

**Materiale și metode:** Studiul prezintă rezultatele tratamentului a 17 pacienți cu achalazie în perioada 2002-2014. Dintre acestea 70% au fost bărbați și 30% – femei, în vîrstă de 24-65 ani (în medie – 44 ani). În pofida diferitei durate a bolii – de la 1 la 20 de ani (în medie – 3,5 ani), toți pacienții au prezentat o deteriorare în ultimele 6-12 luni înainte de internare. Pentru diagnostic a fost folosit algoritmul convențional, inclusiv examenul obiectiv, endoscopia, radiografia. Unsprezece pacienți au suportat intervenție laparoscopică – procedeul Heller, iar șase pacienți au fost tratați prin dilatarea pneumatică endoscopică cu balon (DPEB). Un pacient a suportat procedeul Heller, iar după doi ani – DPEB. Recurența bolii a fost diagnosticată la 14 luni după tratament laparoscopic.

**Rezultate:** Complicații intraoperatorii nu au fost. În perioada postoperatorie precoce s-au înregistrat 2 complicații (hemoragie postoperatorie – după 48 de ore și ruptura peretelui esofagian – în a șasea zi). Un caz de hemoragie esofagiană după DPEB s-a stopat spontan. Starea generală a pacienților după tratament chirurgical a fost apreciată ca bună (9) sau satisfăcătoare (2), nu s-au observat rezultate nesatisfăcătoare. Șase pacienți după DPEB au avut rezultat bun. Durata medie a spitalizării a fost 5 zile după operație și 2 zile – după DPEB. Rezultatele tratamentului au fost verificate la distanța de 3-6 luni și 1-12 ani. Toți pacienții au suportat FEGDS de control la 6-12 luni, iar 2 – examinare radiologică suplimentară, care a confirmat restabilirea permeabilității joncțiunii esofogogastrice.

**Concluzii:** (1) DPEB reprezintă procedeul de elecție în stadiile I-II ale achalaziei, este inofensivă, cu rezultate bune și poate fi repetată la necesitate. (2) Alegerea dintre tratamentul conservator și chirurgical al achalaziei, se efectuează în funcție de severitatea bolii, preferință fiind acordată ultimei. (3) În achalazia de gradul III și IV este indicat procedeul Heller, ca o metodă de tratament definitiv.

### ACHALASIA: LAPAROSCOPIC TREATMENT VS PNEUMATIC BALLOON DILATATION

**Introduction:** The management of achalasia is controversial. A comparison between two treatment modalities is presented.

**Materials and methods:** Presented the results of treatment of 17 patients with achalasia in the period from 2002 to 2014. Of these, 70% were men and 30% - women, aged 24 to 65 years (mean age 44 years). In spite of the different duration of the disease – from 1 to 20 years (on average 3.5 years), all patients showed deterioration over the last 6-12 months before admission. To diagnose the disease was used the conventionally algorithm including physical examination, endoscopy, X-ray. Eleven patients were treated by laparoscopic Heller procedure, and six patients underwent endoscopic pneumatic balloon dilatation (EPBD). One patient underwent Heller procedure, and after two years – EPBD. Recurrences of the disease were observed in 14 months after laparoscopic procedure.

**Results:** No intraoperative complications occurred. In the early postoperative period – 2 complications (postoperative bleeding – after 48 hours, rupture of the wall of esophagus – on the sixth day). One case of esophageal bleeding occurred after EPBD and stopped spontaneously. The general condition of patients after surgery was assessed as a good (9), satisfactory (2), unsatisfactory results were not observed. Six patients after EPBD have good outcome. Mean hospital stay was 5 day after surgery and 2 days – after EPBD. Follow-up results of treatment were assessed on 3-6 months and 1-12 years. All patients underwent control FEGDS at 6-12 month, and in 2 cases – an additional X-ray examination, which confirmed the restoration of esophogogastric junction patency.

**Conclusions:** (1) EPBD is the procedure of choice in achalasia of the I-II stages is safe, with good outcome and may be repeated if necessary. (2) The choice between conservative and operative treatments of achalasia, depending on severity of disease, preference is given to the latter. (3) In the achalasia of III and IV stages Heller procedure is indicated, as a definitive method of treatment.

### CONSIDERAȚII TEHNICE ASUPRA TRATAMENTULUI LAPAROSCOPIC ÎN HERNIILE HIATALE GIGANTE

**DANILA N<sup>1</sup>, ANDRONIC M<sup>1</sup>, GEORGESCU S<sup>2</sup>, TÂRCOVEANU E<sup>1</sup>, BLAJ M<sup>3</sup>, CIUMANGHEL A<sup>3</sup>, COSTACHE M<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Clinica I Chirurgie; <sup>2</sup>Clinica II Chirurgie; <sup>3</sup>Clinica ATI, Spital Clinic Universitar de Urgențe “Sf.Spiridon”, Iași, România**

**Introducere:** Hernia hiatală gigantă este definită acea hernie care conține mai mult de o treime din stomac în sacul herniar. Reprezintă în general cam 5-10% din totalul herniilor hiatale, iar distanța dintre pilierii diafragmului este adesea peste 5 cm. Tehnica chirurgicală laparoscopică este metoda terapeutică cea mai bună, însă necesită anumite artificii tehnice.

**Scopul** studiului este de a implementa anumite gesturi chirurgicale în tratamentul laparoscopic al acestei entități.

**Material și metode:** Este un studiu retrospectiv pe 5 ani între ianuarie 2010 și decembrie 2014, realizat în Clinica I Chirurgie, Spital Clinic Universitar de Urgențe “Sf.Spiridon”, Iași. În acest studiu au fost incluși un număr de 32 de pacienți, dintre care 8 hernii hiatale gigantice. Criteriile de includere au fost: pacienți cu peste 1/3 din stomac în sacul de hernie, orificiul herniar peste 5 cm și pacienți care nu au mai fost operați pentru patologie esogastroduodenală.

**Rezultate:** Au existat complicații minore intraoperatorii ce au fost rezolvate (deschiderea pleurei în 4 cazuri cu sutura acesteia și o plagă hepatică la care s-a realizat hemostaza). Postoperator nu au fost complicații locale, controlul cu substanță de contrast făcîndu-se între ziua a 4-a și a 7-a postoperator. A existat un singur caz de pneumonie lobară ce s-a remis sub tratament medical. Particularitățile tehnice au fost cele legate de disecția sacului, închiderea orificiului și efectuarea procedurii antireflux.

**Concluzii:** Un diagnostic precis și bine documentat alături de folosirea unei tehnici adecvate duce la rezultate foarte bune pe termen lung în herniile hiatale gigante.

### TECHNICAL CONSIDERATIONS ABOUT LAPAROSCOPIC TREATMENT OF GIANT HIATAL HERNIA

**Introduction:** Giant hiatal hernia is defined the hernia that contains more than a third of stomach in hernia sac. Generally represents about 5-10% of hiatal hernias and diaphragmatic distance between pillars is often more than 5 cm. Laparoscopic surgical technique provides the best approach, but it requires some technical fireworks.

**The aim** of research is to implement some particular skills in laparoscopic surgical treatment of this entity.

**Material and methods:** It is a 5-year retrospective study between January 2010 and December 2014, conducted in First Surgical Clinic University Emergency Hospital “St.Spiridon”, Iasi. The study includes a total of 32 patients of which 8 were giant hiatal hernias. Inclusion criteria were patients with more than 1/3 of stomach in hernia sac, pillar distance more than 5 cm and patients who have not been operated for an esogastroduodenal pathology.

**Results:** There were minor intraoperative complications that were resolved (opening pleura in 4 cases with its suture and wound liver who achieved hemostasis). There were no major postoperative complication and local control with contrast being made between 4th and 7th postoperative day. There was one case of lobar pneumonia which was resolved under medical treatment. Technical peculiarities were related to sac dissection, closing the defect and making anti-reflux procedure.

**Conclusions:** An accurate and documented diagnosis with the use of appropriate techniques lead to very good results in the long term of giant hiatal hernias.

## **CEL DE-AL TREILEA FACTOR ÎN PATOGENEZA COLANGITEI ACUTE PURULENTE: CARACTERISTICA ȘI ASPECTELE CLINICE DE ACȚIUNE**

**DATSENKO BM, BORYSENKO VB, ZORYA IL**

**Academia Medicală de Studii Postuniversitare, Harkov, Ucraina**

**Introducere:** În conformitate cu conceptele moderne, factorii patogenetici majori ai colangitei acute purulente (CAP) sunt colestaza și infecția. Totodată, analiza acțiunii acestor factori nu poate explica cauza diverșilor termeni de dezvoltare a CAP pe fondalul icterului mecanic (IM), severitatea diferită a patologiei și frecvența transformării în sepsisul biliar (SB).

**Scopul:** De a efectua un studiu aprofundat a mecanismelor CAP pentru a identifica factorii patogenetici, ce determină frecvența și termenii de dezvoltare a acestei complicații în cazul IM, în experiment și clinică.

**Material și metode:** În cadrul studiului experimental pe 26 iepuri și 96 șobolani s-a efectuat modelarea IM prin ligaturarea ductului biliar comun și două metode de producere a CAP. În prima serie în plus la ligatura coledocului, s-a efectuat contaminarea cu cultura E.coli prin puncție, în a doua – ligaturarea și infectarea ductului biliar a fost completată cu o leziune izolată a mucoasei ductului. Determinarea culturii sîngelui, bilei, dar și studierea patomorfologică a ductului biliar comun și a ficatului au fost efectuate la animalele excluse din experiment la a 3-a, 7-a, 15-a, 21-a și 30-a zi.

**Rezultate:** Studiul a demonstrat că al treilea factor în patogeniza CAP este leziunea (dereglarea integrității) mucoasei canalelor biliare. Acest postulat este confirmat de rezultatele examinării a 182 pacienți cu CAP: în cazul leziunii "inițiale" a mucoasei coledociene cu concrement (133 pacienți cu coledocolitiază), această complicație apare mai precoce, se caracterizează prin evoluție severă și relativ frecvent se transformă în SB. În cazul dezvoltării IM prin compresie extrinsecă (43 pacienți cu stenoză papilară sau pancreatită pseudotumorală) mucoasa canalului biliar comun rămîne intactă și CAP se dezvoltă relativ tardiv, ca regulă are o evoluție ușoară și rareori evoluează spre SB.

**Concluzie:** În premieră s-a stabilit al treilea factor în patogeniza CAP, care explică diversitatea termenilor de dezvoltare ai acesteea, diferita severitate a patologiei și frecvența variată a transformării în SB.

## **THE THIRD FACTOR OF PATHOGENESIS OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS: CHARACTERISTICS AND CLINICAL ASPECTS OF EFFECT**

**Introduction:** Main factors in pathogenesis of acute purulent cholangitis (APC) are cholestasis and infection. Unfortunately, analysis of that factors effect doesn't explain the reason of different terms APC development against the background of mechanical jaundice (MJ), severity of its course and also the transformation into the biliary sepsis (BS).

**Aim:** The aim was to make deep study of development APC mechanisms for detection pathogenesis factor, which determines frequency and terms of that complication against the background MJ in experiment and in clinic.

**Materials and methods:** In the experiment on 26 rabbits and 96 rats MJ modeling has been made by common bile duct ligation and also 2 methods of forming APC. In first case besides bile duct ligation, paracentetic insertion of E.coli in its lumen was made and in second case – common bile duct ligation and its contamination was completed with isolated damage of duct's mucous membrane. Microbiological analysis of blood, bile and also the pathomorphological study of common bile duct and liver were made in animals that were lead out from the experiment on 3rd, 7th, 15th, 21th and 30th day.

**Results:** The investigations have showed that the third pathogenesis factor of APC was duct's mucous membrane damage (destruction). This state is confirmed by investigation of 182 patients with APC: in the presence of bile duct mucous membrane damage by stone (133 patients with choledocholithiasis) that complication arises in early terms, has severe course and fairly often transforms into BS. In cases MJ development due to compression from outside (43 patients with papilla stenosis or pseudotumorous pancreatitis), when choledoch's mucous membrane stay intact, APC develops rare and in more late terms, more common in mild form and seldom transform into BS.

**Conclusion:** For the first time the third pathogenesis factor of APC has been established. Its presence explains different terms of origin, heaviness of clinical manifestation and frequency of transformation into BS.

## **CANCERUL MAMAR – DE LA PAPIRUSUL LUI EDWIN SMITH LA ANGELINA JOLIE**

**DIACONESCU MR**

**Clinica IV-a Chirurgie, Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr.T.Popa”, Iași, România**