

junction; in 29.3% obstruction was not detected and cholecystitis was being in process of resolution. In acute lithiasic phlegmonous cholecystitis mechanical block caused by gallstones in clavation was detected in 46.8%, inflammatory block in 27.6%, colloidal block in 25.6%. In acute lithiasic gangrenous cholecystitis mechanical block - 45.4%, inflammatory block in 39.4%, colloidal - 15.2%.

Conclusion. For the first time were established obstructive inflammatory and colloidal factors in the pathogenesis of acute obstructive lithiasic cholecystitis.

Key words: lithiasis, cholecystitis, obstruction

SINDROMUL DISFUNȚIEI MULTIPLE DE ORGANE (MODS) CONSECINȚA INSUFICIENȚEI IMUNITARE SEVERE ACUTE SECUNDARE



COJOCARU V², COJOCARU D¹, GUȚAN V², URSUL S², BOTIZATU A², GUTIU C²

¹*Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr.1 „Valeriu Ghereg”,* ²*Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova*

Caz clinic. Pacienta G. 21 ani, în stare gravă, obnubilată, astenie marcată, dispnee, tahipnee (frecvența respiratorie 30-35r/min), tahicardie sinusală 140b/min., febră (39,5°C), cefalee, artralгии, eritem facial, mialgii, se internează în Clinica ATI a Spitalului Clinic Republican. Debutul bolii insidios, cu 6 luni în urmă cu dispnee inspiratorie, s-a stabilit bronșită acută, a urmat terapia cu antibiotice, alprazolam, omega3, cardiomagnil - fără succes.

Monitorizare: TAS, TAD, TAM, FCC, PVC, CT pulmonar, echilibrul electrolitic și acido-bazic, SO₂, CaO₂, CvO₂, DO₂, VO₂, ERO₂, pH gap, CO₂ gap, coagulograma, analize biologice, markerii autoimuni, profilul autoimun prin imunofenotipare, parametrii metabolismului energetic.

Diagnosticul instalat: Pneumonită acută totală, MODS: ARDS, sindrom de CID (tombocitopenie severă), insuficiență imunitară secundară severă acută (hipercriglobulinemie severă, - 130 OE, Anti-ds-DNA 22,4 U/ml (N 0-20.0 U/ml); A-anti-LKMI IgG 43,9 U/ml (N 0-25.0 U/ml); OMMA 47,1 U/ml (N 1-21.0 U/ml); BR-MA > 300 (N 9,20-38,0 U/ml); GIMA 23,3 (N 2,50-18,4U/ml), coeficientul imunoreglator 1,7), sindrom anemic. Tratament: Metilprednizolon 500 mg/zi, terapie eferentă (plasmaferază), echilibrarea volemică, electrolitică și fluido-coagulantă, terapie antiulceroasă preventivă, antispastice, antihistaminice, anticoagulante, vitaminoterapie, diuretice. La a 10 zi pacienta transferată în secția de profil.

Concluzie. Carența imunitară secundară în situațiile critice, este consecința directă a dezechilibrului dintre componentele sistemului imunitar, ca urmare a pierderii segmentului regulator, producând dezintegrarea unității homeostazice, clinic, manifestându-se în final prin MODS.

Cuvinte cheie: MODS, carența imunitară, diagnostic, tratament

DEVELOPMENT OF MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION SYNDROME (MODS) SECONDARY TO ACUTE SEVERE IMMUNE IMPAIRMENT

COJOCARU V², COJOCARU D¹, GUTSAN V², URSUL S², BOTIZATU A², GUTIU C²

¹*Department of anaesthesiology and reanimathology no.1 “Valeriu Ghereg”* ²*Department of anaesthesiology and reanimathology no.2, SMPH U “Nicolae Testemitsanu”, Chisinau, Republic of Moldova*

Case report. Patient G. 21 years, in critical condition, dizziness, marked asthenia, dyspnea, tachypnea (respiratory rate of 30-35 r / min), sinus tachycardia 140 b / min., fever (39.5°C), headache, arthralgia, flushing, myalgia, is hospitalized in the ICU of the Republican Clinical Hospital. Insidious disease onset of 6 months ago, with clinical sign of inspiratory dyspnea; it was established the diagnosis of acute bronchitis, was instituted antibiotic therapy; alprazolam; omega3; cardiomagnil - which didn't show any success.

Monitoring: sBP, dBP, mBP (invasive), CVP, acid-base, gas (peripheral artery and vein, jugular bulb) and electrolytic balances, SO₂, CaO₂, CvO₂, DO₂, VO₂, ERO₂, pH gap, CO₂ gap, coagulogram, bioassays, autoimmune markers, autoimmune profile by immunophenotyping, parameters of energetic metabolism.

Diagnosis: Acute total pneumonitis; MODS: ARDS, IDC syndrome (severe tombocytopenia), acute severe secondary immune deficiency (severe hipercriglobulinemia - OE 130, Anti-ds-DNA 22.4 U / ml (0-20.0 N U / ml) A-IgG anti-LKMI 43.9 U / ml (0-25.0 N U / ml) OMMA 47.1 U / ml (1-21.0 N U / ml), BR-MA > 300 (N 9

, 20 to 38.0 U / ml), GIMA 23.3 (N 2,50-18,4U / ml), immunoregulatory ratio 1.7), anemic syndrome.

Treatment: Methylprednisone 500 mg / day, efferent therapy (plasmapheresis), balanced fluids, electrolyte and fluid-coagulant therapy, anti-ulcer preventive therapy, antispasmodics, antihistamines, anticoagulants, vitamin therapy, diuretics. At the tenth day, the patient was transferred to the ward.

Conclusion. Secondary immune deficiency in critical situations is a direct result of the imbalance between the components of the immune system due to loss of regulatory segments, producing the disintegration of the homeostatic unit, clinically manifested by MODS.

Keywords: MODS, immune impairment, diagnosis, treatment

CONSIDERAȚII ASUPRA SINDROMULUI HIPERMETABOLIC ÎN CONTEXTUL SINDROMULUI DE DISFUNȚIE MULTIPLĂ DE ORGANE (MODS)



COJOCARU D

Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr.1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. MODS este o entitate clinică relativ nouă care reprezintă un repertoriu extensiv, complex și polimorf de răspunsuri ale organismului la o agresiune patologică severă, rezultanta fiind insuficiența a două sau mai multor organe, inițial neimplicate în proces, care se dezvoltă într-o perioadă scurtă de timp. În ultimii ani au apărut mai multe lucrări care asociază MODS cu sindromul hipermetabolic persistent, considerând că MODS este stadiul clinic final al răspunsului hipermetabolic la o agresiune severă.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 356 pacienți cu MODS (scor MODS ≥ 9), la care s-a cercetat prezența parametrilor clinici și paraclinici ai sindromului hipermetabolic persistent.

Monitorizare: TAS, TAD, TAM, FCC, PVC, echilibrul electrolic și acido-bazic, SO₂, CaO₂, CvO₂, DO₂, VO₂, ERO₂, pH gap, CO₂ gap, coagulograma, analize biologice, parametrii metabolismului energetic.

Rezultate. Sindromul hipermetabolic a fost înregistrat la toți pacienții cu MODS. Gradul de severitate al acestui sindrom a fost direct proporțional cu valorile scorului MODS. La supraviețuitorii suferinzi de MODS, sindromul hipermetabolic a avut o durată relevant mai scurtă cu caracteristici clinice și paraclinice mai puțin spectaculoase.

Concluzii. Sindromul hipermetabolic persistent joacă un rol cheie în declanșarea și menținerea MODS la pacienții în unitățile de terapie intensivă.

Cuvinte cheie: sindromul hipermetabolic, MODS, terapie intensivă

CONSIDERATIONS ON HYPERMETABOLIC SYNDROME IN THE CONTEXT OF MULTI-ORGAN DYSFUNCTION SYNDROME (MODS)

COJOCARU D

Department of anaesthesiology and reanimatology no.1 “Valeriu Ghereg” SPhU “Nicolae Testemitsanu”, Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. MODS is a relatively new clinical entity and consists of an extensive, complex and polymorphic response of the body to a severe pathological aggression, that results in failure of two or more organs, initially not involved in the process that develops in a short period of time. In recent years appeared more studies that associates MODS with persistent hypermetabolic syndrome, considering that MODS is the final clinical stage of a hypermetabolic response to a severe assault.

Materials and methods. The study included 356 patients with MODS (MODS score ≥ 9), that were investigated for the presence of persistent clinical and laboratory hypermetabolic syndrome.

Monitoring: sBP, dBP, mBP (invasive), CVP, acid-base, gas (peripheral artery and vein, jugular bulb) and electrolytic balances, SO₂, CaO₂, CvO₂, DO₂, VO₂, ERO₂, pH gap, CO₂ gap, coagulogram, bioassays, parameters of energetic metabolism.

Results. Hypermetabolic syndrome was recorded in all patients. The severity of this syndrome was consistent with the MODS score values. Also, survivors suffering from MODS, showed a shorter duration of hypermetabolic