

cutaneous mucosal bridges or semi-open wound was used in 42 cases.

**Conclusions:** Surgical tactics depends on purulent processes location, complexity degree of the fistula tract and associated hemorrhoidal disease stage, unimomental intervention has a developmental perspective with economic impact of the chosen tactics, the improvement of patient's psycho-emotional state and the early integration into the workplace.

**Keywords:** Hemorrhoidectomy; Anorectal pathology; Anal fissure; Sphincterotomy

## CONSIDERAȚII CLINICO-CHIRURGICALE ÎN LEIOMIOMUL ENDO – ȘI EXTRAGASTRIC



**BUJOR P, PAVLIUC GALINA, BUJOR S, MORARU V**

**Catedra Chirurgie nr.2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova**

**Introducere:** Incidența leiomiomului gastric constituie 1-6% din totalul tumorilor benigne ale stomacului. Fiind cea mai frecventă tumoră gastrică neepitelială leiomiomul posedă o rată complicativă majoră, producând hemoragie digestivă superioară sau intraperitoneală gravă imprevizibilă.

**Scopul:** A studia rezultatele tratamentului chirurgical la pacienți cu leiomiom gastric.

**Material și metode:** Studiul dat cuprinde 18 observații de leiomiom gastric, dintre care în 15 cazuri localizarea a fost intragastrală antropilorică și în 3 cazuri localizarea a fost extragastrică, prezentînd o tumoră unică, strict delimitată, neinfiltrativă, pediculată, cu dimensiuni de la 3 pînă la 15 cm. Lotul de studiu a fost format preponderent din femei, ce au constituit 72,2% (13 cazuri) cu vîrsta cuprinsă între 30-60 ani.

**Rezultate:** În 5 (27,8%) cazuri prima manifestare a patologiei a constituit hemoragia digestivă superioară. Pentru stabilirea diagnosticului la toți pacienții s-a efectuat radiografia baritată a stomacului și duodenului, examenul endoscopic cu biopsie țintită, ecografie și tomografia computerizată. Leiomiomul cu localizarea endogastrică (15 cazuri) a fost tratat prin rezecție gastrică procedeu Billroth I, iar în 3 cazuri cu localizarea tumorii extragastric pe versantul mare a regiunii antrale am folosit metoda laparoscopică videoasistată.

**Concluzii:** Abordul chirurgical în leiomiomul gastric este strict individualizat. Utilizarea videolaparoscopiei în tratamentul leiomiomului extragastric este o metodă binevenită contemporană care permite reducerea duratei de spitalizare, cît și reconvalescența timpurie a pacienților.

**Cuvinte- cheie:** leiomiom gastric, tratament chirurgical

## CLINICAL AND SURGICAL CONSIDERATIONS IN ENDO – AND EXTRASTOMACHAL LEIOMYOMAS

**Introduction:** The incidence of gastric leiomyoma is 1-6% of the total benign tumors of the stomach. As the most common non-epithelial gastric tumor, the leiomyoma possesses a major complicated rate, resulting in severe, unpredictable upper digestive haemorrhage or intraperitoneal haemorrhage.

**The aim:** To study the results of surgical treatment in patients with gastric leiomyoma.

**Material and methods:** This study included 18 observations of gastric leiomyoma, of which in 15 cases the localization was intragastral on antrum and pylorus and in 3 cases the localization was extrastomachal, showing a single, strictly defined, non-infiltrative, pediculous tumor with dimensions from 3 to 15 cm. The study group was made predominantly of women, which accounted for 72.2% (13 cases), aged 30-60 years.

**Results:** In 5 (27.8%) cases the first manifestation of pathology was superior digestive haemorrhage. All patients were diagnosed with radiography of the stomach and duodenum barite, endoscopic examination with targeted biopsy, ultrasound and computed tomography. Endogastrically locating leiomyoma (15 cases) was treated with Billroth I gastric resection, and in 3 cases with extragastric tumor location on the greater curvature of the antrum we used the videoasist laparoscopic method.

**Conclusions:** The surgical approach in gastric leiomyoma is strictly individualized. The use of videolaparoscopy in the treatment of extragastric leiomyoma is a contemporary, welcomed method that allows the reduction of hospitalization duration as well as the early rehabilitation of patients.

**Key-words:** gastric leiomyoma, surgical treatment

## ASPECTE ASUPRA ETIOPATOGENIEI COLELITIAZEI LA BĂRBAȚI



**BUJOR P, BUJOR S, MORARU V, PAVLIUC GALINA**

**Catedra Chirurgie Nr. 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova**

**Introducere:** Diagnosticarea colelitiarei nu impune dificultăți deosebite, pe cînd precizarea factorilor etiopatogenetici cu specificarea funcționalității organelor racordate arborelui biliar (ficat, pancreas, duoden, enter) necesită deja o abordare mult mai complexă și nici pe de parte facilă. Mecanismele etiopatogenetice ale colelitiarei la bărbați rămîn neelucidate, subiectul fiind reflectat prin publicații sporadice.

**Scopul studiului:** A studia incidența stazei duodenale (SD) ca factor etiopatogenetic în evoluția colelitiarei la bărbați.

**Material și metode:** Studiul include analiza cercetărilor a 182 bărbați tratați chirurgical pentru colelitiară veziculară. Manifestările radio-imagistice ale SD au fost apreciate prin radiosopia stomacului și duodenului cu contrastare standardă. Semiologia radiologică a fost stabilită prin evaluarea diferențelor obținute în comparație cu duodenul normal, evaluată conform clasificății acad.V.Hotineanu.

**Rezultate:** Semiotica SD am remarcat în 108 observații (59,3%). În toate cazurile flexura duodeno-jejunală (FDJ) s-a poziționat pe stînga de coloana vertebrală, 58- la nivelul L2, 43- la limita L2-L3, în 5 - la nivelul L3, și doar la 2 pacienți la nivelul L3-L4. La persoanele sănătoase (cca 60% cazuri), de regulă, FDJ se situează la nivelul L2. Pe lîngă detectarea poziționării flexurii a fost analizat și unghiul duodeno- jejunal cu lamela Treitz- alt semn patognomic duodenostazei. La 4 bolnavi am depistat unghi ascuțit, în 3 cazuri

FDJ vizualizată ca unghi drept, la 7 - sub forma unui unghi obtuz  $\geq 90^\circ$ .

**Concluzie:** Studiul dat denotă o incidență de 59,3% a SD la bolnavul litiazic. Specificarea radiologică a statutului funcțional duodenal constituie o măsură obligatorie în protocolul de diagnostic al bolnavului cu colelitiază.

**Cuvinte-cheie:** colelitiază veziculară, stază duodenală

## ASPECTS ON THE ETIOPATHOGENY OF CHOLELITHIASIS IN MEN

**Introduction:** Diagnosis of cholelithiasis does not pose particular difficulties, whereas the specification of the etiopathogenetic factors with the specification of the organ functions connected to the biliary tree (liver, pancreas, duodenum, enter) already requires a much more complex and easy approach. The etiopathogenetic mechanisms of cholelithiasis in men remain unled, the subject being reflected by sporadic publications.

**The aim:** To study the incidence of duodenal stasis (DS) as an etiopathogenetic factor in the evolution of cholelithiasis in men.

**Material and methods:** The study includes research analysis of 182 men surgically treated for gallstones. Radio-imagistic manifestations of DS were determined by using stomach and duodenum fluoroscopy by standard contrasting. The radiologic semiotics was established by evaluating the produced differences compared to normal duodenum, evaluated according to the classification of acad.V.Hotineanu.

**Results:** We have noted the DS semiotics in 108 (59.3%) observations. In all of cases the duodenal-jejunal flexure all cases (DJF) was positioned on the left side of the backbone, 58- to L2, L2-L3 43- limit in 5 - L3 level, and only 2 patients at L3-L4. In healthy people (approximately 60% of cases), as a rule, DJF is at L2 level. Besides detecting the flexure positioning it was also examined the duodeno-jejunal angle with the lamina Treitz- another pathognomonic sign of duodenostasis. We detected acute angle at 4 patients, in 3 cases DJF was viewed as a right angle, in 7 cases as an obtuse angle  $\geq 90^\circ$ .

**Conclusion:** This study shows an incidence of 59.3% of DS at the lithiasic patient. The radiological specifying of the functional duodenal status is a mandatory measure at diagnostic protocol of patients with gallstones.

**Key-words:** vesicular cholelithiasis, duodenal stasis

## REZULTATELE EXAMENULUI ULTRASONOGRAFIC DUPLEX LA PACIENȚII CU VARICOTROMBOFLEBITĂ ACUTĂ



**BZOVÎL**<sup>1,2</sup>, **DONȚU**<sup>1,2</sup>, **CASIAN**<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Catedra de chirurgie generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; <sup>2</sup>Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere:** Incidența varicotromboflebitei acute (VTFA) variază între 4-59%, iar rata extinderii spre venele profunde (VP) și a embolismului pulmonar ajunge la 19%. Diagnosticul VTFA se bazează pe examenul clinic și ultrasonografie duplex (UD).

**Scopul studiului** a fost evaluarea prin UD a caracteristicilor procesului trombotic la bolnavii cu VTFA.

**Material și metode:** Lotul de studiu a inclus 105 pacienți prospectivi cu diagnosticul de VTFA (debut  $\leq 14$  zile). UD a fost efectuată la toți bolnavii în regim de urgență la internare și în dinamică. Volumul trombozei a fost calculat în baza lungimii trombului și a diametrului venei afectate.

**Rezultate:** Mediana vârstei pacienților a constituit 60 ani (25%-75% IQR 53,2-66), rata femeilor – 62%. Extremitatea stângă a fost afectată în 53 (50,5%) cazuri; VTFA bilaterală – un singur caz. VTFA în v.safena *magna* (VSM) – 90 cazuri: izolat tributare – 51 (57%), trunchi și tributare – 37 (41%), izolat trunchi – 2 (2%). VTFA în v.safena *parva* (VSP) – 17 cazuri: izolat tributare – 5 (30%), trunchi și tributare – 11 (65%), izolat trunchi – 1 (5%). Durata medie a VTFA în afectarea izolată a tributarelor –  $5,5 \pm 2,7$  vs  $6,9 \pm 3,4$  zile în cazul implicării și a trunchiului safenian ( $p=0.05$ ). Volumul mediu al maselor trombotice –  $20,4 \pm 18,5$  cm<sup>3</sup> (VSM –  $22,5 \pm 19,3$  cm<sup>3</sup>, VSP –  $18,0 \pm 17,3$  cm<sup>3</sup>). Extinderea trombozei spre VP (tip Verrel III) – 3 (2,9 %) cazuri, exclusiv în bazinul VSM.

**Concluzii:** În majoritatea cazurilor VTFA implică numai tributarele varicoase cu progresarea ulterioară a trombozei spre trunchiul safenian. UD efectuată în mod urgent permite inițierea precoce a tratamentului individualizat și exclude tromboza venoasă profundă concomitentă.

**Cuvinte cheie:** Varicotromboflebită acută; Vena safena *magna*; Vena safena *parva*

## RESULTS OF DUPLEX ULTRASOUND EXAMINATION IN PATIENTS WITH ACUTE VARICOTROMBOPHLEBITIS

**Background:** Incidence of acute varicothrombophlebitis (AVTP) ranges between 4-59%, while the rate of progression to deep veins (DV) and pulmonary embolism reaches 19%. The diagnosis of AVTP is based on clinical examination and duplex ultrasound (DU).

**Aim of study** was to evaluate the DU characteristics of the thrombotic process in patients with AVTP.

**Methods and materials:** The 105 prospective patients with AVTP ( $\leq 14$  days) were included. DU was performed in all patients in emergency way at admission and during follow-up. The volume of thrombosis was calculated basing on the length of the thrombus and the diameter of the affected vein.

**Results:** Median age of patients was 60 years (25%-75% IQR 53.2-66), female rate - 62%. Left limb was affected in 53 (50.5%) cases, bilateral AVTP – one case. AVTP in great saphenous vein (GSV) – 90 cases: only tributary – 51 (57%), trunk and tributaries – 37 (41%), only trunk – 2 (2%). AVTP in small saphenous vein (SSV) – 17 cases: only tributary – 5 (30%), trunk and tributaries – 11 (65%), only trunk – 1 (5%). Mean duration of AVTP in isolated thrombosis of tributary –  $5.5 \pm 2.7$  vs  $6.9 \pm 3.4$  days in case of involvement of saphenous trunk ( $P=0.05$ ). Mean volume of thrombus –  $20.4 \pm 18.5$  cm<sup>3</sup> (GSV –  $22.5 \pm 19.3$  cm<sup>3</sup>, SSV –  $18 \pm 17.3$  cm<sup>3</sup>). Extension of thrombosis to DV (Verrel type III) – 3 (2.9%) cases, exclusively in case of GSV involvement.

**Conclusions:** In most cases AVTP involves varicose tributaries only with further progression toward the saphenous trunk. Emergency DU allows early initiation of personalized treatment and excludes concomitant thrombosis of DV.

**Keywords:** Varicothrombophlebitis; Great saphenous vein; Small saphenous vein