

Din analiza rezultatelor se desprind următoarele concluzii :

1. ASP rămîne o complicație postsplenctomie importantă în proporție de 10,1% în statistica noastră (literatura de specialitate (7-16,3 %)).
2. Principalii factori de risc sunt reprezentați de : colecții sero-limfo-hematice restante, drenaj funcțional , drenaj deschis sau frenic în condiția presiunii intermitent negative, statutul biologic precar cu reactivitate compromisă indusă de suferința hepatică, coagulopatie, inclusiv CID sindromul , repaos prelungit la pat.
- 3.ALL, cu mici excepții, trebuie rezolvat prin puncție percutanată ecoghidată,- abord care s-a dovedit fezabil, sigur și eficace, în special dacă este efectuat de o echipă bine antrenată. Rezultatele noastre , în termeni de eficacitate, sunt comparabile cu rezultatele multiplelor studii analizate din literatură care folosesc în tratamentul complicațiilor ALL .
4. Chirurgia deschisă a ALL rămîne astfel rezervată eșecurilor puncției ecoghidate, complicațiilor și cazurilor excluse de la abordul miniinvaziv

Bibliografie

1. Gudumac Eva Chirurgie. Chișinău, 2009. Pag.342-349
2. Jivănescu C. B., Scurtu R., Funariu G., Verhaeghe P. Atitudinea conservativă în leziunile traumatice de splină(Chirurgia, 101 (5): 483-489)
3. HOLDSWORTH, R.J., IRWING, A.D., CUSCHIERI, A. - Post splenectomy sepsis and mortality rate: actual versus perceived risk. Br. J. Surg., 1991, 78:1031.
4. FINGERHUT, A., ETIENNE, J.C. - Chirurgie conservatrice de la rate. Encycl. Med. Chir., Techniques chirurgicales-appareil digestif, 1995, 40:751.
5. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbrava V ., Moscalu Iu . Hipersplenismul portal – atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie. Arta Medica,Nr. 4(25),2007 : 68-69
6. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice. Chișinău, 2002.
7. Popovici A., Grigoriu G. Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. București, 1995.
8. Хворостов Е. Д., Гринев Р. Н., Душик Л. Н. Выбор метода оперативного вмешательства при хирургической патологии селезенки. Украинский журнал Хирургии, 2009, N 2, стр. 142-144

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL TRAUMATISMELOR TORACO-ABDOMINALE ÎN VIAȚA COTIDIANĂ

**Liviu Andon, Petru Bujor, Elvira Andon, Vasile Lipovan, Andrei Bujor,
Tudor Ababii, Farag Hatem**

Catedra chirurgie 2,clinica 2,USMF “Nicolae Testemitanu “

Summary

Modern diagnosis and treatment of thoraco-abdominal injuries in everyday life

We analyzed the thoraco-abdominal trauma in 135 men and 36 women aged 17 - 71 years. Stab wounds were in 157 cases and gunshot wounds in 14 patients, most were located on the left with injuries to the lung, heart, diaphragm, spleen and colon.

We used clinical, laboratory and instrumental (radiography review, sonography of the chest and abdomen, pleural puncture, thoracoscopy and laparoscopy) examinations. The type of surgery depended on the type of injury and the priority had the injuries with vital risk. The evaluation in the postoperative period was complicated in 51 cases. 24 patients died from pleural-pulmonary shock, multiple organ failure and purulent-septic complications.

Rezumat

Au fost analizate traumatismele toracic-abdominale la 135 bărbați și 36 femei în vîrsta 17-71 ani. Traume cu obiecte albe au fost în 157 cazuri, prin arme de foc la 14 pacienți, majoritatea localizate pe stînga cu lezarea plămînului, cordului, diafragmei, splinei, colonului. Metoda de examenare au servit examenul clinic, de laborator și instrumental (radiografia de ansamblu, ecografia toracelui și abdomenului, puncția pleurală, toracosopia și laparoscopia. Tipul intervenției a fost efectuat în dependență de traumatism, prioritate au avut cele cu risc vital. Perioada postoperatorie a evoluat cu complicații în 51 cazuri cu 24 decese din cauza șocului pleuropulmonar, insuficiența poliorganică și complicații septicopurulente.

Traumatismul toraco-abdominal este unul dintre cele mai severe traumatisme produse atât în timpul conflictelor armate, cât și în viața cotidiană, reprezentând una dintre cele mai dificile probleme ale chirurgiei de urgență (Постолов М. П., 1974, Бисенков Л.Н.1995, Tominang G.T., Waxman K. 1993, Ion Vlad și coaut., 2007, Gornea F. 2007 etc., C. Tibirna, V. Lipovanu, L. Andon, 2007).

Conform datelor din literatura de specialitate, traumatismele toraco-abdominale constituie 1,2-1,5% din totalitatea leziunilor asociate ale toracelui și abdomenului (Бисенков Л.Н.1995).

Industrializarea, mecanizarea lucrărilor agricole, construcției și, mai ales intensificarea traficului rutier induc la sporirea continuă nu numai a traumatismului general dar și toraco-abdominal (Вагнер Е.А. 1984, Codrean I., 1995).

În ultimul 15 ani se observă o tendință de creștere a numărului acestei leziuni, care pot fi intraperitoneale, extraperitoneale, intrapleurale și extrapleurale, iar după localizarea plăgilor pe perețele abdominal anterior-mediane, laterale din stînga și dreapta, letalitatea constituie 50-86% (Schulz C. și coaut., 1994, Бисенков Л.Н.1995 Абакумов М.М. și coaut., 2005).

Pe plan mondial traumatismele reprezintă una din principalele probleme de sănătate fiind responsabile de 80% din decesele între vîrsta de 15 și 24 de ani și sunt considerate astăzi ca fiind a treia cauză de moarte după bolile cardiovasculare și neoplazii luate la un loc.

Frecvența traumatismelor graniței toraco-abdominale diferă mult de la autor la autor, cu valori de 1-2% din totalul traumatismelor. Se consideră că, plăgile toraco-abdominale reprezintă aproximativ 25% din plăgile abdominale și aproape același procent din cele toracice.

Prin definiție, traumatismul toraco-abdominal implică acțiunea aceluiași agent traumatic asupra viscerelor din torace și abdomen prin penetrarea diafragmului.

Leziunea diafragmului este elementul caracteristic al acestor traumatisme, care se deosebesc astfel de leziunile viscerale combinate, dar separate și fără lezarea diafragmului, ale cavității toracice și abdominale.

În prognosticul traumatismelor toraco-abdominale leziunea diafragmului constituie un factor de agravare supraadăugat gravității leziunilor viscerale toracice și abdominale.

Problemele privind diagnosticul de urgență și elaborarea unei tactici medico-chirurgicale eficiente în funcție de starea hemodinamică a pacientului și profilaxia complicațiilor posttraumatice și postoperatorii rămâne a fi actuale (Бисенков Л.Н.1995).

Nu întâmplător frecvența erorilor diagnostice variază între 27-70% [Tominang G.T. și coaut. 1993]. Succesul tratamentului pacienților depinde nu numai de tipul anesteziei și de volumul intervenției chirurgicale efectuate, dar și de aprecierea corectă a stării traumatizatului, de terapia intensivă adecvată la etapele prehospitalice și spitalicești, urmărindu-se desocarea pacientului și profilaxia complicațiilor septico-purulente.

În literatura de specialitate se menționează că fiecare caz necesită rezolvare individuală în funcție de tabloul clinic, datele investigațiilor clinice, și paraclinice, prevalența gravității leziunilor toracelui sau abdomenului (Абакумов М.М. și Бисенков Л.Н.1995, Нечаев Э.А. și coaut., 1995 coaut., 2005).

Trebuie reținut faptul că gravitatea unui traumatism toracic nu apare, totdeauna, imediat după producerea lui, de foarte multe ori suntem nevoiți, ca în evoluția lui ulterioară, și după evaluarea paraclinică și imagistică modernă să adăugăm la categoria inițială, termenul de „grav”.

Pe această bază s-a selectat lotul nostru de studiu în care bolnavii au fost supusi atât examenului clinic cât și radiografic, dar și metodele moderne de diagnostic și tratament.

Actualitatea

Trauma toraco-abdominală după cum sa menționat este destul de frecventă și foarte gravă în asistența chirurgicală, se întâlnesc dificultăți de diagnostic, indicații la metodele de operații și tacticii în perioada postoperatorie.

Din toate aceste motive, studierea plăgilor toraco-abdominale în cadrul chirurgiei de urgență este o necesitate evidentă pentru orice chirurg.

Scopul

Analiza rezultatelor diagnosticului și tacticii de tratament în baza studierii fișelor de observație și analizelor anuale a clinicii de chirurgie a spitalului municipal Sfânta Treime în perioada anilor 1980-2011.

Material și metoda

Au fost studiate fișele de observație și materiale statistice la 171 pacienți cu traumatism toraco-abdominal internați în spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”, pe parcursul anilor 1980-2011. Traume cu obiecte albe au fost în 157 cazuri și traume prin arme de foc la 14 pacienți.

Vârsta traumatizaților a fost între 17 și 71 ani, inclusiv 129 pacienți (75,4%) la vârsta cea mai aptă de muncă. Barbați au fost 135 (78,9%), femei-36 (21,1%). Predominanța traumatismelor toraco-abdominale la sexul masculin în lotul studiat 3,7:1 sunt în concordanță cu cele prezentate de diferiți autori, pledează pentru o frecvență mai mare a cazurilor la bărbați decât la femei pe seama expunerii mai frecvente a bărbaților unui număr mai mare de factori etiologici cum ar fi natura profesiilor lor, violența socială, etilismul.

În materialul analizat plăgile toraco-abdominale sunt cel mai frecvente în urma agresiunilor, accidentelor casnice, mai rar în urma accidentelor de muncă și etc.

Drept metode principale de examinare în traumatismul toraco-abdominal au servit examenul clinic, de laborator și instrumental. Examenul fizic și în condițiile dereglărilor severe ale funcțiilor vitale a inclus obligatoriu inspecția, palparea și auscultația toracelui, abdomenului iar la necesitate și alte regiuni ale corpului. În cazul traumatizaților cu conștiința păstrată acesta rămâne baza diagnosticului.

Durerea spontană sau provocată de palparea toracelui, prezenta semnelor de pneumotorace, emfizem subcutan, contractura musculară, semnelor peritoneale, de regulă, sunt un argument suficient pentru stabilirea diagnosticului și aprecierea tacticii de intervenție chirurgicală de urgență, în deosebi la traumatizații instabili hemodinamic. Conform datelor din literatură peste 25% dintre pacienți cu leziuni toraco-abdominale prezintă și leziuni asociate, ce condiționează deseori erori diagnostice. În cazul stării de ebrietate, la administrarea remediilor narcotice și a sedativelor, inclusiv și la etapa de prespital, chiar și examenul minucios efectuat de un specialist experimentat, nu furnizează informație semnificativă, de aceea, în dificultățile de examinare a acestui lot de traumatizați, diagnosticul leziunilor toraco-abdominale se bazează pe rezultatele metodelor paraclinice de investigație.

Din metodele instrumentale de investigație au fost aplicate: radiografia de ansamblu a toracelui și abdomenului, ultrasonografia cavităților toracelui și abdomenului, punctia pleurală, toracocenteza, laparocenteza și laparoscopia, mai rar tomografia computerizată și altele.

Examenul radiologic de ansamblu a toracelui și abdomenului a reprezentat principala metodă de diagnostic, practic sa efectuat la toți iar la necesitate sa efectuat și punctia cavității pleurale, laparocenteza, laparoscopia și examenările de laborator a singelui, urinei și conținutului dobândit la punctie pleurală sau laparocenteza.

USG:- în diagnosticul de urgență a plăgilor toraco-abdominale prezintă mari avantaje condiționate de neinvazivitate, rapiditatea efectuării examenului (3-5 min) și sensibilitatea înaltă în

decelarea leziunilor toraco-abdominale si hemoperitoneului.

Obiectul principal al patologiei traumatice,depistata prin USG este sange liber in cavitatea toracala si abdominala, care se acumuleaza in zonele declive ale toraceului si abdomenului in vecinatate cu organele cu suprafata dura: ficatul, splina, plamini, cordul etc.

Tomografia computerizata(TC) - a fost implementata in diagnosticul leziunilor toraco-abdominale in anii 80 ai secolului 20, in materialul studiat in ultimii 5-10 ani si initial a deschis noi posibilitati in aprecierea starii organelor cavitatii toracice si abdominale.

La un examen tomografic simplu se depisteaza hematoame intraparenchimotoase, lichid liber in cavitati. Tomografia spiralata sau tridimensionala amelioreaza semnificativ calitatea examenului in depistarea leziunilor organelor parenchimotoase si a vaselor mari.

Rezonanta magnito-nucleara- este metoda cea mai informativa in diagnosticul leziunilor toraco-abdominale insa limitarea acestei metode este conditionata din cauza complexitatii, duratei si costului mare, precum si de prezenta contraindicatiilor: dereglarea constientei, instabilitatea hemodinamicii, respiratiei si altele la acest contingent de pacienti.

In materialul studiat rezonanta magnito-nucleara ca si scanarea cu radionuclizi nu sa efectuat **Toracosopia, laparoscopia** in diagnosticul leziunilor toraco-abdominale sunt metode reactualizate in contextul dezvoltării tehnologice actuale, valoarea lor consta in posibilitatea aprecierii vizuale a organelor interne.

Conform datelor din literatură valoarea diagnostică a laparoscopiei în traumatismele abdominale atinge cota de 80-100%. Aceasta este contraindicată în cazul hemodinamicii instabile, insuficienței respiratorii severe condiționate de șoc, traumatisme toracice și cranio-cerebrale, prezența cicatricelor pe peretele abdominal, meteorism pronunțat, în suspjecția leziunii diafragmei, ce limitează utilizarea acesteia la lotul cu traumatisme asociate grave.

Rezultate

Gravitatea tabloului clinic a plagiilor toraco-abdominale a fost conditionata de asocierea simptomelor toracice si abdominale si de asemena din cauza leziunii diafragmului. Cele mai frecvente simptome au fost: dureri in torace legate de leziuni a pleurei si diafragmului. Cea mai intensiva durere a fost la bolnavii cu plagi cu arme de foc din cauza ca a fost frecvent lezate si coastele. La plagile taiete si intepate leziunea coastelor se intalneste mai rar si intensitatea durerilor este mai putin pronuntata. La plagiile toraco-abdominale cu lizarea organelor cavitatii abdominale durerile in abdomen este simptom frecven. Deseori durerile in abdomen poarta caracter reflector si se observa si la plagi izolate a toracelui. Dureri surde se intilnesc la lezarea organelor parenchimotoase. La leziunea organelor cavitare durerile au caracter de acces si deseori se localizeaza in proiectia organului lezat. Deseori se intalneste dispneea care este mai pronuntata la pneumotorace deschis. Simptom diagnostic important care indica plaga a plaminului este tusea si hemoptizia mai ales in cazuri de leziunea masiva si a bronsiilor. Pneumotoracele este o complicatie seroasa si a fost depistat la 52% cazuri .

Pneumotoracele deschis aproape a fost la toti pacientii si a dus la dereglari pleuro-pulmonare care insotesc plagiile toraco-abdominale.

Diagnosticul unui sindrom pleural la traumatismele toraco-abdominale se face prin anamneză, examen obiectiv și investigații paraclinice, dintre care mai importante sunt examenul radiologic și puncția pleurală.

Radiografia de ansamblu a troacelui si abdomenului este o metoda simpla si raspandita care prezinta informatie despre caracterul leziunii toracelui si abdomenului. Radiografia efectuata in pozitie ortostatica este mai informativa. La radiogramele toracelui efectuata in pozitie directa se determina prezenta aerului liber in cavitatea pleurala(pneumotorace), lichid liber (hemotorace). Sa atras atentie la configurarea cordului si cordonului vascular.

In dependenta de marimea hemotoracelui se schimba si tabloul radiologic. Sa folosit gradatia cantitatii de sange in cavitatea pleurala propusa de П.А.Куприянов: hemotorace mic-opacitate in sinusul frenocostal corespunde 300 -400 ml; hemotorace mijlociu- opacitate a campului pulmonar cu revarsat la nivelul unghiului omoplatului corespunde 500-600ml;

hemotorace mare – opacitate la nivelul mijlociu a omoplatului corespunde 800-1000 ml;
 hemotorace total – opacitatea campului pulmonar. La analiza radiogramelor cavitatii abdominale sa atras atentie la prezenta opacitatii difuze a canalelor laterale, spatiul subdiafragmal si sub hepatic, de asemenea la prezenta aerului liber in cavitataea abdominala.

Trebuie de luat in considerare la traumatismele toraco-abdominale localizarea plagii pe cutia toracica. La plagiile la nivelul coastei 6 radiogramele trebuie efectuate in acelasi timp a toracelui si abdomenului, deoarece informatia este mai precisa si chirurgul poate aprecia in acelasi timp starea cavitatiilor pleurale si abdominale. Obiectul principal al patologiei traumatice, depistata prin USG este sange liber in cavitataea toracala si abdominala, care se acumuleaza in zonele declive ale toraceului si abdomenului in vecinatate cu organele cu suprafata dura: ficatul, splina, plamini, cordul etc.

In diagnosticul leziunilor toraco-abdominale sensibilitatea USG constituie dupa unii autori 80-90% (Lingawi SS, Bucley AR., 2000). Interpretarea rezultatelor investigatiei este deficiente la bolnavii cu emfizemul subcutanat pronuntat, precum si pe fondalul meteorizmului marcat. Avantajul principal al USG este neinvazivitatea si posibilitatile repetarii examenului in dinamica.

Scopul puncției pleurale este explorator (pentru precizarea diagnosticului) și evacuator (cu scop terapeutic). Puncția pleurală se face cu scop explorator atunci când suspiciunea clinic prezenta aerului sau unui revărsat pleural, ca și pentru evidențierea naturii acestui revărsat. Loc de puncție: - în caz de hemopneumotorax → puncție urmata de pleurostomie în spatiul VI intercostal pe linia axilara medie sau posterioara. Se evita regiunea cardiaca, vârful axilei si portiunea toracala de sub coasta IX (risc de patrundere în peritoneu). Problema diagnosticului si tratamentul leziunilor toracoabdominale necesita studiere permanenta.

Dereglarile patofiziologice la traumatismele toraco-abdominale depind de localizarea plagii, din dreapta, sau stanga, de nivelul si obiectul cu care plaga sa produs. Plagiile prin arme de foc, de regula, se caracterizeaza cu zone mari de lezionare a tesuturilor pe traiectul canalului plagii. Majoritatea plagiilor toraco-abdominale au fost localizate pe stanga (96), pe dreapta (69), si bilaterale (6). Datele sunt aduse in tabela 1.

Tabela 1

Localizarea anatomo topografica a leziunilor toraco-abdominale

Leziuni toraco-abdominale pe stinga	96
Leziuni toraco-abdominale pe dreapta	69
Leziuni toraco-abdominale bilaterale	6
Total	171

La plagiile pe dreapta a fost lezat de regula plamanul si ficatul, iar la cele din stanga – inima, diafragma si splina. Pneumotoracele a fost insotit si de hemotorace. Pneumohemotoracele de regula a agravat starea bolnavilor.

Importanta majora sa oferit incordarii muschilor anteriori a peretelui abdomenului care la plagi a unui organ a cavitatii abdominale poarta un caracter mai difuz spre deosebire de plagi izolate a cavitatii toracelui cand incordarea muschilor frecvent are caracter local in regiunea subbordului costal.

Tabloul clinic a leziunii toraco-abdominale este in dependenta de traumele organelor parenchimotoase sau cavitare cu semnele respective de peritonita sau hemoragie, pneumotorace, hemotorace, emfizem subcutan etc (tab.2).

Tabela 2

Predominarea simptomelor toracice	86
Predominarea simptomelor abdominale	58
Predominarea simptomelor mixte	27
Total	171

La pacienții cu predominarea semnelor clinice a cutiei torace se evidentiază dereglări de respirație și a sistemului cardiovascular, cauzată de compresia plămânului și hemoragia intratoracică, intrapulmonară și obturarea bronhiilor.

În acest aspect are importanță trauma diafragmei care dereglează circulația limfatică, dinamica mișcării sângelui pe vena cava inferioară, trecerea exudatului din cavitatea abdominală în cavitatea pleurală. Informația clinică s-a precizat cu informațiile paraclinice: punctia pleurală, toracosopia, laparoscopia sau a operației explorative.

Toracocenteza constă în introducerea acului în cavitatea pleurală, indicată în scop diagnostic (explorator) sau terapeutic.

Indicații diagnostice:

- existența a unei colecții lichidiene intrapleurale evidențiate clinic (matitate toracică cu abolire a vibrațiilor vocale și a murmurului în zona respectivă) și radiologic → identificare a naturii revarsatului.

Toracosopia este o metodă miniminvasivă cu aplicabilitate diagnostică și terapeutică cu avantaje nete. Este o metodă reactualizată în contextul dezvoltării tehnologice actuale.

Tehnicile moderne de anestezie, utilizarea fibrelor optice au fost evenimente cruciale în aplicarea videotoracosopiei în practica medicală modernă.

Permite vizualizarea cavității pleurale prin intermediul unor instrumente cu fibre optice, rigide sau flexibile, introduse prin una sau mai multe incizii ale peretelui toracic, la nivelul unui spațiu intercostal. Videotoracosopia a introdus în chirurgia toracică scăderea timpului intervenției chirurgicale și a perioadei de recuperare postoperatorie cu un confort postoperator crescut prin reducerea durerii. Din numărul total al traumatismelor toraco-abdominale studiate, 6 pacienți au beneficiat de intervenție chirurgicală videotoroscopică, realizându-se 9 tentative de evacuări de hematoame închistate din care 3 au necesitat reconversie la intervenția clasică (toracotomie posterolaterală cu evacuarea hemotoracelui coagulat).

Gravitatea leziunilor a fost determinată de lizarea viscerelor toracice (plămânilor, traheei și bronhiilor - 56 cazuri, plămânilor și cordului - 6, cordului - 16 cazuri, diafragma și plămânilor - 26 cazuri) și viscerelor abdominale în 67 cazuri). În prezent o răspândire tot mai largă în diagnosticul și tratamentul accidentațiilor cu traumatisme toraco-abdominale ocupă laparoscopia. Primele comunicări referitoare la utilizarea diagnosticului videoendoscopic al leziunilor intraabdominale au fost publicate mai mult de 25 de ani în urmă.

Valoarea laparoscopiei constă în posibilitatea aprecierii vizuale a organelor interne și structurilor, iar dezavantajul invazivitatea și posibilitatea limitată a reviziei acestora. Indicația de laparoscopie se recomandă la pacientul stabil hemodinamic, fără intervenții abdominale în antecedente sau leziuni toracice evidente. Mobilitatea mesei de operație și utilizarea utilajului special (endoscop cu optică laterală, pense, retractoare etc) permit lărgirea câmpului de vizualizare, în special al diafragmei, spațiilor subfrenice, revizia intestinului, spațiului retroperitoneal. Pentru confirmarea leziunii diafragmei și vizualizarea simultană a organelor interne se efectuează și toracosopia. Aprecierea rezervată a posibilităților diagnostice ale laparoscopiei de urgență este condiționată de faptul, că vizualizarea leziunilor organelor cavitate se reușește doar în 18% cazuri, chiar dacă se utilizează utilaj endoscopic contemporan cu participarea specialiștilor cu experiență.

Prin laparoscopie se diagnostică frecvent leziunile traumatiche ale ficatului, splinei, însă stabilirea gradului de leziune este dificil, precum și revizia spațiului retroperitoneal. În plăgile penetrante ale abdomenului laparoscopia s-a dovedit a fi insuficientă pentru excluderea defectelor transfixiante ale organelor cavitate.

Invazivitatea laparoscopiei implică unele condiții nedorite, cum ar fi majorarea presiunii intraabdominale și limitarea excursiei respiratorii a plămânilor, precum și complicații, ca leziunea cu trocarul organelor intraabdominale fixate la structurile parietale, pneumotoracele tensionate (în leziunile transfixiante ale diafragmei) etc

.Incidența acestor complicații impune includerea în câmpul operator și a toracelui inferior, iar procedura să fie efectuată cu monitorizarea hemodinamicii, schimbului de gaze, pentru a constata momentul critic de dereglare a funcțiilor vitale.

Laparoscopia este cea de-a treia alternativă în diagnosticul și tratamentul traumatismelor toraco-abdominale ce prezintă hemoperitoneu cu stabilitate hemodinamică. Laparoscopia diagnostică s-a efectuat la un pacient cu plagă penetrantă toracică pentru a exclude alte leziuni ale organelor intraabdominale asociate plăgii diafragmatice. Analizind simptomele la bolnavii studiați am semnificat 6 variante de simptomocomplexe la plagiile toraco-abdominale:

1. Simptome clare de plaga a toracelui, starea traumatizatului în mare măsură este determinată de manifestarea socului pleuropulmonar, volumul hemoragiei și gradul insuficienței respiratorii. Simptomele clinice de leziune a organelor cavității peritoneale sunt sterse. La acest simptomocomplex se atirna dureri în torace, dispneea, tusea, hemoptezia, emfizemul suncutanat și hemotoracele.

2. Predomina simptomele plăgii organelor cavității peritoneale. Gravitatea stării bolnavului depinde de volumul hemoragiei, semnele socului și pretonitei. Sunt caracteristice dureri în abdomen, încordarea mușchilor, semnul Sceașkin pozitiv, sunet mat în părțile laterale a abdomenului, diminuarea matității ficatului.

3. Simptomele leziunii cavității toracelui și abdomenului sunt pronunțate egal și se referă la leziuni grave a pleurei și plămînilor asociate cu plaga a organelor cavității abdominale. Starea bolnavilor este extrem de gravă cu semne de soc. Are loc pneumotorace deschis, hemotoace, simptome de iritare a peritoneului, meteorism.

4. Predomina semnele de leziune a organelor retroperitoneale: rinichii, pancreasul.

5. Asocierea dereglărilor toraco-abdominale cu semne de leziune a capului, coloanei vertebrale, maduvei spinării.

6. Simptome slab pronunțate de leziune a toracelui și abdomenului. Predomina tabloul clinic de soc traumatic.

Această diviere a plagilor toraco-abdominale este condiționată, însă ea permite chirurgului selectarea celei mai raționale tactici curative. Moment important are prelucrarea chirurgicală primară a plăgii care uneori permite stabilirea diagnosticului definitiv. Astfel la revizia canalului plăgii localizate pe peretele toracic la 7 bolnavi s-a depistat leziunea diafragmului ce a permis stabilirea plăgii toraco-abdominale.

În general pacienții acuză durere abdominală cu iradiere la nivelul umărului, dispnee cu ortopnee, palpitații, grețuri și varsături, iar la examenul obiectiv putem constata mișcarea paradoxală a abdomenului la respirație, tahicardie, diminuarea murmurului vezicular sau zgomote intestinale la nivelul hemitoracelui respectiv.

O caracteristică importantă este modificarea simptomatologiei în raport cu postura. 50% dintre pacienți prezintă hemotorax homolateral. Totuși, până la 50% dintre leziunile diafragmatice nu sunt recunoscute la evaluarea inițială aceasta reprezentând o caracteristică importantă a acestor leziuni. Uneori și asocierea altor leziuni foarte grave sau ventilația mecanică cu presiune pozitivă mășchează diagnosticul. La radiografia toracică se poate evidenția pneumo- sau/si hemotorax, voalarea sau lipsa integrității cupolei diafragmatice, colabarea plămânului, prezența stomacului în torace (frecvent această hipertransparentă este interpretată greșit ca pneumotorax), poziția anormală a sondei nazo-gastrice la nivelul hemitoracelui stâng (în hernierea stomacului, de obicei cu rămânerea în poziție normală a cardiiei) sau nivele hidroaerice (deplasarea colonului sau intestinului subțire în torace).

Din cauza numărului mare de traumatisme diafragmatice asimptomatice, plagile situate sub linia bimamelonară trebuie să ridice suspiciunea lezării diafragmatice și să constituie obiectul unei investigații atente și agresive: radiografii pulmonare seriata, examen CT și RM la pacienții stabili hemodinamici sau laparoscopie.

De obicei leziunile diafragmului sunt interpretate ca "hemidiafragm ridicat", hematom pulmonar, hemotorax închisat, dilatație acută gastrică. Aceste suspiciuni la un pacient ce a

suferit un traumatism cu risc mare de a se fi soldat cu lezarea diafragmului trebuie sa determine efectuarea unei laparoscopii exploratorii.

Punctia lavaj peritoneal in prezenta leziunilor diafragmatice poate fi fals negativa (25%) sau se soldeaza cu exteriorizarea lichidului introdus intraperitoneal pe tubul de pleurostomie. Insistam asupra diagnosticului corect al leziunilor diafragmatice pentru ca ele necesita interventie chirurgicala. Chiar in prezenta unor leziuni mici exista foarte putine sanse de inchidere spontana.

Pentru optimizarea tacticii chirurgicale bolnavii in dependenta de organele lezate s-au divizat in 2 grupe:

1)bolnavii cu lezarea organelor cavitatii toracice (104):- plamini - 56, cordul - 16, plaminii si cordul - 6, diafragma si plaminii – 26.

2)pacientii cu lezarea organelor cavitatii abdominale(67),cu traumatizarea organelor parenchimotoase (ficat,splina) - 55, organelor cavitare (stomac, intestinul subtire si gros) – 12 .

Simptomul Sceaotkin mai frecvent a fost pozitiv la leziunea organelor cavitare.Importanta diagnostica la hemoragia interna are sunetul mat in partile laterale a abdomenului. Prezenta acestui simptom in caz de plaga pe peretele toracic indica la plaga toraco-abdominala. Cel mai precis simptom a plagii toraco-abdominale este prolabarea in plaga a organului cavitatii peritoneale sau eliminarea din plaga a continutului organului din cavitatea peritoneala.Prolabarea omentului mare a fost la 9 bolnavi.ansei intestinale la 8 bolnavi. Importanta deosebita a avut examenul rectal care a permis depistarea lichidului in bazinul mic in caz de plaga a peretelui toracic. Deasemnea are importanta la plagile toraco-abdominale prezenta aerului in cavitatea peritoneala la examenul radiologic in caz de localizarea plagii pe peretele toracic.

Tratamentul traumatismelor toraco-abdominale

În leziunile toraco-abdominale s-au realizat în ultimul deceniu progrese semnificative atât în ceea ce priveste diagnosticul cât si protocoalele terapeutice. Acest lucru se datorează în primul rând aparitiei unor metode de diagnostic superioare cum ar fi: tomografia computerizată, □ rezonanta magnetica nucleară, echografia toracică, □ precum si datorită folosirii chirurgiei toracoscopice si laparoscopice în decelarea unor revărsate pleurale si peritoneale sau unor leziuni pulmonare si abdominale rezolvabile pe această cale.

Pregatirea preoperatorie s-a efectuat in modul urmator:-

- 1)analgezia si ermetizarea plagii toracice - pentru profilaxia socului pleuro-pulmonar;
- 2)drenarea cavitatii pleurale(dupa indicatii vitale);
- 3)preintimpinarea insuficientei respiratorii si cardiovasculare acute;
- 4)restituirea volumului respirator si circulant.

Ne-am convins ca abordul chirurgical sa fie selectat diferenciat in dependenta de predominarea tabloului clinic a leziunii organelor din cavitatea pleurala sau abdominala.

In cazul de continuare a hemoragiei operatia e rational de inceput cu toracotomia deoarece hemoragia din vasele mari in cavitatea pleurala este mai pronuntata si nu are tendinta spre hemostaza spontana in deosebi la plagile prin arme de foc.

Plagile toraco-abdominale prin taiere si intepare se manifesta cu leziuni mai putin pronuntate si deaceea in majoritatea cazurilor nu pot fi indicate operatii traumatice ca toracotomia si altele.

In asemenea observatii este necesar de drenat cavitatea pleurala,de efectuat laparotomie si de restabilit integritatea anatomica a organelor lezate a cavitatii abdominale, diafragmei,de suturat plaga plamanului. Indicatii pentru toracotomie in prim plan este hemoragia din organele lezate din mediastin.

Toracodiafragmotomia sa efectuat la leziuni din dreapta cu lezarea ficatului. Analiza fiselor de observatie a aratat ca la o mare parte de traumatizati cu hemopneumotorax la care sa efectuat toracotomie sau observat leziuni superficiale a plamanului cu hemoragie neinsemnata si in asemenea cazuri se poate de limitat cu drenarea cavitatii pleurale.

Din cei 55 traumatizati cu leziuni a ficatului aproape la 50% cazuri la momentul laparotomiei hemoragia era stopata si pe plaga ficatului sau aplicat suturi,numai la 8 - sa efectuat

resectia atipica a ficatului. Tratamentul chirurgical a leziunilor splinei in majoritatea cazurilor sa efectuat splenectomia si numai in 3 cazuri sau aplicat suturi hemostatice.

La leziunile intestinului subtire sa efectuat suturarea plagii iar la leziunea colonului la unul sa aplicat colonostomia si la altul - cecostomia.

Tratamentul terapie intensiva trebuie sa cuprinda obligatoriu doua subetape si anume:

- **etapa reechilibrării funcțiilor vitale**, etapă care durează 6-24 h si include următoarele obiective: reechilibrarea funcțiilor vitale trebuie să fie complexă si simultană, a tuturor funcțiilor organismului, deoarece toate sunt dezechilibrate într-o măsură mai mare sau mai mică.

- **etapa deciziilor terapeutice** care va face bilanțul rezultatului primei etape, rezultat care poate îmbrăca trei aspecte:

a. În urma măsurilor de reechilibrare, starea bolnavului s-a ameliorat mult si el poate fi transportat la secția de chirurgie si să continue tratamentul acolo.

b. În urma măsurilor luate, starea nu s-a agravat dar s-a precizat diagnosticul unei leziuni anatomice precise, grave - interventie chirurgicală de urgență (refacerea integrității anatomice).

c. Cu toate măsurile luate, starea bolnavului s-a agravat si atunci toracotomia/laparotomia sau toracosopia si laparoscopia diagnostică si terapeutică de urgență, cu toate riscurile lor, se impun.

In ceea ce priveste restabilirea masei circulante sanguine în cazurile de hemoragie sa ținut cont de pierderile de sânge, sa administrat sânge numai în hemoragii si strict numai cât a pierdut, deoarece organismul suportă mai usor hipocompensarea.

Calea de abord în tratamentul chirurgical, poate fi toracică, abdominală sau toraco-abdominală.

- Calea abdominală este indicată în prezența unor leziuni abdominale evidente.

- Calea toraco-abdominală, prin toracotomie si laparotomie a fost indicata în majoritatea cazurilor;

Este important cu ce trebuie de inceput interventia-cu toraco- sau laparotomia. Consideram ca primordial este necesar de inceput cu prelucrarea primara a plagii. Insa bolnavii cu hemoragie necesita tratament chirurgical imediat si acesti pacienti sunt indreptati direct in sala de operatie.

La ceilalti pacienti sa aplicat dupa indicatiile: drenajul cavitatii pleurale, inlaturarea secretului traheobronhial, restituirii volumului circulant. Daca este posibil se efectueaza reinfuzia sangelui. Accesul chirurgical este diferentiat. În cazuistica studiată calea de abord a fost laparotomia in 75 cazuri, toracotomia in 65 si toracofrenolaparotomia la 31 bolnavi.

Dupa drenarea cavitatii pleurale in 116 cazuri sa efectuat initial laparotomia care a permis stoparea hemoragiei, suturarea plagilor organelor parenchimotoase, cavitate si diafragmului. Leziunile penetrante diafragmatice sunt frecvent dificil de diagnosticat fără laparoscopie sau laparotomie. Modalitățile diagnostice noi, cum ar fi laparoscopia si toracosopia, pot fi folositoare atât în diagnosticul cât si tratamentul plăgilor diafragmatice penetrante. O astfel de abordare complexa contribuie la diagnosticarea precoce si aprecierea corecta a leziunilor organelor interne, astfel reducandu-se numarul de laparotomii si toracotomii explorative. In cazul defectelor diafragmatice mari cu hernierea viscerelor abdominale in torace la pacientii in stare de soc se instituie tratament intens si se intervine chirurgical urgent. Se prefera abordul abdominal care permite o buna explorare si rezolvare a eventualelor leziunilor abdominale asociate. Defectele diafragmatice mai mici se pot sutura (surjet sau fire separate in "U" cu materiale neresorabile) iar cele mari necesita aloplastie sau lambouri musculare. Tipul interventiei a fost impus de bilantul lezional, prioritate au cele cu risc vital.

Toracotomia s-a efectuat la 65 bolnavi cu predominarea semnelor de dereglari a organelor cutiei toracece. Toracofrenolaparotomia s-a efectuat initial la 31 pacienti. In 9 cazuri s-a efectuat toracotomia in perioada tardiva, iar in 3 cazuri - hemotorace coagulant, pneumotoracele recidivant cu atelectazia pulmonara mai mult de 1 cm - 3 cazuri, corp strain - 1, empiem pleural la 2 bolnavi. Conform leziunilor depistate in timpul operatiei sau efectuat: labectomii - 8, suturarea traheei - 3 (cu un deces), suturarea bronhiilor-5 (au decedat 2), suturarea

cordului - 20 (au decedat -5), suturarea diafragmului - 25(2 decese).

Suturarea ficatului - 35 (au decedat - 6); rezectia ficatului- 7, suturarea stomacului - 4 (un deces), suturarea intestinului (au decedat2), suturarea splinei - 3, splenectomia - 10 (au decedat 2), suturarea ficatului, stomacului, intestinului gros, lobului inferior al plamanului stang si a diafragmului - 1 caz.

In 14 cazuri de leziuni masive pulmonare si 42 leziuni a ficatului s-a aplicat firul autodermal. Interventiile chirurgicale toraco- sau laparotomia cu suturarea organelor lezate s-au finisat cu drenarea adecvata a cavitatii pleurale si peritoneale, iar a intestinului gros - cu aplicarea cecostomiei . Perioada postoperatorii a evoluat fara complicatii la 120 bolnavi. Complicatii atat in perioada precoce cat si tardiva au aparut la 51 pacienti cu 24 decesuri (14,03%). Cauza letalitatii la 7 pacienti a fost socul pleuro-pulmonar, la 10 - complicatiile septico-purulente si la 7 - insuficienta poliorganica. Analiza materialului studiat a aratat ca la etapa actuala datorita succesului chirurgiei toracale, abdominale si anesteziologiei-reanimatologiei, interventiile chirurgicale precoce la traumatismele toraco-abdominale pot salva viata traumatizatorilor.

Concluzii

1. Anamneza si examenul clinic atent si complet, circumstantele evenimentului lezional □toraco-abdominal avizează efectuarea corectă si rapidă a investigatiilor necesare.
2. Obligatorii sunt examenele radiologice, ecografia toraco- abdominală, în functie de leziunile prezumtive.
3. Modalitățile diagnostice noi, cum ar fi laparoscopia si toracosopia, sunt folositoare atât în diagnosticul cât si tratamentul leziunilor toraco-abdominale.
4. Respectarea tacticii de diagnostic si tratament chirurgical permite micsorarea letalitatii in traumatismele toraco-abdominale.

Bibliografie

1. Ion Vlad, Ion Onufrei, Vladimir Manea, Sergiu Berliba si altii Particularitatile tratamentului leziunilor traumatice abdominotoracale. Buletinul Academiei de stiinte a Moldovei, 2007, nr.1, pag.80-82.
2. C. Tibrina, V. Lipovanu, L. Andon, Gh. Strajescu. Traumele toraco-abdominale: Probleme, Realizari. Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie N. Testemitanu, Anale Stiintifice, Probleme Clinico Chirurgicale, Vol.4, Chisinau 2007, pag 29-32
3. Gornea F. Politraumatismele: aspecte contemporane de diagnostic si tratamen. Arta Medica, 2007, pag.4-7
4. Pirvu Mihaele-Denisa Consideratii diagnostic-terapeutice actuale privind traumatismele toraco-pulmonare. Rezumatul tezei. Constanta, 2010.
5. Tominang G.T., Waxman K. et alt., Emergency thoracotomy with lung resection following trauma. Amer. J. Surg, 1993; 59(12): 834-837.
6. Schulz C., Sudkamp N.P., Khodadayan C. et al., Penetrating thoracic injuries-a 10 year analysis of 179 patients, Akt. Traumatol., 1994; 24(3): pag 75-78
7. Iulian Serban Traumatismele granitei toracoabdominale. Rezumatul tezei. Iasi, 2009.
8. Codrean I. Modalitati de optimizare a tratamentului in traumatismul asociat al toracelui si abdomenului. Autoreferatul tezei de doctor in medicina, Chisinau, 1995.
9. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Джаграев К.Р. Лапароцентез и лапароскопия в диагностике повреждений брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой. Хирургия 1991, N12, с.12-16.
10. Авилова О.М Макаров А.В. Ватлин А.В. Торакоабдоминальные ранения мирного времени. Хирургия 1989 8 стр.60 -65.
11. Белокуров Ю.Н, Баранов Г.А, Завьялова Н.И, Щетко В.И. Лапароскопия при повреждениях живота и органов брюшной полости. В кн.: «Оказание помощи при сочетанной травме». М., 1997, с.139-141.

12. Бисенков Л.Н. Хирургическое лечение торако-абдоминальных ранений. Вестник хирургии, 1995, 12, стр. 58-62.
13. Бугулов Т.К. Тер-Оганесов М.Э. Хирургическая тактика при торако-абдоминальных и сочетанных повреждениях груди и живота. Хирургия 1989 8 стр. 55-59.
14. Ерухин ИА, Алисов ПГ. Огнестрельные и взрывные повреждения живота. Вопросы механогенеза, диагностической и лечебной тактики по опыту оказания хирургической помощи раненым во время войны в Афганистане (1980-1989). Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1998, Том 157, N5, с. 53-61.
15. Майстренко НА, Сухопара ЮН. Программа применения лапароскопических методов в неотложной абдоминальной хирургии. Эндоскопическая хир. 1999, Том 5, N1, с. 8-12.
16. Федоров Б.Н. Миронова В.И. Быков В.П. Циркунов М.А. Шаповалов К.А. Огнестрельные ранения живота мирного времени. Хирургия 1989 8 стр. 65-67.
17. Цыбуляк ГН, Шеянов СД. Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2001, Том 160, N5, с. 81-88.

**CORELAȚIILE INTOXICAȚIEI ENDOGENE ȘI RĂSPUNSULUI SISTEMIC
INFLAMATOR CU SCHIMBĂRILE ACTIVITĂȚII BIOELECTRICE
GASTRO-INTESTINALE LA BOLNAVII CU SINDROMUL INSUFICIENȚEI
INTESTINALE**

**Viorel Moraru, Sergiu Samohvalov, Gheorghe Anghelici, Petru Bujor,
Oleg Crudu, Sergiu Pisarenco**

Clinica 2 Chirurgie „C. Țibîrnă” cu LCȘ Hepatochirurgie,
Catedra Chirurgie Nr2, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The correlations of endogenous intoxication and systemic inflammatory response to changes of the bioelectric gastro-intestinal activity in patients with intestinal failure syndrome

This study aims at specifying and evaluating correlations of endogenous intoxication and systemic inflammatory response to changes of the bioelectric gastro-intestinal activity in patients with intestinal failure syndrome. There is a connection between endogenous intoxication indices and bioelectrical activity of gastrointestinal disturbances. Implementation of unsophisticated indices for assessing intestinal paresis can optimize medical and surgical conduct, its correction based on the data obtained and ultimately improve outcomes.

Rezumat

Studiul dat are drept scop specificarea și evaluarea corelațiilor intoxicației endogene și răspunsului sistemic inflamator cu schimbările activității bioelectrice gastro-intestinale la bolnavii cu sindromul insuficienței intestinale. Se constată o conexiune între indicii intoxicației endogene și perturbările activității bioelectrice gastro-intestinale. Implimentarea unor indici nesofisticați de apreciere a parezei intestinale pot optimiza conduita medico-chirurgicală, corecția ei în funcție de datele obținute și în final ameliorarea rezultatelor tratamentului.

Actualitate

Conform concepțiilor moderne declanșarea intoxicației endogene și a răspunsului sistemic inflamator au drept factor patogenetic responsabil evoluția sindromului insuficienței intestinale - (SII), ce include tulburări severe acute ale funcțiilor motorie, secretorie, de absorbție și de limitare a conținutului lumenului intestinal de cavitata abdominală sterilă [1-3]. Dezvoltarea SII se produce deja și la etapa prespitalicească de acordare a ajutorului medical și obține ulterior semnificație clinică independentă, agravând decurgerea afecțiunii de bază și