and remote results, of conservative and surgical treatment.

O272

## ИНТЕГРАЦИОННАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ОНКО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

### INTEGRATION SURGERY IN THE TREATMENT OF COMBINED ONCO-VASCULAR DISEASE

**Мирошниченко П.В., Калинин Е.В.**

*Луганская областная клиническая больница, Луганский областной клинический онкологический диспансер.*

Проблема лечения сочетанной онко-сосудистой патологии (СОСП) глубока. Возможное решение - интегральный подход к СОСП, т.е. объединение хирургов разных специальностей (ангиохирургов и хирургов - онкологов). Цель исследования: интегрирование хирургов разных специальностей, совершенствование хирургической квалификации специалистов разного профиля для оказания помощи больным с СОСП. Материалы и методы. 31 пациент с локализованным и местно-распространенным формами рака в сочетании с тяжелыми сосудистыми заболеваниями были прооперированы в один этап командой из хирургов разных специальностей.

Выполнены следующие операции: гастрэктомия+резекция брюшного отдела аорты+протезирование - 4 больных; операции на ободочной кишке + резекция брюшного отдела аорты с протезированием - 3; операции на прямой кишке + резекция наружной подвздошной артерии и протезирование-7; операции на женских гениталиях + резекция наружной подвздошной артерии и протезирование-4; операции мочевом пузыре и почках +резекция брюшного отдела аорты, участка нижней полой вены, наружной подвздошной артерии и протезирование-6; операции при опухолях забрюшинного пространства + резекция участка нижней полой вены с пластикой-4; операции при опухолях поджелудочной железы + резекция брюшного отдела аорты и протезирование-3.

Летальность составила - 1 случай (3,22%), после экстирпации прямой кишки. Причина смертельного исхода - абсцедирование малого таза, с последующим кровотечением из несостоятельности швов сосуда. 5-летняя выживаемость - 25,79% (из-за высокой частоты метастазирования). При симптоматическом лечении аналогичных больных, пятилетний рубеж не пережил никто. Средняя продолжительность жизни этой категории больных - 9,56 месяцев.

Выводы: 1. В клиническую практику введено понятие интеграционная хирургия. Скоординированная деятельность хирургов разных специальностей - реальная необходимость современной онкологии. 2. Интегральный подход позволяет оптимизировать результаты лечения больных с СОСП.

O273

## ASPECTELE TRATAMENTULUI RADICAL AL TUMORILOR PANCREATODUODENALE

**Hotineanu A., Hotineanu V., Bogdan V., Cotoneț A., Pripa V.**

*USMF «N.Testemițanu», Catedra Chirurgie Nr.2*

În perioada anilor 2000-2011 în clinica chirurgie nr.2 USMF "N.Testemițanu" au fost spitalizați 560 pacienți cu tumori pancreatoduodenale. Din acest lot au fost selectați 420 bolnavi de cancer de cap de pancreas, 79 de cancer PDM și 61 cazuri de tumori corporocaudale pancreatice. Rata rezecabilității

în această grupă de pacienți a fost de  $30,6 \pm 4,4\%$ , ( $p < 0,001$ ). Combinația dintre TC spiralată în regim standard și angiografic cu laparoscopia este metoda de elecție în aprecierea rezecabilității în cazurile noastre. La această grupă de pacienți a fost efectuate 146 ( $26,1 \pm 2,4$ ,  $p < 0,001$ ) duodenpancreatectomii în diferite variante tehnice și 26 ( $4,5 \pm 2,0$ ,  $p < 0,05$ ) rezecții corporocaudală de pancreas. Duodenpancreatectomia clasică tip Whipple clasică am efectuat-o la 51 pacienți. Varianta de reconstrucție care a asigurat cele mai bune rezultate postoperatorii, în lotul nostru de studiu, a fost duodenpancreatectomia cu varianta reconstrucția tip Child, pe care am efectuat-o la 76 de bolnavi. Varianta tehnică de duodenpancreatectomie cefalică cu preservarea pilorului a fost posibilă numai după examenul extemporaneu din limfonodulii infrapilorici este obligatorie (19 pacienți). Varianta tehnică care am folosit-o la în anii 2007-2010 bolnavi din lotul de studiu a fost duodenpancreatectomia cefalică prin abord posterior. Pentru tumorile corporocaudale am efectuat rezecții radicale în 26 din 60 de cazuri tratate la noi în clinică. Concluzii: 1. Algoritmul diagnostic al pacientului cu tumori pancreatoduodenale va include consecutiv și obligatoriu analiza clinică, biochimică, determinarea markerilor tumorali; ecografia ca metodă de screening, care concretizează indicațiile pentru CPGRE sau colangiografie prin RMN sau TC în regim standard și angiografic, și laparoscopie diagnostică care împreună măresc rata rezecabilității. 2. Tratatamentul pacienților cu cancer pancreatic necesită tratament chirurgical specializat în volum de duodenpancreatectomie cefalică, varianta de reconstrucție Child cu abord posterior, ca intervenție radicală sau rezecții corporocaudale de pancreas.

## ASPECTS OF RADICAL TREATMENT OF PANCREATODUODENAL TUMORS

During the period 2000-2011 there were 560 patients with pancreaticoduodenal tumors hospitalized in the Surgery Clinic No. 2 of the State Medical and Pharmaceutical University „Nicolae Testemitanu”. From this group we selected 420 patients with pancreatic head cancer, 79 cases of major duodenal papilla cancer and 61 cases of corporocaudal pancreatic tumors. The rate of resectability in these patients was  $30.6 \pm 4.4\%$  ( $p < 0.001$ ). The combination of spiral CT in standard and angiographic mode with laparoscopy is the method of choice in assessing the resectability in our cases. There were 146 ( $26.1 \pm 2.4$ ,  $p < 0.001$ ) duodenopancreatectomies in different technical variants and 26 ( $4.5 \pm 2.0$ ,  $p < 0.05$ ) pancreatic corporocaudal resections performed in this group of patients. We performed classical Whipple duodenopancreatectomia in 51 patients. Duodenopancreatectomia in Child reconstruction variant was the reconstruction variant which provided the best postoperative results in our study group. We have performed it in 76 patients. The technical variant of cephalic duodenopancreatectomy with the preservation of the pylorus was possible only after mandatory extemporaneous examination of infrapyloric lymph nodes (19 patients). The technical variant we practiced in the years 2007-2010 in patients from the study group was cephalic duodenopancreatectomy by posterior approach. We performed radical resections for corporocaudal tumors in 26 of 60 cases, which were treated in our clinic. Conclusions: 1. Diagnostic algorithm in patients with pancreaticoduodenal tumors will include consecutive and mandatory performing of clinical examination, blood biochemistry, tumor markers analysis; ultrasound investigation as a method of screening that clarifies the indications for ERCPG or MRI or CT cholangiography in standard or angiography mode, and diagnostic laparoscopy, which together increase the rate of resectability. 2. The treatment of patients with pancreatic cancer requires specialized surgical treatment in the volume of: cephalic duodenopancreatectomy, reconstructive version Child with posterior approach as radical intervention or corporocaudal pancreatic resections.

O274

## PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL CANCERULUI DUODENOPANCREATIC NEREZECABIL

Hotineanu A., Hotineanu V., Bogdan V., Cotoneț A., Pripa V.

USMF «N. Testemitanu», Catedra Chirurgie Nr.2

În clinica de chirurgie nr.2 au fost tratați 560 pacienți cu tumori pancreatoduodenale. Rata rezecabilității în această grupă de pacienți a fost de numai  $30,6 \pm 4,4\%$ , ( $p < 0,001$ ). Cazurile nerezecabile au necesitat un abord complex ce a necesitat tratamentul icterului mecanic, obstrucției duodenale și sindromului algic. Diagnosticul irezecabilității tumorii se determina prin stabilirea următoarelor obiective: stabilirea cu o probabilitate înaltă a diagnosticului de cancer pancreatoduodenal: determinarea stadializării tumorilor conform clasificării TNM, în baza acestora a stabili rezecabilitatea tumorii și aplicarea tratamentului radical sau paliativ, în caz de irezecabilitate aprecierea cu precizie a diagnosticului histologic. Aceasta se va efectua prin determinarea analiza clinică, biochimică, determinarea markerilor tumorali; ecografia ca metodă de screening, care concretizează indicațiile pentru CPGRE sau colangiografie prin RMN sau TC în regim standard și angiografic, și laparoscopie diagnostică care împreună determină irezecabilitatea tumorii. Tratatamentul cancerului pancreatoduodenal a evaluat în timp în dependența de expertiza echipei chirurgicale și analiza rezultatelor precece și la distanță. la prima etapa am efectuat colecistoenteroanastomoză pe ansa Omega la  $15,2 \pm 2,6\%$ , colecistoenteroanastomoză și gastrojejunoanastomoză pe ansa Omega la  $8,6 \pm 1,1$ , la 4 dintre pacienți s-a aplicat CDA, Hepaticojejunoanastomoză pe ansa Roux 117 pacienți. Analizând rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului chirurgical aplicat ne-a impus să utilizăm tehnica chirurgicală, care ar asigura fluxul biliar normal în tractul digestiv, și un pasaj intestinal normal. Aceasta a fost realizată prin secționare supraduodenală de coledoc, hepaticojejunoanastomoză și gastrojejunoanastomoză pe ansa bispiculată la Roux efectuată la  $22,5 \pm 2,4$ . Asigurarea calității vieții pacientului tratat prin paliative ne-a impus în ultimul timp să implementăm de rând cu lichidarea obstrucției biliare și paliatia durerii folosind splahnicectomia toracoscopică. Concluzie: pentru a stabili cu exactitate irezecabilitatea tumorilor pancreatoduodenale este necesar de aplicat algoritmul de mai sus, intervențiile paliative se reduc hepaticojejunoanastomoză și gastrojejunoanastomoză cu splahnicectomie pe ansa bispiculată Roux.

## CHARACTERISTICS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UNRESECTABLE PANCREATODUODENAL CANCER

There were 560 patients duodenopancreatic tumors treated in the clinic of surgery No.2. The rate of resectability in this group of patients was  $30.6 \pm 4.4\%$  only ( $p < 0.001$ ). Unresectable cases required a complex approach with performing of treatment of mechanical jaundice, duodenal obstruction and syndrome of pain. The diagnosis of the nonresectable tumor is determined by setting the following objectives – establishing of the diagnosis of pancreaticoduodenal cancer with a high probability: determination of tumor staging according to TNM classification, establishing in that basis the resectability of the tumor and application of radical or palliative treatment, accurate assessing of histological diagnosis in case of nonresectability. This

will be achieved by performing clinical examination, blood biochemistry, tumor markers analysis; ultrasound investigation as a method of screening that clarifies the indications for ERCPG or MRI or CT cholangiography in standard or angiography mode, and diagnostic laparoscopy, which together help to assess nonresectability of the tumor.

The treatment of pancreaticoduodenal cancer was evaluated over time depending on the surgical team expertise and analysis of early and long-term results. At the first stage we performed the Omega loop cholecystoenterostomy in  $15.2 \pm 2.6\%$ , the Omega loop cholecystoenterostomy and gastrojejunostomy in  $8.6\% \pm 1.1$ , in 4 of the patients the CDA was applied, in 117 patients Hepaticojejunostomy on the Roux loop was performed.

Analyzing the unsatisfactory results of surgical treatment applied we concluded that it is necessary to use such surgical technique that would ensure normal flow of bile in the digestive tract and normal intestinal passage. This was accomplished by supraduodenal sectioning of the choledochus duct, hepaticojejunostomy and Roux-en-Y gastrojejunostomy, which was performed in  $22.5\% \pm 2.4$ . Provision the quality of life to the palliative treated patients forced us lately to implement, along with the liquidation of biliary obstruction, the palliative treatment of pain using thoracoscopic splanchnicectomy.

Conclusion: For accurate establishing the nonresectability of pancreaticoduodenal tumors it is necessary to apply the above algorithm, palliative interventions are hepaticojejunostomy and Roux-en-Y gastrojejunostomy with splanchnicectomy.

O275

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL TUMORILOR HEPATICE

**Hotineanu A., Hotineanu V., Bogdan V., Cotoneț A., Pripa V., Stasiuc S**

*USMF «N.Testemițanu», Catedra Chirurgie Nr.2*

La catedra chirurgie nr. 2 pe parcursul ultimilor 10 ani au fost spitalizați 243 pacienți cu tumori hepatice. Algoritmul diagnostic a formațiunilor de volum hepatice include consecutiv și obligatoriu: examenul clinic al pacientului; determinarea valorilor de laborator, inclusiv al markerilor tumorali; ecografia ca metodă de screening; tomografia computerizată în regim standard și angiografic cu aprecierea volumetriei zonei afectate și acelei restante, irigografia pentru a determina prezența unei tumori de colon cu metastazare la nivel de ficat, scintigrafia hepatică în cazurile de ciroză hepatică și în cazurile dificile am efectuat laparoscopia diagnostică în timpul căreia am determinat rezecabilitatea tumorii, am prelevat biopat hepatic pentru a determina calitatea țesutului restant. Tratamentul chirurgical a inclus 145 rezecții majore de ficat, 3 dintre care le-am efectuat după o ligatură de ram portal cu atingerea minimului de țesut hepatic restant în volum de 30%, și o rezecție hepatică majoră peste 4-6 săptămâni, 48 de rezecții hepatice minore și 40 de laparotomii diagnostice ulterior care în 8 cazuri au fost finalizate cu chimioembolizare angiografică. Rezultatele acceptabile au fost atinse în rezecțiile majore anatomice cu asigurarea limitelor oncologice de rezecție.

### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEPATIC TUMORS

There were 243 patients with hepatic tumors hospitalized in the Department of Surgery No. 2 over the last 10 years. Diagnostic algorithm of hepatic mass lesions includes consecutive and mandatory performing of the patient's clinical examination, laboratory tests, including tumor markers analysis; ultrasound investigation as a method of screening, computed tomography in standard and angiographic mode with the assessment of the dimensions of the affected and remaining areas, irrigoradiography to determine the presence of colon tumors with metastasis at the liver, hepatic scintigraphy in cases of liver cirrhosis, and in difficult cases we performed diagnostic laparoscopy during which we determined the resectability of the tumor, we collected bioptic sample of the liver to determine the quality of the remaining tissue.

The performed surgical treatment included 145 major liver resections, 3 of which we performed after ligation of portal branch taking the minimum of remaining hepatic tissue in amount of 30% and a major liver resection in 4-6 weeks, 48 minor liver resections and 40 diagnostic laparotomies which subsequently were finished with angiographic chemoembolization in 8 cases. Acceptable results were achieved in major anatomic resections providing oncological resection limits.

O276

## TUMORILE KLATSKIN ABORDĂRI DE DIAGNOSTIC ȘI CONDUITĂ CHIRURGICALĂ

**Hotineanu A., Hotineanu V., Bogdan V., Cotoneț A., Pripa V.**

*USMF «N.Testemițanu», Catedra Chirurgie Nr.2*

Pe parcursul anilor 2000-2011 au fost spitalizați și tratați la catedra de chirurgie nr.2 56 pacienți cu tumori tip Klatskin. Tumorile Klatskin au fost de tip I și II în 6 cazuri, de tip III B la 6 pacienți, III A la alți 6 bolnavi celelalte 38 cazuri erau reprezentate de tumori Klatskin de tip IV care au fost diagnosticate irezecabile. Diagnosticul a inclus analiza clinică a pacientului; examenul de laborator; ultrasonografia, CPGRE și RMN în regim colangiografie ultimele sunt metodele diagnostice de elecție a tumorilor tip Klatskin. Din totalul de 56 bolnavi cu tumori tip Klatskin 18 cazuri au fost rezolvate radical: în 6 cazuri rezecție de cale biliară principală cu bihepaticojeunoastomoză pe ansa Roux, în 6 cazuri hemihepatectomie pe stânga și în altele 6 hemihepatectomie pe dreapta cu restabilirea continuității tractului digestiv prin aplicarea anastomozelor biliare cu ansa Roux. Din această grupă de pacienți la ultimii rezecțiile hemihepatectomiile erau asociate cu rezecția de segmentul I. Într-un singur caz a fost necesară rezecție de venă portă. Ca

variante de tratament paliativ a acestor tumori au fost: endoprotezare endoscopică în 18 cazuri, drenare transcutană transhepatică în 10 cazuri și 10 cazuri foraj transtumoral cu aplicarea hepaticostomiei și microjejunostomiei. Rezultate satisfăcătoare în perioada postoperatorie precoce și tardivă, cu o supraviețuire acceptabilă au fost posibile la pacienții tratați radical.

## KLATSKIN TUMORS: DIAGNOSTIC APPROACHES AND SURGICAL MANAGEMENT

During the years 2000-2011 there were 56 patients with Klatskin type tumors hospitalized and treated at the Department of Surgery No.2. Klatskin tumors were of type I and II in 6 cases, type III B in 6 patients, IIIA in other 6 patients, 38 cases were represented by type IV Klatskin tumors, which were diagnosed as nonresectable. Diagnostical process included clinical diagnosis of the patient, laboratory tests, ultrasound investigation, ERCPG and MRI in cholangiographic regimen; the latter are diagnostic methods of choice in Klatskin type of tumors.

There were 18 cases treated radically of total amount of 56 patients with Klatskin type tumor: the resection through major biliary duct with the Roux-en-Y bihepatojejunostomy was performed in 6 cases, hemihepatectomy on the left was performed in 6 cases, and hemihepatectomy on the right with restoring of the digestive tract continuity by applying of Roux-en-Y biliary anastomosis in other 6 cases. In the latter cases of this group of patients the hemihepatectomy resections type were associated with the resection of the segment I. The portal vein resection was necessary in one case. The following variants of the palliative treatment of these tumors were used: endoscopic endoprosthesis in 18 cases, transcutaneous transhepatic drainage in 10 cases, and 10 cases of transtumoral drilling with the application of hepaticostomy and microjejunostomy.

---

O277

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR CU MIȘTENIA GRAVIS

**Hotineanu V., Stasiuc S., Hotineanu A.**

*USMF «N.Testemițanu», Catedra Chirurgie Nr.2*

În ultimele decenii în întreaga lume a avut loc o evoluție tehnică a tacticii chirurgicale în tratamentul mișteniei gravis. În clinica chirurgie Nr.2 USMF "N.Testemițanu" pe parcursul anilor 2008-2011 au fost tratate prin timectomie toracoscopică videoasistată 26 de pacienți cu miștenia gravis sau sindrom miștenic în asociere cu formațiuni timice de volum. În perioada anilor 1996-2007 a fost acumulată experiență în tratamentul acestui grup de pacienți prin metoda de timectomie tradițională (sternotomică) - 143 de pacienți. Acest fapt ne-a permis să facem primele concluzii comparative bazate pe experiența proprie în pregătirea preoperatorie, alegerea tacticii de tratament și metodei de intervenție chirurgicală, conduita postoperatorie.

## SURGERY TREATMENT OF PATIENTS WITH MIASTHENIA GRAVIS

In recent decades throughout the world have been certified technical developments and tactics of surgical treatment of myasthenia gravis. In the department of surgery No. 2 Medical University „N. Testemitanu” during 2008-2011 were treated by videoassisted thoracoscopic thymectomy 26 patients with myasthenia gravis or myasthenic syndrome. During the years 1996-2007 in our clinic was accumulated experience in treating these group of patients by traditional method of thymectomy (sternotomy) - 143 patients. What allowed us to do the first comparative conclusions based on our own experience in preoperative preparation, choice of treatment tactics and method of surgery, postoperative behavior.

---





## INDEX

- A**
- Abu-Bakr O. N243  
 Achim F. O257  
 Adam Anca M212  
 Albu.V B37  
 Alexandrescu S. C67  
 Andon Elvira D80  
 Andon L. H146  
 Andronic D. E103, K195  
 Andronic Mihaela K195  
 Angelescu M. H156  
 Anghel C. E112, F127, F128, C68, K197, K198  
 Anghel Rita L209  
 Anghelici Gh. C70, C71, C72, M223, N247  
 Anitei Maria-Gabriela E107, E108  
 Antoci L. E94, E89, E90, E92, E93, L207  
 Arsenescu Ileana B49
- B**
- Babin A. H144  
 Bacalbasa N. E112, F127, F128  
 Badan A. E104  
 Badiu C. J181  
 Baila S. B49, B50  
 Bajaj D. E111  
 Balalau C. N243  
 Balan Iu. M213, M214  
 Balan S. F118, I157, I158, J176, O250, O251  
 Balical K187, K182, K183, K184, K185, K188, M215  
 Baltag A. H148, H149  
 Baltasar A. O252  
 Barabas F. C61  
 Barat S. B35, B43, B45, B46, B47, B48  
 Barbacar V. D73  
 Barbu I. E112, F127, F128  
 Barnaciuc S. B36, B31, B32, B38, B41, B37  
 Barsan I. I169  
 Batrinac A. B38, B36, B31, B32, B41  
 Bazeliuc I. A5, A6, A8  
 Becu V. H145  
 Bejan A. E100  
 Bendelic V. D73, D82  
 Bengochea M. O252  
 Berliba S. C56, N230  
 Bernaz E. B21, B35, B43, B45, B46, B47, B48, M215  
 Bernic Jana G142, G143  
 Beschieru E. C56, F119, F120, N239, N240  
 Beschieru T. C56, D74  
 Beuran M. A16, C59, L209  
 Bilba V. E97  
 Birla Rodica O257  
 Bobutac Dona B27  
 Bogdan V. M213, M214, L206, O273, O274, O275, O276  
 Bogdanescu Ioana D77  
 Boleac N. E86  
 Bortă E. A12  
 Botnariuc Natalia E105  
 Botnariuc O. M219  
 Bou R. O252  
 Bouaru O. F130  
 Bour A. A6, A8, C52, H147, H150, K189  
 Bour Ninela K189  
 Bouroș T. B39  
 Brânză Maria C54
- Brasoveanu V. E112, C67, C68, F127, F128, K198  
 Bratu D. C61, F123, K193  
 Bratucu E. A15, E109, E110, F121, C58  
 Bratucu M. D83, F124, H155  
 Breahnă V. O266  
 Bubenek S. B50  
 Buga V. B35, B43, B45, B46, B47, B48  
 Bujac M. E87  
 Bujor A. J175  
 Bujor P. H146, J175, L203, K191  
 Bujor S. H146  
 Bulimar V. A9  
 Bunescu V. C62, N241  
 Bunic Gh. L204, L205, O256  
 Buracovschi M. K187  
 Burdel Cristina M212  
 Burian N. E94, E90, E92, E93, L207
- C**
- Calin Irina E111  
 Calmatui I. G136, G141  
 Calu V. H156  
 Candea Iulia E111, M212  
 Carâp A. J178, N242, N243  
 Carstea P. M. A16, C59, C60  
 Casian D. B22, B23, B24, B25, B26, B27, B42, F115, O248  
 Castravet A. B35, B43, B45, B46, B47, B48  
 Catrinici V. E90, E92, E93, E94, L207  
 Cazac A. F125, F126  
 Cazacov V. C64, C65, C66, N245, N246  
 Cazacu L. C52, K189  
 Ceauș V. H146  
 Ceban V. E91, E93  
 Celac V. G142  
 Cemirtan R. B43, B35, B45, B46, B47, B48  
 Cenușă. O. B37  
 Cepraga M. C62  
 Cerbadji A. C71  
 Cereș V. H148  
 Cereș V. H149  
 Cerevan E. B45, B46, B47, B48  
 Cernat M. C53, C55  
 Cernat V. E97  
 Cernățchii E. J174  
 Cernii A. E98  
 Cetuleanu Ecaterina K192  
 Chiriac R. A9  
 Chiriac Ș. M220  
 Chiru F. J177  
 Ciobanu M. M219  
 Ciobanu Natalia C54, C55, F118  
 Ciocoi Viorica D81  
 Ciorici V. E88, E99  
 Cirimbei C. A15, F121, C58  
 Cirimbei S. C58  
 Cirimpei O. I163, I164, I165  
 Ciutac I. A7, F119, F120  
 Clim A. C53  
 Clim C. E100  
 Clipca A. E88, E99  
 Clipca Ivana E88  
 Cociaș Svetlana B33, B34  
 Codrean Lilia E89, E92, E93  
 Cojocar C. E102  
 Coman Adina L211
- Condrașov A. C53  
 Condurari I. H145  
 Constantin V. D. J178, N242, N243  
 Constantinoiu S. J177, O257  
 Conțu Gh. B21, I157, I158, I159, O250, O251  
 Conțu O. B21, B43, B45, B46, B47, B48, I157, I158, K182, M215, O250, O251
- Corcimari A. B40  
 Corcimaru I. E92  
 Corobcean Nadejda E92, E93, E94, L207  
 Cosciug G. E94, E91, E93, L207, E89, E90  
 Costea D. J178, N242, N243  
 Costea I. A9, O267  
 Cotirlat A. O270  
 Cotonet A. A2, L206, O273, O274, O275, O276  
 Cotruta A. E104, E105  
 Craciun I. O265  
 Crenguta C. I170  
 Cristalov Gh. D76  
 Cristea A. A7  
 Croitoru M. B49, B50  
 Crudu O. C70, C71, C72, M217, M223, N247, O249  
 Crumpei Felicia C57  
 Cuceinic S. M215, O266  
 Cucieru A. E104  
 Cucu I. E87  
 Cudina Elena E104  
 Cuibac A. F124  
 Culiuc V. B22, B23, B24, B25, B26, B27, B42, D76, F115, N225  
 Cumpata S. O248  
 Curajos A. G142  
 Curajos B. G142  
 Curca V. D75  
 Curlat E. A5, A7, A8  
 Curlat N. A5, A7, A8, C52
- D**
- Damian A.I. G136  
 Danci A. C62, J179, K194, L200, L208  
 Danci Aliona K194  
 Danila N. C63, K195  
 Danu Maria C70, M223, M217  
 Dariciuc I. O258  
 Darii E. D85  
 Darii Valentina E88, E98  
 David L. C67  
 Davidov Gh. M213, M214  
 Delogramatic C. N244  
 Diaconescu M. R. A9, O267, O268  
 Diaconescu Smaranda O267, O268  
 Diaconu C. O258, O259  
 Dima A. H144, H145, H150, K190, O253  
 Dima Simona F130  
 Dimcevidi Poesina N. A16  
 Dinu Daniela J177  
 Dogaru C. O259  
 Dogot M. B33, B34  
 Dolghi A. L204, L205, O256  
 Donscaia Ana E94, E89, E90, E92, E93, L207  
 Dorobantu B. C67, C68  
 Doruc A. E99  
 Dragomir C. K196  
 Dragu Corina J177  
 Dumitra Anca C61, F123, K193  
 Dumitras O. K195

- Dumitrascu T. F129, K198  
Duta C. L210, L211  
Dutescu S. C69  
Dzero Vera G142
- E**  
Eftimie M. K197, K198  
Erlih M. O249
- F**  
Fatoi Diana A15  
Ferdohleb A. A1, A2, A3, A12, D82, L206  
Filip B. A19  
Florea Andreea D81  
Florea Ludmila K192  
Florescu I P I170  
Florescu P. I169, I171  
Frunză.D B37
- G**  
Gabuja D. M215  
Gafton V. C53, C55, N232, N241  
Gagauz I N231, N232, N241  
Gaidau R. A17  
Gaitur A. F117, F118, J176  
Gaponenco E. I160, I161  
Garofil D. D83, F124, H155  
Gavril L. O270  
Gavrilescu S. K199  
Gavriliuc M. K182  
Georgescu S. C57, C63, E103  
Georgescu V. D83  
Gervescu A. O258, O259  
Ghenghe D. O259  
Gheorghievici G. H155  
Gheorghita V. F120, N239, N240  
Gheorghiu L. I169  
Gherag A. A8, F119, F120, O251  
Ghicavii Neli B38, B32, B37  
Ghidirim Gh. A16, C53, C55, C56, E95, F119, F120, L204, L205, N230, N231, N232, N233, N234, N235, N237, N238, N239, N240, N241, N245, N246, O250, O251, O256, O265  
Ghidirim N E94, E89, E90, E92, E93, E95, L207  
Ghitu V. B43, B35, B45, B46, B47, B48  
Ghiur Luminița D84, E106  
Ghiur M. D84, E106  
Gindea Cristina O257  
Giuglea Carmen I170, I171  
Giurgiu Iuliana E108  
Gladun N. H152, H153, K182, K183, K184, K185, K187, K188, K191, K192, M220, M221, N245, N246, O269, O271  
Gligor V. N227  
Glod M. A9, O267  
Glück G. E86  
Godoroja Nadejda E105  
Godoroja V. E94, E92, E93, L207  
Grasa C. M212  
Grati S. H151, H152, H153, I162  
Grecu F. A19  
Grecu I. O266  
Grib A. B39  
Grigoras M. E108  
Grigorean V. C69, F124, H155, I169, I170, I171, J181, K199  
Grigorie R. C67  
Grigorovici Mirela A9  
Grossu Ala F117  
Grosu F. K193
- Groza M. L210  
Gudumac Eva G132, G137, G138, N245, N246  
Gugava V. A5, A6, A7, A8  
Gulie L. C59  
Guragata-Balasa C L210  
Gurghis R. C53, C54, C55, N241  
Guțu E. A14, B22, B24, B25, B26, B27, D76, J174, J179, N228, O248, O255, B42, D74, F115, N225, N229, N246, O254  
Guțu-Bahov C. M223  
Guzgan I. B32, B31  
Guzun S. C53  
Guzun V. F115, J174, N228
- H**  
Halpern R. B50  
Hanes Raluca J181  
Hincu Gh. G132  
Hoara P. O257  
Hotineanu A. A1, A2, A12, D82, E87, F125, F126, L206, O273, O274, O275, O276, O277  
Hotineanu V. E87, A1, A2, A12, D73, D82, F125, F126, M213, M214, N245, N246, L206, O273, O274, O275, O276, O277  
Hrehoret D. C67  
Hurmuzache A. A12
- I**  
Iachim V. B35, B43, B45, B46, B47, B48  
Iacobini M. C69  
Iacovenco Maria B33, B34  
Iacub V. A14, D74, F115, J174, K194  
Iaz V. O266  
Icma I. O263, O264  
Ignatenco S. M218, M222, N231, A16  
Iliadi A. M213, M214  
Ionescu M. F128, F129, F130, K198  
Iordache F. L209  
Iordache I.-E. E111  
Iordache Monica-Maria E111  
Iorga C. D83, F124, H155  
Istrati Cornelia C54  
Iosif Cristina O257  
Istarti Lidia H146  
Istrati V. O269  
Iusco T. K182, K183, K184, K185, K187  
Ivan C. O263, O264  
Ivan Felicia O263, O264  
Ivan V. O263, O264  
Ivancov G. M213  
Ivanov I. A16
- J**  
Jardan D. K182  
Jilin V. C54  
Jinescu G. L209
- K**  
Kinn D. C60  
Kusturov V. N235, N236, N237, N238, N239, N240  
Kusturova Anna N236
- L**  
Lazar Angela Madalina F121, E109, E110  
Lazăr F. L209, L210, L211  
Lehtman S. O261  
Lencautan V. O260  
Lepadatu C. I162, M215, M220, M221, O271  
Leșco A. H144, H145, K190, L201, O253  
Leșco C. H144, H145, K190
- Lica I. D81, C60, L209  
Lica M. C60, D81  
Lisievici M. D78, D79  
Lisii Irina B39, B40  
Lisii M. B40, B39  
Livadariu Roxana O258, O259  
Livșiț Irina G139, G140  
Lupascu C. C63, E103
- M**  
Mahovici I. N235, N239, N240  
Maloghin V. I166, A11, B23, B42  
Maloman E. M220, M221, N245, N246, O269  
Maniu D. F123  
Manolache Gh. B31, B32, B38, B41  
Manolachi G. B36  
Marga S. A2, L206  
Marica C. J177  
Marina S. E100  
Marincaș M. C58, A15, A15, F121  
Marinescu S. I170, I171  
Martian B. L209  
Maslihov A. C71  
Mastak D. B51  
Matei E. C67, C68  
Mates I.N. J177  
Maxim I. K182, K183, K184, K185, K187, K188  
Mednicov L. E91  
Mednicov Lorena E89, E90, E92, E93, E94, L207  
Melnic Tamara C56  
Miclaus M. L210  
Mihai Ruxandra I170  
Mihalciuc R. A7, C52  
Mîndruță Rodica E100  
Miron A. H156  
Mișin I. O265, B51, E95, L204, L205, N234, O256, N233  
Mitachescu A. F123, K193  
Mitcov Dana B49  
Mitioglo A. B22  
Mitulescu G. E86  
Mocanu A. O257  
Moculescu C. J178, N242, N243  
Moldovan Ina K190  
Monul S. G141, G136  
Moraru C. M223  
Moraru V. C70, C71, C72, M223, N247  
Morozan V. B36, B37, B31, B32, B38, B41  
Moscalu V. B38, B36, B31, B32, B37, B41  
Moscalu V.V. B45, B46, B47, B48  
Mucuta S. I166  
Munteanu I. E106  
Mustea V. A18, F117, F118, J176  
Mutavci Gh. A18, M219
- N**  
Nacev V. K199  
Neacsu N. E103  
Neascu C.-N. C57  
Nedelcu M. O270  
Negrean L. K193  
Nicolau A.-E. L209  
Nicolescu Simona C63  
Nowak P. O260
- O**  
Oporanu Anca I171  
Oprea A. C54  
Oprea Isabella B49, B50

- P**
- Pahomea I. E86  
 Palade V. E100  
 Palade V. I167  
 Paladii Irina N235, N237, N238, N239, N240, N236  
 Palii L. D73, D82  
 Panteleiciuc D. D80, N247, O249  
 Pantis C. C58  
 Papurica M. L210, L211  
 Paraschiv M. J181  
 Parmia A. B49, B50  
 Parvut V. C61  
 Pasăre Raluca M212  
 Pascali Tatiana O249  
 Paunescu V. D77, D78, D79  
 Pavliuc Galina C70, H148, H149, M217  
 Pérez N. O252  
 Petrov D. B27  
 Pihut P. E104  
 Pîrțac I. M223  
 Pirtu M. N225  
 Pisarenco S. C70, C71, C72, M223, N247  
 Piterschii N. E104  
 Plămădeală Svetlana C53, C54, C55  
 Ponoran D. O257  
 Popa E. K195  
 Popa F. D83, F124, H155, J178, N242, N243  
 Popa Gh. A14, D74, D75  
 Popa Paula C57  
 Popa V. M219, N226  
 Pop-Began D. D77, D78, D79  
 Pop-Began Valentina D77, D78, D79  
 Popentiu A. C61, K193  
 Popescu I. C67, C68, F129, F130, K197, K198  
 Popescu M. C69, I169, J181, K199  
 Popescu R. E111  
 Popiel M. C59  
 Popovici A. H144, H145, K190, O253  
 Postolache A. E98  
 Potlog F. H144, O253  
 Potlog F. H145, K190  
 Pripa V. A12, O273, O274, O275, O276  
 Priporeanu T. C61  
 Prisacari A. L208  
 Prisacaru I. B36, B38, B41  
 Prisacaru Oleseă G141, G136, G137, G138  
 Prisacaru I. B37  
 Prodea Anca C61, F123  
 Prunoiu V. C58  
 Pugăcescu Tatiana K182, I162  
 Pundiche Mihaela E111, M212  
 Punga I. N229  
 Puscă Cristina D83, F124, H155
- R**
- Radoi C. D81  
 Radoi S. C58  
 Radu Daniela O263, O264  
 Radu Elena Violeta C69, I169, J181, K199  
 Radu M. C62  
 Radu P. D83, F124, H155  
 Raileanu G. C63  
 Revenco S. A11, A17, A18, M214, A16, F117, F118, I166, J176, M219, O250  
 Rojnoveanu Gh. A17, A18, C53, C54, C55, C56, N231, N232, N241, O251  
 Roller V. G142  
 Romanescu D. K197  
 Roșca Angela K189  
 Roșca Ion K191  
 Rotaru A. B39, B40
- Rotaru V. C58  
 Rusu S. K187, K182, K183, K184, K185, K188
- S**
- Sabau A. F123, C61, K193  
 Sabau D. C61, F123, K193  
 Salaur V. M214  
 Samohvalov S. C72, L200, O249  
 Sandu Aurelia C69, I169, J181, K199  
 Santa A. F123  
 Sârbu V. E111, M212  
 Sava M. K193  
 Sava Mihai F123  
 Savu Adina D81  
 Scarlat Andra F130  
 Scarlat V. O258  
 Scripcariu D. V. E107  
 Scripcariu V. A19, E107, E108  
 Scurtu S. C52  
 Scutaru I. B39  
 Serbanoiu D. E106  
 Serdenko B.B. K186  
 Sergentu V. A5  
 Serra C. O252  
 Simion S. C58  
 Singereanu A. I166, A11  
 Smarandache G. K193  
 Smarandache R. C59  
 Smarandache R.M. C60  
 Socea B. J178, N242, N243  
 Sochirca M. B24, B25, B42, D75, N229  
 Sokur P.P. K186  
 Spataru V. O253, C54  
 Spircu T. D77  
 Stanciu Carmen D81  
 Stanciulea O. K197  
 Stanescu C. K197, K198  
 Stasiuc S. O275, O277  
 Steriu Liliana E111  
 Stîngu C. E86  
 Stoian A.-R. C69, I169, I170, I171, J181, K199  
 Stoian S. D83, F124, H155  
 Stoica Adina B49  
 Straja D. C58, A15  
 Straja N. D. E110  
 Strajescu GH. H146, K191, L202, N247  
 Strambu V. C69, D83, F124, H155, I169, J181, K199  
 Stratan I. O262  
 Strătilă V. L207  
 Streltov Liuba F117, A17, A18  
 Strimbopol P. B31, B32  
 Stroescu C. F129, F130, K198  
 Suharschi I. E90, E92, E93, L207  
 Suprovici A. C52
- Ș**
- Șanta A. C61  
 Șcerbina R. F119, F120  
 Șerban P. O254  
 Șipitco Natalia K192, O269, O271  
 Șor Elina N230  
 Ștefan I. A15  
 Ștefaneț I. B21  
 Ștefaneț M. I159
- T**
- Tabac D. B35, B43, B45, B46, B47, B48  
 Tacu V. M223  
 Tănase A. B51  
 Taran A. I160, I161
- Taranu T. C57  
 Tărcoveanu E. C63, E103  
 Targon R. H147, H144, H145, H150, K190, O253  
 Tarita D. O248  
 Tataru Carolina H144  
 Tatian V. L207  
 Tcaci V. M213, M214  
 Terente S. K191  
 Terinte R. A9  
 Timciuc G. C62  
 Timirgaz V. E102  
 Timis T. D73, D82  
 Tîrșu V. E104  
 Toma A. K187, K182, K183, K184, K185, K188  
 Tomulescu V. F129, K197  
 Tomuz V. G141, G136  
 Topor B. E101  
 Totir Maria Magdalena B49, B50  
 Trofimov V. O253  
 Turculeț C. L209  
 Tutuianu B. C57
- Ț**
- Țăruș A. D75, N229, O254  
 Țibîrnă C. C70, C72  
 Țibîrnă Gh. E88, E97, E98, E99, E100, E101, E102  
 Țîngari S. N231, N232, N241  
 Țugui I. F115  
 Țurcan A. B35, B43, B45, B46, B47, B48  
 Țurcan G. B32  
 Țurcanu Gh. G143  
 Țurcanu Gr. B36, B38  
 Țurcanu I. E99, E101, I167, I168  
 Țurcanu M. D74
- U**
- Unc O.-D. E111  
 Ungureanu S. H152, H153, K192, M220, M221, O269, O271  
 Ureche A. B31, B36, B41, B32  
 Ursache Elena K193
- V**
- Vacarciuc I. E94, L207  
 Vaculin Ion O253  
 Văncă Alina M212  
 Vărcuș F. L209, L210, L211  
 Vărlan E. B33, B34  
 Vascan A. H153, I162, M220  
 Vascu S. L210  
 Vasilescu A. E103  
 Vasiliev A. B51  
 Vasiliev E. L208  
 Vataman V. C71  
 Venter D.P. C60, C59  
 Venter M. D. A16, C59, C60  
 Vicol Gh. G137, G138, G136, G141  
 Vintila D. C57  
 Vizitiu A. N235, N237, N238, N239, N240  
 Vlad N. C63  
 Voitov S. B31  
 Voitov S. B41  
 Vozian M. F116, N233, N234  
 Vozian Marin N241
- Z**
- Zaharia A. C72  
 Zaicova Natalia G142  
 Zanoaga M. M219  
 Zaporojan A. B23, B24, B42, O255

Zastavnițchi Gh. E95, L204, L205, N234, O256  
 Zbucșea A. D84  
 Zeigler D. O260

**A**

Акперов И. А. J180  
 Алхасов М.Б. G133, G134, G135

**Б**

Бардюк А.Я. F113  
 Белинская В.Г. B29  
 Берназ И.Л. M216, F114  
 Богун Е.А. N224  
 Борисенко В.Б. A13  
 Бородаев И.Е. E96, F122

**В**

Васильченко Н.О. B29  
 Вырлан Е. B28

**Г**

Гармаш Д.А. J173  
 Гвоздик Ю.А. N224  
 Горбунов А.А. E96, F122  
 Гулько О.Н. A10,

**Д**

Даценко Б. М. H154, A13  
 Дуданов И.П. B29, B30

**Е**

Ефремов В.В. J172

**З**

Загриичук М.С. A10  
 Запорожченко Б.С. E96, F122  
 Захарчук А. П. H154, F113  
 Зубков О.Б. E96

**К**

Калинин Е.В. O272  
 Качанов В.Н. F122  
 Кептанару Э. B28  
 Кирпичникова Е.П. F122  
 Коблов Е.С. B29  
 Корнильева О.П. B29, B30  
 Корча Василе B28  
 Корытная А.Ю. E96  
 Косяков Б.А. J180  
 Кочнева Виктория B44  
 Крамаренко К.А. F113  
 Куку Илона B28  
 Куликова Н.В. G134  
 Кутепов С. Б. H154  
 Кутепова Е. В. H154

**Л**

Лаптев К.В. B29, B30  
 Литвин А. A4  
 Литвиненко А.Н. A10  
 Лица А.А. M216, F114  
 Лукеча И.И. A10  
 Лупальцов В.И. F131

**М**

Малыга Оксана B28  
 Мамонтов И.Н. F113  
 Манюк Ливиу B28  
 Масенков Ю.И. G135  
 Медведев А.П. M216, F114  
 Мирошниченко П.В. O272  
 Митупов З.Б. G133, G134, G135  
 Могильдя М.И. F114, M216  
 Могильдя С.М. F114  
 Муравьев П. Т. E96, F122

**Н**

Непомнящий В.В. F113, N224  
 Ничитайло М. A4

**П**

Паламарчук Д.В. F122  
 Попов В. M216  
 Попов Д.Ф. F114  
 Протченков М.А. B30

**Р**

Разумовский А.Ю. G133, G134, G135  
 Рачков В.Е. G133, G134, G135  
 Репин О. B28  
 Решетняк О. М. B20

**С**

Скумс А. A4  
 Сорочан Ирина B28  
 Ставинский Р.А. F114

**Т**

Тамм Т.И. F113, N224

**У**

Ускова Н.Г. G134

**Ф**

Феоктистова Е.В. G133, G134  
 Фокин А. B44

**Ч**

Чефранов А.В. N224  
 Чуботару А. B28

**Ш**

Шальков Ю. Л. J180  
 Шаратов И.В. E96  
 Шевченко В.Г. F122  
 Шевчук Б. A4  
 Шепетько А.Е. J172  
 Шепетько Е.Н. J172, J173  
 Шишлов В.И. E96, F122  
 Шкарбан В. A4

**Щ**

Щапов Н.Ф. G135