

5. Torres A, Ewig S. Diagnosing ventilator associated pneumonia. *N Engl J Med* 2004; 350:433–435.
6. Shaw MJ. Ventilator associated pneumonia in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 163:1520–1523.
7. Garland JS. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in neonate. *Clin Perinatol* 2010; 37:629–643.
8. Niederman MS. The clinical diagnosis of ventilator associated pneumonia. *Respir Care* 2005; 50:788–796.
9. Chastre J. Conference summary: ventilator-associated pneumonia. *Respir Care* 2005; 50:975–983.
10. Ioanas M, Ferrer R, Angrill J, *et al.* Microbial investigations in ventilator associated pneumonia. *Eur Respir J* 2001; 17:791–801.
11. Carvalho CE, Berezin EN, Pistelli IP. Sequential microbiological monitoring of tracheal aspiration intubated patients admitted to a pediatric intensive care unit. *J Pediatr* 2005; 81:29–33.
12. Arora SC, Mudallal YM, Lee C, *et al.* Non-bronchoscopic bronchoalveolar lavage in the microbiological diagnosis of pneumonia in mechanically ventilated patients. *Non-Intensive Care Med J* 2000; 26:942–949.
13. Aly H, Badawy M, El-Kholy A, Nabil R, Mohamed A. Randomized controlled trial on tracheal colonization of ventilated infants: can gravity prevent ventilator associated pneumonia? *Pediatrics* 2008; 122:770–774.
14. Tripathi S, Malik GK, Jain A, *et al.* Study of ventilator associated pneumonia in neonatal intensive care unit: characteristics, risk factors and outcome. *Internet J Med Update* 2010; 5:12–19.
15. Apisarnthanarak A, Hozmann-Pazgal G, Hamvas A, *et al.* Ventilator associated pneumonia in extremely preterm neonates in neonatal intensive care unit: characteristics, risk factors and outcomes. *Pediatrics* 2003; 112:1283–1289.
16. Erbay RH, Yalcin AN, Zencir M, *et al.* Costs and risk factors for ventilator associated pneumonia in a Turkish University Hospital's Intensive Care Unit: a case control study. *BMC Pulm Med* 2004; 4:3.
17. Povoia P, Coelho L, Almeida E. C-reactive protein as a marker of infection in critically ill patients. *Clin Microbiol Infect* 2005; 11:101–108.
18. Alp E, Güven M, Yildiz O, *et al.* Incidence, risk factors and mortality of nosocomial pneumonia in intensive care units: a prospective study. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2004; 3:1–17.
19. Berthelot P, Grattard H, Patural A, *et al.* Nosocomial colonization of premature babies with *Klebsiella* in developing countries. *Epidermiol J* 2001; 22:148–151.
20. Koksall N, Hacimustafaoglu M, Celebi S, *et al.* Non-bronchoscopic bronchoalveolar lavage for diagnosis of ventilator associated pneumonia in newborn. *Turk J Pediatr* 2006; 48:213–220.
21. Petdachai W. Ventilator associated pneumonia in newborn intensive care unit. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004; 3:724–729.

© Iurie Dondiu, Alina Ușanli, Eugenia Guțu

Iurie Dondiu, Alina Ușanli, Eugenia Guțu
**EVALUAREA MORTALITĂȚII MATERNE
 ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN ANUL 2015**

*USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF
 (Șef catedră – prof.univ., dr. hab. med. Olga Cernețchi)*

SUMMARY

ASSESSMENT OF MATERNAL MORTALITY IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA IN 2015

Key words: maternal mortality, structure, causes, prevalence, prediction.

Introduction: *Maternal mortality is an important demographic indicator, reflecting the interaction between several key factors: social, economic, environmental, medical and organizational circumstances [4,3]. Thus, it reflects not only the state of somatic and reproductive health of women, quality obstetrics and obstetrical activity of institutions, but also the efficiency of the health system as a whole. In the Republic of Moldova, this problem continues to be actual and maternal mortality rate remains unacceptably high due to the ongoing crisis. [2]*

Purpose: *To estimate maternal deaths recorded in 2015 and identify the risk factors, structure and some clinical aspects.*

Materials and Methods: Prospective analysis of 12 cases of maternal mortality in the Republic of Moldova was carried out for 2015. The collection of materials was conducted using questionnaires. Processing of the data were performed using the application package software SPSS 20 and Microsoft Excel 2010.

Results: The analysis of the age structure revealed that in most cases maternal deaths occurred at the age of 30-39 (75%) years. By assessing social status – 66,7% proved to be unemployed and 83.3% of the cases occurred in the rural areas. Maternal mortality cases at home, remains considerably high – 25% (3). An overall important factor is the prevalence of multiparas' mortality (41.6%). Every second woman during pregnancy had complications with 2-3 pathologies. Four patients had problems during childbirth and that was the reason for caesarean section in a matter of urgency in 33.3% of cases. The direct causes of maternal mortality amounted to 33.3%, while indirect causes – 66.7% of cases.

Conclusion: Maternal mortality in the Republic of Moldova remains high and does not tend to have a steady decline in the last decade. The vast majority of the dead women were residents of rural areas with poor socio-economic status. There is also a high maternal mortality rate for cases occurred outside medical institutions (25%). The study shows that 50% of deaths in 2015 were preventable, 41.7% – conditionally preventable and only in 1 case, unavoidable.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА В 2015 ГОДУ

Ключевые слова: материнская смертность, структура, причины, распространенность, прогнозирование.

Введение: Материнская смертность является важнейшим демографическим показателем, отражающим взаимодействие как социально-экономических, экологических, так и медико-организационных факторов [4,3]. Таким образом он отражает не только состояние соматического и репродуктивного здоровья женщины, качество родовспоможения, деятельность акушерско-гинекологических учреждений, но и эффективность функционирования системы здравоохранения в целом. В Республике Молдова эта проблема продолжает занимать особое место и на фоне продолжающегося кризиса остается недопустимо высока [2].

Цель: оценка случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2015 году с выявлением факторов риска, структуры и некоторых клинических аспектов.

Материал и методы: Был проведен проспективный анализ 12 случаев материнской смертности в Республике Молдова за 2015 год. Сбор материала осуществлялся методом анкетирования. Обработка полученных данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ SPSS 20 и Microsoft Excel 2010.

Результаты: При анализе возрастной структуры установлено, что наиболее часто материнская смертность встречалась в возрасте 30-39 (75%) лет. При оценке социального статуса – 66,7% были безработными, а в 83,3% случаев уроженцы сельской местности. Достаточно высоким остается показатель материнской смертности на дому – 25% (3) случаев. Принципиально важным фактором является преобладание в структуре смертности многорожавших (41,6%). У каждой второй женщины течение беременности было осложнено 2-3 патологиями. У 4 пациенток отмечалось неблагоприятное течение родов, что и послужило причиной проведения кесарева сечения в срочном порядке в 33,3% случаев. Прямые причины материнской смертности составили 33,3%, а не прямые причины – 66,7% случаев.

Выводы: Материнская смертность в Республике Молдова остается высокой и не имеет тенденции к стабильному снижению в последнее десятилетие. Абсолютное большинство умерших женщин – жительницы сельской местности с неблагоприятным социально-экономическим статусом. Остается высокой материнская смертность вне лечебных учреждений (25%). Проведенный анализ показал, что в 2015 году 50% смертей были предотвратимыми, 41,7% – условно-предотвратимыми и только в 1 случае непредотвратимы.

Introducere. Mortalitatea maternă continuă să reprezinte un indicator al statutului pacientelor, accesului lor la serviciile medicale și, în același timp, al capacităților sistemului sanitar de a răspunde la necesitățile femeilor. Conform mai multor relații, majoritatea deceselor materne poate fi evitată, cu condiția că se deține o informație veridică despre cauzele care le-au provocat. [6,3]

Sistemul existent de investigare a deceselor materne este imperfect și nu permite identificarea tuturor neconformităților existente, pentru prevenirea lor în continuare. Organizația Mondială a Sănătății propu-

ne utilizarea altui mecanism de analiză a mortalității materne, bazat pe învățarea lecțiilor după un studiu confidențial și acționarea în funcție de rezultatele evaluării. [1]

Reieșind din aceste recomandări, la nivel național în Republica Moldova, pe parcursul ultimilor 3 ani, comisia specială a Ministerului Sănătății nu analizează cazurile de decese materne, ele fiind discutate numai la nivel instituțional, cu implicarea și altor structuri medicale care au prestat servicii acestor femei. Concomitent, activează Comitetul Național pentru analiza confidențială a mortalității materne

care, utilizând instrumente specifice Anchetei Confidențiale bazate pe anonimitate, evaluează fiecare caz de deces matern, cu prezentarea unui raport o dată la 3–5 ani.

Ultimul raport a fost elaborat în anul 2010, de aceea considerăm importantă informarea specialiștilor în domeniu și managerilor din sistemul de sănătate cu situația curentă a deceselor matern înregistrate în Republica Moldova.

Scopul studiului: Evaluarea cazurilor de mortalitate maternă înregistrate în Republica Moldova în anul 2015, cu evidențierea factorilor predispozanți, structurii deceselor și corectitudinii conduitei clinice.

Material și metode: Studiul prospectiv de față a fost realizat pe parcursul anului 2015 la 12 paciente cu aplicarea unui chestionar special. Rezultatele obținute au fost analizate cu ajutorul programului SPSS 20 și Microsoft Excel 2010, fiind prezentate în diagrame și tabele.

Rezultate. La nivel global, în anul 2015 au fost înregistrate 303 000 cazuri de mortalitate maternă, comparativ cu 532.000 în 1990. Acesta este un succes evident, întrucât la nivel mondial rata decesului s-a redus de la 385 la 100 000 de nou-născuți vii în anul 1990 până la 216 în anul 2015. [4,7]

În Republica Moldova, pe parcursul anului 2015, au avut loc 12 decese matern. Rata mortalității matern calculate la 100 000 de nou-născuți vii a constituit 31,1.

Nivelul mortalității matern în Republica Moldova, comparativ cu țările CSI, este mai scăzut în anul 2015 ca în Kârgâzstan – 71; Georgia – 36; Tadjikistan – 32; Turkmenia – 42; Uzbekistan – 36, dar mai ridicat ca în Armenia – 25; Azerbaidjan – 25; Belarus – 4; Kazahstan – 12; Ucraina – 24; Federația Rusă – 25, și de câteva ori depășește nivelul țărilor Uniunii Europene: Cehia – 4; Danemarca – 3; Finlanda- 3; Franța – 8; Germania – 6; Grecia – 3; Norvegia – 5; Polonia – 3; Slovacia – 6. [5]

Coeficientul mortalității matern în perioada analizată este la noi în creștere, practic dublu față de anii 2013 – 2014, având un caracter oscilatoriu pe parcursul ultimului deceniu (fig.1). [2,8]

Tabelul 1

Rata mortalității matern la 100 000 nou-născuți vii în țările CSI și unele țări din Uniunea Europeană, în anul 2015

Țara	Rata MM la 100 000 nou-născuți
Armenia	25
Azerbaidjan	25
Belarus	4
Kazahstan	12
Cehia	4
Kârgâzstan	71
Danemarca	3
Federația Rusă	25
Finlanda	3
Franța	8
Georgia	36
Germania	6
Grecia	3
Norvegia	5
Polonia	3
Slovacia	6
Tadjikistan	32
Turkmenistan	42
Ucraina	24
Uzbekistan	36

Vârsta pacientelor decedate în 9 cazuri (75%) era de 30-39 ani și la 3 femei (25%) se situa în intervalul 20-29 ani. Majoritatea absolută a femeilor decedate a fost din mediul rural – 10 (83,5%).

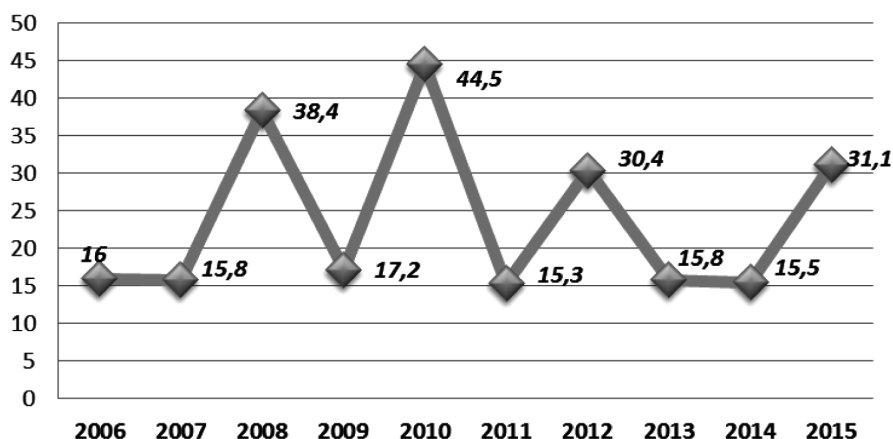


Fig. 1. Rata mortalității matern în RM la 100 000 copii născuți vii, anii 2006-2015

Repartizarea cazurilor de mortalitate maternă după locul de deces a stabilit că în cadrul centrelor perinatologice de nivelul I a decedat o femeie (8,3%), în cele de nivelul II au decedat 3 femei (25%), iar la nivelul III – o pacientă (8,3%). În alte instituții medicale (Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Institutul de Cardiologie, Institutul de Medicină Urgentă) au avut loc 4 cazuri de deces (33,3%), ceea ce confirmă o pondere înaltă a patologiei extragenitale în structura mortalității materne, dar și necesitatea transferării timpurii a acestor paciente în instituții specializate (fig. 2).

Este îngrijorător faptul că fiecare al 4-lea deces matern a survenit la domiciliu – 25% (3 femei), iar pe parcursul anilor 2003–2015 rata deceselor la domiciliu rămâne foarte înaltă (fig.3).

Din numărul femeilor decedate putem constata că fiecare al treilea deces – 33,3% (4) – a avut loc în timpul sarcinii, dar totuși majoritatea – 66,7% (8), au murit în perioada de lăuzie.

Un mare interes pentru studiul efectuat îl prezintă statutul socio-economic al femeilor decedate. S-a stabilit că majoritatea din ele, 83,3% (10) erau în căsnicie, 1 (8,3%) – divorțată, 1 (8,3%) – în concubinaj, iar 8 (66,7%) erau neangajate în câmpul muncii. Din totalitatea cazurilor, la 4 femei existau probleme de ordin social, cum ar fi: prezența violenței în familie, nivel de trai modest, modul de viață migrator, iar jumătate din acestea (6) nu s-au aflat în evidența medicului de familie.

Din numărul total de paciente, 2 (16,7%) erau primigeste, 2 (16,7%) secundigeste, 3 (25%) la a III-a sarcină, iar 5 (41,6%) – la a IV-a și mai multe sarcini, ceea ce confirmă faptul că multiparitatea continuă să prezinte riscuri (fig. 4). Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în antecedente a fost înregistrată în 25% cazuri (3), iar avorturi spontane sau nașteri premature la 2 femei (16,7%).

Anamneza ginecologică a fost complicată la 7 femei (58,3%) cu cervicite, colpите, dereglări ale ciclului menstrual, TORCH-infecții.

Anamneza somatică agravată a avut loc de asemenea la 7 (58,3%) femei, care s-a manifestat cu diverse patologii ale **sistemului cardiovascular**: hipotensiune arterială, cardiomiopatie, miocardită difuză, tahicardie sinusală, insuficiența valvei mitrale gr. II-III;

ale **sistemului circulator**: anemie prin carență de fier; ale **sistemului respirator**: infecție acută a căilor respiratorii superioare, pneumonie, gripă pandemică tip A(H1N1) și tip B; ale **aparaturii urinare**: pielonefrită cronică; ale **aparaturii digestive**: hepatita virală B; ale **sistemului endocrin**: gușa coloidală macrofoliculară, obezitate gr.II-III; ale **sistemului nervos**: meningocefalită seroasă, disfuncție vegetativă suprasedimentară cu sindrom hipertensiv.

Evoluția sarcinii prezente la pacientele din studiu arată că fiecare a 6-a femeie – 16,7% (2) a avut cel

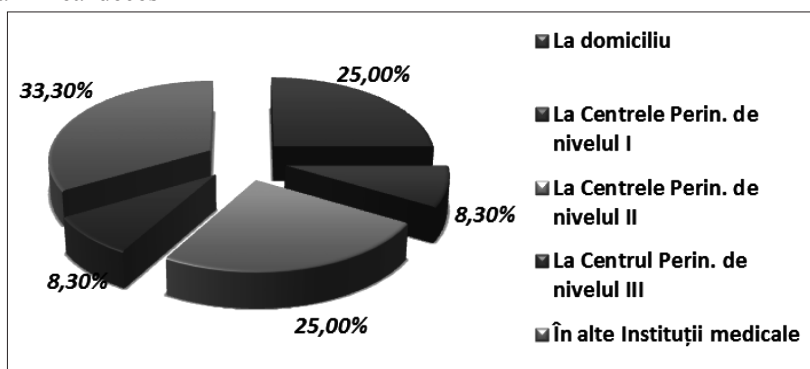


Fig. 2. Repartizarea cazurilor de mortalitate maternă după locul de deces.

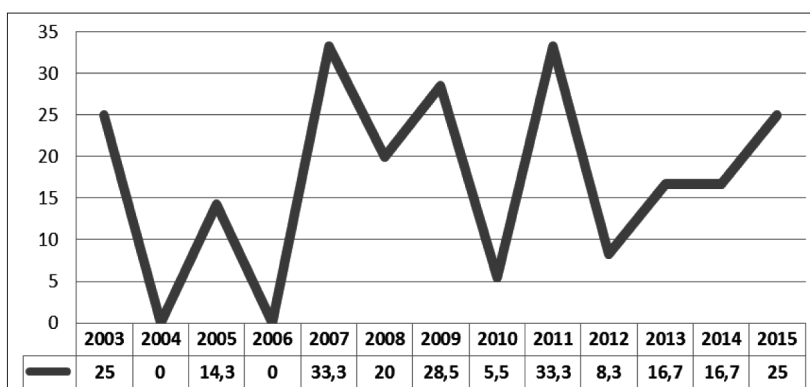


Fig. 3. Mortalitatea maternă la domiciliu pe parcursul anilor 2003–2015

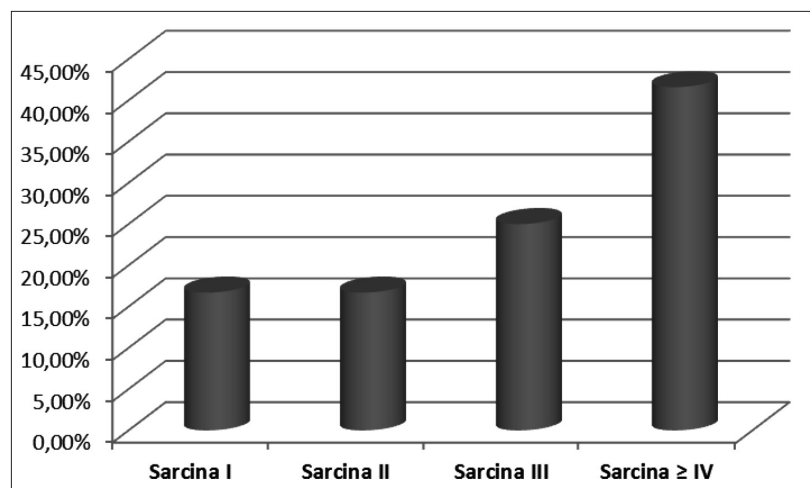


Fig. 4. Caracteristica lotului de cercetare în funcție de paritate (%)

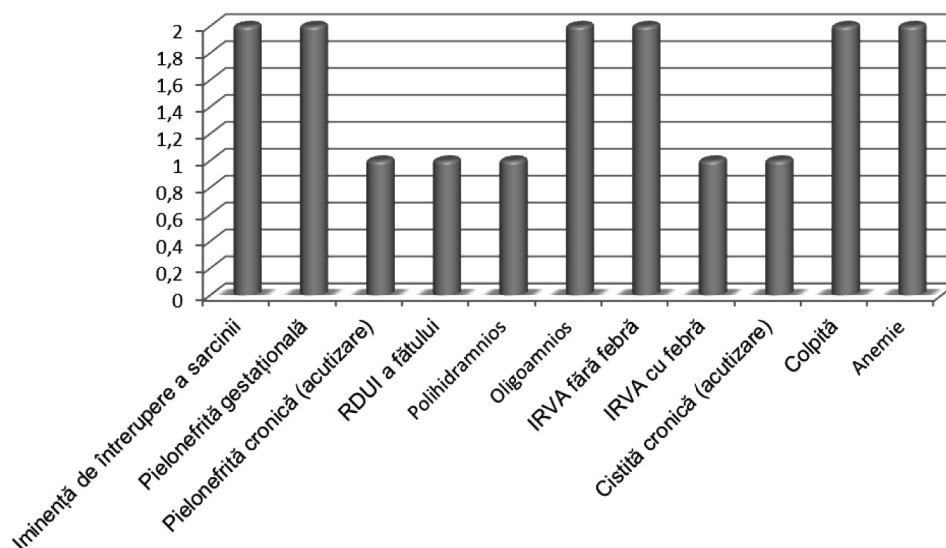


Fig. 5. Evoluția sarcinii prezente la pacientele incluse în studiu (abs.)

puțin un episod de iminență de întrerupere a sarcinii, pielonefrită gestațională, oligoamnios, IRVA, colpită, anemie și alte complicații (fig.5).

Analiza termenelor de gestație în care s-a terminat sarcina ne arată că la 4 gravide (33,3%) au fost până la 21 săptămâni de amenoree, la alte 4 (33,3%) – între 22-37 săptămâni și celelalte 4 la 38-41 săptămâni de gestație.

Mortalitatea maternă prin *risc obstetrical direct* a avut loc în 33,3% (4) cazuri, fiind determinată de hemoragii obstetricale masive cu șoc hemoragic avansat, care au fost provocate de: placenta increta 8,3% (1), hipotonia uterină 8,3% (1), coriocarcinom 8,3%(1) cazuri, embolia pulmonară mixtă de origine

obstetricală 8,3% (1). Prin *risc obstetrical indirect* au fost clasificate 66,7% (8) cazuri, determinate de patologii extragenitale, ca: *maladii ale aparatului gastrointestinal* (pancreatită cu pancreonecroză hemoragică, peritonită fermentativă, șoc pancreatogen și toxico-septic) – 16,7% (2); *maladii neurologice* (accident vascular hemoragic acut, hematom tetraventricular, hidrocefalie obstructivă, erupție de anevrisme ale arterei cerebri media, edem cerebral) – 16,7% (2); *maladii ale aparatului respirator* (gripă pandemică A(H1N1), gripă de tip B, insuficiență respiratorie gravă, tromboembolie a trunchiului și ramurilor arterei pulmonare) – 33,3% (4) (tab. 2).

Tabelul 2

Structura mortalității materne prin risc obstetrical direct și indirect în anul 2015

<i>Risc obstetrical direct</i>	
Hemoragie masivă cu șoc avansat:	Număr de cazuri (%/abs.)
• Hemoragie hipotonă	8,3% (n=1)
• Placenta preavia, increta	8,3% (n=1)
• Coriocarcinom	8,3% (n=1)
Embolie pulmonară mixtă de origine obstetricală	8,3% (n=1)
Total	33,3% (n=4)
<i>Risc obstetrical indirect</i>	
<i>Maladii ale aparatului gastrointestinal:</i>	
• pancreonecroză hemoragică	16,7% (n=2)
<i>Maladii neurologice:</i>	
• accident vascular hemoragic acut	16,7% (n=2)
<i>Maladii ale aparatului respirator:</i>	
• gripă pandemică A(H1N1)	16,7% (n=2)
• gripă tip B	8,3% (n=1)
• tromboembolie a trunchiului și ramurilor arterei pulmonare	8,3% (n=1)
Total	66,7% (n=8)

Un deosebit interes prezintă cazurile în care a fost efectuată operația cezariană, aceasta s-a atestat la 4 femei decedate (33,3%). Indicațiile pentru operație au fost diferite, dependente de situația clinică creată.

Într-un caz gravida s-a internat cu o sarcină matură cu ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen. A fost efectuată tentativa de declanșare a travaliului fără efect, în legătură cu care fapt s-a recurs la operația cezariană. În perioada de lăuzie (13 ore) au apărut semne caracteristice unei tromboembolii, cu instalarea stopului cardiac. Această situație denotă faptul că operația cezariană reprezintă un risc sporit pentru complicații maternelor severe, inclusiv decesul, comparativ cu nașterea prin căile naturale.

Într-un alt caz clinic la o pacientă cu a 4-a sarcină, la 30-31 săptămâni de amenoree, pe fundalul unei pneumonii viruso-bacteriene provocată de gripa A(H1N1), s-a dezvoltat o insuficiență respiratorie severă de gradul III, SDR. Timp de 7 zile pacienta s-a aflat la respira-

ție mecanică dirijată fără o dinamică pozitivă. Pentru a diminua influența negativă a uterului mărit din contul sarcinii asupra excursiei pulmonare și în speranța extragerii unui făt viabil, care se afla într-o hipoxie îndelungată, s-a efectuat operația cezariană. Însă aceasta nu a contribuit la ameliorarea situației, care s-a finalizat ulterior cu decesul femeii. Auditul clinic al acestui caz a stabilit că gravida s-a adresat în mai multe instituții medicale, însă a fost cu întârziere diagnosticată pneumonia severă și întreprinse măsuri curative necesare.

În alte 2 cazuri în care s-a recurs la operație cezariană, efectuate în incinta Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, la termenul de 25 și de 36 săptămâni de sarcină, gravidele sufereau de o boală cerebro-vasculară cu hemoragie intracraniană. Una dintre aceste paciente a fost diagnosticată cu un anevrism gigantic asimptomatic, în timp ce a 2-a se afla în evidența medicului neurolog până la sarcină, în legătură cu disfuncția neuro-circulatorie de tip hipertensiv (fig. 6).

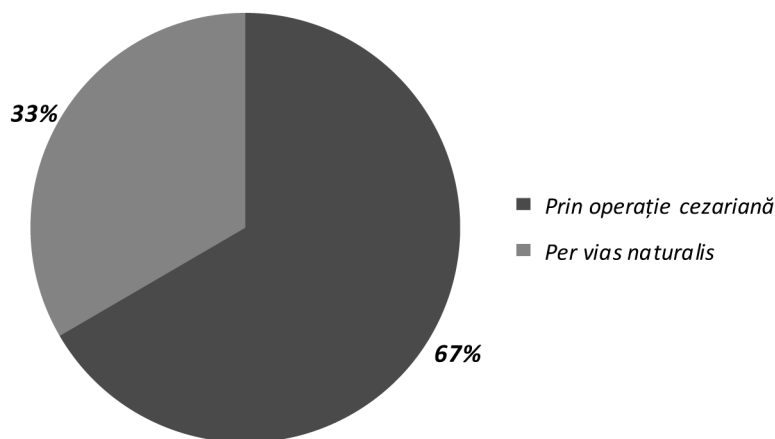


Fig. 6. Modalitatea de terminare a sarcinii

Din cele 8 femei (66,7%) decedate ca urmare a cauzelor indirecte, două (16,7%) au decedat din cauza patologiei chirurgicale acute în timpul sarcinii, la termenele de 19 și respectiv 20 săptămâni, condiționată de pancreonecroză acută cu peritonită fermentativă difuză. Ambele făceau parte din pături social-vulnerabile, cu abuz de alcool. Într-un caz femeia era boschetară, cu un loc de trai instabil, din care motiv cazul a fost clasificat ca inevitabil. A 2-a femeie însă era căsătorită, luată în evidență cu sarcina actuală, iar în comunitate era cunoscut faptul despre deprinderile dăunătoare ale acestei familii. Acest caz a fost considerat condiționat evitabil și putea fi prevenit utilizând metodele existente de planificare familială.

Concluzii

1. Indicatorul mortalității materne în Republica Moldova rămâne înalt și are un caracter oscilatoriu pe parcursul ultimului deceniu, cauzat de un ansamblu de factori medicali și socio-culturali.

2. Majoritatea absolută a femeilor decedate prove-

neau din localitățile rurale, cu diverse probleme socio-economice, o bună parte din ele nu s-au aflat în evidența medicală în legătură cu sarcina.

3. În anul de referință predomină decesele materne provocate de cauze indirecte (66,7%), ceea ce reprezintă o tendință alarmantă, care denotă rezerve la diferite etape de asistență medicală și totodată indică o rată înaltă a patologiei extragenitale la femeile de vârstă fertilă.

4. Printre cauzele obstetricale directe ale deceselor materne în această perioadă s-au evidențiat hemoragiile uterine de diferită genă și embolia pulmonară mixtă. În toate aceste cazuri măsurile curative întreprinse au fost cu întârziere sau insuficiente pentru situația clinică existentă.

5. Statisticile semnaleză faptul că în Republica Moldova continuă să decedeze femeile în condiții extrahospitale, fie la domiciliu, fie în mijloace de transport sau în alte locuri publice. Rata acestor cazuri se menține destul de înaltă (25%), toate femeile decedate

provin din localități rurale, fără evidență medicală, ceea ce confirmă existența dificultăților în prestarea serviciilor persoanelor de la sate.

6. Analiza mortalității materne pentru perioada anului 2015 remarcă faptul că circa 50% din cazurile de deces matern puteau fi evitate, iar 41,7 % din cazuri – condiționat evitabile și numai într-un singur caz (8,3 %) moartea a fost inevitabilă, fiind cauzată de complicații severe și imprevizibile.

Bibliografie

1. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. World Health Organization, Geneva 2004.

2. Dondiuc I.V., Tabuica U., Cardaniuc C., Ușanli A. Mortalitatea maternă în Republica Moldova în perioada anilor 2009-2014 // Buletin de perinatologie 1(69)2016 p.43-48.

3. Maternal mortality Fact sheet Nr. 348 – Updated: November, 2015 // <http://www.who.int/madiacentre/factsheets/fs348/en/>

4. Say L et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet, 2014.

5. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and United Nations Population Division. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/97892415655141_eng.pdf

6. Wildman K., Bouvier-Colle M.H., MOMS Group. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe // BJOG. 2014. Vol. 111, №2. P. 164-169.

7. World Health Organization // World Health Statistics, Geneva 2014.

8. <http://www.cnms.md>

© Svetlana Șciuca, Eva Gudumac, Rodica Selevestru, Ludmila Balanețchi, Crivceanschi Maxim, Crivceanschi Eugenia

Svetlana Șciuca, Eva Gudumac,
Rodica Selevestru, Ludmila Balanețchi, Crivceanschi Maxim, Crivceanschi Eugenia
MODIFICĂRI IMAGISTICE PULMONARE ÎN FIBROZA CHISTICĂ

*Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Departamentul Pediatrie, Catedra Chirurgie, Ortopedie, Anesteziologie pediatrică
IMSP Institutul Mamei și Copilului, Clinica Pneumologie
IMSP Institutul Mamei și Copilului, Departamentul Imagistică*

SUMMARY

IMAGISTIC PULMONARY MODIFICATIONS IN CYSTIC FIBROSIS

Cystic fibrosis is a hereditary disease which the clinical triad: chronic lung disease (chronic coughing with purulent expectoration, dyspnoea, cyanosis), exocrine pancreatic insufficiency with maldigestion and malabsorption (high degree of fat in faeces, fetid, high quantity), high chlorid levels in sweat.

In this work there were evaluated the peculiarities of lung anatomo-morphological substrate in 50 patients with cystic fibrosis by spiral computed tomography. Tomography scans showed the presence of severe changes of lung parenchyma in the most of cases such as bronchiectasis, focal or diffuse fibrosis, air-fluid level cysts, and signs of chronic bronchopulmonary process.

РЕЗЮМЕ

РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

Муковисцидоз это аутосомно-рецессивное генетическое заболевание, которое характеризуется клинической триадой: хроническое поражение легких (хронический кашель с гнойной мокротой, одышка, цианоз), экзокринная недостаточность поджелудочной железы с мальабсорбцией (стул с липидными включениями, зловонный, обильный) и гипотрофией, а также и повышенное содержание хлоридов в поте.

В работе представлена оценка анатомо-морфологического субстрата легких 50 пациентов с муковисцидозом по данным спиральной компьютерной томографии. Компьютерная томография показала наличие в большинстве случаев грубых изменений в паренхиме легких, в том числе бронхоэктазы, очаговый или диффузный фиброз, воздушные кисты или с уровнем жидкости, признаки хронического бронхиального воспаления.