

10. АНКИН ЛН, АНКИН НЛ. Травмы живота. В кн: Травматология (Европейские стандарты). Москва, 2005, с.167-183.
11. ГОЛОБОРОДЬКО Н.Н. Особенности хирургического лечения закрытых повреждений селезенки у больных с политравмой. Вісник морської медицини, №2 (14) (квітень-червень) 2001 р.
12. МОЛИТВОСЛОВОВ А.Б., БОКАРЕВ М.И., МАМОНТОВ Р.Е., ГОРЕВ В.К., АЗАТЯН К.Д., НЕЧАЕНКО А.М., АБДУРАХМАНОВА С.Р., БИРЮКОВ Ю.В. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме. Хирургия. 2002, №9, с.22-26.
13. ЧЕРНЫШЕВ В.Н. Острый перитонит. Повреждения живота. Самара: Самарский Дом печати, 2000, с.86-159.

**PARTICULARITĂȚILE CURATIV-PROFILACTICE ÎN TRAUMA
PELVIOABDOMINALĂ, COMPLICATĂ CU HEMORAGIE RETROPERITONEALĂ
Vladimir Kusturov, Irina Paladii, Aliona Vizitiu**

Catedra chirurgie №1 "Nicolae Anestiadi", Laboratorul de chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară

Summary

*The curative-preventive characteristics in pelvic-abdominal
trauma, comlicated by retroperitoneal hemorrhage*

The results of 52 treated patients with pelvicabdominal trauma complicated by retroperitoneal hemorrhage are presented in the article. These data are collected from Surgical Clinic nr.1 "N. Anestiade" of Kishinau City Emergency Hospital, during 2000-2007. A complex of curative-preventive measures focused on prevention of retroperitoneal hemorrhage formation was recommended. The early osteosynthesis of the pelvic with a device of external fixation has an important role.

Rezumat

Sunt prezentate rezultate tratamentului a 52 pacienților cu trauma pelvioabdominală, complicată cu hemoragie retroperitoneală, obținute în Clinica Chirurgie N1 "N.Anestiade" a CNȘPMU (Chișinău), pe perioada 2000-2007. Pentru grupa dată a bolnavilor este prezentat un complex de măsuri curativ-profilactice, îndreptate spre preîntâmpinarea formării hemoragiilor retroperitoneale, avînd un rol deosebit osteosinteza precoce a bazinului cu dispozitiv cu fixație externă.

Actualitatea temei

Una din problemele sociale și actuale a medicinei contemporane este trauma pelvioabdominală. În fie ce an se observă o tendința spre majorarea frecvenței și gravității. Trauma asociată a abdomenului și bazinului se referă la una din cele mai complicate și grave în plan diagnostic și tratament a leziunilor [2,3,6,7,9]. Acordarea ajutorului medical acestor pacienți este la zonă limitrofă a mai multor specialități, viața acestor pacienți depinde de acțiunile concordate la timp a medicilor de la ambulanța, brigadelor specializate: reanimatologilor, chirurgilor, traumatologilor.

Hematomul retroperitoneal în trauma asociată se întâlnește în 74% cazuri [4] și este cauzat de fracturile oaselor bazinului [2], în urma cărora în 25-30% survin hemoragii masive în țesuturile înconjurătoare, ce depășesc 2,5-3 litre [2,5,6,7,10]. Hemoragiile retroperitoneale apar în cazul fracturilor coloanei vertebrale, în lezarea organelor și vaselor situate retroperitoneal.

Necătând la realizările contemporane a tehnologiilor diagnostic-curative, avantajilor în anesteziologie-reanimatologie, problema stopării hemoragiilor masive retroperitoneale a bazinului, în cazul leziunilor multiple pelvine, pînă în prezent rămîne nerezolvată [5,6,7,10].

Trauma asociată nu este o sumare simplă a diferitor lezări. Dereglările activității organelor vitale și sistemelor la accidentații; surselor multiple de durere și hemoragie; dereglarea inervației periferice; intoxicația organismului cu derivatele țesuturilor distruse și dereglarea metabolismului- toate acestea procese se suprapun și determină gravitatea stării pacientului [2,4,7,9].

Scopul

lucrării este optimizarea complexului de măsuri curativ-profilactice, îndreptate spre preîntâmpinarea formării hemoragiilor retroperitoneale și complicațiilor, la pacienți cu trauma pelvioabdominală.

Materiale și metode

Studiul a inclus 52 pacienți cu trauma asociată pelvioabdominală, complicată cu hemoragii retroperitoneale, tratați și externați în perioada 2000-2007, în CNȘPMU clinica chirurgie №1 “N. Anestiadi”. Bărbați au fost 33 (63,4%), femei – 19(36,5%). Vârsta pacienților variind între 16-58 ani, media – 32,4 ani. Cauzele de bază a traumatismului: accidente rutiere - 27 (51,9%), catatraume – 21 (40,3%), strivire – 2 (3,8%) și alte – 2(3,8%). Prezentat timpul spitalizării din momentul traumei: în decurs de o oră – 35 (67,3%), până la 2 ore – 8 (15,3%), până la 3 ore – 4 (7,6%), 4-24 ore – 3 (5,7%), după 24 ore – 2 (3,8%) cazuri. În stare de șoc au fost internați: gr. I – 5 (10,8%), gr. II – 17 (36,9%), gr. III – 16 (34,7 %), gr. IV – 8 (17,3%) pacienți. Trauma cranio-cerebrală s-a depistat la 35 pacienți.

În diagnosticarea leziunilor și hemoragiilor retroperitoneale au fost aplicate următoarele metode: examenul clinic și laborator; USG (32), radiologic (102), TC (1); laparocenteza (23), laparoscopia (19). S-au constatat lezările organelor intraabdominale: splina (16), ficatul (12), mezoul – (10), rinichii – (10), vezica urinară – (8), intestinul gros – (6), intestinul subțire (4), pancreasul (2), diafragma – (2), oment – (1), stomac – (1). S-a depistat contuzia cordului – 3 pacienți.

La 52 internați a fost constatate: lezările intraabdominale a organelor 72, trauma craniului – 35, cutiei toracice – 29, fracturile bazinului – 52, care au determinat starea gravității accidentațiilor. Luând în considerație lezările variate, pentru aprierea stării gravității a fost folosit scorul ISS (S.P. Baker, 1974) [2]. Conform scorului ISS: pînă la 19 puncte – 3, 20-50 puncte – 47, 50-75 puncte – 2 pacienți.

Fracturile oaselor bazinului de diferit grad și localizare diagnosticate la 52 pacienți, din ele fracturi multiple 37: un caz fracturi deschise, 36 de cazuri fracturi închise. Hemoragiile retroperitoneale au fost diagnosticate pînă la intervenție chirurgicală în 4 (7,6%) cazuri. Din motivul simptoamelor dominante a abdomenului acut a fost efectuată laparotomia de urgență la 38 pacienți și în 16 cazuri diagnosticat intraoperator hematoma retroperitoneal. În 32 cazuri hematoma retroperitoneal diagnosticat la etapele vestigiale– clinic, la intervențiile repetate, în momentul pregătirii și efectuării osteosintezei bazinului. În timpul laparotomiei hemoragiile intraabdominale diagnosticate la 34 pacienți. Volumul mediu hemoperitoneum- 826,17 ml sînge, volumul mediu sîngelui reinfuzionat -700 ml.

La 13 pacienți a fost efectuată osteosinteza oaselor bazinului în primele 12 ore-3 pacienți, de la 12-24 ore -10 pacienți. 39 pacienți- conservativ, după metoda Volcovici și extenzia scheletară.

Rezultate și discuții

Etapa prespitalicească și de reanimare, determină rezultatele finale a traumelor pelvioabdominale. În fracturile oaselor bazinului se urmărește hemoragii intense, determinînd hemoragia masivă în primele 2 oare după traumă [4,5,6,8,10]. În momentul transportării pacienților cu scopul hemostazei s-a efectuat: măsuri antișoc, analgezie adecvată, infuzii cu soluții saline și coloidale, stabilizarea bazinului lezat. În prezent pentru imobilizarea pacientului se folosește: poziția pacientului pe scutulă, dispozitiv extern pentru fixare și constricția

bazinului, bandaj pelvin, clemă pelvină și altele. Un șir de autori recomandă folosirea pantalonilor pneumatici antișoc pentru apropierea eschelilor oaselor bazinului și tamponamentul hemoragiilor venoase, care pot fi înlăturate după stabilizarea tensiunii arteriale. Însă aplicarea metodelor pneumatice sunt contraindicate: în cazul lezărilor concomitente grave, edemului pulmonar, șocului cardiogen, gravidității [3,7,9].

La spitalizarea pacienților cu trauma pelvioabdominală este necesar de acorda ajutor complex și urgent. Este necesar de a efectua complexul măsurilor de reanimare, diagnosticarea lezărilor, aprecierea gravității lezărilor dominante și concomitente, stabilirea conduitei tratamentului. După indicații în I rînd se efectuează intervenții organomenajante [1,2,5,7,9]. Pacienților cu șocul gradul II-IV diagnosticul lezărilor s-a efectuat paralel cu terapia antișoc. Luînd în considerație că hemoragia masivă în cazul fracturilor pelvine este factorul dominant în dezvoltarea șocului, toate măsurile antișoc erau îndreptate spre stoparea hemoragiei: 1) limitarea schimbării poziției pacientului la minimum, ca un factor profilactic hemoragiilor intrapelvine, 2) menținerea imobilizării bazinului pînă la efectuarea osteosintezei definitive; 3) efectuarea poziției definitive a eschelelor oaselor bazinului cu dispozitiv cu fixație externă la etapele precoce a tratamentului.

Infuziile efectuate cu substituenți de plasmă, înlătura hipovolemia și îmbunătățește starea pacientului. A fost păstrat regimul hipotoniei dirijante, când tensiunea sistolică se menține nu mai mult de 100 mm cl.m. Aceasta este una din măsurile profilactice a hemoragiilor retroperitoneale, și este confirmată cu date din literatură [3]. Tactica unică în tratamentul hemoragiilor retroperitoneale cu scopul hemostazei este hemotransfuzia masivă [1,3,8]. Hemotransfuzia cu ser proaspăt congelat, masa trombocitară cu menținerea hematocritului la nivelul numai puțin de 20% [3], a fost efectuată la pacienți intraoperator și la etapele măsurilor de reanimare. Николаев [8] recomandă să fie administrat hemostatici cu acțiune generală.

După datele autorilor, la 60% pacienți cu hemodinamica inițial instabilă, terapia cu infuzii aducea la efect pozitiv. În majoritatea cazurilor hemoragiile retroperitoneale pelvine se stopează spontan [3]. Pînă în prezent taca tratamentului hematomului intrapelvin și retroperitoneal rămâne discutabilă. Noi suntem de acord cu autorii [1,2,4,5,8,10], care susțin efectuarea reviziei hematomului (dacă nu este în creștere), cu scopul de a crea condiții hemostazei spontane. În cazul reviziei hematomului poate surveni încoregența hemoragiei. Николаев și alții susține, că în caz de hemoragie retroperitoneală este practic nereal suturarea vasului sangvin, deoarece nu numai chirurgul, dar și patalogoanatomul nu găsește vasul lezat [8].

Dacă în timpul laparotomiei nu este depistată lezarea organelor interne, dar hematumul retroperitoneal progresează, hemodinamica instabilă, dubiile pot fi revăzute numai după revizia hematomului [4,5,8]. Pacienții cu fracturi a bazinului fără semne de hemoragie, este necesar să se afle sub supravegherea numai puțin de 8 ore [8].

Hematumul retroperitoneal în timpul laparotomiei (16): revizionat cu stoparea hemoragiei la 4 pacienți; drenat -2; tamponada - 3; la 7 pacienți- tratament conservativ. După părerea autorilor, metodele de stopare a hemoragiilor în hematumul retroperitoneal pot fi: tamponada bazinului cu meșe, tamponament, lumbotomia cu tamponamentul spațiului retroperitoneal, aplicarea suturilor, protezarea, ligăturarea vaselor magistrale, ocluzia arterelor iliace cu turnichet, embolizarea angiografică a vaselor [1,2,4,5,8,10]. Orice intervenție chirurgicală necesită să fie finisată cu osteosinteza bazinului [7]. În cazul fracturilor închise a bazinului, în complex cu măsurile profilactice, îndreptate la preîntîmpinarea dezvoltării hemoragiei retroperitoneale un rol important deține osteosinteza bazinului cu dispozitiv de fixație externă, fiind recomandat pacientului după deșocare ori în primele ore/zile după traumă [7]. Cu scopul fixației inelului pelvin, suspendarea hemoragiei retroperitoneale, restabilirea dimensiunilor anatomice a bazinului, restabilirea funcției organelor cavității abdominale și bazinului mic la 13 pacienți a fost efectuată poziția oaselor bazinului: în primele 12 ore -3 pacienți; 12-24 ore- 10 pacienți. Complicațiile în grupul pacienților operați: pneumonii-9, pielonefrite-3, stare septică-1 pacienți. Complicațiile în grupul bolnavilor tratați conservativ- 39 pacienți: pneumonii-13, pielonefrite-1, insuficiență renală acută- 1, insuficiența poliorganică -1 pacienți. În baza

complesului prezentat a măsurilor curativ - profilactice la pacienți cu traumă pelvioabdominală, complicată cu hemoragie retroperitoneală, rezultatele au fost veridic majore în grupul pacienților operați.

Concluzii

Pentru preîntâmpinarea activității hemoragiei retroperitoneale este necesar de a stabili, urmând să fie aplicată osteosinteza bazinului cu aparatul de fixație externă în primele ore/zile după traumă.

În complexul măsurilor antișoc la accidentați cu traumă pelvioabdominală este necesar de a include preparate hemostatice cu acțiune generală, infuzie în regim hipotoniei dirijate, hemotransfuzii.

Revizia cu scopul stopării hemoragiei retroperitoneale este necesar de efectua numai în cazul progresării hematomului retroperitoneal și/ori lezării organilor interne. În rest conduita hematomului retroperitoneal- conservativ.

Bibliografie

1. Scaletta T., Schaide J. EMERGENT MANAGEMENT OF TRAUMA, M.,2006, C. 419.
2. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме. М., 2005., С.173.
3. Анкин Л.Н. Политравма. Москва, 2004, 173 с.
4. Горшков С.З. Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Москва, Медицина, 2005, 224с.
5. Доброквашин С.В. Виды посттравматических забрюшинных кровоизлияний, их интраоперационная верификация и лечение. Автореф. дис. канд. мед. наук, Казань, 1991, С.20.
6. Ермолов А.С., Абакумов М. М., Соколов В.А. и др. Структура госпитальной летальности при сочетанной травме и пути ее снижения.// Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2006, №9, с. 16-20.
7. Кустуров.В.И.,Гидирим Г.П., Горня Ф., Повреждения костей таза. Кишинев, 2006, с.55-71
8. Николаев Г. М., Войцехович, В. Н. и др. Лечение забрюшинных кровоизлияний, при закрытых травмах живота.// Хирургия. Журнал им. Пирогова 1980, № 5-с.63-5.
9. Соколов В.А., Множественные и сочетанные травмы./Практическое руководство для врачей травматологов/ М., 2006, с. 35-8.
10. Тейтельбаум И. Б., Бабенко Н.Г. Забрюшинные гематомы при травмах органов живота. //Клиническая хирургия, 1980, № 3-4, Киев, с. 26-9.