

Rezumat

Au fost examinați 85 de bolnavi de sex și vârstă diferite, cu diverse forme de tuberculoză pulmonară și 50 de persoane sănătoase (grupa de control), stabilindu-se acțiunea preparatului BioR atât stimulatorie, cât și supresivă asupra activității reactivității imunologice și a rezistenței naturale la bolnavii cu tuberculoză pulmonară. La bolnavii cu indicii inițiali scăzuți (sub normă) preparatul BioR^{spi} are acțiune stimulatorie, cu indicii majorați – acțiune supresivă și pentru indicii situați în limitele normei preparatul nu are nici o acțiune. Astfel de mecanism imunomodulatoriu de acțiune, când scad indicii măriți, cresc indicii scăzuți și fără acțiune asupra indicilor situați în limitele normei, este caracteristic pentru imunomodulatorii din grupul adaptogenelor, ceea ce permite a atribui preparatul BioR la grupul imunomodulatorilor de origine vegetală (adaptogene).

Summary

There was examined 85 patients of different age and sex with diverse forms of pulmonary tuberculosis and 50 healthy persons (control group), by examining the action of preparation BioR, both stimulatory and suppressive, on the immunology reactivity and natural resistance of lung tuberculosis patients. Thus, the preparation BioR^{spi} has stimulatory action over the patients with low initial parameters (subnormal), suppressive action over the patients with increased parameters and the preparation has no action, when parameters are situated in normal limits. As a result, such a mechanism of action on the changed parameters of immunological reactivity is characteristic for the immunomodulators of the adaptogens group, which permits to classify the preparation BioR to the group of immunomodulators of vegetal origin (adaptogens).

DISECTIA ACUTĂ DE AORTĂ: CARACTERISTICA CLINICĂ ȘI POSIBILITĂȚILE METODELOR IMAGISTICE DE DIAGNOSTICARE

Aurel Grosu, prof.univ., **Tatiana Cuzor**, colab. științific, **Liliana Căldare**, colab. științific, Institutul de Cardiologie

Bolile aortei contribuie la creșterea mortalității cardiovasculare globale [1,2]. Disecția acută de aortă (DAA), descrisă pentru prima dată de către Morgagni cu mai mult de 200 ani în urmă, este o urgență cardiacă majoră cu pericol vital și risc de mortalitate extrem de înalte. Disecția acută de aortă este o condiție clinică care frecvent necesită asistență chirurgicală de urgență [1,3].

Deoarece tabloul clinic al pacienților cu disecție acută de aortă prezintă un polimorfism extrem de pronunțat, iar complicațiile survin frecvent și rapid, diagnosticarea precoce a maladiei prezintă dificultăți [4].

Metodele imagistice noi, cum ar fi ecocardiografia transesofagiană, tomografia computerizată prin rezonanță magnetică, variantele de computer-tomografie au fost introduse în practica clinică doar în ultima decadă. Aceste modalități de investigare au modificat abordarea terapeutică a pacienților cu DAA, conducând la un diagnostic mai corect și mai prompt al afecțiunilor aortei chiar în condiții de urgență, au contribuit la luarea mai precoce a deciziilor [5,6,7].

În cadrul acestui studiu ne-am propus analiza manifestărilor clinice și a variantelor de evoluție ale DAA, precum și evaluarea posibilităților metodelor imagistice noninvazive în diagnosticarea acestei patologii.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 27 de pacienți cu diagnosticul de disecție acută de aortă, care au fost divizați în 2 loturi. Primul lot I-au alcătuit 22 de pacienți cu diagnosticul DAA la externare, care au fost spitalizați sau examinați în secția de terapie intensivă a Institutului de Cardiologie, în perioada anilor 2000-2005. Diagnosticul a fost stabilit în baza anamnesticii, tabloului clinic, rezultatelor investigațiilor efectuate și/sau a cercetării postmortem. În lotul II s-au colectat datele din fișele de observație a 5 pacienți decedați în perioada anilor 2000-2004 în Spitalul Clinic Republican, la care diagnosticul DAA a fost stabilit la necropsie.

Conform criteriilor Stanford, DAA a fost divizată în tipul A (include disecția de aortă ascendentă) și în tipul B (fără implicarea aortei ascendente).

Examenul electrocardiografic (ECG) în 12 derivații standard a fost efectuat la internarea pacientului, în poziție de decubit dorsal la aparatul „Fucuda” (Japonia). S-au analizat: ritmul cardiac, prezența modificărilor sugestive pentru ischemia miocardului - unda Q patologică, supra-sau subdenivelarea orizontală a segmentului ST, blocul de ram stâng al fasciculului His, semne de hipertrofie a miocardului ventriculului stâng, modificări nespecifice ale segmentului ST.

Examenul radiologic al cutiei toracice a fost efectuat după metoda standard la aparatul EDR-750-B, fiind evaluate starea grilajului costal, transparența câmpurilor pulmonare, hili pulmonari, dilatarea mediastinului, sinusurile costodiafragmale, hemidiafragma drept și stâng, dilatarea arcurilor, prezența opacităților cardiovasculare, indicele cardiotoracic, dilatarea aortei.

Examenul ecocardiografic (EcoCG) transtoracic s-a efectuat la aparatul “Sonos1000” (Hewlett-Pacard) cu folosirea sondelor de 2,5-2,0 MG și 3,0-3-5 MG, în regim M, B, Doppler în primele ore de spitalizare. Protocolul investigării a inclus dimensiunile cordului, aprecierea parametrilor hemodinamicii centrale (fracția de ejecție, fracția de scurtare, debitul cardiac), tulburărilor de motilitate, prezența semnelor de afectare a aparatului valvular și a vaselor magistrale (aorta în toate segmentele ei, artera pulmonară, vena cavă superioară și cea inferioară), evidențierea trombilor intracavitari, starea pericardului, dopplerografia cu aprecierea vitezelor transvalvulare, gradului presiunii transvalvulare și a celui de insuficiență, aprecierea nivelului de hipertensiune pulmonară, revărsatului pericardial sau pleural, determinarea semnelor caracteristice viciilor cardiace congenitale.

Tomografia computerizată prin rezonanță magnetică s-a efectuat la aparatul Magnetom-Open, Siemens, cu utilizarea imagisticii în spir-echo, cu folosirea gradientilor rapizi și a secvențelor ultrarapide (sagitale, transversale, coronare). Aceasta permite vizualizarea disecției clasice, a trombozei lumenului fals, a hematomului intraparietal fără ruptura intimei, a ulcerului penetrant al peretelui aortal.

Rezultate. Dintre cei 22 de pacienți incluși în lotul I de studiu aveau anamnezic de hipertensiune arterială 9 (40%) pacienți, valorile medii fiind în limitele de 160-180/90-100 mmHg. Administrau tratament antihipertensiv 7 pacienți, dar numai 2 dintre ei mențineau valori sub 130/80 mmHg. Afectarea congenitală a țesutului de colagen a fost presupusă la 2 (9%) bolnavi, stenoza valvei aortale bicuspidă era prezentă în 2 (9%) cazuri, iar 3 (13,6%) persoane au suportat diferite traume ale cutiei toracice în antecedente. Se considerau relativ sănătoși 6 (27%) dintre pacienții incluși în studiu, care anterior la medic nu s-au adresat, considerând că boala a survenit pe neașteptate pe fundalul unei bunăstări relative.

Toți pacienții au fost transportați și spitalizați prin serviciul asistența medicală de urgență, motivul fiind sindromul de durere toracică. La examinarea primară în camera de gardă prezentau durere brusc instalată, cu intensitate maximă la debut, violentă, transfixiantă, insuportabilă, deosebit de intensă. La 16 (73%) bolnavi durerea avea localizare retrosternală, iar la alți 6 (27%) – interscapulară și abdominală. Simptome neurologice, ce includeau vertije, sincope, diplopie, parastezie în membrele inferioare, prezentau 6 (27%) bolnavi. Dispnee și fatigabilitate acuzau toți pacienții. Starea de șoc cardiogen cu hipotensiune arterială marcată a fost constatată la 5 (22,7%) pacienți. Valori tensionale peste 200/100 mmHg aveau 10 (45%) bolnavi.

Diagnosticul DAA la prezentare în camera de gardă a fost presupus doar la 2 (9%) pacienți și nici la unul la etapă prespitalicească. Majoritatea pacienților (20 persoane – 90%) au fost internați cu diagnosticul prezumptiv de sindrom coronarian acut, inclusiv infarct miocardic acut la 5 (23%) și angină pectorală instabilă la 15 (68%) bolnavi.

Examenul electrocardiografic efectuat în prima oră după spitalizare nu a evidențiat modificări caracteristice ischemiei acute de miocard, deși modificări nespecifice ale segmentului ST-T au fost prezente la toți pacienții, inclusiv în 16 (72%) cazuri s-au depistat semne caracteristice hipertrofiei de ventricul stâng.

Radiografia cutiei toracice a fost efectuată la 7 (32%) pacienți, în toate cazurile fiind depistată lărgirea mediastinului. Examinarea biochimică a inclus aprecierea markerilor necrozei miocardiale (creatinfosfokinaza, fracția MB), valorile cărora erau în limitele normei.

Examinarea prin ecocardiografie transtoracica (EcoCG), efectuată în primele 10-12 ore de la internare, a evidențiat lărgirea dimensiunilor cavităților stângi, și anume a ventriculului stâng la 4 pacienți. Zone de afectare a motilității regionale nu au fost depistate. Reducerea indicilor hemodinamicii centrale a fost stabilită la un bolnav.

Modificările aparatului valvular au inclus:

- semne de stenoză a valvei aortale (valvă aortală bicuspidă) la 2 pacienți;
- semne de displazie a aparatului valvular (prolaps al valvei mitrale și a celei tricuspide de gradul III) la 2 bolnavi.

La toți pacienții examinarea vaselor magistrale, în special a aortei și ramurilor ei, a evidențiat:

- dilatarea anevrismală a aortei pe tot parcursul (de la valva aortică până la bifurcația aortei abdominale) în 7 (31%) cazuri;
- dilatarea aortei ascendente până la nivelul bifurcației trunchiului brahiocefalic - la 11 (50%) bolnavi;
- dilatarea aortei descendente și a porțiunii abdominale cu afectarea ramurilor mici ale aortei abdominale – la 4 (19%) pacienți.

Diametrul aortei în partea ascendentă a fost în limitele de 50 - 73 mm, a arcului a aortei - de 34 mm și a aortei descendente, respectiv, de 29 - 50 mm, iar a aortei abdominale de 22-35 mm.

În toate cazurile s-au evidențiat semne caracteristice pentru DAA: aspectul tipic de „val de perdea” cu mișcare ondulatorie neregulată în lumen pe o întindere variabilă, ceea ce reprezintă faldul de disecție în lumen. Prezența faldului delimita 2 canale: unul adevărat (LA) (cel delimitat de la fald spre interior și de peretele indemn spre exterior) și altul fals (LF) (apărut în spațiul creat prin decolarea peretelui). În 9 (40 %) cazuri cu ajutorul metodei de doppler-color au fost apreciate zone de discontinuitate, definite drept porți de intrare (acolo unde fluxurile sunt direcționate dinspre LA spre LF) și, respectiv, porți de ieșire (flux LF-LA). La un pacient a fost presupusă tromboza lumenului fals (*fig. 1*).

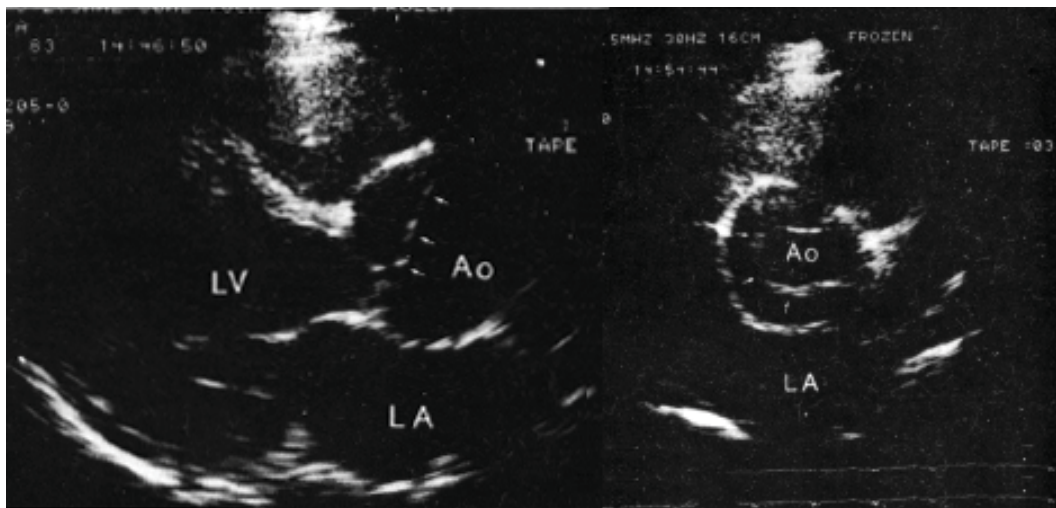


Figura 1. Imaginea ecocardiografică transtoracică a disecției de aortă, poziție parasternală, axa lungă și scurtă. LV – ventriculul stâng; LA – atriul stâng, Ao- aorta ascendentă. În lumenul aortei ascendente se depistează faldul de disecție

Insuficiență avansată a valvei aortale (gradul III) au prezentat 18 (81%) pacienți. Lichid în cavitatea pericardului a fost determinat la un bolnav.

Așadar, în baza examenului ecocardiografic la 18 bolnavi erau prezente semne caracteristice DAA de tipul A (cu includerea aortei ascendente), iar la 4 persoane - de tipul B (fără includerea aortei ascendente). Vârsta medie a pacienților cu DAA de tipul A a fost de 46 de ani, de tipul B - 52 de ani. Astfel, pacienții cu DAA de tipul B erau mai în vârstă. Dintre bolnavii cu DAA tipul A 14 (75%) au fost bărbați, dintre cei cu tipul B toți au fost bărbați. Nici un pacient nu a suportat în antecedente intervenții chirurgicale cardiace și nu au fost cazuri de disecție de aortă de etiologie iatrogenă.

La 10 (45%) pacienți s-a efectuat tomografia computerizată prin rezonanță magnetică, care a confirmat disecția acută de aortă prin evidențierea faldului intimal ce separă cele două „lumene” circulante (cel adevărat și cel fals). În cazul trombozei lumenului fals s-a vizualizat comprimarea lumenului fals trombozat, care are aspectul unei semilune în secțiune transversală. În toate cazurile diagnosticul presupus la examenul ecocardiografic a fost confirmat la tomografia prin rezonanță magnetică, (fig. 2, 3).

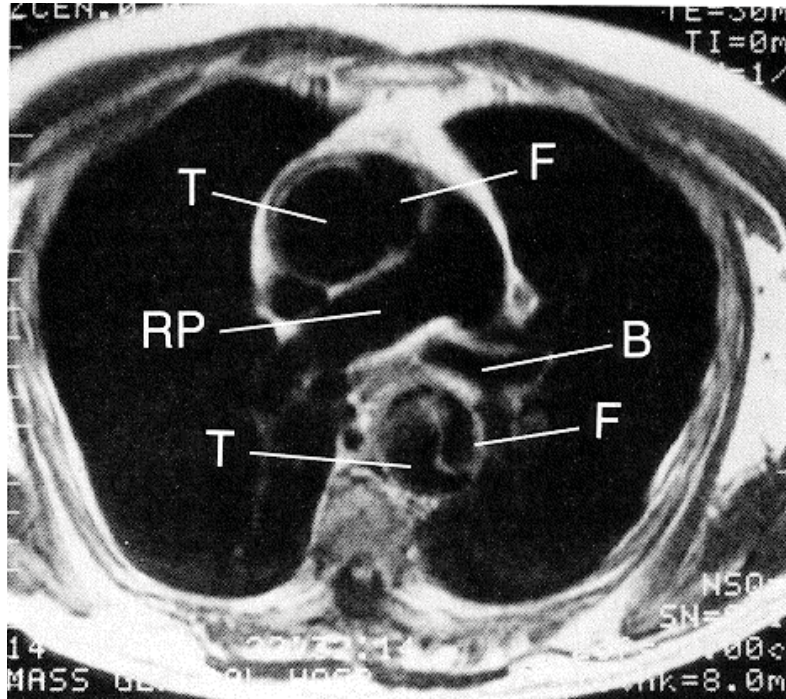


Figura 2. Imaginea transversală prin rezonanță magnetică a porțiunii superioare a toracelui la nivelul ramurii drepte a arterei pulmonare cu vizualizarea DAA de tipul A. T – lumenul adevărat; F – lumenul fals; RP – ramura dreaptă a arterei pulmonare, B – bronhul principal stâng

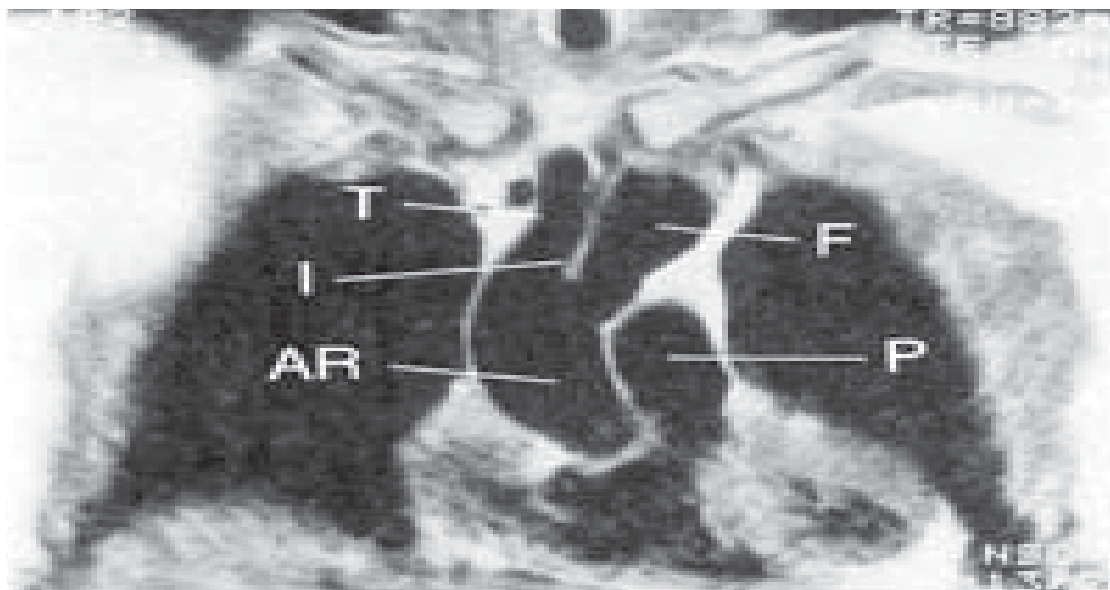


Figura 3. Imaginea prin rezonanță magnetică, secțiunea la nivelul inelului aortei și porțiunii ei ascendente, a disecției de tipul A. AR – inelul aortei; P – artera pulmonară; I – flapul intimal; T – lumenul adevărat; F – lumenul fals.

Toți bolnavii din lotul I de studiu s-au aflat în blocul de terapie intensivă, obiectivele tratamentului fiind suprimarea durerii și reducerea valorilor tensiunii arteriale. Medicația aplicată includea remedii analgezice, inclusiv opioide, beta-blocante, inhibitori ai enzimei de conversie, α - și β -blocante centrale. Terapia antihipertensivă urmărea reducerea unde pulsatile a stresului aortic prin scăderea presiunii sangvine. Prin micșorarea forței de contracție a ventriculului stâng și a ratei de creștere a presiunii aortice se urmărea prevenirea extensiei disecției și ruptura de aortă.

În primele 48 de ore de la spitalizare au decedat 10 (45%) pacienți, toți cu DAA de tipul A, cauza decesului fiind ruptura peretelui aortei. Corecția chirurgicală a fost realizată în primele 24 de ore de la internare la 8 pacienți, toți fiind cu disecție de tipul A. În perioada postoperatorie precoce au decedat 3 pacienții, cauzele fiind insuficiența cardiopulmonară progresivă, edemul cerebral și insuficiența hepato renală acută. În perioada postoperatorie tardivă cazuri de deces nu s-au înregistrat. Durata medie de aflare a pacienților operați în staționar a fost de 20 de zile.

Au refuzat tratamentul chirurgical 4 pacienți, continuând ulterior terapia medicamentoasă simptomatică. Durata medie de spitalizare a acestor bolnavi a fost de 16 zile.

Toți bolnavii cu DAA de tipul B au rămas sub tratamentul medicamentos în perioada acută și numai la un pacient cu afectarea vaselor periferice (artera iliacă comună și artera renală) a fost realizată corecția chirurgicală peste 6 luni. Perioada postoperatorie s-a complicat cu dezvoltarea unei tetrapareze moderate cu caracter permanent.

Lotul II l-au alcătuit 5 pacienți, la care diagnosticul DAA a fost stabilit în baza examenului patomorfologic. Vârsta medie a pacienților a fost de 54 de ani. Conform criteriilor Stanford, la 4 pacienți a fost constatată DAA de tipul A și numai la un bolnav – de tipul B.

Similar primului lot de studiu, bolnavii din lotul II au fost internați în mod urgent, în stare extrem de gravă. Tabloul clinic a prezentat un polimorfism vast: durere toracică de o intensitate foarte mare, cu caracter insuportabil, cu iradiere în regiunea interscapulovertebrală la 2 pacienți; modificări neurologice cu apariția semnelor accidentului vascular cerebral cu hemipareză și/sau stări sincopale la 2 bolnavi; varianta pneumonică cu durere toracică și dispnee progresivă la o persoană. Toti pacienții au acuzat fatigabilitate sporită, transpirație profuză.

În baza examinării primare s-au stabilit următoarele diagnostice prezumtive: 1) hipertensiune arterială gr. III; 2) infarct miocardic acut; 3) tromboembolie a arterei pulmonare; 4) encefalopatie discirculatorie mixtă cu insuficiență piramidală; 5) bronhopneumonie acută cu insuficiență pulmonară progresivă. Nici la unul dintre ei nu s-a presupus prezența disecției de aortă.

Examenul ECG a depistat modificări de repolarizare (la 2 pacienți) și semne de hipertrofie ventriculară (la 3 persoane). Examenul ecocardiografic transtoracic nu s-a efectuat în nici un caz. Pacienții lotului II au fost spitalizați în secțiile de neurologie și terapie generală, iar durata medie de aflare în staționar a constituit 24 de ore (de la 2 ore până la 3 zile). Doar la un singur pacient în diagnosticul clinic final s-a presupus disecția de aortă.

Divergența de diagnostic a fost constatată în 4 cazuri. Diagnosticile clinice finale stabilite au fost: infarctul miocardic acut (2 pacienți); encefalopatia mixtă cu insuficiență piramidală (1 pacient) și tromboembolia arterei pulmonare (1 pacient).

Discuții. Disecția acută de aortă nu este o maladie răspândită, dar cu complicații frecvente și deseori cu consecințe fatale. Toate mecanismele care reduc rezistența peretelui aortic, în special a laminei media, conduc la un stres parietal crescut, care poate induce dilatarea aortei și formarea anevrismului, generând eventual disecția de aortă sau ruptura acesteia [1].

Ateroscleroza, cauza principală a anevrismului aortic, induce îngroșarea importantă a intimei, crescând, astfel, distanța dintre stratul endotelial și stratul mediu cu compromiterea aportului nutritiv și de oxigen. Fibroza adventiției poate determina obstrucția vaselor mici intramurale, vasa vasorum. Reducerea aportului nutrițional al mediei determină îngroșarea acesteia secundar necrozei inițiale a fibrelor musculare netede. O altă consecință este modificarea fibrotică a structurilor elastice ale mediei. Toate aceste modificări contribuie la creșterea rigidității vasculare și la sporirea vulnerabilității față de stresul de forfecare, favorizând formarea anevrismelor și a disecției, în special în segmentul aortei infrarenale [1,4].

Principalul factor de risc pentru formarea anevrismelor de etiologie aterosclerotică este

hipertensiunea arterială, întâlnită la 85% dintre cazurile de ruptură a DAA și la 52% dintre cazurile fără ruptura anevrismelor. Alți factorii de risc, de exemplu, tabagismul și hipercolesterolemia, sunt, de asemenea, asociați cu o creștere a incidenței anevrismelor aortice.

Prin traumatisme aortice în condițiile accidentelor de circulație datorate excesului de viteză survin 15-20% dintre decese. Disecția de aortă iatrogenă este deseori în relație cu cateterismul cardiac, angioplastie sau intervenții chirurgicale. Afecțiunile inflamatorii pot afecta aorta așa cum se întâmplă în arterita Takayasu, sifilis, boala Behcet sau Ormond. Cocaina și amfetaminele asociate cu formarea anevrismelor aortice și disecția de aortă sunt etiologii nou identificate [4,8].

Scopul principal în abordarea disecției aortice este suspectarea ei clinică și stabilirea diagnosticului cât mai precoce posibil întru stratificarea rapidă a riscului și stabilirea conduitei terapeutice ulterioare. Disecția de aortă prezintă o gamă largă de manifestări clinice. Simptomele caracteristice debutului disecției de aortă sunt: durerea, care poate fi solitară, în asociere cu sincopa sau cu semne de insuficiență cardiacă congestivă; durerea cu accident vascular cerebral; insuficiență cardiacă congestivă fără durere; accident vascular cerebral fără durere; absența pulsului fără durere [1,9].

Diagnosticul diferențial al disecției de aortă trebuie efectuat cu următoarele afecțiuni: sindromul coronarian acut cu sau fără supradenivelarea segmentului ST, regurgitația aortică fără disecție, anevrismul de aortă fără disecție, durerea musculoscheletală, pericardita, tumoarea mediastinală, pleurezia, embolia pulmonară, colecistita, emboliile de diferită genă [4,8,10].

Diagnosticul imagistic în disecția de aortă include: ecocardiografia transtoracică urmată de cea transesofagiană, tomografia computerizată, angiografia de contrast, rezonanța magnetică, ecografia intravasculară [6,7].

Studiul de față a arătat că DAA rămâne una din patologiile cardiovasculare de urgență cu multe dificultăți de diagnosticare precoce, cu un polimorfism clinic extrem de variat și o rată înaltă de mortalitate. Circa 45% dintre pacienții lotului I au decedat în primele 24 de ore prin progresarea disecției și/sau ruptura aortei, fiind spitalizați în stare gravă. Din cauza complicațiilor postoperatorii au decedat 20% de pacienți. Insuficiența cardiopulmonară progresivă, edemul cerebral, insuficiența hepato-renală acută au complicat perioada postoperatorie la bolnavii supuși corecției chirurgicale. Aceasta rată înaltă a mortalității chiar și în centrele specializate poate fi explicată prin includerea în studiu a tuturor pacienților, inclusiv cei care au fost spitalizați în stare critică, cu risc major pentru intervenție chirurgicală. Dar trebuie să menționăm ca aplicarea la timp a tratamentului chirurgical la pacienții cu DAA de tipul A fără semne de ruptură, în stare hemodinamică relativ stabilă și după suprimarea sindromului algic, a dus la rezultate postoperatorii reușite.

Pacienții incluși în cercetare au prezentat diverse manifestări ale sindromului de durere toracică, brusc instalate, localizate în diferite regiuni ale cutiei toracice, de caracter migrator, violente, insuportabile. Totuși s-a evidențiat că în cazul disecțiilor proximale sindromul algic era localizat preponderent retrosternal, iar în cazul celor distale – în regiunea interscapulară și abdominală.

Majoritatea pacienților vârstnici cu DAA (cu vârsta peste 60 de ani) erau hipertensivi, netratați, cu valorile medii ale tensiunii arteriale în limite de 160-180/90-100 mmHg. Pacienții tineri au suportat mai frecvent traume toracice, au avut semne de afectare a țesutului de colagen (în asociere cu diferite anomalii ale scheletului și prolaps al valvei mitrale), vicii congenitale. Posibil că traumele cutiei toracice din antecedente contribuie la dezvoltarea ulterioară a disecției de aortă la o persoană cu un substrat genetic manifestat prin displazia țesutului conjunctiv.

În același timp, la aproximativ 30% dintre pacienți nu s-a reușit evidențierea unor patologii sugestive din antecedente, ei considerându-se relativ sănătoși.

În baza analizei profilului clinic și a rezultatelor precoce la pacienți cu disecție de aortă se poate constata că predictorii unui prognostic nefavorabil (deces în perioada acută a bolii) sunt hipotensiunea marcată, șocul cardiogen, durerile prelungite cauzate de implicarea în procesul de disecție a vaselor periferice, ruptura aortei cu exfuzia sângelui în cavitatea pericardului și pleurei.

Examenul electrocardiografic nu este o cercetare specifică diagnosticării patologiei date, fiind util doar pentru excluderea semnelor caracteristice unei ischemii acute de miocard.

Cea mai frecvent utilizată metodă noninvasivă de diagnosticare a disecției de aortă în condiții

de urgență și care a avut o sensibilitate înaltă (în studiul dat a atins 90%) a fost ecocardiografia. Aplicarea acestei metode a permis vizualizarea dilatării anevrismale a aortei în diferite porțiuni ale ei cu suspectarea procesului de disecție la toți pacienții incluși în lotul I de studiu. În dinamică la 45% dintre pacienți s-a reușit efectuarea examenului tomografic prin rezonanță magnetică, care a confirmat prezența disecției de aortă.

Managementul pacientului cu DAA de tipul A include tratamentul chirurgical de urgență, care permite evitarea rupturii aortei, tamponadei cordului și a afectării vaselor periferice [11,12]. În absența riscului de ruptură a peretelui DAA de tipul B fără semne de malrepfuzie poate fi tratată medicamentos prin menținerea tensiunii arteriale sub 130/80 mmHg, folosind beta-blocantele, inhibitorii enzimei de conversie, antagoniștii de calciu [13].

Cauzele nediagnosticării DAA la pacienții lotului II de studiu ar putea fi considerate: durata scurtă de aflare a pacientului în staționar, starea extrem de gravă la internare, polimorfismul tabloului clinic și manifestările atipice, internarea într-un departament nespecializat în cardiologie; examinarea incompletă prin metode imagistice la etapa de spitalizare.

Concluzii

Studiul prezentat a demonstrat că polimorfismul tabloului clinic al DAA creează dificultăți în diagnosticarea promptă și corectă a disecției de aortă. Examenul ecocardiografic precoce și, la necesitate, cel prin tomografie computerizată cu rezonanță magnetică sunt extrem de valoroase în stabilirea diagnosticului DAA, favorizând luarea deciziilor terapeutice. Mortalitatea pacienților cu DAA rămâne înaltă. Aplicarea cât mai rapidă a metodelor chirurgicale de tratament permite corecția defectului aortal, contribuind la supraviețuirea pacienților.

Bibliografie selectivă

1. *Diagnosticul și tratamentul disecției de aortă. Recomandările grupului de Lucru pentru Disecția de Aortă, Societatea Europeană de Cardiologie.* European Heart Journal (2001) 22, 1642-1681.
2. Sans S., Kesteloot H., Kromhout D. on behalf of the Task Force. *Task Force of the European Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics.* Europe. Eur Heart J 1997; 18: 1231-48.
3. Hagan P.G., Nienaber C.A., Isselbacher E.M. et al., *The international registry of acute aortic dissection (IRAD): new insights into an old disease.* JAMA 2000; 283: 897-903. 43.
4. Spittell P.C., Spittell J.A. Jr., Joyce J.W. et al., *Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990).* Mayo Clin Proc, 1993; 68: 642-51.
5. Sommer T., Fehske W., Holzknacht N. et al., *Aortic dissection: a comparative study of diagnosis with spiral CT, multiplanar transesophageal echocardiography, and MR imaging.* Radiology, 1996; 199: 347-52.
6. Sarasin F.P., Louis-Simonet M., Gaspoz J.M., Junod A.F., *Detecting acute thoracic aortic dissection in the emergency department: time constraints and choice of the optimal diagnostic test.* Ann Emerg Med., 1996; 28: 278-88.
7. Cigarroa J.E., Isselbacher F.M., De Sanctis R.W., Eagle K.A., *Diagnostic imaging in the evaluation of suspected aortic dissection. Old standards and new directions.* N Engl. J Med., 1993; 328: 35-43.
8. Meszaros I., Morocz J., Szlavi J. et al., *Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection.* Chest, 2000; 117:1271-8.
9. Masuda Y., Takanashi K., Takasu J., Watanabe S., *Natural history and prognosis of medical treatment for the patients with aortic dissections.* Nippon Geka Gakkai Zasshi, 1996; 97: 890-3.
10. Eagle K.A., *Current management of aortic dissection data from the International Registry for Aortic Dissection (IRAD).* Eur Soc Cardiol, 1999; 3278.
11. Young R., Ostertag H., *Incidence etiology and risk of rupture of aortic aneurysm. An autopsy study.* Dtsch Med Wschr., 1987; 112: 1253-6.

12. Miller D.C., *Surgical management of acute aortic dissection: new data. Semin Thorac Cardiovasc Surg*, 1991; 3: 225–37. 191. Fraser C.D., Wang N., Mee R.B. et al., *Repair of insufficient bicuspid aortic valves. Ann Thorac Surg*, 1994; 58: 386–90.

13. Walker P.J., Miller D.C., *Aneurysmal and ischaemic complications of type B (type III) aortic dissections. Semin Vasc Surg*, 1992; 5: 198–214.

Rezumat

Disecția acută de aortă este urgența cardiacă asociată cu un risc înalt al mortalității și cea mai frecventă condiție clinică, ce necesită asistență chirurgicală. Din cauza polimorfismului clinic extrem de variat și a complicațiilor serioase care survin rapid, diagnosticul și conduita pacientului prezintă dificultăți. Scopul studiului a fost evaluarea manifestărilor clinice ale pacienților cu disecție acută de aortă, a variantelor de evoluție clinică în funcție de datele obținute la diagnosticarea prin diferite metode noninvazive la etapa de urgență și de tratamentul aplicat. Studiul a inclus 27 de pacienți diagnosticați cu disecție de aortă, care au fost spitalizați în Institutul de Cardiologie și Spitalul Republican în perioada 2000-2005. Examinarea ecocardiografică rămâne cea mai utilă și cea mai accesibilă metodă de investigație și de screening al acestei categorii de bolnavi. Datele obținute demonstrează necesitatea supravegherii și conduitei dinamice a acestor pacienți.

Summary

Acute aortic dissection is a life-threatening emergency associated with high rates of morbidity and mortality and the most common condition requiring urgent surgical therapy. Because presenting clinical features are extremely diverse and serious complications occur rapidly, the diagnosis and the management of these patients had proven difficult. The aim of the study is to assess clinical presentation, management and in-hospital outcomes of patients with acute aortic dissection. The study included 27 patients with aortic dissection and hospitalized into the Institute of Cardiology and Republican Hospital's emergency department during the period 2000-2005. The echocardiography examination remains the most useful and accessible method of investigation for acute aortic dissection patients, as well as the screening method. The obtained data demonstrates the necessity for continuing supervision and management behavior of these patients.

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PANCREATITEI CRONICE

Vladimir Hotineanu, dr. h. în medicină, prof. univ., USMF „N. Testemițanu”

Pancreatita cronică (PC) și complicațiile ei prezintă o temă actuală de real interes datorită morbidității în creștere, preponderent în rândul persoanelor tinere plasate activ în câmpul muncii, interdisciplinar, care implică gastroenterologi, radiologi, anesteziști, chirurghi și anatomopatologi. Etiopatogenia și evoluția adeseori obscură, manifestările clinice fruste, precum și determinarea gradului de maturație a peretelui pseudochistului pancreatic (PP) generează dificultăți de diagnostic, contradicții cu privire la momentul optim operator, corelat cu o tehnică chirurgicală cât mai adecvată, care să asigure o rată a complicațiilor cât mai scăzută și o reintegrare socioprofesională cât mai rapidă [1-17].

Materiale și metode. Studiul include rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 240 de pacienți cu PC divizați în 2 loturi [lotul I – 119(49,6%) pacienți cu PC, lotul II -121(50,4%) de pacienți cu PC și PP], desfășurat în perioada anilor 1994-2005 în clinica Chirurgie nr.2.

Studiul de laborator a inclus următoarele examinări clinice și biochimice: hemograma, examenul sumar de urină, analiza biochimică sangvină: bilirubina serică, ASAT, ALAT, proteina totală, indicele protrombinic, ureea, creatinina, glicemia, ionograma (K^+ , Na^+ , Ca total, Ca ionizant); analiza