

lor. Diferența ratei patologiei asociate migrației suprahiatale JEG a fost calculată pentru grupurile delimitate cu înălțimea migrației 0.5 cm, 1.0 cm, 1.5 cm, 2.0 cm, 2.5 cm și 3.0 cm.

Rezultate. Migrația reversibilă a JEG suprahiatal sub 0.5 cm a fost cauzal-asociată patologic în 2,94%. Corespunzător înălțimii migrației JEG suprahiatal, rata patologiei asociate a alcătuit: pentru diapazonul 0.5÷0,9 cm – 8.54%, pentru diapazonul 1,0÷1,4 cm – 9,20 %, pentru diapazonul 1,5÷1,9 cm – 10.45%, pentru diapazonul 2.0÷2,4 cm – 93.62%, pentru diapazonul 2.5÷2.9 cm – 84.5%, pentru migrația ≥3.0 cm – 87,5%. Astfel, s-au apreciat două puncte semnificative: migrația sub 0.5 cm a fost asociată cauzal-patologic cu o rată practic nulă (zero) a patologiei de reflux și distanța de migrație de 20 mm a fost apreciată ca punctul cu care face cea mai înaltă diferență de asociere cauzal-patologică a diapazoanelor adiacente.

Concluzii. Astfel, sub aspect endoscopic, (1) migrația reversibilă a JEG suprahiatal până la 0.5 cm poate fi considerată migrație fiziologică. (2) migrație reversibilă excesivă (patologică) a JEG suprahiatal poate fi considerată deplasarea JEG pe un diapason ≥0.5 cm ÷ <2.0cm, (3) hernie hiatală glisantă reversibilă poate fi considerată deplasarea reversibilă a JEG suprahiatal cu 20 mm și mai mult.

REVERSIBLE HIATAL HERNIAS AND THE PATHOLOGICAL MIGRATION OF SUPRAHIATAL ESOGASTRIC JUNCTION

Viorel Istrate¹, Corina Șcerbatiuc-Condur¹, Sergiu Ungureanu¹, Nicolae Bodrug².

¹ Department of Surgery Nr. 4, Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova; ² Department of Internal Medicine, Discipline of geriatrics and occupational diseases, Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

Aim of study. In various physiological and pathological conditions, the gastroesophageal junction (GEJ) can migrate suprahiatal. The range of reversible displacement of the suprahiatal GEJ is different. From this point of view, there are 3 anatomical-physiological situations: (1) reversible physiological migration of suprahiatal GEJ, (2) excessive (pathological) migration of suprahiatal GEJ and (3) reversible hiatal hernias. The differentiation of these situations is not well clarified. The objective of the present study was the endoscopic evaluation of the rate of causal-associated pathology as a criterion for differentiating the above situations, depending on the diapason and the type of suprahiatal GEJ migration.

Materials and methods. 470 cases of migration of GEJ through the hiatal orifice into the posterior mediastinum (suprahiatal) were analyzed endoscopically (proendoscopy and retroflexion of the stomach endoscope). The investigations were performed by an endoscopist. The Olympus Exera III GIF HQ190 endoscopic complex was used. The methodology of endoscopic measurements and the determination criteria for the associated pathology were unique for all patients. Causal-associated pathology was considered erosive reflux esophagitis, post-erosive and post-reflux scarring sequelae, esophageal columnar metaplasia with gastric metaplasia and Barretts esophagus. The rate of associated pathology was calculated according to the "absent-present" criterion for each patient regardless of the number of associated pathologies and their type. The difference in the rate of pathology associated with suprahiatal GEJ migration was calculated for the groups delimited with the migration height of 0.5 cm, 1.0 cm, 1.5 cm, 2.0 cm, 2.5 cm and 3.0 cm.

Results. Reversible migration of suprahiatal GEJ below 0.5 cm was pathologically-associated in 2.94%. Corresponding to the height of the suprahiatal GEJ migration, the rate of the associated pathology was: for the 0.5 ÷ 0.9 cm range - 8.54%, for the 1.0 ÷ 1.4 cm range - 9.20%, for the 1.5 ÷ 1.9 cm range - 10.45%, for the 2.0 ÷ 2.4 cm range - 93.62%, for the 2.5 ÷ 2.9 cm range - 84.5%, for the migration ≥3.0 cm - 87.5%. Thus, two significant points were assessed: the migration below 0.5 cm was causally- pathologically associated with an insignificant rate (2.94%) of reflux pathology and the migration distance of 20 mm was assessed as the point with which it makes the highest difference (10.43% and 93,42%) in causal-pathological association of adjacent tuning forks.

Conclusions. Thus, from an endoscopic point of view, (1) reversible migration of suprahiatal GEJ up to 0.5 cm can be considered a physiological migration. (2) excessive (pathological) reversible migration of the suprahiatal EGJ can be considered the displacement of the GEJ on a tuning fork ≥0.5 cm ÷ <2.0cm, (3) reversible sliding hiatal hernia can be considered the reversible displacement of the suprahiatal GEJ by 20 mm and more.

NEOPLASME ALE COLONULUI – TRATAMENT MINIM INVAZIV – ENDOSCOPIC PRIN DIATERMOEXCIZIE



Samohyalov S¹, Danci A¹, Erlih M², Panteleiciuc D²

¹ Secția endoscopie și chirurgie minim invazivă, IMSP Spitalul de Stat, Chișinău, Moldova; ² Secția chirurgie colorectală, IMSP SCM Sfânta Treime, Chișinău, Moldova

Scopul lucrării. Neoplasmalele ale colonului sunt predispuși spre creșterea și apariția următoarelor complicații: hemoragii, ocluzii intestinale, dar nu în ultimul timp și dezvoltarea cancerului colorectal. Polipectomie endoscopică prin diatermoexcizie este indicată cu scop preventiv și rămâne a fi o rezolvare chirurgicală minim invazivă modernă pentru acest contingent de pacienți.

Material și metode. Studiul prospectiv a inclus 302 de pacienți cu neoplasmale benigne și maligne de diferite dimensiuni a colonului, care au fost supuși polipectomiei endoscopice prin diatermoexcizie în perioada anilor 2018-2022, cu vârstă cuprinsă între 19 - 89 ani. Criteriu de includere în studiul a fost prezența neoplasmelor ale colonului, preponderent de dimensiuni 15 – 45 mm.

Rezultate. Din 302 de pacienți înrolați în studiul la 71,9 % de cazuri (217 pts) polipectomie prin diatermoexcizia a fost efectuată în volum deplin. În a doilea grup 28,1 % (85 pts) cu neoplasmale de dimensiuni mari a fost necesară polipectomie suplimentară în perioada 3 - 6 luni. În majoritatea cazurilor n=181 (59,9 %) examenul histopatologic a confirmat adenomul tubular, în n=109 (36,2 %) cazuri - adenomul tubular-vilos, la 12 (3,9 %) pacienți s-a depistat adenocarcinomul. În caz de adenocarcinom colonoscopia de control a fost indicată peste 3 luni și s-a confirmat absența recidivelor de neoplasm. Complicațiile majore ca perforația colonului au survenit la 4 (1,3 %) pacienți, care au fost operați în mod urgent. Hemoragiile intraoperatorii n=7 (2,1 %) au fost stopate endoscopic prin endoclamarea și diatermocoagulare.

Concluzii. Polipectomie endoscopică prin diatermoexcizie este o metodă de elecție pentru neoplasmalele ale colonului cu rata complicațiilor nesemnificativă.

Cuvinte cheie. Polipectomie endoscopică, adenom tubulo-vilos, adenocarcinom

NEOPLASMS OF THE COLON – MINIM INVAZIVE ENDOSCOPIC TREATMENT BY DIATHERMOEXCISION**Samohvalov S¹, Danci A¹, Erlih M², Panteleiciuc D²****1 Department of endoscopy and minimally invasive surgery, MSPI State Hospital, Chisinau, Moldova; 2 Proctology department, MCH “Holy Trinity”, Chisinau, Moldova**

Aim of study. Neoplasms of the colon have a very high probability of growth and the appearance of the following complications: hemorrhages, intestinal occlusions, but not least the development of colorectal cancer. Endoscopic diathermoexcision polypectomy is indicated for preventive purposes and remains a modern minimally invasive surgical solution for this contingent of patients.

Materials and methods. The prospective study included 302 patients with benign and malignant neoplasms of different sizes of the colon, who underwent endoscopic polypectomy by diathermoexcision between 2018 and 2022, were aged between 19 and 89 years. The inclusion criteria of the study was the presence of neoplasms of the colon, predominantly 15-45 mm in size.

Results. Among 302 patients enrolled in the study in 71.9% of cases (217 pts) polypectomy by diathermoexcision was performed in full volume. In the second group, 28.1% (85 pts) with large neoplasms required additional polypectomy in the period between 3 to 6 months. In the majority of cases n=181 (59.9 %) the histopathological examination confirmed tubular adenoma, in n=109 (36.2 %) cases - tubular-villous adenoma, in 12 (3.9 %) patients adenocarcinoma was detected. In case of adenocarcinoma, control colonoscopy was indicated after 3 months and the absence of neoplasm recurrences was confirmed. Major complications such as colonic perforation occurred in 4 (1.3%) patients, who were urgently operated. Intraoperative hemorrhages n=7 (2.1 %) were stopped endoscopically by endocloration and diathermocoagulation.

Conclusions. Endoscopic diathermoexcision polypectomy is a method of choice for large colonic polyps with insignificant complication rate.

Keywords. Endoscopic polypectomy, tubular-vilous adenoma, adenocarcinoma.

ORGANIZAREA ȘI ISTORIA ENDOSCOPIEI ȘI ULTRASONOGRAFIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA**Pitel E, Kalamaghina A, Colibaba O.****Societatea de endoscopie, chirurgie minim-invasiva și ultranografie „V.M.Guțu” din Republica Moldova**

Scopul lucrării. Endoscopia și ultrasonografia sunt specialități relativ tinere, iar succesele medicinei contemporane sunt în mare măsură determinate cu apariția și dezvoltarea lor.

Materiale și metode. Această lucrare se bazează pe documentele păstrate și amintirile martorilor despre istoria dezvoltării endoscopei și ultrasonografiei în Republica Moldova (RM), precum și pe date statistice privind starea actuală în domeniu.

Rezultate. Primele examene endoscopice efectuate în RM includ bronhoscopia rigidă în Institutul de Ftiziopulmonologie în anul 1954, și fibrogastroscopia (FGS) în cadrul Institutului de Oncologie (1966) și a Spitalului Clinic Republican (SCR) din 1976. Din 1979, în noul sediu al SCR Dr.V.Guțu este autorizat să deschidă un cabinet și apoi o secție de endoscopie, dotată cu FGS, fibrocolonoscopie, fibrobronhoscopie, laparoscopie diagnostică, urmată din 1983 și de ultrasonografie (USG). Din acest moment începe formarea structurii naționale de endoscopie, inclusiv deschiderea cabinetelor și secțiilor de endoscopie și USG în Chișinău și raioanele RM, dotarea cu echipament și pregătirea personalului. Medicii au fost instruiți la locul de muncă în secția de endoscopie a SCR, la ședințele ale Societății Științifice de Endoscopie, înființată în 1980, precum și la cursul de specializare și perfecționare în endoscopie și USG în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu” (deschis în 1989). În prezent, în RM există o rețea largă de cabinete și secții de endoscopie, Societatea științifică „V.M.Guțu”, înregistrată în 2017, Comisia de specialitate „Endoscopie” și Comisia de atestare profesională la Ministerul Sănătății, funcția de endoscopist în personalul spitalelor.

Concluzii. În pofida succeselor obținute, endoscopia din RM are nevoie de măsuri ulterioare de dezvoltare, inclusiv extinderea rețelei de cabinete și secții, un sistem stabil pentru formarea tinerilor specialiști, dobândirea de către aceștia a diverselor competențe în domeniu și introducerea specialității „Endoscopie” în nomenclatorul de pregătire și educație a medicilor.

Cuvinte cheie. Endoscopia, ultrasonografia, societatea profesională, istoria

ORGANIZATION AND HISTORY OF ENDOSCOPY AND ULTRASONOGRAPHY IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA**Pitel E, Kalamaghina A, Colibaba O.****V.M.Guțu Society of endoscopy, minimally invasive surgery and ultrasound from Republic of Moldova**

Aim of study. Endoscopy and ultrasonography are relatively young specialties, and the successes of contemporary medicine are largely determined with their appearance and development.

Materials and methods. This paper is based on preserved documents and witnesses' memories about the history of the development of endoscopy and ultrasonography in the Republic of Moldova (RM), as well as on statistical data regarding the current state in the field.

Results. The first endoscopic examinations performed in RM include rigid bronchoscopy in the Institute of Phthiopulmonology in 1954, and fibrogastroscopy (FGS) in the Institute of Oncology (1966) and the Republican Clinical Hospital (RCH) in 1976. Since 1979, in the new headquarters of RCH Dr. V.Guțu is authorized to open an office and then department of endoscopy, equipped with FGS, fibrocolonoscopy, fibrobronchoscopy, diagnostic laparoscopy, followed by ultrasonography (US) from 1983. From this moment, the formation of the national endoscopy structure begins, including the opening of endoscopy and USG offices and departments in Chisinau and districts of RM, the supplying of equipment and the training of personnel. The doctors were trained at the workplace within RCH department of endoscopy, at meetings of the Scientific Society of Endoscopy, established in 1980, as well as at the specialization course in endoscopy and US within the *Nicolae Testemițanu* University (opened in 1989). Currently, in the RM there is a wide network of endoscopy offices and departments, the *V.M.Guțu* scientific society, registered in 2017, the „Endoscopy” specialty commission and the professional attestation commission at the Ministry of Health, the position of endoscopist in hospital staff.