

**Results:** The rate of hemorrhagic complications occurring during the initial AT, in the hospital, was 12.12% (hematuria – 7.35%; upper digestive hemorrhage – 2.59%; intradermal hemorrhage – 2.16%). Only 3 (1.29%) cases were attributed to major hemorrhages. Three other patients developed hemorrhage after discharging from hospital. Cumulative rate of hemorrhagic complications – 13.41% (n=31). In patients treated with fondaparinux or rivaroxaban hemorrhagic events have not been documented. The predictive factors for the development of hemorrhages were: age >70 years (OR=2.38; 95%CI 1.01-5.57), AT with heparin and conversion to vitamin K antagonists (OR=2.28; 95%CI 1.01-5.14) and, especially, concomitant administration of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acetylsalicylic acid (OR=3.17; 95%CI 1.36-7.38).

**Conclusion:** AT for DVT is associated with a varied hemorrhagic risk, which may be influenced by the age of the patients, prescribed type of anticoagulant and concomitant medication. In order to reduce the frequency of hemorrhagic complications in elderly patients with DVT anticoagulation with heparin and vitamin K antagonists, as well as indication of nonsteroidal anti-inflammatory/antiplatelet drugs should be performed with caution.

**Keywords:** Anticoagulation therapy; Deep vein thrombosis; Hemorrhagic complications

## SEMNELE IMAGISTICE A MEȘELOR CHIRURGICALE PLASATE NEINTENȚIONAT ÎN ABDOMEN



GUȚU S<sup>1</sup>, ROJNOVEANU GH<sup>1</sup>, GUȚU E<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Catedra de chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, <sup>2</sup>Catedra de chirurgie generală semiologie nr. 3, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere:** Meșe chirurgicale textile (MCT) lăsate neintenționat în cavitatea abdominală rămân o problemă actuală în pofida măsurilor de precauție. Evoluția clinică a MCT se caracterizează printr-o diversitate majoră, iar diagnosticul etiologic și topic, precum și decizia către eliminarea acestora prezintă dificultăți considerabile.

**Scopul:** Determinarea valorii a diferitelor metode paraclinice de diagnostic și identificarea semnelor imagistice specifice pentru MCT.

**Material și metode:** Pe parcurs a 13 ani, optsprezece pacienți cu MCT au fost internați în două clinici chirurgicale. Bărbați – 6, femei – 12, vârsta medie 36,4 ani. Timpul la reinternare după intervenție primară variaza de la 5 zile la 15 ani. Investigații imagistice de bază au inclus radiografie abdominală (RA), ultrasonografie (USG) și tomografie computerizată (TC).

**Rezultate:** RA panoramică sau contrastată a fost utilizată la 4 (22,2%) pacienți cu abdomen acut sau ocluzie intestinală la internare. USG transabdominală a fost efectuată la 15 (83,3%) pacienți. Dintre acestea, numai în 8 (53,3%) cazuri investigație a fost parțial informativă, cu vizualizare masei bine definite, cu umbră posterioară puternică, sugestivă pentru MCT. TC a fost efectuată la 12 (66,6%) bolnavi. În toate cazurile rezultatele examenului au fost decisive pentru determinarea indicațiilor către tratament chirurgical. În 7 (58,3%) cazuri diagnosticul de MCT s-a stabilit prin evidențiere masei septate „spongiforme” cu bule de gaz în interior. În celelalte cazuri, depistările TC au fost descrise ca tumora intraabdominală (4) sau abces (1).

**Concluzii:** MCT reținute trebuie luate în considerație ca un diagnostic posibil la orice pacient postoperator care prezintă semne de infecție peritoneală sau formațiune abdominală. Datele obținute prin RA și USG sunt importante, dar nu pot fi baza pentru un diagnostic corect și decizie privind tratamentul chirurgical. Metoda de elecție în diagnosticul de MCT este TC, care trebuie efectuată la toți pacienții cu clinică de abces sau formațiune de volum abdominală, care au suportat laparotomie.

**Cuvinte cheie:** Textilom; Radiografie; Ultrasonografie; Tomografie computerizată

## IMAGISTIC SIGNS OF RETAINED ABDOMINAL TEXTILE SURGICAL MESHES

**Background:** Retained textile surgical meshes (TSM) which are left unintentionally in abdominal cavity are a problem despite precaution measures. Clinical evolution of TSM is characterized by huge diversity, whereas the etiological and topical diagnosis, as well as decision for their removal presents considerable difficulties.

**Aim:** To determine the value of different diagnostic paraclinical methods, and identifying specific imaging signs for TSM.

**Methods and materials:** During a 13-year period eighteen patients with retained TSM were admitted in two Departments of Surgery. Males – 6, females – 12, with median age 36.4 years. Time to readmission after first surgery ranged from 5 days to 15 years. The basic imaging studies included abdominal radiography (AR), ultrasound (US), and computed tomography (CT).

**Results:** Plain or contrasted AR was used in 4 (22.2%) patients with acute abdomen or intestinal obstruction on presentation. Transabdominal US performed in 15 (83.3%) patients. Of these, only in 8 (53.3%) cases the studies were partially informative, with well-defined mass with a strong posterior shadow, suggestive for TSM. CT performed in 12 (66.6%) patients. In all cases, results of the study were decisive for determining the indications for surgical treatment. In 7 (58.3%) cases the diagnosis of TSM was revealed by highlighting the “spongiform” septal mass with gas bubbles inside. In the remaining cases the CT results described as abdominal tumor (4) or abscess (1).

**Conclusion:** Retained TSM should be considered as a possible diagnosis in any postoperative patient, who presents with signs of peritoneal infection or with abdominal mass. The AR and US findings are important, but cannot serve as a basis for a correct diagnosis and a decision for surgical treatment. The method of choice for diagnosis of TSM is CT, which should be performed virtually to all patients with clinical signs of abdominal abscess or mass that underwent a laparotomy.

**Keywords:** Textiloma; Radiography; Ultrasonography; Computed tomography

## PROTECȚIA MIOCARDULUI HIPERTROFIAT ÎN CHIRURGIA VALVEI AORTICE



GUZGAN IU<sup>1</sup>, MANOLACHE GH<sup>1</sup>, BARNACIUC S<sup>1</sup>, MOSCALU V<sup>1</sup>, MAEVSCHI V<sup>1</sup>, REPIN O<sup>1</sup>, CIUBOTARU A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamentul Chirurgie Cardiovasculară și Toracică, IMSP Spitalul Clinic Republican ”Timofei Moșneaga”, Chișinău, Republica Moldova