

Arteriografia este o metodă obiectivă și informativă de diagnostic al lezării vaselor intraperitoneale și organelor parenchimatose. O însemnătate deosebită capătă această metodă în diagnosticul diferențial al leziunilor viscerelor intra- și retroperitoneale. Semnologia angiografică permite aprecierea stării și permeabilității magistrale și intraviscerale (diagnosticarea precoce a dereglărilor vasculare trofice ale parenchimatului organelor, formarea hematomului intravisceral, ruptura sub- sau transcapsulară). Ecografia descoperă pierderea funcționalității viscerelor. Avantajele metodei: este minim invazivă, complet nenocivă pentru bolnavi și personal, posibilitatea examinărilor repetate, multiple.

Bibliografie

1. **Bahaa Malaeb, Brad Figler, Hunter Wessels.** Shoul blunt segmental vascular renal injuries be considered an AAST grade 4 renal injury? J. Trauma Acute Care Surg. NIH Public Access. 2014, 76 (2): 484-487.

2. **Christofer Mc Clung, James M. Hotalling, Hunter Wessells, Bryan B., Voelzke.** Contemporary Trends in the Immediate Surgical Management of Renal Trauma Using a National Detabase. J. Trauma Acute Care Surg. 2013, October; 75(4), p. 1-10.

3. **Jalli Reza, Kamalzadeh Nazafarin, Lotfi Mehrazad, Farahangiz Siamak, Salehipour Mahdi.** Accuracy of sonography in detection of renal injuries caused by blunt abdominal trauma: a prospective study. Turkish Journal of Trauma & emergency Surgery. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2009; 15 (1): 23-27. p. 23-27.

4. **Wojciech Szmigielski, Rajendra Kumar, Shatha Al Hilli et al.** Renal trauma imaging. Diagnosis and management. Polish Journal of Radiology. 2013, 78 (4): 27-35.

5. **Довбыш М.А., Волошин М.А., Довбыш И.М. и др.** Патоморфологические изменения в почках у погибших в результате политравмы. Журнал Урология, 2015, № 3, стр. 11-13.

6. **Пулатов А.Т.** Закрытые разрывы почек у детей. Детская хирургия. № 2, 2007, стр. 26-29.

© Oxana Turcu, Ala Jivalcovschi, Ana Guragata, Tatiana Macaleț

Oxana Turcu¹, Ala Jivalcovschi², Ana Guragata¹, Tatiana Macaleț²
**EVALUAREA SEVERITĂȚII FIBROZEI CHISTICE
PRIN SCORUL SHWACHMAN-KULCZYCKI**

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Pediatrie
(director departamentului – dr. hab. medicină, prof. univ. Ninel Revenco)

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Clinica „Em. Coțaga”
(Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

CYSTIC FIBROSIS EVOLUTION ASSESSMENT USING SHWACHMAN-KULCZYCKI SCORE

Our study was conducted on 60 patients with cystic fibrosis (mean age 9,08±1,01 years) who had a score of 53,0±2,44 points, reflecting a moderate evolution of the disease. Shwachman-Kulczycki score includes simple parameters using clinical and imaging examination. It is easy to measure and demonstrates a high informativity in determining the severe evolution in patients with cystic fibrosis.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛЫ ШВАХМАНА-КУЛЬЧИЦКОГО

Наше исследование включило 60 пациентов с муковисцидозом (средний возраст 9,08 ± 1,01 год), которые согласно которым шкале Швахмана-Кульчицкого имели 53,0 ± 2,44 баллов, что отражает эволюцию средней тяжести заболевания. Шкала Швахмана-Кульчицкого включает простые клинические параметры и данные рентгенологического обследования, демонстрируя высокую информативность при определении тяжести эволюции пациентов с муковисцидозом.

Actualitatea. Fibroza chistică este cea mai frecventă patologie ereditară poliorganică, caracterizată prin heterogenitate genetică marcată și polimorfism clinic cu patologii pulmonară cronică, insuficiență pancreatică exocrină și tulburări de nutriție [3].

Necesitatea gradării severității fibrozei chistice a rezultat în crearea unui scor care utilizează ca repere datele examenului clinic și celui imagistic. Este cunoscut faptul că afectarea pulmonară în fibroza chistică reflectă severitatea maladiei, constituind cauza majoră de deces prin insuficiență pulmonară. În acest mod, criteriile majore utilizate în evaluarea severității fibrozei chistice se bazează pe evaluarea funcției pulmonare sau complicațiilor sistemului respirator.

Scopul lucrării constă în aprecierea evoluției pacienților cu fibroză chistică prin utilizarea unui scor simplu, dar eficient.

Material și metode. Studiul nostru a inclus 60 pacienți la care, prin examen clinic și date de laborator, a fost confirmat diagnosticul de fibroză chistică. Grupul de pacienți evaluați în cadrul studiului a prezentat variații ale vârstei de la 3 luni până la 18 ani (vârsta medie $9,08 \pm 1,01$ ani), dintre care în 11,67% cazuri au fost sugari, 51,67% copii cu vârsta de 1-10 ani, iar 36,66% cazuri – pacienți mai mari de 10 ani. Raportul gender a constituit 1:1 (30 băieți și 30 fete).

Examenul bacteriologic al expectorațiilor bronșice a identificat prezența infecției pulmonare cronice cu *Ps.aeruginosa* la 51,60% copii incluși în cercetare. Tomografia computerizată a pulmonilor a fost realizată la 41 copii mai mari de 4 ani, în cazul cărora la clișeu radiologic au fost suspectate dilatații bronșice. Ultimele au fost confirmate la 31 copii (75,60%) cu fibroză chistică examinați.

În anul 1958, H. Shwachman și L. Kulczycki [4] au prezentat un sistem de evaluare clinică pentru pacienții cu fibroză chistică care se baza pe următoarele criterii:

activitatea generală a pacientului, rezultatele la examenul fizic, starea de nutriție, și datele examenului radiologic al cutiei toracice. Acest scor este utilizat până la momentul actual pentru evaluarea comparativă a pacienților cu fibroză chistică care prezintă manifestări foarte variate ale maladiei [5].

Fiecărei categorii i se atribuie de la 1 la 25 puncte pe scala până la 5 puncte. Scorul total variază de la 4 până la 100 puncte maximum, valorile mici reflectând un statut clinic precar (sever ≤ 40 puncte; moderat = 40-55 puncte; ușor = 56-70 puncte; bun = 71-85 puncte; excelent = 86-100 puncte) [4].

Rezultate și discuții. Determinarea valorii sumare a punctelor scorului Shwachman-Kulczycki a identificat un punctaj mediu de $53,0 \pm 2,44$, ceea ce reflectă o evoluție moderată a fibrozei chistice. Evoluția severă a maladiei a fost determinată la 46,81% copii, care au prezentat un scor Shwachman-Kulczycki de doar $25,46 \pm 2,09$ puncte. Un punctaj redus al scorului a fost caracteristic pentru copiii mici cu malnutriție severă, dar și pentru pacienții mai mari care au prezentat o patologie pulmonară asociată cu diferit grad de deficit ponderal. O stare clinică moderat și ușor modificată a fost determinată la copiii cu modificări mai puțin evidente ale stării de nutriție și ale examenului radiologic pulmonar. În acest mod, pentru 25,92% copii valoarea parametrilor scorului a constituit $53,57 \pm 0,63$ puncte, încadrându-se într-o evoluție moderată a fibrozei chistice. Pentru 15,6% pacienți scorul Shwachman-Kulczycki a prezentat o evoluție clinică mai favorabilă cu un punctaj de $62,12 \pm 0,98$. Doar la 12,77% copii evoluția fibrozei chistice a fost mai lejeră cu un scor bun de $78,0 \pm 1,30$ puncte. La examen nu au fost identificați copii cu o stare clinică excelentă, fapt condiționat de prezența modificărilor exprimate în statutul clinic și explorativ (fig. 1).

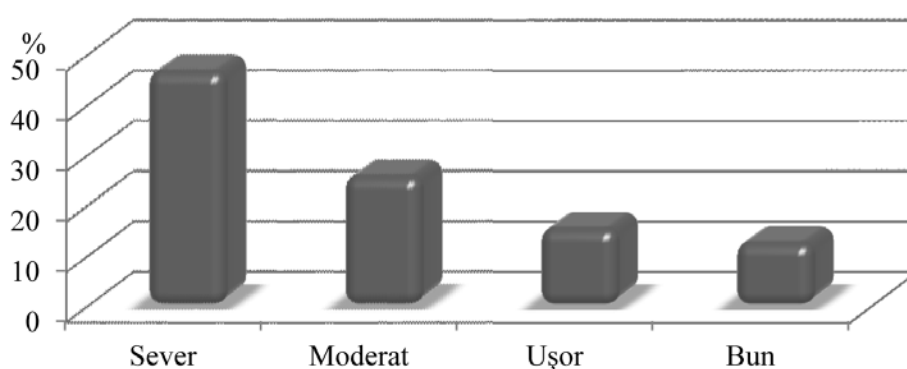


Fig. 1. Distribuția gradelor de severitate ale fibrozei chistice conform scorului Shwachman-Kulczycki

Pentru studierea evoluției fibrozei chistice în relație de vârstă, indicii scorului Shwachman-Kulczycki au fost apreciați la copii din diferite grupe de vârstă. Rezultatele sumării punctajului scorului au relevat valori similare ($p > 0,05$) pentru toate categoriile de vârstă, deși la copiii mai mici de 2 ani ($48,88 \pm 2,96$ puncte) și pentru cei care

au depășit vârsta de 10 ani ($45,93 \pm 4,87$ puncte) parametrii reduși ai indicelui masei corporale au determinat o stare clinică moderat modificată a maladiei, comparativ cu pacienții de 2-5 ani ($52,22 \pm 6,59$) și de 5-10 ani ($66,25 \pm 3,31$ puncte) cu un statut nutrițional mai puțin afectat și deci o stare clinică ușor modificată (fig. 3.12).

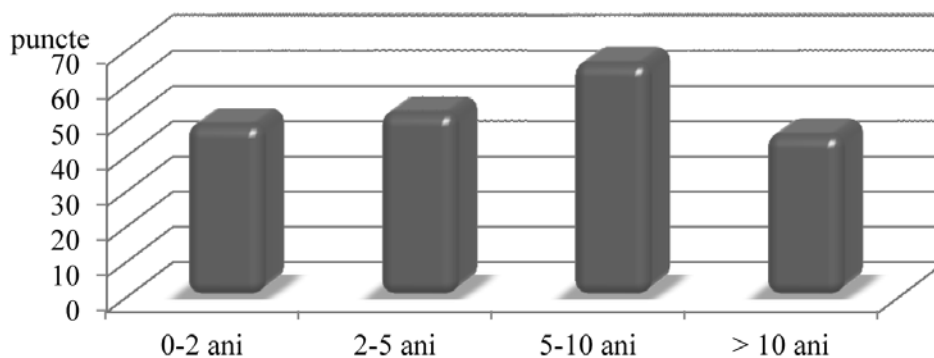


Fig.2. Valorile scorului Shwachman-Kulczycki în relație cu vârsta copiilor cu fibroză chistică

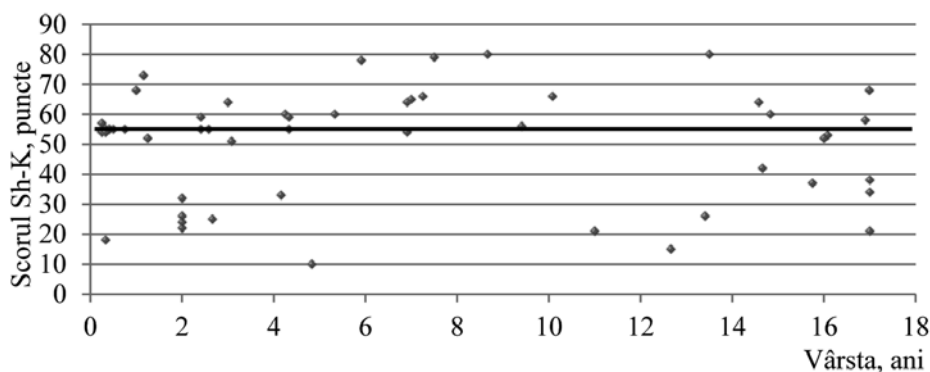


Fig.3. Parametrii individuali ai scorului Shwachman-Kulczycki la copiii cu fibroză chistică

Parametrii individuali ai scorului Shwachman-Kulczycki la copiii cu fibroză chistică determinate au prezentat o tendință de reducere a acestora la copiii mai mari. În acest mod, pentru copiii mai mici de 10 ani punctajul scorului se plasa preponderent superior limitei de 56 puncte, care denotă o evoluție ușoară a fibrozei chistice. Constatările au fost diferite în cazul pacienților mai mari de 10 ani, pentru care indicii individuali erau predominant inferiori limitei de 56 puncte, și doar în cazuri solitare, prezentau o evoluție mai favorabilă a fibrozei chistice (fig.3).

Valorile mici ale scorului Shwachman-Kulczycki și deci o evoluție nefavorabilă a fibrozei chistice au fost determinate de frecvența înaltă și gradul exprimat al malnutriției depistat la pacienții cu fibroză chistică. Impactul negativ al malnutriției asupra evoluției maladiei a fost certificat și de alți cercetători din domeniu [1, 2].

Concluzie. Scorul clinico-imagistic Shwachman-Kulczycki, care include parametri simpli, ușor de evaluat, a demonstrat o informativitate înaltă în determinarea statutului clinic al pacienților cu fibroză

chistică, care au prezentat un punctaj de $53,0 \pm 2,44$, ceea ce reflectă o evoluție clinică moderat modificată.

Bibliografie

1. D'Alessandro V., Rentería F., Fernández A., et al. Comparing the clinical-functional state in children with cystic fibrosis detected by neonatal screening or by clinical symptoms. Archives of Argentinian Pediatrics 2009, 107(5):430-5.
2. Farrell P., Kosorok M., Rock M., et al. Early diagnosis of cystic fibrosis through neonatal screening prevents severe malnutrition and improves long-term growth. Pediatrics 2001; 107:1-13.
3. Rowe S., Miller S., Sorscher E. Cystic fibrosis. N Engl J Med. 2005; 352(19):1992-2001.
4. Shwachman H., Kulczycki L. Long-term study of one hundred and five patients with cystic fibrosis. American Journal of Diseases of Children 1958; 96:6-15.
5. Stollar F., Adde F., Cunha M., et al. Shwachman-Kulczycki score still useful to monitor cystic fibrosis severity. Clinics 2011; 66(6):979-983.