

ASPECTE CLINICO-MORFOPATOLOGICE ALE PROCESELOR INFLAMATORII CU LOCALIZAREA VISCERAL-CAVITARĂ ŞI OSTEOGENĂ ÎN INFECȚIA ACUTĂ CHIRURGICALĂ LA COPII

Eva Gudumac¹ – prof. univ., dr. hab. șt. med., acad. AŞM, Om Emerit,

Vergil Petrovici² – dr. șt. med.,

Ina Revenco¹ – doctorand,

¹Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică,
IP USMF „Nicolae Testemițanu”,

²Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică
„Acad. Natalia Gheorghiu”,

Serviciul Morfopatologie profil pediatrie, obstetrică și ginecologie,
IMSP Institutul Mamei și Copilului

tel. 069241643, ina.revenco@yahoo.com

Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele unui studiu privind diagnosticul particularităților morfopatologice ale infecției acute chirurgicale cu localizare visceral-cavitară și osteogenă realizat pe un lot de 106 pacienți tratați chirurgical în cadrul CN ȘP de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”. Rezultatele studiului au demonstrat că la copii cu vârsta cuprinsă între 0-7 ani cu infecție chirurgicală este binevenită utilizarea unui tratament complex medico-chirurgical și terapeutic cu utilizarea imunomodulatorilor ce induc reactivitatea imunocompetentă cu localizarea procesului inflamator și reducerea leziunilor alternativ cu potențial distructiv și perforativ.

Cuvinte-cheie: infecție acută chirurgicală, particularități morfopatologice, proces inflamator, preparat imunomodulator

Summary. Clinical and pathological aspects of inflammatory processes with visceral cavitory and osteogenic localization in acute surgical infection in children

The article presents the results of a study on the diagnosis of pathological features of an acute surgical infection with visceral cavitory and osteogenic localization conducted on a sample of 106 patients treated in Pediatric Surgery of National Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery “Natalia Gheorghiu”. The study results showed that use of a complex medical-surgical and therapeutic treatment in children aged 0-7 years with surgical infection is benefic. The therapy must be supplemented by use of immunomodulators that induce immunocompetent reactivity locating the inflammatory process and reducing the potentially harmful alternative and perforative lesions.

Key words: surgical acute infection, pathological features, inflammatory process, immunomodulator

Резюме. Клинико-патологические аспекты воспалительных процессов внутренних органов и костей при острой хирургической инфекции у детей

Приведены результаты исследования по диагностике патологических особенностей острой хирургической инфекции локализованной в костях и внутренних органах у 106 пациентов, получавших лечение в Национальном Научно-практическом Центре Детской Хирургии „Наталии Георгиу”. Результаты исследования установили, что у детей с хирургической инфекцией в возрасте 0-7 лет дают хорошие результаты применение комплексное медико - хирургическое и терапевтическое лечение с использованием иммуномодуляторов, которые улучшают иммунокомпетентный ответ.

Ключевые слова: острая хирургическая инфекция, патологические особенности, воспалительный процесс, иммуномодулятор

Introducere. Afecțiunile infecțioase acute la copil, în deosebi cele cu evoluție septico-purulentă, reprezintă în continuare un capitol foarte delicat și important al pediatriei, în special al chirurgiei pediatrice [1,3]. În ultimele decenii s-au obținut succese majore ale chirurgiei pediatrice, atât în plan internațional, cât și autohton privind etiologia, evoluția și tratamentul medico-chirurgical al afecțiunilor septico-purulente, fiind acumulate experiențe, inclusiv în profilaxia maladiei. Totodată, practica medicală ne demonstrează că în evoluția infecțiilor chirurgicale există forme asimptomatice cu o evoluție fulminantă, care fac inefficient diagnosticul și tratamentul maladiei în cauză, sporind mortalitatea [2,4]. Acest fapt este determinat în mare parte de lipsa semnelor clinic-morfologice ale evoluției bolii, evoluția atipică, dificultăți în stabilirea unui contact cu copiii, în deosebi de vârstă fragedă, care determină un procent semnificativ al erorilor de diagnostic, constituind circa 33-60% din cazuri [1]. Conform datelor din literatura de specialitate una din cele mai grave infecții chirurgicale ale organismului în creștere este cea a cavității peritoneale, care are o etiopatogenie și o evoluție clinică diversă și induce dereglări semnificative clinic-paraclinice și morfo-funcționale nu doar locale ci ale organismului integral cu dificultăți semnificative în diagnostic, tratament de urgență și pronosticul afecțiunii [1,3].

O particularitate a evoluției infecțiilor cu potențial septic la copii cu vârstă între 0-7 ani, în special la vârstă fragedă o constituie particularitățile de dismaturitate, insuficiența mecanismelor adaptiv-compensatorii și particularităților imune.

Un alt impact al diagnosticului și tratamentului conform opiniilor majoritare îl constituie complicațiile multiple ce intervin în evoluția și declanșarea bolii, precum și lipsa unei metodologii al diagnosticului clinic-morfologice în testarea evoluției și pronosticului infecției chirurgicale la copii, fiind un deziderat în continuare care argumentează cu certitudine actualitatea și importanța studiului abordat.

Scopul studiului vizează evaluarea modificărilor morfologice și caracterul, activității procesului lezi-

onal și reacțiilor imuno-celulare și tisulare locale în infecția acută chirurgicală cu localizare visceral-cavitară și osteogenă la copii cu vârstă cuprinsă între 0-7 ani.

Material și metode. Din lotul inițial de studiu, format din 200 pacienți cu infecție acută chirurgicală viscerocavitară (pulmono-pleurală, abdominală) și osteogenă (osteomielita) care au solicitat tratament medico-chirurgical la vârstă cuprinsă între 0-7 ani în cadrul CN ȘP de Chirurgie Pediatrică „Natalia Georghiu”, în 106 cazuri s-a efectuat un studiu complex bazat pe explorările morfologice intraoperatorii și retrospectiv histomorfologice în piese anatomo-chirurgicale și biopsie. În conformitate cu frecvența formelor infecției acute chirurgicale, studiul a inclus examinările în leziunile septico-purulente cu localizare pulmonar-pleurală – 40 cazuri, osteogenă – 30 cazuri și peritoneală - 36 cazuri repartizate în 2 loturi:

I-lot – cu aplicarea tratamentului medico-chirurgical și terapiei imunomodulatoare (n=53);

II-lot - aplicarea tratamentului medico-chirurgical și terapeutic tradițional (n=53).

În calitate de imunomodulator s-a utilizat Polyoxidonul (Azoximer bromid, N-oxi-1,4-etilenpiperazin și (N-carboxi)-1,4-etilenpiperazinbromid)

Explorările histologice au fost direcționate în precizarea/stabilirea diagnosticului cert cu excluderea altor procese patologice în focarul septic-inflamator în special al celor pre- și/sau canceroase, infecții parazitare sau aspecte vicioase preexistente ce pot evolua sau contribui la evoluția particularităților distructiv-septice. Examinările histologice s-au efectuat în probe tisulare prealabil fixate în *Sol. Formol* 10%, ulterior tratate conform protocolului standard, utilizând rețeaua de histoprocesare și de colorație automatizată cu utilizarea metodelor de colorație *hematoxină-eozină* (H&E), *Van Gieson* (VG) spre evidențierea fibrelor colagene și *Azur-Eozină* (A&E) spre testarea prezenței florei microbiene. Examinarea histologică s-a efectuat cu utilizarea microscopelor: Nikon Labophot-2 și Carl Zeiss. Imaginile – Canon PowerShot A1000IS, captate în format – JPEG. Pre-

lucrarea statistică s-a efectuat cu utilizarea pachetului de Soft STATISTICA 7 (SUA), (2007) prin metoda variațională.

Rezultate și discuții. Analiza rezultatelor examinărilor preoperatorii și intraoperatorii a fost utilizată în timp oportun și au fost hotărâtoare în diagnosticarea certă a topicului patologiei septice inclusiv și a unor particularități macroscopice lezionale inflamatorii. O altă latură a diagnosticului intraoperator a constituit-o posibilitatea certă de evaluare focarului inflamator septic în coraport sistemic cu organele, țesuturile, pachetele neuro-vasculare învecinate cu elaborarea planului intraoperator de tratament a focarului septic reieșind din particularitățile anatomo-chirurgicale ale organului/ segmentului de organ în fiecare caz individual.

În cadrul examinărilor proceselor pleurale în ambele loturi în 100% cazuri s-a atestat prezența pleureziilor cu predilecție a celor purulente și purulente-fibrinoase, în 75% din cazuri fiind în structuri de plăci fibrinoase fragile sau dense de divers aspect color. În cadrul proceselor osteogene acestea s-au caracterizat prin leziuni distructive cu aspect de magmă fibrino-purulentă ușor sangvinolentă cu implicarea periosului și țesuturilor moi adiacente, din care în 83,3% cazuri cu prezența fragmentelor osteogene fragile.

În peritonitele acute la nivelul structurilor apendiculare, diverticulare, invaginate și segmente intestinale torsionate, în ambele loturi, ansele intestinale, segmental, s-au caracterizat prin diverse variații deformative de volum, consistență și elasticitate, aspecte edematoase, discirculatorii, opacități ale tunicii viscerale (fig. 1A). În segmentele intestinale fiind prezente și aspectele liniare de demarcare dintre zonele inflamator-lezionale și normă în special în torsioni și invaginate intestinale. În 77,8% s-au atestat depuneri fibrinoase în plăci laxe, fragile sau dense exprimate moderat sau excesiv, uneori fiind intim adezive cu aspect color albicios, albicios-gălbui și cenușiu-roșatic (fig. 1B,C). În 19,4% din cazuri fiind prezente aspecte microperforative (fig. 1B,D). iar în 13,9% (5) cazuri au fost observate micro-exulcerații ale tunicii viscerale.

Reieșind din rezultatele examinărilor macroscopice intraoperatorii și retrospective ale pieselor anatomo-chirurgicale ale ambelor loturi în majoritatea pieselor s-a constatat prezența aspectelor inflamatorii caracteristice unui proces inflamator general cu expresie de la ușoară edematoasă-discirculatorie la moderată și excesivă, inclusiv leziuni microperforative ale peretelui unor segmente intestinale și structurilor apendicular – diverticulare în peritonite (fig. 1). Leziunile semnalate s-au atestat cu predilecție la pacienții incluși în lotul-II. Este de menționat că prin exami-

narea histologică în toate cazurile a ambelor loturi s-a exclus prezența unor procese displazice vicioase structurale, inclusiv în structurile diverticuloase, parazitare, pre – sau canceroase. Modificările lezionale atestate histologic s-au caracterizat prin manifestări inflamatorii acute nespecifice cu caracter predominant *exsudativ* și *alterativ* de diversă intensitate în ambele loturi. Procesele exsudative, histologic marceau particularități seroase, fibrinoase, purulente și micro- macroabcedante. Cele alterative fiind marcante prin particularități necrotice și gangrenoase. Ambele particularități s-au luat drept criterii morfologice ale caracterului procesului inflamator. De asemenea menționăm că particularitățile inflamatorii exsudative n-au manifestat o oarecare consecutivitate clasică, mai frecvent fiind mixte cu devieri de la caz la caz.

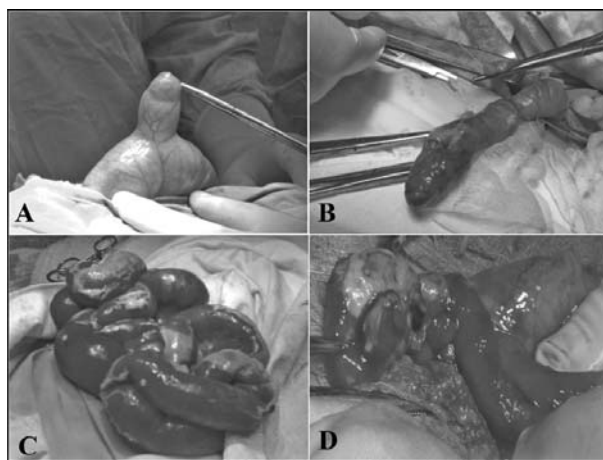


Fig.1. Aspecte morfopatologice intestinale în infecția chirurgicală acută abdominal peritoneală

În funcție de topicul procesului lezionat-inflamator s-a constatat că în pneumoniile distructive, în conținuturile tisular-magmatiche pleural-cavitate examinate în 17,5% (7) din cazuri s-a atestat prezența exsudatului preponderent seros cu o componentă seroasă și discreție celulară și de fibrină. Cu o frecvență de 92,5% (37) s-a atestat o componentă mixtă fibrino-celulară laxă și densificată, uneori cu coaguli de fibrină. Componentul celular fiind de asemenea polimorf cu predominarea granulocitelor și elementelor macrofagale (fig. 2A). De asemenea s-a observat condensarea componentului celular în aglomerări granulocitare sau macrofagal-granulocitare mici și excesive cu activitate de fagocitoză. În paralel, prin condensarea fibrinei s-a atestat demarcare dintre exsudatul fibrinos și componenta celulară granulocitară (fig. 2B), reflectând o tendință de reorganizare în pseudoabcese acute (fig. 2C). Remarcăm faptul că particularități inflamatorii necrolitice sau aspecte gangrenoase în ambele loturi au fost nesemnificative, în mare parte fiind absente.

În 37,5% (15) din cazuri, cu predilecție a celor incluse în I-lotul s-au atestat reacții celulare locale marcate prin proliferarea componentului fibocitar tisular, prin activarea fibroblastelor, fiind observate fenomene de migrațiune a elementelor limfocitare din zona pleurei, direcționate spre exsudatul fibrinos care prelua un aspect coagulant stratificat polimorfocelular (fig.2D).

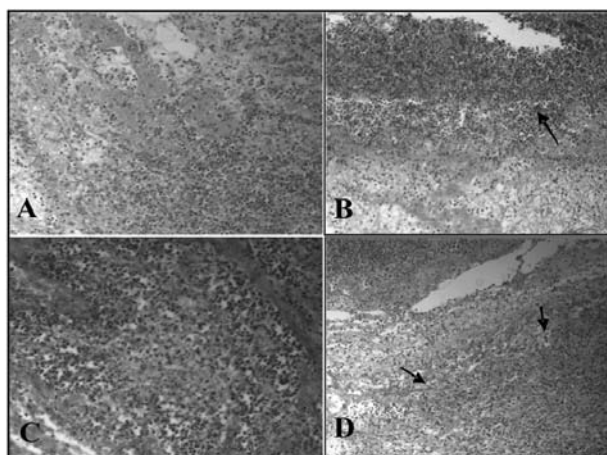


Fig. 2. Aspecte ale caracterului inflamator în pleurezii septice $\times 200$. Colorația H&E(A,B,D) și VG(C)

Astfel, ținem să conchidem că examenul histologic în cadrul pneumoniilor distructive a atestat frecvența pleuriziei exudative fibrino-celulare cu activitate fagocitară, mai accentuată în **I-lot** comparativ cu **lotul-II**.

În cadrul osteomielitei hematogene acute examenul histologic în 63,3% (19) din cazuri în ambele loturi a stabilit predominarea procesului inflamator exsudativ fibrinos – purulent lax osteogen cu implicarea măduvei osteogene. În 36,7% (11) cazuri componenta fibrino-celulară a fost mai densă cu conținut celulară mixtă prin prezența componentei discrete macrofagal- limfocitare sau polimorfocelulare. Este de menționat că în 56,7% (17), în paralel, în prezența ambelor tipuri de exsudat s-au atestat sechestre osteogene necrotizate, cu margini erodate, acellularizate (fig. 3A,B).

Remarcăm faptul, că aspectul sechestrelor este o particularitate a proceselor inflamatorii alterative necrotice distructive, care s-au caracterizat prin dispariția osteocitelor, eroziuni alterativ-necrolitice marginale. De asemenea în 43,3% (13) din cazuri totuși predominau procesele exsudative fibrino-polimorfocelulare cu predilecție în I lot, iar procesele necrolitice și erozante osteogene erau mai atenuate.

Examinările țesuturilor periostale au relevat prezența unui proces inflamator difuz cu predominarea elementelor granulocitare, și/sau în aspect infiltrativ micro-macrofocal, inclusiv cu tendință spre microabscedare sau abscesive.

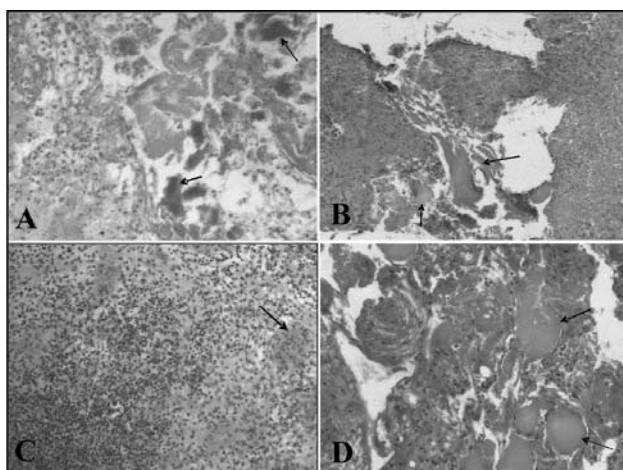


Fig. 3. Aspecte ale caracterului inflamator în procesele septice osteogene $\times 200$. Colorația VG(A) H&E(B,C,D)

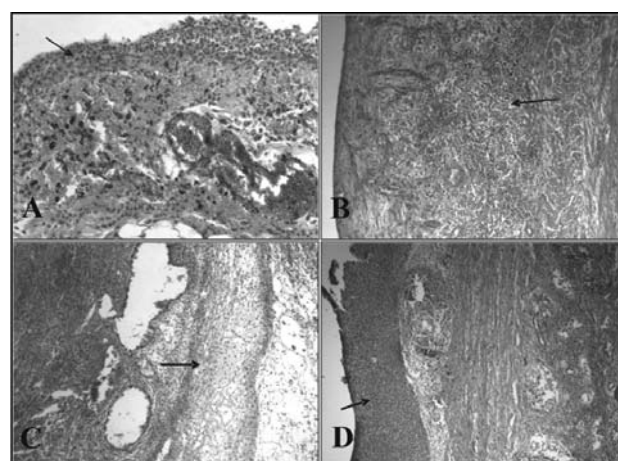


Fig. 4. Aspecte histologice ale caracterului inflamator a tunicii viscerale peritoneale ale intestinului $\times 200$. Colorația H&E

În 26,7 (8) cazuri din I-Lot componenta celulară a fost mai mult mixtă cu prezența și a elementelor limfocitare, în diver raport fiind observate reacții celulare tisulare interstițiale precum și a rețelei vasculare prin aspecte fiind aspecte celulare infiltrative și endotelial proliferative (fig.3C).

Leziunile inflamator-distrofice sau atestat și la nivelul componentului fibro-muscular fiind edemat cu infiltrații limfo-leucocitare sau leucocitare, miocitele voluminoase intumescențe(fig.3D).

Evaluarea histomorologică în infecția chirurgicală peritoneală – peritonita acută s-a bazat pe particularitățile inflamatorii ale tunicii viscerale/peritoneale determinate de afecțiunile inflamatorii evolute în majoritate primar în tubul digestiv abdominal. Examenul microscopic efectuat în ambele loturi a relevat prezența preponderentă a procesului inflamator exsudativ seros și sero-hemoragic(A,B), sero-fibrinos și fibrinos (fig.4C), purulent și mixte (fig.4D). Cu o frecvență de 16,9% (18) sau atestat prezența procese-

lor lezionale alterative. O altă particularitate atestată a procesului inflamator exsudativ în evoluția afecțiunilor septice peritoneale, cu predilecție fiind în cazurile incluse în **Lotul - I** -60% (12) cazuri comparativ cu cele din **Lotul - II** a constituit prezența densității accentuate celulare granulocitare de neutrofile în aria exsudatului cu formarea abceselor micro-macrofocale (fig.5A). În cazurile respective în rețeaua vasculară se relevau și elemente limfocitare, care de asemenea în aspect dispers se atestau și în aria peretelui intestinal-apendicular la nivelul tunicii peritoneale și musculare (fig. 5B).

Remarcăm faptul că în 30% (6) din cazuri structurile acute abcesive s-au atestat și în aria peretelui intestinal apendicular sau diverticular, frecvent la frontiera anatomică dintre tunicile musculare externe și tunica peritoneală (fig.5C). Prin examinările microscopice de asemenea s-a constatat că cele mai evidente procese inflamator exsudative ale tunicii peritoneale de caracter fibrinos-purulent, purulent și abcedant s-au relevat în cadrul apendicitei flegmonoase, ulcero-flegmonoase și gangrenoase.

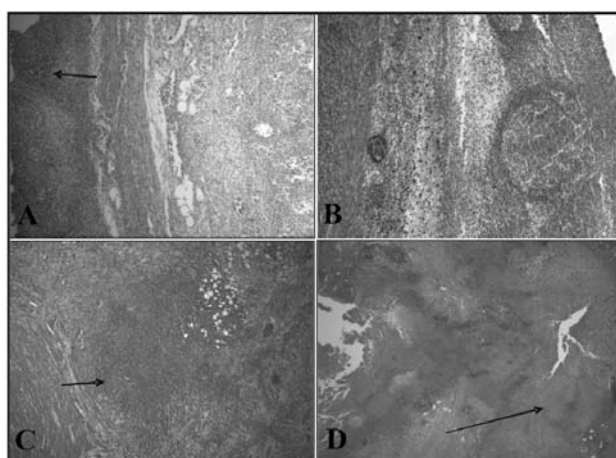


Fig. 5. Aspecte histologice ale procesului inflamator intramural intestinal și complicațiilor $\times 200$. Colorația H&E

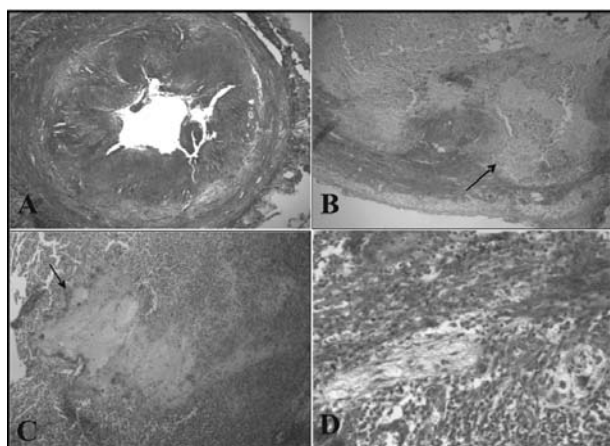


Fig. 6. Aspecte histologice ale proceselor alterative și ale structurilor nervoase $\times 75$ (A,B,C), $\times 250$ (D) Colorația H&E

În 40% (8) cazuri s-au atestat ulceratii perforative cu neoformare de abcese în segmentul mezenterial adiacent (fig.5D). De asemenea menționăm că în 9 cazuri cu predilecție în **lotul - II** s-au atestat procese alterativ-necrotice și necrotico-purulente ulcerative cu particularități seroase sau sero-fibrinoase la nivelul tunicii peritoneale (fig.6A,B). Leziunile necrotice și necrotico-purulente în formele peritoneale s-au atestat cu mult mai frecvent comparativ cu formele precedente fiind caracterizate și de prezența microcolonizației bacteriene atât ca focar incipient la nivelul mucoasei intestinale precum și la nivel peritoneal (fig. 6C). O altă particularitate atestată cu predilecție în Lotul-II a fost deminuirea, uneori accentuată a structurilor limfocitare foliculare intestinale, inclusiv mezenteriale.

Un alt moment atestat în studiul dat l-au constituit particularitățile lezionale a structurilor ganglio-nervoase mienterice ale plexurilor Auerbach, care marceau procese distrofice de caracter granular și microvacuolar (fig.6D), uneori cu prezența infiltrației celulare granulocitare frecvent întâlnite în procesele perforative, invaginații, torsiuni de anse intestinale.

O altă particularitate a constituit-o prezența sindromului discirculator atestat mai exprimat în 28% (5) cazuri, caracterizat prin aspecte vaso-dilatative parietale, vasculite și trombo-vasculite fiind cu predilecție în cazurile de enterită acută catarală sau alterativ-leucocitară erozivă cu predominarea componentului celular granulocitar și particularități sero-flegmonoase limitante la submucoasă sau generalizate (fig.7). În cazurile complicate prin invaginare și/ sau torsiuni intestinale s-au atestat alterări grave în aria segmentelor implicate caracterizate prin manifestările de permeabilizare avansată cu extravazarea componentului eritrocitar cu evoluția exsudatului sero-hemoragic fibrino-hemoragic la nivelul tunicii peritoneale (fig.8).

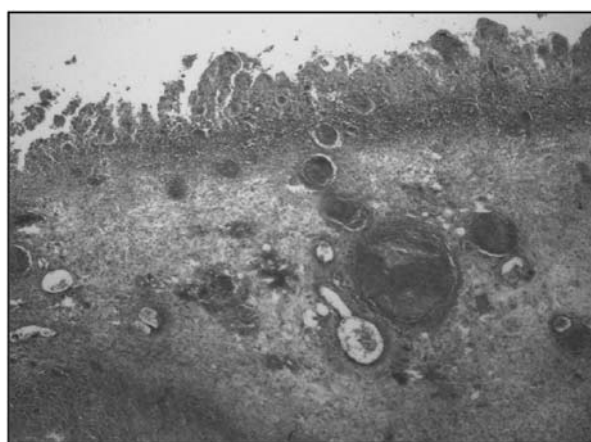


Fig. 7. Sindrom trombotic limitant acut în enterita acută erozivă asociată cu particularități sero-flegmonoase $\times 200$. Colorația H&E

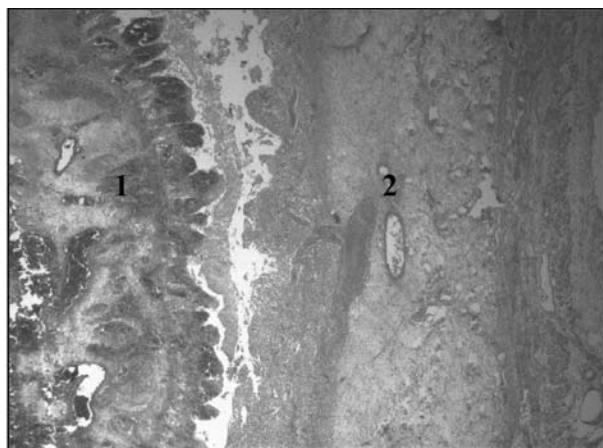


Fig. 8. Sindromul hemoragic acut cu predominarea aspectului hemoragic generalizat (1) și trombotic în zona enteritei erozive (2) $\times 200$. Colorația H&E

Astfel, ținem să menționăm că rezultatele examinărilor efectuate în piesele anatomio-chirurgicale a stabilit în ambele loturi de studiu (lotul I și II) cu deviații nesemnificative caracteristicile unui proces inflamator general cu expresie de la ușor edematoase -discirculatorie la moderată și excesivă de caracter purulent și fibrinosă.

Pin explorările histomorfologice s-a stabilit importanța și oportunitatea diagnosticului morfopatologic în stabilirea unui diagnostic complet prin excluderii leziunilor preexistente cu potențial de transformare malignă. Datele obținute a permis determinarea certă și în timp oportuni ale originii și a particularităților patogenetice și activității procesului inflamator cu semnificație în monitorizarea corectă a pacienților în perioada postoperatorie, inclusiv la distanță.

În conformitate cu datele atestate în cadrul explorărilor histomorfopatologice și rezultatelor evaluate în funcție de loturi, s-a stabilit predominarea în cadrul leziunilor viscerale pulmono-pleurală, osteogene

și peritoneale a originii infecțioase bacteriene cu predominarea proceselor inflamatorii exsudative și alterative corespunzătoare unei etape acute a inflamației cu potențial septic.

Leziunile inflamatorii exsudative sau caracterizat prin diverse variații de la seroase la fibrinoase, purulente și/sau mixte la nivelul țesuturilor ostio-fibro-musculare, adipoase, tunicilor seroase pleurale, peritoneale și cele alterative prin procese necrotice și gangrenoase, ultimile servind drept un indice a caracterului și activității procesului inflamator.

Estimarea statistică comparativă a proceselor inflamatorii în teritoriu lezional (fig.9) în funcție de indici inflamatorii în coraport cu loturile incluse în studiu a marcat în **I - Lot** procesul inflamator seros (1) cu $0,08 \pm 0,04$, procesului inflamator fibrinos (2) $0,15 \pm 0,05$, proces inflamator purulent (3) $0,28 \pm 0,02$, proces inflamator mixt (4) $0,36 \pm 0,07$, proces inflamator necrotic (5) $0,06 \pm 0,03$ și proces inflamator gangrenos (6) $0,02 \pm 0,02$.

Comparativ cu Lotul-I (L-I), în Lotul II (L-II) de studiu procesul inflamator seros (1) a constituit $0,06 \pm 0,03$, cel inflamator fibrinos (2) $0,19 \pm 0,05$, și inflamator purulent (3) $0,3 \pm 0,06$, urmat de procesul inflamator mixt (4) cu $0,3 \pm 0,06$, Procesele alterative caracterizate prin leziunile inflamator necrotice (5) constituind $0,19 \pm 0,05$ și cel inflamator gangrenos (6) $0,08 \pm 0,04$.

Așa dar conform evaluării statistice prin metoda variațională procesele inflamatorii cu potențial septic la pacienții incluși în I-lot s-a caracterizat prin predominarea cu predilecție a proceselor exsudative, comparativ cu procesele atestate la pacienții din Lotul - II, unde au predominat cele alterative, astfel marcând un risc major a complicațiilor distructive și perforative.

Ținem să remarcăm faptul că prin examinări-

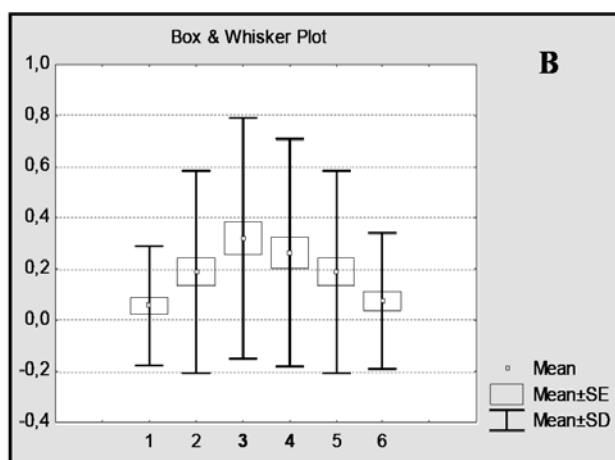
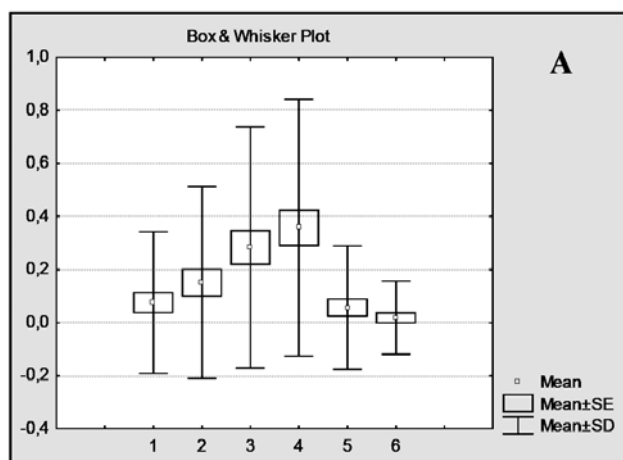


Fig. 9. Date comparative ale indicilor procesului inflamator acut în lotul L-I (A) și L-II (B), unde 1 – proces inflamator seros, 2 – proces inflamator fibrinos, 3 – proces inflamator purulent, 4 – proces inflamator mixt, 5 – proces inflamator necrotic și 6 – proces inflamator gangrenos

le histomorfologice s-au constatat prezența activă a proceselor de fagocitoză a componentului macrofa-gal-leucocitar, limfocitozei intravasculare, migrarea intra-tisulară a componentului limfocitar, activarea fibroblastelor, ceea ce semnalează în opinia noastră prezența și activarea reacțiilor imunocompetente în teritoriul lezionat.

În cadrul estimării comparative a particularităților procesului lezional inflamator exudativ, alterativ și ale proceselor imunocompetente în funcție de loturi incluse în studiu (fig. 10) s-a stabilit că în lotul cu utilizarea terapei imunomodatoare au predominat procesele inflamatorii exudative (1) constituind $0,7 \pm 0,06$ comparativ cu cele alterative (3) - $0,08$ însoțite de procese reactive imunocompetente semnificative (5) - $0,9 \pm 0,04$. Comparativ cu I - Lot în Lotul - II cu utilizarea tratamentului medico-chirurgical și terapeutic tradițional, procesele exudative au constituit (2) $0,8 \pm 0,05$, iar cele alterative (4) $0,3 \pm 0,06$ fiind marcate de un impact substanțial ale celor imunocompetente (6) - $0,08 \pm 0,04$.

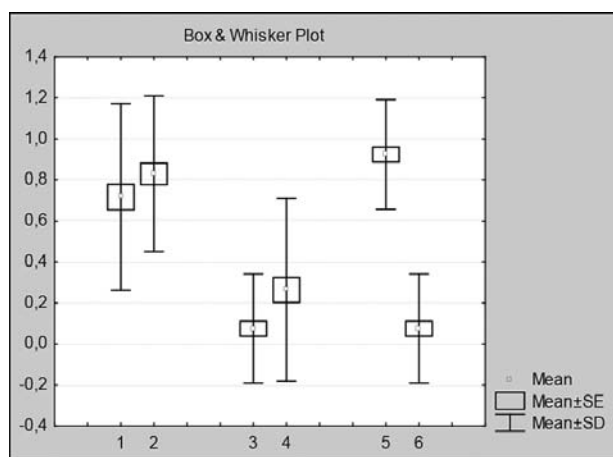


Fig. 10. Analiza variațională în funcție de loturi unde **Lotul – I** (1 – proces inflamator exsudativ, 3 – proces inflamator alterativ, 5 – proces reactiv imunomodulator), iar 2, 4 și 6 reprezintă **Lotul-II** (2 – proces inflamator exsudativ, 4 – proces inflamator alterativ, 6 – proces reactiv imunomodulator)

Așadar rezultatele studiului a relevă faptul că identificarea profilului morfologic al leziunilor în infecțiile septice chirurgicale este obligator în stabilirea diagnosticului complet morfofuncțional diferențiat în excluderea prezenței leziunilor displazice, pre- și canceroase, determinarea caracterului patogenetic și ale activității proceselor inflamatorii și reacțiilor

imunocompetente nemijlocit în organul, teritoriul lezionat.

Astfel ținem să menționăm că în studiul realizat de noi la problema abordată sa constatat că rolul principal în evoluția septică a proceselor inflamatorii îl deține atât vulnerabilitatea agentului patogen infecțios cât și reactivitatea particulară imună locală. Un alt element de valoare a prezentului studiu îl constituie evaluarea și estimarea evoluției și caracterului proceselor inflamatorii în funcție de complexitatea tratamentului medico-chirurgical și terapeutic cu utilizarea munomodelatoarelor rezultatele având o importanță în pronosticul postoperator și la distanță.

Concluzii:

1. Identificarea profilului morfologic este obligator în excluderea leziunilor displazice congenitale, pre- și canceroase, determinarea caracterului patogenetic și activității proceselor inflamatorii nemijlocit în teritoriu lezionat;

2. S-a stabilit că la copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 7 ani în cadrul leziunilor viscerale pulmono-pleurală, osteogenă și peritoneală infecțioase predomină procesele inflamatorii exudative și alterative corespunzătoare unei etape acute a inflamației cu potențial septic;

3. Estimarea comparativă în funcție de utilizarea tratamentului medico-chirurgical și terapeutic a stabilit că la copii cu infecție acută chirurgicală persistă o disfuncție imună generală și locală ce determină frecvența proceselor inflamatorii alterative cu risc înalt al complicațiilor inflamator distructive și perforative.

4. Utilizarea unui tratament complex cu aplicarea preparatelor imunomodatoare semnificativ mărește reactivitate imunocompetentă a organismului în creștere, inclusiv în fondalul lezional cu localizarea procesului inflamator septic comparativ cu tratamentul tradițional.

Bibliografie

1. Gudumac E.M., Babuci V. Boli chirurgicale ale copilului. Chișinău. 2004. p.195.
2. Gudumac E.M., Babuci V., și coaut. Pneumoniile bacteriene distructive acute la copii. Chișinău. 2001, p. 20.
3. Lebedev V.V. Problemele patogenzei și terapiei de-reglărilor ale sistemului imun. 2002. vol.1, p. 6–35.
4. Насонов Е. Л. Перспективы лабораторной диагностики хронических воспалительных и аутоиммунных болезней человека. Рос. мед. вести. 2001. № 3. 20-26 с.