

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

¹ Catedra de Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, ² Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ³ 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 clinic-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 ± 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

¹ Department of Surgery No. 1 “Nicolae Anestiadi”, ² Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, “Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy, ³ 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

years, the average age being 76 ± 16 years. Men included in the study - 88 (39%) and women - 136 (61%). Clinical, ultrasonographic and laboratory signs of acute appendicitis (AA) were analyzed.

Results. Clinical signs: Kocher sign (positive) – (1 point), vomiting / nausea (present) – (1 point), Blumberg sign in the right iliac region (positive) – (2 points), Bartomie-Michelson sign (positive) – (1 point); Laboratory signs: leukocytosis ($>10^4 \cdot 10^9/l$) – (1 point); Ultrasound signs: unchanged AV and / or other pathology (determined) (minus) - 3 points), increase in AV diameter $> 7\text{mm}$ (determined) – (2 point), thickening of the periappendiceal tissue (determined) – (1 point), AV incompressibility (determined) – (1 point), coprolite in the AV lumen (determined) – (1 point); Total – maximum +11 points, minimum -3 (minus 3) points. If by adding up the points of the positive clinical and laboratory criteria of AA, a result of 6-7 points is obtained, then the diagnosis of AA is established. In this case, an additional ultrasound is not necessary, since the identification of another acute pathology, with or without signs of inflammation of the AV on USG examination ("minus" 3 points), will not affect the result and interpretation of the New SD application algorithm. The final score will be - 3 or more points, which definitely indicates that the patient has AA. Diagnosed with AA, the patient undergoes urgent surgical treatment. If the sum of the points is less than 4 points, then an ultrasound of the abdominal cavity is performed with the additional inclusion of ultrasound signs of AA, if they are determined. USG examination of AV with a diameter greater than 7 mm is estimated with - 2 points; AV incompressibility - 1 point; thickening of the periappendiceal tissue - 1 point; coprolite in the AV lumen - 1 point; the presence of ultrasound signs of acute non-appendiceal pathology of the abdominal cavity and / or ultrasound detection of a compressible AV less than 7 mm in diameter - "minus" 3 points. If the sum of AA points is less than 2 points, after a general ultrasound examination, the diagnosis of AA is excluded. If the sum of points is 3 or more, the diagnosis of AA is very likely and appendectomy is indicated, if 2 points are assigned, the diagnosis of AA is possible and diagnostic laparoscopy is indicated.

Conclusions. Diagnostic scores are scientific standards for the diagnosis of AA, the formation and comparative evaluation of which should be carried out on the basis of the proposed indicators, as well as methodological principles and common algorithms in elderly patients. The structural analysis of previously developed SD AA with the applied algorithms revealed their inconsistency with the common principles proposed for formation, the lack of focus on the diagnosis of AA with the admission of up to 53.8% of appendectomies of non-destructive forms of AA, an unacceptable fact in elderly patients. The new SD AA and its application algorithm in elderly people, aims at the diagnosis of AA, developed in accordance with the proposed unified methodological requirements for the creation of the SD AA and their algorithms. The new SD AA in the elderly has demonstrated higher clinical efficiency in diagnosing AA with a sensitivity of up to 93.15% compared to the non-standardized clinical method and SD AA Alvarado, independent of "risk factors", for diagnosing AA, like obesity and atypical location of the AV.

ANASTOMOZELE INTESTINALE TEMPORIZATE ÎN TROMBOZĂ MEZENTERIALĂ ACUTĂ



Berliba Sergiu¹, Vlad Ion², Liuba Strelțov¹, Ala Suman¹, Sergiu Revencu¹

¹ USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, R. Moldova, ² Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, R. Moldova

Scopul lucrării. Tratamentul trombozei mezenterice acute (TMA) reprezintă o problemă majoră a chirurgiei contemporane. Letalitatea cunoscută constituie 54,1% în embolia arterială și 77,4% în ocluzia venoasă. Prognosticul pacienților este rezervat, majoritatea prezentându-se la spitalizare cu necroza de intestin și peritonită, care și după rezecții extinse progresează în porțiunile restante la fiecare al 2-a pacient. Scopul este analiza eficacității aplicării anastomozelor intestinale temporizate la pacienți cu TMA.

Materiale și metode. 23 pacienți cu TMA tratați pe parcursul anilor 2019-2023 în IMU. Vârsta a variat 26-74 ani, cu media $54,1 \pm 2,4$ ani. Raport b/f – 14/9.

Rezultate. La majoritatea pacienților TMA a fost localizată în bazinul AMS. Peritonita difuză a fost prezentă la 19 pacienți. Tratament conservativ conform datelor TC au necesitat 5 pacienți, unul fiind supus și laparoscopiei diagnostice pentru excluderea necrozei intestinale. Tabloului clinic și TC în 18 cazuri au prezentat indicații pentru laparotomie. Laparotomie exploratorie - 3 cazuri cu confirmarea necrozei totale intestinale. În 3 cazuri de necroză sectorială de colon - rezecții sectoriale finite cu colostomie. La 12 pacienți fost practică sigilarea bonturilor intestinului subțire și montarea laparostomiei cu revizii repetate. Aplicarea anastomozelor temporizate a fost efectuată la 8 pacienți peste 36-48 ore de la intervenția primară, criteriile fiind lipsa progresării necrozei și peritonitei. Peritonita și necroza în evoluție în 4 cazuri au fost soluționate prin re-rezecție intestinală, lavaj și laparostomie, cu re-revizie peste 36 ore. Mortalitatea precoce - 21,7%, urmare a dehiscenței anastomotice și peritonitei.

Concluzii. Rezecțiile segmentare ale intestinului necrozat cu sigilarea bonturilor și aplicarea laparostomiilor în TMA permit monitorizarea progresării necrozei intestinale. Re-laparotomiile programate cu re-rezecții de intestin la necesitate și asanarea cavității abdominale, în condiții de stopare a necrozei și diminuarea peritonitei, permit aplicarea anastomozelor temporizate.

Cuvinte cheie. Tromboză mezenterică acută, peritonită, anastomoză temporizată

DELAYED INTESTINAL ANASTOMOSIS IN ACUTE MESENTERIAL THROMBOSIS

Berliba Sergiu¹, Vlad Ion², Liuba Strelțov¹, Ala Suman¹, Sergiu Revencu¹

¹ SUMPh "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republic of Moldova, ² Institute of Emergency Medicine, Chișinău, Republic of Moldova

Aim of study. Treatment of acute mesenteric thrombosis (AMT) represents a major problem in contemporary surgery. The known lethality is 54.1% in arterial embolism and 77.4% in venous occlusion. The prognosis of the patients is reserved, the majority presenting to the hospital with bowel necrosis and peritonitis, which even after extensive resections progress in the outstanding portions in every second patient. The aim is analysis of the effectiveness of the application of delayed intestinal anastomoses in patients with AMT.

Materials and methods. 23 patients with AMT treated during the years 2019-2023 in the IMU. The age ranged from 26 to 74 years, with a mean of 54.1 ± 2.4 years. Ratio m/f – 14/9.

Results. In most patients the AMT was located in the pool of the AMS. Diffuse peritonitis was present in 19 patients. According to CT data, 5 patients required conservative treatment, one also underwent diagnostic laparoscopy to rule out intestinal necrosis. The clinical signs and CT in 18 cases showed indications for laparotomy. Exploratory laparotomy - 3 cases with confirmation of total