

calitativă a căilor biliare și pancreatice. Standardul radiologic la așa gen de intervenții endoscopice din start (1972) a devenit Colangiopancreatografie retrogradă endoscopică (CPGRE). În același timp, contrastarea retrogradă a căilor biliopancreatice a fost condusă de un număr sporit de complicații – pancreatita și colangita. Apariția metodelor neinvazive de vizualizare MRCP – Colangiopancreatografie prin rezonanța magnetică nucleară a adus schimbarea strategiei intervențiilor endoscopice, și a permis scăderea evidentă a ratei de complicații.

Materiale și metode: Au fost analizate complicațiile specifice - pancreatita, colangita postoperatorie după sfincterotomie endoscopică la 2664 pacienți operați în patru perioade consecutive I. 1992 – 1997, - 712 pacienți, când CPGRE s-a efectuat ca examen obligatoriu la SE; II. 1998 – 2005, - 832 pacienți cu CPGRE la 317 (38 %) cu indicații absolute, - calculi invizibili, anomalii biliopancreatice, obstrucții proximale etc. III. 2006 – 2014, - 586 pacienți, dintre care CPGRE – la 112 (19,2%), unde MRCP nu a fost efectuată din diferite condiții organizatorice sau tehnice. IV. 2015 – 2019, - 434 pacienți, unde SE a fost efectuată la 392 (90,3%) după MRCP preventivă, dar CPGRE – în 24 (5,5%) cazuri.

Rezultate: Rata complicațiilor specifice a constituit în Grupa I – 65 (9,2%), Grupa II – 54 (6,5%), Grupa III – 26 (4,5%), Grupa IV – 12 (2,8%). S-a observat o diferență semnificativă de complicații specifice după SE, legată de schimbarea evolutivă a strategiei chirurgicale.

Concluzii: 1.MRCP preventivă la pacienți, care necesită SE este o examinare imagistică preferabilă, și permite o scădere evidentă a ratei de complicații specifice. 2.CPGRE poate fi aplicată ca o metodă suplimentară, preponderent la indicații absolute.

Cuvinte cheie: sfincterotomie endoscopică, MRCP, CPGRE.

ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY AFTER MRCP VS ERCP

Introduction: Endoscopic sphincterotomy (SE) and other endoscopic interventions on the biliopancreatic system require qualitative visualization of the biliary tree and pancreatic duct. The radiological standard for such endoscopic interventions from the beginning (1972) became ERCP. At the same time, the retrograde contrast of biliopancreatic ducts was driven by a growing number of complications - pancreatitis and cholangitis. The developing of non-invasive MRCP visualization methods - Nuclear Magnetic Resonance Cholangiopancreatography brought about a change in the strategy of endoscopic interventions, and the possibility of a marked decrease in the rate of complications.

Materials and Methods: Specific complications - pancreatitis, postoperative cholangitis after endoscopic sphincterotomy were analyzed in 2,664 patients operated in four consecutive periods. I. 1992 - 1997, - 712 patients, when ERCP performed the radiological examination in SE; II. 1998 - 2005, - 832 patients with ERCP at 317 (38%) with absolute indications, - invisible calculi, biliopancreatic abnormalities, proximal obstructions, etc. III. 2006 - 2014, - 586 patients, of which ERCP - 112 (19.2%), where MRCP was not performed under different organizational or technical conditions. IV. 2015 - 2019, - 434 patients, where the SE was performed at 392 (90.3%) after preventive MRCP, but ERCP- in 24 (5.5%) cases.

Results: The rate of specific complications was in Group I - 65 (9.2%), Group II - 54 (6.5%), Group III - 26 (4.5%), Group IV - 12 (2.8%). There was a significant difference in specific complications after the SE, related to changing the evolutionary change in surgical strategy.

Conclusions: 1.Preventive MRCP in patients which require a preferable imaging examination, and allows for an obvious decrease in the rate of specific complications. 2. ERCP. can be applied as a supplementary method, mostly to absolute indications.

Key words: sphincterotomy endoscopy, MRCP, ERCP.

URETEROLITOTOMIE LAPAROSCOPICĂ. CAZURI CLINICE CONSECUTIVE

DANCIU¹, SAMOHVALOV S¹, VASILIEV E¹, BOCANCEA A¹, SECANIA T¹

¹Secție Endoscopie și Chirurgie Miniinvasivă, IMSP „Spitalul Cancelariei de Stat”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Urolitiția cu complicații obstructive a căilor urinare prezintă o problema controversă în privința strategiei de tratament. Majoritatea cazurilor de impactul concremențelor în ureter se rezolvă prin litotritaj la distanță sau litextracție în timpul cistoureteroscopiei. Unele cazuri este posibil de rezolvat prin nefroureteroscopie percutanată. În același timp, obstrucțiile litiazice severe a ureterului necesită intervenție chirurgicală prin ureterotomie.

Materiale și metode: Sunt prezentate 2 cazuri consecutive de ureterolitotomie laparoscopică la pacienți cu obstrucție litiazică acută la nivelul treimeii medii a ureterului pe dreapta. Ambii pacienți - bărbați în vârstă de 41 și 54 ani. Adresare individuală în clinica peste 6 și 10 zile de la debutul obstrucției, după tentative de tratament medicamentos, litotritaj la distanță, stentare ureterului fără succes. A fost efectuată operație laparoscopică – ureterolitotomie. Consecutiv: Laparoscopie, deschidere spațiului retroperitoneal, mobilizarea ureterului, incizia longitudinală a peretelui, extragerea calculului înclavat din lumen, suturi primare pe defect al ureterului.

Rezultate: Perioada postoperatorie – cu evoluție pozitivă, fără complicații. Externare – pe a 3-a și a 4-a zi. Ultrasonografia și CT – control peste 6 – 12 luni – fără semne de patologie.

Concluzii: 1.Ureterolitotomie laparoscopica este o intervenție miniinvasivă, tehnic posibilă cu riscul minim de complicații. 2.Operație laparoscopică la ureter cu obstrucție litiazică justificată ca o intervenție de rezervă, când alte metode sunt insuficiente.

Cuvinte cheie: urolitiția complicată, ureterolitotomie laparoscopică.

LAPAROSCOPIC URETEROLITOTOMY. CONSECUTIVE CLINICAL CASES

Introduction: Urolithiasis with obstructive urinary tract complications presents a controversial problem with different strategy of treatment. Most cases of the stone impacts in the ureter are treated by lithotripsy at the distance or extraction during cystourethroscopy. Some cases can be resolved by percutaneous nephrourethroscopy. At the same time, severe ureteric obstructions require ureterotomy

Materials and methods: Two consecutive cases of laparoscopic ureterolithotomy are presented in patients with acute obstruction at the middle third of the right ureter. Both patients - men aged 41 and 54 years. Addressing to the clinic on 6 and 10 days after the

onset of the obstruction, after medical treatment attempts, distance lithotripsy, and ureter stenting were unsuccessful. Laparoscopic surgery - ureterolithotomy was performed. Consecutive: Laparoscopy, opening of the retroperitoneal space, mobilization of the ureter, longitudinal incision of the wall, extraction of the stone from the lumen, primary sutures on the ureter incision.

Results: Postoperative period - with positive evolution, without complications. Discharged - on 3rd and 4th days. Ultrasonography and CT - control over 6 to 12 months - no signs of pathology.

Conclusions: 1.Laparoscopic ureterolithotomy is a minimally invasive, safe, technically possible procedure with minimal risk of complications. 2.Laparoscopic surgery in the ureter with lithiasis obstruction justified as a backup intervention, when other methods are unsuccessful.

Key words: complicated urolithiasis, laparoscopic ureterolithotomy.

CURA LAPAROSCOPICĂ TRANSPERITONEALĂ RETROMUSCULARĂ (SUBLAY) A HERNIILOR VENTRALE: PRIMELE EXPERIENȚE

DIMA A^{1,2}, TARGON R^{1,2}, BOUR A¹, GUȚU E¹

¹Catedra Chirurgie nr.5, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ²Spitalul Clinic Militar Central, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Poziționarea laparoscopică, retromusculară (sublay) a plasei chirurgicale.

Material și metode: În clinica chirurgie Nr 5, (SCMC), în anii 2018-2019 au fost supuși curei laparoscopice pentru hernii ventrale 8 pacienți, 4 femei și 4 bărbați. Vârsta medie 25-70 ani. Pentru protezare s-a folosit plasa din polipropilen light, mai mare cu 5 cm decât defectul herniar pe toate dimensiunile. Proteza a fost amplasată retromuscular, prin abord laparoscopic transperitoneal. Fixarea plasei sa asigurat prin aplicarea agrafelor helicoidale nerezorbabile de \varnothing 4 mm, plasate la 1cm de marginea protezei. Algometria sa efectuat cu utilizarea scalei analog vizuale (VAS).

Rezultate: Defectul herniar a avut un diametru median de 3,7 cm. La toți pacienți defectul herniar a fost suturat prin aplicarea suturii intracorporale. Din particularități intraoperatorii se menționează: reducerea conținutului sacului herniar, adezioliză, controlul hemoragiei din adeziuni și decolarea peritoneului și tunicii retromusculare prin incizie longitudinală. Durata medie a intervențiilor a fost de 45 min (35-65 min). În perioada postoperatorie complicații nu au fost semnalate. Sindromul dolo postoperator a fost minim (VAS 1 – 3), complicații parietale absente. Durata mediana de spitalizare 3,1 zile. În perioada postoperatorie la distanța nu s-au constatat dureri și neuropatii, dereglări de tranzit intestinal, recidive herniare.

Concluzii: Cura laparoscopică intraperitoneală retromusculară (sublay) a herniilor ventrale cu aplicarea protezei din polipropilen este o metodă sigură și miniminvasivă, cu costuri reduse la consumabile. Amplasarea retromusculară a plasei exclude aderențele parieto-viscerale și complicațiile parietale, asigurând reintegrarea socio-profesională rapidă. Avantajele expuse argumentează perspectivele utilizării tehnicii laparoscopice retromusculare în cura herniilor ventrale.

Cuvinte cheie: transperitoneală, retromusculară, cura laparoscopică

LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL RETROMASCULAR (SUBLAY) MESH REPAIR IN CURE OF VENTRAL HERNIAS: FIRST EXPERIENCES

Introduction: Transperitoneal retromuscular sublay positioning of a surgical mesh.

Materials and methods: Within period of 2018-2019, 8 retromuscular hernia repairs have been performed on the group of 8 patients diagnosed with ventral hernias, 4 male and 4 female. The overall age was 47,2 years (range 25 - 70). Polypropylene mesh has been utilized for repair. The mesh overlaped the defect with 5 cm. The fixation technique was ensured by applying \varnothing 4 mm non-resorbable spiral tacks plaid up to 1cm from the edge of the prosthetic mesh. Algometry was performed using visual analog scale (VAS).

Results: The mean diameter of the hernia defect was 3.7 cm. In all cases the hernia defect has been closed by applying intracorporeal suture. The intraoperative features were: reduction the hernia sac content, removal of adhesions, control of the bleeding with peritoneum and posterior rectus are opened by a longitudinal incision. The mean time of operations was 45 min. In postoperative period there no reported complications. In the distance postoperative period were not found pain and local neuropathy, bowel disorders, hernia recurrences.

Conclusions: Laparoscopic transperitoneal retromuscular hernia repair is a safe and minimally-invasive procedure with low cost of consumables. Retromuscular location of the prosthesis exclude the risk of the parietovisceral adhesions and complications ensuring quick socio-professional reintegration. The exposed advantages argument the use of transperitoneal retromuscular procedure in the ventral hernia repair.

Key-words: transperitoneal, retromuscular, laparoscopic repair

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL DISEASES

DROZD ULIANA¹, LUCHIANCIUC R¹

¹LOCOD, St. Petersburg, Russia

Introduction: Non-neoplastic disorders of the esophagus amount 89-92% of all diseases of the esophagus, these include various esophagitis, diverticula of different localization, stricture of the esophagus and esophageal motility disorders (Mozheiko M.A. et al. 2018). Esophageal neoplasms are divided into benign (5%) and malignant (95%).

Aim: Demonstrate the possibilities of endoscopy in the diagnosis and treatment of esophageal disorders.