

15. Nash K., Hafeez A., Hou S., *Hospital-acquired renal insufficiency*. Am J Kidney Dis, 2002;39:930-6.
16. Abosaif N.Y., Tolba Y.A., Heap M., Russell J., *The outcome of acute renal failure in the intensive care unit according to RIFLE: model application, sensitivity, and predictability*. Am J Kidney Dis, 2005;46:1038-48.
17. Hou S.H., Bushinsky D.A., Wish J.B., Cohen J.J., *Hospital-acquired renal insufficiency: a prospective study*. Am J Med, 1985;74:243-8.
18. Liano F., Pascual J., *Epidemiology of acute renal failure: a prospective, multicenter, community – based study*, Kidney Int, 1996; 50:811-8.
19. Mehta R.L., Pascual M.T., Soroko S., Savage S., Savage B.R., Himmelfarb J., Ikizler T.A. et al., *Spectrum of acute renal failure in the intensive care unit: the PICARD experience*, Kidney Int, 2004;66:1613-21.
20. Carmichael P., Carmichael A.R., *Acute renal failure in the surgical setting*. ANZ J Surg, 2003;73:144-53.
21. Lameire N., Van Beisen W., Vanholder R., *Acute renal failure*. Lancet, 2005;365:417-30.
22. Lameire N.H., *Contrast-induced nephropathy – prevention and risk reduction*. Nephrol Dial Transplant, 2006;21:i11-23.
23. Merenzi G., Assanelli E., Marana I., Lauri G., Campodonico J., Grazi M. et al., *N-acetylcysteine and contrast-induced nephropathy in primary angioplasty*. N Engl J Med. 2006;354:2773-82.
24. Sandhu C., Belli A.M., Oliveira D.B., *The role of N-acetylcysteine in the prevention of contrast-induced nephrotoxicity*. Cardiovasc Intervent Radiol, 2006;29:344-7.
25. Kulkarni S., Jayachandran M., Davies A., Mamoun W., Al-Akraa M., *Nondilated obstructed pelvocalyceal system*, Int J. Clin Pract., 2005;59:992-4.
26. MacDowall P., Kalra P.A., O'Donoghue D.J., Waldek S., Mamtara H., Brown K., *Risk of morbidity from renovascular disease in elderly patients congestive cardiac failure*, Lancet, 1998;352:13-6.
27. Dupon P.J., Lighthstone I., Clutterbuck E.J., Gaskin G., Pusey C.D., Cook T. et al., *Lesson of the week: cholesterol emboli syndrome*. BMJ, 2000;321:1065-7.
28. Kellum J., Leblanc M., Venkataraman R., *Acute renal failure*. www.clinicalvidence.com/cweb/conditions/cnd/2001/2001.jsp
29. Kwok M.H., Catto G.R., Edward N., Macleod A.M., *Acute renal failure: factors influencing nephrology referral and outcome*. QJM, 1997;90:781-5.
30. Star R.A., *Treatment of acute renal failure*. Kidney Int, 1998;54:1817-31.

Rezumat

Insuficiența renală acută este alterarea brutală și potențial reversibilă a funcției de excreție renală, având ca manifestare un sindrom clinic umoral și urinar. La un subiect cu rinichii considerați anterior sănătoși, în care oligoanuria și azotemia ocupă locul central. Cunoașterea managementului insuficienței renale acute ar contribui la micșorarea morbidității.

Summary

Acute renal failure is further reduction to a level of function at which the kidneys are unable to maintain normal biochemical homeostasis. Acute renal failure develops over a period of days or weeks. It is usually accompanied by oliguria (less than 400 ml of urine per day) or anuria (0 to 100 ml of urine per day for an adult of standard size).

ACCIDENTE ȘI COMPLICAȚIILE TRAUMATISMELOR REGIUNII FACIALE

Dumitru Hițu, dr. în medicină, conf. univ., **Dumitru Șcerbatiuc**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Oxana Moraru**, asist.univ., **Afanasie Hâțu**, USMF "Nicolae Testemițanu"

Traumatismul regiunii faciale și manoperele stomatologice care se desfășoară la nivelul cavității bucale constituie o amenințare permanentă pentru căile aeriene superioare [2,3,4,5,7,10,12,13,14,15].

Accidentele, foarte rare din fericire, sunt deosebit de importante prin pericolul vital pe care îl prezintă. Accidentele legate de înlăturarea corpurilor străini din trahee și esofag țin de competența otorinolaringologului [1,6,8,9,11]. Totuși există situații de extremă urgență, când oricărui medic, indiferent de specialitate, i se indică să recurgă la traheostomie sau la altă manevră pentru a salva bolnavul. Considerăm că traheostomia este recomandată cu prea multă ușurință, practic ea neputând fi executată decât de medicii cu experiență. Efectuarea traheostomiei pe mulge la catedra de anatomie topografică și la studiile postuniversitare ar ușura realizarea ei în cazul accidentului.

Scopul studiului:

1. Analiza factorilor etiologici, frecvenței, particularităților clinice ale complicațiilor traumatismului facial care determină dereglarea aerodinamicii.
2. Propunerea unor recomandări pentru cazul apariției accidentelor și metode moderne de tratament al bolnavului.

Materiale și metode: În conformitate cu sarcina de lucru, a fost efectuat un studiu al parametrilor de incidență, cauzalitate și al impactului organic al complicațiilor traumatismului facial la pacienții din secția Chirurgie Oro-Maxilo-Facială. Studiul a fost realizat la Centrul Republican de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială din Chișinău.

Rezultate și discuții: Accidentul este un eveniment neașteptat, neintenționat, nedorit sau o complicație neprevăzută, apărută în evoluția unei boli (în timpul diagnosticului sau al tratamentului). Complicația reprezintă o stare patologică nouă (agravantă), care apare în evoluția unei boli. Accidentele apar imediat, iar complicațiile sunt secundare.

După timpul apariției, complicațiile sunt:

- 1) imediate (primare), (șoc, asfixie, hemoragie, comoție);
- 2) tardive (secundare).

După extensie există complicații:

- 1) locale în traumele regiunii OMF(defect, deformații, cicatrice);
- 2) generale.

După localizare, se înregistrează complicații în:

- 1) fracturi de mandibulă;
- 2) fracturi de maxilă;
- 3) fracturi complexului zigomatic;
- 4) fracturile complexului nazoetmoidal;
- 5) în plăgile faciale;
- 6) ale leziunilor dentoparodontale;
- 7) ale leziunilor traumatice ATM.

Complicații imediate în traumatismul facial sunt:

- șocul;
- asfixia;
- hemoragia;
- traumatism craniocerebral.

Dereglarea aerodinamicii

Asfixia este o sufocare cauzată de oxigenarea insuficientă a sângelui. Ea se manifestă din punct de vedere fiziopatologic prin obturarea conductelor aeriene superioare, care clinic se manifestă prin paroxisme de dispnee, tuse ș.a. Drept rezultat al fracturii maxilarului superior, are loc blocarea arborelui respirator. Orofaringele și nazofaringele pot fi obturate sau îngustate ca rezultat al:

a) deplasării masivului facial inferior și posterior, care poate avea loc în fracturile Le Fort III și fracturile de maxilar superior cominutive;

b) prezenței corpurilor străini în urma deplasării unor eschile osoase posterior, sau al corpurilor străini din mediul înconjurător (lemn, pietre, sticlă, plastic).

c) aflării bolnavilor în comă, din care cauză se pot obtura orofaringele și nazofaringele cu salivă, chiaguri ori sânge. Reflexele de tusă lipsesc, de aceea ei nu pot să dea capului o poziție în care să aibă loc eliminarea spontană a acestora;

d) lezării vaselor magistrale, când are loc obturarea arborelui traheobronhial; în unele cazuri sângele este înghițit de bolnav și când el vomită, ajunge în căile respiratorii;

e) hematomului în zona faringelui;

i) edemului posttraumatic nazal și faringian.

Etiologia: copii anxioși, inividizii neurotici, psihici, epileptici, isterici.

Formele (clasificarea) de asfixie în traumatismele OMF (SKODA):

1. Stenotică.

2. Valvulară (Klapan).

3. Obturare.

4. Dislocare.

5. Aspirare.

1. **Asfixia stenotică.** Edem al faringelui, laringelui și ligamentelor vocale ori obturarea cu un hematom sau emfizem. Tratamentul de urgență constă în intubarea orotraheală sau nazotraheală, dacă nu este suficient, atunci se efectuează și traheostomia.

2. **Asfixia valvulară (Klapan).** Lambou de țesut al palatului moale, peretele posterior al laringelui sau limbii ce obturează căile respiratorii superioare și dereglează respirația. La expirație lamboul se deplasează superior, la inspirație obturează căile respiratorii superioare și din ce în ce în plămâni rămâne mai puțin oxigen. Tratamentul trebuie să fie cât mai urgent și constă în ridicarea lamboului și suturarea, fixarea lui sau incizăm lamboul.

3. **Asfixia prin obturare.** Obturarea căilor respiratorii cu corp străin (dinte, piatră, obiect metalic sau de mase plastice, materie, bucăți de proteze), chiaguri de sânge, mase vometante. Tratamentul: înlăturarea corpilor străini, chiagurilor de sânge cu un tifon înfășurat în jurul degetului ori cu un dispozitiv de aspirație. Traheostomia.

4. **Asfixia prin dislocare.** În cazul fracturii mentoniere bilaterale ori a lezării mușchilor ce fixează limba (m. geniohioid, m. mylohioid, m. digastricus). Limba se deplasează posterior și obturează căile respiratorii superioare. Poziția bolnavului fără cunoștință: culcat cu capul lateral pe partea afectată sau cu fața în jos. Bolnavul cu cunoștință în poziție semișezândă ori semiculcată. Se fixează limba cu diferite mijloace: suturarea limbii, fixarea limbii cu bold, ligaturarea, fixarea cu fixator de limbă. Repoziția și fixarea temporară a fragmentelor fracturate cu ajutorul pansamentului standard de transport. (fig. 1)

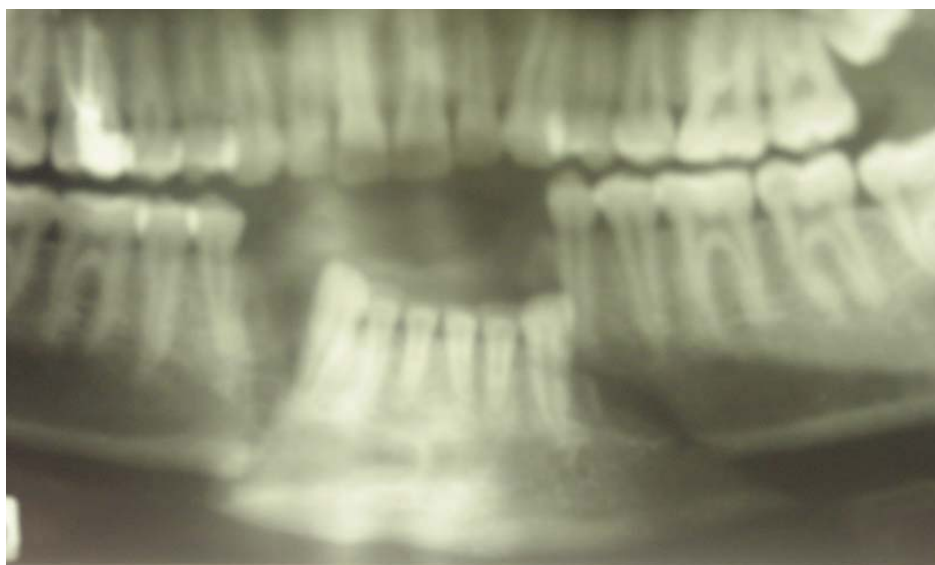


Fig. 1. Fractura mandibulei bilaterale mentonieră cu deplasare, care poate duce la asfixie dislocativă

5. **Asfixia prin aspirare.** Aspirarea corpi străini în căile respiratorii superioare (masă vomitantă, chiag, eschilă, dinte). Tratamentul constă în aspirația cu ajutorul tubului introdus în trahee.

În urma acumulării de salivă, sânge și chiaguri de sânge la bolnavii care se află în comă, la care reflexele protectoare (tuse, înghițire) lipsesc ori ei nu pot să-și găsească o poziție pentru a elimina lichidele acumulate, se blochează arborele respirator la diferite niveluri și se instituie insuficiența respiratorie acută. Uneori sângele este înghițit, se acumulează în stomac, apoi este vomat și aspirat în căile respiratorii. Exemplul de mai sus demonstrează cum starea generală a organismului agravează insuficiența respiratorie acută, determinând așa-numitul „Simptomul agravării reciproce”.

Corpul străin, ajungând în căile respiratorii superioare, se manifestă clinic diferit, putând fi inofensiv (are dimensiuni mici) sau deosebit de periculos când obturează orificiul glotic, expresia feței devenind alarmantă.

Clinica asfixiei. Accidentatul prezintă facies cianotic, anxios, dispnee accentuată, agitație, tuse, disfonie, pot exista și dureri. În momentul obturării căilor respiratorii cu corpi străini, mâna bolnavului este orientată spre gât, iar degetele sunt deschise în formă de „V”. Hipersalivație cu sialoree. Asfixia se instalează clinic cu debutul brusc, bolnavul este agitat, manifestă astenie pronunțată, are o înfățișare înspăimântătoare, ochii larg deschiși, pielea feței este hiperimiată, cu transpirații reci, pulsul frecvent. Semnele clinice de traumatism acut pot fi examinate vizual sau să lipsească.

Cianoza perionazală. Explorarea funcției pulmonare (indirect a traumei nazale) prin spirometrie (dereglarea respirației nazale) obiectivează prezența și severitatea simptomelor, monitorizează evoluția bolii și răspunsul la tratament, oferă un suport puternic pentru alcătuirea schemei terapeutice și aprecierea prognosticului. Evaluarea corectă și obiectivă a rezultatelor permite a ajusta conduita terapeutică în funcție de evoluția cazului.

Manifestările psihice sunt o componentă importantă a patologiei traumatismului facial, mai ales, asociat, fiind necesară cunoașterea acestora de către medic (practicieni) în scopul unui management de calitate al pacientului.

Manevra Heimlich constă în următoarele: se aplică pumnul în regiunea epigastrală mai sus de ombilic, creându-se o presiune aeriană în arborele respirator cu direcția de la plămâni spre trahee și laringe, datorită deplasării diafragmei în sus.

Evoluția accidentatului este diferită și poate prezenta următoarele variante:

- Corpul străin poate fi expulzat odată cu accesele de tuse de către medic sau de bolnav.
- Reluarea funcției normale după îndepărtarea corpului străin.
- Insuficiență respiratorie acută gravă și asfixia.

Complicații: mediatenite, pneumonii, moarte subită.

Profilaxia în asfixie: psihoterapia cu scopul de liniștire a pacienților,

Concluzii

1. Complicațiile traumatismului facial sunt foarte rare.
2. Tratamentul urgent salvează viața bolnavului.

Bibliografie selectivă

1. Ababii I., *Otorinolaringologie (vademecum clinic)*, CEP Medicina, Chișinău, 2002, p. 27.
2. Băciuț G., *Urgențele medico-chirurgicale*. Editura Medicală Universitară. „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2002.
3. Ciobanu Gh., *Evaluare clinico-epidemiologică și managementul strategic al urgențelor medico-chirurgicale în Republica Moldova*. Chișinău, 2001, p. 19-28.
4. Crivtanschi L. D., *Urgențele medicale*. Chișinău, 2005, pag. 303-313.
5. Corlăteanu M., *Structura politraumatismelor și componentele asistenței medicale specializate de urgență în SCMU*. Conferința științifico-practică. “Parteneriat în sănătatea publică”, Chișinău, 1998, p. 1-2.
6. Ionița Elena., I.Ionița., Fl. Anghelina, Ramona Mălin, Beatrice Stănculescu, S. Ciolofan, *Diagnosticul etiologic în epistaxis*. Zilele U.M.F. Craiova. România, Ediția a XXXIV-a. Volum de rezumate. Editura Medicală Universitară. 2004, p. 63-64.

7. Lupan I., *Unele aspecte ale asistenței de urgență oro-maxilo-facială pediatrică* // Materialele conferinței anuale a colaboratorilor USMF “N. Testemițanu”, Chișinău, 1999. P. 494.
8. Lucreție Titirica, *Urgențele medico-chirurgicale*, București, 2002, pag. 274-294.
9. Romdall D. A., Bernstein P. E., *Epistaxis balloon catheter stabilisation of zygomatic arch fractures*, Ann. Otol Rhinol Laryngol, 1996; 105: 1351-4.
10. Soriano E., Caldas A., Goes P., *Risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian school-children*, Dental Traumatology 2004; 20; 246-250.
11. Tomescu E., *Urgențe și manevre în practica otorinolaringologie de cabinet* / E. Tomescu, Cluj-Napoca, Dacia, 1996, p. 195.
12. Гудумак В. С., Кашинский Ю. Б., Нигулееану В. И., *Множественная и сочетанная травма, сопровождающаяся шоком*. Кишинёв, 1993, стр. 238.
13. Карук Е. В., *Опыт лечения больных черепно-лицевой травмой в условиях многопрофильной больницы*/ Е. В. Карук, В. М. Бурдух // *Современная стоматологическая и челюстно-лицевая хирургия*, Киев, 1998, с. 128-129.
14. Стучилов В. А., *Хирургическое лечение и реабилитация больных с последствиями и осложнениями травм средней зоны лица*. Автореф. дисс. д-ра. мед. Наук, М., 2004, 46 стр.
15. Томас Скалетта, Джеффри Шайлер, *Неотложная травматология*. Москва, 2006 стр. 147-165.

Rezumat

În studiu sunt expuse etiologia și particularitățile clinice ale complicațiilor traumatismului facial. De pe poziții contemporane, sunt analizate dereglările funcționale, metodele moderne de tratament al complicațiilor posttraumatice ale regiunii faciale. Traumatismul și manoperele stomatologice care se desfășoară la nivelul cavității bucale constituie o amenințare permanentă pentru căile aeriene superioare. Asfixia se manifestă din punct de vedere fiziopatologic prin obturarea conductelor aeriene superioare, care clinic se manifestă prin paroxisme de dispnee, tuse. Drept rezultat al traumatismului facial, are loc blocarea arborelui respirator.

Summary

In this work there are expose etiology, the clinical particularity of complication in facial trauma. In prezent there are analysed the functional deregulation, the modern methods of treatment. The permanent threatening for the aerial superior ways are trauma and stomatologics manoeuvrenwith prossed at the oral cavity. In painy of physiopathologic the stifle appear after the obstruction (obturation) of aerial superior ways. In the result of facial trauma have been blocked the breathing tree.