

or trauma to a parenchymatous or cavitary abdominal organ, Algover score index, laboratory investigations such as erythrocytes, hemoglobin, hematocrit, rapid ultrasound examination FAST of abdominal cavity organs, and in some cases, CT and simple peritoneal puncture.

Conclusions: Only a correct multidisciplinary approach to child management with post-traumatic abdominal bleeding will help reduce pediatric disability and mortality as well as increase long-term survival of children.

Keywords: abdominal trauma, hemorrhage, children

TACTICA MEDICO CHIRURGICALA ÎN SINDROMUL BUDD-CHIARI LA COPIL



GUDUMAC E¹, GÎNCU G¹

¹Catedra chirurgie pediatrică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Aprecierea tacticii medico chirurgicale în sindromul Budd-Chiari la copii este în strânsă legătură cu forma etiopatogenetică, debutul și aria topoanatomică a procesului veno ocluziv.

Scopul: Selectarea timpului optimal și aprecierea tacticii medico chirurgicale în sindromul Budd-Chiari la copil, în dependență de forma etiopatogenetică, valoarea scorului PELD, răspîndirea procesului intra și extrahepatic.

Material și metode: Sunt analizați 4 pacienți cu sindromul Budd-Chiari, tratați în CNȘPCP “Natalia Gheorghiu” Institutul Mamei și Copilului în perioada anilor 1994-2019. Indici primordiali pentru aprecierea tacticii medico chirurgicale au servit hipertensiunea portală intra și post hepatică, modificările funcționale hepatice precare soldate cu dereglările hematologice, ascita refractară severă, hemoragiile tractului digestiv superior prin erupțiile varicelor esofagiene, valoarea scorului PELD.

Rezultate: Tratamentul conservativ cu anticoagulante directe și indirecte, dezagregante, antiplachetare aplicat la 2 copii în sindromul Budd-Chiari nu au condus la ameliorarea stării, fiind urmate de asocierea sindromului hepatorenal, creșterea insuficienței poliorganice și deces. Aplicarea șuntului portosistemic a fost urmat de continuarea procesului de citoliză hepatocelulară, multiple recidive hemoragice prin erupție variceală, encefalopatie severă și deces.

Concluzie: Pînă în prezent nu este definitivată o tactică medico chirurgicală în tratamentul sindromului Budd-Chiari la copil. Tratamentul medicamentos și aplicarea șuntului portosistemic nu conduc la revitalizarea funcțiilor hepatice, aceste din urmă fiind urmate de continuarea procesului venoocluziv, fibrozării hepatice și encefalopatii severe. Transplantul hepatic rămîne soluția selectă în tratamentul formelor fulminantă și acută la debutul sindromului Budd-Chiari la copil.

Cuvinte cheie: sindromului Budd-Chiari, copii

MEDICO- SURGICAL TACTICS IN BUDD-CHIARI SYNDROME AT CHILDREN

Introduction: The assessment of medico-surgical tactics in Budd-Chiari syndrome at children is closely related to the etiopathogenetic form, the onset and the topoanatomic area of the veno-occlusive process.

Aim: To select the optimal time and to evaluate the medicosurgical tactics in the Budd-Chiari syndrome when it comes to child, depending on the etiopathogenetic form, the value of the PELD score, the spread of the intra and extrahepatic process.

Material and methods: Four patients with Budd-Chiari syndrome are analyzed, were treated in the NCSPCP “Natalia Gheorghiu” Mother and Child Institute during the period 1994-2019. Primary endpoints for the assessment of medicosurgical tactics have been the intra and post-portal hypertension, hepatic functional changes resulting in hematological disorders, severe refractory ascites, hemorrhages of the upper gastrointestinal tract through esophageal varices, PELD score.

Results: Conservative treatment with direct and indirect, anticoagulants, platelet aggregation inhibitors treatments used on 2 children with Budd-Chiari syndrome did not resulted in a condition improvement, followed by association of hepatorenal syndrome, increased polyorganismal insufficiency and death. The application of the portosystemic anastomosis was followed by the continued hepatocellular cytolysis, multiple hemorrhagic recurrences from varicose veins of esophagus, severe encephalopathy and death.

Conclusions: To date, a medicosurgical tactic for the treatment of Budd-Chiari syndrome for children is not complete. Drug treatment and portosystemic shunt application do not lead to the revitalization of liver function, the latter being followed by the continuing veno-occlusive process, hepatic fibrosis and severe encephalopathy. Hepatic transplantation remains the selective solution in the treatment of fulminant and acute forms at the onset of Budd-Chiari syndrome at children.

Keywords: Budd-Chiari syndrome, children

TRATAMENTUL MEDICAL ÎN MEDIASTINITA ACUTĂ PRIN PERFORAȚIE DE ESOFAG LA COPII



GUDUMAC EVA, LIVȘIȚ IRINA, DĂNILĂ ALINA, BERNIC JANA

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul Mamei și Copilului, CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”

Introducere: Perforațiile accidentale de esofag sunt cele mai frecvente cauze de mediastinită acută la copii și constituie 14 % dintre toate traumatismele esofagului.

Material și metode: În perioada ianuarie 2010 - decembrie 2018 în CNȘP de chirurgie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” au fost diagnosticați și tratați 18 copii în vârstă 8 luni - 18 ani cu mediastinită acută prin perforație de esofag. Am evidențiat la 10 pacienți ca factor cauzal al perforației de esofag ingerare de baze, la 8 – corpi străini metalici (baterie). Diagnosticul s-a bazat pe dispnee, tahicardie, transpirații profuze, emfizem subcutanat subclavicular, suprasternal. Radiografia toracică a indicat lărgirea umbrei mediastinului superior, pneumomediastinită, ce a și confirmat un sindrom clinic mediastinal. EFGS a confirmat diagnosticul de

perforație de esofag. Rapiditatea semnelor clinice în mediastinita acută prin perforație de esofag a depins de caracterul, septicitatea corpului străin, a conținutului esofagului, dimensiunile și localizarea perforației, a stării mediastinului.

Rezultate: Strategia medicală a fost conservatoare în 16 cazuri prin montarea sondei de alimentație nazo-gastrică, antibioterapie, reechilibrarea hidroelectrolitică, metabolică, antiinflamatoare, antihipoxante, cât și mediastinotomie. La doi pacienți cu perforație de esofag complicată cu mediastinită acută s-a intervenit chirurgical cu suturarea perforației de esofag. La etapele de tratament tranzitul esofagian de control, cu masă baritată nu a evidențiat stricturi la nivelul fostei perforații de esofag.

Concluzii: Suspiciunea unei perforații esofagiene impune spitalizare de urgență, investigații complexe a esofagului și mediastinului. Diagnosticul cât mai precoce, permite de a iniția o terapie medicamentoasă sau chirurgicală de la caz la caz sub strictă supraveghere a medicului specialist.

Cuvinte cheie: mediastinita acută, tratament, copii

MEDICAL TREATMENT IN ACUTE MEDIASTINITIS THROUGH ESOPHAG PERFORATION IN CHILDREN

Introduction: Accidental perforation of the esophagus is the most common cause of acute mediastinitis in children and constitutes 14% of all trauma to the esophagus.

Material and methods: From January 2010 to December 2018 in Natalia Gheorghiu NCPS of Pediatric Surgery 18 children aged 8 months to 18 years were diagnosed with acute mediastinitis and treated through esophagus perforation. We highlighted the ingestion of bases as the causal factor of the esophagus perforation in 10 patients, in 8 - metallic foreign bodies (batteries). The diagnosis was based on dyspnoea, tachycardia, profuse sweating, subclavicular, suprasternal subcutaneous emphysema. Thoracic radiography indicated the enlarged shadow of the upper mediastinum, pneumomediastinitis, which also confirmed a clinical mediastinal syndrome. EFGS confirmed the diagnosis of esophagus perforation. The rapidity of clinical signs in acute mediastinal perforation of the esophagus depended on the character, the septicity of the foreign body, the contents of the esophagus, the size and location of the perforation, the mediastinum condition.

Results: The medical strategy was conservative in 16 cases by installing the naso-gastric feeder, antibiotherapy, hydroelectrolytic rebalancing, metabolic, anti-inflammatory, anti-hypoxants, and mediastinotomy. Two patients with acute esophageal perforation complicated with acute mediastinitis were treated surgically with suture of the esophagus perforation. At the treatment stages, the esophageal control with barred mass did not reveal strictures at the level of the former esophagus perforation.

Conclusion: Suspicion of an esophageal perforation requires emergency hospitalization, complex investigations of the esophagus and mediastinum. Early diagnosis allows to initiate drug or surgical therapy on a case-by-case basis under close supervision of a specialist.

Key words: acute mediastinitis, treatment, children

LEZIUNILE IATROGENE ALE CĂILOR BILIARE ÎN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ

GURGHÎȘ R, GAGAUZ I, GAFTON V, ROJNOVEANU GH

Catedra de Chirurgie 1 „Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Medicina Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Deși au incidență mică, cifra absolută a leziunilor iatrogene ale căilor biliare (LICB) crește datorită sporirii numărului colecistectomiilor, acestea pot fi atât de complexe, încât rezolvarea chirurgicală devine o provocare.

Material și metode: Studiu efectuat în IMU, Chișinău, pe 1956 de colecistectomii laparoscopice (lot I) în 5 ani, cu rata conversiei 1,99% (n=39) și 8 cazuri de LICB transferate (lot II): icter postcolecistectomic(4), colecție subhepatică(3) și peritonită biliară(1).

Rezultate: Lot I – rata LICB 0,36% (n=7): 4 – cu colecistită acută, 3 – colecistită sclero-atrofică, diagnosticată intraoperator – 5, la apariția biliuragiei – 2. LICB au fost confirmate prin colangiografie intraoperatorie(4) și CPGRE(2). LICB(Strasberg) au fost: tipA(1), tipC(1), tipD(3), tipE₁(1) și E₂(1). LICB tipE s-au rezolvat prin hepatojejunostomie(HJS) a la Roux pe dren Volker(2), tipD și tipC – plastia CBP pe dren Kehr(4), tipA – ligaturarea ductului și papilosfincterotomie(1). O complicație specifică (strictură postischemică a HJS), rezolvată prin drenare transparietohepatică și remontarea HJS peste 10 săptămâni. Lot II – 8 LICB: 6 confirmate prin CPGRE și 1-a prin RMN – tipE₁(2), tipE₂(2), tipE₃(1) și tipD(2), rezolvate prin HJS(5) și plastia CBP pe dren Kehr(2); 1-a tipE₃ – prin colangiografie intraoperatorie, rezolvată în urgența prin drenarea ducturilor hepatice separat și HJS ulterioara. Complicații specifice (strictura HJS) – 2, rezolvate prin enterotomie și stentare cu stent metalic autoexpandabil, într-un caz după revizia repetată a HJS, tentativa stentării transparietohepatice eșuând din cauza imposibilității plasării ghidului transanastomotic.

Concluzii: Managementul LICB este strict dependent de momentul diagnosticului, tipul leziunii și competențele chirurgicale. Rezolvarea chirurgicală definitivă a LICB diagnosticate postoperator trebuie efectuată doar în centre specializate, primar fiind rezolvate complicațiile septice.

Cuvinte cheie: leziuni iatrogene ale căilor biliare, management diagnostic-curativ

IATROGENIC LESIONS OF THE BILE DUCTS IN LAPAROSCOPIC COLECISTECTOMY

Introduction: Although there is a low incidence of iatrogenic lesions of biliary ducts (ILBD) increases, due to increased cholecystectomies, they can be so complex that surgical resolution becomes a challenge.

Materials and methods: A study performed in PMSI Institute of Emergency Medicine, Chișinău on 1956 of laparoscopic cholecystectomies (I group) in 5 years with a conversion rate of 1.99% (n = 39) and 8 cases of ILBD transferred (II group): postcolecistectomic jaundice (4), subhepatic collection (3) and biliary peritonitis (1).

Results: I group - ILBD rate 0.36% (n = 7): 4 - with acute cholecystitis, 3 - scleroatrophic cholecystitis, diagnosed intraoperatively - 5, at the appearance of biliarrhagia – 2. ILBD were confirmed by intraoperative colangiography (4) ERCP (2). ILBD (Strasberg) were: typeA (1), typeC (1), typeD (3), type E₁(1) and E₂(1). ILBD typeE have been solved by hepatojejunostomy (HJS) a la Roux on the Volker