

Scopul lucrării

Depistarea factorilor de risc responsabili pentru candidemie la pacienții internați în secția de reanimare.

Metode

Un studiu observațional retrospectiv în secția reanimare IMSP SCM „Sf. Treime”. S-au inclus în studiu pacienți ale căror culturi în sânge au fost pozitive pentru germeni fungici.

Rezultate

Din ianuarie 2004 până decembrie 2008 s-au înregistrat 119 pacienți cu culturi de fungi pozitive în sânge. Majoritatea din ele 66,4% (79 de cazuri) au fost apreciate ca nozocomiale, restul 33,6% (40 de cazuri) au arătat culturi de fungi pozitive la internare în secția de reanimare. Pentru toate cazurile a fost caracteristică limfopenia. Incidența candidemiei s-a obținut 16,8/1000 pacienți internați. *Candida Albicans* și *Candida Kruzei* au fost izolate în 85,3% și 7,86% cazuri respectiv. Cei mai importanți factori de risc s-au înregistrat diabetul zaharat în 39,8 % cazuri, procesele maligne în 34,6% cazuri, insuficiența renală stadiul terminal în 13,2% cazuri. Letalitatea s-a inclus în 41,5%.

Tabelul 1. Subclasificarea speciilor de candidă

Clasificarea speciei	N pacienților	Procentul (%)
<i>Candida Albicans</i>	79	85,31
<i>Candida Kruzei</i>	8	7,86
Altele	7	6,83

Tabelul 2. Factorii de risc asociați cu candidemia

Factorii de risc	N de pacienți	Procentul (%)
Diabetul zaharat	47	39,5
Procesele maligne	41	34,4
Insuficiența renală stadiul terminal	16	13,4
Nutriția parenterală	9	7,5
Altele	6	5,2

Concluzie

Candidemia este o manifestare comună la pacienții gravi internați în secția reanimare. Factorul principal care determină fundamental candidemia este imunopresia în variabilitatea de cazuri la pacienții supuși terapiei intensive. Dacă nu se va lua în considerație la depistare primară exprimată prin germeni fungici pozitivi în sânge și inițierea unui tratament adecvat cât mai precoce letalitatea va rămâne înaltă.

ASPECTE ALE OPTIMIZĂRII METODELOR DE ESTIMARE A STATUSULUI SOMATO-FUNCȚIONAL (CARDIO-RESPIRATOR) A BOLNAVILOR ONCOLOGICI SUPUȘI TRATAMENTULUI RADIO-, CHIMIO-, CHIRURGICAL LA NIVEL DE SUBCOMPENSARE SAU FUNCȚII VITALE COMPROMISE

PITERSCHII Nicolae

Institutul Oncologic Republica Moldova

Introducere

În marea majoritate a cazurilor investigațiile de rutină aplicate la bolnavii oncologici senili (ECG, spirometria) nu ne permit evaluarea corectă și deplină a rezervelor compensatorii la pacienții senili, cu atât mai mult alegerea metodei optime de anestezie și conduită perioperatorie cu un impact mai puțin neavantajos asupra stării organismului.

Scopul lucrării

Aprecierea stării terenului somato-funcțional, și gradului de compensare cardiacă și respiratorie la pacienții oncologici..

Materiale și metode

Studiului au fost expuși 150 de pacienți din secțiile microchirurgie, cap și gât, mamologie la care diagnosticul de cancer a fost

verificat morfologic. Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 67-78 ani. Studiul a fost efectuat cu aparatul SIEMENS 6000 în repaus, pe parcursul efortului fizic-genoflexiuni timp de 60 sec. până la restabilirea indicilor inițiali. Metoda se bazează pe înregistrarea dinamică a următorilor parametri: FC; SaO₂ ECS (electrocardioscopia), PG – pletismografia, TA; FR. Efortul fizic a fost dozat în dependență de indicii inițiali și dinamica lor timp de un minut de efort.

Rezultate și discuții

Rezultatele obținute ne-au permis repartizarea pacienților în trei grupe. Pacienții grupului I au fost considerați ca având o hiperfuncție inițială a contracțiilor miocardului, cu creștere neesențială a deficitului energetic (SaO₂, 96-97% inițial cu micșorarea după efort 3-4%; FCC în creștere 15% de la inițial; TA crește până la 20%; FR crește cu 2-4 pe minut). Schimbări pe ECS și PG nu au fost. Indicii inițiali s-au restabilit la a 5-ea min.

Grupul II (au fost considerați bolnavii cu hiperfuncția contractilității miocardului și deficit energetic în fază de subcompensare) SaO₂-scade 4-5%, FC crește 17-20%, TA crește cu 20-25%, FR crește cu 4-7 pe min. La ECS diminuarea amplitudei P,R și T, denivelarea segmentului ST. PG diminuarea anacrotei cu 8-14%. Restabilirea indicilor inițiali peste 15 min. Bolnavii grupului III au epuizarea energetică a contractilității cardiace în fază de sub-decompensare cu următorii indici SaO₂ mai mic de 93% cu scăderea la efort cu 7-8%; FCC cu creștere 25-30%; TA cu creștere 30-35% FR în creștere cu 7 resp./min; ECS – micșorarea voltajului, unda T hipoxică, înaltă, segment ST la izolinie; PG micșorarea anacrotei cu mai mult de 16%. Restabilirea inițială a indicilor s-a produs la interval ce depășea 15 min.

Acești parametri ne au permis determinarea limitelor compensatorii funcționale ale grupelor de bolnavi studiați și alegerea timpului efectuării intervențiilor chirurgicale cu sau fără pregătire preoperatorie.

Concluzii

1. Bolnavii grupului I nu necesită pregătire preoperatorie, grupului II pot fi supuși intervenției chirurgicale cu risc ASA III, grupului III necesită investigații adăugătoare cu tratament de pregătire specific cardiac și bronhopulmonar cu includerea a mai multor grupe de specialiști.

2. Testarea funcțională permite evaluarea rapidă a rezervelor funcționale cardiorespiratorii cu formarea concepției pronosticului anesteziei.

ASISTENȚA ANESTEZICO-REANIMATOLOGICĂ LA PACIENȚI ONCOLOGICI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

PITERSCHII Nicolae., BUZU Anatol

IMSP Institutul Oncologic

Criteriul de operabilitate al bolnavilor oncologici depinde nu numai de gradul de răspândire și extindere a proceselor tumorale dar și de patologiile concomitente al acestor bolnavi, de tratamentele antineoplazice preoperatorii administrate (radio-și chimioterapia) care pe lângă efectul lor curativ prezintă un șir de factori adverși, ridică riscul intervențiilor anesteziico-chirurgicale de la sine totodată agravând maladiile coexistente al pacienților. În anul 2008- 2009 în sectorul anesteziologic au fost efectuate 13221 anestezii. Din numărul total de bolnavi operați patologie asociată a fost depistată la 62,3% (Risc AȘA III-IV la 51,7%). Deseori unul și același pacient poate prezenta un spectru larg al maladiilor concomitente. Noi am efectuat o analiză a particularităților de conduită perioperatorie fiecărei nozologii în parte. Particularitățile intervențiilor chirurgicale în oncopolmonologie: intervenții laborioase și traumatice, pierderi masive sanguine, citoliză masivă, intervenții combinate, necesitatea limfodiseției lărgite. Traumatismul intraoperator, necesitatea limfodiseției lărgite și este o cauză care duce la dezvoltarea detresei respiratorii în perioada postoperatorie precoce care necesită ventilație mecanică prelungită timp de 10±2 ore. O altă particularitate este malnutriția (pierderi ponderale 10-30%) ce necesită o pregătire preoperatorie calitativă. Tumorile laringiene în 90% duc la stenoză cu dereglări respiratorii ce necesită traheostomie des în mod urgent ca prima etapă de tratament. Anesteziologul des se întâlnește la acești pacienți cu problema căilor respiratorii dificile. Tumorile glandei tiroide duc des la disfuncții de la mixedemă până tireotoxicoză. Cancerul sistemului reproductiv ocupă unul din primele locuri în morbiditatea și mortalitatea la femei. Pacientele în perioada preoperatorie sunt supuse tratamentului antineoplazic radioterapie și chimioterapie, care pe lângă efectul lor curativ prezintă repercusiuni severe asupra organelor și sistemelor: c/v, bronhopulmonar, hepatorenal gastrointestinal, statusului fluido-coagulant care necesită o atârnare deosebită în perioada preoperatorie, intra și postoperatorie. În secția de gastrochirurgie se efectuează intervenții chirurgicale voluminoase traumatice și combinate cu particularități (gastrectomii, splenectomii ș.a, intervenții combinate pe stomac și intestine, hemoragii masive în rezecțiile de ficat). Implementarea tratamentului de pregătire adecvat și optimizarea strategiei și a tacticii chirurgicale-anestezice permite reducerea ratei complicațiilor postoperatorii, în urologie în ultimul timp se efectuează operațiile tip BRIKER, ce constă în cistpiostatectomie cu formarea din intestinul subțire a rezervorului și implantarea ureterelor. Operațiile de acest gen sunt traumatice și de lungă durată în mediu 300±30 min.