

## Pneumoniile comunitare cu evoluție nefavorabilă: aspecte clinico-morfologice

T. Dumitraș<sup>1</sup>, S. Matcovschi<sup>1</sup>, V. Vataman<sup>2</sup>, G. Dumitraș<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Catedra Medicină internă nr. 5, <sup>2</sup>Catedra Morfopatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

<sup>3</sup>Curs Morfopatologie, Universitatea Agrară de Stat din Moldova

### Community-Acquired Pneumonia with Fatal Outcome: Clinical and Morphological Aspects

The aim of the study of 250 patients under 60 years of age was to determine prognostic factors of the unfavorable evolution of community-acquired pneumonia and to observe histopathological changes in the lungs. The fatal outcome of community-acquired pneumonia was influenced by alcoholism, malnutrition, chronic liver disease, chronic renal failure, extended pulmonary infiltrate, arterial hypotension, lack of febrile reaction and an altered mental state. Alveolar exsudate, oedema and thickening of interalveolar septa, foci of destruction, infiltration with leucocytes and fibrin deposition on visceral pleura were among the most frequently seen histopathological changes.

**Key words:** community-acquired pneumonia, fatal outcome, histopathological changes.

### Внебольничные пневмонии с неблагоприятным течением: клиничко-морфологические аспекты

Целью настоящего исследования, включившего 250 пациентов в возрасте до 60 лет, было определить факторы прогноза неблагоприятного течения внебольничных пневмоний и выявить гистопатологические изменения в легких в случаях с летальным исходом. Установлено, что на неблагоприятное течение пневмоний у пациентов молодого и среднего возраста влияют алкоголизм, дефицит массы тела, хроническое заболевание печени, хроническая почечная недостаточность, протяженность легочного инфильтрата, артериальная гипотензия, отсутствие температурной реакции, нарушение сознания. Среди наиболее частых изменений легочной ткани были отмечены альвеолярный экссудат, отек и утолщение межальвеолярных перегородок, очаги деструкции, лейкоцитарная инфильтрация висцеральной плевры с наложениями фибрина.

**Ключевые слова:** внебольничные пневмонии, неблагоприятное течение, гистопатологические изменения.

### Introducere

Pneumonia comunitară (PC) se atestă printre cele mai frecvente afecțiuni ale căilor respiratorii și reprezintă o sursă majoră de mortalitate prin maladii infecțioase în întreaga lume [1]. Conform studiilor europene publicate în ultimii cinci ani, letalitatea prin PC la pacienții spitalizați rămâne a fi înaltă, variind de la 7,8% până la 33,3% [2, 3].

Prezicerea evoluției nefavorabile a pneumoniei comunitare ar contribui la o decizie mai corectă referitoare la necesitatea spitalizării, sediul îngrijirii medicale și terapia antibacteriană adecvată. Dintre scorurile existente care apreciază severitatea și prezic riscul mortalității prin PC, Pneumonia Severity Index și CURB-65 (confuzie mentală, creșterea ureii serice, frecvența respirației mai mare de 30 pe minut, hipotensiunea arterială, vârsta pacientului mai mare sau egală cu 65 de ani) sunt considerați ca având cea mai înaltă sensibilitate [4]. Pe de altă parte, în acord cu aceste scoruri este posibilă subestimarea riscului de deces la un pacient de vârstă tânără sau medie. Luând în considerație că în Republica Moldova nu se atestă tendință de diminuare a mortalității prin pneumonii [5] și că mortalitatea prin pneumonii, în special, la persoanele în vârstă aptă de muncă, reprezintă un impact socio-economic marcant, am considerat oportună elucidarea factorilor de prognostic nefavorabil ai pneumoniei comunitare la pacienții cu vârsta sub 60 de ani.

Deși, conform datelor literaturii de specialitate din ultimul deceniu, indicii mortalității prin pneumonii nu se micșorează, în întreaga lume este remarcat declinul necropsiilor. Numărul de

publicații referitoare la rezultatele necropsiilor și ale examenului histopatologic, la pacienții diagnosticați cu PC, rămâne limitat; cauzele posibile fiind enumerate cele religioase, etnice și, nu în ultimul rând, creșterea posibilităților diagnostice instrumentale intravitale [6]. În pofida celor expuse, valoarea examenului necropsic rămâne incontestabilă, reflectând acuratețea diagnostică și calitatea tratamentului aplicat.

Scopul studiului a fost evidențierea factorilor de prognostic nefavorabil al pneumoniilor comunitare și a particularităților histopatologice ale pneumoniilor cu evoluție nefastă la pacienții cu vârsta sub 60 de ani.

### Material și metode

În studiu au fost incluși 250 de pacienți cu PC spitalizați în SCM „Sfânta Treime” în perioada aa. 2003-2007. Drept criterii de includere au servit: debutul extraspitalicesc al bolii sau în primele 48 de ore de la internare; prezența a cel puțin două din următoarele semne clinice (febră la debut > 38,0°C, tuse cu spută, dispnee, semne fizice de condensare pulmonară, leucocitoză cu peste 10×10<sup>9</sup>/l și/sau devierea formulei leucocitare spre stânga cu nesegmentate >10%); prezența infiltratului recent al parenchimului pulmonar, confirmat radiologic; vârsta sub 60 de ani. Criterii de excludere au fost: suspiecție la diagnosticul de alternativă (tuberculoză pulmonară, cancer pulmonar, pneumonită eozinofilică), stări imunosupresive (infecție HIV/SIDA, tratament cu imunosupresoare și/sau cu corticosteroizi).

Pacienții incluși în studiu au fost examinați clinic, radiologic, s-a efectuat hemoleucograma, analiza biochimică

a sângelui (fibrinogenul, proteina C-reactivă, LDH, glucoza, ureea, creatinina, indicele protrombinic, bilirubina, ALAT, ASAT), la pacienții spitalizați în secția Terapie Intensivă au fost determinate saturația cu oxigen a sângelui arterial sistemic ( $\text{SaO}_2$ ), presiunea parțială a oxigenului ( $\text{PaO}_2$ ) în sângele arterial sistemic, concentrația ionilor de hidrogen (pH).

Severitatea pneumoniilor comunitare a fost apreciată în conformitate cu scorurile CURB [7] și PORT [8]. Diagnosticul etiologic al pneumoniei a fost efectuat prin examene microbiologice (sputocultura, hemocultura, însămânțarea lichidului pleural, prelevate morfopatologice la pacienții decedați), testele ELISA (anti-*Mycoplasma pneumoniae* IgM, anti-*Chlamydia pneumoniae* IgM, anti-*Legionella pneumophila* IgM). În cazul prezenței sputei aceasta a fost examinată microscopic la BAAR (colorația Ziehl-Neelsen).

În cazurile soldate cu sfârșit letal a fost efectuat examenul necropsic. Fragmente de plămâni au fost fixate în sol. formol 10% pentru examenul histopatologic. S-a efectuat includerea lor în parafină, secționarea la microtomul glisant și colorarea cu hematoxilină-eozină.

Datele prezentate în studiu au fost prelucrate computerizat prin metode de analiză variațională și discriminantă. Pentru estimarea diferențelor semnificative în mediile a două grupuri s-a utilizat criteriul t-Student. Valoarea  $p < 0,05$  a fost considerată statistic semnificativă.

### Rezultate și discuții

Pacienții înrolați în studiu au avut vârste cuprinse între 18 și 59 de ani (media de vârstă fiind de  $41,9 \pm 0,8$  ani), dintre care 149 de bărbați (59,6%) și 101 femei (40,4%). Pneumonia a evoluat spre vindecare în 224 de cazuri (89,6%), iar decesul a fost înregistrat în 26 de cazuri. Astfel, letalitatea prin pneumonii comunitare în studiul nostru a constituit 10,4%, date comparabile cu rezultatele studiilor europene din ultimii ani [1, 2, 3].

Pentru evidențierea factorilor de prognostic nefavorabil, pacienții au fost divizați în două loturi. Lotul I a inclus 26 de decedați, lotul II a cuprins 224 de bolnavi ce au supraviețuit.

Ziua de deces a variat de la 1 până la 9 zile (în medie  $3,1 \pm 0,5$  zile), decesul survenind în primele 24 de ore în 38,5% (10/26) din cazuri, la a 2-3-a zi – în 15,4% (4/26), la a 4-6-a zi – în 30,8% (8/26), la a 7-9-a zi – în 15,4% (4/26) din cazuri. Pacienții din lotul I au fost mai în vârstă, media de vârstă constituind  $48,9 \pm 1,4$  ani vs  $41,1 \pm 0,9$  ani în lotul II ( $p < 0,05$ ). Bărbații au alcătuit majoritatea cazurilor din rândul decedaților – 84,6% (22/26) din cazuri vs 56,7% (127/224) din cei vindecați.

La fel ca și în alte cercetări [2, 9], printre factorii de teren în studiul nostru s-au impus abuzul de alcool și tabagismul. Astfel, etilismul cronic a fost diagnosticat la 73,1% (19/26) dintre pacienții din lotul I vs 14,7% (33/224) dintre pacienții din lotul II ( $p < 0,001$ ), iar fiecare al doilea pacient din rândul celor decedați a fost fumător.

Lotul I a fost marcat de ponderea înaltă a persoanelor social-defavorizate – 69,2% (18/26) din cazuri vs 30,4% (68/224) din cazuri din lotul II ( $p < 0,05$ ). Din aceștia neangajații în câmpul muncii au constituit 34,6% (9/26) din cazuri, invali-

zii – 19,2% (5/26) din cazuri și boschetarii (doar în lotul I) – 15,4% (4/26) din cazuri. Starea social-vulnerabilă s-a reflectat asupra stării de nutriție a pacienților, deficitul ponderal fiind înregistrat mai frecvent în rândul decedaților – 65,4% (17/26) din cazuri vs 2,2% (5/224) din cazuri ( $p < 0,001$ ), fapt remarcat și în alte studii [10].

Referindu-ne la patologii asociate în loturile comparate, menționăm că diferențele statistic concludente au fost înregistrate pentru insuficiența renală cronică – 7,7% (2/26) din cazuri, în lotul I, vs de 0% cazuri, în lotul II ( $p < 0,001$ ), hepatitele cronice – 34,6% (9/26) din cazuri, în lotul I, vs 13,4% (30/224) din cazuri în lotul II ( $p < 0,01$ ) și ciroza hepatică – 15,4% (4/26) vs 1,3% (3/224), respectiv ( $p < 0,001$ ). Afecțiunea hepatică cronică apreciată de noi semnificativ mai frecvent în rândul decedaților, este recunoscută ca factor de prognostic nefavorabil și de alți autori, evoluția nefastă a pneumoniei pe fundal de ciroză hepatică fiind explicată atât prin decompensarea funcției ficatului influențată de proces infecțios, cât și prin statutul imun, ventilația și hemodinamica pulmonară dereglate la un pacient cirotic [9].

Toate componentele unui debut acut tipic ca febra, tusea, junghiul toracic au fost prezente în 13,6% (3/22) din cazuri din lotul I, nefiind posibilă precizarea modalității de debut în 4 din 26 de cazuri din acest lot. Sindromul de impregnare infecțioasă a putut fi evidențiat în 77,3% (17/22) din cazuri, iar tratamentul cu antibiotice la etapa prespitalicească a fost declarat în 9,1% (2/22) din cazuri. Durata simptomelor la etapa prespital a constituit  $5,4 \pm 0,2$  zile.

Tuse productivă la internare a fost prezentă la fiecare al doilea pacient din lotul I, predominând expectorații cu caracter mucopurulent – 46,2% (12/26) dintre pacienți, iar într-un singur caz a fost observată sputa ruginie. Dispneea la internare a fost evidentă în egală măsură în ambele loturi: 96,2% (25/26) din cazuri vs 93,8% (210/224) din cazuri ( $p > 0,05$ ). Junghiul toracic însă a fost mai frecvent semnalat de pacienții din lotul II: 44,2% (99/224) din cazuri vs 23,1% (6/26) din cazuri ( $p < 0,05$ ). Din cauza durerilor pronunțate în abdomen în comun cu greață și cu vomă doi pacienți din lotul I (7,7%) erau evaluați inițial cu abdomen acut.

La examenul fizic al toracelui, sindromul de condensare pulmonară a fost stabilit cu aproximativ aceeași frecvență în ambele loturi: 34,6% (9/26) vs 37,9% (85/224) dintre pacienți ( $p > 0,05$ ). Sindromul bronhoobstructiv a dominat în tabloul clinic în 7,7% (2/26) din cazuri, din lotul I, și în 16,5% (37/224) din cazuri din lotul II ( $p > 0,05$ ).

Unele componente ale sindromului de răspuns inflamator sistemic au fost mai pronunțate în lotul pneumoniilor cu evoluție nefavorabilă. Aceasta se referă la frecvența respirației (FR) mai mare de 22 pe minut: 96,2% (25/26) vs 54,5% (122/224) din cazuri ( $p < 0,05$ ) și tahicardia cu peste 125 de bătăi pe minut – 69,2% (18/26) vs 25,9% (58/224) din cazuri ( $p < 0,05$ ). Reacția febrilă peste  $38^\circ\text{C}$  a fost mai caracteristică pentru pacienții vindecați: 63,4% (142/224) din cazuri vs 38,5% (10/26) din cazuri ( $p < 0,05$ ). Temperatura corporală sub  $36^\circ\text{C}$  a fost înregistrată în exclusivitate în lotul I – 11,5% (3/26). Pentru leucocite, VSH, proteina C-reactivă, fibrinogenul nu am observat diferențe statistic veridice. Doar

devierea formulei leucocitare în stânga a fost evidențiată în 100% din cazuri din lotul I, dintre care prezența formelor tinere >10% a fost relevată în 88,5% (23/26).

În toate cazurile din lotul I pneumonia a fost apreciată ca severă, care, conform conceptului contemporan, este privită ca și stare septică [11], evoluând cu complicații sistemice. Astfel, hipotensiunea arterială ca manifestare a șocului septic (tensiune arterială sistolică  $\leq 90$  mm Hg și/sau tensiune arterială diastolică  $< 60$  mm Hg) a fost evidențiată cu predilecție în lotul I: 69,2% (18/26) vs 14,7% (33/224) din cazuri ( $p < 0,001$ ), precum și oliguria observată în 23,1% (6/26) vs 3,6% (8/224) din cazuri ( $p < 0,001$ ). Statutul mental alterat a fost mai caracteristic pacienților din lotul I – 46,2% (12/26) din cazuri vs 9,4% (21/224) din cazuri din lotul II ( $p < 0,001$ ). Sindromul insuficienței multiple de organe a fost constat semnificativ mai frecvent în lotul I – 76,9% (20/26) din cazuri vs 8,5% (19/224) din lotul II ( $p < 0,001$ ).

Examenul radiologic al cutiei toracice a pus în evidență infiltrate de tip alveolar în 92,3% (24/26) din cazuri din lotul I. Opacitatea a fost distribuită multilobar și/sau bilateral în peste jumătate din cazuri din lotul pacienților decedați – 57,7% (15/26) vs 13,8% (31/224) din cazuri ( $p < 0,05$ ). Focare de distrucție au fost mai frecvent prezente în lotul I – 15,4% (4/26) vs 4,5% (10/224) din cazuri ( $p < 0,05$ ). Epanșamentul pleural a fost evidențiat în 26,9% (7/26) vs 11,6% (26/224) din cazuri ( $p < 0,05$ ), iar progresia opacității cu peste 50% la a 2-3-a zi a putut fi observată în 41,7% (5/12) din cazuri, din lotul I, și în 11,4% (5/44) din cazuri, din lotul II ( $p < 0,05$ ).

Diagnosticul etiologic a fost întreprins în 50% (13/26) din cazuri din lotul I. Este evident că atât terenul compromis, cât și microorganismele înalt virulente, au favorizat evoluția nefastă a pneumoniilor comunitare. Astfel, dintre agenții diagnosticați pe prim-plan s-a plasat *Legionella pneumophila* – două cazuri, urmată de *Staphylococcus aureus* – un caz, *Klebsiella pneumoniae* – un caz, și *Pseudomonas aeruginosa* – un caz.

Ca și cauză nemijlocită a decesului PC a fost considerată la 53,8% (14/26) dintre pacienți, la care moartea a survenit prin insuficiență cardiacă și respiratorie acută. În 42,3% (11/26) din cazuri PC a contribuit esențial la deces, procesul pneumonic dezvoltându-se pe fundal de cord pulmonar cronic – 7,7% (2/26); valvulopatia reumatică, cu insuficiență cardiacă congestivă și cu dereglări de ritm – 7,7% (2/26); degerăturile membrelor inferioare cu gangrenă – 7,7% (2/26); ciroza hepatică – 15,4% (4/26); insuficiența renală cronică în stadiul uremic – 7,7% (un pacient cu glomerulonefrită cronică, o pacientă cu nefropatie diabetică).

Examenul necropsic a relevat modificări de tipul hepatizării cenușii în 23,1% (6/26) din cazuri; supurație pulmonară – în 19,2% (5/26) din cazuri; empiem pleural – în 3,8% (1/26) din cazuri; edem pulmonar – în 88,5% (23/26) din cazuri; edem cerebral – în 30,8% (8/26); fistulă pleuropulmonară – în 3,8% (1/26) din cazuri; meningită – în 3,8% (1/26) din cazuri; pericardită – în 15,4% (4/26); sindrom al coagulării intravasculare diseminate – în 34,6% (9/26) din cazuri.

Cele mai frecvente modificări descoperite la examenul histopatologic al plămânilor (fig. 3-8) au fost: exsudatul

în alveole deseori repartizat neuniform – 53,8% (14/26); edemațierea și îngroșarea septurilor interalveolare – 19,2% (5/26); bronșiolita cu aglomerările leucocitare în alveolele peribronhiolare adiacente – 7,7% (2/26); focarele de abcedare și necroza cu autoliza septurilor interalveolare – 7,7% (2/26); infiltrația pleurei viscerale cu leucocite și acoperirea ei cu depozite de fibrină – 11,5% (3/26).

În baza analizei discriminante pas cu pas, am evidențiat opt factori de prognostic nefavorabil al pneumoniilor la pacienții de vârste tânără și medie (tab. 1). Aceștia au cuprins deficit ponderal, etilism, insuficiență renală cronică, afecțiune hepatică cronică, temperatură corporală, statut mental alterat, tensiune arterială (TA) sistolică sub 90 mm Hg, afectare multilobară și/sau bilaterală a plămânilor.

Tabelul 1

Factorii de prognostic ai evoluției nefavorabile a pneumoniei comunitare, %

Factorii	Lotul I (n = 26), %	Lotul II (n = 224), %	P
Deficit ponderal	65,4	2,2	< 0,001
Etilism	73,1	14,7	< 0,001
Insuficiență renală cronică	7,7	0	< 0,001
Afecțiune hepatică cronică	50	14,7	< 0,001
- hepatită cronică	34,6	13,4	< 0,01
- ciroză hepatică	15,4	1,3	< 0,001
Temperatura corpului			
- t < 37°C	26,9	5,8	< 0,05
- t 38°C- 38,9°C	26,9	43,3	< 0,05
Statut mental alterat	46,2	9,4	< 0,001
TA sistolică <90 mm Hg	69,2	14,7	< 0,001
Extindere a infiltratului multilobară și/sau bilaterală	57,7	13,8	< 0,001

Cazul clinic prezentat în continuare vine să demonstreze importanța factorilor de prognostic evidențiați.

Pacientul C., 49 de ani, internat în mod urgent în secția Reanimare și Terapie Intensivă a SCM „Sfânta Treime”. Se știa bolnav a 5-a zi, boala debutând acut cu febră 39°C, junghi toracic pe stânga, tuse seacă. Tratament la domiciliu nu a făcut. Am stabilit că pentru moment nu era angajat în câmpul muncii, era fumător (30 an/ pachete) și consumator cronic de alcool.

La examenul primar avea dispnee în repaus, tuse mucopurulentă, febră 38,8°C, cianoză, transpirații, era în subnutriție. Semnele unui posibil infiltrat pulmonar descoperite la examenul fizic (murmur vezicular diminuat subscapular pe stânga, raluri crepitante la acest nivel) au fost sprijinite de prezența pe radiograma toracelui a opacității în câmpul mediu stâng, cu extindere polisegmentară (fig. 1, 2).

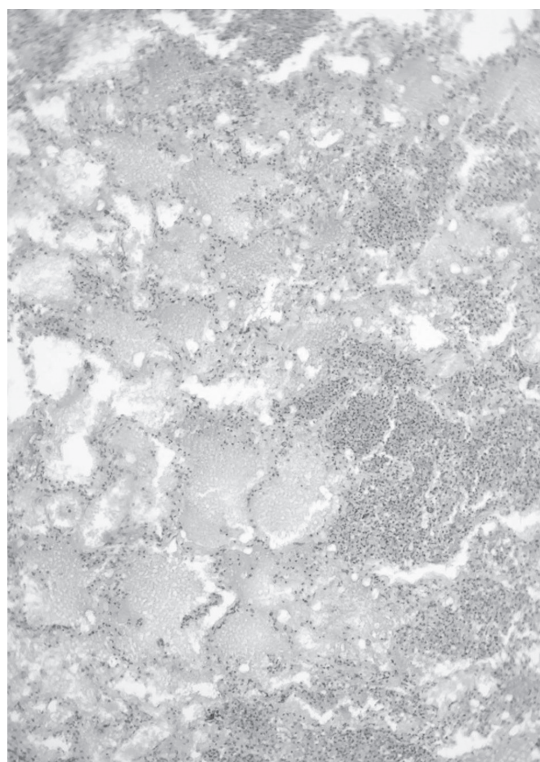
Pneumonia a fost considerată severă, deoarece pacientul avea semne de insuficiență respiratorie acută (FR 32 pe minut), șoc septic (TA 80/60 mm Hg, frecvența contracțiilor cardiace – 120 pe minut, oligurie). Datele paraclinice obținute în continuare au plecat pentru o eventuală insuficiență multiplă de organe, pacientul având hipoxemie (PaO<sub>2</sub> – 52 mm Hg, PaCO<sub>2</sub> – 33 mm Hg, SaO<sub>2</sub> – 88%, pH – 7,36), ureea – 12,8 mmol/l, creșterea de 2 ori a ASAT, de 1,5 ori a ALAT. Au fost prezente, de asemenea, semnele sindromului de răspuns inflamator sistemic: leucocitoză 10,3x10<sup>9</sup>/l cu nesegmentate



**Fig. 1. Pacientul C., 49 de ani. Radiografia toracică în incidență posteroanterioară la internare: opacitate alveolară neomogenă cu tendință spre confluare, situată pe stânga în câmpul mediu stâng.**

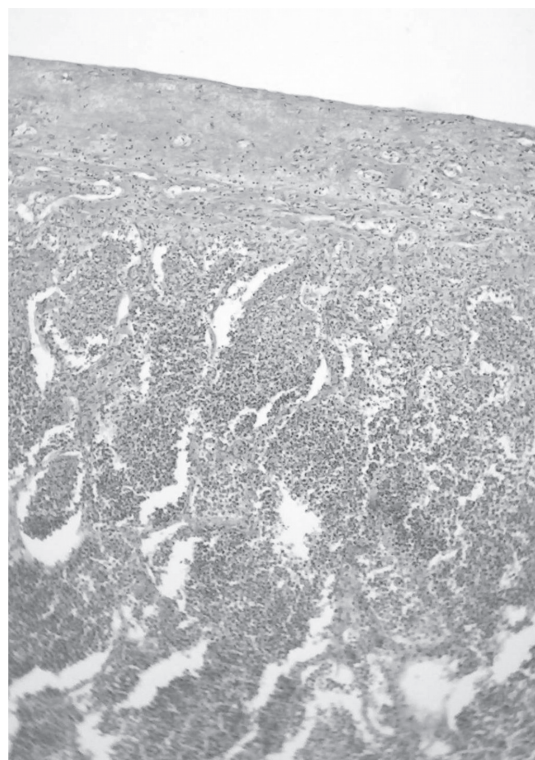


**Fig. 2. Pacientul C., 49 de ani. Radiografia toracică în incidență laterală stângă la internare: opacitatea este situată în proiecția lobului superior stâng.**

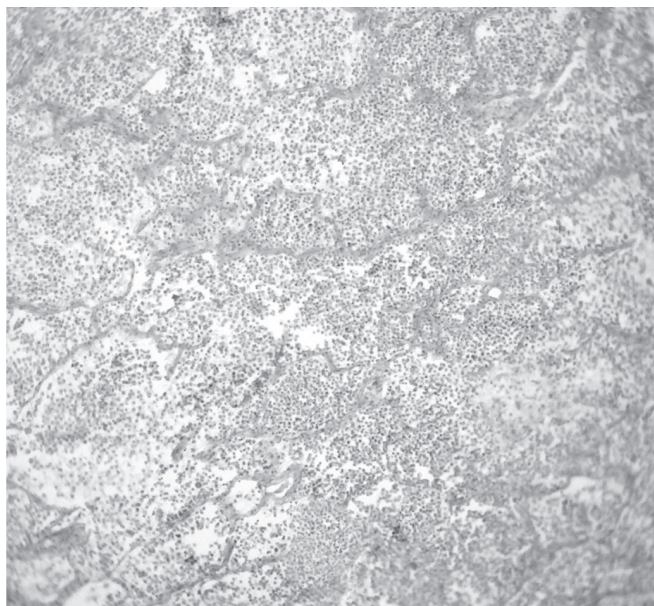


**Fig. 3. Microfotografie. Pacientul C., 49 de ani. În alveolele din partea stângă a câmpului vizual - exsudat predominant seros, în dreapta - exsudat predominant leucocitar. Ob. 7, oc. 10. Colorație hematoxilină și eozină.**

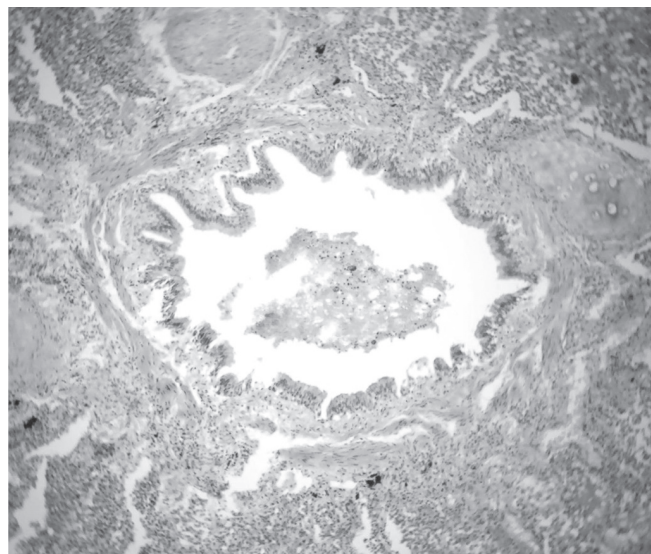
19%, VSH 28 mm/oră, fibrinogen 7,6 g/l, LDH 513,3 Un/l (N 200-400 Un/l), proteină C-reactivă 48 mg/l. În continuare pacientul a fost consultat de ftiziater, fiind exclus diagnosticul de tuberculoză. S-a colectat sânge pentru: hemocultură, SIDA, diagnosticul agenților atipici și markerii hepatitelor virale (rezultatele obținute ulterior au fost negative).



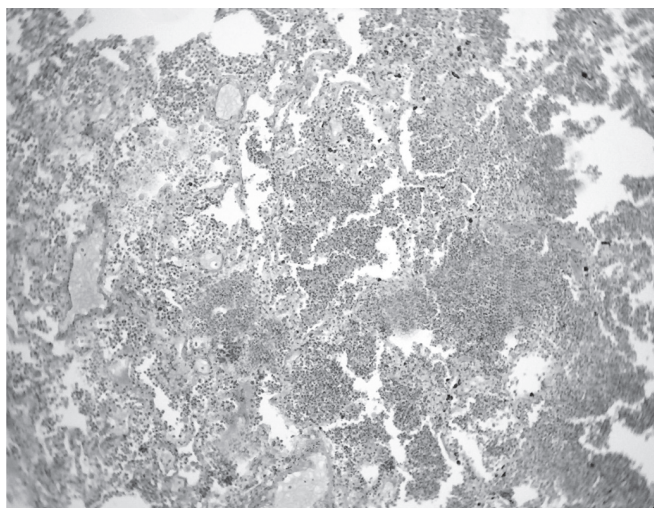
**Fig. 4. Microfotografie. Pacientul C., 49 de ani. În zona subpleurală în alveole exsudat constituit din fibrină și neutrofile, pleura viscerală este hiperemiată, edemațiată, acoperită cu depozite de fibrină. Ob. 7, oc. 10. Colorație hematoxilină și eozină.**



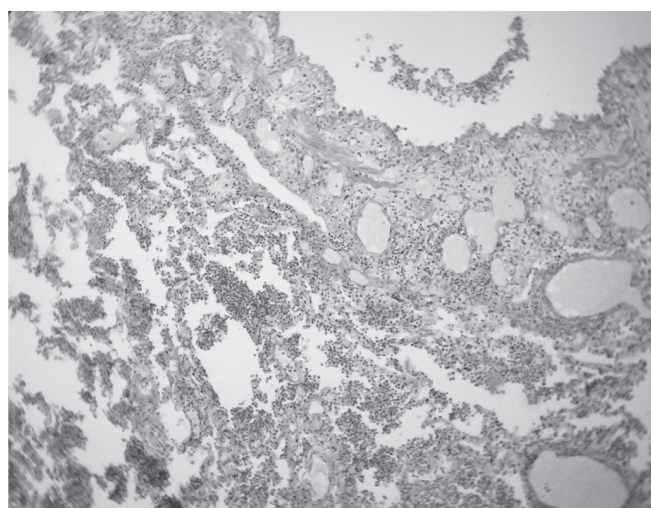
**Fig. 5. Microfotografie. Pacientul P., 51 de ani. Exsudatul din alveole este constituit predominant din leucocite și neutrofile. Ob. 7, oc. 10. Colorație hematoxilină și eozină.**



**Fig. 6. Microfotografie. Pacientul P., 51 de ani. În lumenul bronhiei exsudat cataral-seros cu elemente celulare, inclusiv macrofage cu hemosiderină, în alveolele peribronhiale adiacente aglomerări de leucocite neutrofile. Ob. 7, oc. 10. Colorație hematoxilină și eozină.**



**Fig. 7. Microfotografie. Pacientul T., 54 de ani. În alveole exsudat constituit predominant din leucocite neutrofile și macrofage alveolare, în dreapta – o zonă extinsă de abcedare cu necroza, autoliza septurilor alveolare și formarea unei cavități. Ob. 7, oc. 10. Colorație hematoxilină și eozină.**



**Fig. 8. Microfotografie. Pacienta M., 50 de ani. Epiteliul mucoasei bronhiolare complet descumătat, peretele edemațiat, hiperemiat, infiltrat cu leucocite și limfocite, în lumen - detritus celular (bronșiolită). În alveolele peribronhiolare adiacente aglomerări leucocitare. Ob. 7, oc. 20. Colorație hematoxilină și eozină.**

A fost inițiată antibioterapia combinată (cefotaxim și ciprofloxacină), oxigenoterapia, au fost administrate dopamină, dexametazonă, perfuzii cu soluții macromoleculare. Aceasta a contribuit la o oarecare stabilizare a stării pacientului, TA atingând 90/60 mm Hg, frecvența contracțiilor cardiace 110 bătăi pe minut, frecvența respirațiilor 24-26 pe minut,  $t^{\circ}$  37,8-38,2 $^{\circ}$ C.

A doua zi, în pofida tratamentului aplicat, starea s-a agravat, pacientul a devenit obnubilat, au progresat semnele insuficienței respiratorii și cardiace, decesul survenind la 36 de ore de la internare.

Examenul morfopatologic a relevat: pneumonia cu afectare aproape completă a lobului superior stâng, pleurezie

fibrinoasă din stânga, edem pulmonar (fig. 3, 4), edem cerebral (edem perivascular și pericelular, distrofie proteică a neurocitelor), distrofie proteică a cardiomiocitelor, sindromul coagulării intravasculare diseminate (sludge eritrocitar, trombusuri eritrocitare și fibrinoeritrocitare în rețeaua microcirculatorie), steatohepatita alcoolică (distrofie proteică a hepatocitelor, infiltrare grăsoasă sub formă de picături mici, țesut fibros în zonele centrolobulare).

Analizând cazul dat prin prisma datelor literaturii de specialitate, considerăm că, pe lângă afectarea poliorganică în cadrul etilismului cronic (inclusiv boala alcoolică a ficatului), subnutriția, dereglarea clearance-lui mucociliar sub influența

fumatului, a avut importanță și faptul că apelul la ajutorul medical s-a realizat atunci, când pacientul era practic la așa-numitul *point of no return* [9]. În cazul prezentat examenul morfofopatologic a confirmat diagnosticul clinic și a adus dovezi în favoarea pneumoniei severe complicate cu sindromul insuficienței multiple de organe.

### Concluzii

1. Prognosticul nefavorabil al pneumoniilor comunitare la pacienții cu vârsta sub 60 de ani este determinat în egală măsură de factorii de teren (etilismul, deficitul ponderal, afecțiunea hepatică cronică, insuficiența renală cronică) și factorii clinico-radiologici (extinderea procesului pneumonic, hipotensiunea arterială, lipsa reacției febrile, conștiența alterată).

2. Spectrul modificărilor histopatologice ale pneumoniilor cu evoluție nefavorabilă a cuprins exsudatul alveolar, edemațiunea și îngroșarea septurilor interalveolare, focarele de abcedare, infiltrația pleurei viscerale cu leucocite și acoperirea ei cu depozite de fibrină.

### Bibliografie

- Menendez R., Torres A., Zalakain R. et al. Risk factors of treatment failure in community acquired pneumonia: implications for disease outcome. *Thorax*, 2004; 59: 960-965.
- Botnaru V., Rusu D., Panfil L. et al. Pneumonia comunitară – actualități clinico-evolutive. Materialele celui de al II-lea Congres de Medicină internă cu participare internațională 24-26 octombrie 2007, Chișinău, Republica Moldova, p. 177-178.
- Migliorati P., Boccoli E., Bracci L. A survey on hospitalized community-acquired pneumonia in Italy. *Monaldi. Arch. Chest. Dis.*, 2006; 65 (2): 82-88.
- Buising K. L., Thursky K. A., Black J. F. et al. A prospective comparison of severity scores for identifying patients with severe community acquired pneumonia: reconsidering what is meant by severe pneumonia. *Thorax*, 2006; 61: 419-424.
- Anuarul statistic „Sănătatea publică în Moldova”, Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar, anii 1996-2007.
- Tse G., Lee J. A 12-month review of autopsies performed at a university-affiliated teaching hospital in Hong Kong. *HKJM*, 2000; 6: 190-194.
- Macfarlane J., Boswell T., Douglas G. et al. British Thoracic Society Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults admitted to hospital. *Thorax*, 2001; 56 (4): 1- 64.
- Fine M. J., Auble T. E., Yaely D. M. et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N. Engl. J. Med.*, 1997; 336: 243-250.
- Mortensen E., Coley C., Singer D. et al. Causes of death for patients with community-acquired pneumonia. *Arch. Intern. Med.*, 2002; 162: 1059-1064.
- Логвиненко А. С., Логвиненко Н. И., Иванова Т. И. Факторы риска летального исхода при внебольничных пневмониях. Сборник тезисов 15-го Национального конгресса по болезням органов дыхания, Москва 29, ноября -2 декабря, 2005, с. 100.
- Balica I. Pneumoniile comunitare severe – septicemie pulmonară acută. *Curierul medical*, 2006, Nr.1 (289), p. 23-27.

**Tatiana Dumitraș, dr., asistent universitar**  
*Catedra Medicină Internă nr. 5*  
*Facultatea Rezidențiat și Secundariat Clinic*  
*USMF „Nicolae Testemițanu”*  
*Chișinău, str. Alecu Russo, 11*  
*Tel.: 442073*  
*E-mail: tatiana\_dumitras@yahoo.com*

**Recepționat 01.07.2009**

## Хирургическое лечение бедренных грыж

**А. Ботезату, А. Коцюруба, Е. Маракуца**

Клиническая больница, Тирасполь

### Surgical Treatment of Femoral Hernias

The research examined current methods of surgical treatment for the femoral hernia. Long-term results of autoplatic methods of hernioplasty resulting in frequent relapses of disease are clearly unsatisfactory. The new method of hernioplasty combines autoplasty with the use of a relaxing incision of the front wall of the rectus sheath and autodermoplasty. 8 patients, 6 women and 2 men, were surgically treated. Both immediate and long-term results of treatment (3 months and 5 years) are good. None of the patients has suffered a relapse.

**Key words:** femoral hernioplasty, combination of autoplasty with autodermoplasty.

### Tratamentul chirurgical al herniilor femurale

Au fost supuse unei analize metodele cunoscute de tratament chirurgical al herniilor femurale. Rezultatele hernioplastiilor tisulare din cauza recidivilor frecvente sunt nesatisfăcătoare, fapt pentru care a fost propusă o nouă metodă de hernioplastie femurală care prevede autoplastie cu incizie de relaxare a tecii mușchiului abdominal rect asociată cu autodermoplastie în scop de consolidare a zonei afectate. După metoda propusă au fost operați 8 pacienți: 6 femei și 2 bărbați, spitalizați în mod programat cu indicații la internare planice. Hernii femurale pe dreapta s-au depistat la 5 bolnavi, pe stânga – la 3. Rezultatele postoperatorii la externare și cele tardive (catamneză – 3,5 ani) fiind bune. Recidive nu s-au înregistrat.

**Cuvinte-cheie:** hernioplastie femurală, asociere de autoplastie cu autodermoplastie.