|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Stema R |  |

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII, MUNCII ŞI PROTECŢIEI SOCIALE**

**AL REPUBLICII MOLDOVA**

**Abcese ale cavităţii pelviene la copil**

**Protocol clinic naţional**

 **PCN-309**

Chişinău, 2018

**Aprobat prin şedinţa Consiliului de experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova din 22.11.2017, proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova nr. 109 din 26.01.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional** „**Abcese ale cavităţii pelviene la copil**”

**Elaborat de colectivul de autori:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gudumac Eva**  |  USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Irina Livşiţ** **Jana Bernic** **Nadejda Andronic** **Natalia Cojuşneanu**  | USMF „Nicolae Testemiţanu”USMF „Nicolae Testemiţanu”USMF „Nicolae Testemiţanu” IMSP IM şi C |

Recenzenți oficiali:

|  |  |
| --- | --- |
| **Victor Ghicavîi** | Catedră farmacologie şi farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemiţanu" |
| **Ghenadie Curocichin** | Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Valentin Gudumac** | Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Vladislav Zara** | Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale |
| **Maria Cumpănă** | Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate |
| **Diana Grosu-Axenti** | Compania Naţională de Asigurări în Medicină |

**CUPRINS:**

**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT ................................................................. 4**

 **PREFAŢĂ ................................................................................................................................ 4**

**A. PARTEA INTRODUCTIVĂ 4**

 A.1. Diagnosticul **...................................................................................................................... 4**

 A.2. Codul bolii **....................................................................................................................... 4**

 A.3. Utilizatorii **........................................................................................................................ 4**

 A.4. Scopurile protocolului **....................................................................................................... 4**

 A.5. Data elaborării protocolului **.............................................................................................. 5**

 A.6. Data următoarei revizuiri **.................................................................................................. 5**

 A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la

 elaborarea protocolului **................................................................................................................ 5**

 A.8. Definiţiile folosite în document **........................................................................................ 5**

 A.9. Informaţia epidemiologică **............................................................................................... 5**

**B. PARTEA GENERALĂ 6**

B1. Nivelul de asistența medicală primară **....................................................................................... 6**

B2. Nivel de asistența medicală de urgență **..................................................................................... 6**

B3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (chirurg-pediatru)**..............................** 7

B.4. Nivelul de asistenţă medicală spitalicească (Spitalul Raional)**................................................** 7

B.5. Nivelul de asistenţă medicală spitalicească (IMşiC)**...............................................................** 8

**C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ**

C. 1.1. Algoritmul de diagnostic **...............................................................................................** 9

**C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR** 10

C.2.1. Clasificarea **...................................................................................................................** 10

 C.2.2. Factorii de risc **...............................................................................................................** 10

C.2.3. Conduita pacientului **.....................................................................................................** 10

 *C.2.3.1*. Anamneza **...................................................................................................................** 10

C.2.3.2. Examenul fizic **............................................................................................................** 10

C.2.3.3. Investigaţiile paraclinice **............................................................................................** 11

 C.2.3.4. Diagnosticul diferenţial**................................................................................................** 12

 C.2.3.5. Complicaţii **..................................................................................................................** 12

 C.2.3.6. Criteriile de spitalizare **................................................................................................** 12

 C.2.3.7. Tratamentul **.................................................................................................................** 13

C.2.3.8. Prognostic ................................................................................................................... 14

C.2.3.9. Supravegherea pacienților **...........................................................................................** 14

C.2.3.10. Managementul pacientului în condițiile transferului**................................................** 15

**D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR** **PROTOCOLULUI ................................................................................**  15

**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI ....** 18

Anexa 1. Ghid pentru pacienţi şi părinţi **.....................................................................................** 18

Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru PCN ……………………………….19

**BIBLIOGRAFIA ...........................................................................................................** 21

**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| ACP | Abcese ale cavităţii pelviene |
| IMşiC | Institutul Mamei şi Copilului |
| Ro"-grafia | radiografie |
| TI | Terapie intensivă |
| CT | Tomografie computerizată |
| RMN | Rezonanţa magnetonucleară |

**PREFAŢĂ**

 Protocolul clinic instituţional „ Abcese ale cavităţii pelviene la copii” a fost elaborat de un grup de colaboratori ştiinţifici sub conducerea D-nei Eva Gudumac, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar, Academician al AŞ RM, Om Emerit, şef catedra Chirurgie, Ortopedie şi Anesteziologie pediatrică al USMF „Nicolae Testemiţanu”, Centrul Naţional Ştiinţifico-practic Chirurgie Pediatrică „Academecian Natalia Gheorghiu”.

 Protocolul a fost discutat şi aprobat la şedinţa catedrei de Chirurgie, Ortopedie şi Anesteozologie Pediatrică USMF „Nicolae Testemiţanu”, şef catedră, d.h.m, profesor universitar, academician AŞM, Eva Gudumac.

**A. PARTEA INTRODUCTIVĂ**

***A.1. Diagnosticul:*** Abces ale cavităţii pelviene

Exemple de diagnostic clinic:

 Abces al organelor genitale interne. Abces ovarian

 Abces apendicular

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

 K 73 Abces organelor genitale

 K 35.1 Abcesul apendicular

***A.3. Utilizatorii***

* Oficiile medicilor de familie (medici de familie, asistente medicale de familie)
* Centrele de sănătate (medici de familie)
* Centrele medicilor de familie (medici de familie)
* Instituţiile/secţiile consultative raionale şi municipale (medici chirurg-pediatru, chirurg pentru adulţi, pediatri)
* Asociaţiile medicale teritoriale (medici de familie, pediatric, chirurg-pediatru, chirurg pentru adulţi)
* Secţii de pediatrie ale spitalelor raionale, municipal şi republican (medici pediatri)
* Centru de chirurgia pediatrică, reanimare şi terapie intensivă ale spitalelor municipali şi republicani (medici chirurg-pediatru şi reanimatologi)

***Notă***: Protocolul la necesitate poate fi utilizat şi de alţi specialişti.

***A.4. Scopurile protocolului***

1. A ameliora situaţia ţinând cont de depistarea tardivă a bolnavilor cu abcese ale cavităţii pelviene prin sporirea ponderii depistării precoce a procesului.
2. a ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice şi de tratament al copiilor cu abcese ale cavităţii pelviene
3. a îmbunătăţi diagnosticarea şi acordarea asistenţei necesare la etapa primară spitalicească la copii cu abcese ale cavităţii pelviene.
4. Crearea condiţiilor favorabile cu argumentarea spitalizării copiilor cu abcese ale cavităţii pelviene în secţia chirurgie septică, chirurgie urgentă sau reanimare, TI cu profilaxia complicaţiilor psihologice.
5. Ameliorarea calităţii tratamentului chirurgical a copiilor cu abcese ale cavităţii pelviene
6. Reducerea maximală a complicaţiilor precoce şi tardive după tratamentul copiilor

cu abcese ale cavităţii pelviene.

1. A ameliora rezultatele imediate ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu abcese ale cavităţii pelviene

***A.5. Data elaborării protocolului: 2018***

***A.6. Data următoarei revizuiri: 2020***

***A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului***

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcţia deţinută** |
| Eva Gudumac  | d.h.ş.m., profesor universitar, Academician al AŞ RM, Om Emerit, şef catedra Chirurgie, Ortopedie şi Anesteziologie pediatrică al USMF „Nicolae Testemiţanu”, centrul naţional Ştiinţifico-Practic Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” |
| Irina Livşiţ  | Medic ordinator, chirurg-pediatru, doctoranda  |
| Jana Bernic  | d.h.ş.m. profesor universitar, USMF „Nicolae Testemiţanu”  |
| Nadejda Andronic | d.h.ş.m., conf., USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| Natalia Cojuşneanu  | d.ş.m., chirurg-pediatru, director pe chirurgie IM şi C |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Protocolul a fost discutat și aprobat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea/instituţia** | **Persoana responsabilă - semnătura** |
| Comisia stiinţifico-metodică de profil „Chirurgie” |  |
| Catedra de Chirurgie, Anesteziologie şi Reanimare Pediatrică. USMF „Nicolae Testemiţanu” |  |
| Asociaţia Medicilor de Familie din RM |  |
| Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale |  |
| Consiliul de Experţi al MS RM |  |
| Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate |  |
| Compania Naţională de Asigurări în Medicină |  |
| Centrul Național de Sănătate Publică |  |

 |  |

***A.8. Definiţiile folosite în document***

**Abcesul apendicular** reprezintă un bloc de anse şi epiplon ce înconjoară apendicele perforat şi delimitează o colecţie de puroi fetid. Formaţiunea se conturează în jurul cecului, retrocecal, medial de cec, sub cec.

**Abcesele pelviene, abcesele spaţiului Duglas** sunt colecţii a lichidului purulent în spaţiul recto-uterin la fete sau recto-vezical la băieţi

**Formaţiunea purulentă tuboovariană** este rezultatul lezării purulente a trompei uterine şi ovarului cu formarea unor cavităţii 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. Informaţia epidemiologică*

 Cauzele abceselor ale cavităţii pelviene sunt: apendicita acută perforată cu sediu pelvin şi inflamaţia organelor localizate în regiunea pelviană.

 Infiltratul sau plastronul apendicular este o complicaţie frecventă a apendicitei acute la copii (1,2-9,8%) şi constă dintr-un conglomerat de anse şi epiplon circumscriind apendicele, total transformat într-o masă tumorală palpabilă la peretele abdominal şi prin tuşeul rectal. În 4,1-28% din cazuri evaluează spre abcedare. Răspândirea infecţiei între organele cavităţii abdominale la copii este favorizată de dezvoltarea slabă a omentului, în legătura cu ce organismul nu poate delimita focarul purulent.

 Factor cauzal etiologic al procesului purulent tubovarian este flora multimicrobiană. În patogeneză predomină infectarea pe calea ascendentă din etajele inferioare ale organelor genitale. Totodată, răspândirea infecției poate fi şi din zonele extragenitale, în special în stadiile avansate ale apendicitei. Migrarea procesului inflamator poate fi pe plicurile peritoneului, între mezoul apendicular şi anexele uterine drepte. Aici se localizează anastomozele între vasele sangvine şi limfatice a intestinului gros şi anexelor uterine drepte.

**B. PARTEA GENERALĂ**

|  |
| --- |
| **B.1. 1. Nivelul de asistenţă medicală primară** |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motive** ***(repere)*** | **Paşi****(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| 1. Suspectarea abceselor cavităţii pelviene
 | Suspectarea permite depistarea precoce a abceselor cavităţii pelviene. | **Obligatoriu:*** Anamneza atentă (*caseta* 2,3)
* USG organelor abdominale şi pelviene (*Tabelul 1,2*)
 |
| 1. **Diagnosticul**
 |
|  **2.1** Diagnosticul preliminar al abceselor cavităţii pelviene | Diagnosticul precoce a abceselor cavităţii pelviene permite iniţierea tratamentului şi reducerea evoluţiei nefavorabile a proceselor supurative, care pot duce la invaliditate şi deces | **Obligatoriu:*** Anamneza (*caseta 3* )
* Examenul obiectiv (*caseta 4,5*)
* Examenul de laborator (*Tabelul 1* )
* USG organelor abdominale şi pelviene(*Tabelul 2* )
* Diagnosticul diferenţial (*caseta 6*)
 |
| Deciderea consultaţiei specialiştilor şi spitalizării |  | **Obligatoriu:*** Toţi copii cu suspecție la abces ale cavităţii pelviene necesită consultaţia medicului specialist chirurg-pediatru
* Evaluarea criteriilor de spitalizare
 |
|  **3.Tratamentul**  |
|  3.1. Tratamentul simptomatic |  | **Necesită tratament în staţionar** |
| 1. **Supravegherea**
 |  | **Necesită îndreptare în staționar** |
| **B.2. Asistenţa medicală de urgenţă** |
| 1. Suspectarea Abceselor ale cavităţii pelviene
 | Suspectarea permite depistarea precoce a abceselor ale cavităţii pelviene. | **Obligatoriu:*** Anamneza atentă (*caseta* 2)
 |
| 1. **Diagnosticul**
 |
| **2.1** Diagnosticul preliminar al abceselor cavităţii pelviene | Diagnosticul precoce a abceselor cavităţii pelviene permite iniţierea tratamentului şi reducerea evoluţiei nefavorabile a proceselor supurative, care pot duce la invaliditatea şi deces | **Obligatoriu:*** Anamneza (*caseta 2,3* )
* Examenul obiectiv (*caseta 4,5*)
* Diagnosticul diferenţial (*caseta 6*)
 |
| Deciderea consultaţiei specialiştilor şi spitalizării |  | **Obligatoriu:*** Toţi copii cu suspecţie la abces ale cavităţii pelviene necesită consultaţia medicului specialist chirurg-pediatru
* Evaluarea criteriilor de spitalizare
 |
| **3.Tratamentul**  |
| 3.1. Tratamentul simptomatic |  | **La necesitatea:*** Antalgici
* Terapia de detoxicare
 |
| **4.Supravegherea** |  | Necesită internarea în staţionar |
| **B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (chirurg-pediatru)** |
| 1. Suspectarea abceselor ale cavităţii pelviene
 | Suspectarea permite depistarea precoce a abceselor cavităţii pelviene la copil | **Recomandabil:*** Anamneza atentă (*caseta 3*)
* USG organelor abdominale şi pelviene
 |
| 1. **Diagnosticul**
 |
| * 1. Confirmarea patologiei cavităţii pelviene
 |  Diagnosticul precoce a abceselor cavităţii pelviene permite iniţierea tratamentului şi reducerea evoluţiei nefavorabile a proceselor supurative, care pot duce la invaliditate şi deces  |  **Obligatoriu:*** Anamneza (*caseta 2,3*)
* Examenul obiectiv (*caseta 4,5*)
* Examenul de laborator (*Tabelul 1*)
* USG organelor abdominale şi pelviene(*Tabelul 2*)
* Diagnosticul diferenţial (*caseta 6*)

**Recomandabil:*** Consultaţia altor specialişti (pediatru, ginecolog, alt.)
 |
| 1. **Tratamentul trebuie să fie în condiţiile staţionarului**
 |
| 1. **Supravegherea contraindicată**
 |
| **B.4. Nivelul de asistenţă medicală spitalicească (Spitalul Raional)** |
| **1. Spitalizarea** | Vor fi internaţi copiii care prezintă cel puţin un criteriu pentru spitalizare. | **Obligatoriu:*** În secţiile de reanimare şi terapie intensivă se vor spitaliza copii cu abcese ale cavităţii pelviene în stare foarte gravă, cu dereglări organice şi schimbări în analizele biologice, postoperator cei care au suportat intervenţie chirurgicală.
* Pacienţi în starea stabilă necesită transferarea în secţie de chirurgie septică la IM şi C
 |
| **2. Diagnosticul** |
| 2.1. Confirmarea diagnosticului de abcese ale cavităţii pelviene  | Diagnosticarea precoce ale abceselor cavităţii pelviene permite iniţierea cît mai precoce a tratamentului adecvat şi reducerea ratei invalidităţii  | **Investigaţii obligatorii:*** Colectarea anamnezei (*caseta 2,3* )
* Examenul clinic general şi local (*caseta 4,5*)
* Examenul imagistic (*Tabelul 1,2*)
* Examenul de laborator (*Tabelul 1,2*)
* Diagnosticul diferenţial (*caseta 6*)
 |
| **3. Tratamentul** |
| 3.1 Tratamentul chirurgical | Tratarea abceselor cavităţii pelviene prin metode chirurgicale  | **Obligatoriu:*** Pregătirea preoperatorie (*caseta 11*)
 |
| **4. Externarea,** **tratament continuu (**caseta 14) |  | Extrasul **obligatoriu** va conţine:* Diagnosticul definitiv
* Rezultatele investigaţiilor efectuate.
* Descrierea detailată a tratamentului efectuat.
 |
| **B.5. Nivelul de asistenţă medicală spitalicească (IM şi C)** |
| **1. Spitalizarea** | Vor fi internaţi copiii care prezintă cel puţin un criteriu pentru spitalizare. | **Obligatoriu:*** Pacienţii cu abcese ale cavităţii pelviene se vor spitaliza în secţia specializată de chirurgie septică a IM şi C. ( *caseta 8* )
* În secţiile de reanimare şi terapie intensivă se vor spitaliza copii cu abcese ale cavităţii pelviene în stare foarte gravă, cu dereglări organice şi schimbări în analizele biologice, postoperator cei care au suportat intervenţie chirurgicală.
 |
| **2. Diagnosticul** |
| 2.1. Confirmarea diagnosticului de abcese ale cavităţii pelviene  | Diagnosticarea precoce a abceselor cavităţii pelviene permite iniţierea cât mai precoce a tratamentului adecvat şi reducerea ratei invalidităţii  | **Investigaţii obligatorii:*** Colectarea anamnezei (*caseta 2,3* )
* Examenul clinic general şi local (*caseta 4,5*)
* Examenul imagistic (*Tabelul 1,2*)
* Examenul de laborator (*Tabelul 1*)
* Diagnosticul diferenţial (*caseta 6*)
* Evaluarea riscului complicaţiilor (*caseta 7,8*)

**Recomandabil:**Consultul altor specialişti (anesteziolog, cardiolog, urolog, ginecologi, oncologi etc.) |
| **3. Tratamentul** |
| 3.1 Tratamentul chirurgical | Tratarea abceselor cavităţii pelviene prin metode chirurgicale  | **Obligatoriu:*** Aprecierea tehnicii de tratament (indicaţiile pentru tratamentul chirurgical) (*caseta 9,10* )
* Pregătirea preoperatorie (*caseta 11*)
* Intervenţia chirurgicală sub anestezie generală
* Conduita postoperatorie (*caseta 11*)
 |
| **4. Externarea,** **tratament continuu şi supraveghere** |  | Extrasul **obligatoriu** va conţine:* Diagnosticul definitiv cu confirmarea morfologică.
* Rezultatele investigaţiilor efectuate.
* Descrierea detailată a tratamentului efectuat.
* Recomandări explicite pentru pacient şi părinţi.
* Recomandări pentru medicul de familie (*caseta 12, 13*)
 |

**C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ**

C. 1.1. Algoritmul de tratament

Acuze

Suspecţie de formaţiune inflamatorie pelviană

Anamneza

Examen

imagistic

clinic

de laborator

- USG a organelor abdominale

- USG a organelor pelviene

- Ro"-grafia abdomenului

- Ro"-grafia tactului digestiv cu bariu

- TC abdominală şi pelviană cu angiografia

- RMN

- ECG

La necesitatea:

* MEco cordului
* Encefalograma
* Scintigrafia hepatică

Confirmarea diagnozei

-ECG

-Spirograma

Aprecierea tacticii chirurgicale

**C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR**

**C.2.1. Clasificarea**

|  |
| --- |
| *Caseta 1.* Clasificarea abceselor organelor pelviene 1. Abcese provocate de apendicită acută 2. Abcese provocate de maladii purulento-infecţioase a organelor genitale interne |

**C.2.2. Factorii de risc**

***Caseta 2***. Factori de risc

* Prezenţa maladiilor infecţios-purulente în anamneză
* Maladii infecţioase în antecedente: tonzilită cronică, piodermie, IRVA
* Apendicită subacută

**C.2.3. Conduita pacientului**

***C.2.3.1. Anamneza***

|  |
| --- |
| ***Caseta* 3**. Anamneza copilului cu abcese ale organelor pelviene* Maladii infecţioase suportate pe parcursul ultimilor 3-6 luni
* Timpul prezenţei dureri abdominale şi evoluţia ei
* Viaţa sexuală la fete
* Maladii ginecologice suferite sau pentru care copilul se află la evidenţă
 |

***C.2.3.2. Examenul fizic***

***Caseta 4****.*  **Simptoamele generale:**

* + Slăbiciunea generală, care se agravează în dinamica
	+ Febra înaltă (până la 39-40°C) sau de tip hectic
	+ Frison
	+ Cefalee
	+ Pofta de mâncare scăzută
	+ Tahicardie
	+ Greţuri, vome
	+ Labilitatea emoţională
	+ Diareea sau scaun cu mucozităţi
	+ Disurie
	+ Eliminări vaginale şi/sau uretrale
	+ Poziţia forţată

***Caseta 5*** **Simptomele locale**

* + Dureri abdominale localizate în regiunea hipogastrică bilateral sau pe o parte
	+ Iradierea durerii în regiunea lombară, rect sau femur pe partea afectată
	+ Intensificarea durerii la mers , în timpul defecaţiei sau urinării
	+ Prezenţa unei formaţiune palpabile în abdomen:
* Slab mobilă
* Dureroasă la palpare
* Cu contur şters
* Se măreşte şi se ramoli cu timp
* La tuşeu rectal: durerea; posibil determinarea unei formaţiune; bombarea, edem şi fluctuaţie

***C.2.3.3. Investigaţiile paraclinice***

|  |
| --- |
| ***Tabelul1.*** Examenul paraclinic |
| Analiza generală de sânge | O |
| Analiza sumară de urină | O |
| Indicii coagulogramei (timpul de coagulare, TTPA, protrombina, fibrinogenul, D-dimerii) | O |
| Biochimia sângelui* + - Proteina totală
		- Proteina C-reactivă
		- Ureea
		- Creatinină
		- Bilirubina totală și fracțiile ei
		- ALT, AST
		- Glucoza
		- LDH
		- Ionograma serică (K,Na,Ca,Cl)
 |  |
| Grupa sangvină şi Rh-factor | O |
| Analiza sângelui la HIV/SIDA | O |
| Reacţia Wassermann | O |
| Examen ultrasonografic a organelor abdominale şi pelviene, radiografia panoramică a organelor abdominale | O |
| ECG | O |
| Examenul microbiologic(fliude patologice,unde este necesar hemocultura, etc.) și antibiotico-grama  | O |
| **La necesitate:** TC organelor bazinului mic cu angiografie, RMN, irigoscopia, laparoscopia diagnostică | R |

|  |
| --- |
| **Tabelul 2.Investigaţii imagistice** |
| **Investigaţie** | **Avantaje** | **Grad**  | **Nivel**  |
| **de dovezi** |
| *USG abdominală şi pelviană* | *–*metoda neinvazivă, poate fi efectuată chiar la patul pacientului, cât şi în dinamică, în particular. Se apreciază o formaţiune tumorală, cu dimensiunile şi marginile şterse, un proces aderenţial intraabdominal, lichid liber | A | Ia |
| *Ro"-grafia abdominală panoramică* | *-* poate indică la: ocluzie intestinală parţială, prezenţa aerului, nivelul hidric, deplasarea organelor abdominale, colecţii lichidiene, etc. | B | IIa |
| *Ragiografiea tactului digestiv cu bariu* | - ne indică la aglutinarea la infiltratul inflamator şi deplasarea organelor interne . | C | IV |
| *CT organelor abdominale şi pelviană cu aortografie* | *–* se determină localizarea, forma, dimensiunile, conturile formaţiunii, deplasarea şi aderarea la organele învecinate, starea sistemului urinar. | A | Ia |
| *Laparoscopia diagnostică* | *–* ajută vizualizare procesul aderenţial; localizarea formaţiunii patologice la copil este dificilă din cauza volumului mic a cavității pelviene şi prezentă procesului aderenţial. | C | IV |

***C.2.3.4. Diagnosticul diferenţial***

|  |
| --- |
| ***Caseta 6.* Diagnosticul diferenţial** |
| **Chist ovarian torsionat, inflamat sau necotizat*** În anamneza : poate fi pus diagnosticul de chist ovarian
* Durerea acută periodică în etajul inferior a abdomenului, se intensifică după efort fizic, fiind asociată cu greţuri şi vome
* Paliditatea pielii şi mucoaselor vizibile
* Transpiraţie rece
* La palparea profundă şi percuţia regiunii suprapubiene poate releva o sensibilitate\_ fie o formaţiune sugerând prezenţa unei tumori (examinarea se face după golirea vezicii urinare)
* La tuşeul rectal se determină o formaţiune de forma rotundă, suprafaţa regulată, la dislocare dureroasă
 |
| **Apendicită acută pelviană (apendice pelvin inflamat sau perforat)*** Durerea spontană intensă
* Intensificarea durerilor abdominale la compresia în regiunea fosei iliace drepte
* La tuşeul rectal palparea peretelui lateral se va releva o sensibilitate dureroasă dată de un apendice inflamat
* Testul rotator al coapsei va fi pozitiv când există o formaţiune inflamată şi aderată de fascia muşchiului obturator intern. Acest test va fi totdeauna pozitiv în caz de apendicită perforată, abces pelvin sau un hematom sau când se acumulează lichid inflamator în pelvis
 |
| **Diverticulită*** Durerea spastică în regiunea paraombilicală
* Semne de ocluzie intestinală parţială
 |
| **Pelvioperitonită, peritonită pelvină** * Din anamneză : prezenţa maladiei inflamatorii a organelor genitale interne
* Durerea pe regiunea inferioară a abdomenului (regiunea suprapubiană)
 |
| **Abces pelvian*** La tuşeul rectal – bombarea peretelui rectal anterior se va diferenţia de încastrarea joasă a unei fecalom
 |

***C.2.3.5. Complicaţii:***

|  |
| --- |
| ***Caseta 7. Complicaţii*** |
| * Ruperea formațiunii tumorale în cavitatea abdominală dezvoltă peritonita
* Ruperea lui în organele cavitare duce la formare fistulei interne intestinale, de vezica urinară sau vaginale

La momentul ruperii în organul cavitar durerea se intensifică, dar mai apoi poate apărea o senzaţie falsă de îmbunătăţire a stării generale a pacientului. |

***C.2.3.6. Criteriile de spitalizare***

|  |
| --- |
| ***Caseta 8.*** Criterii de spitalizare a copiilor cu abcese ale cavităţii pelviene la copil* Toţi copii cu sindrom algic abdominal cu localizarea în etajul inferior
* Toţi copii cu formaţiuni palpabile intraabdominale localizate în etajul inferior
* Toţi copii cu datele ultrasonografice, radiologice concludente pentru formaţiunea tumorală localizată în etajul inferior asociate cu sindromul dolor
* Prezenţa semnelor de complicaţiile
 |

***C.2.3.7. Tratamentul***

*Caseta 9.* **Indicaţii absolute pentru tratamentul chirurgical:**

* Riscul dezvoltării sau prezenţa sepsisului chirurgical abdominal
* Semne de ruptura a abcesului
* Peritonită purulentă
* Prezenţa fistulei interne formate

|  |
| --- |
| ***Caseta 10.* Tratamentul chirurgical constă din laparotomie mediană inferioară:*** adezioliză şi drenarea externă şi asanarea abcesului.
* Înlăturarea ovarului, trompei uterine în cazul piovarului şi abcesului trompoovarian
* Asanarea şi drenarea externă a cavităţii abcesului cu efectuarea apendicectomiei în prezenţa posibilităţilor tehnice
 |

|  |
| --- |
| ***Caseta 11.*** **Tratamentul medicamentos pre- şi postoperatorNOTĂ** Principiul dominant în formaţiunile inflamatorii este „ ubi pus ibi evacuo”–„acolo unde este puroi–înlătură”  Astfel, aspectul şi volumul pregătirii preoperatorii depinde de nivelul tulburărilor funcţionale, în special al metabolismului proteic. Totodată, tratamentul postoperator depinde de caracterul şi volumul intervenţiei chirurgicale, de starea generală a bolnavilor, de patologiile asociate care însoţesc procesulde bază. Tratamentul infuzional se efectuează timp de 5-7 zile, după caz şi indicaţii clinice.Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (\*) şi însoţite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.* Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum (nou-născuţi şi sugari 2-5mg/kg, 1-5 ani 1,5-3,0mg/kg, 6-14 ani 3mg/kg în 2-3 prize, doza maximală 5mg/kg/zi; mai mare de 14 ani 0,8-1,2mg/kg), Cefalosporine generaţia III-IV: Ceftazidimum sub 2 luni 25-50mg/kg/zi în 2 prize, mai mare de 2 luni 50-100mg/kg/zi în 2 prize, Cefuroximum (nou-născuţ 30-100mg/kg/zi în 2-3 prize, alte 30-100mg/kg/zi în 3-4 prize), Cefepimum, Imipenemum (doar în combinație) copii mai mare de 3 luni, masa corporală sub 40kg 15mg/kg x 4ori/zi, masa corporală mai mare de 40kg – 50mg/kg în 3-4 prize etc.

Tratamentul atimicrobian inițiat impiric se va coreja în funcţie de rezultatele antibiogramei! * Preparate antipiretice: Paracetamolum
* Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, Diphenhydraminum etc.
* Metronidazolum (7,5ml/kg x 3ori/zi)
* Corticosteroizi şi preparate nesteroide: Supp. Diclofenacum
* Aminoacizi (0,5mg/kg 2-3 ori/zi)
* Sol. Natriu chloridum 0,9% 200ml (5-10mg/kg/24 ore i.v.)
* Sol. Glucosum 5-10 % 200ml (5-10mg/kg/24 ore i.v.)
* Sol. Etamsylatum 12.5% 2ml ( 1-12mg/kg în 2 prize 3-5zile profilactic preoperator; 8-10mg/kg intraoperator; 8mg/kg postoperator)
* Sol. Acidum ascorbicum 5%
* Sol. Drotoverinum ( 10-20mg la copii sub 6 ani; 20mg la copii 6-12 ani; 40-80mg mai mare de 12 ani)
* Sol. Kalii chloridum 4%
* Sol. Calcii chloridum
* Sol. Magnesii sulfas 25%
* Sol. Neostigmini methylsulphas
* Sol. Procainum 0,5%
* Sol. Metoclopromidum (1mg/kg în 3 prize)
* Heparini natrium
* Metoclopramidum
* Fluconazolum 50mg, 100mg, 150mg
* Tocopherolum oral capsule, Acetylcysteinum
* Simeticonum emulsie orală
* Tinc. Valerianae radicis extractum siccum
* Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterium infantis+Enterococcus faecium; Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus
* Sol. Dializat deproteinizat din sânge de viţel sau Hemoderivat deproteinizat din sânge de viţel
* Lactulosum
* Omeprozolum, Famotidinum,
* Aluminii hydroxidum+Magnesii hydroxidum, Domperidonum
* Antiaderenţiale: Combinație de enzime foarte active de originea vegetală și animală (Pancreatinum + Papainum+ Bromelinum + Trypsinum +Lipasum + Amylasum + Chymotrypsinum+ Rutosidum trihidrat )
* Caps. Serratiopeptidasum
* Tratament local (Sol. Iodum, Spirtus aethylicus 70/96%, Sol.Povidoni iodidum, tifon steril)
* Tramadolum , Dexketoprofenum, Trimeperidinum, Methoxyfluranum
* Natrii oxybutyras
* Mănuşi nesterile şi sperile

Pară |

***C.2.3.8. Prognostic***

|  |
| --- |
| ***Caseta 12****.* PrognosticFavorabil. Restabilirea calităţii vieţii în volum obişnuit în curs de 3 luni. Pot apărea probleme  |

***C.2.3.9. Supravegherea pacienţilor***

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 necesitatea supravegherea se efectuează în comun de medicul chirurg-pediatru şi ginecolog-pediatru.

***Caseta 13.*** În **programul de supravegherea** se includ:

* Examenul fizic
* analiza generală a sângelui
* analiza sumară de urină
* USG organelor abdominale şi pelviene

***C.3.10. Managementul pacientului în condiţiile transferării***

|  |
| --- |
| ***Caseta 14.* Managementul în conduita transferării**1. Şeful secţiei sau medic curant consultă pacientul cu reprezentantul clinicii în care se trimite pacientul sau în cazuri grave va fi chemată AVIA SAN. 2. Medicul curant (medic pediatru sau de familie) scrie epicriza de transfer (forma 027e), care va include obligatoriu: datele de paşaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluţia bolii, rezultatele investigaţiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesităţii transferului, recomandărilor. 3. Pentru transportarea pacientului în altă instituţie medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul instituţiei în care se află pacientul, maşina AMU sau în cazuri grave cu maşina AVIA SAN 4. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistenţă medicală (transfer extern sau intern). |

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

|  |  |
| --- | --- |
| D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară | **Personal** * Medic de familie
* Asistenta medicală de familie
* Medic de laborator
* Medic funcţionalist (CMF)
 |
| **Dispozitive medicale*** Cabinet USG (CMF)
* Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei şi urinei sumare
 |
| **Medicamente:*** Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum, Cefalosporine generaţia III-IV: Ceftazidimum, Aztreoman\*, Cefuroximum, Cefepimum, Ceftazidimum, (Imipenemum + Cilastatinum) etc.
* Preparate antipiretice: Paracetamolum
* Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, etc.
 |
| D.2. instituţiile/secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulator | **Personal** * Medic pediatru
* Medic chirurg-pediatru
* Asistenta medicală
* Medic de laborator
* Medic funcţionalist
 |
| **Dispozitive medicale*** Aparat USG
* aparat radiologic
* Laborator clinic
* Laborator biochimic
 |
| **Medicamente:*** Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum, Cefalosporine generaţia III-IV: Ceftazidimum, Cefuroximum, Cefepimum, Imipenemum (doar în combinație) etc.
* Preparate antipiretice: Paracetamolum
* Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, Diphenhydraminum etc.
* Metronidazolum
* Corticosteroizi şi preparate nesteroide: Supp. Diclofenacum
* Sol. Natriu chloridum 0,9%
* Sol. Glucosum 5-10 %
* Sol. Etamsylatum 12.5%
* Sol. Acidum ascorbicum 5%
* Sol. Drotoverinum
* Sol. Kalii chloridum 4%
* Sol. Calcii chloridum
* Sol. Magnesii sulfas 25%
* Sol. Neostigmini methylsulphas
* Sol. Procainum 0,5%
* Sol. Metoclopromidum
* **Mănuşi nesterile şi sterile**
 |
| D.3. Instituţiile de asistenţă medicală specializată : secţii chirurgia septică şi reanimare ale spitalelor municipale şi republicane | **Personal** * Medic chirurg-pediatru
* Medic reanimatolog
* Asistenta medicală
* Medic de laborator
* Medic funcţionalist
* Medic radioimagist
* Medic imagist
* Medic anesteziolog
* Medic patomorfolog
* Medic citolog
* Medic microbiolog
 |
|  | **Dispozitive/subdiviziuni medicale*** Aparat USG
* Aparat ECG
* Cabinet CT
* aparat radiologic
* Laborator clinic
* Laborator biochimic
* Laborator citologic
* Laborator patomorfologic
* Laborator microbiologic
* Bloc chirurgical cu tot aparataj necesar
* Sala de laparoscopie cu aparataj necesar
 |
|  | **Medicamente:*** Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum, Cefalosporine generaţia III-IV: Ceftazidimum, Cefuroximum, Cefepimum, Imipenemum etc.
* Preparate antipiretice: Paracetamolum
* Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, etc.
* Metronidazolum
* Corticosteroizi şi preparate nesteroide: Supp. Diclofenacum
* Aminoacizi
* Sol. Natriu chloridum 0,9%-200ml
* Sol. Glucosum 5-10 %-200ml
* Sol. Etamsylatum 12.5% -2ml
* Sol. Acidum ascorbicum 5%
* Sol. Drotoverinum
* Sol. Kalii chloridum 4%
* Sol. Calcii chloridum
* Sol. Magnesii sulfas 25%
* Sol. Neostigmini methylsulphas
* Sol. Procainum 0,5%
* Sol. Metoclopromidum
* Heparini natrium
* Metoclopramidum
* Fluconazolum 50mg, 100mg, 150mg
* Tocopherolum oral capsule, Acetylcysteinum
* Simeticonum emulsie orală
* Tinc. Valerianae radicis extractum siccum
* Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterium infantis+Enterococcus faecium , Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus
* Sol. Dializat deproteinizat din sânge de viţel sau Hemoderivat deproteinizat din sânge de viţel
* Lactulosum
* Omeprozolum, Famotidinum,
* Aluminii hydroxidum+Magnesii hydroxidum, Domperidonum
* Antiaderenţiale: combinația de enzime foarte active de originea vegetală și animală – (Pancreatinum + Papainum+ Bromelinum + Trypsinum +Lipasum + Amylasum + Chymotrypsinum+ Rutosidum trihidrat )
* Caps. Serratiopeptidasum
* Tratament local (Sol. Iodum, Spirtus aethylicus 70/96%, Sol.Povidoni iodidum, tifon steril)
* Tramadolum , Dexketoprofenum, Trimeperidinum, Methoxyfluranum
* Natrii oxybutyras
* Mănuşi nesterile şi sterile
* Pară
 |

**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**

| **No** | **Scopul**  | **Indicatorul** | **Metoda de calcul a indicatorului** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1. | a ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice şi a tratamentului copiilor cu abcese ale cavităţii pelvine. | Ponderea copiilor care au fost diagnosticaţi cu abcese ale cavităţii pelvine şi trataţi în condiţii de staţionat conform recomandărilor PCN „Abcese ale cavităţii pelvine la copil”, pe parcursul unui an. (în%) |  Numărul copiilor care au fost diagnosticaţi cu abcese ale cavităţii pelvine şi trataţi în condiţii de staţionat conform recomandărilor PCN „Abcese ale cavităţii pelvine la copil”, pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de copii care au fost diagnosticaţi cu abcese ale cavităţii pelvine şi au primit tratament în condiţii de staţionat, pe parcursul ultimului an |
| 2.  | A reduce complicaţiile tardive la copiii cu abcese ale cavităţii pelvine | Ponderea copiilor cu abcese ale cavităţii pelvine care au dezvoltat complicaţii tardive, pe parcursul unui an. (în%) | Numărul copiilor cu abcese ale cavităţii pelvine care au dezvoltat complicaţii tardive, pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de copii cu abcese ale cavităţii pelvine care se află la evidenţa medicului de familie, medicului chirurg-pediatru pe parcursul ultimului an |

*ANEXA 1*

**Anexa 1: Ghidul pacientului cu Abcese ale cavităţii pelvine la copil**

***(Ghid pentru pacienţi, părinţi)***

***Introducere***

 Acest Ghid descrie asistenţa medicală şi tratamentul copiilor cu abcese ale cavităţii pelviene în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În Ghid se explică indicaţiile adresate pacienţilor ce au suspecţia la abcese a organelor pelvine. Ghidul vă va ajuta să înţelegeţi mai bine opţiunile de îngrijire, diagnosticare şi de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detalii sau analizele şi a metodelor de tratament necesare. Aceste aspecte le puteţi discuta cu medicul chirurg-pediatru de referinţă.

***Indicaţiile din Ghidul pentru pacient (părinţi, reprezentant legal), cuprind:***

· modul în care medicul trebuie să suspectă dacă copilul are abcese ale cavităţii pelviene;

· modul în care pacientul sau părinte (dacă copilul este prea mic şi nu poate lămuri schimbările în organism) poate evita, suspecta abcese ale cavităţii pelviene sau poate favoriza stabilirea precoce a diagnosticului de abcese ale cavităţii pelviene ;

· factorii de risc pentru dezvoltarea abceselor ale cavităţii pelviene, manifestările clinice ale maladiei;

· variantele de tratament modern în abcese ale cavităţii pelviene.

**Indicaţiile din Ghid conţin:**

• modul în care medicii trebuie să stabilească dacă copilul are semne concludente pentru abcese ale cavităţii pelviene

• modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu abcese ale cavităţii pelviene.

***Asistenţa medicală de care trebuie să beneficiaţi***

Tratamentul şi asistenţa medicală de care beneficiaţi trebuie să fie în volum

deplin. Aveţi dreptul să fiţi informat şi să luaţi decizii împreună cu medicul care tratează copilul dumneavoastră . În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informaţii pe care puteţi să le înţelegeţi şi care să fie relevante pentru starea copilului Dvs. Tot personalul medical trebuie să trateze copilul DVS cu respect, sensibilitate, înţelegere şi să vă explice simplu şi clar ce este o formaţiune inflamatorie a organelor bazinului mic şi care este cel mai potrivit tratament pentru copilul Dvs.

***Abcese* organelor bazinului mic**

 Abcese ale cavităţii pelvine sunt acumularea delimitată a puroiului în spaţiul vezico-uterin, rectouterin sau vezico-rectal.

**Cauzele dezvoltării abceselor ale cavităţii pelviene la copil:**

* Prezenţa maladiilor infecţios-purulente în anamneză
* Maladii infecţioase în antecedente: tonzilită cronică, piodermie, IRVA
* Apendicită subacută
***Manifestări clinice:***

Stadiile incipiente ale formării abceselor ale cavităţii pelvine pot fi asimptomatice sau pot fi manifestate prin dureri abdominale periodice nesemnificative, fără localizare concretă sau apariţia febrei periodice. Cu timp apar dureri abdominale în etajul inferior, posibil palparea unei formaţiune dureroase în aceeaşi regiunea, dureri abdominale la defecaţie sau/şi micțiune, acutizarea durerii la efort fizic, iradierea durerii în regiunea lombară, femur pe partea afectată, apar grețuri, vome, febra înaltă.

**Când trebuie să vedeţi un medic**: trebuie să faceţi o programare la medicul

dumneavoastră 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 ambulanţa sau adresaţi-vă de sine stătător la orice spital, preponderent în care activează medic chirurg-pediatru.

***Tratament:***

Singura metodă de tratament radical este corecţia chirurgicală cu terapie intensivă pre-şi postoperatorie.

*ANEXA 2*

***Fișa standartizată de audit bazat pe criterii pentru abcese ale cavității pelviene la copil.***

|  |
| --- |
| **Fisa standardizata de audit medical bazat pe criterii pentru abcese ale cavității pelviene la copil.** |
| **Domeniul promt** | **Definiții și note** |
|  | Denumirea IMSP evaluată prin audit |  |
|  | Persoana responsabilă de completarea fișei | Numele prenumele, telefon de contact |
|  | Perioada de audit | DD.LL.AAAA |
|  | № FM a bolnavului |  |
|  | Medicul de reședință a pacientului | 1 – urban; 2- rural |
|  | Data de naștere a pacientului | DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută |
|  | Sexul pacientului | 1 – masculin; 2- feminin, 9 – nu este specificat |
|  | Numele medicului curant |  |
|  | Patologia  | Abces pelvin (localizarea detailată) |
| INTERNAREA |
|  | 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, necunoscut=9 |
|  | Data adresării primare după ajutor | DD.LL.AAAA, necunoscut=9 |
|  | Data internării în spital | DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută |
|  | Ora internării la spital | HH:MM sau 9 –necunoscută |
|  | Secția de internare | DMU – 1; secția de profil pediatri – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3 |
|  | Timpul pînă la transfer în secția specializată | ≤ 30 minut – 0; 30minute-1 oră -1; ≥1 oră -2; nu se cunoaște -9 |
|  | Data și ora internării în reanimare, TI | DD.LL.AAAA, ora(00:00); nu a fost necesar=5;  9 –necunoscută |
|  | Durata aflării în reanimare,TI (zile) | număr de ore/zilenu a fost necesar=5; necunoscut=9 |
|  | Durata internării în spital (zile) | număr de zile; necunoscut=9 |
|  | Transfer în alte spitale | Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar=5; necunoscut=9 |
|  | Aprecierea criteriilor de spitalizare | Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște |
|  | Tratament administrat la DMU*În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)* | Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
| DIAGNOSTICUL |
|  | Data debutului simptomelor | DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută |
|  | Ecografia abdominală | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
|  | Ro tractului digestiv cu masa barietată | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
|  | CT abdominală și pelvină cu contrast | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
|  | Laparoscopia diagnostică | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
| *În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul* |
| ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI |
|  | Internat în mod programat | nu=0; da=1; necunoscut=9 |
|  | Internat în mod urgent | nu=0; da=1; necunoscut=9 |
|  | Satrea pacientului la internare | Satisfăcătoare=2; grav-medie=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6 |
|  | Complicații înregistrate la internare | nu=0; da=1; necunoscut=9 |
|  | Maladii concomitente | nu=0; da=1; necunoscut=9 |
| TRATAMENTUL  |
|  | Tratamentul medicamentos suficient | 0 – nu; 1- da |
|  | Tratament chirurgical a fost efectuat | 0 – nu; 1- da |
| EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA |
|  | Data externării sau transferului în alt spitalData decesului | DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA  |
|  | Complicații pe parcursul tratamentului | nu=0; da=1; necunoscut=9 |
|  | Implimentarea criteriilor de externare | 0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște |
|  | Prescrierea recomandărilor la externare | 0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște |
| DECESUL PACIENTULUI |
|  | Decesul în spital | 0 – nu; 1- cauzat de complicații tumorei ficatului; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunoaște |

**BIBLIOGRAFIA**

1. De Simone B, Coccolini F, Catena F, et al. Benefits of WSES guidelines application for the management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2015 Mar 18;10:18. doi: 10.1186/s13017-015-0013-x. eCollection 2015.
2. Hagel S, Scheuerlein H. Perioperative Antibiotic Prophylaxis and Antimicrobial Therapy of Intra-Abdominal Infections. Viszeralmedizin. 2014 Oct;30(5):310-6. doi: 10.1159/000368582. Epub 2014 Oct 6.
3. Kaye KS Antimicrobial de-escalation strategies in hospitalized patients with pneumonia, intra-abdominal infections, and bacteremia.J Hosp Med. 2012;7 Suppl 1:S13-21. doi: 10.1002/jhm.983. Review.
4. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F, et al.. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intra-abdominal infections: a prospective multicentre study (WISS Study).World J Emerg Surg. 2015 Dec 16;10:61. doi: 10.1186/s13017-015-0055-0. eCollection 2015.
5. Sartelli M, Viale P, Catena F, et al. WSES guidelines for management of intra-abdominal infections.World J Emerg Surg. 2013 Jan 8;8(1):3. doi: 10.1186/1749-7922-8-3.
6. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, Di Saverio S, Griffiths EA. Duration of Antimicrobial Therapy in Treating Complicated Intra-Abdominal Infections: A Comprehensive Review.  Surg Infect (Larchmt). 2016 Jan;17(1):9-12. doi: 10.1089/sur.2015.130. Epub 2015 Oct 15.
7. Sartelli M, Catena F,  Ansaloni L, Coccolini F, et al. Complicated intra-abdominal infections worldwide: the definitive data of the CIAOW Study.World J Emerg Surg. 2014 May 14;9:37. doi: 10.1186/1749-7922-9-37. eCollection 2014.
8. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Ansaloni L,et al. The role of the open abdomen procedure in managing severe abdominal sepsis: WSES position paper. World J Emerg Surg. 2015 Aug 12;10:35. doi: 10.1186/s13017-015-0032-7. eCollection 2015. Review.
9. Sartelli M, Catena F, di Saverio S, Ansaloni L, Coccolini F, Tranà C, Kirkby-Bott J.The Challenge of Antimicrobial Resistance in Managing Intra-Abdominal Infections.Surg Infect (Larchmt). 2015 Jun;16(3):213-20. doi: 10.1089/sur.2013.262. Epub 2015 Apr 1. Review.
10. [Sartelli](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sartelli%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22408344) M., [Fausto Catena](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Catena%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22408344), [Federico Coccolini](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Coccolini%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22408344), and [Antonio Daniele Pinna](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pinna%20AD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22408344). Antimicrobial management of intra-abdominal infections: Literature's guidelines. [World J Gastroenterol](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297044/). 2012 Mar 7; 18(9): 865–871.
11. Sawyer RG, Claridge JA, Nathens AB, et al. Trial of short-course antimicrobial therapy for intraabdominal infection. N Engl J Med. 2015;372(21):1996-2005.
12. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2010, 50(2):133-64.
13. Steinbach CL, Töpper C,KeesMG. Spectrum adequacy of antibiotic regimens for secondary peritonitis: a retrospective analysis in intermediate and intensive care unit patients. Ann Clin Microbiol Antimicrob. 2015 Nov 5;14:48. doi: 10.1186/s12941-015-0110-4.
14. Гостищев В.К., Шалчкова Л.П.»Гнойная хирургия таза», Москва, 2000.