

Summary

An analysis of 195 victims with trauma, complicated by retroperitoneal hemorrhage, who are treated at Surgical Clinic N1 "N. Anestiadi". Established: polietyiology of trauma, multiple injuries of the skeleton and internal organs, multifactor prognosis the outcome of trauma. The average value of the scale was used to evaluate the gravity of the trauma: GCS (Glasgow); AIS, ISS; shock index Algovver (SIA); complete forensic results with the complex morph-pathological methods. It is shown, that the evaluation: the severity of damage on the scale of AIS, ISS; degree of impairment of consciousness (Glasgow <9); data shock of the injuries (Algovver); account: the number of damaged internal organs; massive retroperitoneal hemorrhage; age, are indicators, that are already in the acute period traumatic disease, can predict outcomes of injuries.

Резюме

Проведен анализ 195 пострадавших с травматизмом, осложненным забрюшинным кровоизлиянием, проходивших лечение в хирургической Клинике № 1 „Н. Анестиади”. Установлены полиэтиологичность травм, множественность повреждений скелета и внутренних органов, многофакторность прогноза исхода травм. Оценка тяжести повреждений проводилась с помощью значений шкал: GCS (Glasgow); AIS, ISS; шокового индекса Algovver (SIA); данных судебно-медицинской экспертизы и комплекса морфопатологических исследований. Показано, что тяжесть повреждений по шкалам AIS, ISS, степень нарушения сознания (Glasgow <9), данные шокогенности травм (Algovver) учет количества поврежденных внутренних органов; массивных забрюшинных кровоизлияний; возраста являются показателями, которые уже в остром периоде травматической болезни позволяют прогнозировать исход травм.

IMPACTUL LOCALIZĂRII DEREGLĂRILOR HEMODINAMICII VENOASE PROFUNDE ASUPRA MANIFESTĂRII CLINICE A SINDROMULUI POSTTROMBOTIC

*Eugen Guțu*¹, dr. hab. în medicină, prof. univ.,

*Vasile Culiuc*¹, dr. în medicină, asist. univ.,

*Dumitru Casian*¹, dr. în medicină, conf. univ.,

*Igor Donțu*², medic-imagist

¹ USMF "Nicolae Testemițanu",

² Centrul medical "Magnific"

Introducere

Sindromul posttrombotic (SPT) al membrelor inferioare reprezintă o sechelă tardivă ce se dezvoltă la 20%-50% din persoanele ce au suportat anterior

tromboza venelor profunde [1]. SPT se asociază cu reducerea dramatică a calității vieții și cu un grad înalt de dizabilitate, ducând frecvent la invalidizarea persoanei. Cele menționate sunt consecința unei simptomatologii foarte variate: de la edemațierea ușoară a gambei, hiperpigmentare sau eczemă până la edem sever, claudicație venoasă, durere cronică și ulcerații recurente.

În multiple studii este discutată corelația dintre localizarea dereglărilor flebohemodinamicii profunde și prezentarea clinică a SPT, însă datele publicate sunt contradictorii [1, 2, 3]. Mai mult ca atât, evaluarea selectivă a corelației respective, în funcție de gradul de severitate a insuficienței venoase cronice (IVC) nu este clar reflectată. Astfel, scopul cercetării noastre a fost evidențierea particularităților clinico-evolutive ale IVC severe a membrelor inferioare, condiționate de SPT, în raport cu extinderea anatomică a dereglărilor flebohemodinamicii profunde.

Materiale și metode

Criterii de selectare. Studiul de față reprezintă o evaluare prospectivă a corelațiilor clinico-hemodinamice stabilite la 46 de bolnavi (54 extremități afectate) cu IVC severă a membrelor inferioare cauzată de SPT. Influența reciprocă interfactorială (clinică-anatomică-fiziopatologică) corespunzător clasificării *Clinical Etiology Anatomy Pathophysiology* (CEAP) [4], universal acceptate, a IVC a fost analizată prin confruntarea rezultatelor explorării clinice și celor imagistice (ultrasonografia Doppler duplex). Subiecții examinați au fost spitalizați în mod programat pentru investigații și tratament în Clinica de chirurgie generală (IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1 din Chișinău) în perioada 2009-2010. Drept criterii de includere în lotul de studiu au servit: (1) prezența manifestărilor clinice caracteristice IVC severe (C4-6, CEAP) a membrelor inferioare; (2) confirmarea etiologiei posttrombotice a IVC; (3) completarea deplină și inechivocă a chestionarelor oferite pacienților, referitoare la anamneza patologiei venoase, autoevaluarea stării actuale și a calității vieții în raport cu prezența IVC, precum și (4) lipsa patologiilor arteriale periferice concomitente semnificative la nivelul extremității examinate.

Caracteristica clinică. Vârsta medie a bolnavilor a constituit 56,17 (31-77) ani. Majoritatea pacienților (65,21%) au fost în vârstă aptă de muncă. Femeile (n=30) au constituit 65,21% din lotul studiat. În cazul diagnosticării SPT la nivelul ambelor extremități inferioare, cu respectarea criteriilor de includere în studiu pentru fiecare în parte, evaluarea tuturor datelor a fost efectuată separat. În acest fel, afectarea bilaterală a fost identificată la 8 (17,39%) pacienți, cercetarea cuprinzând 54 de cazuri evaluate. Semnele clinice, corespunzătoare criteriului clinic (C) al clasificării

CEAP, au fost estimate după cum urmează: varice (C2), n=36 (66,67%); edem (C3), n=50 (92,59%); hiperpigmentare (C4a), n=54 (100%); eczemă (C4a), n=8 (14,81%); lipodermatoscleroză (C4b), n=44 (81,48%); atrofie albă Milian (C4b), n=4 (7,4%); ulcer venos vindecat (C5), n=20 (37,03%); ulcer venos activ (C6), n=34 (62,96%). Considerând doar cea mai severă (avansată) modificare, ulcerul venos a reprezentat cea mai frecventă leziune trofică diagnosticată la bolnavii din lotul cercetat. Astfel, ulcerul (vindecat și activ) a fost constatat în 44 (81,48%) din toate cazurile analizate, în 10 (29,41%) din acestea ulcerul activ fiind asociat cu cel puțin un ulcer vindecat.

Pentru stratificarea SPT a fost apreciat scorul Villalta [5]. Severitatea clinică a IVC a fost evaluată prin aprecierea: scorului clinic CEAP, scorului venos al severității clinice (VCSS) și scorului venos de dizabilitate [6].

Examenul imagistic. Toți pacienții au fost examinați prin ecografie în modulul B (în timp real) și ultrasonografie Doppler duplex a sistemului venos al extremităților inferioare. Au fost utilizate sonograful „Sonoline G60S™” („Siemens AG”, Germania) și transductoarele liniare cu frecvența de 5–9 MHz. Obiectivul ultrasonografiei duplex a fost evaluarea sistemelor venoase superficiale, profunde și perforante, în vederea depistării prezenței obstrucției, refluxului venos patologic sau a ambelor dereglări hemodinamice. Totodată, prin examenul imagistic a fost exclusă patologia arterială cronică periferică asociată.

Pacienții au fost evaluați în ortostatism, pe un suport special, cu membrul inferior examinat ușor flectat în articulația genunchiului. Reflux venos patologic a fost considerat fluxul sangvin retrograd, orientat în direcție opusă celei fiziologice, cu o durată >1 sec. (pentru venele profunde). Pentru identificarea refluxului la nivel iliofemural, a fost folosită manevra Valsalva. Pentru testarea refluxului la nivelul venelor gambiere a fost folosită proba de compresie. Drept obstrucție a fost considerată ocluzia totală a lumenului venos la un anumit nivel sau >50% din lumenul venos pe o arie $\geq 1/2$ dintr-un segment anatomic venos – coresponzător celor 18 segmente reflectate în clasificarea CEAP [4, 6]. După examinarea imagistică s-au calculat: scorul anatomic CEAP, scorul total CEAP și scorul venos segmentar [6].

Etiologia posttrombotică a IVC a fost confirmată în toate cazurile prin prezența sechelelor posttrombotice la examenul imagistic. Drept sechele ecografice ale trombozei venelor profunde, suportate în trecut, au fost considerate: (1) vizualizarea directă a maselelor hiperecogene reziduale (parietale sau sub formă de rețea intraluminală centrală) în lumenul venei, (2) obstrucția lumenului venos, cauzată de mase trombo-

tice vechi, (3) colabarea incompletă a lumenului la compresiunea extrinsecă cu transductorul, (4) îngroșarea pereților venei pe unul sau mai multe segmente anatomice venoase, (5) absența sau diminuarea fluxului venos spontan, (6) dispariția caracterului fazic (variației respiratorii) al fluxului [7].

Cazurile analizate în studiul au fost divizate convențional în două grupuri după cum urmează: grupul I (afectare extinsă – proximală și distală; n=40) a inclus cazurile în care schimbările posttrombotice au fost evidențiate atât la nivel iliofemural, cât și la nivel popliteo-tibial și grupul II (afectare distală; n=12) a inclus cazurile în care au fost diagnosticate modificări posttrombotice la nivel popliteo-tibial. Două cazuri de localizare a dereglărilor hemodinamice doar la nivel iliac au fost excluse. Veridicitatea diferenței dintre valorile comparate a fost evaluată prin calcularea testului statistic parametric *t* (Student).

Rezultate și discuții

La compararea frecvenței constatării diverselor manifestări clinice ale SPT în grupurile analizate s-a constatat o diferență semnificativă doar pentru o singură acuză – senzația de arsură percepută la nivelul gambei: 50% în grupul I versus 20% în grupul II, $p < 0,05$. Rata înregistrării tuturor simptomelor a fost predominant mai mare în grupul I (datele nu sunt prezentate), reflectând astfel o expresie clinică mai amplă a SPT în cazul dereglărilor hemodinamice la nivel iliofemural. Totuși, diferența nu a atins un nivel suficient de credibilitate. Tradițional se consideră că localizarea mai proximală a dereglărilor hemodinamice profunde se asociază cu manifestări clinice mai complexe și severe. În analiza recentă a literaturii, efectuată de către Wolf și coaut., este remarcat însă caracterul controversat al acestei corelații, deoarece în câteva serii largi de cazuri rezultatele clinice la distanță nu s-au deosebit în funcție de extinderea anatomică a dereglărilor hemodinamice [1].

Caracteristica clinico-evolutivă a SPT e redată în tabelul ce urmează. SPT s-a dezvoltat predominant mai rapid în cazurile afectării extinse, însă evoluția spre modificări trofice ale țesuturilor moi a fost mult mai accelerată în cazurile din grupul II.

În pofida unei anamneze de SPT mult mai îndelungate în cazurile localizării popliteo-tibiale a leziunilor patofiziologice, numărul de recidive ale ulcerelor înregistrate în ambele grupuri nu s-a deosebit. Aceasta sugerează o evoluție mult mai agresivă a ulcerului în cazul afectării proximale vs distale. În același timp, numărul mediu de ulcere active pe o extremitate (considerând doar cazurile C6), precum și suprafața acestora a predominat în dereglarea hemodinamicii distale.

Coraportul dintre criteriul clinic și extinderea le-

Evoluția clinică a SPT în raport cu extinderea leziunilor hemodinamice

Criteria	Grupul I (proximal+distal)	Grupul II (distal)	p
Anamneza de SPT (luni)	140,65±23,7	298±54,6	<0,05
Durata de la episodul de tromboză până la apariția simptomelor SPT (luni)	23,06±4,06	26,33±14,49	NS
Durata de la episodul de tromboză până la apariția modificărilor trofice (luni)	58,35±6,82	33,25±8,79	<0,05
Numărul ulcerelor venoase pe extremitate (în clasa C6, CEAP)	1,58±0,17	1,8±0,53	NS
Suprafața ulcerelor (cm ²)	16,77±5,07	22,08±6,92	NS
Numărul de recidive ulceroase	2,93±0,49	3±1,22	NS

ziunilor hemodinamice este reflectat în figura 1. La pacienții din clasa clinică C5 au fost diagnosticate doar leziuni hemodinamice extinse. Printre cazurile corespunzătoare clasei C4 a fost determinată o rată asemănătoare de leziuni hemodinamice proximale vs distale.

Aparent surprinzător, dezvoltarea leziunilor hemodinamice posttrombotice în segmentul distal, în special la nivelul venei poplitee, s-a asociat cu creșterea semnificativă a frecvenței dezvoltării ulcerului venos activ de gambă. Însă rezultate similare au fost raportate și de către alți cercetători. Astfel, Shull și coaut. au determinat că prezența dereglărilor hemodinamice la nivelul venei poplitee reprezintă un factor mai important de prognozare a dezvoltării ulcerului venos de gambă decât extinderea trombozei [8].

Varicele au fost identificate predominant în grupul II – 83,33% vs 65%, constatate în grupul I (figura 2). Eczema venoasă a fost înregistrată cu o frecvență asemănătoare în ambele grupuri: 15% cazuri în grupul I vs 16,66% cazuri în grupul II.

Totodată, în dereglarea proximală a hemodinamicii frecvența dezvoltării leziunilor trofice nonulceroase ce determină o severitate sporită a SPT (edemul și lipodermatoscleroza) a fost mai mare. Astfel, lipodermatoscleroza și, respectiv, edemul gambier au fost diagnosticate în grupul I și grupul II în 85% vs 66,66% și 95% vs 83,33% cazuri, respectiv. În general, rata

dezvoltării modificărilor trofice nonulceroase ale țesuturilor moi nu a fost influențată semnificativ de localizarea și extinderea dereglărilor hemodinamicii.

În ambele grupuri sistemele de scor specifice calculate în studiul de față au avut valori comparabile (datele nu sunt prezentate). Scorul Villalta, apreciat fără a lua în considerație punctajul acordat automat doar pentru prezența ulcerului activ, a constituit 13,2±0,35 (grupul I) vs 13,17±1,45 (grupul II). În același timp, numărul de segmente venoase anatomice afectate în grupul II a fost semnificativ mai mic în comparație cu cazurile din grupul I (scor anatomic CEAP: 3,67±0,22 vs 5,15±0,28 și scor venos segmentar: 4±0,46 vs 6,2±0,31, p<0,001 pentru ambele comparații).

Așadar, la un număr semnificativ mai redus de segmente venoase anatomice afectate, severitatea clinică a SPT cu dereglarea la nivel popliteo-tibial a hemodinamicii a fost similară cu cea condiționată de dereglările extinse proximal. Van Ramshorst și coaut. au depistat că extinderea trombozei corelează bine cu numărul de segmente venoase anatomice implicate, însă nu și cu severitatea clinică [9]. Trebuie menționat faptul că rețeaua venoasă colaterală la nivel iliofemural deseori este suficient de dezvoltată, pentru a asigura o drenare venoasă adecvată în cazul dereglărilor hemodinamice la nivelul axului venos profund proximal. Aceasta poate explica rezultatele obținute

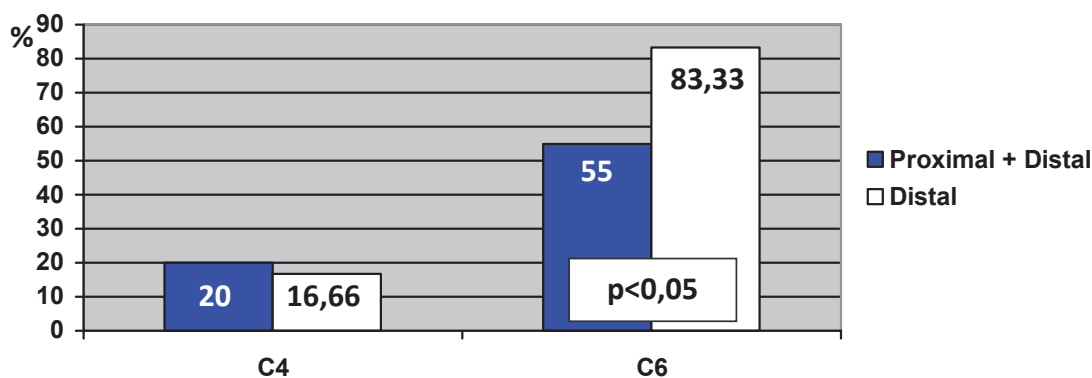


Figura 1. Coraportul dintre criteriul clinic și localizarea dereglărilor hemodinamice.

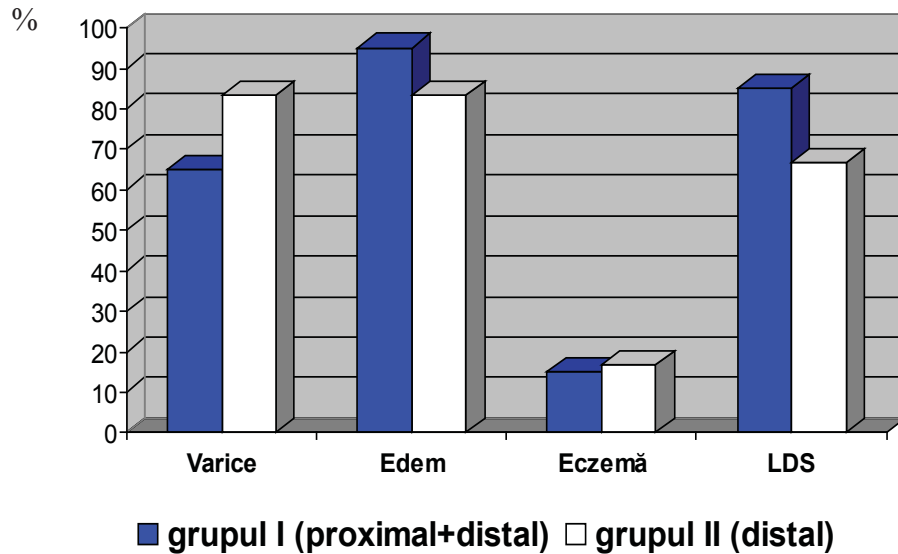


Figura 2. Rata identificării leziunilor trofice nonulceroase în raport cu localizarea dereglărilor hemodinamicii.

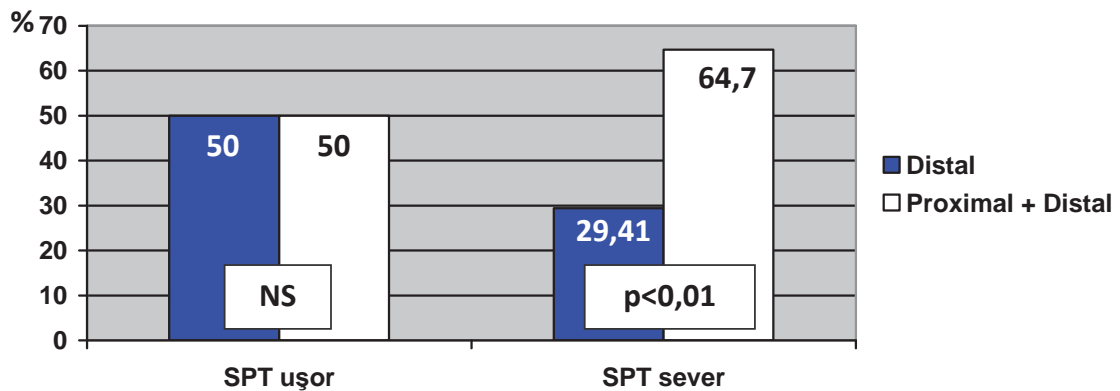


Figura 3. Extinderea afectării segmentare a sistemului venos în raport cu severitatea SPT.

în studiul nostru, leziunile hemodinamice distale mai limitate condiționând o severitate similară a SPT cu cea cauzată de dereglările proximale mai extinse.

În toate cazurile de SPT moderat sever (conform scorului Villalta), a fost constatată extinderea iliofemurală a leziunilor hemodinamice. Raportul dintre ratele afectării distale și extinse în SPT ușor și sever este prezentat în figura 3. S-a constatat, că în SPT sever frecvența afectării extinse a sistemului venos profund este semnificativ mai mare decât cea a dereglării izolate (doar distale). În SPT gradat ca ușor, ratele afectării iliofemurale și popliteo-tibiale nu s-au deosebit statistic.

Însăși depistarea formei ușoare a SPT la pacienții din studiul nostru (C4-6, CEAP) indică asupra cuantificării inadecvate a severității patologiei venoase cronice prin folosirea scorului Villalta ca instrument izolat. Astfel că pare rațională utilizarea în complex a scorului Villalta și a clasificării CEAP pentru gradarea mai exactă a severității SPT.

Concluzii

Rezultatele obținute în cadrul studiului nostru re-

flectă că cu cât mai proximal este nivelul dereglării flebohemodinamicii profunde, cu atât manifestarea clinică a SPT este mai amplă. Totodată, expresia clinică a IVC avansate, condiționate de SPT, nu este influențată determinant de localizarea dereglărilor hemodinamicii venoase profunde. SPT survine predominant mai rapid în cazurile dereglării hemodinamicii iliofemorale, însă evoluția spre dezvoltarea modificărilor trofice ale țesuturilor moi este mai accelerată la implicarea venei poplitee. Dereglările extinse ale flebohemodinamicii profunde se asociază cu evoluția mai agresivă și sporirea ratei de recurență a ulcerelor trofice.

Bibliografie

1. Wolf M., Wittens C., Kahn S., *Incidence and risk factors of the post-thrombotic syndrome*. Phlebology, 2012; 27(Suppl 1):85-94.
2. Kahn S.R., Shbaklo H., Lamping D.L. et al., *Determinants of health-related quality of life during the two years following deep vein thrombosis*. J. Thromb. Haemost., 2008; 6:1105-12.
3. Prandoni P., Lensing A.W., Cogo A. et al., *The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis*. Ann. Intern. Med., 1996; 125:1-7.

4. Eklöf B., Rutherford R., Bergan J. et al., *Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement*. J. Vasc. Surg., 2004; 40:1248-1252.

5. Kahn S.R., Partsch H., Vedantham S. et al., *Definition of post-thrombotic syndrome of the leg for use in clinical investigations: a recommendation for standardization*. J. Thromb. Haemost., 2009; 7:879-883.

6. Culiuc V., *Sisteme de scor în evaluarea severității patologiei venoase cronice a membrilor inferioare*. Țirdea T., red. resp.: Bioetica, filosofia, economia și medicina în strategia de asigurare a securității umane. Materialele conferinței a XIII-a științifice internaționale, Chișinău: CEP "Medicina", 2008; p. 229-234.

7. Labropoulos N., Gasparis A., Tassiopoulos A., *Prospective evaluation of the clinical deterioration in post-thrombotic limbs*. J. Vasc. Surg., 2009; 50:826-830.

8. Shull K.C., Nicolaidis A.N., Fernandes J. et al., *Significance of popliteal reflux in relation to ambulatory venous pressure and ulceration*. Arch. Surg., 1979; 114:1304-1306.

9. van Ramshorst B., van Bemmelen P.S., Hoeneveld H., Eikelboom B.C., *The development of valvular incompetence after deep vein thrombosis: a follow-up study with duplex scanning*. J. Vasc. Surg., 1994; 19:1059-1066.

Rezumat

Noi am evaluat prospectiv corelațiile clinico-hemodinamice la 46 de bolnavi (54 extremități) cu insuficiență venoasă cronică severă (C4-6, CEAP) a membrilor inferioare, cauzată de sindromul posttrombotic. Rezultatele reflectă că cu cât mai proximal este nivelul dereglării flebohemodinamicii profunde, cu atât simptomatologia patologiei venoase cronice este mai amplă. Totuși, expresia clinică a sindromului posttrombotic nu este influențată determinant de localizarea dereglărilor hemodinamicii venoase profunde.

Summary

We prospectively evaluated clinical and hemodynamic correlations in 46 patients (54 extremities) with severe chronic venous insufficiency (C4-6, CEAP) of the lower limbs caused by postthrombotic syndrome. The results reflect that more proximal level of deep venous hemodynamic disturbances lead to broader manifestation of chronic venous disease. However, clinical expression of postthrombotic syndrome is not influenced exclusively by the location of hemodynamic disorders in the deep venous system of lower limbs.

Резюме

Проведено проспективное исследование клинико-гемодинамических корреляций у 46 больных (54 конечности) с тяжелой хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (C4-6, CEAP), обусловленной посттромботическим синдромом. Результаты свидетельствуют о том, что чем проксимальнее уровень гемодинамических нарушений в глубоких венах, тем более выражена симптоматика хронической венозной недостаточности. В то же время, клиника посттром-

ботической болезни не определяется исключительно локализацией нарушений венозной гемодинамики в глубоких венах.

AMIGDALITA CRONICĂ LA COPII. ASPECTE EPIDEMIOLOGICE, ETIOPATOGENETICE ȘI ARGUMENTAREA TRATAMENTULUI CONSERVATOR COMPLEX

Ion Ababii, dr. hab. în med., prof. univ.,
academician, *Lucian Danilov*, dr. în med., conf.
univ., *Mihail Maniuc*, dr. hab. în med.,
prof. univ.,
USMF "Nicolae Testemițanu"

Introducere

Inflamația cronică a amigdalelor palatine constituie una dintre cele mai frecvente patologii în domeniul otorinolaringologiei. În pofida multor cercetări fundamentale ale etiopatogeniei acestei maladii și elaborării noilor metode de tratament cu diferite preparate medicale, frecvența amigdalitei cronice în rândurile populației rămâne destul de înaltă – de la 5% până la 50% [1].

Conform datelor lui I. Soldatov (1975), de amigdalită cronică suferă 15,8% din populația examinată. După datele lui B. Șevrâghin, amigdalita cronică apare la 12-15% din populație. Prevalența amigdalitei cronice printre copii este în limite destul de mari, conform datelor autorilor A. Daihes, L. Makarevici, R. Nurgalievă – 2,9-23,4% (1979). Răspândirea amigdalitei cronice la copii, după investigațiile lui V. Palciun (2007), este de 12-15%, în populația matură – de la 2,5% până la 10%. În primii ani după avaria la stația atomică din Cernobîl (Ucraina, Breansk), s-au efectuat cercetări în aprecierea acțiunii fondului radioactiv mărit asupra stării inelului limfatic faringian la copii. S-a constatat că prevalența amigdalitei cronice la copii a fost de 33,3%, dintre care 8,5% copii au fost cu formă decompensată a amigdalitei cronice [2].

Având în vedere analiza epidemiologică a amigdalitei cronice în populație în diferite zone continentale, putem face concluzia că datele sunt destul de variate atât la copii, cât și la maturi. Aceasta ne demonstrează faptul că este necesară cercetarea stării epidemiologice a patologiilor cronice otorinolaringologice în fiecare zonă ce ne interesează, pentru a cunoaște situația reală, fiindcă starea sănătății omului se formează în rezultatul unei conexiuni complexe între particularitățile ereditar-constituționale ale organismului uman și mediul înconjurător, societatea în