

medico-chirurgicale optime în reabilitarea pacienților purtători de ileo și colostome.

**Materiale și metode.** În studiul dat au fost incluși 356 pacienți care au fost supuși reabilitării chirurgicale pe fundal de colo- sau ileostomă (n.115/241).

**Rezultate.** Printre cauzele aplicării anusului contra naturii, clar au dominat, neoplaziile colonice și rectale – 77,25%. Din numărul total de stome, ileostomele au dominat, fiind în mare parte de protecție a anastomozelor colorectale. La pacienții cu anastomozele colorectale dehiscență a survenit în 7,1%, pe când la lichidarea ileostomelor au fost numai 2 (0,82%) cazuri de dehiscență. Decese s-au înregistrat în 5 cazuri printre care pe fundal de dehiscențe anastomotice - în 3 cazuri. Evoluție gravă a fost fixată la pacienții cu dehiscențe apărute până la 6 zile de la rezecția aplicată.

**Concluzii.** Aplicarea anastomozelor colorectale reprezintă un risc avansat de dehiscență și în mare parte necesită de a fi protejate prin ileostomie biluminală. În ce privește rezecțiile de colon sigmoid, hemiclectomiile pe sînga pot fi aplicate fără stome de protecție, decizia se va lua individual, ținând cont de particularitățile individuale – vârsta pacientului, patologii concomitente, pregătirea preoperatorie a intestinului, profesionalismul operatorului. Anastomoze aplicate cu sutură mecanică obligator se vor proteja prin ileostomie.

**Cuvinte cheie.** Colon, dehiscența, anastomoza, neoplazie.

## SURGICAL MANAGEMENT OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ILEO- AND COLOSTOMES

Valentin Bendelic, Adrian Hotineanu, Tudor Timis, Lucian Palii, Constantin Bendelic

Department of surgery no. 2, State University Of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Chișinău, Republic of Moldova

**Aim of study.** The surgical rehabilitation of patients with intestinal stomas also represents a difficult surgical field, which remains one with advanced operative risk, often caused by a significant traumatism. The aim is appreciation of the optimal medical-surgical tactics in the rehabilitation of patients with ileostomy and colostomies.

**Materials and methods.** The study included 356 patients who underwent surgical rehabilitation of colo- or ileostomy (n.115/241).

**Results.** Among the causes of applying the anus against nature, colonic and rectal neoplasms clearly dominated - 77.25%. Out of the total number of stomas, ileostomes dominated, being mostly protective of the colorectal anastomoses. In patients with colorectal anastomoses, dehiscence occurred in 7.1%, while when the ileostomes were removed, there were only 2 (0.82%) cases of dehiscence. Deaths were recorded in 5 cases, including on the background of anastomotic dehiscences - in 3 cases. Serious evolution was determined in patients with dehiscences that appeared up to 6 days after the applied resection.

**Conclusions.** The application of colorectal anastomoses represents an advanced risk of dehiscence and mostly needs to be protected by biluminal ileostomy. Regarding sigmoid colon resections, hemiclectomies on the left can be applied without a protective stoma, the decision will be taken individually, taking into account the individual characteristics - the age of the patient, concomitant pathologies, preoperative preparation of the colon, the professionalism of the operator. Anastomoses applied with mechanical suture must be protected by ileostomy.

**Keywords.** Colon, dehiscence, anastomosis, neoplasia.

## MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL COMPLICAȚIILOR MEGA-DOLICOCOLONULUI, EXPERIENȚA CLINICII



Bendelic Constantin<sup>1</sup>, Hotineanu Andrian<sup>1</sup>, Ungureanu Sergiu<sup>2</sup>, Bendelic Valentin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamentul de Chirurgie Nr 2, USMF “Nicolae Testemițanu”, Republica Moldova; <sup>2</sup> Departamentul de Chirurgie Nr 4, USMF “Nicolae Testemițanu”, Republica Moldova

**Scopul lucrării.** Mega-dolicolonul rămâne a fi o patologie subdiagnosticată, deseori manifestându-se doar prin constipație cronică. Altă față a acestei maladii se descrie prin sindroame ocluzive (volvulus/fecalome), perforatii intestinale complicate cu peritonite, care la rândul său necesită un abord chirurgical de urgență. Scopul lucrării este determinarea tacticii chirurgicale optime în complicațiile mega-dolicolonului precum și managementul postoperator.

**Materiale și metode.** Pe parcursul perioadei MAI/22-MAI/23, au fost operați 19 bolnavi cu complicații ale mega-dolicolonului. Complicația dominantă a reprezentat volvulusul sigmoidian cu ocluzie intestinală. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 42-68 de ani. 12 din toți pacienții au fost diagnosticați primar cu megadolicolon și volvulus, iar 7 au fost intervenți anterior pentru volvulus sigmoidian. Numărul de reintervenții în lotul 2 a fost între 2 și 4 intervenții chirurgicale.

**Rezultate.** 11 bolnavi, din primul lot au suportat detorsii intestinale prin abord colnosopic și clistere evacuatorii cu rezolvarea sindromului ocluziv. Doar 1 bolnav a suportat detorsie intestinală prin laparotomie. Din lotul 2, toți pacienții au suportat intervenții rezecțive, 4 fiind cu stome. A fost înregistrat un deces în lotul 2, din cauza complicațiilor (peritonită).

**Concluzii.** Mega-dolicolonul rămâne o patologie subdiagnosticată și cu o clinică neglijată, însăși prezintă complicații severe. În cazurile primar depistate, cu volvulus incomplet, este binevenită detorsia endoscopică. Pacienții care au suferit torsiile repetate în anamnestic, necesită intervenții rezecțive radicale.

**Cuvinte cheie.** Mega-dolicolon, volvulus, rezecție de colon.

## SURGICAL MANAGEMENT OF MEGA-DOLICOCOLON COMPLICATIONS, CLINIC EXPERIENCE

Bendelic Constantin<sup>1</sup>, Hotineanu Andrian<sup>1</sup>, Ungureanu Sergiu<sup>2</sup>, Bendelic Valentin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Surgery nr. 2, State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemițanu”, Republic of Moldova; <sup>2</sup> Department of Surgery nr. 4, State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemițanu”, Republic of Moldova

**Aim of study.** Mega-dolicolon remains an underdiagnosed pathology, often manifested only by chronic constipation. Another side of this disease is described by occlusive syndromes (volvulus/fecalomas), intestinal perforations complicated with peritonitis, which

in turn require an immediate surgical approach. The aim is to determine the optimal surgical tactics in the complications of megadolocolon as well as postoperative management.

**Materials and methods.** During the period MAY/22-MAY/23, 19 patients with complications of megacolon were operated on. The dominant complication was sigmoid volvulus with intestinal occlusion. The age of the patients was between 42-68 years. 12 of all patients were primarily diagnosed with megadolocolon and volvulus, and 7 were previously operated on for sigmoid volvulus. The number of reoperations in the second group was between 2 and 4 surgical interventions.

**Results.** 11 patients, from the first batch, endured intestinal detorsions through a colonoscopic approach and evacuation of enemas with resolution of the occlusive syndrome. Only 1 patient was treated surgically through laparotomy. From the second group, all patients underwent resective interventions, 4 with stomas. One death was recorded in group 2 due to complications (peritonitis).

**Conclusions.** Mega-dolocolon remains an underdiagnosed pathology and with a neglected clinic, but itself presents severe complications. In primary detected cases, with incomplete volvulus, endoscopic detorsions are welcome. Patients with a history of repeated torsions require radical resective interventions.

**Keywords.** Megadolocolon, Volvulus, colon resection.

## APENDICITA ACUTĂ LA BĂTRÂNI. PERFECTAREA UNUI NOU SCOR DE DIAGNOSTIC ȘI ALGORITMUL DE IMPLEMENTARE CLINICĂ



Gaitur, S. Revencu, Gh. Rojnoveanu

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

**Scopul lucrării.** Dificultățile de diagnostic ale apendicitei acute la bătrâni au creat premise pentru standardizarea diagnosticului și crearea unui scor care ar corespunde cerințelor actuale. Scopul este perfectarea diagnosticului de apendicita acută la bătrâni prin crearea unui nou scor clinico-ecografic.

**Materiale și metodă.** Studiul prospectiv vizează 224 de pacienți vârstnici cu AA diagnosticată, tratați la IMSP IMU și IMSP SCM „Sf. Arh. Mihail” din municipiul Chișinău, Republica Moldova în perioada anilor 2013-2018. Repartizare după vârstă a fost de 60 - 92 de ani, vârsta medie constituind  $76 \pm 16$  ani. Bărbați incluși în studiu - 88 (39%) iar femei - 136 (61%). Au fost analizate semnele clinice, ecografice și de laborator ale apendicitei acute (AA).

**Rezultate.** Semnele clinice: semnul Kocher (pozitiv) – (1 punct), vomă / nausee (prezente) – (1 punct), semnul Blumberg în regiunea iliacă dreaptă (pozitiv) – (2 puncte), semnul Bartomie-Michelson (pozitiv) – (1 punct); Semne de laborator: leucocitoza ( $>10^9/l$ ) – (1 punct); Semne ecografice: AV neschimbat și / sau altă patologie (determinat) (minus) - 3 puncte, creșterea diametrului AV  $> 7$  mm (determinat) – (2 puncte), îngroșarea țesutului periapendicular (determinat) – (1 punct), incompresibilitatea AV (determinat) – (1 punct), coprolit în lumenul AV (determinat) – (1 punct); Total – maximum +11 puncte, minimum -3 (minus 3) puncte. Dacă la sumarea punctelor criteriilor clinice și de laborator pozitive ale AA se obține un rezultat de 6-7 puncte atunci se stabilește diagnosticul de AA. În acest caz nu este necesară o ecografie suplimentară, deoarece nici identificarea unei alte patologii acute, cu sau fără semne de inflamație ale AV la examenul USG („minus” 3 puncte), nu va afecta rezultatul și interpretarea algoritmului de aplicare SD Nou. Scorul final va fi - 3 sau mai multe puncte, ceea ce indică cert faptul că pacientul are AA. Diagnosticat cu AA, pacientul este supus tratamentului chirurgical urgent. Dacă suma punctelor este mai mică de 4 puncte atunci se efectuează o ecografie a cavității abdominale cu includerea suplimentară a semnelor ecografice ale AA, dacă acestea sunt determinate. Examenul USG al AV cu un diametru mai mare de 7 mm este estimată cu - 2 puncte; incompresibilitatea AV - 1 punct; îngroșarea țesutului periapendicular - 1 punct; coprolit în lumenul AV - 1 punct; prezența semnelor ecografice ale patologiei acute neapendiculare a cavității abdominale și / sau detectarea ecografică a unui AV compresibil cu diametrul mai mic de 7 mm - „minus” 3 puncte. În cazul obținerii sumei punctelor de AA mai mică de 2 puncte, după un examen ecografic general, diagnosticul de AA este exclus. În cazul obținerii sumei punctelor de 3 sau mai mult, diagnosticul de AA este foarte probabil și este indicată apendicectomia, în cazul atribuirii de 2 puncte, diagnosticul AA este posibil și este indicată laparoscopia diagnostică.

**Concluzii.** Scorurile de diagnostic sunt standarde științifice pentru diagnosticarea AA ale căror formare și evaluare comparativă ar trebui să se efectueze pe baza indicatorilor propuși, precum și a principiilor metodologice și a algoritmilor comuni la pacienții bătrâni. Analiza structurală a SD AA dezvoltate anterior cu algoritmul aplicații a relevat inconsecvența acestora cu principiile comune propuse de formare, lipsa concentrării asupra diagnosticării AA cu admiterea până la 53,8% din apendicectomii a formelor nedistructive de AA, fapt neacceptabil la pacienții în vârstă. SD AA nou și algoritmul lui de aplicare la persoanele bătrâne, vizează diagnosticarea AA, dezvoltat în conformitate cu cerințele metodologice unificate propuse pentru crearea SD AA și a algoritmilor acestora. SD AA nou la bătrâni a demonstrat o eficiență clinică mai mare în diagnosticarea AA cu o sensibilitate de până la 93,15% în comparație cu metoda clinică nestandardizată și SD AA Alvarado, independent de „factori de risc”, pentru diagnosticarea AA, ca obezitate și localizarea atipică a AV.

## ACUTE APPENDICITIS IN THE ELDERLY. REFINEMENT OF A NEW DIAGNOSTIC SCORE AND ALGORITHM FOR CLINICAL IMPLEMENTATION

Gaitur, S. Revencu, Gh. Rojnoveanu

<sup>1</sup> Department of Surgery No. 1 “Nicolae Anestiadi”, <sup>2</sup> Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, “Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy, <sup>3</sup> Institute of Emergency Medicine, Chisinau, Republic of Moldova

**Aim of study.** The diagnostic difficulties of acute appendicitis in the elderly created premises for the standardization of diagnosis and the creation of a score that would correspond to current requirements. The aim is to improve the diagnosis of acute appendicitis in the elderly by creating a new clinical-ultrasound score.

**Materials and methods.** The prospective study aims at 224 elderly patients with diagnosed AA, treated at IMSP IMU and IMSP SCM “St. Arch. Mihail” from the municipality of Chisinau, Republic of Moldova during the years 2013-2018. Distribution by age was 60 - 92