

Introduction: Normal physiological changes in pregnancy are similar to those in the development of acute appendicitis (AA), making the diagnosis extremely difficult, which makes important the analysis of laboratory tests and clinical data. From the anglo-saxon literature, the significance of the Karaman score in AA diagnosis in pregnant, is thanks to high information.

Methods: Retrospectively, the the database was examined 22 pregnancies cases with AA, confirmed by morpho pathological examination, were operated in the IMSP IMU Surgery Department during 2013-2018.

Results: Average age of pregnant - 26.4 ± 0.9 years (95% CI: 24.40-28.23), the mean gestation term was $15.8 \pm 1, 3$ weeks (95% CI: 13.10-18.45). It increased the number of pregnancies in the second trimester ($n = 11$), in the first trimester $n = 10$, and the third trimester $n=1$. The time from onset to the media was 12.3 ± 2.1 hours (95% CI 8.043-16.59). Surgery interviews was performed using general anesthesia, in typical place McBurney's. Morpho pathological we have confirmed: 90% ($n=20$) phlegmonous appendicitis, bluetongue - 5% ($n=1$) and 5% gangrene ($n=1$). For the evaluation Karaman Score, 6 parameters are needed (anorexia, migraine pain in the right iliac fossa, presence of specific peritoneal signs, pain in the right iliac fossa, leukocytosis, leukocyte lesion to the left), scoring system from +12 to -6, cutoff point 9.1 ± 0.5 , confirming the presence of acute appendicitis and the need for emergency surgery.

Conclusion: The Karaman score is a new, practically cost effective and feasible score system developed based on accusations, clinical symptoms, and laboratory data, easy to use and informative.

Key words: Karaman score, appendicitis, pregnant, morphopathological examination.

TACTICĂ LA PACIENȚII CU COLANGITĂ ACUTĂ ȘI ICTER MECANIC



SUMAN ALA¹, GHIDIRIM GH¹, BERLIBA S¹, ZAGADAILOV DIANA³, SPĂTARU V³, SUMAN LIDIA²

¹Catedra Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, ²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ³Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Colangita acută severă și icterul mecanic decurge concomitent cu afectarea și organelor zonei hepato-bilio-pancreato-duodenale și a schimbărilor la nivelul papilei duodenale mari. Scopul: Importanța tratamentului minim-invasiv în diagnosticul și tratamentul colangitei acute și icterului mecanic.

Material și metode: Analiza retrospectivă efectuată a 470 pacienți, în IMSP IMU, în perioada 2016-2017. Selecția pacienților s-a efectuat în baza diagnosticului clinico-imagistic de icter obstructiv și anamneză.

Rezultate: A predominat sexul masculin în raport de 1:1,3 (femei:bărbați), după vârstă a predominat grupa de vârstă 61 – 70 ani - 136 pacienți (29%), urmată de 71 – 80 ani - 106 pacienți (22,5%) și de 41 – 50 ani - 106 pacienți (22,5%), peste 80 ani - 24 pacienți (5%). Adresarea tardivă, în mare majoritate peste 72 ore - 348 pacienți (74%). Pacienții cu colangită acută și icter mecanic au necesitat o atitudine promptă, în primile 24 – 48 ore efectuarea decompresiei biliare prin: (1) colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu sfincterotomie endoscopică (ERCP cu STE) la 380 pacienți (81%), cu amplasarea drenajului biliar intern – 48 pacienți (12,6%); (2) drenare transparietohepatică (TPH) la 19 pacienți (4%); (3) iar la 71 pacienți (15%) a fost imposibil tratamentul minim-invasiv. Cauzele ce au provocat icterul mecanic și colangitei au fost următoarele: coledocolitiaza - 133 pacienți (35%), diverticuli parapapilari - 65 pacienți (17%), Tumora Klatskin - 10 pacienți (3%), stenoza papilei duodenale mari 152 pacienți (40%), neo cap de pancreas - 19 pacienți (5%).

Concluzii: Examenul endoscopic ne permite determinarea cauzei și rezolvarea ei unimomental, indiferent de gradul severității colangitei acute și nivelul de obstrucție al căilor biliare. Necesitatea în specialiști și tehnică endoscopică este considerabilă, pentru a acoperi problema dată.

Cuvinte cheie: Colangita acută; Icter mecanic; Tratament minim invaziv

TACTICS TO PATIENTS WITH ACUTE COLANGITIS AND MECHANICAL JAUNDICE

Background: Severe acute cholangitis and mechanical jaundice develops concomitant with other impairments of the hepato-bilio-pancreato-duodenal region and changes in the large duodenal papillary. Purpose: The importance of minimally invasive treatment in the diagnosis and treatment of acute cholangitis and mechanical jaundice.

Methods and materials: The retrospective analysis of 470 patients in the IMSP IMU during 2016-2017. Patient selection was performed according to the clinical-imaging diagnosis of obstructive jaundice and anamnesis.

Results: Male predominates in relation to 1: 1.3 (women: men), age group 61-70 years predominated - 136 patients (29%), followed by 71-80 years - 106 patients (22, 5%) and 41-50 years - 106 patients (22,5%), over 80 years - 24 patients (5%). The late referral, mostly over 72 hours - 348 patients (74%). Patients with acute cholangitis and mechanical jaundice required a prompt attitude in the first 24 to 48 hours and biliary decompression was performed: (1) endoscopic retrograde cholangiopancreatography with endoscopic sphincterotomy (ERCP with spincterotomy) in 380 patients (81%) and internal biliary drainage insertion - 48 patients (12,6%); (2) trans-parieto-hepatic drainage in 19 patients (4%); (3) and in 71 patients (15%), minim-invasive treatment was impossible. Causes of jaundice and cholangitis were: cholecystitis - 133 patients (35%), parapapillary diverticulitis - 65 patients (17%), Klatskin Tumor - 10 patients (3%), high duodenal duct stenosis 152 patients (40%), neo pancreas head - 19 patients (5%).

Conclusion: The endoscopic examination allows us to determine the cause and solve it unimodal regardless to the severity of the acute cholangitis and the level of obstruction of the bile ducts. The need for specialists and endoscopic technicians is considerable in order to cover the problem.

Keywords: Acute cholangitis; Mechanical jaundice; Minim-invasive treatment

CURA CHIRURGICALĂ LAPAROSCOPICĂ A HERNILOR HIATALE: EXPERIENȚĂ PROPRIE



TARGON R, GUȚU E, BOUR A, DIMA A, POTLOG F, VRABIE A, RACOVITĂ V, MOLDOVAN I