

Volumul substanței anestezice a fost diferit, rezultând două loturi: lotul I cu câte 3,5-4 ml/70-80mg (105 pacienți) și lotul II - respectiv 2-3ml/40-60mg xilocaină 2% soluție izobară (256 pacienți), Operațiile au durat, în medie, 45 de minute cu variații între 30 și 60 de minute. S-au estimat blocul senzitiv, comportamentul hemodinamic, și s-a urmărit delirul postoperator al vârstnicului - un sindrom mental acut de etiologie multifactorială, întâlnit în chirurgia geriatrică.

### Rezultate și discuții

Calitatea analgeziei a fost bună și foarte bună fără diferențe semnificative la cele două loturi. Se remarcă o diferență mare a comportamentului hemodinamic dintre cele două loturi.

Dozele de xilocaină recomandate în literatură (70-80mg) sunt doze prea mari pentru toleranța cardiovasculară a pacientului vârstnic, ele fiind uneori chiar periculoase. Scăderea dozelor anestezice are un efect benefic asupra comportamentului hemodinamic, dar calitatea și durata blocului senzitiv pot diminua dacă reducerea dozelor se face sub o anumită limită.

Ambele doze au realizat un bloc senzitiv eficient și adecvat intervențiilor urologice endoscopice. Comportamentul hemodinamic a fost însă semnificativ mai bun în cazul celui de-al doilea lot (2-3ml xilocaină 2%), amplitudinea simpaticolizei fiind mult mai diminuată.

Delirul postoperator al vârstnicului nu s-a manifestat la nici unul din pacienții în studiu.

### Concluzie

Doza de 2-3ml (40-60mg) xilocaină izobară 2%, administrată din raportul 0,5mg/kgc subarahnoidian la nivelul L3-L4 sau L2-L3 la pacientul vârstnic pentru intervențiile urologice endoscopice asigură o analgezie de bună și foarte bună calitate, o stabilitate hemodinamică remarcabilă în comparație cu doza clasică și absența delirului postoperator.

---

## PROPOFOL SAU MIDAZOLAM PENTRU SEDAREA BOLNAVULUI VÂRSTNIC SUPUS INTERVENȚIILOR UROLOGICE ENDOSCOPICE ?

### BORȘ Mihail

*dr. în med., conferențiar universitar*

*Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr.2 USMF "N.Testemitanu"*

### Introducere

În activitatea practică s-a observat că uneori în timpul intervențiilor chirurgicale urologice endoscopice efectuate sub anestezie subarahnoidiană o parte din pacienți prezintă anxietate și o senzație neplăcută la unele momente de lucru cu coagulatorul și cuțitul electric sau la efectuarea unor manevre de tensionare și dilatare a cailor urinare, tracție și extragere a calculilor, ș.a. Asocierea medicației sedative i.v. poate aduce un plus de calitate anesteziei loco-regionale prin efectul sedativ, amnezic și anxiolitic.

### Material și metodă

Am efectuat un studiu comparativ, prospectiv și randomizat la 84 pacienți vârstnici (65-88 de ani) cu risc anestezic ASA II-IV pentru evaluarea eficienței sedării cu propofol și midazolam în timpul anesteziei subarahnoidiene cu xilocaină 2% izobară în cadrul intervențiilor urologice endoscopice. Sedarea în timpul rahianesteziei s-a realizat cu midazolam la lotul I (42 pacienți) și cu propofol la lotul 2 (42 pacienți).

Studiile anterioare au demonstrat că o rată de infuzie medie de 3,5-3,7 mg/kg/corp/oră pentru propofol și 0,25-0,27 mg/kg/corp/oră pentru midazolam, dau nivele similare de sedare la pacientul tânăr. Am redus dozele cu 25% având în vedere particularitățile vârstnicului și le-am administrat astfel: la lotul 1 - midazolam 0,25-0,3 mg/kg/corp/oră primele 10 minute, apoi infuzie continuă pe injectomat cu 0,15-0,2 mg/kg/corp/oră; la lotul 2 - propofol 3-3,5 mg/kg/corp/oră în primele 10 minute, apoi infuzie continuă pe injectomat cu 2,0-2,5 mg/kg/corp/oră. Am pornit injectomatul imediat după efectuarea rahianesteziei.

Evoluția hemodinamică s-a apreciat pe baza unui punctaj ca fiind foarte bună, bună sau nesatisfăcătoare. Anxietatea, ca stare de rău general fizic și psihic, a fost apreciată în funcție de 3 categorii de simptome: tulburări motorii, ale vigilenței și vegetative evaluate înainte de operație, în timpul operației și după trezirea din hipnoză. Nivelul sedării a fost evaluat folosind Scala lui Ramsay ca metodă de estimare obiectivă dintre cele mai cunoscute.

### Rezultate

Timpul de instalare al hipnozei (nivelul IV de sedare pe scala de 6 trepte Ramsay), a fost mai tardiv la lotul cu midazolam dar fără diferențe semnificative statistic ( $p > 0.005$ ).

Timpul de recuperare al stării de conștiință confirmat de deschiderea ochilor și obținerea unui răspuns coerent referitor la vârstă, data și locul nașterii, a fost semnificativ mai lung la lotul 1, sedat cu midazolam.

Intraoperator, hemodinamica a fost stabilă ( $p > 0.005$ ). Scăderea tensiunii arteriale (TA) nu a depășit cu 20% valoarea preanestezică, deși a fost mai evidentă în cazul sedării cu midazolam.

### Discuții și concluzii

În ambele loturi am constatat o ușoară scădere a tensiunii arteriale (TA) care nu a depășit cu 20% valoarea preanesteziei. De asemenea, rata cardiacă nu a scăzut cu mai mult de 5-7 bătăi/minut și nu am constatat deprimarea respirației.

Singura diferență între cele două loturi a fost timpul diferit de recuperare a stării de conștiință. Timpul mediu de la întreruperea infuzării și până când pacientul a deschis ochii și respectiv și-a spus data nașterii, a fost semnificativ mai scurt la pacienții din lotul sedat cu propofol (3 și 5 minute față de 9 și 10 minute).

### Concluzie

Cele două anestezice i.v., midazolamul în doză de 0,20-0,25mg/kg/corp/oră și propofol în doză de 2,0-2,5 mg/kg/corp/oră administrate la pacienții vârstnici cu rahianestezie cu 40-60 mg xilocaină 2% au dat nivele comparabile de sedare, au prezentat stabilitate cardiovasculară și respiratorie, propofolul oferind o trezire mai plăcută, fără sedare reziduală și o recuperare superioară a pacientului prin luciditatea prezentă după 3-5 minute de la întreruperea administrării.

Anxietatea, senzația neplăcută la unele momente de lucru cu coagulatorul și cuțitul electric sau la efectuarea unor manevre de dilatare a cailor urinare superioare, tracție și extragere a calculilor ș.a., grețurile și vărsăturile au lipsit, iar delirul postoperator nu s-a manifestat la nici un bolnav.

---

## ASPECTE PATOGENETICE ALE SEPSISULUI COMPLICAT CU ȘOC SEPTIC

### CERNIT Veronica

*asistent universitar, catedra Fiziopatologie și Fiziopatologie clinică a USMF "Nicolae Testemițanu";  
doctorandă, catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr.2*

**Introducere.** Sepsisul complicat cu șoc septic reprezintă una din cele mai serioase probleme ce apar, spre soluționare, în fața clinicistului din secțiile de terapie intensivă, reprezentând un complex de interacțiuni culminative dintre microorganismul patogen și reacția imună, răspunsul inflamator și statutul fluidocoagulant al organismului-gazdă, răspunsul gazdei și caracteristicile infecției influențând evoluția și indicii șocului septic. La o reacție imună inadecvată a gazdei, dezvoltându-se sepsisul sever, asociat cu disfuncție multiplă de organe, procesul septic fiind determinat, totodată, și de caracteristicile microorganismului (agresivitatea, virulenta, rezistența la opsonizare, rezistența la antibiotice, proprietatea de superantigen).

**Scopul lucrării.** Studiul relațiilor microorganism patogen - gazdă, spre relevarea aspectelor cheie în patogenia sepsisului complicat cu șoc septic.

**Metode.** Am făcut un reviu sistematic al literaturii, folosind resursele Medline, PubMed, BioMedCentral și monografiile în parte, spre determinarea momentelor patognomice esențiale a problemei propuse studiului, făcând accent pe studiul conceptului imunodepresiei generale în șocul septic, inclusiv supresia regulatorie (citochinică), depresia metabolică imună, anergia celulelor imunocompetente.

**Rezultate și concluzii.** Analiza materialului induce ideea că șocul septic conduce la dereglarea severă a homeostaziei prin cascada necontrolată a inflamației excesive și coagulării cu statut fibrinolitic alterat, care contribuie la răspunsul inflamator, la hipoperfuzia tisulară, disfuncția organică și mortalitatea crescută. ; rolul crucial în menținerea homeostaziei circulatorii revenind endoteliului vascular (prin proprietățile sale metabolice, menținerea statutului fluidocoagulant și reglarea vasomotricității), sistemului histiofagocitar (prin eliberarea cascadei de citochine pro- și antiinflamatorii cu rol de modulator al răspunsului gazdei la agresiunea infecției), depresiei sistemului imun, ca componentă a insuficienței multiple de organe (cu rol central în patogenia sepsisului grav). Cunoașterea răspunsului organismului gazdă la agresiunea agentului patogen la nivel molecular va deschide calea spre determinarea triplei interacțiuni infecție-inflamație-homeostazie cu optimizarea terapiei șocului septic în direcția modelării răspunsului imun al pacientului în dependență de polimorfismul genetic, de durata bolii și de caracteristicile particulare ale agentului patogen..

---