

формой дыхательной недостаточности, определяющей развитие общего состояния больного.

Ключевые слова: флегмон, эндотоксикоз

Introducere

ALI/ARDS este un sindrom de insuficiență respiratorie acută, caracterizat prin edem pulmonar acut necardiogen, consecutiv unei hiperpermiabilități alveolo-capilare lezionale, care evoluează cu hipoxemie severă prin șunt intrapulmonar dreapta – stânga (secundar atelectaziei) și transudat intraalveolar (Ashbough & Bigelow, 1989). Lezarea membranei alveolo-capilare de diverse cauze duce la extravazarea spre interstițiul pulmonar și alveole a plasmei (edem pulmonar).

Există trei mecanisme de agresiune în funcție de sediul primar al acțiunii și factorul declanșator:

1. Agresiunea *pe cale vasculară* (factorul agresor fiind cu sediul în sânge): septicemii, arsuri, transfuzii masive de sânge, sindromul CID, stări de șoc, embolie pulmonară.

2. Agresiune *pe cale inhalatorie*: inhalare de gaze iritante (SO₂, NO₂, NH₃, Cl), aspirație pulmonară a conținutului gastric (Sdt. Mendelson) sau a apei sărate (înece).

3. Agresiune *directă* asupra parenchimului pulmonar: barotraumatisme, trauma cutiei toracice, asfixie prin strangulare.

Cel mai înalt risc de dezvoltare a ALI/ARDS (38%), le revine stărilor septicе, urmate de traumele asociate grave și transfuziile masive (17% și 24% respectiv).

Severitatea evoluției ALI/ARDS necesită abordarea unei strategii terapeutice care este „pe muchie de cuțit” între eficiență și risc.

Scopul studiului a fost evidențierea factorilor de risc responsabili de declanșarea ALI/ARDS în cazul când factorul agresor se află în sânge – septicemii.

Caz clinic

Bolnavul K., bărbat, 27 de ani, spitalizat în mod urgent în secția de reanimare, în stare extrem de gravă. Starea gravă e determinată de sindromul endotoxice sever, consecință a flegmonului coapsei drepte, și teren somatic tarat (narcomanie – stagiul peste 10 ani).

Manifestările clinice la spitalizare: neurologic GCS – 6-7 puncte, tahipnee, FR – 28 r/min., pulsații doar la vasele magistrale. Examenul radiografic pulmonar – pneumonie de focar în lobul inferior drept și revărsat pleural minimal, bilateral. În mod urgent, pe fundal de terapie intensivă, care a inclus echilibrarea hidrică, tratament antibacterian, heparinoterapie, organoprotectoare, pacientul a fost supus intervenției chirurgicale, care a avut drep scop

ESTIMAREA FACTORILOR DE RISC ÎN EVOLUȚIA ALI/ARDS-ULUI. CAZ CLINIC

Alexandru CORNOGOLUB¹, Eugen GUȚU¹, Nicolae GURSCHI¹, Victoria RUSU¹, Cornel CAZACU²,

¹ USMF Nicolae Testemițanu,

² IMSP SCM Sfânta Treime

Summary

Estimation of risk factors in the development of ALI/ARDS

The risk of ALI / ARDS development in a patient with phlegmon of the right leg complicated with severe endotoxic intoxication, and profuse bleeding from the trunk of the vessel on a background of compromised somatic status is initially very high.

The main role of the development of that syndrome is given of infection, profuse bleeding, metabolic disturbances, massive blood transfusion, and immunodeficiency. In most cases, distress respiratory syndrome (ARDS) is both the most severe form of respiratory failure and the determining factor in the development of patient's general state.

Keywords: phlegmon, endotoxic

Резюме

Оценка факторов риска в развитии ALI/ARDS

Риск развития ALI /ARDS у больного с флегмоной правого бедра, осложненной тяжелым эндотоксикозом и профузным кровотечением из магистрального сосуда, на фоне скомпромитированного соматического статуса (наркомания) изначально очень высок.

Основная роль в развитие синдрома отводится инфекции, профузному кровотечению, метаболическим нарушениям, массивной гемотрансфузии, иммунодефициту. В большинстве случаев респираторный дистресс синдром (ОРДС) является самой тяжелой

lichidarea focarului primar, cu drenarea ulterioară. Perioadele intra- și postoperatorie au evoluat cu instabilitate hemodinamică, sindrom anemic sever (Hb – 5 g/dl, Ht – 0,20), la EAB: PaO₂/FiO₂ – 210, PH – 6,98 și BE – 18-20.

La radiografia pulmonară efectuată peste 16 ore s-au depistat infiltrații difuze în ambele arii pulmonare – tabloul de dezvoltare ALI/ARDS. PaO₂/FiO₂ < 220. La 72 de ore după intervenție chirurgicală, pe fundal de protezare pulmonară și tratament intensiv complex, evoluția stării generale negativă: febrilitate – 38-39°C; tahicardie marcată, FCC – 135-140 b/min; PAM – 60 mmHg; Hb. – 6 g/dl; Ht – 0,16; hemoragie profuză în regiunea inghinală (erozie de vas), fapt ce a impus intervenția chirurgicală – suturarea vasului sangvin (v. Safena magna). Pacientul dezvoltă tabloul clinic de sindrom CID, faza de hipocoagulare (plachetele sangvine 45000, Er – 7,2 g/dl, fibrinogen – 1,8 g/l, timpul de coagulare Lee-White > 20 min.). Ca rezultat pozitiv al tratamentului intensiv complex utilizat, la a 11-a zi pacientul a fost deconectat de la ventilator, iar peste două zile a fost transferat în secția de chirurgie.

La 15 zile după transfer, bolnavul manifestă febra – 39°C, însoțită de frisoane, tahicardie (FCC – 130-140 b/min), leucocitoză marcată (WBC – 28000), tahipnee, FR – 26 r/min, modificări în parametrii biochimici, manifestate prin creșterea de 7-8 ori a transaminazelor hepatice, HVB și HVC fiind negativi.

Schema antibacteriană era prezentată de sol. fortum – 2 gr i/v, în 2 prize, asociată cu sol. metronidazol – 500 mg. i/v în 2 prize, pe fundalul căreia în uro- și hemocltură a fost depistată *Klebsiela* pneumonică, sensibilă exclusiv la tienam. Ulterior, pacientul dezvoltă clinica insuficienței respiratorii.

Examenul radiografic pulmonar relatează opacități difuze bilateral, coeficientul PaO₂/FiO₂ < 140, ceea ce a impus diagnosticul de ARDS. Pacientul a fost supus protezării pulmonare, fiind utilizat tratamentul intensiv multimodal, iar terapia antibacteriană a fost inițiată cu tienam 1 gr. în 3 prize. Evoluția stării generale favorabilă, febra a cedat, indicii metabolismului gazos și parametrii biochimici au revenit la normal și la a 5-a zi pacientul a fost deconectat de la ventilator, la a 9-a zi fiind transferat în secția de chirurgie septică. La a 37-a zi, pacientul în stare relativ satisfăcătoare a fost externat.

Concluzii

Riscul dezvoltării ALI/ARDS în cazul pacientului cu flegmon al coapsei drepte, complicat cu sindrom endotoxic sever și hemoragie profuză din vas magistral lezat, evoluat pe teren somatic compromis sever (narcomanie), este sporit din start.

Rolul esențial în declanșarea acestuia îi revine factorilor favorizanți: infecția masivă, hemoragii

profuze, dereglări metabolice, transfuzii masive, starea de nutriție. În cele mai dese cazuri, detresa pulmonară, fiind una dintre cele mai severe forme de insuficiență respiratorie, este determinantă în evoluția stării pacientului.

Bibliografie

1. Koller M.H., Schustek D.P. *The acute respiratory distress syndrome*. In: N. Engl. J. Med., 1995, nr. 332, p. 27-37.
2. Касиль В.Л., Золотокрылина Е.С. *Острый респираторный дистресс-синдром*. М.: Медицина, 2003.
3. Sonbani A.M.O., Pisconi R. *Acute respiratory distress syndrome: a clinical update*. In: South Med. J., 1999; nr. 92; p. 450-457.
4. Martin G.S., Bernard G.R. *Airway and lung in sepsis*. In: Intensive care med., 2001; nr. 27, p. S67-S79.
5. Tobin M.J. *Advances in mechanical ventilation*. In: N. Engl. J. Med., 2001; nr. 344; p. 1986-1996.

Alexandru Cornogolub, dr. med., conf. univ.,
USMF Nicolae Testemițanu,
Tel.: 022493171; mob. 069321014
E-mail: diana83.06@mail.ru