

**IMSP INSTITUTUL MAMEI ȘI COPILULUI**

**ABCESE ALE  
CAVITĂȚII PELVIENE  
LA COPIL**

**Protocol clinic instituțional**

## CUPRINS

<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT:</b> .....	3
<b>PREFAȚĂ</b> .....	3
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ</b> .....	3
A.1. Diagnosticul .....	3
A.2. Codul bolii (CIM 10) .....	3
A.3. Utilizatorii .....	3
A.4. Scopurile protocolului.....	3
A.5. Data elaborării protocolului: .....	4
A.6. Data următoarei revizuirii: .....	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	4
A.9. Informația epidemiologică .....	4
<b>B. PARTEA GENERALĂ</b> .....	5
Nivelul de staționar .....	5
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUCERE</b> .....	6
C. 1.1. Algoritm de tratament .....	6
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR</b> .....	7
C.2.1. Clasificarea.....	7
C.2.2. Factorii de risc .....	7
C.2.3. Conduita pacientului.....	7
C.2.3.1. Anamneza.....	7
C.2.3.2. Examenul fizic.....	7
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice.....	7
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial .....	8
C.2.3.5. Complicații .....	8
C.2.3.6. Criteriile de spitalizare .....	9
C.2.3.8. Tratamentul.....	9
C.2.3.9. Prognostic .....	9
C.2.3.10. Supravegherea pacienților .....	9
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI</b> .....	10
<b>E. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE</b> .....	12
<b>F. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI</b> .....	13
<b>Anexa 1: Ghidul pacientului cu Abscese ale cavității pelviene</b> .....	14
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT:

<b>ACP</b>	– Abcese ale cavității pelviene
<b>CT</b>	– Tomografie computerizată
<b>IMșiC</b>	– Institutul Mamei și Copilului
<b>RMN</b>	– Rezonanța magnetonucleară
<b>Ro"-grafia</b>	– Radiografie
<b>TI</b>	– Terapie intensivă

## PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional „Abcese ale cavității pelviene la copii” a fost elaborat de un grup de colaboratori științifici sub conducerea D-nei Eva Gudumac, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Academician al AȘ RM, Om Emerit, șef catedra Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie pediatrică al USMF „Nicolae Testemițanu”, director Centrul Național Științifico-practic Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”. Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința catedrei de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică USMF „Nicolae Testemițanu”, șef catedră, d.h.m, profesor universitar, academician AȘM, Eva Gudumac.

## A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

### A.1. Diagnosticul:

*Exemple de diagnostic clinic:*

1. Abces al organelor genitale interne. Abces ovarian.
2. Abces apendicular.

### A.2. Codul bolii (CIM 10)

**K 73** Abces organelor genitale

**K 35.1** Abcesul apendicular

### A.3. Utilizatorii:

- Secția chirurgie toraco-abdomenală,
- Secția reanimare și terapie intensivă,
- Secția internare (chirurg-pediatru),
- Laboratorul clinic,
- Laboratorul bacteriologic,
- Secția radiologie,
- Secția diagnostic funcțional,
- Secția anesteziologie,
- Farmacia spitalului,
- Secția reabilitare clinică,
- Secția patomorfologie,
- Secția consultativă pentru copii.

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

### A.4. Scopurile protocolului:

1. A ameliora situația ținând cont de depistarea tardivă a bolnavilor cu ACP prin sporirea ponderii depistării precoce a procesului.
2. A ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice și de tratament a copiilor cu ACP.
3. A îmbunătăți diagnosticarea și acordarea asistenței necesare la etapa primară spitalicească la copii cu ACP.
4. Reducerea maximală a complicațiilor precoce și tardive după tratamentul copiilor cu ACP.

**A.5. Data elaborării protocolului: mai 2013**

**A.6. Data următoarei revizuirii: mai 2015**

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

<b>Numele</b>	<b>Funcția deținută</b>
<b>Acad. Eva Gudumac</b>	Doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Academician al AȘ RM, Om Emerit, șef catedra Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie pediatrică al USMF „Nicolae Testemițanu”, director Centrul Național Științifico-Practic Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”
<b>Dr. Irina Livșiț</b>	Medic ordinator, chirurg-pediatru, doctorand
<b>Dr. Mihai Seu</b>	Șef secție chirurgie generală
<b>Dr. Larisa Boiștean</b>	Șef secție chirurgie septică
<b>Dr. Tatiana Pasicovschi</b>	Șef secție reanimare, TI, toxicologie, metode extracorporale de detoxificare a sîngelui

**A.8. Definițiile folosite în document**

**Abcesul apendicular** – bloc de anse și mare epiplon ce înconjoară apendicele perforat și delimitează o colecție de puroi fetid. Formațiunea se conturează în jurul cecului, retrocecal, medial de cec, sub cec.

**Abcesele pelviene, abcesele spațiului Douglas** – colecții ale lichidului purulent în spațiul recto-uterin la fete sau recto-vezical la băieți.

**Formațiunea purulentă tuboovariană** – rezultatul lezării purulente a trompei uterine și ovarului cu formarea unor cavități unice, care este circumflexă cu o capsulă piogenă.

**Copil** – persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.

**Recomandabil** – nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

**A.9. Informația epidemiologică**

Cauzele ACP sunt apendicita acută perforată cu sediu pelvin și inflamația organelor localizate în regiunea pelviană. Infiltratul sau plastronul apendicular este o complicație frecventă a apendicitei acute la copii (1,2-9,8%) și constă într-un conglomerat de anse și epiplon circumscriind apendicele, total transformat într-o masă tumorală palpabilă la peretele abdominal și prin tușeul rectal. În 4,1-28% din cazuri evaluează spre abcedare. Răspîndirea infecției între organele cavității abdominale la copii este favorizată de dezvoltarea slabă a omentului, în legătura cu ce organismul nu poate delimita focarul purulent.

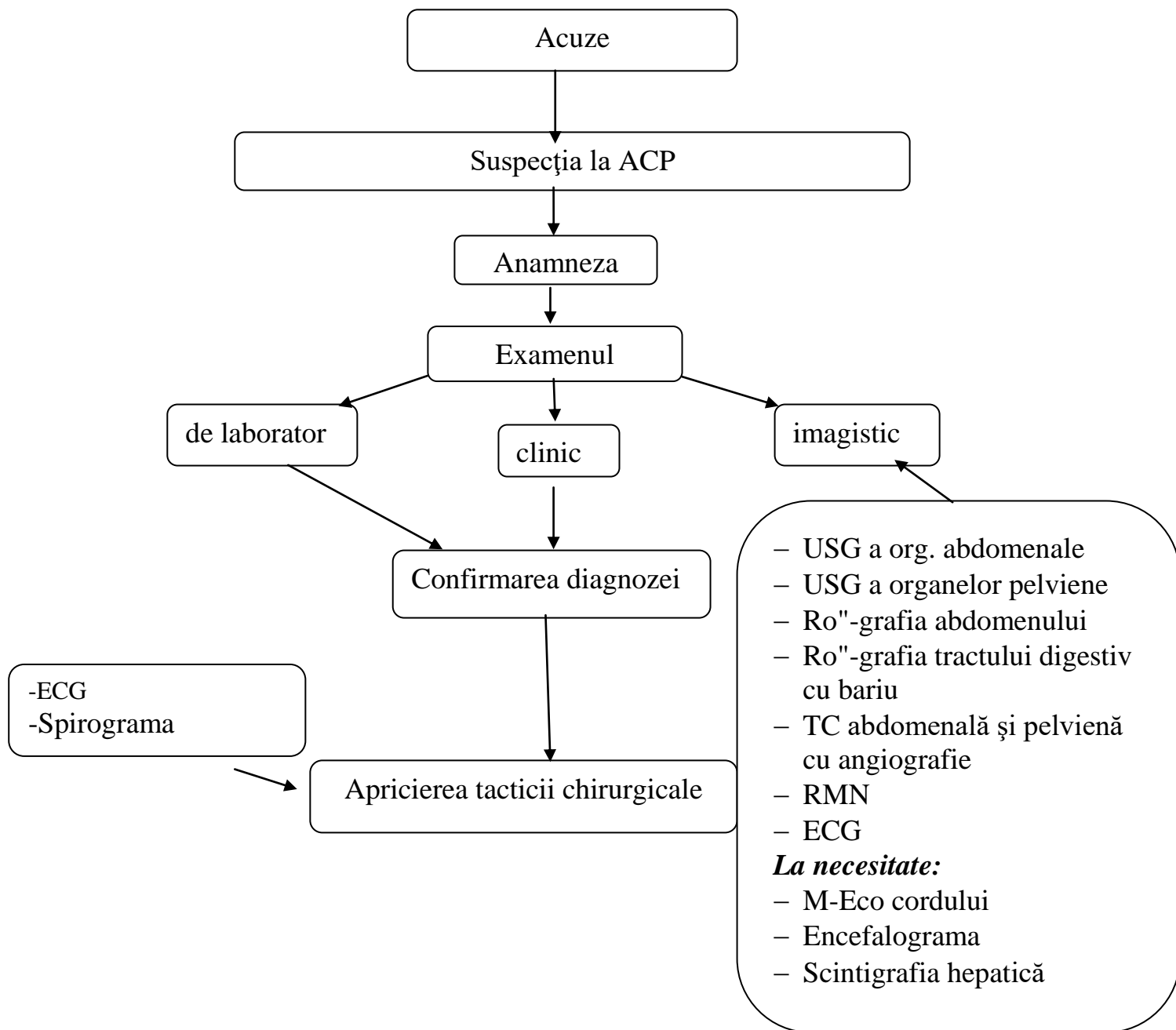
Factorul etiologic al procesului purulent tubo-varian este flora multimicrobiană. În patogeneza predomină infectarea pe calea ascendentă din etajele inferioare ale organelor genitale. Totodată, răspîndirea infecției poate fi și din zonele extragenitale, în special în stadiile avansate ale apendicitei. Migrarea procesului inflamator poate fi pe plicurile peritoneului, între mezoul apendicular și anexele uterine drepte. Aici se localizează anastomozele între vasele sangvine și limfatice ale intestinului gros și anexelor uterine drepte.

**B. PARTEA GENERALĂ**

<b>Nivelul de staționar (IMSP IMșiC)</b>		
<b>Descriere</b> (măsuri)	<b>Motive</b> (repere)	<b>Pașii</b> (modalități și condiții de realizare)
<b>Protecția personalului</b>	Protejarea de contactul cu lichide biologice, de expunerea la agenții infecțioși și toxici în timpul examenului clinic.	<b>Obligatoriu (caseta 8):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (mănuși, mască, halate).</li> </ul>
<b>1. Spitalizarea</b>	Vor fi spitalizați copiii care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienții cu ACP se vor spitaliza în secția specializată de chirurgie toraco-abdomenală pediatrică sau chirurgie septică IMșiC.</li> <li>• În secțiile de reanimare și terapie intensivă se vor spitaliza copii cu ACP în stare foarte gravă, cu dereglări organice și al indicilor de laborator, postoperator.</li> </ul>
<b>Diagnosticul</b>		
<b>2. Confirmarea diagnosticului de ACP</b>	Diagnosticarea precoce a ACP permite inițierea cât mai oportună a tratamentului adecvat și reducerea ratei complicațiilor	<b>Investigații obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colectarea anamnezei (caseta 3).</li> <li>• Examenul clinic (casetele 4, 5).</li> <li>• Examenul de laborator (tabelul 1).</li> <li>• Examenul imagistic (tabelele 1, 2).</li> <li>• Diagnosticul diferențial (caseta 6).</li> <li>• Evaluarea riscului complicațiilor.</li> </ul> <b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultul altor specialiști (anesteziolog, cardiolog, oncolog, urolog etc.)</li> </ul>
<b>Tratamentul</b>		
<b>3. Tratamentul chirurgical</b>	Tratarea ACP prin metode chirurgicale de tratament	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprecierea tehnicii de tratament (caseta 9).</li> <li>• Pregătirea preoperatorie (caseta 10).</li> <li>• Intervenția chirurgicală sub anestezie orotraheală (caseta 9).</li> <li>• Conduita postoperatorie (caseta 10).</li> </ul>
<b>4. Externarea, tratament continuu și supraveghere</b>		Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul difinitiv cu confirmarea morfologică.</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate.</li> <li>• Descrierea detaliată a tratamentului efectuat.</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacient și părinți.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie.</li> </ul>

## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C. 1.1. Algoritmul de tratament



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea

#### Caseta 1. Clasificarea ACP

1. Abcese provocate de apendicită.
2. Abcese provocate de maladii purulento-infecțioase ale organelor genitale interne.

### C.2.2. Factorii de risc

#### Caseta 2. Factorii de risc

- Prezența maladiilor infecțioase-purulente în anamneză.
- Maladii infecțioase în antecedente: tonsilită cronică, piodermie, IRVA.
- Apendicită subacută.

### C.2.3. Conduita pacientului

#### C.2.3.1. Anamneza

##### Caseta 3. Anamneza

- Maladii infecțioase suportate pe parcursul ultimilor 3-6 luni.
- Timpul prezenței durerii abdominale și evoluția ei.
- Viața sexuală la fete.
- Maladii ginecologice suferite sau pentru care copilul se află la evidență.

#### C.2.3.2. Examenul fizic

##### Caseta 4. Simptomele generale

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Slăbiciune generală, care se agravează în dinamică</li><li>• Febră înaltă (până la 39-40°C) sau de tip hectic</li><li>• Frisoane</li><li>• Cefalee</li><li>• Poftă de mâncare scăzută</li><li>• Tahicardie</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Grețuri, vome</li><li>• Labilitate emoțională</li><li>• Diaree sau scaun cu mucozități</li><li>• Dizurie</li><li>• Eliminări vaginale și/sau uretrale</li><li>• Poziție forțată</li></ul> |
|--|---|

##### Caseta 5. Simptomele locale

- Dureri abdominale localizate în regiunea hipogastrică bilateral sau unilateral.
- Iradierea durerii în regiunea lombară, rect sau femur pe partea afectată.
- Intensificarea durerii la mers, în timpul defecației sau urinării.
- Prezența unei formațiuni palpabile în abdomen:
  - slab mobilă, dureroasă la palpare,
  - cu contur șters.
- La tușeul rectal se determină: durere, posibil determinarea unei formațiuni, bombare, edem și fluctuație.

#### C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice.

Investigațiile paraclinice	Staționar
Analiza sumară a urinei	<i>O</i>
Analiza sumară de sânge	<i>O</i>
Indicii coagulogramei (timpul de coagulare, protrombină, fibrinogen)	<i>O</i>
Grupa sangvină și Rh-factor	<i>O</i>
Analiza sîngelui la HIV/SIDA	<i>O</i>
Reacția Wassermann	<i>O</i>
Examenul ecografic al organelor abdominale și pelviene	<i>O</i>
Radiografia panoramică a organelor abdominale	<i>O</i>
EKG	<i>O</i>
<i>La necesitate:</i> TC organelor bazinului mic cu angiografie, RMN, irigoscopia, laparoscopia diagnostică	<i>R</i>

*O* – obligatoriu; *R* – recomandabil.

**Tabelul 2. Investigațiile imagistice.**

<b>Investigație</b>	<b>Avantaje</b>
<b>USG abdominală și pelviană</b>	– este o metoda neinvazivă, poate fi efectuată chiar la patul pacientului, cât și în dinamică, în particular. Prin aceasta se apreciază o formațiune tumorală, cu dimensiunile și marginile șterse, cât și un proces aderențial intraabdomenar, lichid liber.
<b>Ro''-grafia abdominală panoramică</b>	– poate indica: ocluzie intestinală parțială, prezența aerului, nivelul hidric, deplasarea organelor abdominale, colecții lichidiene etc.
<b>Ragiografia tractului digestiv cu bariu</b>	– indică aglutinarea infiltratului inflamator și deplasarea organelor interne.
<b>TC a organelor abdominale și pelviană cu aortografie</b>	– determină localizarea, forma, dimensiunile, conturile formațiunii, deplasarea și aderarea la organele învecinate, starea sistemului urinar.
<b>Laparoscopia diagnostică</b>	– vizualizează procesul aderențial; localizarea formațiunii patologice la copil este dificilă din cauza volumului mic al cavității pelviene și prezența procesului aderențial.

**C.2.3.4. Diagnosticul diferențial****Caseta 6. Diagnosticul diferențial**

- **Chist ovarian torsionat, inflammat sau necrotizat:**
  - în anamneză: diagnostic de chist ovarian,
  - durere acută periodică în etajul inferior al abdomenului, ce se intensifică după efort fizic, fiind asociată cu grețuri și vomă,
  - paliditatea pielii și a mucoaselor vizibile,
  - transpirații reci,
  - la palparea profundă și percuția regiunii suprapubiene se poate releva sensibilitate, fie o formațiune sugerând prezența unei tumori (examenarea se face după golirea vezicii urinare),
  - la tușeul rectal se determină o formațiune de forma rotundă, cu suprafață regulată, la dislocare dureroasă.
- **Apendicita acută pelviană (apendice pelvin inflammat sau perforat):**
  - durere spontană intensă,
  - intensificarea durerilor abdominale la compresia în regiunea fosei ileace drepte,
  - la tușeul rectal palparea peretelui lateral se va releva o sensibilitate dureroasă dată de un apendice inflammat,
  - testul rotator al coapsei va fi pozitiv când există o formațiune inflamată și aderată de fascia mușchiului obturator intern. Acest test va fi întotdeauna pozitiv în caz de apendicită perforată, abces pelvin sau un hematom sau când se acumulează lichid inflamator în pelvis.
- **Diverticulită:**
  - durere spastică în regiunea paraombilicală,
  - semne de ocluzie intestinală parțială.
- **Pelvioperitonită, peritonită pelviană:**
  - din anamneză: prezența maladiei inflamatorii a organelor genitale interne,
  - durere pe regiunea inferioară a abdomenului (regiunea suprapubiană).
- **Abces pelvian:**
  - la tușeul rectal: bombarea peretelui rectal anterior se va diferenția de încastrarea joasă a unui fecalom.

**C.2.3.5. Complicații****Caseta 7. Complicațiile**

- Ruperea formațiunii tumorale în cavitatea abdominală dezvoltă peritonită.
- Ruperea în organele cavitare duce la formarea fistulei interne intestinale, de vezică uinară sau vaginale. La momentul ruperii în organul cavitat durerea se intensifică, dar mai apoi poate apărea o senzație falsă de îmbunătățire a stării generale a pacientului.



### C.2.3.6. Criteriile de spitalizare

#### Caseta 8. Criteriile de spitalizare

- Toți copiii cu sindrom algic abdominal cu localizare în etajul inferior.
- Toți copiii cu formațiuni palpabile intraabdomenale localizate în etajul inferior.
- Toți copiii cu datele ultrasonografice, radiologice concludente pentru formațiune tumorală localizată în etajul inferior asociate cu sindromul dolo.
- Prezența complicațiilor.

### C.2.3.8. Tratamentul

Principiul dominant în formațiunile inflamatorii este „*ubi pus ibi evacuo*” – „*acolo unde este puroi înlătură*”.

#### Caseta 9. Tratamentul chirurgical

##### Indicații absolute pentru tratamentul chirurgical:

- Riscu dezvoltării sau prezența sepsisului chirurgical abdominal.
- Semne de ruptură a abcesului.
- Peritonită purulentă.
- Prezența fistulei interne formate.

##### Tratamentul chirurgical constă din laparotomie mediană inferioară:

- adezioliză și drenarea externă și asanarea abcesului,
- înlăturarea ovarului, trompei uterine în cazul piovarului și abcesului trompoovarian,
- asanarea și drenarea externă a cavității abcesului cu efectuarea apendicectomiei în prezența posibilităților tehnice.

#### Caseta 10. Tratamentul medicamentos pre- și postoperator

- Antibacteriene: Gentamicină, Cefalosporine gen. III-IV: Ceftazidim, Azitromicină, Cefuroxim, Cefepim etc.
- Antibacteriene sintetice: Metrogil.
- Antipiretice: Paracetamol.
- Antihistaminice: Diphenhidramină, Clorpiramină, Clemastin, Fencarol etc.
- Corticosteroizi și preparate nesteroidice: Diclofenac.
- Aminoacizi, Sol. Natriu clorid 0,9%; Sol. Glucoză 5-10 %, Sol. Etamsilat 12,5%, Sol. Acid ascorbic 5%, Sol. Drotoverină, Sol.KCl 4%, Sol.CaCl<sub>2</sub>, Sol. MgSO<sub>4</sub> 25%, Sol Prozerină, Sol. Novocaină 0,5%, Heparină, Sol. Solcoseril sau Actovegin, GOMK.
- Fluconazol 50mg, Vit. E capsule, N-acetilcysteina, Espumizan emulsie orală, Tinc. Valleriană, Linex, Lacidofil, Lactuloză, Omeprozol, Famotidină, Maalox, Metoclopramid.
- Antiaderențiale: past. Wobenzym, caps. Serrata.
- Tratament local (Sol. Iod, alcool etilic 96%, Sol. betadină, tifon steril).
- Tramadol, dexalgină, promedol, pentrox.
- Manuși nesterile și sterile, pară.

Astfel, aspectul și volumul pregătirii preoperatorii depinde de nivelul tulburărilor funcționale, în special al metabolismului proteic. Totodată, tratamentul postoperator depinde de caracterul și volumul intervenției chirurgicale, de starea generală a bolnavilor, de patologiile asociate care însoțesc procesul de bază. Tratamentul infuzional se efectuează timp de 5-7 zile, după caz și indicații clinice.

### C.2.3.9. Prognostic

Prognosticul este favorabil, cu restabilirea calității vieții în volum obișnuit în decurs de 3 luni.

### C.2.3.10. Supravegherea pacienților

Se efectuează o dată în lună primele 6 luni, apoi o dată în 2 luni timp de 6 luni, apoi o dată în 3 luni. La necesitate supravegherea se efectuează în comun cu medicul chirurg-pediatru și ginecolog-pediatru. Programul de supraveghere include:

- Examenul fizic.
- Analiza generală a sîngelui.
- USG organelor abdominale și pelviene.

**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<b>Secția chirurgie septică sau chirurgie generală și serviciile paraclinice IMSP IMȘIC</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medic chirurg-pediatru</li><li>• Asistentă medicală</li><li>• Medic laborant</li><li>• Medic funcționalist</li><li>• Medic radioimagist</li><li>• Medic imagist</li><li>• Medic anesteziolog</li><li>• Medic patomorfolog</li><li>• Medic citolog</li></ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cabinet USG</li><li>• Cabinet ECG</li><li>• Cabinet CT, RMN</li><li>• Cabinet radioimagistic</li><li>• Laborator clinic</li><li>• Laborator biochimic</li><li>• Laborator citologic</li><li>• Laborator patomorfologic</li><li>• Bloc chirurgical cu aparatajul necesar</li><li>• Reanimare chirurgicală, TI</li></ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antibacteriene: Gentamicină, Cefalosporine gen. III-IV: Ceftazidim, Azitromicină, Cefuroxim, Cefepim etc.</li><li>• Antibacteriene sintetice: Metrogyl.</li><li>• Antipiretice: Paracetamol.</li><li>• Antihistaminice: Diphenhidramină, Cloropiramină, Clemastin, Fencarol etc.</li><li>• Corticosteroizi și preparate nesteroidice: Diclofenac.</li><li>• Aminoacizi.</li><li>• Sol. Natriu clorid 0,9%; Sol. Glucoză 5-10 %.</li><li>• Sol. Etamsilat 12,5%.</li><li>• Sol. Acid ascorbic 5%.</li><li>• Sol. Drotoverină.</li><li>• Sol.KCl 4%.</li><li>• Sol.CaCl<sub>2</sub>.</li><li>• Sol. MgSO<sub>4</sub> 25%.</li><li>• Sol Prozerină.</li><li>• Sol. Novocaină 0,5%.</li><li>• Heparină.</li><li>• Fluconazol 50mg.</li><li>• Vit. E capsule, N-acetilcysteina.</li><li>• Espumizan emulsie orală.</li><li>• Tinc. Valleriană.</li><li>• Linex, Lacidofil.</li><li>• Sol. Solcoseril sau Actovegin.</li><li>• Lactuloză, Omeprozol, Famotidină, Maalox, Metoclopramid.</li><li>• Antiaderențiale: past. Wobenzym, caps. Serrata.</li><li>• Tratament local (Sol. Iod, alcool etilic 96%, Sol. betadină, tifon</li></ul>

	<p>steril).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol, dexalgină, promedol, penthrox.</li> <li>• GOMK.</li> <li>• Manuși nesterile și sterile, pară.</li> </ul>
<p><b>Reanimare chirurgicală, terapia intensivă, metode de detoxicare extracorporală și serviciile paraclinice IMSP IMșiC</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic reanimatolog</li> <li>• Medic chirurg-pediatru</li> <li>• Asistentă medicală</li> <li>• Medic laborant</li> <li>• Medic funcționist</li> <li>• Medic radioimagist</li> <li>• Medic imagist</li> <li>• Medic anesteziolog</li> <li>• Medic patomorfolog</li> <li>• Medic citolog</li> </ul>
	<p><b>Dispozitive medicale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparat USG</li> <li>• Aparat ECG</li> <li>• Cabinet CT</li> <li>• Aparat radiologic</li> <li>• Laborator clinic</li> <li>• Laborator biochimic</li> <li>• Laborator citologic</li> <li>• Laborator patomorfologic</li> <li>• Bloc chirurgical cu aparataj necesar</li> <li>• Sala de laparoscopie cu aparataj necesar</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibacteriene: Gentamicină, Cefalosporine gen. III-IV: Ceftazidim, Azitromicină, Cefuroxim, Cefepim, Imipenem etc.</li> <li>• Antibacteriene sintetice: Metrogil.</li> <li>• Antipiretice: Paracetamol.</li> <li>• Antihistaminice: Difenhidramină, Cloropiramină, Clemastin, Fencarol etc.</li> <li>• Corticosteroizi și preparate nesteroidice: Diclofenac.</li> <li>• Aminoacizi.</li> <li>• Sol. Natriu clorid 0,9%; Sol. Glucoză 5-10 %.</li> <li>• Sol. Etamsilat 12,5%.</li> <li>• Sol. Acid ascorbic 5%.</li> <li>• Sol. Drotoverină.</li> <li>• Sol.KCl 4%.</li> <li>• Sol.CaCl<sub>2</sub></li> <li>• Sol. MgSO<sub>4</sub> 25%.</li> <li>• Sol Prozerină.</li> <li>• Sol. Novocaină 0,5%.</li> <li>• Heparină.</li> <li>• Fluconazol 50mg.</li> <li>• Vit. E capsule, N-acetilcysteina.</li> <li>• Espumizan emulsie orală.</li> <li>• Tinc. Valleriană.</li> <li>• Linex, Lacidofil.</li> <li>• Sol. Solcoseril sau Actovegin.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactuloză, Omeprozol, Famotidină, Maalox, Metoclopramid.</li> <li>• Antiaderențiale: past. Wobenzym, caps. Serrata.</li> <li>• Tratament local (Sol. Iod, alcool etilic 96%, Sol. betadină, tifon steril).</li> <li>• Tramadol, dexalgină, promedol, penthrox.</li> <li>• Manuși nesterile și sterile, pară.</li> </ul>
--	--

## E. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

1. Indicațiile (sau criteriile) de trimitere ale pacientului cu ACP

**Tabelul 1. Transferul în alte secții (transfer intern și transfer extern) a pacienților cu ACP**

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
A. Starea gravă a pacientului B. Preoperator pentru pregătire preoperatorie intensivă C. Postoperator	Secția reanimare și terapie intensivă chirurgicală	Tatiana Pasicovchi Nr.telefon: 55-96-59; 5-43, 2-39
La stabilirea stării generale după corecție chirurgicală, pentru coNtinuarea	Secția chirurgie septică	Larisa Boiștean Nr.telefon: 52-37-82

### Procedura generală de transfer a pacientului:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile/patologia concomitentă/agravarea stării, parvenite la pacientul cu ACP.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. Pacientul în mod obligatoriu este consultat de șeful clinicii sau conferențiarilor catedrei, responsabili de secția respectivă.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se i-a decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează șeful departamentului respectiv despre cazul respectiv.
6. Șeful departamentului respectiv invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă Consiliul medical în componența: șeful departamentului, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern - forma 003e; pentru transfer extern - f 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul IMSP IMȘiC.

2. Cerințele privind necesitatea investigațiilor diagnostico-curative a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective

**Tabelul 2. Investigațiile petrecute pacienților cu ACP în alte instituții medicale**

Investigația	Instituția unde se efectuează	Date de contact
TC organelor abdominale cu angiografie	Centrul Medical „Excellence”	Tel. 022-73-15-22
RMN abdominală	Centrul de Diagnostic German	Tel. 022-84-00-00

### Procedura de pregătire pentru investigația diagnostico-curativă (CT, RMN) a pacientului:

1. Necesitatea efectuării CT va fi argumentată de către Consiliul medical (include șeful departamentului, șeful secției, medicul curant).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT sau RMN și numărul de identitate. Biletul de trimitere se completează de medicul curant.

3. Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau a probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul de identitate (forma 027e).
2. Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezența pacientului) materialul biologic va fi însoțit de forma standardă de întreprere și transportat de către IMSP IMșiC.
3. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției sau șeful departamentului chirurgie.
4. Pacientul este însoțit de către personalul medical, care este responsabil de documentația medicală.
5. Pacientul în vîrsta sub 5 ani este însoțit de către medicul anesteziolog și asistenta medicală (copii în vîrsta mai mare după indicațiile vitale).
6. Transportarea pacientului se efectuează cu transportul IMSP IMșiC.

#### **4. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare**

1. În contractul cu instituțiile subcontractate este menționat modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor.

#### **5. Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală**

1. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer extern sau intern). Transferul se efectuează cu acordul informat al pacientului, a reprezentantului legal.

#### **6. Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidența ulterioară (de exemplu: după externarea din staționar etc.)**

1. Extrasul (forma 027e) obligatoriu va include recomandări pentru pacient.

### **F. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**

Nr. d/o	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice și tratamentului copiilor cu ACP.	Proporția copiilor care au fost diagnosticați cu ACP și tratați în condiții de staționar conform recomandărilor PCI „Abcese ale cavității pelviene la copil”, pe parcursul unui an.	Numărul copiilor care au fost diagnosticați cu ACP și tratați în staționar conform recomandărilor PCI „Abcese ale cavității pelviene la copil”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii care au fost diagnosticați cu ACP și au primit tratament în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an.
2.	A reduce complicațiile tardive la copiii cu ACP	Proporția copiilor cu ACP care au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul unui an.	Numărul copiilor cu ACP care au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu ACP care se află la evidența medicului chirurg-pediatru pe parcursul ultimului an.

## Ghidul pacientului cu Abcese ale cavității pelviene (Ghid pentru pacienți, părinți)

### Întroducere

Acest Ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu ACP în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În Ghid se explică indicațiile adresate pacienților ce au suspjecția la ACP. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire, diagnosticare și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detaliu sau analizele și tratamentele necesare. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul chirurg-pediatru de referință.

### **Indicațiile din Ghidul pentru pacient (părinți, reprezentant legal), cuprind:**

- modul în care medicul trebuie să suspecte dacă copilul are ACP;
- modul în care pacientul sau părintele (dacă copilul este prea mic și nu poate lămuri schimbările în organism) poate evita, suspecta ACP sau poate favoriza stabilirea precoce a diagnosticului de ACP;
- factorii de risc pentru dezvoltarea ACP, manifestările clinice ale maladiei;
- variantele de tratament modern.

### **Indicațiile din Ghid conțin:**

- modul în care medicii trebuie să stabilească dacă copilul are semne concludente pentru ACP;
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu ACP.

### **Asistența medicală de care trebuie să beneficiați**

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în volum deplin. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu medicul care tratează copilul Dvs. 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, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este ACP și care este tratamentul cel mai potrivit pentru copilul Dvs.

**Abcese ale cavității pelviene** sunt acumularea delimitată a puroiului în spațiul vezico-uterin, rectouterin sau vezico-rectal.

### **Cauzele dezvoltării ACP la copil:**

- Prezența maladiilor infecțioase-purulente în anamneză.
- Maladii infecțioase în antecedente: tonzilită cronică, piodermie, IRVA.
- Apendicită subacută.

### **Manifestările clinice**

Stadiile incipiente ale formării ACP pot fi asimptomatice sau pot fi manifestate prin dureri nesemnificative periodice abdominale, fără localizarea concretă sau apariția febrei periodice. Apoi apar dureri abdominale în etajul inferior, posibil palparea unei formațiuni dureroase în aceeași regiune, dureri abdominale la defecație sau/și micție, acutizarea durerii la efort fizic, iradierea durerii în regiunea lombară, femur pe partea afectată, apar grețuri, vome, febra înaltă.

**Când trebuie să vedeți un medic:** trebuie să faceți o programare la medicul Dvs. dacă copilul Dvs. are oricare semn sau simptom care vă îngrijorează din cele enumerate mai sus, dacă durerea abdominală este acută, insuportabilă trebuie să fie chemată ambulanța sau adresați-vă de sinestătător la orice spital, preponderent în care activează medic chirurg-pediatru.

**Tratamentul.** Singura metodă de tratament radical este corecția chirurgicală cu terapie intensivă pre- și postoperatorie.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hung S. Appendectomy. In ACS Surgery: Principles and Practice, on-line version, 2005, Section 5, Gastrointestinal Tract and Abdomen.
2. Farthmann EH, Schoffel U. Principles and Limitations of Operative Management of Intraabdominal Infections. World J Surg. 1990; 14: 210-217.
3. Ашкрафт К. У., Холдер Т.М. „Детская хирургия”, Санкт-Петербург, 1999.
4. Маценко П.А., Урусов В.А. „Острый живот у детей”, Иркутск, 1973.
5. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Федоров К.К., Габинская Т.А. „Острый аппендицит у детей”. Москва, 1998.
6. Гостищев В.К., Шалчкова Л.П. „Гнойная хирургия таза”. Москва, 2000.
7. William Silen. „Diagnosticul precoce al abdomenului acut”. 1991.
8. Drojomirescu Corneliu, Popescu Irinel. „Actualități în chirurgie”. București, 1998.