

2. Microflora căilor urinare difera considerabil în raport cu regiunea și preparatele antibacteriene mai des utilizate în clinica respectivă.
3. O rezistență pronunțată a florei se manifestă față de aminoglicozide și peniciline, fiind mai sensibilă la preparatele din grupa fluorochinolonelor și cefalosporinelor.
4. Rezultatele obținute evidențiază necesitatea examinării bacteriologice a urinei și stabilirea preparatelor de elecție antibacteriene pentru fiecare clinica în parte.

Bibliografie

1. Внутрибольничные инфекции. Ред. Р.П. Венцела. М. 1990, стр. 240-259.
2. Г.А. Котлярова, Л.А. Нефедова. Лабораторный контроль внутрибольничной инфекций мочевой системы в урологическом стационаре., «Урология», N2, 1999, стр.42)
3. Л.С. Страчунский, В.В. Рафальский. Практические подходы к выбору антибиотиков при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей., «Урология», N2, 2000, стр.8).
4. И.И. Деревянко, Л.А. Нефедова. Клиническое значение микробиологического мониторинга возбудителей инфекций в урологическом стационаре для выбора режимов антибактериальной терапии. Урология, N4, 2001, стр 11.
5. Ward T.T. Jones S.R. Practical Approach to Infectious Diseases., 4-th ed., Boston, 1996, p.1632-1639.

GANGRENA FOURNIER (caz clinic)

V. Captari, S. Ignatenco, V. Cibotaru, E. Vasiliev, I. Donfu, A. Bragaru, S. Pogonea

Clinica de Urologie a Spitalului Municipal de Urgență, Chișinău

Flegmona ideopatică a scrotului (sinonime: gangrenă scrotală fulminantă, boală Fournier, celulită scrotală) a fost relatată pentru prima dată în 1883 de savantul francez Jean Alfred Fournier, în cinstrea căruia a și fost denumită mai târziu boala Fournier sau sindromul Fournier. Această afecțiune reprezintă un proces inflamator cu debut brutal și evoluție fulminantă, care conduce la necrotizarea țesuturilor scrotale și a zonelor adiacente. Infecția este mai frecvent determinată de asociații microbiene anaerobe: Clostridium, (Cl. perfringens, Cl. novyi, Cl. septicum, Cl. histolyticum), streptococi, bacili coli, proteu, precum și stafilococi.

Până la descoperirea antibioticelor mortalitatea prin această patologie atingea 44%. În prezent statisticile relatează procentaje mult mai reduse – 7,2%. Factorul favorizant al acestei afecțiuni este hialuronidaza stafilococică. Infecțarea se produce pe cale endogenă sau exogenă. Uneori gangrena este precedentă de afecțiuni inflamatorii cronice pe aria anorectală (paraproctită anaerobă, abces ischiorectal, decubitus și fricțiuni cronice pe scrot, traumatisme exploratorii – dilatarea canalului uretral, biopsia transuretrală a prostatei, de multe ori însă calea de intrare a infecției rămâne obscură.

Experiența noastră în această afecțiune se bazează doar pe 3 cazuri asistate chirurgical în ultimii 3 ani, unul din acestea soldându-se cu deces. Vă prezentăm un caz ilustrativ din cele avute în îngrijire:

Bolnavul B., 40 ani, internat în stare gravă la 4.12.1995, la a treia zi după ce suportase un traumatism mecanic al scrotului. Este supus de urgență unor îngrijiri chirurgicale energice, când se execută necrectomia totală a țesuturilor scrotale și se trasează incizii largi pe tegumentul perineal.

Examen obiectiv la internare: tegumente palide, umede, TA 120/80 mm Hg, puls – 76 bătă/min, t-37°C, respirație accelerată neregulată, scrotul cu edem de volum impresionant, tegumente de nuanță albastră-cianotică, testicule intacte, dar crepitante la palpate.

Investigații de laborator : Hb 134 g/l; Er – $4,0 \times 10^9/l$; L – $5,6 \times 10^9/l$; proteină totală – 56 g/l; ureea sangvină 7,4 mmol/l; bilirubina conjugată 14,0 mmol/l; fracțiunea directă – 6,0 mmol/l; indirectă – 8,0 mmol/l, ALT – 1,24 mmol/l, AST – 0,8 mmol/l.

După operație starea pacientului fiind precară, este transferat în serviciul de reanimare, unde s-a întreținut 3 zile. Este apoi transferat în secția de urologie, unde continuă să urmeze asistență terapeutică energetică cu ședințe de baroterapie. Ziinic, sub anestezie generală, în sala de intervenții septice se efectua toaleta chirurgicală a plăgii cu necrectomizarea țesuturilor degradate. Dar la 9.12.02 starea bolnavului s-a agravat brusc pe fondul infecției anaerobe progresive, extinse spre regiunea inghinală, bilateral și trecere în peretele abdominal.

Examen de laborator: Hb – 88 g/l; Er – $2,9 \times 10^9/l$; L – $23,3 \times 10^9/l$; mielocite – $4 \times 10^9/l$; metamielocite – $3 \times 10^9/l$; segmentate – $62 \times 10^9/l$; VSH – 60 mm/h. S-au trasat noi incizii pe aria tegumentului inghinal bilateral. Bolnavul a fost îngrijit în secția de reanimare în curs de 4 zile, unde i s-a administrat terapie antibacteriană masivă, asociată cu ședințe de hiperbarooxygenare – îngrijiri continuate apoi și în secția de urologie.

Starea bolnavului s-a ameliorat treptat și la 28.12.1995 după încadrarea testiculelor sub pielea fosei inghinale, s-au aplicat suturi secundare. La 16.01.1996 s-a procedat la autodermaplastia plăgii perineale, pentru ca după 8 zile, în stare satisfăcătoare, bolnavul să fie externat.

PROFILAXIA INFECȚIEI URINARE ȘI UROLITIAZEI LA BOLNAVI CU TRAUMATISM ASOCIAT A BAZINULUI

V.Captari, V.Custorov, V.Cibotari, S.Pogonea, A.Bragaru, I.Donțu, E.Vasiliev
Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Chișinău

Summary

The surgical tactics includes in one stage the operation on the urogenital organs and the osteosynthesis of the pelvic fractures and ensures completely prophylactic measures at the urinary infection and urolithiasis in the postoperative period.

Printre traumatismele diferitelor aparate și organe, cele ale căilor urinare inferioare au fost și sunt considerate cu rezervă, atât pentru aspectele imediat grave pe care le pot îmbrăca, cât și pentru urmările lor îndepărtate. Violența traumatismelor moderne (de muncă, circulație) și importanța solicitărilor la care este supus bazinul, fac ca dintr-un element de protecție, acesta să devină un agent vulnerant important.

Traumatismele asociate ale oaselor bazinului și ale căilor urinare inferioare după datele unor autori constituie de la 15 la 20% (A.Я.Пытель, С.Филимон). Repartizarea traumelor aparatului renourinar în spitalul nostru este demonstrată în diagramă. Statistica spitalului municipal de urgență din or. Chișinău demonstrează că anual sunt aproximativ nouă traumatisme ale sistemului urinar inferior (tab.1)

Tabela 1

Traume ale vezicii urinare și uretrei

Forma nozologică	1995			1996			1997			1998			1999		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Traume a vezicii urinare	6	88	14,6	6	187	31,1	1	15	15,0	6	151	25,1	3	71	23,6
Traume uretrei	3	54	18,0	3	76	25,3	7	86	12,2	7	131	18,7	2	52	26,0

1 - numărul de cazuri; 2 - zile-pat; 3 - zile în mediu

O problemă destul de majoră în leziunile vezicii urinare și uretrei constă în faptul, că în 70-80% cazuri ele sunt asociate cu fractura oaselor bazinului, ce pot provoca diverse complicații cum ar fi infecția urinară sau urolitiază.

În scopul evaluării complicațiilor urologice la pacienți cu leziuni ale aparatului urinar inferior, asociat cu fracturi ale oaselor bazinului, a fost analizat un lot de 44 bolnavi. Din ei 16 s-au aflat în staționar imobilizați la pat timp îndelungat cu complicații severe de infecție urinară, iar în unele cazuri cu formarea de calculi urinari sau diateză urică. În anii 1995-1999 la 28 pacienți cu fractura oaselor bazinului și leziunii ale vezicii urinare (22) și uretrei (6) (4 pacienți cu deplasarea verticală a unei jumătăți de bazin, iar 24 cu fracturi ale oaselor pubiene și ishiatice cu sau fără fragmente osoase libere), s-a folosit aparatul fixator extern Kusturov-Remizov cu aplicarea broșelor Kirshner. Acest dispozitiv asigură fixarea stabilă a oaselor bazinului pe întreaga perioadă de tratament și dă posibilitate de a ridica pacienții în picioare din primele zile, ce este de o importanță majoră în profilaxia infecției urinare și urolitiază.

Peste 2-3 zile după ostiosinteză bolnavii sunt mobili de sinestătător. Mobilizarea precoce a pacienților influențează favorabil perioada posttraumatică. Sunt deminate considerabil complicațiile postoperatorie la aparatul urogenital, care pot fi imediat după operație (infecția urinară) și tardive (diateza urică, urolitiază). Termenul de fixare a oaselor bazinului a constituit 5-6 săptămâni, durată ce permite recuperarea completă a bolnavilor.