

amount of a maximum 5 points; class I (6-10); class II (11-15); class III – 16 or more points. The variance analysis has determined a strict dependence of certain class on the severity of postoperative complications.

Conclusions: Comorbidity is a separate pathological state with the typical mechanisms of development. The developed of a novel comorbidity assessment scale helps to predict the occurrence of complications.

SISTEM NOU DE SCOR PENTRU ESTIMAREA COMPLICAȚIILOR POSTOPERATORII ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE ABDOMINALE

GRYNCHUK FV, POLIANSKIY IY, PREUTESEI VV, GRYNCHUK AF

Catedra de Chirurgie, Universitatea de Stat de Medicină din Bucovina, Cernăuți, Ucraina

Introducere: Estimarea complicațiilor postoperatorii (CPO) este una din cele mai importante probleme. Nici una dintre metodele cunoscute nu este recunoscută global.

Scopul lucrării: Dezvoltarea unei scări simple și informative de prognostic.

Material și metode: Au fost examinați 67 pacienți cu patologii chirurgicale abdominale; 20 dintre ei nu au prezentat careva CPO, iar 47 au prezentat CPO. Au fost studiate caracterul bolii primare, indicele peritoneal Mannheim (IPM), clasa comorbidităților (CC) după Grynchuk, mostrele de sânge și urină, probele biochimice de sânge, coagulograma. Au fost folosite măsurarea informativă Kulbak și metoda "hiperplanică" (convex shell division of hyperplane method) pentru a efectua calculele necesare.

Rezultate: La folosirea metodei "hiperplanice" nivelul prezent de relevanță ($\alpha=0,05$) a fost obținut prin folosirea a 4 indicatori: timpul de recalcificare a serului (SRT), hematocritul (Ht), IPM, CPC. După efectuarea tuturor calculelor necesare a fost obținută următoarea formulă: $114,8 \times SRT + 840,8 \times IPM - 346,0 \times Ht + 13,62 \times CPC - 13531,6$. Dacă rezultatul obținut este mai mare de 0 poate apărea CPO. Dacă rezultatul este mai mic de 0 se estimează absența CPO. După verificarea informativității scării a fost obținut un rezultat de 96,4% de corectitudine a calculelor.

Concluzii: Scara propusă pentru estimarea complicațiilor postoperatorii ajută la prognozarea cu cea mai înaltă precizie a dezvoltării complicațiilor. Scara se bazează pe un număr mic de indicatori, elimină necesitatea folosirii metodelor complicate de examinare, ceea ce simplifică folosirea acesteia.

NEW SCORING SYSTEM FOR PREDICTING POST-SURGICAL COMPLICATIONS IN ABDOMINAL SURGERY

Introduction: The prediction of post-surgical complications (PSC) is one of the most problematic questions. None of the known methods have gained the global recognition.

The aim of our study: Development of a simple and informative prognostic scale.

Material and methods: A total of 67 patients with abdominal surgical pathology were examined; 20 of them didn't have any PSC, but 47 of the patients had PSC. The primary disease character, Mannheim peritonitis index (MPI), comorbidity class (CC) by Grynchuk, general blood and urine samples, biochemical blood sample, and coagulogramme tests were studied. The informative measure of Kulbak and the convex shell division of hyperplane method were used to carry out the required calculations.

Results: When using the convex shell division of hyperplane method, the present level of relevance ($\alpha=0,05$) was gained by using 4 indicators: serum recalcification time (SRT), haematocrit (Ht), MPI, CPC. After carrying out all required calculations the following formula was received: $114.8 \times SRT + 840.8 \times MPI - 346.0 \times Ht + 13.62 \times CPC - 13531.6$. If the obtained result is greater than 0, the PSC may arise. In the case when the result is less than 0 the absence of PSC is predicted. After checking the informativeness of the scale the result of 96.4% of correct calculations was received. **Conclusions:** The provided scale of predicting post-surgical complications helps to forecast the development of complications with the highest precision. The scale is based on the small number of indicators, eliminates the need to use difficult methods of examination, which simplifies its use.

TACTICA CHIRURGICALĂ ÎN PATOLOGIA CONGENITALĂ A INTESTINULUI SUBȚIRE LA NOU-NĂSCUT

GUDUMAC E, PISARENCO A, SINIȚÎNA N, REVENCO I, MANIUC A

Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică, USMF „Nicolae Testemițanu”, Secția chirurgia nou-născuți, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Ocluzia intestinală congenitală este o patologie frecvent întâlnită la nou-născut – 1:3000, cu o letalitate de 16,5-64%. Diagnosticul anomaliilor asociate, tratamentul chirurgical adecvat și conduita postoperatorie rămân dificile.

Scopul: De a ameliora rezultatele tratamentului chirurgical al nou-născuților cu patologie congenitală a intestinului prin alegerea metodei optime de refacere a continuității tractului intestinal.

Material și metode: Am analizat 214 nou-născuți pentru patologie congenitală a intestinului subțire într-un interval de 6 ani (01.01.2009-31.05.2015). S-au studiat caracteristicile epidemiologice, clinice, de diagnostic imagistic, histologice, tehnicile de corecție chirurgicală, factorii de pronostic.

Rezultate: Procedeele chirurgicale au înregistrat: membrana duodenului – 15, atrezia duodenului – 12, anomalii de rotație și fixare a intestinului mediu – 93, pancreas inelar – 6, membrana intestinului subțire – 6, atrezia intestinului subțire – 22, sindromul Ledd – 22, torsia intestinului subțire – 11, diverticul Meckel – 13, dedublarea intestinului – 4, ileus meconial – 8,

disglangionoză intestinalului subțire – 2. S-au efectuat: adezioliza cu refacerea anatomică a topografiei intestinale – 93, detorsia, adezioliza – 27, duodenotomie, rezecția membranei – 15, duodenoduodenoanastomoză latero-laterală – 9 și tehnica Kimur – 5, duodeno-jejunoanastomoză – 4, enterotomie, rezecție de membrană – 6, rezecție segmentară, enterostomă terminală – 15, sau în două țevi – 3 cu anastomoză la a II-a etapă, rezecție segmentară, enteroenteroanastomoză termino-terminală – 2, latero-laterală – 23, T-anastomoză – 3, enterostomie – 9.

Concluzii: Patologiile congenitale ale intestinului la nou-născut sunt stări clinice de urgență, necesită un diagnostic precoce și tratament individual de la caz la caz, pentru a reduce complicațiile și mortalitatea. Entero-enteroanastomoză primară se aplică în lipsa peritonitei, a modificărilor inflamatorii și circulatorii ale intestinului.

SURGICAL TACTICS IN CONGENITAL PATHOLOGY OF SMALL INTESTINE IN NEWBORNS

Introduction: Congenital intestinal obstruction is the pathology found at newborn - 1:3000 with a lethality of 16.5-64%. The diagnosis of associated abnormalities, the surgical treatment and postoperative conduct remain difficult.

Purpose: To improve the results of surgical treatment of newborns with congenital bowel pathology by choosing the optimal method for the restoration of the intestinal tract continuity.

Material and methods: We analyzed 214 newborns for congenital bowel pathology within 6 years (01.01.2009-31.05.2015). We studied the epidemiological characteristics, clinical, diagnostic radiology, histology, surgical correction techniques, prognostic factors.

Results: Surgical procedures have been the following: membrane of duodenum – 15, duodenal atresia – 12, abnormal bowel rotation and fixing average – 93, annular pancreas – 6, membrane of the small intestine – 6, bowel atresia – 22, syndrome Ladd – 22, torsion of small bowel – 11, diverticulum Meckel – 13, duplication of the intestine – 4, meconium ileus – 8, disglangionozis of small intestine – 2. Were performed: intestinal adhesions dissection with restoration of anatomical intestinal topography – 93, detorsia, intestinal adhesions dissection – 27, duodenotomy, membrane resection – 15, duodenoduodenoanastomosis side-to-side – 9 and method Kimur – 5, duodeno-jejunoanastomosis – 4, enterotomy, membrane resection – 6, segmental resection, terminal enterostoma – 15 or biluminal enterostomy – 3, with stage II – anastomosis, segmental resection, enteroenteroanastomosis end-to-end – 2, side-to-side – 23, T-anastomosis – 3, enterostomy – 9.

Conclusions: Congenital bowel pathologies in the newborn are emergency medical conditions which require early diagnosis and individual treatment of the case in order to reduce complications and mortality. Primary enteroenteroanastomosis is applied in the absence of peritonitis, inflammatory and circulatory changes of the intestine.

REZULTATELE PRECOCE ȘI TARDIVE ALE CHIRURGIEI LAPAROSCOPICE A REFLUXULUI GASTRO-ESOFAGIAN

GUȚU E², IACUB V², GUZUN V¹, CUMPĂȚĂ S²

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

Introducere: Aplicarea tehnicilor laparoscopice a reînnoit interesul către tratamentul operativ al bolii de reflux gastroesofagian (BRGE).

Scopul lucrării: Estimarea rezultatelor precoce și la distanță ale tratamentului laparoscopic al BRGE simptomatice.

Material și metode: Pe parcursul perioadei 2009-2015 în Clinică au fost operați laparoscopic 194 pacienți cu BRGE. Femei – 117, bărbați – 77. Vârsta bolnavilor a variat între 19 și 76 ani (în mediu – 48 ani). Semnele clinice de bază ale BRGE au fost: pirozizul (87%), durerea retrosternală (91%), regurgitația (57%) și disfagia (32%). Patologia a avut o durată de 1-5 ani la 46,9% și 5-10 ani – la 31,1%. Depistările endoscopice au fost: esofagita de reflux (81%), insuficiența sfincțerului esofagian inferior (80%) și hernia hiatală. Un scor total DeMeester >14,7 s-a depistat la pH-metrie în 84,8% din cazuri. Intervenția chirurgicală a fost efectuată după procedeul standard și a inclus trei momente de bază: mobilizarea esofagului abdominal și a hiatusului esofagian, crurorafia posterioară și fundoplicația totală (91,7%) sau parțială (8,2%). Calitatea vieții pre- și postoperator a fost evaluată utilizând scorul Velanovich.

Rezultate: Durata intervenției a constituit în mediu 94 min, cu micșorarea sub 80 min în ultimii ani. Cinci (2,6%) conversii au fost datorate hemoragiilor necontrolabile și a procesului aderențial. Majoritatea pacienților au prezentat disfagie postoperatorie temporară cu durata sub 2 săptămâni. Intervenții chirurgicale repetate din motivele recurenței BRGE sau complicațiilor au necesitat 9 (4,6%) bolnavi. Scorul mediu Velanovich s-a micșorat de la 19,1 (preoperator) până la 2,1 (la 1 an postoperator), și a rămas stabil mic – 2,3 (la 3 ani postoperator).

Concluzii: Selectarea minuțioasă a pacienților cu BRGE către operație: a celor cu simptomatologie tipică, pH-metrie dereglată și cu un defect anatomic curabil chirurgical este crucială pentru obținerea rezultatelor postoperatorii optime.

EARLY AND LATE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX

Introduction. The application of laparoscopic techniques has renewed interest to the operative treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD).

The aim of study: Assessment of early and late results of laparoscopic surgery for symptomatic GERD.

Material and methods: During 2009-2015 in the Clinic were operated laparoscopically 194 patients with GERD. Women – 117, men – 77; age varied between 19 and 76 years (average – 48 years). Common clinical signs of the GERD were heartburn (87%), retrosternal pain (91%), regurgitation (57%) and dysphagia (32%). Duration of disease: 1-5 years was in 46.9%, and 5-10 years – in 31.1%. Endoscopic findings were: gastroesophageal reflux (81%), lower esophageal sphincter insufficiency (80%) and hiatal hernia. DeMeester total score >14.7 was found on pH-monitoring in 84.8% of cases. Surgery was performed by standard method and included three basic steps: mobilization of abdominal esophagus and esophageal hiatus, posterior crural