



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

ABCESE INTRAPERITONEALE LA COPIL

Protocol clinic național
(ediția I)

PCN-410

Chișinău, 2022

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății RM
din 20.05.2022, proces verbal nr.3
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.782 din 15.08.2022
din cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Abcese intraperitoneale la copil”**

Cuprins

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	4
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul.....	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopurile Protocolului.....	5
A.5. Data elaborării Protocolului	5
A.6. Data următoarei revizuirii	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea Protocolului.....	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Etiologie și epidemiologie.....	6
B. PARTEA GENERALĂ	9
B1. Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească	9
B.2 Nivel de asistență medicală primară	9
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu (chirurg-pediatru, chirurg).....	10
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească	10
C.1.ALGORITMUL DE CONDUIȚĂ TERAPEUTICĂ	12
C. 1.1.Algoritmul de diagnostic	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR,TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	13
C.2.1. Clasificarea	13
C.2.2. Factorii de risc.....	15
C.2.3. Conduita pacientului	16
C.2.3.1.Anamneza	16
C.2.3.2. Examenul fizic.....	16
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	18
C.2.3.3.1. USG abdominală	19
C.2.3.3.2. Ro"-grafia abdominală panoramică.....	19
C.2.3.4. Diagnosticul pozitiv.....	21
C.2.3.5. Complicații.....	21
C.2.3.6. Diagnosticul diferențial.....	22
C.2.3.7. Criteriile de spitalizare.....	23
C.2.3.8. Tratamentul	23

C.2.3.9. Prognostic	27
C.2.3.10. Supravegherea pacienților postoperator.....	27
C.2.3.11. Profilaxie.....	27
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREAPREVEDERILORPROTOCOLULUI.....	27
D.1. Subdiviziunile serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească.....	27
D.2. Instituțiile de asistență medicală primară	28
D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	28
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane	28
D.5. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de reanimare chirurgicală, de TI ale spitalelor raionale, municipale, republicane	29
E. INDICATORII DE MONITORIZAREAIMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	31
<i>Anexa 1. Ghidul pacientului minor cu Abcesintraperitoneal(Ghid pentru pacienți, părinți, reprezentantul legal)</i>	<i>32</i>
<i>Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru abcesele intraperitoneale la copii.</i>	<i>34</i>
<i>Anexa 3. Scorul PRISM III.Riscul mortalității în prdiatrie.Indicii activității sistemului cardiovascular și ai celui nervos</i>	<i>36</i>
<i>Anexa 4.Topografia organelor cavității abdominale</i>	<i>39</i>
<i>Anexa 5.Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări</i>	<i>40</i>
BIBLIOGRAFIE.....	41

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Abces abdominal/intraperitoneale este reprezentat de o colecție sau colecții purulente localizate în ficat, splina, regiunea subfrenică, interintestinale etc
- Abcesele intraperitoneale se formează ca rezultat la perforația unui organ digestiv, în cazul unei peritonite depășite, nediagnosticate sau postoperator.
- Localizarea abceselor. Pot apărea oriunde, dar mai frecvent sunt localizate intrahepatic, subhepatic, subfrenic, deci în etajul superior al abdomenului.
- Principalii agenți patogeni implicați sunt aerobi (*Esherihia coli*, *Proteus*, *Staphylococcus* și *Streptococcus*), anaerobi (*Clastridium*, *Bacteroides fragilis*).
- Diagnosticarea precoce a abcesului intraperitoneal la copil permite inițierea precoce a tratamentului, reducerea evoluției nefavorabile, a complicațiilor, dar și a ratei dizabilităților sau decesului.
- Toți copiii cu suspecție la un abces intraperitoneal necesită consultația chirurgului-pediatru
- Examenul ecografic al organelor abdominale și rinichilor și Ro"-grafia panoramică a organelor abdominale sunt investigațiile care pot diagnostica abcesele intraperitoneale
- Diagnosticul pozitiv se va pune pe următoarele criterii:
 - prezența factorilor de risc (corespunzător vârstei)
 - date clinice: febră, durere, posibil formațiune tumorală palpabilă
 - explorări paraclinice (de laborator (leucocitoză) și imagistice)
- Criterii de spitalizarea copiilor cu abces abdominal:

- Toți copiii cu suspexție la abdomen acut sau la un abces abdominal (datele anamnestice, semne de endotoxicoză, ecografia abdominală)
 - Toți copiii cu sindrom algic abdominal sau cu prezența unei formațiuni vizibile / palpabile
 - Toți copiii cu date ultrasonografice, radiologice concludente pentru o formațiune tumorală - chistică localizată în etajul superior și asociate cu sindromul doloꝛ sau/și febră
 - Prezența semneloꝛ de complicație (febră, frisoane, dereglări bioumorale, semne de endotoxicoză)
- Tratamentul conservatoꝛ la pacienții cu abces intraperitoneal la copil nu se efectuează.
 - În lipsa diagnosticului și a tratamentului abcesul evoluează progresiv și poate duce la deces. Abcesele multiple sunt grave, pot avea evoluție fatală, uneoꝛi depășesc posibilitățile tratamentului chirurgical. În abcesele hepatice însoțite de tromboza de vena poꝛtă sau cavă inferioară, prognosticul este de cele mai multe oꝛi nefavoꝛabil sau discutabil, ca urmare a unui proces septic evolutiv generalizat complicat cu CID și MODF.
 - Supravegherea se efectuează o dată în lună, primele 6 luni, apoi o dată în 2 luni timp de 6 luni și o dată în 3 luni timp de 1 an, cu evaluarea clinico-imagistică și bioumorală.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

USG	Ultrasonografie
Ro"-grafie	Radiografie
ECG	Electrocardiogramă
CT	Tomografie computerizată
RMN	Rezonanță magneto -nucleară
TI	Terapie intensivă
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

PREFAȚĂ

Protocolul clinic național „Abcesele intraperitoneale la copil” este elaborat sub conducerea D-nei Eva Gudumac, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Academician al AȘ RM, Om Emerit, de un grup de colaboratoꝛi științifico de la Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu” și de la Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”.

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința Catedrei de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică USMF „Nicolae Testemițanu”, șef catedră dr.hab.șt.med, prof. universitar al USMF „Nicolae Testemițanu” Jana Bernic

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Abcesul hepatic

Exemple de diagnostic clinic: Abcesul lobului drept hepatic

Abces lienal

Abces interintestinal

Abces subfrenic

A.2. Codul bolii (CIM 10)

K75.0 Abces hepatic

D 73.3 Absces lienal

K65.0 Abces subfrenic, abcesul marelui epiploon, abcesul mezoului

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medicii de familie, asistentele medicale de familie)
- Prestatorii serviciilor de AMSA (medicii chirurgi-pediatri, chirurgii de adulți, pediatrii)
- Prestatorii serviciilor de AMS (medicii pediatri, neonatologi, medicii chirurgi-pediatri și reanimatologii)

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile Protocolului:

1. Optimizarea diagnosticului și tratamentului medico-chirurgical al copiilor cu abcese intraperitoneale și identificarea strategiilor terapeutice optime de ameliorare a rezultatelor tratamentului, calității vieții, reducerea invalidizării și dizabilităților
2. Analiza particularităților clinice, imagistice, biumorale, patomorfologice în abcesele intraperitoneale la copii
3. Ameliorarea diagnosticului și asistenței medicale la etapele primară și spitalicească oferită copiilor cu abcese intraperitoneale.
4. Argumentarea spitalizării copiilor cu abcese intraperitoneale în staționarul specializat cu crearea condițiilor optime de îngrijiri medicale, selectarea și argumentarea tratamentului chirurgical prin metode tradiționale, miniminvasive și elucidarea impactului lor în profilaxia complicațiilor și a prognosticului bolii, stării psihologice
5. Optimizarea calității tratamentului medico-chirurgical personalizat în abcesele intraperitoneale la copil
6. Realizarea unei analize privind diagnosticul și tratamentul complicațiilor cu elaborarea unui algoritm de diagnostic și tratament optimizat
7. Evaluarea rezultatelor imediate și la distanță cu elaborarea unor măsuri de ameliorare a asistenței medicale la pacienții operați: postoperator și la distanță

A.5. Data elaborării Protocolului: 2022

A.6. Data următoarei revizuirii: 2027

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea Protocolului

Numele	Funcția deținută
<i>Eva Gudumac</i>	dr. hab. șt., med., prof. univ., Academician al AȘM, Om Emerit, Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologia pediatrică „Natalia Gheorghiu” al USMF „Nicolae Testemițanu”, CNȘPCP „Academician Natalia Gheorghiu”, IMSP IMȘIC
<i>Irina Livșiț</i>	medic ordinator, secția chirurgie septico-purulentă, chirurg-pediatru, doctorand Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică "Academician Natalia Gheorghiu", USMF "Nicolae Testemițanu", CNȘPCP „Academician Natalia Gheorghiu”, IMSP IMȘIC
<i>Jana Bernic</i>	dr.hab. șt.med., prof. univ., șef catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” USMF „Nicolae Testemițanu” , CNȘPCP „Academician Natalia Gheorghiu”, IMSP IMȘIC
<i>Tatiana Pasicovschi</i>	dr.hab. șt.med., CNȘPCP „Academician Natalia Gheorghiu”, IMSP IMȘIC

Lista responsabililor /structurilor care au examinat și avizat PCN

Denumirea structurii/instituției	Persoana responsabilă (nume, prenume, funcție)
Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Jana Bernic</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil Chirurgie USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Evghenii Guțu</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de familie	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Farmacologie și farmacologie clinică.	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de laborator	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.8. Definițiile folosite în document

Abcesul prezintă o complicație delimitată, cu pereți inflamați, o colecție lichidiană cu conținut vâscos.

Abcesul intraabdominal este o colecție purulentă localizată în interiorul cavității abdominale.

Abcesul hepatic reprezintă un proces supurativ unic sau multiplu, localizat în parenchimul hepatic și cu necroza parenchimului hepatic

Abcesul lienal este o colecție de puroi localizată la nivelul splinei, cauzată de o infecție bacteriană sau fungică.

Abcesul subfrenic (subdiafragmatic, infradiafragmatic) este o acumulare de puroi localizată în regiunea abdominală, în spațiile peritoneale precum și în țesuturile retroperitoneale.

Copil: persoane cu vârsta 0-18 ani.

Recomandabil: nu poartă un caracter obligatoriu.

Decizia va fi luată de medic diferențiat, personalizat de la caz la caz.

A.9. Etiologie și epidemiologie

Factorul cauzal:

1. Sepsisul abdominal sau forma clinică – sepsis ginecologic
2. Sepsisul poate fi:

- Primar
- Secundar
 - Datorat unei afecțiuni intraabdominale
 - Datorat contaminării prin procedeu chirurgical sau traumatism
 - Secundar unei bacteriemii
 - Secundar unei splenectomii și colecistectomii
 - Secundar unei tumori sau unor chisturi abdominale sau retroperitoneale

Localizarea abceselor. Pot apărea oriunde, dar mai frecvent sunt localizate intrahepatic, subhepatic, subfrenic, deci în etajul superior al abdomenului.

Locurile de elecție cel mai frecvent – nivele paracolicе, în special cel drept

Pot apărea în fosele ileace dreaptă sau stângă, în relație cu perforația apendicelui sau diverticulului Meckel (depinde de localizarea lor anatomică).

Abcesele la nivelul organelor ca cele pancreatice, perinefrice, se însoțesc de un tablou clinic specific.

Frecvența abceselor la copii cu patologie abdominală acută variază de la 2% la 24,2%. În structura laparotomiilor abcesele constituie 6,2%. Pacienți decedați cu patologia acută a organelor abdominale au asociat abcese intraabdominale în 14,4% de cazuri. Abcesul se dezvoltă ca o modalitate de apărare a organismului uman.

Principalii agenți patogeni implicați sunt aerobi (*Escherichia coli*, *Proteus*, *Staphylococcus* și *Streptococcus*), anaerobi (*Clostridium*, *Bacteroides fragilis*).

Abcesele intraperitoneale se formează ca rezultat la perforația unui organ digestiv, în cazul unei peritonite depășite, nediate diagnosticate sau postoperator.

Apendicita acută prezintă una din cele mai frecvente cauze în dezvoltarea abceselor abdominale și pelviene la copii. Apendicita acută gangrenoasă perforativă cauzează dezvoltarea abceselor intestinale în 23-73% din cazuri. Perforația apendicelui se întâlnește mai frecvent la nou-născuți, sugari, copii în vârstă sub 5 ani, în 66%, și la cca 100% cazuri la nou-născuți și sugari.

Inflamația intestinului în boala Crohn este adesea complicată cu formarea abcesului, având o incidență de 10-30% din cazuri.

În 75% din cazuri abcesele sunt localizate intra- sau retroperitoneal și numai în 25% din cazuri izolat într-un organ.

Abcesul hepatic la copii în vârstă sub 12 ani are o incidență de 0,08% din cazuri. Abcesul este diagnosticat de 5 ori mai frecvent în lobul drept al ficatului decât în cel stâng, având sediul periferic și mai frecvent pe suprafața diafragmatică. Date de abces au fost raportate pentru prima dată de Bright, în 1836, relatând 2 cazuri secundare unei angiocolite supurative și unei pileflebite, cu o mortalitate de aproape 100% (Bourgeon R. – Les forms chirurgicales des abces du foie Lion chir., 1972, 68:317). În 1938, Ochsner, De Bakey și Murray au publicat un studiu unde au relatat o mortalitate semnificativă în abcesele hepatice și alte focare septice peritoneale. În prezent, mortalitatea globală constituie 30-38%, iar unii autori raportează 11%. În abcesele hepatice unice la copil letalitatea constituie 25-50%, pe când în cele multiple până la 95%. Abcesele hepatice mai frecvent nediate diagnosticate și netratate sunt depistate la nou-născuți și sugari și deseori sunt multiple. La copii cu imunodeficiență abcesele hepatice pot fi depistate la vârsta de 2-5 ani, iar în prezența granulomului septic – la vârsta de 12-14 ani.

În ceea ce privește etiopatogenia abceselor, ele pot fi cauzate de amibiană, parazitară, în colecistite acute neglijate, în pileflebita venei portă, posttraumatice, în pionișe, în septicemii, de plecare apendiculară, criptogenetice, etc. De menționat că în pileflebita venei portă, fiind antrenată vena cava inferioară, se dezvoltă abcese multiple mici care ocupă toată aria hepatică.

Stadiile dezvoltării abcesului hepatic:

1. Stadiul acut – sub 3 luni
2. Stadiul cronic – mai mult de 3 luni

Clasificarea dată este actuală dacă ne referim la tratamentul chirurgical clasic prin laparotomie, de asemenea și pentru tratamentul minim invaziv, fiind repartizat în 3 perioade (după V.V. Boico ș.a.):

- a) Sub 10 zile – prezent un abces acut fără capsulă sau capsula neformată complet
- b) 10-30 zile – abcesul acut prezintă o capsulă și este de formare
- c) 1-3 luni – abcesul acut are o capsulă bine delimitată, deci abcesul este deja format

Abcesul lienal reprezintă o colecție localizată într-un țesut inflamator necrotic cauzat de prezența florei bacteriene, fungi sau paraziți. Abcesul lienal izolat este o afecțiune rară, dar cu letalitate înaltă. Mai frecvent este localizat în lobul superior și poate fi unic sau multiplu. După datele diferitor autori, frecvența acestei patologii este de 0,14-0,7%. Copii hipoimuni, cu anemie, infecții Torch, SIDA, cei care urmează tratament cu chimioterapice, care suferă de maladii sistemice, de

malnutriție cronică au un risc mai înalt pentru dezvoltarea abceselor lienale și deseori prezintă un tablou clinic mascat, chiar dacă dezvoltă un proces infecțios diseminat. Diagnosticul tardiv duce la o letalitate înaltă și la complicații grave. La cca 81% din cei afectați cu abcese poate fi depistat un factor predispozant. Incidența la băieți și fete este practic egală.

La localizarea abcesului în polul superior al splinei sunt prezente următoarele manifestări clinice abdominale și pleurale: pleurezie, limitarea mișcărilor hemidiafragmei pe stânga, respirație diminuată în regiunea inferioară a plămânului stâng. În localizarea în polul inferior al splinei va fi prezentă splenomegalia, splina dureroasă, simptomele de excitare a peritoneului sunt pozitive.

Printre factorii microbieni predomină flora gram pozitivă: Staphilococcus aureus, Enterococcus, Streptococcus spp, dar și cea gram negativă, inclusiv Klebsiella, Proteus, Salmonella, Escherichia coli; Mycobacterium tuberculosis; Peptostreptococcus, Bacteroides, Fusobacterium, Clostridium; fungi: Candida.

Căile răspândirii infecției:

1. Calea hematogenă
2. Calea limfogenă
3. Prin contact, ca rezultat al peritonitei sau traumatismului nediagnosticat, nerezolvat

B. PARTEA GENERALĂ

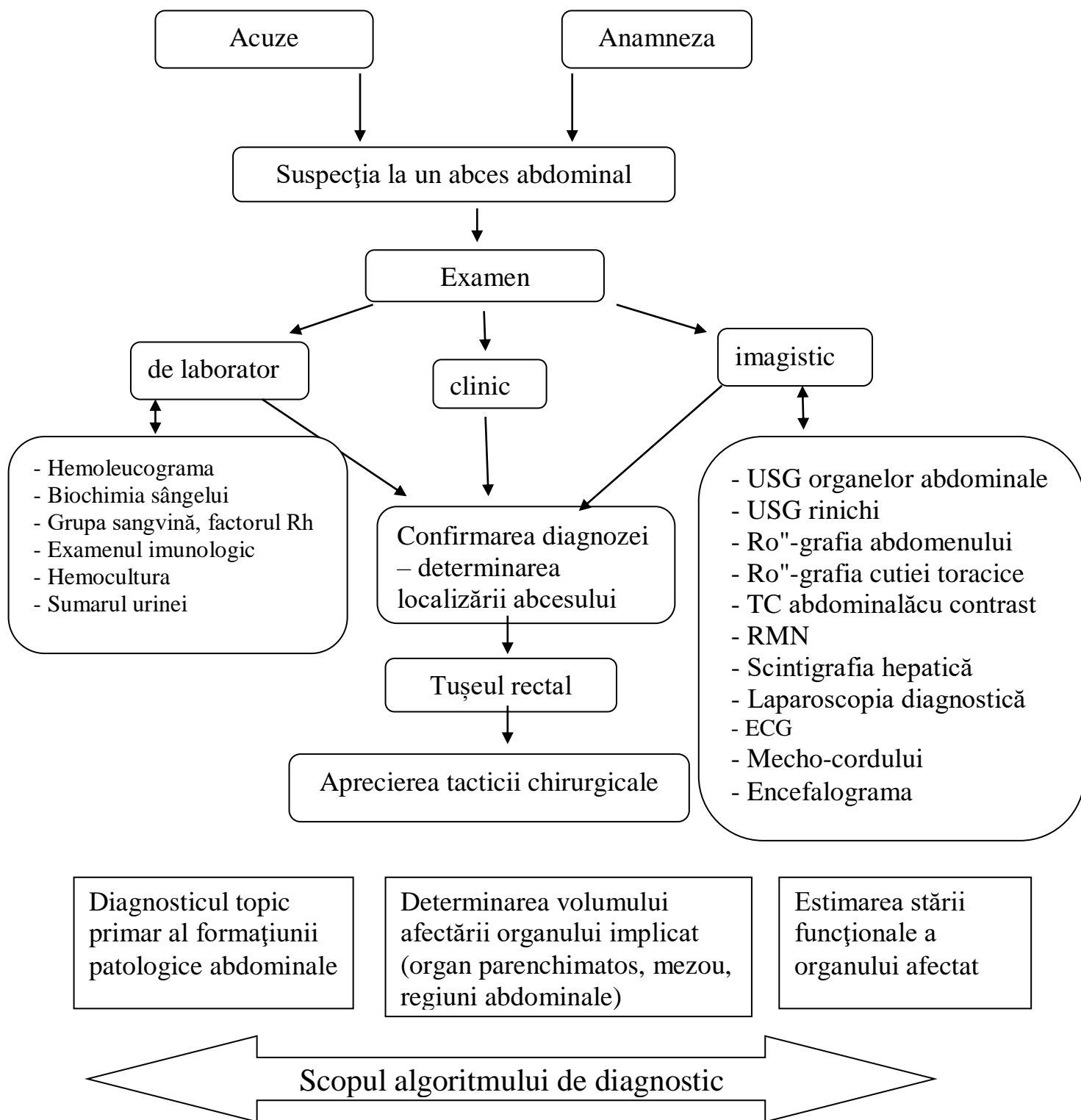
B1. Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		
1.1. Diagnosticul de prezumție al abcesului intraperitoneal la copil	Diagnosticarea precoce a abcesului intraperitoneal la copil permite inițierea precoce a tratamentului, reducerea evoluției nefavorabile, a complicațiilor, dar și a ratei dizabilităților sau decesului	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (caseta 8) Examenul obiectiv (casețele 9, 10, 11, 12, 13) Diagnosticul diferențial (caseta 19)
1.2. Spitalizare C.2.3.7	Transportul medical asistat către IMSP	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Toți copiii cu suspecție la un abces intraperitoneal necesită consultația chirurgului-pediatru Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 20) Toți copiii cu suspecția la apendicită acută necesită transport medical asistat: ECG, pulsoximetrie, monitorizare TA, temperaturi corporale, glucometrie
B.2 Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Screeningul	Screeningul permite depistarea precoce a copiilor cu abces intraperitoneal	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (caseta 8) Clinica (casețele 9, 10, 11, 12, 13)
2. Diagnosticul		
2.1. Diagnosticul de prezumție al abcesului intraperitoneal la copil	Diagnosticarea precoce a abcesului intraperitoneal la copil permite inițierea precoce a tratamentului, reducerea evoluției nefavorabile, a complicațiilor, dar și a ratei dezabilităților sau decesului	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (caseta 8) Examenul obiectiv (casețele 9, 10, 11, 12, 13) Investigații de laborator (caseta 14) Diagnosticul diferențial (caseta 15, tabelul 2)
2.2. Decizia: consultația specialiștilor și/sau spitalizarea	<ul style="list-style-type: none"> Consultul medicului chirurg-pediatru va permite suspectarea sau chiar confirmarea diagnosticului de abces intraperitoneal 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Toți copiii cu suspecție la un abces intraperitoneal necesită consultația chirurgului-pediatru Evaluarea criteriilor de spitalizare

3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic	Tratamentul se va efectua de chirurgul-pediatru	La etapa dată tratamentul este cel chirurgical, dar nu conservator
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu (chirurg-pediatru, chirurg)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Screeningul	Screening-ul permite depistarea precoce a abcesului intraperitoneal la copil	Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Tușeul rectal • USG organelor abdominale • Ro-grafia organelor abdominale • TC abdominală și pelvienă cu angiografie
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea abcesului intraperitoneal la copil	Diagnosticarea precoce a abcesului intraperitoneal la copil permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile (dizabilități sau dereglări de fertilitate) (casetele 8,9,10,11,12,13,14,15, Tabelul 2)	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 8) • Examenul obiectiv (casetele 9, 10,11,12,13) • Tușeul rectal • Investigațiile de laborator (caseta 14) • USG abdominal (caseta 15) • Ro-grafia abdominală (Tabelul 2) • Diagnosticul diferențial (casetele 13,14) Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Consultul altor specialiști (la necesitate)
2. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic	Tratamentul simptomatic are ca scop stabilizarea stării generale, combaterea sindromului algic în transportarea la etapa următoare	Tratamentul conservator la pacienții cu abces intraperitoneal la copil nu se va efectua
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		

1.1. Confirmarea diagnosticului de abces intraperitoneal la copil	Diagnosticarea cât mai precoce a abcesului intraperitoneal la copil permite inițierea cât mai precoce a tratamentului adecvat personalizat de la caz la caz, având ca scop reducerea complicațiilor	Obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (<i>caseta 8</i>) • Examenul clinic general și local (<i>casețele 8,9,10,11,12,13</i>) • Examenul imagistic (<i>caseta 15, Tabelul 2</i>) • Investigații de laborator (<i>caseta 14</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 19</i>) • Evaluarea riscului complicațiilor (<i>caseta 18</i>) Recomandabil: Consultul altor specialiști (anesteziolog, cardiologș.a.)
2.Tratamentul		
2.1 Selectarea metodei de tratament	Tratamentul abcesului intraperitoneal la copil	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea tehnicii de tratament (indicațiile pentru tratament chirurgical) (<i>casețele 21, 22,23,24,25,26</i>) • Pregătirea preoperatorie (<i>caseta 27</i>) • Intervenția chirurgicală sub anestezie orotraheală • Conduita postoperatorie, profilaxia complicațiilor, recidivelor de abcedare (<i>caseta 27</i>)
3. Externarea, tratament continuu și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul pozitiv și cel diferențial • Rezultatele investigațiilor imagistice și biumorale efectuate. • Descrierea detaliată a tratamentului efectuat. • Recomandări explicite pentru pacient și părinți (anexa 1). • Recomandări pentru medicul de familie (<i>caseta 30</i>) • Program de supraveghere, tratament de recuperare, aderențial postoperator (<i>casețele 27,30</i>)

C.1.ALGORITMUL DE CONDUITĂ TERAPEUTICĂ

C. 1.1.Algoritmul de diagnostic



C.2. DESCRIEREA METODELOR,TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea abceselor abdominale

După factorul etiologic:

1. Microbiene (bacterii)
2. Parazitare
3. Necrotice (abacteriene)

După mecanismul patogenetic

- a. Spontane:
 1. Posttraumatice
 2. Perforative
 3. Metastatice
- b. Postoperatorii

După număr:

1. Unice
2. Multiple

După localizare comparativ cu peritoneul:

1. Retroperitoneale
2. Intraperitoneale
3. Mixte

După localizare:

- a.Extraviscerale
 1. Subfrenice
 2. Interintestinale
 3. Apendiculare
 4. Pelviene
- b.Viscerale - Intraorganice (ficat, splină, mezou)
- d. retroperitoneale (la pancreonecroză, lezarea duodenului, stomacului, afectarea renală, ureterelor)

După evoluție

1. Simple
2. Complicate

Tablelul 1. Clasificarea abceselor abdominale după localizare, etiologie și agent patogen

Localizare	Etiologie	Agent patogen
Intraperitoneale: - Sub diafragmatice pe dreapta și pe stânga - Dintre ansele intestinale - Paracolice - Pelviene	- Postoperatorii - Perforația organelor cavitate abdominale - Apendicită - Diverticulită - Tumoare - Boala Crohn - Proces inflamator al organelor pelviene - Peritonită difuză	Provocate de flora intestinală microbială (aerobă, anaerobă, fungi, mixtă, virală)
Retroperitoneale: Pancreatice	- Traumatism - Peritonită	De flora intestinală microbială
Perinefrale	- Abces renal	De aerobi gram negativi, fungi, virali, flora mixtă

Viscerale: Hepatic	- Traumatism - Colangită - Bacteriemie în v.portă	flora gram negativă aerobă Polimicrobiană
Splenice	- Traumatism - Infarctlineal	Stafilococci Streptococci Anaerobi Aerobi flora gram negativă
Ale mezoului	- Traumatism - Infarct al mezoului - Tromboza vaselor mezenteriale	

Caseta 2. Clasificarea abceselor hepatice

A. Abcesul hepatic primar

- I. Abces bacterian, provocat de:
 1. Infecția cocică
 2. Infecția bacilară
 3. Infecția mixtă
- II. Abcese parazitare
 1. Amiobiene
 2. Ascaridoze
 3. Echinococic
 4. Forme rare în epistorhozis, trihomonoze, lamblioze și altele

B. Abcese secundare

- I. Supurarea formațiunilor patologice ale ficatului
 1. Supurarea chisturilor neparazitare
 2. Supurarea focarului tumoral sau granulomei tuberculoase
- II. Supurarea posttraumatică a ficatului
 1. Supurarea plăgilor sau hematoamelor ficatului
 2. Supurarea în jurul unui corp străin al ficatului

Abcesele hepatice pot fi:

- Unice
- Mutiple (bilaterale)

După localizare:

- Abcesul lobului drept al ficatului
- Abcesul lobului stâng al ficatului
- Abcese bilaterale – bilobulate
- Abcese complexe, confluențe

- Abcese profunde
- Abcese superficiale

Mod de apariție (etiologic):

1. Primitive, cauza lor nu este cunoscută
2. Secundare, care apar în urma unor procese septice generalizate sau locale intraabdominale

Evoluția tabloului clinic:

- Supraacută
- Acută
- Cronică

Caseta 3. Clasificarea abceselor subdiafragmatice (subfrenice)

- I. Retroperitoneale:
 1. Pe dreapta – delimitată marginea posterioară a lobului drept al ficatului
 2. Pe stânga – polul superior al rinichiului stâng
- II. Intraperitoneale:
 1. Regiunea superioară a cavității peritoneale (pe dreapta) – marginea anterosuperioară a lobului drept al ficatului
 2. Regiunea posterioară intraperitoneală – v.biliară, polul superior al rinichiului drept, intestinul transvers
 3. Regiunea intraperitoneală stânga – lobul stâng al ficatului, bursa omentală mică
 4. Bursa omentală

Caseta 4. Clasificare a abceselor lienale:

După etiologie

- I. Primare – cauza este necunoscută
- II. Secundare – pe cale hematogenă sau limfogenă dintr-un focar piogen localizat în organele învecinate sau ca rezultat al infarctului embolic, al dereglării circulației sanguine în volvulusul intestinal, al traumelor bonte abdominale

După timpul apariției (de la debut):

1. Acut
2. Subacut
3. Cronic

După localizare:

1. Profund
2. Superficial

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 5. Factori de risc pentru abcese hepatice:

Nou-născut	Copii cu vârsta mai mare de o lună
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infecția ombilicală ✓ Omfalită flegmonoasă ✓ Piodermie ✓ IRVA ✓ Encefalopatie perinatală ✓ Infecție intestinală acută ✓ Sepsis neonatal ✓ Osteomielită acută hematogenă ✓ Disbacterioză gr. III-IV ✓ Prematuritate ✓ Enterocolită ulcero-necrotică ✓ Infecție hematogenă diseminată 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focare septico-purulente în cavitatea abdominală (apendicită gangrenoasă perforativă, colită nespecifică, ulcero-necrotică, diverticulită, tumoare cu supurare, altele) ✓ Chisturi hidatice hepatice ✓ Asplenie ✓ Septicemie ✓ Trauma ficatului (hematom hepatic, plagă deschisă a ficatului) ✓ Leucemie ✓ Starea imonocompromisă ✓ Tumoare ✓ Boală granulomatoasă cronică ✓ Diabet zaharat

Caseta 6. Factori de risc pentru abcesul subhepatic	
Pe dreapta	Pe stânga
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maladii ale lobului drept al ficatului, în special malformative ✓ Maladii alev.biliare ✓ Maladii ale rinichiului drept ✓ Apendicită acută 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maladii ale lobului stâng al ficatului ✓ Maladii gastrice ✓ Maladii ale intestinului subțire ✓ Maladii ale pancreasului ✓ Maladii ale rinichiului stâng ✓ Maladii lienale

<p>Caseta 7. Factori de risc ai abcesului lienal</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Infecții ale cavității abdominale ✓ Endocardită ✓ Traumă lienală ✓ Starea imunocompromisă ✓ Infarctul splinei cu infecție suprapusă ✓ Cateterismul ombilical (rar)

C.2.3. Conduita pacientului

C.2.3.1. Anamneza

<p>Caseta 8. Anamneza copilului cu abces abdominal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consecințele peritonitei secundare (apendicită acută gangrenoasă perforativă, dehiscența anastomozei intestinale) ▪ Enterocolită ulceronecrotică ▪ Diverticulită ▪ Boala Crohn ▪ Intervenții chirurgicale în antecedente ▪ Chist parazitar complicat (hidatic) ▪ Tumorile hepatice diagnosticate ▪ Procese supurative recidivante ▪ Administrarea preparatelor toxice de durată ▪ Pancreatită, la copii rar ▪ Simptom nefrotic ▪ Procese inflamatorii ale organelor pelviene (salpingită, adnexită, piosalpinx, abces tuboovarian) ▪ Endocardită ▪ Maladii septice ▪ Maladii infecțioase ▪ Starea imunocompromisă ▪ Maladii de sistem ▪ Diabet zaharat ▪ Starea după chimioterapie ▪ Malnutriție cronică ▪ Trauma unui organ parenchimos

C.2.3.2. Examenul fizic

<p>Caseta 9. Manifestări clinice generale</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dureri ✓ Febră de tip continuu, intermitenă, hectică, frisoane ✓ Grețuri ✓ Vomă ✓ Scăderea sau lipsa poftei de mâncare

- ✓ Diaree, în masele fecale mucus, rar sânge
 - ✓ Tahicardie
 - ✓ Fatigabilitate
 - ✓ Limba uscată, saburală, cu depuneri albe-surii
 - ✓ Tegumentele palide, uneori cianotice
 - ✓ Dureri abdominale localizate lateral –caracteristice pentru organele parenchimotoase
 - ✓ Dureri abdominale asociate cu simptome de excitare a peritoneului –caracteristice pentru afectarea organelor neparenchimotoase
 - ✓ Asimetria abdomenului
 - ✓ Edemul și hiperemia pielii
 - ✓ Defans muscular
- } în localizarea superficială a
abcesului

Caseta 10. Simptome caracteristice abcesului hepatic:

- ✓ Senzații de greutate în regiunea sub rebordul costal drept sau stâng
- ✓ Accese de frison repetate în 24 ore
- ✓ Icter în abcesele multiple, cu caracter septic
- ✓ Ascită ca rezultat al periflebitei venei porte sau al trombozei veneicave inferioare
- ✓ Tahipnoe, dispnee, tuse
- ✓ Accelerarea pulsului, care se menține și după normalizarea temperaturii
- ✓ Ileus paralytic major
- ✓ Multiple episoade diareice cu sânge (rectoragie)
- ✓ Atenuarea respirației în regiunea inferioară pulmonară pe stânga sau dreapta, ca rezultat al pleureziei reactive, în special, în abcesul hepatic localizat pe partea diafragmatică
- ✓ Dureri surde permanente sub rebordul costal drept sau în epigastru, care se intensifică la mișcare, în caz de tuse, inspirație adâncă și iriază în omoplat, umărul drept, regiunea lombară
- ✓ În abcesele hepatice unice voluminoase, asimetria abdomenului
- ✓ Hepatomegalie asimetrică în abcesele unice și uniformă în cele multiple
- ✓ Ficatul sensibil la palpare și la percuție
- ✓ Formațiune patologică palpabilă
- ✓ În localizările superficiale ale abceselor hepatice, simptome de excitare a peritoneului
- ✓ Deformarea hemitoracelui drept și bombarea spațiilor intercostale, în special 9-10
- ✓ Bombarea regiunii epigastrice în abcesul superficial localizat preponderent în segmentul 5 al ficatului,
- ✓ Apăsarea activă pe ombilic provoacă durere bruscă, ca rezultat al întinderii lig. rotund și capsulei ficatului

La nou-născuți:

- Mărirea abdomenului în volum
- Ectazia desenului vascular subcutanat al peretelui abdominal anterior, în special, în proiecția ficatului

Caseta 11. Simptomele abcesului subfrenic (subdiafragmatic)

- Tuse neproductivă dureroasă
- Dureri în regiunea laterală a toracelui, subcostală, subxifoidală sau/și epigastrică, ce se intensifică la inspir, tusecu iradiere în umăr, omoplat pe partea afectată
- Dispnee
- Sughit (după datele unor autori)
- Eructație
- Dureri la deglutiție
- Pleurezie reactivă
- Respirație superficială, auscultativposibile - raluri umede și uscate, simptomul frecăturii pleurale

- Întârzierea hemitoracelui pe partea afectată și/sau regiunii superioare a abdomenului în actul de respirație
- Asimetria cutiei toracice, mai pronunțată din spate: bombarea hemitoracelui pe partea afectată, dilatarea spațiilor intercostale
- În localizarea abcesului retroperitoneal:
- Defans al mușchilor lungisime ale spatelui
- Coloana vertebrală devine slab mobilă
- Mișcările cutiei toracice provoacă încordarea mușchilor intercostali și intensificarea durerilor la actul de respirație
- Poziția forțată – culcat pe spate cu corpul ridicat, cu mâinile accentuate pe marginea patului
- Culcat pe partea afectată cu flexarea picioarelor spre abdomen
- Icter altegumentelor și sclerelor – în fazele avansate ale abceselor subdiafragmatice pe dreapta

Caseta 12. Simptomele abcesului lienal

- Subfebrilitate sau febră, frisoane (92%, iar la 71-88% din cazuri este simptom unic)
- Dureri (64%) surde în regiunea subrebordului costal stâng (în 64% din cazuri) cu iradierea în articulația umărului stâng și omoplatul stâng (mecanismul este asemănător ca și la semnul Kehr – iritația suprafeței inferioare a diafragmei, accesele dureroase sunt transmise pe calea nervului frenic) sau difuze (în 17-19% din cazuri)
- Diaree
- Edem al tegumentelor, pielii în regiunea sub rebordului costal stâng
Uneori debutul poate fi brutal cu dureri violente
- febră înaltă (92% din cazuri), frisoane
- splenomegalie (în 60% din cazuri)

NB! Febra nu va fi prezentă la copiii imunocompromiși

Caseta 13. Simptomele locale

Localizarea abcesului	Datele obiective locale
Abces subfrenic	Dureri difuze Defansul muscular poate fi prezent sau lipsește Semnele de excitare a peritoneului pozitive În spațiile intercostale sunt prezente arii dureroase La unii copii prezent edemul spațiului intercostal
Abces hepatic	Dureri surde permanente sub rebordul costal drept sau în epigastru, care se intensifică la mișcare, în cazul tusei, inspirație adâncă cu iradiere în omoplat, umărul drept, regiunea lombară Bombarea epigastriului Simptome de excitare a peritoneului Hepatomegalie Asimetria abdomenului
Abces lienal	Dureri surde sub rebordul costal stâng
Abcesul interintestinal	Dureri surde sau acute colicative frecvent localizate paraombilical Distensie abdominală Semne concludente pentru ocluzie intestinală La palpare - o formațiune patologică tumorală dur-elastică imobilă cu o zonă centrală moale

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 14. Investigații de laborator

- Hemoleucograma (leucocitoză, anemie – în abcesele parenchimotoase, neutrofiloză, VSH

crescut)

- Timpul de protrombină
- Grupa sangvină și factorul Rh
- Analiza sângelui la HIV/SIDA
- Reacția Wassermann
- Biochimia sângelui
 - Fibrinogenul, Protrombina
 - Proteina totală și fracțiile ei
 - Albumina - hipoalbuminemie
 - Bilirubină
 - ALT–crescute, în abcese parenchimotoase, AST
 - Glucoza sângelui
 - Fosfotaza alcalină
 - Ionograma (K,Na,Ca,Cl)
 - Citokinele, mediatorii inflamatori
 - Testele de coagulare
 - Proteina C-reactivă
 - Amilaza
 - Spectrul imunologic
 - Echilibrul acido-bazic
 - Sumarul urinei (pH scăzut, greutatea specifică scăzută, proteina, cilindrii segmentați)
 - Bacteriologia (sânge, puroi)
 - Cultura lichidului peritoneal

NB!Nivelul leucocitelor poate fi în limitele normei la copii cu imunodeficiență

Caseta 15. Examinări imagistice	
Examenul ecografic al organelor abdominale și rinichilor	O
Ro"-grafia panoramică a organelor abdominale	O
ECG	O
MEcho cordului	R
TC organelor abdominale cu angiografie	O
RMN	R
Ro"-grafia cutiei toracice, 2 incidente (față, profil)	R
Scintigrafia hepatică și lienală	R
Radiografia abdominală a tractului digestiv la utilizarea masei baritate	N
Urografia	N
Colangiografia	N

O – obligatoriu, R – recomandabil, N – la necesitate

C.2.3.3.1. USG abdominală este o examinare de primă intenție. Prezintă o formațiune tumorală, fără peristaltism, cu capsulă fină hiperecogenă, dar mai des cu contur neclar, rugos, cu conținut hipoecogen sau neuniform, neomogen, de formă variabilă, cu sau fără bulă aerică. Abcesul lienal fungic este hipoecogen, cu aspect de "măr".

C.2.3.3.2. Ro"-grafia abdominală panoramică - se apreciază localizarea cupolei diafragmei și limitarea în mișcări a acesteia.

Tabel 2. Ro"-grafia abdominală panoramică			
Abces al ficatului	Abces subfrenic	Abces lienal	Abces interintestinal

<p>Semne directe: - formațiune rotundă cu nivel hidroaeric</p> <p>Semne indirecte: - contur hepatic deformat - mărirea în dimensiunea ficatului sau a unui lob, segmentului - schimbări în diafragma, pleură, plămâni pe partea afectată</p> <p>În localizarea în lobul stâng: - mărirea în dimensiunea lobului stâng - infundarea lungă plată pe curbura mare a stomacului - deplasarea corpului gastric și cardiei în stânga și a anterior</p>	<p>-cupola hemidiafragmei pe partea afectată ridicată, aplanată</p> <p>-limitarea mișcărilor hemidiafragmei pe partea afectată</p> <p>-deplasarea organelor localizate subdiafragmatic</p> <p><u>În abcesul fără bulă aerică:</u></p> <p>- Marginile ficatului greu de diferențiat pe fundalul opacifierii în cavitatea abdominală</p> <p>- Hemidiafragmei pe partea afectată imobilă</p> <p>- Prezinta schimbări reactive în hemitorace și pleură pe partea afectată</p> <p><u>În prezența bulei aeriice în abcesul</u></p> <p>- Aceasta este localizată diafragmatic deasupra nivelului hidric</p>	<p>Nu este informativă</p> <p>Semne indirecte: - Bula aerică în cvadrantul superior pe stânga (splină)</p> <p>- Poziția ridicată a hemidiafragmei pe stânga cu limitarea mișcărilor</p> <p>- Pleurezie reactivă pe partea stângă</p>	<p>Se efectuează în poziția ortostatică, fațăși profil:</p> <p>- opacifiere intensivă cu nivele hidroaerice</p> <p>-dislocarea organelor învecinate</p> <p>-semne concludente de ocluzie intestinală mecanică sau dinamică</p>
--	--	--	--

Caseta 16. Investigațiile paraclinice la copilul cu abces peritoneal	
Investigație	Avantaje
<i>USG abdominală</i>	este o examinare de primă intenție. Evidențiază o formațiune tumorală, fără peristaltism, cu capsulă fină hiperecogenă, dar mai des cu contur neclar, rugos, cu conținut hipoecogen sau neuniform, neomogen, de formă variabilă, cu sau fără bulă aerică. Abcesul lienal fungic este hipoecogen, cu aspect de "măr".
<i>Ro"-grafia abdominală panoramică</i>	evidențiază localizarea cupolei diafragmei și limitarea în mișcări a acesteia
<i>Ro-grafia cu masă de contrast (masă baritată sau solubilă)</i>	se determină dislocarea stomacului și/sau a anselor intestinale de către un abces intraperitoneal, deformarea anselor intestinale, opacifierea în proiecția abcesului, semne ale parezei intestinale
<i>Examenul CT al organelor abdominale</i>	se efectuează după administrarea substanței de contrast „în bolus”. Se prelevează clișee în timpul arterial, apoi în cel portal și mai apoi parenchimos. CT de contrast este valoroasă în determinarea abceselor hepatice. Formațiunea chistică se vizualizează hipodensă, cu conturile neregulate, neomogenă, cu densitate predominant lichidiană, dar și cu câteva arii solide, septuri în interior, uneori cu bășicuțe de aer. Examenul CT mai relevă și tromboza extinsă a venei cave inferioare, element prognostic extrem de rezervat. La contrastare se determină acumularea masivă a izotopului în capsulă fără contrastarea conținutului chistului.

<i>RMN</i>	servește pentru identificarea colecțiilor mici (formațiunii) cu capsulă, conturul abscesului este clar, conținutul intern heterogen, uneori prezintă edem la periferia formațiunii. La contrastare intensitatea desenului prezent la periferia formațiunii.
<i>Ro"-grafia cutiei toracice</i>	Evidențiază poziția ridicată a hemitoracelui pe partea afectată, exudat pleural pe partea afectată sau atelectazia pulmonară bazală pe partea afectată (în abcese hepatice, subfrenice, lienale).
<i>Scintigrafia hepatică cu Gallium⁶⁷</i>	arată zone „surde” și dereglări hemodinamice în diferite zone ale ficatului sau dereglări circulatorii totale în trombozele ramificării venei porte, dar totodată nu permite precizarea naturii procesului tumoral (abces, adenom sau carcinom chistic, hemangiom, hematom, chist parazitar sau biliar etc.)
<i>Fistulografia</i>	este utilizată în prezența fistulei cutanate
<i>Laparoscopia diagnostică</i>	se va efectua în cazuri dificile pentru concretizarea diagnozei
<i>Examinarea radiologică cu masă baritată (irigografie) sau urografia</i>	Permite a stabili deplasarea stomacului, duodenului, colonului sau a rinichiului și ureterului de o formațiune hepatică, lienală
<i>Colangiografia retrogradă transduodenală</i>	Oferă date despre prezența abscesului când ultimul comunică cu tractul biliar sau servește pentru a preciza unele aspecte ale abscesului și ne poate ajuta în drenajul biliar prin papilosfincterotomie endoscopică (rar se efectuează la copii)

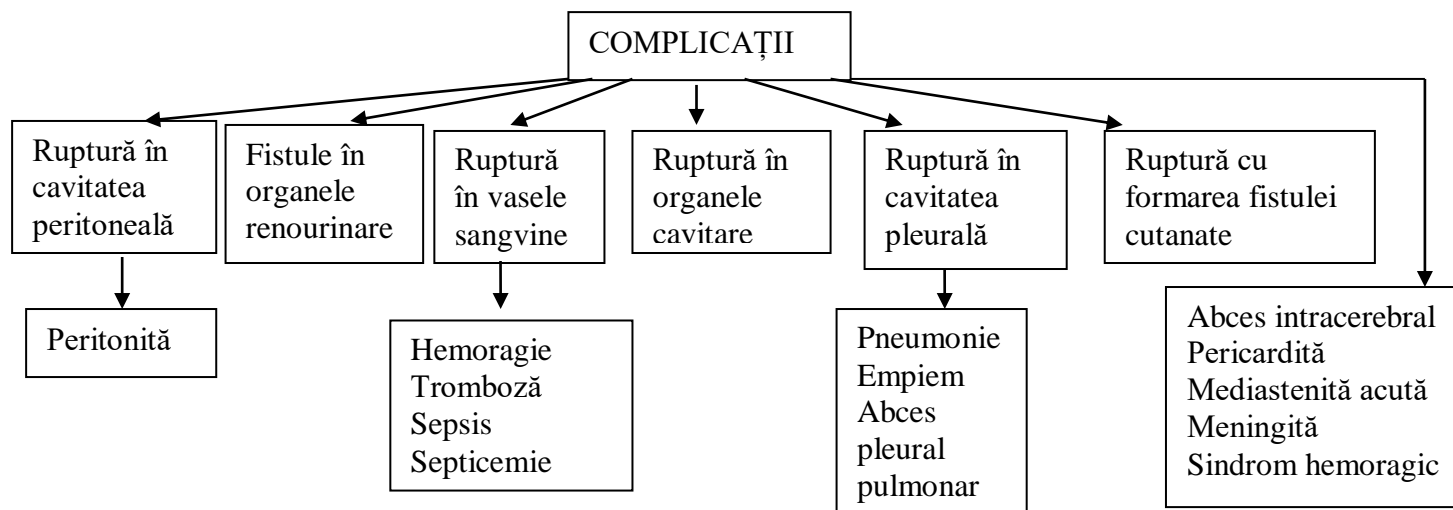
C.2.3.4. Diagnosticul pozitiv

Caseta 17. Diagnosticul pozitiv se va pune pe următoarele criterii:

- ✓ prezența factorilor de risc (corespunzător vârstei)
- ✓ date clinice: febră, durere, posibil formațiune tumorală palpabilă
- ✓ explorări paraclinice (de laborator (leucocitoză) și imagistice)

C.2.3.5. Complicații:

Caseta 18. Complicațiile care pot apărea în abcesele etajului superior al abdomenului:				
	Hepatic	Subfrenic	Lienal	Interintestinal
Rupturi în cavitatea abdominală liberă - peritonită	+	+	+	+
Ruperea în organul cavitat (stomac, intestin subțire, intestin colonic)	+	+	+	+
Migrare transdiafragmatică sau ruperea în cavitatea toracică cu constituirea de fistule bronșice, va prezenta bronhopneumonii, empiem pleural, abces pulmonar, pleurezie	+	+	+	
Rupturi blocate în spațiul subfrenic drept	+		+	
Ruptură în căile biliare intrahepatice	+		+	
Ruperea în pericard	+		+	
Hemoragie internă	+			
Hemoragie digestivă			+	
Sepsis	+		+	+
MODF	+			
Septicemie			+	
Tromboflebită lienală			+	



C.2.3.6. Diagnosticul diferențial

Caseta 19. Diagnosticul diferențial	
Abcesul hepatic se diferențiază cu:	
Abcesul subfrenic	Ro-grafia: după dimensiuni este mai pronunțată reacția hemidiafragmei și a plămânului
Abcesul subhepatic	Datele anamnestice, Ro-grafia, ecografia, TC, RMN, scintigrafia hepatică
Chistul hidatic supurat	
Empiemul vezicii biliare	
Tumoarea hepatică cu discompunere	
Interpoziția colonului	Ro-grafia simplă pe gol, în ortostatism și cu masă baritată: este caracteristică schimbarea formei, condiționată de peristaltismul intestinal Tușeul rectal
Pneumoperitoneumul	Datele radiologice
Abcesul subfrenic, cu:	
Abcesul hepatic	Datele anamnestice, Ro-grafia, ecografia, TC, RMN, scintigrafia hepatică
Inflamația diafragmei	Datele clinice, Ro-grafia, ecografia, CT/RMN
Hepatita virală	Date de laborator (inclusiv analiza sângelui la virusul hepatitei B, C, D), Datele anamnestice, Ro-grafia, ecografia, TC, RMN, scintigrafia hepatică
Pleurezia seroasă și purulentă	Anamneza Debutul progresiv Dureri localizate pe partea afectată, deseori cu caracter colicativ Prezența tusei Prezența febrei
Paranefrita	Dureri subbordul costallateral Sumarul urinei: cilindri, leucociturie, uneori eritrocite Aderare musculară minoră
Abcesul lienal, cu:	
Infarctul lienal	Rar se întâlnește la copii
Hematomul	Traumatism abdominal în anamneză
Abcesul subfrenic pe stânga	Ro-grafia, TC/RMN, scintigrafia renală

C.2.3.7. Criteriile de spitalizare

Caseta 20. Criterii de spitalizarea copiilor cu abces abdominal

- Toți copiii cu suspexie la abdomen acut sau la un abces abdominal (datele anamnestice, semne de endotoxicoză, ecografia abdominală)
- Toți copiii cu sindrom algic abdominal sau cu prezența unei formațiuni vizibile / palpabile
- Toți copiii cu date ultrasonografice, radiologice concludente pentru o formațiune tumorală - chistică localizată în etajul superiorși asociate cu sindromul doloꝛ sau/și febră
- Prezența semneloꝛ de complicație (febră, frisoane, dereglări bioumorale, semne de endotoxicoză)

C.2.3.8. Tratamentul

Caseta 21. Tratamentul general:

- Poziționarea copilului, în perioada postoperatorie cu ridicarea toracelui
- Antibiotice
- Antipiretice
- Desensibilizante
- Detoxicare
- Corectarea echilibrului acidobazic și concomitent evaluarea hemodinamicii

Caseta 22. Tratamentul chirurgical:

- Scopul –deschiderea, evacuarea conținutului purulent, prelucrarea locală cu antibiotice și drenajul cavității restante închise transparietohepatic sau transligamentar:
 - Puncția și caterismul abcesului hepatic prin ghidaj ecografic
 - Transabdominal (laparotomia mediană sau subcostală pe dreapta, incizie Mercedes) – mai frecvent
 - Transpleural
 - Extrapleural
 - Extraperitoneal
 - Transdiafragmatic
 - Metode miniminvazive
 - Splenectomia în prezența abceseloꝛ multiple lienale cu distrugerea parenchimului lienal

Caseta 23. Contraindicații pentru tratamentul abceseloꝛ hepatice prin metode miniminvazive:

- Abcese cronice
- Chisturi parazitare supurate
- Tumori cu necroză și abcedare
- Abcese multicamerale
- Abcese cu sechestrație diseminată în segmentele hepatice

Caseta 24 Metode miniminvazive

- Puncția cu aspirare sub ghidaj ecografic
- Puncția cu drenare și sanare sub ghidaj ecografic

Caseta 25. Indicațiile pentru tratament chirurgical prin metoda deschisă (clasică):

- Y Previne recidivele
- Y Desființarea cavităților restante
- Y Permite revizia detalată a cavității abdominale,având ca scop depistarea focarului primar sau semneloꝛ de scurgere minimală prin fistula din cavitatea abcesului

Caseta 26. Indicații pentru tratamentul conservator în abcesele lienale:

- Formațiuni cu dimensiuni sub 3-4 cm
- Se va efectua terapia antibacteriană timp de 6-9 săptămâni, sub monitoring clinico-imagistic și bioimoral

Caseta 27. Indicații pentru tratament chirurgical:

Miniminvaziv:

- Formațiuni lienale mai mari de 4 cm – se efectuează aspirația prin puncție sau drenajtranscutanat cu dren (laparoscopic)

Splenectomie – este standardul de aur la adulți, pe când la copii rămâne preferabilă păstrarea splinei:

- Microabcese multiple
- Abces multicameral
- Abces cu conținut vâscos
- Lipsa ameliorării stării generale după tratament conservator sau miniminvaziv

Caseta 28. *Tratamentul medicamentos pre- și postoperator*

• Masa № 5

- Prezența în alimentație a produselor bogate în microelemente și vitamine (B, C, A, K): pește, banane, hrișca, fructe și legume
- Terapie cu antibiotice (timp de 10-12zile, administrare intravenoasă, mai apoi 6-7 zile i/m sau per os):

Peniciline: Amoxicilinum/clavulonat (copii sub 12 ani 30mg/kg de 3-4 ori pe zi (nou-născuți, de 2-3 ori pe zi, copii peste 12 ani 1,2g de 3-4 ori pe zi timp de 7-10 zile),

Cefalosporine generația II:

- Cefuroximum (peste 3 luni 80-100mg/kg/zi, 3-4 ori pe zi),

Cefalosporine generația III:

- Cefoperazonum (50-100mg/kg/zi în 2 prize, în stări grave 200-300mg/kg/zi în 3 prize),
- Ceftriaxonum (nou-născuți primele 2 săptămâni 20-50mg/kg x1 dată în zi, 15 zile; 12 ani 20-80mg/kg x1 dată în zi, mai mare de 12 ani 1-2 g x 1 dată în zi),
- Ceftazidimum (vârsta sub 2 luni 25-50mg/kg/zi în 2 prize, mai mare de 2 luni 50-100mg/kg/zi în 2 prize),

Cefalosporine generația IV:

- Cefepimum flacon 0,5g sau 1,0g: m < 40kg 50mg/kg x 2 ori/ zi, m > 40kg 0,5-1,0g x 2 ori/zi, i/m, i/v,

Carbapenemi:

- Imipenemum copii mai mare de 3 luni cu m<40 kg 15 mg/kg x 4 ori/zi, copii mai mari de 12 ani 0,25-1 g x 6 ori/zi etc,

Antipiretice: Paracetamolul per oral, până la 3 zile

Vârsta	Doza pentru o priză	Frecvența administrării	Nr. maxim de prize pe zi
1-2 luni	30-60 mg	Fiecare 8 ore. Doza nictimerală maximă este de 60 mg/kg. Doza maximă nictimerală va fi administrată în doze divizate (pentru o priză).	3
3-5 luni	60 mg	ficare 4-6 ore	4
6-23 luni	120 mg	ficare 4-6 ore	4
2-3 ani	180 mg	ficare 4-6 ore	4
4-5 ani	240 mg	ficare 4-6 ore	4
6-7 ani	240-250 mg	ficare 4-6 ore	4
8-9 ani	360-375 mg	ficare 4-6 ore	4

10-11 ani	480-500 mg	ficare 4-6 ore	4
12-15 ani	480-750 mg	ficare 4-6 ore	4
16-17 ani	500-100 mg	ficare 4-6 ore	4

Diclophenacum 50mg (supoz) x 1-2 ori/zi la copii mai mare de 14 ani

- Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum 1% (10mg/1ml) de 1-3 ori/zi i/m,

Vârsta	Doza unică
< 1 an	1-5 mg (0,1-0,5 ml)
2-5 ani	5-15 mg (0,5-1,5 ml)
6-12 ani	15-30 mg (1,5-3,0 ml)
>12 ani	10-50 mg (1,0 -5,0 ml)

Sol.Chloropyraminum 1ml / 20mg 2% 1-12 luni – 0,25 ml, 1-6 ani – 0,5 ml, 6-14 ani – 0,5-1,0 ml i.m., de 2-3 ori/zi i/m,

Clemastinum 2 ml/ 2mg 0,025mg/kg/zi în 2 prize i/m,

Quifenadinum* 1ml/10mg 3-7 ani 5-10 mg x 2 ori/zi, 7-12 ani 10-15 mg x 2 ori/zi, mai mare de 12 ani 25 mg x2-3 ori/zi i/m, per oral,

Desloratadinum 1-5 ani 1,25 mg o dată în zi, 6-11 ani 2,5 mg o dată în zi, mai mare de 12 ani 5mg/zi per oral etc.

- Derivații Nitromidazolului: Metronidazolul copii < 12 ani 7,5 mg/kg/zi, divizate în 3 prize; copii >12 ani 500 mgx3 ori/zi, în perfuzie, 7-10 zile

- Plasmafereză 3-4 operații

- Corticosteroizi sau preparate antiinflamatoare nesteroidiene:

Dexamethasonum 4mg/1ml 0,02-0,3 mg/kg/zi divizate în 3-4 prize i/m; Ibuprophenum comp.200mg: 6-12 ani 1 comp. x 2-3 ori/zi; > 12 ani 1 comp. x 2-3 ori/zi; sirop 100mg/5ml 6-12 luni (m=7,7) 1,5-2,5ml (30-50mg), 1-3 ani (m = 10-16kg) 3,0-5,0ml (60-100mg), 4-6 ani (m = 17-20kg) 5,0-7,5ml (100-150mg), 7-9 ani (m = 21-30kg) 7,5-10ml (150-200mg), 10-12 ani (m = 31-40kg) 10-15ml (200-300mg) de 3 ori/zi per oral 3 zile

- Sol. Natrii chloridum 0,9% 20-100 ml/kg/zi prin perfuzie,

- Sol. Glucosum 5-10 % 10 - 20 ml/kg/zi, prin perfuzie

- Hemostatice: Sol. Etamsylatum 12.5% (125 mg/ml) 125-250 mg, doză unică, i/m;

- Acidum ascorbicum 50 mg/ 1 ml 50-100mg /zi (1-2 ml /zi)

- Spasmolitice: Drotaverinum 2% 2 ml sub 6 ani 0,01-0,02 gr, 6-12 ani 0,02gr x 2 ori/zi i/m, Papaverinum 2% 2 ml 200 mkg/kg = 0,1 ml/kg x 2-3 ori/zi i/m

- Sol. Kalii chloridum 4% 2 mmoli/kg/zi, prin perfuzie

- Sol. Calcii chloridum 2- 4 mekv/kg, prin perfuzie

- Sol. Magnesii sulfas 25% 0,3 – 0,5 mekv/kg/zi, prin perfuzie

- Pentru prevenirea parezei intestinale: Sol. Neostigmini methylsulphas 0,05 % = 0,5mg/ml, NaCl 10%, Sol.Metoclopramidum 10 mg /2 ml >6 ani 5mg x 1-3 ori/zi, Sol. Glucosum 20-40 %

- Sol. Procainum 0,5% - 5 mg/ 1 ml 0,5- 1,0 ml/kg, prin perfuzie

- Pentru stimularea intestinului:

- Sol. Metoclopramidum copii > 6 ani 5 mg x 1-3 ori/zi, i/m

- Heparini natrium+benzocainum+benzylili nicotinas 200-400 UN/kg

- Antifungice: Fluconazolul 50 mg, 100 mg, 150 mg 3-12 mg/kg/zi, o dată în zi, sau în perfuzie, timp de 60 cel mai 400 mg/zi

- Antiflatulente: Simethiconum 40mg caps, 40mg/1ml, sugari per oral

vârsta	doza
Sub 1 an	1ml (25 pic)x 5-6 ori/zi
1-6 ani	1ml (25 pic) x 3-5 ori/zi
6-14 ani	1-2 ml (25-50 pic)x 3-5 ori/zi sau 1-2 caps
>14 ani	2ml (50 pic) x 3-5 ori/zi sau 2 caps

- Prebiotice, probiotice: Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterium infantis+Enterococcus faecium

≤ 2 ani 1 caps x 3 ori/ zi,
 2– 12 ani 1 – 2 caps x 3 ori / zi
 ≥ 12 ani 2 caps x 3 ori / zi per oral,

Lactobacillus rhamnosus+*Lactobacillus acidophilus* per oral cu 2 ore înainte sau după administrarea antibioticului

vârsta	doza
1 lună – 1 an	1 caps pe zi
1-3 ani	1 caps x 2 ori/zi
3-12 ani	1 caps x 3 ori/zi
> 12 ani	1-2 caps x 3 ori/zi

- Dializat deproteinizat din sânge de vițel sau Hemoderivat deproteinizat din sânge de vițel 1-2 ml x 0,5-2 ori/zi N 10-12
- Laxative-purgative: Lactulosum (< 1 an ≤ 5 ml/zi, 1-6 ani 5-10ml/zi, 7-14 ani 10-15 ml/zi, ≥ 14 ani 15-45 ml/zi per oral), Bisacodylum: 20mg/1 tab 2-7 ani 5 mg/zi, 8-14 ani 5-10 mg/zi, > 14 ani 5-15 mg/zi per oral înainte de somn sau cu 30 min înainte de mic dejun, Macrogolum 3350 2-6 ani 1 plic/zi, 7-12 ani 2 plic/zi de dezolvat în 200ml de apă plată, per oral, supliment alimentar:
 lactulozum+mana+nalba+prune+tamarind+fenicul* < 6 ani 5-10ml, > 6ani 10-15 ml per oral
- Tiaminum bromidi, Riboflavinum, Pyridoxinum cyancobalaminum
- Menadioni natrii bisulfis 1%; 3-4 zile

Vârsta	Doza zilnică
Sub 1 an	2-5 mg
1-2 ani	6 mg
3-4 ani	8 mg
5-9 ani	10 mg
10-14 ani	15 mg
Mai mare de 15 ani	10-30 mg

tocopherol (E)

vârsta	doza
Nou- născuți	5-10mg (3-6 pic sol. 5%)
Sub 1 an	5 mg
1 – 3 ani	6 mg
4-8 ani	7 mg
9-13 ani	11 mg
Mai mare de 14 ani	15 mg

- Tinc.Vallerianae radice extractum siccum
- Pancreatinum 1 tab=0,1g 3-7 ani 0,1g x 3-4 ori/zi, 8-9 ani 0,1-0,2g x 3-4 ori/zi, 10-14 ani 0,2g x 3-4 ori/zi per oral în timpul mesei cu multă apă (Kreon caps 10000 < 4 ani 1000/kg x 3-4 ori/zi, > 4 ani 500/kg x 3-4 ori/zi în timpul mesei, Pangrol caps 10000 3-12 ani 1500/kg/zi, > 12 ani 15000-20000/zi în timpul mesei per oral), Bacillus subtilis* 1 caps x 2-3 ori/zi, sugari 0,5-1caps x 2ori/zi per oral cu o oră înainte de masă
- Antiaderențiale: comprimate Pancreatinum + chymotrypsinum + papaya succus+rutosidum+tripsinum+lipazum+amilazum 5-10 ani 1tab/6kg corp/zi, > 12 ani 3-10 tab x 3ori/zi per oral cu 30 min înainte de masă), caps. Serratiopeptidasum: 10mg/caps ≥ 14 ani 1 tab x2-3 ori/zi per oral după mâncare; Domperidonum 3000UI/supoz 12-18 ani 1 supoz peste 2-3 zile per rect curs 10-20 supoz), Conjugatul hialuronidazic cu copolimerul N-oxid 1.4 etilenpiperazinăși (N--carboximetil)-etilenpiperazinăbromid sau Bovhialuronidaze azoximer*, Penicillaminum* 250mg/tab 2,5-5 mg/kg/zi devizate în 2-3 prize per oral cu o oră înainte de mic dejun
- Tratament local (Spiritus aethylicus 70%, sol. povidoni iodidum 10%, tifon steril, sol.Verde de briliant 1%)
- manuși nesterile și sterile
- Pară (balon de cauciuc)

Doza individuală (personalizată) la copil poate fi calculată după schema Lenart
 $K=2 \times \text{vârsta (ani)} + \text{masa corporală}$, K – procent din doza adultului, necesar pentru copil
 Doza copilului = K x doza adultului / 100%

C.2.3.9. Prognostic

Caseta 29. Prognostic

În lipsa diagnosticului și a tratamentului abcesul evoluează progresiv și poate duce la deces. Abcesele multiple sunt grave, pot avea evoluție fatală, uneori depășesc posibilitățile tratamentului chirurgical. În abcesele hepatice însoțite de tromboza de vena portă sau cavă inferioară, prognosticul este de cele mai multe ori nefavorabil sau discutabil, ca urmare a unui proces septic evolutiv generalizat complicat cu CID și MODF. În abcesele hepatice pentru un prognostic favorabil este de preferat drenajul extern al supurației pentru a limita cât mai mult posibil afectarea parenchimului hepatic funcțional și organic.

C.2.3.10. Supravegherea pacienților postoperator

Se efectuează o dată în lună, primele 6 luni, apoi o dată în 2 luni timp de 6 luni și o dată în 3 luni timp de 1 an, cu evaluarea clinico-imagistică și bioumorală.

Caseta 30. În programul de supraveghere se includ:

- Examenul fizic
- Analiza generală a sângelui
- Sumarul urinei
- Probele hepatice: bilirubina, ALT, AST, fosfataza alcalină, citokinele, mediatori inflamatori
- Proteina C-reactivă
- Coagulograma
- USG organelor abdominale
- TC sau RMN
- Scintigrafia hepatică

C.2.3.11. Profilaxie

Caseta 31. Profilaxie

- ✓ Tratament diferențiat în patologiile chirurgicale acute,
- ✓ Tratament precoce, diferențiat în maladiile gastrointestinale,
- ✓ Tratament personalizat în maladiile inflamatorii ale organelor pelviene genitale feminine
- ✓ Tratament personalizat al pacienților după intervenții chirurgicale abdominale

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Subdiviziunile serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească	Personal:
	<ul style="list-style-type: none"> • Medic AMU • Asistenți/felceri de urgență.
	Aparate, utilaj:
	ECG. Pulsoximetru. Glucometru. Aparat pentru oxigenoterapie. Ventilator.
	Medicamente:
	<ul style="list-style-type: none"> • Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi – Sol.Natrii

	chloridum 0,9%, Sol.Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum Agenți inotropi (Dopaminum)
<i>D.2. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie • Asistenta medicului de familie
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • Laborator clinic pentru aprecierea hemoleucogramei și sumarul urinei.
<i>D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</i>	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Chirurg • Asistenta chirurgului. • Medic imagist (CMF). • Medic laborant. • Rentgen laborant.
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • USG. • Cabinet radiologic. – Cabinet ECG – Cabinet CT, RMN • Instrumente pentru examen ecografic, radiologic, endoscopic • Laborator clinic și bacteriologic standard
<i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane</i>	Personal : <ul style="list-style-type: none"> • Medic chirurg-pediatru • Asistentă medicală • Medic de laborator • Medic imagist • Medic anesteziolog • Medic morfopatolog • Medic citolog
	Dispozitive medicale <ul style="list-style-type: none"> – Cabinet USG – Cabinet ECG – Cabinet CT, RMN – Cabinet radioimagistic – Laborator clinic – Laborator biochimic – Laborator citologic – Laborator patomorfologic – Bloc chirurgical cu tot aparatajul necesar – Sală de laparoscopie cu aparataj necesar – Secție de reanimare, Terapie intensivă
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Terapie cu antibiotice (timp de 10-12 zile administrarea Terapie cu antibiotice (timp de 10-12 zile, administrare intravenoasă, mai apoi 6-7 zile i/m sau per os): Amoxicilinum/clavulonat, Cefalosporine generația II-IV:Cefuroximum,Cefoperazonum, Ceftriaxonum, Cefepimum, Ceftazidimum, Imipenemum Carbapenemi: Imipenemum • Antipiretice: Paracetamolum Diclophenacum

	<ul style="list-style-type: none"> • Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum 1% , Sol. Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, Desloratadinum • Derivații Nitromidazolului: Metronidazolum europii • Corticosteroizi sau preparate antiinflamatoare nesteroidiene: Dexamethasonum; Ibuprophenum • Sol. Natrii chloridum 0,9% , • Sol. Glucosum 5-10 % • Hemostatice: Sol. Etamsylatum 12.5%; • Acidum ascorbicum • Spasmolitice: Drotaverinum 2%, Papaverinum 2% • Sol. Kalii chloridum 4% • Sol. Calcii chloridum • Sol. Magnesii sulfas 25% • Pentru prevenirea parezei intestinale: Sol. Neostigmini methylsulphas 0,05 % , Natrii chloridum 10%, Sol.metoclopramidum • Sol. Glucosum 20-40 % • Sol. Procainum • Pentru stimularea intestinului: Sol. Metoclopramidum • Heparini natrium+benzocainum+benzyltii nicotinas • Antifungice: Fluconazolum • Simethiconum • Prebiotice, probiotice: Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterinum infantis+Enterococcus faecium, lactobacillus rhamnosus+lactobacillus acidophilus • Dializat deproteinizat din sânge de vițel sau Hemoderivat deproteinizat din sânge de vițel • Laxative-purgative: Lactulosum, , supliment alimentar: lactulozum+mana+nalba+prune+tamarind+fenicul* • Tiaminum bromidi, Riboflavinum, Pyridoxinum cyancobalaminum • Menadioni natrii bisulfis 1%; • Tocopherol • Tinc. Vallerianae radice extractum siccum • Pancreatinum, • Bacillus subtilis* • Antiaderențiale: comprimate Pancreatinum + chymotrypsinum + papaya succus+rutosidum+tripsinum+lipazum+amilazum caps. Serratiopeptidasum: Domperidonum, Conjugatul hialuronidazic cu copolimerul N-oxid 1.4 etilenpiperazinăși (N--carboximetil)- etilenpiperazinăbromid sau Bovhyaluronidaze azoximer*, • Tratament local (Spiritus aethylicus 70%, sol. povidoni iodidum10%, tifon steril, sol. Verde de brilliant 1%) • manuși nesterile și sterile • Pară (balon de cauciuc)
<p><i>D.5. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de reanimare chirurgicală, de TI ale spitalelor</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medic reanimatolog • Medic chirurg-pediatru • Asistenta medicală • Medic de laborator • Medic funcționalist • Medic radioimagist

<i>raionale, municipale, republicane</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Medic imagist • Medic anesteziolog • Medic morfopatolog • Medic citolog
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aparat USG – Aparat ECG – Cabinet CT – Aparat radiologic – Laborator clinic – Laborator biochimic – Laborator citologic – Laborator morfopatologic – Bloc chirurgical cu tot aparatajul necesar – Sală de laparoscopie cu aparataj necesar
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapie cu antibiotice (timp de 10-12 zile administrarea Terapie cu antibiotice (timp de 10-12 zile, administrare intravenoasă, mai apoi 6-7 zile i/m sau per os): Amoxicilinum/clavulonat, Cefalosporine generația II-IV:Cefuroximum,Cefoperazonum, Ceftriaxonum, Cefepimum, Ceftazidimum, Carbapenemi: Imipenemum • Antipiretice: Paracetamolum Diclophenacum • Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum 1% , Sol. Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum* , Desloratadinum • Aminoglicozide: Metronidazolom • Derivații Nitromidazolului: Metronidazolom eopii • Corticosteroizi sau preparate antiinflamatoare nesteroidiene: Dexamethasonum; Ibuprophenum • Sol. Natrii chloridum 0,9% , • Sol. Glucosum 5-10 % • Hemostatice: Sol. Etamsylatum 12.5%; • Acidum ascorbicum • Spasmolitice: Drotaverinum 2%, Papaverinum 2% • Sol. Kalii chloridum 4% • Sol. Calcii chloridum • Sol. Magnesii sulfas 25% • Pentru prevenirea parezei intestinale: Sol. Neostigmini methylsulphas 0,05 % , NaCl 10%, Sol.metoclopramidum • Sol. Glucosum 20-40 % • Sol. Procainum • Pentru stimularea intestinului: Sol. Metoclopramidum • Heparini natrium+benzocainum+benzylili nicotinas • Antifungice: Fluconazolom • Antiflatulente: Simethiconum • Prebiotice, probiotice: Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterinum infantis+Enterococcus faecium, lactobacillus rhamnosus+lactobacillus acidophilus • Dializat deproteinizat din sânge de vițel sau Hemoderivat deproteinizat din

	<p>sânge de vițel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laxative-purgative: Lactulosum, supliment alimentar: lactulozum+mana+nalba+prune+tamarind+fenicul* • Tiaminum bromidi, Riboflavinum, Pyridoxinum cyancobalaminum • Menadioni natrii bisulfis 1%; • Tocopherol • Tinc. Vallerianae radice extractum siccum • Pancreatinum, • Bacillus subtilis* • Antiaderențiale: comprimate Pancreatinum + chymotrypsinum + papaya succus+rutosidum+tripsinum+lipazum+amilazum caps. Serratiopeptidasum: Domperidonum, Conjugatul hialuronidazic cu copolimerul N-oxid 1.4 etilenpiperazinăși (N--carboximetil)-etilenpiperazinăbromid sau Bovhyaluronidaze azoximer*, • Tratament local (Spiritus aethylicus 70%, sol. povidoni iodidum10%, tifon steril, sol. Verde de briliant 1%) • manuși nesterile și sterile • Pară (balon de cauciuc)
--	---

E. INDICATORII DE MONITORIZAREAIMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice, inclusiv imagistice, bioumorale și a tratamentului copiilor cu abces abdominal	Ponderea copiilor care au fost diagnosticați cu abces abdominalși tratați în condiții de staționar conform recomandărilor protocolului clinic instituțional „Abcesul intraperitoneal la copil”, pe parcursul unui an. (în %)	Numărul copiilor care au fost diagnosticați cu abces abdominalși tratați în condiții de staționar conform recomandărilor protocolului clinic instituțional „ Abcesul intraperitoneal la copil”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii care au fost diagnosticați cu abces abdominalși au urmat tratament în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an
2.	A reduce complicațiile tardive la copiii cu abces abdominal	Ponderea copiilor cu abces abdominalcare au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul unui an (în %)	Numărul copiilor cu abces abdominalcare au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii cu abces abdominalcare se află în evidența medicului chirurg-pediatru, pe parcursul ultimului an

Ghidul pacientului minor cu Abcesintraperitoneal (Ghid pentru pacienți, părinți, reprezentantul legal)

Introducere

Prezentul Ghid descrie asistența medicală și tratamentul oferit copiilor cu abces abdominal în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În Ghid se explică indicațiile adresate pacienților suspecți la abces abdominal. Ghidul expune în mod accesibil opțiunile de îngrijire, diagnosticare și tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Lucrarea nu conține prezentarea maladiei în detaliu, informații disfașurate, date privind evaluarea imagistică, bioumorală și tratamentul personalizat. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul chirurg-pediatru .

Indicațiile din Ghidul pentru pacient (părinți, reprezentantul legal) cuprind:

- modul în care medicul trebuie să stabilească diagnosticul de abces abdominal la copil;
- modul în care pacientul sau părintele (dacă copilul este prea mic și nu poate să înțeleagă schimbările în organism) poate suspecta prezența abcesului abdominal/ intraperitoneal la copil sau poate facilita stabilirea precoce a diagnosticului de abces abdominal;
- factorii de risc pentru dezvoltarea abcesului abdominal, manifestările clinice ale maladiei;
- variantele de tratament modern în abcesele abdominale.

Ghidul conține informații despre:

- modul în care medicii trebuie să stabilească semnele concludente pentru un abces abdominal/ intraperitoneal la copil
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu abces abdominal.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în volum deplin. Aveți dreptul să fiți informați și să luați decizii împreună cu medicul care tratează copilul dumneavoastră . În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea copilului dvs. Tot personalul medical trebuie să trateze copilul dvs. cu respect, responsabilitate, luciditate, spirit de observație, capacitate de decizie, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce sunt abcesele abdominale/ intraperitoneale, inclusiv cele ale etajului superior al abdomenului, și care este tratamentul cel mai potrivit pentru copilul dvs.

Abcesele abdominale / intraperitoneale

Abces abdominal / intraperitoneal este reprezentat de o colecție sau colecții purulente localizate în ficat, splină, regiunea subfrenică, interintestinale etc.

Cauzele dezvoltării abceselor abdominale/ intraperitoneale la copil:

- Consecințele peritonitei secundare (apendicită acută gangrenoasă perforativă, dehiscența (desfacerea) anastomozei intestinale ileo-ileale, duodeno-duodenale, duodeno-jejunale etc.)
- Enterocolita ulceronecrotică
- Diverticulita, inclusiv Meckel, a intestinului colonic, duodenală
- Boala Crohn
- Unele intervenții chirurgicale în antecedente
- Chisturi parazitare complicate (hidatice)
- Tumorile hepatice diagnosticate
- Procese supurative repetate
- Administrarea preparatelor toxice de durată
- Pancreatita, rar la copii
- Simptomul nefrotic
- Procesele inflamatorii ale organelor pelviene (salpingită, anexită, piosalpinx, abcesul tubovarian)

- Endocardita
- Maladiile septice
- Maladiile infecțioase:
- Starea imunocompromisă
- Maladiile de sistem
- Diabetul zaharat
- Starea după chimioterapie
- Malnutriția cronică
- Trauma unei organ parenchimos(ficat, splină, pancreas)

Manifestări clinice:

Manifestările clinice în abcesele abdominale: dureri, febră de tip continuu, frisoane, intermitenă sau hectică, grețuri, vome, scăderea sau lipsa poftei de mâncare, diaree, în masele fecale este prezent mucus, mai rar sânge, tahicardie, fatigabilitate, limbă uscală, saburată cu depuneri alb-surii, tegumente palide, uneori cianotice, edem și hiperemia tegumentelor.

Semnele locale : dureri abdominale localizate lateral în abdomen sunt caracteristice pentru organele parenchimotoase, durerile abdominale asociate cu simptome de excitare a peritoneului – sunt caracteristice pentru afectarea organelor neparenchimotoase, asimetria abdomenului, defans muscular.

Când trebuie să consultați un medic: trebuie să faceți o programare la medical de familie dacă copilul Dvs are oricare semn sau simptom care vă îngrijorează din cele enumerate mai sus, dacă starea copilului se alterează treptat, continuu copilul trebuie să fie consultat urgent de un medic.

Tratament:

Tratamentul include atât metode chirurgicalecât și medicamentoase.

Tratamentul chirurgical constă din deschiderea și drenarea abcesului, uneori, în cazuri specialerezecția segmentară a ficatului, care va fi asociatcu tratamentul medicamentos.

Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru abcesele intraperitoneale la copii.

FIȘA MEDICALĂ DE AUDIT BAZATĂ PE CRITERII pentru ABCESELE INTRAPERITONEALELA COPIL		
Domeniul prompt		Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele, prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	№ FM a bolnavului	
5.	Mediul de reședință al pacientului	1 – urban; 2 - rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2 - feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	Abces....
INTERNAREA		
10.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscută = 9
11.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscută = 9
12.	Data internării în spital	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
13.	Ora internării în spital	HH:MM sau 9 –necunoscută
14.	Secția de internare	DMU – 1; secția de profil pediatric – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3
15.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 min. – 0; 30min. - 1 oră - 1; ≥1 oră - 2; nu se cunoaște - 9
16.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5; 9 –ne se cunoaște
17.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar = 5; necunoscută = 9
18.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscută = 9
19.	Transfer în alte spitale	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
20.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
21.	Tratament administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
22.	Data debutului simptomelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută
23.	Ro" cavității abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
24.	Ecografia organelor abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
25.	CT organelor abdominale cu contrast fără contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
26.		După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
27.	Ro" toracică	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște

<i>În cazul răspunsului afirmativ, indicați rezultatul</i>		
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
28.	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
29.	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
30.	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscute=9
31.	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscute=9
TRATAMENTUL		
32.	Tratamentul medicamentos suficient	0 – nu; 1- da
33.	Tratamentul chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
34.	Data externării sau transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
35.	Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; necunoscute=9
36.	Implementarea criteriilor de externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
37.	Prescrierea recomandărilor la externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
DECESUL PACIENTULUI		
38.	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații ale peritonitei; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunosc

Scorurile pentru aprecierea stării generale a copilului la internare și în dinamică

Scorul PRISM III
Riscul mortalității în prdiatrie
Indicii activității sistemului cardiovascular și ai celui nervos

Indicatori	Indici		Punctaj
Presiune sistolică arterială	0-1 lună	> 55 mmHg	0
	0-1 lună	40-55 mmHg	3
	0-1 lună	<40 mmHg	7
	1 lună - 1 an	>65 mmHg	0
	1 lună - 1 an	45-65 mmHg	3
	1 lună - 1 an	<45 mmHg	7
	1 an - 12 ani	>75 mmHg	0
	1 an - 12 ani	55-75 mmHg	3
	1 an - 12 ani	<55 mmHg	7
	mai mare de 12 ani	>85 mmHg	0
	mai mare de 12 ani	65-85 mmHg	3
	mai mare de 12 ani	<65 mmHg	7
Frecvența cardiacă	0-1 lună	<215 bătăi pe minut	0
	0-1 lună	215-225 bătăi pe minut	3
	0-1 lună	>225 bătăi pe minut	4
	1 lună- 1 an	<215 bătăi pe minut	0
	1 lună- 1 an	215-225 bătăi pe minut	3
	1 lună- 1 an	>225 bătăi pe minut	4
	1 an -12 ani	<185 bătăi pe minut	0
	1 an -12 ani	185-205 bătăi pe minut	3
	1 an -12 ani	>205 bătăi pe minut	4
	mai mare de 12 ani	<145 bătăi pe minut	0
	mai mare de 12 ani	145-155 bătăi pe minut	3
	mai mare de 12 ani	>155 bătăi pe minut	4
Temperatura	<33°C		3
	33-40°C		0
	>40°C		3
Nivelul conștiinței	Scorul Glasgow \geq 8		0
	Scorul Glasgow < 8		5
Reacția pupilelor	Reacția pupilelor bilateral		0
	Reacția unilateral (controlateral fixat și > 3mm)		7
	Fixarea bilateral și bilateral diametrul > 3mm		11

Starea acido-bazică / gaze sangvine

Indicatori	Indici	Punctaj
Acidoza	pH > 7,28 și CO ₂ totală ≥ 17 mmol/l	0
	pH = 7,07,28 sau CO ₂ totală 5-16,9 mmol/l	2
	pH < 7,0 sau CO ₂ totală < 5 mmol/l	6
pH	<7,48	0
	7,48 – 7,55	2
	>7,55	3
pCO₂	<50 mmHg	0
	50-75 mmHg	1
	>75 mmHg	3
CO₂ totală	≤ 34 mmol/l	0
	>34 mmol/l	4
PaO₂	≥ 50 mmHg	0
	42,0 – 49,9 mmHg	3
	<42 mmol/l	6

NB PaO₂ – în sângele arterial; PCO₂ – din sângele arterial, venos sau capilar

Indicii biochimici

Indicatori	Indici	Punctaj	
Glucoză	≤ 11,1 mmol/l	0	
	> 11,1 mmol/l	2	
K	≤ 6,9 mmol/l	0	
	>6,9 mmol/l	3	
Creatinină	0-1 lună	≤ 0,07 mmol/l	0
	0-1 lună	>0,07 mmol/l	2
	1 lună – 1 an	≤ 0,08 mmol/l	0
	1 lună – 1 an	>0,08 mmol/l	2
	1 an – 12 ani	≤ 0,08 mmol/l	0
	1 an – 12 ani	>0,08 mmol/l	2
	>12 ani	≤ 0,11 mmol/l	0
	>12 ani	>0,11 mmol/l	2
Azot ureic în sânge	0-1 lună	≤ 4,2 mmol/l	0
	0-1 lună	>4,2 mmol/l	3
	>1 lună	≤ 5,3 mmol/l	0
	>1 lună	>5,3 mmol/l	3

În testarea sângelui integral rezultatele se majorează: glucoza + 10%, K + 0,4 mmol/l

Indicii hematologici

Indicatori	Indici	Punctaj
------------	--------	---------

Leucocite (celule pe mm ³)	$\geq 3,0 \times 10^9/l$		0
	$< 3,0 \times 10^9/l$		4
Trombocite (celule pe mm ³)	$> 200,0 \times 10^9/l$		0
	$100,0 - 200,0 \times 10^9/l$		2
	$50,0 - 99,0 \times 10^9/l$		4
	$< 50,0 \times 10^9/l$		5
Timpul protrombinic (TP) sau timpul parțial trombotic (TPT)	0-1 lună	TP \leq 22 sec și TPT \leq 85 sec	0
	0-1 lună	TP $>$ 22 sec sau TPT $>$ 85 sec	3
	$>$ 1 lună	TP \leq 22 sec și TPT \leq 57 sec	0
	$>$ 1 lună	TP $>$ 22 sec sau TPT $>$ 57 sec	3

Evaluarea generală după scorul PRISM III = evaluarea după subscorul cardiovascular și neurologic + evaluarea după subscorul acidobazic și al gazelor sangvine + evaluarea după scorul biochimic + evaluarea după scorul hematologic

INTERPRETAREA:

Grad minimal după subscoruri și după scorul general	0
Grad maximal după subscorul cardiovascular și neurologic	30
Grad maximal după subscorul acidobazic și al gazelor sangvine	22
Grad maximal după subscorul biochimic	10
Grad maximal după subscorul hematologic	12
Grad minimal după scorul PRISM III	74

Cu cât mai mare este gradul în general, cu atât prognoza este mai rezervată.

Creșterea gradului în dinamică arată agravarea stării pacientului.

Dacă examinarea este efectuată în primele 12 ore ale aflării pacientului în secția reanimare, TI, se consideră PRISM III = 12, dacă în primele 24 ore PRISM = 24

DORA

Evaluarea riscului obiectiv dynamic

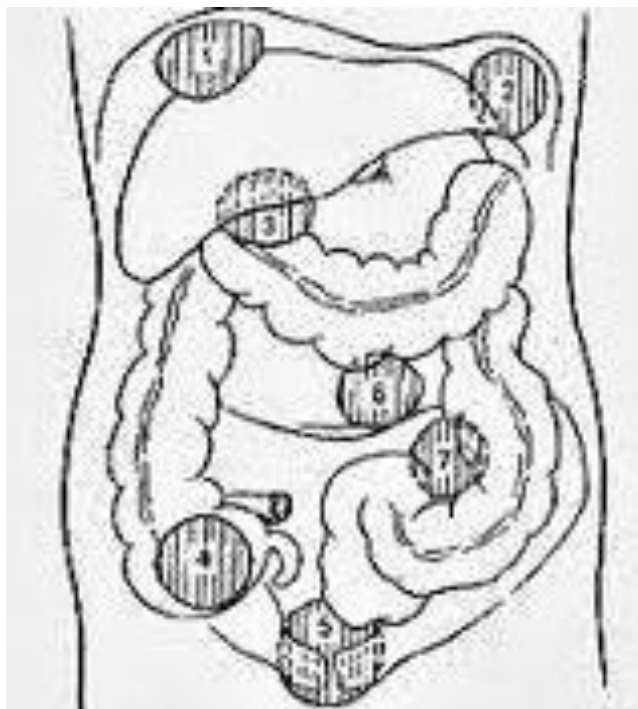
DORA = $0,154 \times$ nr. puncte PRISM III în ziua precedentă + $0,053 \times$ nr. puncte PRISM III în ziua internării – 6,791

La a 2-a zi a aflării în secția TI, Dora = $0,160 \times$ nr. puncte în ziua internării – 6,427

Riscul de deces după următoarele 24 ore = nr. puncte DORA / (1+ nr. puncte DORA)

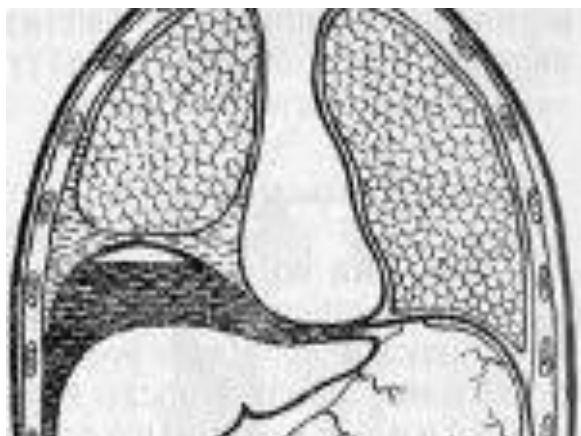
Topografia organelor cavității abdominale

Abcese cavității abdominale



1. Abces subdiafragmatic (subfrenic) pe dreapta
2. Abces subdiafragmatic (subfrenic) pe stânga
3. Abces subhepatic
4. Abces al fosei iliace pe dreapta
5. Abces pelvian
6. Abces în proiecția rădăcinii mezoului sigmei
7. Abces interintestinal

Abces subdiafragmatic pe dreapta cu bulă aerică



1. abces subhepatic
2. abces subfrenic anterior
3. abces subfrenic superior
4. abces subfrenic posterior

5. abces la nivelul marelui epiplon

Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări

Clase de dovezi

Clasa A	Dovezi cu valoare înaltă	Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, metaanaliza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate.
Clasa B	Dovezi cu valoare moderată	Dovada a fost obținută din studii prospective de valoare mai joasă, studii restrospective de caz-control și studii mari de tip observațional, de cohortă sau de prevalență, și era bazată pe informație clar fiabilă.
Clasa C	Dovezi cu valoare joasă	Dovada a fost obținută din studii mai mici de tip observațional, studii bazate pe informație retrospectivă sau mai puțin sigură, opinii autoritare exprimate în recenzii sau din opinii ale experților membrilor grupului de lucru.
Nici una	Dovezi insuficiente	Puține dovezi sau dovezi irelevante pentru soluționarea problemei, sau dovezile revizuite au fost extrem de contradictorii

Scala de evaluare pentru recomandări

1	Recomandat	Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare necesară pentru tratamentul acelor pacienți cărora li se atribuie problema în cauză. Acest nivel este, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între moderat și înalt. Concluzia este puțin probabil să fie schimbată în urma cercetărilor ulterioare. De asemenea, amploarea impactului este suficientă pentru a justifica recomandarea. Noțiunea de Recomandat a fost, de asemenea, utilizată pentru a descrie intervențiile care sunt probabile de a avea un efect semnificativ asupra evoluției pacientului, chiar dacă sunt bazate pe dovezi cu valoare joasă.
2	Puțin recomandat	Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare rațională pentru tratamentul pacienților. Totuși, nu toți pacienții și clinicienii ar dori să urmeze în mod necesar recomandarea. Decizia de a nu urma recomandarea este puțin probabil să ducă la o evoluție nefavorabilă majoră. Acest nivel a fost, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între jos și moderat. Amploarea efectului tratamentului, precum și direcția acestuia pot fi schimbate în urma cercetărilor ulterioare.
3	Nu este recomandat	Dovezile au fost considerate inadecvate sau prea contradictorii pentru a se trage o concluzie semnificativă.

BIBLIOGRAFIE

1. Angelescu N., Andronescu P. D. Chirurgie generală, București, 2000, p.803
2. Angelescu N. Tratat de patologie chirurgicală, București, 2003, T.2, p. 3236
3. Spînu A. Chirurgie, Chișinău, 2000, p.736
4. MeLatghic C.R. FRCS. Ghid clinic de chirurgicalie, 1999, p.184
5. Исаков Ю.Ф., Степанов З.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей, Москва, 1988, с.416
6. Стоян Попкиров Гнойно-септическая хирургия, София, 1974
7. Ахаладзе Г.Г, Церетели И.Ю. Абсцессы печени // Аналы хирургической патологии, 2006, Т.11, №1
8. Абаев Ю.К., Аверин В.И. Абсцессы печени у новорожденных Педиатрия, 2004, №1
9. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия, Москва, 1996
10. Маценко П.А., Урусов В.А. Острый живот у детей, Иркутск, 1973, с.559
11. Биезиль А.П. Диагностика хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полости у детей, Москва, 1971, с.296
12. Церетели И.Ю., Ахаладзе Г.Г., Гальперин Э.И. Анализ факторов риска летальности при абсцессах печени // Анналы хирургической гепатологии, Т.9, №1, 2004, с.69-78
13. Chun-YuChen, Mao-JenLin, Wen-ChiehYang, Yu-JunChang, Feng-XiaCao, Han-PingWu Clinical spectrum of intra-abdominal abscesses in children admitted to the pediatric emergency department//Journal of Microbiology, Immunology and Infection Volume 53, Issue 2, April 2020, Pages 283-291
13. Faruque, A.V., Qazi, S.H., Arshad, M. *et al.* Isolated splenic abscess in children, role of splenic preservation. *Pediatr Surg Int* **29**, 787–790 (2013). <https://doi.org/10.1007/s00383-013-3336-2>
15. Kamal N Rottan, Yogender S Kadian, Vikas Saroha, Nipun Jindar Splenic abscess in children: A report of three patients African Journal of Pediatric Surgery Vol6, 2009, p.106-109 ISSUE 2
16. I. Brook **Splenic abscess in children: role of anaerobic bacteria** Infect Dis Clin Pract, 2 (5) (1993 Sep 1), pp. 345-348
17. Management of Liver Abscess in Children: Our Experience Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology 7(1), May 2017, p.23-26
18. Большов А.В., Хрыщанович В.Я. Хирургия заболеваний селезенки. Учебно-методическое пособие, Минск, 2015, с.32