

48. NAEIJE, R., SALINGRET, E., CLUMECK, N., DE TROYER, A., DEVIS, G. Is nasogastric suction necessary in acute pancreatitis? *BMJ*. 1978; ii:659–660.
49. KALFARENTZOS, F., KEHAGIAS, J., MEAD, N., KOKKINIS, K., GOGOS, C.A. -Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis: results of a randomized prospective trial. *Br J Surg*. 1997; 84:1665–1669.
50. EATOCK, F.C., BROMBACHER, G.D., STEVEN, A., IMRIE, C.W., MCKAY, C.J., CARTER, R. - Nasogastric feeding in severe acute pancreatitis may be practical and safe. *Int J Pancreatol*. 2000; 28:23–29.
51. NAKAD, A., PIESSEVAUX, H., MAROT, J.C., HOANG, P., GEUBEL, A., VAN STEENBERGEN, W., et al. - Is early enteral nutrition in acute pancreatitis dangerous? About 20 patients fed by an endoscopically placed nasogastrojejunal tube. *Pancreas* 1998; 17:187–193.
52. BEGER, H.G., RAU, B., MAYER, J., PRALLE, U. - Natural course of acute pancreatitis. *World J Surg*. 1997; 21:130–135.
53. BRADLEY, E.L., ALLEN, K.A. - A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. *Am J Surg*. 1991; 161:19–24.
54. LUMSDEN, A., BRADLEY, III E.L. - Secondary pancreatic infections. *Surg Gynecol Obstet*. 1990; 170:459–467.
55. BEGER, H.G., BUCHLER, M., BITTNER, R., BLOCK, S., NEVALAINEN, T., ROSCHER, R. - Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatitis. *Br J Surg*. 1988; 75:207–212.
56. PEDERZOLI, P., BASSI, C., VESENTINI, S., IACONO, C., NICOLI, N., MANGIANTE, G., et al. - Necrosectomy by lavage in the surgical treatment of severe necrotizing pancreatitis. Results in 263 patients. *Acta Chir Scand*. 1990; 156:775–780.
57. DAVIDSON, E.D., BRADLEY, III E.L. - 'Marsupialization' in the treatment of pancreatic abscess. *Surgery*. 1981; 89:252–256.
58. FARKAS, S., NADUDVARI, P., TOTH, J., TUNYOGI-CSAPO, I., VEZSENYI, K. - 'Open abdomen' in the treatment of necrosis in acute pancreatitis. *Orv Hetil*. 1998; 139: 1343–1346.
59. GHIDIRIM, G., GAGAUZ, I., MISIN, I., IGNATENCO, S., VOZIAN, M., ZASTAVNIȚCHI, G. - Utilizarea vacuum aspirației (V.A.C.) în tratamentul chirurgical al pancreatitei acute severe infectate. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (Științe Medicale)*. 2008, no.1(15), p.24-27.

POLITRAUMATISMELE: CONCEȚII ȘI NOȚIUNI

POLYTRAUMA: CONCEPT AND DEFINITIONS

Gheorghe GHIDIRIM¹, Gheorghe ROJNOVEANU²

¹ - *academician, dr. hab. în med., profesor universitar;*

² - *dr. hab. în med., conferențiar universitar*

Catedra Chirurgie nr. 1 "Nicolae Anestiadi"

Universitatea de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Rezumat

Bazându-se pe datele recente din literatură, autorii trec în revistă unele concepții și noțiuni referitoare politraumatismelor. În referat sunt elucidate problemele privind interpretarea variată a noțiunii „leziune”, care necesită nu numai crearea unui sistem unic de apreciere a gravității traumatismului, ci și definirea „traumatismului asociat”. Autorii prezintă diverse clasificări ale politraumatismelor conform principiilor clinico-anatomice, precum și a perioadelor evolutive ale bolii traumatice etc. Aceste repere pun în evidență problemele în diagnosticul leziunilor și elaborarea tacticii medico-chirurgicale optime în tratamentul bolnavilor cu politraumatisme.

Cuvinte-cheie: politraumatisme, boala traumatică, noțiuni

Summary

The authors present the literature review the up-to-date concept and definitions of polytrauma. The interpretation of “injury” definition is discussed, fact that requires a unique system of injury severity appreciation, as well as the definition of “associated trauma”. The authors present different classifications of polytrauma according to the clinical and anatomical principles, as well as the trauma evolution periods. These data highlight the injury diagnostic difficulties and the optimal treatment tactics in polytrauma patients.

Key words: polytrauma, traumatic disease, definitions

Modul diferit de abordare a principiilor de tratament, indicațiile și momentul intervențiilor chirurgicale, interpretarea variată a noțiunii „leziune” necesită nu numai crearea unui sistem unic de apreciere a gravității traumatismului, ci și mai întâi de toate, definirea noțiunii „traumatism asociat”. Cel mai reușit această noțiune a fost prezentată de Eruhin (1994): „Un rol deosebit conceptul bolii traumatice și recomandările derivate ulterior îl prezintă în tratamentul pacienților cu traumatism asociat, adică în cazul lezării concomitente a organelor din cel puțin două sau mai multe regiuni anatomice ale organismului” [1]. În definiția sa G. Țăbuleak spune (1995): „Traumatisme asociate sunt considerate leziunile mecanice simultane a două sau mai multe regiuni anatomice, inclusiv a extremităților”, remarcă importanța traumatismelor locomotorului și subliniază originea mecanică a traumei [2]. În mod analogic și Algower definește politraumatismul ca fiind leziuni ale uneia din cavitățile corpului (cap, torace sau abdomen), asociate cu una sau mai multe fracturi [3]. Experiența războaielor din Angola, Vietnam, Afganistan și a altor conflicte a determinat implementarea termenilor „leziuni multiple”, „politraumatisme”, „traumatisme asociate”. Catastrofele din transport, calamitățile naturale, accidentele din producție etc., în rezultatul cărora majoritatea suferinzilor prezintă leziuni multiple ale organelor, sistemelor și regiunilor anatomice, impun o atitudine aparte și o revizuire a organizării tratamentului acestui contingent de politraumatizați, conducând la apariția termenului de „medicină a dezastrelor și situațiilor extreme” [4].

Această întrebare este interpretată controversat în literatura mondială de specialitate, care descrie traumatismul mecanic asociat ca unul combinat. În cazul când gravitatea traumatismului, conform sistemelor existente de apreciere a severității leziunilor, depășește un anumit nivel de puncte, se utilizează termenul de „politraumatism”. Acesta definește o stare acută severă, survenită în urma unui impact de natură mecanică, termică, chimică sau electrică, caracterizată prin prezența de leziuni multiple afectând organe, sisteme sau regiuni ale organismului [5, 6]. Conform afirmațiilor lui Rieunau politraumatizatul este un rănit care are două sau mai multe leziuni traumatice majore, periferice, viscerale sau complexe și care comportă risc vital imediat sau tardiv. Diferențiind politraumatizatul de polilezat, Favre și Delacroix susțin că politraumatizatul este victima agresiunilor simultane și de origini diferite, iar polilezatul este victima unor agresiuni simultane și de origine identică [5]. Pentru unificarea atitudinii de organizare și celei științifice în abordarea traumatismului asociat Abakumov și coautorii (2005) propun ca politraumatismul să fie divizat în asociat – cauzat de același agent vulnerant, și combinat - condiționat de acțiunea diferitor agenți: mecanic, termic, chimic, de radiație etc. [7]. Beuran și coautorii (2007) utilizează definiția politraumatismului acceptată actual: afectarea mai multor regiuni anatomice sau sisteme de organe, în care cel puțin o leziune sau combinația mai multor leziuni este amenințătoare de viață, severitatea lezională fiind >16 pe scara ISS (Injury Severity Score) [8, 9].

Clasificarea clinico-anatomică a lui Sokolov și coautorii (1990) este orientată în evidențierea traumatismului predominant și formularea diagnosticului într-o succesivitate anumită. Leziunea predominantă este considerată cea, care fără tratament este fatală, iar supusă tratamentului - conduce la deces în mai mult de 10% cazuri. În funcție de leziunea predominantă

autorii divizează traumatismul asociat în 7 grupe: I – traumatism cranio-cerebral asociat; II – traumatism vertebro-medular asociat; III – traumatism toracic asociat; IV – traumatism asociat abdominal și al spațiului retroperitoneal; V – traumatism asociat al locomotorului; VI – traumatism asociat cu două sau mai multe leziuni predominante; VII – trauma multiplă și traumatism asociat nesever, cu pronostic favorabil imediat și la distanță [10].

Nu mai puțin important este faptul, că după caracterul agentului lezional traumatismul asociat poate fi principal diversificat în: traumatism deschis provocat prin armă albă sau armă de foc și traumatism închis. În funcție de caracterul predominant al traumatismului se disting: politraumatisme cu predominantă toracică; politraumatisme cu predominantă cranio-cerebrală, medulară și facială; politraumatisme cu predominantă abdominală; politraumatisme cu predominantă a traumatismelor extremităților osoase, nervoase și vasculare [5].

În funcție de gravitatea leziunilor în politraumatisme se disting 3 categorii de pacienți: 1) politraumatizați, la care funcțiile vitale sunt alterate cu iminență de stop respirator și cu hemodinamică instabilă prin hemoragie severă. Măsurile de urgență impun asigurarea permeabilității căilor respiratorii, înlăturarea factorilor care împiedică expansiunea pulmonară, ventilația artificială, resuscitarea cardiacă și oprirea hemoragiei în primele 5-10 minute de spitalizare (toracotomie, laparotomie) [5]; 2) politraumatizați ale căror leziuni nu impun măsuri de extremă urgență și care permit 1-2 ore pentru investigații, precizări de diagnostic; 3) politraumatizați la care leziunile permit timp suficient pentru precizarea de sediu, diagnostic, gravitate și supraveghere pentru ore și chiar zile [11].

Așadar, politraumatizatul cu complexul de leziuni trebuie privit nu numai prin concepție anatomo-fiziologică și anatomică, ci având în vedere, în primul rând, răspunsul fiziopatologic al organismului față de leziuni, care prin cercuri vicioase progresează geometric. Politraumatizatul sintetizează sedii traumatice multiple cu o reacție imediată și tardivă, având în mare măsură potențial evolutiv spre sindromul de insuficiență organică multiplă [5].

De pe poziții nozologice generale boala traumatică prezintă un fenomen patologic complex [12]. Manifestările clinice și gravitatea acesteia depind de asocierea imprevizibilă a momentelor, cum ar fi: proprietățile factorului etiologic, locul de impact, puterea și durata acțiunii acestuia, condiții endo- și exogene concrete ce determină reactivitatea organismului etc. BT reprezintă viața organismului accidentat din momentul traumatismului până la însănătoșire sau la deces [13].

Considerând BT ca rezultatul leziunilor în urma acțiunii mecanice excesive, rămâne neelucidată întrebarea cu privire la traumatismul ușor. Pornind de la ideea că esența nozologică a oricărei boli este determinată de factorul etiologic, atunci atât leziunile ușoare, cât și cele severe trebuie atribuite bolii traumatice. Acest fapt, de asemenea, este condiționat de semnificația socială, deoarece traumatismul ușor în structura traumelor constituie 91-92%, dar conduce la pierderea capacității de muncă pe lungă durată, provocând un impact moral major. În opinia lui Eliskii și coaut. (2003) acest tip de traumatism, chiar dacă nu este însoțit de dereglări serioase ale funcțiilor vitale ale organismului, dar conduc la pierderea îndelungată a capacității de muncă, trebuie considerat ca formă ușoară a BT [14]. Mulți

cercetători au încercat să evidențieze perioade cât mai tipice în evoluția BT, apreciindu-le denumirea și originea acestora. Din punct de vedere practic, cea mai reușită periodizare a BT a fost propusă de Seleznirov și Hudaiberenov, care deosebesc 4 perioade: I – reacția acută la traumatism, care include pierderea sangvină acută, șocul traumatic, toxicoza traumatică etc. (până la 2 zile); II – perioada manifestărilor precoce (până la 14 zile); III – perioada manifestărilor tardive (după 14 zile); IV – perioada de reabilitare [15]. Mulți autori numesc prima perioadă a BT – perioada de șoc. Aceasta orientează medicul spre utilizarea diferitor măsuri de extremă urgență de diagnosticare și de resuscitare cu scopul salvării vieții accidentatului. Divizarea BT în forme clinice este determinată de procesele patologice specifice în traumele cu diversă localizare. În opinia lui Eliskii și a coaut. (2002) merită atenție clasificarea propusă, ținând cont de principiul anatomo-topografic: 1) cranio-cerebrală; 2) maxilo-facială; 3) vertebro-medulară; 4) toracică; 5) abdominală; 6) a bazinului; 7) a locomotorului; 8) mixtă [16]. În cazul formei mixte sunt posibile oricare asocieri ale leziunilor.

În practica medicală această divizare ar determina elaborarea unor noi atitudini în stabilirea gravității, prognozarea exodului, duratei evoluției BT și acordarea asistenței specializate, precum și estimarea eficacității tratamentului. Gravitatea BT este determinată de modificările diferitor organe și sisteme, profunzimea dereglărilor funcțiilor vitale și a celor sistemice, cât și de severitatea complicațiilor evolutive ale acesteia. Similar celorlalte maladii, este rațional de evidențiat forma ușoară, medie și severă. Actualmente sunt elaborate insuficient criteriile gravității BT, care corelează preponderent cu gradele șocului. Însă gravitatea BT în perioadele evolutive ulterioare poate fi determinată de un șir de alți factori, de care este necesar de ținut cont în procesul tratamentului. În cazul evoluției acute a bolii, însănătoșirea survine în timp scurt, determinat de restabilirea funcției organului lezat. Durata îndelungată a BT este condiționată de declanșarea complicațiilor, care deseori în evoluția ulterioară a acesteia obțin caracter independent.

În prezent traumatismul asociat sever este considerat o formă deosebită de patologie în chirurgia de urgență. Evoluția cu caracter stadial, succesivitatea de apariție a manifestărilor clinice în traumatismul asociat sever și a complicațiilor acestuia, au și argumentat implementarea noțiunii de „boală traumatică”. Acest termen presupune o categorie clinică specială, care permite de a analiza prin prisma obiectivelor diagnostico-curative nu faze separate și complicații (șocul, perioada postșoc, complicațiile infecțioase, perioadele de recoverscență și reabilitare), ci întregul proces integral până la exodul definitiv al traumatismului [1]. În traumatismul asociat fiecare leziune mecanică a țesuturilor și organelor, fie și nemortală, își aduce contribuția proprie în declanșarea proceselor patologice în organismul accidentatului, agravând dezorganizarea funcțională. Ansamblul consecințelor funcționale al tuturor leziunilor existente determină riscul bolii traumatice în general. Factorii patologici în traumatismul asociat nu se sumează împreună, ci creează efectul de agravare, conducând spre o evoluție mai gravă a fiecărei leziuni în parte, acest fenomen încadrând noțiunea de sindromul de agravare reciprocă [1], care include următorii factori patogenetici: multitudine de surse cu impulsatie aferentă patologică; multiple surse de hemoragie; dereglarea funcției de coordonare a sistemului nervos central în cazul șocului sever și a traumatismului cranio-cerebral; prezența multiplelor focare de necroză primară, iar ulterior secundară, care sporesc nivelul intoxicației.

Conform studiilor lui Gumanenko și coautorilor (2004), formele evolutive principale ale fazei acute ale BT sunt șocul traumatic (62,8%), coma cerebrală (18,3%), insuficiența respiratorie acută (13,2%) și insuficiența cardiacă acută (5,7%), care și determină dificultățile tactice în traumatismul asociat [17].

Elucidarea unor noțiuni unificatorii privitor la politraumatism, precum și a unei imagini certe despre diversitatea proceselor patologice din organele interne în rezultatul traumatismului asociat facilitează problemele clinicianului în diagnosticul leziunilor și elaborarea tacticii medico-chirurgicale optime în tratamentul bolnavilor cu asemenea traumatisme.

Bibliografie

1. ЕРУХИН, И.А., ШЛЯПНИКОВ, С.А., Экстремальное состояние организма. СПб.: Эскулап, 1997, 304 с.
2. ЦЫБУЛЯК, Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. СПб: Гиппократ, 1995, 432 с.
3. PROCA, E. *Tratat de patologie chirurgicală*. București, 1998, 1201 p.
4. ПУШКОВ, А.А. Сочетанная травма. Ростов на Дону: Феникс. 1998, 320 с.
5. MOGOȘAN, A. Bolnavul politraumatizat. În: *Tratat de patologie chirurgicală*. Sub red. Eugen Proca. București, 1998, p.374-398
6. УСЕНКО, Л.В., БЕЛОЦЕРКОВЕЦ, О.В. Современные аспекты интенсивной терапии политравмы с превалированием торакальной травмы на догоспитальном и госпитальном этапе. *Медицина неотложных состояний*. 2007; 5(12):10-9
7. АБАКУМОВ, М.М., ЛЕБЕДЕВ, Н.В., МАЛЯРЧУК, В.И. Повреждения живота при сочетанной травме. Москва, Медицина, 2005, 174 с.
8. BEURAN, M., TURCULET, C., MORTEANU, S. Elemente de traumatologie. În: *Manual de chirurgie*. Vol.II. Sub redacția Popescu I, Beuran M. Editura Universitară Carol Davila, 2007, p.977-1016
9. DEMETRIADES, D., CHAN, L.S., VELMANOS, G., et al. TRISS methodology in trauma: the need for alternatives. *J Surg*. 1998, vol. 85, no.3, p.379-384.
10. ЕРМОЛОВ, А.С., АБАКУМОВ, М.М., СОКОЛОВ, В.А., КАРТАВЕНКО, В.И., ЕПИФАНОВА, Н.М. Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме. *Хирургия*. 2003; 3(12):7-11
11. BURCH, J.M., FRANCIOSI, R.J., MOORE, E.E. Trauma. In: *Principles of Surgery*. Ed. by Schwartz S.I. 7th Edition, New York: McGraw-Hill Company, 1999, p.161-226.
12. ГУДУМАК, В.С., КАШИНСКИЙ, Ю.Б., МАРЧЕНКО, В.П., НИГУЛЯНУ, В.И., и др. Множественная и сочетанная травма сопровождающаяся шоком. *Клиника, диагностика и лечение*. Кишинев: Штиинца, 1993, 239 с.
13. ДЕРЯБИН, И.И., НАСОНКИН, О.С. Травматическая болезнь. Л.: Медицина, 1987, 304 с.
14. ЕЛЬСКИЙ, В.Н., КЛИМОВИЦКИЙ, В.Г., ПАСТЕРНАК, В.Н., ШПАЧЕНКО, Н.Н., ЗОЛОТУХИН, С.Е., КРЮК, Ю.Я. Концепция травматической болезни на современном этапе и аспекты прогнозирования ее исходов. *Архив клинической и экспериментальной медицины*. 2003; 12(1):87-92
15. СЕЛЕЗНЕВ, С.А., ХУДАЙБЕРЕНОВ, Г.С. Травматическая болезнь (актуальные аспекты проблемы). Алма-Ата: Ылым, 1984, 224 с.
16. ЕЛЬСКИЙ, В.Н., КЛИМОВИЦКИЙ, В.Г., ЗОЛОТУХИН, С.Е., КРЮК, Ю.Я., ШПАЧЕНКО, Н.Н., ДЛУГОКАНСКИЙ, Д.М., ЕЛЬСКИЙ, А.В. Избранные аспекты патогенеза и лечения травматической болезни. Донецк: ООО Лебедь, 2002, 360 с.
17. ГУМАНЕНКО, Е.К., НЕМЧЕНКО, Н.С., ГОНЧАРОВ, А.В., ПАШКОВСКИЙ, Э.В. Патогенетические особенности острого периода травматической болезни. *Травматический шок – частое проявление острого периода*. Вест хирургии им. И.И.Грекова. 2004; 163(6):52-6