

obesity.

Materials and methods: In the present study, 35 patients who underwent surgical treatment using mini-invasive bariatric techniques during 2016-2018 were included. The body mass index ranged from 35.2 to 82. In group I (n=31), the sleeve gastrectomy was performed and in group II (n=4) - by-pass gastric.

Results: Based on obtained data in group I, weight loss over 6 months after performing surgery was 24.54 ± 1.21 , in group II - 48.13 ± 1.39 ($p=0.0035$). The average duration of hospitalization was in group I - 3.12 ± 0.06 vs group II - 5.25 ± 0.25 ($p<0.0001$).

Conclusion: By-pass gastric vs sleeve gastrectomy provides greater weight loss, but requires a longer duration of hospitalization and the risk of complications is greater. Thus, mini-invasive bariatric surgery provides satisfactory results - weight loss, maintenance of obtained results and significant improvement or complete disappearance of preexisting comorbidities.

Key words: obesity, mini-invasive bariatric and metabolic surgery

TRATAMENTUL RECONSTRUCTIV AL STRICTURILOR BILIARE BENIGNE CU LEZAREA SECTOARELOR BILIARE PROXIMALE



HOTINEANU V, HOTINEANU A, FERDOHLEB A

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Scopul studiului a fost evaluarea tratamentului chirurgical reconstructiv adresat stricturilor biliare înalte.

Material și metode: În grupul de stricturi biliare proximale am inclus pacienții cu stricturi tip III și tip IV după clasificarea lui Bismuth. Eșantionul de cercetare a inclus un lot de 105 cazuri dintre care tip III au fost 90 (85,7%) din cazuri și de tip IV de 15 (14,3%) de cazuri. Caracteristicul general al acestor pacienți a fost un bont biliar compromis de dimensiuni mici cu amplasarea integrală în parenchimul hepatic, sau lipsa integrală a joncțiunii. Reconstrucția biliară a fost realizată prin hepaticojejunoanastomoză pe ansa jejunală a la Roux, aplicând sutură atraumatică PDS 4/0-6/0, folosind optica chirurgicală. Pentru stricturile de tip III situația a fost rezolvată prin prepararea canalelor hepatice stâng și drept și aplicarea unei incizii longitudinale pe peretele anterior de tip „boomerang”, cu formarea unei guri de anastomoză largi. În cazul stricturilor de tip IV am recurs la o secțiune hilară cu expunerea canalului stâng și a celui drept din parenchim. Anastomoză s-a efectuat independent între fiecare dintre canalele hepatice. În două cazuri s-a remarcat amplasarea integrală în parenchim a canalelor biliare cu o diastază între ele. Am efectuat o rezecție parțială de segment IV cu prepararea canalelor și formarea bihepaticojejunoanastomozei.

Concluzii: Tratamentul stricturilor proximale necesită obligator aplicarea tehnicilor de expunere a bontului biliar din parenchim hepatic și modelarea specială a gurii de anastomoză.

Cuvinte cheie: stricturi biliare, hepaticojejunoanastomoză.

RECONSTRUCTIVE TREATMENT OF BENIGN BILIARY STRICTURES WITH DAMAGE TO PROXIMAL BILIARY SECTIONS

Introduction: The purpose of the study was to evaluate reconstructive surgical treatment for high biliary strictures.

Material and methods: In the group of proximal biliary strictures we included patients with type III and type IV strictures after Bismuth's classification. The survey sample included a batch of 105 cases, of which type III were 90 (85.7%) of cases and type IV of 15 (14.3%) of cases. The general characteristic of these patients was a low-compromised biliary compartment with integral position in the hepatic parenchyma, or the complete absence of the junction. Biliary reconstruction was performed by hepaticojejunoanastomosis on the Roux-en-Y jejunal loop, using the PDS 4 / 0-6 / 0 atraumatic suture using surgical optics. For type III strictures, the situation was solved by preparing the left and right hepatic ducts and applying a "boomerang" longitudinal incision to the anterior wall, with the formation of a large anastomosis mouth. In the case of type IV strictures, we used a hilar section with the exposure of the left and right parenchymal channels. Anastomosis was performed independently between each of the liver channels. In two cases, we noticed the complete parenchymal placement of bile ducts with a diastase between them. We performed a partial IV segment resection with channel preparation and bihepaticojejunoanastomosis formation.

Conclusions: The treatment of proximal strictures necessarily requires the application of the techniques of exposure of the bile duct from hepatic parenchyma and the special modeling of the anastomosis mouth.

Key words: biliary strictures, hepaticojejunoanastomosis.

INFECȚIA PLASELOR SINTETICE ÎN CHIRURGIA HERNIILOR ABDOMINALE



IACUB V, CUMPĂȚĂ S, VESCU L, CRIVOI I, POPA G, GUȚU E

Catedra Chirurgie Generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Infecția plaselor sintetice în chirurgia herniilor abdominale poate necesita înlăturarea plasei și este asociată cu un risc înalt de recurență.

Material și metode: Pe parcursul a doi ani în Clinica Chirurgie Generală au fost tratați 574 pacienți cu hernii abdominale. Bărbați – 367 (63,9%), femei – 207 (36,1%). Indexul masei corporale (IMC) mai mare de 30 s-a determinat la 112 (19,5%). Pentru întărirea defectelor peretelui abdominal la 559 (97,4%) pacienții s-a utilizat plasa de polipropilenă. În mod urgent au fost operați 32 (5,7%) pacienți, programat – 527 (94,3%). Patologie concomitentă au avut 307 (54,9%) pacienți. În 136 (24,3%) cazuri plasa a fost inserată *underlay*, în 406 (72,6%) – *inlay*, iar în 17 (3,0%) – *onlay*.

Rezultate: Infecția plăgii chirurgicale (IPC) a fost înregistrată în 38 (6,8%) cazuri, clasificată ca: IPC superficială (22 – 3,9%) și IPC

profundă (16 – 2,9%), inclusiv cu infectarea plasei în 10 (1,9%) cazuri. IPC s-a stabilit la 11 (34,4%) pacienți operați în mod urgent și la 21 (4,0%) – în mod programat. La bonavii cu IPC s-a constatat prevalența IMC peste 30 (OR-1.1194, 95% CI: 0,5530 to 2,2657, Z 0,314, P=0,7539) și a comorbidităților (OR-1,1373, 95% CI:0,6370 to 2,0307, Z 0,435, P=0,6634). Inserarea plasei *underlay*, *inlay* sau *onlay* nu a influențat statistic semnificativ apariția IPC. Debridarea chirurgicală a plăgii s-a efectuat la 22 (78,6%) pacienți din cei cu IPC. Înlturarea parțială sau completă a plasei a fost necesară la 9 bolnavi.

Concluzii: Rata de infectare a plaselor sintetice este mai înaltă în cazurile de intervenții chirurgicale de urgență și la pacienții cu IMC elevat. Infecția plăgii chirurgicale se asociază cu un risc major de infectare a plaselor.

Cuvinte cheie: hernie abdominală, plasă sintetică, infecție

PROSTHETIC MESH INFECTION IN SURGERY OF ABDOMINAL HERNIAS

Introduction: Infection of synthetic mesh in abdominal hernia surgery could require mesh removing, which is associated with a high risk of recurrence.

Material and methods: During two years' period, 574 patients with abdominal hernias were treated in the Department of General Surgery. Men – 367 (63,9%), women – 207 (36,1%). In 112 (19,5%) patients the body mass index (BMI) were higher than 30. For enforcement of abdominal wall defects in 559 (97,4%) patients used polypropylene mesh with macrospore over 10 mcm. In emergency setting were operated 32 (5,7%) patients and in elective mode – 527 (94,3%). Comorbidities had 307 (54,9%) patients. In 136 (24,3%) cases the mesh was placed *underlay*, in 406 (72,6%) – *inlay*, and in 17 (3,0%) – *onlay*.

Results: Surgical site infection (SSI) was registered in 38 (6,8%) cases, classified as: superficial SSI (22 – 3,9%) and deep SSI (16 – 2,9%), including mesh infection in 10 (1,9%) cases. SSI were determined in 11(34,4%) patients, who undergone emergent surgery, and in 21(4,0%) – operated in elective mod. In patients with SSI the prevalence of body mas index over 30 (OR-1.1194, 95% CI: 0,5530 to 2,2657, Z 0,314, P=0,7539), and comorbidities (OR-1,1373, 95%CI:0,6370 to 2,0307, Z 0,435, P=0,6634) were noted. The placement of mesh *underlay*, *inlay* or *onlay* does not influence statistical significant the occurrence of SSI. Surgical debridement of wounds performed in 22 (78,6%) from cases with SSI. Partial or complete removal of the mesh was necessary in 9 patients.

Conclusions: The incidence of synthetic mesh infection is higher in emergency surgery setting, as well as in patients with increased BMI. The surgical site infection is associated with a major risk of prosthetic mesh contamination.

Key words: abdominal hernia, prosthetic mesh, infection

UTILIZAREA PRESIUNII NEGATIVE ÎN TRATAMENTUL COMPLICAȚIILOR MAJORE ALE ERIZIPELULUI



IGNATENCO S

Catedra Chirurgie Nr.1 “Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Rezultatele tratamentului formelor distructive ale erizipelului rămân nesatisfăcătoare, ceea ce ne impun să realizăm noi metode în tratament.

Material și metode: Studiul cuprinde 17 pacienți cu complicații locale majore ale erizipelului pe o perioadă de 13 ani (2006-2018). B-6, F-11, vârsta medie 58,7 ani. Toți pacienții au fost supuși debridării chirurgicale agresive, apoi devizați în 2 grupe: 9 au primit tratament tradițional (grupa de control), iar la 8 s-a utilizat presiunea negativă. Eficacitatea tratamentului a fost apreciată după coeficientul reducerii edemului în dinamică (CRE) și numărul de zile pat. $CRE = (CA_{pt} - CA_{dt}) : CA_{pt} \times 100\%$, unde CA_{pt} - coeficientul asimetriei Alberton până la tratament, CA_{dt} - coeficientul asimetriei Alberton după tratament. Coeficientul de asimetrie Alberton (CA) s-a calculat după formula: $CA = (C_b - C_s) : C_s \times 100\%$, unde C_b - circumferința membrului bolnav în cm, C_s – a celui sănătos. Circumferința membrului bolnav s-a măsurat la nivelul edemului maximal, iar la cel sănătos simetric celui bolnav.

Rezultate: Utilizarea presiunii negative în tratamentul complicațiilor majore ale erizipelului a permis micșorarea termenilor de pregătire a plăgii pentru închiderea ei cu autoderma de la $44,31 \pm 2,46$ până la $22,57 \pm 3,17$ zile ($P < 0,001$, $t = 5,42$), iar durata tratamentului s-a redus de la $53,44 \pm 4,74$ pînă la $30,0 \pm 3,43$ zile ($P < 0,01$, $t = 4,0$).

Concluzii: Debridarea chirurgicală agresivă, utilizarea presiunii negative reduce semnificativ durata tratamentului complicațiilor majore ale erizipelului.

Cuvinte cheie: Erizipel, complicații majore, tratament, presiune negativă, coeficientul asimetriei Alberton.

THE USE OF NEGATIVE PRESSURE IN TREATMENT OF MAJOR COMPLICATIONS OF ERYSIPELAS

Introduction: The results of treatment of destructive forms of erysipelas remain unsatisfactory, which requires us to realize new methods in treatment.

Materials and methods: The study includes 17 patients with major local complications in a period of 13 years (2006-2018). Male 6, female 11, medium age 58,7 years. All patients underwent aggressive surgical debridement, then divided into 2 groups: 9 received traditional treatment (control group), and negative pressure was used at 8. The efficacy of treatment was appreciated after the reduction of edema coefficient in dynamics (REC) and number of days in the hospital. $REC = (AC_{tt} - AC_{at}) : AC_{tt} \times 100\%$, where AC_{tt} - Alberton asymmetry coefficient prior to treatment, AC_{at} - Alberton asymmetry coefficient after treatment. Alberton's asymmetry coefficient was calculated according to the formula: $AC = (C_a - C_h) : C_h \times 100\%$, where C_a - the circumference of the sick member in cm, C_h - of the healthy one. Affected limb circumference was measured at the maximal oedema site and symmetrically on the healthy limb.

Results: The use of negative pressure in the treatment of major complications of erizipel allowed the reduction of wound preparation terms for autodermal closure from 44.31 ± 2.46 to 22.57 ± 3.17 days ($P < 0.001$, $t = 5,42$), and the duration of treatment decreased from 53.44 ± 4.74 to 30.0 ± 3.43 days ($P < 0.01$, $t = 4.0$).

Conclusions: Aggressive surgical debridement, use of negative pressure significantly reduces the duration of treatment of major complications of erizipel.