



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 30.09.2016

Prezidium: Acad. V. Hotineanu, Prof. E. Guțu

Raport: "Sepsis? versus Sepsis!". Controverse în patogeneza, clasificarea, diagnosticul și tratamentul sepsisului chirurgical. Prof. Dr. Vladimir Karlov (Institutul de Chirurgie „A.V. Vișnevskii”; Moscova, Rusia)

Rezumat. Actualitatea problemei sepsisului este evidentă, fiind susținută atât de creșterea incidenței sepsisului de cel puțin 3 ori în ultimii 20 de ani, cât și de cheltuielile legate de tratamentul unui pacient, care pot ajunge până la 50.000 dolari americani. Mortalitatea în sepsis rămâne foarte ridicată; incidența în Europa fiind de 2-3 ori mai mică față de cea înregistrată în SUA. Totuși, care este cauza elevării "fulminante" a acestor indicatori? Și de ce în era tehnologiilor și tratamentelor performante, în lipsa unor epidemii importante, sepsisul este una dintre principalele cauze de deces? Este posibil oare de a stabili diagnosticul de sepsis doar în baza noțiunii de "SIRS" (sindromul de răspuns inflamator sistemic)? Este SIRS o reacție comună a organismului la orice leziune severă tisulară – infecție, traumă, operație sau patologie sistemică?

Absența răspunsurilor certe la întrebările formulate mai sus, în opinia noastră, poate fi explicată prin lipsa concordanței între datele clinice și rezultatele studiilor morfopatologice. Mai mult ca atât, nici până în prezent nu s-a găsit un loc potrivit în Clasificarea Internațională a Maladiilor pentru sepsisul chirurgical. Totodată, conform datelor autopsiilor din or. Moscova, diagnosticul de sepsis se stabilește în baza datelor morfologice doar în 0,2% cazuri, majoritatea constituind de fapt complicațiile septicopiemice la distanță (noțiune ce lipsește în clasificarea occidentală).

După părerea noastră criteriile SIRS sunt nespecifice, fapt asociat foarte frecvent cu rezultate fals pozitive, de unde și diagnosticarea exagerată a sepsisului. Considerăm esențiale

în diagnosticul de sepsis identificarea focarului purulent primar în asociere cu bacteriemia persistentă, precum și focare purulente secundare. Multiple cercetări demonstrează că dezvoltarea sepsisului este influențată în mod direct de gradul de contaminare bacteriană a țesuturilor, nivelul critic fiind de 10^5 /gram-țesut.

Este cunoscut faptul că sepsisul chirurgical este cauzat, în fond, de către microorganismele condiționat patogene. În anumite condiții, la nivelul "focarului primar" se formează factorii patogenetici – toxinele microbiene și tisulare, citokinele, care ulterior nimeresc în torentul sanguin și inițiază cascada citotoxică, imunodeficiență secundară, SIRS și în cele din urmă dezvoltarea sepsisului.

Din cele expuse, deducem că "sepsisul chirurgical" reprezintă o patologie infecțioasă sistemică nespecifică, care este rezultatul evoluției nefavorabile a procesului de la nivelul focarului purulent primar, cauzat de regulă de microorganisme condiționat patogene. Criteriile principale de diagnostic sunt: focarul purulent primar, bacteriemia persistentă (remitentă), focare septice secundare (unicul semn patognomonic) și SIRS. Sepsisul poate fi clasificat după: factorul etiologic, forma clinico-morfologică, stadiul și severitatea evoluției.

Astfel, conform cercetărilor noastre, focarul primar a fost depistat în toate cazurile de sepsis chirurgical. Bacteriemia a fost diagnosticată la 80% dintre pacienți, în 66% cazuri punându-se în evidență o floră gram pozitivă. Doar la 19,4% din bolnavi în pofida prezenței datelor clinice și morfologice sugestive pentru sepsis, examenul bacteriologic a fost negativ.

Principiile de tratament al sepsisului sunt bine cunoscute. Un rol primordial îl are asanarea radicală și rațională a focarului purulent primar. Aceasta se poate realiza prin preluarea chirurgicală a focarului primar cu drenarea obligatorie.