

Crivceanscaia Larisa, Rusu Liuba, Sîrghe Inna, Negru Marina.

PNEUMONIA ASOCIATĂ VAP-ULUI. CAZ CLINIC.

IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Pediatrie

(director – dr. hab. medicină, prof. univ. Ninel Revenco)

Copil X, născut la termenul de gestație 30 săptămîni, cu masa la naștere 1350 gr, extras prin operație cezariană urgentă, decolare de placentă. Profilaxia sindromului de detresă respiratorie nu s-a efectuat.

Starea generală la naștere a copilului a fost apreciată ca fiind foarte gravă. S-a stabilit Scorul Apgar 2/4/6 puncte, scor Silverman 6-7 puncte. În sala de naștere s-a întreprins pașii de resuscitare ABCD. Parametrii inițiali: FCC 38 b/min, SaO₂ 25%, tensiunea arterială medie 20. Copilul a fost intubat, administrat surfactant endotraheal 100 mg/kg, s-a cateterizat vena ombelicală, s-a colectat EAB s-a efectuat vit „K”. S-a obținut o stabilizare a nou născutului după administrare de epinefrină și un volum expader. În condiții de incubator, la suport respirator VAP cu FiO₂ 45%, FCC 138 b/min, SaO₂ 83-87%, TA medie 31, copilul după 20 minute a fost transferat în secția ATI n-n.

În secție s-au colectat probe sanguine pentru investigații paraclinice (AGS+timpul de coagulare, EAB, PCR, Ionograma, Bi, Glucoza, hemocultura și determinarea grupei de sînge). S-a efectuat radiografia cutii toracice, Neurosonografia și USG doppler cardiac. S-a inițiat perfuzia de susținere, alimentația parenterală și antibioticoterapia cu Amoxicilin+Gentamicin. Cu scop de restabilire a hipotensiunii arteriale s-a administrat Dopamina 5 mcg/kg.

La scurt timp am primit următoarele rezultate:

1. AGS prezenta anemie cu Hb 123 g/l, Lc 17, Ns 7, Seg 49, ANC 9520, I/T 0,12

2. Radiografia cutii toracice – SDR DS grav (Fig.1).

3. EAB ombelical – pH 7,32 PCO₂ 41 HCO₃ 19 BE -3

4. PCR negativ

5. Neurosonografia semne de imaturitate

6. USG doppler cardiac CAP 1,3 mm FOP 2 mm

De urgență s-a efectuat corecția anemiei, în dinamică Hb - 165 g/l. Starea generală a copilului se menține gravă, continuă suport respirator VAP cu FiO₂ 40-50%. Necesitățile în oxigen nu puteau fi modificate deoarece periodic manifesta desaturării și conform radiografiilor toracice s-a decis de efectuat o doză de surfactant repetat. Necesitățile în O₂ s-au micșorat pînă la 30%. Retrospectiv, hemocultura colectată în prima zi de viață - fără creștere.

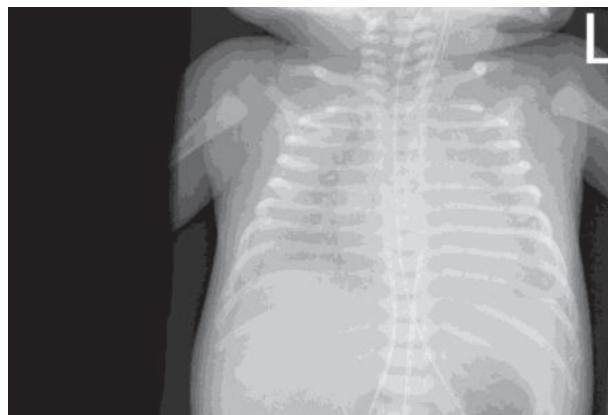


Fig. 1 SDR DS grav

La 54 ore de viață, starea generală a copilului s-a agravat practic brusc. Nou născutul manifesta desaturării frecvente, din tubul endotraheal se aspira secret mucopurulent, dens, în cantități mari, verzui. S-a instalat un sistem de aspirare de tip închis pentru aspirație. Prezenta instabilitate termică, bradicardie pînă la 100 b/min.

S-a decis de colectat secret traheal pentru însămînțare. S-a efectuat repetat radiografia cutii toracice și colectarea analizelor de laborator în dinamică.

Analiza generală de sînge - cu dinamică negativă (Lc 32), PCR 48, EAB tendință spre acidoză și radiografia cutii toracice – cu agravare, semne de pneumonie determinată de infecția nozocomială prin intermediul suportului respirator VAP (apariția pneumatocelelor și infiltrații pulmonare).

S-a decis de revizuit tactica de tratament, s-a modificat antibioticoterapia conform sensibilității în secție (Amicacină +Cefepim). S-a aspirat la necesitate, s-au ajustat parametrii VAP, s-a administrat necesarul caloric maxim posibil. La ziua 7 de viață starea generală a copilului cu dinamică pozitivă, se afla la suport respirator VAP cu FiO₂ 21%, hemodinamic stabil. La ziua 8-a copilul a fost extubat și plasat la suport respirator nCPAP timp de 3 zile, cu monitorizarea parametrilor vitali.

Rezultatul hemoculturii și cultura din tubul endotraheal colectata după agravarea copilului a aratat rezultat pozitiv pentru Klebsiella pneumoniae, sensibilă la Meropenem, Tobramicină, Amicacină și Cefepim.

La 2 săptămîni de viață copilul era O₂ independent, terapia cu antibiotice s-a anulat, alimentația enterală prin sondă tolera în volum indicat, prezenta adaos ponderal.

Acest caz clinic a fost atît un eșec cît și un succes deoarece doar prin vîgilența și profesionism s-a obținut un rezultat bun dar rămîne un mare semn de întrebare de ce un copil care timp de 48 ore cu di-

namică stabilă a suferit o prăbușire bruscă a stării de sănătate. S-au întreprins toate metodele de profilaxia a infecției nozocomiale, dar oricum nu a fost posibil de evitat infectarea. Calea succesului noi considerăm a fi aplicarea metodelor gîngașe și minim invazive de tratament (suport respirator CPAP nazal, administrare de surfactant prin sonda gastrică), desigur în conformitate cu starea generală a nou născutului.

© Ana Mișina, Diana Madan

Ana Mișina, Diana Madan
CHIST DERMOID OVARIAN PARAZITAR

IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

PARASITAR OVARIAN DERMOID CYST

Key words: Ovarian dermoid, parasitic teratoma, ectopic ovary, torsion, autoamputation, omentum

The parasitic dermoid ovarian cyst is a rare entity. Up-to-date were published about 30 cases of parasitic ovarian dermoid cyst. The place of implantation of parasitic cyst can be anywhere in the abdominal cavity, but most common is greater omentum. In the article are presented review of the literature, pathogenesis and method of treatment of parasitic ovarian dermoid cyst.

РЕЗЮМЕ

ПАРАЗИТАРНАЯ ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ЯИЧНИКА

Ключевые слова: дермоидная киста яичника, паразитарная тератома, эктопический яичник, перекрут, аутоампутация, большой сальник

Паразитарная дермоидная киста яичника является редкой патологией. До сегодняшнего времени были опубликованы около 30 случаев паразитарных дермоидных кист яичника. Место имплантации паразитарных кист может произойти в любом месте брюшной полости, однако наиболее частым является большой сальник. В работе представлен обзор литературы, патогенез и методы лечения паразитарных дермоидных кист яичника.

Introducere. Teratomul chist matur (chistul dermoid) este definit ca un neoplasm al tumorilor celulelor germinale, compus din mai multe țesuturi, inclusiv din țesuturi care nu se găsesc în mod normal în organul din care provin. Teratoamele apar, cu predilecție, în ovar, deși se atestă și în testicul, mediastin sau regiunea sacrală și retroperitoneală. Teratomul omental este o entitate atestată foarte rar [49].

Primul chist dermoid omental a fost atestat de către Lebert în anul 1734 [22]. În literatura de specialitate anglo-saxonă au fost descrise mai mult de 30 de cazuri de chisturi dermoide omentale [30]. Etiologia acestor teratoame omentale este destul de obscură. Incidența reală a teratoamelor omentale, ce sunt considerate a fi de raritate extremă, este necunoscută. Aceste formațiuni

uni sunt mult mai frecvente la femei, ceea ce indică o posibilă asociere cu organele de reproducere feminine [30]. Totodată, Mumey a constatat, în același an, o rată de apariție a acestor tumori și la bărbați, doar că în proporție de 16.7% [30].

Conform datelor literaturii de specialitate, aceste formațiuni se întâlnesc cu raportul de 01:12, sex masculin vs sex feminin. Aceste tumori apar la femei odată cu vârsta de reproducere, deși se atestă, de asemenea, la o vîrstă foarte tânără sau înaintată. Vârsta medie a pacienților descriși în literatura de specialitate este de 40.8±19.2 ani, variind de la 2 ani până la 70 de ani [30].

Teratoamele extragonadale apar de-a lungul liniei mediene, ca urmare a migrării celulelor germinale în perioada embrionară. Teratomul ce apare pe această