

пространства. Москва: Медицина, 2005. С.224

9. Пронін В.О. Оптимізація хірургічної тактики при ушкодженнях органів заочеревинного простору, ускладнених заочеревинною гематомою: Автореф. дис. канд. мед. наук.: 14.01.03. Харків, 2003. 20с.

## **TRAUMATISMUL ABDOMINAL DESCHIS PRIN AUTOAGRESIUNE CU ARMA ALBĂ – EXPERIENȚA CLINICII**

**Stanislav Țințari<sup>1</sup>, Gheorghe Ghidirim<sup>1</sup>, Gheorghe Rojnovanu<sup>1</sup>,  
Alexandru Klim<sup>2</sup>, Victor Gafton<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Catedra Chirurgie N1 „Nicolae Anestiadi” USMF „Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup>Secția reanimare, <sup>3</sup>Secția Chirurgie N1 CNȘPMU

### **Summary**

#### ***Self-inflicted abdominal stab wounds – single centre experience***

Self-inflicted stab wounds hold a large share of all penetrating abdominal injury. Based on a group of 77 patients the authors examine the clinical profile of this particular category of trauma. Demographic data, determinants conditions, structure and ways for resolving that kind of trauma were analyzed. The results are reported in the literature data. The authors recommend nonlaparotomic approach for this category of patients. The authors indicate the need for continuous patient's supervision after surgical resolution to minimize the risk of recurrence.

### **Rezumat**

Autoagresiunea prin armă albă ocupă o cotă mare (1/5) din totalitatea traumatismelor abdominale deschise în CNȘPMU. În baza unui lot de 77 pacienți autorii examinează profilul clinic al acestei categorii particulare de traumatizați. Sunt analizate datele demografice, circumstanțele etiologice, structura traumatismului și modalitățile de rezolvare a acestuia. Rezultatele obținute sunt raportate la datele literaturii de specialitate. În concluzii se sugerează utilitatea abordării nonlaparotomice a acestor pacienți și necesitatea continuității supravegherii de către medicul de profil după soluționarea chirurgicală a pacientului pentru minimalizarea riscului tentativelor repetate.

### **Actualitate**

Referințele contemporane afirmă că mai bine de jumătate dintre decesele violente sunt suicide. OMS clasează suicidul ca una dintre cauzele principale a decesului în lume, iar incidența acestuia va fi în continuă creștere următoarele decenii [1, 2]. Astfel pe plan mondial suicidul este a 14-ea ca frecvență cauză de deces, are o incidență de 16,6 la 100000 populație pe an și provoacă circa 1mln decese anual [1]. Doar în SUA acesta determină cheltuieli în sumă de 11,8 mlrd. \$ anual [3]. Studii internaționale demarate în baza datelor OMS arată incidența ideilor, planului și atentatelor suicidale realizate, respectiv; de 9,2%, 3,1% și 2,7% [4]. Din aceste considerente suicidul tot mai frecvent este descris ca o adevărată „epidemie ascunsă” a societății [5], care deși este în ascensiune, puțin se afișează. Un deosebit răsunet în lumea medicală problema suicidului a căpătat după publicarea studiului britanic care sugerează că medicii indiferent de vârstă au un risc de 2-3 ori mai mare de suicid decât populația generală [6]. Rezultatele sunt și mai sumbre privite în funcție de vârsta afectată. Astfel, este a 2-a ca frecvență cauză de deces la vârsta de 25-34 ani și a 3-ea – la 10-24 ani [7]. Datele rapoartelor medico-legale estimează incidența autoagresării cu armă albă la 1,6-4% [8, 9, 10, 11]. Tragedia capătă amploare cu atât mai mare, dacă se ea în calcul că un caz de deces are loc la 8-25 tentative suicidale [12, 24].

Majoritatea studiilor publicate sunt axate pe aspectele sociale, psihiatrice și medico-legale ale problemei. Puține relatări elucidează conduita medico-chirurgicală a acestui contingent de

pacienți. Ne-am propus drept scop să examinăm aspectele chirurgicale ale traumatismelor prin auto-agresiune cu armă albă în proiecția abdomenului.

### **Noțiuni**

Autoagresarea este compusă din două entități distincte: automutilarea și suicidul. Automutilare presupune provocarea unor leziuni ce nu au drept scop direct decesul. Pe când suicidul – actul de finalizare intenționată a propriei vieți. Suicidul se clasează în: suicidul propriu-zis (finalizat cu deces) și comportament suicidal non-fatal. Comportamentul suicidal non-fatal la rândul său este constituit din: idee, plan și atentat [1]. În categoria suicid nu sunt incluse traumatismele accidentale. Este evident că diferențierea strictă între aceste categorii nu este întotdeauna posibilă [23].

### **Metodologia**

A fost demarat un studiu retrospectiv, iar din noiembrie 2009 – prospectiv, în care au fost examinate fișele de observație a pacienților internați în secțiile de chirurgie a CNȘPMU pe parcursul perioadei 2006-2010. Criteriile de includere în studiu au constituit prezența plăgii prin armă albă în proiecția abdomenului provocate prin autoagresiune, caracterul nepenetrant al căreia nu poate fi exclus la examenul primar. Nu au fost incluși pacienții cu traumatism izolat cu lezarea cordului. De asemenea criteriu de excludere a constituit plăgile provocate accidental.

Abdomenul a fost sumat din următoarele arii distincte: zona toraco-abdominală, peretele abdominal antero-lateral și zona lombară. Aria toraco-abdominală delimitată superior de linia mamelonară anterior și de unghiurile scapulelor posterior, iar ca limită inferioară marginea grilajului costal. Peretele abdominal anterior dispus inferior de zona toraco-abdominală, mărginit inferior de ligamentele inghinale și pubis iar bilateral de liniile axilare posterioare. Zona lombară dispusă posterior de liniile axilare posterioare și limitate inferior de crista iliacă. Traumatismul a fost definit drept penetrant în funcție de lezarea peritoneului și/sau pleurei parietale. Intervenția chirurgicală a fost caracterizată terapeutică sau non-terapeutică în funcție de prezența leziunilor intraabdominale majore [13].

Pacienții au fost consultați de medicul psihiatru pentru aprecierea statutului psihologic și depistarea unor eventuale nozologii.

Datele colectate au fost analizate utilizând testul Student 1500 pentru Excel.

### **Rezultate**

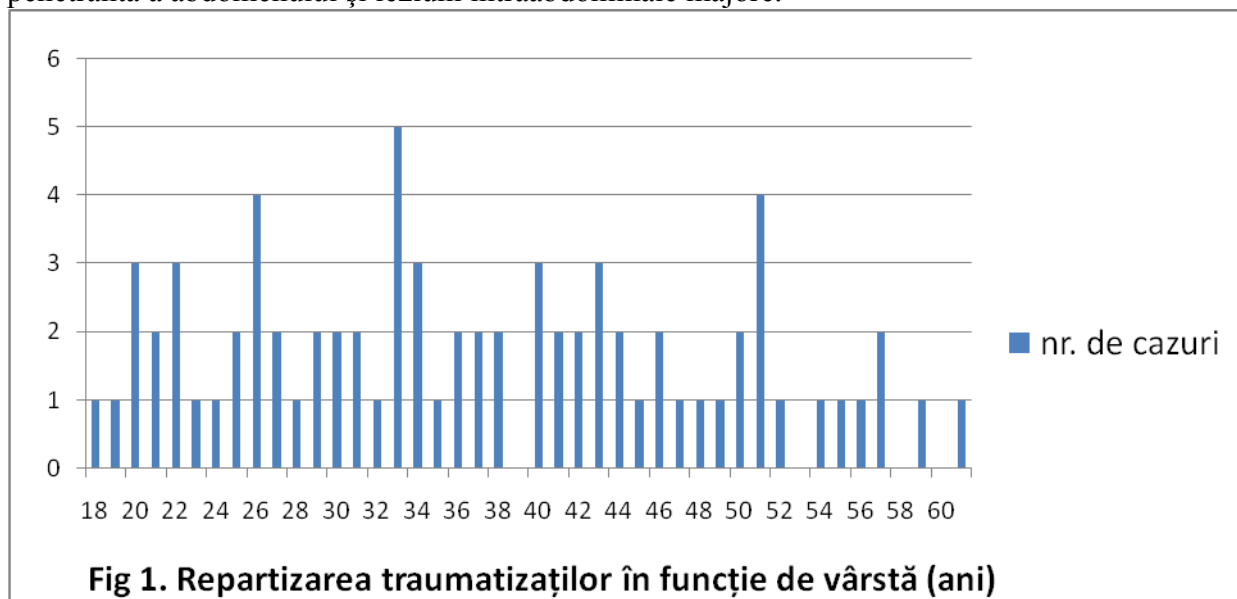
Pe parcursul perioadei demarării studiului (54 luni) au fost spitalizați 402 pacienți cu plăgi în proiecția abdomenului. La 79 (19,7%) dintre aceștia mecanismul traumatismului a fost autoagresiunea, dintre care prin armă albă – 77 și armă de foc – 2. Raportul f/b a fost de 15:62. Vârsta medie 37,1±1,3 ani (cu limitele 18-61 ani), fără diferență statistic semnificativă între sexe. După cum se vede în Figura 1, distribuția pe vârstă a fost bimodală, dominantă de vârsta tânără și un alt apogeu la vârsta de 51 ani.

Conform bazei de date doar 17 traumatizați au fost angajați oficial în câmpul de muncă; 6 – deținuți; în rest – neangajați. Autoagresiunea cel mai frecvent (n=69) a avut loc la domiciliu, urmată de locuri de detenție – 6 și alte locații – 2 cazuri. Solicitarea ajutorului medical a fost în marea majoritate (n=75) prin intermediul SAMU. Repartizarea pacienților în funcție de durata de timp până la adresarea în instituția noastră se prezintă în felul următor: pe parcursul primei ore – 39; 2-6 ore – 29; în rest (n=9) mai târziu de 6 ore.

Starea de ebrietate a constituit mai degrabă o regulă decât excepție. Astfel, doar 21 traumatizați au fost documentați ca nu fiind sub acțiunea alcoolului. În rest a fost stabilită stare de ebrietate de diferite grade, inclusiv la 5 pacienți sindrom delirios la internare, iar în 2 cazuri – suspexie de consum de droguri. Conform datelor disponibile 11 pacienți se aflau la evidența medicului psihiatru (5 – schizofrenie, 3 – epilepsie și 3 cu alte nozologii). Ulterior 4 dintre ei au fost transferați pentru tratament în secții specializate de psihiatrie. La majoritatea traumatizaților au fost diagnosticate tulburări impulsive, reacție la factori stresanți, pe fon de probleme

personale cu consum de alcool.

În privința caracterului recidivant al agresiunii este mai dificil de pronunțat. De aceea ne vom referi doar la pacienți examinați prospectiv (n=14). Dintre ei, unul a suportat în anamneză laparotomie nonterapeutică din motiv de plagă prin autoagresare cu armă albă a abdomenului anterior de perioada de cercetare. Un alt pacient a fost operat pentru plagă prin armă albă a abdomenului cu leziuni majore dar nu a comunicat mecanismul traumei. Cicatricii pe abdomen sau antebrățe, stigmatice caracteristice autoagresării în trecut, au avut 4 pacienți. Pe parcursul desfășurării studiului un pacient s-a adresat repetat după ajutor medical în instituția noastră pe parcursul unei luni. La prima adresare avea plăgi superficiale ale antebrățelor dar a refuzat spitalizarea, la interval de o lună – adresare repetată. A fost spitalizat și operat cu plagă penetrantă a abdomenului și leziuni intraabdominale majore.



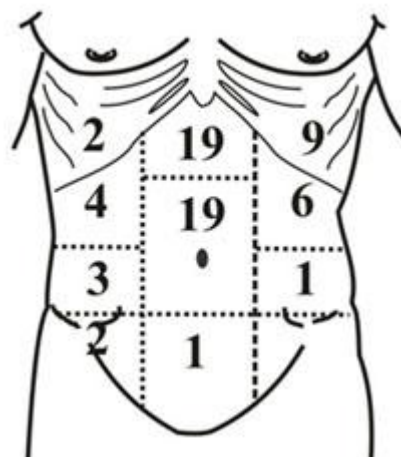
Structura traumatismului se prezintă în felul următor: plăgile localizate doar în limitele unei zone anatomice – 64; în două sau mai multe arii anatomice – 13. Leziuni asociate prin armă albă au fost la 8 bolnavi, astfel: plăgi la nivelul suprafeței flexorii a antebrățului – 7 și un caz de plagă localizată la nivel cervical anterior. Din totalitatea pacienților plăgi penetrante abdominale au fost la 51 pacienți. Printre care au fost câte un caz de traumatism toraco-abdominal și abdomino-toracic. În rest, 11 pacienți au avut plăgi penetrante pleurale, iar 15 – nepenetrante abdominale sau toracice. Topografia plăgilor penetrante este redată în figura 2. Numărul de plăgi relatate în figura 2 este mai mare decât cel a pacienților deoarece au fost constatate cazuri de plăgi multiple penetrante la unii traumatizați. Conduita plăgilor penetrante abdominale (n=51) a fost următoarea: nonoperator – 6, miniinvaziv (laparoscopie diagnostică „trează”, urmată de supraveghere clinică în dinamică) – 12 și laparotomie în 33 cazuri. Din totalitatea laparotomiilor (n=33): 19 – au fost nonterapeutice, 13 – terapeutice și într-un caz – neconcludentă. Leziunile intraabdominale majore depistate sunt redată în tabelul 1.

Durata de spitalizare a fost apreciată în funcție de tactica de abordare, cu excluderea externărilor premature din alte considerente (deces, încălcarea regimului spitalicesc): în subgrupa de pacienți care au fost abordați nonoperator – 3,8, investigați miniinvaziv – 4,3 zile. Pe când în rândul celor operați durata de spitalizare a fost următoarea: intervenții noncurative – 8, terapeutice – 9,6 zile. În calcul nu a fost luată durata de spitalizare în instituțiile în care au fost transferați pacienții.

În lotul de referință au fost înregistrate două decese. Într-un caz pacientul a fost abordat nonoperator, iar decesul a fost determinat de patologia asociată severă hepatică cu progresarea insuficienței hepato-renale, confirmat la expertiza medico-legală. În al doilea caz decesul a fost condiționat de traumatismul sever cu implicarea leziunilor vasculare majore (aorta abdominală și v.mezenterică superioară).

**Tab. 1. Lezuni majore de organe depistate la laparotomie**

Intestin subțire	7
Colon	3
Stomac	2
Mezocolon	1
Vezica biliară	1
Ficat	1
Splina	1
Uter	1
Aorta	1
Vena mezenterică	1



**Fig. 2. Localizarea plăgilor penetrante la bolnavii din lotul de referință**

### Discuții

Tradițional, suicidul prin traumatismul abdominal deschis prin armă albă, în cultura europeană, este privit ca un lucru impropriu, specific samurailor japonezi, fapt determinat de suicidul ritual „hara-kiri” („hara” – abdomen, „kiri” - tăiere), interzis oficial de guvernul Japoniei încă din 1873 și întâlnit foarte rar în prezent [14]. Particularitățile mentalității nipone și în prezent determină că 56-78% din plăgile abdominale în Țara Soarelui Răsare sunt autoagresiuni cu arma albă [14]. În Europa și continentele Americane actualmente leziunile deschise dețin un loc important în structura traumatismelor. Circa 1,6% dintre pacienții internați în centrele de chirurgie a traumei prezintă traumatisme deschise, dominate fiind de arma de foc. Traumatismelor abdominale prin armă albă le revine o pondere de 29,3% [15]. Comparând suicidul în funcție de vârstă, Ravidran R (2010) afirmă că traumatismele abdominale deschise sunt mai caracteristice persoanelor de vârstă tânără [16]. În CNȘPMU incidența traumatismelor prin autoagresiune este de 20,1% din totalitatea pacienților internați cu leziuni abdominale deschise prin armă albă. Deoarece în studiu nu au fost incluși pacienții cu leziuni superficiale este evident că numărul traumatizațiilor este considerabil mai mare. Rezultatele studiului de față corespund datelor literaturii care susțin ferm că bărbații sunt cel mai frecvent implicați, deși diferență semnificativă în vârstă și structura traumatismului corelată cu sexul nu am observat. Repartizarea pe vârstă arată predominarea leziunilor la persoanele de vârstă tânără (Fig.1). După cum se observă, în epoca tehnologiilor informaționale când efectul „Werther” este foarte mediatizat, anume tinerii sunt cei mai vulnerabili pentru suicid.

Diferențierea leziunilor prin autoagresiune de cele prin heteroagresiune uneori prezintă o provocare, chiar și pentru experții în domeniu. La diferențierea acestor categorii de traume medicii legiști în mare parte se bazează pe localizarea și caracterul plăgilor [17]. Datele statistice arată că regiunea cervicală anterioară și flexorie a antebrațului sunt cele mai frecvente localizări a autoagresiunii cu armă albă urmate de regiunea precordială și abdomen [9, 11, 15, 17, 20]. În ceea ce privește localizarea plăgilor la nivelul abdomenului datele variază. Localizarea centro-abdominală este dominantă în cazul plăgilor „hara-kiri” [14], fapt explicat prin particularitatea aplicării leziunii cu ambele mâini. În cazul plăgilor „obișnuite” autoaplicate regiunea periombelicală și epigastrul sunt dominante. Astfel, Seijo Morita și coautorii (2008) declară această localizare la 67,5% traumatizați [14]. Abdullah F. și coautorii (2003) prezintă regiunea hipocondrului drept preferințială [19]. Predominarea acestor localizări se explică prin două momente: mâna dreaptă dominantă și tentativa de ocolire a structurilor dure precum este grilajul costal, deși lezarea structurilor osoase nu exclude momentul de autoagresare [8, 20, 21]. În lotul de referință se observă aceleași legități la localizarea plăgilor că în studiile relatate mai sus dominante fiind localizările periombelicală, epigastrul și proiecția cordului după cum se vede în Fig. 2. Nici într-un caz nu s-au constatat plăgi cu localizare lombară. Prezentul studiu confirmă

afirmațiile medico-legale că regiunea dorsală nu este o localizare facilă pentru suicid [11, 17]. Un alt indiciu luat în considerație la examenul medico-legal este numărul de plăgi. Rezultatele practice demonstrează că numărul plăgilor nu este un criteriu relevant pentru diferențierea suicidului de agresiune [20]. O mare parte de pacienți își provoacă plăgi multiple. În mediu se provoacă 1,5 leziuni per pacient, dar sunt descrise cazuri ce depășesc o sută [8]. Rapoartele medico-legale descriu leziuni „de probă” la mai mult de jumătate suicide [9, 11, 17]. În lotul de referință 26 pacienți și-au provocat mai mult decât o plagă. Dintre aceștia 4 au avut mai mult de 2 plăgi penetrante intraabdominal. Printre organele lezate cele mai frecvente au fost intestinul subțire, colonul și stomacul. Topul organelor cel mai frecvent lezate coincide cu datele lui M. Bukur și coautorii (2010) [15]. Sunt cel puțin două explicații a acestui rezultat: primul pare a fi localizarea plăgilor (epigastru și paraombilical); al doilea este faptul că au fost evaluate doar leziunile majore. Nu ne-am propus să evaluăm leziunile minore deoarece în majoritatea cazurilor nu au semnificație clinică, iar o parte dintre pacienți au fost abordați nonoperator sau miniinvaziv, nefiind evaluate toate leziunile minore. Sumar incidența leziunilor majore a constituit 25,5% din totalul plăgilor penetrante. În rest, 74,5% au avut leziuni minore și deci este argumentată o conduită nonoperatorie sau miniminvazivă a acestor categorii de traumatizați.

Studiu efectuat în Los Angeles, în care incidența traumatismului a fost raportată la datele demografice, documentează că deși traumatismul prin autoagresiune deține doar locul 4 în structura generală a traumatismului, acesta are o rată exacerbată de fatalitate – 95,2% [22], în proporție considerabilă determinată de arma de foc. M. Bukur și coautorii (2010) apreciază riscul decedului în caz de autoagresare prin armă albă de 110 ori mai mic decât în cazul armelor de foc și cu o pondere generală de 1,7% [15]. Pe când Abdullah F. și coautorii (2003) în genere nu declară decese determinate de autoagresare prin armă albă [19], deși în practica medico-legală 10% dintre traumatizați cu armă albă au leziuni abdominale [17]. Incidența mică a deceselor în studiile clinice se explică prin particularitățile aplicării traumatismului, și nu în ultimul rând se datorează faptului că pacienții cu traumatisme severe în special cu implicarea cordului decedează până a fi transportați la spital [17]. Astfel se explică diferențele dintre publicațiile medico-legale și cele din centrele medicale de chirurgie a traumei. În lotul de referință din cele două decese doar unul a fost determinat de momentul traumatic, ceea ce prezintă o pondere de 1,3%. Al doilea deces, în care trauma nu a influențat tanatogeneza, a fost determinat de patologia somatică avansată.

Printre condițiile de risc pentru suicid un factor major incriminat sunt atentatele suicidale în anamneză. Astfel datele susținute de OMS, World Mental Health Surveys afirmă că comportamentul suicidal non-fatal, este unul dintre principalii factori de risc pentru suicid ulterior [1-4]. Rapoartele medico-legale afirmă că 27% dintre sinucigași prin armă albă au avut tentative în antecedente [17]. Datele clinice afirmă precum că aproximativ 50% pacienți cu suicid se adresează pe parcursul ultimei luni precursoare suicidului după ajutor medical [24]. Persoanele cu comportament suicidal din lotul lui M. Bukur și coautorii (2010) în proporție de 1,4% au fost readmiși pe parcursul primului an [15]. Dintre pacienții examinați prospectiv în lotul de față nu mai puțin de jumătate au avut tentative, evident non-fatale, în trecut. Doar un studiu amplu la nivel național, pe o durată semnificativă de timp va putea arăta impactul real a incidentelor.

Un alt factor în patogeneza autoagresiunii prezintă consumul de substanțe cu efect psihotrop. Cap de serie în listă este alcoolul etilic. Rapoartele medico-legale, psihiatrice și demografice sunt solidare, afirmând că alcoolul este un factor important în determinarea comportamentului suicidal [9, 11, 23, 15]. Marea majoritate a pacienților prezentului studiu (56/77) s-au aflat sub influența substanțelor cu acțiune psihotropă. Dominant net a fost alcoolul etilic, variind de la stări de ebrietate ușoară la stări de delir (n=5).

Printre condițiile determinante ale comportamentului suicidal dereglările statutului mental ocupă un loc de frunte. Deși până în prezent nu sunt clare verigile apariției gândurilor suicidale, formarea planurilor și degenerarea în atentat, cert este că un spectru larg de dereglări ale statutului mental semnificativ sporește riscurile pentru ideatie suicidală [24]. Printre acestea

cel mai frecvent se citează stările anxioase și dereglările comportamentale impulsive și maladiile ce le determină [2]. Astfel, spre exemplu, printre pacienții cu schizofrenie suicidul este cea mai frecventă cauză de deces [21]. Mann J în 2002 trecând în revistă literatura privind perspectivele la moment ale suicidului conturează, că mai bine de 90% dintre pacienți au dereglări psihice decelabile clinic [24]. Nock M și coautorii (2006) afirmă că până la 90-95% dintre pacienții cu comportament suicidal au probleme de sănătate mentală [25]. Deși în 2009 un studiu internațional sub conducerea aceluiași Nock M și coautorii sugerează o incidență mult mai mică [2]. Prezintă interes datele studiului internațional comparativ sub egida OMS care sugerează, că în țările slab dezvoltate și în curs de dezvoltare (printre care și statele vecine România și Ucraina) tulburările impulsive, consumul de substanțe stupefiante (inclusiv alcool) și consecințele stresului posttraumatic mai frecvent cauzează tentative suicidale, comparativ cu țările dezvoltate [2, 4]. În lotul de referință doar 11 pacienți au fost diagnosticați cu maladii psihiatrice și 5 cu delir. Acest fapt s-ar datora subestimării fenomenelor psihologice. Cert rămâne că tandemul făcut de consumul de alcool și circumstanțele personale prezintă acel „coctail” periculos pentru subiect ce determină comportament suicidal chiar și în absența unei nozologii psihiatrice evidente.

### Concluzii

Traumatismul prin autoagresiune cu armă albă deține o cotă considerabilă în structura traumatismului abdominal deschis în CNȘPMU. Chiar și dacă traumatismul penetrant prin armă albă, doar în 1/4 cazuri cauzează leziuni majore, nu este scutit de riscul leziunilor incompatibile cu viața. Incidența relativ mică a leziunilor majore sugerează necesitatea revizuirii tacticii diagnostic-curative. Totodată, abordarea non-laparotomică necesită multă vigilență determinată de particularitățile de cooperare cu traumatizații la examenul primar. Conduita, îndeosebi postoperatorie, a acestor pacienți trebuie efectuată în comun cu medicul specialist în psihologie sau psihiatrie. Este necesar ca specialistul de profil să supravegheze pacienții și după externarea din staționar, deoarece pe viitor acești pacienți au un risc major de repetare a tentativelor de autoagresiune, ceea ce sporește probabilitatea consecințelor fatale.

### Bibliografie

1. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. *Suicide and Suicidal Behavior*. Epidemiol Rev. 2008; 30(1): 133–154.
2. Nock MK, Hwang I, Sampson N et al. *Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. PLoS Med 2009; Aug; 6(8): e1000123. Epub 2009 Aug 11.
3. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM et al. *Reducing suicide: a national imperative*. Washington, National Academies Press; 2002.
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts*. Br J Psych. 2008; 192(2): 98–105.
5. Weir E, Wallington T. *Suicide: the hidden epidemic*. CMAJ. 2001; 165(5): 634-6.
6. Tonks A. *Doctors are in good health but risk suicide, says BMA*. BMJ. 1993; 306: 1711.
7. Karch DL, Dahlberg LL, Patel N et al. *Surveillance for violent deaths—national violent death reporting system, 16 states, 2006*. MMWR Surveill Summ. 2009 Mar 20; 58(1): 1-44.
8. B. Karger, B. Vennemann. *Suicide by more than 90 stab wounds including perforation of the skull*. Int J Legal Med. 2001; 115(3): 167–169.
9. Byard RW, Klitte A, Gilbert JD, James RA. *Clinicopathologic features of fatal self inflicted incised and stab wounds: a 20 years study*. Am J Forensic Med Pathol. 2002; 23(1): 15—8.
10. Start RD, Milroy CM, Green MA. *Suicide by self-stabbing*. Forensic Sci. Int. 1992; 56(1): 89–94.

11. Karlsson T, Ormstad K, Rajs J. *Patterns in sharp force fatalities—a comprehensive forensic medical study. Part 2. Suicidal sharp force injury in the Stockholm area 1972–1984.* J Forensic Sci. Int. 1988; 33(2): 448–461.
12. Brickman AL, Mintz DC. *Datapoints: U.S. rates of self-inflicted injuries and suicide, 1992–1999.* Psychiatr Serv. 2003; 54(5): 168.
13. Leppaniemi AK, Voutilainen PE and Haapiainen RK. *Indications for early mandatory laparotomy in abdominal stab wounds.* Br J Surg. 1999; 8(1): 76-80.
14. Morita S, Inokuchi S, Aoki H et al. *The Comparison of Characteristic and Clinical Features of Self-Inflicted Abdominal Stab Wound Patients in Japan: Simple Stab Wounds Versus Hara-kiri Wounds.* J Trauma. 2008; 64(3): 786–789.
15. Bukur M, Inaba K, Barmparas G et al. *Self-inflicted penetrating injuries at a Level I Trauma Center.* Injury. 2010; 41(7): 1013-6. Epub 2010 Mar 31.
16. Ravindran R. *Penetrating Trauma in the Elderly (65 Years and Older): An Expression of Despair.* J Surg Research. 2010; 158(2), 287.
17. Karlsson Th. *Homicidal and suicidal sharp force fatalities in Stockholm, Sweden. Orientation of entrance wounds in stabs gives information in the classification.* For Sci International 1998; 93(1): 21–32.
18. Ormstad K, Karlsson T, Enkler L et al. *Patterns in sharp force fatalities— a comprehensive forensic medical study.* J. Forensic Sci. 1986; 31(2): 529–542.
19. Abdullah F, Nuernberg A, Rabinovici R. *Self-inflicted abdominal stab wounds.* Injury. 2003; 34(1): 35–39.
20. Brunel C, Fermanian C, Durigon M. *Homicidal and suicidal sharp force fatalities: Autopsy parameters in relation to the manner of death.* Forensic Sci Int. 2010 May 20; 198(1-3): 150-4. Epub 2010 Mar 12.
21. Chui M, de Tilly LN, Moulton R. *Suicidal stab wound with a butter knife.* CMAJ 2002; oct. 15, 167 (8): 899.
22. Demetriades D, Murray J, Sinz B et al. *Epidemiology of Major Trauma and Trauma Deaths in Los Angeles County.* J Am Coll Surg 1998; 187(4): 373–383.
23. Patel V, de Moore G. *Harakiri: a clinical study of deliberate self-stabbing.* J Clin Psychiatry 1994; 55(3): 98–103.
24. Mann JJ. *A current perspective of suicide and attempted suicide [review].* Ann Intern Med 2002; 136(4): 302-11.
25. Nock MK, Kessler RC. *Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the national comorbidity survey.* J Abnorm Psychol. 2006; 115(3): 616–23.

## **MORBIDITATEA LAPAROTOMIEI NON-CURATIVE ÎN PLĂGILE ABDOMINALE PENETRANTE**

**Stanislav Țiņțari, Gheorghe Ghidirim, Gheorghe Rojnoveanu**  
Catedra Chirurgie N1 „Nicolae Anestiadi” USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Morbidity of non-therapeutic operations for penetrating abdominal trauma***

A retrospective study was started to evaluate morbidity associated with non-therapeutic operations for penetrating abdominal trauma. During a 56 months period, 204 operations were performed for penetrating abdominal injuries. Of these operations 66 (32,3%) were non-therapeutic. Complications were noted in half of patients and included: atelectasis – 4,5%, pneumonia – 3%, deep space infection – 4,5%, surgical wound infection – 1,5%, prolonged ileus – 7,6%, small bowel obstruction – 1,5%, delirium – 10,6% and others. The average hospital stay for uncomplicated non-therapeutic operations was 6,2±0,33 days, and for those with