

2. BALAȘA D., CIUREA A. *Probleme de patologie a coloanei vertebrale. Stenoza de canal*. Curierul medical Nr. 1(283), 2005, p. 31- 33.
3. GELALIS I., STAFILAS K., KOROMPILIAS A., ZACHARIS K., BERIS A., XENAKIS TH. *Decompressive surgery for degenerative lumbar spinal stenosis: long-term results*. International Orthopaedics (SICOT) (2006) 30: 59-63.
4. GUIGUI P., CARDINNE L., RILLARDON L., MORAIS T., VUILLEMIN A. *Per- and postoperative complications of surgical treatment of lumbar spinal stenosis*. Rev. Chir. Orthop. Reparatrice. Appar. Mot. 2002 Nov; 88(7): 669-77.
5. IACOB G. *Stenoza canalului vertebral lombar*, Jurnalul „Stetoscop”, 2002 (14): 24-31.
6. RITTENBERG J., ROSS A. *Functional rehabilitation for degenerative lumbar spinal stenosis*. Phys Med Rehabil Clin N Am 14 (2003) 111-120.
7. SNYDER D., DOGGETT D., TURKELSON C. *Treatment of degenerative lumbar stenosis*, Am Fam Physician 2004;70:517-20.
8. WILBY M., SEELEY H., LAING R. *Laminectomy for lumbar canal stenosis: a safe and effective treatment*. British Journal of Neurosurgery, December 2006; 20(6): 391 - 395.
9. ПОЛИЩУК Н.Э., ИСАЕНКО А.Л. *Клиника и дифференциальная диагностика поясничного стеноза* // Український медичинський журнал. – 2001. – №2 (22). С: 106-109.
10. ХВИСЮК Н.И., КОЗЫРЕВ А.М., БАБАЛЯН В.А., БАБАЛЯН Ю.А., МЕРИНЕЦ Н.В. *Минимально инвазивное хирургическое лечение поясничного стеноза*, Український медичинський журнал. – 2000. – №2 (17). С: 117-121.

EVALUAREA INTRASPITALICEASCĂ ȘI UNELE MĂSURI TERAPEUTICE URGENTE ALE BOLNAVULUI POLITRAUMATIZAT

INNER HOSPITAL EVALUATION AND MEDICAL ASSISTMENT OF PATIENTS IN POLITRAUMA

Vasile PASCARI, Eduard BOROVIC, Petru CROITORU, Valeriu ANDRONIC, Victor ZELENSCHI

USMF “Nicolae Testemițanu”,

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență

Rezumat

Autorul a selectat metodele optime de apreciere a severității politraumatismelor în baza analizei comparative a utilizării Scalelor GCS; APACHE II ISS și a eficacității utilizării acestor în clinică. Argumentează necesitatea folosirii conceptului contemporan “ Damage control surgery ” de tratament a pacienților politraumatizați, care va permite evaluare obiectivă și eșalonarea măsurilor terapeutice urgente conform gravității leziunilor.

Summary

The author selected optimal methods to appreciate rigour of politrauma based on comparative analyses of employment of Score GCS, APACHE II ISS and efficacy of employment this methods in clinic. Argumentate necessity of usage modern concept “ Damage control surgery ” of treatment politrauma patient, which premise objective evaluation and immediate therapeutics measures according to severity of injury.

Actualitatea temei

Conceptul contemporan a noțiunii de politraumatism, definește politraumatismele ca o traumatizare a câtorva regiuni anatomice în care una sau câteva prezintă pericol pentru viața traumatizatului și constituind 15-20% din toate traumatismele corporale, fiind într-o continuă creștere [2,4].

Materiale și metode

Studiul se bazează pe analiza retrospectivă a 565 de fișe de observație a pacienților politraumatizați aflați în clinicele specializate a CNȘPMU în perioada anilor 2004 – 2006. Dintre aceștia, bărbați au fost 439 (77,7%) și 126 (22,3%) femei cu vârsta cuprinsă: până la 40 ani – 137 (24,3%) pacienți, de la 41 la 50 de ani – 133 (23,6%) , de la 51 la 60 de ani – 148 (26,3%) și mai în vârstă de 60 ani – 145(25,7%), de pacienți. Au fost supuse unui studiu retrospectiv a fișelor de observație a 417 pacienți cu aprecierea gradului de severitate, determinarea și încadrarea pacienților în scalele nominalizate, atribuindu-le un scor de severitate determinat.

Examinarea clinică intraspitalicească

Aprecierea gradului severității traumatismului și luării deciziilor acțiunilor terapeutice urgente sunt bazate pe multiple informații clinice și paraclinice, completate suplimentar de integrarea unor parametri clinici și paraclinici în așa numitele sisteme de scor.

Sistemele de scoruri constituie metode de evaluare a severității patologiilor și pot fi aplicate fie individual sau pentru grupuri de pacienți în luarea unei decizii terapeutice, cât și evaluării consecințelor asupra morbidității și mortalității. În scopul determinării eficacității utilizării celor mai frecvent utilizate scoruri: Scalei Glasgow, APACHE II și ISS.

I. Evaluarea scorurilor lezionale (fiziologice)

✧ **Scorul Glasgow Coma Scale (1974)** Aprecierea Severității Traumatismului Craneo-cerebral în funcție de Scorul Glasgow Coma Scale (1974).

Scor Glasgow = O+V+M (3-15)

- ☒ Traumatism craneo-cerebral minor 13-15 puncte GCS
- ☒ Traumatism craneo-cerebral moderat (mediu) 9-12 puncte GCS
- ☒ Traumatism craneo-cerebral grav (sever) 3-8 puncte GCS

✧ **Evaluarea scorului Traumatic Revizuit** (Revised Trauma Score - RTS)

Acest scor a fost conceput pentru a îmbunătăți rezultatele obținute cu TS, și utilizează scorul GCS, TA și frecvența respiratorie (RR) (renunța la reumplerea capilară și expansiunea toracică. GCS are o pondere mai mare în formula de calcul a RTS, astfel încât se obține o estimare mai bună a gravității leziunilor cerebrale.

✧ **Scala APACHE II** (The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II)

Scorul APACHE II = Scor fiziologic + Scor vârstă + Scor boli cronice. O leziune mai mare de 9 puncte este considerată severă prezentând pericol vital pentru accidentat. Scorul APACHE II are o valoare mai bună pentru pacienții internați în secțiile de terapie intensivă, apreciind riscul de deces și calitatea îngrijirilor.

II. Evaluarea scorurilor traumatice anatomice

1. Scala lezională abreviată (Abbreviated Injury Scale, AIS)

2. Scorul de Severitate Lezional (Injury Severity Score, ISS)

✧ **AIS (Scala leziunii abreviate). Lansată în 1969 pentru aprecierea severității leziunilor corporale. Apreciere: 0 (minor) - 6 (fatal)**

Scala lezională abreviată (Abbreviated Injury Scale, AIS) cuprinde aproape 100 de leziuni, grupate pe 7 regiuni anatomice mai importante ale corpului: cap/gât, față, coloană vertebrală, torace, abdomen, extremități, părți moi; fiecare leziune este codificată cu o cifră de la 1 la 6, în funcție de gravitate.

Scorul de Severitate Lezional (Injury Severity Score, ISS) este cel mai utilizat scor anatomic.

Punctajul cel mai mare a 3 regiuni se ridică la pătrat

Suma acestor cifre caracterizează în sistemul ISS severitatea politraumatismului:

- gr. I – până la 20 puncte – letalitatea posibilă – 10%
- gr. II – 20-35 puncte - letalitatea posibilă – 25%
- gr. III – 35-50 puncte - letalitatea posibilă – 50%
- gr. IV – peste 50 puncte - letalitatea posibilă – 75%

III. Bazele pe o combinație de parametri fiziologici și anatomici

Scorul TRISS

Boyd et al. În a. 1987 a propus fuzionarea scorurilor fiziologic (RTS) și anatomic (ISS) în dependență de vârsta pacientului având o valoare predictivă de apreciere a posibilității supraviețuirii pacientului politraumatizat, fiind veridică în 60% cazuri.

Atitudine terapeutică

Conceptul “Damage control surgery” este o strategie propusă în anul 1990 de școala politraumatismelor din Hanover, care subliniază importanța abordării în etape a tratamentului chirurgical. Se acordă prioritate refacerii homeostazei pacientului prin intervenție chirurgicală imediată de stabilizare a politraumatizaților cu o gravitate lezională ISS mai mare de 16 puncte în prezența serioaselor leziuni cerebrale, toracale, abdominale.

Se disting trei faze ale conceptului “damage control surgery”; stabilizare, tratament în STI, reconstrucție definitivă după reechilibrarea pacientului cât mai precoce posibil și se suprapun cu fazele evolutive a răspunsului inflamator sistemic, care vor decide atitudinea terapeutică și amploarea lor. În ziua 1, în contextul răspunsului inflamator localizat este posibilă intervenția chirurgicală precoce. În ziua 2 și 3, care se caracterizează prin exacerbarea răspunsului inflamator, o intervenție chirurgicală poate accentua răspunsul de fază acută. În această perioadă sunt indicate intervențiile chirurgicale după indicații vitale, urmează apoi o așa zisă fereastră chirurgicală între ziua 5 și aproximativ 10, în care se fac intervențiile chirurgicale reparatorii. Chirurgia reconstructivă se face în perioada de recuperare, după minimum 3 săptămâni de la traumă.

Concluzii

1. Conceptul contemporan de tratament “Damage control surgery” a pacientului politraumatizat va permite evaluare obiectivă și eșalonarea măsurilor terapeutice urgente conform gravității leziunilor.

2. Scalele de severitate ISS, APACHE II, GCS constituie criterii obiective de evaluare a gravității politraumatismelor și contribuie la ameliorarea deciziilor terapeutice, a calității asistenței medicale urgente acordate acestor categorii de pacienți.

3. Realizarea acestei atitudini de asistență medicală urgentă „Damage control surgery”, va permite preîntâmpinarea (micșorarea) complicațiilor la pacienții politraumatizați critic.

Bibliografie

1. PAPE HC, HILDEBRAND F, PERTSCHY S, ZELLE B, GARAPATI R, GRIMME K, KRETTEK C, REED RL . *Changes in the management of femoral shaft fractures in polytrauma patients: from early total care to damage control orthopedic surgery.* J Trauma.2002; 53:452 -62.
2. ROTONDO M, SCHWAB C, MCGONIGAL M, et al. *Damage control: an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury.* J Trauma 1993;35(3):375-382.
3. БЕЦИШОР В. Множественные переломы костей конечностей и их последствия. Кишинёв., 1985.
4. СОКОЛОВ В А. Множественные и сочетанные травмы. Издательская группа „ГЭОТАР-Медиа”.

CATATRAUMATISME CRANIOCEREBRALE ASOCIATE CU LEZIUNI ALE MEMBRELOR ȘI BAZINULUI

CRANIOCEREBRAL KATATRAUMAS ASSOCIATED WITH EXTREMITY AND PELVIS LESIONS

Roman POSTOLACHE, Vasile BURUNSUS, Iulian GLAVAN

Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență;

Catedra Neurologie, Neurochirurgie și Genetică medicală FPM a Universității de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu"

Rezumat

Am evaluat rezultatele examinărilor și tratamentului la katatraumatisme craneo-cerebrale asociate cu leziuni ale membrelor și bazinului. La evidență s-au aflat 330 pacienți cu katatraumatisme craneo-cerebrale asociate (KTCCA) din care 81 (24,54%) au fost cu katatraumatisme cranio-scheletale monoasociate. Leziunile membrelor și bazinului au fost unilaterale în 59 (72,83%) de cazuri, iar în 22 (27,17%) - bilaterale. La 50 (61,72%) accidentați s-au determinat leziuni unice și la 31 (38,28%) multiple. Din 120 de fracturi, numai 8 (6,7%) au fost deschise. La 20 pacienți (16,7%) – fracturi cominutive și 60 (50,0%) – cu deplasarea fragmentelor. Majoritatea fracturilor cu deplasare s-au întâlnit la oasele tubulare mari și la bazin. Predomină leziunile membrelor inferioare – 60 (56,07%) asupra celor superioare – 47 (43,93%).

Summary

We evaluated the examination and treatment results of craniocerebral katatraumas associated with extremities and pelvis lesions. 330 patients with associated craniocerebral katatraumas, 81 from which (24,54%) were related to monoassociated cranoskeletal katatraumas. The extremities and pelvis lesions were unilateral in 59 cases (72,83%), and bilateral in 22 cases (27,17%). 50 patients (61,72%) had unique lesions and 31 (38,28%) multiple. From 120 fractures, only 8 (6,7%) were external. In 20 patients (16,7) – comminutive fractures and 60 patients (50,0%) – with fragment moving. The majority of the moving fractures was noticed at big tubular bones and pelvis. Inferior extremities lesions are more frequent - 60 (56,07%) than the superior ones – 47 (43,93%).

Introducere

Traumatismul craneo-cerebral este una din cauzele principale de invalidizare și decese ale populației din toate statele lumii, prin care se aduc prejudicii economice esențiale. După datele Organizației Mondiale a Sănătății, anual acest gen de traumatisme crește cu 2%. Traumatismele asociate, în special katatraumatismele craneo-cerebrale asociate, se impun printre problemele de actualitate ale medicinei contemporane.

Material și metode

Din 330 pacienți cu katatraumatisme craneo-cerebrale asociate (KTCCA), 81 (24,54%) au fost cu katatraumatisme cranio-scheletale monoasociate.

Am utilizat următoarele metode de diagnostic: examenul roentgenologic, TC, RMN, mielografia, computermielografia, trapanaj diagnostică a craniului, ecoencefaloscopia, electroencefalografia, puncția lombară.