

**Tipulul III.** Din cele zece cadavre șase au fost de sex masculin și patru de sex feminin. Înălțimea medie a pieselor anatomice constituie 180 cm. Înălțimea pieselor incluse în tipul III este de 170 cm (hipostenici).

În cazul studiului retrospectiv a fost utilizat un chestionar, completat în baza fișelor medicale. În tabelul 1 este reprezentată repartizarea pe categorii de vîrstă, stabilindu-se următoarele: Categoria 40-45 ani - 1 pacient; 50-55 ani - 2 pacienți; 55-60 ani - 5 pacienți; 60-65 ani - 3 pacienți; 65-70 ani - 3 pacienți și cu vîrsta peste 70 ani - 1 pacient. Vîrsta medie a pacienților fiind 58 ani.

#### Tabelul 1

Repartizarea pacienților în funcție de vîrstă

40-45 ani	45-50 ani	50-55 ani	55-60 ani	60-65 ani	65-70 ani	>70 ani
1 pacient	-	2 pacienti	5 pacienti	3 pacienti	3 pacienti	1 pacient

Au fost analizate patologiile asociate astfel că trei dintre pacienți au fost cu varice ale membrelor inferioare, 2 pacienți cu HTA, 3 pacienți cu obezitate, 1 pacient cu tromboflebită, 2 pacienți cu cancer renal (tumora extirpată la prima intervenție) și 2 pacienți cu hemorizi mixt.

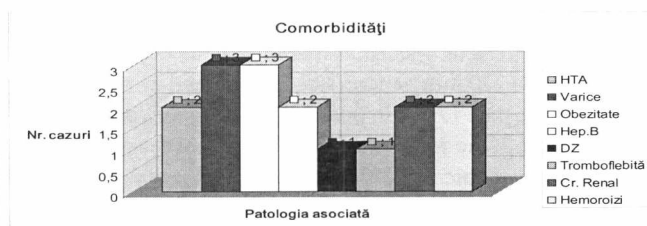


Figura 2. Repartizarea pacienților în funcție de patologia asociată

Discolagenozele sînt cele mai frecvente comorbidități la pacienții incluși în studiu. În cazul lor țesutul conjunctiv de susținere este calitativ inferior. Specificul ereditar al acestei tulburări metabolice, explică afecțiunile din această categorie: picior plat, varice ale membrelor inferioare, hemoroizi, etc[9,2].

Înălțimea medie în lotul de pacienți a fost de 1,71 cm. Masa corporală medie a pacienților - 90 kg. Din figura 4 se observă prevalența sexului masculin comparativ cu cel feminin.

Repartizarea conform sexului

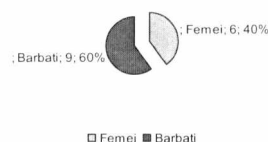


Figura 3. Repartizarea pacienților în funcție de sex

#### Concluzii

1. Aprecierea celor trei tipuri de suprafețe ale patruleterului Grynfelt și triunghiului Petit ne permite să presupunem că indivizii incluși în Tipul III prezintă risc major de herniere.

2. Factorii predispozanți herniilor lombare postlumbotomice au caracter morfologic, fiziopatologic și biochimic (discolagenoze, obezitate, hipotiroidie, etc)

3. Persoanele normostenice și cele hiperstenice cu IMC normal prezintă risc redus de herniere.

4. Categoria factorilor determinanți, dictată de elementul presional, este reprezentată fie de eforturi mici, dar repetate (tuse cronică, constipați, disuriei), fie de eforturi mari, brutale efectuate și de regulă în condiții ce se opun traiectelor liniilor de forță ce caracterizează biomecanica musculaturii abdominale.

#### Bibliografie

- Nicolae Angelescu (2003) Tratat de patologie chirurgicală pag.1304-1310.
- Armstrong O, Hanel A, Robert R et al (2008) Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects p245-255
- Bolkier M, Moskovitz B, Ginesi Y, Levin DR (1991) An operation for incisional lumbar hernia. Eur Urol 20: 52-53
- Brandt C.P., 1995; Janes A., 2004
- Burt BM, AWW HY, Wantz GE, Barie PS (2004) Traumatic lumbar hernia: report of cases and comprehensive review of the literature. J Trauma 57:1361-1370
- Essential Practice of Surgery: Basic Science and Clinical Evidence Jeffrey A. Norton, MD Hernias and Abdominal Wall Defects p335
- Nam SY, Kee SK, Kim JO (2011) Laparoscopic transabdominal extraperitoneal mesh repair of lumbar hernia. J Korean Surg Soc 81:574-577
- Rutkow IM (2003) A selective history of hernia surgery in the late eighteenth century: the treatises of Percival Pott, Jean Louis Petit, D August Gottlieb Richter, Don Antonio de Gimbernat, and Pieter Camper. Surg Clin N Am 83:1021-1044
- Surgical anatomy. Abdominal wall and hernias. Paschalidis Medical Publishers, Athens, p 149
- Skandalakis JE, Colborn GL, Weidman TA, Foster RS, Kingsnorth AN, Skandalakis LJ, Skandalakis PN, Mirilas PS (2004).

## PARTICULARITĂȚI TEHNICE ALE PROSTATECTOMIEI RADICALE LAPAROSCOPICE 3D FULL HD: EINSTEIN VERSUS DAVINCI VISION

Dr. GAVRILIȚĂ Maxim<sup>1</sup>, Dr. PETRUȚ Bogdan<sup>2</sup>, Dr. CRIȘAN Nicolae<sup>1,3</sup>, Dr. PETERSCHII Alexandru<sup>4</sup>, PROF. Dr. COMAN Ioan<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>- Spitalul Clinic Municipal, secția Urologie, Cluj-Napoca, România.

<sup>2</sup>- Institutul Oncologic, secția Urologie, Cluj-Napoca, România.

<sup>3</sup>- UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, România.

<sup>4</sup>- USMF "Nicolae Testemitanu" Republica Moldova.

**Summary****Technical features of laparoscopic radical prostatectomy 3D full hd: davinci versus einstein vision**

The development of the new imagistic methods - multiparametric magnetic resonance imaging, has increased the number of prostate cancer cases detected in localized and locally-advanced stage, which allows curative treatment - radical prostatectomy. At the moment, there are 3 options for carrying out the radical prostatectomy: 2D Laparoscopy, 3D laparoscopy (PRL) and robotics (RALP).

The aim of the study was to evaluate the technical features of 3D laparoscopic radical prostatectomy compared to that achieved by robotic approach.

The study included 35 patients diagnosed with adenocarcinoma who underwent laparoscopic radical prostatectomy 3D intervention in the period March to August 2015, in "Endoplus" Clinic. Also, a second study group consisted of first 207 patients that had been operated robotic in the Center for Robotic Surgery Hospital Municipal Cluj-Napoca.

3D laparoscopic radical prostatectomy can be considered an alternative to robotic approach in centers that do not benefit from this technique, with similar results in terms of operative time, blood loss and postoperative patient recovery.

**Introducere**

Screening-ul pentru cancerul de prostată se bazează, în prezent, pe tușeul rectal și determinarea PSA. De asemenea, au fost dezvoltate metode imagistice noi – rezonanța magnetică multiparametrică, cu scopul de a ameliora diagnosticul și caracterizarea cancerului de prostată. Prin urmare, s-a observat creșterea numărului de cazuri de cancer de prostată în stadiu localizat și local-avansat, care permit un tratament cu viză curativă – prostatectomia radicală. Datorită multiplelor avantaje, atât pentru pacient, cât și pentru chirurg, abordul minim-invaziv s-a impus pentru acest tip de intervenție chirurgicală. Astfel, există 3 variante tehnice de realizare a prostatectomiei radicale: laparoscopică standard, laparoscopică 3D HD (PRL3D) și robotică (RALP).

**Obiectivul** studiului de față a fost de a evalua particularitățile tehnice ale prostatectomiei radicale realizată laparoscopic 3D HD cu trusă laparoscopică Einstein, comparativ cu cea realizată prin abord robotic.

**Materiale și metode**

În studiu au fost incluși 40 de pacienți, diagnosticați cu adenocarcinom prostatic prin puncție-biopsie prostatică și care au fost supuși intervenției de prostatectomie radicală laparoscopică 3D în perioada martie-august 2015, în cadrul Clinicii Endoplus. De asemenea, un al doilea lot de studiu a fost format din primii 207 pacienți operați robotic în cadrul Centrului de Chirurgie Robotică de Spitalul Municipal Cluj-Napoca.

Pentru acești pacienți, s-au evaluat următorii parametri: timpul total al intervenției, timpul operator, timpul de inserție a trocarelor, numărul punctelor de abord utilizate, pierderile sangvine. Parametrii postoperatori monitorizați au fost:

mobilizarea pacientului, reluarea tranzitului intestinal, timpul de menținere a tuburilor de dren, timpul de menținere a sondei uretro-vezicale.

**Rezultate**

Vârsta medie a pacienților operați laparoscopic 3D, PRL3D – 59,3 ani vs RALP – 62,3ani.

În ceea ce privește repartizarea pacienților în grupe de risc, acestea au fost similare: pentru PRL 3D – low risk 17.1%, intermediate risk 48.5% și high risk 34.4%, comparativ cu RALP – 16%, 56.7% și 27.3%, respectiv.

În ceea ce privește particularitățile tehnice, pentru PRL s-au utilizat în medie 4 trocare, comparativ cu 6 pentru RALP.

Timpul operator mediu în cazul PRL a fost de 132 min, comparativ cu 210 min pentru RALP, iar timpul de introducere a trocarelor a fost de 17.2 min pentru PRL vs 30 min pentru RALP. Pierderile sangvine medii au fost cu 25% mai mari la pacienții operați laparoscopic 3D (406 ml vs 300 ml pentru RALP). În cazul ambelor loturi de studiu, mobilizarea pacientului post-operator s-a realizat în ziua 2, cu reluarea tranzitului intestinal în ziua 3. Tuburile de dren au fost suprimate în medie – primul în ziua 2-3 și al doilea în ziua 5. Durata de menținere postoperatorie a cateterului uretro-vezical a fost sensibil mai mare la PRL3D decât la RALP (9,3 zile vs 7,2 zile). Perioada maximă de menținere a sondei uretro-vezicale fiind de 21 de zile la PRL3D, comparativ cu 14 zile la robot.

**Concluzii**

Prostatectomia radicală laparoscopică 3D poate fi considerată o alternativă la abordul robotic, în centrele care nu beneficiază de această tehnică, având rezultate similare în ceea ce privește timpul operator, pierderile sangvine și recuperarea pacientului post-operator.

## URETERO-RENSCOPIA FLEXIBILĂ PENTRU CALCULI RENALI. EXPERINȚA INIȚIALĂ A UNUI SINGUR CENTRU MEDICAL: EVALUAREA REZULTATELOR

**Rad M., Nicu B., Coman I.**

*Clinica Endoplus, Cluj Napoca, Romania*

**INTRODUCERE**

Scopul acestui studiu a fost să evaluăm rezultatele clinicii noastre în uretero-renoscopia flexibila pentru calculii renali,

cu privire la rata de succes (stone free rate -SFR) și rata complicatiilor (RC).