

localization of free-floating thrombus or in those with symptomatic pulmonary embolism it is necessary to evaluate the possibility of cava-filter placement as a prophylactic measure of recurrent embolism. However, appropriate tactics in patients with free-floating DVT in femoropopliteal segment is not well defined.

Clinical case: We present the clinical case of a 35-years old male patient hospitalized with symptomatic pulmonary embolism, which was diagnosed with free-floating DVT in both common femoral veins. Initially, the patient suffered fractures of the right femur and left tibia, undergoing orthopedic lower limb surgeries, with subsequent leg immobilization. It is discharged in satisfactory condition with recommendations to follow prophylactic dose of lower molecular weight heparin. Over 2 week patient develops bilateral pneumonia and massive left pleurisy with radiological signs of pulmonary embolism. Doppler-duplex ultrasound revealed concomitant free-floating DVT in both common femoral veins (spontaneous oscillatory motion of thrombotic tip). Patient was submitted for thrombectomy from both, right and then left common femoral vein, with subsequent extra-luminal interruption by plication. Free-floating parts of thrombi with a length of 6.4 cm and 5.3 cm, respectively, have been extracted. Postoperative period was uneventful, patient being discharged from the hospital at 8-th postoperative day.

Conclusions: Described clinical case confirms the possibility of DVT occurrence, despite of pharmacological thromboprophylaxis, and underline rationality of ultrasound exam of venous system of the lower extremities in patients with pulmonary embolism. In case of unavailability of endovenous techniques surgical treatment can be considered as an effective alternative for prevention of potentially fatal pulmonary embolism in patients with free-floating DVT.

TRATAMENTUL INFECȚIEI ANAEROBE DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ (CAZ CLINIC)

CURCĂ V¹, BZOVÎI F¹, POPA G¹, PUNGA I², CORNOGOLUB A¹

¹Catedra chirurgie generală, USMF “Nicolae Testemițanu”; ²Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Femeile care au suportat operația cezariană prezintă un risc de la 5 la 20 ori mai mare pentru complicații infecțioase, față de cele care nasc pe cale naturală. Complicațiile includ endometritele (20-85% din cazuri), infecția plăgii (25%), bacteriemia, abcesele pelviene, șocul septic, fasciitele necrotizante și tromboflebitele venelor pelviene. Principalele microorganisme responsabile pentru endometrite sunt bacilii aerobi gram-negativi (*E.coli*); bacilii anaerobi gram-negativi (*Bacteroides* sp. și *Gardnerella vaginalis*); cocii aerobi gram-pozitivi (streptococii din Grupul B și Grupul D); și cocii anaerobi gram-pozitivi (*Peptococcus* sp. și *Peptostreptococcus* sp). Pe parcursul travaliului și a nașterii abdominale endometriumul și cavitatea peritoneală sunt invariabil contaminate cu un număr mare de bacterii patogene aerobe și anaerobe care proliferază în lichidul peritoneal postoperator sero-sangvin.

Caz clinic: Este raportat cazul unei femei obeze (IMC=40) cu vârsta de 39 ani, care a fost supusă operației cezariene la a 13-a naștere. În pofida indicațiilor nu au fost administrate antibiotice în scop profilactic nici până, nici după intervenție. Peste 2 zile bolnava a fost transferată în secția de chirurgie datorită dehiscentei și infecției plăgii. S-a recurs la histerectomie totală. Analiza bacteriologică a pus în evidență prezența *Enterobacter aerogenus*, *Enterococcus* sp. și a *Staphylococcus aureus*. Pe parcursul a 28 de zile au fost administrate antibiotice în conformitate cu sensibilitatea patogenilor, concomitent cu tratamentul local al plăgii. Vindecarea completă a fost atestată în ziua a 56-a.

Concluzie: În grupul de risc este strict indicată antibioticoprofilaxia peri-cezariană.

TREATMENT OF ANAEROBIC INFECTION AFTER CAESAREAN SECTION (CASE REPORT)

Introduction: Women who undergo caesarean section have a 5 to 20-fold greater risk of infectious complications than those after normal vaginal delivery. The complications include endometritis (20-85% of cases), wound infection (25%), bacteremia, pelvic abscess, septic shock, necrotizing fasciitis, and septic pelvic vein thrombophlebitis. The main microorganisms responsible for endometritis are aerobic gram-negative bacilli (*E.coli*); anaerobic gram-negative bacilli (*Bacteroides* sp. and *Gardnerella vaginalis*); aerobic gram-positive cocci (Group B and Group D streptococci); and anaerobic gram-positive cocci (*Peptococcus* sp. and *Peptostreptococcus* sp). During labor and abdominal delivery, the endometrium and peritoneal cavity invariably are contaminated with large numbers of highly pathogenic aerobic and anaerobic bacteria which are proliferating in the serosanguineous postoperative peritoneal fluid.

Clinical case: We report a case of an obese (BMI=40) 39 years old woman who suffered a caesarean section at 13th delivery. In spite of indications, no prophylactic antibiotics were administered nor before neither after intervention. After 2 days she was transferred to the Surgical Department due to wound dehiscence and infection. Total hysterectomy was performed. Bacteriological analysis identified presence of *Enterobacter aerogenus*, *Enterococcus* sp. and *Staphylococcus aureus*. There were administered antibiotics according to sensibility of the pathogens for 28 days, along with local debridement of the wound. After 56 days of hospitalization complete healing was reported.

Conclusion: It is strictly indicated to use prophylactic antibiotic administration peri-caesarean section in the risk group.

MANAGEMENTUL POSTOPERATOR ÎN SINDROMUL INTESTINULUI SCURT (CAZ CLINIC)

CURCA V, RÎBALCO A, DOVBÎȘ S, POPA G

Catedra chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Prevalența sindromului intestinului scurt (SIS) este circa 3-4 la un million de populație. Acest sindrom se dezvoltă la pacienții cu lungimea intestinului subțire rămasă mai puțin de o treime (aproximativ 200 cm), circa la 15% dintre bolnavii care au fost supuși rezecției intestinale. Aproximativ 70% din pacienții cu SIS se externează la domiciliu și același procentaj corespunde ratei de supraviețuire peste un an. Supraviețuirea la distanță în mare măsură este dirijată de complicațiile survenite în urma managementului SIS.