

unică de evidență a copiilor cu dizabilități la nivelul asistenței medicale primare (AMP). În unele raioane există registre în care se deține baza de date privind acești copii. De aceste registre este responsabil unul dintre specialiști, de obicei pediatrul consultant din secțiile consultative, iar în unele raioane și medicii de familie dețin baza de date cu privire la copiii cu dizabilități din sector.

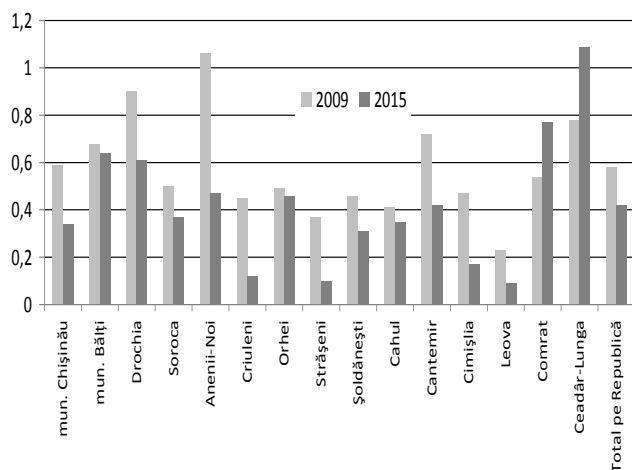


Figura 3. Dinamica indicelui dizabilității cauzate de astmul bronșic la copiii din raioanele de studiu, anii 2009-2015 (cazuri la 1000 copii)

Nu există un protocol unic de monitorizare a copiilor cu dizabilitate cauzată de astmul bronșic. Unii dintre ei se află în evidența pediatrului, alții – în evidența medicului de familie sau a alergologului etc. Unii sunt tratați și monitorizați doar în instituțiile de nivelurile II și III și nu se află în evidența medicului de familie din sectorul în care locuiesc.

Situația devine și mai incertă în condițiile descentralizării medicinei primare, în aceste condiții fiind foarte dificil sau chiar imposibil de unificat informațiile referitoare la dinamica indicatorilor în diferite regiuni, raioane etc.

În același timp, este cunoscut faptul că AB, având o evoluție cronică, are un impact negativ asupra dezvoltării armonioase fizice și psihice a copilului, în pofida faptului că dizabilitatea copilului nu întotdeauna se afla „la vedere”.

Concluzii

Cercetările efectuate și analiza situației ne permit să concluzionăm că numărul copiilor cu dizabilități în republică are un trend ușor de descreștere.

Totodată, oscilațiile mari dintre indicatorii diferitor raioane sugerează dificultăți în evaluarea oportunității a dizabilității la copii, în special la cei cu patologie cronică bronhopulmonară. Atunci când dizabilitatea nu este „la vedere”, se cere o abordare comprehensivă de apreciere, ținând cont atât de funcționarea și structura organismului, cât și de fac-

torii de mediu, limitările în activitatea și participarea copilului etc.

Bibliografie

1. *Anuar statistic 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.*
2. Darea de seamă nr. 46-săn. (anuală) *Privind deservirea medicală a copiilor cu dizabilități*, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.
3. *Raportul Mondial privind Dizabilitatea*. http://apps.who.int/iris/bitstream/106665/44575/20/9789730135978_rum.pdf.

Natalia Chiper, cercet. șt. stagiar,
Laboratorul Științific *Pediatrie* al IMSP IMC
Tel: 069461226
E-mail: naty_chiper@yahoo.com

INTERVENȚIILE SIMULTANE ÎN ECHINOCOZOZA POLIORGANICĂ

Roza HUGHES,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Simultaneous operations on polyorganic echinococcosis

Hydatid disease remains endemic in Moldova. The study included 193 patients with EP who have been diagnosed and surgically treated in the clinic through simultaneous operations. Gender ratio (M: F) = 5:3. Average age (45 years old).

The surgical approach was through toracofrenotomy for patients where EP was present in the lungs and liver, post-operative chemotherapy with Eskazole was performed in all these cases. 175 cases (90.7%) – recovered, 13 cases (6,7%) – suffered complications, 2 cases (1%) – relapsed, 3 cases (1,5%) – fatalities. The best method of treatment of EP is surgical preferably performed in one surgical session in without contraindication.

Keywords: *polyorganic echinococcosis (EP), simultaneous interventions, Eskazole postsurgery*

Резюме

Одновременные операции при полиорганном эхинококкозе

Эхинококкоз является эндемическим заболеванием в Молдове. Было исследовано 193 пациента с полиорганным эхинококкозом, диагностированных и оперированных в клинике торакальной хирургии Кишиневской Республиканской Клинической Больницы. Соотношение мужчин и женщин = 5:3. Средний возраст – 45 лет. Хирургический

подход был проведен через торакофрентомию с одновременной эхинококкэктомией из лёгких и печени. Химиотерапия эсказолом была проведена в послеоперационном периоде всем исследованным больным. В 175 (90,7%) случаях – выздоровление, в 13 (6,7%) – осложнения, в 2 (1%) – рецидивы, в 3 (1,5%) – летальность. Лечение полиорганного эхинококкоза хирургическое, при отсутствии противопоказаний, желательнее с одномоментным удалением через торакофрентомический доступ.

Ключевые слова: полиорганный эхинококкоз, одновременные операции, эсказол

Introducere

Chistul hidatic este provocat de larva *Taenia Echinococcus granulosus* (Goeze, 1782) – vierme din încrengătura *Plathelminthes*, clasa *Cestoda*, ordinul *Cyclophyllidae*, familia *Taeniidae*, genul *Echinococcus*. Evoluția se caracterizează prin afectarea distructivă a organelor și a țesuturilor, în special a ficatului și pneumonului etc. Literatura descrie că, în medie, din 100 cazuri de hidatidoză umană 5,1 se termină cu deces, 18,8 cazuri necesită intervenții chirurgicale repetate, iar 76,1 pacienți sunt tratați medicamentos o lungă durată [1].

Consecințele hidatidozei poartă caracter nu numai medico-sanitar, ci și economic. Conform bazelor de date ale Oficiului Internațional de Epizootii, costurile datorate dezabilităților produse de parazit, în aspect global, constituie mai mult de 700 mil. dolari pe an [3]. Echinococoza poliorganică este cea mai serioasă formă a hidatidozei, care ar putea fi fatală. Chistul hidatic nu beneficiază de o terapie medicamentoasă eficientă, astfel încât tratamentul chirurgical rămâne principala opțiune.

Scopul este ameliorarea tacticii chirurgicale la bolnavii cu echinococoza poliorganică prin optimizarea ședințelor operatorii; alegerea căilor de acces chirurgicale; aplicarea noilor metode de lichidare a lojei chistice și a capsulei fibroase; aplicarea tratamentului medicamentos preoperatoriu și postoperatoriu.

Material și metode

Lotul de studiu a inclus 193 de bolnavi cu EP din 2300 de pacienți tratați în clinică, dintre care cu afectarea pneumonilor – 1840 cazuri (pneumonul drept 55%, pneumonul stâng 45%); pneumonii și ficat – 460 cazuri (20%); localizări rare – 26 cazuri sau 0.8% (localizare cardiacă – 2, aortală – 1, în artera pulmonară – 1, peritoneală parietală – 3, fesieră – 1, femorală – 1, costală – 1, în regiunea coloanei vertebrale – 2, în mușchii spinali – 1, în splină – 7, renală – 5). Raport bărbați : femei = 5:3. Vârsta medie = 45 ani.

Dintre cele 193 de cazuri din lotul de studiu, cu afectare poliorganică au fost: afectarea bilaterală a pneumonilor – 63 cazuri; afectarea pneumonului drept și ficatului – 97 cazuri; ambii pneumoni și ficatul – 15; pneumonul stâng și lobul stâng al ficatului – 12 cazuri; pneumonul drept și lobul stâng al ficatului – 4, pneumonul stâng și splina – 2 cazuri. Intervalul de vârstă a fost între 20 și 60 de ani. Pacienții au fost tratați pentru echinococoza poliorganică în secția de chirurgie toracică a SCR, or. Chișinău, Catedra Chirurgie, FECMF a USMF N. Testemițanu.

Diagnostic

Diagnosticul s-a bazat pe:

1. Investigații clinice generale;
2. Investigații biologice și serologice;
3. Investigații paraclinice: microradiografii – în 138 cazuri, radiologie – în 47 cazuri, tomografie simplă – 29, bronhografie – 3 cazuri, tomografie computerizată – 2, rezonanță electromagnetică – 2 cazuri, fibrobronhoscopie – 138, colangiografie intra-venoasă – 1 caz, colangiografie retrogradă – 1 caz;
4. Metode radioizotopice de explorare a ficatului și a pneumonilor.
5. Examenul microscopic al sputei, care poate depista elemente hidatice (vezicule fiice, resturi de membrana hidatică, scolecși), în cazul chisturilor hidatice erupte sau fisurate [2].

Tratament

Tratamentul chirurgical trebuie să țină cont de următoarele principii obligatorii:

1. Identificarea și localizarea exactă a chistului, identificarea dacă chistul este unic sau multiplu, localizarea exactă și starea zonei perichistice (complicat sau necomplicat).

2. Conduita chirurgicală optimă față de parazit, care cuprinde etapele:

- Evidențierea CH prin căi de acces cât mai simple și directe;
- Prelucrarea CH cu o substanță antiseptică (alcool iodat 4%, alcool, sol. hipertonică, glicerină etc.);
- Prelucrarea antitoxică după puncția prealabilă și evacuarea membranei proligeră; această etapă se efectuează minuțios, cu excluderea diseminării scolexilor și inundării arborelui bronșic;
- Evacuarea chistului constă în extragerea membranei cuticulare și proligeră, apoi se inspectează cavitatea reziduală pentru depistarea veziculelor-fiice.

Tipuri de intervenții:

I. Echinococectomia – înlăturarea membranei proligeră cu tot cu conținut. Include următoarele tipuri:

a) *închisă* (Bobrov-Spasokukočki): puncție, aspirație, înlăturarea tunicii germinative, prelucrarea lojei, suturarea bronhiei, lichidarea cavității fibroase;

b) *deschisă*: după înlăturarea tuturor elementelor parazitare, capsula fibroasă rezecată nu se închide, ci se derenează sau se marsupializează. Tactica ulterioară de tratament urmează principiul cavităților profunde sau plăgilor purulente;

c) *combinată* (drenare externă + omentoplastie/+capitonaj).

II. Echinococectomie ideală, enucleația chistului în tunică chitinică (A.N. Bakulev).

III. Rezecții segmentare tipice și atipice.

IV. Lobectomie și pneumonectomie.

Cavitatea restantă posthidatică se rezolvă:

I – la pneumon:

- procedeul Delbet: sutură în spirală cu fir de catgut după suturarea fistulei bronșice;
- procedeu elaborat în clinica noastră: suturarea în două planuri – primul spirală din adânc la exterior, al doilea spirală paralel cu suprafața pleurală, se obține forma de „T”.

II – la ficat:

- sutură Bobrov: sutură spirală din adânc la exterior;
- sutură capitonaj cu oment;
- capitonaj cu ligamentul rotund hepatic;
- capitonaj cu diafragm în dublicatură;
- sutură prin suprapunere a fâșiilor hepatice periferice „tip lelea” – procedeu elaborat în clinica noastră;
- sutură în „melc”: sutură cu fir de catgut a unei fâșii hepatice periferic, răsucind-o în adâncul cavității capsulei fibroase.

Succesul tratamentului chirurgical al bolnavilor cu EP depinde de pregătirea preoperatorie, alegerea corectă a tacticii chirurgicale, precum și de tratamentul postoperatoriu. În funcție de localizarea CH, s-a recurs la diferite căi de acces chirurgical: toracic anterolateral, lateral, posterolateral, toracofrenotomie, toracolaparotomie tip Ohsawa-Garlock, sternotomie, sternolaparotomie (tabelul 1).

Tabelul 1

Operații simultane în EP, efectuate în clinică

Toracotomie dreaptă + frenotomie	84 cazuri
Sternotomii	14 cazuri
Toracotomii simultane bilaterale	4 cazuri
Sternolaparatomii	3 cazuri

Astfel, din de 193 pacienți cu EP, la 105 (54,5%) rezolvarea maladiei a fost obținută prin operația simultană printr-o singură cale de acces chirurgical, mai rar prin două căi la echinococoză pneumonară bilaterală. Acest tip de operații nu a influențat asupra

complicațiilor sau a letalității (ultima fiind de 0%). În concluzie menționăm că cheltuielile pentru tratament se micșorează cu 50%, timpul spitalizării la fel, timpul de reabilitare se reduce la 4-5 luni.

Tabelul 2

Tratamentul chirurgical al pacienților cu EP

Nr.	Localizarea CH	Total pacienți	Operațiile simultane	
			Printr-o cale de acces	Prin două căi de acces
1	Ambii pneumoni	63	18	45
2	Pneumon drept și ficat	97	84	13
3	Ambii pneumoni și ficat	15	3	12
4	Pneumon stâng și ficat	12	-	12
5	Pneumon drept și lob stâng al ficatului	4	-	4
6	Pneumon stâng și splină	2	-	2
7	Total	193	105	88

Tratamentul chirurgical al pacienților cu EP prin două căi de acces s-a efectuat la 88 de pacienți. În grupul de bolnavi studiați am înregistrat complicații: supurarea plăgii (7 cazuri), hemotorax (3 cazuri), fistule biliare (3 cazuri). Chimioterapie cu eskazole postoperatoriu a fost efectuată tuturor pacienților.

Schema 1: eskazole (albendazol) câte 400 mg x 2 ori/zi timp de 30 de zile. Se administrează două cure, cu un interval de repaus de 30 zile între ele.

Schema 2: helmadol câte 400 mg x 2 ori/zi timp de 28 de zile. Se administrează trei cure, cu un interval de repaus de 30 zile între ele.

Schema 3: helmadol câte 400 mg x 2 ori/zi timp de 28 de zile. Se administrează trei cure, cu un interval de repaus de 30 zile între ele.

Rezultate obținute

Au fost obținute următoarele rezultate: însănătoșire – 175 cazuri (90.7%), complicații – 13 cazuri (6.7%), recidive – 2 cazuri (1%), letalitate – 3 cazuri (1.5%).

Discuții

În Republica Moldova, problema echinococozii este una majoră, din cauza situației epidemiologice și epizootice precare. În regiunile rurale, aceasta este condiționată de dezvoltarea continuă a sectorului zootehnic privat pe fundalul curenței supravegherii medico-veterinare, iar în cele urbane – de majorarea vagabondajului canin. Echinococoză se plasează pe locul al patrulea în structura helmintiazelor, având impact sever asupra sănătății populației republicii [4].

Hidatidoza poate afecta orice organ și țesut din organismul uman. Deoarece forma larvală este ingestată, ca urmare este transportată către ficat prin

sistemul portal, de aceea ficatul are o incidență de afectare în 75,0-90,0% cazuri, urmat de pneumon, cu o incidență de aproximativ 15,0%-30,0%; restul cazurilor revin altor organe datorită circulației sistemice [2, 5-8].

Hidatidoza rămâne timp îndelungat asimptomatică, deseori fiind descoperită accidental. CH netratat la timp ne avertizează cu complicații, cum ar fi erupții cu șoc anafilactic sever, infecție, hemoragie etc. [5]. Examenle radiologice, ecografia, TC, rămân ca screening în algoritmul depistării CH [2, 5, 7]. Tratamentul principal este cel chirurgical [8]. Postoperatoriu sunt necesare cure cu albendazol pentru prevenirea recidivării.

Concluzii

EP este o maladie parazitara, caracteristică zonei endemice a Republicii Moldova. Afectarea poliorganica se observă în 54,5% cazuri, 60% din ele pot fi rezolvate simultan într-o singură ședință operatorie.

Bibliografie

1. Barabas E., Iacuboiu I., Ștefănoiu I. *Frecvența E/H umane în cazistica clinicilor de chirurgie din Tg. Mureș*. În: Rev. Rom. de Parazitologie, 2004, vol. 14, nr. 1, p. 20-21.
2. Cotulbea Romeo-Milea, Ghelase Fane. *Chirurgie toracică*. București, 1999, 438 p.
3. Hotărârea MSSS al RM nr. 3 din 15 mai 2012 *Echinococoză (hidatidoza): etiologie, patogenie, tabloul clinic, diagnostic, tratament, epidemiologie și profilaxie: Indicații metodice*. Chișinău, 2012, p. 6.
4. Lungu Vera. *Optimizarea supravegherii epidemiologice a echinococozii în Republica Moldova*. Teză de doctor în medicină, Chișinău, 2013, p. 9-11.
5. Talib H. *Some surgical aspects of hydatid diseases in Iraq*. In: Brit. J. Surg., 1968, vol. 55, no. 8. p. 576-585.
6. *Third World Health Organisation report on neglected tropical diseases*, p. 95-99
7. Ursulescu Corina, Crumpei Felicia, Târcoveanu E. *Chistul hidatic hepatic operat: aspecte ecografice și radiologice*. În: Jurnalul de Chirurgie, Iași, 2006, vol. II, nr. 1. p. 54-60.
8. Zheng Xiaoyan, Zou Yang, Chenghong Yin. *Rare presentation of multi-organ abdominal echinococcosis: report of a case and review of literature*. In: International Journal Clinical and Experimental Pathology, 2015, p. 11814-11818.

<http://hinarilogin.research4life.org/uniquestatic.pubmed.gov/uniquestatic0/pmc/articles/PMC4637748>

Roza Hughes, doctorandă, anul II.
Catedra Chirurgie, FEC MF, SCR,
IP USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022205521; mob.: 069080948
E-mail: roza.muntean@yahoo.com

DEREGLĂRILE METABOLISMULUI LIPIDIC ÎN HIPOTIROIDIA PRIMARĂ

Lorina VUDU,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu,
Catedra Endocrinologie

Summary

Disorders of lipid metabolism in primary hypothyroidism

The paper examines changes in lipid metabolism in patients with primary hypothyroidism. It has been found, increasing the levels of total cholesterol, LDL-C, triglycerides compared with healthy persons. These disturbances correspond with increased risk of developing cardiovascular diseases. After treatment with L-thyroxine during 3 months was observed positive dynamics of lipid metabolism indices – total cholesterol, LDL-cholesterol. Increasing of lipid indices can be considered an important indicator for increasing the dose of L-thyroxine.

Keywords: hypothyroidism, metabolism, disorders, lipid, cholesterol

Резюме

Нарушения жирового обмена при первичном гипотиреозе

В статье рассматриваются изменения липидного обмена у больных с первичным гипотиреозом. Выявлено повышение уровня общего холестерина, холестерина ЛПНП, триглицеридов по сравнению со здоровыми лицами. Эти нарушения соответствуют повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний. На фоне лечения L-тироксином в течение 3-х месяцев наблюдается положительная динамика показателей липидного обмена – общего холестерин, холестерина низкой плотности.

Ключевые слова: гипотиреоз, метаболизм, нарушения, жировой, холестерин

Introducere

Hipotiroidia primară reprezintă una dintre cele mai răspândite patologii ale sistemului endocrin. Conform datelor diferitor autori, prevalența hipotiroidiei constituie 2-3% și este de 2-8 ori mai frecventă la femei decât la bărbați [4]. Conform statisticilor americane, prevalența hipotiroidismului este de 3,7%. La adulți, prevalența hipotiroidiei manifeste este de 2% la femei și de 0,2% la bărbați. Incidența anuală a hipotiroidiei manifeste este de 4:1000 la femei și de 0,6:1000 la bărbați [16].

Tiroidita autoimună este cauza principală a hipotiroidiei primare: în 50% cazuri boala este de etiologie autoimună. Tiroidita autoimună afectează aproximativ 10-12% din populație, predominanța