

improvement and enforcement of the treatment protocols. The focus of the entire cardio-surgical team from Medpark is firstly patient's health.

## **CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICĂ OBSTRUCTIVĂ – ABORDARE CHIRURGICALĂ COMPLEXĂ: EXPERIENȚA DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**BATRÎNAC A, URECHE A, ROTARU A, VOITOV S, BARNACIU S**

**Spitalul Internațional Medpark, Chișinău, Republica Moldova**

**Introducere:** Cardiomiopia hipertrofică obstructivă (CMHO) reprezintă o boală genetică, autozomal dominantă, caracterizată prin hipertrofia miocardului ventricular, cu predilecție a septului interventricular, având prodrome variabile, adesea temperate, dar care implică o incidență ridicată a decesului subit. Global, rata morbidității în societatea adultă este în medie 0,02-0,023%.

**Scopul** lucrării este prezentarea standardelor naționale de tratament chirurgical complex al CMHO, familiarizarea specialiștilor din domeniile conexe cardiochirurgiei (medici cardiologi, imagiști, generaliști), privitor la posibilitățile de corecție chirurgicală a CMHO.

**Material și metode:** În Republica Moldova abordarea chirurgicală complexă în tratamentul CMHO are o istorie de circa 5 ani, tehnica chirurgicală este în continuă perfecționare, racordându-se la standardele internaționale. Pe parcursul perioadei 2011-2015, în cadrul Spitalului Clinic Republican și a Spitalului Internațional Medpark au fost operați 29 pacienți (13 bărbați, 16 femei), vârsta medie – 52,3 ani. Tehnica operatorie aleasă: mioectomie după Marrow – 19 pacienți, tehnica R.Dion – 10 pacienți.

**Rezultate:** Perioada postoperatorie complicată cu accident vascular cerebral ischemic – 1 pacient, hemoragie postoperatorie – 1 pacient. Durata medie a spitalizării a constituit 9,5 zile.

**Concluzii:** Literatura medicală de ultimă oră, bazându-se pe studii complexe randomizate afirmă unanim că standardul de „aur” în tratamentul CMHO rămâne a fi cel chirurgical radical. Abordarea chirurgicală a CMHO în combinație cu corecțiile valvulare complexe, soluționează problema atât a obstrucției TEVS, dar și aplanează mișcarea anterioară sistolică și abolește regurgitarea valvei mitrale. Tehnica operatorie aplicată este selectată în conformitate cu indicațiile stabilite fiecărui pacient individual. Tratamentul chirurgical de elecție reversează progresia insuficienței cardiace, restabilind capacitatea funcțională acceptabilă a vieții.

## **HYPERTROPHIC OBSTRUCTIVE CARDIOMYOPATHY – COMPLEX SURGICAL APPROACH: EXPERIENCE OF REPUBLIC OF MOLDOVA**

**Introduction:** Hypertrophic obstructive cardiomyopathy (HOCM) is a genetic disease, autosomal dominant, characterized by ventricular myocardial hypertrophy, predominantly of the interventricular septum, with variable prodromes, often tempered, but involving a high incidence of sudden death. Global morbidity in adult society is averaging between 0.02-0.023%.

**The aim** of study is the presentation of national standards for complex surgical treatment of HOCM, familiarizing specialists from related fields of cardiac surgery (cardiologists, radiologists, general physicians), regarding the possibilities of surgical correction of HOCM.

**Material and methods:** In Moldova a complex surgical approach to the treatment of HOCM has a history of about 5 years. It is steadily improving surgical techniques, being in concordance with international protocols. During 2011-2015, in the Republican Clinical Hospital and International Hospital Medpark 29 patients underwent surgery for HOCM (13 men, 16 women), mean age – 52.3 years. Surgical technique selected: Marrow myoectomy – 19 patients, the technique R.Dion – 10 patients.

**Results:** Postoperative period complicated with ischemic stroke – 1 patient, postoperative hemorrhage – 1 patient. The mean duration of hospitalization was 9.5 days.

**Conclusions:** The latest medical literature, basing on complex randomized studies unanimously reports that “gold” standard in HOCM treatment remains only radical surgical intervention. The surgical approach in HOCM combined with complex valvular correction, solves the problem of TEVS obstruction, but also decrease systolic anterior motion of the mitral valve and abolishes its regurgitation.

## **MANAGEMENTUL CHIRURGICAL ÎN LEZIUNILE TRAUMATICE SEVERE ALE PANCREASULUI**

**BERLIBA S<sup>1</sup>, GHIDIRIM G<sup>1</sup>, GHEORGHÎȚA V<sup>1</sup>, BESCHIERU E<sup>1</sup>, BERLIBA E<sup>2</sup>, SUMAN A<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Catedra Chirurgie nr.1 “N.Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară; <sup>2</sup>Departamentul Medicină Internă, Disciplina Gastroenterologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova**

**Introducere:** Leziunile traumatice ale pancreasului sunt considerate ca cele mai grave traumatisme ale organelor cavității peritoneale ca urmare a activării fermenților pancreatici și autolizei glandei. Caracterul și gravitatea leziunilor traumatice ale pancreasului necesită o abordare minuțioasă a tratamentului medico-chirurgical, cât și o monitorizare minuțioasă a pacienților în perioada postoperatorie.

**Scopul:** Evaluarea rezultatelor tratamentului pacienților cu leziuni traumatice ale pancreasului.

**Material și metode:** Au fost studiate retrospectiv rezultatele tratamentului a 46 pacienți cu pancreatită acută posttraumatică (PAPT) severă, spitalizați în perioada anilor 1999-2014. Repartiția pe sexe a relevat o predominanță a bărbaților; timpul traumă-spitalizare fiind în termene de 4-48 ore, toți pacienții prezentând semne de iritare a peritoneului.

**Rezultate:** La toți pacienții leziunile traumatice ale pancreasului au fost stabilite intraoperator. În dependență de gravitatea leziunilor conform Clasificării AAST (1990), s-a recurs la diverse metode de drenare a bursei omentale. La 9 (19,6%) pacienți cu

leziuni pancreatice de gradul I-II s-a recurs la drenarea închisă a bursei omentale cu drenarea căilor biliare, ei ulterior necesitând relaparotomie pentru progresarea pancreonecrozei și a parapancreatitei posttraumatice. La 37 (80,4%) pacienți cu gr.I-IV de leziune, la care inițial s-a efectuat drenarea deschisă a bursei omentale, ameliorarea clinică s-a stabilit după a 3-a necrectomie de etapă. Complicații postoperatorii manifestate prin apariția fistulelor și a pseudochisturilor pancreatice au fost în 28,2% cazuri (13 pacienți), ca urmare a progresării necrozei în pancreas și spațiul parapancratic. Mortalitatea postoperatorie ca urmare a pancreonecrozei posttraumatice a constituit 9,7%.

**Concluzii:** Prezența PAPT severe, mai ales în leziunile traumatice ale pancreasului de gr.II-V, predispune către finisarea intervenției chirurgicale prin drenarea deschisă a bursei omentale în asociere cu decompresia căilor biliare.

## SURGICAL MANAGEMENT OF SEVERE TRAUMATIC INJURIES OF THE PANCREAS

**Introduction:** Traumatic lesions of the pancreas are considered the most serious injuries of organs from the peritoneal cavity as a result of activation of pancreatic enzymes and autolysis of the gland. The nature and severity of traumatic lesions of the pancreas requires a thorough medical and surgical treatment and careful monitoring of patients in the postoperative period.

**The aim:** Evaluation of treatment outcomes in patients with traumatic injuries of the pancreas.

**Material and methods:** We have studied retrospectively the results of treatment of 46 patients with severe traumatic acute pancreatitis (STAP), hospitalized in the period 1999-2014. Distribution by gender revealed a predominance of men; the period of time trauma-hospitalization was within 4-48 hours, all patients showing signs of peritoneal irritation.

**Results:** In all patients the pancreatic injuries were determined intraoperatively. Depending on the severity of injuries, according to the Classification AAST (1990), various methods have been used to exchange omental drainage. At 9 (19.6%) patients with pancreatic lesions, grades I-II, were used closed drainage of omental bursa with biliary drainage, subsequent they requiring laparotomy for progression of pancreonecrosis, and posttraumatic parapancreatitis. In 37 (80.4%) patients with gr. I-IV lesion, to who has been initially performed open drainage of omental bursa, clinical improvement was established after the 3-rd stage of necrectomy. Postoperative complications manifested by the appearance of pancreatic fistulas and pseudocysts, and were recorded in 28.2% cases (13 pts), due to progression of necrosis in the pancreas and peripancreatic space. Postoperative mortality due to traumatic pancreonecrosis was 9.7%.

**Conclusions:** The presence of severe traumatic acute pancreatitis, especially pancreatic trauma of stage II-V require finishing of surgery by opened draining of the omental bursa in association with biliary decompression.

## CURA LAPAROSCOPICĂ INTRAPERITONEALĂ A HERNIEI OMBILICALE CU UTILIZAREA SUBSTANȚEI ANTI-ADEZIVE „MEZOGEL”

BOUR A, DIMA A, TARGON R

Curs Chirurgie Generală al Facultății Stomatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”; Spitalul Clinic Militar Central, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere:** Poziționarea intraperitoneală a plasei chirurgicale în cadrul curei laparoscopice intraperitoneale (IPOM) impune selectarea materialului sintetic.

**Material și metode:** În clinica noastră de chirurgie (SCMC), în anii 2013-2015 au fost supuși curei laparoscopice pentru hernie ombilicală 10 pacienți, 6 femei și 4 bărbați. Vârsta a variat de la 20 până la 60 ani. Pentru protezare s-a folosit plasa din polivinilidenftorid (PVDF) de tip „Uniflex” (Rusia), mai mare cu 5 cm decât defectul herniar pe toate dimensiunile. Pentru prevenirea aderențelor parieto-viscerale a fost utilizat suplimentar, compozitul antiadeziv „Mezogel” (Rusia). Fixarea plasei s-a asigurat prin aplicarea a 5 suturi tip „ancore” transfasciale și agrafe helicoidale neresorbabile de diametrul – 4 mm, plasate la 1cm de marginea protezei. Algometria s-a efectuat cu utilizarea scalei analog vizuale (VAS).

**Rezultate:** Defectul herniar a avut un diametru median de 3,9 cm. La 4 pacienți a fost suturat defectul (diametrul = 1-3 cm) herniar prin aplicarea suturii intracorporale. Din particularități intraoperatorii se menționează: reducerea conținutului sacului herniar, adezioliză, controlul hemoragiei din adeziuni. Durata medie a intervențiilor a fost de 55 min (45-65 min). În perioada postoperatorie complicații nu au fost semnalate. Sindromul dolo postoperator a fost minim (VAS: 1-3); complicații parietale – absente. Durata mediană de spitalizare – 3,2 zile. În perioada postoperatorie la distanță nu s-au constatat dureri și neuropatii, dereglări de tranzit intestinal sau recidive herniare.

**Concluzii:** Cura laparoscopică a herniei ombilicale cu aplicarea protezei IPOM este o metodă fezabilă, sigură și minim-invazivă. Plasa și gelul cu proprietăți antiadezive reduce semnificativ riscul aderențelor parieto-viscerale și a complicațiilor parietale, asigurând reintegrarea socio-profesională rapidă. Avantajele expuse argumentează perspectivele utilizării tehnicii IPOM în cura herniilor ombilicale.

## LAPAROSCOPIC INTRAPERITONEAL ON-LAY MESH REPAIR FOR THE UMBILICAL HERNIA USING ANTI-ADHESIVE GEL

**Introduction:** In laparoscopic intraperitoneal on-lay mesh repair (IPOM) positioning of a surgical mesh requires the selection of a synthetic material with anti-adhesive properties.

**Material and methods:** Within period of 2013-2015, 10 IPOM hernia repairs have been performed on the group of 10 patients diagnosed with umbilical hernia, 6 male and 4 female. The overall age was 36.4 years (range 20-60). The PVDF monofilament macroporous mesh has been utilized for repair. The mesh overlapped the defect with 5 cm. The combined fixation technique was ensured by applying the “anchor” type sutures and 4 mm non-resorbable spiral tacks plaid up to 1 cm from the edge of the prosthetic mesh. The non-adhesive composite “Mezogel” has been used to ensure the prevention of the adhesions. Algometry was performed using visual analog scale (VAS).