

CONDUITA MEDICO-CHIRURGICALĂ LA PACIENȚII CU ICTER OBSTRUCTIV ȘI ANGIOCOLITĂ

Sergiu Ungureanu

Catedra de chirurgie nr. 4, Facultatea de Rezidențiat, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Icterul mecanic reprezintă o urgență medicală în afecțiunile hepatobiliopancreatice. Prezența angiolitei obstructive este urgență majoră, în special în formele septic și comorbidități severe. Acestea provocând afectarea funcției hepatice care în mare parte va aprecia tactica chirurgicală ulterioară. **Scop.** Evaluarea corelării clinico-paraclinice a icterului obstructiv-angiolitei-insuficiență hepatică și rolul acesteia în aprecierea tacticii chirurgicale ulterioare de tratament. **Material și metode.** A fost realizat un studiu retrospectiv a pacienților spitalizați în cadrul secției de chirurgie generală a SCR „Timofei Moșneaga”, în perioada 01.07.2017- 01.06.2025. Criteriul principal de includere în eșantion a servit diagnosticul clinico-imagistic de icter obstructiv, fiind incluși pacienții cu icter obstructiv litiazic și tumoral. **Rezultate.** Au fost analizate fișele medicale a 543 de pacienți. Raportul femeii (308):bărbați(235) a fost de 1.3:1.0. Formele etiologice fiind: icterul litiazic- 476(87.6%),icterul tumoral-67(12.3%). Adresarea tardivă(peste 72 ore)a fost la mare majoritate(82%) a pacienților. Peste 2/3(76.1%)pacienți se spitalizează după „fereastra terapeutică”(14 zile) în serviciul chirurgical. Metodele de decompresie sau prin abordul transpapilar al coledocului, asociat cu litextracție și stentare a coledocului s-a efectuat în (48,9%) cazuri. La 277(51%) pacienți realizarea decompresiei endoscopice nu a fost posibilă și au necesitat intervenții decompresive transabdominale. **Concluzii.** Insuficiența hepatică în icter obstructiv se instalează mai rapid la cei internați peste 14 zile de la debut. Decompresia endoscopică este un „gold standard” în managementul pacienților cu icter obstructiv și angiolite. Dezvoltarea procesului septic endobiliar necesită încadrarea Ghidului Tokyo(TG 18). **Cuvinte-cheie:** icter obstructiv, obstructiv litiazic, obstructiv tumoral.

MEDICAL-SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE AND ANGIOLITIS

Sergiu Ungureanu

Department of Surgery no. 4, *Nicolae Testemițanu* University, Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. Mechanical jaundice is a medical emergency in hepatobiliopancreatic diseases. The presence of obstructive angiolitis is a major emergency, especially in septic forms and severe comorbidities. These cause impairment of liver function which will largely determine the subsequent surgical tactics. **Objective.** Evaluation of the clinical-paraclinical correlation of obstructive jaundice-angiolitis-hepatic failure and its role in assessing subsequent surgical treatment tactics. **Material and methods.** A retrospective study was realized of patients hospitalized in the general surgery department of *Timofei Moșneaga* RCH between 01.07.2017 and 01.06.2025. The main inclusion criterion in the sample was the clinical-imaging diagnosis of obstructive jaundice, including patients with lithiasis and tumor obstructive jaundice. **Results.** The 543 patients were analyzed, ratio of women (308):men (235) - 1.3:1.0. The etiological forms were: lithiasis jaundice- 476(87.6%), tumor jaundice - 67 (12.3%). Late referral (over 72 hours) was in the vast majority(82%) of patients. Over 2/3(76.1%) patients were hospitalized after the “therapeutic window”(14 days) in the surgical service. Decompression methods were through the transpapillary approach of the common bile duct, associated with lithextraction and stretching of the common bile duct was performed in (48.9%) cases. In 277(51%) patients, endoscopic decompression was not possible and required transabdominal decompressive interventions. **Conclusion.** Liver failure in obstructive jaundice develops rapidly after 14 days after onset. Endoscopic decompression is a “gold standard” in the management of patients with obstructive jaundice and angiolitis. The development of endobiliary septic process requires the inclusion of the Tokyo Guidelines (TG 18). **Keywords:** obstructive jaundice, obstructive lithiasis, obstructive tumor.