

### Rezumat

Drept rezultat al analizei epidemiologice retrospective și multifactoriale a 1606 fișe medicale ale pacienților operați în secțiile de chirurgie abdominală și traume multiple și asociate, au fost relevați factorii de risc, favorizând apariția complicațiilor septico-purulente. Prin metoda de analiză discriminantă „pas cu pas” s-a constatat că în baza factorilor de risc determinați pot fi pronosticate 71,95% și 76,09% din cazurile de infecții septico-purulente nosocomiale, respectiv, în secțiile de chirurgie abdominală și traume multiple și asociate.

### Summary

In the result of epidemiological retrospective and multifactor analysis of 1606 medical cards of the operated patients in the departments of surgical abdominal and multiple and associated trauma, the risk factors, which promote the appearance of the septic-purulent complications, have been observed. According to the "step by step" discriminant analysis method, the determined risk factors can be prognosed in 71, 95% and 76,09% of the cases of nosocomial septic-purulent infections in the departments of abdominal surgery and multiple and associated trauma.

## CLASIFICAREA ETIOLOGICĂ ȘI CLINICO-MORFOLOGICĂ A MIELOPATIEI VASCULARE ISCHEMICE

**Diomid Gherman**<sup>1</sup>, dr. h. în medicină, prof. univ., academician, **Vitalie Lisnic**<sup>1</sup>, dr., conf. univ.,

**Marina Sangheli**<sup>1</sup>, dr., conf. univ., **Nicolae Luchianic**<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, <sup>2</sup>Centrul Științifico-Practic Neurologie și Neurochirurgie

Până în prezent nu există o clasificare unică a mielopatiei vasculare ischemice, recunoscută pe plan internațional. Au fost efectuate tentative de a clasifica dereglările vasculare medulare după tabloul clinic, etiologie, patofiziologie, însă aceste clasificări sunt incomplete și nu satisfac neurologia clasică (R. Șakurov 1974; D. Gherman, A. Skoromeț 1981, 1985). Castro-Moure și col. (1997) au prezentat o clasificare patofiziologică cu accente referitoare la vascularizarea arterială sau venoasă, dar neconsiderând formele clinice și schimbările patomorfologice.

La elaborarea clasificării mielopatiei vasculare este necesar de considerat clasificarea bolilor vasculare cerebrale (1) și clasificarea internațională a bolilor și a cauzelor letalității (ediția a 10-a).

**Metode și materiale.** Studierea și analiza propriului lot de pacienți (mai mult de 1000 de cazuri) ne-a permis a elabora următoarea clasificare a mielopatiei vasculare ischemice, fiind evidențiate 6 despărțituri:

I. Conform etiologiei: afecțiuni și alte stări patologice ale vaselor medulare, care se exprimă prin dereglări vasculare.

#### **I. Leziuni vasculare medulare primare:**

a) Malformații congenitale: anevrisme, malformații arterio-venoase, teleangioectazii etc.

b) Ateroscleroză, angiopatii reumatice, infecțios-alergice, metabolice etc.

2. Compresii vasculare medulare vertebrogene, extravertebrale (tumori, sarcină), leptopahimeningită fibrozantă etc.

3. Afecțiuni ale vaselor medulare (radiculo-medulare și la distanță) la intervenții chirurgicale (laminectomie, toracotomie, laparotomie, intervenții la aortă, infuzii epidurale).

4. Focare ischemice în „zonele critice”, provocate de insuficiența vasculară generală și regională (infarct cardiac, hipo- sau hipertonie arterială acută, insuficiența cardiovasculară acută ș.a.).

5. Afecțiuni vasculare medulare toxice (exogene și endogene endocrine, somatogene).

## **II. După caracterul afecțiunilor vasculare medulare:**

1. Dereglări vasculare acute:

- a) Accident vascular tranzitor.
- b) Ictus-infarct medular ischemic acut.

2. Dereglări ischemice lent progresive medulare.

- a) Claudicație medulară intermitentă.
- b) Mielopatie discirculatorie medulară compensată.
- c) Mielopatie discirculatorie medulară decompensată.
- d) Infarct ischemic medular lent progresiv.

## **III. Localizarea focarului ischemic:**

1. Localizarea focarului ischemic în plan longitudinal: cervico-bulbar, insuficiență cervico-brachială, toracică superioară și inferioară, intumescență lombo-sacrată, epiconus, conus medular.

2. Localizarea focarului ischemic în plan orizontal:

- a) Focar ischemic transvers total.
- b) În hemisectiune.
- c) Zona centro-medulară.
- d) Coarnele anterioare.
- e) Partea ventrală (2/3).
- f) Partea dorsală (1/3).

## **IV. Localizarea vasului afectat medular:**

- 1. Caracterul afectării: tromboză, stenoză, traumatizare sau compresie, malformații, aneurism.
- 2. Nivelul de afectare: aorta și ramurile ei (a. subclaviculară, vertebrale, intercostale, iliace).
- 3. a. radiculo-medulare, inclusiv a. Adamkiewicz, a. Deprogenes-Gotteron.
- 4. a. anterioare și posterioare, perimedulare, intramedulare.
- 5. Afectare vasculară generalizată.

## **V. Sindroame clinice medulare în funcție de localizarea ischemiei:**

1. La nivelul cervical:

- a) Parapareză amiotrofică în membrele superioare.
- b) Tetrapareză spastico-atrofică cu sau fără dereglări de sensibilitate (a. anterioară spinală).
- c) Tetrapareză spastică cu sau fără dereglări de sensibilitate (zona critică intramedulară).
- d) Sindrom pseudotabetic cu ataxie senzitivă (a. spinală posterioară).

2. La nivelul toracic - lombar (a. Adamkiewicz):

- a) Parapareză spastică cu sau fără dereglări de sensibilitate și sfincteriene (zona critică intramedulară Th4).
- b) Parapareză spastico-atrofică cu sau fără dereglări de sensibilitate și sfincteriene (a. Adamkiewicz).
- c) Parapareză amiotrofică cu sau fără dereglări de sensibilitate și sfincteriene (a. Adamkiewicz).

3. La nivelul lombo-sacrat (a. Deprogenes-Gotteron):

- a) Parapareză flască distală în membrele inferioare cu dereglări de sensibilitate tip „jokey” și retenție sfincteriană.

## **VI. Expertiza medicală a vitalității:**

- a) Apt pentru muncă.
- b) Temporar incapabil de muncă.
- c) Apt pentru muncă limitat (gr. III).
- d) Inapt de muncă (gr. II).
- e) Necesită îngrijire (gr. I).

Discuții. În *compartimentul I* sunt prezentate cauzele etiologice ale afecțiunilor vaselor medulare, care induc ischemia, și pe primul loc se plasează compresia din cadrul patologiei vertebrogene (hernii discale, stenoză, osteofite, schimbări degenerative distrofice în spondilopatia hormonală,

osteohondropatia juvenilă). Focare ischemice la nivelul zonelor critice se declanșează în raport cu insuficiența generală a vascularizării. Sunt evidențiate 4 „zone critice”: bulbară, intramedulară, centromedulară și terminală (fig. 1).

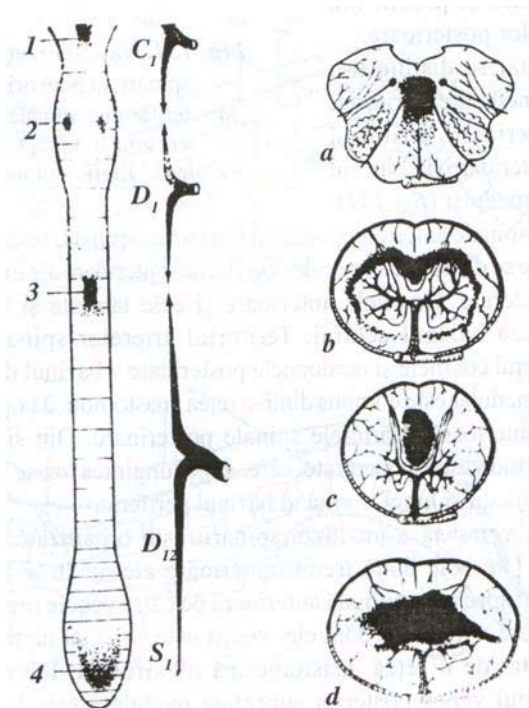


Fig. 1. Zonele critice de vascularizare medulară: 1 – bulbară; 2 – intramedulară; 3 – centromedulară; 4 – terminală

În *compartimentul II* este prezentat caracterul afecțiunilor vasculare ischemice, care poate fi acut și lent progresiv. Ictusul medular acut în primele zile se prezintă morfologic sub formă de edem (fig. 2), care poate fi reversibil sau se poate transforma în infarct cu descompunerea țesutului medular și formarea cavităților (fig. 3).

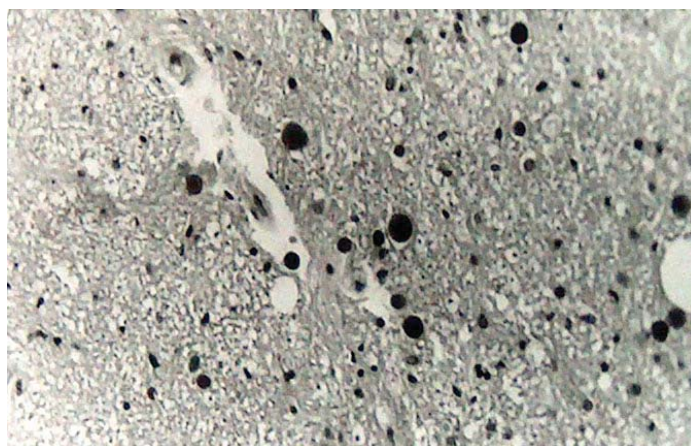


Fig. 2. Edem medular în ictusul medular

Mielopatia compensată se deosebește de cea decompensată prin extinderea procesului ischemic și gravitatea stării clinice. Ea se poate transforma în infarct ischemic lent progresiv, când deja se formează cavități ischemice (fig. 2 și 3).

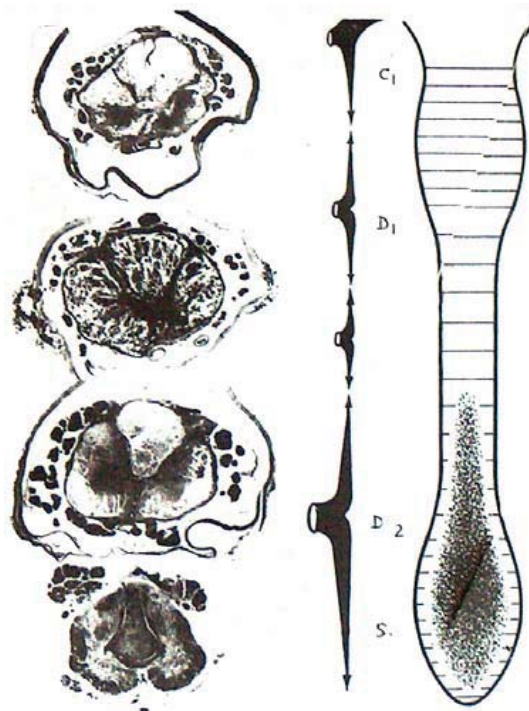


Fig. 3. Modificările morfologice în cazul ictusului în bazinul de vascularizare a a. Adamkiewicz

Localizarea focarului ischemic în plan longitudinal și în cel orizontal este prezentată în *compartimentul III*. Această localizare depinde de artera afectată sau de zona critică în caz de insuficiență vasculară.

Modificările patologice ale vasului afectat (*compartimentul IV*) pot fi sub formă de tromboză, stenoză, compresie (*fig. 4*), malformații, aneurisme. Nivelul de afectare a vasului poate fi localizat în punctul de emergență de la aortă până la formarea vaselor radiculo-medulare, inclusiv a. Adamkiewicz și Deprogen-Gotteron. Focarul ischemic mai frecvent apare în teritoriul de vascularizare a a. spinale anterioare, mai rar a. posterioare și a. paramedulare – ramuri ale vasa corona. Afectarea generalizată a arterelor sub formă de angiopatii se manifestă clinic prin diferite forme de mielopatii.

În *compartimentul V* sunt prezentate sindroamele medulare ischemice la diferite niveluri. Sindromul spastic se manifestă la nivel cervical în cazul în care focarul ischemic este localizat în „zona critică” intramedulară (*fig. 4a*). Sindromul amiotrofic și spastico-amiotrofic la nivelul cervical se declanșează atunci când este afectată a. spinală anterioară și depinde de varianta particulară de vascularizare. Dacă are loc vascularizarea numai a regiunii coarnelor anterioare, se manifestă sindromul amiotrofic în membrele superioare (*fig. 4b*), iar când vascularizarea se extinde și asupra părții anterioare a cordoanelor laterale (sunt implicate tractele piramidale și spinotalamice), se declanșează sindromul spastico-amiotrofic (amiotrofia în membrele superioare și parapareză spastică în cele inferioare, parțial dereglări de sensibilitate superficială sublezional) (*fig. 4c*).

La nivelul toracic-lombar se poate declanșa sindromul de parapareză spastică cu dereglări de sensibilitate superficială și sfincteriene, dacă focarul ischemic este localizat la nivelul „zonei critice” centro-medulare și în sistemul a. Adamkiewicz atunci când ischemia este lent progresivă. În sistemul arterei menționate în debut sindromul poate fi spastic, care o dată cu progresia ischemiei se transformă treptat în sindrom spastico-atrofic, datorat ischemiei coarnelor anterioare, mai târziu în sindrom atrofic în caz dacă predomină ischemia motoneuronului periferic.

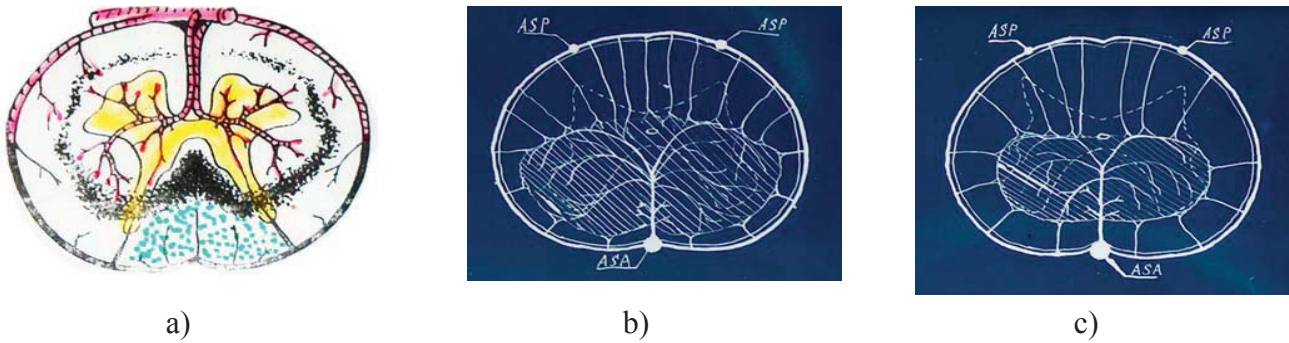


Fig. 4. La nivelul cervical se deosebesc trei forme clinice: a) forma spastică cu tetrapareză spastică; b) forma spastico-atrofică cu atrofii în mâini și spasticitate în picioare; c) forma atrofică cu parapareză atrofică în mâini

Artera Deprogés-Gotteron însoțește mai frecvent radica L5 și din aceste considerente ictusul ischemic se declanșează după un sindrom radicular, provocat de o hernie discală. Acest sindrom poate fi prezent în mai multe variante: parapareza flască distală în picioare și dereglări de sensibilitate tip în șa.

Clasificarea elaborată din punctele de vedere etiologic, patogen, patomorfologic și clinic va aduce o contribuție considerabilă la stabilirea corectă a diagnosticului în mielopatia vasculară ischemică.

#### Bibliografie selectivă

1. Casro-Moure F., Kupsky W., Goshgarian H.G., *Pathophysiological classification of human spinal cord*. J Spinal Cord Med., vol.20, 1997, p.74.
2. Д.Г.Герман, А.А.Скоромец, *Нарушения спинномозгового кровообращения*, Кишинэу, 1981.
3. Д.Г.Герман, А.А.Скоромец, *О классификации сосудистых поражений спинного мозга*, în „Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова”, вып. 9, 1985.
4. Р.Ш.Шакуров, *Казанский медицинский журнал*, 1974.

#### Rezumat

În baza studiului clinico-morfologic a fost elaborată o nouă clasificare a mielopatiei vasculare ischemice, care conține 6 capitole: după etiologie, caracterul ischemiei, localizarea focarului, vasul afectat și formele clinice. Este prevăzută și expertiza medicală a vitalității.

## GLICOZIDELE DIGITALICE ȘI DEREGLĂRILE RITMULUI CARDIAC LA PACIENȚII CU VALVULOPATII MITRALE

**Aurel Dănilă**, dr. h. în medicină, prof. univ.,  
catedra Medicină internă nr. 5, USMF „Nicolae Testemițanu”

Scăderea incidenței reumatismului articular acut (RAA) și prevalența joasă a valvulopatiilor reumatismale în țările industrializate la sfârșitul secolului al XX-lea și începutul mileniului trei au determinat mai mulți medici-interniști să concluzioneze incorect că aceste afecțiuni nu mai reprezintă o problemă dificilă. Totuși, în regiunile subdezvoltate economic, în special pe subcontinentul indian, în America Centrală, Orientul Mijlociu și Europa de Est, din care facem parte și noi, RAA este o afecțiune destul de frecventă ce determină o problemă majoră de sănătate publică din aceste țări, populația cărora reprezintă aproximativ două treimi din populația lumii.

Administrarea tonicardiacelor digitalice (digoxină) în tratamentul insuficienței cardiace și a dereglărilor de ritm, prezintă o ecuație clinico-farmacocinetică actuală și primordială.