

Introducere: Tratamentul de elecție în patologia benignă a căilor biliare extrahepatice (CBE): stenoza papilei duodenale mari (PDM), stricturi ale căii biliare principale (CBP), colangite, coledocolitiază pe fondalul malrotației duodenale (MRD) asociată cu duodenostază, este chirurgical. Metodele endoscopice: colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPGRE), papilofinctorotomia endoscopică (PSTE) cu sau fără litextracție permit stabilirea diagnosticului de patologie a CBE și selectarea tratamentului potrivit.

Scopul studiului: Optimizarea tratamentului chirurgical al pacienților cu patologie benignă a CBE pe fondal de MRD asociată cu duodenostază.

Material și metode: Lotul de cercetare – 140 pacienți selectați în perioada 1998-2014. Toți au fost examinați conform algoritmului diagnostic stabilit în Clinica Chirurgie nr.2. Apreciate clinic trei grade ale duodenostazei: compensată, subcompensată, decompensată.

Rezultate: Tratamentul chirurgical a fost bazat pe principii etiopatogenetice în funcție de gradele clinice. I – Stricturile PDM și duodenostază compensată – CPGRE+PSTE – 130 pacienți (92,8%); II – Stricturile PDM + coledocolitiază + angiocolită și duodenostază subcompensată – CPGRE + PSTE + litextracție + sanarea CBE cu terapie medicamentoasă complexă – 98 pacienți (70,0%); III – Megalocolodoc și duodenostază decompensată – transecție supraduodenală de CBP cu implantarea ei în ansa jejunală în "Y a la Roux", cu o lungime optimă a ansei de 80 cm – 12 pacienți (8,57%).

Concluzii: Metoda tratamentului chirurgical aplicat depinde de gravitatea patologiei CBE și stadializarea duodenostazei. Eficiența acestui tratament chirurgical este determinată de dispariția semnelor clinice de colangită cronică, cu rezultate bune în perioada postoperatorie – 131 (93,57%) pacienți, ce au fost reintegrați socio-familial și profesional.

BENIGN OBSTRUCTIVE PATHOLOGY OF EXTRAHEPATIC BILIARY DUCTS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Introduction: The elective treatment in the pathology of extrahepatic biliary ducts (EBD): stenosis of large duodenal papilla (LDP), stricture of the main biliary duct (MBD), cholangitis, choledocholithiasis on the background of duodenal malrotation (DMR) associated with duodenostasis is a surgical one. Endoscopic methods: endoscopic retrograde cholecystopancreatography (ERCP), endoscopic papilofinctorotomy (EPST) with or without stones extraction can determine the diagnosis of EBD pathology and treat it as well.

The aim of the study: optimizing of surgical treatment of patients with benign EBD pathology on the background of DMR associated with duodenostasis.

Material and methods: Studied group – 140 patients selected from 1998 to 2014 period. All of them were examined according to the algorithm proposed by Surgical Department Nr.2. There were three clinical stages of duodenostasis: compensated, subcompensated, decompensated.

Results: Surgical treatment – based on etiopathogenetic principles related to clinical stages. I – LDP strictures and compensated duodenostasis – ERCP+EPST – 130 patients (92.8%); II – LDP strictures + choledocholithiasis + cholangitis and subcompensated duodenostasis – ERCP + EPST + litextraction + MBD sanation and complex drug therapy – 98 patients (70.0%); III – Megalocolodoc and decompensated duodenostasis – supraduodenal transection of MBD with its implantation in a 80 cm long "Y a la Roux" intestinal loop – 12 patients (8.57%).

Conclusions: The chosen surgical method depends on the gravity of EBD pathology and duodenostasis stage. The efficiency of surgical treatment is determined by disappearance of clinical signs of chronic cholangitis with good postoperative results – 131 (93.75%) patients reintegrated in socio-familial and professional aspects.

OPERAȚII SIMULTANE ÎN CHIRURGIA LAPAROSCOPICĂ A REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN ȘI A HERNIEI HIATALE

IACUB V¹, GUȚU E¹, GUZUN V³, CORNOGOLUB A², DOVBÎȘ S¹, CUMPĂȚĂ S¹

¹Catedra chirurgie generală, ²Catedra Anesteziologie FEMC, USMF „Nicolae Testemițanu”, ³Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Accesul în regiunea esogastrică este dificil prin abord laparotomic, ceea ce favorizează chirurgia laparoscopică, chiar și în prezența altor procese patologice ce necesită tratament chirurgical.

Material și metode: În clinica Chirurgie Generală a Spitalului Clinic Municipal nr.1 pe parcursul a șapte ani (2008-2015) au fost tratați laparoscopic 196 pacienți cu boală de reflux gastroesofagian (BRGE) și hernii hiatale (HH). Conversia s-a aplicat la patru (2%) pacienți. Operația antireflux a fost asociată cu alte intervenții simultane la 19 (9,7%) bolnavi: colecistectomie – în 11 (5,6%) cazuri, herniotomie și hernioplastie cu plasă sintetică – în 4 (2%), lipomectomie din mediastin – la 2 (1%) pacienți, chist hepatic – la 1 (0,5%). La un (0,5%) bolnav, care a suportat în trecut rezecție gastrică, visceroliza extinsă a fost considerată ca operație simultană.

Rezultate: Dintre pacienții, la care s-au efectuat operații simultane, doar în două cazuri (10,5%) s-a recurs la conversie: la un pacient cu hernie ventrală și proces aderențiar și în alt caz, în care efectuarea colecistectomiei pe cale laparoscopică a fost dificilă.

Concluzii: Abordul laparoscopic în chirurgia BRGE și a HH este de preferat; rata conversiilor în chirurgia laparoscopică a BRGE și a HH asociate cu operații simultane fiind de 10,5%. Necesitatea efectuării operațiilor simultane în cazurile intervențiilor pe abdomen suportate în anamneză nu servește drept contraindicație pentru tratamentul laparoscopic al BRGE și a HH.

SIMULTANEOUS INTERVENTIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND HIATAL HERNIA

Introduction: Difficult access on gastroesophageal junction by open approach favors laparoscopic surgery, even in the presence of other disease that requires surgical treatment.

Material and methods: During seven years (2008-2015) 196 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and hiatal hernia (HH) were treated using laparoscopic approach in Department of General Surgery, Municipal Clinical Hospital No.1. The conversion was done in four (2%) patients. Antireflux surgery was associated with other simultaneous procedures in 19 (9.7%) patients: cholecystectomy – in 11 (5.6%) cases, hernia repair with synthetic mesh – in 4 (2%), lipomectomy from the mediastinum – in 2 (1%) patients, hepatic cyst – in one (0.5%). In one (0.5%) patient, who in past had undergone gastric resection, extensive viscerolysis was considered as a simultaneous intervention.

Results: Among patients who underwent simultaneous operations only in two cases (10.5%) was applied conversion: in patient with incisional hernia and adhesions, and in another case – when laparoscopic cholecystectomy was difficult.

Conclusions: Laparoscopic approach in surgery of HH and GERD is preferred; the rate of conversion in surgery of HH and GERD associated with simultaneous procedures is 10.5%. The need to perform simultaneous operations and presence of abdominal surgery history do not serve contraindications for laparoscopic treatment of GERD and HH.

MEGACHISTURILE ABDOMINALE NEPARAZITARE

IAZ V, CUCEINIC S, BREAHNĂ V, ȚURCANU A

Catedra Chirurgie FECMF, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Entitate în aparență rară, chistul ne parazitar al organelor cavității abdominale reprezintă una din cele mai dificile și complexe probleme ale chirurgiei. Importanța acestuia rezidă, în primul rând, în heterogenitatea histologică, posibilitatea degenerării maligne și similitudinea semnelor clinice cu ale altor entități nozologice. Ne-am propus studierea retrospectivă a 29 cazuri de chisturi masive și gigantice, operate în Clinica Chirurgie Generală a Spitalului Clinic Republican, în perioada ianuarie 2010 – aprilie 2015.

Material și metode: Au fost analizate retrospectiv 89 cazuri de chisturi abdominale ne parazitare. Din cele 89 – 20 (22,5%) au fost chisturi masive cu dimensiuni de la 6 cm până la 15 cm, gigantice – 9 (10,1%), de la 16 – 30 cm și 60 (67,4%) – mai mici de 6 cm. Chisturile ovariene din numărul celor gigantice și masive au prevalat – 17 (58,6%), iar restul au fost chisturi ale splinei – 4 (13,8%), pancreatice – 8 (27,6%), biliare – 1 (3,4%).

Rezultate: Complicațiile cele mai des întâlnite au fost infectarea chisturilor, hemoragia intraabdominală și malignizarea lor. Metoda cea mai accesibilă și sensibilă de diagnostic a fost examenul ultrasonografic. Din tehnicile de tratament, excizia sau drenarea chisturilor sunt cele mai des utilizate.

Concluzii: În pofida tehnicilor moderne de diagnostic, această afecțiune rămâne uneori târziu identificată, ajungând la dimensiuni gigantice de 30 cm. Cele mai des întâlnite forme de chisturi au fost cele ovariene, acestea având o tendință marcată spre complicații: torsiune a chistului ovarian, malignizare, hemoragii. Pentru a nu ajunge la dimensiuni gigantice și complicații ce pun în pericol viața pacientului, este necesară profilaxia și tratamentul la timp.

ABDOMINAL NON-PARASITIC MEGACYSTS

Introduction: Apparently rare entity, non-parasitic cyst of abdominal cavity is one of the most difficult and complex surgical issues. Its importance is given primarily by histological heterogeneity, the possibility of malignant degeneration and clinical signs similarity to other nosological entities. We performed the retrospective study of 29 massive and giant cyst cases, operated in the Republican Clinical Hospital between January 2010 and April 2015.

Material and methods: There were retrospectively analyzed 89 cases of abdominal non-parasitic cysts. From those 89 – 20 (22.5%) were massive cysts sized 6 to 15 cm, giant – 9 (10.1%) sized 16 to 30 cm and 60 (67.4%) – less than 6 cm. Among the giant and massive cysts ovarian ones prevailed 17 (58.6%), the remainder were spleen cysts-4 (13.8%), pancreatic – 8 (27.6%), biliary – 1 (3.4%).

Results: The most common complications were cysts infection, intraabdominal bleeding and malignisation. Most accessible and sensitive method of diagnosis was ultrasound examination. Mostly used treatment techniques are excision or drainage of cysts.

Conclusions: Despite the availability of modern diagnosis techniques, this affection is tardily identified, thus reaching giant dimensions of 30 cm. The most common cysts forms were ovarian, with a tendency toward complications: ovarian cyst torsion, malignancy, bleeding. In order not to reach gigantic size and life-threatening complications the prophylaxis and timely treatment are required.

EFICIENȚA VACUUM-ULUI ÎN TRATAMENTUL GANGRENEI FOURNIER

IGNATENCO S

Catedra Chirurgie nr.1 „N.Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: După debridarea gangrenei Fournier în plaga nou-formată rămân resturi de țesuturi necrotizate și devitalizate, cheaguri de sânge, microorganisme, care nu pot fi înlăturate cu ajutorul metodelor clasice de sanare a plăgilor.

Scopul lucrării: A demonstra eficiența vacuum-ului în procesul debridării agresive a gangrenei Fournier.

Material și metode: Prezentăm 22 pacienți cu gangrena Fournier plăgile cărora îndată după debridarea agresivă au fost supuse acțiunii vacuum-ului cu presiune negativă de 0,72 bar, timp de 5-10 min până la apariția hemoragiei capilare difuze. Eficiența metodei a fost demonstrată cu ajutorul examinării cantității microbilor din plagă și datelor citologice luate până la debridare, după aceasta și după acțiunea vacuum-ului.

Rezultate: Cantitatea de microbi în plagă până la debridare a fost $5,4 \pm 1,03 \times 10^6$, după debridare – $6,3 \pm 1,4 \times 10^4$, după vacuum – s-a micșorat până la $5,5 \pm 1,2 \times 10^3$. Examenul citologic a arătat că debridarea a micșorat numărului total de celule în câmpul de