

verificat morfologic. Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 67-78 ani. Studiul a fost efectuat cu aparatul SIEMENS 6000 în repaus, pe parcursul efortului fizic-genoflexiuni timp de 60 sec. până la restabilirea indicilor inițiali. Metoda se bazează pe înregistrarea dinamică a următorilor parametri: FC; SaO₂ ECS (electrocardioscopia), PG – pletismografia, TA; FR. Efortul fizic a fost dozat în dependență de indicii inițiali și dinamica lor timp de un minut de efort.

Rezultate și discuții

Rezultatele obținute ne-au permis repartizarea pacienților în trei grupe. Pacienții grupului I au fost considerați ca având o hiperfuncție inițială a contracțiilor miocardului, cu creștere neesențială a deficitului energetic (SaO₂, 96-97% inițial cu micșorarea după efort 3-4%; FCC în creștere 15% de la inițial; TA crește până la 20%; FR crește cu 2-4 pe minut). Schimbări pe ECS și PG nu au fost. Indicii inițiali s-au restabilit la a 5-ea min.

Grupul II (au fost considerați bolnavii cu hiperfuncția contractilității miocardului și deficit energetic în fază de subcompensare) SaO₂-scade 4-5%, FC crește 17-20%, TA crește cu 20-25%, FR crește cu 4-7 pe min. La ECS diminuarea amplitudei P,R și T, denivelarea segmentului ST. PG diminuarea anacrotei cu 8-14%. Restabilirea indicilor inițiali peste 15 min. Bolnavii grupului III au epuizarea energetică a contractilității cardiace în fază de sub-decompensare cu următorii indici SaO₂ mai mic de 93% cu scăderea la efort cu 7-8%; FCC cu creștere 25-30%; TA cu creștere 30-35% FR în creștere cu 7 resp./min; ECS – micșorarea voltajului, unda T hipoxică, înaltă, segment ST la izolinie; PG micșorarea anacrotei cu mai mult de 16%. Restabilirea inițială a indicilor s-a produs la interval ce depășea 15 min.

Acești parametri ne au permis determinarea limitelor compensatorii funcționale ale grupelor de bolnavi studiați și alegerea timpului efectuării intervențiilor chirurgicale cu sau fără pregătire preoperatorie.

Concluzii

1. Bolnavii grupului I nu necesită pregătire preoperatorie, grupului II pot fi supuși intervenției chirurgicale cu risc ASA III, grupului III necesită investigații adăugătoare cu tratament de pregătire specific cardiac și bronhopulmonar cu includerea a mai multor grupe de specialiști.

2. Testarea funcțională permite evaluarea rapidă a rezervelor funcționale cardiorespiratorii cu formarea concepției pronosticului anesteziei.

ASISTENȚA ANESTEZICO-REANIMATOLOGICĂ LA PACIENȚI ONCOLOGICI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

PITERSCHII Nicolae., BUZU Anatol

IMSP Institutul Oncologic

Criteriul de operabilitate al bolnavilor oncologici depinde nu numai de gradul de răspândire și extindere a proceselor tumorale dar și de patologiile concomitente al acestor bolnavi, de tratamentele antineoplazice preoperatorii administrate (radio-și chimioterapia) care pe lângă efectul lor curativ prezintă un șir de factori adverși, ridică riscul intervențiilor anestezico-chirurgicale de la sine totodată agravând maladiile coexistente al pacienților. În anul 2008- 2009 în sectorul anesteziologic au fost efectuate 13221 anestezii. Din numărul total de bolnavi operați patologie asociată a fost depistată la 62,3% (Risc AȘA III-IV la 51,7%). Deseori unul și același pacient poate prezenta un spectru larg al maladiilor concomitente. Noi am efectuat o analiză a particularităților de conduită perioperatorie fiecărei nozologii în parte. Particularitățile intervențiilor chirurgicale în oncopolmonologie: intervenții laborioase și traumatice, pierderi masive sanguine, citoliză masivă, intervenții combinate, necesitatea limfodiseției lărgite. Traumatismul intraoperator, necesitatea limfodiseției lărgite și este o cauză care duce la dezvoltarea detresei respiratorii în perioada postoperatorie precoce care necesită ventilație mecanică prelungită timp de 10±2 ore. O altă particularitate este malnutriția (pierderi ponderale 10-30%) ce necesită o pregătire preoperatorie calitativă. Tumorile laringiene în 90% duc la stenoză cu dereglări respiratorii ce necesită traheostomie des în mod urgent ca prima etapă de tratament. Anesteziologul des se întâlnește la acești pacienți cu problema căilor respiratorii dificile. Tumorile glandei tiroide duc des la disfuncții de la mixedemă până tireotoxicoză. Cancerul sistemului reproductiv ocupă unul din primele locuri în morbiditatea și mortalitatea la femei. Paciente în perioada preoperatorie sunt supuse tratamentului antineoplazic radioterapie și chimioterapie, care pe lângă efectul lor curativ prezintă repercusiuni severe asupra organelor și sistemelor: c/v, bronhopulmonar, hepatorenal gastrointestinal, statusului fluido-coagulant care necesită o atârnare deosebită în perioada preoperatorie, intra și postoperatorie. În secția de gastrochirurgie se efectuează intervenții chirurgicale voluminoase traumatice și combinate cu particularități (gastrectomii, splenectomii ș.a, intervenții combinate pe stomac și intestine, hemoragii masive în rezecțiile de ficat). Implementarea tratamentului de pregătire adecvat și optimizarea strategiei și a tacticii chirurgicale-anestezice permite reducerea ratei complicațiilor postoperatorii, în urologie în ultimul timp se efectuează operațiile tip BRIKER, ce constă în cistpiostatectomie cu formarea din intestinul subțire a rezervorului și implantarea ureterelor. Operațiile de acest gen sunt traumatice și de lungă durată în mediu 300±30 min.

Concluzie:

Asistența perioperatorie la bolnavii oncologici necesită standarde concrete în toate perioadele acestui proces. Schemele standard permit crearea condițiilor optime pentru individualizarea terapiei.

FACTORII CARE DETERMINĂ EVOLUȚIA ȘI REZULTATELE TRATAMENTULUI BOLNAVILOR CU LEZIUNI CEREBRALE ACUTE

PLĂMĂDEALĂ Svetlana¹, CLIM AI.², CONDRĂȘOV AI.³, PIVOVARCIC V.³, MEREȘEVȘCHI V.³

1 - asistent universitar,

2 - șef secție reanimare,

3 - medic specialist reanimatolog

Clinica Anesteziologie și Reanimatologie, CNȘPMU

Introducere

Rezultatele tratamentului bolnavilor cu leziuni cerebrale acute sunt determinate de o multitudine de factori care pornesc de la etapa preclinică. Leziunea cerebrală secundară, care poate fi consecința fenomenului de autoamplificare a leziunilor primare sau agresiunii cerebrale secundare de origine sistemică, complică esențial evoluția neurologică a pacienților cu leziuni cerebrale acute, fiind cauza cea mai frecventă a sechelelor la distanță.

Scopul lucrării

Evaluarea factorilor care determină evoluția și rezultatele tratamentului bolnavilor cu leziuni cerebrale acute.

Materiale și metode

În studiul observațional prospectiv au fost incluși 89 de bolnavi cu leziuni cerebrale acute, internați în secția reanimare a CNȘPMU în perioada anilor 2004-2009. Vârsta medie a constituit 38 ± 16 , variațiile fiind de la 11 până la 69 ani, cu predominarea sexului masculin, raportul bărbați/femei fiind de 3:1. Structurarea etiologică a leziunilor cerebrale a fost reprezentată de TCC în 76 (85,39%) cazuri, ACV cu hemoragie intracerebrală - 11 (12,36%) cazuri, un bolnav (1,12%) cu asfixie prin strangulare și un caz (1,12%) de hematom acut epidural postoperator. Gradul de severitate a leziunii cerebrale a fost apreciat utilizând Scala Glasgow a comelor. Astfel, în 49 (55,06%) cazuri statutul neurologic a fost apreciat cu 12-9 baluri SGC, în 5 (5,62%) cazuri - cu 8 baluri SGC, în 29 (32,58%) cazuri - cu 7-6 baluri SGC și în 6 (6,74%) cazuri - cu 5 baluri SGC.

Rezultate

În cazul pacienților internați la interval mai mare de 60 min, rata letalității a depășit-o pe cea înregistrată printre bolnavii internați în „ora de aur” cu 6,62%, aceasta constituind 34,88%. Din numărul total de bolnavi 56 (62,92%) au necesitat protezare imediată a căilor respiratorii, în timp ce protezare respiratorie la distanță - 26 (29,21%) pacienți și doar în 7 (7,87%) cazuri - respirație patentă. Printre cei intubați imediat letalitatea a constituit 23,21% (13 cazuri), în timp ce printre cei protezați respirator la distanță - 61,54% (16 cazuri) ($p < 0,05$). Complicațiile pulmonare, de tip pneumonie, au fost înregistrate în 48 (53,93%) cazuri, dintre care 47 (97,92%) printre bolnavii cu suport ventilator instituit și doar într-un singur caz (2,08%) la pacient cu respirație patentă ($p < 0,001$). Printre bolnavii care au decedat complicația tip pneumonie a fost înregistrată în 21 (72,41%) cazuri, în timp ce printre supraviețuitori pneumonia a fost diagnosticată în 27 (45%) cazuri. Printre decedați valorile PaCO_2 au fost mai mici comparativ cu cele înregistrate la bolnavii supraviețuitori pe parcursul primelor 24 ore ($34,61 \pm 5,86$ - $36,56 \pm 4,86$ versus $31,62 \pm 7,54$ - $31,71 \pm 6,14$) ($p < 0,05$). Din 17 (32,69%) pacienți a căror examen macroscopic al encefalului a fost caracterizat prin pulsație slabă cerebrală sau lipsă, nuanță violacee a țesutului cerebral și herniere a encefalului în breșa osoasă, doar într-un singur caz (5,88%) statutul neurologic la externare a fost apreciat de categoria a II-a GOS, în 5,88% cazuri - categoria a 4-a GOS și în 15 (87,5) - categoria a V-ea GOS ($p < 0,05$). Din totalul de pacienți care au dezvoltat hipernatriemie însoțită de hiperosmolaritate serică în 70,59% cazuri GOS a fost apreciat de categoria \geq III în raport cu 29,41% care au supraviețuit cu categoria I-II a GOS ($p < 0,05$). Valorile serice ale glucozei și ureei printre pacienții decedați au depășit nivelele serice ale acestora la supraviețuitori. Rata letalității în lotul de studiu a constituit 29 (32,58%), incidența maximă (38,78%) fiind printre pacienții evaluați la internare cu 9-12 baluri, pe locul doi (33,33%) plasându-se bolnavii cu un SGC de 5 baluri. Vârsta medie a supraviețuitorilor a fost de $32,75 \pm 14,93$ ani, în timp ce printre decedați aceasta a constituit $50,37 \pm 13,05$ ani ($p < 0,001$).

Concluzii

Prognostarea rezultatelor tratamentului bolnavilor cu leziuni cerebrale acute este în strictă dependență de: transportarea tardivă la clinică; hipoxia și protezarea respiratorie tardivă; asocierea pneumoniei nozocomiale; hiperventilarea în primele 24 ore; statutul neurologic evaluat cu 9-12 baluri și < 6 baluri; gradul leziunii cerebrale; nivelul sporit al glicemiei, natriemiei și osmolarității serice; vârsta de peste 50 ani.