

Results: The mean length of the inflammatory phase in the group of patients with the use of traditional dressings was 10 days; the total wound re-epithelialization was recorded in 78% of cases. The mean length of the necrotic phase in the group of patients with PH topical treatment was 7 days, total re-epithelialization was achieved in 87% of cases.

Conclusions: The use of hydroactive wound dressing in TU is associated with more rapid re-epithelialization and more rapid wound healing than the traditional alternatives. The successful management of TU is possible only through the choice of appropriate topical dressing in association with the etiopathogenic treatment.

SUBTILITĂȚI ÎN CONDUITA DIAGNOSTICO-CURATIVĂ A PACIENȚILOR CU TRAUMATISME DESCHISE ALE ZONEI TORACO-ABDOMINALE

ȚÎNȚARI S, ROJNOVEANU G, GURGHÎȘ R, GAGAUZ I, VOZIAN M, OPREA V

Catedra Chirurgie nr.1 „N.Anestiadi”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Traumatismele toraco-abdominale implicând două cavități vitale, comportă un risc sporit de morbiditate și mortalitate; erorile sau ezitățile în conduită pot fi penalizate cu exod nefavorabil. Consecutivitatea și volumul ajutorului medical acordat sunt subiecte actuale de dezbateri.

Scopul studiului: Identificarea punctelor de referință pentru optimizarea conduitei diagnostico-curative a pacienților cu traumatisme ale zonei toraco-abdominale.

Material și metode: S-a efectuat examinarea retrospectivă a 181 traumatizați, cu plăgi localizate în zona toraco-abdominală. A fost analizată conduita de diagnostic și curativă aplicate. Repere analizate: manifestările clinice, metode complementare de examinare – imagistice și laparoscopia.

Rezultate: Din totalitatea pacienților, 63 au fost simptomatici, iar 118 – asimptomatici la momentul adresării. Pentru pacienții fără semne clinice specifice conduita a urmat: laparoscopie – 29 traumatizați și explorarea locală a plăgii – 141. Tratament urmat: toracotomie – 6 pacienți; laparotomie – 62. Leziunile diafragmei au fost confirmate la 28 (15,5%) traumatizați.

Concluzii: Leziunile izolate ale diafragmei sunt asimptomatice în perioada precoce. Reper primar în determinarea conduitei este tabloul clinic. Pacienții simptomatici urmează laparotomie sau toracotomie imediată, iar pacienții asimptomatici – laparoscopie diagnostico-curativă. Ramâne de a stabili posibilitatea și limitele aplicabilității conduitei nonoperatorii la această categorie de traumatizați.

DIAGNOSIS AND TREATMENT FEATURES OF THE PATIENTS WITH PENETRATING THORACO-ABDOMINAL INJURIES

Introduction: Thoraco-abdominal injuries implicating two vital cavities carry a high risk of morbidity and mortality and errors, and hesitations in the management of these patients may lead to unfavorable results. The sequence and volume of the provided medical care are subjects to debate.

The aim: To identify the reference points for diagnosis and treatment tactics optimization in patients with thoraco-abdominal injuries.

Material and methods: Retrospective analysis of 181 patients with thoraco-abdominal injuries was conducted. The diagnostic and treatment tactics were analyzed, including: clinical features, additional examination methods – imaging and laparoscopy.

Results: At admission 63 patients were symptomatic and 118 – asymptomatic. Patients lacking specific clinical features underwent laparoscopy – 29 cases and local wound exploration – 141. Treatment included: thoracotomy – 6 patients; laparotomy – 62. There were 28 (15.5%) patients with confirmed diaphragmatic ruptures.

Conclusion: Isolated diaphragmatic ruptures are asymptomatic in the acute phase. Clinical features are the cornerstone of the management. Symptomatic patients should undergo immediate thoracotomy or laparotomy, while asymptomatic patients – diagnostic laparoscopy. An issue to be researched remains the opportunity and the criteria for nonoperative management of these patients.

DIVERTICULUL ESOFAGIAN: TRATAMENTUL CHIRURGICAL MINIM-INVAZIV

TOMA A

Spitalul Clinic Republican, Secția Chirurgia Toracică; Catedra Chirurgie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Diverticulul esofagian (DE) reprezintă o patologie relativ rară a tractului gastro-intestinal. Tradițional abordată prin intermediul tehnicilor chirurgicale deschise, nosologia lasă loc de manevră și chirurgiei minim-invazive (CMI). Prin acest studiu prezentăm experiența în tratamentul chirurgical minim invaziv al diverticuliilor esofagieni. Subsidiar, prezentăm un reviu al literaturii de specialitate referitor la tehnicile chirurgicale minim-invazive.

Material și metode: Analizăm cazurile pacienților cu DE supuși tratamentului CMI prin prisma simptomelor preoperatorii, rezultatelor post-operatorii și la distanță.

Rezultate: Trei pacienți (doi bărbați și o femeie, cu vârsta de 58, 59 și 65 ani, respectiv) au suportat intervenții chirurgicale minim-invazive în legătura cu DE intratoracic. Acuzele dominante preoperator au fost disfagia și eructațiile cu aer și alimente. Durata intervenției chirurgicale a fost de 195, 125 și 120 minute, respectiv. Nu au fost înregistrate complicații intraoperatorii, precum și recurența la distanță a diverticuliilor sau a acuzelor preoperatorii.

Concluzii: Chirurgia patologiei diverticulare a esofagului suportă indicatori elevați de morbiditate și mortalitate. Intervențiile chirurgicale minim invazive sunt posibile dar nu și substituibile. Pacienții necesită a fi evaluați minuțios și supuși unei selecții

riguroase. Chirurgia tradițională deschisă rămâne a fi preferabilă, iar cea minim-invazivă – ca opțiune pentru personalul experimentat în secțiile specializate.

ESOPHAGEAL DIVERTICULUM: MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT

Introduction: Esophageal diverticulum (ED) is a relatively rare pathology of the gastrointestinal tract. Traditionally addressed through open surgical techniques, disease leaves also room for maneuver to minimally invasive surgery (MIS). By means of this study we aim to present the experience of minimally invasive surgical treatment of esophageal diverticulum. Subsidiary, we present the literature review on minimally invasive surgical techniques.

Material and methods: We analyze the cases of patients with ED undergoing MIS treatment, focusing on preoperative symptoms, and postoperative and remote results.

Results: Three patients (two men and a woman, aged 58, 59 and 65 years, respectively) have undergone minimally invasive surgery regarding intrathoracic ED. Dysphagia and air and food eructations were the dominant preoperative complaints. Operating time was 195, 125 and 120 minutes, respectively. There were no intraoperative complications, as well as no long-term recurrence of the diverticulum or of the preoperative complaints.

Conclusions: Surgery of esophagus diverticular pathology supports elevated morbidity and mortality indicators. MIS interventions are liable but not changeable. Patients need to be carefully evaluated and undergo a rigorous selection. Traditional open surgery remains the preferred one, while minimally invasive surgery is an option for experienced staff in specialized departments.

STRATEGIA DE ECONOMISIRE A SÂNGELUI: MODIFICAREA CIRCUITULUI CARDIOPLEGIC LA COPIII OPERAȚI PENTRU MALFORMAȚII CARDIACE CONGENITALE

VÂRLAN E, GUZGAN I, MANIUC L, REPIN O, BORȘ P, FRUNZE D, NAMESNIC G

Departamentul Cardiochirurgie, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova

Scopul cercetării este optimizarea managementului de sânge în cardioplegie la copiii cu greutate mică, care ar putea reduce utilizarea sângelui.

Material și metode: Pentru a reduce circuitul cardioplegic a fost propusă o schemă redusă (RC), care include două șunturi 1/8 x 1/32, volumul întreg este de 14 ml. Primul este conectat la pompa seringii cu KCl, 2 Meq/ml, iar al doilea – la canula cardioplegică. Fluxul sanguin este furnizat din oxigenator. Efectul cardioplegic în grupul RC (15 pacienți) a fost comparat cu cel al cardioplegiei administrate prin circuit standard (SC) – 16 pacienți, care include pompa rolă, tubul 3/16, umplere volum – 80 ml. Vârsta pacienților a fost de 7-14 luni, greutatea corporală mai mică de 10 kg. Datele de anchetă au arătat diferențe semnificative între grupuri. Au fost comparate timpurile de setare a stopului cardiac, „priming” volumul, cantitatea administrată de concentrat eritrocitar, hematocritul după cardioplegie.

Rezultate: Volumul de amorsare utilizat în grupul SC a fost mai mare decât în grupul RC (350 vs 250 ml). Administrarea sângelui în cardioplegie prin RC a asigurat instalarea de stop cardiac în 29 ± 13 sec, timp semnificativ mai mic decât în grupul SC, 45 ± 11 sec. Nu a fost nici o diferență semnificativă dintre hematocriturile după cardioplegie, dar în grupul SC s-a administrat o cantitate mai mare de concentrate din sânge ($130,5 \pm 16,3$ ml vs $95,8 \pm 20,6$ ml). Concentrația de K^+ mai mare ($>4,5$ mEq/l) a fost, evident, mai frecventă în grupul SC – 31,3% față de 13,3%. Gestionarea cardioplegiei prin RC s-a dovedit a fi mult mai simplă.

Concluzii: Reducerea schemei pentru administrare a sângelui în cardioplegie la copiii cu greutate corporală mică permite reducerea volumului de amorsare, reduce utilizarea de sânge autolog, mai puțin contact cu suprafața artificială și oferă stop cardiac mai rapid. În același timp, se reduc costurile consumabilelor.

BLOOD SAVING STRATEGY: MODIFICATION OF CARDIOPLEGIA CIRCUIT IN CHILDREN OPERATED FOR CONGENITAL HEART MALFORMATIONS

The aim of study was the optimization of management of blood cardioplegia in children with low body weight, by method which could reduce blood use.

Material and methods: To minimize the cardioplegic circuit was proposed reduced scheme (RC), which includes 2 shunts 1/8 x 1/32, with whole filling volume of 14 ml. The first is connected to the syringe pump with KCl, 2 Meq/ml, and the second – to the cardioplegic cannula. Blood flow was supplied from oxygenator. Cardioplegic effect in RC group (15 patients) was compared with that of cardioplegia administered by standard circuit (SC) – 16 patients, which includes the roll pump, tube 3/16, filling volume 80 ml. Patients were aged 7-14 months, body weight less than 10 kg. Investigation's data showed no significant differences between groups. Were compared cardiac stop setting time, priming volume, administrated amount of red cells concentrate, hematocrit after cardioplegia.

Results: The volume of priming used in SC group was higher than in the RC group (350 vs 250 ml). Administration of blood cardioplegia through RC assured installation of cardiac arrest in 29 ± 13 sec, significantly shorter time than in the SC group, 45 ± 11 sec. There was no significant difference of hematocrit value after cardioplegia, but SC group received more red blood cells concentrate (130.5 ± 16.3 ml vs 95.8 ± 20.6 ml). Occurrence of high potassemia (>4.5 mEq/l) was obviously more frequent in SC group – 31.3% vs 13.3%. The management of cardioplegia through RC proved to be much simpler.

Conclusions: The RC for blood cardioplegia administration in children with low body weight allows reducing of priming volume, less autologous blood usage, less contact with the artificial surface and provides express cardiac arrest. At the same time, it reduces the costs of supplies.