

Silvian **DASCHIEVICI**
Mihai **MIHĂILESCU**



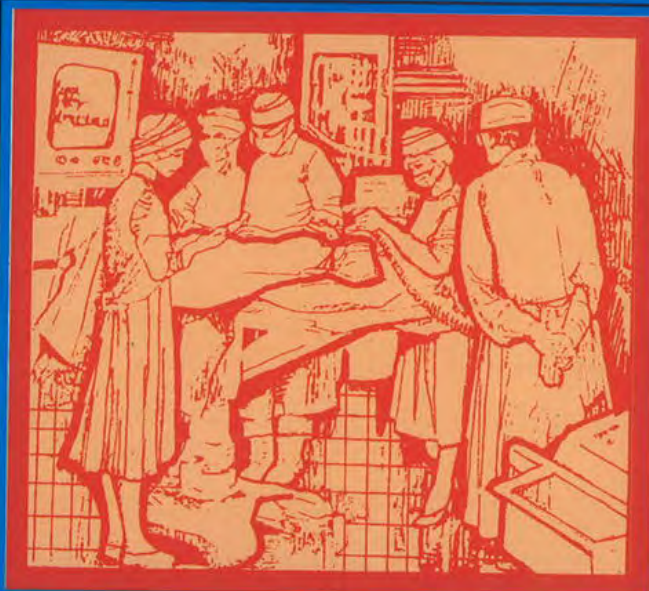
CHIRURGIE



EDITURA MEDICALĂ



Silvian **DASCHIEVICI**
Mihai **MIHĂILESCU**



CHIRURGIE



EDITURA MEDICALĂ



Cuprins

<i>Cuvânt înainte</i>	3
<i>Prefață. Dr. Mioara Mincu</i>	9
 <i>1. Noțiuni generale despre chirurgie</i>	15
<i>2. Organizarea, funcționarea și dotarea serviciilor de chirurgie</i>	20
2.1. Asistența chirurgicală ambulatorie	21
2.2. Asistența medicală în secția de chirurgie	22
<i>3. Dezinfecția, asepsia și antisepsia</i>	61
<i>4. Infecțiile chirurgicale acute</i>	97
4.1. Generalități	100
4.2. Modul de evoluție a infecției chirurgicale și modalități de autoapărare (autovindecare)	102
4.3. Infecțiile acute chirurgicale localizate - forme clinice	105
4.4. Infecțiile piogene ale degetelor și mâinii	118
4.5. Infecțiile sistemice	123
<i>5. Tuberculoza chirurgicală</i>	139
<i>6. Anestezia</i>	158
6.1. Anestezia generală	161
6.2. Anestezia de conducere (regională)	178
6.3. Anestezia locală	182
<i>7. Intervențiile chirurgicale elementare</i>	190
7.1. Intervențiile comune diverselor specialități medicale	192
7.1.1. Injecțiile	192
7.1.2. Puncția	206
7.1.3. Sondajul	211
7.1.4. Tubajul	211
7.1.5. Aspirația gastrică	211
7.1.6. Clisma	211
7.2. Intervențiile chirurgicale specifice	212
7.2.1. Incizia	212
7.2.2. Sutura	215
7.2.3. Cauterizarea	217
7.2.4. Drenajul	220
<i>8. Hemoragia și hemostaza</i>	227
<i>9. Transfuzia de sânge</i>	252

10. Plăgile, pansamentele, bandajele	300
10.1. Plăgile	301
10.2. Pansamentele	309
10.3. Bandajele	313
11. Arsurile	325
12. Leziuni prin temperaturi scăzute	346
12.1. Degerăturile	346
12.2. Hipotermia	349
13. Traumatismele părților moi și ale oaselor	353
13.1. Leziuni traumatiche închise ale pielii și părților moi	355
13.1.1. Contuzia	355
13.1.2. Traumatismele tendoanelor	359
13.1.3. Traumatismele vaselor	360
13.2. Leziuni traumatiche ale oaselor	362
13.2.1. Entorsele	362
13.2.2. Luxațiile	364
13.2.3. Fracturile	368
14. Șocul	388
14.1. Etiopatogenia șocului	390
14.2. Clasificarea șocului	396
14.3. Simptomatologia stadiilor evolutive ale șocului	397
14.4. Tipuri de șoc	399
14.5. Tratatamentul șocului - principii și conduită	408
15. Tumorile	423
15.1. Clasificarea tumorilor	424
15.2. Tumorile benigne	427
15.3. Tumorile maligne	427
16. Primul ajutor în urgențele medico-chirurgicale. Resuscitarea cardio-respiratorie	441
16.1. Resuscitarea respiratorie	443
16.2. Resuscitarea cardiacă	453
17. Accidentele de circulație	469
18. Noțiuni de semiologie chirurgicală	485
18.1. Foaia de observație clinică chirurgicală	488
18.2. Evaluarea unor manifestări patologice	497
18.3. Examinarea unor tumefacții (tumori, hernie, eventrație, eviscerație)	507
18.4. Examinarea unor leziuni (inflamație locală, entorsă, luxație, fracturi, plăgi)	510
19. Îngrijirile preoperatorii	531
20. Complicațiile postoperatorii	578
21. Îngrijirile postoperatorii	613
21.1. Îngrijirea postoperatorie în salon (obișnuită)	614
21.2. Îngrijirea postoperatorie în secția de terapie intensivă	619
21.3. Reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritiv-energetică postoperatorie	620
22. Afeecțiunile peretelui abdominal (hernii, eventrații, eviscerații)	640

23. Conduită și tratament în abdomenul acut	656
23.1. Abdomenul acut medical	658
23.2. Abdomenul acut chirurgical	662
23.2.1. Abdomenul acut chirurgical traumatic	662
23.2.2. Abdomenul acut chirurgical netraumatic	669
24. Conduită și tratament în traumatisme	725
24.1. Traumatisme cranio-cerebrale acute	727
24.2. Traumatisme maxilo-faciale	738
24.3. Traumatismele gâtului	742
24.4. Traumatismele vertebro-medulare	743
24.5. Traumatismele toracelui	749
24.6. Traumatismele abdomenului	756
24.7. Traumatismele membrelor	758
25. Afecțiunile chirurgicale ale vaselor	771
25.1. Patologia sistemului arterial	772
25.2. Patologia sistemului venos	781
26. Afecțiunile chirurgicale uro-genitale	793
27. Afecțiunile chirurgicale ale glandei mamare	843
27.1. Afecțiunile inflamatorii ale glandei mamare	844
27.2. Afecțiunile distrofice ale sânului	846
27.3. Tumorile glandei mamare	847
28. Afecțiunile O.R.L. (Dr. Victoria Voichiță)	856
29. Afecțiunile oftalmologice	885
30. Afecțiunile dinților și ale gurii	922
31. Terapia cu laser (Dr. Victoria Voichiță)	932
Răspunsuri la chestionarele de la capitolele 1-31	938
Bibliografie	943

Verificați-vă cunoștințele

3.1. Istoric și generalități	63
3.2. Dezinfecția	65
3.3 Asepsia. Metode de realizare a asepsei	66
3.3.1. Dezinfecțarea mâinilor	66
3.3.2. Tehnica pregătirii și îmbrăcării halatului, a măștii și mănușilor pentru operație	68
3.3.3. Pregătirea câmpurilor, a compreselor și a celorlalte materiale necesare pentru asigurarea asepsei în timpul actului operator	71
3.3.3.1. Câmpurile	71
3.3.3.2. Compresese	73
3.3.3.3. Meșele	73
3.3.3.4. Vata	73
3.3.3.5. Firele de sutură	73
3.3.4. Manevrela pregătitoare pentru efectuarea operației	73
3.3.5. Sterilizarea instrumentelor chirurgicale și a materialelor	75
3.3.5.1. Sterilizarea prin mijloace fizice	75
3.3.5.1.1. Sterilizarea prin căldură	75
■ Căldură umedă	76
▼ fierbere	76
▼ fierbere sub presiune	76
▼ sterilizarea cu vapori de apă supraîncălziți la presiune	77
■ Căldură uscată	79
▼ flambare	79
▼ etuvă cu aer cald (pupinel)	80
3.3.5.1.2. Sterilizarea prin iradiere	81
3.3.5.1.3. Sterilizarea prin ultrasunete	81
3.3.5.1.4. Sterilizarea prin raze ultraviolete	81
3.3.5.2. Sterilizarea prin mijloace chimice	82

3.3.5.2.1. Sterilizarea prin formol	82
3.3.5.2.2. Sterilizarea cu vapori de oxid de etilenă	82
3.3.5.3. Alegerea tipului de sterilizare	83
3.3.5.4. Controlul sterilizării	84
3.3.5.5. Materiale chirurgicale sterile cu o unică întrebuințare	85
3.4. Antisepsia. Principalele substanțe antiseptice	86
3.4.1. Alcoolul rectificat	86
3.4.2. Tinctura de iod	86
3.4.3. Antisepticele oxireductoare	86
3.4.3.1. Apa oxigenată	87
3.4.3.2. Cloramina	87
3.4.3.3. Permanganatul de potasiu	87
3.4.4. Substanțe colorate	87
3.4.4.1. Rivanolul	87
3.4.4.2. Albastru de metilen	88
3.4.4.3. Violet de gențiană	88
3.4.5. Antiseptice albumino-precipitante	88
3.4.5.1. Sărurile de argint	88
3.4.5.1.1. Nitratul de argint	88
3.4.5.1.2. Colargolul	88
3.4.5.1.3. Protargolul și argirorul	88
3.4.5.2. Sărurile de mercur	88
3.4.5.2.1. Biclorura de mercur	88
3.4.5.2.2. Oxicianura de mercur	89
3.4.5.3. Acidul boric	89
3.4.6. Fenolul (acidul fenic)	89
3.4.7. Eterul	89
3.4.8. Iodoformul	89
3.4.9. Gomenolul	89
3.4.10. Preparate tipizate	89
3.4.10.1. Septozolul	89
3.4.10.2. Metoseptul	90
3.4.11. Antisepticele tensioactive	90
3.5. Sterilizarea prin mijloace biologice (chimioterapice antimicrobiene)	90
3.5.1. Chimioterapice de sinteză	90
3.5.2. Antibiotice	90
3.5.2.1. Betalactaminele	91
3.5.2.2. Aminoglicozidele	91
3.5.2.3. Microlidele (tetraciclina)	91
3.5.2.4. Polipeptidele ciclice	91
3.5.3. Spectrul antimicrobian	91
3.5.3.1. Antibiotice cu spectru îngust - tip penicilinic	91
3.5.3.2. Antibiotice cu spectru îngust - tip streptomicină	91
3.5.3.3. Chimioterapice cu spectru larg	91
Chestionar la capitolul 3	92

3.1. ISTORIC ȘI GENERALITĂȚI

Una din complicațiile aproape de neînălțurat altădată după operații era infecția. Plăgile accidentale sau cele postoperatorii se infectau aproape întotdeauna, colectau și apoi se deschideau, fie spontan, fie prin incizii făcute de chirurg. Din momentul colectării puroiului și apoi al evacuării lui, starea generală a bolnavului — foarte alterată până atunci — se îmbunătățea. Dacă puroiul nu colecta și mai ales dacă nu era evacuat, bolnavul intra într-o stare de *septicemie gravă*, care ducea inevitabil la moarte. De aceea a dăinuit timp de secole dictonul latin „*pus bonum et laudabilem*“, adică „apariția puroiului era ceva bun și demn de toată lauda“.

Au trebuit să treacă mii de ani până să se constate că apariția puroiului nu este obligatorie după fiecare rană, după fiecare operație, și că ea se datora pătrunderii în plagă a unor germeni invizibili — microbi — care, introduși accidental sau prin mâinile și instrumentele murdare, găsesc în plagă un mediu favorabil de dezvoltare, se înmulțesc, dau lupta cu elementele de apărare din organism, distrug țesuturile în care se dezvoltă și, în final, duc la apariția de colecții purulente sau, alteori, la septicemii urmate de moarte.

Nimeni până la *Pasteur* (1822-1895) n-a știut să explice științific ce anume se întâmplă, care sunt agenții provocatori de infecții și cum se poate lupta contra lor. Spre exemplu, marele obstetrician *Semmelweis* (1818-1865), care a practicat medicina la Viena, observa că aproape toate femeile care nașteau în serviciul pe care-l conducea se îmbolnăveau de infecții grave, deși în acest serviciu nașterile erau asigurate de medici, pe câtă vreme într-o maternitate vecină, unde nașterile erau asistate numai de moașe, mamele nu făceau aproape deloc infecții puerperale. Mai mult chiar, el observa că, după fiecare caz care murea din cauza unei infecții puerperale, urma o adevărată epidemie de infecții similare la femeile care nașteau în același serviciu. După ani de zile de insistente cercetări, *Semmelweis* a deslușit acest „extraordinar“ mister. El a constatat că „epidemia“ se datora faptului că el, împreună cu medicii din serviciul său, intrau în sălile de naștere imediat după ce făceau o autopsie unei femei moarte în urma febrei puerperale. *Ei mergeau din sala de autopsie în sălile de nașteri și asistau nașterile fără să se dezbrace de hainele cu care au fost la autopsie (haine obișnuite de stradă) sau chiar fără să se spele pe mâini după ce au autopsiat cadavrul și au atins puroiul care omorâse bolnava (autopsia se efectua, pe acele vremuri, fără mănuși).* Înarmat cu aceste descoperiri, *Semmelweis* a interzis medicilor din serviciul său să asiste o naștere fără să se fi spălat pe mâini cu apă și săpun și fără să se clătească apoi cu apă clorată. *Aceasta a dus la o scădere evidentă, imediată, a numărului infecțiilor puerperale.*

Marele mister al sursei infecțiilor a putut fi dezlegat prin cercetările lui *Louis Pasteur*. El a constatat că bulionul clar sau serul din sânge ținut într-un vas descoperit se tulbură și emană un miros greu. Cercetând la microscop o picătură din acest bulion, a constatat prezența a milioane de germeni care înainte cu puțină vreme nu existau. De unde apăreau acești germeni? Ei proveneau din vasul (nesterilizat) în care era pus bulionul și din aer. A constatat, de asemenea, că dacă bulionul recent preparat era închis într-un balon de sticlă cu dop și fiert la 120°-140°, deci sterilizat, își menținea

limpezimea fără limită, iar în picătura examinată la microscop nu se vedea nici un microb, pentru că prin fierbere fuseseră distruși microbii existenți în vas. La scurt timp însă după ce se scotea dopul balonului de sticlă, bulionul se tulbura, datorită infecției provocate de microbii existenți în aer care pătrundeau în balonul de sticlă.

Pe aceste observații și-a fondat el tezele privitoare la infecție și la lupta contra ei. Iată ce spunea el, printre altele, chirurgilor, privitor la această problemă: „*Dacă aș fi chirurg, pătruns cum sânt de pericolele la care ne expun microbii răspândiți pe suprafața tuturor obiectelor în spitale, nu numai că aș respecta o curățenie perfectă dar mi-aș spăla mâinile cu cea mai mare băgare de seamă și nu aș întrebuința decât vată, pansamente și instrumente ținute în prealabil la o temperatură de 130°-150°. Mi-aș spăla de asemenea mâinile, înainte de operații, cu apă care a fiert la 110°-120° (sub presiune). Lucrând în acest fel nu m-aș mai teme decât de microbii care stau în suspensie în aerul atmosferic*”.

Dar, majoritatea chirurgilor din epoca lui Pasteur n-au înțeles marile adevăruri pe care le arăta acest savant. Era de altfel și greu să înțeleagă așa ceva, medicii care în acea vreme consultau în spital sau la domiciliul pacienților, îmbrăcați în frac sau haine de stradă și care scoteau din buzunarele pantalonilor sau dintr-o cutie murdară, forcepsul pentru a asista o naștere, sau operau cu instrumente nesterilizate.

Dar învățămintele lui Pasteur și-au făcut tot mai mult loc printre preceptele științifice ale practicii medicale. Lumea chirurgicală a început să lucreze din ce în ce mai mult „fără microbi”, „fără infectare” din afară. Așa s-a născut *asepsia* (grecește a = fără; sepsis = infecție), iar părintele unanim recunoscut al asepsei a fost L. Pasteur, savantul care n-a fost chirurg și nici medic, dar care a făcut pentru medicină mai mult decât făcuseră mii de medici înaintea sa.

Paralel cu cercetările lui Pasteur, un alt savant, chirurgul *Lister* din Anglia, descoperirea o altă metodă de a lupta contra infecției: turnarea pe plagă a unor substanțe care aveau rolul să omoare microbii. Așa s-a născut *antisepsia* (grecește anti = contra; sepsis = infecție), iar substanțele care erau destinate să distrugă microbii s-au numit antiseptice.

Viața, experiența au arătat că amândouă metodele își au locul lor bine stabilit în chirurgie.

Prima — asepsia — este cea mai indicată. Grație ei se înlătură pătrunderea microbilor în corpul celui operat. Este o metodă profilactică, prin care organismul este ferit de la bun început de infecție, fiind metoda cea mai recomandabilă, fără de care nu este permis să se desfășoare nici un act chirurgical și nici o altă manevră medicală.

Cea de-a doua — antisepsia — este un mijloc de luptă din momentul când s-a produs infecția, pentru a curăți organismul de puroi, de infecție, fiind o metodă curativă, de combatere a unui neajuns care, de multe ori putea fi evitat și care se poate produce și din neglijența chirurgului, a cadrelor medii, a celor auxiliare sau a bolnavului însuși. Este o metodă cu mai puține șanse de succes, după care organismul rămâne uneori cu urme serioase, dar care trebuie folosită atunci când infecția s-a produs și când nu mai există altceva de făcut.

Tot din aceeași perioadă și-a făcut loc și o altă terminologie, și anume: *dezinfecția*, care este o punte de legătură între *asepsie* și *antisepsie* și care participă la evitarea infecției prin distrugerea germenilor patogeni.

3.2. DEZINFECȚIA

Numim *dezinfecție* îndepărtarea sau distrugerea germenilor (microbilor) dăunători de pe piele, de pe mucoase, din plăgi, de pe obiecte, din încăperi etc. Prin *dezinfecție* sunt distruși sau îndepărtați în mare măsură germenii obișnuiți, dar nu toți și în nici un caz cei sporulați sau virusurile. Aceștia din urmă sunt distruși numai prin sterilizare, care este, deci, o metodă mai eficientă decât *dezinfecția*, dar care nu poate fi folosită întotdeauna.

Dezinfecția este o metodă care se execută prin mijloace relativ simple și care dăunează foarte puțin sau deloc țesuturilor umane sau materialelor. De exemplu, când ne spălăm pe mâini cu apă și săpun și ne clătim apoi cu alcool simplu sau iodat, spunem că ne-am *dezinfectat mâinile*. Prin această manevră am îndepărtat sau am distrus aproape toți microbii comuni: stafilococi, streptococi, colibacili, proteuși, piocianici, protozoare etc. care se găsesc pe mâini. Această metodă este deci suficientă pentru efectuarea unui pansament, a unei injecții, pentru consultarea unui bolnav etc. Dacă se face o intervenție chirurgicală, este absolut necesar ca pe mâini să nu existe germeni, atât dintre cei comuni, cât și cei sporulați sau virusuri etc. *De aceea, peste mâinile dezinfectate, după tehnica pe care o vom descrie mai târziu, îmbrăcăm mănuși de cauciuc care au fost sterilizate în prealabil la autoclav.* Mâinile — bine înțelese — nu le putem steriliza; pe ele le *dezinfecțăm* numai și apoi îmbrăcăm mănuși sterilizate. Tot *dezinfecție* facem și atunci când spălăm cu apă și săpun piclea bolnavului în regiunea unde se va opera și o badijonăm apoi cu alcool iodat, deci când pregătim așa-numitul „câmp operator“.

Dezinfecție numim și introducerea rufelor bolnavilor contagioși în soluții de cloramină după care le fierbem. La fel procedăm și cu lenjeria de pat îmbibată cu secreții purulente, cu materii fecale, cu urină etc. Dacă urmărim însă ca aceste rufe să nu conțină nici un microb, după introducerea în cloramină, spălare și uscare trebuie să le sterilizăm prin autoclavare. Așa se procedează cu halatele de operații, cu câmpurile de operații, cu alzele pentru nou-născuți, în maternități etc.

Realizăm *dezinfectarea* prin spălarea cu soluție de detergenți sau cu cloramină a căzilor de baie, a lavoarelor, a urinarelor, a ploștilor etc. Realizăm *dezinfecție* prin fierberea vaselor și a tacâmurilor bolnavilor etc. *Dezinfecția* unei încăperi de spital sau a unei locuințe în care a stat un bolnav contagios, ca și a sălilor de operații și pansamente, se face prin pulverizarea unei soluții de formol, iar *dezinfecția* păturilor, a saltelelor sau a hainelor, prin introducerea lor într-un aparat de formolizare.

Se obține *dezinfecția* apei contaminate, înainte de a o bea, prin fierbere obișnuită, ori prin adăugarea în ea a unor soluții *dezinfectante*. Dacă însă această apă va folosi la spălarea pe mâini a chirurgilor, în vederea efectuării unei intervenții operatorii, ea se va steriliza prin autoclavare.

După cum se vede, termenul de *dezinfecție* se poate confunda uneori cu cel de antisepsie. Sunt limite foarte mici între o metodă și cealaltă. Există apropieri și între *dezinfecție* și aseptie, întrucât prin *dezinfecție* se realizează în mare măsură aseptia.

Acesta-i motivul pentru care înainte de a trata aseptia și antisepsia, s-a arătat ce se înțelege prin *dezinfecție*.

3.3. ASEPSIA. METODELE DE REALIZARE A ASEPSIEI

Prin asepsie se înțelege totalitatea măsurilor folosite pentru împiedicarea contaminării plăgilor accidentale sau operatorii cu germeni microbieni saprofiti sau patogeni.

Termenul de asepsie se extinde și la cazurile în care luăm măsuri de evitare a infectării unor zone ale corpului omenesc mai ușor de contaminat (mucoasele de exemplu: oculară, nazală, bucală, genitală etc.), cu alți germeni decât cei existenți în mod obișnuit pe ele.

În realizarea asepsiei asistenta medicală joacă un rol deosebit de important și poartă o mare răspundere.

În cele ce urmează va fi prezentată, succesiv, tehnica utilizată în vederea realizării asepsiei într-o sală de operații, pentru efectuarea unui act operator. Aspectele esențiale ale celor ce le vom descrie mai jos sunt valabile pentru orice act terapeutic sau de mică chirurgie (o injecție, o puncție, un sondaj, o incizie, sutura sau pansarea unei răni) făcut la patul bolnavului, în sala de pansamente, într-un dispensar, în sala de nașteri, într-un cabinet stomatologic, de consultații, în orice loc în care se practică o manevră care ar putea să producă vreo infecție.

3.3.1. Dezinfectarea mâinilor

Primul gest pe care trebuie să-l facă medicul sau asistenta medicală pentru a evita infectarea unui pacient este să-și dezinfecteze mâinile. Dezinfectarea se face prin spălarea mâinilor cu apă și săpun și folosirea apoi a unui antiseptic, recomandabil alcoolul medicinal sau alcoolul alb. Apa sterilă este preparată în autoclav sau în aparatul tip I.T.M. (Industria Tehnică Medicală) și vine prin conducte la spălătorul de lângă sala de operații. În caz că această instalație pentru spălarea pe mâini nu funcționează, asistenta medicală va fierbe timp de 30 minute apa într-o cană mare (10 litri), acoperită cu tifon pe care apoi o va lăsa să se răcească.

Înainte de a se spăla pe mâini pentru operație, chirurgul sau asistenta medicală își va scoate de pe antebraț și degete ceasul, și eventuale brățări, inele și își vor tăia foarte scurt unghiile (fig. 37).

În timpul spălării, chirurgul și asistenta medicală vor fi îmbrăcați cu bluze fără mâneci și pantaloni pe care le-au îmbrăcat la filtru. Pe cap vor purta o bonetă spălată recent și care trebuie să acopere tot părul.

Spălarea mâinilor și a antebrațelor durează 15 minute și se face după o tehnică riguroasă și anume (fig. 38): în primele 5 minute se spală sistematic cu apă sterilă și săpun *mâinile și antebrațele până la cot*, insistându-se asupra tuturor regiunilor. Se folosește pentru aceasta o perie sau comprese sterile cu apă și săpun. După aceea, se aruncă peria sau pernița de comprese și se clătesc mâinile și antebrațele cu apă sterilă, *ținând sub apă mâinile în sus*. Această precauție se ia pentru ca să nu se scurgă microbi dintr-o zonă care n-a fost spălată pe mâini. În următoarele 5 minute, spălarea continuă folosindu-se o a doua perie sau perniță de comprese. De data aceasta se spală numai *mâinile și jumătatea inferioară a antebrațelor*, cu aceeași insistență.

Apoi se aruncă și a doua perie sau perniță de comprese și se clătesc mâinile și antebrațele cu apă sterilă, *ținându-se de asemenea sub apă, în sus*.

Fig. 37 — A — unghie netăiată; B — unghie corect tăiată.

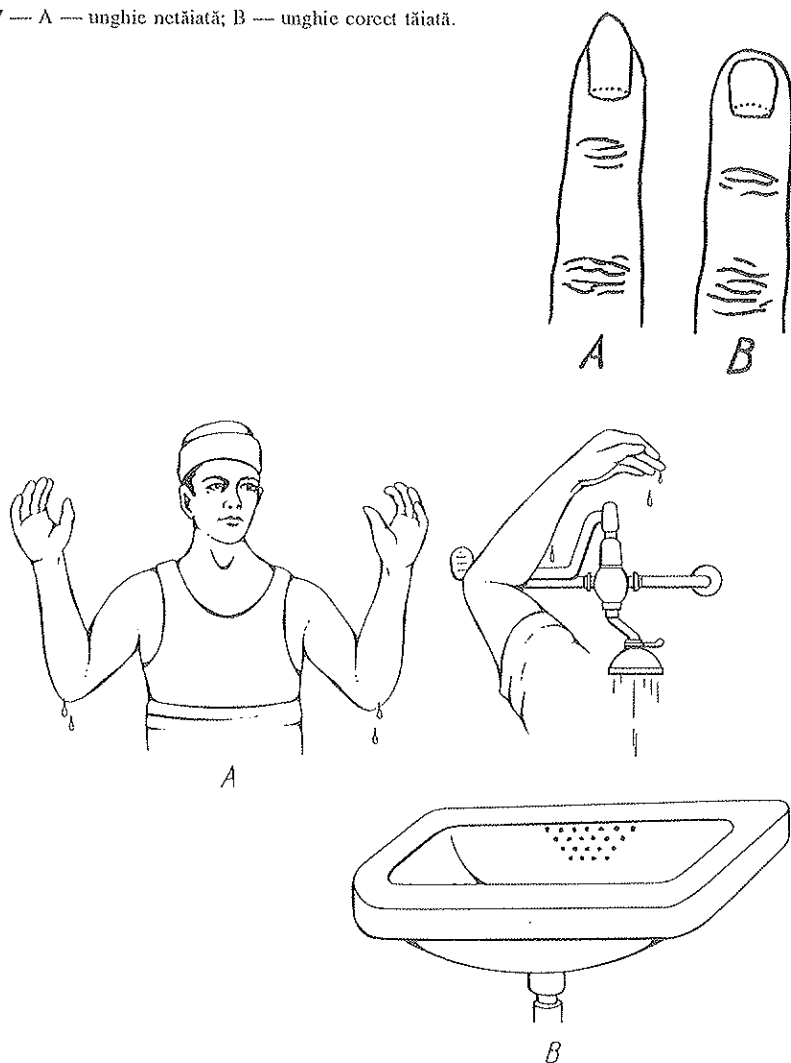


Fig. 38 — Spălarea chirurgicală:

- A — poziția mâinilor în timpul spălării și după spălare (apa se scurge spre cot);
 B — închiderea robinetului cu cotul (se observă că închiderea robinetului se face prin acționarea cu cotul a manetei robinetului).

În ultimele 5 minute se spală *numai mâinile* cu o a treia perie sau perniță de comprese. Fiecare deget se spală cu foarte mare atenție, insistându-se în mod deosebit asupra unghiilor, spațiilor interdigitale și încheieturii mâinii (zonele care iau contact cu plaga în timpul operației). Apoi, se aruncă peria sau pernița de comprese și se clătesc bine mâinile cu apă sterilă. Mâinile se vor ține de asemenea în sus. După aceea, asistenta medicală toarnă pe mâini alcool medicinal sau alb de 70°.

Din cele de mai sus reiese că în timpul spălării, mâinile, care vor veni în contact cu plaga operatorie, sunt spălate cu cea mai mare atenție în cele 15 minute, în timp ce alte zone: partea superioară a antebrațului, spre exemplu, este spălată numai 5 minute. Se poate folosi pentru spălarea pe mâini și soluția de Sterisol, un șampon — detergent — dezinfectant de bună calitate.

Prin spălarea pe mâini se îndalătură mecanic stratul cornos al tegumentelor sub care sunt cantonați microbii, dar nu reușim să evacuăm, decât cel mult parțial, microbii care se găsesc pe tecile prepiloase și în glandele pilosebacee. Microbii de aici s-ar evacua în plaga operatorie, motiv pentru care, peste mâinile dezinfectate (așa cum am arătat mai sus) îmbrăcăm mănuși sterile.

3.3.2. Tehnica pregătirii și îmbrăcării halatului, a măștii și mănușilor pentru operație

În timpul operației, cu scopul de a feri plaga operatorie de contact cu o parte nesterilă a corpului sau pentru a nu arunca prin vorbire microbi în plagă, chirurgul și ajutoarele sale trebuie să aibă pe cap bonetă și să fie îmbrăcați steril, cu halat, mănuși și să poarte mască care să le acopere capul, nasul și gura. Toate acestea se păstrează din momentul sterilizării și până se utilizează (maximum 24 de ore) în casonete (materiale moi) și în cutii speciale (mănușile).

Așa cum am arătat mai sus, se utilizează drept mască și totodată și bonetă *un dreptunghi mare de tifon (în patru straturi), steril, care acoperă în întregime capul, fața și gâtul, lasând numai o fantă pentru vizibilitate*. Această mască — bonetă este prevăzută cu 2 rânduri de șireturi care se leagă pe cap și gât.

Îmbrăcarea măștii cât și a halatului necesită ajutorul asistentei medicale, care va efectua legarea la spate, astfel încât echipa operatorie să nu atingă cu mâinile dezinfectate persoane sau obiecte nesterile.

Masca se îmbracă întâi. Ea se aplică pe nas și gură în timp ce asistenta leagă bentițele acestuia la spate.

— *Halatul chirurgical* trebuie astfel croit încât atunci când se încheie la spate să acopere complet tot corpul, iar gulerul său să înconjoare ferm gâtul atunci când se leagă bentițele. Mânele se termină cu manșete confecționate din bumbac tricotat care se mulcăză pe partea distală a antebrațelor și partea superioară a mâinilor.

Halatul trebuie să ajungă până la glezne, să fie suficient de larg, iar mânele suficient de lungi pentru a nu se ridica în timpul operației peste încheietura mâinii.

Halatul are patru șireturi-bentițe duble, fixate pe marginile sale libere în așa fel încât la spate să se petreacă. El se strânge suplimentar la nivelul taliei cu un cordon din pânză cusut direct la halat. Nu este admis ca halatul să aibă vreo gaură sau să fie rupt.

Halatele se pun în casonetă, împăturite, cu partea lor externă în afară, cu mânele, bentițele și cordonul bine strânse și se scot de către cei ce le îmbracă împăturite, avându-se grijă ca în timpul scoaterii să nu se atingă cu halatul marginea casonetei sau vreun obiect nesteril. Partea externă a halatului rămâne sterilă.

După scoaterea halatului steril din casonetă, chirurgul ajutat de persoanele cu care operează caută partea sa superioară, îl desface la o distanță suficientă deasupra pardoselei și îl îmbracă, având grijă să nu atingă fața anterioară a halatului.

Va avea în continuare grijă să nu atingă cu o parte din halat vreo persoană sau vreun obiect.

Asistenta medicală îl ajută pe chirurg să se îmbrace, trăgând de marginile libere ale halatului, încheind șireturile și legând la spate cordonul. În timpul culegerii benzilor cordonului, asistenta medicală va avea grijă să nu atingă halatul chirurgului în partea anterioară. Foarte multe școli chirurgicale recomandă ca echipa chirurgicală să aibă pe cap și pe față o mască. Se recomandă de asemenea ca în apropierea chirurgilor în timpul operației să nu fie decât personal îmbrăcat steril, motiv pentru care între echipa operatorie și cea de anesteziști se plasează un câmp despărțitor steril.

Modul de sterilizare a materialelor cu care se îmbracă echipa operatorie va fi descris în capitolul privitor la sterilizare. Aceste materiale se sterilizează și se păstrează în casonete mari sau cel mult mijlocii (fig. 39) sau containere speciale, pătrate, mari, similare cu cele pentru mănuși (fig. 40).

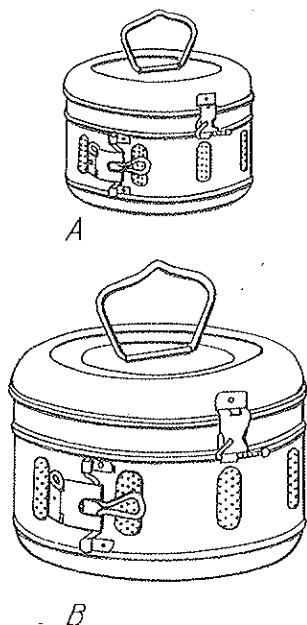


Fig. 39 — Casonete: A — casonetă mică; B — casonetă mijlocie.

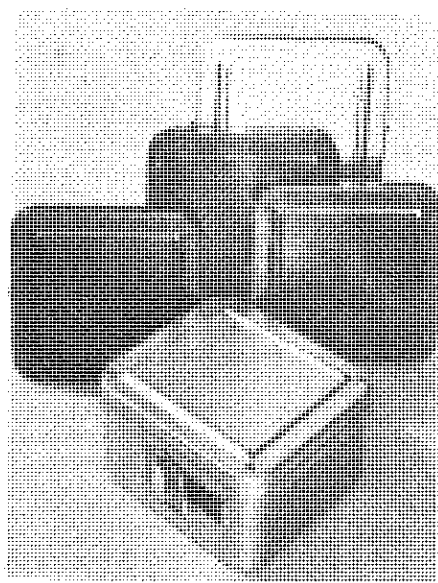


Fig. 40 — Containere pentru sterilizat materialul moale, tip valiză cu orificii pe capacul superior (orificiile se închid după sterilizare ca la cutiile de mănuși). Acest tip de containere permite o amplasare mai bună a materialelor și o scoatere mai ușoară, se stochează și se plasează în autoclav mai avantajos decât containerele obișnuite (casonetele rotunde), se transportă mai ușor.

— *Mănușile* întrebuințate în chirurgie sunt de două feluri: de cauciuc și de ață (bumbac). Primele sunt cel mai des utilizate. Cele de ață nu se folosesc, de obicei, decât pe dedesubtul sau pe deasupra mănușilor de cauciuc. Dat fiind faptul că mănușa de ață

îngreunează foarte mult mișcările degetelor în timpul actului operator, azi sunt din ce în ce mai rari chirurgii care folosesc și mănuși de ață, pe lângă cele de cauciuc (fig. 41).

Mănușile care se fabrică în țara noastră sunt numerotate de la 1 la 4, acelea cu numărul 1 fiind cele mai mici. Mănușile numărul 1 și mai ales 2 sunt de dimensiuni mici,

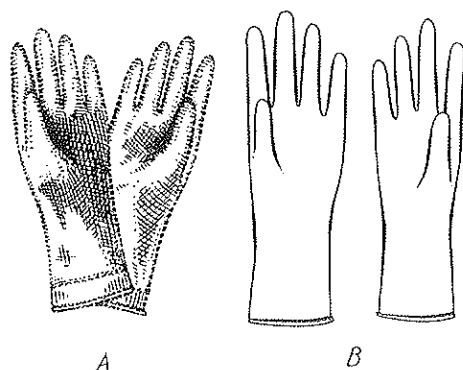


Fig. 41. — Mănuși:
A — mănuși de ață;
B — mănuși de cauciuc.

potrivite pentru femeile chirurgi sau pentru asistentele medicale. Mănușile se vând perechi, în plicuri de hârtie cerată.

Pregătirea pentru operație a mănușilor se face astfel: se scot mănușile din plic și se pudrează cu talc înăuntrul lor, având grijă ca să pătrundă talc în fiecare deget, într-un strat foarte fin. Apoi mănușile se întorc (cu interiorul în afară) și se pudrează din nou cu talc. După aceasta se îndoaie manșetele, circa 6 cm și apoi se așează într-o cutie specială pentru sterilizat mănuși în straturi succesive pentru mâna stângă și dreaptă, plasându-se între mănuși un strat de tifon pudrat cu talc.

Ultima mănușă care se pune în cutie trebuie să fie pentru mâna dreaptă. Se închide apoi cutia și se deschide clapa care pune în evidență orificiile pe unde vor pătrunde vaporii de apă și aerul încălzit în timpul sterilizării (fig. 42).

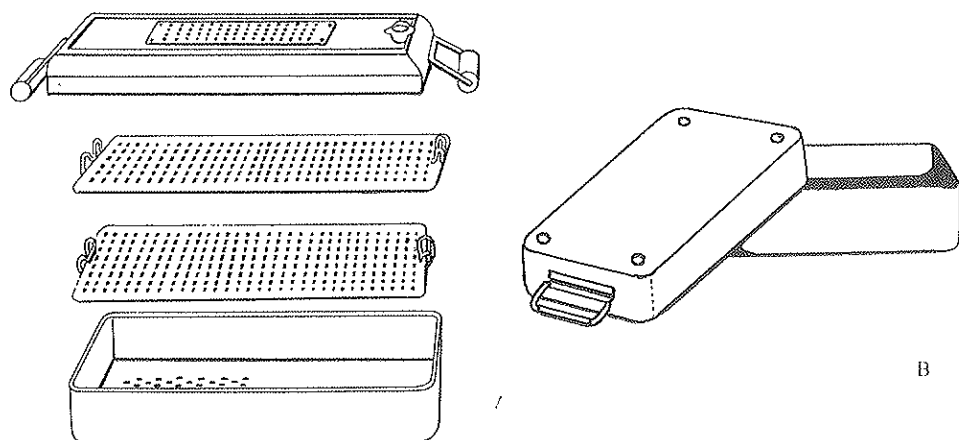


Fig. 42. — A — Cutie specială pentru sterilizat mănuși; B — Cutie pentru instrumente (pentru sterilizat la autoclav sau pupinel).

Într-o cutie este indicat să se pună mănuși de un singur număr, mai ales într-o secție chirurgicală unde se utilizează într-o zi multe mănuși. Asistenta medicală are datoria să noteze pe cutie tipul (numărul—mărimea) mănușilor existente în cutie, pentru ca să poată da fiecărui chirurg mănușile cu numărul potrivit.

Îmbrăcarea mănușilor. După ce s-a spălat pe mâini, s-a îmbrăcat cu mască și halat, și-a pudrat mâinile cu talc folosind un tifon tăleuit din cutia de mănuși, echipa operatorie îmbracă mănușile având grijă ca partea externă a acestora să rămână sterilă.

Dacă îmbrăcarea se face corect — așa cum am precizat mai sus — riscurile de infectare a bolnavului sunt foarte reduse. Echipa operatorie va arăta ca în fig. 43.

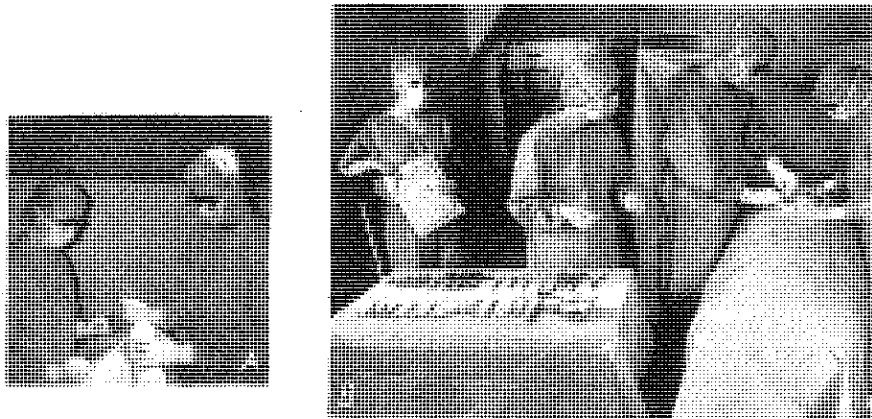


Fig. 43 — Chirurgi corect echipați:

A — Se observă acoperirea în întregime cu o bonetă — mască sterilă; B — Echipa operatorie echipată ca mai sus. Se poate vedea că printr-un câmp-draperie echipa de anesteziști este în afara zonei unde se operează.

Mănușile de ață (bumbac). Pentru anumite operații, îndeosebi pentru cele din ortopedic, în care se lucrează cu instrumente grele și pe oase, care rup ușor mănușile de cauciuc, se întrebuițează, ca protecție, mănușile de ață peste mănușile de cauciuc.

Unii chirurghi, care au predispoziție pentru boli de piele la contactul cu talcul și mănușa de cauciuc, poartă mănuși de bumbac pe sub mănușa de cauciuc.

Mănușa de ață nu poate fi îmbrăcată fără mănușa de cauciuc, deoarece nu izolează bine pielea mâinii, fapt care expune la infectarea plăgii sau invers, când se lucrează într-o plagă septică (peritonită, flegmon), expune la infectarea chirurgului.

3.3.3. Pregătirea câmpurilor, a compreselor și a celorlalte materiale necesare pentru asigurarea asepsiei în timpul actului operator

3.3.3.1. Câmpurile

Pentru a evita orice contact cu zona nesterilă, bolnavul și masa pe care se pun instrumentele se acoperă cu bucăți sterile de pânză, care se numesc *câmpuri*. Câmpurile care se așează pe bolnav lasă accesibilă (descoperită) numai regiunea pe care se operează. Ele *izolează* deci zona operatorie de restul corpului și poartă denumirea de *câmpuri de izolare*.

În mod obișnuit se utilizează următoarele câmpuri de izolare:

a) *Câmpuri mici* (pentru izolarea marginilor plăgii) cu dimensiuni de cca 30/30 cm. Unii chirurghi preferă ca aceste câmpuri de izolare să fie făcute din tifon împăturit în mai multe straturi. Aceleași tipuri de câmpuri pot fi folosite pentru a fi introduse în cavitatea abdominală sau toracică cu scopul îndepărtării sau izolării anumitor organe din aceste cavități. În cazul folosirii lor în acest scop, pentru a evita „uitarea” lor în aceste cavități, ele trebuie să aibă cusute la unul din colțuri șireturi lungi de 30 cm. Capătul liber al șiretului rămâne în afară și se prinde cu o pensă. În unele servicii chirurgicale aceste câmpuri mici poartă și denumirea de *batiste*.

b) *Câmpuri mijlocii*, cu dimensiuni de 120/100 cm.

c) *Câmpuri mari*, cu dimensiunea de circa 250/180 cm prevăzute cu despicături (șliț). Lungimea și poziția despicăturii se recomandă a fi în funcție de tipul inciziei care se face: despicătură mare pentru operații mari pe abdomen sau torace, despicătură mică pentru operații de hernie, apendicită etc.

d) *Cearșafuri* cu dimensiuni similare cu câmpurile mari, dar fără despicătură.

Pentru unele operații mici, pentru cele ce se practică în oftalmologie, otorinolaringologie, neurologie etc. câmpurile cu despicătură au — după preferința chirurgilor — dimensiuni mai mici: 100/100 cm. Deschizătura lor corespunde tipului de operație, fiind de obicei de 10 sau 15 cm.

Numărul de câmpuri care se sterilizează pentru o zi de lucru este în funcție de numărul de operații, de tipul acestora și în mare măsură de obiceiul sau modalitatea de lucru a secției respective.

Cifrele minime pentru o operație abdominală mijlocie (apendicită, hernie) sau mare (resecție gastrică, pe intestine etc.) sunt următoarele: un cearșaf, un câmp mare cu șliț, 3 câmpuri mijlocii, 2-6 câmpuri mici. Ele se folosesc astfel:

- un cearșaf se pune îndoit (foaie dublă) pe masa de instrumente;
- două câmpuri mijlocii se pun peste bolnav până la extremitatea de sus respectiv cea de jos a viitoarei incizii — ele trebuind să acopere complet bolnavul;
- un câmp mare cu șliț care se pune de-a lungul bolnavului peste câmpurile mijlocii, deschizătura sa fiind plasată pe locul viitoarei incizii;
- un câmp mijlociu care se pune parțial pe masa de instrumente și în rest pe bolnav (masa de instrumente a fost așezată de asistentă peste extremitatea distală a bolnavului după ce a fost plasat și câmpul mare cu șliț);
- 2-6 câmpuri mici (de izolare) — două din acestea se folosesc de chirurg imediat după incizie pentru izolarea marginilor plăgii, celelalte câmpuri se oferă la nevoie.

Un număr similar sau foarte apropiat de câmpuri se folosește și pentru alte tipuri de intervenții: pe torace, regiunea perineală, pentru amputații, pentru operații pe glanda tiroidă, pentru varice etc.

Pentru halate, cearșafuri și câmpuri mari și mijlocii este indicat să se utilizeze casonete mari, cu un număr standard din fiecare dintre aceste materiale.

Față de numărul standard de câmpuri de mai sus, este util să fie pregătite, de rezervă, îndeosebi câmpuri mijlocii, pentru că, pentru anumite operații, acest număr standard de câmpuri este necesar a se suplimenta.

După operații, câmpurile se spală și se resterilizează. Cele folosite la operații septice se trimit separat la spălătoria spitalului pentru a fi decontaminate, în mod special înainte de spălare.

Câmpurile, halatele etc. trebuie să fie puse în casonete nepresate, deoarece presarea lor prea puternică nu permite o bună pătrundere a aburilor și deci câmpurile nu se sterilizează, sau nu se usucă la sfârșitul sterilizării. Halatele și măștile se așează în casonete separate, de asemenea nu prea mult presate.

3.3.3.2. Compresele

Compresele se confecționează din bucăți de tifon împăturite ca un fel de plic. Recomandăm două tipuri:

- *comprese mici*, făcute din tifon tăiat dreptunghiular, cu dimensiuni de circa 15/10 cm, din care se crează un fel de plic și care sunt cel mai frecvent utilizate;
- *comprese mari*, care au dimensiuni de circa 30/15 cm și sunt împăturite în patru foi, creându-se de asemenea un fel de plic.

Pentru comprese se folosesc, în funcție de activitatea secției chirurgicale, casolete mijlocii sau mici.

3.3.3.3. Meșele

Meșele sunt făcute din tifon împăturit în 4 foi. Ele se realizează de diferite lățimi — 2-6 m — și lungimi de obicei de 20-25 cm. Sunt foarte utile pentru a izola unele regiuni ale plăgii, pentru tamponarea unor cavități, cu scop hemostatic sau de drenaj. Pentru sterilizare, ele se pun în casolete, făcute sul. Cele mai indicate casolete pentru meșe sunt casoletele mici.

Compresele și meșele se așează în mod foarte ordonat în casoletă. Este bine ca fiecare tip de compresă să fie așezat într-o casoletă. De aici se iau, de către chirurg sau ajutorul său, înainte de operație. În timpul operației, chiar dacă aceasta este aseptica, compresele vor fi date la nevoie chirurgului numai de către asistenta medicală, cu o pensă sterilă.

3.3.3.4. Vata

Vata se folosește numai cu rol absorbant, pentru plăgile secretante, peste un strat de tifon sau după acoperirea completă a pielii peste tifon și deasupra unui tub de drenaj.

Pentru identificarea conținutului unei casolete se va scrie pe un carton ce se atașează la mânerul casoletei conținutul acesteia, data pregătirii, ca și numele persoanei care a făcut pregătirea.

3.3.3.5. Firele de sutură

Le vom descrie pe cele utilizate mai des.

— *Catgutul* se livrează ambalat în fiole speciale sterile, înfășurat pe o țeavă de sticlă care plutește în alcool. Are diferite grosimi, de la nr. 000 (cel mai subțire) până la numărul 6. Cel mai mult se întrebuințează catgutul 00 (dublu zero), zero, 1 și 2. Fiolele de catgut vor fi așezate ordonat în compartimente pe care să fie scris vizibil numărul grosimii catgutului. Catgutul poate fi simplu sau cromat, cel cromat fiind mai rezistent la tracțiune și totodată resorbindu-se mult mai târziu.

— *Firele de ață, mătase sau nylon* se prepară pentru operație de către asistenta medicală, din fire nesterile, procurate din comerț. Au de asemenea grosimi diferite: de la numărul 11 (firul cel mai subțire) până la numărul 6 (firul cel mai gros). Ele se înfășoară pe baghete de sticlă sau chiar pe tuburile care rămân după utilizarea catgutului, se degresează, se sterilizează la autoclav, se mențin în cutii Petri în alcool 70°.

3.3.4. Manevrel pregătitoare pentru efectuarea operației

Bolnavul este așezat pe masa de operație în poziția pe care o impune felul operației, complet dezbrăcat, acoperindu-se de către asistenta medicală zonele pe care nu se operează, cu câmpuri nesterile puse la distanță de zona operatorie.

Membrele inferioare se leagă la masa de operații cu curelele mesci, avându-se grijă ca legarea să nu producă o compresie neplăcută bolnavului.

Membrele superioare se așează în extensie, pe suporturi speciale de perfuzie. Se va avea grijă ca la fixarea membrilor superioare, acestea să nu aibă nervii în extensie prea mare sau trunchiurile nervoase să fie presate pe o zonă tare a mesei sau a suportului de perfuzie, ceea ce ar putea duce la pareza nervilor.

Înainte de a așeza câmpurile sterile peste bolnav, va fi asepticizată bine zona operatorie, precum și o zonă largă în jurul acesteia.

Se procedează în felul următor: bolnavul a făcut o baie completă sau duș în ajunul operației. În ziua operației a fost ras și bine curățat cu apă și săpun pe o zonă largă în regiunea pe care se va opera. Acum, întins pe masa de operație, este spălat din nou cu apă și săpun, manevră prin care se face degresarea zonei operatorii. Pielea este apoi ștersă cu o compresă mare, sterilă, uscată. Dacă se operează în apropierea cicatricii ombilicale, înainte de spălare se cercetează curățenia acesteia și, la nevoie, se curăță bine. Apoi se face asepticizarea zonei pe care se va opera și a celei din jur. Pentru aceasta se badijonează cu tinctură de iod de două ori o regiunea foarte largă, pe și în jurul zonei de operat (cca 30 cm deasupra, dedesubt și lateral de zona de operat). Cel mai recomandabil este ca badijonarea cu tinctură de iod să înceapă prin crearea unui cadru cu limitele specificate mai sus în interiorul căruia să se facă apoi badijonarea.

Odată anestezierca bolnavului făcută și manoperele premergătoare operației executate așa cum am specificat mai sus (îmbrăcarea sterilă a chirurgilor și a ajutoarelor „în plagă”, asepticizarea zonei pe care se va opera, acoperirea cu câmpuri sterile a bolnavului și a mesei de instrumente, punerea pe masă a întregului material steril necesar operației) chirurgia pot începe operația. Având totul în jurul lor steril pot executa fără restricții — larg — toate mișcările pe care le necesită actul operator. Pentru anumite intervenții chirurgicale apare necesitatea de a se face o izolare și mai bună a plăgii față de pielea din jur. Există materiale adezive, sterile, transparente care se lipesc în acest scop de câmpuri și de piele și în interiorul cărora se face incizia (fig. 44).

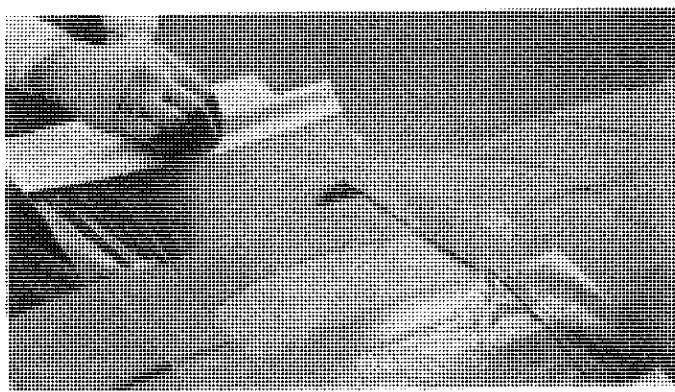


Fig. 44 — Câmp adeziv, transparent, foarte subțire, acoperind pielea și prin care se face incizia, izolând astfel perfect pielea (care mai conține microbi) de marginile plăgii.

3.3.5. Sterilizarea instrumentelor chirurgicale și a materialelor

Toate manoperele efectuate privind pregătirea instrumentarului și materialului moale în vederea sterilizării, poartă numele generic de presterilizare.

Aceste manopere constau din spălarea, curățirea, degresarea, uscare și aranjarea în cutii a instrumentelor chirurgicale sub formă de truse și spălarea, dezinfectarea, uscarea și aranjarea în casonete a materialului moale în vederea sterilizării.

Ele au fost descrise în capitolele anterioare.

Nerespectarea, chiar sub cele mai mici aspecte, a acestei etape, poate duce la compromiterea sterilizării și produce infecții și supurații postoperatorii din cele mai grave.

Securitatea unei intervenții chirurgicale se asigură numai prin sterilizarea instrumentelor și materialelor cu care se lucrează.

Numim sterilizare distrugerea tuturor microbilor, inclusiv a formelor sporulate ale acestora, precum și a virusilor.

Există mai multe posibilități de sterilizare:

3.3.5.1. Sterilizarea prin mijloace fizice.

3.3.5.2. Sterilizarea prin mijloace chimice.

3.3.5.1. *Sterilizarea prin mijloace fizice* poate fi:

3.3.5.1.1. Sterilizarea prin căldură:

■ căldură umedă:

▼ fierbere,

▼ fierbere sub presiune,

▼ vapori de apă supraîncălziți la presiune;

■ căldură uscată:

▼ flambare;

▼ etuvă cu aer cald (pupinel)

3.3.5.1.2. Sterilizare prin iradiere

3.3.5.1.3. Sterilizare prin ultrasunete

3.3.5.1.4. Sterilizare prin raze ultraviolete

3.3.5.2. *Sterilizarea prin mijloace chimice* se poate realiza prin:

3.3.5.2.1. Sterilizare prin formol.

3.3.5.2.2. Sterilizare cu vapori de oxid de etilenă.

3.3.5.1. Sterilizarea prin mijloace fizice

3.3.5.1.1. *Sterilizarea prin căldură.* S-a constatat că rezistența microbilor la căldură este diferită, atât în funcție de specia de microbi, cât și în funcție de felul de căldură utilizată. Astfel se cunoaște că la căldură umedă (vapori sub presiune — autoclav) streptococul moare la 60°C după 10 minute; pneumococul la 55°C după 30 de minute; bacilul Koch la 42°C după 10 minute; bacilul cărbunos sporulat la 90°C după 12 minute; bacilul tetanic sporulat la 110°C după 10 minute; Bacillus subtilis la 120°C după 15 minute.

La căldură uscată (pupinel) microbii sunt mult mai rezistenți și în consecință durata de sterilizare, ca și temperatura la care se sterilizează, trebuie să fie mai crescute.

Astfel, pentru ca să distrugem germenii de tetanos, este necesară o sterilizare de cel puțin 30 de minute la o temperatură de 150°C.

Reiese de aici că trebuie să se acorde o deosebită atenție duratei și timpului de sterilizare, pentru a nu da naștere la accidente grave. Din punct de vedere practic, *sterilizarea va dura 30 de minute la 128°C la căldură umedă sub presiune (autoclav)*, pentru că la această temperatură și în acest interval de timp sunt distruși toți germenii. Dacă se sterilizează *la pupinel (căldură uscată) sterilizarea va dura timp de 30 de minute, timp calculat după ce temperatura acestuia s-a ridicat la 180°C*, pentru a fi distruși și eventualii bacili tetanici sporulați existenți.

Accentuăm asupra grijii deosebite necesare pentru sterilizarea instrumentelor și a materialelor destinate operațiilor sau pansamentelor, deoarece defectele în sterilizarea acestora sunt de cele mai multe ori motivul supurațiilor postoperatorii.

Asistenta medicală trebuie să știe că de la regulile de sterilizare nu se poate face nici o abatere.

■ Sterilizarea prin căldură umedă

▼ Fierberea

Este un procedeu foarte simplu, posibil de efectuat în orice unitate sanitară (dispensar, policlinică) ca și la domiciliu.

Fierberea se face în vase simple sau fierbătoare fabricate în acest scop, care se așează pe o sursă de căldură: plită, reșou de aragaz etc. Există și fierbătoare electrice.

Vasul în care se pun instrumentele și se produce fierberea trebuie acoperit, iar durata de fierbere trebuie să fie de 30 de minute, după ce apa a dat în clocot. Acest sistem *nu poate însă depăși temperatura de 100°C și deci nu poate asigura distrugerea tuturor germenilor*. Germenii rezistenți la temperaturi de peste 100°C și pe care i-am enumerat mai sus nu pot fi distruși. În consecință, nu se va utiliza fierberea decât în cazuri extreme, în afara mediului spitalicesc, acolo unde nu se dispune de autoclav, de pupinel sau de aparat pentru sterilizat la rece (cu oxid de etilen).

▼ **Fierberea sub presiune.** Pentru a depăși temperatura de 100°C se utilizează fierbătoare speciale (tip I.T.M.), care sunt vase cu pereții foarte rezistenți și acoperite cu un capac care se închide ermetic (fig. 45). Deși nici această metodă nu este foarte bună, ea este preferabilă fierberii simple.

De obicei se recomandă folosirea acestui tip de fierbător numai pentru o prealabilă pregătire a instrumentelor (curățire, degresare și dezinfectare), înainte de a fi puse la sterilizat în pupinel. Durata sterilizării prin fierbere sub presiune este de minimum 30 de minute după ce apa a ajuns la temperatura maximă.

Inconvenientul mare al fierberii instrumentelor este faptul că acestea se oxidează (ruginesc).

Pentru a se evita acest neajuns, se va adăuga în apă bicarbonat sau borat de sodiu. Pentru fiecare litru de apă, se vor pune 20 g de bicarbonat sau borat de sodiu, care mai are în plus avantajul că ușurează distrugerea germenilor, deoarece dizolvă substanțele grase din membrana cu care aceștia sunt acoperiți.

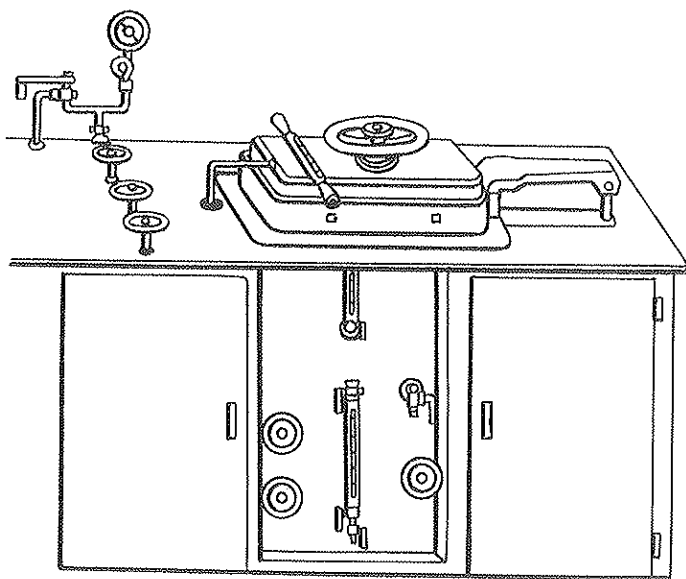


Fig. 45 — Fierbător pentru fierbere sub presiune (se pot fabrica și tipuri mult mai mici, portabile).

În locul bicarbonatului de sodiu, se poate utiliza soda caustică, 3 g la litru, care prezintă avantajul că în timpul fierberii instrumentelor acestea nu se mai acoperă cu un strat albicios, ca atunci când sunt fierte cu bicarbonat de sodiu.

Oxidarea se evită în mare măsură dacă instrumentele metalice sunt puse la fiert după ce apa a fost încălzită în prealabil. Instrumentele trebuie scoase înainte ca apa să se răcească (sau se scurge apa din cutie).

▼ Sterilizarea cu vapori de apă supraîncălziți la presiune (la autoclav tip Chamberland)

Acest tip de sterilizare se utilizează mai ales pentru comprese, halate, câmpuri de operații, materiale de sutură, seringi etc.

Autoclavul folosește vaporii rezultați din fierberea apei conținută între cei 2 pereți (fig. 46 A și B).

În afară de autoclavul Chamberland, aparat construit pentru a funcționa în poziție verticală și care astăzi se folosește numai în unități sanitare foarte mici, unde este cu adevărat util, există autoclave grupate sub formă de baterie de autoclave (4-8-12) care se instalează și funcționează în poziție orizontală. Ele folosesc aceleași principii de funcționare ca autoclavul Chamberland, cu mici particularități care vor fi făcute cunoscute echipei de sterilizare din spital de către întreprinderea care montează instalația și cuprinse în „Cartea tehnică a instalației”. În acest caz se realizează un „Bloc de sterilizare” constituit dintr-un spațiu complex de lucru.

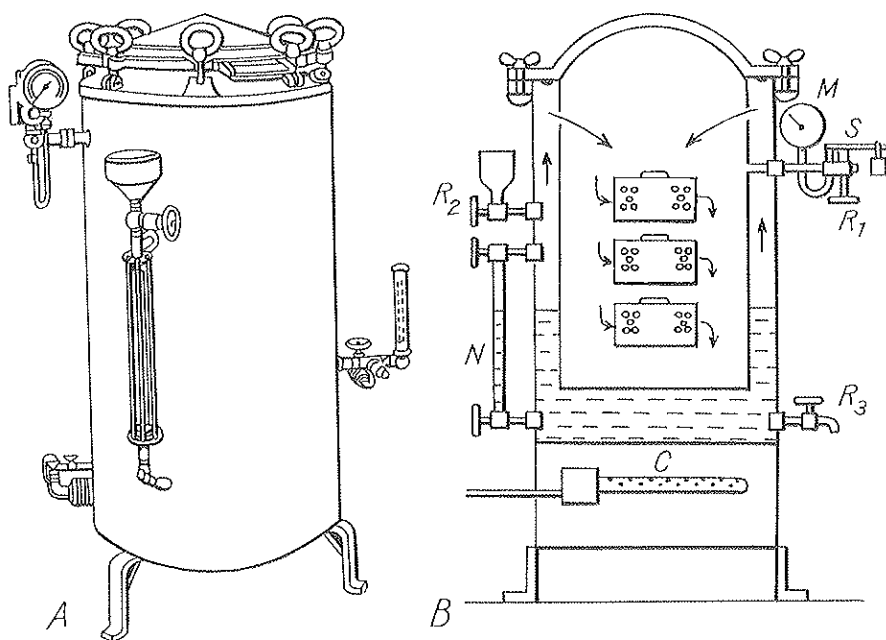


Fig. 46. — Autoclavul tip Chamberland cu perete dublu:

- A — autoclavul; B — schema autoclavului; C — sursa de căldură;
M — manometru; N — tubul de nivel (arată nivelul apei din autoclav);
R₁ — robinetul de evacuare a vaporilor (pentru purjare); R₂ — robinetul pâlniei prin care se introduce apa în autoclav; R₃ — robinetul de evacuare a apei din autoclav;
S — supapa de siguranță.

Autoclavele acestei instalații folosesc aburi pregătiți de către un generator propriu de aburi care este alimentat cu energie electrică. Ele pot prepara și apa sterilă necesară spălării pe mâini a chirurgilor. Dacă spitalul dispune de o centrală de aburi se folosesc aburi livrați de această centrală. Aburii trebuie livrați autoclavelor la o presiune de 3-5 atmosfere (atm). Prin intermediul unor reductoare ei sunt introduși în autoclave la presiunea necesară pentru sterilizare: 1,5; 2; 2,5 atm.

— *Principiile și tehnica de sterilizare la autoclavul tip Chamberland cu perete dublu.* Principiile de sterilizare, cu acest aparat care-și găsește largă utilizare în dispensare, sunt următoarele: cu ajutorul unei surse de căldură, apa conținută între cei 2 pereți ai autoclavului se transformă în aburi, care trec în cazanul interior prin două orificii situate în partea superioară a cazanului (fig. 46 B). De aici aburii pătrund în casoletă și sterilizează materialele conținute în acestea.

Odată sterilizarea efectuată, se oprește alimentarea cu căldură și se deschide robinetul de eliminare a vaporilor (vaporii fiind evacuați la exterior).

La sfârșitul sterilizării, după ce se oprește sursa de căldură, autoclavul se răcește treptat și aburii ies din casoletă și din cazanul interior care rămâne mult timp foarte cald, fapt care permite uscarea materialelor.

Sursa de căldură care produce vaporii de apă este fie un generator electric de căldură, fie o flacără de aragaz sau gaz metan. În lipsa acestora, se poate utiliza flacăra unui primus (cu sursă puternică de căldură) sau în cazul în care nu există la îndemână nici aceasta, se folosesc lemnele de foc, în care caz temperatura urcă foarte greu și procesul de sterilizare durează mult, dar se poate face sterilizare.

Controlul temperaturii aburilor din autoclav și deci al sterilizării se face cu un manometru de presiune, *prin echivalarea în grade Celsius a presiunii pe care o citim la manometru*. Este de reținut deci că la autoclav, spre deosebire de pupinel, nu este montat un termometru, ci un *manometru* și că temperatura la care se sterilizează o putem cunoaște echivalând presiunea cu temperatura. Această echivalare este următoarea:

- la o presiune de 1 atmosferă (1 kgf/cm^2) corespund 120°C ;
- la o presiune de 1,5 atmosfere ($1,5 \text{ kgf/cm}^2$) corespund 128°C ;
- la o presiune de 2 atmosfere (2 kgf/cm^2) corespund 133°C ;
- la o presiune de 2,5 atmosfere ($2,5 \text{ kgf/cm}^2$) corespund 140°C .

Pentru a se realiza temperaturile corespunzătoare presiunilor de mai sus, *trebuie să fie evacuat neapărat tot aerul din autoclav*, pentru că prezența aerului face ca la o presiune de 2 atmosfere, spre exemplu, să nu se atingă temperatura de 133°C , ci o temperatură mai scăzută. Sterilizarea se realizează menținând presiunea manometrului la 1,5-2,5 atmosfere timp de 30 de minute.

Sterilizarea se va face cu respectarea integrală a procesului de lucru, specificat de altfel în cartea tehnică a aparatului. Asistenta medicală este datoră să urmărească în tot timpul sterilizării, modul cum funcționează autoclavul. Verificarea periodică a aparatului este obligatorie.

Casoletele cu câmpuri, halate, comprese etc. se pun în autoclav cu capacul corect închis dar cu orificiile laterale desfăcute, pentru ca să poată pătrunde pe aici vaporii de apă în scopul sterilizării conținutului. Culiile cu seringi care nu sunt puse în casolete cu orificii laterale se vor așeza cu capacele parțial deschise. Ele se vor închide imediat după sterilizare.

Materialele din casoletele sterilizate vor fi utilizate în cel mult 24 de ore din momentul sterilizării. Dacă ele nu au fost utilizate în acest interval, se introduc din nou la sterilizat, chiar și atunci când casoleta nu a fost deschisă.

Dacă materialele (câmpuri, comprese, materiale de sutură etc.) s-au consumat numai în foarte mică măsură, casoleta se completează cu alte materiale și se pune din nou la sterilizat.

■ Sterilizarea prin căldură uscată

▼ Sterilizarea prin flambare

În unele servicii se utilizează uneori - mai ales în cazuri de mare urgență - flambarea instrumentelor.

Flambarea este o metodă de sterilizare foarte defectuoasă. Prin flambare, instrumentele se distrug foarte repede și când se încearcă sterilizarea unui instrument pus într-o tăviță în care s-a turnat alcool și i s-a dat foc, flacăra nu cuprinde instrumentul decât parțial și aceasta numai în partea ultimă, înainte de arderea completă a alcoolului, ceea ce nu este suficient pentru sterilizare.

În laboratoarele de bacteriologie sterilizarea prin flambare rămâne încă utilă, pentru diferite instrumente metalice sau alte materiale care se folosesc în aceste laboratoare. Se expun la flacără, spre exemplu, gura eprubetelor care conțin medii de

cultură, dopurile acestora, ansele cu care se prelevează din lichidele de cercetat pentru însămânțarea pe medii de cultură etc.

▼ Sterilizarea cu etuva cu aer cald (pupinel)

Aparatul cu care se realizează o astfel de sterilizare este pupinelul (fig. 47).

Principiul de lucru al pupinelului, indiferent de tipul aparatului cu care lucrăm, este menținerea materialelor pe care vrem să le sterilizăm timp de 30 de minute la o temperatură de 180°C .

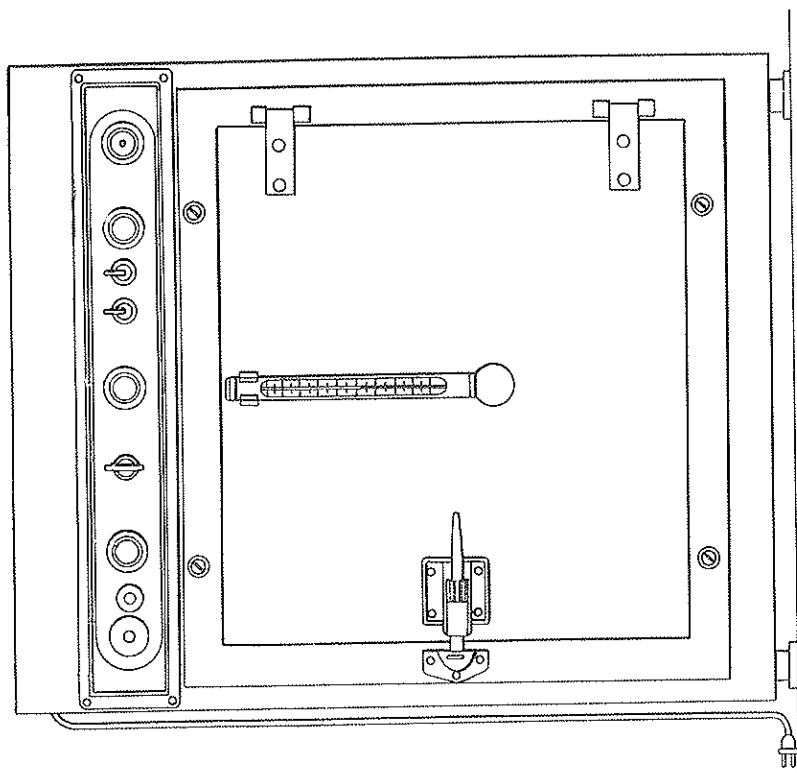


Fig. 47 — Pupinel (etuvă de sterilizare cu aer uscat).

Pupinelul este un aparat cu pereți dubli, de capacități diferite. Între cei doi pereți se găsește un strat izolator din azbest.

Sterilizarea la acest aparat nu se face sub presiune, ci prin temperatură uscată foarte înaltă. De aceea indicatorul este un termometru și nu un manometru de presiune. Pentru același motiv, capacul pupinelului are o închidere simplă și nu o închidere cu buloane puternice ca la autoclav.

Sursa de căldură constă din rezistențe electrice (similare celor de reșou) care se fixează în părțile laterale, în spațiul dintre perețele interior și carcasa interioară. În

plafon se găsește un ventilator necesar circulației aerului care omogenizează temperatura, condiție esențială pentru ca temperatura să fie egală în toate compartimentele pupinelului și să se facă sterilizarea. Circulația aerului se realizează de către ventilator prin absorbția aerului din spațiul util (camera propriu-zisă a pupinelului, în care se pun materialele de sterilizat) și refluarea lui în părți, peste rezistențele electrice de încălzire, de unde aerul este vehiculat prin ferestrele inferioare ale pereților interiori din nou în spațiul util, după care procesul se repetă.

Sterilizarea la pupinel trebuie făcută la temperatură mai înaltă decât la autoclav, deoarece așa cum am arătat și mai sus, *în mediul uscat, germenii se distrug la temperatură mai ridicată decât la căldură umedă*. Se știe că germenii sporulați se distrug foarte greu în mediu uscat, pe câtă vreme în mediul umed (căldură umedă) ei se distrug mai ușor, datorită faptului că membrana lor de înveliș este distrusă de căldura umedă. Va trebui deci realizată o temperatură de 180°C. La această temperatură compresele, halatele și câmpurile se ard; de asemenea materialele de cauciuc. Din acest motiv, materialele cunoscute sub numele generic de „material moale” se sterilizează la autoclav, în care fiind un mediu umed este suficientă pentru sterilizare o temperatură mai scăzută: 133°C. Într-o oarecare măsură și instrumentele metalice suferă neajunsuri la o astfel de sterilizare. Totuși instrumentele se sterilizează la pupinel, pentru că deteriorarea lor este mai înceată decât la temperatura umedă specifică autoclavului. Rezistă bine la acest gen de sterilizare obiectele de sticlă.

Sterilizarea la pupinel se face conform tipului de pupinel utilizat, respectându-se cu strictețe indicațiile date în cartea tehnică a aparatului.

3.3.5.1.2. Sterilizarea prin iradiere cu raze gama. Face parte tot din categoria sistemelor de sterilizare prin mijloace fizice. Datorită costului extrem de ridicat al instalației, necesității de a se lua măsuri speciale contra radiațiilor, datorită suprafeței mari de construcție pe care o necesită o astfel de instalație și totodată pentru că ea are capacitate extrem de mare de lucru, care depășește necesitățile oricărui spital, se folosește numai de către industriile care fabrică materiale cu o singură întrebuințare. Sterilizarea prin raze gama se recomandă îndeosebi pentru acele materiale care se deteriorează prin căldură: materialele făcute din polietilen, polivinil-cloruri (P.V.C.), nylon, terilen, polistiren, hârtie, lână, vată, cauciuc, cu menținerea că materialele cu anumite compoziții de cauciuc (butilat sau clorinat) se deteriorează, în oarecare măsură, dacă sunt sterilizate cu raze gama.

3.3.5.1.3. Sterilizarea prin ultrasunete. Această metodă se bazează pe proprietatea ultrasunetelor de a induce fenomene susceptibile de a distruge microbii prin alterarea structurilor interne ale acestora.

3.3.5.1.4. Sterilizarea prin raze ultraviolete. Razele ultraviolete au o putere slabă de penetrație și nu realizează o sterilizare, ci numai o dezinfecție. În prezent, se utilizează lămpile de ultraviolete numai pentru a reduce numărul de germeni dintr-o sală de operație (mai ales după ce s-au efectuat aici operații septică) și în sălile de pansament.

În cazul în care septicitatea a fost mare, nu este suficientă numai expunerea la raze ultraviolete, ci se va formoliza sala de operație sau de pansamente, după ce podeaua și pereții au fost spălați.

3.3.5.2. Sterilizarea prin mijloace chimice

3.3.5.2.1. Sterilizarea cu formol se face în instalații speciale.

Acest gen de sterilizare este util pentru sterilizarea materialelor făcute din cauciuc sau material plastic: tubulatură variată care se folosește în chirurgie, sondele de intubație traheală etc. Are marele dezavantaj că materialele astfel sterilizate irită mucoasele.

Sterilizarea se poate face în instalații (camere speciale) de sterilizare cu formol (soluție 40 % de aldehidă formică). Ele pot să atingă dimensiuni mari, adevărate „camere de sterilizare“, în care se pot introduce aparate cum ar fi cele de anestezie generală, alte echipamente din sala de operații, îmbrăcăminte etc. Sterilizarea cu formol se poate face atât „la rece“ cât și „la cald“ 80–130°C. La sfârșitul sterilizării se face neutralizarea formolului cu amoniac, care oferă și marele avantaj că materialele sterilizate nu mai exală miros de formol (fig. 48 A).

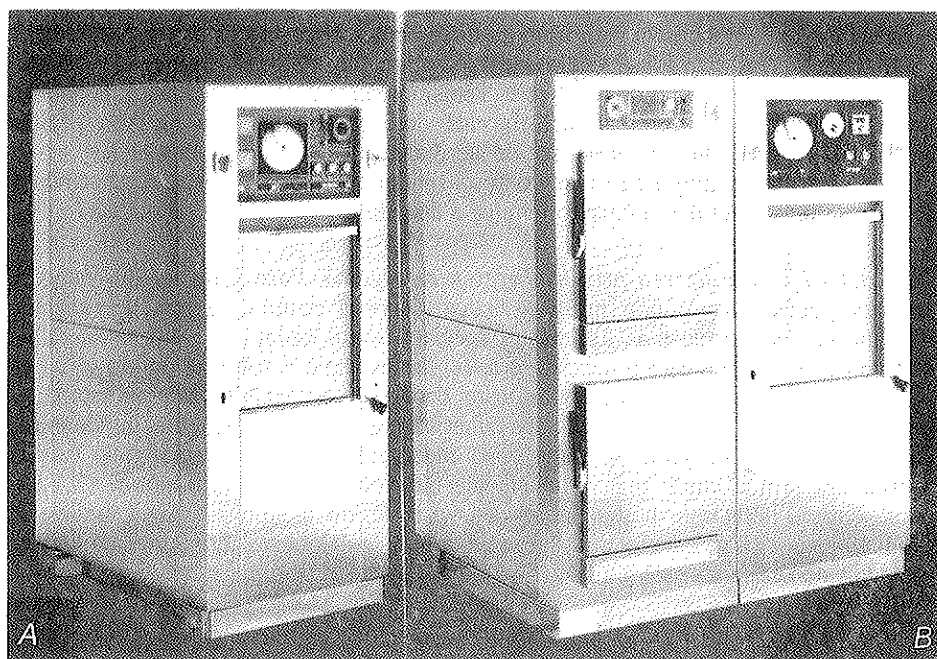


Fig. 48. — Sterilizare prin mijloace chimice în instalația cu formol — A și oxid de etilen — B.

3.3.5.2.2. Sterilizarea cu vapori de oxid de etilen (fig. 48 B). Este o sterilizare chimică „la rece“, care protejează materialele din cauciuc și din plastic. Materialele sterilizate prin această metodă nu irită mucoasele.

Instalația este asemănătoare cu autoclavele obișnuite și este foarte simplu de manevrat.

3.3.5.3. Alegerea tipului de sterilizare

Alegerea tipului de sterilizare este în funcție de materialul de sterilizat. Acesta este de altfel motivul pentru care folosim mai multe tipuri de sterilizare. Astfel, se folosesc:

— *Apa pentru spălat pe mâini, soluțiile pentru injecții* (soluțiile glucozate, clorurate etc.) se sterilizează prin fierbere la temperatură înaltă (128—140°C), adică la o presiune de 1,5 până la 2,5 atmosfere, timp de 30 minute, ceea ce se poate realiza numai la autoclav.

— *Soluțiile care conțin substanțe ce se distrug la 128° C* (vitamine, hormoni etc.) se sterilizează prin *tindalizare*. Prin tindalizare înțelegem încălzirea la 60°, repetată, întreruptă de perioade de răcire.

— *Materialele moi* care servesc pentru operații sau pansamente (mănuși de ață, comprese, vată, câmpuri, halate, măști, bonete) se sterilizează prin căldură umedă — în mediu de vapori — la autoclav, la temperatura de 133°C adică la o presiune de 2 atmosfere. Ele nu rezistă la sterilizare uscată (la pupinel) deoarece în aceste aparate se folosește o temperatură foarte înaltă (170°C).

— *Materialele din sticlă*. Instrumentele sau recipientele fabricate din sticlă: seringi, eprubete, cutii Petri, borcane etc. se sterilizează cel mai bine prin căldură uscată — la pupinel — întrucât prin acest tip de sterilizare obiectele acoperite, atunci când este cazul, cu capac de hârtie sau învelite complet în hârtie se scot de la pupinel perfect uscate.

Cel mai recomandabil sistem de sterilizare a instrumentelor metalice și a sticlărici este cel prin căldură uscată (pupinel). Aceasta datorită faptului că prin autoclavare (căldură umedă) unele instrumente metalice se oxidează. Instrumentele metalice se sterilizează în cutii de instrumente.

— *Instrumentele tăioase* (bisturie-foarfece), precum și acele Hagedorn și Reverdin se deteriorează ceva mai repede la căldură umedă, de aceea se sterilizează tot la pupinel.

Atunci când aceste instrumente au fost folosite într-o operație septică, vor fi curățate cu grijă deosebită cu detergent sau soluții dezinfectante și apoi sterilizate.

— *Instrumentele combinate* (metal cu sticlă), cum sunt seringile, necesită o atenție specială, deoarece diferența coeficientului de dilatație între metal și sticlă obligă ca acestea să fie introduse desfăcute la sterilizat. Deci, nu se va pune niciodată la sterilizat seringă cu pistonul înăuntru, deoarece pistonul fiind din metal, se dilată mai mult decât sticla și va sparge cu siguranță pereții de sticlă ai seringii. Seringile și acele de injecții se sterilizează prin autoclavare la temperatura de 133°C (timp de 30 de minute).

— *Instrumentele optice* (cistoscoape, reetoscoape, bronhoscoape, oglinzile stomatologice etc.) nu se vor steriliza prin căldură. Pentru ele se va folosi ștergerea minuțioasă cu alcool sau alte soluții dezinfectante și se vor steriliza în autoclave, la rece cu vapori de oxid de etilen, aparate simple, foarte eficiente și foarte necesare.

— *Obiectele de cauciuc* (mănușile, tuburile de dren) se sterilizează cel mai bine la autoclav. Temperatura autoclavului nu trebuie să depășească 128°C, adică 1,5 atmosfere.

— *Sondele Einhorn, sondele uretrale, traheale* se sterilizează la rece (oxid de etilen, raze gama etc.) sau, în lipsa acestora, prin autoclavare la 128°C.

Sondele uretrale și cele din material similar, tuburile din polietilen se sterilizează la rece (oxid de etilen sau raze gama), deoarece prin alte sisteme de sterilizare (autoclavare) se distrug.

— *Dezinfectarea pereților, a pardoselei, a tavanului din sala de operație*, ca și a suprafețelor exterioare ale diverselor aparate din această sală, se face prin spălarea lor cu apă și săpun, sau cu un detergent și apoi vaporizarea pe ele a diverselor soluții antiseptice: sublimat, oxicianură de mercur, vapori de formol.

Germenii din sala de operație se pot distruge în oarecare măsură cu ajutorul lămpilor de raze ultraviolete.

Ori de câte ori o sală de operații a fost contaminată cu germeni virulenți, ca urmare a efectuării în această sală a unei intervenții septice: peritonită, deschiderea unei colecții purulente, gangrenă umedă etc., se va face curățirea foarte atentă a sălii cu apă și săpun sau detergenți și formolizarea sălii. Se va folosi aparatul de formolizat încăperi. Se calculează 4 g formol pentru fiecare m³ de aer. Sala se menține închisă sub acțiunea vaporilor de formol, timp de 7 ore, după care se aerisește și excesul de formol se neutralizează cu amoniac (1 g pentru fiecare 100 m³ de aer).

— *Curățirea instrumentelor cu ultrasunete*. Înaintea sterilizării este foarte indicată curățirea acestora într-o cuvă cu ultrasunete care au capacitatea să curețe, să îndepărteze detritusurile de pe instrumente.

3.3.5.4. Controlul sterilizării

Pentru a verifica dacă sterilizarea prin căldură s-a făcut în bune condiții, se folosește ca test o soluție, care din incoloră devine galben-brună; glucoza pe care o conține se caramelizează (virează) la o temperatură de 120°C timp de 15 minute. Soluția este făcută din:

— citrat trisodic	3 g
— glucoză	3 g
— acid clorhidric n/l	1 ml
— apă distilată ad.	100 ml

Ea se poate prepara și înfiola chiar în spitale. Fiecare cassetă care se sterilizează la autoclav trebuie să conțină acest test. Chirurgul care deschide cassetă pentru a scoate materialele (câmpuri, comprese) pentru operație trebuie să controleze testul. *Nu se pot folosi decât materialele cu testul corect virat din incolor în galben-brun.* Pentru sterilizarea la pupinel se folosește „procedul propriu” pe care l-a introdus dr. Mihai Mihăilescu în Spitalul Universitar București (în 1978) și anume: ștampilarea cu soluția de mai sus a unei hârtii cu o ștampilă STERIL invizibilă; la pupinel virează însă în culoarea maro.

Din nefericire, aceste teste de control nu arată dacă temperatura de sterilizare a depășit 120°C și se știe că adeseori avem nevoie să depășim această temperatură. De asemenea ele nu arată dacă sterilizarea s-a făcut timp de 30 minute la temperatura adecvată.

Sunt totuși teste utile, fără de care nu trebuie făcută nici o sterilizare. Depinde deci de cadrele care execută sterilizarea să efectueze această activitate cu toată conștiințiozitatea necesară. Pentru a evita orice neglijență, este obligatoriu ca fiecare autoclav sau pupinel să aibă anexat „un caiet de lucru” în care să se noteze pentru fiecare șarjă ora și minutul la care a început sterilizarea (s-a atins temperatura necesară) și cea la care a încetat sterilizarea; aceasta până când și spitalele din țara noastră vor fi echipate cu autoclave care pot să înregistreze grafic temperatura atinsă și durata sterilizării.

Se cunosc și alte tipuri de teste, preparate industrial. Dintre acestea menționăm pe cel cunoscut sub numele de „tub de control Brown” care are calitatea să-și schimbe culoarea în funcție de temperatura la care a ajuns procesul de sterilizare. Astfel, culoarea tubului Brown tip I se transformă în negru la 126°C în autoclavul obișnuit. Culoarea tubului Brown tip II se transformă în galben la 126°C în autoclavul pentru sterilizarea rapidă în vid. Culoarea tubului Brown tip III se transformă în verde la 160°C în pupinel. Culoarea tubului Brown tip IV se transformă în albastru la 180°C în pupinel.

Există posibilitatea de a face un control eficace și prin metode bacteriologice, control care se realizează în felul următor: într-una din cazolette se așează o eprubetă (închisă) cu microbi sporogeni (spre exemplu, bacilul tetanic sau cel cărbunos). După sterilizare se scoate eprubeta. Conținutul ei se însămânțează pe medii care trebuie să rămână sterile, semn că germeii conținuți în eprubetă au murit. Bineînțeles că un astfel de control al funcționării autoclavelor nu se face decât la anumite intervale — atunci când vrem să controlăm aparatul de sterilizat și manometrele ca și în caz de dubiu privind eficacitatea celorlalte teste de control.

3.3.5.5. Materiale chirurgicale sterile cu o unică întrebuințare

Pe plan mondial s-a extins în ultimele trei decenii folosirea materialelor cu o unică (singură) întrebuințare (disposable). Aceste materiale se fabrică din mase plastice, se livrează sterile de către fabrica producătoare și după întrebuințare se aruncă. Gama materialelor cu o singură întrebuințare este din ce în ce mai largă și beneficiarii constată că prin acest sistem prețul de cost scade, se reduce mâna de lucru, și mai ales se asigură o perfectă securitate din punct de vedere al asepsiei actului operator sau medical respectiv. Lista materialelor cu o singură întrebuințare este în permanentă creștere. Dintre cele ce se folosesc azi în mod curent cităm: seringile și acele de puncție și injecții, trusele și recipientele cu lichide pentru perfuzii, mânușile pentru consultații și pentru operații, apășătoare de limbă, valvele, anuscoapele, tuburile de drenaj, sondele (îndeosebi cele uretrale și ureterale), pungile de recoltat urina, urinarele, ploștile, scuipătorile etc.

Procesul de fabricare în țara noastră și de dotare a unităților sanitare cu astfel de materiale este în plină desfășurare. El a început cu trusele de recoltat sânge și de executat perfuzii, cu pungile din material plastic care conțin lichide perfuzabile, cu pungile pentru recoltat urina, sonde; suntem siguri că va continua și pentru multe alte materiale necesare spitalelor noastre indicate să fie folosite numai o singură dată, pentru perfectă securitate a bolnavului, ținându-se seama că prin ele se poate ajunge în marea majoritate a cazurilor și la un preț de cost total mai scăzut.

3.4. ANTISEPSIA. PRINCIPALELE SUBSTANȚE ANTISEPTICE

Antisepsia este o metodă curativă. Grație mijloacelor multiple de asepsie existente, se evită infectarea plăgilor operatorii. Folosirea — direct în plăgi sau pe cale generală — a antibioticelor sau a chimioterapicelor (sulfamidelor) a redus mult folosirea antisepticelor. Totuși antisepticele sunt încă foarte larg folosite și aduc mari servicii în tratarea plăgilor infectate.

Un bun antiseptic trebuie să distrugă sau să împiedice dezvoltarea microbilor, fără să afecteze țesuturile cu care vine în contact.

Sub acest aspect putem vorbi de antiseptice citofilactice care nu au efect nociv asupra țesuturilor și antiseptice caustice, care pe lângă acțiunea lor asupra microbilor, au acțiune nocivă sau chiar de distrugere asupra celulelor și țesuturilor organismului uman.

Din cauza acestor inconveniente, numărul soluțiilor antiseptice a scăzut mult. În prezent se utilizează mai ales următoarele antiseptice:

3.4.1. Alcoolul rectificat

Alcoolul rectificat, în concentrație de 70°, are acțiune bactericidă puternică și se folosește pentru dezinfectia tegumentelor, atunci când nu este indicată folosirea tincturii de iod. În concentrații mai mari de 70° produce precipitarea proteinelor de pe suprafața microbilor, împiedicând pătrunderea antisepticelor în interiorul corpului microbial. Este util și pentru prșnițe alcoolizate.

3.4.2. Tinctura de iod

Tinctura de iod este o soluție alcoolizată de iod (2%), la care se adaugă iodura de potasiu tot 2%.

Este un foarte bun antiseptic al câmpului operator (al pielii) întrucât iodul mărește puterea de pătrundere a alcoolului în straturile superficiale ale pielii și glandele sebacee. Soluția se va folosi și pentru dezinfectarea zonei cutanate din jurul plăgilor, atunci când se execută un pansament. Fiind foarte caustică nu se va aplica pe plăgi. Unii bolnavi sunt alergici față de iod și pielea lor reacționează prin leziuni de diferite grade. De aceea este util să se cerceteze, înainte de badijonarea largă a pielii, sensibilitatea acesteia față de iod numai pe o zonă foarte limitată. Tinctura de iod învechită sau cu o concentrație prea mare este de asemenea iritantă. Pe suprafața de piele badijonată cu iod nu se vor aplica pansamente umede, deoarece se pot produce iritații ale pielii.

Este foarte important a se cunoaște că tinctura de iod care stagnează în timpul operațiilor pe anumite părți ale pielii (în cicatricea ombilicală, sub sâni, între coapse și pielea scrotului sau sub fesele bolnavului) *poate crea arsuri grave — chimice — greu vindecabile încât asistenta medicală este obligată să ia măsurile necesare pentru a nu produce acest accident.*

3.4.3. Antisepticele oxidoreductoare

Antisepticele oxidoreductoare sunt citofilactice. Cele mai folosite sunt: apa oxigenată, cloramina (soluția Dakin) și permanganatul de potasiu.

3.4.3.1. Apa oxigenată

Apa oxigenată este un lichid clar. Soluția de apă oxigenată se prepară din Perhidrol 30 ml la 1 000 ml apă distilată (se face deci o soluție de 3%). Apa oxigenată se folosește numai proaspătă, deoarece numai astfel poate să elibereze, în contact cu plaga, oxigenul care este elementul activ — bactericid — din soluție. Soluția proaspătă, în contact cu plaga, face bule de aer — spumă. Este antisepticul cel mai indicat atunci când vrem să curățăm o plagă de nisip, noroi, de alte impurități, să evităm apariția sau să tratăm o gangrenă gazoasă, deoarece spuma care se creează ridică din profunzime la suprafață și corpii străini. Prin faptul că pune în libertate oxigen, are largi indicații în tratamentul plăgilor profunde și cu microbi anaerobi.

Își găsește indicații și în plăgile sângerânde, fiind și un bun hemostatic.

3.4.3.2. Cloramina

Cloramina, soluție neutră, diluată, de hipoclorit de sodiu, se prepară din tablete de cloramină (hipoclorit de sodiu), punându-se 1 g de cloramină peste 100 ml apă distilată (sau apă fiartă și răcită). Acțiunea sa dezinfectantă se datorează clorului, care este pus în libertate în contact cu plaga. Soluția este cunoscută și sub numele de soluția Dakin, după numele celui care a introdus pentru prima oară această soluție în arsenalul antiseptic.

Are un miros specific și întrebuințare destul de largă, mai ales pentru curățirea plăgilor de sfaceluri, puroi etc. În soluții mai concentrate, de 5-6%, se folosește pentru dezinfectarea rufelor îmbibate de puroi. În acest scop, rufe sunt puse la înmuiat, timp de 2 ore, în această soluție.

3.4.3.3. Permanganatul de potasiu

Permanganatul de potasiu se prezintă sub formă de cristale de culoare violetă. Are o putere de dizolvare foarte mare. Soluția se prepară din 1 g cristale de permanganat în 1 000 ml de apă distilată.

Trebuie știut că o soluție diluată (roz-roșiatică) este un antiseptic mai bun decât o soluție concentrată (violet-închis).

Este un bun antiseptic degajând oxigen, fiind puțin toxic dacă nu depășește doza de mai sus, are o largă utilizare în tratamentul infecțiilor sau al plăgilor infectate și mari, profunde. Este foarte indicat și pentru tratarea mucoaselor infectate (se știe că mucoasele absorb foarte ușor soluțiile cu care vin în contact).

Permanganatul de potasiu este un bun dezodorizant, ceea ce îl face și mai util în spălarea plăgilor urât mirositoare.

3.4.4. Substanțe colorate

Substanțe colorate — rivanolul, albastru de metilen, violetul de gențiană sunt antiseptice citofilactice; prin stimularea granulării țesuturilor au un rol cicatrizant.

3.4.4.1. Rivanolul

Rivanolul — se prezintă sub formă de pulbere galbenă. Se folosește soluție 1‰. Este un antiseptic cu largi indicații. Bun bactericid, se utilizează cu predilecție când se face un pansament umed.

3.4.4.2. Albastru de metilen

Albastru de metilen - se folosește în soluție de 2%. Este bine suportat de mucoase. Dă rezultate bune în tratarea faringitelor prin badijonare directă sau a cistitelor prin ingerare de cașete care cuprind: albastru de metilen 0,10, lactoză 0,20 pentru o cașetă (se iau 1-3 cașete pe zi).

3.4.4.3. Violet de gențiană

Violet de gențiană - se utilizează în soluție 1%, mai ales în dermatologie.

3.4.5. Antiseptice albumino-precipitante

Antiseptice albumino-precipitante sunt săruri de argint, de mercur și acidul boric.

3.4.5.1. Sărurile de argint

Sărurile de argint sunt reprezentate de nitrat de argint și săruri coloide: colargolul, protargolul și argirorul.

3.4.5.1.1. Nitratul de argint — se utilizează sub formă de creioane, cristale sau soluții. Are acțiune astringentă, caustică (formează cu proteinele albuminat de proteine) și acțiune bacteriologică sau bacterică, în funcție de concentrație.

În soluție de 1% este indicat în tratarea eczemelor infectate, în profilaxia oftalmiei gonococice la nou-născuți, în pansamente umede pentru plăgi sau în dermatologie.

În soluție concentrată de 2-3% este caustic. Utilizarea creioanelor, cristalelor sau soluțiilor concentrate se face pentru distrugerea mugurilor în plăgile atone sau avivarea marginilor plăgilor, precum și pentru cauterizarea negilor.

3.4.5.1.2. Colargolul este un amestec coloidal cu oxid de argint (70% Ag) și 30% substanțe albuminoide (coloizi protectori). Are o largă întrebuințare în oftalmologie și O.R.L. Se folosește în soluție 1%.

3.4.5.1.3. Protargolul 2% și argirorul 5% fac parte din aceeași grupă a sărurilor coloidale, ca și colargolul, fiind și ele larg utilizate în oftalmologie și O.R.L.

3.4.5.2. Sărurile de mercur

Sărurile de mercur își datorează acțiunea antiseptică inhibării unor enzime necesare metabolismului microbian. Dintre sărurile de mercur utilizate cităm: sublimatul, biclorura de mercur și oxicianura de mercur.

3.4.5.2.1. Biclorura de mercur (sublimatul de mercur) se găsește sub formă de cristale sau praf. De obicei se livrează sub formă de tablete. Soluția de 1‰ este un foarte puternic antiseptic, dar foarte toxic, fapt care-l face impropriu pentru utilizarea lui în toaleta plăgilor și mucoaselor. Se poate utiliza ca dezinfectant pentru ploi, urinare și pentru spălarea podelelor din locurile cu mare infestare microbiană.

3.4.5.2.2. Oxicianura de mercur poate fi folosită în soluții diluate pentru dezinfectia mucoaselor.

3.4.5.3. Acidul boric

Acidul boric se prezintă sub formă de cristale mici. Se întrebuințează ca atare sau sub formă de soluții 1-2 %. Este un antiseptic slab. Se folosește mai ales pentru combaterea infecțiilor cu bacilul piocianic (se cunoaște după culoarea verde pe care o iau compresele îmbibate cu puroi). Se folosește ca antiinflamator în oftalmologie și dermatologie.

3.4.6. Fenolul (acidul fenic)

Fenolul (acidul fenic) se prezintă sub formă de cristale roz-albe. Se folosește soluție 1-3%. Această soluție are un miros foarte supărător.

Era utilizat în trecut. Lister a făcut primele pansamente cu soluție de fenol. Este toxic, poate produce arsuri ale mucoaselor și dermite, are un miros pătrunzător neplăcut, pentru care azi este rar utilizat.

3.4.7. Eterul

Eterul - același care este folosit pentru narcoză. Are ușoară putere bactericidă, este un toxic slab. Se folosește rar. Sub formă de eter iodat se folosește pentru degresarea pielii la nivelul câmpului operator, înainte de dezinfecția sa.

3.4.8. Iodoformul

Iodoformul - se prezintă sub formă de pulbere sau cristale de culoare galbenă și cu un miros caracteristic. Se folosește ca atare sau sub formă de pomadă. Este un bun antiseptic, dar din cauza mirosului său supărător, azi e folosit mai rar. Se folosește în special în stomatologie.

3.4.9. Gomenolul

Gomenolul - are o mare pătrundere în mucoase; nu este iritant sau caustic. Se folosește sub formă de pomadă sau oleu, mai ales în urologie și infecții nazale.

3.4.10. Preparate tipizate

Preparate tipizate printre cele mai cunoscute sunt septozolul și metoseptul.

3.4.10.1. Septozolul

Septozolul este o soluție care conține: Nonilfenol-poli-etoxilat, iod, alcool izopropilic, apă distilată. Are largi indicații antiseptice și înlocuiește în mare măsură tinctura de iod, al cărui loc tinde să-l ia.

3.4.10.2. Metoseptul

Metoseptul este o soluție care conține: acid salicilic, mentol, albastru de metilen, tripaflavină, alcool și apă distilată. Este bun antiseptic, utilizat în plăgile recente, este însă contraindicat în procesele inflamatorii acute ale pielii.

3.4.11. Antisepticele tensioactive

Antisepticele tensioactive citofilactice, prezintă alături de proprietăți antiseptice și cele de detergent, ușurând curățarea plăgilor de cruste și resturi tisulare.

Detergenții, ca și săpunurile, fac parte din grupa antisepticelor tensioactive și dezinfectante. Detergenții reprezintă o achiziție relativ recentă și s-au dovedit deosebit de utili. Cei mai întrebuințați sunt detergenții de tip Alba, Dero, Perlan, care astăzi dau rezultate extrem de bune în dezinfectarea instrumentelor, a veselei, a rufelor, a băilor, tăvișelor renale, ploștilor, urinarelor sau a altor recipiente. Detergenții care conțin și enzime proteolitice de origine bacteriană, de tip Biotim, par a fi mai eficienți. Tot în categoria detergenților intră și săpunul.

Un detergent întrebuințat larg astăzi în spitale este *Bromocetul* (cetazolin - soluție hidroalcoolică de bromură de cetilpiridină). El are o bună acțiune antiseptică și dezinfectantă în concentrație de 1-2 ‰, nu este iritant nici pentru piele, pentru plăgile larg deschise, amfractuoză, murdărite cu noroi, substanțe grase etc.

Se procură în flacoane de 100 ml soluție 10% sau în flacoane de 1 000 ml soluție 20%, din care se fac soluții diluate.

Se utilizează în spălarea pielii bolnavului ce urmează a fi operat, a mâinilor echipei chirurgicale, precum și pentru spălarea-dezinfectarea diferitelor recipiente utilizate în spitale.

3.5. STERILIZAREA PRIN MIJLOACE BIOLOGICE (CHIMIOTERAPICE ANTIMICROBIENE)

Introducerea chimioterapicelor de sinteză (sulfamide) și a antibioticelor a redus foarte mult numărul infecțiilor chirurgicale, precum și evoluția și gravitatea lor.

Acțiunea lor poate fi de tip bactericid, ce duce la distrugerea ireversibilă a germenilor (penicilinele, cefalosporinele, Rifampicina, Bacitracina etc.) sau au o acțiune bacteriostatică - adică inhibă multiplicarea lor, aceștia putând fi omorâți apoi prin intervenția mecanismelor de apărare ale organismului (cloramfenicolul, sulfamidele, tetraciclina etc.).

În funcție de modul de obținere, ele pot fi clasificate în:

3.5.1. Chimioterapie de sinteză

Chimioterapie de sinteză - cum sunt sulfamidele, sulfonele, metronidazolul etc.

3.5.2. Antibiotice

Antibiotice - produse de levuri sau obținute prin procese de biosinteză. Principalele grupe de antibiotice sunt:

3.5.2.1. Betalactaminele:

- peniciline.
- cefalosporine.

3.5.2.2. Aminoglicozidele:

- kanamicina,
- streptomicina,
- gentamicina.

3.5.2.3. Macrolidele (tetracilinele):

- eritromicina,
- nistatina,
- amfotericina.

3.5.2.4. Polipeptidele ciclice:

- polimixina,
- bacitracina.

În funcție de spectrul antimicrobian (totalitatea germenilor sensibili la un antibiotic), aceștia pot fi:

3.5.3. Spectrul microbian

3.5.3.1. Antibiotice cu spectru îngust tip penicilinic

Antibiotice cu spectru îngust - tip penicilinic; în care intră penicilinele, eritromicina, clindamicina au o acțiune asupra cociilor gram pozitivi și negativi și asupra bacililor gram pozitivi.

3.5.3.2. Antibiotice cu spectru îngust tip streptomicină

Antibiotice cu spectru îngust tip streptomicină, format din aminoglicozide (streptomicină, kanamicină, gentamicină etc.), au acțiune în special asupra bacililor gram negativi, dar acționează și asupra unor coci gram pozitivi și negativi.

3.5.3.3. Chimioterapice cu spectru larg

Chimioterapice cu spectru larg, din care fac parte tetracilinele, cefalosporinele, cloramfenicolul, sulfamidele etc.

Aceste chimioterapice, pe lângă acțiunea lor asupra diferitelor tipuri de microbi, acționează și asupra rickettsiilor, chlamidelor, micoplasmelor, spirochetelor.

Administrarea chimioterapicelor antimicrobiene se va face în funcție de sensibilitatea microbilor, toleranța și eventualele reacții adverse la ele. La fel trebuie cunoscută bine acțiunea farmaco-dinamică; administrarea a mai multor antibiotice trebuie să aibă în vedere potențarea acțiunii antimicrobiene și nu scăderea eficienței lor, prin anulare reciprocă.

Ori de câte ori este posibil tratamentul se va face „țintit“ pe baza identificării agentului cauzal prin examen bacteriologic și cunoașterea celui mai eficace chimioterapic antimicrobian prin antibiogramă.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 3

1 - Cine a descris asepsia?

- a - Louis Pasteur;
- b - Semmelweiss;
- c - Lister.

2 - Cine a descoperit antisepsia?

- a - Lister;
- b - Pasteur;
- c - Semmelweiss.

3 - Ce urmărește asepsia și cui se adresează?

- a - dezinfecția mâinilor chirurgilor și îmbrăcarea materialului steril;
- b - sterilizarea instrumentarului, a materialului moale, a materialului de sutură;
- c - dezinfecția tegumentelor regiunii de operat și acoperirea bolnavului cu câmpuri sterile.

4 - Ce ste antisepsia?

- a - metodă profilactică de luptă împotriva infecțiilor;
- b - metodă curativă de luptă împotriva infecțiilor;
- c - metodă de îndepărtare și distrugere a microbilor de pe piele, material moale, obiecte din încăperi.

5 - Ce este dezinfecția?

- a - metodă de îndepărtare și distrugere a microbilor de pe piele, plăgi, obiecte din încăperi, ploști, urinare etc.;
- b - metodă de prevenire a infecțiilor plăgilor operatorii;
- c - metodă curativă de distrugere a microbilor dintr-o plagă.

6 - Ce urmărește sterilizarea?

- a - dezinfecția căzilor, băilor, ploștilor;
- b - distrugerea germenilor, inclusiv a formelor sporulate și a virusurilor;
- c - profilaxia infecțiilor plăgilor operatorii.

7 - În cadrul pregătirii echipei operatorii se va face și spălarea mâinilor cu apă sterilă și săpun. Cât timp va fi acordat fiecărei mâini?

- a - 5 minute;
- b - 10 minute;
- c - 15 minute;
- d - 20 minute.

8 - În ce se prepară apa sterilă pentru spălarea mâinilor chirurgului?

- a - pupinel;
- b - se fierbe timp de 30 minute;
- c - autoclav;
- d - se spală cu apă curentă de la robinet.

9 - Cum pregătim mănușile pentru operație?

- a - se pun în casonete, se pudrează cu talc, se sterilizează la pupinel;
- b - după pregătire, se pun în cutii metalice speciale, se închide cutia, se deschide clapa care pune în evidență orificiile pe unde pătrund vaporii, se pune la autoclav;
- c - se pun în cutii metalice speciale, se închide cutia ermetic, se pune la autoclav.

- 10 - Care din metodele de mai jos sunt metode de sterilizare prin mijloace fizice?
- a - sterilizarea cu formol;
 - b - sterilizarea prin căldură uscată și umedă;
 - c - sterilizarea cu oxid de etilenă;
 - d - sterilizarea prin iradiere;
 - e - sterilizarea prin ultrasunete.
- 11 - Prin ce metodă se sterilizează la autoclav?
- a - vapori supraîncălziți sub presiune;
 - b - fierbere sub presiune;
 - c - aer uscat.
- 12 - Ce sistem de sterilizare a instrumentarului metalic este cel mai bun?
- a - sterilizarea prin căldură umedă la autoclav;
 - b - sterilizarea la pupinel;
 - c - sterilizarea prin flambare;
 - d - sterilizarea cu ultrasunete.
- 13 - Care catgut din cele de mai jos este cel mai subțire?
- a - catgut 000;
 - b - catgut nr. 2;
 - c - catgut nr. 5.
- 14 - Care din numerele de mai jos ale nylonului sau aței este mai gros?
- a - numărul 11;
 - b - numărul 8;
 - c - numărul 6.
- 15 - Cum se sterilizează și se păstrează ața sau nylonul chirurgical?
- a - ambalat în fiole sterile din fabrică;
 - b - se fierbe și apoi se ține în alcool 70°;
 - c - se înfășoară pe baghete de sticlă, se degresează, se sterilizează la autoclav, se menține în cutii Petri în alcool 70°.
- 16 - Care este deosebirea dintre câmpurile operatorii mari și cearșafurile necesare în intervenții chirurgicale?
- a - nu există nici o deosebire;
 - b - au dimensiuni diferite;
 - c - câmpurile operatorii mari au despicătură în funcție de tipul intervenției operatorii, iar cearșafurile nu au despicătură.
- 17 - Cum se sterilizează catgutul?
- a - se livrează ambalat în fiole sterile din fabrică;
 - b - se sterilizează la autoclav;
 - c - se sterilizează în instalații cu oxid de etilenă;
 - d - se sterilizează la pupinel.
- 18 - Ce manopere se vor executa pentru aseptizarea zonei în care se va opera și a celei din jur?
- a - se badijonează de două ori cu tinctură de iod;
 - b - acoperirea cu cearșafuri a bolnavului și a mesei de instrumente;
 - c - acoperirea cu câmpuri sterile a bolnavului.
- 19 - Cum se vor steriliza instrumentele optice (cistoscoape, bronhoscoape, oglinzile stomatologice etc.)?
- a - prin căldură umedă la autoclav;
 - b - în autoclave la rece cu vapori de oxid de etilenă;
 - c - la pupinel.

- 20 - Cât durează sterilizarea la autoclav sau pupinel?**
 a - 60 de minute din momentul introducerii în autoclav sau pupinel;
 b - 30 de minute de la ridicarea necesară a presiunii sau atingerea presiunii necesare;
 c - până ce ne semnalizează aparatul de control că sterilizarea s-a efectuat.
- 21 - Materialul moale se sterilizează la:**
 a - 120°C și 2 atmosfere prin fierbere;
 b - 140°C și 2,5 atmosfere cu vapori de apă, în autoclav;
 c - 130°C și 2 atmosfere la pupinel.
- 22 - Sterilizarea prin iradiere cu raze gama se folosește pentru:**
 a - sterilizarea curentă în unitățile spitalicești;
 b - sterilizarea în industria care fabrică materialele de unică folosință;
 c - sterilizarea sălilor de operație.
- 23 - În camerele de sterilizare cu formol se sterilizează:**
 a - instrumentarul metalic curent al sălilor de operație;
 b - materialul moale de uz curent (halate, câmpuri) necesar sălilor de operație;
 c - aparate de anestezie generală, alte echipamente ale sălilor de operație.
- 24 - Care este termenul de valabilitate al sterilizării instrumentarului chirurgical și materialului moale sterilizat la pupinel sau autoclav?**
 a - 24 de ore de la efectuarea sterilizării;
 b - termen nelimitat, dacă nu s-au deschis cutiile de instrumente sau casoletele;
 c - 48 de ore de la efectuarea sterilizării.
- 25 - La folosirea materialelor de unică folosință este nevoie de unele precauții sau nu?**
 a - nu este nevoie de nici o precauție, ele putând fi folosite oricând;
 b - observarea integrității ambalajului;
 c - observarea termenului până la care este valabilă sterilizarea.
- 26 - Ce înțelegem prin antiseptice citofilactice?**
 a - antiseptice care au efect nociv asupra țesuturilor;
 b - antiseptice care distrug sau împiedică dezvoltarea microbilor, fără să afecteze țesuturile cu care vin în contact;
 c - antiseptice care, pe lângă acțiunea asupra microbilor, au acțiune distructivă asupra țesuturilor.
- 27 - Care sunt antisepticele oxido-reductoare?**
 a - apa oxigenată, alcoolul, tinctura de iod;
 b - permanganatul de potasiu, nitratul de argint, sărurile de mercur;
 c - apa oxigenată, permanganatul de potasiu, cloramina.
- 28 - Care este antisepticul cel mai folosit când vrem să curățăm o plagă de noroi, nisip, corpuri străine și să oprim sângerarea?**
 a - apa oxigenată;
 b - alcoolul;
 c - tinctura de iod;
 d - cloramina.
- 29 - În ce concentrație alcoolul rectificat are acțiunea bactericidă cea mai puternică?**
 a - alcool 60°;
 b - alcool 70°;
 c - alcool 98°.

- 30 - În ce concentrație se folosește cloramina ca antiseptic?
- a - 1-2 %;
 - b - 5 %;
 - c - 10 %.
- 31 - Pentru ce se folosește albastrul de metilen?
- a - dezinfectia plăgilor;
 - b - tratarea faringitelor;
 - c - tratarea cistitelor.
- 32 - Precizați în care din împrejurările de mai jos nu se folosește nitratul de argint?
- a - profilaxia oftalmiei gonococice;
 - b - dezinfectia plăgilor;
 - c - cauterizarea negilor.
- 33 - Precizați care sunt dezavantajele tincturii de iod:
- a - nu are nici un dezavantaj, se poate folosi în orice împrejurări;
 - b - nu se poate folosi în profunzime deoarece precipită proteinele;
 - c - unii bolnavi sunt alergici față de iod;
 - d - poate produce arsuri chimice grave.
- 34 - Care din antiseptice se folosește pentru combaterea infecțiilor cu bacilul piocianic?
- a - acidul fenic;
 - b - acidul boric;
 - c - cloramina.
- 35 - Care din produsele tipizate poate înlocui tinctura de iod, în cazul unui bolnav alergic la iod?
- a - Septozolul;
 - b - Bromocetul;
 - c - Metoseptul.
- 36 - Pentru ce se întrebuințează detergenții în chirurgie?
- a - spălarea instrumentarului;
 - b - dezinfectia mâinilor chirurgului;
 - c - dezinfectia instrumentarului, veseli, ploștilor și urinarelor.
- 37 - Care din antibioticele și chimioterapicele de mai jos sunt bactericide:
- a - penicilina, cloramfenicolul, sulfamidele;
 - b - cefalosporinele, rifampicina, bacitracina, penicilina;
 - c - eritromicina, tetraciclina, penicilina.
- 38 - Care dintre antibioticele de mai jos au acțiune bacteriostatică?
- a - cloramfenicolul, penicilina, cefalosporinele;
 - b - eritromicina, streptomycină, cefalosporinele;
 - c - cloramfenicolul, eritromicina, tetraciclina, sulfamidele.
- 39 - Infecțiile nespecifice ale țesutului cutanat și celular subcutanat se datorează, în cele mai multe cazuri, stafilococului auriu. Care este grupa de antibiotice de elecție utilizate în asociere cu tratamentul chirurgical când este cazul?
- a - betalactamine;
 - b - aminoglicozide;
 - c - tetraciline;
 - d - polipeptide ciclice.

40 - Ce sunt aminoglicozidele?

- a - substituenți volemici și energetici perfuzabili în șoc;
- b - fragmente de molecule ADN;
- c - antibiotice din grupul streptomicinei.

41 - Asupra căror germeni acționează antibioticele tip penicilinic?

- a - cociilor gram-pozitivi;
- b - bacililor gram-negativi;
- c - bacililor gram-pozitivi;
- d - cociilor gram-negativi.

42 - Aminoglicozidele acționează asupra:

- a - bacililor gram-negativi;
- b - bacililor gram-pozitivi;
- c - cociilor gram-pozitivi.

Verificați-vă cunoștințele

4.1. Generalități	100
4.1.1. Microbul	100
4.1.2. Terenul	101
4.1.2.1. Factorii locali	101
4.1.2.2. Factorii generali	102
4.2. Modul de evoluție a infecției chirurgicale și modalități de autoapărare (autovindecare)	102
4.2.1. Stadiul de infecție localizată	102
4.2.1.1. Substratul anatomic al infecției locale	103
4.2.1.1.1. Hiperemia	103
4.2.1.1.2. Diapedeza	103
4.2.1.1.3. Exsudația seroasă	103
4.2.1.2. Substratul fiziopatologic al infecției locale	103
4.2.1.2.1. Etapa celulară (fagocitară)	103
4.2.1.2.2. Etapa tisulară	104
4.2.2. Stadiul de infecție generalizată	105
4.3. Infecțiile acute chirurgicale localizate; forme clinice	105
4.3.1. Foliculita	105
4.3.2. Furunculul	106
4.3.2.1. Etiologie	106
4.3.2.1.1. Cauzele favorizante ale apariției furunculului	106
4.3.2.2. Simptomatologie și evoluție	107
4.3.2.3. Tratament	107
4.3.3. Carbunculul	107
4.3.3.1. Etiologie și simptomatologie	107
4.3.3.2. Evoluție și complicații	108
4.3.3.3. Tratamentul	108
4.3.4. Hidrosadenita	109
4.3.5. Acneea	110
4.3.6. Abcesul cald	110

4.3.6.1. Etiologie	110
4.3.6.2. Anatomie patologică	111
4.3.6.3. Simptomatologie	112
4.3.6.4. Evoluție	112
4.3.6.5. Diagnosticul diferențial	112
4.3.6.6. Tratamentul	113
4.3.7. Flegmonul	113
4.3.7.1. Etiologie	114
4.3.7.2. Anatomie patologică	114
4.3.7.3. Simptomatologie	114
4.3.7.4. Diagnostic diferențial	114
4.3.7.5. Tratamentul	115
4.3.8. Erizipelul	115
4.3.8.1. Etiologie	115
4.3.8.2. Simptomatologie	116
4.3.8.3. Tratamentul	116
4.3.9. Osteomielita acută	116
4.3.9.1. Etiologie	117
4.3.9.2. Anatomie patologică	117
4.3.9.3. Simptomatologie	117
4.3.9.4. Evoluție	117
4.3.9.5. Tratamentul	118
4.4. Infecțiile piogene ale degetelor și mâinii	118
4.4.1. Panarițiile degetelor	118
4.4.1.1. Etiologia	118
4.4.1.2. Formele clinice ale panarițiilor	119
4.4.1.2.1. Panarițiul cutanat	119
■ Panarițiul cutanat eritematos	119
■ Panarițiul cutanat flictenoid	119
■ Panarițiul cutanat periunghial și subunghial	120
■ Panarițiul cutanat antracoid	120
■ Panarițiul gangrenos	120
■ Panarițiul erizipeloid	120
4.4.1.2.2. Panarițiul subcutanat	120
■ Panarițiul pulpar	120
■ Panarițiul falangei medii	120
■ Panarițiul falangei bazale	120
4.4.1.2.3. Panarițiile profunde	120
■ Panarițiul osos	121
■ Panarițiul osteo-articular	121
■ Panarițiul teno-sinovial	121
◆ Panarițiile teno-sinoviale ale degetelor II, III și IV	121
◆ Panarițiul tecii sinoviale a degetului I	121
◆ Panarițiul teno-sinovial al degetului V	121
4.4.2. Flegmoanele mâinii	122
4.4.2.1. Flegmoanele superficiale	122
4.4.2.1.1. Flegmonul eritematos	122
4.4.2.1.2. Flegmonul flictenoid	122

Verificați-vă cunoștințele

8.1. Etiologie	228
8.1.1. Traumatismele și rănilile	228
8.1.2. Afecțiunile patologice ale unor organe	229
8.1.3. Afecțiunile patologice ale vaselor mari	229
8.1.4. Afecțiunile patologice ale vaselor mijlocii și mici	229
8.1.5. Hemoragiile care apar după distrugerea vaselor prin agenți chimici sau fizici	229
8.1.6. Hemoragiile din sindroamele hemoragipare	229
8.2. Clasificarea hemoragiilor	230
8.2.1. Tipurile de hemoragii în funcție de felul vasului din care iese sângele	230
8.2.1.1. Hemoragiile arteriale	230
8.2.1.2. Hemoragiile venoase	230
8.2.1.3. Hemoragiile capilare	230
8.2.1.4. Hemoragiile mixte: arterio-veno-capilare	231
8.2.2. Tipurile de hemoragii în funcție de cantitatea de sânge care se pierde	231
8.2.2.1. Hemoragia mică	231
8.2.2.2. Hemoragia mijlocie	231
8.2.2.3. Hemoragia mare (gravă)	231
8.2.2.4. Hemoragia mortală	231
8.2.3. Tipurile de hemoragii în funcție de locul unde se dezvoltă și se evidențiază hemoragia	232
8.2.3.1. Hemoragia externă	232
8.2.3.2. Hemoragia intratisulară	232
8.2.3.3. Hemoragia internă	232
8.2.3.4. Hemoragia internă exteriorizată	232

8.2.4. Tipurile de hemoragii în funcție de organul în care iau naștere sau modul lor de exteriorizare	233
8.2.5. Tipurile de hemoragii în funcție de momentul apariției lor	233
8.2.5.1. Hemoragia primitivă	233
8.2.5.2. Hemoragia secundară	233
8.2.6. Tipurile de hemoragii în funcție de cauza care le-a generat	233
8.2.6.1. Hemoragii traumatice (accidentale)	235
8.2.6.2. Hemoragii „medicale”	235
8.3. Fiziopatologia hemoragiei	235
8.4. Simptomatologia și diagnosticul hemoragiilor	235
8.4.1. Starea generală	236
8.4.2. Examenul obiectiv	236
8.4.3. Explorarea paraclinică	238
8.5. Evoluția	239
8.6. Tratatamentul hemoragiei (hemostaza)	240
8.6.1. Hemostaza spontană	240
8.6.2. Hemostaza provizorie	240
8.6.2.1. Compresiunea pe vas	241
8.6.2.2. Comprimarea pe plan osos	241
8.6.2.3. Aplicarea garoului	242
8.6.3. Hemostaza definitivă	245
8.6.3.1. Cauterizarea	245
8.6.3.2. Pansamentul compresiv	245
8.6.3.3. Forcipresura	245
8.6.3.4. Legarea(Ligatura)vasului	245
8.6.4. Compensarea hemoragiei	246
Chestionar la capitolul 8	247

Ieșirea sângelui dintr-un vas sanguin se numește hemoragie. Ea se datorează lezării parțiale sau totale a vasului.

8.1. ETIOLOGIE

Cauzele care produc hemoragii sunt multiple. Le vom enumera pe cele mai frecvente.

8.1.1. Traumatismele și rănirile

Traumatismele simple fără rănirea pielii provoacă, de obicei, numai hemoragii mici, capilare, care se traduc clinic prin hematoame sau echimoze (sufuziuni sanguine sub piele și mucoase sau în alte țesuturi). Traumatismele foarte violente, chiar fără rănirea pielii, pot provoca în interiorul corpului hemoragii prin distrugerii de mușchi, de mezouri,

de organe, prin fracturi osoase etc. În aceste cazuri, de multe ori hemoragiile sunt foarte importante și pentru vindecarea lor trebuie luate măsuri urgente.

În cazul în care traumatismul a fost produs cu un corp vulnerant - cuțit, gloanțe, schije etc. - hemoragia ia naștere datorită ruperii directe a vaselor prin acești agenți vulneranți.

8.1.2. Afecțiunile patologice ale unor organe

Tipuri caracteristice ale acestor hemoragii sunt considerate ulcerul și cancerul. Într-o maladie ulceroasă gastrică sau intestinală, hemoragia se produce prin erodarea unui vas de sânge din peretele gastric sau intestinal, iar în cancer prin ruperea unor fragmente din masa tumorală care este totdeauna vascularizată. Pot exista tumori care să sângereze oriunde în corp: un cancer de mamelă ulcerat, de col uterin, de rinofaringe etc. Ulcerații care ajung să sângereze pot exista și pe piele, cel mai frecvent fiind ulcerul varicos. Mucoasele nazală, bucală, anală etc. sângerează adeseori.

8.1.3. Afecțiunile patologice ale vaselor mari

Tipul acestei afecțiuni este ruptura unui anevrism arterial (dilatația patologică a unei artere). Peretele arterei, fiind foarte subțire la nivelul anevrismului, este în iminență de a se rupe în orice moment. Astfel de hemoragii sunt de cele mai multe ori mortale. Se pot produce și pe vase mari și pe vase mici.

8.1.4. Afecțiunile patologice ale vaselor mijlocii și mici

Caracteristice pentru acestea sunt rupturile de varice (esofagiene sau ale membrelor), ruptura vaselor intracraniene (artere sau vene). Este frecventă, de asemenea, ruptura venelor hemoroidale.

8.1.5. Hemoragiile care apar după distrugerea vaselor prin agenți chimici sau fizici

De obicei, când acești agenți acționează asupra vaselor mici, provoacă odată cu arsura și o hemostază, întrucât determină o coagulare a sângelui sau o lipire a pereților vasculari. (Aru vorbit despre cauterizarea electrică în timpul intervențiilor chirurgicale). Asupra vaselor mijlocii și mari, agenții chimici sau fizici nu pot avea același efect ci, dimpotrivă, ei provoacă hemoragie prin necrozele pe care le produc.

8.1.6. Hemoragiile din sindroamele hemoragipare

Este un vast capitol de patologie care, cu toate progresele făcute, are încă multe necunoscute în ceea ce privește factorul declanșant al acestor sindroame. Aici se

încadrează hemoragiile care apar în *angiopatii* (îmbolnăvirea capilarului sanguin), în *trombocitopatii* (îmbolnăvirea sau neformarea trombocitelor) și *coagulopatii* (lipsa unora din factorii normali care contribuie la coagulare: fibrinogenul, protrombina, tromboplastina, calciul, factorul antihemofilic, vitaminele C și K etc. sau acționarea necorespunzătoare a acestor factori). Se înțelege că tipul de hemoragie, ca și atitudinea terapeutică sunt în concordanță cu diferitele caracteristici ale sindroamelor hemoragipare.

De cele mai multe ori, cauza unei hemoragii și a anemiei consecutive este ușor de pus în evidență, dar uneori ne găsim în situația de a nu putea cunoaște această cauză.

8.2. CLASIFICAREA HEMORAGIILOR

Există multiple modalități de a clasifica hemoragiile. Vom arăta în cele ce urmează pe cele care considerăm că trebuie neapărat să fie cunoscute de cadrele medii.

8.2.1. Tipurile de hemoragii în funcție de felul vasului din care iese sângele

Acestea sunt: hemoragii arteriale; hemoragii venoase; hemoragii capilare; hemoragii mixte: arterio-veno-capilare.

8.2.1.1. Hemoragiile arteriale

Hemoragiile arteriale sunt cele mai periculoase, deoarece sângele se evacuează repede și în cantitate mare, mai ales dacă artera este mare. Sângele țâșnește sincron cu sistola cardiacă și cu o forță concordantă cu tensiunea arterială a accidentatului. *Are o culoare deschisă, întrucât este oxigenat.* Hemoragia nu se oprește spontan decât excepțional de rar, de obicei când tensiunea arterială a scăzut mult și când artera este de un calibru submijlociu. Netratată la timp o hemoragie arterială determină moartea celui care sângerează.

8.2.1.2. Hemoragiile venoase

Hemoragiile venoase sunt mai puțin grave; sângele nu iese în cantitate mare decât dacă hemoragia se datorează ruperii unei vene mari. Ieșirea sângelui nu este sincronă cu bătăile cardiace. *Culoarea sângelui este închisă, deoarece nu este oxigenat.* Fiind sânge de întoarcere, există șansa ca, prin coagulare, sângerea să se oprească spontan.

8.2.1.3. Hemoragiile capilare

Hemoragiile capilare se mai numesc și hemoragii parenchimatoase. Se datorează lezării capilarelor, fiind frecvente în plăgile superficiale sau ca urmare a unui *proces infecțios* (gastrită, enterită sau altă inflamație cronică), ori *degenerativ* (neoplasm), în care se formează vase capilare de neoformație ce se rup ușor.

Tot la nivelul capilarelor se manifestă hemoragiile din unele boli cu *deficiențe de coagulare* (hemofilie, de exemplu).

În hemoragia capilară este vorba de o sângerare în masă, difuză, care este greu de stăpânit. Sângele iese prin nenumărate locuri foarte mici. Dacă se datorează unei sângerrări a mucoaselor, hemoragia se exteriorizează în funcție de locul de proveniență: pe nas, pe gură, prin orificiul anal, uretră, vagin. În cazul când sângerarea se face sub piele, apare un hematom vizibil sau numai o echimoză.

8.2.1.4. Hemoragiile mixte: arterio-veno-capilare

E bine să știm că, întrucât în organism arterele se găsesc în apropierea venelor, și că în toate țesuturile există o rețea vastă de capilare, în cazul unui traumatism, de multe ori se rup dintr-o dată atât vena cât și artera sau capilarele, motiv pentru care de cele mai multe ori hemoragiile sunt mixte.

8.2.2. Tipurile de hemoragii în funcție de cantitatea de sânge care se pierde

Sângele reprezintă a 13-a parte din greutatea corporală a unui bărbat și a 15-a parte din greutatea corporală a unei femei sau a unui copil. Așadar, un bărbat de 90 kg are 7 litri sânge, unul de 80 kg are 6 litri de sânge, o femeie de 70 kg are 4,7 litri de sânge, o femeie sau un tânăr de 50 kg are 3,4 litri de sânge, un copil de 30 kg are 2 litri de sânge și unul de 10 kg are 0,7 litri de sânge. Ținând seama de aceste date de fiziologie, vom considera:

8.2.2.1. Hemoragia mică

Hemoragia mică este atunci când se pierde o cantitate neînsemnată de sânge.

8.2.2.2. Hemoragia mijlocie

Hemoragie mijlocie este atunci când se pierde o cantitate apropiată de o treime din cantitatea de sânge din organism.

8.2.2.3. Hemoragia mare (gravă)

Hemoragie mare (gravă), când se pierde între o treime până la jumătate din această cantitate.

8.2.2.4. Hemoragia mortală

Hemoragie mortală, când cantitatea de sânge pierdut e mai mare de jumătate din cantitatea totală de sânge existentă în organism.

Din aceste considerente reiese și faptul că: un copil cu o greutate de 10 kg va muri dacă pierde 400 ml de sânge, unui de 30 kg dacă pierde 1 litru de sânge, în timp ce un adult de 90 kg dacă pierde 1 litru de sânge are numai tulburări posthemoragice moderate. El moare dacă pierde 3-4 litri de sânge.

Deci, nu numai cantitatea de sânge pierdută contează, ci și raportul între această cantitate și greutatea corporală a individului.

Vom vedea că și viteza cu care se produce pierderea de sânge are o mare importanță.

8.2.3. Tipurile de hemoragii în funcție de locul unde se dezvoltă și se evidențiază hemoragia

Din acest punct de vedere se cunosc: hemoragia externă, hemoragia internă, hemoragia internă exteriorizată și hemoragia intratisulară.

8.2.3.1. Hemoragia externă

Hemoragia externă este cea în care sângele se scurge în afara organismului. Este ușor de pus în evidență și, ca atare, se pot lua și măsuri urgente.

8.2.3.2. Hemoragia intratisulară

Hemoragia intratisulară este cea care se dezvoltă sub piele sau în interiorul unor organe (ficat, creier, mezouri, mușchi etc.). Ea determină sufuziuni sanguine (echimoze) sau hematoame.

8.2.3.3. Hemoragia internă

Hemoragia internă este cea în care sângele se revarsă în interiorul unor cavități care nu au comunicare cu exteriorul: în pleură, în cavitatea peritoneală, în pericard, într-o articulație, în cutia craniană, în canalul rahidian.

Dacă hemoragia externă este ușor de recunoscut, nu același lucru se întâmplă cu o hemoragie internă, pe care uneori cu greu o putem descoperi în primele minute sau ore de la debut. În astfel de cazuri există pericolul de a se interveni prea târziu. În plus, ele produc tulburări importante organelor care se găsesc în cavitatea în care se produce hemoragia, mai ales dacă este vorba de cutia craniană sau cavitatea pericardică.

8.2.3.4. Hemoragia internă exteriorizată

Hemoragiile interne care se produc într-un organ cavitătar care are comunicare cu exteriorul: nas, cavitate bucală, stomac, intestin, vezică etc. se exteriorizează pe nări, pe gură, pe cale anală, prin uretră, ceea ce permite depistarea hemoragiei.

8.2.4. Tipurile de hemoragii în funcție de organul în care iau naștere sau de modul lor de exteriorizare

De obicei, hemoragia poartă numele în funcție de organul în care se produce: cerebrală, nazală, gastrică, intestinală, renală, vezicală, uretrală etc.

Totuși, unele hemoragii au căpătat diferite nume particulare, din necesitatea de a preciza într-un singur cuvânt felul sau sediul lor. Astfel:

- - hemoragia nazală poartă numele de *epistaxis*;
- - hemoragia gingiilor: *gingivoragie*;
- - hemoragia din cavitatea pleurală, *hemotorax*;
- - hemoragia din cavitatea pericardică, *hemopericard*;
- - hemoragia din cavitatea peritoneală, *hemoperitoneu*;
- - hemoragia din căile urinare, *hematurie*;
- - hemoragia din articulații, *hemartroză*;
- - hemoragia uterină, *metroragie* sau *menoragie*;
- - hemoragia uterină normală, fiziologică, care apare ciclic la aproximativ 4 săptămâni, se numește *menstruație*.

Există denumiri care precizează modul de exteriorizare a unei hemoragii. Astfel:

- - hemoragia din stomac, dacă se exteriorizează pe cale bucală, prin vărsături, poartă denumirea de *hematemeză*, dar dacă se exteriorizează pe cale anală, poartă numele de *melenă*;

- - evacuarea de sânge din plămâni prin tuse se numește *hemoptizie*.

Aceste ultime tipuri de hemoragii au aspecte particulare, care trebuie bine cunoscute. Astfel, sângele dintr-o *hematemeză*, dacă a stat mai multă vreme în contact cu acidul clorhidric și cu fermenții gastrici, are o *culoare închisă, de zăț de cafea*, iar scaunul are *culoarea păcurei*; *melenă*. Sângele din scaun este digerat parțial și de fermenții intestinali.

Spre deosebire de hemoragiile din stomac, sângele din esofag, dacă se evacuează pe gură, este totdeauna roșu-deschis.

Tot roșu-deschis este sângele din intestinul gros terminal (inclusiv rectul și anusul) evacuat prin scaun. Acest tip de sânge poartă denumirea de *rectoragie*.

Nu rarori însă, există abateri de la aceste reguli generale. Astfel, dacă hemoragia gastrică este abundentă și sângele nu mai are timp să stea în stomac, este roșu-deschis. Tot în aceste cazuri, mai ales dacă există concomitent o irigație intestinală care urmărește peristaltismul, deci evacuarea sângelui se face foarte repede, scaunul are culoarea roșie, deși sângele provine din stomac sau din intestinul subțire.

Este foarte necesar să știm a deosebi, de asemenea, hemoptizia de hematemeză, lucru care nu este ușor atunci când sângele evacuat este foarte abundent și roșu. Pentru a face deosebirea, ne vom orienta mai ales după următoarele: *sângele din hemoptizie se evacuează ca urmare a acceselor de tuse*; este în genere spumos (aerat), amestecat cu elemente caracteristice sputei, coagulează ușor. De cele mai multe ori, bolnavul cu hemoptizie are o senzație de căldură retrosternală.

Sângele din hematemeză este roșu-negru dacă stagnează în stomac, rareori roșu-deschis (în marile hemoragii) și *se evacuează prin vărsătură*. Este amestecat de multe

ori cu resturi alimentare și coagulează greu. De multe ori, bolnavul are concomitent o senzație de căldură în regiunea epigastriacă. După o hematemeză la scurt interval (dacă nu înainte), apare și melena sau cel puțin se pot pune în evidență în scaun hemoragii oculte.

8.2.5. Tipurile de hemoragii în funcție de momentul apariției lor

În funcție de momentul apariției, hemoragiile pot fi: primitive și secundare.

8.2.5.1. Hemoragia primitivă

Hemoragia primitivă este cea care apare imediat după traumatism.

8.2.5.2. Hemoragia secundară

Hemoragia secundară apare mult mai târziu, după câteva zile sau săptămâni.

Hemoragia secundară este urmară a lezării interne (subcapsular) a unui organ și, în consecință, a vaselor acestuia în timpul unui traumatism. În zilele ce urmează, mai ales dacă bolnavul nu stă în repaus, sau dacă organul lezat suferă un nou traumatism, capsula acestuia se poate rupe și apare hemoragia.

Deseori hemoragia secundară poate apărea și ca urmare a unui proces infecțios supraadăugat, a unui anevrism care alterează încet peretele vascular și-l rupe, sau ca urmare a tensiunii din interiorul unui organ, tensiune creată de sângele ce se adună și care face să se rupă capsula organului și sângele să se reverse la exterior.

Este bine deci, să se știe că există posibilitatea *apariției tardive* a hemoragiei secundare, mai ales a celei interne după traumatism, deoarece un astfel de bolnav trebuie supravegheat atent, pentru că hemoragia poate apărea brusc și bolnavul poate muri.

Cea mai frecventă și mai demonstrativă hemoragie de acest gen este *ruptura tardivă, în doi timpi, a splinei*. Ca urmare a unui traumatism exercitat asupra splinei, se rup vase și sângele se revarsă în interiorul acestui organ. În cazul când capsula acestuia este rezistentă și nealterată de traumatism, splina crește în volum și doar mai târziu, după mai mult timp de la accident, când tensiunea intracapsulară este foarte mare, capsula cedeză și sângele se revarsă în peritoneu. Din acest moment sângerarea din splină continuă și dacă nu se intervine la timp, bolnavul poate muri prin hemoragie internă. Hemoragia secundară în doi timpi este foarte periculoasă, pentru că poate apărea fie atunci când bolnavul a fost externat din spital (dacă a fost internat), fie când traumatizatul, considerând că este în afară de orice pericol, nici nu se adresează medicului. La fel se produc hemoragiile secundare în doi timpi în traumatismele ficatului și ale rinichiului. Bolnavul (accidentatul) trebuie să fie avertizat întotdeauna asupra acestor eventualități.

8.2.6. Tipurile de hemoragii în funcție de cauza care le-a generat

În funcție de cauza generatoare, hemoragiile pot fi:

8.2.6.1. Hemoragii traumatice

Hemoragii traumatice: accidentale, destructive sau chirurgicale. Am vorbit la începutul capitolului despre acestea.

8.2.6.2. Hemoragii „medicale“

Hemoragii „medicale“ determinate de modificări patologice ale integrității (troficității) vaselor, ale trombocitelor, ale organelor hematopoietice, ale factorilor de coagulare etc. Acestea se încadrează în *sindromul hemoragipar*. Se pot încadra aici și *hemoragiile medicamentoase* după administrarea de Aspirină, Salicilat, Fenilbutazonă, Rezerpină, Cortizon, Heparină, Trombostop etc.

8.3. FIZIOPATOLOGIA HEMORAGIEI

Evacuarea unei cantități mai mari de sânge (peste 500-1 000 ml pentru un adult sănătos) are repercusiuni mai mici sau mai mari asupra organismului. Dacă pentru o cantitate mică organismul este în măsură să mobilizeze imediat sângele de depozit înecat hemoragia să nu determine nici o tulburare, pentru hemoragii mijlocii sau mari, urmările sunt foarte serioase.

Tulburările care survin se datorează, în primul rând faptului că se pierde masă circulantă (volum sanguin). Se cunoaște că, pentru funcționarea normală, inima trebuie să primească o cantitate relativ fixă de sânge. Dacă se produce o hemoragie, această cantitate diminuează și inima „bate în gol“, fapt care „obosește mult miocardul.

A doua cauză este numărul redus de hematii (care conțin hemoglobina transportoare de oxigen). Lipsa de oxigen face ca țesuturile să sufere. Inima își mărește activitatea în scopul de a trimite mai repede în circulație sângele care sosește la ea. Se naște de aici un cerc vicios: hematiiile, și așa puține, circulă prea repede prin plămâni și sângele *nu are timp să se oxigeneze*. Inima, făcând eforturi inutile și fiind și rău oxigenată, obosește, *miocardul suferă și se ischemiază* - apare ischemia miocardică.

Ansamblul de fenomene caracteristice unei hemoragii mijlocii sau mari se încadrează în așa-numitul *șoc hemoragic*, în apariția căruia o mare importanță o are, pe lângă cantitatea de sânge care se pierde, și *viteza* cu care se pierde acest sânge: dacă sângele se pierde repede, organismul *nu are timp să se adapteze situației patologice nou create*, ceea ce determină șocul hemoragic.

Gravitatea acestui șoc este mai mare atunci când el este asociat și cu un *șoc traumatic*, sau când survine la un bolnav epuizat fizic, ori psihic, după o boală infecțioasă, după mai multe operații recente etc.

8.4. SIMPTOMATOLOGIA ȘI DIAGNOSTICUL HEMORAGIILOR

Datorită reacțiilor vasomotorii determinate de hemoragie apare următoarea simptomatologie clinică:

8.4.1. Starea generală

Bolnavul cu o hemoragie care depășește o hemoragie mijlocie, *este palid, are amețeli și lipotimie* (pierdere bruscă, de scurtă durată, a conștienței). Lipotimia se datorează irigații insuficiente cu oxigen a creierului. În cazul pierderilor mijlocii de sânge paliditatea și amețelile *apar numai atunci când bolnavul stă în picioare* (în ortostatism), dispărând când bolnavul este culcat. Dacă hemoragia este mare, bolnavii sunt palizi și pielea lor este acoperită de sudori reci, *au amețeli și lipotimii chiar când stau culcați (în decubit)*. Paloarea se datorează atât diminuării cantității totale de hematii, cât și vasoconstricției periferice.

Hemoragiile au o *sete marcată*, din cauza trecerii apei din țesuturi în circulație (pentru a compensa sângele pierdut).

Bolnavii cu hemoragii sunt la început *agitați (faza de șoc erectil)*. Din cauza oxigenării insuficiente a creierului ei manifestă o agitație neobișnuită față de starea lor psihică anterioară și din această cauză dau, celor neavizați, impresia unei sănătăți bune. Este bine să fie cunoscut acest semn, deoarece, în agitația lor, bolnavii refuză adeseori sfaturile sau indicațiile care li se dau: de a sta liniștiți în pat, de a fi transportați la spital, de a li se face o intervenție chirurgicală etc., fapt care înrăutățește starea generală a accidentatului care apoi intră repede într-o fază de *șoc decompensat, ireversibil*.

8.4.2. Examenul obiectiv

■ Numărul bătăilor cardiace este, în cazul hemoragiilor mici, normal. În cazul hemoragiilor mijlocii este ușor crescut la început și se poate menține crescut din cauza anemiei și după ce hemoragia s-a oprit. În cazul hemoragiilor mari, grave, ritmul cardiac este foarte rapid, de peste 120-130 de bătăi pe minut.

■ - *Amplitudinea pulsului* este bună în hemoragiile mici și mijlocii și scade evident, pulsul ajungând să fie abia perceptibil (filiform), în șocurile decompensate ale hemoragiilor grave, mortale.

■ - *Tensiunea arterială* poate fi normală (120-140 mmHg mx. și 70-90 mmHg min.) sau chiar ușor crescută la început, datorită intrării în funcțiune a elementelor normale de apărare-compensare (vasoconstricție, pătrunderea în circulație a sângelui din depozite: ficat, splină, mușchi). Foarte curând însă, dacă hemoragia continuă, tensiunea arterială scade proporțional cu cantitatea de sânge pierdută. Dacă nu se aplică tratamentul adecvat, bolnavul intră într-un șoc grav, ireversibil.

În timpul evoluției unei hemoragii, există o corelare strânsă între frecvența pulsului, amplitudinea sa și valoarea tensiunii arteriale.

Ori de câte ori controlăm tensiunea arterială a unui bolnav cu hemoragie, trebuie să cunoaștem ce tensiune a avut înainte de accident, pentru că numai astfel putem interpreta la justa valoare cifra tensiională pe care o găsim. La bolnavii hipertensivi, tensiunea deși a scăzut cu 70-100 mmHg, ceea ce indică o hemoragie gravă, găsim o valoare maximă bună, la 120 mmHg spre exemplu, fapt care ne poate înșela. Dacă nu luăm măsuri terapeutice suficiente și hemoragia continuă, tensiunea coboară brusc și

se va redresa apoi foarte greu. Este bine, de asemenea, să se știe că, dacă tensiunea maximă scade mult, tensiunea minimă se menține de cele mai multe ori la nivelul inițial. Cunoșcând aceasta, ori de câte ori un accidentat va avea o tensiune maximă foarte apropiată de tensiunea arterială minimă (16/14 spre exemplu), trebuie să fim foarte precauți, pentru că șocul hemoragic grav, ireversibil, poate surveni dintr-un moment în altul.

În cursul unei hemoragii este foarte important să urmărim în permanență tensiunea arterială, să prevenim coborârea ei și să o redresăm imediat ce este nevoie, pentru că atunci când ea scade, apar suferințe la nivelul creierului, din cauza aportului insuficient de oxigen (*hipoxie*), iar rinichiul nu mai epurează sub 60-80 mmHg, organismul se intoxică și se intalează *insuficiența renală acută*. Apar, de asemenea, tulburări de irigație ale cordului care duc la *ischemie și infarct cardiac*.

■ - *Tahipneea*. Creșterea de CO_2 în sânge determină, prin excitarea centrului respirator din bulb, o creștere a numărului de respirații pe minut (tahipnee) de la cifra normală de 16 la 20-30 sau chiar mai multe respirații pe minut. Acest act reflex se instalează cu scopul de a supraoxigena puținele hematii care trec prin plămân.

■ - *Constatarea sângerării* este fără îndoială semnul de bază al hemoragiei, fapt relativ ușor de sesizat atunci când este vorba de o hemoragie externă, pentru că se vede sângele care se evacuează din vas, dar dificil de apreciat când este vorba de o hemoragie internă.

■ - *Canitatea de sânge care s-a evacuat sau continuă a se evacua*, este importantă de cunoscut. Trebuie știut însă că și în cazul unei hemoragii externe există dificultăți pentru o apreciere exactă. Informațiile pe care le primim de la cei care aduc un accidentat cu hemoragie externă sau de la accidentatul însuși sunt de cele mai multe ori eronate. Totuși, ele trebuie reținute și corelate cu celelalte semne de mai sus, precum și cu datele de laborator.

Când hemoragia externă se produce într-un mediu chirurgical (între o operație, de exemplu), cea mai corectă metodă este cântărirea compreselor. Cunoșcând greutatea compreselor neîmbibate cu sânge, ne putem da seama de cantitatea de sânge pierdut după îmbibarea lor cu sânge.

În toate cazurile de hemoragie internă *anamneza* este extrem de utilă, putând da lămuriri asupra unei hemoragii posttraumatice, a uneia consecutive unei sarcini extrauterine rupte, se poate bănuî o ruptură în doi timpi de splină sau de ficat etc.

În cazul unei hemoragii interne intraperitoneale sau intrapleurale, dificultățile de a pune un diagnostic corect și de a preciza cantitatea de sânge care s-a pierdut sunt, uneori, mari. Semnele clinice menționate, ca și examenul radiologic și rezultatele de laborator care vor fi descrise în continuare, ajută mult la stabilirea diagnosticului.

Într-o hemoragie intraperitoneală se pot pune în evidență semne de *abdomen acut*: contractură și apărare musculară. Sunt, de obicei, semne discrete de iritație peritoneală, neavând niciodată intensitatea celor din peritonită. Ne poate fi de folos percutarea unei *matități abdominale deplasabile*.

■ - *Puncția*. În caz de dubiu, medicul va face o puncție care va extrage sânge din cavitatea abdominală în caz de hemoragie internă intraperitoneală sau din pleură în caz de hemotorax.

Hemoragiile interne exteriorizate reprezintă un important capitol de patologie hemoragică. Modul de exteriorizare ajută în mare măsură la stabilirea locului de unde

provine hemoragia. Mai greu este să se descopere cauza care a determinat hemoragia. Uneori și cantitatea exactă a pierderii de sânge este greu de stabilit. Astfel, o hematemeză, însoțită de melenă, arată că este vorba de o hemoragie digestivă superioară, locul de sângerare fiind esofagul sau stomacul (*gastroragie*). Dacă hemoragicul are numai melenă, facem și un tubaj gastric. În vaz că lichidul din stomac este curat - fără sânge, cu siguranță pierderea sanguină se produce mai jos: duoden, intestin subțire (*enteroragie*), ori colon (*coloragie sau colonoragie*). Culoarea acestui sânge este, de obicei închisă, aproape ca o melenă, dar poate să fie și deschisă, dacă sângerarea este abundentă și peristaltismul intestinal este accentuat. Dacă sângele care se evacuează este roșu net, sângerarea provine din ultima parte a colonului sigmoid (*sigmoidoragie*), din rect (*rectoragie*) sau din anus (*anoragie*).

8.4.3. Explorarea paraclinică

■ - *Explorarea endoscopică* a esofagului și stomacului ca și ano-, recto- și colono- scopia pot furniza date prețioase privind locul și cauza sângerării.

Dacă se evacuează sânge prin tuse (*hemoptizie*), radiografia pulmonară și eventual bronhoscopia pot arăta cauza. Un *epistaxis* este ușor de pus în evidență, mai ales dacă sângerarea provine din partea anterioară a nasului.

■ - *Hematuria* se poate pune în evidență macro- sau microscopic. Proba celor trei pahare în caz de hematurie macroscopică poate da uneori relații și în ceea ce privește regiunea din aparatul excretor care sângerează (rinichi, ureter, vezică, nretră).

■ - În caz de *menoragie* (sângerare prelungită în directă legătură cu perioada menstruală) sau de *metroragie* (sângerare din uter, fără nici o legătură cu perioada menstruală) se poate constata prezența hemoragiei și cantitatea ei prin examenul cu valve al colului uterin.

■ - *Examele de laborator* sunt extrem de utile pentru a aprecia atât *gravitatea hemoragiei*, cât și *evoluția ei*. Toate rezultatele trebuie interpretate în funcție de momentul în care aceste examene se execută: la începutul, în timpul sau la sfârșitul hemoragiei, deoarece aducerea în circulație a hematiilor existente în depozitele organismului, sau nou formate, face ca lipsa de hematii să fie parțial compensată. Pe de altă parte, hematiile sunt diluate de apa atrasă în circulație din țesuturi.

◆ - *Numărul de hematii* poate să coboare, în hemoragiile foarte grave, de la normalul de 5 000 000 mm³ la bărbat și 4 000 000 mm³ la femeie până aproape de 1-2 milioane/mm³. E necesar să se cunoască faptul că într-o hemoragie acută (care se produce într-o perioadă foarte scurtă), un om poate să moară și cu 3 milioane de hematii pe mm³, din cauză că *organismul n-a avut timp să se adapteze la noile condiții*, în timp ce alteori poate să supraviețuiască și cu cifra de 1 200 000 - 1 500 000 hematii pe mm³, *dacă anemia s-a produs într-o perioadă lungă de timp* (anemiile cronice, de tip medical, sau cele care se produc în timp lung prin sângerări foarte mici).

◆ - *Hemoglobina* scade și ea, practic, în raport cu numărul de hematii. Ea coboară în hemoragiile mari, de la cifra normală de 13-15 g / 100 ml sânge la bărbat și 11,5-13,5 g/100 ml la femeie chiar la cifra de 5-6 g / 100 ml sânge.

◆ - *Hematocritul*. Reprezintă *raportul* dintre cantitatea de hematii și cea de plasmă din sânge, hematiile fiind în cantitate ceva mai mică decât plasma. În mod

normal acest raport este de 45% la bărbat – variind între 42 și 48% – și de 40% la femeie și copil – variind între 37 și 43% (nou-născutul are hematocritul de 59%). În cazul unei hemoragii, hematocritul scade sub 40%, *gradul de scădere fiind cu atât mai mare, cu cât hemoragia este cantitativ mai masivă*. Și pentru interpretarea datelor hematocritului sunt valabile considerațiile făcute mai sus. Trebuie știut, de asemenea, că *în primele ore care urmează unei hemoragii, hematocritul și hemoglobina pot să nu scadă evident din cauza mobilizării de hematii din organism*, apoi acestea scad întotdeauna. De reținut este și faptul că mai târziu, chiar atunci când hemoragia a fost oprită, hematocritul și hemoglobina pot să arate valori în scădere un timp din cauza invaziei de apă, care vine din țesuturi în circulație, și care *diluează conținutul sanguin*. Interpretat corect, hematocritul ne poate informa asupra cantității totale de sânge pierdut.

◆ - *Volemia* este o probă ușor de cercetat în serviciile normal utilizate (care posedă fotocolorimetru). Prin acest examen se cercetează cu exactitate cantitatea de sânge care se găsește în circulație și se poate ști cât sânge trebuie să fie transfuzat.

◆ - Într-o hemoragie, de cele mai multe ori mai sunt necesare și o serie de alte examene de laborator, care pot folosi mai ales pentru a lămurii cauza hemoragiei. Astfel, se vor determina: timpul de sângerare și coagulare, probele hepatice (de disproteinemie), numărătoarea trombocitelor, timpul de protrombină, cantitatea de calciu, de fibrinogen etc. Totdeauna, mai ales în hemoragiile interne mari, se va face și dozarea ureei în sânge (ureea crește datorită dezintegrării sângelui existent în tractul digestiv și resorbției produselor toxice).

În caz de hemoragii digestive care nu se evidențiază prin melenă, va fi cercetat sângele din materiile fecale (*hemoragii oculte*). În caz de hemoragii care provin din tractul urinar, se va cerceta prezența hematiilor în urină.

8.5. EVOLUȚIA

Cu mijloacele moderne de tratament existente astăzi, de cele mai multe ori hemoragia poate fi stăpânită și bolnavul redat unei activități normale.

Netratat, un bolnav cu hemoragie mare poate să moară prin șoc hemoragic și colaps vascular periferic, din cauza lipsei de oxigenare a centrilor nervoși care fără oxigen au o viață extrem de scurtă (câteva minute), poate muri prin infarct miocardic din cauza neirigării mușchiului cardiac (ischemiei cardiace) sau prin insuficiență renală acută. Cauzele morții se interconectează de obicei.

Reiese deci, că tratarea energetică a unei hemoragii este o problemă de maximă urgență.

Când hemoragia mai este însoțită și de un șoc traumatic sau apare la bolnavi epuizați fizic și psihic, starea bolnavului este deosebit de alarmantă și obligă la măsuri de extremă urgență, chiar în cazul unor pierderi mai reduse de sânge.

Refacerea organismului la situația anterioară hemoragiei se face în trei etape:

■ - *etapa volemică* are loc în primele 5-6 zile, prin aportul de lichide și proteine în circulație;

■ - *etapa hematologică*, de corectare a anemiei, se desfășoară lent, în 3-4 luni de zile; perioada în care se creează și se trimit în circulație hematii tinere;

■ - *etapa de refacere a fierului*, se desfășoară relativ paralel cu etapa anterioară. Bineînțeles că aceste etape pot fi scurtate, sau mai exact este obligatoriu a fi scurtate prin aplicarea unui tratament adecvat.

8.6. TRATAMENTUL HEMORAGIEI (HEMOSTAZA)

În tratarea unei hemoragii trebuie avute în vedere realizarea hemostazei și refacerea masei sanguine.

Hemostaza înseamnă oprirea hemoragiei, care poate fi: spontană, provizorie sau definitivă.

8.6.1. Hemostaza spontană

Hemostaza spontană este oprirea fără vreo intervenție a unei hemoragii. Este posibilă numai pentru vasele mici și mai ales pentru vene, pentru că din acestea sângele nu se evacuează cu presiune. Mecanismul prin care se efectuează este cel al coagulării care se desfășoară astfel: la scurt timp după ce s-a produs hemoragia, apare o vasoconstricție locală și o încetinire a circulației sângelui în sectorul afectat. Simultan se produce dilatarea vaselor colaterale prin care este deviat sângele, reducând astfel pierderile sanguine. La orificiul vasului apar trombocite, care împreună cu endoteliul vascular lezat constituie un dop ce astupă parțial lumenul vasului. Se creează așa-numitul *trombus alb*, culoarea trombusului fiind dată de trombocite. În consecință se produce o încetinire și mai mare a circulației sângelui. Urmează un alt stadiu, în care trombocitele și țesuturile lezate secretă un factor tromboplastic care face ca *protrombina* din sânge să se transforme în *trombină*, substanță cu foarte puternic rol coagulant. În etapa următoare, trombina prefăce fibrinogenul din sânge în *fibrină*. În ochiurile plasei de fibrină se strâng hematiile. Toată această masă se retractă, formează un coagul solid, *coagulul roșu* care astupă definitiv lumenul vasului.

În acest proces mai intervin și ceilalți factori ai coagulării: calciul, vitamina K, vitamina C, vitamina B₁₂, factorii V și VII, factorii A, B, C, existenți în sânge. Se cunosc astăzi 13 factori care au rol în procesul de coagulare. O serie de afecțiuni sau deficiente funcționale pot contribui la întârzierea sau nerealizarea coagulării. Se știe astfel că fibrinogenul, protrombina și vitamina E sunt produse de ficat. Bolnavii cu insuficiență hepatică au în consecință mai puține șanse de a face o hemostază spontană în cazul unei sângerări (într-o hemoragie digestivă, de exemplu).

8.6.2. Hemostaza provizorie

Este hemostaza activă prin care se poate opri pentru un timp limitat o hemoragie, până când există posibilitatea a se face oprirea definitivă.

Hemoragiile care provin dintr-un vas mijlociu se opresc în mod cu totul excepțional spontan (oprirea spontană este posibilă după ce s-a evacuat o cantitate mare de sânge, tensiunea arterială a scăzut mult și circulația în segmentul respectiv a diminuat, încât din acest moment poate interveni mecanismul care produce hemostaza spontană). Pentru toate hemoragiile, dar mai ales pentru cele care provin din artere mijlocii și mari, trebuie să acționăm energic și cât mai rapid pentru a opri sângerarea cel puțin printr-o hemostază provizorie.

8.6.2.1. Compresiunea pe vas

Hemostaza provizorie se realizează prin aplicarea unei compresiuni pe vas, fie la locul sângerării, fie la distanță. Este bine de știut că asupra arterelor lezate trebuie să

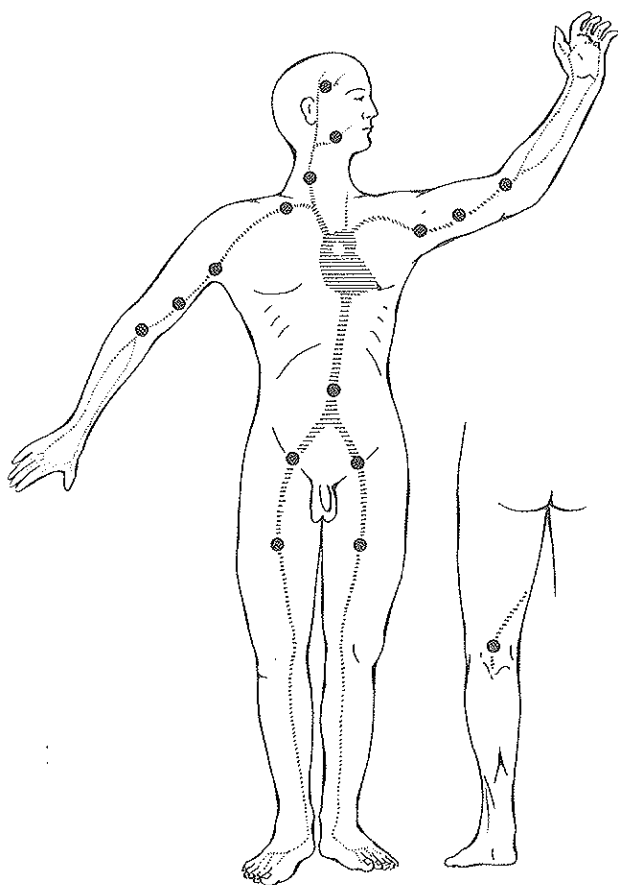


Fig. 93. - Locurile în care trebuie să fie apăsate arterele în vederea realizării unei hemostaze provizorii prin compresiune.

se exercite compresiunea pe capătul care vine dinspre inimă, iar asupra venelor, la capătul care vine dinspre periferie (fig. 93).

8.6.2.2. Comprimarea pe plan osos

Comprimarea pe plan osos se poate face ușor, atunci când este vorba de vase superficiale - arterele: carotidă (fig. 94), subclaviculară (fig. 95), brahială (fig. 96), radială, femurală și uncori - la bolnavi foarte slabi - chiar pe o arteră profundă, cum

este aorta abdominală (fig. 97). Comprimarea acestora pe planul osos subiacent este suficientă pentru realizarea hemostazei.

8.6.2.3. Aplicarea garoului

Pentru a prelungi hemostaza provizorie, până când se va putea asigura o hemostază definitivă, la vasele membrului este indicat să se folosească compresiunea cu ajutorul unei legături circulare (garou, fașă, bandă Esmarch), sau cu o legătură improvizată (formată dintr-o basma, o curea, a bucată de pânză etc.) Este recomandabil ca sub toate acestea să se pună un sul de tifon (fașă) sau de cârpă, care să apese pe cât posibil în mod selectiv vasul ce sângerează (fig. 98, 99, 100, 101). Este util ca odată cu garoul să se aplice și direct pe plagă un pansament *compresiv* care, pe lângă faptul că ferește plaga de mediul exterior, asigură prin compresiune și hemostaza vaselor mici (mai ales a venelor mici).

La executarea oricărei hemostaze provizorii cu ajutorul unei legături circulare sau improvizate (mai ales când este vorba de un garou circular foarte strâns aplicat pe un membru), trebuie să ținem neapărat seama de câteva elemente care au mare importanță și anume:

- - compresiunea îndelungată asupra nervilor, care se face ori de câte ori se aplică un garou circular foarte strâns, poate să determine dureri vii, insuportabile, care să fie totodată generatoare de șoc grav; prelungită, compresiunea poate să determine paralizii definitive, este deci indicat să aplicăm garoul de așa manieră încât el să fie *suficient, dar totodată să nu facă o compresiune prea mare pe nervi*;

- - *compresiunea prea îndelungată poate să determine gangrena membrului, prin lipsa de circulație sanguină*;

- - în timpul compresiunii se produce în segmentul de sub garou un fenomen foarte important. Vasele sanguine din acest segment *se dilată mult* (o dilatare paralică). Această dilatare este cu atât mai mare, cu cât garoul a fost ținut mai mult timp. Drept urmare, în momentul când se scoate garoul, sângele central năvălește în zona de sub garou într-un teritoriu mult mai mare decât normal, *ceea ce determină o scădere bruscă a tensiunii sanguine, ce poate duce chiar la moarte*. În plus, din cauza stazei, apare un edem masiv în regiunea respectivă - edemul de compresiune - ceea ce determină o pierdere mare de lichide în țesuturi, care este un factor șocogen important. Aceste fenomene clinice grave, care apar după menținerea îndelungată a unui garou, sunt cunoscute sub denumirea de *șocul prin garou*.

Pentru a evita astfel de accidente trebuie să avem în vedere următoarele:

- ◆ - Garoul va fi menținut aplicat o durată de timp cât mai mică (*să nu depășească 1-2 ore*). Dacă el trebuie menținut mai mult, se recomandă ca din timp în timp să-l desfacem, *să facem o compresiune manuală numai pe segmentul de vas lezat* pentru a evita o sângerare mare, după care îl aplicăm din nou.

- ◆ - Ridicarea garoului care a stat mai mult de 30-60 minute trebuie să se facă extrem de încet, în 4-5 minute, pentru ca circulația sanguină să se adapteze la noul pat circulant (s-a menționat mai sus că vasele mici și capilare de sub garou se dilată).

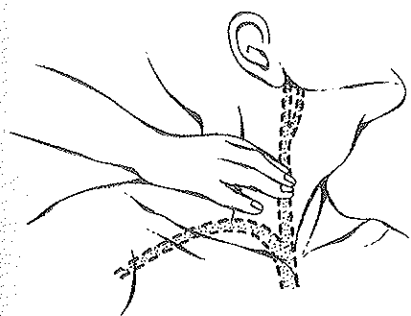


Fig. 94 - Hemostaza provizorie prin compresiunea arterei carotide.

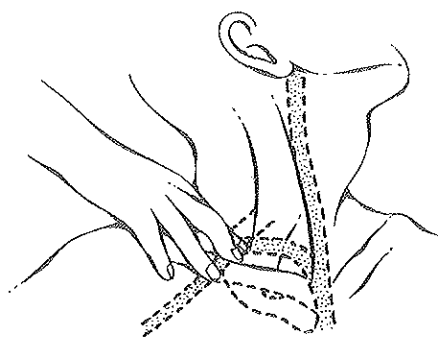


Fig. 95 - Hemostaza provizorie prin compresiune în șanțul supraclavicular a arterei subclaviculare.

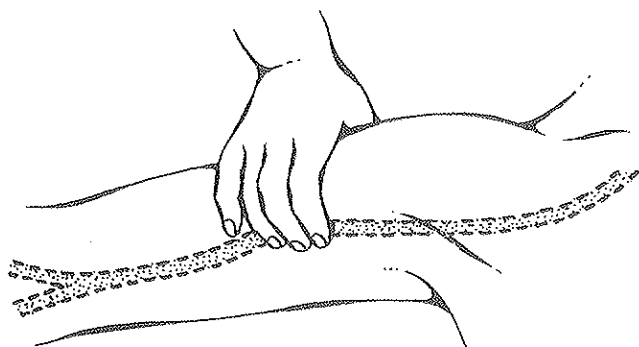


Fig. 96 - Hemostaza provizorie prin compresiunea arterei brahiale.

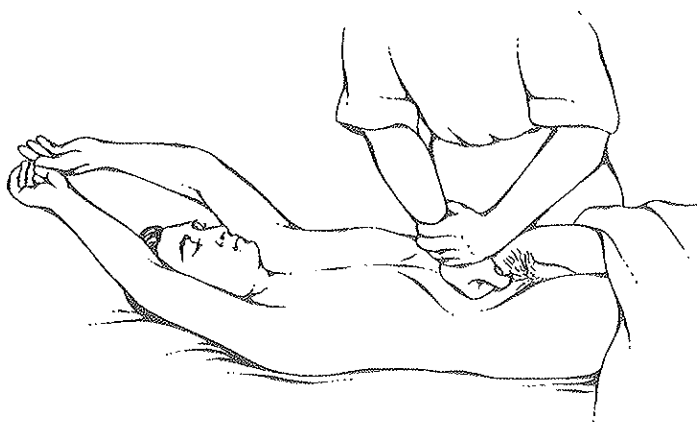


Fig. 97 - Hemostaza provizorie prin compresiunea aortei abdominale.

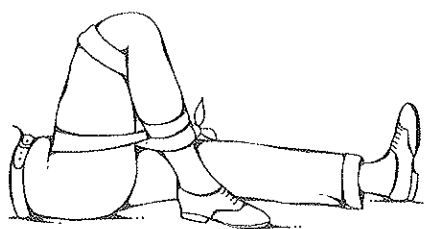


Fig. 98 - Metodă improvizată pentru oprirea unei hemoragii din regiunea poplitee.

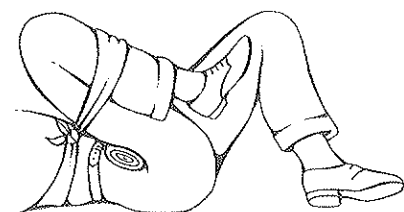


Fig. 99 - Metodă improvizată pentru oprirea unei hemoragii provenind din vasele triunghiului Scarpa.

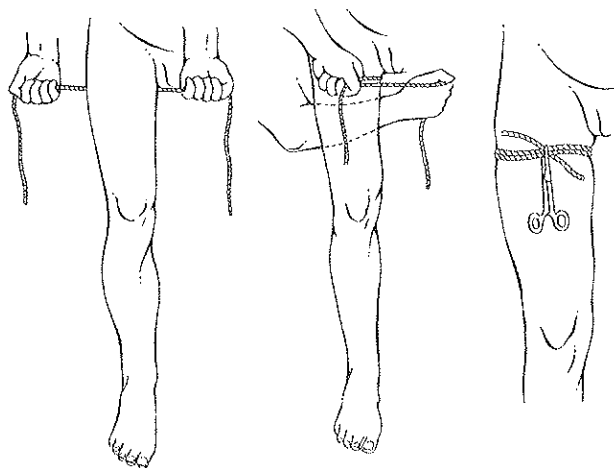


Fig. 100 - Aplicarea unei hemostaze prin compresiune circulară, cu tub de cauciuc (garou), aplicat pe membrul inferior, la nivelul coapsei.

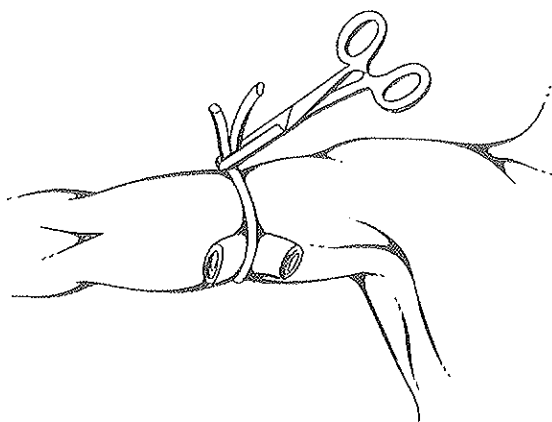


Fig. 101 - Hemostază cu ajutorul unui garou și a unui sul de tifon (fașă) la membrul superior.

◆ - Bolnavul va fi supravegheat îndeaproape după scoaterea garoului și, la nevoie, i se va aplica medicația necesară pentru înlăturarea accidentelor ce se pot produce.

8.6.3. Hemostaza definitivă

Hemostaza definitivă se realizează prin închiderea vasului care sângerează. Se poate realiza prin: a) *mijloace termice* (cauterizare); b) *pansament compresiv*, în cazul vaselor mici; c) forciapresură; d) *legarea vaselor*, în cazul vaselor mijlocii și mari.

8.6.3.1. Cauterizarea

Cauterizarea se face cu termocauterul sau cu substanțe chimice (nitrat de argint sau perclorură de fier 4%) cu care se produce coagularea care astupă vasul care sângerează.

8.6.3.2. Pansamentul compresiv

Pansamentul compresiv este larg folosit și suficient de cele mai multe ori atunci când vasele care sângerează nu sunt prea mari. El trebuie făcut, atunci când condițiile permit, cu respectarea tuturor condițiilor de asepsie. La locul accidentului dacă nu există materiale sterile la dispoziție, pansamentul compresiv se va face cu o batistă, o basma, bucăți de alt material moale care trebuie să fie cât mai curate, după care pacientul va fi trimis imediat la o unitate sanitară pentru tratarea plăgii și a hemoragiei în condiții corecte. Prin această metodă se realizează o hemostază de obicei numai în cazul hemoragiilor capilarelor arteriale sau venoase sau al venelor mici, aproape niciodată în cazul arteriolelor și niciodată în cazul arterelor mari sau chiar mici. Pentru a se produce hemostaza definitivă, trebuie să participe și procesul propriu al organismului de realizare al hemostazei spontane, despre care am vorbit mai sus.

8.6.3.3. Forciapresura (pensarea vasului)

Se realizează cu ajutorul penselor de hemostază Péan sau Kocher.

Ea se va face fie pentru scurtă durată, până când se execută ligatura vasului, fie pentru o durată lungă (12-24 ore), situație în care se lasă pensele aplicate pe vase, pentru ca sângele să coaguleze la capătul vasului. Această ultimă modalitate o folosim atunci când condițiile locale nu permit executarea ligaturii vasului care sângerează.

8.6.3.4. Legarea (ligatura) vasului

Legarea vasului care sângerează este o metodă curent folosită în chirurgie. Prin ea se execută o bună hemostază definitivă. Se face cu fire de ață, nylon sau catgut (fig. 102 A și B).

8.6.4. Compensarea hemoragiei

Paralel cu efectuarea hemostazei, în cazurile în care hemoragia a depășit 700-1 000 ml la o persoană adultă sau cantități mult mai mici la adolescenți și copii (vezi explicațiile anterioare) se va reface masa circulantă.

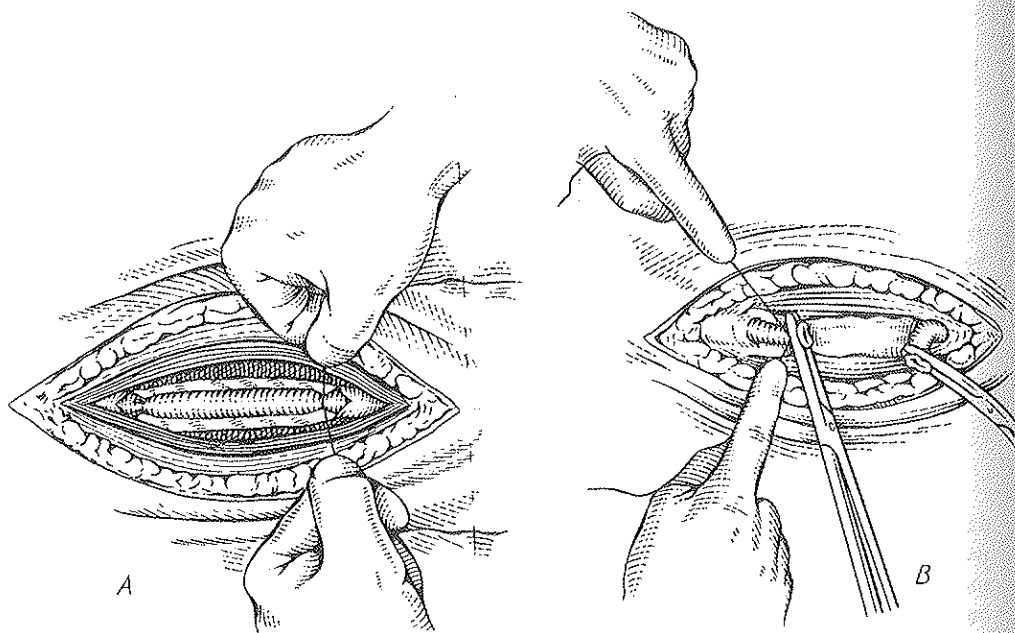


Fig. 102. - A - Legarea unei artere; B - pensarea, secționarea și legarea unei artere.

În funcție de gravitatea hemoragiei se va apela la:

- soluții de electroliți cu moleculă mică (ser fiziologic, ser glucozat 5-10%, soluție Ringer), *atunci când pierderea de sânge a fost mică*;
- soluții macromoleculare - Dextran 70 (Macrodex), Dextran 70 (Rheomacrodex) - și de aminoacizi: Aminofusin pediatric, Aminoplasmol Lx-10, Aminosteril KE 800, Aminosteril L 400. SE mai pot administra soluții de gelatină: Haemacel, Plasmagel, Marisang sau produse de tip Albumină umană.

Atunci când nu avem la dispoziție imediat sânge sau lichidele de substituție amintite, vom așeza bolnavul în poziție declivă, cu extremitatea cefalică mai jos decât restul corpului (poziția Trendelenburg). Membrile inferioare se ridică mult mai sus și se vor înfășura cu benzi Esmarch sau feși de tifon pentru a le goli pe cât posibil de sânge; în felul acesta se asigură creierului și rinichilor o cantitate cât mai mare de sânge.

Totdeauna unui bolnav cae a suferit o hemoragie i se va administra oxigen pe sondă nazală sau pe mască, pentru ca hematiile reduse ca număr și care circulă mai repede decât în mod obișnuit prin plămân, să aibă la dispoziție o cantitate mai mare de oxigen, pentru a se încălca cu acest element absolut necesar vieții țesuturilor.

Paralel cu metodele amintite, pentru a ajuta și sistemul său propriu de hemostază și, paralel cu aceasta, și pe cel de refacere a masei circulante, bolnavului i se vor administra pe gură lichide suficiente, preparate de fier, iar prin injecții, vitamina C, vitamina K, extracte de ficat, vitamina B₁₂, Adrenostazin, Venostat, Hidroxizin, Dicynon.

În hemoragiile digestive ulceroase gastrice este indicat a se administra Trombină pe gură, medicație antiacidă antisecretoare (Almagel, Dicarbocalm, Trisilicalm,

Propantelină, Cimetidină, Ranitidină etc.). Trombina împreună cu plăcile de Gelaspon se pot folosi și pentru aplicații locale în sângerări superficiale. Un bun adjuvant pentru oprirea hemoragiilor este administrarea de calciu, vitamina C, vitamina K₁ (Filomenadion) și Acid epsilonaminocaproic (E.A.C.), masa trombocitară, fibrinogen.

În hemoragiile uterine, foarte utilă este administrarea de Ergomet, Metergin.

Nu trebuie uitat însă că *singurul remediu eficace al unei hemoragii este obstruarea* (astuparea, închiderea definitivă) a vasului care sângerează și că, atât timp cât nu s-a făcut aceasta spontan, medicamentos sau chirurgical există permanent posibilitatea ca sângerea, continuând, să pună în pericol viața bolnavului sau, dacă hemoragia s-a oprit pentru un moment, să reînceapă curând. Acesta este motivul pentru care într-o hemoragie externă facem, imediat ce avem posibilitatea, descoperirea vasului care sângerează și ligatura lui, iar într-o hemoragie internă sau internă exteriorizată intervenim chirurgical de urgență după o scurtă reechilibrare și tratăm afecțiunea care produce sângerea.

Terapeutică ulterioară. Trebuie ținut seama de faptul că hematiile transfuzate au o viață mai scurtă decât hematiile proprii, motiv pentru care adeseori, deși s-a introdus aceeași cantitate de sânge cu cea pierdută (sau aproape aceeași cantitate) bolnavii rămân cu o anemie marcată, cu pierderi de substanțe proteice pentru care trebuie să li se administreze o terapie susținută cu extracte de ficat, preparate de fier, vitamine, alimentație adecvată etc. Anemia poate adeseori avea un efect nociv asupra stării generale a organismului accidentatului, făcând din acesta un individ foarte puțin rezistent la o serie de afecțiuni, mai ales la cele de tip infecțios, motiv în plus ca să o remediem cât mai curând.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 8

1. - Care este clasificarea hemoragiilor după sediul sângerării?

- a. - arteriale, venoase, capilare, mixte;
- b. - externe, interne, exteriorizate, interstițiale;
- c. - accidentale, chirurgicale, posttraumatice, medicale;
- d. - mici, mijlocii, mari, cataclismice

2. - Care din elementele de mai jos nu sunt caracteristice hemoragiei arteriale?

- a. - culoarea sângelui este închisă;
- b. - sângele țâșnește sincron cu sistola cardiacă;
- c. - există șansa chiar la arterele mari ca sângerea să se oprească spontan;
- d. - forța cu care se pierde sângele este concordantă cu tensiunea arterială a accidentatului.

3. - În care dintre hemoragiile de mai jos se pierde mai repede sânge?

- a. - hemoragie venoasă;
- b. - hemoragie capilară;
- c. - hemoragie arterială;
- d. - hemoragie venoasă și capilară.

4. - Ce cantitate de sânge are un adult de 80 kg?
 - a. - 7 litri;
 - b. - 4-5 litri;
 - c. - 8 litri;
 - d. - 6 litri.
5. - Care din hemoragiile de mai jos sunt mai grave?
 - a. - pierderea de 2 litri la un adult de 90 kg;
 - b. - pierderea de 1 litru la un adolescent de 50 kg;
 - c. - pierderea de 700 ml la un copil de 30 kg;
 - d. - toate sunt de aceeași gravitate.
6. - Ce fel de hemoragie are un accidentat care are în mod normal 5 l sânge și a pierdut 1,5 litri de sânge?
 - a. - hemoragie mică;
 - b. - hemoragie mijlocie;
 - c. - hemoragie mare;
 - d. - hemoragie cataclismică (mortală).
7. - Care din hemoragiile de mai jos se încadrează în hemoragia internă?
 - a. - hemoragia intratisulară;
 - b. - hematom la nivelul mezenterului;
 - c. - revărsarea sângelui în cavitatea pleurală;
 - d. - hemopericardul.
8. - Hemoragia din căile urinare se evidențiază prin:
 - a. - hematurie;
 - b. - scăderea brutală a tensiunii arteriale;
 - c. - colică renală;
 - d. - polakiurie.
9. - De cele mai multe ori o H.D.S. se evidențiază prin hematemeză ca zățul de cafea și melenă neagră ca păcura. În ce împrejurări atât hematemeza cât și melenă pot fi cu sânge roșu?
 - a. - în hemoragii abundente când sângele stagnează în stomac;
 - b. - în hemoragii abundente când sângele nu are timp să stea în stomac;
 - c. - dacă sângele este evacuat foarte repede;
 - d. - când coexistă o enterocolită.
10. - Există vreo deosebire între menoragie și metroragie?
 - a. - nu este nici o deosebire;
 - b. - menoragia este pierderea anormală de sânge în continuarea ciclului menstrual;
 - c. - menoragia este însoțită de dureri, iar metroragia nu;
 - d. - metroragia este pierderea de sânge din cavitatea uterină în afara ciclului menstrual.
11. - Care dintre cauzele de mai jos contribuie la ruptura splinei în doi timpi?
 - a. - traumatismul splinei cu hemoragie intrasplenică, menținută de rezistența capsulei;
 - b. - infecția splinei;
 - c. - cedarea rezistenței și ruperea capsulei cu revărsarea sângelui în peritoneu;
 - d. - fragilitatea vasculară;

- e. - deficiențe ale factorilor de coagulare.
- 12. - Care dintre hemoragiile de mai jos sunt considerate „hemoragii medicale“?
 - a. - hemoragia prin ruptură de anevrism;
 - b. - hemoragii în cazul trombocitopeniei;
 - c. - hemoragii în cazul ulcerului gastro-duodenal;
 - d. - hemoragii medicamentoase;
 - e. - hemoragii datorate unor deficiențe ale factorilor de coagulare.
- 13. - Bolnavii cu hemoragie mijlocie prezintă:
 - a. - paloare;
 - b. - amețeli în ortostatism;
 - c. - transpirații reci;
 - d. - lipotimie în clinostatism.
- 14. - Cauza agitației în faza de început a șocului hemoragic este dată de:
 - a. - vasoconstricție;
 - b. - anxietate;
 - c. - oxigenare insuficientă a creierului;
 - d. - scăderea masei circulante.
- 15. - Căror factori se datorează menținerea sau chiar o ușoară creștere a T.A. în faza de început a hemoragiei?
 - a. - vasoconstricției;
 - b. - mobilizarea sângelui din depozite (ficat, splină, mușchi);
 - c. - acumulării de CO_2 ;
 - d. - unei oxigenări deficitare a țesuturilor.
- 16. - Care din semnele de mai jos sunt revelatoare într-o hemoptizie?
 - a. - hemoptizia apare după un acces de tuse;
 - b. - sângele din hemoptizie este incoagulabil, ca zățul de cafea;
 - c. - sângele este acrat, amestecat cu elemente caracteristice sputei;
 - d. - bolnavul cu hemoptizie are o senzație de căldură retrosternală.
- 17. - Care este cauza tahipneei în cazul unei hemoragii?
 - a. - scăderea CO_2 din sânge și țesuturi;
 - b. - creșterea CO_2 în sânge și excitarea centrului respirator din bulb;
 - c. - vasoconstricția arterială;
 - d. - scăderea hematocritului.
- 18. - În cazul unei hemoragii mari, când TA scade sub 60-80 mm Hg, cum reacționează rinichiul?
 - a. - funcționează normal, urina este hiperconcentrată;
 - b. - încetează filtrarea renală și se acumulează metaboliți în sânge;
 - c. - apare insuficiența renală acută;
 - d. - acumularea de metaboliți crește volumul sângerării.
- 19. - Cum este ritmul cardiac și pulsul în cursul unei hemoragii mari?
 - a. - pulsul este bradicardic, bine bătut;
 - b. - ritmul cardiac este foarte rapid: 120-130 de bătăi pe minut;
 - c. - pulsul este aritmic;
 - d. - pulsul este slab bătut, filiform.

20. - Care din examinările de mai jos pot să ne dea relații cu privire la sediul hematuriei macroscopice (rinichi, ureter, vezică, uretră)?
- a. - examenul macroscopic al urinei;
 - b. - proba celor trei pahare;
 - c. - examenul microscopic al sedimentului urinar;
 - d. - examenul clinic al bolnavului.
21. - Care este cauza scăderii uneori a hematocritului și hemoglobinei după oprirea hemoragiei?
- a. - invazia apei din țesuturi în circulație;
 - b. - vasoconstricției;
 - c. - vasodilatației, după oprirea hemoragiei;
 - d. - creșterii diurezei.
22. - Care din semnele de mai jos le găsim într-o hemoragie intraperitoneală?
- a. - apărare musculară;
 - b. - meteorism accentuat;
 - c. - matitate deplasabilă în flancuri;
 - d. - hematemeză și melenă.
23. - Cât durează etapa hematologică de refacere a organismului la situația anterioară hemoragiei?
- a. - refacerea este imediată, după oprirea hemoragiei;
 - b. - durează 3-4 luni;
 - c. - după transfuzie de sânge;
 - d. - etapa poate fi scurtată prin tratament adecvat.
24. - Care din factorii de mai jos contribuie la hemostaza spontană?
- a. - vasoconstricția;
 - b. - formarea trombusului alb;
 - c. - transformarea protrombinei sub acțiunea tromboplastinei în trombină;
 - d. - trombina acționând asupra fibrinogenului îl transformă în fibrină;
 - e. - formarea coagulului roșu.
25. - Cum putem face o hemostază provizorie când avem o sângerare la nivelul gâtului?
- a. - compresiune digitală pe plan osos (vertebral);
 - b. - pansament compresiv;
 - c. - fixarea gâtului într-o anumită poziție;
 - d. - aplicarea atentă a unui garou.
26. - Care este timpul maxim de menținere a garoului?
- a. - 30 de minute;
 - b. - 1 oră și 30 de minute;
 - c. - 2 ore;
 - d. - 4 ore.
27. - Când aplicăm garoul când avem o sângerare în 1/3 medie a antebrațului stâng, cu sânge negricios care curge în jet continuu?
- a. - dedesubtul plăgii;
 - b. - deasupra plăgii;
 - c. - la rădăcina membrului superior;

- d. - peste pansamentul de la nivelul plăgii.
28. - Unde aplicăm garoul în cazul unei plăgi în 1/3 medie a coapsei drepte, din care ȝăşneşte sângele roşu aprins în jefuri discontinue?
- a. - la rădăcina coapsei;
 - b. - deasupra plăgii;
 - c. - dedesubtul plăgii;
 - d. - peste pansamentul aplicat la nivelul plăgii.
29. - Un garou aplicat dedesubtul plăgii, în cazul unei hemoragii arteriale, poate produce:
- a. - oprirea hemoragiei;
 - b. - continuarea şi exacerbarca sângerării;
 - c. - şoc de garou;
 - d. - gangrena membrului respectiv.
30. - Ce se produce în segmentul de sub garou?
- a. - vasoconstricţie arterială;
 - b. - trombozarea vaselor;
 - c. - dilatarea paralică;
 - d. - năvălirea sângelui central în zona de dedesubtul garoului la scoaterea acestuia, cu scăderea bruscă a T.A.
31. - Care sunt precauţiile ce trebuie luate pentru prevenirea şocului de garou?
- a. - menţinerea garoului pe o durată cât mai mică;
 - b. - dacă garoul se menţine timp mai îndelungat trebuie ca din timp în timp să-l desfacem;
 - c. - ridicarea rapidă a garoului când accidentatul ajunge la chirurgie;
 - d. - ridicarea cât mai încet a garoului.
32. - Care din procedeele de mai jos pot efectua hemostaza definitivă?
- a. - perfuzii cu ser fiziologic şi glucozat 5-10%;
 - b. - administrarea de hemostatice: vitamina K, venostat, adrenostazin;
 - c. - ligatura şi sutura vaselor;
 - d. - aşezarea bolnavului în poziţie Trendelenburg.
33. - O hemoragie digestivă superioară de 1 000-1 500 ml, puls 100/minut, Hb = 8-10 g%, hematocrit 30-35% este:
- a. - asimptomatică;
 - b. - asimptomatică numai în clinostatism, de gravitate medie;
 - c. - are semne clinice caracterizate prin tahicardie, transpiraţii reci, ameţeli, paloare accentuată;
 - d. - are semne caracteristice şocului hemoragic.

Verificați-vă cunoștințele

9.1. Istoricul transfuziei	254
9.2. Sistemul organizatoric al activității de transfuzie	255
9.2.1. Atribuțiile Ministerului Sănătății	255
9.2.2. Controlul activității de transfuzii	256
9.2.3. Unitățile sanitare de bază pentru organizarea transfuzională	256
9.2.3.1. Centrul de transfuzie sanguină județean și al Municipiului București	256
9.2.3.2. Secția de transfuzie din structura spitalelor	256
9.2.3.3. Punctele de transfuzii din spitale	256
9.2.3.4. Gruparea regională de transfuzie	256
9.2.3.5. Centrele de transfuzie județene și ale municipiului București	256
9.2.4. Controlul profilaxiei infecțiilor virale	256
9.2.5. Activitatea de cercetare științifică	257
9.3. Activitatea de recoltare, conservare și preparare a derivatelor de sânge	257
9.3.1. Activitatea de consultare a donatorilor	257
9.3.1.1. Contraindicații absolute	257
9.3.1.2. Contraindicații relative	257
9.3.1.3. Contraindicații temporare	258
9.3.1.4. Donarea de sânge și drepturile donatorilor	258
9.3.2. Activitatea de recoltare și preparare a derivatelor de sânge	259
9.3.2.1. Plasmafereza	259
9.3.3. Activitatea de conservare a sângelui și a derivatelor de sânge și expedierea la unitățile consumatoare (spitale)	259
9.4. Activitatea de transfuzie	260
9.4.1. Spațiul punctului de transfuzie	260
9.4.2. Înzestrarea punctului de transfuzie	260
9.4.3. Sistemul de aprovizionare	260
9.5. Grupele sanguine	260
9.5.1. Metoda de determinare a aglutinogenului (Beth-Vincent)	262
9.5.2. Metoda de determinare a aglutininelor (Simonin)	263

9.5.3. Reguli generale ce trebuie respectate când se determină o grupă sanguină	265
9.5.4. Factorul Rh	265
9.5.4.1. Tehnica determinării factorului Rh ₀ (D) pe lamă	266
9.5.4.2. Citirea rezultatelor	267
9.5.5. Probe de compatibilitate serologică dintre sângele donatorului și cel al primitorului	267
9.5.5.1. Proba de compatibilitate directă - majoră - in vitro (Jeanbrau)	267
9.5.5.2. Proba de compatibilitate in vivo (Oehlecker)	268
9.6. Materialul necesar pentru executarea unei transfuzii de sânge și pregătirea lui	270
9.7. Calitățile necesare sângelui conservat și derivatelor de sânge	270
9.7.1. Cum se verifică sângele integral și derivatele de sânge înainte de transfuzie	271
9.7.2. Sângele necorespunzător pentru a fi transfuzat	272
9.8. Transfuzia indirectă	273
9.8.1. Avantajele transfuziei indirecte	273
9.8.2. Transfuzia indirectă de sânge integral - tehnica de lucru	274
9.8.3. Cauzele desfășurării defectuoase a unei transfuzii	278
9.8.4. Transfuzia derivatelor de sânge	278
9.8.4.1. Transfuzia de masă eritrocitară concentrată (pură) și de masă eritrocitară resuspendată	279
9.8.4.2. Transfuzia de plasmă lichidă	279
9.8.4.3. Transfuzia de plasmă uscată	279
9.9. Transfuzia directă	279
9.10. Exsanguinotransfuzia	280
9.10.1. Incidente și accidente	281
9.10.2. Indicațiile exsanguinotransfuziei	281
9.11. Indicațiile și contraindicațiile transfuziei	282
9.11.1. Indicațiile transfuziei de sânge integral	282
9.11.2. Indicațiile transfuziei de masă eritrocitară	282
9.11.3. Indicațiile transfuziei de plasmă	283
9.11.4. Indicațiile altor factori ai sângelui	283
9.11.4.1. Masă leucocitară și trombocitară	283
9.11.4.2. Factorii antiheofilici	283
9.11.4.3. Albumină umană	283
9.11.4.4. Fibrinogenul	283
9.11.5. Contraindicațiile transfuziei de sânge	283
9.12. Accidentele posttransfuzionale	284
9.12.1. Clasificarea accidentelor posttransfuzionale	284
9.12.1.1. Accidente ușoare	284
9.12.1.2. Accidente grave	284
9.12.2. Cauzele accidentelor posttransfuzionale	284
9.12.3. Aspectul clinic al accidentelor posttransfuzionale	288
9.12.3.1. Frisonul	288
9.12.3.2. Hematuria	288
9.12.3.3. Cefaleea, frisonul ușor și febra	288
9.12.3.4. Edemul și urticaria	288
9.12.3.5. Embolia gazoasă și cea prin cheaguri	289
9.12.3.6. Edemul pulmonar acut	289

9.12.3.7. Transmiterea prin sânge a unor boli	289
9.12.4. Tratatamentul accidentelor posttransfuzionale	290
9.12.4.1. Tratatamentul accidentelor ușoare	290
9.12.4.2. Tratatamentul accidentelor grave	290
9.12.4.3. Tratatamentul emboliei gazoase	291
9.12.4.4. Tratatamentul emboliei pulmonare prin cheaguri	291
9.12.4.5. Tratatamentul edemului pulmonar acut	292
9.12.4.6. Tratatamentul bolilor transmise prin sânge	292
9.12.4.7. Tratatamentul stărilor de intoleranță a perfuziilor de sânge, plasmă sau alte lichide	293
Chestionar la capitolul 9	293

Transfuzia este o metodă activă de tratament biologic care constă în introducerea de sânge, plasmă sau globule roșii spălate, în sistemul circulator al unui bolnav.

Transfuzia constituie mijlocul cel mai eficace în reanimare. Este o metodă extrem de valoroasă fără de care cu greu ne putem imagina medicina modernă. În ultimii 30-35 de ani, transfuzia a câștigat importante fundamente biologice și largi implicații practice în toate specialitățile medicale.

9.1. ISTORICUL TRANSFUZIEI

Transfuzia de sânge a preocupat medicii încă din secolul al XVII-lea, dar accidente produse au dus la abandonarea ei până la începutul secolului XX.

Faptul care a făcut ca transfuzia să devină practic posibilă a fost descoperirea grupelor sanguine, urmare a progreselor realizate de imunologie și descoperirii reacției antigen-anticorp.

Bordet în 1895, descoperă că sângele animalelor aglutinează când este amestecat - hemaglutinare.

Landsteiner în 1901, cercetând reacțiile de aglutinare la oamenii sănătoși, observă în unele cazuri aglutinarea sângelui (provenit de la aceeași specie) și o numește izoaglutinare. El descoperă existența pe hematii a două izoaglutinogene principale A și B și prezența în plasmă a două izoaglutinine - alfa și beta. El formulează legea fundamentală a structurii antigenice a sângelui, conform căreia, în serul unui individ nu se găsește niciodată aglutinina, care reacționează specific cu aglutinogenul din hematiile acelui individ, ci există aglutininele care acționează specific cu aglutinogeni care lipsesc din hematiile sale.

Janski (1907) și Moos (1910) au arătat că din combinarea aglutinogenelor și aglutininelor rezultă 4 grupe sanguine (sistemul OAB).

De aici transfuzia devine posibilă la om, fără riscuri însemnate.

Al doilea obstacol în calea transfuziei a fost coagularea sângelui. Descoperirea de către Arthus și Pages a acțiunii anticoagulante a citratului trisodic, a înlăturat și acest ultim obstacol.

Astfel a devenit posibilă extinderea pe scară largă a transfuziei de sânge conservat.

Pentru noi este foarte important de semnalat faptul că în 1850, deci cu 48 de ani înainte ca Landsteiner să descopere grupele sanguine, Carol Davila execută în „Spitalul Oștiri” de la Mihai Vodă, prima transfuzie din țara noastră și una dintre primele din lume.

Una din cele mai vechi lucrări privind transfuzia este teza de doctorat în medicină și chirurgie a doctorului V. Steopol (1924), cu titlul „Noțiuni asupra practicii transfuziei”.

Transfuzia științifică începe în 1928, când Virgil Ionescu organizează în Spitalul Filantropia primul punct de transfuzie.

Transfuzia de sânge conservat începe în 1941 când se dezvoltă centrul de recoltare a sângelui la Sibiu (prof. Benetato), Iași (prof. S. Nicolau) și București (prof. N. Nestorescu).

În 1949 se înființează în principalele orașe ale țării centre de recoltare și conservare a sângelui, iar în 1951 se înființează Centrul de Hematologie București, cu scop de cercetare și coordonare metodologică a tuturor centrelor de transfuzie.

9.2. SISTEMUL ORGANIZATORIC AL ACTIVITĂȚII DE TRANSFUZIE

Până în 1995, sistemul transfuzional din România era sumar reglementat de Legea 3/1978 privind Ocrotirea sănătății populației, precum și prin hotărâri de Guvern și ordine ale Ministerului Sănătății.

La sfârșitul anului 1994, cele două camere ale Parlamentului României au adoptat „Legea privind donarea de sânge, utilizarea terapeutică a sângelui uman, organizarea transfuzională în România”, promulgată în ianuarie 1995, cunoscută ca Legea nr. 4/1995, care pentru prima dată reglementează într-un cadru unitar și coerent întreaga problemă a acestui capitol vital în activitatea sanitară din țara noastră, aliniind-o la reglementările în domeniu din cadrul Uniunii Europene.

9.2.1. Atribuțiile Ministerului Sănătății

Ministerul Sănătății are următoarele obligații în activitatea de recoltare, conservare și distribuție a sângelui și a produselor derivate:

- Organizează, îndrumă și controlează activitatea de recoltare, de preparare și de conservare a sângelui uman și a derivatelor sale, desfășurată prin unitățile sale de specialitate.

- Stabilește prognoza privind necesarul anual de sânge.

- Asigură prin unitățile specializate controlul epidemiologic și clinic al donatorilor de sânge și controlul de laborator.

- Îndrumă și controlează utilizarea în scop terapeutic și diagnostic a sângelui și derivatelor acestuia.

- Organizează activitatea de stabilire a grupei sanguine a cetățenilor, în vederea înscrierii în buletinul de identitate.

- Asigură rezerva de sânge uman și de derivate ale acestuia pentru situații deosebite.

- Organizează implicarea personalului sanitar pentru atragerea de noi donatori de sânge.

- Utilizează și dotează centrele de transfuzie cu aparatură modernă, specifică activității acestora.

9.2.2. Controlul activității de transfuzie

Organele de specialitate ale Ministerului Sănătății privind controlul activității de transfuzie sunt:

- Comisia Națională de Hemovigilență și Etică;
- Laboratorul Național de Referințe;
- Institutul Național de Hematologie Transfuzională;
- Comisia Națională de Transfuzie.

Organizarea, atribuțiile și modul de funcționare a acestor organe se stabilesc prin regulamente aprobate prin ordinul ministrului sănătății.

9.2.3. Unitățile sanitare de bază pentru organizarea transfuzională sunt:

9.2.3.1. Centrul de transfuzie sanguină județean și al Municipiului București

Instituții publice cu personalitate juridică, în structura cărora pot funcționa centre de transfuzie sanguină orașenești și municipale.

9.2.3.2. Secții de transfuzie sanguină în structura spitalelor

Se pot organiza în cazuri justificate, care din punct de vedere medical sunt coordonate de către centrele de transfuzie sanguină.

9.2.3.3. Punctele de transfuzii din spitale - din cadrul secțiilor de terapie intensivă

9.2.3.4. Fiecare centru de transfuzie sanguină face parte dintr-o grupare regională de transfuzie, amplasată într-un oraș care este, de obicei, centru universitar medical

9.2.3.5. Centrele de transfuzie județene și ale municipiului București

Pot organiza puncte fixe de recoltare, amplasate în policlinici, dispensare, sau la locul de muncă al donatorilor, prin echipe medicale mobile.

În fiecare spital se organizează o comisie medicală de hemovigilență, care supraveghează și analizează măsurile de securitate transfuzională luate pentru ocrotirea bolnavului primitor, precum și consumul de sânge și de derivate. Aceste comisii vor încuraja practicarea autotransfuziei la bolnavii chirurgicali, care nu prezintă contraindicații pentru această tehnică. Pacienții supuși procedurii de autotransfuzie nu se consideră donatori de sânge, iar sângele lor nu poate fi folosit la alți bolnavi.

9.2.4. Controlul profilaxiei infecțiilor virale

Controlul profilaxiei infecțiilor virale se realizează prin Laboratorul Național de Referință pentru viroze transmisibile prin sânge, precum și prin rețeaua de inspectorate de poliție sanitară și de medicină preventivă.

9.2.5. Activitatea de cercetare științifică

Activitatea de cercetare științifică și didactică în hematologie transfuzională se realizează prin Institutul Național de Hematologie Transfuzională din București și prin centrele regionale de transfuzie, în colaborare cu clinicile de hematologie, imunologie, oncologie și medico-chirurgicale pentru transplant.

Cercetarea științifică în transfuzie se orientează după problematica de interes național, stabilită de Institutul de Hematologie Transfuzională și Comisia Națională de Transfuzie, în colaborare cu Academia de Științe Medicale și cu alte instituții medicale.

9.3. ACTIVITATEA DE RECOLTARE, CONSERVARE ȘI PREPARARE A DERIVATELOR DE SÂNGE

Acastă activitate se desfășoară la centrele de transfuzii care sunt unități complexe.

Recoltarea, conservarea, prepararea derivatelor din sânge cuprind trei activități distincte:

- Activitatea de consultare a donatorilor.
- Activitatea de recoltare și preparare a derivatelor de sânge.
- Activitatea de conservare a sângelui, stocarea lui și a derivatelor și expedierea la unitățile spitalicești.

9.3.1. Activitatea de consultare a donatorilor

Donator poate fi orice persoană sănătoasă între 18-65 ani, cu o greutate corporală de peste 50 kg.

Consultarea donatorilor constituie o responsabilitate deosebită, trebuind scoase de la donare persoanele bolnave sau cele care prezintă infecții virale sau alergii, care pot fi transmise.

Există contraindicații absolute, relative și temporare pentru a dona sânge.

9.3.1.1. Contraindicații absolute

Cu ocazia controlului medical vor fi scoși definitiv de la donare următoarele categorii: bolnavi sau foști bolnavi de hepatită ABC, sifilis, TBC, purtătorii sănătoși de antigen HB (Australia și HCV), infecția cu HIV sau bolnavi de SIDA, malarie, bruceloză, boli de sânge, tumori maligne, epilepsie, diabet insulino-dependent, alergii alimentare și medicamentoase.

9.3.1.2. Contraindicații relative

Contraindicațiile relative sunt reprezentate de o serie de afecțiuni cronice, care necesită avizul specialistului, înaintea acceptării donării, pentru a nu afecta sănătatea donatorului.

În această categorie intră o serie de afecțiuni gastro-intestinale (polipi, hemoroizi, ulcer), afecțiuni dermatologice (dacă zona plicii cotului este indurată), diabetul controlat prin regim igienico-dietetic, guta în perioade de acalmie.

9.3.1.3. Contraindicații temporare

Aici intră stările fiziologice particulare ale femeii (menstruația, sarcina pe toată durata ei, lehuția - 18 luni); contactii de hepatită epidemică sunt îndepărtați de la donare cel puțin un an; bolnavii cu intervenții chirurgicale, care au făcut transfuzii de sânge sau plasmă, cel puțin 6 luni (perioadă maximă de incubație a hepatitei virale).

După vaccinări se contraindică donarea, pe perioade variabile, în funcție de vaccin - 24 de ore după vaccinare antitetanică, un an în cazul vaccinării antirabice.

Extracțiile dentare contraindică donarea timp de 3-5 zile, datorită bacteriemiei ce se poate produce după extracție.

Tot în cadrul contraindicațiilor temporare intră și donatorii a căror Hb este sub 12,5g% la femei și 13g% la bărbați, precum și stările febrile.

9.3.1.4. Donarea de sânge și drepturile donatorilor

Nu pot dona sânge persoanele ale căror vene nu se văd ușor sau care au vene sclerozate, chiar dacă sunt perfect sănătoase.

În cadrul consultării se face examen clinic complet și de laborator și se determină grupa sanguină și factorul Rh.

După consultare, donatorul ajunge în camera de donare împreună cu toate documentele necesare, unde i se recoltează sânge în condiții de perfectă securitate pentru donator, în mod steril, în sistem perfect închis; sângele trecând direct de la donator, printr-un tub de material plastic, în flaconul sau punga de recoltare.

Prelevarea de sânge la o donare va fi de 5-7 ml/kg corp greutatea a donatorului, dar nu mai mare de 450 ml.

Recoltarea la noi se făcea în flacoane, la o donare prelevându-se 250 ml sânge, cu un interval dintre donări de minimum 45 zile; la ora actuală s-a trecut la recoltarea în pungi de plastic, prelevându-se odată 400 ml sânge, cu interval de cel puțin 75 zile, între două donări.

9.3.1.4.1. Drepturile donatorului. Articolul 10 din legea amintită prevede următoarele drepturi pentru fiecare donare de sânge sau plasmă prin plasmafereză:

- O masă la centrul de transfuzie, la restaurant sau bonuri valorice pentru produse alimentare, la nivelul alocațiilor stabilite.

- La fiecare a cincea donare, cu condiția ca aceste donări să fie realizate în 2 ani consecutivi, o recompensă sub forma unor bonuri valorice pentru produse alimentare.

- Două zile libere de la locul de muncă sau 2 zile scutire de frecvență a elevilor și studenților, incluzând ziua donării.

- Acordarea insignei de „Donator onorific” la prima donare și „Diploma de onoare” pentru cel puțin 5 donări.

- Programare cu prioritate la asistență medicală; gratuitate la medicamente și materiale sanitare în condițiile de spitalizare sau ambulator pentru donatorii care prezintă afecțiuni rezultate ca urmare a donării de sânge.

- Prioritate în obținerea de bilete de tratament în unitățile Ministerului Sănătății cu reducere de 50%, pentru persoanele care au cel puțin 15 donări.

- Abonamente cu reducere de 50% pentru transportul în comun, în localitatea de reședință, pentru o perioadă de 2 luni și decontarea cheltuielilor de transport între localitatea de reședință și localitatea unde se face donarea de sânge, cu prilejul fiecărei donări.

9.3.2. Activitatea de recoltare și preparare a derivatelor de sânge

Este o activitate complexă și cuprinde:

- pregătirea aparaturii, stabilizatorului și a tuturor materialelor necesare pentru recoltarea de sânge;

- recoltarea propriu-zisă (descrișă în aliniatul precedent);

- prepararea de derivate.

După recoltarea sângelui pe stabilizator în flacoane sau pungi de plastic, se obține sânge integral (total), conservat, care se introduce în frigiderul de carantină, unde rămâne până la obținerea rezultatelor analizelor, care se fac pentru cercetarea bolilor ce pot fi transmise prin sânge.

Centrul de transfuzii realizează ca derivate pentru transfuzii: plasmă (activă, defibrinată uscată), masă eritocitară (concentrată sau resuspendată), masă leucocitară, masă trombocitară. Pentru alte scopuri se realizează seruri test, gamaglobulină, trombină, fibrinogen etc.

9.3.2.1. Plasmafereza

Pentru a obține o cantitate mare de plasmă se folosește plasmafereza. Plasmafereza este o metodă de prelucrare a sângelui, făcută în scopul separării prin centrifugare a plasmăi, care se colectează, urmată de reinjectarea masei globulare la donator.

Se pot recolta odată 500-600 ml plasmă, fără a anemia donatorul, iar ritmul dintre două donări poate fi scurtat la 10-15 zile.

Plasma obținută prin această metodă se congelează la -23 -30°C , permițând păstrarea intactă a tuturor produselor din plasmă timp de un an.

Ea poate fi utilizată în scop industrial (farmaceutic) prin fracționarea plasmăi pentru obținerea a peste 30 de factori dintre care amintim: albumina 10-20%, factorul VIII etc.; sau poate fi utilizată după încălzire la temperatura corpului, pentru transfuzie.

9.3.3. Activitatea de conservare a sângelui și a derivatelor de sânge și expedierea la unitățile consumatoare (spitale)

După recoltarea și etichetarea flacoanelor, atașarea talonului de control, a înscrierii în registrul pentru identificare și venirea rezultatelor de laborator, sângele care nu corespunde este eliminat, iar cel bun pentru transfuzii este trecut în frigiderul cu produse apte pentru transfuzie de unde, la solicitările spitalelor, va fi expedit.

- Sângele integral va fi păstrat la frigider la temperatura de $+4$ -8°C , termenul de valabilitate fiind de 21-28 zile.

- Masa eritocitară se conservă la $+4^{\circ}\text{C}$, având valabilitate de 48 ore.

- Masa eritocitară resuspendată se ține la frigider la $+4$ -8°C și poate fi utilizată 10 zile de la preparare.

- Plasma proaspătă congelată se menține la frigider la -23 -30°C , având termen de valabilitate un an.

- Plasma defibrinată se conservă la frigider sau chiar la temperatura camerei, se poate utiliza imediat și chiar la câteva luni de la preparare.

- Plasma uscată se prepară în instalații speciale de liofilizare, se conservă la temperatura camerei și are un termen de utilizare de 6 -10 ani.

Transportul tuturor acestor produse, cu excepția plasmelor uscate și defibrinate, se face în lăzi sau valize izoterme (prevăzute cu gheață).

9.4. ACTIVITATEA DE TRANSFUZIE

Activitatea de transfuzie în spital este efectuată de către punctul de transfuzie, aflat în componența serviciului de anestezie și terapie intensivă.

9.4.1. Spațiul punctului de transfuzie

Sunt necesare minimum 3 camere pentru punctul de transfuzie: un laborator de serologie în care se execută analizele necesare, se țin evidențele scriptice și frigiderul cu sânge, un spațiu gospodăresc cu spălător și depozit de materiale curente.

9.4.2. Înzestrarea punctului de transfuzie

Este cea specifică unui laborator pentru determinarea grupelor sanguine, cuprinzând în plus truse de transfuzie, ace, tuburi, flacoane, precum și aparatură mare ca: frigider termostațat, valize și lăzi izoterme etc.

9.4.3. Sistemul de aprovizionare

Sângele și derivatele ce se transfuzează bolnavilor se obțin de la Centrul de transfuzie teritorial pe baza cererilor pe bonuri tip. Aprovizionarea trebuie astfel făcută încât în depozit să existe totdeauna sânge pentru uz curent, cât și sânge de rezervă pentru cazuri de urgență. Prin sânge de rezervă înțelegem sânge din toate grupele sanguine Rh negativ.

Transportul către punctele de transfuzie se face cu valiza izotermă de transport.

Aprovizionarea cu seruri test se realizează prin Oficiul farmaceutic, pe baza necesarului anual, solicitat de spital.

9.5. GRUPELE SANGUINE

În esență transfuzia de sânge este o greșă de țesut sanguin. Ea se supune legilor imunologice, care guvernează compatibilitatea și rejetul grefelor de țesuturi sau organe. În esență este vorba de o interacțiune antigen-anticorp. Reacția specifică in vitro este aglutinarea, iar in vivo hemoliza.

Aglutinogenele sunt antigene naturale, fixate pe globulele roșii (A și B), iar aglutininele sunt anticorpi naturali ce se găsesc în serul sanguin (alfa și beta).

După cum se știe, sistemul sanguin OAB cuprinde patru grupe de sânge și anume: O(I), A(II), B(III) și AB(IV). Această clasificare se bazează pe aglutinogenii legați de eritrocit. Acești aglutinogeni sunt A și B. Aglutininele naturale ale sistemului sunt alfa (α) (anti-A) și beta (β) (anti-B).

Formula completă a celor patru grupe sanguine:

Grupa sanguină	Aglutinogen	Aglutinina	Formula completă
O(I)	O (zero)	alfa (α) și beta (β)	O(I) (α β)
A(II)	A	beta (β)	A(II) (β)
B(III)	B	alfa (α)	B(III) (α)
AB(IV)	A și B	O (zero)	AB(IV) O (zero)

Pe baza tabelului se pot enunța legile serologice ale lui Landsteiner.

Acestea sunt:

- *Aglutininul și aglutinina omologă nu pot coexista în același sânge, deoarece acest fapt nu este compatibil cu viața.*

- *Aglutinină compatibilă cu aglutininul este totdeauna prezentă în ser.*

Pentru determinarea (aflarea) grupei sanguine este necesar să se cerceteze ambele elemente, atât aglutininul cât și aglutinina.

a) *Determinarea aglutininului (metoda Beth-Vincent) necesită seruri-test O(I), A(II) și B(III) care conțin aglutinine.* Serurile-test (denumite mai corect seruri hemotest) se livrează gata preparate în fiole etichetate.

Serul-test O(I) conține aglutininele alfa (α) și beta (β); serul-test A(II) conține aglutinina beta (β), serul-test B(III) conține aglutinina alfa (α).

Prin punerea eritrocitelor de cercetat în contact cu fiecare dintre cele trei seruri hemotest, se poate obține sau nu o aglutinare, în funcție de grupă.

b) *Determinarea aglutininelor (metoda Simonin).* Când facem *proba inversă*, adică atunci când vrem să determinăm (să aflăm) aglutininele serice (metoda Simonin) utilizăm *eritrocite-test din grupele A(II) și B(III)* care conțin aglutinogene cunoscute A și B. Cu ajutorul acestor eritrocite cunoscute se pot determina aglutininele alfa și beta (necunoscute) din serul de cercetat.

c) *Subgrupele sanguine.*

Aglutininul A are subgrupe sanguine. Cele mai importante sunt A_1 și A_2 .

Prima, denumită și „A tare” se găsește în proporție de 80% la indivizii din grupa A(II), cea de a doua, denumită și „A slab” reprezintă 20% la indivizii din grupa A(II).

În afară de aceste două subgrupe ale lui A(II) în sistemul OAB mai există subgrupele AB(IV), care sunt A_1B și A_2B , prima în proporție de 60% din AB(IV), iar cea de a doua de 40% din AB(IV).

S-a acordat denumirea de „tare” și „slab” acestor aglutinogene în funcție de felul în care aglutinina naturală alfa din grupul sanguin B(III) le aglutinează. În cazul când în sângele respectiv este prezent A_1 (A tare), atunci aglutinarea este puternică și rapidă; aglutinarea este însă mult mai slabă și se produce mai lent în cazul aglutininului A_2 (A slab).

Aglutininele omologe aglutinogenele A_1 și A_2 sunt aglutininele alfa (α_1) și respectiv alfa (α_2). Ele se întâlnesc în general rar (sunt irregulare) și au titru scăzut.

Importanța practică a subgrupelor sanguine rezidă în faptul că în timpul unei determinări, sângele A_2 (cercetat cu ser-test care are un titru mai slab, expirat sau într-un timp de expunere insuficient) poate apărea ca O(I), din cauza neaglutinării în picăturile O(I) și B(III), fapt care poate determina erori grave. Acest lucru demonstrează o dată în plus necesitatea determinării grupei sanguine prin ambele probe, Beth-Vincent și Simonin, efectuate concomitent, care pot surprinde și corecta eroarea.

Pe de altă parte, indivizii A_1 posedând aglutinina iregulară alfa (α_2) pot fi izoimunizați prin transfuzie de sânge de subgrup incompatibilă și deci expuși la reacții sau chiar la accidente posttransfuzionale, dacă li se administrează sânge $O(I)$ sau A_2 , deoarece aglutinina alfa 2 poate aglutina hematiile $O(I)$.

Practic, posibilitatea de reacții posttransfuzionale din cauza incompatibilităților de grup sau subgrup este exclusă sau mult diminuată, dacă se determină grupele sanguine prin ambele metode și apoi se execută proba de compatibilitate directă majoră in vitro (Jeanbrau) la cald în camera umedă și la rece pentru aglutininele alfa (α_1) și alfa (α_2).

d) Factorul Rh

În afara aglutinogenelor sistemului OAB, pe eritrocite umane se găsesc și alți aglutinogeni, formând așa-numitul mozaic aglutinogenic.

Dintre aceștia, cel mai important este factorul Rh descoperit în 1940 de Landsteiner și Wiener, mai întâi la maimuța *Macacus rhesus*, de unde provine și numele (Rh) și apoi la om.

Această descoperire a deschis un capitol important nu numai în transfuzie, dar și în patologia nou-născutului. Astăzi factorul Rh este făcut răspunzător de o serie de afecțiuni ale nou-născutului, denumite generic boala hemofilică a nou-născutului.

9.5.1. Metoda de determinare a aglutinogenului (Beth-Vincent)

Se realizează cu ajutorul *serurilor-test* O, A, B care conțin aglutinine cunoscute. Sângele de cercetat este alcătuit din eritrocite care au aglutinogene pe care nu le cunoaștem.

Se procedează astfel (fig. 103):

Pe o lamă de sticlă se depun trei picături de ser-test, și anume: picătura de ser-test $O(I)$ în partea dreaptă a lamei (deci în stânga celui care execută determinarea); picătura de ser-test $A(II)$ la mijlocul lamei; picătura de ser-test $B(III)$ în partea stângă a lamei (în dreapta celui care face determinarea). Practic, am pus pe lamă în partea dreaptă aglutinine alfa și beta, în mijloc aglutinina beta și în stânga aglutinina alfa.

Cu ajutorul unei pipete Pasteur se pune câte o picătură din sângele pe care îl cercetăm lângă fiecare picătură de ser-test, având grijă ca picătura de sânge să fie de 10 ori mai mică (aproximativ) decât picătura de ser-test. Apoi, cu colțul unei lame curate se omogenizează (se amestecă) serurile-test cu picăturile respective de sânge, schimbând de fiecare dată colțul lamei omogenizatoare. Proporția de 1/10 între hematii și ser este obligatorie pentru că o cantitate prea mare de eritrocite inhibă reacția de aglutinare, iar o cantitate prea mică face ca reacția să nu poată fi observată cu ochiul liber.

După ce eritrocitele au fost amestecate cu serurile-test se așteaptă pentru obținerea rezultatului 3-4 minute, în care timp lama se agită lent prin mișcări de basculare. În acest timp se produce sau nu aglutinarea.

Rezultatele obținute se interpretează astfel:

- lipsa de aglutinare în cele trei picături de ser-test $O(I)$, $A(II)$ și $B(III)$ dovedește că sângele nu conține nici un aglutinogen omolog aglutininelor alfa și beta din serul pe care l-am pus noi și deci sângele pe care-l cercetăm este de grup $O(I)$;

- dacă se constată aglutinare în picăturile marginale de ser-test $O(I)$ și $B(III)$ și în picătura din mijloc de ser-test $A(II)$ nu, grupa sanguină este de grup $A(II)$ pentru că noi am pus pe lamă în dreapta aglutinine α și β (alfa și beta) care au aglutinat hematiile cu aglutinogen. A întâlnite în sângele $A(II)$, am pus în mijloc aglutinina β (beta) care este

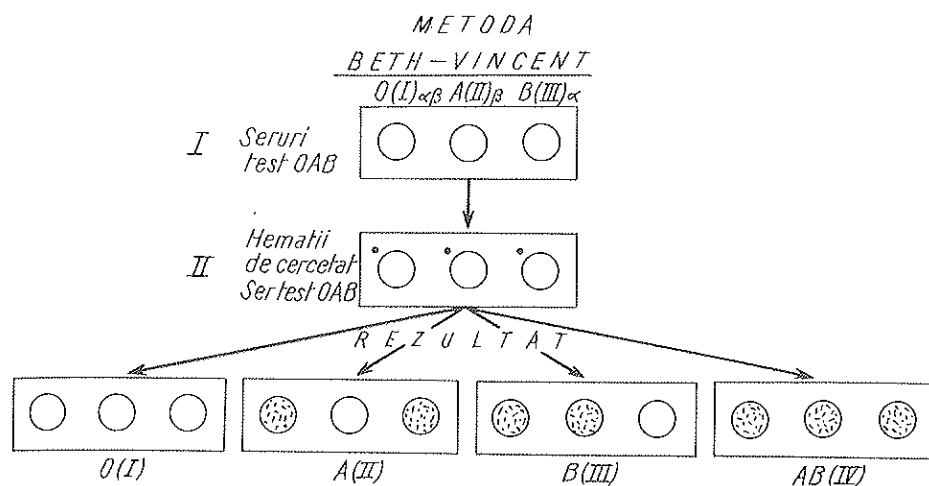


Fig. 103. - Determinarea grupelor sanguine cu ajutorul serurilor test (metoda Beth-Vincent).

compatibilă cu aglutinogenul A din grupa A(II) și deci nu aglutinează, am pus în stânga aglutinina α (alfa) care aglutinează aglutinogenul A din grupa A(II);

- dacă se constată aglutinare în picăturile din dreapta - ser-test O(I) - și din mijloc - ser-test A(II) - iar în picătura din stânga - ser-test B(III) - nu se constată; sângele aparține grupei B(III). Acest proces s-a produs pentru că noi am pus pe lamă în dreapta aglutinine α (alfa) și aglutinine β (beta) din serul-test O(I). Aglutinina beta a întâlnit aici aglutinogenul B și a aglutinat. Am pus la mijloc aglutinina beta din serul-test A(II) care a întâlnit aglutinogenul B și a aglutinat, am pus în stânga aglutinina alfa care, reîntâlnind aglutinogen A pentru sângele B(III) are numai aglutinogen B, nu a aglutinat;

- când în toate picăturile s-a produs aglutinare, sângele aparține grupei AB(IV) pentru că în fiecare din cele 3 picături de ser există cel puțin una din aglutininele alfa și beta care aglutinează hematiile grupei AB(IV), care au atât aglutinogen A, cât și aglutinogen B. Rezultatul se vede în continuare în figura 103.

9.5.2. Metoda de determinare a aglutininelor (Simonin)

Metoda de determinare a aglutininelor din ser sau din plasmă se execută folosind hematii cunoscute A(II) și B(III) și serul (plasma) pe care o cercetăm. În această probă avem deci aglutinogen cunoscut și aglutinine necunoscute. Hematiile-test A(II) și B(III) se obțin din flacoane de sânge conservat utilizate deja pentru transfuzie sau de la persoane cu grupa sanguină foarte corect determinată. Valabilitatea hematiilor-test este de maximum 3 zile dacă se conservă în frigider.

Tehnica de determinare este următoarea:

Pe o lamă de sticlă se pune *la mijloc* o picătură mică de hematii-test (cunoscute) A(II) și în *stânga lamei* (în dreapta celui ce execută) o picătură mică de hematii-test (cunoscute) B(III). Lângă fiecare din aceste picături de hematii se pune câte o picătură de plasmă din sângele pe care îl cercetăm, de circa 10 ori mai mare decât cea de hematii (fig. 104).

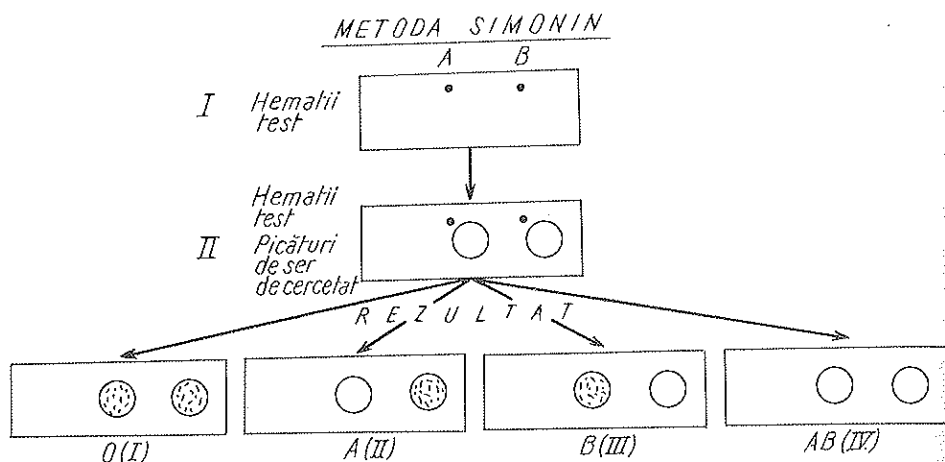


Fig. 104 - Determinarea grupelor sanguine cu ajutorul hematiilor-test (metoda Simonin).

Omogenizarea (amestecarea hematiilor-test cu serul de cercetat) și citirea se execută în aceleași condiții ca și la proba de determinare a aglutinogenului. Rezultatele se interpretează astfel (fig. 104):

- dacă aglutinarea se produce în ambele picături de ser, omogenizarea cu eritrocitele-test A, respectiv B, serul aparține sângelui din *grupa O(I)*, deoarece înseamnă că serul pe care l-am pus conține amândouă aglutininele alfa și beta și era deci de grupa zero (I);

- dacă aglutinarea se produce în picătura de ser omogenizată cu eritrocite-test B, serul aparține sângelui din *grupa A(II)*, pentru că serul conține aglutinina beta care se găsește în grupa A(II);

- dacă aglutinarea se produce în picătura de ser omogenizată cu hematii-test A, serul aparține sângelui din *grupa B(III)*, pentru că serul conține aglutinina alfa care se găsește în grupa B(III);

- dacă ambele picături de ser omogenizate cu hematii-test A și, respectiv, hematii-test B nu prezintă aglutinare, serul aparține sângelui din *grupa AB(IV)*, pentru că acest ser nu conține nici o aglutinină.

9.5.3. Reguli generale ce trebuie respectate când se determină o grupă sanguină (sinteza celor spuse mai sus):

■ - Determinarea grupei sanguine se execută concomitent prin cele două probe, rezultatul determinării citindu-se comparativ.

■ - Temperatura optimă pentru determinare este de minimum 16-18° pentru a evita falsele reacții pozitive prin aglutininele la rece (sub 16°).

■ - În dimineața fiecărei zile de lucru se controlează obligatoriu serurile-test și hematiile-test prin probe încrucișate (hematiile-test cu serurile-test), apreciindu-se cu aproximație aviditatea serurilor și titrului lor după rapiditatea aglutinării și aspectul aglutinatelor. În cazul când aglutinările nu sunt nete, se înlocuiesc hematiile-test cu altele proaspete. În cazul când și de această dată aglutinatele se formează prea lent, se schimbă serul-test și se încearcă din nou până când se ajunge la reacții de aglutinare nete. De-abia din acest moment se poate trece la determinările de grupă în vederea transfuziei.

9.5.4. Factorul Rh

Factorul Rhesus (Rh) este un aglutinogen (antigen) legat de eritrocit. Fiind un antigen puternic el se impune în cadrul mozaicului aglutinogen al hematiei ca o entitate bine definită.

Posesorii de factor Rh se numesc *Rh-pozitivi*, iar cei care nu posedă factorul Rh se numesc *Rh-negativi*. 85% dintre europeni sunt Rh pozitivi. Aglutinine anti-Rh nu există în mod normal la indivizii cu Rh-negativ. Ele iau naștere numai prin *izoimunizare*, adică prin

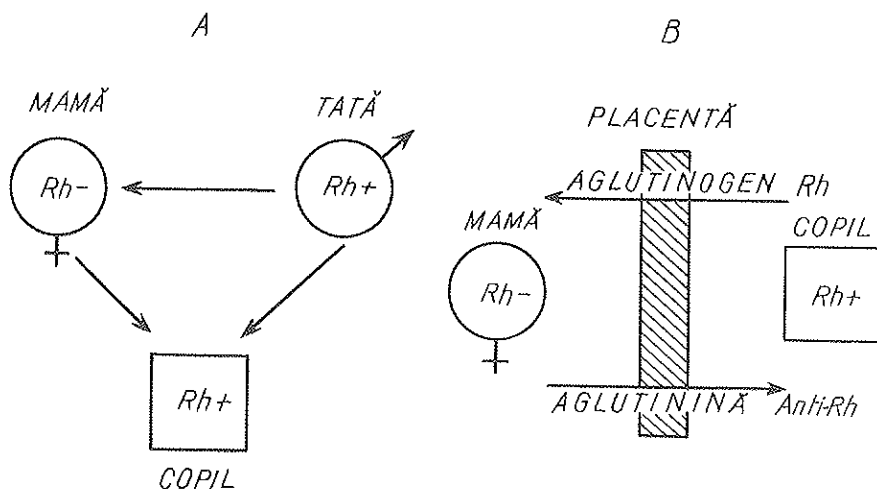


Fig. 105 - Fenomenul de izoimunizare prin sarcină:

- A - izoimunizarea maternă prin sarcină obținută de la soț Rh pozitiv, cu făt eventual Rh-positiv; dacă fătul este Rh negativ similar cu mama izoimunizarea nu are loc.
- B - mecanismul de declanșare al bolii hemolitice prin incompatibilitate Rh mamă și făt; numai dacă fătul este Rh pozitiv.

administrarea sângelui Rh-pozitiv (care conține factorul Rh) la indivizii Rh-negativi. Această izoimunizare se face pe cale intravenoasă, prin transfuzii de sânge Rh-pozitiv, sau pe cale transplacentară, în situația în care o mamă Rh-negativă primește în sistemul său circulator globulele roșii Rh-pozitive de la făt, provenite de la tatăl Rh-pozitiv (fig. 105).

Apariția aglutininelor (anticorpilor) anti-Rh în sângele unei persoane Rh-negative poate fi generatoare de accidente grave, dacă îi facem transfuzii cu sânge Rh-pozitiv; de asemenea, fătul a căruia mamă Rh-negativă, izoimunizată la factorul Rh, prezintă aglutinine anti-Rh este expus să facă un icter hemolitic și uneori chiar complicații mai grave.

Aceste fapte arată importanța practică pe care o are determinarea factorului Rh la mame și la cei ce urmează să primească transfuzii.

Factorul Rh se determină cu ajutorul serului-test anti-Rh.

9.5.4.1. Tehnica determinării factorului Rh₀ (D) pe lamă

Pe o lamă de sticlă se pun trei picături de ser-test anti-Rh. Picăturile din dreapta și din stânga lamei se folosesc ca martor, iar picătura din mijloc pentru determinarea dorită (fig. 106).

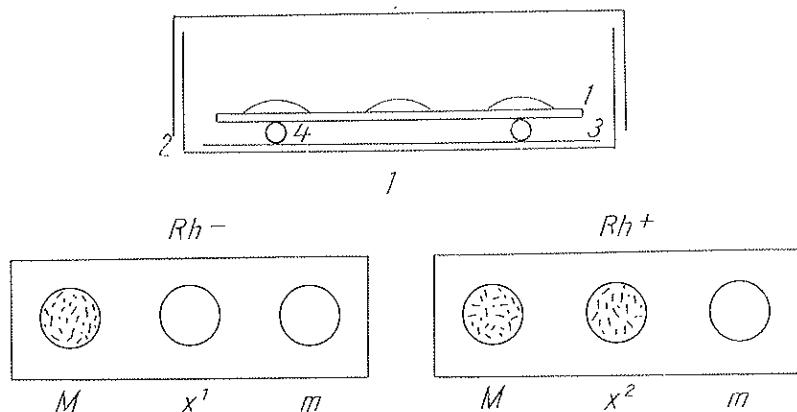


Fig. 106. - Determinarea factorului Rh pe lamă:

- 1 - lama de sticlă pe care se face determinarea;
- 2 - cutie Petri în care se realizează „camera umedă”. Este necesară camera umedă pentru că lama se pune la termostat, unde trebuie să stea 30 de minute. Dacă n-ar fi în mediu (cameră) umed, sângele și aerul s-ar usca și nu am mai putea avea un rezultat corect;
- 3 - hârtie de filtru (umezită cu apă);
- 4 - suportul lamei (baghetă de sticlă îndoită);
- M - martor pozitiv;
- m - martor negativ pentru controlarea calității serului anti-Rh. În cazul în care determinarea se face în serie - pe mai multe lame - nu este nevoie decât de un singur martor pozitiv și de un martor negativ. Prin martor controlăm, pentru determinarea respectivă, calitatea serului Rh.
- x¹ - ser test anti-Rh, plus eritrocite de determinat, care arată că eritrocitele sunt Rh negativ.
- x² - ser test anti-Rh, plus eritrocite de determinat, care arată că eritrocitele sunt Rh pozitiv.

Picătura din dreapta se amestecă cu hematiile cunoscute, Rh-pozitiv, iar cea din stânga cu hematiile cunoscute Rh-negativ. Picătura de ser-test din mijloc se amestecă cu eritrocitele de cercetat.

După omogenizarea picăturilor, lama de sticlă este introdusă într-o cutie Petri, suspendată pe o baghetă de sticlă îndoită în formă de potcoavă. Sub această baghetă se găsește o rondelă de hârtie de filtru umedă. Se acoperă cutia cu capacul său și se introduce în termostat la 37°, unde se ține timp de 30 de minute, după care se efectuează citirea.

Pentru determinări concomitente, mai numeroase, se utilizează plăci cu godeuri. Camera umedă se realizează în acest caz chiar în godeu, prin acoperirea întregii plăci cu o bucată de geam sau o altă placă cu godeuri.

Determinarea factorului Rh se face în cameră umedă, pentru a împiedica uscarea picăturii, fapt care ar opri producerea aglutinării sau ar genera interpretări false.

9.5.4.2. Citirea rezultatelor

Se scoate din termostat cutia Petri care conține lama de determinat (sau placa cu godeuri) și se înclină ușor, cu o mișcare circulară și de balansare. Dacă globulele de cercetat sunt Rh-pozitiv, apar grunji de aglutinare, începând de la marginea picăturii (crenelarea marginii). Dacă globulele sunt Rh-negativ, picătura rămasă nu conține grunji (aglutinate) și este mobilă.

Deseori, determinarea factorului Rh₀(D) prin metoda obișnuită nu este posibilă, întrucât acest factor este „acoperit”. Pentru a fi „descoperit” și pus în evidență este nevoie să utilizăm fermenți proteolitici. Cel mai recomandabil ferment este *Papaina*. Tehnica este cea descrisă mai sus, dar pe lama pe care am pus serul anti-Rh și sângele căruia îi cercetăm factorul Rh, adăugăm o picătură de soluție de Papaină 1%.

9.5.5. Probele de compatibilitate serologică dintre sângele donatorului și cel al primitorului

Determinarea grupului sanguin și Rh se fac în mod obligatoriu atât primitorului, cât și tuturor flacoanelor de sânge ce urmează a-i fi administrate. Aceasta reprezintă o condiție esențială pentru evitarea oricărui accident.

După această verificare, e necesar să se efectueze și proba de compatibilitate directă între sângele donatorului și al primitorului, care se va face prin:

9.5.5.1. Proba de compatibilitate directă - majoră - in vitro (Jeanbrau)

Pe o lamă de sticlă se pune o picătură mare din serul (plasma) bolnavului și o picătură (de zece ori mai mică) de eritrocite pe care le-am scos, steril, din flaconul cu sânge conservat.

Lama se așează apoi pe cutia Petri, ca și la determinarea factorului Rh, și se introduce la termostat la 37°, unde este lăsată timp de 30 de minute.

Citirea rezultatelor. Sângele donatorului nu este compatibil cu sângele primitorului dacă se constată o aglutinare cât de ușoară. În acest caz se verifică grupa sanguină a bolnavului și a sângelui din flacon. Dacă se constată că nu s-a făcut o greșală de grupă, atunci este vorba de o incompatibilitate de subgrupă sau de un alt sistem sanguin

în afara celui clasic 0, A, B, mai ales dacă este vorba de un bolnav căruia i s-au făcut mai multe transfuzii (izoimunizare). În acest caz nu se face transfuzia, încercându-se compatibilitatea cu sângele din alt flacon.

Dacă picătura apare clară, cu același aspect ca și cel avut înainte ca lama să fie introdusă la termostat, sângele este compatibil și se poate transforma (fig. 107).

9.5.5.2. Proba de compatibilitate in vivo

Se mai numește și *proba de compatibilitate biologică (proba Oehlecker)*. Ea constituie o verificare în plus dar obligatorie a felului în care primitorul reacționează față de sângele ce i se introduce intravenos, prin transfuzie.

Transfuzia se execută numai după ce proba de compatibilitate in vivo a fost făcută și s-a constatat că sângele poate fi transfuzat.

Tehnica de executare și interpretarea ei vor fi descrise în capitolul privind transfuzia indirectă.

Determinările de grup, determinările factorului Rh, probele de compatibilitate in vitro și in vivo dau o totală securitate administrării sângelui din punct de vedere serologic.

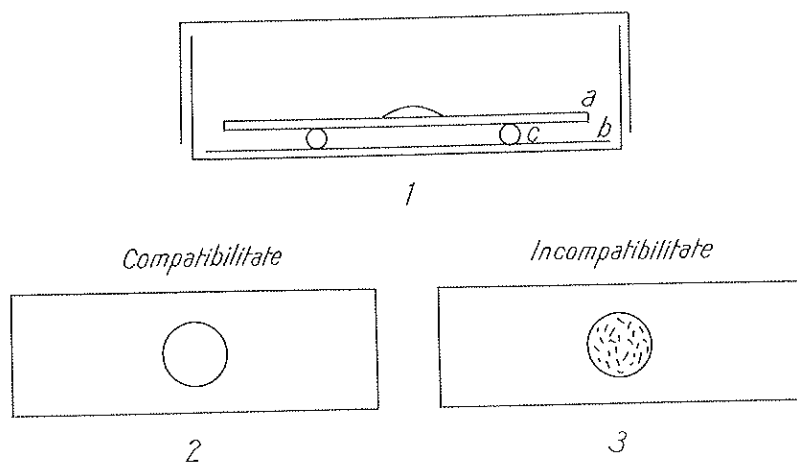


Fig. 107. - Proba de compatibilitate directă majoră in vitro pe lamă (Jeanbrau): 1 - cutie Petri în care se realizează camera umedă; a) lamă de sticlă; b) hârtie de filtru; c) suport pentru lamă (baghetă de sticlă îndoită). Rezultatul: 2 compatibilitate; 3 incompatibilitate.

Rezultatele obținute la determinările de grup dau posibilitatea să se cunoască cui i se va administra sângele (fig. 108).

Sângele O(I) poate fi transfuzat și la persoane din celelalte grupe, pentru că nu are pe hematii nici un antigen, așa încât hematiile introduse nu sunt aglutinate (distruse) de aglutininele care (eventual) ar exista în sângele bolnavului. Din acest motiv persoanele de grup O(I) poartă denumirea de „donatori universali”, sângele lor putându-se transfuza oricărui bolnav, indiferent de grupa pe care acesta o are.

O situație similară se petrece cu persoanele de grup AB(IV), numite „primitori universali“, pentru că pot primi sânge de la orice persoană: întrucât sângele primit, chiar dacă are aglutinine anti-A sau anti-B, cantitatea acestor aglutinine față de masa sanguină circulantă a bolnavului fiind extrem de mică, accidentul hemolitic este neînsemnat. Faptele acestea erau valabile și sunt și azi valabile *dacă transfuzăm cantități mici de sânge, în cazuri de maximă urgență*. Însă, ori de câte ori se transfuzază cantități care depășesc 600-1 000 ml sânge, este obligatoriu să administrăm numai sânge izogrup pentru că altfel există risc de accident posttransfuzional prin aglutinare și hemoliză.

Din motivele de mai sus, astăzi se vorbește din ce în ce mai mult despre „Donatorul universal - O(I) - periculos“, întrucât el posedă aglutinine alfa-beta care, transfuzate în cantitate mare, pot produce hemoliză purtătorilor de alte grupe decât O(I).

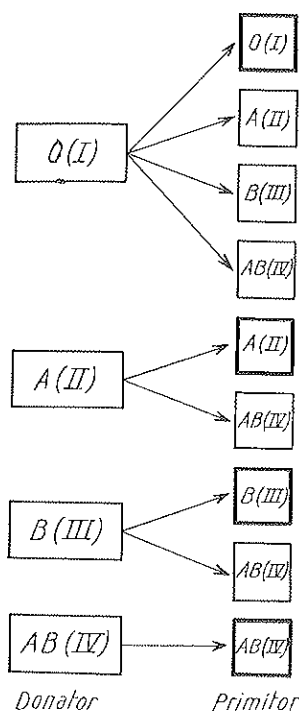


Fig. 108. - Compatibilitatea între grupe. Se constată că: sângele din grupa O(I) și în caz de maximă urgență când nu avem sânge izogrup, în cantități limitate și bolnavilor din toate celelalte grupe. Sângele din grupa A(II) poate fi transfuzat bolnavilor din grupa A(II) și în caz de maximă urgență, în cantități limitate și bolnavilor din grupa AB(IV). Sângele din grupa B(III) poate fi transfuzat bolnavilor din grupa B(III) și în caz de maximă urgență în cantități limitate și bolnavilor din grupa AB(IV). Sângele din grupa AB(IV) poate fi transfuzat numai bolnavilor din grupa AB(IV).

Dacă de la donatorul universal preluăm și transfuzăm numai hematiile (masă eritocitară concentrată sau resuspendată), neintroducând de data aceasta aglutinine (care sunt îndepărtate odată cu plasma), atunci transfuzia este perfect suportată chiar în cantități mari.

9.6. MATERIALUL NECESAR PENTRU EXECUTAREA UNEI TRANSFUZII DE SÂNGE ȘI PREGĂTIREA LUI

Pentru transfuzie se folosesc flacoane sau pungi cu sânge conservat, truse de transfuzie (perfuzie) și restul de materiale necesare unei injecții intravenoase.

La nivelul unităților terapeutice (secțiile de spital, sălile de operații, serviciile de A.T.L., punctele de transfuzii, stațiile de salvare etc.) este necesar să existe totdeauna truse gata sterilizate, pentru a putea fi utilizate. Astăzi se folosesc truse de perfuzie din material plastic, care se realizează în fabrici speciale, se livrează sterile, în pungi individuale de material plastic și se utilizează o singură dată.

Trusele din material plastic sunt de două feluri:

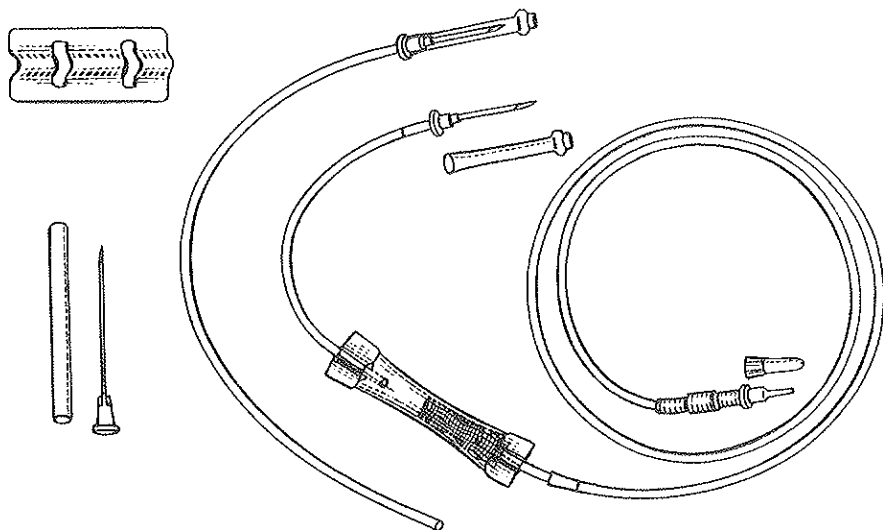


Fig. 109 - Trusă de perfuzie pentru sânge, din material plastic (are o sită în interiorul picurătorului).

- truse pentru administrarea de sânge conservat și plasmă (fig. 109) și
- truse pentru administrarea de soluții electrolitice: ser fiziologic, ser glucozat, Dextran etc. (fig. 110).

Executarea transfuziilor (perfuziilor) cu ajutorul lor este foarte simplă, o vom descrie în detaliu în capitolul „Transfuzia indirectă“.

9.7. CALITĂȚILE NECESARE SÂNGELUI CONSERVAT ȘI DERIVATELOR DE SÂNGE

Pentru a putea fi transfuzate, sângele și toate derivatele de sânge trebuie să-și păstreze cât mai multe din proprietățile inițiale.

Datorită faptului că sângele este scos din venă și pus în condiții cu totul deosebite decât cele obișnuite (din organism) poate să sufere o serie de transformări, care se datorează mai ales:

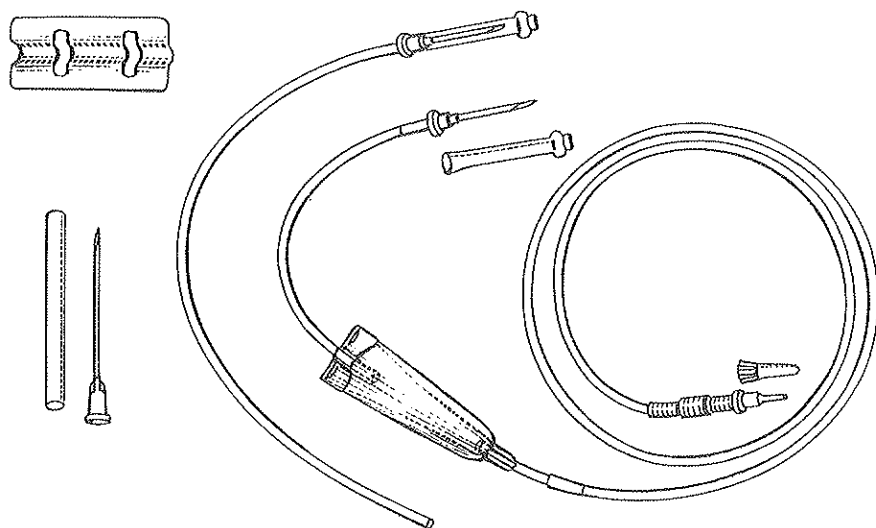


Fig. 110 - Trusă de perfuzie pentru soluții electrolitice, din material plastic (nu are sită în interiorul picurătorului).

- felului soluției stabilizatoare;
- condițiilor de conservare;
- condițiilor de transport;
- timpului scurs de la recoltare până la administrare.

Una din condițiile esențiale ale păstrării îndelungate a sângelui conservat este menținerea lui la o temperatură constantă, în limitele de plus 4° C - plus 8° C.

O temperatură peste, sau sub limitele de mai sus determină în foarte scurtă vreme hemoliza sângelui (distrugerea hematiilor).

Trebuie să se rețină foarte bine faptul că, atât temperaturile peste 8° C cât și ele sub 4° C sunt periculoase. Sângele îngheață complet la 0° C și hematiile se distrug; la o temperatură de peste 8° C hematiile nu pot trăi multă vreme; eventualele infecții latente din sânge devin active și apar produse de catabolism, cheaguri etc. care provoacă grave accidente posttransfuzionale.

Sângele se va conserva în frigidere electrice bine reglate sau în lăzi izoterme. Temperatura acestora se verifică din 6 în 6 ore.

9.7.1. Cum se verifică sângele integral și derivatele de sânge înainte de transfuzie

Aspectul flaconului și al sângelui din flacon. Flaconul (inclusiv sistemul său de închidere) trebuie să fie integru: să nu aibă fisuri, să posede capsula de siguranță din metal, dopul să fie parafinat, capsula cu ghivent perfect închisă.

Flaconul trebuie să posede talon de control și etichetă. Datele înscrise pe talon și etichetă trebuie să concorde perfect.

Flacoanele cu sânge conservat - bun pentru a fi transfuzat (valabil) - prezintă următoarele trei zone (fig. 111):

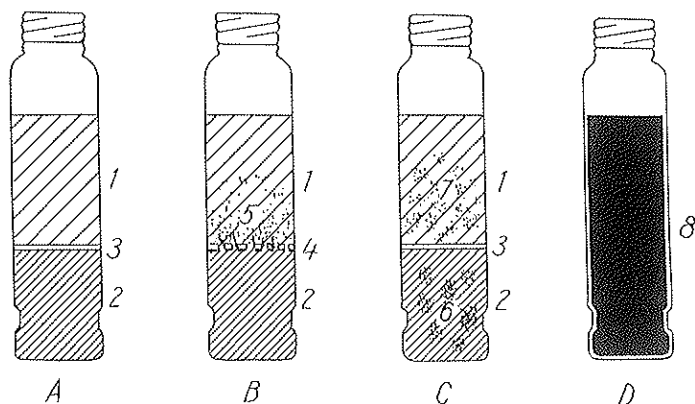


Fig. 111 - „Valabilitatea” sângelui în funcție de aspectul macroscopic:

A - sânger cu aspect normal; B - sânger cu aspect de hemoliză; C - sânger cu cheaguri - sânger cu hemoliză evidentă; 1 - plasmă; 2 - masă eritrocitară; 3 - peliculă formată din leucocite și trombocite; 4 - peliculă neregulată de leucocite și trombocite; 5 - nor de hemoglobină liberă; 6 - cheaguri în masa eritocitară; 7 - cheaguri de fibrină în plasmă; D - 8 - aspectul sângelui complet hemolizat, în care plasma nu se mai deosebește de masa hematiilor.

- o zonă inferioară, de culoare roșu-închis; sunt hematiile care, de obicei, ocupă 40-45% din volumul total;

- o zonă mijlocie, foarte subțire (0,5 - 1 mm grosime), de culoare albicioasă; aici se găsesc leucocitele;

- o zonă superioară, galben-citrin, clară; este plasma, care ocupă în mod normal 55-60% din volumul total.

Ori de câte ori sângele nu prezintă aceste trei zone cu calitățile menționate, sângele nu este bun de transfuzat.

În caz că flaconul conține masa eritocitară resuspendată, zona superioară a sângelui este mult mai transparentă (de culoarea unei soluții glucozate).

9.7.2. Sângele necorespunzător (nevalabil) pentru a fi transfuzat

Poate să prezinte următoarele aspecte:

■ **Hemoliza.** Distrugerea hematiilor face ca hemoglobina să se evacueze din ele și să inunde plasma. Ca urmare, aceasta va lua o culoare roșiatică.

■ **Infecția.** Apariția de mici cheaguri de sânge, de grunji, de flocoane indică de foarte multe ori prezența unei infecții a sângelui.

O infecție masivă a sângelui face ca plasma să ia un aspect lăptos, murdar și să conțină flocoane mari de fibrină. În acest caz, sângele scos într-o eprubetă emană un miros de putrefacție, caracteristic. Atragem atenția că un sânge infectat determină accidente extrem de grave.

■ *Sângele gras (chilos).* Plasma sângelui care provine de la donatorii care au mâncat foarte bine și alimente grase înainte de recoltare are un aspect lăptos, chilos (de grăsime topită). Acest aspect se poate ușor confunda cu acela al sângelui infectat și invers. Deosebirea constă în aceea că, după ce sângele cu aspect chilos a fost scos de la frigider și ținut 1-2 ore la temperatura camerei, plasma devine aproape perfect galben-citrină, în timp ce plasma sângelui infectat își menține în continuare aspectul lăptos.

În genere, sângele gras nu este dăunător pentru transfuzie, dar întrucât pot exista dubii (sânge gras sau sânge infectat), acest sânge nu se va utiliza pentru transfuzie.

■ *Sângele icteric.* Plasma sângelui recoltat de la donatori suferinzi de icter are un aspect gălbui caracteristic. Un astfel de sânge nu se va transfuza.

9.8. TRANSFUZIA INDIRECTĂ

Prin transfuzie indirectă se înțelege introducerea sângelui de la donator la primitor, după ce, în prealabil sângele a fost recoltat într-un flacon sau pungă de plastic; a fost făcut incoagulabil cu ajutorul unei soluții stabilizatoare (anticoagulantă) și apoi a fost conservat o anumită perioadă de timp.

Datorită marii dezvoltări pe care a luat-o organizarea unităților de recoltare de sânge, astăzi aproape nici nu se mai vorbește despre transfuzie directă (sânge transfuzat direct de la donator la primitor), metodă care în urmă cu numai 40-50 de ani era frecvent utilizată la noi în țară.

9.8.1. Avantajul transfuziei indirecte

Dezvoltarea metodei indirecte de transfuzie s-a datorat faptului că aceasta oferă o serie întreagă de avantaje, dintre care cităm pe cele mai importante:

■ Grație transfuziei indirecte putem avea la dispoziție cantități mai de sânge (4-5 kg pentru același bolnav), lucru practic imposibil de realizat prin transfuzie directă.

■ Donatorii pot fi minuțios controlați, așa încât să nu poată transmite prin sânge vreo boală celui care primește transfuzia, iar ei să nu sufere nimic ca urmare a donării de sânge.

■ Transfuzia indirectă se poate executa în orice condiții: la patul bolnavului pe masa de operație, în linia întâi de front, în anumite locuri unde s-au produs accidente, în autosanitară pe timpul transportului, în servicii de boli contagioase etc., lucru care ar fi practic imposibil de realizat prin transfuzia directă.

■ Tehnica transfuziei indirecte este foarte simplă.

■ Prin administrarea transfuziei indirecte avem toate șansele de a duce o transfuzie la bun sfârșit, lucru care nu se poate afirma niciodată cu certitudine despre o transfuzie directă (cu sânge de la donator direct la primitor, fără conservare prealabilă).

■ Folosirea pe scară largă a transfuziei indirecte a antrenat realizarea de produse derivate de sânge (plasmă, masă eritocitară etc.), ceea ce a deschis orizonturi terapeutice foarte prețioase transfuziei.

■ În sfârșit, prin conservare, chiar dacă aceasta depășește 15-20 de zile, sângele nu-și pierde, în genere, sau își pierde foarte puțin din proprietățile inițiale.

Deoarece transfuzia indirectă este cea mai des utilizată astăzi și fiindcă cea mai mare parte dintre detaliile de tehnică preliminară administrării propriu-zise a transfuziei sunt similare celor două feluri de transfuzii, vom expune numai tehnica transfuziei indirecte, făcând și mențiunea că transfuzia indirectă fiind atât de larg răspândită astăzi a condus la folosirea pentru noțiunea de transfuzie indirectă numai a termenului simplu: transfuzie.

Pentru transfuzie indirectă se utilizează astăzi următoarele produse conservate din sânge: *sângele integral, plasma, masa eritrocitară concentrată, masa eritrocitară resuspendată*

Vom descrie transfuzia indirectă de sânge total (integral), ca fiind tehnica cea mai complexă și ale cărei amănunte de tehnică, în marea lor majoritate, pot fi folosite și pentru transfuzia celorlalte produse.

9.8.2. Transfuzia indirectă de sânge integral

Pentru o transfuzie corectă trebuie respectată următoarea tehnică de lucru, în succesiunea de timpi și manevre descrisă mai jos:

a) *Indicația de transfuzie, cererea de sânge, recoltarea de sânge de la bolnav și trimiterea eșantionului de sânge recoltat de la bolnav la punctul de transfuzie.*

În timpul vizitei, medicii de saloane indică bolnavii care necesită o transfuzie de sânge, înscriu această indicație în foaia de observație și emit către punctul de transfuzie un bon-cerere de transfuzie, care merge la punctul de transfuzie însoțit de o eprubetă cu sânge recoltat de la bolnav pe anticoagulant, etichetată foarte atent și din care se vor face toate determinările și probele necesare.

În afara cazurilor de urgență, transfuziile se vor executa a doua zi după ce se face cererea de transfuzie.

b) *Executarea determinării de grupă sanguină. Cadrul mediu care ia în primire în punctul de transfuzie eprubeta cu sânge verifică concordanța dintre cele scrise pe bonul-cerere de transfuzie și eticheta de pe eprubetă.*

După sedimentarea hematiilor se execută determinarea grupei sanguine, rezultatul fiind trecut pe bonul-cerere de transfuzie și pe eticheta existentă pe eprubeta primitorului.

c) *Determinarea factorului Rh. Rezultatul determinării factorului Rh se notează pe bonul-cerere de transfuzie și pe eticheta de pe eprubeta primitorului.*

d) *Alegerea flacoanelor de sânge.* În momentul când este necesară transfuzia, flacoanele corespunzătoare ca grup și factor Rh sunt scoase din frigider și controlate dacă sângele din ele este bun pentru a fi transfuzat. Flacoanele care nu prezintă nici un dubiu din punct de vedere al valabilității sângelui sunt puse apoi pe masa de lucru. După puțin timp, temperatura sângelui va ajunge la nivelul temperaturii camerei, temperatura la care el poate fi transfuzat. Încălzirea specială a sângelui în apă fierbinte, pe calorifer sau la altă sursă de căldură nu este permisă, din cauza accidentelor grave care pot proveni prin alterarea sângelui.

În cazurile în care urmează a se face transfuzie în jet rapid și nu în perfuzie (picătură cu picătură), este bine a se încălzi sângele la termostat, timp de 30-60 de minute.

e) *Determinarea grupei sângelui din flacon.* Deși în Centrele de transfuzie se iau toate măsurile ca să nu se producă erori în determinarea grupei sanguine, este totuși

necesar ca grupa din flacon să se mai verifice și la punctul de transfuzie, mai ales că și alți factori - de exemplu, schimbarea accidentală sau intenționată a etichetei - pot să determine erori. Trebuie să se știe că responsabilitatea directă a unui accident posttransfuzional revine celor care participă direct la administrarea transfuziei (personalul din punctul de transfuzie, din S.T.I. din sala de operații, de la patul bolnavului).

Se va determina deci grupa sanguină din flaconul care urmează a se transfuza și vom verifica dacă grupa găsită corespunde cu cea notată pe eticheta flaconului. Această determinare se face numai cu ser-test (metoda Beth-Vincent). În caz de neconcordanță între rezultatul obținut și cel înscris pe eticheta flaconului de sânge, sângele nu se transfuzează, ci se restituie - însoțit de o adresă - Centrului de transfuzie de unde a fost primit, notându-se acest lucru și în registrul de primire-livrare-transfuzie.

f) *Proba de compatibilitate directă - majoră - Jeanbrau*; după tehnica descrisă în capitolul special în care a fost tratată această problemă.

g) *Înscrierea datelor obținute și de identificare în registrul de primire-livrare-transfuzie, în bonul cerere-transfuzie și în foaia de observație a bolnavului*. După ce s-au efectuat operațiile descrise mai sus, se fac în scris următoarele mențiuni: în registrul de primire-livrare-transfuzie se notează numele bolnavului, numărul foii de observație, secția, salonul, patul, diagnosticul, grupa sanguină, factorul Rh. Pe flacon se înscrie numele bolnavului căruia i se va face transfuzia, secția, salonul, patul, numărul foii de observație și apoi se livrează flaconul de sânge.

h) *Trimiterea flaconului de sânge la bolnav*. Dopul flaconului de sânge se va acoperi cu o compresă sterilă și flaconul va fi dus la patul bolnavului. Transfuzia se execută de către personalul punctului de transfuzie în spitalele mici și de către personalul din secția respectivă în spitalele mari cu secții și săli de operații multe.

i) *Pregătirea bolnavului pentru transfuzie*. Asistenta medicală va face celui care urmează a primi o transfuzie pregătirea pentru acest act, arătându-i că transfuzia nu îi va pricinui nici un incident și că îl va face să se vindece, ea fiind un mare progres al terapiei actuale.

Înainte de transfuzie, bolnavul nu trebuie să mănânce. Este permis, dacă aceasta este necesar, ca bolnavii să ia un ceai cu pâine sau alte lichide, în cantități moderate. Bineînțeles că în caz de urgență transfuzia se va executa chiar dacă bolnavul a mâncat câțva timp mai înainte. În timpul transfuziei, ca în timpul oricărei perfuzii de altfel, bolnavul trebuie să aibă o poziție comodă în pat sau pe masa de operație, mâna să nu fie într-o extensie forțată, deoarece perfuzia poate dura câteva ore și poate provoca dureri sau chiar pareze ale unor nervi, prin extensia lor prelungită.

Asistenta medicală se va asigura că sângele care urmează să se administreze este cel pregătit pentru bolnav. Pentru aceasta va citi de pe eticheta flaconului numele bolnavului, secția, patul, salonul, grupa sanguină și factorul Rh care trebuie să corespundă bolnavului căruia i se administrează sângele. Identitatea trebuie controlată chiar prin cercetarea foii de observație și interogarea bolnavului.

j) *Montarea flaconului pentru perfuzie*. Pentru executarea transfuziei avem nevoie de: flaconul cu sânge, trusa de perfuzie, un suport pentru flacon (fig. 111), garou, vată cu alcool, seringă pentru puncția venei, leucoplast.

Se introduce mai întâi acul tubului de perfuzie, după care se introduce și acul filtrului de ser, se lipește filtrul de aer cu leucoplast de flacon, se întoarce flaconul cu gura în jos și se așază partea superioară a suportului de perfuzie.

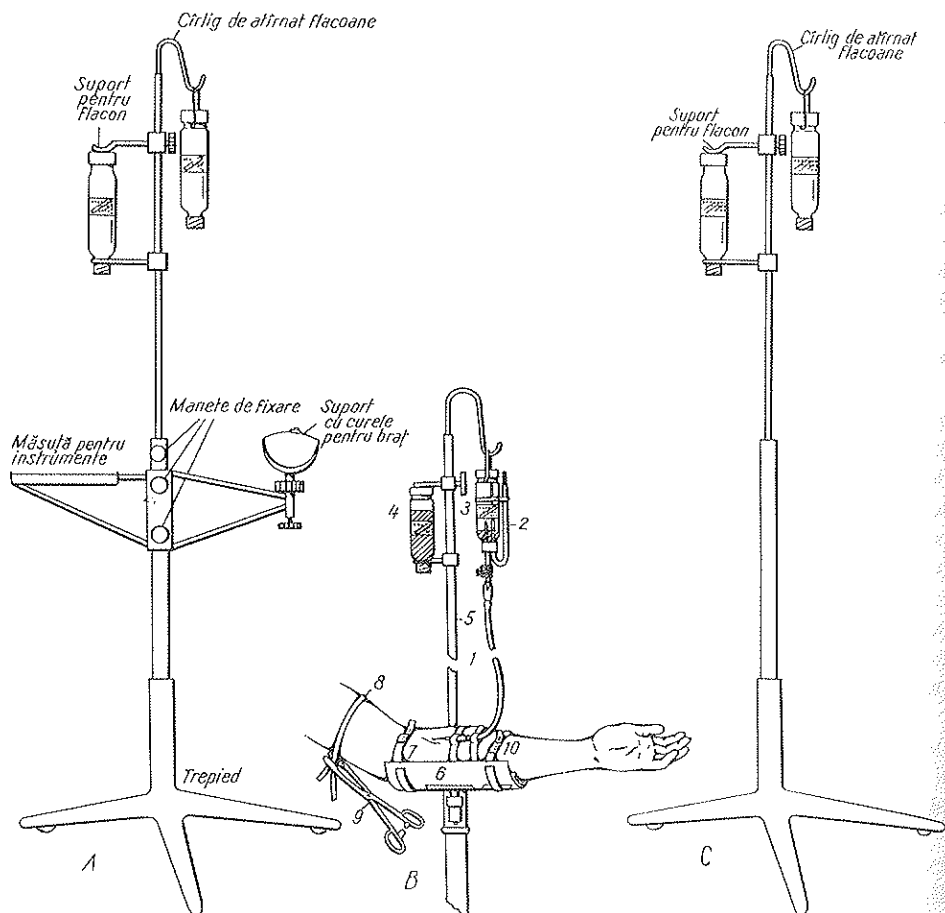


Fig. 111 bis - Perfuzie de sânge

A - B - Aparat Transpatent - tijă cu suport pentru brațul bolnavului și flaconul de sânge, masă suplimentară pentru instrumente.

C - Suport pentru perfuzie (dr. Mihai Mihăilescu). Suportul a fost preluat apoi de I.T.M. care a creat o variantă pentru adaptarea și la masa de operații.

k) *Evacuarea aerului din dispozitivul de perfuzie.* Odată flaconul instalat pe suport, se evacuează aerul din dispozitivul de perfuzie și se umple tubul cu sânge până când am golit tot aerul. În acest moment strângem prestubul de metal.

l) *Puncția venei și adaptarea dispozitivului de transfuzie la ac.* După ce dispozitivul de perfuzie a fost pregătit, așezăm un câmp steril sub segmentul de corp (antebraț, picior) la care urmează să aplicăm perfuzia (pe pat sau pe suportul aparatului de perfuzie) și facem puncția venei. Puncția se face fie direct cu acul deja montat la trusa

de perfuzie, fie cu acul adaptat mai întâi la o seringă. Dacă am constatat că acul a pătruns corect în venă adaptăm dispozitivul de perfuzie la ac și dăm drumul clamei care presează tubul de perfuzie. Fixăm apoi atât acul cât și tubul de cauciuc, imediat deasupra amboului acului, cu o bandă circulară de leucoplast. Pentru siguranță mai aplicăm încă una, două benzi circulare de leucoplast la 5-10 cm distanță. Dacă observăm că perfuzia decurge în mod normal, acoperim segmentul de corp (brațul, antebrațul etc.) cu restul câmpului steril.

Cu ajutorul prestubului de metal existent pe tubul din material plastic, potrivim ritmul în care vom administra sângele.

m) *Proba de compatibilitate biologică Oehlecker.* După ce adaptăm dispozitivul de transfuzie la acul cu care am înțepat vena și am desfăcut prestubul, facem proba de compatibilitate biologică Oehlecker.

Această probă se execută astfel:

Lăsăm să curgă în picătură rapidă (jet) 20 ml sânge, după care strângem prestubul de metal, permițând însă sângelui să curgă foarte lent - maximum 10-15 picături pe minut. Urmărim starea bolnavului 5 minute. Dacă în acest timp el nu prezintă nimic deosebit (senzații de rece, frison, dureri lombare, cefalee, neliniște, urticarie, înroșirea feței, puls rapid etc.) introducem din nou 20 ml în jet rapid, după care revenim pentru o perioadă de 5 minute la un ritm de 10-15 picături pe minut. Dacă și în această ultimă perioadă nu am observat nimic deosebit, lăsăm ca perfuzia să decurgă în ritmul dorit.

Dacă bolnavul are una din senzațiile descrise mai sus, întrerupem imediat transfuzia și luăm măsurile necesare, așa cum vom discuta la capitolul privitor la accidente posttransfuzionale, cercetând cauza care a provocat aceasta. Rezultatul anchetei se înscrie pe foaia de observație a bolnavului.

n) După ce s-a executat și proba Oehlecker, transfuzia se desfășoară în ritmul dorit de noi: 30-60 de picături pe minut sau dacă este necesar într-un ritm mai rapid - jet continuu. Ritmul lent are avantajul că sângele care pătrunde în circulație se amestecă încet cu cel al bolnavului și evită apariția unui frison determinat de o eventuală mare diferență de temperatură dintre sângele care se transfuzează și cel al primitorului.

Dacă este nevoie de mai multe flacoane de sânge pentru același bolnav se folosește aceeași trusă de perfuzie, vom face însă de fiecare dată o probă de compatibilitate biologică directă Oehlecker așa după cum și la punctul de transfuzie s-a făcut din fiecare flacon o probă Jeanbrau.

Înainte de terminarea transfuziei, vom avea grijă să se rețină în flacon 5-10ml sânge, pentru a face eventuale examinări în caz de accidente posttransfuzionale. Dacă au fost utilizate mai multe flacoane, pentru fiecare flacon se va proceda identic, avându-se grijă să se noteze pe ele ordinea în care au fost transfuzate. Dacă în timpul transfuziei s-a produs un incident, se va specifica flaconul în urma transfuzării căruia s-a produs respectivul incident.

o) După terminarea transfuziei se notează pe foaia de observație a bolnavului cantitatea și grupa sanguină a sângelui din flacon (sau flacoane) administrat, specificându-se tot aici eventualele accidente posttransfuzionale și tratamentul efectuat. Se completează pe personalul care a executat transfuzia punctul C din bonul-cerere de transfuzie, iar de către cel al punctului de transfuzie restul rubricilor registrului de primire-livrare de sânge pentru transfuzie.

Flaconul împreună cu bonul-cerere de transfuzie se reîntorc la punctul de transfuzie; flaconul este reținut 24 de ore, iar bonul-cerere de transfuzie se îmborderează și se păstrează la punctul de transfuzie un an.

9.8.3. Cauzele desfășurării defectuoase a unei transfuzii

În anumite cazuri este posibil ca transfuzia să nu se desfășoare normal, din diferite motive, și anume:

a) Din cauza calității sângelui din flacon (peliculă de fibrină, cheaguri care astupă acul prin care iese sângele); nefuncționarea filtrului de pătrundere a aerului (peliculă de fibrină pe ac, tubul de plastic îndoit, vata filtrului îmbibată de sânge), un obstacol pe tubul de perfuzie (cheaguri, pelicule de fibrină).

b) Un obstacol pe acul de perfuzie (lipirea peretelui venei pe bizoul acului sau coagul pe ac).

c) Un obstacol pe venă în segmentul superior față de locul puncției venoase determinat de nescoaterea garoului, de menținerea umflată a manșetei aparatului de tensiune (dacă din diferite motive tensiunea se ia la același braț unde se administrează perfuzia), de compresarea venei de toracele bolnavului (de obicei pe masa de operație).

d) Ieșirea acului (vârful acului) din vană care se produce atunci când acul nu a fost suficient introdus în venă, când peretele este foarte friabil, când nu s-au făcut manevre corecte, când acul a perforat peretele opus al venei.

Toate aceste defecțiuni în desfășurarea normală a transfuziei le putem numi defecțiuni de tehnică. Simpla cunoaștere a cauzei este suficientă pentru remedierea lor.

e) O altă eventualitate de oprire a curgerii sângelui prin dispozitivul de transfuzie, despre care ținem să spunem câteva cuvinte, este *presiunea venoasă mărită*. Aceasta poate fi provocată de către anestezistul care destinde plămânii (prin comprimarea balonului aparatului de baronarcoză), sau de pe un spasm venos care poate apărea mai ales în timpul unei stări de șoc. În prima eventualitate, imediat ce anestezistul încetează de a mai umfla plămânii, perfuzia se reia în mod obișnuit; în cea de a doua eventualitate suntem obligați să introducem sângele sub presiune cu ajutorul unei pere de cauciuc, adaptată la dispozitivul de pătrundere a aerului. Atragem atenția că atunci când am adaptat o pară de cauciuc la sistemul de introducere a aerului în flacon, nu trebuie să părăsim nici un moment bolnavul și să controlăm deosebit de atent cantitatea de aer introdusă în flacon. Dacă nu procedăm așa, este posibil să introducem o cantitate mare de aer în flacon (sub presiune), aer care, intrat în venă, după ce s-a terminat sângele din flacon, va declanșa o embolie gazoasă, accident extrem de grav, care poate fi urmat de moarte imediată. Din acest motiv nu vom introduce sânge sub presiune decât în cazuri care au strictă indicație pentru aceasta și sub supraveghere permanentă.

9.8.4. Transfuzia derivatelor de sânge

(masă eritrocitară concentrată, masă eritrocitară resuspendată, plasmă lichidă, plasmă uscată).

9.8.4.1. Transfuzia de masă eritrocitară concentrată (pură) și de masă eritrocitară resuspendată

Tehnica de lucru utilizată pentru transfuzarea acestor produse nu se deosebește cu nimic de cea utilizată la transfuzarea sângelui integral. Se vor face deci aceleași examene de grup, aceleași probe de compatibilitate, transfuzarea se va executa cu respectarea aceluiași reguli. Atragem atenția numai asupra valabilității mai reduse a acestor produse.

9.8.4.2. Transfuzia de plasmă lichidă

Tehnica de transfuzare a plasmelor lichide (defibrinate) este mult mai simplă, deoarece nu mai sunt necesare determinări de grup, proba de compatibilitate pe lamă etc.

Înainte de transfuzie se va face proba de compatibilitate biologică Ochlecker iar după administrarea ei se vor păstra în flacon câțiva milimetri de plasmă, timp de 24 de ore, pentru un eventual control în caz de accident posttransfuzional.

9.8.4.3. Transfuzia de plasmă uscată

Plasma uscată se livrează spitalelor în flacoane de 500 ml. Fiecare flacon de plasmă uscată este însoțit de un flacon care conține soluție de acid citric 1% sau apă distilată pentru dizolvarea plasmelor uscate. Cantitatea de solvent este egală cu cantitatea inițială a plasmelor (plasma lichidă înainte de uscare), adică de 150 ml pentru sistemul actual de uscare din țara noastră.

Aspectul plasmelor uscate și al soluției dizolvante. Plasma uscată are un aspect spongios (de burete) și este așezată pe pereții flaconului într-o peliculă subțire. Culoarea sa este gălbuie, uneori cu mici zone de culoare mai închisă. O culoare închisă a plasmelor uscate (culoare de zahăr ars) indică o defecțiune în procesul de uscare și face plasma inutilizabilă. De asemenea, este inutilizabilă plasma care are în ea insule de plasmă lichidă (o astfel de plasmă poate fi utilizată numai dacă se transfuzează în primele zile de la uscare). Timpul de valabilitate a plasmelor uscate este indicat pe eticheta flaconului. Lichidul dizolvat trebuie să fie perfect limpede. Plasma uscată, precum și solventul, se conservă la temperatura camerei, fără ca aceste produse să-și piardă calitățile.

Solubilizarea (topirea) plasmelor uscate. Pentru a utiliza plasma uscată este necesar ca ea să fie solubilizată cu ajutorul solventului care se transferă dintr-un flacon în celălalt prin înțeparea dopurilor flacoanelor. După solubilizare, fiind vorba de transfuzarea unei plasmelor lichide, tehnica de lucru va fi similară cu cea descrisă anterior.

9.9. TRANSFUZIA DIRECTĂ

La începutul aplicării transfuziei se executau numai transfuzii directe (de la donator direct - fără conservare prealabilă - la primitor). Se făcea în prealabil o determinare a grupelor clasice ale primitorului și donatorului. Cu ajutorul unei seringi cu dublă direcție se scotea sânge dintr-o venă a donatorului și se introducea imediat la primitor. Sângele care se transfuza fiind necitratat sau neheparinat se coagula, de obicei după 100-150 ml, încât cantitatea de sânge transfuzat fiind insuficientă transfuzia trebuia

reluată folosind alte vene, altă seringă etc. Aceste inconveniente împreună cu cele arătate mai sus au făcut ca să se descopere și să se prefere transfuzia indirectă.

9.10. EXSANGUINOTRANSFUZIA

Se numește exsanguinotransfuzie înlocuirea parțială sau aproape totală a sângelui unei persoane cu sânge provenit de la altă persoană.

Prin exsanguinotransfuzie se elimină din organism substanțele nocive și totodată sângele introdus aduce factori biologici necesari reechilibrării funcționale a bolnavului. Se pot corecta deficiențele eritrocitare, deficitul de coagulare sau de ioni.

Substanțele nocive care se pot elimina prin această metodă sunt:

- substanțe exogene: toxice sau imunologice (anticorpi incompatibili);
- substanțe endogene: produse de catabolism patologic reținute de organism (resturi azotate, urce), produse rezultate din hemoliza eritocitară (pigmenți porfirinici sau biliari, autoanticorpi antieritrocitari etc.).

Pentru executarea unei exsanguinotransfuzii trebuie ca introducerea și extragerea sângelui să se efectueze pe cât posibil simultan și în cantități egale.

Cantitățile de sânge ce se schimbă va fi în funcție de necesități.

Pentru a aprecia procentul de sânge care s-a înlocuit prin exsanguinotransfuzie, se are în vedere tabelul:

Cantitatea de sânge administrată	Procentul de schimbare a sângelui față de total
Masa sanguină a individului $\times 1/2$	40
Masa sanguină a individului $\times 1$	65
Masa sanguină a individului $\times 1\ 1/2$	78
Masa sanguină a individului $\times 2$	86
Masa sanguină a individului $\times 2\ 1/2$	92
Masa sanguină a individului $\times 3$	95

Înseamnă că prin exsanguinotransfuzie unui maxim de 3 ori cantitatea masei sanguine a individului, sângele este schimbat în organismul acestuia în proporție de 95%.

Dacă ținem seama că masa sanguină a unui individ este egală cu $1/13$ din greutatea sa corporală, înseamnă că pentru a schimba 65% din sângele unui individ care are 70 de kg, deci aproximativ 5 litri de sânge, sunt necesari tot 5 litri de sânge conservat. Pentru a schimba 95% din sângele aceluiași individ, este necesară introducerea unei cantități de 3 ori mai mare, deci 15 litri de sânge conservat.

Sângele administrat trebuie să fie exclusiv izogrup, în sistemul O.A.B. și Rh, cu excepția bolii hemolitice a nou-născutului, când el va fi izogrup în sistemul O.A.B. și obligatoriu Rh-negativ.

Sângele trebuie să fie proaspăt, adică să fie administrat cât mai curând de la recoltarea sa (prin sânge proaspăt se înțelege sânge conservat, în primele 2-3 zile de la recoltare).

Sângele care urmează să fie transfuzat va fi recoltat pe stabilizator glucocitratat, adică sângele care se prepară în mod obișnuit în unitățile de recoltare, sau sânge simplu citratat. Atunci când se introduc cantități mari de sânge pot apărea crize de tetanie din cauza combinării calciului din sânge cu citratul de sodiu din stabilizator, urmată de eliminarea accentuată a calciului din sânge prin rinichi. Crizele de tetanie trebuie prevenite prin injectare intravenoasă de calciu chiar în cursul exsanguinotransfuziei.

Durata exsanguinotransfuziei nu trebuie să fie prea mare. În medie se va introduce o cantitate de 5-7 litri pe oră.

La aceste indicații de ordin general adăugăm:

- pentru sângerare, se va introduce un cateter de polietilenă de vinil până într-un trunchi venos profund, cu debit important și constant;

- pentru injectarea sângelui se utilizează, fie un ac gros, cu care se abordează o altă venă superficială, fie tot un cateter pentru o venă mai profundă. La nou-născut se folosește vena ombilicală.

Tehnica exsanguinotransfuziei la adult se apropie foarte mult de o transfuzie obișnuită, asociată cu o sângerare concomitentă.

9.10.1. Incidente și accidente

Accidentele care pot surveni în timpul și după exsanguinotransfuzie se datorează greșelilor de tehnică: erori în determinarea grupei sanguine, embolie gazoasă, căi false ale cateterului, embolie prin cheag, dezechilibru între cantitatea injectată și cea extrasă: toate acestea putând fi cu ușurință evitate prin manevre atente. Mult mai rar ele se datorează intoleranței transfuziei (cu sânge compatibil) a primitivului.

Un accident care apare uneori este apneea de câteva minute, care se înlătură prin ușoare mișcări de respirație artificială.

Accidentele hipertermice și convulsive, constatate uneori, se datorează edemului cerebromeningeal, care se resoarbe treptat după exsanguinotransfuzie.

Tetania și sincopa cardiacă se previn prin administrarea de calciu și măsuri de resuscitare cardiacă.

9.10.2. Indicațiile exsanguinotransfuziei sunt:

- boala hemolitică a nou-născutului;
- intoxicațiile exogene (oxid de carbon, substanțe methemoglobinizante, alimente alterate sau otrăvitoare, clorat de potasiu, plumb, sublimat corosiv, barbiturice, opiacee, anestezice etc.);

- intoxicații endogene (nefrite, hepatite, stări septică grave etc);

- șocul posttransfuzional datorat transfuzării de sânge incompatibil.

Deși astăzi există multiple indicații de înlocuire a exsanguinotransfuziei cu sistemul de dializă renală, totuși exsanguinotransfuzia își păstrează locul în terapeutică în cadrul indicațiilor menționate mai sus.

9.11. INDICAȚIILE ȘI CONTRAINDICAȚIILE TRANSFUZIEI

Transfuzia de sânge integral și de derivate de sânge s-a impus mult în ultimii ani ca metodă de tratament, încât nu există specialitate medicală în care ea să nu fie utilizată.

Sursele de procurare a sângelui sunt limitate, motiv pentru care trebuie evitată orice risipă de sânge.

Administrarea sângelui integral, care conține cel puțin 4 factori terapeutici (globule roșii, leucocite, trombocite, plasmă) la un bolnav care necesită numai un singur factor, este o risipă.

Pentru a evita această risipă, s-au pus la punct metode de recoltare a sângelui în pungi de plastic, care, prin centrifugare în centrifugi speciale, duc la separarea celor 4 componente principale ale sângelui, având pe lângă avantaje economice și mari avantaje medicale.

Administrarea numai a fracțiunii de sânge deficitare, scutește bolnavul de imunizare față de antigenele celorlalte fracțiuni, fapt ce reprezintă o adevărată acțiune profilactică. Generalizarea sau măcar extinderea procedurii de fracționare a sângelui în centrele de transfuzii, reprezintă un element de bază în folosirea modernă a sângelui.

Dacă sângele total se poate fracționa în cele 4 componente ale sale, amintite mai sus, în principiu la orice centru de transfuzie, fracționarea plasmei în cei peste 30 de factori nu se poate face decât într-un centru cu o dotare costisitoare, de tip industrial.

Dezvoltarea producției de preparate din sânge pe calea fracționării plasmei umane este une din liniile directe ale valorificării superioare a sângelui donat cu atâta generozitate de către donatorii onorifici și satisfacerea integrală a necesităților unităților noastre spitalicești și a populației.

9.11.1. Indicațiile transfuziei de sânge integral

- șocul hemoragic, în care avem o pierdere importantă a masei circulante, ce depășește $1/3 - 1/2$ din cantitatea totală;

- anemiile din aplazii medulare;
- anemia hemofilicilor în criză hemoragică;
- fibrinoliză acută;
- leucemii acute;
- sindroame hemoragice.

9.11.2. Indicațiile transfuziei de masă eritrocitară

Masa eritocitară se obține din sângele total, după decantarea plasmei, ca urmare conține un număr mare de globule roșii într-un volum redus. Fiind lipsită de celelalte elemente, se elimină riscul izoimunizării.

Administrarea sa este indicată la:

- bolnavii cardiaci care necesită transfuzie, împiedicând supraîncărcarea cordului și edemul pulmonar acut;

- anemii hipocrome produse prin hemoragii cronice lente;
- anemiile uremicilor, arșilor;
- leucemii acute și cronice;
- anemii postinfecțioase.

9.11.3. Indicațiile transfuziei cu plasmă

Se poate folosi plasmă integrală proaspătă, plasmă integrală congelată și plasmă integrală uscată.

Plasma poate înlocui sângele integral în toate afecțiunile care prezintă hipovolemie și hipoproteinemie, fără anemie:

- șoc prin arsuri,
- șoc traumatic,
- șoc postoperator,
- șoc cronic,
- ocluzii intestinale, peritonită, pleurezii.

Arc avantajul că nu necesită determinare de grup sanguin înainte de administrare, ci numai proba de compatibilitate in vivo - Oehlecker.

9.11.4. Indicațiile altor factori ai sângelui

9.11.4.1. Masa leucocitară și trombocitară

Se utilizează în unele aplazii medulare, boli infecțioase, trombocitopenii cu fenomene hemoragice etc.

9.11.4.2. Factorii antihemofilici

Se utilizează în pregătirea preoperatorie sau în hemoragii ale hemofilicilor sub formă de plasmă antihemofilică (factor VIII) și crioprecipitat de globulină antihemofilică.

9.11.4.3. Albumină umană

Se folosește simplă sau în concentrație de 10% și 20% în stări carentiale proteice, la denutriții, cirozi, neoplazii etc.

9.11.4.4. Fibrinogenul

Se folosește în coagulopatii de consum cu fibrinoliză.

9.11.5. Contraindicațiile transfuziei de sânge

Contraindicațiile transfuziei sanguine sunt relativ limitate. Ele se referă la o serie de boli, cum ar fi: cardiopatiile organice decompensate sau în iminență de decompensare, datorită riscului supraîncărcării; pneumopatiile acute, bronșite și emfizem pulmonar grav, datorită pericolului de edem pulmonar acut; trombozele venoase datorită pericolului de embolii; atenție deosebită se va acorda transfuziei la hipertensivi, datorită pericolului unui accident vascular cerebral.

Alte contraindicații sunt reprezentate de boli renale hipertensive, insuficiență hepato-renală gravă, agonie, alergii receptorului, hemoragia cerebrală și traumatismele cranio-cerebrale.

9.12. ACCIDENTELE POSTTRANSFUZIONALE

Accidentele posttransfuzionale și combaterea lor au constituit o preocupare importantă a personalului medico-sanitar încă de la primele încercări de transfuzii efectuate.

În cele ce urmează vom trata:

- *Clasificarea accidentelor posttransfuzionale.*
- *Cauzele accidentelor posttransfuzionale.*
- *Aspectul clinic al accidentelor posttransfuzionale.*
- *Tratamentul accidentelor posttransfuzionale.*

9.12.1. Clasificarea accidentelor posttransfuzionale

Accidentele posttransfuzionale se împart în:

9.12.1.1. Accidente ușoare sau incidente posttransfuzionale, care sunt: urticaria, febra, cefalea, edemul, frisonul ușor, tetania.

9.12.1.2. Accidente grave, care sunt: frisonul sever, hematuria masivă, icterul posttransfuzional, anuria, șocul hemolitic grav (mortal), embolia cu sau fără sfârșit mortal, dilatația acută a inimii, transmiterea unei boli infecțioase.

Uneori limita dintre un accident grav și un incident ușor posttransfuzional nu se poate preciza exact. De asemenea, deseori unul din accidentele de mai sus își completează tabloul cu un alt accident, de exemplu frisonul cu febra, cefalea cu urticaria etc.

9.12.2. Cauzele accidentelor posttransfuzionale

Accidentele posttransfuzionale se pot datora următoarelor cauze:

■ transfuzarea unui sânge incompatibil - de un alt grup - în cadrul sistemului sanguin O.A.B.;

■ - transfuzarea de sânge Rh-pozitiv la un bolnav cu sânge Rh-negativ, care posedă anticorpi anti-Rh (izoimunizat);

■ - transfuzarea unui sânge de o calitate necorespunzătoare: sânge hemolizat, sânge sau plasmă infectate, sânge cu cheaguri, sânge cu plasmă chiloasă (de la donatori care au mâncat un prânz gras înainte de recoltare), plasmă defectuos preparată;

■ - greșeli de tehnică: embolia gazoasă și dilatația acută a inimii, edemul pulmonar acut prin administrarea rapidă intravenoasă a unei cantități excesiv de mari de sânge;

■ - pregătirea necorespunzătoare a materialului cu care se face transfuzia;

■ - reactivitatea deosebită a primitorului.

■ *Accidentele datorate unui sânge incompatibil sub raportul grupelor clasice O.A.B. se înscriu printre accidentele posttransfuzionale cele mai grave. Se încadrează sub denumirea de șoc hemolitic posttransfuzional.*

Accidentele produse prin administrarea unui sânge incompatibil se datorează distrugerii *hematiilor donatorului* (transfuzate) de către izoanticorpii existenți în sângele primitorului. Izoanticorpii (aglutininele) existenți în mod normal în sângele primitorului acționează numai în cazul în care am administrat sânge de alt grup decât cel al primitorului. Așa cum am arătat pot fi izoanticorpi dobândiți prin transfuzii efectuate anterior, graviditate (izoimunizare la factorul Rh). Pot fi distruse *hematiile primitorului* de către aglutininele din sângele donatorului în cazul transfuzării de *cantități mari de sânge O (I)* la bolnavi cu alt grup sanguin (vezi și precizările făcute în legătură cu „Donatorul universal O(I) periculos”). Accidentele cele mai grave, regretabile și totuși ușor de evitat, se datorează fie unei neglijențe în determinarea grupei donatorului și a primitorului, fie unor seruri-test cu titru slab, sau administrării de sânge unui alt bolnav decât celui pentru care se făcuseră determinările de grupă și compatibilitate din flacon. Această din urmă greșală se poate produce la punctul de transfuzie, în momentul când se înscrie numele primitorului pe flacon, trecându-se numele unui alt bolnav, la patul bolnavului sau pe masa de operație, în cazul în care sângele se administrează unui alt bolnav decât celui pentru care s-au făcut determinările. Accidentul poate avea variate cauze: o potrivire de nume, schimbări de bolnavi în paturi, în sălile de operații din cauza folosirii simultane de sânge la mai mulți bolnavi, sau pur și simplu dintr-o neglijență condamabilă.

Toate aceste accidente posttransfuzionale datorate unei incompatibilități în cadrul grupelor clasice pot fi evitate prin:

a) o atenție deosebită și conștiinciozitatea personalului care lucrează în aceste probleme. Se vor executa toate probele de determinare de grupă și compatibilitate absolut corect, cu înscrierea îndeplinirii acestor îndatoriri pe eticheta flaconului și în foaia de observație, așa cum s-a arătat anterior. Se va avea grijă de către toți cei angajați în activitatea de transfuzie ca sângele să se administreze bolnavului căruia i s-au făcut aceste determinări;

b) se va urmări foarte atent modul cum reacționează bolnavul la proba de compatibilitate biologică Oehlecker (facem încă o dată mențiunea că sub anestezia generală nu mai putem controla compatibilitatea prin această probă);

c) se vor utiliza seruri și hematii-test de bună calitate și în cadrul limitei lor de valabilitate;

d) pentru a evita un accident posttransfuzional în cazul în care se utilizează sânge O(I) la bolnavi cu alt grup sanguin, se va transfuza și sânge O(I) numai izogrup, administrându-se la alte grupe numai în caz de mare urgență, când nu avem sânge din aceeași grupă cu primitorul.

Se iau aceste măsuri pentru că este posibil ca sângele O(I) să aibă un titru ridicat de aglutinine alfa sau beta care pot hemoliza hematiile cu antigene A sau B ale primitorului și să provoace o hemoliză.

O altă cauză de hemoliză este introducerea de cantități mari de sânge O(I) - peste 500-1 000 ml - la bolnavi de alt grup. În acest caz, chiar dacă titrul aglutininelor din sângele O(I) nu este crescut, poate lua naștere o hemoliză.

Din cauza acestor posibile accidente (este drept destul de rare), donatorul cu sânge O(I) se numește astăzi: „donator O(I) periculos”.

■ Accidentele prin transfuzarea de sânge Rh-pozitiv la bolnavi cu sânge Rh-negativ determină formarea de aglutinine anti-Rh. O a doua transfuzie la acești bolnavi,

făcută la o distanță mare de prima, poate provoca reacții grave. Problema este și mai importantă dacă este vorba de o femeie Rh-negativ care primește sânge Rh-pozitiv, deoarece o astfel de femeie poate, în urma unei sarcini de la soțul cu sânge Rh-pozitiv, să-și fi creat aglutinine anti-Rh pe care să le aibă deci în circuitul sanguin și, la o transfuzie cu sânge Rh-pozitiv să facă reacții grave posttransfuzionale, sau la nașterea unui făt Rh-negativ acesta să facă o maladie hemolitică.

■ *Accidentele prin transfuzarea unui sânge compatibil din punct de vedere al grupelor clasice O.A.B. și a factorului Rh, dar de calitate necorespunzătoare:*

a) reacțiile produse de perfuzarea unui sânge alterat (hemolizat din cauza unei conservări incorecte, prin transport defectuos, utilizat peste termenul de valabilitate, infectat etc.) sunt foarte grave;

b) încălzirea necorespunzătoare a sângelui înainte de transfuzie poate să determine modificări în structura globulelor roșii, care să provoace reacții foarte grave. Sângele care urmează să fie transfuzat nu trebuie deci încălzit în apă fierbinte, la flacără, pe calorifer etc. Numai în cazul când se fac transfuzii în jet rapid este util a se încălzi sângele, dar numai la termostat, la 37°;

c) tot în cadrul accidentelor produse de transfuzarea unui sânge de o calitate necorespunzătoare trebuie să amintim transmiterea prin sânge a unor boli ca: luesul, hepatita epidemică, malaria, S.I.D.A. etc., în cazul că donatorii suferă de aceste boli. Pentru prevenirea transmiterii unor astfel de boli, Centrele de Recoltare și Conservare de sânge iau măsuri deosebit de serioase. Punctul de transfuzie, necunoscând donatorii de la care primește sângele, nu are sarcini în această privință. Este totuși necesar ca, în cazul când constată transmiterea unei boli prin sânge transfuzat, să anunțe Centrul de Recoltare și Conservare de Sânge.

■ *Accidentele datorare unei tehnici defectuoase:* embolia gazoasă, embolia prin cheaguri, dilatația acută a inimii, edemul pulmonar acut sunt astăzi din ce în ce mai rare, pe de o parte pentru că tehnica de administrare a sângelui este însușită mai temeinic de cadrele medico-sanitare, iar pe de altă parte, pentru că tehnica de lucru în centrele de recoltare și conservare de sânge și punctele de transfuzii din spitale este din ce în ce mai bună.

◆ Embolia gazoasă și embolia prin cheaguri se datorează pătrunderii aerului sau cheagurilor din inima dreaptă în mica circulație (plămâni), provocând accidente locale, care pot avea răsunet mare asupra stării generale, uneori fiind chiar mortale.

Embolia gazoasă apare uneori și după pătrunderea unei cantități relativ mici de aer în venă. Interesează foarte mult în apariția acestui accident, presiunea (viteza) sub care pătrunde aerul. La o presiune mare, accidentele sunt totdeauna foarte grave. Reține de aici că înainte de administrarea transfuziei, trebuie golit acru din dispozitivul de perfuzie, iar în cazul când se administrează transfuzia sub presiune (pomparea sângelui cu o pară de cauciuc), trebuie acordată foarte multă atenție momentului terminării sângelui din flacon, pentru ca să nu se introducă aer în circulația sanguină. *Pentru a preveni aceste accidente este necesar ca, ori de câte ori se adaptează o pară de cauciuc la sistemul de transfuzie, pentru a face ca sângele să intre sub presiune, asistenta să nu părăsească deloc bolnavul.* Ea este obligată să scoată para de cauciuc înainte de a se goli tot sângele din flacon. În cazul când facem transfuzie în vena subclaviculară, trebuie ca acul sau cateterul să fie deja bransat la tubul de perfuzie plin, întrucât această venă aspiră aer și se va produce embolie gazoasă.

Embolia prin cheaguri se produce atunci când pătrund mici cheaguri din flacon în circulația bolnavului. Pentru evitarea acestor accidente se utilizează trusele din material plastic prevăzute cu sită filtrantă. Accidentele mai pot apărea prin mobilizarea de cheaguri dintr-o venă trombozată, ele pot fi evitate dacă nu se utilizează pentru transfuzie vene trombozate.

◆ *Accidentele prin supraîncărcarea circulației* apar pe o inimă deficitară, atunci când se transfuzează o cantitate mare de sânge, plasmă sau alte lichide la bolnavii cu miocard deficitar, hipertensivi, renali cronici. Aspectul clinic este de *edem pulmonar* dacă încărcarea circulației cu lichidele introduse este extrem de mare. De aceea se va avea grijă ca bolnavilor adulți cu deficiențele patologice specificate mai sus să nu li se administreze o cantitate mai mare de 300-600 ml dintr-o dată și, în general, maximum 600-1 000 ml în 24 de ore, iar bolnavilor cu o inimă sănătoasă să nu li se administreze mai mult de 1 000-1 500 ml dintr-o dată și, în general, maximum 2 000-3 000 ml de lichid în 24 de ore, în ritm lent sau foarte lent sub *control strict al diurezei* care trebuie să fie în concordanță cu cantitatea introdusă. De asemenea, se vor urmări tensiunea arterială și starea generală. La copii se vor introduce cantități mult mai mici, proporțional cu greutatea copilului. Bineînțeles că se va avea totdeauna grijă ca să nu se perfuzeze o cantitate de sânge, și în general de lichide, mai mare decât cea care s-a pierdut, se consumă și se elimină.

■ *Accidentele datorate pregătirii necorespunzătoare a materialului de perfuzie.* Un procent însemnat de reacții posttransfuzionale se datorează pregătirii necorespunzătoare a materialului; fie a flacoanelor de sânge și a soluției stabilizatoare, înainte de recoltarea de sânge, fie a perfuzoarelor. Punctului de transfuzie îi revine sarcina de a verifica minuțios trusele din material plastic și aspectul general al flacoanelor și al conținutului acestora, așa cum am arătat mai sus.

■ *Accidentele datorate reactivității deosebite a primitorului.* Administrarea de sânge la anumiți bolnavi cu contraindicații nete poate provoca reacții de diferite grade, care pot merge până la șocul grav. Dar, în afara contraindicațiilor despre care am vorbit într-un capitol special, la anumiți bolnavi transfuziile pot să dea reacții posttransfuzionale deși ei nu au nici una dintre contraindicațiile specificate mai sus, iar tehnica de lucru a fost corectă. Aceste incidente nu sunt ușor de explicat, dar se constată că ele apar mai frecvent la bolnavi cu procese supurative, neoplasme, leucemii. Este posibil ca aceștia să aibă în circulație nenumărate genuri de anticorpi, unii produși de însăși boala lor, alții produși de transfuziile anterioare de sânge, de vaccinări etc. Unii oameni au reactivitate specială la injectarea substanțelor proteice. Toate aceste reacții nu se pot prevedea prin examenele obișnuite de laborator; ele pot fi puse în evidență și se pot evita uneori prin efectuarea corectă a probei biologice Oehlecker. În cazul unei astfel de reactivități deosebite, de obicei, proba este pozitivă sau chiar intens pozitivă, fapt care obligă la întreruperea introducerii restului de sânge. Dacă ea nu a fost pozitivă, reacția care va urma după introducerea a 100-300 ml sânge nu va fi prea violentă.

Este bine să se știe că de multe ori acești bolnavi suportă mai bine transfuzia de masă eritocitară simplă sau nesuspendată decât de sânge total, care are în el (în plasmă) cantități mari de substanțe proteice ce produc fenomenul alergic-reacțional.

În cazul în care apare o reacție posttransfuzională, indiferent dacă bănuim sau nu motivul, trebuie să se cerceteze încă o dată dacă nu cumva tehnica de lucru a fost defectuoasă și dacă reacția posttransfuzională nu s-a datorat unei greșeli făcute la

determinarea de grupă, la pregătirea materialului pentru transfuzie sau altor cauze din cele pe care le-am enumerat mai sus. Bolnavilor cărora li se fac transfuzii trebuie să li se repete des examenele de urină, pentru a surprinde o eventuală hemoliză (manifestată prin hematurie) și astfel să se evite accidentele ulterioare - la alte transfuzii - mai grave. După orice incident posttransfuzional se va examina urina. Prezența de hematii sau produse de degradarea hematiilor (hemoglobinurie) indică o intoleranță transfuzională. Se va determina, de asemenea, bilirubinemia.

9.12.3. Aspectul clinic al accidentelor posttransfuzionale

Se întinde de la reacția febrilă ușoară sau urticarie, până la șoc grav posttransfuzional sau contractarea unei boli grave: lues, hepatită epidemică etc.

9.12.3.1. Frisonul

Frisonul este reacția posttransfuzională cea mai frecventă. În general, felul lui de apariție poate da oarecare indicații asupra cauzei care l-a determinat.

Astfel, un frison puternic apărut după injectarea a 20-40 ml de sânge în timpul executării probei Oehlecker sau în cursul transfuziei poate arăta că este vorba de o incompatibilitate de grupă în cadrul grupelor clasice O.A.B. Un frison apărut mai târziu, după terminarea a 300 ml de sânge sau chiar la 2-3 ore după perfuzie, poate indica o incompatibilitate de factor Rh. În general, frisonul apărut datorită incompatibilității de factor Rh este relativ ușor.

Un frison foarte puternic, însoțit de febră ridicată și de o stare de stupoare cu aspect de intoxicație gravă apărute în general la 1-2 ore după terminarea perfuziei se datorează unui sânge infectat.

Într-un caz sau altul, frisonul puternic și febra sunt însoțite de dispnee, cefalee, facies vulturos la început apoi paloare, grețuri, varsături, senzație de constricție toracică, hipertensiune arterială urmată apoi de hipotensiune, icter, respirație Cheyne-Stokes, comă, moarte.

9.12.3.2. Hematuria

Apare frecvent în cazul incompatibilităților de grup sanguin. Este completată cu apariția de cilindri granuloși și hialini în urină, dureri puternice lombare, blocaj renal, anurie, creșterea potasiului, a ureei și a bilirubinei din sânge. Aspectul general al bolnavului este acela de stare gravă de șoc: T.A. scăzută, puls rapid, dispnee, obnubilare, paloare, sângerare difuză etc., care poartă denumirea de șoc posttransfuzional sau șoc hemolitic, întrucât hemoliza este fenomenul esențial care declanșează întreg tabloul patologic descris mai sus.

9.12.3.3. Cefaleea, frisonul ușor și febra

Apar în general împreună și sunt reacții care se datorează introducerii substanțelor pirogene în circulație.

9.12.3.4. Edemul și urticaria

Sunt caracteristice mai ales în incompatibilități proteice dintre proteinele din sângele primitorului și proteinele administrate prin transfuzie. Apar des după

administrarea de sânge gras (chilos), care totodată conține în el și multe substanțe proteice.

În general, este foarte greu ca după felul reacției posttransfuzionale să se precizeze cauza care a determinat-o, întrucât aceeași cauză poate declanșa un frison sau șoc grav, sau numai o urticarie sau edem, iar cauze deosebite, cum ar fi incompatibilitatea de grupă sau germenii piretogeni pot declanșa reacții similare. Totuși, este util să se cunoască tabloul descris mai sus, de cauză-efect, deoarece de multe ori el poate fi de ajutor în interpretarea cauzei reacției posttransfuzionale.

Accidentele datorate unei tehnici greșite de administrare a sângelui (embolia gazoasă, embolia prin cheaguri, edemul pulmonar acut) au tablouri speciale, care se deosebesc destul de mult de celelalte accidente posttransfuzionale descrise mai sus; de aceea le vom preciza în cele ce urmează.

9.12.3.5. Embolia gazoasă și cea prin cheaguri

Se caracterizează prin înrăutățirea bruscă a stării generale a bolnavului fără nici un simptom prealabil, „ca o furtună apărută deodată pe o mare liniștită”. Bolnavul se cianozează, este agitat, acuză dureri puternice toracice, respirația este îngreunată, dispneică, tușește și expectorează uneori hemoptoic, are încărcare pulmonară cu raluri multiple, pulsul devine rapid și impalpabil, tensiunea arterială scade, bolnavul își pierde conștiința, intră într-o stare netă de colaps cardiovascular și, fără măsuri terapeutice de urgență, moare. Electrocardiograma, făcută chiar la începutul accidentului, poate arăta semne de cord pulmonar acut și înlătură diagnosticul de infarct cardiac. Examenele complementare, radiografia toracelui, coagulograma, hemoleucograma, hematocritul, T.G.O., T.G.P., ionograma, ureea, glicemia, azotul sunt foarte utile, controlarea diurezei este obligatorie. Cauza acestui accident o putem constata imediat. De obicei, el se produce atunci când aerul, chiar în cantitate relativ mică, a fost împins, sub presiune, în mica circulație.

Accidentele embolice prin cheaguri sunt rare datorită faptului că sângele se filtrează totdeauna și, chiar dacă conține cheaguri, acestea sunt reținute de filtru. Se pot produce totuși cu mici cheaguri care, intrate în circulație, pot să se transforme în cheaguri mai mari și să determine o embolică.

9.12.3.6. Edemul pulmonar acut

Edemul pulmonar acut are simptomatologia caracteristică insuficienței cardiace acute, de tip insuficiență ventriculară stângă: tahicardie, respirație îngreunată, tuse cu expectorație spumoasă abundentă, amețeli, durere cardiacă, uneori seune EKG de infarct cardiac, hipertensiune arterială urmată de scăderea tensiunii arteriale, încărcare mare pulmonară (raluri umede pulmonare), cianoză etc.

9.12.3.7. Transmiterea prin sânge a unor boli

Transmiterea prin sânge a unor boli ca hepatita epidemică, luesul, infecția HIV, malaria, bruceloza etc. este astăzi mai rară, datorită măsurilor preventive care se iau în Centrele de Transfuzie.

9.12.4. Tratamentul accidentelor posttransfuzionale

Prima datorie a celui care administrează transfuzia este de a nu da naștere unui accident posttransfuzional. „Întâi să nu faci rău unui bolnav și apoi să-l vindecî”, spune un vechi dicton latin, deci în primul rând să luăm toate măsurile să nu provocăm un accident posttransfuzional și apoi să vindecăm cu sînge un om. Aceasta trebuie să fie grija permanentă a celor ce conlucrează la administrarea transfuziilor de sînge. Trebuie să se știe că dacă se utilizează o tehnică bună, accidentele posttransfuzionale pot fi evitate ca și aproape toate micile incidente: cefalee, urticarii etc.

Nu există un tratament specific pentru combaterea accidentelor posttransfuzionale, un antidot contra lor. Mai mult decât atât, tratamentele aplicate sunt uneori în imposibilitate de a salva un bolnav care a suferit un accident grav posttransfuzional, oricât de curînd după accident s-ar începe tratamentul.

Am văzut mai sus că sunt trei tipuri de accidente posttransfuzionale: accidente ușoare, accidente grave și accidente prin transmiterea unor boli infecțioase.

9.12.4.1. *Tratamentul accidentelor ușoare*

Tratamentul accidentelor ușoare, numite și *incidente posttransfuzionale*: cefalee, febră, urticarie, edem palpebral, frison ușor etc.

În asemenea cazuri, un bun rezultat îl putem avea injectînd intravenos, imediat, Procaină 1% 20-30 ml sau Clorură de calciu 10% 10-20 ml. Se poate administra, de asemenea, 1 ml Morfină 1% sau Mialgin și 1 ml Atropină (1‰) intramuscular sau împreună cu Procaină intravenos. Este util a se administra Piran 0,30 g 2-3 tablete în cazul cînd bolnavul are temperatură mai ridicată și Romergan 1-2 tablete a 25 mg mai ales în cazurile de edem palpebral și urticarie. Romerganul poate fi administrat și în fiole (1-2 fiole). Pentru cefalee sau fenomene alergice poate fi folosit uneori cu succes preparatul Feniramin, o fiolă sau 1-2 tablete, ori un alt antihistaminic de sinteză (Nilfan, Tavegil, Zaditen). De mare ajutor sunt biotele calde (sau sticle cu apă caldă) și o bună acoperire a bolnavului cu pături groase în caz de frison.

9.12.4.2. *Tratamentul accidentelor grave (frisonul sever, hematuria masivă, anuria, șocul posttransfuzional, șocul hemolitic)*

În cazul unor asemenea accidente trebuie să intervenim foarte energic și rapid. De obicei, acestea se datorează administrării unui sînge incompatibil sub raportul grupei, sau a unui sînge alterat. Prima noastră datorie în astfel de cazuri este să oprim transfuzia și să administrăm Mialgin, Atropină intramuscular sau intravenos, analeptice cardiace (Cofeină, Efedrină), Romergan, Feniramin sau alt antihistaminic și o perfuzie cu Hemisuccinat de hidrocortizon (200-400 mg în glucoză 5% în timp de 24 ore). Vom administra, de asemenea, soluții electrolitice intravenos: clorură sau gluconat de calciu 10% 20 ml, Procaină sau Xilină 1% 20-40 ml, ser bicarbonat, Furosemid 4-6 fiole în 24 ore. Utile sunt și vitaminele din complexul B și vitamina C (1-2 fiole). Reușim, în general, cu acestea să oprim frisonul puternic și bolnavul să treacă cu bine peste acest accident posttransfuzional. Este utilă, de asemenea, încălzirea bolnavilor cu buiole, sticle, pături calde. Dacă bolnavul are un cateter intravenos nu vom suprima cateterul

ci vom administra pe el medicația necesară schimbând numai perfuzorul și adaptând un flacon de ser fiziologic din care vom perfuza foarte lent.

Fără întârziere, mai ales în cazurile când simptomele au apărut cu o violență deosebită, iar accidentul s-a produs datorită unui sânge de altă grupă sau infectat, din care am introdus o cantitate mare, se face infiltrație lombară bilateral pararenal, cu câte 100 ml Procaină 1% sau Xilină, care se va repeta în zilele următoare. Apoi, sângerăm bolnavul, evacuându-i 500 ml sânge și introducând aceeași cantitate de sânge *perfect compatibil*. În cazul când violența fenomenelor lasă să se întrevadă urmări foarte grave, cantitatea de sânge care se va evacua, ca și cea care se va administra, va fi mult mai mare, ajungându-se la o evacuare de 4-5 litri sânge (la un adult) și introducerea unei cantități similare de sânge izogrup, făcându-se astfel o *exsanguinotransfuzie*. În asemenea cazuri este utilă administrarea concomitentă de clorură de calciu 10% sau gluconat de calciu 10% 30-40 ml. Bolnavului i se vor da băuturi calde, dulci și altele cu bicarbonat de sodiu. De asemenea, se va administra Lactat de sodiu pe cale intravenoasă (alcalinizarea urinei micșorează sau chiar înlătură accentuarea fenomenelor renale). Se vor administra zilnic 2-3 litri de lichide, fie pe gură, fie în perfuzii.

În cazul când fenomenele nu au cedat din prima zi cu tot tratamentul administrat și se instalează blocajul renal și anuria, tratamentul trebuie urmat cu tenacitate și în zilele următoare, chiar dacă uremia crește și bolnavul continuă să fie în anurie. În fiecare zi, sau la 2-3 zile, vom evacua, de asemenea, o cantitate de sânge de 1-2 litri și vom administra o transfuzie de sânge conservat. Vom continua infiltrațiile lombare și hidratarea bolnavului. Cu un tratament susținut astfel câteva zile la rând, în ciuda ureei din sânge care continuă să crească și a stării generale care se înrăutățește în primele zile, vom putea avea uneori satisfacția ca, la bolnavii care păreau iremediabil pierduți, după câteva zile, uneori 10-14 zile, filtrul renal să-și reia activitatea și bolnavii să fie salvați.

De mare folos pentru acești bolnavi este utilizarea - în caz că exsanguinotransfuzia nu a avut un rezultat bun - tratamentului de epurare cu ajutorul rinichiului artificial. Indicația de începerea dializei este stabilită de faptul că azotul ureic crește către 300 mg % și potasiul în ser la peste 6 mEq/l.

9.12.4.3. Tratamentul emboliei gazoase

Aceste accidente sunt excepționale, grație tehnicilor utilizate astăzi. Tratamentul constă în primul rând în restabilirea funcției respiratorii. Se va face, deci, respirația artificială, asociată cu oxigenoterapie (prin intubație traheală) și se va administra Procaină în perfuzie de 100-200 ml 0,5-1%. De asemenea, se face resuscitarea cardiorespiratorie în caz de stop cardiac (vezi capitolul respectiv) și se administrează Hidrocortizon hemisuccinat, barbiturice, Hidroxizin. La nevoie se practică toracotomie și extragerea aerului prin puncția ventriculului drept dacă avem certitudinea prezenței de aer blocat în ventriculul drept.

9.12.4.4. Tratamentul emboliei pulmonare prin cheaguri (trombembolia pulmonară)

Bolnavul trebuie să stea liniștit la pat. Calmăm durerea cu Mialgin 1 fiolă s.c. sau i.m. la care asociem Atropină 1 fiolă. Dacă bolnavul nu este într-o evidentă stare

de șoc și durerile nu sunt de intensitate mare este preferabil ca în loc de Mialgin să administrăm Algocalmin, Piafen, Romergan, Fortral. Administrăm, de asemenea, Miofilin 1-2 fiole i.v. la 8 ore și Papaverină 1 fiolă i.m. la 6 ore (medicație spasmolitică). De asemenea, introducem anticoagulante sub controlul probelor de laborator: Heparină câte 2 fiole (100 mg la 4-6 ore), concomitent Trombostop 1 tabletă la 4-6 ore. Dacă după 48 de ore timpul de protrombină (Quick) arată că s-a obținut hipocoagulabilitate (indice de protrombină între 20-30%) se oprește heparina și se administrează Trombostop 1-4 tablete pe zi urmând să menținem indicele de protrombină la valoarea de mai sus.

Pentru combaterea șocului cardiogen continuăm perfuzia lentă cu lichide (glucoză 5%) și administrăm medicație care crește forța de contracție a cordului și debitul cardiac: Izoprenalin 1-5 fiole pe zi diluate în ser glucozat 5%. Administrăm, de asemenea, cardiotonice (Digoxin, Lanatozid sau Cedilanide) și diuretice - Furosemid în dozele precizate mai jos în capitolul tratamentul edemului pulmonar acut. Tulburările de ritm se remediază în funcție de tipul aritmiei: în aritmiile fără cauză organică se administrează sedative: Extraveral, Meproamat, Diazepam, Hidroxizin, Bromoval; în cele de cauză organică se administrează Chinidină 0,20 g de 3-4 ori pe zi, Xilină 1% 1-2 g la 24 de ore în perfuzie (medicament excelent mai ales în extrasistole ventriculare). Se mai poate administra Propranolol per os, 40-60 mg în 24 de ore (există tablete de 10 și de 40 mg).

Tratamentul chirurgical (embolectomia de urgență) trebuie avut în vedere în cazuri care impun neapărat aceasta.

9.12.4.5. Tratamentul edemului pulmonar acut

Așezăm bolnavul în poziție semișezândă. Oprim transfuzia de sânge și facem o emisiune de sânge de 300-500 ml. Dacă bolnavul are cateter intravenos emisiunea de sânge o facem prin acest cateter. Menținem cateterul în scopul de a avea o cale de acces pentru medicația necesară, schimbăm perfuzorul dacă am introdus sânge și adaptăm un flacon de ser fiziologic sau glucoză 5% din care perfuzăm extrem de lent. Administrăm intramuscular sau intravenos Mialgin 1 fiolă. Tot intravenos administrăm preparate digitalice: Deslanozid (1 fiolă i.v.) pe care o repetăm în funcție de evoluție la 6-12 ore, Digoxin (1 fiolă 0,5 ml i.v.) pe care o repetăm până la doza de 1-1,50 mg/24 ore. Mai putem folosi asociat sau în loc de Digoxin, Lanatozid C (1 fiolă 0,40 mg i.v.) până la doza de 1,2 mg / 24 ore sau Nidacil (1 fiolă 0,2 mg i.v.) 6 fiole pe zi. Încă de la început administrăm diuretice (Furosemid 1-4 fiole adică 20-80 mg i.v.), oxigenoterapie (preferabil barbotat în alcool 40% ca soluție antispumoasă). Dacă efectul terapeutic nu ni se pare suficient, adăugăm și Hidrocortizon hemisuccinat 200-800 mg în glucoză 5% în perfuzie lentă. Facem la nevoie și aspirație bronșică ori chiar intubație traheală directă sau prin traheostomă cu aspirație bronșică și respirație asistată.

În continuare controlăm și corectăm echilibrul acidobazic și restul constantelor până la remedierea accidentului.

9.12.4.6. Tratamentul bolilor transmise prin sângele donatorului (lues, malarie, hepatită epidemică, S.I.D.A. etc.)

Tratamentul acestor boli se face în servicii de specialitate, cu medicație și metodologie obișnuită.

9.12.4.7. Tratatamentul stărilor de intoleranță a perfuziilor de sânge, plasmă sau alte lichide

În afara cazurilor de incidente sau accidente posttransfuzionale, datorate unor indicații nepotrivite sau unor tehnici greșite, care au fost menționate mai sus, trebuie arătat că sunt unii bolnavi care, chiar neîncadrându-se între bolnavii cu contraindicații de perfuzie, reacționează prin frisoane puternice, hematurie, icter, chiar la administrarea unor perfuzii cu sânge compatibil, plasmă sau alte soluții ca ser fiziologic sau soluție glucozată. În asemenea cazuri suntem de obicei dezarmați pentru că, deși acești bolnavi au nevoie de perfuzii, nu li le putem administra din cauza reacțiilor grave pe care le fac și care pot să agraveze evoluția bolii.

Acești bolnavi suportă uneori bine masa eritocitară (care nu are plasmă) sau hematiile spălate, lipsite de substanțele proteice din plasmă. De asemenea, putem face ca perfuziile la acești bolnavi să fie tolerate dacă administrăm în prealabil Procaină (Xilină) intravenos, ACTH sau Cortizon, Plegomazin sau Romergan. Nu recomandăm pentru astfel de cazuri Morfină sau Mialgin înaintea transfuziei, deoarece acțiunea acestora poate să mascheze un timp anumite accidente grave posttransfuzionale. Precizăm că medicamente cum sunt cele menționate se administrează asociate cu perfuzia de sânge sau plasmă numai în cazuri excepționale, la bolnavii specificați în acest ultim paragraf și numai după ce am stabilit foarte exact că intoleranța nu se datorează unei greșeli de tehnică. Tuturor celorlalți bolnavi nu le administrăm sângele sau plasma asociate cu Romergan, Plegomazin etc., deoarece acestea pot masca accidentele posttransfuzionale în stadiul lor inițial și pot face să nu se ia la timp măsurile necesare.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 9

1. - Transfuzia are ca scop introducerea în sistemul circulator al bolnavului a:
 - a. - sângelui;
 - b. - soluțiilor coloidale: macrodex, almogel, hidrolizat de proteine;
 - c. - plamei;
 - d. - serului fiziologic și ser glucozat 5-10%.
2. - Cine a descoperit existența aglutininelor și aglutinogenelor în sângele uman?
 - a. - Bordet;
 - b. - Landsteiner;
 - c. - Pasteur;
 - d. - Ianski.
3. - Care au fost descoperirile științifice care au permis transfuzia de sânge conservat?
 - a. - descoperirea asepsei și antisepsiei;
 - b. - descoperirea aglutinogenelor și aglutininelor;

- c. - descoperirea acțiunii anticoagulante a citratului trisodic;
 - d. - descoperirea anesteziei generale.
4. - Cine și când a organizat primul punct de transfuzie din țara noastră?
- a. - Carol Davila;
 - b. - 1928;
 - c. - Virgil Ionescu;
 - d. - 1941.
5. - Când s-a înființat Centrul de Hematologie din București?
- a. - 1949;
 - b. - 1928;
 - c. - 1941;
 - d. - 1951.
6. - Care este actul normativ care reglementează activitatea de donare, utilizare terapeutică a sângelui uman și organizarea transfuzională în România?
- a. - instrucțiunile Ministerului Sănătății;
 - b. - Legea nr. 3/1978;
 - c. - Legea nr. 4/1995;
 - d. - instrucțiunile tehnice elaborate de Institutul Național de Hematologie Transfuzională.
7. - Care din atribuțiunile de mai jos revin Ministerului Sănătății în activitatea de recoltare, conservare și distribuire a sângelui și a produselor derivate?
- a. - recoltează și distribuie sângele în teritoriu;
 - b. - stabilește prognoza privind necesarul anual de sânge;
 - c. - asigură rezerva de sânge uman și derivate pentru situații deosebite;
 - d. - controlează starea de sănătate a donatorilor.
8. - Care sunt unitățile care organizează activitatea de recoltare, conservare și distribuire a sângelui?
- a. - Centrele de transfuzie județene;
 - b. - punctele de transfuzie din spitale;
 - c. - comisiile de hemovigilență;
 - d. - serviciile de terapie intensivă.
9. - Care este rolul comisiilor de hemovigilență din spitale?
- a. - organizează activitatea de transfuzie în spital;
 - b. - analizează măsurile de securitate transfuzională;
 - c. - determină grupele de sânge ale bolnavilor internați;
 - d. - încurajează practicarea autotransfuziei.
10. - Controlul profilaxiei infecțiilor virale se face prin:
- a. - Laboratorul Național de Referințe;
 - b. - comisia de hemovigilență;
 - c. - inspectoratele de poliție sanitară și medicină preventivă;
 - d. - laboratoarele spitalelor.
11. - Care din afecțiunile de mai jos constituie contraindicație absolută pentru donarea de sânge?
- a. - hepatitele A, B, C, alergiile medicamentoase și alimentare;
 - b. - diabetul zaharat controlat prin regim igienico-dietetic;

- c. - sarcina și lăuzia;
 - d. - infecția H.I.V., S.I.D.A., sifilisul.
- 12. - Care din contraindicațiile de mai jos se încadrează în contraindicații temporare pentru donarea de sânge?**
- a. - sarcina și lăuzia;
 - b. - bolnavii de epilepsie, boli de sânge;
 - c. - bolnavii cu intervenții chirurgicale care au făcut transfuzii cu sânge și plasmă;
 - d. - bolnavii ale căror vene nu se văd ușor sau sunt trombozate.
- 13. - De ce drepturi beneficiază donatorii de sânge?**
- a. - prioritate în obținerea biletelor de tratament cu reducere de 50%, indiferent de numărul donărilor;
 - b. - două zile libere de la locul de muncă;
 - c. - gratuitate la medicamente în condiții de spitalizare și ambulator indiferent de afecțiune;
 - c. - recompense sub forma unor bonuri valorice pentru produse alimentare.
- 14. - Care este cantitatea de sânge care poate fi donată la o singură recoltare?**
- a. - 10 ml pe kg corp greutate a donatorului;
 - b. - 5-7 ml/kg corp greutate, dar nu mai mare de 450 ml;
 - c. - orice cantitate dacă donatorul nu prezintă tulburări din cauza diminuării debitului circulator.
- 15. - În cazul recoltării de 400-450 ml sânge la o donare, care este intervalul obligatoriu până la o nouă donare?**
- a. - 45 zile;
 - b. - 2 săptămâni;
 - c. - 75 zile;
 - d. - 6 luni.
- 16. - Ce este plasmafereza?**
- a. - metodă de recoltare a plasmă;
 - b. - componentă a plasmă;
 - c. - fuga plasmă din patul vascular în spațiul interstițial.
- 17. - Care este perioada de conservare a sângelui total, perioadă în care se poate face transfuzia?**
- a. - 1-28 zile;
 - b. - 1-5 zile;
 - c. - 10-14 zile;
 - d. - indiferentă, cu condiția să nu se hemolizeze hematiile.
- 18. - Masa eritrocitară nesuspendată, ținută la frigider la +4 - 8°C poate fi utilizată:**
- a. - 48 ore de la preparare;
 - b. - 30 zile de la preparare;
 - c. - 10 zile de la preparare;
 - d. - 3 ani.
- 19. - Plasma uscată se conservă:**
- a. - la temperatura camerei;
 - b. - la 25-30° C;

- c. - congelatoare la -30°C ;
 - d. - nu se poate conserva, se administrează imediat după preparare.
20. - **Plasma proaspătă congelată se poate folosi:**
- a. - la fracționare industrială pentru obținerea factorilor componenți;
 - b. - combaterea acidozei;
 - c. - transfuzii, după reîncălzire la temperatura corpului;
 - d. - combaterea alcalozei.
21. - **Aglutinogenele se află:**
- a. - în plasmă;
 - b. - fixate pe hematii;
 - c. - atât în plasmă, cât și fixate pe hematii;
 - d. - se produc după transfuzie.
22. - **Care din cele de mai jos constituie legile serologice ale lui Landsteiner?**
- a. - aglutinogenul și aglutinina omologă nu pot coexista în același sânge, fiind incompatibile cu viața;
 - b. - aglutinina se afla fixată pe hematii;
 - c. - aglutinogenul se află în plasmă;
 - d. - aglutinina compatibilă cu aglutinogenul se află totdeauna în plasmă.
23. - **În metoda Beth-Vincent cunoaștem:**
- a. - aglutininele și vrem să determinăm aglutinogenul;
 - b. - cunoaștem aglutinogenul și vrem să determinăm aglutinina;
 - c. - vrem să determinăm atât aglutinina, cât și aglutinogenul.
24. - **Prin metoda Beth-Vincent avem sângele aglutinat în toate cele 3 picături, cărei grupe corespunde sângele examinat?**
- a. - grupa 0(I);
 - b. - grupa A(II);
 - c. - grupa B(III);
 - d. - grupa AB(IV).
25. - **Prin metoda Beth-Vincent avem aglutinare în prima și a treia picătură, cărei grupe corespunde sângele examinat?**
- a. - grupa 0(I);
 - b. - grupa A(II);
 - c. - grupa B(III);
 - d. - grupa AB(IV).
26. - **Prin metoda Simonin, sângele cercetat nu se aglutinează în nici o picătură, cărei grupe aparține sângele examinat?**
- a. - grupa 0(I);
 - b. - grupa A(II);
 - c. - grupa B(III);
 - d. - grupa AB(IV).
27. - **Aglutininele anti-Rh:**
- a. - există în mod normal la persoanele Rh⁺;
 - b. - există în mod normal la persoanele Rh⁻;
 - c. - apar la persoanele Rh⁻ după repetate transfuzii cu Rh⁺;
 - d. - nu există spontan la cei cu Rh⁻.
28. - **Un accidentat care are grupa 0(I) Rh⁺ are nevoie de transfuzie, cu care din sângele ce-l avem la dispoziție putem face transfuzia?**

- a. - grupa O(I) Rh⁻;
 - b. - grupa A(II) Rh⁺;
 - c. - grupa AB(IV) Rh⁺;
 - d. - grupa A(II) Rh⁻.
29. - Un accidentat care are grupa AB(IV) Rh⁻ și are nevoie de transfuzie, poate primi de la:
- a. - AB(IV) Rh⁺;
 - b. - A(II) Rh⁻;
 - c. - B(III)Rh⁻;
 - d. - O(I) Rh⁺.
30. - Când donatorul universal poate deveni „donator universal periculos“?
- a. - când transfuzăm cantități mici de sânge O(I) unui primitor de altă grupă;
 - b. - când transfuzăm cantități mari de sânge O(I) unui primitor de altă grupă;
 - c. - când transfuzăm masă eritocitară concentrată unui primitor de altă grupă;
 - d. - când transfuzăm masă eritocitară resuspendată.
31. - Care sunt factorii care pot altera sângele conservat?
- a. - temperatura de +4 - 8° C;
 - b. - temperatura peste 8°C;
 - c. - transportul necorespunzător al sângelui;
 - d. - infecția sângelui.
32. - Cum trebuie să arate zona superioară (plasma) la o pungă sau flacon de sânge conservat, ca să spunem că sângele este corespunzător pentru a fi transfuzat?
- a. - să aibă o culoare roșietică;
 - b. - să fie clară, cu o culoare galben-citrin;
 - c. - să conțină flocoane de fibrină și cheaguri;
 - d. - să aibă aspect lăptos, chilos.
33. - Ce trebuie să întreprindem când am primit de la Centrul de Transfuzie sângele izogrup și Rh cu cel al primitorului?
- a. - să controlăm integritatea flaconului și să facem transfuzia;
 - b. - să verificăm grupa de sânge și Rh flaconului de sânge;
 - c. - să efectuăm compatibilitatea in vitro după metoda Jeanbrau;
 - d. - să începem transfuzia;
 - e. - să urmărim compatibilitatea in vitro - metoda Ochlecker.
34. - În care din situațiile de mai jos este indicată transfuzia cu sânge integral?
- a. - șoc prin arsuri;
 - b. - șoc hemoragic;
 - c. - sindroame hemoragipare;
 - d. - ocluzie intestinală.
35. - În care din afecțiunile de mai jos este indicată transfuzia cu masă eritocitară?
- a. - bolnavii cardiaci care necesită transfuzie;
 - b. - anemii postinfecțioase;
 - c. - șoc cronic;
 - d. - trombocitopenii.

36. - În situația în care avem sânge și plasmă în cantitate suficientă, când preferăm transfuzia cu plasună?
- a. - hemoragii mari;
 - b. - șoc produs prin arsuri;
 - c. - șoc cronic;
 - d. - anemii postinfecțioase.
37. - La cine este indicată folosirea albuminei umane?
- a. - bolnavii denutriți, hipoproteici;
 - b. - la bolnavii cu leucemii acute și cronice;
 - c. - în hemoragiile mari;
 - d. - la cirotici și neoplazici.
38. - Masa trombocitară va fi folosită în:
- a. - tromboze ale membrelor;
 - b. - trombocitopenii cu fenomene hemoragice;
 - c. - embolie pulmonară;
 - d. - arsuri.
39. - Transfuzia este contraindicată în:
- a. - cardiopatii organice decompensate;
 - b. - tromboze venoase;
 - c. - șocul prin arsuri;
 - d. - hemoragii ale hemofilicilor.
40. - Accidentele produse datorită transfuziei unui sânge incompatibil sub raportul grupelor poate duce la:
- a. - embolie pulmonară;
 - b. - stare de șoc posttransfuzional;
 - c. - urticarie;
 - d. - hematurie;
 - e. - insuficiență renală acută.
41. - La ce bolnavi pot apărea accidente posttransfuzionale prin supraîncărcarea circulației?
- a. - la bolnavii astenici;
 - b. - la bolnavii cu miocard deficitar;
 - c. - la hipertensivi, bolnavi cu insuficiență renală cronică;
 - d. - la bolnavii anemici.
42. - Accidente posttransfuzionale datorită unei reactivități deosebite a primitorului, pot fi depistate prin:
- a. - examene obișnuite de laborator;
 - b. - test la diferiți alergeni;
 - c. - efectuarea corectă a probei biologice Oehlecker;
 - d. - anamneză amănunțită.
43. - Frisonul în timpul transfuziei sau posttransfuzional poate fi dat de:
- a. - transfuzia cu sânge incompatibil în sistemul OAB și Rh;
 - b. - perfuzia cu sânge infectat;
 - c. - neîncălziri la temperatura corpului a sângelui transfuzat;

- d. - administrări de sânge care conține cheaguri;
- e. - administrarea de sânge care conține alergeni.

44. - Care sunt accidentele datorate unor greșeli tehnice de administrare a sângelui?

- a. - embolie gazoasă și prin cheaguri;
- b. - transmiterea unor boli ca hepatita, infecția H.I.V., S.I.D.A.;
- c. - cefaleea, urticaria;
- d. - edemul pulmonar acut.

45. - Ce medicamente aplicăm în cazul unor accidente posttransfuzionale ușoare (cefalee, febră, urticarie, frison ușor etc.)?

- a. - tratament cu antibiotice;
- b. - perfuzii cu ser fiziologic sau glucozat 5%;
- c. - Novocaină 1% intravenos, Mialgin;
- d. - antihistaminice: feniramin, nilfan, tavegil;
- e. - antitermice: piramidon, algocalmin;
- f. - buiote cu apă caldă și o bună acoperire a bolnavului în caz de frison.

46. - Când este indicată dializa renală în cazul unei insuficiențe renale acute posttransfuzionale?

- a. - imediat după accident;
- b. - când ureea crește peste 300 mg%;
- c. - în momentul instalării oligoanuriei;
- d. - când potasiul în ser crește peste 6 mEq/l.

Capitolul 10

PLĂGILE, PANSAMENTELE, BANDAJELE

Verificați-vă cunoștințele

10.1. Plăgile	301
10.1.1. Clasificarea plăgilor	302
10.1.1.1. După tipul de acțiune al agentului vulnerant	302
10.1.1.2. Clasificarea în funcție de circumstanțele de producere	302
10.1.1.3. Clasificarea în funcție de regiunea interesată de traumatism, număr și adâncime	302
10.1.1.4. Clasificarea după forma anatomopatologică și evoluție	303
10.1.1.5. Clasificarea după timpul scurs de la producere	303
10.1.2. Simptomatologie	303
10.1.2.1. Semne locale	304
10.1.2.2. Semne generale	304
10.1.2.3. Examenul obiectiv al plăgii	304
10.1.2.3.1. Varietăți de plăgi în funcție de straturile anatomice interesate	305
■ Plăgi nepenetrante	305
■ Plăgi penetrante	305
■ Plăgi perforante	305
10.1.2.3.2. Varietăți de plăgi în funcție de agentul cauzal	305
■ Plăgi prin înțepare	306
■ Plăgi prin tăiere	306
■ Plăgi prin zdrobire	306
■ Plăgi prin mușcare	306
■ Plăgi prin arme de foc	306
■ Plăgi otrăvite	306
10.1.3. Evoluția și complicațiile plăgilor	307
10.1.4. Tratamentul plăgilor	307
10.1.4.1. Primul ajutor	307
10.1.4.2. Tratamentul curativ	307
10.2. Pansamentele	309

10.2.1. Clasificarea pansamentelor	309
10.2.1.1. Pansamente protectoare	309
10.2.1.2. Pansamente absorbante	309
10.2.1.3. Pansamente compresive	309
10.2.1.4. Pansamente ocluzive	309
10.2.1.5. Pansamente umede	309
10.2.2. Principiile care stau la baza unui bun pansament	310
10.2.3. Materialul necesar pansamentelor	310
10.2.4. Tehnica de executare a pansamentelor	311
10.2.4.1. Tratarea plăgii	312
10.3. Bandajele	313
10.3.1. Reguli privind aplicarea bandajelor	313
10.3.1.1. Condițiile unui bun bandaj	314
10.3.2. Tehnica executării bandajelor (înfășarea)	315
10.3.3. Tipuri de înfășare	315
■ Înfășarea circulară	316
■ Înfășarea oblică	316
■ Înfășarea în spirală	316
■ Înfășarea sub formă de spic de grâu (spica)	316
■ Înfășarea sub formă de evantai	316
■ Înfășări recurente	316
■ Înfășarea sau bandajarea cu feși compuse sau alte sisteme de menținere	316
◆ Praștia	317
◆ Căpăstrul	317
◆ Basmava	317
a) Basmava pentru cap	317
b) Basmava pentru membrul superior	318
c) Bandajele în formă de hamac	318
d) Bandajul în formă de eșarfă	318
e) Bandajul în formă de cravată axilară	319
f) Basmava pentru membrul inferior	319
■ Bandajele de corp	319
■ Bandajele în T	319
10.3.4. Bandajele speciale pentru imobilizarea sau menținerea pansamentelor sau pentru alte scopuri	320
■ Genunchiera	320
■ Centura abdominală	321
Chestionar la capitolul 10	321

10.1. PLĂGILE

Prin plagă sau rană se înțelege o lezare (rănire) a țesuturilor, începând cu pielea și ajungând la profunzimii diferite (fig. 112.) Plăgile sunt determinate de agenți traumatici: mecanici, fizici, chimici. Agenții traumatici mai poartă denumirea de agenți vulneranți.

Frecvența foarte mare a plăgilor se datorează complexității ocupațiilor oamenilor, a uneltelor de producție, a accidentelor rutiere, aviatice, casnice, de muncă, a războaielor etc.

Diversitatea factorilor de mediu și a condițiilor în care ei acționează pe de-o parte și rezistența diferită a țesuturilor, pe de altă parte, fac ca plăgile să îmbrace aspecte polimorfe, pe care nici o clasificare nu le poate cuprinde în întregime.

10.1.1. Clasificarea plăgilor

10.1.1.1. După tipul de acțiune al agentului vulnerant

- Agenți mecanici:
 - plăgi prin înțepare;
 - plăgi prin tăiere;
 - plăgi prin zdrobire (contuzie);
 - plăgi prin mușcătură;
 - plăgi prin arme de foc.
- Agenți termici:
 - plăgi prin căldură = arsuri;
 - produse de frig = degerături;
 - plăgi produse de curent electric.
- Agenți chimici: acizi, baze și săruri - produc arsuri chimice.
- Agenți ionizanți:
 - raze ultraviolete;
 - raze Roentgen;
 - raze gama.

10.1.1.2. Clasificarea în funcție de circumstanțele de producere

- Accidentale:
 - accidente de muncă;
 - accidente de circulație;
 - accidente casnice;
 - căderi.
- Intenționate:
 - agresiuni;
 - sinucideri.
- Iatrogene:
 - intervenții chirurgicale;
 - manopere endoscopice;
 - injecții;
 - puncții.

10.1.1.3. Clasificare în funcție de regiunea interesată de traumatism, număr și adâncime

- După regiuni: plăgi ale craniului, feței, gâtului, coloanei vertebrale, toracelui, abdomenului, ale membrelor.

- După număr:
 - unice;
 - multiple.
- După adâncime:
 - răni superficiale;
 - profunde
- = membre - fără leziuni osoase,
- cu leziuni osoase (fracturi deschise);
- = la nivelul cavităților naturale (craniană, pleurală, peritoneală):
 - nepenetrantă;
 - penetrantă;
 - perforantă.

10.1.1.4. Clasificarea plăgilor după forma anatomopatologică și evoluție

- plăgi simple;
- plăgi compuse;
- plăgi complicate - cu diferite alte leziuni sau infectate.

10.1.1.5. Clasificarea după timpul scurs de la producere:

- plăgi recente (clasic sub 6 ore);
- plăgi vechi, care depășesc 6-8 ore de la producere.

În capitolul ce urmează vom descrie principalele caracteristici ale plăgilor, cuprinse în această amplă clasificare.

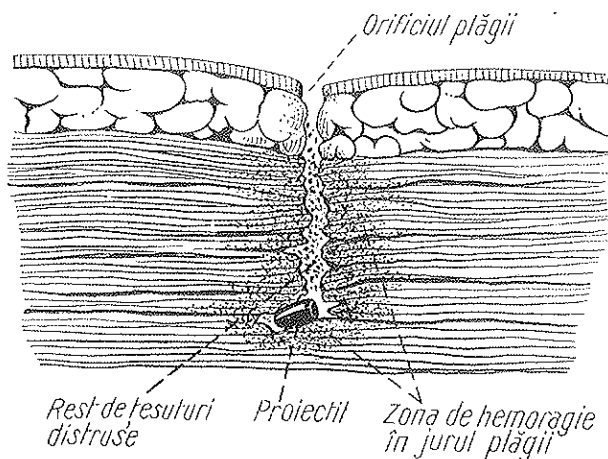


Fig. 112 - Aspectul schematic al unei plăgi recente.

10.1.2. Simptomatologie

Plăgile prezintă semne locale și generale.

10.1.2.1. Semne locale

■ *Lipsa de continuitate la nivelul pielii* (pielea este lezată, secționată, ruptă). Majoritatea plăgilor sunt plăgi necomplicate și beneficiază de un tratament simplu.

În unele plăgi pot exista însă distrugerii (leziuni) mari, atât ale pielii, cât și ale vaselor, mușchilor, nervilor sau ale diferitelor organe situate profund. Aceste distrugerii pot scoate din funcțiune teritorii mari de țesuturi și pot compromite funcționarea unor organe: pot leza vase sau nervi, pot perfora organe. Este bine să avem aceasta permanent în minte deoarece astfel de situații grave pot apărea chiar în cazul unor plăgi aparent de mică importanță (simple înțepături cu un cuțit sau un stilet) și pot provoca moartea bolnavului prin hemoragii, peritonite etc. În plăgile mari, cu mari dilacerări (distrugerii) se pot vedea în plagă mușchi, fragmente de oase sau chiar diferite organe care pot să iasă prin marginile plăgii. Organele care eviscerează se distrug cu ușurință în contact cu exteriorul.

■ *Sângerarea* este un simptom întotdeauna prezent, chiar și în cazul plăgilor făcute cu corpuri vulnerante foarte subțiri: cuie sau ace. Sângerările sunt mai nari sau mai mici, în funcție de mărimea și felul vasului lezat și de felul agentului traumatic.

■ *Durerea*, determinată de excitațiile nociceptive care pornesc de la nivelul plăgii, este mai mare sau mai mică în funcție de dimensiunile plăgii, dar adeseori și în funcție de starea și echilibrul psihic și biologic al bolnavului. În funcție de acești factori, durerea poate să ia caractere atât de importante încât să determine un *șoc traumatic grav*, care, mai ales dacă se asociază cu un *șoc hemoragic* cauzat de rănirea unor vase importante, poate provoca moartea accidentaților.

■ *Impotența funcțională* este evidentă îndeosebi la nivelul membrului, fiind determinată de scoaterea din funcțiune, din cauza plăgilor, a unor mase musculare, precum și de distrugerea unor nervi, tendoane sau a integrității osoase.

În funcție de organul lezat, pot exista semne specifice alterării activității respectivului organ, care reprezintă sindroame extrem de variate. Despre acestea se va discuta în alte capitole.

10.1.2.2. Semne generale

La orice bolnav cu plagă se vor cerceta:

■ *pulsul*, care poate să fie rapid și de amplitudine redusă în caz de plăgi însoțite de hemoragie sau de șoc traumatic;

■ *tensiunea arterială*, care, dacă scade, poate fi și ea un semn alarmant, arătând prezența unei hemoragii externe sau interne sau a unui șoc traumatic;

■ *temperatura* poate fi ridicată în cazul plăgilor infectate;

■ *leucocitoza* crește în plăgile infectate;

■ *hemoglobina, hematocritul și numărul de globule roșii* scad în caz de hemoragii importante.

10.1.2.3. Examenul obiectiv al plăgii

La efectuarea examenului unei plăgi trebuie să vedem dacă în afară de piele nu sunt interesate și alte elemente anatomice situate dedesubt. Trebuie să vedem dacă agentul vulnerant are numai un loc de intrare și a produs numai o *plagă unipolară* sau are și un loc de ieșire și a produs o *plagă bipolară*. Plăgile bipolare sunt, de obicei, mai grave, pentru că numărul de organe lezate de către agentul traumatic, în drumul pe care acesta-l parcurge de la intrare până la ieșire, este mai mare ca în cazul plăgilor unipolare. În funcție de locul unde a acționat agentul vulnerant, pot fi interesate diferite formațiuni anatomice: pielea, oasele craniului, creierul în regiunea capului; pielea, mușchii, pleura, plămânul, inima, aorta și venele cave (superioară și

inferioară) etc. În regiunea toracelui: pielea, mușchii, peritoneul, stomacul, pancreasul, intestinalele, ficatul, rinichiul, aorta, vena cavă inferioară în regiunea abdominală; pielea, mușchii, tendoanele, oasele, nervii, vasele în regiunea membrilor etc. Elementul practic de reținut este că ori de câte ori examinăm un accidentat cu o plagă, trebuie să trecem în revistă toate eventualitățile de rănire a organelor existente sub locul de pătrundere a agentului traumatic pe care îl vedem la nivelul pielii. Din același motiv, trebuie calculat traiectul (direcția) agentului vulnerant. În scopul stabilirii exacte a leziunilor, în cadrul examinării accidentatului, este obligatoriu să se cerceteze dacă leziunea a depășit sau nu pielea. În toate cazurile în care plaga a depășit pielea, accidentații vor fi trimiși într-o secție chirurgicală, unde chirurgul va explora minuțios plaga. Se cunosc numeroase cazuri urmate de invalidități sau chiar cu sfârșit grav, din cauză că s-a neglijat explorarea completă a plăgii.

10.1.2.3.1. Varietăți de plăgi în funcție de straturile anatomice interesate. Privite din acest punct de vedere, plăgile se împart în:

■ *Plăgi nepenetrante*, atunci când leziunea a interesat pielea, aponevrozele, mușchii, eventual oasele (craniului sau ale toracelui), dar nu a depășit învelișul seros (meningele, pleura, peritoneul), nu a pătruns deci în cavitatea respectivă.

■ *Plăgi penetrante*, atunci când leziunea depășește învelișul seros, pătrunde într-una din cavitățile corpului, dar nu interesează nici un organ.

■ *Plăgi perforante*, atunci când este lezat și un organ: creier, plămân, inimă, stomac, ficat, splină, pancreas, intestin, vezică biliară sau urinară etc.

10.1.2.3.2. Varietăți de plăgi în funcție de agentul causal. Vom arăta pe scurt caracteristicile acestor plăgi, caracteristici de care trebuie să se țină seama atunci când ele sunt examinate, explorate sau tratate.

■ *Plăgile prin înțepare* sunt cele mai frecvente și, în general, cele mai simple ca urmărire, dar totodată și cele mai înșelătoare, motiv pentru care tratarea lor corectă este de multe ori neglijată.

După orice înțepare trebuie să ne asigurăm că obiectul cu care s-a făcut înțeparea (ac, cui, șpan, așchie de lemn) a fost extras complet din plagă. În caz contrar, este obligatorie lărgirea plăgii și explorarea ei. Controlul radiografic poate fi foarte util în cazul înțepării cu corpuri metalice. Imediat după înțepare, accidentatul trebuie să-și facă (sau să i se facă) o bună dezinfecție locală prin spălarea regiunii cu apă și săpun, badijonarea insistentă cu alcool sau tinctură de iod și amplasarea peste plagă chiar dacă este punctiformă, a unui pansament, eventual a unei benzi de Romplast.

Procedând așa, plăgile prin înțepare nepenetrante, simple, se vindecă după o simplă reacție locală de tip inflamator, mai mult sau mai puțin evidentă. Ori de câte ori există bănuiala că agentul traumatic care a produs plaga a fost foarte infectat, mai ales dacă se știe că a stat mult timp în contact cu țesuturile, bolnavul trebuie ținut sub o observație atentă, pentru a se preveni formarea unui abces sau a unui flegmon.

Dacă prin înțepare s-a produs o plagă penetrantă sau perforantă, traiectul va fi explorat chirurgical și se va proceda în funcție de leziunile care eventual au fost găsite.

O atenție deosebită trebuie acordată plăgilor prin înțepare cu un creion de anilină (creion chimic). Aceste substanțe, mai ales când în plagă rămân fragmente din ele, continuă să acționeze și să distrugă țesuturile. Singurul tratament al acestui tip de rănire este excizia largă a tuturor țesuturilor colorate cu substanța respectivă umrată, dacă este cazul, de grefare cu piele liberă despicată (plastie de piele).

Insistăm asupra faptului că înțepăturile mâinii, uneori chiar minime (după înțeparea cu un ac de cusut, cu vârful unei foarfeci de manichiură) și care se închid (la suprafață) foarte repede după ce s-au produs, pot fi urmate după câteva zile de leziuni inflamatorii grave. Ele pot determina panariții și infecția se poate transmite de-a lungul tecilor tendinoase, dând tenosinovite și flegmoane ale mâinii care adeseori duc la invalidități grave sau, cel puțin, necesită un tratament îndelungat și dificil. Reușim să prevenim apariția complicațiilor numai dacă vom proceda așa cum am specificat mai sus.

■ *Plăgile prin tăiere* au marginile regulate, astfel încât vindecarea lor este, de obicei, ușoară dacă plăgile sunt simple. Sunt importante și aici întinderea și profunzimea plăgii, organele interesate, septicitatea factorilor vulneranți etc. Aceste plăgi sângerează, de obicei, abundent, încât trebuie aplicată prompt o hemostază corectă.

■ *Plăgile prin zdrobire* sunt plăgi anfractuozose (cu margini neregulate), cu suprafețe mari distruse. Necesită o toaletă minuțioasă locală (dezinfecție, excizia țesuturilor fără vitalitate etc.). Dacă nu sunt corect îngrijite, ele expun la supurații de lungă durată, putându-se dezvolta în ele și germeni anaerobi. Se vindecă greu, lasă cicatrice inestetice sau necesită plastii.

Mai ales în astfel de plăgi, ne interesează profunzimea plăgii și organele lezate.

■ *Plăgile prin mușcare* sunt de cele mai mult ori plăgi cu margini neregulate - anfractuozose, cu distrugerii însemnate de țesuturi. Alteori sunt superficiale, dar se caracterizează printr-o septicitate marcată, dată fiind septicitatea florei bucale la om sau la animale. Se va avea în vedere și posibilitatea de inoculare a turbării prin mușcătură, prezentarea la un serviciu antirabic fiind obligatorie.

■ *Plăgile prin armă de foc* sunt foarte complexe. Ele se pot produce printr-un simplu glonte sau prin schije de proiectil explozibil. În funcție de agentul vulnerant care a produs plaga se constată și intensitatea distrugerilor de țesuturi și organe de care depinde gravitatea plăgii. La aceasta se adaugă posibilitatea de infectare a plăgii cu germeni care au intrat în plagă odată cu proiectilul sau după aceea. Acest tip de plăgi necesită un tratament operator într-un serviciu chirurgical bine dotat. Plăgile provocate de proiectile explozibile au marginile anfractuozose, iar distrugerile de țesuturi sunt extrem de mari. Acest tip de distrugere a țesuturilor poartă denumirea de *dilacerare sau delabrare* și necesită o foarte atentă îngrijire medico-chirurgicală.

■ *Plăgile otrăvite (intoxicate)* sunt plăgi în care odată cu producerea lor, se introduc în ele substanțe chimice, microbi, virusuri, toxine vegetale și animale cu acțiune distructivă locală și repercusiuni asupra stării generale.

Astfel de plăgi sunt plăgi mușcate de șerpi, înțepături ale unor insecte, mușcături ale unor animale turbate (câine, lup, vulpe, șobolani) etc.

În cazul inoculării veninului de șarpe, prin mușcătură, acesta produce fenomene neurotoxice, hemolitice, citotoxice și tromboembolice. Imediat după mușcătură se va aplica un garou, pentru a împiedica difuzarea veninului, se va face sucțiunea veninului sau excizia largă a plăgii mușcate, se va administra antivenin.

Înțepăturile de insecte (ex.: viespe, albină) produc tumefierea regiunii, dureri localizate, edem, cefalee, uneori fenomene anafilactice grave - cu edem al feței și al gâtului, putând duce la insuficiență respiratorie acută. Tratamentul va consta în aplicarea garoului, extragerea sacului cu venin, tratament cu antialgice și antihistaminice, iar în caz de insuficiență respiratorie gravă prin edem de glotă - traheostomie.

În cazul plăgilor mușcate de animale susceptibile de a fi turbate, după o toaletă riguroasă și debridare a plăgii, pansament, fără sutură imediată a plăgii și profilaxia antitetanică, se va face vaccinare antirabică, obligatorie, știind că există numai tratament profilactic al rabiei, adică vaccinarea antirabică și nu există nici un tratament în cazul declanșării bolii, care este mortală.

10.1.3. Evoluția și complicațiile plăgilor

Cu excepția plăgilor operatorii, care sunt făcute în condiții de asepsie în sălile de operații, orice altă plagă se consideră contaminată cu microbi, chiar din momentul în care s-a produs. În primele 6-8 ore de la producerea unei plăgi, mai ales dacă aceasta nu este mare și nu au pătruns în ea pământ, resturi de haine etc., forțele proprii de apărare ale organismului acționează prin diapedeză și fagocitoză și combat efectul nociv al microbilor, distrugându-i. Dacă nu s-a putut acorda asistență medicală unei plăgi în interval de 6-8 ore, microbii, atât cei aerobi cât și cei anaerobi, se dezvoltă foarte mult, cantitatea de germeni care se dezvoltă fiind în raport direct cu gradul de distrugere al țesuturilor și cu lipsa lor de vitalitate - țesuturile mortificate constituie un excelent mediu de cultură pentru germeni. Plăgile netratate în timp util devin purulente, se pot complica, dând gangrene gazoase, flegmoane, abcese, erizipel. Adeseori pot să apară complicații ca: tromboflebite, septicemie ori pioemie. Plăgile netratate la timp sau pentru care nu s-a acordat nici cel puțin primul ajutor, pot sângera abundent, determinând chiar moartea bolnavului prin hemoragie. Pot să apară și alte complicații grave, determinate de leziunea organelor profunde, așa cum s-a arătat mai sus și cum se va mai arăta și în alte capitole.

Iată de ce trebuie să se acorde un prim ajutor și apoi un tratament medical complet, cât mai curând posibil după producerea unei plăgi.

10.1.4. Tratamentul plăgilor

10.1.4.1. Primul ajutor

Ori de câte ori ne găsim în fața unui accidentat care are o plagă, ne vom grăbi să-i acordăm primul ajutor, care constă în: *scoaterea accidentatului din mediul în care a suferit traumatismul (dacă este un mediu încă nociv), oprirea provizorie a hemoragiei, aplicarea unui pansament protector, transportarea accidentatului într-un serviciu chirurgical pentru a se aplica tratamentul definitiv al plăgii*. Gravitatea plăgilor nu poate fi adeseori apreciată corect chiar și după o explorare și o toaletă chirurgicală completă; de aceea, în caz de dubiu, accidentații trebuie să fie trimiși într-un serviciu chirurgical bine utilat.

10.1.4.2. Tratamentul curativ

Înainte de începerea tratamentului trebuie să se afle în ce împrejurări a avut loc accidentul, care a fost agentul cauzal, trebuie să se stabilească, de asemenea, felul și gradul leziunilor, modul în care s-a acordat primul ajutor, calitatea acestuia, dacă s-a putut face un prim pansament în condiții aseptice.

Vom trata în cele ce urmează numai tratamentul plăgilor nepenetrante și neperforante (plăgile care nu depășesc meningele, seroasa pleurală, peritoneul). Tratamentul care va fi aplicat în aceste plăgi este următorul:

■ *Calmarea durerii*. Prima grijă este aceea de a calma durerea bolnavului. Se va administra deci Algocalmin, eventual Fasconal, Piafeu, Fortral, Mialgin. Dacă este necesar să se facă explorarea, toaleta și sutura plăgii, se vor face acestea sub anestezie generală sau regională; se va utiliza anestezia locală numai pentru plăgile mici.

■ *Tratamentul unei plăgi începe cu o toaletă locală minuțioasă*. Aceasta se execută astfel: se va rade părul în jurul plăgii până la o distanță de cel puțin 10 cm

de marginile acesteia (dacă plaga este într-o regiune cu păr). Apoi se spală pielea cu apă și săpun ori cu o soluție cu detergent. După o nouă spălare numai cu apă sterilă se mai poate curăța pielea cu neofalină sau eter pentru degresare. La sfârșit se badijonează cu tinctură de iod. Badijonarea începe circular din jurul plăgii și se îndepărtează până la o distanță de cel puțin 10 - 15 cm de plagă. Se curăță apoi plaga cu un antiseptic: Rivanol, Cloramină sau mai bine cu apă oxigenată, care are capacitatea de a antrena la suprafață și mici corpi străini. Dacă ne aflăm într-o sală de operații sau cel puțin într-o sală care dispune de condițiile necesare aplicării unei conduite bune chirurgicale: comprese, câmpuri, instrumente și materiale de sutură sterile (în dispensar cu policlinică), tratamentul va continua prin explorarea mai minuțioasă a plăgii și extragerea chirurgicală a corpurilor străine. Dacă există țesuturi fără vitalitate suficientă (devitalizate), acestea se excizează și se îndepărtează (se debridează). Dacă plaga sângerează și nu se poate face hemostaza numai prin tamponament compresiv sau prin sutura plăgii, se va căuta vasul care sângerează și se va face hemostaza chirurgicală, ligaturând vasul.

Cu această ocazie facem și inventarul general al plăgii: stabilim dacă sunt mari rupturi musculare, secționări de tendoane, de nervi, de vase mari. Accidentaților cu astfel de lezuni li se va face hemostaza necesară, sutura provizorie a plăgii și, dacă nu avem specialist în executarea de intervenții operatorii, vom trimite accidentații în servicii chirurgicale în care se pot face suturi de mușchi, tendoane, nervi sau, dacă este cazul, grefe vasculare.

■ *Sutura plăgii.* Plăgile recente (până la 6 ore de la accident) se pot închide per primam. În caz de dubiu, plaga va fi închisă per secundam - prin sutură sau plastic - care se efectuează atunci când suntem siguri că nu se dezvoltă în plagă un proces inflamator.

■ *Plăgile care depășesc 6 ore de la accident se consideră plăgi infectate.* Li se face același tratament descris mai sus, dar plaga nu se suturează primar, ci secundar. Totuși, dacă plaga pare curată și imediat după accident a fost pansată steril, se poate - în funcție de caz - să se facă și pentru aceste plăgi, cel puțin parțial, o sutură primară (per primam) după o debridare și antiseptizare foarte atente ale plăgii. În aceste cazuri vom urmări accidentatul și mai atent postoperator, vom aplica antibioticoterapia și vom reintervenii urgent prin redeschiderea plăgii ori de cât ori observăm semne de inflamare sau supurație locală. Avantajul închiderii plăgilor per primam față de cele închise per secundam este că se vindecă mult mai repede și lasă cicatrici mult mai estetice.

În toate cazurile se vor face injecții cu anatoxină tetanică (A.T.P.A.) 0,5 ml subcutanat. Toate plăgile supurate, precum și cele închise per primam vor fi urmărite și tratate activ.

■ Plăgile nesuturate vor fi urmărite zilnic cum evoluează și li se vor face pansamente procedându-se, dacă este cazul, la debridări (excizări) ale țesuturilor care se dovedesc fără vitalitate sau la alte terapii chirurgicale de specialitate, în funcție de regiunea în care se găsește plaga. Mai târziu, dacă plăgile evoluează corect, chirurgul poate face o sutură secundară a plăgii, plastii, grefe etc.

■ Dacă plăgile au interesat mase mari musculare, când există leziuni articulare ori ale tendoanelor segmentul de corp respectiv va fi imobilizat în aparat gipsat sau pe o atelă metalică.

■ Atragem atenția că nici o plagă, oricât de neînsemnată ar părea: o înțepătură fie chiar ca urmare a unei injecții, o zgâriere sau înțepare într-o așchie, într-o sârmă, un ciob de sticlă, ca urmare a unei manichiuri, pedichiuri sau bărbierit, nu trebuie neglijată. Multe din aceste plăgi pot determina, mai ales „după ce s-au închis”, colecții purulente grave.

10.2. PANSAMENTELE

Prin pansament, în sensul strict al definiției, s-ar înțelege numai acoperirea unei plăgi accidentale sau postoperatorii cu un material protector, de obicei tifon și vată, fixat cu fașa sau cu un material adeziv.

Totuși pansamentul îl înțelegem practic într-un sens mult mai larg și anume - *întreg actul medical prin care: dezinfectăm pielea în jurul unei plăgi, curățăm și dezinfectăm plaga, aplicăm pe ea, dacă este cazul, substanțe medicamentoase, o acoperim cu un material protector în scopul de a o proteja de mediul înconjurător și fixăm acest material protector cu ajutorul unei feși sau cu un material adeziv.*

Se fac pansamente în plăgi accidentale și în plăgi neaccidentale (operatorii), după supurații etc.

10.2.1. Clasificarea pansamentelor

Pansamentele pot fi:

10.2.1.1 *Protectoare*

Cele care se aplică numai pentru a feri plaga de contactul cu exteriorul (plăgi operatorii, locul de înțepare după efectuarea unei injecții sau puncții etc.).

10.2.1.2. *Absorbante*

Cele în care materialul ce se aplică pe plagă are scopul de a absorbi secrețiile. Astfel de pansamente se fac pentru tratarea plăgilor infectate, secretante. Sunt practic pansamentele cele mai curente.

10.2.1.3. *Compresive*

Cele care se aplică în scopul de a opri o sângerare sau o limforagie, ori când pansamentul are scopul de a ține strânsă o articulație, într-o entorsă, spre exemplu.

10.2.1.4. *Ocluzive*

Cele care se fac în scopul de a se izola complet o plagă de exterior. Uneori în acest scop se folosește și pansamentul gipsat. Frecvent folosit altă dată, în mare măsură și pentru rolul său absorbant, se utilizează azi din ce în ce mai rar de către chirurghi, controlul frecvent al plăgii fiind necesar bunei evoluții a acesteia.

10.2.1.5. *Umede*

Cele care se folosesc cu scop antiflogistic (antiinflamator). Acest tip de pansament este contraindicat în plăgile care secretă abundent, deoarece favorizează secreția și provoacă dermite, piodermite, foliculite.

Pansamentele umede mai poartă și denumirea de *prîșnițe*. Se folosesc mai ales când nu există o rană, ci numai un edem inflamator, o tromboflebită etc. Pentru prîșniță se folosește, de obicei, apa simplă, rece. Drept pansament se folosește un câmp mic sau mijlociu îmbibat cu apă, peste care se pune o foaie de pânză cauciucată sau din material plastic. Prîșnițul cu apă se poate ține mai multe zile, reînmuindu-se din când în când. Sub prîșniț, pielea face cute caracteristice. Pentru reducerea edemului din jurul

plăgilor (postoperatorii suturate) se folosește, de asemenea, prîșnițul alcoolizat (comprese îmbibate cu alcool medicinal). Se mai pot folosi pentru prîșniț: Rivanolul, Cloramina, soluția Burow (soluție de aluminiu acetat), acesta din urmă fiind nu numai antiseptic ci și astringent local. Prîșnițul alcoolizat nu trebuie ținut decît câteva ore, deoarece alcoolul este iritant pentru piele. De altfel, și aplicarea celorlalte prîșnițe trebuie alternată cu perioade de pansamente uscate.

În chirurgie, pansamentele se efectuează pentru două tipuri de plăgi: aseptice și septice.

Pansamentele care se fac pentru plăgi aseptice (pansamente protectoare) au scopul de a acoperi plăgile neinfectate, postoperatorii sau accidentale și sunt de obicei pansamente foarte simple. Ele constau numai din acoperirea acestor plăgi cu comprese pentru a izola plaga recentă de contactul cu exteriorul și deci pentru a o feri de infecție și pentru a absorbi sângele sau limfa care s-ar evacua eventual prin spațiile dintre firele de sutură.

Pansamentele pentru plăgile septice (infectate) necesită o tehnică de lucru mai complexă, adeseori diferențiată de la o plagă la alta, manopere suplimentare, precum și materiale (inclusiv soluții antiseptice) mai multe și mai complexe.

10.2.2. Principiile care stau la baza efectuării unui bun pansament sunt următoarele:

- a) să acopere complet plaga și astfel să o izoleze bine de mediul exterior;
- b) să fie făcut cu materiale sterile. Bandajul exterior - tifonul care se lipește deasupra cu fașa - poate fi din material nesteril, în cazul când pansamentul de dedesubt este suficient de gros;
- c) pentru plăgile secretante, materialul cu care se face pansamentul (compresele, vata) trebuie să aibă o foarte bună putere absorbantă, pentru a absorbi în mod eficace secrețiile plăgii;
- d) să se utilizeze soluția antiseptică cea mai adecvată;
- e) bandajul care fixează pansamentul propriu-zis să fie suficient de elastic și totodată suficient de bine strâns, astfel încât pansamentul să nu se miște din loc, dar nici să nu producă constricție;
- f) executarea pansamentului nu trebuie să provoace dureri bolnavului.

10.2.3. Materialele necesare pansamentelor

a) *Instrumente obișnuite* (pense, foarfece chirurgicale, stilete, sonde canelate, foarfecă butonată etc.), *tuburi de dren, comprese, vată, feși, soluții antiseptice, pulberi absorbante și cu antibiotice, unguente variate, substanțe sau materiale adezive, soluții folosite pentru desfacerea pansamentelor*. Compresele și vata trebuie să fie făcute din materiale de bună calitate, pentru a absorbi secrețiile (hidrofile).

b) *Unguentele* (pomezile) se utilizează mai ales pentru protejarea pielii în cazurile în care există pericolul de a se produce iritarea acesteia prin secreții abundente cu putere macerantă care se elimină din plagă. Amestecate cu substanțe antiseptice sau bacteriostatice, se folosesc, de asemenea, în plăgile mari care necesită pansamente frecvente și în care îndepărtarea pansamentelor este, de obicei, dureroasă.

Menționăm câteva din cele mai folosite unguente:

- vaselina simplă, alifia boricată 10%, unguentul zincat 10%, unguentul sulfamidat sau amestecat cu alte antibiotice; unguentul cu Hiperici herba, uleiul de vaselină, glicerina, Jecolanul (unguent în a cărui compoziție intră untura de pește), Jecozincul (preparat oarecum similar cu cel anterior, având în compoziție și oxid de zinc). Neopreolul (unguent în a cărui compoziție intră prednisolon, neomicină, untura de pește).

c) *Materialele și soluțiile de lipit.* Leucoplastul se găsește în comerț sub formă de benzi de diverse lățimi și lungimi. Are o putere adezivă relativ bună. Se folosește pentru fixarea compreselor unui pansament (manevră rapidă și de multe ori eficientă). Este foarte util pentru menținerea unor pansamente mici, mai ales la față și la ceafă. Are dezavantajul că irită, la unele persoane, pielea pe care a fost lipit. Industria noastră farmaceutică livrează preparatul Romplast (mici comprese sterile fixate pe leucoplast), foarte util pentru pansarea micilor răni, a micilor orificii rămase după executarea unei injecții etc., mai ales la domiciliu, în dispensare, în afara unităților sanitare.

Galifixul (Mastisolul) se utilizează larg, putând înlocui aproape complet toate celelalte mijloace de fixare a pansamentelor.

Există unele regiuni ale corpului pe care pansamentul necesar de aplicat după efectuarea suturii este greu de fixat. Fixarea cu Galifix sau leucoplast este inefficientă adeseori iar cea prin înfășurare este foarte greoaie și greu de menținut. Cele mai specifice regiuni sunt capul și fața, dar și alte părți ale corpului se comportă la fel. În toate aceste cazuri, este bine să acoperim plaga recent suturată cu un sul de tifon pe care-l prindem chiar cu firele de sutură realizând un așa-numit Bourdonet.

d) *Soluțiile folosite pentru desfacerea pansamentelor*

e) pentru desprinderea de pe piele a compresei lipite cu Galifix se folosește neofalina (benzina) sau eterul;

f) pentru desprinderea din plagă a compreselor, atunci când acestea sunt foarte aderente, se folosește apă oxigenată, soluții slabe de hipermanganat de potasiu sau de bromocet, serul fiziologic cald.

10.2.4. Tehnica de executare a pansamentelor

Pentru executarea pansamentului se va proceda astfel:

- *Se desface fașa aplicată peste pansament*, cu multă blândețe. Este preferabil ca această fașă să fie tăiată cu o foarfecă butonată pe partea opusă plăgii, în loc de a fi desfășurată. Dacă pentru fixarea pansamentului nu s-a folosit fașă ci o compresă lipită cu Galifix, acesta se va dizolva cu un tampon înmuiat în neofalină sau eter și apoi se îndepărtează compresa.

Dacă pansamentul a fost lipit cu leucoplast, se desface cu blândețe banda de leucoplast de pe piele. *Nu folosim neofalină, pentru că aceasta face ca stratul aderent al leucoplastului să rămână pe piele și curățirea este foarte anevoioasă.* Desfacerea leucoplastului de pe părțile păroase trebuie făcută cu blândețe și cu tehnica adecvată, pentru că provoacă dureri.

- *Se ridică apoi vata și compresele care acoperă plaga.* Pentru desprinderea compreselor de pe plagă, atunci când acestea sunt aderente, se folosește fie o îmbibare puternică cu ser fiziologic sau apă oxigenată, care se toarnă pe plagă (după câteva

minute de așteptare serul sau apa oxigenată desfac compresele de pe plagă), fie o baie caldă, îndelungată, într-un vas steril, în care s-a pus o soluție foarte diluată de permanganat de potasiu sau un detergent slab. În această baie se introduce segmentul de corp pe care există plaga (mâna, antebrațul, piciorul etc.). Pansamentele mari de pe torace și abdomen, specifice arsurilor, se pot desface într-o cadă cu apă caldă.

- *Dezinfectarea plăgii și a zonelor din jurul plăgii.* Această manevră se va face conform unei tehnici stricte. Astfel, imediat după ce a fost ridicat pansamentul se face o curățire sumară a plăgii dacă ea este prea murdară, după care sunt șterse bine tegumentele cu un tampon îmbibat în neofalină sau eter pornind *circular și centrifug - din apropierea plăgii către exterior*. Nu se va proceda invers, deoarece există riscul de a se infecta plaga cu germenii de pe piele, care sunt aduși în plagă. Apoi, se asepticizează tegumentele din jurul plăgii cu tinctură de iod diluată sau cu alcool, executându-se badijonarea, de asemenea, dinspre plagă spre exterior.

10.2.4.1. Tratarea plăgii

Se revine apoi la plagă care este tratată în funcție de caracterul ei, folosindu-se soluțiile antiseptice sau alte preparate din cele specificate mai sus, în funcție de necesități și indicații.

a) - Plaga care se pansază trebuie să fie lăsată la sfârșitul pansamentului pe cât posibil de curată, fără secreții și fără sfaceluri. Pentru aceasta, se face curățirea cu tampoane uscate sau îmbibate în soluții antiseptice. La nevoie se va folosi spălarea plăgii cu un curent de soluție caldă de permanganat de potasiu și se vor extirpa sfacelurile cu foarfecele.

b) - În caz că plaga este drenată, se controlează dacă tuburile de dren funcționează în perfecte condiții (dacă sunt plasate în locul indicat, dacă pe ele se scurg secreții, dacă nu sunt astupate și au un calibru suficient). După ce am efectuat manevre se procedează în continuare astfel:

c) - Se acoperă plaga cu comprese. Compresele cu care acoperim plaga trebuie să depășească plaga în toate direcțiile cu cel puțin câte 5-6 cm. În orele sau zilele care urmează după pansament, trebuie să existe grija ca acestea să nu se miște de pe plagă.

d) - Pansamentul se face cu material suficient (comprese și vată), pentru a reține toate secrețiile și a nu risca să se imbibe rufăria bolnavului sau cea de pe pat cu germeni patogeni. Vom avea însă grijă să nu facem un pansament excesiv de bogat, pentru că acesta dă o senzație de încorfort bolnavului și reprezintă un consum inutil de materiale.

e) - Pansamentul, odată aplicat pe plagă, se fixează cu Galifix, leucoplast sau fașă.

Galifixul (mastisolul) se aplică pe piele, de jur împrejurul materialelor (comprese, vată) cu care s-a făcut pansamentul, foarte aproape de acestea, într-o peliculă fină și pe o lățime de circa 3 cm. Pielea trebuie să fie lipsită de păr, altfel compresa nu aderă. Aplicarea se face cu ajutorul unui tampon de vată care se înmoaie în Galifix. Nu se va utiliza același tampon la mai mulți bolnavi, pentru a se evita transmiterea de germeni infecțioși. După aplicarea Galifixului se așteaptă 20-30 secunde, pentru a se evapora cea mai mare parte din solventul (benzenul) în care este dizolvată substanța adezivă (colofoniul), după care se aplică o compresă de tifon suficient de largă care trebuie să acopere tot pansamentul aplicat pe plagă și toată zona pe care s-a dat pelicula de Galifix. Excesul de tifon se taie cu un foarfecă special, cu vârf bont, care evită rănirea pielii bolnavului.

Unii bolnavi au o sensibilitate specială la Galifix. De câte ori se observă reacții de intoleranță, se va renunța la acesta.

Fașa se aplică folosind tehnica pe care o vom descrie în capitolul următor (Bandajele, înfășurarea). Benzile de leucoplast se lipesc ușor de piele, cu condiția ca aceasta să fie lipsită de păr.

Ori de câte ori există cea mai mică perspectivă ca secrețiile din plagă să depășească toate straturile pansamentului și întotdeauna când plaga este drenată, peste, sub sau în jurul pansamentului se pune o aleză care se realizează dintr-un câmp sau un cearșaf împăturit. La nevoie se va așeza între cearșaf și saltea și un material impermeabil: foile de nylon sau cauciuc. Această precauție este absolut necesar a se lua în orice serviciu chirurgical pentru a evita contaminarea păturilor sau saltelelor cu microbi.

În cazul când executarea pansamentului face dificilă întoarcerea pe jos a bolnavului la pat (bolnavul a fost sub narcoză sau este într-o stare fizică precară), asistenta medicală se va îngriji ca el să fie transportat cu brancardul (porttarga).

Bolnavii care au secreții purulente trebuie să fie spitalizați separat de ceilalți bolnavi - operați sau neoperați încă. Dacă în cursul spitalizării se constată că plaga unui bolnav devine purulentă, el va fi mutat într-un salon cu plăgi septice.

10.3. BANDAJELE

Bandajarea sau înfășurarea constituie o metodă chirurgicală prin intermediul căreia se fixează pansamentul. Este deci o parte din operația mai complexă prin care este pansat un bolnav.

Situarea plăgilor în diferite părți ale corpului, ca și mărimea și caracterul lor obligă la aplicarea de tipuri diferite de înfășări. De aici a pornit dezvoltarea tehnicii înfășurii care a ajuns o adevărată știință - știința desmurgiei (grecește: desmos = legătură + ergon = lucrare).

Asistenta medicală trebuie să știe să aplice fiecărei răni bandajul potrivit. Numai procedând astfel, bandajul va menține bine pansamentul de plagă și aceasta nu va fi expusă la infectare cu germeni din afară.

Bandajarea este una din manoperele cel mai des întrebuințate în chirurgie. Tehnica de lucru fiind pentru unele bandaje extrem de simplă, iar pentru altele foarte complicată, poate arăta calitățile și dexteritatea celui care o practică. Bandajarea este un bun exercițiu pentru orice asistență medicală începătoare, pentru a căpăta ușurință în mișcări, precizie, blândețe și pentru a se adapta efectuării unui tratament corect.

10.3.1. Reguli privind aplicarea bandajelor

■ Fiecare tip de rană, în funcție de situarea și caracterul ei, necesită un anumit fel de bandaj.

■ Bandajul trebuie să fie suficient de strâns pentru ca pansamentul de dedesubt să nu se miște și totodată să fie suficient de elastic, pentru a permite o bună circulație sanguină în segmentul de corp respectiv. Sunt cunoscute cazuri în care un pansament prea strâns aplicat a determinat întreruperea circulației într-un membru și în consecință

gangrenarea acestuia. Trebuie să se știe că adeseori bolnavii pot fi sub anestezie sau inconștienți și că ei nu se pot plânge atunci că bandajul este prea strâns. Este suficient ca bandajul aplicat necorespunzător să fie menținut timp de câteva ore, pentru ca el să determine o ischemie (o oprire a circulației) în segmentul respectiv de corp și deci o gangrenă.

O tehnică de înfășare care respectă principiile care vor fi descrise mai jos permite să se realizeze o bună menținere a pansamentului în orice segment de membru.

Înainte de a descrie tehnica înfășării este important de menționat că *ori de câte ori situația o permite este recomandabil să se folosească pentru menținerea pansamentului, în loc de fașă, o simplă compresă lată din tifon lipită cu Galifix sau fixată cu benzi de leucoplast*. Avantajele acestui sistem sunt multiple:

- Execuția este mult mai rapidă și mai puțin dureroasă pentru bolnav.
- Se poate executa fără a se ridica bolnavul sau segmentul respectiv de corp (ridicarea bolnavului care se găsește sub narcoză este extrem de dificilă și uneori chiar periculoasă).
- În general se realizează o mai bună menținere pe plagă a pansamentului decât cu fașa.

Pansamentele autoadezive care se fixează cu plase elastice de contenție se aplică foarte ușor, rapid, se pot îndepărta apoi mai simplu, motiv pentru care câștigă teren din ce în ce mai larg (fig. 113).

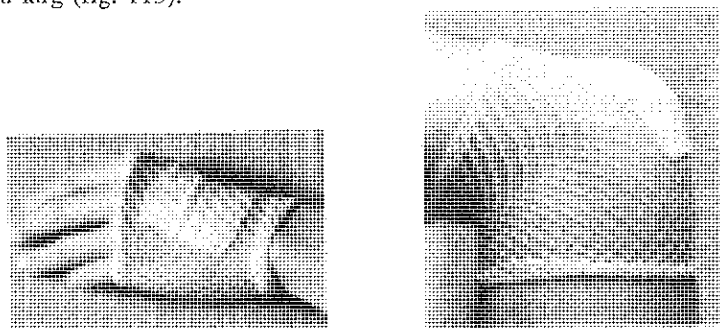


Fig. 113. - Pansamente autoadezive fixate cu plase elastice.

Atunci când este indicat să se facă înfășarea și nu se poate aplica o simplă compresă de tifon lipită cu Galifix și se bănuiește că nu se va realiza o bună menținere a pansamentului se va recurge la următorul artificiu, care este de altfel o combinație între bandajul obișnuit cu fașă și lipirea unei bucăți de tifon cu Galifix. După ce s-a aplicat pansamentul propriu-zis, se badijonează segmentul respectiv de corp, pe o întindere largă, dar numai din loc în loc cu soluție de Galifix. Fașa care va fi trasă peste Galifix, chiar dacă nu va fi prea strânsă, se va prinde perfect și pansamentul va rămâne nemișcat pe rană.

10.3.1.1. Condițiile unui bun bandaj

În executarea unui înfășări se va mai ține seama de următoarele condiții:

- - Înfășarea trebuie executată curent, cu mișcări bine coordonate, căutând a se evita, pe cât posibil, provocarea de dureri.

■ - Ea se va executa de la stânga spre dreapta (celui care execută) și de la extremitatea membrului care se înfașă spre rădăcina lui.

■ - Punctele fixe ale unei înfășări, ca și nodul prin care se termină fașa (în cazul când este necesar) vor fi plasate la distanță de plagă și nu în zona declivă (pe care stă bolnavul). Este mai indicat să se fixeze ultima parte a feșii cu benzi de leucoplast, în loc de a face un nod din fașă.

■ - În timpul înfășării sau desfacerii feșii, asistenta medicală se va așeza în așa fel, încât să fie tot timpul cu fața la bolnav.

10.3.2. Tehnica executării bandajelor (înfășarea)

Înfășarea se face cu ajutorul unui sul de tifon numit generic fașă. Feșile au diferite lățimi - între 5 și 25 cm - și lungimi între 2 și 5 m. Mai frecvent se utilizează fașa de 10 cm lățime și 5 m lungime.

Oricare ar fi tipul după care se face înfășarea, se va ține seama de următoarele reguli:

- Primele ture de fașă se încep la o distanță apreciabilă de leziune, la 10-15 cm (în afară de cazurile când nu este posibil acest lucru). Dacă este vorba de un membru, bandajul începe de la partea mai subțire a membrului către partea mai groasă. La acest nivel se trag una peste alta 4-5 ture de fașă (fig. 114). Apoi se avansează către leziune, având totdeauna grijă ca fiecare tură de fașă să fie parțial acoperită de o altă tură.

Tot timpul, fașa se menține sub o tensiune normală. Înfașarea se termină, de asemenea, la o distanță de 10-15 cm de leziune (dacă este posibil). În acest loc fașa se despică și se leagă. Putem însă să nu facem nod, așa cum am spus mai sus, ci să prindem fașa cu un ac sau, mai corect, să lipim peste ultimele ture de fașă două-trei benzi de leucoplast.

- Ruloul de fașă se ține în mâna dreaptă și se derulează cu această mână. Cu mâna stângă se menține tura de fașă executată și se pregătește locul peste care se va trage tura următoare.

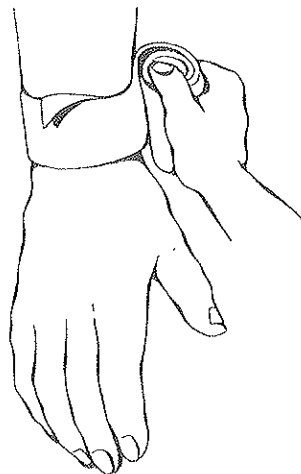


Fig. 114 - Primele ture de fașă, care se trag circular la distanță de plagă pentru a fixa fașa (punct fix interior).

10.3.3. Tipuri de înfășări

În cele ce urmează sunt descrise schematic diferitele tipuri de înfășare.

■ *Înfășarea circulară* este tipul cel mai simplu. Nu se menține prea bine, din care motiv are o utilizare limitată.

Se pot înfășa după acest sistem: segmente de degete și membre (încheietura pumnului, glezna), fruntea, gâtul, trunchiul, abdomenul.

Turele de fașă se suprapun circular (parțial), în așa fel încât tura care urmează depășește foarte puțin tura precedentă.

De obicei, acest fel de înfășare se poate menține puțin timp. Din cauza mobilizării segmentului de membru, fașa se strânge și ia forma unui cordon care jenează sau produce chiar dureri.

■ *Înfășarea oblică* se utilizează, de asemenea, rar, pentru că realizează o susținere insuficientă a pansamentului. Este, de obicei, utilizată atunci când există o leziune a axilei sau a bazei gâtului. În acest caz se merge pe sub axilă și peste partea opusă a gâtului.

■ *Înfășarea în spirală* se întrebuițează des. Prin aceasta se realizează ture de fașă care se așează una peste alta, în jumătate sau o treime (fig. 115). Este o înfășare cu ajutorul căreia se poate acoperi un segment mai mare de corp.

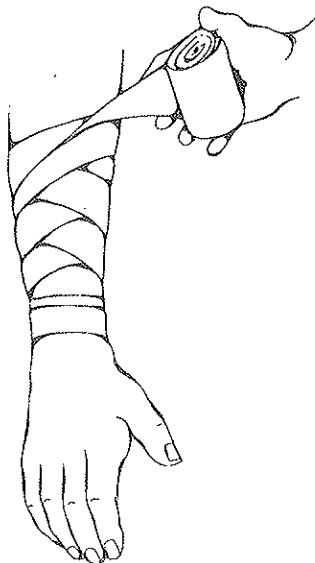


Fig. 115 - Înfășarea în spirală.

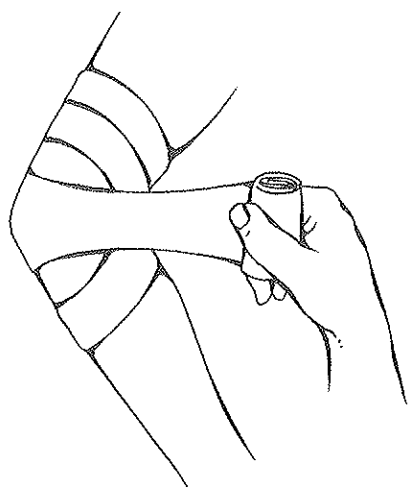


Fig. 116 - Înfășarea în formă de evantai a cotului.

Începând de la locul de fixare până la locul de terminare, înfășarea avansează în spirală. Pentru o cât mai bună bandajare se fac ture de fașă *înapoi*, ajungându-se la locul de unde s-a plecat. Este un bandaj foarte ușor de realizat, cere fașă relativ puțină și este foarte eficient, mai ales dacă pe locul sănătos peste care se trage fașa s-a aplicat din loc în loc un badijonaj cu Galifix.

■ *Înfășarea sub formă de spic de grâu* (spica) se execută de obicei pentru a se realiza o compresiune asupra unei articulații (hemartroză) sau pentru a menține un pansament în regiunile în care se fac mișcări ample (articulații).

Turele se desfășoară sub formă de 8, mergând de sub articulație deasupra articulației și apoi revenind sub articulație. Pansamentul are aspectul unui spic de grâu, de unde denumirea de spică.

■ *Înfășarea sub formă de evantai* reprezintă o combinație între înfășarea circulară și cea în spirală. Se folosește pentru a înfășa zonele articulare cu mobilitate mare - articulația cotului, a genunchiului - atunci când bolnavul are voie să miște genunchiul sau cotul (fig. 116).

■ *Înfășările recurente* sunt formate dintr-o serie de ture care se întretaie în unghi drept. Se realizează astfel o serie de ture, dintre care unele merg de-a lungul, iar altele în jurul segmentului de corp. Se folosesc, de obicei, pentru a menține un pansament aplicat pe un bont de membru, după amputație.

Acest tip de înfășare se poate executa cu unul sau cu două suluri de fașă. Înfășarea cu două suluri de fașă este cea mai recomandabilă, deoarece face conținția cea mai bună. Fiecare din cele două suluri execută înfășarea numai într-un singur sens - fașa unui sul execută înfășarea circulară, fașa celuilalt sul, înfășarea verticală (fig. 117).

■ *Înfășarea sau bandajarea cu feși compuse sau alte sisteme de menținere.* Adeseori, pentru anumite regiuni ale corpului, nu pot fi

folosite pentru menținerea unui pansament fașa sau tifonul lipit cu Galifix sau fixat cu o bandă de leucoplast.

În aceste cazuri există alte mijloace de menținere a pansamentului sau se pot combina feșile în anumite forme, astfel încât să se obțină susținerea dorită a pansamentului.

Iată câteva din aceste tipuri:

◆ *Praștia*, care este un gen de bandaj în formă de praștie, de unde și numele. Se folosește pentru a menține pansamentele aplicate pe nas. Se face dintr-o fașă relativ îngustă (6 cm) și lungă de 40-50 cm. Partea centrală a feșii rămâne ca atare, părțile laterale se despică. Cu partea centrală se acoperă pansamentul de pe nas, iar părțile despicate se înnoadă la spate, având grijă ca segmentele de jos să se înnoade sus și cele de sus să se înnoade jos (fig. 118 A).

◆ *Căpăstrul* are o formă similară cu praștia. Este denumit așa pentru că se folosește pentru menținerea pansamentelor aplicate pe bărbie sau pe buze (fig. 118 B).

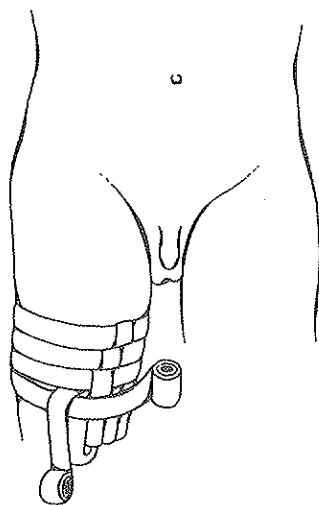


Fig. 117 - Înfășarea recurrentă, cu două feși, a unui bont de coapsă.

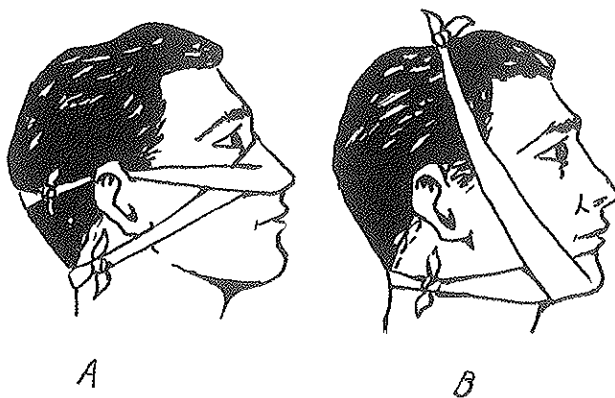


Fig. 118 - A - Praștia. B - Căpăstrul.

◆ *Basmaua* (fig. 119) este un sistem de bandaj util de cunoscut, deoarece se recurge la el atunci când este necesar să se improvizeze un mijloc de susținere a unui pansament aplicat pe cot, braț, antebraț, cap sau să se imobilizeze membrul superior pentru o fractură sau entorsă. Mult mai rar se întrebuițează pentru membrul inferior.

Se improvizează dintr-o basma-batistă, un pătrat de pânză de tifon sau stofă. Cu basmaua se pot improviza mai multe tipuri de bandaje și anume:

a) *Basmaua pentru cap*. Adeseori basmaua poate fi folosită pentru imobilizarea unui pansament aplicat pe cap. Modul de legare al colțurilor basmalei poate fi în acest caz diferit. Cel mai recomandabil este ca legarea să se facă pe frunte, folosindu-se eventual și ace de siguranță, pentru o mai bună menținere a ei (fig. 119 A).

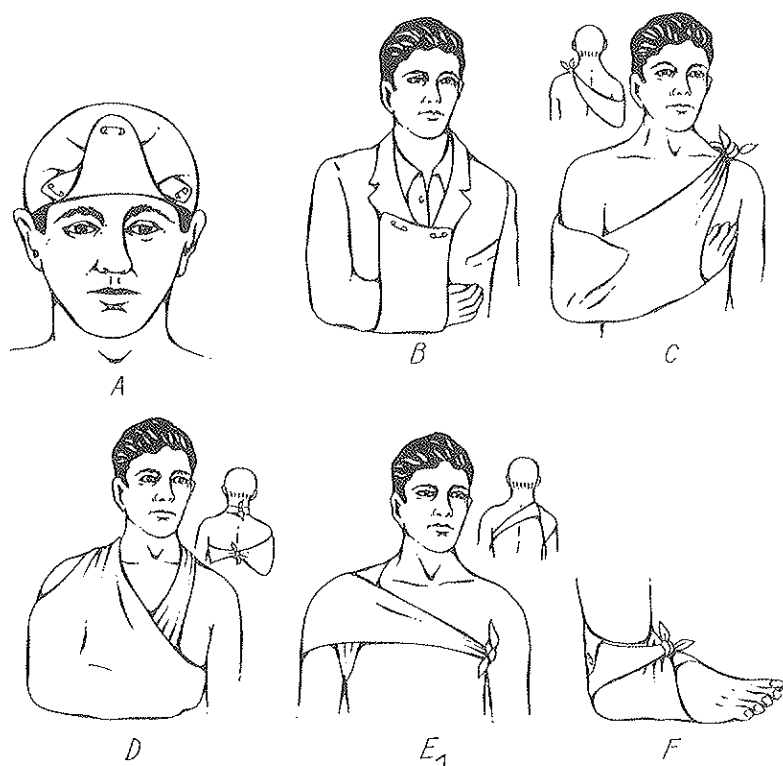


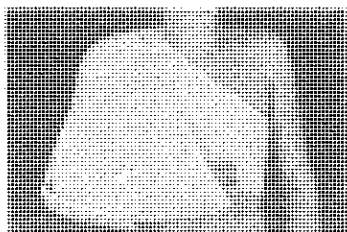
Fig. 119. - Bandajarea cu ajutorul basmalei:

A - basmaua pentru cap. B - bandaj sub formă de hamac făcut dintr-o basma. C - bandaj din basma pentru braț și antebraț, în două colțuri. D - bandaj pentru braț și antebraț, în patru colțuri (eșarfă). E₁ - bandaj sub formă de cravată axilară. F - bandajarea călcâiului cu basmaua.

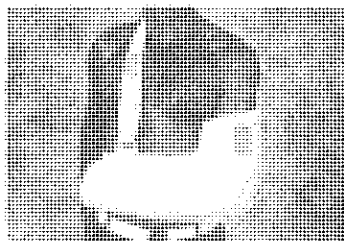
b) *Basmaua pentru membrul superior.* Cu ajutorul unei basmale se pot executa la membru superior: bandajul în formă de hamac, bandajul în formă de eșarfă, bandajul în formă de cravată axilară.

c) *Bandajul în formă de hamac* se face dintr-o basma dreptunghiulară îndoită, care susține mâna și antebrațul. Ea se agață de reverele hainei cu două ace de siguranță. Dacă basmaua este suficient de lungă, atunci nu mai este nevoie de ace de siguranță, ci se îndoaie capetele basmalei peste umărul opus. În acest caz, pentru a avea o menținere mai bună a membrului, se introduce în interiorul basmalei cotul și o parte din antebraț. Un hamac rapid și simplu de executat se poate face dintr-o fașă lată, la nevoie chiar din una îngustă, înnodată după gât (fig. 119 B, C).

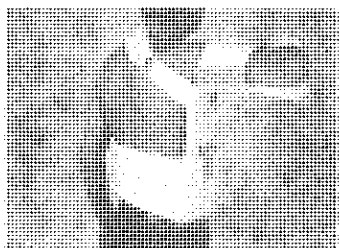
d) *Bandajul în formă de eșarfă* necesită o basma mult mai mare. Cele patru colțuri se prind la spate, după ce basmaua a cuprins în interiorul ei o bună parte din braț, cotul și antebrațul. Două dintre capetele basmalei sunt ridicate prin fața toracelui și părțile laterale ale gâtului și înnodate la ceafă; celelalte două sunt înnodate tot la spate dar în partea inferioară a toracelui. Este un mijloc bun de imobilizare, mai ales în caz de fracturi ale membrului superior (fig. 119 D).



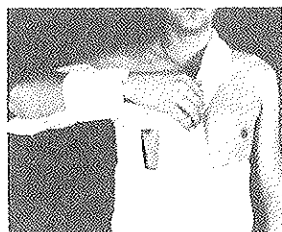
E_2



E_3



E_4



E_5

Fig. 119 - Alte feluri de bandaje pentru membrul superior:

E_2 , E_3 - bandaje din materiale preconfectionate. E_2 - în formă de vestă-jiletică. E_3 - bandaj care poate fi folosit și pentru tracțiunea humerusului în fracturile de col humeral. E_4 , E_5 - bandaj de abducție.

c) *Bandajul în formă de cravată axilară* este util în cazul când trebuie să se mențină imobilizat umărul pentru scurtă durată; în caz de entorsă, luxație redusă sau fractură de claviculă. Este necesară o basma cu formă dreptunghiulară. Basmăua acoperă cu partea sa centrală umărul, apoi un segment al ei coborât prin spate, pe sub axilă, este ridicat peste umăr și trecut prin spate către axila opusă. Celălalt segment merge prin față, către axila opusă, unde întâlnește segmentul de față care a fost dus prin spate și cu care se înnoadă (fig. 119 E_1). Mai există și alte tipuri de bandaje pentru membrul superior (fig. 119 E_2 , E_3 , E_4 , E_5).

f) *Basmaua pentru membrul inferior* se folosește în lipsa unei feși, pentru imobilizarea articulației tibiotarsiene, în care caz după ce basmaua a îmbrăcat bine călcâiul capetele ei se înnoadă la nivelul articulației în față (fig. 119 F).

■ *Bandajele de corp* se folosesc adesea în clinică pentru a menține un pansament voluminos, un prîsnij toracic sau imediat după operație când, la persoanele foarte voluminoase, trebuie ajutată menținerea suturii chirurgicale făcute. Se întrebuintează un dreptunghi mare de pânză, cu care se învelește foarte strâns segmentul de corp respectiv. Capetele dreptunghiului se prind de tura de pânză de dedesubt cu ace de siguranță. Se pot crea astfel de bandaje cu șireturi sau prinse, în final, circular, cu benzi de leucoplast. Pentru ca aceste bandaje să nu se deplaseze, este recomandabil să fie fixate prin două benzi, sub formă de U, trecute prin partea internă și superioară a coapselor (fig. 120).

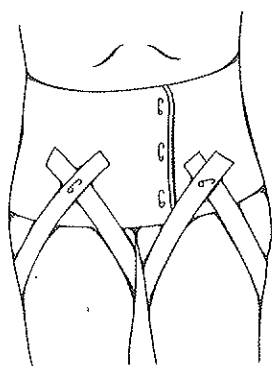
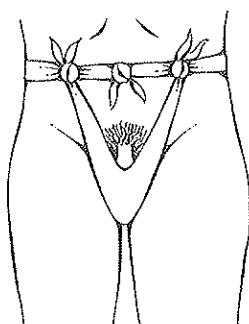
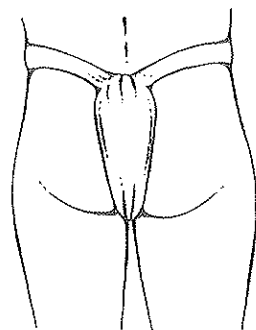


Fig. 120 - Bandaj abdominal.



A



B

Fig. 121 - Bandaj în T (dr. M. Mihăilescu): A - bandajul aplicat văzut din față; B - bandajul aplicat văzut din spate.

■ *Bandajul în T* (fig. 121) se folosește pentru pansarea zonei perineale, îndeosebi după operații pentru hemoroizi, flegmon perianal incizat, ruptură de perineu etc.

Se confecționează dintr-o singură fașă lată de 25 cm și lungă de cca 120 cm care se despică dinspre amândouă extremitățile pe o lungime de cca 60 cm, lăsând la mijloc un dreptunghi cu o lungime de cca 30 cm (fig. 121 A). Dreptunghiul (partea nedespică) se plasează peste pansamentul din regiunea perineală, ramurile superioare se înnoadă în față după ce s-a făcut o centură deasupra bazinului, iar cele inferioare se leagă prin față la această centură (fig. 121 B). Este recomandabil să se confecționeze din pânză în atelierul de lenjerie al spitalului astfel de bandaje (similare cu suspensoarele).

10.3.4. Bandajele speciale și aparatele pentru imobilizarea sau menținerea pansamentelor sau pentru alte scopuri

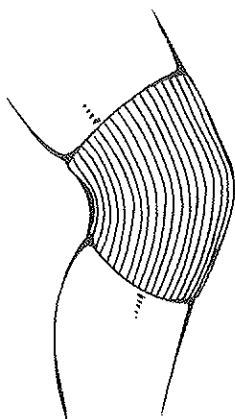


Fig. 122 - Genunchiera.

Feșile elastice. În țesătura acestor feși intră fire elastice (de cauciuc sau materiale sintetice, mase plastice), care au calitatea că se întind. Fașa se aplică sub o tensiune oarecare, în așa fel încât ea comprimă moderat zona de dedesubt. În comerț se găsesc și ciorapi elastici (cu fire de cauciuc) sau făcuți din fire supraelastice care își găsesc utilizare în tratamentul conservator al varicelor gambelor sau în menținerea unui pansament în această regiune.

■ *Genunchiera* (fig. 122) este utilizată îndeosebi în cazul entorselor sau al altor traumatisme ale genunchiului (a căror urmare este hidrartroza, ruptura de menisc, laxitatea ligamentelor genunchiului etc.). Genunchiera este făcută dintr-un material similar cu al feșilor elastice. Gleznierea, aplicabilă pe glezne - de dimensiunile gleznei - are calități și utilizări similare.

■ *Centura abdominală* este făcută dintr-un material similar cu cele de mai sus. Este indicată în obezitate, în eventrații, în sarcină, în ptoza organelor abdominale. Există modele variate de centuri abdominale.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 10

1. - Care din plăgile de mai jos se datorează agenților mecanici?
 - a. - plagă prin căldură, agenți ionizanți, raze gama;
 - b. - plăgi înțepate, tăiate, prin mușcătură;
 - c. - plăgi produse de frig, acizi, raze Röntgen.
2. - Plăgile produse prin manopere medicale se definesc ca:
 - a. - plăgi iatrogene;
 - b. - plăgi accidentale;
 - c. - plăgi intenționate.
 - d. - plăgi profunde.
3. - Ce înțelegem prin plăgi perforante?
 - a. - plăgi ale tegumentelor;
 - b. - plăgi însoțite de fracturi deschise;
 - c. - plăgi care pătrund în cavitățile naturale;
 - d. - plăgi care pătrund în cavitățile naturale și lezează unele organe din cavitatea respectivă.
4. - Plăgile însoțite de fracturi ale oaselor sunt:
 - a. - plăgi superficiale;
 - b. - plăgi penetrante;
 - c. - fracturi deschise;
 - d. - plăgi multiple.
5. - Ce înțelegem prin plăgi recente?
 - a. - plăgi produse în ziua respectivă;
 - b. - plăgi produse sub 6-8 ore;
 - c. - plăgi produse după 6-8 ore;
 - d. - plăgi produse în cursul ultimelor 48 de ore.
6. - Care este timpul maxim de la producerea unei plăgi, când se poate face sutură per primam?
 - a. - 10-12 ore;
 - b. - 1-2 ore;
 - c. - 6-8 ore;
 - d. - 24 ore.
7. - Care din următoarele plăgi intră în categoria celor intoxicate?
 - a. - plăgile înțepate cu retenție de creion chimic;
 - b. - mușcături de animale, insecte veninoase;
 - c. - plăgi cu gangrenă gazoasă;
 - d. - plăgi prin mușcături de animale turbate.
8. - Plăgile prin mușcătură de animal contaminat cu rabie sunt:
 - a. - contuze;
 - b. - infectate;

- c. - atone;
 - d. - cu marginile regulate.
9. - Ce trebuie să întreprindem când avem un accidentat cu plagă mușcată de un câine necunoscut?
- a. - să căutăm câinele și să urmărim evoluția acestuia;
 - b. - efectuăm toaleta, sutura plăgii, profilaxie antitetanică, antibiotice;
 - c. - efectuăm toaleta minuțioasă a plăgii, debridare, profilaxie antitetanică, trimitem pacientul la serviciul antirabic;
 - d. - excizie și sutură a plăgii, antibiotice.
10. - Care din următoarele manevre se practică în cazul mușcăturilor de șarpe și înțepăturilor de insecte veninoase?
- a. - incizia și excizia țesutului cutanat în zona lezată;
 - b. - aplicarea garoului deasupra leziunii;
 - c. - aspirație locală;
 - d. - administrare de antivenin.
11. - Ce facem când avem o plagă înțepată cu creion chimic?
- a. - excizăm porțiunea în care s-a dizolvat creionul chimic până la țesuturile sănătoase și dacă e necesar plastic de piele;
 - b. - facem toaleta plăgii, pansament și urmărim să nu se infecteze;
 - c. - facem incizie pentru eliminarea anilinei din țesuturi și rapel 0,5 ml ATPA;
 - d. - plaga este inofensivă, facem toaleta și pansament corect.
12. - În cazul unei plăgi înjunghiate, hemopericardul posttraumatic se poate prezenta ca o hemoragie:
- a. - interstițială;
 - b. - internă;
 - c. - externă.
13. - Plăgile netratate la timp se pot complica cu:
- a. - lipotimic;
 - b. - oligoanurie;
 - c. - supurații locale;
 - d. - tromboflebite, septicemie, septicopioemie.
14. - Rabia se poate transmite prin:
- a. - înțepături ale unor insecte (albine, viespi);
 - b. - plăgi mușcate de animale;
 - c. - plăgi prin arme de foc;
 - d. - inoculării veninului de șarpe.
15. - Care din fenomenele de mai jos se pot produce după înțepăturile unor insecte (viespi, albine)?
- a. - insuficiență respiratorie gravă, edem de glotă;
 - b. - anemii hemolitice;
 - c. - oligoanurie cu insuficiență renală acută;
 - d. - fenomene anafilactice cu edem al feței și gâtului, cefalee.
16. - În cazul mușcăturii de șarpe se va face:
- a. - aplicarea garoului pentru împiedicarea difuziunii veninului;
 - b. - perfuzie cu ser fiziologic sau ser glucozat;
 - c. - oxigenoterapie;
 - d. - sucțiunea veninului sau excizie largă a plăgii mușcate;
 - e. - administrare de antivenin.

17. - În care din situațiile de mai jos, alături de tratarea corectă a plăgii se va aplica o imobilizare în aparat gipsat?
- a. - plăgi cu hemoragie mare;
 - b. - plăgi în care sunt interesate mase mai vasculare și tendoane;
 - c. - plăgi supurate;
 - d. - plăgi cu leziuni osteo-articulare.
18. - Ce tip de pansament se va aplica în cazul unor plăgi care prezintă secreții abundente?
- a. - absorbant;
 - b. - protector;
 - c. - compresiv;
 - d. - antiflogistic.
19. - Când este indicată aplicarea unui pansament umed?
- a. - în plăgile recente;
 - b. - în plăgile care secretă abundent;
 - c. - în contuzii, fără leziuni ale pielii;
 - d. - în tromboflebite.
20. - Care din condițiile de mai jos stau la baza efectuării unui bun pansament?
- a. - să acopere complet plaga;
 - b. - să aibă o bună putere absorbantă;
 - c. - să fie foarte strâns, ca să nu alunece;
 - d. - executarea lui și în perioada menținerii să nu provoace dureri.
21. - Care din produsele de mai jos se pot folosi pentru lipirea în vederea menținerii unui pansament?
- a. - galifixul;
 - b. - leucoplastul;
 - c. - tifonul;
 - d. - eterul.
22. - Pentru desprinderea din plagă a compreselor, atunci când acestea sunt foarte aderente, folosim:
- a. - neofalină;
 - b. - eterul;
 - c. - apă oxigenată;
 - d. - bromocetul.
23. - Cu ce facem dezinfectarea plăgii și a zonelor din jurul plăgilor?
- a. - dezinfectăm plaga cu antiseptice citofilactice;
 - b. - dezinfectăm plaga cu tinctură de iod, alcool;
 - c. - zona din jurul plăgii o aseptizăm cu apă oxigenată, cloramină;
 - d. - zona din jurul plăgii o dezinfectăm cu tinctură de iod, alcool, metosept.
24. - Cum trebuie să fie plaga la sfârșitul pansamentului?
- a. - să fie sângerândă;
 - b. - să fie curată, fără secreții;
 - c. - să nu aibă sfaceluri;
 - d. - să aibă țesut de granulație abundent.
25. - Care sunt avantajele fixării pansamentului cu materiale adezive și nu cu fașă?
- a. - execuție mult mai rapidă și nedureroasă pentru bolnav;
 - b. - se execută fără a se ridica bolnavul sau segmentul respectiv;

- c. - se îndepărtează mult mai simplu și ușor;
 - d. - se poate aplica în orice segment al corpului.
26. - Când se execută înfășurarea sub formă de spic de grâu (spica)?
- a. - pentru realizarea unei compresii asupra unei articulații;
 - b. - pentru a menține un pansament în care se fac mișcări ample;
 - c. - pentru menținerea unui pansament la nivelul capului;
 - d. - pentru menținerea pansamentului la nivelul bărbiei și nasului.
27. - Pentru menținerea pansamentului la nivelul nasului se folosește:
- a. - bandaj lipit cu material adeziv;
 - b. - praștia;
 - c. - bandaj în T;
 - d. - înfășurarea sub formă de evantai.
28. - Pentru fixarea unui pansament la nivelul capului se poate folosi:
- a. - fixare cu leucoplast;
 - b. - fixare cu plasă autoadezivă;
 - c. - fixare cu basmaua (capelina);
 - d. - fixare cu galifix.
29. - Genunchiera se poate folosi în:
- a. - afecțiuni reumatismale ale genunchiului;
 - b. - entorse ale genunchiului;
 - c. - tuberculoză a genunchiului;
 - d. - hidrartroză, laxitate a ligamentelor genunchiului.
30. - Punctele fixe ale înfășurării, ca și modul prin care se termină fașa se vor plasa:
- a. - la distanță de plagă și nu în zona declivă;
 - b. - la nivelul plăgii;
 - c. - nu există o regulă privind modul lor de plasare;
 - d. - unde consideră cel care pansează, în funcție de poziția și felul bandajului.

RĂSPUNSURI

LA CHESTIONARELE DE LA CAPITOLELE 1-31

1. - Noțiuni generale despre chirurgie:
1-b; 2-a, b, c; 3-b; 4-a; 5-c; 6-b.
2. - Organizarea, funcționarea și dotarea serviciilor de chirurgie:
1-c; 2-b, c; 3-b; 4-b; 5-b; 6-a; 7-c; 8-a; 9-c; 10-b, c; 11-a, b, c; 12-c, d; 13-a; 14-a, b; 15-a; 16-b, c, d; 17-b; 18-d; 19-b; 20-b, c; 21-b; 22-c; 23-b; 24-a, c; 25-b, c; 26-a, d; 27-b; 28-c; 29-a; 30-a, b, c; 31-c; 32-a.
3. - Dezinfecția, asepsia și antisepsia:
1-a; 2-a; 3-a, b, c; 4-b; 5-a; 6-b; 7-c; 8-c; 9-b; 10-b, d, e; 11-a; 12-b; 13-a; 14-c; 15-c; 16-c; 17-a; 18-a, c; 19-b; 20-b; 21-b; 22-b; 23-c; 24-a; 25-b, c; 26-b; 27-c; 28-a; 29-b; 30-a; 31-b, c; 32-b; 33-b, c, d; 34-b; 35-a; 36-a, b, c; 37-b; 38-c; 39-a; 40-c; 41-a, c, d; 42-a, c.
4. - Infecțiile acute chirurgicale:
1-b; 2-b, c, e; 3-b; 4-c; 5-b, c; 6-c; 7-a; 8-b, d; 9-b, c; 10-b; 11-b; 12-c; 13-d; 14-b; 15-c; 16-b, d; 17-b; 18-a; 19-b; 20-a; 21-b; 22-b; 23-c; 24-b; 25-b; 26-a; 27-b; 28-a; 29-a, c, d; 30-a; 31-b, c; 32-c; 33-b; 34-c; 35-a; 36-b; 37-a; 38-b; 39-b, c; 40-c, d; 41-c; 42-a; 43-a, b; 44-a, b, d, e; 45-a; 46-b; 47-b; 48-a, c, d; 49-a; 50-b, c; 51-b; 52-b; 53-b; 54-c; 55-a, b, d; 56-b; 57-c; 58-a; 59-b; 60-b.
5. - Tuberculoza chirurgicală:
1-b, c, d; 2-b, c, e; 3-b, c; 4-b; 5-a, c; 6-b; 7-c; 8-b; 9-a; 10-b; 11-b, c, d; 12-b; 13-b; 14-c; 15-b, c; 16-b, c; 17-a; 18-c.
6. - Anestezia:
1-a, b, c; 2-c; 3-b; 4-b, d; 5-b, c; 6-b, c, d; 7-c; 8-a; 9-b; 10-a; 11-b; 12-a; 13-b, d; 14-a; 15-b; 16-c; 17-b; 18-b, d; 19-a; 20-a, c; 21-a, c, d; 22-c; 23-b; 24-d; 25-a; 26-b, d; 27-a, c; 28-c; 29-b; 30-a, c, d; 31-b, c; 32-a; 33-a; 34-d; 35-a; 36-b; 37-c; 38-a, d; 39-b, c; 40-b; 41-a, b; 42-c; 43-a; 44-b; 45-a; 46-c, d; 47-b; 48-a; 49-a; 50-c, d, e.
7. - Intervențiile chirurgicale elementare:
1-a, c; 2-b; 3-b; 4-a; 5-c; 6-c; 7-b; 8-a, c, d; 9-b; 10-b; 11-a; 12-d; 13-b, d, e; 14-b, c; 15-a, c, d; 16-c; 17-b; 18-a; 19-b; 20-c, d, e; 21-b; 22-a; 23-b; 24-a; 25-c; 26-a, d, e; 27-b; 28-b, c, e; 29-b, c; 30-a; 31-a, c; 32-b, c; 33-a; 34-b, c; 35-a; 36-c; 37-b; 38-a; 39-b; 40-c; 41-b.
8. - Hemoragia și hemostaza:
1-b; 2-a, c; 3-c; 4-d; 5-c; 6-b; 7-c, d; 8-a; 9-b, c; 10-b, d; 11-a, c; 12-b, d, e; 13-a, b; 14-c; 15-a, b; 16-a, c, d; 17-b; 18-b, c; 19-b, d; 20-b; 21-a; 22-a, c; 23-b, d; 24-a, b, c, d, e; 25-a; 26-c; 27-a; 28-b; 29-b; 30-c, d; 31-a, b, d; 32-c; 33-b.
9. - Transfuzia de sânge:
1-a, c; 2-b; 3-b, c; 4-b, c; 5-d; 6-c; 7-b, c; 8-a; 9-b, d; 10-a, c; 11-a, d; 12-a, c;

- 13-b, d; 14-b; 15-c; 16-a; 17-a; 18-c; 19-a; 20-a, c; 21-b; 22-a, d; 23-a; 24-d; 25-b; 26-d; 27-c, d; 28-a; 29-b, c; 30-b; 31-b, c, d; 32-b; 33-b, c, d, e; 34-b, c; 35-a, b; 36-b, c; 37-a, d; 38-b; 39-a, b; 40-b, d, e; 41-b, c; 42-c; 43-a, b; 44-a, d; 45-c, d, e, f; 46-b.
10. - Plăgile, pansamentele, bandajele:
1-b; 2-a; 3-d; 4-c; 5-b; 6-c; 7-a, b, c, d, ; 8-a, b; 9-c; 10-b; 11-a; 12-b, c; 13-c, d; 14-b; 15-a, d; 16-a, d, e; 17-b, d; 18-a; 19-c, d; 20-a, b, d; 21-a, b; 22-c, d; 23-a, d; 24-b, c; 25-a, b, c; 26-a, b; 27-b; 28-c; 29-b, d; 30-a.
11. - Arsurile:
1-b, d; 2-a, d; 3-a; 4-b; 5-b, d; 6-b; 7-b; 8-a, b, d; 9-b; 10-a; 11-a, d; 12-a; 13-c; 14-a, d; 15-a; 16-a, c, e; 17-a; 18-c, e; 19-d; 20-b; 21-c; 22-b, d, e; 23-c; 24-a, c; 25-b; 26-b; 27-c; 28-c; 29-a; 30-b, c; 31-b; 32-b; 33-c; 34-b, c, e; 35-b, d; 36-b, c.
12. - Leziuni prin temperaturi scăzute:
1-a, d; 2-c; 3-b; 4-c; 5-b, c; 6-b, d; 7-b, d; 8-a; 9-d; 10-b, d; 11-c; 12-b, c; 13-a; 14-c, d; 15-a, d.
13. - Traumatisme ale părților moi și ale oaselor:
1-a, b, e; 2-b, c; 3-c; 4-a; 5-a, d; 6-b; 7-d; 8-b, c; 9-b, c; 10-a, c, d; 11-a, d; 12-b; 13-c; 14-c; 15-b; 16-b, c; 17-a, d; 18-b, c, e; 19-b, d; 20-c, d; 21-b; 22-a, d; 23-b, c; 24-a; 25-c; 26-c, d, e; 27-b, c; 28-b; 29-a; 30-d; 31-c, d; 32-b; 33-b, c, e; 34-b; 35-b, d; 36-a, d; 37-a; 38-b; 39-c; 40-c; 41-a, c; 42-a; 43-b, c, e; 44-a, c; 45-a, c, d, e; 46-a, b, c, d; 47-b, d; 48-b, c; 49-a, b, d, e; 50-b; 51-a, d; 52-a, d; 53-b; 54-b, e; 55-d; 56-b; 57-d; 58-b, d; 59-b, d; 60-a, c, d.
14. - Șocul:
1-c; 2-b, c, d; 3-b, d; 4-a, c; 5-b, c; 6-a, d; 7-a, c; 8-a, b; 9-a, c, d; 10-a, c, d; 11-b, c; 12-c; 13-a; 14-b; 15-b, c; 16-b, d; 17-a; 18-c; 19-a, d; 20-b, c; 21-a, d; 22-d; 23-b; 24-d; 25-b, c; 26-a, c; 27-c, d; 28-b, c; 29-b, c, e; 30-b; 31-b, c; 32-a, c, d; 33-a, c; 34-a, b, e, f; 35-a, b; 36-b, c; 37-a, d; 38-a, c, d; 39-b, c, d; 40-b, d, e, f; 41-b, c; 42-a, c; 43-a, c, d; 44-c; 45-a, c, e; 46-b; 47-a, c; 48-b, d; 49-a; 50-b, d; 51-a; 52-b, d; 53-a, d; 54-b, d; 55-b, d; 56-a, b, d; 57-b, d; 58-b, c, d; 59-c; 60-a, c, d.
15. - Tumorile:
1-b, d; 2-a, d; 3-a, d; 4-b; 5-b, c, d; 6-a, c; 7-a, d; 8-b, d; 9-a; 10-b; 11-c; 12-b, c; 13-a, b, c; 14-c; 15-a, c; 16-b, c, d; 17-a, b, d; 18-b, d; 19-a, d; 20-b, c; 21-a, c; 22-a, d; 23-c; 24-c; 25-c; 26-a, c; 27-d; 28-a, c; 29-a, b; 30-b, c, d, e; 31-b, d; 32-c; 33-b, d; 34-c; 35-b, c, d; 36-a, d; 37-a; 38-b; 39-b; 40-a, d; 41-b; 42-c; 43-c, d; 44-b, c; 45-a, c; 46-c; 47-c; 48-b; 49-b, c; 50-c.
16. - Primul ajutor în urgențele medico-chirurgicale. Resuscitarea cardio-respiratorie:
1-b, d; 2-a, d; 3-c; 4-b; 5-a, c; 6-a, b; 7-b, c; 8-d; 9-a; 10-c, d; 11-d; 12-b, d; 13-c; 14-a, c; 15-c, d; 16-b; 17-b, d; 18-a; 19-a, d; 20-b, c; 21-a; 22-c, d; 23-a, c; 24-b, d; 25-b, c; 26-a, c, d, e; 27-a; 28-b, d; 29-a, b, d; 30-a, c; 31-b, c; 32-b, d; 33-b, d; 34-d; 35-a, d; 36-b, c; 37-a; 38-a, b, c; 39-a, c, d; 40-a, d; 41-b, d; 42-b, c, d; 43-a, c, d; 44-b, d; 45-a; 46-b; 47-c; 48-b; 49-a, c, d; 50-c, d; 51-a, c, d; 52-b, c; 53-a, d; 54-b, d; 55-a, c; 56-a, b; 57-c, d; 58-a, d; 59-d; 60-a, c, d; 61-a, b, d; 62-c; 63-a.

- c. în hipertensiune renală mai mult de 10 ani
d. în insuficiență renală acută
26. Când se realizează infuzarea sub formă de vopsea de granule?
a. pentru administrarea unei doze mari de drog
b. pentru a monitoriza un pacient în care se fac multiple injecții
c. pentru monitorizarea pacientului în timpul tratamentului
d. pentru monitorizarea pacientului în timpul tratamentului
27. Pentru monitorizarea pacientului în timpul tratamentului:
a. trebuie să se facă un test de urină
b. trebuie să se facă un test de sânge
c. trebuie să se facă un test de urină
d. trebuie să se facă un test de sânge
28. Pentru fiecare unitate pacient în unitatea de urgență:
a. trebuie să se facă un test de urină
b. trebuie să se facă un test de sânge
c. trebuie să se facă un test de urină
d. trebuie să se facă un test de sânge
29. Genușărea se poate face în:
a. poziția de genușărie
b. poziția de genușărie
c. poziția de genușărie
d. poziția de genușărie
30. Pentru fiecare unitate pacient în unitatea de urgență:
a. trebuie să se facă un test de urină
b. trebuie să se facă un test de sânge
c. trebuie să se facă un test de urină
d. trebuie să se facă un test de sânge

Capitolul 11 ARSURILE

Verificați-vă cunoștințele

- 11.1. Definiția termenilor din punct de vedere etimologic
11.2. Definiția termenilor
11.3. Definiția termenilor
11.4. Definiția termenilor
11.5. Definiția termenilor
11.6. Definiția termenilor
11.7. Definiția termenilor
11.8. Definiția termenilor
11.9. Definiția termenilor
11.10. Definiția termenilor
11.11. Definiția termenilor
11.12. Definiția termenilor
11.13. Definiția termenilor
11.14. Definiția termenilor
11.15. Definiția termenilor
11.16. Definiția termenilor
11.17. Definiția termenilor
11.18. Definiția termenilor
11.19. Definiția termenilor
11.20. Definiția termenilor
11.21. Definiția termenilor
11.22. Definiția termenilor
11.23. Definiția termenilor
11.24. Definiția termenilor
11.25. Definiția termenilor
11.26. Definiția termenilor
11.27. Definiția termenilor
11.28. Definiția termenilor
11.29. Definiția termenilor
11.30. Definiția termenilor
11.31. Definiția termenilor
11.32. Definiția termenilor
11.33. Definiția termenilor
11.34. Definiția termenilor
11.35. Definiția termenilor
11.36. Definiția termenilor
11.37. Definiția termenilor
11.38. Definiția termenilor
11.39. Definiția termenilor
11.40. Definiția termenilor
11.41. Definiția termenilor
11.42. Definiția termenilor
11.43. Definiția termenilor
11.44. Definiția termenilor
11.45. Definiția termenilor
11.46. Definiția termenilor
11.47. Definiția termenilor
11.48. Definiția termenilor
11.49. Definiția termenilor
11.50. Definiția termenilor
11.51. Definiția termenilor
11.52. Definiția termenilor
11.53. Definiția termenilor
11.54. Definiția termenilor
11.55. Definiția termenilor
11.56. Definiția termenilor
11.57. Definiția termenilor
11.58. Definiția termenilor
11.59. Definiția termenilor
11.60. Definiția termenilor
11.61. Definiția termenilor
11.62. Definiția termenilor
11.63. Definiția termenilor
11.64. Definiția termenilor
11.65. Definiția termenilor
11.66. Definiția termenilor
11.67. Definiția termenilor
11.68. Definiția termenilor
11.69. Definiția termenilor
11.70. Definiția termenilor
11.71. Definiția termenilor
11.72. Definiția termenilor
11.73. Definiția termenilor
11.74. Definiția termenilor
11.75. Definiția termenilor
11.76. Definiția termenilor
11.77. Definiția termenilor
11.78. Definiția termenilor
11.79. Definiția termenilor
11.80. Definiția termenilor
11.81. Definiția termenilor
11.82. Definiția termenilor
11.83. Definiția termenilor
11.84. Definiția termenilor
11.85. Definiția termenilor
11.86. Definiția termenilor
11.87. Definiția termenilor
11.88. Definiția termenilor
11.89. Definiția termenilor
11.90. Definiția termenilor
11.91. Definiția termenilor
11.92. Definiția termenilor
11.93. Definiția termenilor
11.94. Definiția termenilor
11.95. Definiția termenilor
11.96. Definiția termenilor
11.97. Definiția termenilor
11.98. Definiția termenilor
11.99. Definiția termenilor
12. Definiția termenilor

11.2.1.3. Flacăra

Flacăra produsă de substații electrice sau arcuri electrice, poate da arsuri minore și adeseori profunde. Benzi, mufuri și părul sunt sunt subordonați care dăruiește, cel mai frecvent, astfel de arsuri în industrie, în gospodărie.

11.2.1.4. Gazele și vaporii

Gazele și vaporii supracalziți, fiinduși din simptomele peștii arsurilor grave (adeseori și ale incinerării căilor respiratorii). Acestea acționează se produce și prin exploziunile cîștigătoare de înaltă presiune, în spitale prin exploziunile anelurilor de înțepare sau înăvîrșire înțepare.

11.2.2. Criterii de apreciere a întinderii și profunzimii unei arsuri

Gravitatea unei arsuri se apreciază luîndu-se seama de doi parametri: întinderea în suprafață a arsurii și gradul de profunzime al acesteia. Amândoi parametri au o mare importanță, întinderea arsurii determinînd prognosticul vital, iar profunzimea, gradul de invaliditate al accidentatului.

Acești parametri se calculează foarte ușor și se înscriu în documentele medicale, în tratamentul de urgență, ca și cel de lungă durată, se face în funcție de ei, în evoluția bolii, gradul de profunzime al arsurii este posibil să se schimbe - de exemplu, o arsură care în început părea ca în anumite zone să fie numai de gradul II poate să continue să evolueze și să se transforme într-o arsură de gradul III sau chiar IV, prognosticul ca și atitudinea terapeutică schimbîndu-se în acest caz. După cât și infectarea arsurilor sau factorul biologic al individului pot schimba fundamental prognosticul bolii.

11.2.2.1. Gradul de profunzime

Pielea este alcătuită din trei straturi suprapuse: epidermal, dermal și hipodermic (fig. 123 și 124).

Din punct de vedere al profunzimii, arsurile se clasifică în 4 grade, fiecare din aceste grade avînd semnificative caracteristici, afectînd succesiv cele 3 straturi ale pielii, sau ulterior și straturile subcutanate.

11.2.2.1.1. Arsură de gradul I este cea mai superficială. Tipică este arsură produsă de razele solare, *eritemul solar*. Sunt interesate în această arsură celulele superficiale ale epidermului (pătura corneă și o parte din cea germinativă). Intenși sunt iritații și prelungirile melanocitelor, care ajung în epiderm, acestea eliberează pigment melanic care - în timp - colorează pielea în brun și ajută să se creeze un *erem protector*, pentru straturile mai profunde (subepidermice). Orice senzație dureroasă, de usturime, ca și apariția de vezicule, edem, înroșire marcată după expunerea la radiații solare, arată că pielea nu a fost expusă la soare rațional - progresiv - ca și doi zile și timp pigmentul melanic să creeze un strat protector față de radiațiile solare și că arsură este pe cale de a se transforma într-o arsură de gradul II. Arsură de gradul I, se pot produce și datorită altor agenți termici: apă fierdă, flacăra, corpuri încălzite, agotă



Fig. 123 - Secțiune profundă a pielii, se văd straturile epidermice, dermice și hipodermice.



Fig. 124 - Secțiune superficială a pielii. Se văd straturile epidermice și dermice, care apar succesiv față de gradul de profunzime al arsurii și care se disting, unul după altul, în funcție de întinderea arsurii.

datorită în chimici care acționează un timp scurt sau care au o putere calorică (traumatism) moderată.

După acest grad de arsură, stratul epidermic se descuamează mai devreme decât la un normal, se vindecă spontan, fără șchele, poate persista o hiperpigmentare.

11.2.2.1.2. Arsură de gradul II este - dintre arsurile patologice - tipul cel mai înțepător localizat. Se produce când intensitatea căldurii este mare și straturile epidermice se dizolvă, lăsînd însă intactă membrana bazală. Vasele limfatice, precum și terminațiile nervoase subepidermice, fiind iritate, produc eliberarea de plasmă, care are în (înțepare) straturile distruse de cele vii. Ca urmare apar *flicte*, care au aspectul unei pungi cu pereți transparenti, avînd drept conținut plasmă de culoare galbenă, cu o vîscozitate (fig. 125).

Acest indice reprezintă suma produselor dintre gradul de profundeală a bolii
boala și numărul de diferite grade, evaluată separat pentru fiecare grad.

- Total = indice de prognoznik Frank

Total = indice de prognoznik Frank

- între 150-250 letalitatea crește - tinerii și accidentați fără sunt sunt cei mai afectați
- peste 350 toate cazurile sunt letale.

- între 150-250 letalitatea crește - înerci și accidentați fără sărăcime
- peste 350 toate cazurile sūnt letale.

În afara de prognosticul vital, se mai poate aprecia prognosticul funcțional și razele

11.2.6. Tratatamentul

Tratamentul se poartă grupa în 3 etape:

11.2.6.1. Stadiul întâi (primul ajutor și asistența imediată de specialitate)

În lipsa unei învelitori, accidentatul se va rostogoli în zăpadă, pe iarbă, în nisip, pe asfalt, în funcție de condițiile de mediu.

Dacă arsura e te pe o suprafață restrânsă și avem apă rece la îndemână, ca-

În continuare, primul ajutor trebuie să urmărească liniștirea bolnavului

Accidentatul va fi transportat apoi imediat la o unitate sanitară - dispense un

Accidentalul va fi transportat apoi imediat la o unitate sanitară - depinde un

cu ușurință și dacă sunt ude sau foarte murdare. În caz contrar, va fi învelit, pe hainele sale, într-un ceasfal curat și o pătură. Dacă a putut fi dezbrăcat, el este acoperit

cu un ecran foarte curat peste care se pun plăci pentru protecția contra frigului.

...the ... of ...

...pentru a putea realiza aceste activități, este necesară o colaborare...

2. **Trasparență în apărarea armată:** dacă nu s-a administrat

...tabacurilor necesare, semigrandă câmpie, gâlcărie, urmasi...

...desfășurării în performanțe conștiente deosebite.

...se pregătesc pentru intervenții chirurgicale...

la timp al omului optimist se vedeau pentru viitorul cel mai bun. In timp al omului pesimist se vedeau pentru a se evita orice valoare in plus.

... în funcție de starea de sănătate și de nevoile de îngrijire. Dacă starea de sănătate este bună, se poate opta pentru o soluție de substituție la care se adaugă, în nevoie, o soluție de îngrijire (bolnavism) și, în funcție de starea de sănătate, se poate opta pentru o soluție de îngrijire (bolnavism) și, în funcție de starea de sănătate, se poate opta pentru o soluție de substituție la care se adaugă, în nevoie, o soluție de îngrijire (bolnavism).

Trigonometria se aplică cu apă caldă și adăpun sau vinșe de bromocer, a
dezinfectant, cu apă caldă, îndepărtându-se apoi cu apă curată.

Dați atenție și considerați că în țesut infectat, deoarece germeni există

are o acțiune a pieții (prin hidrogenare) cu alcool 70%. Alcoolul are o acțiune

Se aplică apoi un pensament aerat foarte larg și foarte îngruș, pe
4 m se deplasează în zilele următoare. Este recomandabil să se folosească

Deoarece este posibil ca unele dintre acestea să se deplaseze în timpul procesului de fabricație, este necesar să se asigure că acestea sunt fixate în poziția corectă înainte de a fi utilizate.

același disacoperit (sau acoperit numai cu fața), dacă bolnavul a venit cu
același la spital și în condițiile arătate mai sus, există mari șanse cu plăgile

infecție. Dacă plăgă nu s-a infectat, mai ales în jurul de gradul II-II₁, este posibil ca bolnavul să se vindece în perfectă ordine în 10-14 zile, timp în care pansamentele sunt schimbate în mod regulat. Dacă pansamentul se înmoaie într-un timp cu plăgă, se poate realiza o infecție. Altfel, evoluția sa se poate complica, așa cum s-a mai menționat, se poate realiza o infecție. Altfel, evoluția sa se poate complica, așa cum s-a mai menționat, se poate realiza o infecție.



Fig. 127. - Activarea activității corpului și activitatea bolnavilor în activitate, pentru asigurarea unei activități fizice în sala de pansamente.

Fața nu se pansază. Este recomandabil ca și regiunile perinate să nu se pansate. Acolo unde există unități foarte bine organizate în care activitatea bolnavilor se poate realiza, în care se poate asigura o temperatură a camerei corectă și oventilare, se pot face așa-zisele tratamente deschise: bolnavul, în foc, să fie pansat, apoi cum se vârstă mai sus, este învelit în compariții sterile și culcat pe pat (salteaua patului va fi și ea izolată de ceară cu o învelitoare impermeabilă de nylon, dezinfectată). La bolnavii ași cu leziuni profunde și circulare pe membre, gât și trunchi, se practică de urgență incizia de decompresie, care traversează regiunea de escară profundă de la un cap la altul, depășind-o până în jurul sâmbului în profunzime. Altfel apar fenomene de ischemie periferică (pe membre), de desecare (în arsurile localizate la gât și trunchi). La bolnavii cu leziuni profunde ale capului, feței și gâtului anterior, apăsate mai ales după explozii în spații închise sau arsuri prin flăcări și în care există un risc de căderi respiratorii, trebuie practică de urgență tracheostomia, care poate permite supraviețuirea bolnavului.

11.2.6.2. Tratatamentul în stadiul II

Stadiul al doilea se desfășoară în primele 3 săptămâni, continuând tratamentul început în stadiul întâi.

Una dintre probleme în cazul arsurilor este deplășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal. În cazul arsurilor este de plășea: 10% din suprafața corpului este pierdută în mod normal.

Pansamentele se fac exclusiv cu cea mai mare grijă, bolnavii se mănâncă din mâncare.

Un dezinfectant se aplică exclusiv pansamentelor se vor refuza, dar îndelungată folosirea largă a analgezicilor. Mialgia, Febril sau sub-mitigat, generală se elimină de asemenea. Ale locale sau generale în caz de dezinfectare și cu apă sterilă.

11.2.6.3. Tratatamentul în stadiul III

Din ziua a 14-a și 16-a, bolnavul îngrijit curăță care are nevoie de pansament pregătit pentru prefarea arsurilor grave și posibilitățile de tratament. Apăsarea pe zona arsurilor este necesară pentru a evita infectarea. Căi mai curate rămânuri este necesară la îndepărtarea a lașelor și așezarea starea generală a bolnavilor, iar în cazul în care se vindecă, bolnavii dăruie cu ceară multă, invaliditate.

Dacă accidentul nu a fost etanșat, grefele nu se pot aplica, bolnavii au plăgile infectate, cu mișcări exuberante care sângerează abundent la fiecare pansament. Bolnavii sunt intoxicați, epuizați fizic și psihic. Ei pot intra în ștafeta morții din cauza morții pentru care trebuie îngrijit cu multă compasiune și conștientizare. Altfel, bolnavii în imediată pierd, chiar dacă supela arăd nu este prea înfundat. După o lungă boala cu arsurile corăi iritate, trebuie să aibă supela care au avut lezări de gradul II și III vindecă spontan și pe cele de gradul IV profunde sau prelungite, pot fi grefate. Desigur că pentru arsurile profunde și înalte tratamentul se poate prezenta pentru această perioadă, el continuă să se dea, nu este necesar (și este adesea) cu o atenție deosebită de mobilizare. Îngrijirea pielii arse și apoi cicatrizarea trebuie făcută cu grijă, folosindu-se permanent ungule cu vitamina A și D și cu diferite preparate de Lantidol sau Eucerin (vaselină plus octocriol).

11.2.7. Sarcinile speciale ale asistentei medicale

Asistența în revizuirea deosebită de importantă în tratarea bolnavilor care au suferit de arsurile, de perceperea și de calitatea îngrijirilor pe care le acordă depinzând adesea evoluția lor. Din acest motiv, ea trebuie să aibă înțelegere de mai din și să se aplică în mod corect. Bolnavii cu arsurile sunt extrem de greu de îngrijit, dar satisfacția salvării lor este cu atât mai mare. Ei intră adeseori în stadiul de șoc, au nevoie de grefe și de transfuzii masive. Fiecare zăduș de grefe este o operație mare, care poate nega bolnavii.

Fiecare pansament făcut în condiții impropii, poate decompensa sau infecta bolnavii, ori îi poate produce dureri violente, care au inducă suferință și suferință.

Morala bolnavului este, de cele mai multe ori, foarte scăzută. Asistența medicală are datoria să îngrijească un bun moral bolnavului, să-i creeze o atmosferă de optimism, de dorință de a lupta până la obținerea vindecării definitive.

Maioritatea bolnavilor nu se pot alimenta singuri, mai ales în primele zile. Asistența medicală va trebui să asigure alimentarea bolnavilor în această perioadă. Este, într-adevăr, un capitol de patologie chirurgicală care poate arăta calitatea cunoștințelor și dezvoltării unei asistențe medicale.

11.3. ARSURILE CHIMICE

Arsurile chimice sunt, în general, foarte grave și pot fi fatale. Ele sunt cauzate de acțiunea chimică a diferitelor substanțe chimice asupra țesuturilor. Ele sunt cauzate de acțiunea chimică a diferitelor substanțe chimice asupra țesuturilor.

11.3.1. Arsurile produse de acizi

Acizii corodă țesuturile și sunt, în general, foarte periculoși. Ele sunt cauzate de acțiunea chimică a diferitelor substanțe chimice asupra țesuturilor.

11.3.2. Arsurile produse de baze

Bazele corodă țesuturile și sunt, în general, foarte periculoși. Ele sunt cauzate de acțiunea chimică a diferitelor substanțe chimice asupra țesuturilor.

11.3.3. Arsurile produse de fosfor

Fosforul este foarte periculos și poate cauza arsurile chimice. El este cauzat de acțiunea chimică a diferitelor substanțe chimice asupra țesuturilor.

11.3.4. Tratatamentul arsurilor chimice

Tratatamentul arsurilor chimice este foarte important și trebuie să se facă corect. El este cauzat de acțiunea chimică a diferitelor substanțe chimice asupra țesuturilor.

11.4. ARSURILE PRIN CURENT ELECTRIC, ELECTROCUTAREA

Utilizarea energiei electrice în industrie, în gospodărie și în locuințe, face ca arsurile prin electrocutare să fie relativ frecvente. Aceste accidente se termină adesea cu moartea pacientului și, nu o dată, și cu moartea celor care încearcă să salveze un electrocutat care se găsește încă sub influența curentului electric. De aceea este foarte important ca toate cadrele medicale să aibă cunoștințe de primă intervenție și să știe cum trebuie evitate electrocutările și cum pot fi tratate.

Correntul electric poate produce la locul de contact arsură electrică în funcție de intensitatea și durata sa sau provocarea monotonă, alergică, locală de arsură și de leziuni a circulației electrice în corp (po. fi necesar puncționare, dar periculoasă electrocutare și moartea prin șoc electric). Electroșocul poate provoca și ca urmare a șocului unei deschideri de canale nervale, dăruind.

11.4.1. Șocul electric poate provoca moarte prin:

- Arsură determinată de contactul electric prelungit de ale înghițirea respirației.
- Acțiune directă asupra corbului nervilor respirator din bulb, a cărei acțiune a bulbului.
- Fibrilație ventriculară.

11.4.2. Tratamentul

Tratamentul este în primul rând profilactic. În intervenții sunt repulse îndepărtate în interacțiunile de protecția muncii, trebuie respectate după cum la domiciliu trebuie să fie evitate cauzele de electrocutare de care s-a vorbit mai sus.

În cazul când accidentul s-a produs, este foarte important ca salvatorul să nu caute el însuși victima în momentul când, fără să se măsoare prezența necesară a salvării, ca să-l salveze pe cel electrocutat. Au căutat cauză, în care chiar mai puțin informații au murit unul după altul, încredințându-se să salveze un electrocutat.

Prima soluție care trebuie luată, dacă este posibil imediat, este oprirea așezării corpului electric prin întreruperea comutatorului, deconectarea patului, detașarea siguranței din circuitul electric cu un instrument foarte corect izolat.

Dacă aceste întreruperi nu sunt electrice sau sunt la îndemână, se recomandă folosirea furculi electrice cu un instrument foarte corect izolat.

Acțiunea de salvare trebuie să fie extrem de urgentă: din scena de crime mai mult sau mai puțin pe care trebuie să o lăsați este aceea de a îndepărta victima de curentul electric. Nu vom face aceasta niciodată cu mâinile neregulate. Se recomandă împingerea victimei de lângă sursa de curent electric, cu o bucată de lemn (scut) sau prin intermediul unei lămpi pruse, împingându-l cu umărul, dacă acesta este bine acoperit, sau cu pumnul învelit bine într-o haină.

După ce victima nu mai este în contact cu sursa de curent electric, vom începe imediat reanimarea. Dacă este necesar un șoc respirator și posibil se simte, este necesară imediat excitarea respirației artificiale. De obicei, imediat este în fibrilație ventriculară și nu s-a produs încă un șoc cardiac. Reanimarea se va face prin respirație prin fața, masaj cardiac etc. De cele mai multe ori este necesară și o defibrilare cu ajutorul unui defibrilator, ceea ce nu se poate face decât într-o unitate spitalicească. Victima va fi transportată de la spital, dar în timpul transportului se va continua continuu apăsarea de reanimare.

11.5. ARSURILE PRIN IRADIERE

Arsura, după explozia atomică, este produsă de acțiunea instantanee a energiei de lumină, care la o distanță de 900 metri este de 2000 de ori mai puternică decât lumina solară, iar ulcior prin radiațiile alfa, beta și fluxul de neutroni.

Arsura poate să apară - în funcție de arsură, care sunt selectate, se caracterizează în funcție de tipul și de intensitatea radiației care provoacă ope. radiațiilor.

11.5.1. Fazele evolutive ale arsurilor prin iradiere:

- Faza I - arsură, prusă, durată, durată 2-3 zile.
- Faza II - arsură, arsură din ziua 2-7.
- Faza III - arsură, arsură din ziua 7-30.
- Faza IV - arsură, arsură din ziua 30-60.
- Faza V - arsură, arsură din ziua 60-90.
- Faza VI - arsură, arsură din ziua 90-120.
- Faza VII - arsură, arsură din ziua 120-150.
- Faza VIII - arsură, arsură din ziua 150-180.
- Faza IX - arsură, arsură din ziua 180-210.
- Faza X - arsură, arsură din ziua 210-240.
- Faza XI - arsură, arsură din ziua 240-270.
- Faza XII - arsură, arsură din ziua 270-300.
- Faza XIII - arsură, arsură din ziua 300-330.
- Faza XIV - arsură, arsură din ziua 330-360.
- Faza XV - arsură, arsură din ziua 360-390.
- Faza XVI - arsură, arsură din ziua 390-420.
- Faza XVII - arsură, arsură din ziua 420-450.
- Faza XVIII - arsură, arsură din ziua 450-480.
- Faza XIX - arsură, arsură din ziua 480-510.
- Faza XX - arsură, arsură din ziua 510-540.
- Faza XXI - arsură, arsură din ziua 540-570.
- Faza XXII - arsură, arsură din ziua 570-600.
- Faza XXIII - arsură, arsură din ziua 600-630.
- Faza XXIV - arsură, arsură din ziua 630-660.
- Faza XXV - arsură, arsură din ziua 660-690.
- Faza XXVI - arsură, arsură din ziua 690-720.
- Faza XXVII - arsură, arsură din ziua 720-750.
- Faza XXVIII - arsură, arsură din ziua 750-780.
- Faza XXIX - arsură, arsură din ziua 780-810.
- Faza XXX - arsură, arsură din ziua 810-840.
- Faza XXXI - arsură, arsură din ziua 840-870.
- Faza XXXII - arsură, arsură din ziua 870-900.
- Faza XXXIII - arsură, arsură din ziua 900-930.
- Faza XXXIV - arsură, arsură din ziua 930-960.
- Faza XXXV - arsură, arsură din ziua 960-990.
- Faza XXXVI - arsură, arsură din ziua 990-1020.
- Faza XXXVII - arsură, arsură din ziua 1020-1050.
- Faza XXXVIII - arsură, arsură din ziua 1050-1080.
- Faza XXXIX - arsură, arsură din ziua 1080-1110.
- Faza XL - arsură, arsură din ziua 1110-1140.
- Faza XLI - arsură, arsură din ziua 1140-1170.
- Faza XLII - arsură, arsură din ziua 1170-1200.
- Faza XLIII - arsură, arsură din ziua 1200-1230.
- Faza XLIV - arsură, arsură din ziua 1230-1260.
- Faza XLV - arsură, arsură din ziua 1260-1290.
- Faza XLVI - arsură, arsură din ziua 1290-1320.
- Faza XLVII - arsură, arsură din ziua 1320-1350.
- Faza XLVIII - arsură, arsură din ziua 1350-1380.
- Faza XLIX - arsură, arsură din ziua 1380-1410.
- Faza L - arsură, arsură din ziua 1410-1440.
- Faza LI - arsură, arsură din ziua 1440-1470.
- Faza LII - arsură, arsură din ziua 1470-1500.
- Faza LIII - arsură, arsură din ziua 1500-1530.
- Faza LIV - arsură, arsură din ziua 1530-1560.
- Faza LV - arsură, arsură din ziua 1560-1590.
- Faza LVI - arsură, arsură din ziua 1590-1620.
- Faza LVII - arsură, arsură din ziua 1620-1650.
- Faza LVIII - arsură, arsură din ziua 1650-1680.
- Faza LIX - arsură, arsură din ziua 1680-1710.
- Faza LX - arsură, arsură din ziua 1710-1740.
- Faza LXI - arsură, arsură din ziua 1740-1770.
- Faza LXII - arsură, arsură din ziua 1770-1800.
- Faza LXIII - arsură, arsură din ziua 1800-1830.
- Faza LXIV - arsură, arsură din ziua 1830-1860.
- Faza LXV - arsură, arsură din ziua 1860-1890.
- Faza LXVI - arsură, arsură din ziua 1890-1920.
- Faza LXVII - arsură, arsură din ziua 1920-1950.
- Faza LXVIII - arsură, arsură din ziua 1950-1980.
- Faza LXIX - arsură, arsură din ziua 1980-2010.
- Faza LXX - arsură, arsură din ziua 2010-2040.
- Faza LXXI - arsură, arsură din ziua 2040-2070.
- Faza LXXII - arsură, arsură din ziua 2070-2100.
- Faza LXXIII - arsură, arsură din ziua 2100-2130.
- Faza LXXIV - arsură, arsură din ziua 2130-2160.
- Faza LXXV - arsură, arsură din ziua 2160-2190.
- Faza LXXVI - arsură, arsură din ziua 2190-2220.
- Faza LXXVII - arsură, arsură din ziua 2220-2250.
- Faza LXXVIII - arsură, arsură din ziua 2250-2280.
- Faza LXXIX - arsură, arsură din ziua 2280-2310.
- Faza LXXX - arsură, arsură din ziua 2310-2340.
- Faza LXXXI - arsură, arsură din ziua 2340-2370.
- Faza LXXXII - arsură, arsură din ziua 2370-2400.
- Faza LXXXIII - arsură, arsură din ziua 2400-2430.
- Faza LXXXIV - arsură, arsură din ziua 2430-2460.
- Faza LXXXV - arsură, arsură din ziua 2460-2490.
- Faza LXXXVI - arsură, arsură din ziua 2490-2520.
- Faza LXXXVII - arsură, arsură din ziua 2520-2550.
- Faza LXXXVIII - arsură, arsură din ziua 2550-2580.
- Faza LXXXIX - arsură, arsură din ziua 2580-2610.
- Faza LXXXX - arsură, arsură din ziua 2610-2640.
- Faza LXXXXI - arsură, arsură din ziua 2640-2670.
- Faza LXXXXII - arsură, arsură din ziua 2670-2700.
- Faza LXXXXIII - arsură, arsură din ziua 2700-2730.
- Faza LXXXXIV - arsură, arsură din ziua 2730-2760.
- Faza LXXXXV - arsură, arsură din ziua 2760-2790.
- Faza LXXXXVI - arsură, arsură din ziua 2790-2820.
- Faza LXXXXVII - arsură, arsură din ziua 2820-2850.
- Faza LXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 2850-2880.
- Faza LXXXXIX - arsură, arsură din ziua 2880-2910.
- Faza LXXXXX - arsură, arsură din ziua 2910-2940.
- Faza LXXXXXI - arsură, arsură din ziua 2940-2970.
- Faza LXXXXXII - arsură, arsură din ziua 2970-3000.
- Faza LXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 3000-3030.
- Faza LXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 3030-3060.
- Faza LXXXXXV - arsură, arsură din ziua 3060-3090.
- Faza LXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 3090-3120.
- Faza LXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 3120-3150.
- Faza LXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 3150-3180.
- Faza LXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 3180-3210.
- Faza LXXXXXX - arsură, arsură din ziua 3210-3240.
- Faza LXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 3240-3270.
- Faza LXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 3270-3300.
- Faza LXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 3300-3330.
- Faza LXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 3330-3360.
- Faza LXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 3360-3390.
- Faza LXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 3390-3420.
- Faza LXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 3420-3450.
- Faza LXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 3450-3480.
- Faza LXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 3480-3510.
- Faza LXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 3510-3540.
- Faza LXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 3540-3570.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 3570-3600.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 3600-3630.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 3630-3660.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 3660-3690.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 3690-3720.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 3720-3750.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 3750-3780.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 3780-3810.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 3810-3840.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 3840-3870.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 3870-3900.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 3900-3930.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 3930-3960.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 3960-3990.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 3990-4020.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 4020-4050.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 4050-4080.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 4080-4110.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 4110-4140.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 4140-4170.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 4170-4200.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 4200-4230.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 4230-4260.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 4260-4290.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 4290-4320.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 4320-4350.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 4350-4380.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 4380-4410.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 4410-4440.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 4440-4470.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 4470-4500.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 4500-4530.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 4530-4560.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 4560-4590.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 4590-4620.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 4620-4650.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 4650-4680.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 4680-4710.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 4710-4740.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 4740-4770.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 4770-4800.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 4800-4830.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 4830-4860.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 4860-4890.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 4890-4920.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 4920-4950.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 4950-4980.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 4980-5010.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 5010-5040.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 5040-5070.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 5070-5100.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 5100-5130.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 5130-5160.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 5160-5190.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 5190-5220.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 5220-5250.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 5250-5280.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 5280-5310.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 5310-5340.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 5340-5370.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 5370-5400.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 5400-5430.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 5430-5460.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 5460-5490.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 5490-5520.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 5520-5550.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 5550-5580.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 5580-5610.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 5610-5640.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 5640-5670.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 5670-5700.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 5700-5730.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 5730-5760.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 5760-5790.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 5790-5820.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 5820-5850.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 5850-5880.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 5880-5910.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 5910-5940.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 5940-5970.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 5970-6000.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 6000-6030.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 6030-6060.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 6060-6090.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 6090-6120.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 6120-6150.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 6150-6180.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 6180-6210.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 6210-6240.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 6240-6270.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 6270-6300.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 6300-6330.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 6330-6360.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 6360-6390.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 6390-6420.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 6420-6450.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 6450-6480.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 6480-6510.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 6510-6540.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 6540-6570.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 6570-6600.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 6600-6630.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 6630-6660.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 6660-6690.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 6690-6720.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 6720-6750.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 6750-6780.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 6780-6810.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 6810-6840.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 6840-6870.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 6870-6900.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 6900-6930.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 6930-6960.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 6960-6990.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 6990-7020.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 7020-7050.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 7050-7080.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 7080-7110.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 7110-7140.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 7140-7170.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 7170-7200.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 7200-7230.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 7230-7260.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 7260-7290.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 7290-7320.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 7320-7350.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 7350-7380.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 7380-7410.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 7410-7440.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 7440-7470.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 7470-7500.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 7500-7530.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 7530-7560.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 7560-7590.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 7590-7620.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 7620-7650.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 7650-7680.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 7680-7710.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 7710-7740.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 7740-7770.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 7770-7800.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 7800-7830.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 7830-7860.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 7860-7890.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 7890-7920.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 7920-7950.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 7950-7980.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 7980-8010.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 8010-8040.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 8040-8070.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 8070-8100.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 8100-8130.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 8130-8160.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 8160-8190.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 8190-8220.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 8220-8250.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 8250-8280.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 8280-8310.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 8310-8340.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 8340-8370.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 8370-8400.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 8400-8430.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 8430-8460.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 8460-8490.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 8490-8520.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 8520-8550.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 8550-8580.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 8580-8610.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 8610-8640.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 8640-8670.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 8670-8700.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 8700-8730.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 8730-8760.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 8760-8790.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 8790-8820.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 8820-8850.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 8850-8880.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 8880-8910.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 8910-8940.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 8940-8970.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 8970-9000.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 9000-9030.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 9030-9060.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 9060-9090.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 9090-9120.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 9120-9150.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 9150-9180.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 9180-9210.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 9210-9240.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 9240-9270.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 9270-9300.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 9300-9330.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 9330-9360.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 9360-9390.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 9390-9420.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 9420-9450.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 9450-9480.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 9480-9510.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 9510-9540.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 9540-9570.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 9570-9600.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 9600-9630.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 9630-9660.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 9660-9690.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 9690-9720.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 9720-9750.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 9750-9780.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 9780-9810.
- Faza LXXXXXXXX - arsură, arsură din ziua 9810-9840.
- Faza LXXXXXXXXI - arsură, arsură din ziua 9840-9870.
- Faza LXXXXXXXII - arsură, arsură din ziua 9870-9900.
- Faza LXXXXXXXIII - arsură, arsură din ziua 9900-9930.
- Faza LXXXXXXXIV - arsură, arsură din ziua 9930-9960.
- Faza LXXXXXXXV - arsură, arsură din ziua 9960-9990.
- Faza LXXXXXXXVI - arsură, arsură din ziua 9990-10020.
- Faza LXXXXXXXVII - arsură, arsură din ziua 10020-10050.
- Faza LXXXXXXXVIII - arsură, arsură din ziua 10050-10080.
- Faza LXXXXXXXIX - arsură, arsură din ziua 10080-10110.

4. - Un bolnav cu arsuri de gr. I pe 20% din suprafața corpului poate evolu:
a. - cu șoc hipovolemic;
b. - fără complicații;
c. - cu șoc toxic-septic.
5. - Prin ce se caracterizează arsurile de gradul I?
a. - dureri în jurul staturilor epidermice;
b. - eritem, edem, căldură locală, durere;
c. - apariția de fliclene sero-sanguinolente;
d. - dureri în jurul staturilor epidermice.
6. - La ce arsură găsim fliclene cu conținut sero-citrin?
a. - arsură gr. I;
b. - arsură gr. II;
c. - arsură gr. III;
d. - arsură gr. IV.
7. - Cum sunt durerile în arsuri de gr. II și în cele de gr. III?
a. - sunt de accoap intensitate;
b. - durerile în arsuri de gr. III sunt mai mici decât cele în arsuri de gr. II;
c. - durerile în arsuri de gr. III sunt mai mari decât cele în arsuri de gr. II.
8. - Arsura de gradul III se caracterizează prin:
a. - necrozarea epidermice și parțial a dermală;
b. - apariția fliclenilor sero-sanguinolente;
c. - cicatrizare rapidă cu rezultate adesea grave;
d. - producerea de cicatrici vizibile cu deficiențe funcționale.
9. - De ce arsurile de gr. IV sunt mai puțin provocatoare de șoc imediat?
a. - plasmagela nu se produce din cauza că sunt mai profunde;
b. - terminațiile nervoase din derm sunt distruse;
c. - plasmagela nu se mai produce din cauza că derm este carbonizat;
d. - organismul se adaptează mai bine la arsuri de gr. IV.
10. - Un accidentat are arsuri ale feței anterioră și toracei, întreg membru superior drept și întreg membru inferior drept și regiunea perineală; ce suprafață arsă are?
a. - 37% din suprafață;
b. - 18%;
c. - 25%;
d. - 55%.
11. - Care din cicatricile formate după arsuri sunt mai predispuse la malignitate?
a. - după arsuri prin radier;
b. - după arsuri electrice;
c. - după arsuri produse de acizi, baze și săruri;
d. - după arsuri cu iodur.
12. - Când indicele de prognostic Ra x este de 40, cum va evolua bolnavul?
a. - vindecare sigură, fără producere de șoc;
b. - va evolua cu șoc hipovolemic;
c. - supraviețuirea nu e sigură;
d. - moarte sigură.

13. - Indicii de prognostic Ra x este de 150, care este evoluția bolnavului?
a. - vindecare sigură;
b. - șoc și necroză în jurul staturilor epidermice;
c. - moarte sigură;
d. - evoluția sigură cu șoc toxic-septic.
14. - Valoarea de laborator din punct de vedere se caracterizează prin:
a. - hemocritul;
b. - hemoglobina;
c. - albumina;
d. - creatinina.
15. - În cazul în care a durat mult sau nu a fost tratat corect, ce complicații pot apărea?
a. - insuficiență renală;
b. - insuficiență renală cu albuminurie, glicozurie și hematurie;
c. - insuficiență renală;
d. - insuficiență renală.
16. - Ce complicații pot apărea într-o arsură internă?
a. - șoc hipovolemic;
b. - insuficiență respiratorie;
c. - insuficiență renală;
d. - insuficiență renală.
17. - Care sunt complicațiile de urgență în arsură internă?
a. - insuficiență respiratorie;
b. - insuficiență renală;
c. - insuficiență renală;
d. - insuficiență renală.
18. - Care din măsurile de mai jos nu se vor efectua la acordarea primului ajutor?
a. - scutirea victimei din focul de incendiu;
b. - inspecția vestimentelor aprinse;
c. - îndepărtarea imediată a obiectelor care au ars;
d. - curățarea rănilor și îngrijirea bolnavului;
e. - asigurarea respirației prin tubulație sau dezobstrucție alveolară de urgență, ventilație artificială.
19. - Prevenirea primară a bolnavilor cu arsuri interne se va face:
a. - în locul accidentului;
b. - la dispensarul medical;
c. - în camera de gardă a spitalului;
d. - în sala de operație, în condiții de asepsie și antiseptice.
20. - În cazul unui accident colectiv, care vor fi primii evacuați spre unitățile medicale de specialitate?
a. - accidentații ușorați;
b. - cei care reacționează lent și numai la stimuli puternici;

- c. - argi în leziuni contuzive;
d. - indicarea de acord de reparație, însoțit cu leziuni mai întinse.
21. - Profunditatea amputației în arsură întinsă se va face cu:
a. - A.T.P.A. 0,5 ml;
b. - aer atmosferic 7 000 g;
c. - A.T.P.A. și aer atmosferic 1 000 g;
d. - nu este permis în situația în care sursa nu a fost eliminată cu plumb.
22. - Intervenția operativă la internarea arsurilor în spital va consta din:
a. - îndepărtarea chiriei și a fictețelor sparte;
b. - îndepărtarea tuturor fictețelor;
c. - îndepărtarea cu alcool 90°;
d. - îndepărtarea cu alcool 70°.
23. - Care va fi intervenția priorităară în cazul ră accidentatului prezentat la spital este în stare de șoc?
a. - îndepărtarea fictețelor și corpilor străini;
b. - efectuarea tratamentului șocului, concomitent cu îndepărtarea leziunilor, deinfecția rănilor și îndepărtarea fictețelor;
c. - efectuarea tratamentului șocului, înainte de orice altă măsură chirurgicală.
24. - În cazul în care nu se produce infecție și bolnavul cu arsuri de gr. II evoluează bine, când se va schimba pansamentul?
a. - în 10-14 zile, când e posibil ca bolnavul să se vindece;
b. - zilnic;
c. - dacă pansamentul se umezește cu plumb, se vor schimba numai zonele superficiale, adăugându-se alte comprese și țesături;
d. - la 3 zile pentru a observa evoluția arsurii.
25. - În arsurile cu umedă, când se îndepărtăază acut?
a. - la locul accidentului;
b. - la 10-12 zile după accident;
c. - la camera de gardă a spitalului;
d. - concomitent cu îndepărtarea fictețelor în sala de operație.
26. - În situația în care evoluția arsurilor este favorabilă, care este perioada optimă de grefare?
a. - în primele zile de la producerea arsurii;
b. - în a treia săptămână (14-16 zile);
c. - când observăm că nu se produce cicatrizarea;
d. - oricând, arsură să nu fie în joc și să nu prezinte infecție.
27. - La bolnavii cu leziuni profunde ale capului, feței și care prezintă arsuri ale căilor respiratorii se va efectua:
a. - intubarea a căilor respiratorii;
b. - intubație a căilor respiratorii superioare, oxigenoterapie;
c. - tracheotomie;
d. - la arși cu leziuni circulare pe membre, pentru prevenirea fenomenelor de ischemie periferică, se va practica:
a. - excizia completă a escarelor;
b. - excizia parțială a escarelor;

- c. - excizia completă a escarelor;
d. - excizia parțială a escarelor.
28. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
29. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
30. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
31. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
32. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
33. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
34. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
35. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
36. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
37. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
38. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
39. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.
40. - Care este perioada de incubație a bolii de tetanos administrată în primele 3-4 zile după deces?
a. - 1-2 zile;
b. - 3-4 zile;
c. - 5-6 zile;
d. - 7-8 zile.

Capitolul 12 LEZIUNI PRIN TEMPERATURI SCĂZUTE

Verificați-vă cunoștințele

12.1. Degetările	346
12.1.1. Etiologie	346
12.1.2. Fiziopatologie	346
12.1.3. Aspecte anatomice	346
12.1.3.1. Gradul I	346
12.1.3.2. Gradul II	346
12.1.3.3. Gradul III	346
12.1.3.4. Gradul IV	346
12.1.4. Complicații	346
12.1.5. Tratamentul	346
12.1.5.1. Tratamentul profilactic al degetărilor	346
12.1.5.2. Tratamentul salvator general	346
12.2. Hipotermia	346
12.2.1. Evoluția frigului accidental	346
12.2.1.1. Faza de reacție sau de acțiune hipotermică	346
12.2.1.2. Faza de hipotermie paralizică	346
12.2.1.3. Causa hipotermică	346
12.2.2. Tratamentul	346
Chesioanelor la capitolul 12	346

12.1. DEGERĂTURILE

Degetările sunt leziuni datorate frigului, caracterizate prin modificări progradante locale, dar cu răsunet general. Până la un anumit punct se asemănă cu leziunile existente în arsuri.

12.1.1. Etiologie

Factorii determinanți pot fi frigul și acțiunea sa se exercită mai ales asupra extremităților inferioare și extremităților corpului nemişcat, nădă, degetele, mâinile și picioarele.

Intensitatea leziunii este mai mare la nivelul extremităților periferice decât la nivelul corpului. În plus, în cazul degetărilor, acțiunea este mai mare la nivelul extremităților periferice decât la nivelul corpului. În plus, în cazul degetărilor, acțiunea este mai mare la nivelul extremităților periferice decât la nivelul corpului.

12.1.2. Fiziopatologie

La nivelul extremităților periferice de căldură, în zona expusă se produce vasoconstricție, care dă naștere la ischemia membrului, alterarea peretelui capilar, creșterea permeabilității acestuia și extravazarea plămâni și formarea de edeme. În unele cazuri se produce creșterea vâscozității sângelui și agregarea trombocitelor, ceea ce favorizează tromboza intravasculară, agravând ischemia prin îngroșarea sângelui.

La începutul vieții de viață a tulburării vasomotorii, pentru ca ulterior prezența de

ischemie se reflecte în vasele și explică tulburările trofice, care persistă timp îndelungat după degetare.

12.1.3. Aspecte anatomo-clinice

Degetările prin manifestările lor anatomo-clinice, pot prezenta 4 grade:

12.1.3.1. Gradul I

Oprimul degetare în care, după o perioadă de păsare, apare un prunc (înțepătură) care este umed, col mișcă adesea, de un ușor edem, de prunc sau foarte înțepător. Simptomul tactil este diminuat sau chiar complet abolit, înaintea acestor degetări în zona în care a apărut degetarea.

Dacă vindecarea rănilor, de foarte multe ori, o receptivitate mai mare la frig în zona respectivă și degetarea se poate repeta, chiar la temperaturi mai puțin scăzute, fiind considerată la gradul de ulcerat.

12.1.3.2. Gradul II

Se caracterizează prin flicteze serosanguinolente foarte asemănătoare cu blănișele din arsuri. Ele se datorează abaterilor care se produc în stratul Malpighi din

148

449

12.2.1.1. Faza de reacție sau de excitație hipotermică
Se caracterizată printr-o stare de excitație nervoasă, tremururi, tahicardie, tahipnee, scăderea rezistenței.

12.2.1.2. Faza de hipotermie paralizantă
Este marcată de adinamie, astenie, hiperactivitate, bradicardie, semne de hipotermie.

12.2.1.3. Coma hipotermică
Se cunoaște după arătașii: respirație stertoroasă, tegumente palide cu aspect de piele de cadavru, diminuarea reflexelor tendinoase și la lumină.

12.2.2. Tratamentul

În aceste cazuri trebuie intervenit prompt și energic. La locul accidentului, pe timpul transportului și în spital trebuie asigurată reanimarea cardio-respiratorie. Încălzirea trebuie să fie rapidă, la baie la 40-45°C. Se administrează medicamente: perfuzii cu ser fiziologic sau ser fiziologic, vasodilatatori, anticonvulsivi, corticoterapie; dacă prezintă leziuni, profilaxie antitrombotică cu ser și analgezici, antibioterapie.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 12

1. - De ce degerăturile sunt mai frecvente la nivelul extremităților?
 - a. - pentru că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - b. - au o circulație intensă;
 - c. - se produce mai frecvent vasoconstricție;
 - d. - circulația arterială terminală este mai slabă.
2. - Care sunt factorii care favorizează producerea degerăturilor?
 - a. - frigul umed;
 - b. - frigul uscat;
 - c. - imobilitatea prelungită;
 - d. - încălzirea exagerată.
3. - Ce fenomene se produc la nivelul extremităților, în vederea reducerii pierderii de căldură?
 - a. - vasodilatația arterială;
 - b. - vasoconstricția care duce la ischemia regiunii;
 - c. - creșterea permeabilității capilarelor;
 - d. - extravazarea plasmăi și formarea de edem.
4. - Ce fenomene persistă timp îndelungat după producerea degerăturilor?
 - a. - senzația de oboseală;
 - b. - durerile;

- c. - senzația de căldură;
 - d. - senzația de frig.
5. - Care din următoarele de mai jos se întâlnesc în degerăturile de gradul II?
 - a. - durerea este insuportabilă;
 - b. - durerea este insuportabilă;
 - c. - durerea este insuportabilă;
 - d. - durerea este insuportabilă.
 6. - Care sunt factorii care agravează ischemia la nivelul extremităților degerate?
 - a. - vasoconstricția care are loc în perioada de vasoconstricție;
 - b. - creșterea durității arteriale și a presiunii hemodinamice și a temperaturii;
 - c. - scăderea temperaturii arteriale, consecutivă șocului frigului;
 - d. - formarea de tromboze intravascular.
 7. - Care sunt degerăturile care apar în arsurile de gr. II și cele care apar în degerăturile de gradul III?
 - a. - nu există nici o deosebire;
 - b. - degerăturile din arsurile au conținut sero-citrin, iar cele din degerături sunt sero-citrin;
 - c. - degerăturile din arsurile au conținut sero-citrin, iar cele din degerături sunt sero-citrin;
 - d. - degerăturile din arsurile au conținut sero-citrin, iar cele din degerături sunt sero-citrin.
 8. - De ce se produce degerăturile de gradul III și IV?
 - a. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - b. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - c. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - d. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite.
 9. - De ce se produce degerăturile de gradul III și IV?
 - a. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - b. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - c. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - d. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite.
 10. - De ce se produce degerăturile de gradul III și IV?
 - a. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - b. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - c. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - d. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite.
 11. - De ce se produce degerăturile de gradul III și IV?
 - a. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - b. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - c. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite;
 - d. - datorită faptului că acestea sunt mai puțin acoperite.
 12. - După remediarea bolnavului se va face tratament cu:
 - a. - vasoconstrictoare;
 - b. - vasodilatatoare;
 - c. - profilaxie antitrombotică, antibioterapie;
 - d. - analgezice, antitrombotice.

13. - La ce temperatură infraerectă hibernat devine inconștient în caz
hipotermiei?
a. - 35°C;
b. - 30°C;
c. - 25°C;
d. - 20°C.
14. - Ce fenomene ghidă în faza de reacție în cazul hipotermiei?
a. - somnolență, anemie, hiperactivitate;
b. - anactivitate, diminuarea reflexelor tendinoase;
c. - excitație nervoasă, tahicardic;
d. - scăderea rapidă, tahipne.
15. - Care dintre elementele de mai jos se aplică în tratamentul hipotermiei?
a. - încălzire rapidă în baie de 40-45°C;
b. - izolare, antidiuretici;
c. - amoniac, vasoconstrictoare;
d. - perfuzii, vasodilatatoare, anticoagulante, corticoterapie.

Capitolul 13

TRAUMATISMELE PĂRȚILOR MOI ȘI ALE OASELOR

Verificați-vă cunoștințele

12.1. Leziuni musculare închise ale pieții și părților moi	355
13.1. Contuzii	355
13.1.1. Contuzii superficiale	356
13.1.1.1. Ecchimoza	356
13.1.1.2. Scontul	356
13.1.1.3. Hematomul supraponevrotic	357
13.1.2. Contuzii profunde	357
13.1.2.1. Hematomul subaponevrotic	358
13.1.2.2. Sindromul de strivire	358
■ Etapa de compresie	358
■ Etapa de decompresie	358
◆ Faza de edem	358
◆ Faza de șoc	358
◆ Faza de anemie	358
■ Traumatismul sindromului de strivire	359
13.1.2.3. Ruptura musculară	359
13.1.2.4. Ruptura musculară	359
13.1.2.5. Ruptura tendonului	359
13.1.3. Traumatismele vaselor	360
13.1.3.1. Traumatismele arterelor	360
13.1.3.1.1. Contuzia arterelor periferice	360
■ Contuzia arterială cu consecințe funcționale	360
■ Contuzia arterială cu consecințe lezionale	360

O română se produce spre exemplu printr-o însoțită puterilor de pronunțare, de un grup de țesut, un vehicul etc., ca și prin căderea corpului în caldura și căld, prin intrarea de un zăd, de un gând etc. Tot aici se însoțesc și conștiința determinată prin auzire sau suflă provocată de o expirație.

13.1.1.1. Contuziile superficiale

13.1.1.1. - Intențiunile superieure
13.1.1.1.1. Echinoxul. Conștientul și sub-muniele de vântură, datorită căreia vinzori de apore pe picle sau pe muncile la acur timp după producerea transmutației este oia mai simplă manifestare clinică de conștient. Es rezultat din supura sau saturare a sângeului din picle sau din tensiuni celulare subcutanate și revasculariza sau saturare calitatii foarte mică de sânge. *Leziunea este cantitativă strict la localizată și este întransmutabilă și este însoțită de durere din cauza existenței transmutațiilor teroale și dintr-o trivie de către agenții traumatici și de către revasculariza sângelui existența muncii și subcutanate.*

[illegible]

Tristement, echinooza simplă, determinată de contuzia superficială, nu necesită nici un tratament special. În cazul echinozelor care relevă leziuni ale unor organe profunde, tratamentul se adresează acestor organe.

13.1.1.2. Seromul. Este urmarea unei rupturi a vaselor limfatiche de sub piele, ducând la o dezvoltare traumatică a pielii de țesut subiacent, care se produce mai ales când agentul traumatic acționează (ingestia). Rezultă o acumulare, sub piele, de lichid seros de culoare galbenă.

Tratament: De obicei lichidul dintr-un serom se resorbte singur. Numai când nu se resorbte, este foarte voluminos sau se supraîncălează, este necesară o incizie pentru evacuarea seromului.

13.1.1.3. Hematomul supra-aponevrotic. Este determinat de rupea unei vii sanguine și acumularea de sânge sub piele, ca urmare a unui traumatism puternic. La persoanele cu discurii sanguine, îndeosebi la hemofiliici, pot apărea hematoame voluminoase chiar în cazul unor traumatisme minime. Este utilă să ne gândim la această caracteristică patologică a individului ori de câte ori se constată o diaree marcată între mărimea hematomului și intensitatea (ridusul) a leziunii traumatice.

[illegible][illegible][illegible]

12.1.1.2. **Contuziile profunde**
Contuziile profunde: interzică structurile subdurebrale, mai ales mîchii
arvile vasculi nervoase.

13.1.1.2. Contuziile profunde

0.1.1.1. Hematomul subaponevroasă. Hematomul subaponevroasă se caracterizează prin prezența unei colecții de sânge în spațiul subaponevroasă, cu acumularea de sânge în spațiul subaponevroasă și a vaselor de sânge, cu acumularea de sânge în

[illegible]

În urma necropsiei:

- leziunile apar tardiv și uneori la distanță de locul traumatismului.
- hemoragiile se pot resorbi, pentru care mai este nevoie de intervenție chirurgicală cu evacuarea hematomului, elucierea hemostazei și drenaj.
- hematomii hemoragice mări la nivelul membrului pune problema intervenției și apoi, putru că un zădărl de hematom poate proveni dintr-un vas mare, a cărei leziune nu s-a oprit spontan, iar acumularea de sânge poate să pozeze răul unui ganglion limfatic al extremității și devitalizări ai nervilor, fapt ce poate compromite starea membrului respectiv.

1558

Ruptura de tendon se manifestă prin o durere acută, simțită, apăsătoare în cursul execuției unei mișcări și însoțită de senzația de înțepătură în zona respectivă.

În cazul rupturii sau secționării totale de tendon, apare imobilizarea funcțională corespunzătoare tendonului lezată.

În cazul plăgilor și rupturilor recente de tendon, ne apăsăm sub forma sindromului de sindrom de blocat tendon.

Traumatismul leziunilor traumatiche (secțiune sau ruptură de tendon) este caracterizat și cunoscut în situația capetelor și imobilizare pe o perioadă îndelungată în funcție de

13.1.3. Traumatismele vaselor

Traumatismele vaselor pot interesa arterele și venele, fie separat, fie ambelor, datorită traectului lor comun în majoritatea cazurilor.

13.1.3.1. Traumatismele arterelor

13.1.3.1.1. *Contuziile arterelor periferice.* Prin contuzie arterială se înțelege ansamblul modificărilor funcționale și structurale care se produc în grosimea peretelui arterial, în urma unui traumatism, dar fără pierderea continuității acestuia, deci fără hemoragie.

În funcție de caracterul modificărilor care se produc la nivelul peretelui arterial, contuziile arteriale se deosebesc în contuzii funcționale și lezionale.

■ *Contuzia arterială cu consecințe funcționale.* Modificările funcționale pot fi urmarea unui mecanism intrinsec sau extrinsec. Consecința ambelor mecanisme este însă aceeași - reducerea lumenului până la suprimarea circulației.

În cazul mecanismului intrinsec, lumenul se micșorează ca urmare a contracției musculaturii netede din peretele arterial al zonei traumatizate.

În cazul mecanismului extrinsec, lumenul arterei este turtit prin compresia lui din afară - cu ex.: deplasarea unor fragmente osoase în cadrul unei fracturi, în luxații sau prin comprimarea unor hematome, sau consecințelor unui edem posttraumatic și aplicarea unui aparat gipsat strâmt.

■ *Contuzia arterială cu consecințe lezionale* cuprinde: contuzia adventivală și contuzia parietală.

◆ *Contuzia adventivală* este produsă de traumatisme nu prea intense, însă datorită inervației bogate simpatice periarteriale produce spasme arteriale și arterioconstricție regională.

Spasmul gâtului arterei pe o distanță mai mare sau mai mică, determinând stângănirea până la suprimare a fluxului arterial sau periferic.

Arterioconstricția regională constă în reducerea lumenului întregii rețele arteriale subiacente, cu diminuarea aportului sanguin a regiunii interesate.

Traumatismul arterial și arterioconstricția pot fi atât de puternice încât pulsul periferic este pierdut.

De fapt, durerea pe sine este, determinând o stare de ischemie la nivelul zonei interesate, dar care se poate remedia spontan, fără să producă tulburări profunde în funcționare.

■ *Contuzia parietală* este rezultatul unei lope mecanice a cărei intensitate a depășit rezistența elasticității și inelastice.

Trăgându-se simpaticele, prin ele, în funcție, nu compromite nici continuitatea peretelui arterial și nici lumenul arterial.

Prin contuziile la locul dor la tromboză arterială și hematom intramural, cu toate acestea, se pot periferice sau mult sau mai puțin gravă.

Trăgându-se va crește în simpaticele, autospasme și antiagregare trombotice.

13.1.3.1.2. *Plăgi arteriale.* Rănirea arterială poate fi produsă prin o plagă, o rănire sau, care constă în a lung la segment sau prin o plagă cu orificiu mic, punctiform.

În raport cu caracterul plăgii părților moi, plaga arterială se va manifesta prin o hemoragie externă sau prin o hemoragie interstitală puternică, dar cu o

intensitate externă mică.

În prima eventualitate vom avea o hemoragie externă, cu caracter pulsant, în urma eventualei vom avea o hemoragie de cantitate de sânge pierdut, care poate merge până la o hemoragie, iar în a doua eventualitate constituirea unor hematome masive.

Plăgile pot produce compresii și se manifestă prin ischemie, edem, tulburări în funcționare și dureri intense, produse de ischemie.

În ambele situații se va asigura o hemostază provizorie până la spital, iar aici o hemostază definitivă și în caz de hemoragii mari - compensarea pierderilor.

13.1.3.2. Traumatismele venelor

Traumatismele venelor au o notă de gravitate mai redusă decât cele ale arterelor.

Trăgându-se, aceasta se datorează caracterului mai puțin dramatic al hemoragiei externe, însoțite de o hemoragie interstitală, eventualități mult mai reduse a

peretelui de origine venoasă.

Traumatismele venelor principale ale membrilor sunt un factor adițional de gravitate când coexistă cu o leziune a arterei omonime, deoarece staza în circulația de

întoarcere asociată ischemiei este urmată de tromboză rapidă și extensivă a întregii rețele vasculare subiacente obstacolului.

Trăgându-se constă în aplicarea hemostazei provizorii, urmată de hemostaza definitivă, reducerea masei circulante și asigurarea unei întoarceri venoase normale din

membru traumatizat.

13.1.4. Traumatismele nervilor periferici

Traumatismele membrilor se pot complica cu leziuni ale nervilor periferici.

Cele mai frecvente se produc în urma luxațiilor și fracturilor.

Un nerv poate fi contuzionat până la dilatare, înainte până la rupere sau secționat.

În raport cu gravitatea mobilității, sindromul este pus în funcție de gradul de afectare a nervilor, manifestându-se prin prinderea și pierderea înțelesului, înțelegerea și înțelegerea.

13.1.4.1. Neuropraxia

Neuropraxia reprezintă stadiul de "dispoziție" nervoasă, caracterizată prin pierderea temporară a conductibilității. Neuropraxia apare ca urmare a unei leziuni locale care nu produce tranziții, ci doar o întrerupere a activității motorii și senzitive în zona afectată. Acesta este primul stadiu dintr-un proces de recuperare.

13.1.4.2. Axotmezia

Axotmezia este o stare leziunilor a unui nerv, caracterizată prin leziunea parțială a mișcării variabile de fibre nervoase, dar cu păstrarea totală a nervului și a tuturor funcțiilor sale. Se produce în urma unei contuzii sau întinderii puternice a unui nerv. Capetele proximale și distale degenerază rapid și integral. Creșterea fibrelor nervoase proximale, care este posibilă numai pe o înălțime de 1-2 mm, este posibilă datorită întinderii țesutului conectiv care le înconjoară și care le protejează de deteriorare.

Tabelul clinic este ca cel din neuropraxie, cu deosebirea duratei de evoluție care este mult mai lungă.

13.1.4.3. Neurotmezia

Neurotmezia este o leziune gravă, datorată ruperii sau secționării unui nerv. Capetele proximale, suprasolicitate, degenerază rapid și integral, iar capetele distale degenerază lent.

În raport cu severitatea leziunii există două posibilități de evoluție:

a) Dacă cele două capete nu sunt aduse în contact prin intervenție chirurgicală, ele vor fi ocupate de țesut conjunctiv.

b) Dacă cele două capete sunt aduse în contact prin intervenție chirurgicală, se poate realiza o regenerare parțială sau totală, dar aceasta depinde de gradul de deteriorare și de timpul în care este realizată intervenția.

13.2. LEZIUNI TRAUMATICE ALE OASELOR

13.2.1. Entorsele

Entorsa este o afecțiune traumatică a articulației provocată de eforturi bruște și violente a unor mișcări care depășesc amplitudinea fiziologică a mișcării. Ca urmare, se naște o leziune a ligamentelor și a capsulei articulare, care poate merge până la ruperea acestora.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate. Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Entorsele se pot clasifica în funcție de severitatea leziunii și de numărul de ligamente afectate.

Aspectul lichidian umanizat se poate pune în evidență prin mișcarea pasivă a articulației pe care medicul o execută numai atunci când este strict necesar.

■ **Mobilitatea anormală a articulației.** Aceasta se constată de obicei, mai ales în urma unui accident, deoarece mișcările nu permit executarea mișcărilor normale, ceea ce nu a fost mobilizată. Este un semn tardiv, dar care trebuie luat în considerare în evoluția bolii. Pentru că și arată că s-a produs rupții ligamentare importante, care pot fi asociate cu entorsele. În aceste cazuri există riscul ca o entorsă să devină o luxație și invers. În aceste cazuri există riscul ca o entorsă să devină o luxație și invers. În aceste cazuri există riscul ca o entorsă să devină o luxație și invers.

■ **Entorsă radiologică.** Este obligatorie atunci când lănuim o leziune mai importantă, luxații sau fracturi pe baza semnelor descrise mai sus.

13.2.1.2. Diagnosticul diferențial

Nu trebuie confundată entorsa cu o luxație sau cu o fractură, ale căror semne le vom reține în capitolele următoare; nu trebuie confundată nici cu o entorsă - de obicei acută - a unei articulații, cu o entorsă (infecțioasă sau reumatoidă). Anamneza, examenul clinic și radiografice ajută la evitarea acestor greșeli.

13.2.1.3. Tratatamentul entorsei simple

Tratatamentul este și el simplu. Repausul articulației timp de una-două zile, pe o suprafață și într-o poziție obișnuită sau un bandaj elastic este, de obicei, suficient. Ori de câte ori, însă, entorsa este mai gravă, adică s-au produs rupturi ligamentare, sindrila osoase, rupturi de menisc, necartilajul hemartroză, tratamentul trebuie făcut mai intens și cu mai multă grijă. Primele două zile trebuie să fie în repaus, apoi să se facă mișcări pasive și active. După terminarea perioadei de imobilizare, se vor face mișcări sistematice în articulație pentru recăpătarea amplitudinii de mișcare și pentru evitarea apariției artrozei.

În caz de rupturi de ligamente se face imobilizarea regiunii 2-3 săptămâni. În caz de sindrila osoasă, imobilizarea se face în aparat gipsat și trebuie să dureze 4-6 săptămâni. Dacă este lichid în articulație, se va face puncție evacuatoare, când se apreciază că lichidul nu se va resorbi singur.

După terminarea perioadei de imobilizare, se vor face mișcări sistematice în articulație pentru recăpătarea amplitudinii de mișcare și pentru evitarea apariției artrozei.

În cazul existenței unor sindrila de ligamente pe suprafețe mari, sau a unor rupturi de menisc, este obligatorie intervenția reparatoare-chirurgicală.

13.2.2. Luxațiile

Luxația este o afecțiune traumatică, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

În cadrul termenului larg de luxație există o serie de termeni care considerăm că este util să fie cunoscuți. Astfel:

Luxația este o afecțiune traumatică, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

Luxația este o afecțiune traumatică, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

Luxația este o afecțiune traumatică, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

Luxația este o afecțiune traumatică, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

Luxația este o afecțiune traumatică, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

Luxația este o afecțiune traumatică, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

13.2.2.1. Simptomatologie

■ **Debutul.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

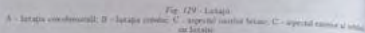
■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).

■ **Simptomele.** Este de obicei, de gravitate mare, care constă în deplasarea permanentă a extremităților articulare (suprafețele articulare pierzându-și raporturile normale dintre ele) (fig. 129).



În prezența unei leziuni simple, în care nu s-a rupt fizic legătura și capsaia pe care intră, în care nu sunt compresiuni vasculare sau nervoase, nu sunt deosebit de micșorare și rețineri în foarte scurt timp de la apariția ei al reducerea leziunii și a imobilității, evoluția este favorabilă și este posibilă viața lași și naș mai mult sau puțină. În caz că nu sunt schimbări favorabile specificate mai sus și mai ales dacă nu s-a făcut un tratament urgent și corect, leziunea poate recidiva, un pot apărea fenomene de atrofie. Prognosticul este și mai grav în caz de leziuni oase ale musculare, vasculare sau nervoase.

Tratarea unei luxații se numește **reducerea luxației**. Ea constă în readucerea articulației a celor două capete osoase, pe poziții care pe care s-a făcut luxația. Acest reducere trebuie făcută cât mai urgent posibil. Se face de preferință sub anestezie generală și controlată, care permite cel mai bun executarea manevrelor de reducere ale

[illegible][illegible][illegible]

Inam de la simina asta capota facem precizata ca in urma masurarii nu exista o alta dovada pentru nevinovatie.

...tuturii congenitale, care se dezvoltă într-un mormânt, ardeam cu
unul se poate.

Limba portugheză, care este urmasa unor dialecte care dintr-un timp

...interioare care compun articulația, facând ca excizia să fie posibilă și să nu se deterioreze țesuturile patologice, apar cel mai des în tuberculoza osteo-articulară: spondilită și tuberc.

13.2.3. Fracturile

Nușim fractură *interapertură* (cominativă) una și cu ea se produce prin acțiunea directă sau indirectă a unui agent traumatic asupra osului.

13.2.3.1. Caracterile generale ale fracturilor

13.2.3.1.1. *Etiologia.* În marea majoritate a cazurilor, a puzos agentului traumatic care există un proces de rarefiere (distrofie) a structurii osoase - osteoporoză, rezistență osului scade foarte mult, astfel încât fractura se poate produce și după traumatisme mici. Spre exemplu, un băiețel poate face o fractură de col femoral chiar dacă a căzut în timp de joacă, dar o persoană tânără poate să nu facă fractură chiar dacă a căzut de la câțiva metri înălțime. Copii fac rar fracturi datorită elasticității fraturării și aparțin la nivelul leziunilor, pentru că acolo structura osului normal se rezistentă - nu mai există și este înlocuită de alveci sau de masa tumorală legată complet de rezonanță.

Foarte frecvente în timpul război, fracturile sunt numeroase și la timp de pace, datorită mai ales accidentelor de circulație, de muncă sau consecințelor prădărilor goale.

13.2.3.1.2. *Clasificarea fracturilor.* Există varietate modalități de a clasifica fracturile. Noi vom folosi aici o clasificare care ține seama de mecanismul de producere a fracturilor și de aspectul anatomopatologic al fracturilor.

■ *Mecanismul de producere a fracturilor*

Distingem două tipuri de fracturi: *fracturi directe* și *fracturi indirecte*.

■ *Fracturi directe* sunt mai frecvente în rănile unde osul este acoperit numai de piele decât acolo unde rănile sunt acoperite de o masă musculară bine dezvoltată. Fractura directă se produce la locul unde a acționat agentul traumatic vulnerabil (fig. 130).

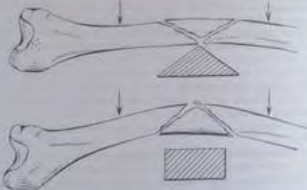


Fig. 130. - Mecanismul de producere a fracturii directe.

■ *Fracturi indirecte* se produc la distanță de locul de acțiune a agentului traumatic, fiind determinată de o acțiune pe o anumită zonă a osului, iar fractura apare la distanță, unde structura osoasă are o rezistență mai mică.

■ *Fracturi complete* sunt cele în care segmentul de os este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea. În acest caz, fractura are trei fețe distincte și are un aspect caracteristic: două fețe osoase care se aliniază și o față intermediară (fig. 131).

■ *Fracturi incomplete* sunt cele în care fractura nu este completă și osul este rupt doar pe o parte.

■ *Fracturi deschise* sunt cele în care fractura este deschisă și osul este în contact cu mediul exterior.

■ *Fracturi închise* sunt cele în care fractura este închisă și osul este în contact cu mediul intern.

■ *Fracturi simple* sunt cele în care fractura este simplă și osul este rupt doar pe o parte.

■ *Fracturi complicate* sunt cele în care fractura este complicată și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de stres* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt doar pe o parte.

■ *Fracturi de fatigă* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

■ *Fracturi de tranziție* sunt cele în care fractura este produsă de o acțiune repetitivă și osul este rupt pe toată lățimea și pe toată lungimea.

Fracturile de bazin pot fi însoțite adeseori de leziuni de vezică, de uretră etc. Din
treburile ce se întâlnesc la examinarea și tratamentul unui bolnav cu leziuni osoase.

Atenuarea și examinarea atentă a scheletului (pe ardea după translații și
prindes și leziuni de nivel cel de mai sus, care sâlcioși sunt foarte grave și că
asamblu de leziuni sau numai fractura singură pot declanșa o stare gravă de
impune, măriți preventive sau terapeutice (câte caz).

13.2.3.4. Evolution

Evoluție normală a unei fracturi este către formarea unui țesut de reparare în tip vas care se numește calus și care va suda între ele fragmentele osoase, asigurând refacerea continuității osului, deci vindecarea biologică și funcțională. Pentru a ajuta la vindecare se trece prin faza de calus conjunctiv nădit și calus fibros, un calus și mai mare decât cel anterior.

Construirea calinului oios și consolidarea definitivă se fac între 30 și 50 de zile. Calinul oios se modelează cu timpul și la în final aproape aspectul anului trecut.

13.2.3.4.1. *Constituirea calatului osos și variațiile de timp până la conștientizare definitivă* depind de:

- **creșta bolnavului:** cu cât bolnavul cu fractură este mai tânăr, cu atât procesul de vindecare este mai rapid;

- *disminuarea calitatii*; şurta de consolidat a oţelului grosier este mai lungă decât cea a oţelului subţir;
- *modul de aşezare a fragmentelor* uruşe: fragmentele oţelului care se găseau în contact înainte formarea caului erau mult mai repede decle decât cele care s-au desprins de la el mai târziu, dacă între acestea din urmă se găseşte un fragment de mărţiş;
- *numărul total al fracturilor* care apar în timpul accidentării care au mai multe (de exemplu 3-4) decât cele care apar în timpul fracturării care au doar una;
- *caracteristicile biologice generale*: accidentul care poate deveni înăd, în procesul conştiinţei biologice, se vindecă mai uşor decât cel cu boli cronice, în comparaţie cu debilitaţi, cei care au tulburări hormonale etc.;
- *calitatea tratamentului* care se efectuează;

Semelele vîndecării fracturii sunt: dispariția durerii în focarul de fractură (apăsarea pe locul fracturii și la efort); revenirea la normal a temperaturii locale; dispariția edemului; dispărut durerea în timpul mișcărilor; dispariția imobilității anormale; dispariția imposibilității funcționale (închirarea mișcărilor).

De o mare utilitate este examenul radiografic, care dă informații asupra modului de constituire a columnii și a calității acestuia, precum și asupra parametrilor osoși după consolidarea osului fracturat, așa încât niciodată nu se afirmă că o fractură este pe cale de consolidare sau s-a consolidat, decât în urma unui prealabil un examen radiografic. Este bine de reținut că reducerea integrală capacității funcționale la parametri funcționali anteriori are loc într-o perioadă de timp care se prelungește de la 3 până la 18 luni și are practic totdeauna nevoie de un suport fizioterapeutic de balneo-fizio-kinetoterapie, de reabilitare etc.

13.2.3.5. Complicațiile fracturilor

Dintre complicațiile cele mai frecvente și mai importante notăm:

- *Socul traumatic și socul hemoragic*

* *Epilobium* - plante cu complicații în creșterea și dezvoltarea fructelor, precum și apariția unor tulburări circulatorii și de coagulabilitate ale sângelui din cauza formării de trombi în vasele mici.

- [illegible]

• este necesară aplicarea unei ghipsuri în cazul fracturilor din vecinătatea articulațiilor.

- **Intenționat** este omul care, în mod deliberat, comite un act de violență sau de răsunet.
- **Intenționat** este omul care, în mod deliberat, comite un act de violență sau de răsunet.
- **Intenționat** este omul care, în mod deliberat, comite un act de violență sau de răsunet.

• **Compartimentul** din care s-a luat ordinarul.

- ... la stabilirea unei noi structuri de conducere a societății, care să asigure o mai bună gestionare a activității economice și să permită o mai bună integrare în economia națională și în economia mondială.

• **Calmarul de apă rece:** o suprafață, apăsând un xip-munit cald în apă rece, care depe-

- ...într-o poziție în care se poate și vedea. Segmentul de
...într-o poziție în care se poate și vedea. Segmentul de
...într-o poziție în care se poate și vedea. Segmentul de

• *Pseudosuccinea* încercând formarea, într-o fragmente osase fracturată.

unreliable, respectively, and may not be functionally normal, but are not deemed as invalid.

neobunum așteptăm când între segmentele fracturii se interpoziți (pauză) și există o infecție locală prelungită (frecventă în cazurile fracturilor de nivel fracturii comminative care au necesitat și intervenții chirurgicale, în c

13.2.3.6 Fracturile deschise

Fracturile deschise sunt acelea în care segmentele osoase fracturate vin în contact cu mediul exterior, fiind însoțite de hemoragii și de contaminarea cu microorganisme.

muşchi, care pot provoca o fost leziată de agenții virulenți sau de un agent
microbian. Aceasta determină infectarea fragmentelor osoase. În aceste

În timpul lucrului, țesuturile să fie complet acoperite cu apă. Fie din cauza temperaturii lor sau din cauza faptului că acestea sunt foarte sensibile la căldură, pentru că după circa 10-15 minute gipsul începe să se întărească și nu se mai poate fi utilizat. De aceea, după ce am terminat de muncă trebuie să ne răcim la înălțime.

Efectuarea aparatului gipsat începe cu aplicarea unei anele. Astfel, după ce am terminat de muncă, mai trebuie să ne răcim la înălțime. Fie din cauza temperaturii lor sau din cauza faptului că acestea sunt foarte sensibile la căldură, pentru că după circa 10-15 minute gipsul începe să se întărească și nu se mai poate fi utilizat. De aceea, după ce am terminat de muncă trebuie să ne răcim la înălțime.

Efectuarea aparatului gipsat începe cu aplicarea unei anele. Astfel, după ce am terminat de muncă, mai trebuie să ne răcim la înălțime. Fie din cauza temperaturii lor sau din cauza faptului că acestea sunt foarte sensibile la căldură, pentru că după circa 10-15 minute gipsul începe să se întărească și nu se mai poate fi utilizat. De aceea, după ce am terminat de muncă trebuie să ne răcim la înălțime.



Fig. 111 - Aparat gipsat aplicat. A - Se vede că s-a aplicat o anelă gipsată pentru a lateral, pe care se va pune o țesătură.



Fig. 112 - Aparat gipsat aplicat pentru a fixa în poziție. Se vede că aparatul gipsat a reușit să realizeze fixarea necesară, că pe care s-a aplicat.

În aparatul gipsat pe el trebuie să se aplică unele instrumente cu care să se facă reducerea.

În aparatul gipsat pe el trebuie să se aplică unele instrumente cu care să se facă reducerea. În aparatul gipsat pe el trebuie să se aplică unele instrumente cu care să se facă reducerea. În aparatul gipsat pe el trebuie să se aplică unele instrumente cu care să se facă reducerea.



Fig. 113 - Aparat gipsat aplicat, aplicat pentru a fixa în poziție. Se vede că aparatul gipsat a reușit să realizeze fixarea necesară, că pe care s-a aplicat.

În momentul când, cu ajutorul controlului radiologic, s-a corectat reducerea și s-a verificat în anul normal a omului fracturată (ceea ce are loc între 10-15 și 30 de zile) se aplică un aparat gipsat.

Tratamentul chirurgical al fracturilor (reducerea chirurgicală, șpagăndă). Unii de care se folosește un aparat gipsat sau a unui pe care se aplică chirurgicală, așa-numita cale sângerândă.

relaxarea musculaturii hipotonizate în timpul imobilizării. Se folosesc și alte mijlocuri de recuperare de tip fizioterapeutic.

Asistența medicală trebuie să convingă bolnavii, încă din perioada în care nu se face încă o fractură, că relaxarea activă și de parametrii anteriori nu poate fi făcută fără o acțiune sistematică de recuperare la care bolnavii trebuie să participe timp de 4 săptămâni. Asistența medicală are, de asemenea, datoria să convingă bolnavii să participe la toate serviciile medicale, ale cabinetelor medicale de recuperare și ale institutelor de recuperare, încă din serviciile unde vor merge să facă această recuperare.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 13

1. - Diferitele tipuri de traumatisme depind de:
 - a. - intensitatea agentului vătător;
 - b. - marea și rezistența organismului;
 - c. - tipul constituțional și vârstă;
 - d. - condițiile de viață și munca ale indivizilor;
 - e. - distanța de la care se produce și durata de acțiune a agentului vătător.
2. - Contuzia se caracterizează prin:
 - a. - senzație de vinovăție a tegumentelor;
 - b. - leziuni tondare;
 - c. - integritatea tegumentelor;
 - d. - hemoragii externe;
3. - O pată violetă bine determinată pe tegumente, apărută la 2-3 zile de la un traumatism este dată de:
 - a. - un hematom supraaponevrosic;
 - b. - echimoză;
 - c. - un hematom subaponevrosic;
 - d. - un seron.
4. - Echimoză apărută la scurt timp după producerea traumatismului este dată de:
 - a. - ruperea unor vase sanguine din piele sau din țesutul celular subcutanat;
 - b. - ruperea unor vase profunde;
 - c. - lezarea unor organe vizuale;
 - d. - fractura oaselor.
5. - Care din semnele de mai jos le găsim într-un hematom mic supraaponevrosic?
 - a. - hemibrasă roșie;
 - b. - hipotensiune arterială;
 - c. - tahicardie cu tahipnee;
 - d. - fluctuență și crepitații datorită coagulării, la palpare.
6. - Când agentul traumatic acționează tangențial și are loc o deslipire traumatică a pielii de țesutul subiacent, ce se poate produce?
 - a. - hematom mare supraaponevrosic;
 - b. - seron;
 - c. - plagă a regiunii;
 - d. - hematom profund.

7. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie;
 - b. - respirația normală;
 - c. - respirația musculară anormală;
 - d. - respirația de tipul hemitoraxi, respiră la puncta expiratorie.
8. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom mare la nivelul mușchilor?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.
9. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.
10. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.
11. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.
12. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.
13. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.
14. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.
15. - Care din semnele de mai jos confirmă existența unui hematom supraaponevrosic?
 - a. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - b. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - c. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie;
 - d. - durerea la respirație respiratorie și durerea la puncta expiratorie.

16. - Ce constatăm la examenul local în cazul unei rupturi musculare?
- tumefacție dură la nivelul musculaturii;
 - tumefacție moale și duricioasă care umezește direcția tecii musculare;
 - depresiune la nivelul rupturii, care se va estompa din cauza hematomului;
 - contracție anormală.
17. - Ce constatăm la examenul local în cazul unei hernii musculare?
- tumoră elastică, nedureroasă, când mușchiul e relaxat;
 - tumoră elastică, când mușchiul este contractat;
 - dispariția tumorii când mușchiul e relaxat;
 - dispariția tumorii în momentul în care mușchiul se contractă.
18. - Care din semnele subiective și obiective le întâlnim imediat într-o ruptură totală de tendon?
- senzație de căldură și tăbăcarie în momentul raport;
 - durere atroce, sincopală, apărută brusc în cursul executării unei mișcări;
 - imposibilitate funcțională, corespunzătoare tendonului;
 - sindrom de blocaj tendonos;
 - modificarea reflexului rotund, iar la palparea o depresiune în locul unde a plecat tendonul.
19. - Tratatamentul rupturilor totale de tendon este:
- ortopedic;
 - chirurgical;
 - sutură simplă;
 - sutură și imobilizare îndelungată.
20. - Contuzia adventivei arteriale poate produce:
- vasodilatație;
 - creșterea permeabilității capilarelor și producerea de edem;
 - spasm arterial, care poate merge până la suprimarea fluxului arterial;
 - ischemie în teritoriul respectiv, fără să producă tulburări locale ireversibile.
21. - Care sunt consecințele unei contuzii ale adventivei arteriale?
- ischemie periferică cu necroză a țesuturilor;
 - ischemie care poate dura ore sau zile, cu posibilitatea remisiunii spontane fără a produce leziuni trofice;
 - scăderea tensiunii arteriale, tahicardie, puls slab bătut;
 - apariția de edem, datorită creșterii permeabilității capilare.
22. - Contuzia parietală a arterei duce la:
- tromboză arterială;
 - compromiterea continuității peretelui arterial;
 - compromiterea lumenului arterial;
 - hematom intramural.
23. - Păgubele arteriale se pot manifesta prin:
- hemoragie externă cu sânge negricios care curge continuu;
 - hemoragie externă cu sânge roșu, cu caracter pulsatil;
 - hemoragie interstitală puternică, care poate produce compresii și se manifestă prin ischemie;
 - arterioconstricție puternică, cu fenomene de ischemie.
24. - Neurosupraviețuirea este consecința:
- conștienței nervului, fără leziuni ale fibrelor;
 - întreruperii unui număr de fibre nervoase;
 - păstrării tecilor de mielină;
 - întreruperii tecilor Schwann.

- Neurosupraviețuirea duce la deficit senzitiv și motor care este:
- reversibil;
 - parțial reversibil după cheia septimului;
 - parțial reversibil după cheia ore sau zile;
 - reversibil reversibil.
25. - Ce fenomen se petrece în artroză cu fibrele nervoase întrerupte?
- capetele nervoase prezintă degenerare;
 - capetele nervoase stau în nefaz și regenerarea nervului;
 - capetele nervoase prezintă în nefaz imediat după accident, creșterea activității;
 - capetele nervoase prezintă în nefaz imediat după accident, creșterea activității.
26. - Care sunt simptomele artrozei?
- durere dură de deosebită;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui.
27. - La ce se numește, se se întâmplă dacă cele două capete nu sunt aduse în contact prin suture?
- durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui.
28. - Care sunt simptomele artrozei?
- durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui.
29. - Care sunt simptomele artrozei?
- durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui.
30. - Care sunt simptomele artrozei?
- durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui.
31. - Care sunt simptomele artrozei?
- durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui.
32. - Care sunt simptomele artrozei?
- durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui;
 - durere dură de deosebită, datorită angroșării tecii Schwann, care duce la volul unui.

33. - Care din simptomele de mai jos sunt specifice unei luxații?
 a. durerea;
 b. impoziția funcțională din cauză că cele două vase articulare nu sunt în poziție normală;
 c. deformarea regiunii;
 d. echinoz și hematomul;
 e. atrofierea vasculară.
34. - Care din simptomele, dar și complicațiile de mai jos, în cursul luxațiilor de urea arău grave?
 a. hematomul și hidrocefalul;
 b. - compresia vasculară și nervoasă;
 c. - deformarea regiunii și impoziția funcțională;
 d. - rupturile pe mai înaltele ale capsulei și transparenței;
35. - În ce se constă tratamentul unei luxații?
 a. - anestezia regiunii pentru a combate durerea;
 b. - reducerea regiunii;
 c. - mobilizarea regiunii;
 d. - mobilizarea articulare, după reducerea ei;
36. - Unde apar cele mai frecvente reducții ale luxațiilor?
 a. articulația scapulo-humerală;
 b. articulația cotului;
 c. articulația covo-femorală;
 d. articulația temporo-mandibulară;
37. - Care din fracturile de mai jos sunt clasificate după mecanismul de producere?
 a. - fracturi prin îndoire și răsturnare;
 b. - fracturi închise și deschise;
 c. - fracturi complete și incomplete;
 d. - fracturi epifizare și diafizare;
38. - Care este mecanismul de producere a fracturilor de gambă din accidentul cu schi, când calciul rămâne fixat pe loc, iar rapid continuă mișcarea?
 a. - îndoire;
 b. - răsturnare;
 c. - traciune;
 d. - lovire;
39. - Ce înțelegem prin fractura deschisă?
 a. - fractura acoperită de piele, dar cu leziuni masive ale mușchilor, tendoanelor și vaselor;
 b. - fractura care produce leziuni ale organelor vasculare;
 c. - fractura în care pielea a fost lăsată și oșă ajungă în contact cu exteriorul;
40. - Care din complicațiile de mai jos sunt mai frecvente în fracturile deschise, comparativ cu cele închise?
 a. - emboliile pulmonare și cerebrale;
 b. - golc traumatic și hemoragii;
 c. - procesele septice cu osteită sau osteomielită;
 d. - retenția acut de urină;
41. - Care din fracturile de mai jos sunt fracturi complete?
 a. - fractura în "vârf de clamei";
 b. - fractura în "țona verde";
 c. - fractura spirală;
 d. - fractura prin îndoire;

- [illegible]

- c. - fractura coastei costului;
d. - fractura coastei gambel.
51. - Care din măsurile de mai jos trebuie luate la locul accidentului, la care sunt fracturi ale membrului?
- a. - imobilizarea preexistentă a fracturii;
b. - reducerea fracturii;
c. - ortogipsoterapie;
d. - sedarea bolnavului și combaterea durerii.
52. - În cazul unei fracturi fără deplasare, ce se va face la spital?
- a. - diagnostic clinic și radiologic;
b. - anestezie generală;
c. - reducerea fracturii;
d. - imobilizarea fracturii până la vindecare.
53. - Pentru reducerea corectă ortopedică a unei fracturi, de câte persoane este nevoie?
- a. - 1 persoană;
b. - 3 persoane;
c. - 2 persoane;
d. - numai de ortoped și asistent medical.
54. - Ce este nevoie să se facă după reducerea fracturii?
- a. - imobilizare în aparat gipsat;
b. - radiografie de control și apoi aplicare de aparat gipsat;
c. - după aplicarea aparatului gipsat, accidentatul se lăsa în dormitor;
d. - după imobilizarea în aparat gipsat, bolnavul se întoarce;
e. - după aplicarea aparatului gipsat se face controlul radiologic pentru a vedea dacă fragmentele osoase nu s-au deplasat în timpul aplicării aparatului gipsat.
55. - Ca regulă generală aparatul gipsat trebuie să cuprindă:
- a. - numai focarul de fractură;
b. - focarul de fractură și articulația de deasupra;
c. - focarul de fractură și articulația de dedesubt;
d. - articulația de deasupra și dedesubtul focarului de fractură.
56. - În cazul în care reducerea nu se poate realiza pe cale ortopedică, recurgem la extensie continuă, care poate efectua reducerea în:
- a. - 2-3 zile;
b. - 10-30 zile;
c. - o săptămână;
d. - peste 45 zile.
57. - Care din fracturile de mai jos nu se pot reduce corect pe cale ortopedică și prin extensie continuă și este nevoie de reducere chirurgicală?
- a. - fractura de radius;
b. - fractura de humerus;
c. - fractura extensivă distală a radiusului;
d. - fracturile de olecran.
58. - Durata de imobilizare în aparat gipsat, după reducerea chirurgicală este:
- a. - aceeași cu reducerea pe cale ortopedică;
b. - este mai mare cu 20-30 zile față de reducerea ortopedică;
c. - este mai mică decât în reducerea ortopedică;
d. - fac excepție unele fracturi la care s-au putut introduce șije metalice contromobilizare.

59. - La comențea are imobilizarea prelungită?
- a. - începutul imobilizării;
b. - începutul mișcărilor articulare prin relaxarea capului și ligamentelor;
c. - relaxarea mușchilor articulației;
d. - relaxarea articulației.
60. - Care din procedurile de mai jos se pot folosi pentru reducerea fizică a fracturii care a fost imobilizată în aparat gipsat?
- a. - aplicarea singurilor din ce în ce mai ample pentru ca articulația să-și revină în mișcare;
b. - după aplicarea aparatului gipsat, articulațiile se fi mobilizate cu bagajele;
c. - efectuarea de procedee kinetoterapeutice;
d. - aplicarea de procedee fizioterapeutice.

Capitolul 14 ȘOCUL

Verificați-vă cunoștințele

14.1. Etiologia șocului	388
14.1.1. Șocul hipovolemic	388
14.1.1.1. Șocul hemoragic	388
14.1.1.2. Șocul traumatic	388
■ Traumatisme închise	388
■ Traumatisme deschise	388
■ Șocul de garou	388
■ Șocul produs prin aful exploziei de bombă	388
14.1.1.3. Șocul operator	388
■ Componenta anestezică	388
■ Componenta chirurgicală	388
■ Componenta individuală a operatorului	388
14.1.1.4. Șocul prin deshidratare	388
14.1.1.5. Șocul prin arsuri	388
14.1.2. Șocul normovolemic	388
14.1.2.1. Șocul anafilactic (alergic)	388
■ Șocul posttransfuzional	388
■ Șocul alergic medicamentos	388
14.1.2.2. Șocul septic	388
14.1.2.3. Șocul termic	388
14.1.2.4. Șocul electric	388
14.1.3. Șocul prin insuficiență circulatorie	388
centrală (șocul cardiogen)	388
14.1.4. Cauzele favorizante, consecințe traumatismului	388
14.1.4.1. Obstrucția fizică	388
14.1.4.2. Insomnii	388

14.1.4.3. Efectele	388
14.1.4.4. Efecte	388
14.1.4.5. Căderea extensivă	388
14.1.4.6. Efecte	388
14.1.5. Influența sistemului de apărare asupra șocului	388
14.1.5.1. Văsta	388
14.1.5.2. Tipul constituției	388
14.1.5.3. Activitatea sistemului de apărare	388
14.1.5.4. Starea morală	388
14.1.5.5. Stările patologice ale organismului	388
14.1.6. Reacția sistemului de apărare la șoc	388
14.1.7. Alături de șocul circulatoriu și așezarea șocului	388
14.2. Clasificarea șocului	388
14.2.1. Clasificarea etopatogenică	388
14.2.1.1. Șoc cu insuficiență circulatorie	388
periferică (vasogen)	388
14.2.1.1.1. Șoc prin hipovolemie	388
14.2.1.1.2. Șoc cu normovolemie	388
14.2.1.2. Șoc cu insuficiență circulatorie	388
14.2.1.2.1. Șoc cu insuficiență circulatorie	388
14.2.1.2.2. Șoc cu insuficiență circulatorie	388
14.2.2. Clasificarea clinică	388
14.2.2.1. Șocul rece (hipovolemic)	388
14.2.2.2. Șocul cald (vasoplegic)	388
14.2.2.3. Șocul congestiv (cardiogen)	388
14.2.2.4. Șocul cu distensie viscerală	388
14.2.3. Clasificarea statistică	388
14.2.3.1. Clasificarea Harvard	388
14.2.3.2. Clasificarea Mares-Suteu	388
14.3. Simptomatologia stadiilor evolutive ale șocului	388
14.3.1. Stadiul I, șoc compensat (reversibil)	388
14.3.2. Stadiul II de șoc decompensat	388
14.3.3. Stadiul III de șoc grav (irreversibil)	388
14.4. Tipuri de șoc	388
14.4.1. Șocul hemoragic	388
14.4.2. Șocul traumatic	388
14.4.3. Șocul operator	388
14.4.4. Șocul septic	388
14.4.5. Șocul prin arsură	388
14.4.6. Șocul anafilactic (alergic)	388
14.4.7. Șocul cardiogen	388
14.5. Tratatamentul șocului - principii și conduită	388
14.5.1. Tratatamentul preventiv	388
14.5.2. Primul ajutor și transportul bolnavului	388
șocul sau susceptibil de a face șoc	388
14.5.3. Tratatamentul curativ	388
14.5.3.1. Restabilirea volumică și corectarea	388
turbulențelor circulatorii	388
14.5.3.2. Trataterea insuficienței respiratorii	388

- 14.5.3.3. Corectarea tulburărilor biochimice 419
 14.5.3.4. Sistemul de protecție și combaterea durerii 419
 14.5.3.5. Administrarea de vasoconstrictoare 419
 14.5.3.6. Terapie antihemostatică și corticosteroizi 419
 14.5.3.7. Tratamentul cu substancă vasoconstrictoare 419
 14.5.3.8. Anticoagulante 419
 14.5.3.9. Tratament cu tonice 419
 14.5.3.10. Tratament cu antibiotice 419
 14.5.3.11. Profilaxia aritmică 419
 14.5.4. Îngrijiri generale ale bolnavilor cu șoc 419
 14.5.5. Greșeli ce se pot face în diagnostic și care trebuie evitate 419
 Chestionar la capitolul 14 419

Șocul este o gravă tulburare funcțională a întregului organism, extensiv clinic printr-o prăbușire a circulației și tulburarea echilibrului metabolic.

14.1. ETIOPATOGENIA ȘOCULUI

Cauzele șocului sunt foarte variate. Orice agresiune din mediul înconjurător poate fi cauza șocului, cu condiția să aibă o intensitate și durată neobișnuită.

Se folosește adeseori pentru cauzele generatoare de șoc și denumirea de „cauze de stres”. Nu rareori, între factorii de stres un rol important îl are și factorul psihic. element determinant sau condiționat pentru declanșarea șocului. În șoc constat adeseori o rupere a echilibrului fiziologic normal dintre procesele de excitație și cele de apărare ale centrilor nervoși ai creierului. Aceasta contribuie la dereglarea mecanismelor de echilibru corticostubercular care au drept consecință tulburări vasculare, respiratorii, metabolice etc. În apariția șocului interesează atât intensitatea agresiunii declanșare și și posibilitățile de apărare ale sistemului nervos central al individului.

În cele mai multe din cazuri, prin scăderea bruscă a masei circulante (hipovolemia acută) se produce o îngustare deficitară a organelor vitale și a periferiei. Drept consecință scade aportul de O_2 , cresc producții toxice rezultate din metabolism care se acumulează în sânge, ducând la o alterare gravă a funcțiilor organismului.

După cum am arătat, șocul este determinat de foarte multe cauze agresoare generatoare (fig. 136), motiv pentru care sunt descrise mai multe tipuri de șoc:

14.1.1. Șocul hipovolemic

Cel mai frecvent, se datorează unei game largi de cauze, care au însă un factor comun - scăderea masei sanguine circulante, astfel:



Fig. 136. Sistemul circulator schematic și circulația de șoc și a pacienților.

14.1.1.1. Șocul hemoragic

apare după hemoragii acute când pierderile deplătesc 30% din masa sanguină.

14.1.1.2. Șocul traumatic

Apare (284) pe lângă o pierdere importantă de sânge, se asociază traume importante de mușchi, oase, fracturi, striviri ale țesuturilor etc. Pacienții în șoc traumatic în...

• Traumatisme închise - în cazul strivirilor sub fibrăndului, surpări de pașuri etc. Cu cât șocul e nevoie ca săvire să se exercite pe o suprafață mare a corpului și să dureze timp suficient (5-6 ore).

• Traumatisme deschise - cu condiția că fie însoțite de o distrugere mare de țesuturi și îndepărtare a mușchilor, însoțite sau nu de zdrobirea oaselor.

În apariția șocului traumatic deschise sunt influențate de hemoragiile care însoțesc traumatismele, infecția care se adăugă, sediul și întinderea leziunii.

Traumatismele care pot genera starea de șoc pot fi traumatisme crano-encefalice, ale coloanei vertebrale, toracice, abdominale, ale bazinului și membrului.

• Șocul de garo - se poate produce prin scoaterea bruscă a garoului, aplicat de mult timp.

• Șocul produs prin suflul exploziei de bombă. Presiunea aerului produsă de explozie dă naștere la desinderea brută a alveolelor pulmonare, ruperea capilarelor alveolare, rupa a vaselor mari, cu hemoragie intrapulmonară, care excită terminațiile dureroase, poate duce la apariția șocului.

14.1.1.3. Șocul operator

Șocul operator este o combinație de șoc traumatic și șoc hemoragic. În declanșarea sa intervine:

• Dispoziția anestezică și anane

- factorul anoxic (insuficiența oxigenare a creierului);
 - factorul hipercapnic - retenția de CO₂;
 - factorul circulator (criza sau pericriza).
 ■ Componenta chirurgică intervine în declanșarea șocului prin:
 - factorul traumatic;
 - factorul volumic - pierdere de sânge în timpul intervenției chirurgicale;
 - factorul postural - acești pacienți declanșează în timpul intervenției chirurgicale;
 - factorul postural - acești pacienți declanșează în timpul intervenției chirurgicale.
 ■ Componenta individuală a operatorului - în declanșarea șocului au predomina unele categorii de bolnavi:
 - traumatizați;
 - virușele abdominale;
 - bolnavii cu șoc cronic;
 - bolnavii cu țesuturi organice: aterosclerose, hepatice, dezechilibrul hormonal etc.;
 - bolnavii cu distonii neuro-vegetative.

14.1.1.4. Șocul prin deshidratare
 Apare în ochii intestinale, în molișii, când individul, din diferite motive, nu ingerează cantitatea normală de lichide.

14.1.1.5. Șocul prin arsuri
 Apare în arsuri întinse în care accidentul pierde o mare cantitate de plasmă prin plasmoliză.

Gravitatea șocului depinde de 3 factori:
 - întinderea suprafeței arse (șocul este proporțional cu suprafața arse);
 - temperatura agentului care a produs arsură (cu cât temperatura e mai ridicată, cu atât șocul e mai intens);
 - durata acțiunii căldurii asupra țesuturilor.
 Șocul la arși are un mecanism complex neuro-endocrin-vegetativ în care intervin:
 - durerea;
 - hipovolemia masivă datorită plasmolizei;
 - reacția unor produși intermediari proteici;
 - insuficiența hepato-renală proximală.

14.1.2. Șocul normovolemie

14.1.2.1. Șocul anafilactic (alergic)

Este o reacție brută în interiorul sistemului circulator. Astfel de șoc poate fi:

- Șoc posttransfuzional după:
 - transfuzie cu sânge incompatibil în sistemul OAB și Rh;
 - transfuzie cu sânge izogrup;
 - aport de substanțe pirogene.
- Șoc alergic medicamentos prin:
 - injecții cu substanțe iodate cu scop diagnostic (pohibol, odiston, lipiodol);
 - șoc medicamentos prin medicamente cu caracter histaminic (șoc histaminic);
 - substanțe injectate sau absorbite pe diferite căi (nazală, digestivă), inclusiv antibiotice.

14.1.2.2. Șocul septic
 Este determinat de o infecție difuză de germeni infectanți în spațiul simplici și în țesuturile adiacente în zona septică, generând șocul septic (șocul urinar, postoperator, etc.).
 În șocul septic intervine insuficiența reflexocompartimentului de unde scapă țesuturile la necroză.

14.1.2.3. Șocul termic
 Apare prin expunere îndelungată la căldură și se manifestă prin înroșirea riguroasă a pielii, urmată de mărirea și de producerea a șocului.

14.1.2.4. Șocul electric
 Causa șocului, urmat de multe cazuri de moarte, este trecerea curentului electric prin corpul uman.

Una din cauzele șocului depinde de:
 - intensitatea și rezistența curentului;
 - durata de acțiune;
 - starea sistemului nervos și a organismului.
 La șocul electric adăugă factori ocazionali, umiditatea, contractura musculară sau, în cazurile la locul de muncă, căderea de la înălțimi și în acțiunile de șoc se pot produce, unele, hipotensiuni.

14.1.3. Șocul prin insuficiență circulatorie centrală (șocul cardiogen)

Șocul cardiogen apare în infarctul miocardic acut, în tulburări importante de ritm, în insuficiența cardiacă (compresionare inimii, prin pericardită, hemopericardiu, compresii externe ale inimii prin plămâni, fracturi ale coloanei dorsale etc.). Este un șoc specific, datorită tulburărilor cardiace care au drept consecință aport insuficient de sânge la țesuturile vitale și la organele vitale în special (creier, rinichi, inimă, ficat).
 Au drept cauze factori care pot declanșa diferitele tipuri de șoc, dar în alături de acești factori o serie de factori favorizanți, concepți traumatismului sau propriu organismului (terorism) care, dacă prin ei bișii nu pot genera șocul, realizează în schimb condiții pentru dezvoltarea și agravarea acestuia.

14.1.4. Cauzele favorizante, conexe traumatismului

14.1.4.1. Obosela fizică

Obosela fizică este un factor care favorizează apariția șocului sau contribuie la agravarea lui.

Etapa prelungită duce la epuizarea glicogenului din mușchi și ficat, apariția acidozei lactice în mușchi, obosela miocardului și a vasomotorialității periferice, ceea ce stă la baza multor posibilități de reacție.

14.2. CLASIFICAREA ȘOCULUI

Există mai multe criterii de clasificare: etiopatogenică, clinică și stadiul.

14.2.1. Clasificarea etiopatogenică

A fost descrisă în capitolul anterior. Sîntuțind, șocul se poate clasifica astfel (după pusei de vedea etiopatogenică).

14.2.1.1. Șoc cu insuficiență circulatorie periferică (vasogen):

14.2.1.1.1. Șoc prin hipovolemie:

- șoc hemoragic (prin pierdere de sânge);
- șoc prin arsură (pierdere de plasmă - plasmocrodie);
- șoc prin pierdere hidro-electrolitică (ocluzii intestinale, dilatare acută de stomac, peritonite);

- șoc mixt - traumatic;

- șoc anafilactic;

14.2.1.1.2. Șoc cu normovolemie:

- șoc toxic-septic;

- șoc anafilactic;

- șoc electric;

- șoc neurogen.

14.2.1.2. Șoc cu insuficiență circulatorie centrală (cardiogen):

14.2.2. Clasificarea clinică

14.2.2.1. Șocul rece (hipovolemic):

- șocul hemoragic;
- șocul traumatic;
- șocul prin asurd;
- șocul operator.

14.2.2.2. Șocul cald (vasoplegic):

- șoc anafilactic;
- șoc heterotransfuzional;
- șoc bacterian.

14.2.2.3. Șoc congestiv (cardiogen):

- șoc din embolie acută;
- șoc din insuficiență cardiacă acută.

14.2.1.4. Șoc cu distensie viscerală:

- șoc din ocluzie intestinală;
- șoc din peritonită;
- șoc din dilatare acută de stomac.

14.2.3. Clasificarea stadială

14.2.3.1. Clasificarea Hardway:

- șoc reversibil cu 3 etape: - precoce;
- tardiv;
- refractar;

- șoc irreversibil.

14.2.3.2. Clasificarea Mareș-Suteu:

- stadiul de șoc compensat (stadiul I);
- stadiul de șoc decompensat (stadiul II);
- stadiul de șoc grav, ireversibil (stadiul III).

14.3. SIMPTOMATOLOGIA STADIILOR EVOLUTIVE ALE ȘOCULUI

La descrierea simptomatologiei șocului sînt adoptate clasificarea după Mareș-Suteu și 3 stadii evolutive.

Acum stadiul pot avea evoluția polinortică. Bolnavul în stare de șoc compensat (stadiul I) poate să revină la starea normală, igrat de printr-unele sale forțe de apărare: rezonanță, tuse și mialgice. Dacă cu acest „șoc interior” și în scizată de creștea și alimenții lui dintr-un bolnav. Bolnavul poate însă să nu revină la starea normală, decît atunci cînd intervine posibilitatea medicală, proveniența este un factor determinant. Bolnavul poate să revină dintr-un stadiu I la stadiul II de decompensare și poate să evolueze către stadiul III de șoc ireversibil și fata finală - necroză.

Dacă este tratat corect, inițial, el poate să revină la stadiul de șoc compensat și apoi la starea normală și vindecare. Trăcarea dintr-un stadiu în altul se poate face repede fără adevărate principiale, motiv în plus ca să privim orice bolnav șocat cu deosebită atenție și să-i aplicăm un tratament complex chiar de la început.

14.3.1. Stadiul I, stadiul de șoc compensat (reversibil)

Bolnavul este de multe ori agitat, cu o activitate publică exagerată. Fapt care poate crea confuzii cu privire la adevărata sa stare generală. Pulsul și mușchii sunt pale, tensiunea arterială la început este normală (uneori poate chiar ușor crescută), dar viteza și ritmul sunt normale, pulsul este rapid, pupilele sunt normale, respirația normală sau foarte ușor accelerată. În această perioadă se produce o vasoconstricție periferică prin deșchidare de adrenalină, care determină o simpatotomie; poate să existe hiperglicemie.

14.3.2. În stadiul II de șoc decompensat

Se înalță simptomele psoriazisului: bolnavul este adeseori, îngrijorat, simțind epuizare numai la cea mai puțintă efort, este palid, are tremururile din membre, intensitatea arteriilor este scăzută, pulsul este frecvent și slab, respirația frecventă, mușchii superficiali sunt colabate, pupilele dilatate, bolnavul este obosit și trist, are urinare sub 20-30 ml pe oră este un simptom foarte important care trebuie să fie luat în considerare și mai puțin este posibil, motiv pentru care este indicat să se caute iritarea energică care poate avea moartea bolnavului.

În acest stadiu, apar adeseori o mângâiere înfrigurată.

În acest stadiu, apar adeseori o masivă pierdere de masă (săduri) circulația sângelui și funcțiile organismului, o slăbire a pompei cardiace, creșterea rezistenței vasculare periferice, pierderea de electroliti (sodiu, potasiu, calciu), o slăbă mișcare a crenului, o insuficiență filtrare renală și dreptă începând o acumulare masivă de produse metabolice în circulație (creșterea acidității, a ureei, a azotului, a toxinelor bacteriene etc.). Din acest stadiu, bolnavul poate fi readus dacă aplicăm o tratament foarte corect în stadiul I și alții ameliorare, vindec.

În perioada de ancoreare, și apoi de vindecare, semnele de joc după injecția tensiunii arteriale se ridică, pulsul devine perceptibil și mai rar, respirația diminuează ca număr, se relaxează, dispărește starea generală bună, bolnavul devine conștient și vindecă. Dacă nu se ancorează, bolnavul intră în stadiul III de joc, grav ireversibil.

14.3.3. Stadiul III de șoc grav ireversibil

Semnele de laborator ale jocului sunt în mare măsură în funcție de cămin la care s-a produs jocul. Vom cerceta neapărat:

- *Hemoduragrama*. Vom constata valori normale sau chiar crescute ale hemoglobinei și ale hematocritului în jocul traumatic. La cel cardiogen, insuficiență, termic, electric, vom constata valori scăzute, ca și în jocul hemoragic prin hemodiluzie. Menționăm și aici că diferențele tipuri de joc, sau cauzele determinate de joc, se combină adesea între ele.

Numărătoarea trombocitelor (valori normale 150 000/300 000/mm³) este utilă pentru a se evalua posibilitățile de coagulare.

- *Ureea și glicemia sunt sau pot fi crescute în suc;*
- *Urina este în cantitate mică și în consecință cu valori concentrate. Na ionii excretați este mult diminuați. Urina poate conține albumină și hematii.*

- *Proteinele serice* sunt scăzute în faza hemoragică și normale sau crescute în fazele tipuri de joc.

- *Cetoaciduria* (acidoză) produsă de acumularea oxizilor cetonici în organism. Din acest motiv se tulbură echilibrul acido-bazic predominând componenta acidă care determină scăderea pH-ului sub valoarea minimă de 7,45.

conținutul în *Ascaridia suum* specimenui selectat analizat: important: față de valoarea
medie 310,350 mg/100 ml (113-145 mg/100 ml; Kalm 12-21 mg/100 ml (136-212
mg/100 ml) în mediu de creștere.

Amplas teste efectuate pe o serie de 100 de probe de beton au demonstrat ca acest tip de beton este adecvat pentru utilizarea in constructii de beton armat.

1. *Factorul 1 de consolare*: Se referă la nevoia de consolare și de înțelegere din partea celorlalți. Este asociat cu valori umaniste și de consolare.

14.4. TIPURI DE ȘOC

14.4.1. Socul nemoragig

İçin herhangi bir dizi için herhangi bir n için a_n ile b_n arasında değiyor. $\lim_{n \rightarrow \infty} a_n = L$ ve $\lim_{n \rightarrow \infty} b_n = M$ ise $L = M$.

Sau, spre exemplu, dacă se modifică semnificativ circulația acută hipovolemică în timpul contracției diaphragm, în primul rând acidotică, în hemoragie constituie de fapt o mare încălcare a echilibrului și o înfrângere a proceselor de adaptare organismului, alături de pozele.

14.4.1.1. Hemoragii chirurgicale

14.1.1. Hemoragii chirurgicale
 Acestea pot fi de accident, traumatiche, intervenții chirurgicale, hemoragii
 din varietate, hemoragii spontane (uneori extracraniale rapide), hemoragii de cauză
 vasculară. Hemoragiile se manifestă prin: sângerări, cu excepția hematomului subpericranial.

14.4.1.2. Hemoragii medicale

14.4.1.2. Hemoragii medicale
Sunt produse în cazul trombocitopeniilor, vasculopatiilor, fibrinolitiziei excesive.

NOT RECORDED

La cei mai mici copii, cel puțin la jumătate din proporția de cazuri de insuficiență cardiacă, în cazul pierderii bruște se poate produce stop cardiac înainte de instalarea hemoragiei.

14.4.1.3. Symptomatologie

14.11.3. Simptomatologie
 Clinic: se observă o scădere a T.A., tahicardie, scăderea amplitudinii pulsului, senzația de răcoare a extremităților, apoi cianotice, sete imperioasă, oligurie care poate merge până la anurie.

La examnul de laborator se constată o scădere a hematocritului și Hb.

14.4.1.4. *Tratamentul va urmări următoarele obiective:*

14.4.1.4. **Tratamentul va urmări următoarele obiective:**

- asigurarea hemostaziei - obiectiv principal;
- corectarea pierderilor prin transfuzie de sânge izogrup și Rh;
- asigurarea de vasodilatatoare pentru combaterea vasoconstricției, fapt ce va avea un efect pozitiv asupra fluxului sanguin.

14.4.2. Socul traumatic

se poate transforma cu o variabilă de lucru, mai ales cu cel hemerocarp, în funcție de condițiile de creștere, de o persoană, de o sazonă etc. Este una din marci determinate de moarte.

14.4.2.1. Symptomatologie

- Studiul II. Clasa, local intrinsec de dezvoltare (studiu de studiu II)

- ponderea marcată a învâsării animale;
- putre deprezabil și rapid;

serpe lent. Cercetăm pulul rășinar: dacă apăsăm icuț pe unghișor, pulul mișcă
 ușor și se revine apoi, indicând foarte lent.

encuadra arterială scade sub 70 mm Hg).

- stare de prostrăție, atracție sau, din contră, stare de agitație;

14.4.2.2. Examenle de laborator

14.4.2.2. Examenlele de laborator

Paralel cu dovezile de laborator urmate: hemogramă, glicemia, creatinina, analiza urinei, funcția hepatică, sumarul de urină etc., sunt necesare examene de laborator mai deosebite în scopul de a vedea dacă este vorba de:

- diminuarea masei sângelui circulant = hipovolemie (chiar atunci când nu există hemoragie);

400

... e, in ogni caso, non si può escludere che la responsabilità sia stata assunta da un altro soggetto.

... în cazul în care, în timpul sarcinii, s-a constatat că fătul are o greutate mică, este necesar să se acorde atenție deosebită nutriției mamei și să se evite stresul.

...într-o zi, în timp ce stătea la masă, a simțit o durere în zona
...într-o zi, în timp ce stătea la masă, a simțit o durere în zona

As a result, the model is able to capture the underlying structure of the data, and the results are more reliable and accurate.

14.4.3. Șocul operator

14.4.3. Soci operator

Acidul valic este descris în gazopecteur de care labori, resp

...este motivul...

Factorii dominanci sunt: stimulii sociali

[illegible]

14.43.1. *Festuca ovina* L.

14.4.2.1. Factorii declanșatori ai jocului operator

ne poate fi însă considerat, este un factor de prevenire a ficului (specie de cancer) și al altor tumori. Aparentarea de sex, fie prin drogurile administrative, fie pr

- Factorul anoxic (insuficiența oxigenare a creierului și a celorlalte organe)

- lactated circulation (central and peripheral)

afunde protejate în capitolul „Avenetria”;

401

[illegible]

Reducerea masei circulante poate surveni și prin deshidratarea determinată de însăși acțiunea operator și care este foarte mare după operațiile de încălzire sau răcire, în special în cazul de operații supraîncălzite, neprăzinate cu instalații de aer condiționat.

14.4.3.1.3. Componenta individuală a operatorului. Bolnavii nu răspund identic la același stres operator, modul lor de reacție fiind în directă legătură cu stările psihologice pe care le au, evidente sau latente cu și cu modul lor propriu de reactivitate nervoasă.

■ **Traumatizări.** Trebuie să se gândească pe bolnavii traumatizați care se găsesc în stare de joc compensat, jocul operator supraadunat poate să-i aducă în starea de joc decompensat.

402

[illegible]

14.3.2. Simptomatologia pociului operator

În cazul în care se constată că unele dintre aceste activități sunt în curs de desfășurare, se va lua în considerare posibilitatea de a se efectua o evaluare a impactului asupra mediului înconjurător.

[illegible]

...nu trebuie să se facă nici o distincție între cei care au fost victimele violenței și cei care au fost victimele violenței...

Este posibil ca acest proces să apară și în cazul unei dilatații acute de aorta, însoțită de leziuni aortice, sau chiar într-o dilatație mare (într-o

afectare sau de insuficiență supracardială, la tulburările determinate de un efort fizic exagerat. Este posibil chiar să nu existe un adevărat șoc, ci o tulburare determinată de iritarea deficitară a miocardului sau alte boli cardiace.

403

14.4.6.1. Tratamentul șocului anafilactic

Mai sunt necesare: oxigen, truse pentru respirație artificială (gura la gura, mecanică).

14.4.7. Socul cardiogen

În cazul infarctului miocardic, șocul cardiogen se poate instala atât ca debut, cât și ca complicație a infarctului, evoluția sa fiind variabilă în cadrul evoluției acestuia, alături de șocul hipovolemic și șocul septic.

Elementele caracteristice ale socrului cardiogen sunt: scăderea T.A. sistolică sub 85 mm Hg, tahicardia cu rate de până la 140/min, reducerea perfuziei renale cu scăderea litajului

În cazul cordului traumatizat, tamponadei cardiace, fracturilor de coxă, a căderii în apă caldă, albei cordului penetrante, sunt necesare intervenții chirurgicale.

14.5. TRATAMENTUL ȘOCULUI - FURNICĂ 4:

1.5.1. Tratamentul preventiv

• Păienjeni pot fi utilizați pentru a crea o atmosferă de mister și de curiozitate în jurul produselor.

...Căminul funcționează pe bază de contribuție...

...durată limitată a intervenției la nivelul necesar, zona...

compensarea dereglărilor vasomotorii - se recurge laud a cal-

gama corectă a bolnavilor;

14.5.2.1. Se va degaja accidentatul de sub acțiunea a

se va deschide larg ferestrele încăpătoare,
se va lărgi gulernul cămășii;

100

- se va asigura o bună degajare a căilor respiratorii, iar dacă e nevoie se va face aspirație artificială, se va plasa în orotrachee o pipă Gueddel, dacă e posibil și necesar se va asigura o oxigenare bună;

- dacă este vorba de o plagă toracică și accidental are un pneumotorax, se va scoate tubulajul extern unicu cu un pansament larg, acoperit cu o buie de material plastic, se va proceda la fel cu o plagă craniană, abdominală etc.

14.5.2.2.

Se va asigura o hemostază provizorie (definitivă), dacă bolnavul sângerează.

14.5.2.3.

Se va funcționa o venă pentru a mări o perfuzie cu o soluție macromoleculară, pământ, dextran, mareșor sau ser fiziologic. Nu se va administra ser glazur, pentru că nu ne convingem că nu este diabetic.

14.5.2.4.

Se vor administra analgetice și tranchilizante în funcție de necesități, valium, T.A. etc.; mișchin sau diazepam, romergan, algocalmin, fortal, plafen etc.

14.5.2.5.

Se va limba accidentalul prin o atitudine adecvată, ținând că factorul primei are o mare importanță în dezvoltarea șocului.

14.5.2.6.

Se va apăla la autocurățire, bine dotată pentru transportul șocurilor.

14.5.2.7.

Se va acorda mare atenție pe timpul transportului imobilizării fracturilor, pentru a evita complicarea lor și excitațiile șocogene din focarul de fractură.

14.5.2.8.

Continuarea măsurilor de depăcare pe timpul transportului, până la unitatea sanitară adecvată.

Ajunși la spital, se va face recoltarea sângelui pentru determinarea grupei sanguine, Rh-ului și probei de compatibilitate Jeandreau, precum și pentru analizele de laborator.

14.5.3. Tratamentul curativ

Tratamentul șocului decurge din fiziopatologia lui. Principalele elemente fiziopatologice pe care trebuie să le corectăm sunt:

- hipovolemia,
- scăderea debitului cardiac,
- scăderea perfuziei capilare,
- vasoconstricția,
- hipoxia,
- acidoza.

Hipovolemia este elementul primar, care interesează pe celulare. Ea scade debitul cardiac și perfuzia capilară, care e agravată de vasoconstricție. Acest factor generează șocul celulei, care e agravată de evoluția organismului a bolnavului. Sub influența șocului se schimbă metabolismul celular, apare glicoliza în anaerobă, arend ca rezultat acumularea de acid lactic, care nu poate fi eliminat complet, fiindcă la accidentul traumatic depinde de starea de conștiență, care primește să sâmb la

Acordăm tratamentului depinde de starea de conștiență, care primește să sâmb la

Tratamentul curativ are trei aspecte: bine precizat.

- evaluarea stării de urgență a tratamentului, respectând pentru fiecare bolnav particularitățile legate de reacționalitatea organismului și etiologia șocului.

- să nu se uite că șocul are o evoluție dinamică, bolnavul necesită o supraveghere continuă, iar reconsiderarea și chiar modificarea tratamentului trebuie să fie în funcție de tulburările survenite.

14.5.3.1. Restabilirea volemică și corectarea tulburărilor circulatorii

Se va continua să se începe perfuzarea accidentalului, recurgând în cazuri

dar la un cateter intravenos din material plastic.

Perfuzia se începe cu soluții de substituție cu greutate mare, polimeri ai glucozei:

- dextran 70 (soluție 6%),

- dextran 40 (soluție 10%),

- dextran 10 (soluție de gelatină hidrolizată), asigurând zilnic 2 000-4 000 ml/24

ml, la care sâmbol; soluție de glucoză 5 sau 10%, tamponată cu insulină, ser

fiziologic (NaCl 9‰), soluție Ringer, iar dacă se asociază șoc hemoragic: sânge și

plasmă.

Scăderea îndelungată a T.A. duce la oligurie sau chiar anurie; paralel cu lichidele

se va să, vom provoca diareea, prin introducerea de soluție de manitol 20% în perfuzie.

Administrarea cantitativă și felul acestor lichide o vom face în funcție de bilanțul

perforant, T.A., presiunea venoasă centrală, puls, diureză, datele de laborator și starea

generală a bolnavului.

Terapia fiziologică se realizează prin reechilibrare volemică corectă, agenți

osmolege (Dextran 40, soluție Ringer), alfa-blocanți și beta-escitanți, anticoagulante și

hemolice (heparin, aminaze), alcalinizante.

În șocul traumatic este posibilă extravazarea de lichid și în țesutul cerebral, care

face la edem cerebral, sindrom foarte grav. Se administrează soluție hipertonică: glucoză

10-50%, manitol 20% și diuretice: furosemid.

În caz de anurie prelungită, se va recurge la dializă renală.

14.5.3.2. Tratarrea insuficienței respiratorii

Din cauze directe ale traumatismului pot apărea obstrucții ale căilor respiratorii.

Menținerea libertății căilor aeriene este un act de maximă urgență. Pentru

ceasta se va proceda la:

- punerea în poziție corectă a mandibulei, care prin căderea în spate a limbii

poate bloca faringele și orificiul glotic;

- aspirație faringiană;

- extragerea de corpi străini, proteze dentare și resturi alimentare;

- introducerea prin gură în faringe a pipii Gueddel;

- dacă mișcările ventilatorii nu se pot remedia, se aplică dăruie nazală de ventilație, înlocuiește intubația oro-tracheală (I.O.T.) cu administrare de O_2 , oxigenoterapia se aplică, de la început, în orice suspiciune de șoc în cazul tamponadei cardiace se face puncție sau incizie.

14.5.3.3. Corectarea tulburărilor biochimice

Pentru combaterea aciduriei se va administra soluție Ringer, bicarbonat de Na, perfuzie cu THAM (trihidroximetil-amino metan), iar în lăcrășii mari pot fi și Dihidroxiacetonă (DHT).

Combaterea insuficienței renale acute se va face prin forțarea diurezei cu tuburi hipertone de glucoză și manitol, administrare de Furosemid.

Când starea generală se agravează, mîna durată de peste 4 zile, urina sanguină depășește 3 g%, potasiul peste 7 mEq/l, iar rezerva alcalină sub 12 mEq/l se recurge la dializă renală.

14.5.3.4. Sedarea scoarței și combaterea durerii

Sedarea scoarței și combaterea durerii au o importanță deosebită, deoarece durerea constituie un factor șocogen.

Analgezia și tranchilizarea accidentatului sunt salutare, mai ales în stadiile periculoase postagresive. Se pot administra, în funcție de starea generală, evoluția șocului, durerea: mialgin, diazepam, morergin, algonalmin, fortal, pialen etc.

14.5.3.5. Administrarea de vasopresoare

Hipotensiunea hipovolemică stimulează eliberarea unor substanțe vasopresoare. Frecvent răspunsul vasopresor depășește valoarea compensatorie și are ca efect creșterea rezistenței periferice.

În principiu substanțele vasopresoare sunt contraindicate în șoc, cu excepția unor forme particulare în care șocul e datorat pierderii tonusului vasomotor (șoc anafilactic).

- adrenalina 1 mg lent în perfuzie;
- noradrenalina (drenalină), dacă bolnavul nu este un hipertensiv, nu are infarct sau infarct miocardic;

- efedrina, efortil;

- aramină în perfuzie.

Vasopresoarele se indică numai de maximă urgență și scurtă durată, pentru cazurile grave cu prăbușirea T.A. și iminența stopului cardiac.

14.5.3.6. Terapia antienzimatică și corticoterapia

Terapia antienzimatică precoce: Trasylol, EAC (acid epsilon-aminocaproic) heparină, este utilă pentru prevenirea agravării șocului și tratamentul acestuia.

Gluco-corticoizi: hemisuccinat de hidrocortizon 200-500 mg/24 ore sau chiar mai mult 1.000-2.000 mg/24 ore, se administrează în cazul în care starea de șoc nu se remediază cu cealaltă medicație.

Hemisuccinatul de hidrocortizon și efedrina sunt foarte utile, pentru că sunt ușor de procurat și manevrat în tratamentul de maximă urgență atât în spital, cât și în ambulator.

14.5.3.7. Tratament cu substanțe vasodilatatoare

În spital, în cazurile de manifestare tendințelor permanente a coagulării, de șoc anafilactic sau vasodilatator care crește debitul cardiac, fluxul plasmatic renal.

Exemplu: nitroglicerina în șocul cardiogen și bolnavii cu insuficiență cardiacă.

Într-o perioadă vasodilatatoare de tipul: Dihidroxiacetonă, Ristergin și Hydregin.

Se administrează vasodilatatoare de tipul: Dihidroxiacetonă, Ristergin și Hydregin.

În cazul în care de 10-30 ml/kg pe zi, în perfuzie sau intramuscular, fracționat, se

administrează în medii foarte eficiente în alții de șocuri.

14.5.3.8. Anticoagulante

Combaterea coagulării intravasculare pare să joace un rol în apariția șocului anafilactic, al șocului vasodilatator și a bolii anticoagulante: Heparina și EAC, mai ales în

șocul anafilactic.

14.5.3.9. Tratament cu tonicardice

Într-o măsură considerabilă, se administrează tonicardice: injecțiile de tip

nitroglicerina, nitroglicerina, Tebaine și alți medicamente nu se administrează

în cazurile de șoc anafilactic, valenol, adrenalina sau alte substanțe simpaticomimetice.

14.5.3.10. Tratament cu antibiotice

Într-o măsură considerabilă, antibioticele de tip bactericid ocupă locul central în

tratamentul șocului, acesta nu trebuie neglijat și în alte forme de șoc.

Se pot administra antibiotice precoce în șocul traumatic pentru că se poate

amorț și a componentă septică, atunci când traumatismul este însoțit de leziuni mari.

Într-o măsură considerabilă, se administrează.

14.5.3.11. Profilaxia antitetanică

Este obligatoriu în orice traumatism generator de șoc să se facă profilaxia

antitetanică. La bolnavii șocului vaccinați se va face rapel cu 0.5 ml ATPA, la accidentele

poate prin armă se va face sero- și anatoxino-profilaxie A.T.

La accidentați cu vaccinare nesigură se va face seroterapie, concomitent cu

vaccinare de urgență cu ATPA.

14.5.4. Îngrijiri generale ale bolnavilor cu șoc

a. În caz de componentă patologică hepatică sau renală, se va acționa intens pentru înțelegerea în limite convenabile a funcției celulei hepatice și a sistemului de

reglare renală.

b. Se va pune stăruie de glicemie bolnavului, când administrăm cantități mari de

amidon glucosid, care se va tampona cu insulină.

c. Se va institui în rezerva urinară sondă permanentă (preferabil sondă Foley cu

lumina) pentru măsurarea debitului urinar.

d. Se va institui în stomac o sondă pentru a evita dilatația acută de stomac sau

pentru prevenirea vîrșturilor gastrice în căile aeriene și dezvoltarea pneumoniei

chimice (din cauza conținutului de HCl) - sindromul Mendelsohn.

e. Se va monitoriza funcția cordului - EKG.
f. Când este cazul se va prezenta răspunsul pentru a asigura funcția rezistentă la o oxigenare corectă și controlată.
g. Atenție deosebită trebuie acordată restabilirii volumice și corectării afecțiunii circulatorii, având grijă să nu supraîncălzim cordul și deplătați rădăcină pulmonară prin
Terapeutică antișoc: va începe încă când T.A. crește, pulsul se reglementează, culoarea segmentelor și mușchilor se normalizează, tegumentele devin calde, simțul crește la peste 40 ml/min, bolnavul e conștient, cooperant, echilibrul acidobazic și celelalte valori de laborator revin la normal.

14.5.5. Greșeli ce se pot face în deșocare și trebuie evitate

- Încălzirea bruscă și excesivă agravează șocul decompensat.
- Injecțiile cu adrenalină sau simpatomimetice, în stadiul de șoc compensat, agravează anoxia tisulară și grăbesc decompensarea.
- Rahianestezia agravează hipotensiunea.
- Întârzierea timporie a reanimării poate duce la recăderea în șoc și de aici bolnavul trebuie supravegheat cel puțin 24 de ore după întrerupere.
- Trebuie evitată intervenția chirurgicală întârziată mai înainte ca bolnavul să fie deșocat.
- Excesul de deșocare poate duce la insuficiență cardiacă.
- Omisianca administrării de antibiotice, în același timp cu deșocarea, poate produce infecția, care poate fi o cauză de recădere în șoc.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 14

1. - Agresiunea de intensitate și durată neobișnuită poate produce:

- anxietate;
- tulburări neuro-psihice;
- stare de șoc;
- tulburări cardio-respiratorii.

2. - Care sunt elementele care duc la o alterare gravă a funcțiilor organismului în șoc?

- hipertensiune arterială datorată vasoconstricției;
- hipovolemie acută;
- irigare deficitară a organelor vitale și a țesuturilor;
- scăderea aportului de O_2 și acumularea de produși toxici rezalup de metabolism;
- insuficiență hepato-renală.

3. - Ce tipuri de șoc se încadrează în cadrul șocului hipovolemice?

- șocul de garou, șoc alergic medicamentos;
- șocul hemoragic, traumatic;
- șocul cardiogen, șocul electric;
- șocul prin arsură, șocul operator.

4. - Care din elementele de mai jos sunt în componența anoxică, generatoare a șocului operator?

- factorul anoxic, care duce la insuficiența respiratorie și circulatorie;
- factorul anoxic de tulburări circulatorie, datorat de CO_2 ;
- factorul hipotermic, datorat de CO_2 ;
- factorul deșocare în timpul operației.

5. - Care din elementele de mai jos intervin în producerea șocului la arsură?

- modificarea și epuizarea masei de țesut plasmatic;
- deșocarea și hipotensiunea marcată datorată plasmaticului;
- factorii deșocare (șocul, intervenția, șocul) și insuficiența respiratorie;
- factorii deșocare (șocul, intervenția, șocul) și insuficiența respiratorie.

6. - Care din elementele de mai jos intervin în producerea șocului la arsură?

- factorul anoxic, care duce la insuficiența respiratorie și circulatorie;
- factorul anoxic de tulburări circulatorie, datorat de CO_2 ;
- factorul hipotermic, datorat de CO_2 ;
- factorul deșocare în timpul operației.

7. - Care din elementele de mai jos intervin în producerea șocului la arsură?

- modificarea și epuizarea masei de țesut plasmatic;
- deșocarea și hipotensiunea marcată datorată plasmaticului;
- factorii deșocare (șocul, intervenția, șocul) și insuficiența respiratorie;
- factorii deșocare (șocul, intervenția, șocul) și insuficiența respiratorie.

8. - Reacția sistemică postagresivă urmărește:

- asigurarea țesuturilor cu O_2 ;
- impedirea apariției șocului;
- menținerea sângelui în organele de rezervă;
- menținerea sângelui și menținerea funcției ficatului și rinichilor.

9. - În prima fază a șocului (reacția sistemică postagresivă) se produce o serie de modificări hemodinamice, caracterizate prin:

- vasoconstricție selectivă în teritoriul splanhnic, al mușchilor striati, rinichi, piele etc., asigurându-se o irigație preferențială a organelor vitale;
- deschiderea sfincțerilor capilare arteriole și venule și închiderea sfincțerilor arteriole-venulare;
- creșterea volumului sanguin prin mobilizarea sângelui din depozite și intravascular;
- creșterea forței de contracție a miocardului și a frecvenței cardiace.

10. - Ce modificări hemodinamice se produc în șocul decompensat?

- creșterea patului vascular prin vasodilatație periferică;
- creșterea volumului circulant;
- scăderea volumului circulant și stare sanguină;
- creșterea vâscozității sângelui care duce la coagulare intravasculară.

11. - În perioada în care acționează factorii de autoapărare, cum putem interveni pentru a împiedica trecerea în faza de șoc decompensat?

- prin administrare de vasoconstrictoare;
- prin reechilibrarea generală a organismului;
- prin sedarea sistemului nervos central;
- administrarea medicației care să favorizeze coagularea: vitamina K, venozat, talc etc.

12. - Șocul produs în ocularile intestinale și dilatația acută de stomac este:
a. șoc prin pierdere de plasmă;
b. șoc prin pierdere de sânge;
c. șoc prin pierdere hidroelectrolitică;
d. șoc toxico-septic.
13. - În clasificarea clinică, șocul anafilactic se încadrează în:
a. șoc cald;
b. șoc rece;
c. șoc congestiv;
d. șoc cu distensie viscerală.
14. - Care este clasificarea șocului făcută de Marry-Sutro?
a. șoc reversibil precoce, tardiv, refractar și șoc ireversibil;
b. șoc compensat, decompensat, grav (irreversibil);
c. șoc rece, cald, congestiv, cu distensie viscerală;
d. șoc cu insuficiență periferică, șoc cu insuficiență circulatorie centrală.
15. - Care din manifestările și semnele de mai jos le întâlnim în stadiul I de șoc compensat?
a. bolnav adamic, nepăsător, somnolent;
b. bolnav agitat, activitate psihică exagerată, palc și mișcări pulse;
c. T.A. normală, puls rapid, pupile normale;
d. debit urinar sub 20-30 ml, cianoză.
16. - În ce tip de șoc avem valori normale sau chiar crescute ale hemoglobinei și hematocritului?
a. șoc hemoragic;
b. șoc traumatic;
c. șoc septic;
d. șoc prin arsuri.
17. - Care din semnele de mai jos nu le întâlnim în șocul decompensat?
a. hiperreflexivitate, agitație psihică, tensiune arterială normală;
b. tensiune arterială scăzută, puls frecvent slab bătut;
c. vene superficiale colabate, pupile dilatate;
d. bolnav nepăsător, somnolent, răspunde numai la excitații puternice.
18. - Șocul hemoragic se poate produce când:
a. avem o hemoragie mică, dar persistentă, detectabilă prin examenul scundei prin proba hemoragiei oculare;
b. hemoragie acută cu pierdere de 10% din masa circulantă;
c. hemoragie acută cu pierdere ce depășește 30% din masa circulantă;
d. orice hemoragie e susceptibilă să a producă șoc hemoragic.
19. - Care din cauzele generatoare de șoc se încadrează în hemoragii medicale?
a. hemoragii produse în trombocitopenii, fibrinoliză;
b. metroragii, hemoragii;
c. hemoperitoneu prin sarcină extrauterină ruptă;
d. hemoragii datorate vasculopatiilor și coagulopatiilor.
20. - Ce obiective trebuie să urmărească tratamentul șocului hemoragic?
a. administrare de vasopresoare pentru a micșora patul vascular;
b. asigurarea hemostazei;
c. compensarea pierderilor prin transfuzii de sânge și administrare de substancii volumice;
d. tratament sedativ și hemostatic.

21. - Care din semnele clinice și de laborator le întâlnim în șocul traumatic?
a. bolnav cu cianoză a buzelor și extremităților, hemicontenuranii, ematide;
b. hiperreflexivitate, hiperreflexivitate, hemodiluație;
c. stare de șoc, hiperreflexivitate, a distensiei sordice, scăderea urinei și rinormei;
d. scăderea tensiunii circulatorii, a debitului sordic, oligurie, stare de privare;
e. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
f. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
g. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
h. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
i. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
j. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
k. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
l. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
m. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
n. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
o. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
p. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
q. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
r. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
s. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
t. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
u. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
v. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
w. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
x. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
y. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
z. scăderea temperaturii a normei arteriale, oligurie, stare de privare;
22. - Care este cauza șocului anafilactic?
a. hemoragie intracranială;
b. hemoragie cu pierdere masivă de sânge;
c. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
d. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
e. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
f. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
g. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
h. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
i. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
j. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
k. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
l. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
m. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
n. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
o. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
p. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
q. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
r. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
s. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
t. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
u. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
v. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
w. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
x. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
y. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
z. hemoragie în locul de acțiune a agentului traumatic;
23. - Care sunt factorii de mai jos care constituie componenta chirurgicală a factorilor declanșatori de șoc operator?
a. bolnavi anestezici, labili;
b. bolnavi anestezici, stabili;
c. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
d. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
e. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
f. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
g. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
h. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
i. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
j. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
k. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
l. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
m. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
n. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
o. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
p. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
q. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
r. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
s. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
t. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
u. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
v. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
w. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
x. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
y. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
z. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
24. - Care sunt obligațiile șocului postoperator după un interval liber, poate fi:
a. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
b. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
c. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
d. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
e. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
f. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
g. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
h. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
i. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
j. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
k. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
l. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
m. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
n. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
o. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
p. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
q. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
r. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
s. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
t. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
u. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
v. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
w. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
x. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
y. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
z. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
25. - Care sunt obligațiile anestezicului în vederea eliminării factorilor de șoc?
a. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
b. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
c. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
d. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
e. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
f. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
g. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
h. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
i. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
j. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
k. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
l. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
m. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
n. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
o. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
p. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
q. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
r. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
s. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
t. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
u. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
v. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
w. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
x. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
y. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
z. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
26. - Care sunt obligațiile chirurgului în vederea eliminării factorilor de risc?
a. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
b. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
c. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
d. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
e. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
f. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
g. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
h. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
i. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
j. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
k. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
l. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
m. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
n. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
o. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
p. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
q. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
r. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
s. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
t. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
u. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
v. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
w. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
x. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
y. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
z. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
27. - Prin ce mecanisme bacteriile gram-negative pot declanșa șocul septic?
a. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
b. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
c. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
d. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
e. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
f. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
g. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
h. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
i. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
j. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
k. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
l. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
m. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
n. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
o. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
p. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
q. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
r. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
s. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
t. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
u. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
v. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
w. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
x. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
y. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
z. bolnavi anestezici, stabili și posturali;
28. - Care din simptomele de mai jos corespund stadiului de șoc toxic hiperdinamic?
a. bolnav este somnolent, tegamentele umede și reci;
b. bolnav hipertensiv, tegamentele calde și uscate;

- 418

- 434

- b. transfuzii masive cu sânge întreg stăruind asupra tipului sângelui;
 c. soluție de glucoză 5-10%, ser fiziologic, soluție stinger;
 d. transfuzii cu plasmă în șocul prin arsuri și șocul în șocul hemoragic.
44. - În șocul traumatic este posibilă extravasarea de lichid în spațiul cerebral care duce la edem cerebral. Ce soluții și medicamente administram pentru combaterea acestuia?
- a. soluție glucoză 5-10%, furosemid;
 b. soluții macromoleculare: Dextran 70, Mannang;
 c. soluții hipertonice: glucoză 30-50%, Mannitol 20% și diuretice: Furosemid;
 d. bromhidrat, sedative și analgetice.
45. - Tratară insuficiența respiratorie, în cazul obstrucției se va face prin:
- a. decubritarea căilor respiratorii, punerea în poziție școlară a pacientului, aspirare faringiană, extragerea de corp străin;
 b. intubație de principiu, în cazurile de șoc cu insuficiență respiratorie;
 c. introducerea prin gură în faringe a pipetei Guedel;
 d. administrarea de analgetice respiratorii;
 e. dacă nu se remediază tulburările ventilatorii, mubage cu gâtul, oxigenoterapie.
46. - În faza inițială, combaterea insuficienței renale se va face prin:
- a. perfuzii cu ser fiziologic, soluție de bicarbonat, perfuzii cu THAM;
 b. soluție de glucoză 20-33%, mannitol 20%, furosemid;
 c. dializă renală;
 d. antipastice și minerale.
47. - Combaterea acidității în car de șoc se va face cu:
- a. perfuzii cu soluție Ringer, bicarbonat de sodiu 14%;
 b. dializă renală;
 c. perfuzii cu THAM, se în lăcședemii mari, perfuzii cu Diatrizoatului (DIT);
 d. în șoc nu apore acidura, ci alcaloză, așa că nu avem de combatut.
48. - În ce forme de șoc este indicată administrarea de vasopresoare?
- a. în toate formele de șoc;
 b. în forme particulare în care șocul e datorit pierderii hemului vasomotor (șoc anafilactic);
 c. în șocul traumatic și hemoragic;
 d. în cazurile grave cu prăbușirea T.A. și iminența stopului cardiac, pentru scurtă durată.
49. - Ce cantitate maximă de hemo-vaccinat de hidro-cortizon putem administra în cazurile grave de șoc în 24 ore?
- a. 1.000-2.000 mg; c. 40-70 mg;
 b. 50-150 mg; d. 5-10 mg.
50. - Care este efectul și în ce forme de șoc este indicată administrarea de dopamină, ca vasodilatator?
- a. scade debitul cardiac și diminuează diureza;
 b. crește debitul cardiac, baxial plasmatic tonal, favorizează diureza;
 c. toate tipurile de șoc;
 d. șoc cardiogen, șoc septic.
51. - După pierderea vasomotoriei pe derida și bolnavul nu aruncă salivă?
- a. vomită, poteste alimentarea în actul de cazare?
 b. intubație, tracheotomie, tracheotomie;
 c. administrare, mecanică, clădire;
 d. deșeură, lăcședemii.
52. - Care sunt caracteristicile care se administrază pentru insuficiența cardiacă?
- a. soluție de soluție;
 b. deșeură, lăcședemii;
 c. bolnavul nu se administrază în același timp cu soluția, călăre, administrare și din;
 d. nu se administrază în același timp cu soluția, călăre, administrare și din.
53. - În ce tipuri de șoc este indicată administrarea de antibiotice?
- a. șoc toxic septic, șoc prin arsuri;
 b. șoc cardiogen, șoc anafilactic;
 c. șoc prin deșeură acută de urină, șoc hemoragic;
 d. șoc toxic septic, șoc prin deșeură acută de urină.
54. - În care forme de șoc este indicată profilaxia antitetică?
- a. șoc septic, șoc anafilactic;
 b. șoc toxic septic, șoc prin arsuri;
 c. șoc cardiogen, șoc prin deșeură acută de urină;
 d. în orice traumatism generator de șoc.
55. - Cum se va face profilaxia antitetică în a bolnav șocat?
- a. la bolnavii șocați vaccinați se va face seroprehabilitare;
 b. la accidentele produse prin arsuri se va face sero- și antitoxicoprofilaxie AT;
 c. la accidentele cu vâscare se va face 0,5 ml ATPA;
 d. la accidentele cu vâscare se va face 0,5 ml ATPA, în în cel cu vaccinare;
 e. la bolnavii șocați vaccinați se va face 0,5 ml ATPA, în în cel cu vaccinare;
 f. la bolnavii șocați vaccinați se va face 0,5 ml ATPA, în în cel cu vaccinare.
56. - Care din manoperele de mai jos trebuie întreprinse în serviciul de terapie pentru urmărirea bolnavilor șocați?
- a. monitorizarea funcției cerebrale - E.E.G.;
 b. monitorizarea în vecina urinare a unei sonde postnecronem pentru măsurarea debitului urinar;
 c. protejarea respirației în toate cazurile și etapele șocului;
 d. asigurarea funcției respiratorii și o oxigenare corectă;
 e. eficientarea funcției gastrice pentru alimentarea bolnavului.
57. - Instalarea unei sonde în stomac la un șocat are ca scop:
- a. recoltarea suctului gastric pentru examen biochimic;
 b. ventura dilatației gastrice;
 c. alimentarea bolnavului pe sondă;
 d. prevenirea vâscărilor gastrice în căile aeriene și producerea sindromului Mendelson.
58. - Care din manoperele de mai jos trebuie evitate în cursul tratamentului unui șocat?
- a. intubarea traheală și corectarea acidotică;
 b. intubarea traheală și corectarea acidotică;
 c. intubarea traheală și corectarea acidotică.

- [illegible]

- v. intervenția chirurgicală imediativă înainte de decesul bolnavului;
d. excesul de decesare.
59. - Ce efect poate avea injecția de adrenalină sau alte simpatomimetice în stadiul de șoc compensat?
- favorizează ieșirea bolnavului din starea de șoc;
 - favorizează creșterea debitului cardiac și a perfuziei tisulare;
 - agravează anoxia și grăbește decompensarea;
 - ridică tonusul bolnavului.
60. - Care sunt condițiile de încetare a terapiei antișoc?
- creșterea tensiunii arteriale, regularizarea pulsului, normalizarea tegumentelor și mucoaselor care devin calde;
 - reținerea diurezei, diureza mijlocie, ieșirea bolnavului din starea de șoc;
 - diureza crește peste 40 ml/oră, bolnavul este conștient, cooperant;
 - echilibrul acido-bazic și celelalte valori de laborator revin la normal.

Capitolul 15 TUMORILE

Verificați-vă cunoștințele

15.1. Clasificarea tumorilor	424
15.1.1. Clasificarea biologică	424
15.1.1.1. Tumori benigne	424
15.1.1.2. Tumori maligne	424
15.1.2. Clasificarea histologică	427
15.2. Tumori benigne	427
15.3. Tumori maligne	427
15.3.1. Etiologie	427
15.3.2. Caracteristici generale ale tumorilor maligne	428
15.3.2.1. Evoluția anatomo-clinică	428
15.3.2.1.1. Faza locală	428
15.3.2.1.2. Faza de generalizare	428
15.3.2.2. Căile de diseminare a celulelor neoplazice	428
15.3.3. Simptomatologia și diagnosticul tumorilor maligne	429
15.3.3.1. Semne generale	429
15.3.3.2. Semne locale	429
15.3.3.3. Examinările paraclinice	430
■ Examenul radiologic	430
■ Examenul radiocuticop	430
■ Examenul endoscopic	430
■ Examenul ecografic și tomografia computerizată	430
■ Teste de laborator	430
■ Explorarea chirurgicală	430
■ Examenul histopatologic	430
● Citodiagnosticul	431
● Biopsia	431
15.3.4. Stadializarea și stadiul tumorilor maligne	431
15.3.4.1. Stadializarea	431
15.3.4.2. Stadiile tumorilor maligne	432
15.3.5. Prognosticul	432
15.3.6. Tratamentul	432
15.3.6.1. Tratamentul profilactic	432

15.3.6.2. Tratamentul curativ	403
15.3.6.2.1. Tratamentul chirurgical	403
15.3.6.2.2. Tratamentul iradiant	403
15.3.6.2.3. Chimioterapia	403
15.3.6.2.4. Hormonoterapia	403
15.3.6.2.5. Imunoterapia	403
15.3.6.3. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.1. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.2. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.3. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.4. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.5. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.6. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.7. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.8. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.9. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.10. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.11. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.12. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.13. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.14. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.15. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.16. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.17. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.18. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.19. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.20. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.21. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.22. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.23. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.24. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.25. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.26. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.27. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.28. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.29. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.30. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.31. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.32. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.33. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.34. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.35. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.36. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.37. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.38. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.39. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.40. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.41. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.42. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.43. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.44. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.45. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.46. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.47. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.48. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.49. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.50. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.51. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.52. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.53. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.54. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.55. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.56. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.57. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.58. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.59. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.60. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.61. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.62. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.63. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.64. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.65. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.66. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.67. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.68. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.69. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.70. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.71. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.72. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.73. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.74. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.75. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.76. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.77. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.78. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.79. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.80. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.81. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.82. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.83. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.84. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.85. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.86. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.87. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.88. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.89. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.90. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.91. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.92. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.93. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.94. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.95. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.96. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.97. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.98. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.99. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403
15.3.6.3.100. Tratamentul stadial complex al tumorilor maligne	403

Tumora este definită ca o neoformare tisulară care rezultă din proliferare excesivă a elementelor celulare dintr-un țesut organizat și care are tendința să persiste și să crească în mod nelimitat.

Celula tumorală derivă din cele normale, așa încât structura histologică a acesteia este asemănătoare cu cea a țesutului din care ele provin.

15.1. CLASIFICAREA TUMORILOR

Tumorile se clasifică după criteriul de evoluție (biologic) și caracterul histologic, adică al țesutului din care ele provin.

15.1.1. Clasificarea biologică (evolutivă)

Din punct de vedere al evoluției lor, tumorile se împart în:

15.1.1.1. Tumori benigne

Au o creștere lentă, celulele sunt diferențiate, asemănătoare cu țesutul din care provin.

15.1.1.2. Tumori maligne

Au o creștere rapidă, celulele sunt slab diferențiate sau nediferențiate, asemănătoare cu țesutul de origine fiind redusă.

15.1.2. Clasificarea histologică

Tumorile se clasifică în funcție de caracterul lor histologic astfel:

- tumori ale țesutului epitelial;
- tumori ale țesutului conjunctiv și ale altor țesuturi mezenchimatoase;
- tumori ale țesutului hematopoietic și ale sistemului reticulohistocitar;
- tumori ale țesuturilor nervoase și ale structurilor tisulare asociate;
- tumori ale țesutului melanogen, pigmentar;
- tumori conținând mai multe țesuturi.

Din aceste tipuri de țesuturi se pot dezvolta (cu foarte rare excepții) atât tumori benigne, cât și tumori maligne. În funcție de caracterul benign sau malign, tumorile poartă denumiri diferite, așa cum reiese din tabelul următor:

Țesut de origine	Tumori benigne	Tumori maligne
Tumori ale țesutului epitelial	Papilom Polip Adenom	Carcinom Adenocarcinom Adenocarcinom
Tumori ale țesutului conjunctiv	Fibrom Miom Lipom Condrom Osteom Mioxom Leiomiom Rabdomiom Hemangiom Linfangiom	Fibrosarcom Miosarcom Liposarcom Condrosarcom Osteosarcom Leiomiom Rabdomiosarcom Hemangiosarcom Linfangiosarcom
Tumori ale țesutului hematopoietic și ale sistemului reticulohistocitar		Linfosarcom Reticulosarcom Linfogranulomatoză malignă Leucemie leucoidă Leucemie mieloidă Mielom multiplu
Tumori ale țesuturilor nervoase și ale altor țesuturi mezenchimatoase	Glom Meningiom Neurinom Ganglioneurinom	Glioblastom Meduloblastom Meningiom malign Neurinom malign Neuroblastom
Tumori ale țesuturilor nervoase	Fibrosarcom Nev	Fibrosarcom malign Melanom malign
Tumori ale țesuturilor pigmentare	Fibrosarcom	Tumori piloidici degenerați în sarcom
Tumori ale țesuturilor melanocitice	Adenocarcin Fibrosarcom	Retinoblastom Seminom malign Conocarcinom (conocarcinom) - Teratoblastom (teratom malign)
Tumori ale țesuturilor glandulare	Hemangiom Teratom benign	

Din tabelul de mai sus reies următoarele:
- cu puține excepții, toate înstrăinările pot ca-
mășina;

- denumirea tumorilor benigne provine, în cea mai mare parte, a cuvintelor denotând originea, greacă sau latină, a lezării sau organelor, în care se află tumorile. Exemple: *adenom*, care în greacă veche înseamnă limfatice, în care se află tumorile, limfom, meningiom etc.
- denumirea tumorilor maligne provine, de asemenea, din denumirile organelor, în care se află tumorile, carcinom.

„...demonstră tumori maligne provenite, de asemenea, din descompunerea pură a cancerului, care se alege adesea „cancer”, care în limba greacă veche înseamnă „cancer”, cancerul sub care se prezintă mai ales cancerul de stomac (tumori de necrozare: fibrosarcom, limfosarcom, osteosarcom etc.). Se utilizează și termenul „blastom” (geli-blastom, neuroblastom), care are la bază descompunerea pură a tumorii. Se folosește uneori și adjectivul „malign”, care precizează că tumora este malignă față de aspectul benign al unei tumori, care precizează că tumora este malignă față de aspectul benign al unei tumori, provenită din același țesut. În acest caz se spune nevrochim malign, se indică caracterul malign al tumorii printr-un acolaj jesusi.

Accesați situație și pentru termenul de epitelium.

Accesați sistice și pentru termenul de epilepsim. Ele se pot identifica în tabelul precedent. De exemplu: leucemie mieloidă, mielom multiplu, limfomă. Această excepție derivă și din faptul că acestea au un caracter deosebit față de afecțiunile maligne și că în perioada în care ele nu s-au descompus și au decurs și în cazul deosebit al leucemiei și limfomelor, au avut un caracter similar cu celelalte afecțiuni cuprinse în acest tabel. Este deosebit că în această terminologie sistematizată de mai sus, trebuie să fie reținute cu atenție.

Este utilă, de asemenea, sensibilizarea de mai sus, trebuie să se reținute ca și în cazul cancerului, termenul de cancer este folosit pentru a desemna o mare varietate de tumori maligne termenul de cancer ca un termen generic în înțelesul său este însoțit de numele organelui afectat: cancer al pielii, cancer al limbului, cancer al gâtului, cancer al cancerului, cancer de col uterin etc. Cuvântul cancer provine din latinescul *cancer* = cancer, înseamnă rac, dat acestui boliv de către celebrii medici din antichitatea Greacă. Se poate denumirea se trage de la desena în formă de picătoare de pe car, care o lasă miază subcutanată mareare în unele cazuri de tumori maligne ale acestor glande. Se folosește, de asemenea, termenul de cancer, pentru tumori maligne ale jenușii epidermei. Aceasta provine din cuvântul latin *carcinoma* = cancer, înseamnă cancer, înseamnă asemănarea și termenul de karkinice, adeseori sub formă prescurtată (Karkin). Înseamnă înmulțire (diviziune mitoză) celulară. De observat că în limba noastră (franceză) în locul denumirii de carcinom se folosește adesea cuvântul de epitelom (isto ca) o utilizare tot mai restrânsă dar înălță și la noi în țară).

cu a utilizare în mod rezidual din mână și la mână în țară).

Într-o altă abordare, termenul de neoplasm este folosit în mod defectiv a cancerului, întrucât nu mai spunea că adesea pentru tumorile maligne se folosește și termenul de neoplasm, care provine tot din limba greacă veche și care înseamnă un nou țesut, dar o formațiune tumorală nouă, de exemplu: neoplasm laringian, neoplasm gastric, neoplasm de glandă mamară etc. Destul de curent se folosește și termenul de neoformate, termen foarte generic, care areal un țesut nou format (benign sau malign). Aceste ultime denumiri sunt termeni generali care, de câte ori este posibil, - a semăna - a unui examen histopatologic - este foarte bine să fie înlocuite cu termenii din domeniul de mai sus. De exemplu, osteosarcom de tibia în treimea superioară, adenocarcinom mamelei drepte etc. și nu neoplasm sau cancer de tibia, neoplasm sau cancer de mamele.

15.2 TUMORILE BENIGNE

[illegible][illegible]

Tratamentul nevrozelor benigne constă în exstirparea lor în plus se pot administra și
medicamente.

15.3. TUMORILE MALIGNNE

15.3.1. Etiologie

Cauza determinantă a dezvoltării tumorilor maligne nu este încă elucidată. În multe cazuri, însă nici una nu este în măsură să explice și să demonstreze, în

[illegible]

15.3.2. Caracterele generale ale tumorilor maligne

Tumori maligne sunt rău delimitate, nu sunt încapsulate, invadează țesuturile în jur, dau metastaze la distanță, au o evoluție rapidă, recidivează local sau la distanță prin metastazare, anamno-clinic prezintă creștere continuă, progresivă, severă și spontan; celulele neoplazice sunt slab diferențiate sau nediferențiate, fapt ce face ca structura rezultată să semene foarte puțin cu țesutul de origine.

15.3.2.1. Evoluția anatomo-clinică

15.3.2.1. Evoluția anatomo-clinică

15.3.2.1.1. Kata Inqala

-

15.3.2.1.2. Faza de generalizare:

primitivă;

- preced pe cele ale tumorii primitive.

15.3.2.2. Căile de diseminare a celulelor neoplazice

stăruie la un singur lucru: să se facă un bănuș de aur, să se facă un bănuș de aur.

- c) implantare intraluminară - ex.: tub digestiv, aparat urinar (rinichi, ureter, vezică urinară);

Conditiile care duc la metastazare nu sunt clare: unele cancere prezintă metazo-

Amplas informații localizabile timp de 300 de zile.

15.3.3. Simptomatologia si diagnosticul tumorilor maligne

Evoluția asimptomatică sau paucisimptomatică timp îndelungat. Începe cu de sub

Nu există nici o corelație între tipul histologic, localizarea, evoluția tumorii

...acei ca se află într-un stadiu avansat și uneori chiar cu metastaze.

keratina precoci a cancerului.

...mai ales pentru carne, pește, ouă, etc.

...determină o serie de tulburări, cum ar fi:

durzi intermitente, diaree abbondanti, perniciosa ed

...anumaniformă, hipotensiune cu hipotonie;

Factoriile de producție sunt variate, celulele neoplasice pot fi cauzate de:

15.3.3.2. Samne lokale

afectate în cancerele viscerale: ficat, rinichi, plămân, tub digestiv etc.

...mobilitatea tumorii sau aderența la planurile supe-

Odată cu bănoarca, suntem obligați să examinăm și ganglionii de

...le fiindc' au rmasat devin aderenti la tesaurile din jur.

sindromului pleuritic nervos și nervilor adiacenți.

Neobiectele tubului digestiv se resit evidentia prin sangerare - de cele mai mu

la forma avansată manifestările metastazelor pot trece pe primul plan.

(5131) *Examinella paracilicea*

diagnostice paraclinice și analizele de laborator.

Babeş-Popanicolau.

infectiilor, mai ales la nivelul uterului și este denumit carcinom în situ sau cancer epitelial in situ. Dacă cancerul este în stadiul 0 și la nivelul altor țesuturi decât cel epitelial, dar mult mai

[illegible]

■ *Stadiul IV* reprezintă stadiul cel mai avansat de evoluție, caracterizat de o extensie locoregională și adenocarcinome metastatice, căr mai ales prin formarea la distanță (T_{4a} , N_{1-2} , M_1).

Prognosticul cancerului este favorabil în stadiul 0 și în stadiul I, când vindecarea prin tratamentele moderne realizează rezultate bune de până la 90% (pentru stadiul 0 și mai puțin). Prognosticul este

...regional

15.3.6. Tratamentul

Journal of Management Education 33(1)

Nu este vorba de o profilaxie în sensul

pas calitativ atât în domeniul profilactic, cât și pentru descoperirea și tratarea bolii într-un stadiu cât mai precoce. Din păcate, încă multe cazuri de tumori maligne sunt tratate numai în stadiu III și chiar IV, ceea ce reduce șansele de vindecare.

Există numeroase metode prin care se poate depista un cancer incipal. In primul rând este vorba de autocontrol. Populatia trebuie invatata, prin lectii sustinute si educatie sanitară, să cunoască semnele cancerului incipient. De exemplu, să observe

432

...într-o stare de confuzie, de neîncredere în ceea ce se întâmplă în jurul lor. Într-o stare de confuzie, de neîncredere în ceea ce se întâmplă în jurul lor. Într-o stare de confuzie, de neîncredere în ceea ce se întâmplă în jurul lor.

după care prima depășă în unele cazuri și a călătorit dintr-o țară în alta, în căutarea unui loc în care să se stabilească definitiv. După cum se vede din tabelul nr. 1, în ultimii ani, în general, țările din Europa de vest au avut o creștere a numărului de imigranți, în special din țările din Europa de vest. În țările din Europa de est, numărul de imigranți a scăzut în ultimii ani, în special din țările din Europa de est.

...impunerea aplicată în stadii în care cancerul este vindecabil.

1022 Indicați cu ce ore de câte ori se desfășoară peapuni de educație sanitară

...nu mai sunt de acord cu ideea de a avea un singur sistem de valori, care să fie aplicat tuturor oamenilor. Ei consideră că este mai bine să avem mai multe sisteme de valori, care să se adapteze la diferite culturi și societăți. În acest sens, ei susțin că este important să luăm în considerare și aspectele culturale și sociale atunci când dezvoltăm sisteme de valori.

Tratamentul cancerului este complex și trebuie individualizat în funcție de stadiul evolutiv, extensia locală și la distanță, tipul histologic și tercenul biologic. Tratamentul constă într-o gamă largă de mijluri: chirurgicale, de u-

15362. *Halimolobos* *sericeus*

Pentru eficacitate tratamentul trebuie combinat și scris în funcție de stadiul și tipul histologic. Singurele tratamente cu scop de radicalitate s

153621, Tratamentul chirurgical. Tratamentul chirurgical trebuie să
 a) calculeze oncologică. În cazuri de tratament radical se extirpă în bloc
 și ganglionii din jur (inurență) cu ganglionii regionali.

Tratamentul chirurgical trebuie asociat pre- și/sau postoperator cu:

...and the ...

100

Cu metode de tratament se folosesc: iradierea transcutană cu raze Ro, iohiobioscopie, iradierea cu neutrons cu ajutorul acceleratorului si intracavitara cu radii si infraro.

Radioterapia poate fi asociată desori cu tratamentul chirurgical. Poate fi folosită și în combinație cu chimioterapia pentru a crește eficacitatea tratamentului.

Radioterapia asociată cu chimioterapia poate fi folosită în limfomul non-Hodgkin de celule B, în stadiul III și IV, cum radioterapia curativă poate fi folosită în stadiul I și II de cancer al pielii.

Radioterapia palcativă poate fi folosită pentru ameliorarea sindromului dureros sau unei complicații ale cancerului.

Tratamentul iradiant poate produce radionecroză și boală de iradiere.

15.3.6.2.3. Chimioterapie. Tratamentul citostatic nu are intenția de radicalizare, ci constituie un tratament adjuvant, asociat iradierii și tratamentului chirurgical. În unele timp se adresează tumorilor diseminate sub formă de metastază, pe care radio-chimioterapia nu le poate rezolva.

Ciostaticile distrug celula malignă prin dereglarea biologiei sale: modifică acționând la nivel de proteine, enzime, ARN, ADN etc.

Una din probleme este toxicitatea lor: doza toxică asupra celulelor tinzoplastice este apropiată de doza toxică a celulelor normale. Pot genera o serie de complicații: anemie severă, leucopenie cu infecții grave, trombocitopenii însoțite de hemoragii, depresia sistemului imunoformator, constituind baza cistostatică.

Odăul indicația stabilită, planul terapeutic precizează citostaticele, doza, durata și calea de administrare. Mai rar se folosește câte un singur citostatic, de obicei se face polichimioterapie.

Chimioterapiile utilizate se clasifică în 4 grupe:

- agenți achilani: Ciclofosamidă, THIO-TEPA;
- antimetaboliți: Metotrexat, 5 Fluorouracil;
- alcaloizi: Vincristină, Vinblastină;
- antibiotice: Adriamicină, Actinomycină, Bleomicină.

15.3.6.2.4. Hormonoterapia - a impus în cancerele hormonodependente. Astfel, hormonii estrogeni sunt folosiți în tratamentul cancerului de prostată, în hormo-

În tratamentul cancerului de sân este obligatorie castrarea chirurgicală, endocrină sau medicamentoasă a femeilor tinere, înainte de aplicarea tratamentului radiochirurgical. Ca și chimioterapia, este un tratament adjuvant, complementând tratamentele radiochirurgicale, cu intenția de radicalitate.

15.3.6.2.5. Imunoterapia se bazează pe diferența antigenică dintre celulele tumorale și cea normală, celula tumorală posedând antigeni tumoralii specifici care sunt prezente în număr mic la celulele normale sau neoplasice rezistente.

Imunoterapia poate fi nespecifică - utilizând unii activatori ai mecanismului

polimeri (PCL), specie preparati dai Catecheteriati purini, rari in polimerizzazione
e possono cu celule tumorele sau cu antigeni tumoreli.

Tratamentul stadiilor complexe ale tumorilor maligne

18.2.6.1. Tratamentul este complex și în funcție de stadiul bolii.

Gradul II - tratament chirurgical (cu durată de 1-2 săptămâni) și postoperatorie, rezecție
Gradul I - tratament radiochirurgical, radioterapie pre- și postoperatorie, rezecție
Gradul II - tratament radiochirurgical, radioterapie pre- și postoperatorie, rezecție
Gradul II - tratament radiochirurgical, radioterapie pre- și postoperatorie, rezecție

Stadiul III - radioterapie, imunoterapie postoperator.

stadiul IV - chirurgie paleativă, radiochimioterapie.

... sunt bune. În caz de cancer de stadiu II și I cu supraviețuire și vindecare
... în cancerle din stadiul III și

... (1971) (in corso), *Rivoluzione slava e progresso nella Europa del centro-est* (in corso).

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 15

1. Ce se înțelege prin tumoră:
 - tumoare a unei regiuni, care depășește rețicul normal al corpului.

b. o informație celulară dintr-un țesut organizat;
formigiate care are tendință de regresivitate;

d. fuziuni care au tendință să persiste și să crească

2. Clasificarea esențială împarte:

4. tumori maligne.

1. Care din elementele de mai jos caracterizează o tumoră benignă?
a. bine delimitată, incapsulată;

c) recidivează după extirpare totală;

4. nu interesează ganglionii limfatici, evoluează lentă, nu recidivează
extirpare totală

4. Care din tumorile de mai jos sunt benigne?
a. adenocarcinom, leucemie mieloidă, glioblastom;

c. teratoblastom, medulloblastom, mielom multiple;

4. Care din termenii de mai jos definește noțiunea de tumoră malignă?

a. descompunerea din greacă și latină a jesusului din care provine, la care adăugăm „m”;

b. denumirea țesutului, la care se adaugă sufixul „sarcom”;

c. cancer al țesutului din care provine;

- d. keratinizarea cutanată, necroză;
e. necroză a țesutului din care provine.
6. - Care din tumorile benigne de mai jos necesită tratament chirurgical de urgență?
- leiomiomul tumorilor pediculare;
 - adenomul mamar, papilomul;
 - tumorile benigne intracraniene, cu compresii ale creierului;
 - fibroedemul mamar, leiomiul subcutanat, tiroidian.
7. - Care din factorii de mai jos pot fi denumiți factori cancerigeni?
- urina, țesutul pulmonar;
 - metalele ferice, aluminii;
 - calcium, plumbul, sulfidul;
 - razele gamma, razele X-ionizante.
8. - Care dintre caracterele de mai jos definesc o tumoră malignă?
- celule de neoformare sunt diferențiate, nu se desprind de țesutul din care provin;
 - nu delimitate, nu sunt încapsulate, din metastaze la distanță;
 - au evoluție lentă, la extirpare nu recidivează;
 - celule slab diferențiate sau nediferențiate.
9. - Cui este perioada de creștere a unei tumori maligne în perioada întâi și în cea de manifestare clinică?
- perioada întâi este de 3-4 ori mai îndelungată;
 - perioada de creștere este de 2 ori mai îndelungată;
 - nu există nici o diferență în ceea ce privește creșterea în cele două perioade;
 - în perioada de manifestare clinică tumora se dezvoltă cu aproximativ 4 ori pe al.
10. - Ce înțelegem prin metastazarea unei tumori maligne?
- invazia neoplazică radiată în țesuturile din jur;
 - focar secundar de creștere neoplazică, la distanță de tumora primitivă;
 - străbaterea tumorilor straturilor organului respectiv;
 - aparitia unei tumori după o perioadă de latență.
11. - Care este calea cea mai frecventă de metastazare a unui sarcom?
- calea limfatică;
 - diseminare prin propagare în cavitățile seroase;
 - calea sangvină;
 - însușirea prin manevre chirurgicale.
12. - Când poate apărea metastazarea unei tumori maligne?
- imediat după invadarea ganglionară regională;
 - după o perioadă de evoluție a tumorii;
 - uneori metastazarea poate fi precoce, determinând manifestări clinice care preced pe cele ale tumorii primare;
 - numai după pătrunderea într-un vas.
13. - Sindromul carcinoid este definit de următoarele semne:
- criză de vasodilatație, diaree, dispnee;
 - este un sindrom paraneoplazic;
 - formațiunea tumorală responsabilă poate avea sediul în apendicele vermiform;
 - este însoțit de hipercalemie.
14. - Care din următoarele caracteristici nu sunt specifice țesuturilor neoplazice?
- anaplazie;
 - amitoza și mitoză frecventă;
 - proliferaș celulară tipică țesutului de origine.

15. - Care din tumorile de mai jos sunt sarcomele sau denumirea de sindromuri paraneoplazice?
- melanomul malign;
 - melanomul malign al pielii, cîrmă primară;
 - neurofibromatoză, keratozarea pielii, cîrmă primară;
 - displazia, diaree și hematurie.
16. - Care din tumorile generale nespecifice putem să le găsim într-un cancer?
- modificări ale durerii;
 - anemie, febră și glicemie;
 - anemie selectivă;
 - polipnee, anorexie, scădere ponderală.
17. - La ce tumoare apar abordările (sân, piele, tiroidă etc.), ce vin urmări la examenul local?
- deformația pielii, existența unor deformări sau ulcerări, circulația venoză;
 - modificări, forma, consistența, raporturile tumorii cu țesuturile vecine, motilitate sau absența la plămâni superficiale și profunde;
 - modificări la plămâni superficiale și profunde;
 - modificarea sârmă generale: scăderea în greutate, modificări ale temperaturii.
18. - Adenomul regional, cum apare?
- perforație a mușchilor moi, depozități, dureri;
 - perforații dure, ulcerări la început;
 - ulcerări mobile, fluctuante, necrotice;
 - ulcerări la țesuturile din jur în fazele avansate.
19. - Care din examenele paraclinice vor fi necesare pentru diagnosticarea unor neoplazii de tubulii digestive?
- examen histopatologic al mucusului digestiv;
 - examen histopatologic;
 - examen histopatologic;
 - examen histopatologic.
20. - Prin ce metode putem depista prezența metastazelor hepatice?
- examen histopatologic al tubului digestiv;
 - examen histopatologic;
 - examen histopatologic;
 - examen histopatologic.
21. - Fără a pierde unele metode de explorare paraclinică în altă, care din cele de mai jos sunt mai ușor de efectuat și sunt lipsite de riscuri de iradiere?
- ecografia;
 - ecografia computerizată;
 - ecografia;
 - ecografia cu substanțe de contrast (bariat sau cu substanțe iodate).
22. - Care dintre metodele de mai jos pot fi folosite în screeningul de masă, în depistarea cancerului?
- manografia;
 - manografia computerizată și rezonanța magnetică;
 - ecografia și ecografia;
 - examenul citologic al secreției vaginale, produse de spălătură gastrică, mucusuri urinare, al sputei.
23. - Care din examinările de mai jos stabilesc diagnosticul de certitudine al unui cancer?
- examenul sîngelui și urinei;

- b. scintigrafia și ecografia;
c. biopsia și examenul histopatologic;
d. tomografia computerizată și endoscopia.
24. - Ce este „cancerul in situ“?
a. neoplazie care nu invadează țesuturile din jur;
b. metastază la distanță;
c. cancer în stadiul zero;
d. cancer cu extensie loco-regională.
25. - În sistemul T.N.M. o tumoră care are mărime peste 5 cm cum se notează?
a. T1;
b. T2;
c. T3;
d. T4.
26. - Cancerul în stadiul I se caracterizează prin:
a. tumoră mică sub 2 cm;
b. invadarea ganglionilor regionali;
c. fără ganglioni palpabili;
d. cu metastaze la distanță.
27. - În ce stadiu este o tumoră de 4 cm, fără invadarea ganglionilor, cu metastază la distanță?
a. stadiul I;
b. stadiul II;
c. stadiul III;
d. stadiul IV.
28. - Cancerul în stadiul II se caracterizează prin:
a. tumoră între 2-5 cm, fără invadarea țesuturilor din jur;
b. tumoră cu extensie loco-regională care depășește organul de origine;
c. ganglioni regionali invadați, mobili;
d. metastază în alte organe.
29. - Cancerul în stadiul III se caracterizează prin:
a. ganglioni invadați cu fixare intra- și extraganglionară;
b. tumoră cu extensie loco-regională care depășește organul de origine;
c. ulcerări și necroze ale țesuturilor;
d. prezența de metastaze la distanță.
30. - Prin ce metode se poate depista cancerul în stadiile incipiente?
a. apariția semnelor generale specifice;
b. autocontrolul populației;
c. consultațiile periodice;
d. controlul periodic și examenul de laborator specifice ale personalului care lucrează cu substanțe cancerigene;
e. examenul citologic Babes-Papanicolaou.
31. - Care este tratamentul cu scop de radicalitate?
a. tratamentul chimioterapic;
b. tratamentul chirurgical;
c. tratamentul imunoterapic;
d. tratamentul iradiant.
32. - Care din metodele de tratament constituie tratament adjuvant?
a. tratamentul chimioterapic;
b. tratamentul iradiant;

- c. tratamentul hormonal;
d. tratamentul chirurgical.
33. - Pentru eficacitate în tratamentul cancerului, acesta trebuie combinat și serial în funcție de:
a. stadiu și tipul histopatologic;
b. stadiul evoluției și local;
c. recurența sau absența simptomelor paraneoplazice;
d. tipul histologic al neoplaziei.
34. - Tratamentul chirurgical cu intenție de radicalitate urmărește:
a. extirparea neoplaziei locale;
b. extirparea ganglionilor regionali;
c. extirparea în bloc a tumorii și țesuturilor din jur împreună cu ganglionii regionali;
d. asigurarea și prevenirea unor complicații.
35. - Care din metodele de mai jos intră în cadrul tratamentului iradiant?
a. tratamentul paliativ;
b. radioterapia și terapia cu neutroni;
c. radioterapia sintetică cu radii și neutroni;
d. tratamentul cu agenți achiziți.
36. - Care din neoplazii de mai jos sunt radiosensibile?
a. cancerul mamar;
b. cancerul gastric;
c. cancerul de col uterin;
d. cancerul de colon.
37. - Radioterapia paliativă poate fi folosită pentru:
a. ameliorarea simptomelor dureroase și unor complicații;
b. instaurarea unei calități forme de cancer;
c. tratamentul cancerului în situ;
d. tratamentul pre- și postoperator.
38. - Ce complicații poate produce tratamentul iradiant?
a. scăderea transmițerii arteriale, insuficiență cardiacă;
b. scăderea transmițerii venoase și scăderea diurezei;
c. scăderea fluxului sanguin și scăderea diurezei;
d. scăderea hipertensiunii arteriale, edem cerebral.
39. - Ce rol joacă citostaticele în tratamentul cancerului?
a. constituie tratamentul cu rol de radicalitate;
b. constituie tratamentul adjuvant asociat tratamentului radio-chirurgical;
c. se întrebunțează în tratamentul cancerului în stadiul I, fără a mai fi nevoie de tratament chirurgical;
d. poartă înlocu prin efectul său tratamentul iradiant.
40. - Care din complicațiile de mai jos se pot întâlni în boala citostatică?
a. anemie severă, leucopenia cu infecții grave;
b. modificări importante ale aparatului respirator;
c. afectarea tubului urinar;
d. urticarie, hipotensiune arterială.
41. - Care dintre chimioterapicele de mai jos fac parte din grupa de antimetaboliti?
a. ciclofosfamidele;
b. metotrexatul;
c. vincristina;
d. adriamicina.

42. - Din ce grupă de chinolone face parte sintetrina și sintilaxina?
a. agent achilur;
b. aminociclobut;
c. alchoni;
d. antihemice.
43. - Care din chimioterapice face parte din grupa agenților achilur?
a. 5 - Fluorouracil;
b. acimonicina;
c. ciclofosfamid;
d. Tio-azop.
44. - În tratamentul cancerului de sân în stadiul II, la o femeie de 25 ani, se va face:
a. tratament chirurgical;
b. castrare chirurgicală, radioterapie sau medicamentosă;
c. tratament radio-chirurgical;
d. tratament prin iradiere și chimioterapie.
45. - Imunoterapia nespecifică folosește:
a. vaccin BCG;
b. vaccinare cu celule tumorale;
c. vaccin polimicrobian;
d. vaccin cu antigeni tumoral.
46. - Imunoterapia se aplică în:
a. cancerul incipient;
b. cancerul inoperabil;
c. focarele de celule neoplazice rezistente după tratamentul radio-chirurgical sau radio-chimioterapie;
d. în toate formele de cancer.
47. - Hormonoterapia s-a impus în tratamentul:
a. cancerului inoperabil;
b. la mîrîni;
c. cancerelor hormonodependente;
d. cancerul tubului digestiv.
48. - Cancerul în stadiul zero se tratează prin:
a. iradiere;
b. exereză chirurgicală cu respectarea unei zone de siguranță;
c. chimioterapie;
d. imunoterapie.
49. - În cancerul din stadiul III se folosește:
a. imunoterapie;
b. radio-chimioterapie preoperatorie pentru coexistența cancerului în stadiul II, c permite exereză;
c. radio-chimioterapie postoperatorie, imunoterapie postoperatorie;
d. numai tratamentul radiochimioterapie.
50. - Ce înțelegem prin recidiva unui cancer?
a. apariția unui focar neoplazic la distanță de tumora primitivă;
b. apariția după 5 ani a unui cancer cu altă localizare;
c. apariția precoce sau tardivă după extirparea unor focare neoplazice de aceluși tip cu tumora inițială;
d. apariția la interval de ani a unui cancer la locul de intervenție pentru o afecțiune necancerosă.

Capitolul 16

PRIMUL AJUTOR ÎN URGENȚELE MEDICO- CHIRURGICALE RESUSCITAREA CARDIO-RESPIRATORIE

Verificați-vă cunoștințele

16.1. Resuscitarea respiratorie	443
16.1.1. Cauzele insuficienței respiratorii acute	443
16.1.1.1. Stopul respirator	444
16.1.2. Resuscitarea respiratorie impune	444
16.1.2.1. Asigurarea și menținerea libertății căilor respiratorii	444
16.1.2.1.1. Traheostomia	446
■ Indicațiile traheostomiei	446
■ Avantajele traheostomiei	446
■ Tehnica traheostomiei	447
■ Incidențele și complicațiile	447
16.1.2.2. Respirația artificială	447
16.1.2.2.1. Ventilația pulmonară indirectă (metoda kinetoterapiei)	447
■ Ventilația indirectă cu bolnav în decubit dorsal	447
a) Metoda Silvester	448
b) Procedul Gullot	448
c) Procedul Silvester-Howard	448
■ Ventilația indirectă cu bolnav în decubit ventral	448
a) Metoda Schaller	448
b) Metoda Nulgen-Nulgen	448
c) Metoda Schaller-Nulgen-Drinkel	448
d) Metoda Emerson	448
e) Metoda Eve	448
16.1.2.2.2. Metode directe de insuflare a plămânilor	448
■ Tehnica respirației „gură la gură”	448

■ Respirație „dună la nas”	442
■ Dezavantajele metodei	442
■ Aparatura care se poate folosi în situații respiratorii	442
a) Tubul rigid în S - model S&F pentru insulație	442
b) Laringoscopia și sonda pentru insulație endotracheală	442
c) Aparatele manuale de insulație	442
d) Aparatele automate de ventilație	442
16.1.2.3. Înlăturarea obstacolelor care împiedică expansiunea pulmonară	442
16.1.2.4. Oxigenoterapia	442
16.1.2.4.1. Indicațiile oxigenoterapiei	442
16.1.2.4.2. Administrarea oxigenului	442
16.1.2.4.3. Accidentele oxigenoterapiei	442
16.1.2.5. Stimularea activității centrilor respiratori deprimati	442
16.2. Resuscitarea cardiacă	443
16.2.1. Stopul cardiac	443
16.2.1.1. Cauzele stopului cardiac	443
16.2.1.2. Simptomatologia și diagnosticul stopului cardiac	443
16.2.1.3. Tratatamentul stopului cardiac	443
16.2.1.3.1. Masajul cardiac extern	443
■ Executarea masajului cardiac extern	443
■ Contraindicațiile masajului cardiac extern	443
■ Complicațiile M.C.E.	443
16.2.1.3.2. Masajul cardiac intern	443
■ Executarea masajului cardiac intern	443
■ Accidente	443
■ Semne de eficiență a masajului cardiac intern	443
16.2.2. Fibrilația cardiacă - metode de defibrilare	443
16.2.2.1. Defibrilare electrică externă	443
16.2.2.2. Defibrilare electrică internă	443
16.2.3. Semne de abandonare a resuscitării cardio-respiratorii	443
16.2.4. Tratatamentul medicamentos pentru combaterea stopului cardiac	443
16.2.4.1. Restabilirea volumică	443
16.2.4.2. Medicația alcalinizantă	443
16.2.4.3. Medicația de restabilire a activității cardiace spontane	443
16.2.5. Terapeutică postresuscitare	443
Chestionar la capitolul 16	443

Pentru funcționarea cardio-respiratorie se bazează o serie de mișcări pe care le folosim pentru a restabili funcțiile vitale - respirația și circulația - într-o perioadă foarte scurtă de timp. În practică, întreprindem una din aceste funcții, la scurt timp strângem respirația.

Interdependența între circulație și respirație ne arată că reanimarea trebuie să vizeze pe ambele.

În situațiile pe ambele, respirația duce la ameste înstrădat, ce se realizează în laringoscopia și circulația duce la ameste înstrădat, care la scurt timp produce înstrădat.

Reanimarea cardio-respiratorie poate fi eficientă în moartea clinică. Prin moarte clinică înțelegem intervalul de timp între oprirea inimii și moartea neuronilor din scoarță cerebrală.

Reanimarea cardio-respiratorie ajută la schimbarea gazoasă de la nivelul țesuturilor. Timpul acelor trei minute trebuie să intre consecutiv în acțiune, una lângă alta, nu poate duce la rezultate pozitive.

16.7. RESUSCITAREA RESPIRATORIE

Reanimarea respiratorie urmărește restabilirea schimburilor gazease la nivelul plămânilor, prin o ventilație pulmonară artificială.

Indicația principală o constituie insuficiența respiratorie acută și stopul respirator. Dar se poate folosi și pentru amplificarea circulației aerului pulmonar în caz de insuficiență respiratorie asistată.

16.1.1. Cauzele insuficienței respiratorii acute

a) asfiziya completă sau aproape completă a căilor aeriene superioare:

- laringe;
- strangulare;
- corp străin în diferite părți ale tracheei;
- plămânul în trachee și bronhii a unor lichide sau secreții gastrice prin reflux la accidentați și bolnavi comatoși;
- înfundarea tracheo-bronșică la bolnavii cardiaci, grave afecțiuni pulmonare inflamatorii, comă alcoolică.

b) traumatisme toxice cu consecințe grave pentru dinamica respiratorie:

- fracturi costale cu vâle toracice;
- hemopneumotorax;
- pneumomediastin.

- depresiune prin asfizi: reduce a funcției centrilor respiratori;
- somnolență sau desigur depresiune, hemie în câmpuri mari;
- electrocutare;
- traumatisme craniocerebrale;
- afecțiuni inflamatorii ale sistemului respirator care apar în electrocutare;
- intoxicații cu CO, H₂N, gaze convulsivante, cancrizante.

16.1.1. Stopul respirator

Încetare completă a mecanicii respiratorii.

- Se evidențiază prin:
- absența mișcărilor respiratorii toracice și abdominale;
- la auscultație, lipsa zgomotului caracteristic pe care-l produce pătrunderea în
- leșarea aerului din plămâni;
- vizual, o hălcie proză în fața gurii și nasului nu se mișcă;
- extremitățile cianotice.

16.1.2. Resuscitarea respiratorie impune:

- asigurarea și menținerea libertății căilor respiratorii;
- respirație artificială;
- înlăturarea obstacolelor care împiedică expansiunea pulmonară normală;
- oxigenoterapie;
- stimularea activității centrilor respiratori deprimati.

16.1.2.1. Asigurarea și menținerea libertății căilor respiratorii

- În obstacolele supralaringee (bucă, asfizi, compresii gâtice, protent deplănat, disip rufii, plămâni, nozi sau alte corpuri străine, chiaguri de sânge) se pune accentul
- îndepărtarea cufurii, fără perind sub cap, în
- corpul într-o parte, sau dacă e necesar
- pentru o perioadă scurtă de timp, în
- corpul într-o parte și capul ceva mai pe
- pentru ca să se scurgă secrețiile, sângele
- sau apa la cei înecați. Protecție dentară și
- scut, dacă sunt mobile.



Fig. 137 - Curățarea gurii de corpuri străine.

Pentru îndepărtarea corpilor străini, cei care execută manevra introduc un deget învelit în tifon în gura accidentatului, controlează, cufurii și îndepărtă din cavitatea bucală aceste corpuri (fig. 137).

Într-o situație de urgență se folosește un tampon moale pe care se pune în fața



Fig. 138 - Înlăturarea corpului străin din cavitatea bucală.



Fig. 139 - Pipă Gueddel introdusă în orofaringe. Acesta pipă împiedică limba să cadă în faringele posterioare, fiind dintr-un latex pentru pătrunderea sursului în faringele, însoțind și prin aceasta îndepărtarea aerului în căile aeriene. Pipa se introduce în decursul în pipă timp de 2-3 secunde și se scoate apoi din gură în timpul al 2-lea se scoate la 180°, astfel încât să se asigure că se îndepărtă și să se asigure că se îndepărtă limba.

În timpul urdușii avem grijă ca limba să nu cadă în faringele. Pentru aceasta

în timpul urdușii avem grijă ca limba să nu cadă în faringele. Pentru aceasta

în timpul urdușii avem grijă ca limba să nu cadă în faringele. Pentru aceasta

■ În obstacolele mişcătoare se foloseşte tusa naturală dinşul sau prin aspiraţia traheobronşică pe cârmă sau prin bronhoscopie şi traheotomie, ca ultimă soluţie şi uneori singurul mijloc de deobănuire.

16.1.2.1.1. Traheotomia înseamnă deschiderea chirurgicală a trahetei, pentru de introducerea unei cămăre de respiraţie cu scurtarea căilor respiratorii superioare.

■ Indicaţiile traheotomiei sunt multiple, însă toate cu efect cunoscut: insuficienţă respiratorie acută.

- În chirurgie este indicată în traumatoamele toracice cu fracturi multiple, cu vătămă costală, în traumatoamele craniocervicale, leziuni mediastinale, cu sau fără contuzii mediastinale, în obstrucţia căilor respiratorii traumatică sau inflamatorie.

- În O.R.L. este indicată în toate cazurile de asfixie faringiană - tumori, corp străin, edem glotic.

- În neurochirurgie - coma prin traumatoame craniocervicale.

- În obstetrică în crizele de epilepsie însoţite de laringospasm.

- În medicină internă - metodă ajutătoare în tratamentul infecţiilor acute cu insuficienţă respiratorie, în intoxicaţii voluntare etc.

■ Avantajele traheotomiei:

- Evită obstacolul gotei şi reduce spaţiul mort cu aprox. 65%; amelioră considerabil ventilaţia alveolară.

- Permite o aspiraţie a secreţiilor traheobronşice.

- Permite administrarea unor medicamente sub formă de aerosoli, anabronchiolitice, antiinflamatoare, antispasmodice, expectorante.

- Egalizează presiunile intratraheale în ambele faze ale respiraţiei, previne producerea pneumotoraxului sufoant.

- Reduce mişcările paradoxale în voetul costal.

- Prin canale speciale se poate separa călta aeriană de cea digestivă, împiedicând pătrunderea sucului gastric în arborele bronhic.

■ Tehnica traheotomiei şi îngrijirea ei.

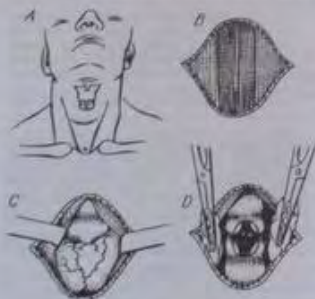


Fig. 140 - Traheotomia.
A - incizia pielii în dreptul cricoidului, la jumătatea distanţei dintre cartilajul cricoid şi furculiţa sternului.
B - se deschide fascia pericrurală şi se îndepărtează plămânul muscular.
C - se deschide ferăstrău şi se îndepărtează ţesutul pericrural.
D - se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.

Cu anestezie locală cu novocaină sau xilină 1% se face incizie verticală de la cricoid până la furculiţa sternală sau incizie transversală, care este mai estetică. Se

face o incizie traheală, se introduce cu degetul în poartă. Se îndepărtează ţesutul pericrural şi se creează o ferăstrău, pentru a amplasa canalul traheal (fig. 140, 141).

Se îndepărtează ţesutul pericrural, se refac plăgurile, se fixează poartă la piele pentru a nu aluneca sau a nu fi scoasă, în urma mişcărilor respiratorii.

Canalul traheotomic este de obicei de 1,5-2 cm.

Se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.

Se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.

Se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.

Se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.

Se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.

Se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.

Se creează o ferăstrău în ţesut, prin excizarea unei bucăţi din ţesut, care este apoi suturată.



Fig. 141 - Schema de tehnica traheotomiei.

■ Indicaţiile şi contraindicaţiile.

■ Indicaţiile sunt: asfixia acută, laringospasmul, traheita acută, traheita cronică, traheita traumatică, traheita inflamatorie, traheita neoplazică, traheita post-traumatică, traheita post-inflamatorie, traheita post-neoplazică, traheita post-traumatică, traheita post-inflamatorie, traheita post-neoplazică.

■ Contraindicaţiile sunt: hipertensiunea arterială, hipertensiunea venoasă, hipertensiunea pulmonară, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie.

■ Contraindicaţiile sunt: hipertensiunea arterială, hipertensiunea venoasă, hipertensiunea pulmonară, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie.

■ Contraindicaţiile sunt: hipertensiunea arterială, hipertensiunea venoasă, hipertensiunea pulmonară, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie.

■ Contraindicaţiile sunt: hipertensiunea arterială, hipertensiunea venoasă, hipertensiunea pulmonară, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie.

■ Contraindicaţiile sunt: hipertensiunea arterială, hipertensiunea venoasă, hipertensiunea pulmonară, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie, hipertensiunea sistolică, hipertensiunea diastolică, hipertensiunea medie.

16.1.2.2. Respiraţia artificială

Respiraţia artificială urmăreşte crearea unei inspiraţii şi expiraţii capabile să permită o cantitate a aerului ventilator, suficientă pentru a permite schimbările gazoase.

Există două metode:

■ Ventilarea pulmonară indirectă se bazează pe lărgirea sau micşorarea cavităţii toracice prin mişcarea membrilor superiori sau comprimarea toracelui. Prin tracţiunea membrilor superiori se lărgesc cavităţile toracice, se produce pătrunderea aerului în plămâni (inspiraţie), iar prin comprimarea toracelui sau abdomenului se produce eliminarea aerului (expiraţie).

■ Metoda directă constă în insuflarea plămânului prin introducerea aerului direct în gura (nasul) accidentatului. Prin insuflarea aerului se produce lărgirea plămânului (inspiraţie), evacuarea se face prin elasticitatea plămânului (expiraţie).

16.1.2.2.1. Ventilarea pulmonară indirectă (metoda kinetoterapiei). Metodele kinetoterapice de ventilare pulmonară indirectă se împart în două grupe: bolnav în decubit dorsal şi bolnav în decubit ventral.

■ Ventilarea indirectă cu bolnav în decubit dorsal:

a) Metoda Sylvester - bolnavul este în decubit dorsal, cu capul ceva mai jos decât corpul. Cel care face respiraţia artificială stă la capul bolnavului. El apăsă antebraţele

bolnavului aproape de indurata cefei și le ține lateral și în sus până după înălțarea în timpul cercului: este timpul inspirator. Timpul expirator se face invers: capul bolnavului la baza toracei, se exercită asupra acetuior o presiune puternică, în timpul inspirator - diaphragmul amănă posterior al înălțării se ține pe, permițând expirația. b) Procedul Gräber - poziția bolnavului este în decubit dorsal. Reanimatorul pune mâinile pe pectorale bolnavului. Cu mâinile întinse în față apoi abdominal în respirație. Ridicarea lentă a mâinilor ridică diaphragmul, realizând inspirația, când se ridică diaphragmul și realizează timpul inspirator.

c) Procedul Silverter-Howard. Manevra se execută de două persoane. Bolnavul în decubit dorsal. Una din persoane este așezată la capul bolnavului și execută mișcările brațelor ca în procedul Silverter. A doua persoană ținând pe coapsele bolnavului compresia în timpul inspirator abdominal, iar în timpul expirator, în timp ce persoana compresia toracică, cel de-al doilea ținând această compresie, compresia expirator și împingând viscerele abdominale. Ambii timp ai respirației sunt activi.

■ Ventilația indirectă cu bolnavul în decubit ventral. a) Metoda Schafer. Se folosește de obicei pentru reanimarea începătoare. Bolnavul bolnavul este în decubit ventral, cu toracele pe un plan mai jos decât burta. Reanimatorul ținând pe gâtul bolnavului, apoi cu mâinile prinzându-l la baza toracelui, realizând prin această expirația activă. Se ridică după aceea brusc, realizând o inspirație pasivă. Tare atribuie căutarea de a goli lichidele din bronhi și stomac.

b) Metoda Holger-Nelson. Spre deosebire de metoda Schafer, unde numai expirația este activă, aici devine activă și inspirația. Reanimatorul este la capul bolnavului. Timpul inspirator se realizează prin tracțiunea brațelor deasupra capului (acumulatorilor ca în procedul Silverter, tânău că bolnavul este în poziție ventrală), ridicând apoi toracele de pe planul orizontal. Timpul expirator constă în ridicarea brațelor la torace, înmădă de a apăsa puternică în regiunea scapulară.

c) Metoda Schafer-Nelson-Dwyer se execută de două persoane. Una așezată la capul bolnavului execută mișcările respiratorii prin manevrarea brațelor ca în procedul anterior. A doua persoană, așezată călare pe coapsele bolnavului, ținând manevrele respiratorii ca în procedul Schafer, accentuând expirația prin apăsarea puternică la baza toracelui.

d) Metoda Emerson. Reanimatorul se sprijină în genunchii laterali de toracele bolnavului, iar celălalt picior întins în fața de sprijin în partea opusă bolnavului. Bolnavul în decubit ventral, reanimatorul apăsă bolnavul de bază și-l ridică în sus. Masa viscerală împinge diaphragmul și produce expirația. În timpul al doilea bolnavul se așază în plan orizontal, prin aceasta făcându-se inspirația.

e) Metoda Eve a panului huleat sau murelăscă, constă în probarea inspirației și expirației prin mișcarea masei viscerele, care se înalță ca un panu aspiru-respingător asupra diaphragmului. Bolnavul este culcat ventral pe o scândură, în brațele și pectoralele întinse, bine fixat cu centuri pe coapse și brațe. Axul de rotație al scândurii trebuie să corespundă liniei bihumerale.

Se ridică scândura, astfel ca bolnavul să așază cu capul în pu. Într-un unghi de 45°. Masa viscerală împinge asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

la înălțarea toracei mișcările viscerele și sunt pasive, sunt așezate pe un plan orizontal, se execută mișcările toracei deasupra orizontalei, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

14.2.2.2. Metoda directă de înălțare a plămânilor. Metoda directă de înălțare constă în ridicarea plămânilor la nivelul toracelui, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

14.2.2.2. Metoda directă de înălțare a plămânilor. Metoda directă de înălțare constă în ridicarea plămânilor la nivelul toracelui, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

14.2.2.2. Metoda directă de înălțare a plămânilor. Metoda directă de înălțare constă în ridicarea plămânilor la nivelul toracelui, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

14.2.2.2. Metoda directă de înălțare a plămânilor. Metoda directă de înălțare constă în ridicarea plămânilor la nivelul toracelui, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

14.2.2.2. Metoda directă de înălțare a plămânilor. Metoda directă de înălțare constă în ridicarea plămânilor la nivelul toracelui, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

14.2.2.2. Metoda directă de înălțare a plămânilor. Metoda directă de înălțare constă în ridicarea plămânilor la nivelul toracelui, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.

14.2.2.2. Metoda directă de înălțare a plămânilor. Metoda directă de înălțare constă în ridicarea plămânilor la nivelul toracelui, cu capul în sus, astfel ca masa viscerală să împingă asupra diaphragmului, executând inspirația. Se ridică din nou scândura astfel încât capul să fie ridicat deasupra orizontalei cu 45°. Prin această mișcare abdominală sug asupra diaphragmului, realizând expirația. Metoda are avantajul că poate goli bronhiile și stomacul, de unde indicată la înecări.



Fig. 142 (poziția arhică de către reanimator (pe care-l va ține apoi în gura celui care trebuie reanimat). Se vede că este accidentatul este strâns de mâinile salvator și gura este deschisă prin înălțarea mandibulei, ca masele dentare.

Când există o prădă Guedel însoțită se poate face gura la cavitate. ■ Respirația gură la gură. Se execută aceluși manevra ca la metoda „gură la gură”, singura deosebire constă în faptul că mâna dreaptă apăsă bărbia accidentatului, ca să deschidă cât mai bine gura.

Insufiță sub presiune prin masă accidentantului. După insufițare se îndepărtează balonul masă liber, dacă este posibil deschide și gura.

Ritmii de insufițare în ambele metode sunt de 10-12 pe minut, dacă este posibil, sau după indicator și de 16/min, când există mai multe persoane.

■ **Dezavantajele metodei**

Metodele de insufițare directă, pe față și simplă sunt și eficiente, dar au dezavantaje: fiziologice - multe persoane se tem de a face respirație orală bolnavului, au respins; este - încredințat de multe persoane că nu au venit să facă decât să-l ajute să respire; - incomoditate. Pentru a remedia aceasta au fost create o serie de aparate de apărare.

■ **Aparatură care se poate folosi în stopul respirator**

În caz că accidentatul s-a prădus în apă sau are posibilitatea să înghită persoana scuturată la scutur accidentantului, se pot folosi o serie de aparate - de la cele foarte simple foarte eficiente ușor, până la aparatură complexă pentru respirație artificială.



Fig. 143. Sonda rigidă în Y pentru insufițare (Shaper).



Fig. 144 - Insufițare intermediară tubului latex, principiu și o modalitate de utilizare. Metoda foarte eficientă pentru ventilare pulmonară, intensă, asigură oprit deschiderea căilor aeriene.

În tubul și plămânii pucierului. Expirația se face grație densității apei joase. Aerul expirat iese prin o supapă, în timp ce balonul de cauciuc se deinde datorită unei anse de cauciuc existente în el. Odată cu deindearea, în balonul Ruben intră și aer atmosferic.

Aparatul Anubis (fig. 146) are unele componente asemănătoare cu ale aparatului Ruben. Aparatul apropiat cu structură simplă de asemenea aparatul Resolator (fig. 147) și aparatul Razuna (fig. 148).



Fig. 145. Aparatul Razuna. Reprezentare schematică în care se vede și modul de plasare a sondei în plămân.



Fig. 146. Aparatul Anubis, care asigură o ventilație intermediară de aer atmosferic.

■ **Aparatură intermediară de ventilație** Există un număr mare de astfel de aparate. Respiratorul mecanic, ce se poate excita cu ele, se face prin intermediul unui motor electric. Într-un număr sunt prin motorul mecanic de gaze sub presiune (oxigen, aer comprimat). Aparatură cu motor electric, cunoscută în țara noastră, sunt: Spiromat, Dräger, Resolator, Razuna, S.F.A.

Aparatură care folosește gaze sub presiune sunt: Pulmonat și Polomat Dräger, R.P.R. Între din aceste aparate fac parte din „mașina complexă” în care se găsește și aparatul de anestezie.

Se excită cu ele o hiperventilație cu oxigen pur sau amestec cu aer 6-8 litri pe minut (presiune CO₂ arterial nu trebuie să scadă sub 25 mmHg).

16.1.2.3. Înlăturarea obstacolelor care împiedică expansiunea pulmonară

Pentru excitația unei respirații respiratorii eficiente este nevoie să se înlăture obstacolele care împiedică expansiunea pulmonară și, deci hemotorax, care și așa este delicat.

Se vor excita revederile pleurale - hemotoraxul și pneumotoraxul, se vor excita și schimbările pozitive care jenuză respirația - decubitusul ventral, lateral și poziția Trendelenburg, se va acționa asupra cauzelor care provoacă distenția abdominală, încrețimă diafragmului și deci reducerea atât a suprafeței pulmonare cât și amplitudinea excursiei respiratorii.



Fig. 147: Aparat Bionaire - modelul cu rezervor.



Fig. 148: Aparat Bionaire cu rezervor, cu sistem complet de pompare manuală, pentru utilizare din partea inferioară a corpului.

16.1.2.4. Oxigenoterapia

Oxigenoterapia este o metodă eficientă în resuscitarea cardio-respiratorie, atât ca sursă de oxigen pentru țesuturi și O_2 în aerul inspirat.

Oxigenoterapia este un act terapeutic simplu, dar Ea este eficientă în lipsa deficienței în alimentația cauzată de insuficiența căilor respiratorii, insuficiența funcției pulmonare sau cardiace, convulsii mariale etc.

În hipoxemia pulmonară oxigenoterapia este eficientă în combinație cu o ventilație artificială eficientă.

16.1.2.4.1. Indicațiile oxigenoterapiei:

a) oxigenare insuficientă când plămânii sunt sănătoși; altitudinism; insuficiența musculaturii respiratorii; insuficiența respiratorie postoperatorie; asfirie locală postoperatorie; tahimenezie; crize tirotoide postoperatorii;

b) oxigenare insuficientă la un plămân afectat: pneumonia; bronșopneumonie; supurații pulmonare; edem pulmonar; emfizem pulmonar; sclerodermă pulmonară; pneumotorax deschis;

c) hipoxie de origine circulatorie: infarct miocardic; insuficiență cardiacă; șoc de șoc;

d) hipoxie histotoxică - intoxicație cu CO_2 , Cl , SO_2 , acid cianhidric, anestezic barbituric, opioide.

16.1.2.4.2. Administrarea oxigenului

Prin administrarea oxigenului este necesar de a se asigura de O_2 - care este în mod normal în aerul inspirat de către organism, acesta vine pe conducte de la sursa de oxigen.

Prin administrarea oxigenului se asigură oxigenul necesar pentru funcționarea organismului și se asigură oxigenul necesar pentru funcționarea organismului.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

Oxigenul este administrat prin intermediul unui aparat de oxigenare, pe care îl vom prezenta în continuare.

16.2. RESUSCITAREA CARDIACĂ

În general când spuneați restabilirea funcției inimii, înțelegem metodele prin care se poate realiza resuscitarea cardiacă.

În practică însă se întâlnesc situații în care, deși inima continuă să bată, aceasta nu este eficientă pentru a asigura o circulație periferică și în acest caz apar astfel stări fiziologice: hipoxia centrilor nervoși superiori, oprirea inimii și apoi moartea la scară largă din cauza intrării în circulație a masei de sânge.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

În aceste cazuri este necesară intervenția medicală pentru a restabili circulația cardiacă.

16.2.1. Stopul cardiac

16.2.1.1. Cauzele stopului cardiac sunt multiple:

- obstrucția căilor respiratorii:
 - înec,
 - strangulare,
 - aspirare de secreții gastrice prin vărsături, stoparea căilor respiratorii prin corp străin;
- intoxicații medicamentoase și prin amestecuri gazease:
 - droguri toxice,
 - medicamente administrate peste doza obișnuită sau pentru care bolnavul are contraindicație,
 - supradozare de protiloxid de azot,
 - gaze toxice,
 - intoxicație cu CO;
- tulburări de ventilație:
 - embolie gazoasă,
 - convulsii,
 - traumatoame craniocerebrale,
 - traumatoame toracice,
- b) afecțiuni ale inimii:
 - infarct miocardic,
 - tamponadă cardiacă,
 - tulburări grave de ritm,
 - decompensare ale miocardului prin anestezie generală, digitală etc.,
 - traumatoame cardiace,
 - miocardite de tip reumatoid sau virale,
- c) reflexe vagale puternice:
 - apăsarea globilor oculari,
 - stimuli din regiunea carotidiană,
 - atingerea faringelui și laringelui de către sonda traheală sau bronhozongă,
 - loviri puternice ale plexului solar,
 - distensia accentuată a anselor intestinale,
 - dilatația acută de stomac,
- d) Reflexe sinapțice: sunt și mai periculoase decât cele vagale deoarece pot produce stop cardiac chiar la excitații relativ slabe, determinate de:
 - frică,
 - durere,
 - zgomot,
 - expunere la frig,
- e) Tulburări hidroelectrolitice:
 - schimbări metabolice anormale - concentrații anormale ale ionilor de Ca^{++} și K^{+} ,
 - schimbări bruște ale echilibrului acido-bazic;
 - insuficiență renală acută,
- f) Tulburări metabolice sau de aport:
 - comă hipoglicemică;
 - aport insuficient de glucoză către inimă sau hipoglicemie provocată de insulină, care produce scăderea bruscă a sursei de energie (glucoză) necesară miocardului.

1) Hipotermia: scăderea temperaturii corpului sub $35^{\circ}C$.
2) Hicnematerea accidentală - stopul cardiac se produce prin înfundarea căilor respiratorii.

16.2.1.2. Simptomatologia și diagnosticul stopului cardiac

Simptomele efectelor ale stopului cardiac sunt: pierderea conștiinței, sfârșitul reflecției, pierderea reflexelor, absența pulsului la arterele periferice, palnărea T.A., stoparea respirației, pierderea pupilei, absența mișcărilor progresive, absența mișcărilor ghemetice, apăsarea pupilei pentru stabilirea rapidă a diagnosticului său.

16.2.1.3. Tratatamentul stopului cardiac

Tratatamentul stopului cardiac poate cuprinde trei etape:
1) etapa de instituire a respirației artificiale și a masajului cardiac;
2) etapa de instituire a respirației artificiale și a masajului cardiac;
3) etapa de resuscitare a funcțiilor cardio-respiratorii spontane;
4) etapa de instituire a respirației artificiale și masajului cardiac extern.
Tratatamentul stopului cardiac este descris în capitolele referitoare la resuscitare artificială: agerarea bolnavului în decubit dorsal, asigurarea libertății căilor respiratorii, respirația artificială prin înfundarea aerului în plămânii accidentatului și în cele care masajul cardiac extern și defibrilarea electrică.
După a doua etapă, masajul cardiac și ventilația artificială, se instituie respirația artificială, se face defibrilarea electrică și masajul cardiac intern în cazul necesității masajului cardiac extern, până la reluarea spontană a activității corpului și respirației sau sfârșitul resuscitării, în cazul eșecului.

1) Etapa postresuscitare vizază monitorizarea funcțiilor cardio-circulatorii,

respirației și a sindromului cerebral posthipoxice.

16.2.1.3.1. Masajul cardiac extern. Compresunea cardiacă externă prin apăsarea

arterială poate realiza o presiune sanguină suficientă generală și pulmonară.

Concomitent cu ventilația artificială corectă și eficientă, permite menținerea în viață a bolnavului, transportul la spital, instituirea tratamentului specific și revenirea activității cardiace spontane.

■ Executarea masajului cardiac extern.

Procedura este necesară de respectarea etapelor de realizare a libertății căilor

respiratorii, ventilație pulmonară eficientă concomitent cu masajul cardiac extern prin

comprimarea bruscă a sternului. Bolnavul se așază pe un plan dur în poziție dorsală,

cu membrele inferioare mai ridicate decât capul cu $30-40^{\circ}$.

Dacă stopul respirator se asociază cu stop cardiac, se va face și masaj cardiac

extern. În acest scop se apasă cu podul ambelor palme suprapuse pe treimea inferioară

a sternului la aproximativ 5-8 cm (fig. 149). Apăsarea

sternului trebuie să se facă folosindu-se o forță inferioară dar simțită în braț, astfel încât să nu se fracturare costele. Apăsarea se face asupra sternului, pentru ca acesta să realizeze o compresie mai bună a inimii și riscul de fractură a costelor este mic. La copil mic compresia se face folosind numai 2-3 degete.



Fig. 149. Poziția mâinilor salvatorului pe sternul victimii.



Fig. 150. Realizarea ventilației cardiopulmonare în caz de stop circulator concomitent cu masaj cardiac; necesită 2 salvatori. După o înșuflare, se realizează 1 min. pauză de respirație.

După compresia sternului, brațele care apăsă se relaxează dar nu se ridică de pe stern. Toracele revine în felul acesta la normal. Urmează apoi o nouă compresie. Ritmul este de 60 de ori pe minut. Înșuflarea plămânilor trebuie să alterneze cu masajul cardiac; extern în ritm de o înșuflare la 5 masaje cardiace. (Se înșuflă o dată, după care se compresează timp de 5 secunde de 5 ori după care urmează o nouă înșuflare și așa mai departe). Dacă acționează un singur salvator, el va executa ambele manevre. Este recomandabil ca să acționeze două persoane (fig. 150). În acest caz, cele două persoane acționează alternanț (se face o înșuflare, apoi se fac 5 compresii pe stern care să comprime suficient de bine inima, din nou înșuflare urmată de 5 compresii pe stern și așa mai departe) (fig. 151, 152).

Reanimarea se întrerupe numai atunci când se reia respirația automată și se oprește contactele spontane ale inimii, sau când, după o foarte lungă perioadă de încercare de reanimare, ne-am convins că bolnavul respectiv nu mai poate fi salvat.

— Înșuflare - masaj cardiac în metoda 3/15. Este util să spunem că se poate executa și o altă metodă, aceea de a șterna înșuflarea de aer cu masajul cardiac: totuși aceasta se execută 3 înșuflări una după alta, rapid, urmate de 15 compresii sternale executate într-un ritm ceva mai rapid decât cel recomandat mai înainte; după care urmează din nou 3 înșuflări, 15 compresii sternale etc. (fig. 153). Considerăm că oricare din aceste metode descrise mai sus este la fel de bună, dacă se execută corect și mai ales la timp.

■ Controlul eficacității masajului cardiac extern (M.C.E.).

Putem spune că M.C.E. este eficace când constatăm apariția pulsului la carotă, oari sincron cu compresunile sternale, scăderea mîrșă și recolorarea tegumentelor.



Fig. 151. Secvența de înșuflări-masaj cardiac în metoda 3/15.



Fig. 152. Secvența de compresii-masaj cardiac în metoda 15/3.

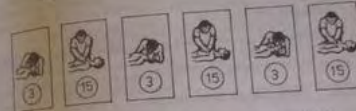


Fig. 153. Secvența de înșuflări-masaj cardiac în metoda 3/15.

Este puțin eficient la emfizematoși, infarct miocardic, infarct, hemoragii masive și infarct pulmonar.

■ Contraindicațiile M.C.E. - în tamponadă cardiacă, embolie gazoasă, fracturi ale costelor.

■ Complicațiile M.C.E. În timpul manevrelor pot surveni unele complicații: fracturi condrocostale și costovertebrale, hemoragii masive, embolii gazoase, rupturi de ficat, vîntreac, plîmă, inimă.

Cel mai mare pericol este de a provoca o embolie gazoasă, care poate să ducă la deces. Dacă M.C.E. este ineficient se recomandă controlul acurității tehnicii, înșuflarea fibrilației ventriculare care, dacă se confirmă, se va efectua defibrilarea electrică sau înșuflarea masajului cardiac intern.

■ Masajul cardiac intern. Masajul cardiac intern (M.C.I.) este indicat în cazurile de stop circulator și M.C.E. și în situația în care, după câteva minute de M.C.E., nu s-a reușit încă să se realizeze respirația spontană.

■ Execuția masajului cardiac intern. Abordul inimii trebuie făcut rapid, în mai puțin de un minut. Se practică incizia mediană stîngă în spațiul V, fără preocupare de așezare, îndepărtarea mușchilor cu un scaror puternic. Se execută compresia ritmică a cordului pe stern.

prin intermediul pericardului. În cazul pericardului destins de sânge, la călărie se face masajul cu apă caldă, se face deschiderea longitudinală a sacului pericardic, se evacuează lichidul din sac. Se introduce mâna în sac, cu poligele plasat anterior, iar celălalt deget posterior, se comprimă ritmic de 60 ori/minut.

Masajul se continuă fără oprire, până când apar contracții spontane, ample și eficiente, sau până când apar semnele morții biologice.

■ Accidente - se pot produce în timpul manevrelor ruptura inimii, hemoragii subpericardice și torsuni ale inimii.

■ Semne de eficiență ale M.C.L.: inima este plină, înzădărită, versată, eficientă, pulsul periferic palpabil, pupilele contractate, recolorarea tegumentelor și mucoaselor, distensia plămânilor suficientă.

16.2.2. Fibrilația cardiacă - metode de defibrilare

În fibrilație contracția normală dispare, apar puncte localizate în atri și ventricule din care pornesc impulsuri care contracția musculară cardiacă în mod dezordonat și fără ritm - fibrilează - și însoțite de aritmii, aritmice, neregulate. Nici unul din aceste impulsuri nu este capabil să dea o contracție suficient de puternică și unitară pentru a evoca o cantitate normală de sânge în circulație.

Fibrilația ventriculară poate duce la stop cardiac și moarte.

Inițial, tratamentul prevenirii fibrilației ventriculare se face medicamentos: Lanatosid, Prepanolol, Digoxin etc.

Dacă nu reușim, se recurge la defibrilare.

16.2.2.1. Defibrilare electrică externă



Fig. 154 - Defibrilator cardiac pentru defibrilare cardiacă internă și externă. Se vede aparatul de defibrilare precum și electrozii pentru defibrilare externă.

Dacă prin E.K.G. se preciză diagnosticul de fibrilație ventriculară, sau dacă după 1-2 minute de M.C.L. eficiența cardiacă nu-și revine bătăile și nu avem posibilitatea elocutării E.K.G., se indică defibrilarea electrică externă. Se aplică un gel electroconducător alternativ de 150-400 V, de intensitate de 1,5-3,8 A, timp de 0,25 secunde (fig. 154). Continuăm masajul cardiac extern și injectăm o fiole de calciu citrat intracardiac. Perforăm boala, administrând și noradrenalină.

Dacă nu s-au revărsat bătăile inimii, reluăm defibrilarea cu încă 2-6 impulsuri de durată mai lungă, urmând dacă inima începe să-și revină ritm și o amplitudine normală.

16.2.2.2. Defibrilare electrică internă

Se poate face în situații în care aritmii de tip fibrilație cardiacă internă nu pot fi tratate cu medicamente. Dacă o persoană are fibrilație cardiacă internă, se poate face în situații în care aritmii de tip fibrilație cardiacă internă nu pot fi tratate cu medicamente. Dacă o persoană are fibrilație cardiacă internă, se poate face în situații în care aritmii de tip fibrilație cardiacă internă nu pot fi tratate cu medicamente.



Fig. 155 - Defibrilare cardiacă internă. Model de plasare a electrozilor.

16.2.3. Semne de abandonare ale resuscitării cardiorespiratorii

Semnele care se fac să abandonăm resuscitarea cardiorespiratorie sunt: cord flaccid, 10-15 minute, persistența modică, areflexie, tracor E.K.G. plat, absența respirației, absența pulsului și T.A., cianoză intensă, necroză marcată, comă profundă.

16.2.4. Tratamentul medicamentos pentru combaterea stopului cardiac

Dacă masajul cardiac este eficient, medicația adjuvantă utilă pentru succesul defibrilării se injectează intravenos pe cateter; puncțiile și injecțiile transitorice în vasele sunt prohibite, datorită leziunilor vaselor coronare.

16.2.4.1. Restabilirea volemică

Restabilirea volemică se face cu sânge și plasmă. În cazul unor hemoragii cu deficiț se deplătește 1 000-1 500 ml, asociat cu substituenți macromoleculari ai plasmelor și soluții cristalinoide.

16.2.4.2. Medicația alcalinizantă

Medicația alcalinizantă combate acidoza prin soluții de bicarbonat de sodiu 8,4%, soluție de THAM.

16.2.4.3. Medicația de restabilire a activității cardiace spontane

a) Simpatomimice - stimulează beta- și/sau alfa-receptori sistemului vegetativ: adrenalină 0,5-1 mg, noradrenalină, isupral - un betastimulant.

b) Cardiodreptoare - combat instabilitatea ventriculară; cilindru 50-100 mg.
c) Săruri de Ca^{++} - creșterea Ca^{++} extracelulară provoacă o creștere a forței de contracție a miocardului.
Se dă clorură de calciu 2-5 ml 10%.
d) Atropina - indicată mai ales în bradicardie.

16.2.5. Terapeutica postresuscitare

Terapia postresuscitare urmărește consolidarea tratamentului, revenirea la normal a funcțiilor, constantelor și echilibrilor la normal. Se face cu monitorizarea funcției cardio-circulatorii, respiratorii și a sindromului posthipoxie, până la normalizare.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 16

1. - Ce înțelegem prin resuscitarea cardio-respiratorie?
 - a. combaterea și tratarea insuficienței cardiace;
 - b. măsurile întreprinse pentru restabilirea activității cardiace;
 - c. combaterea și tratarea afecțiunilor pulmonare;
 - d. restabilirea schimburilor gazoase la nivelul plămânului, printr-o ventilație pulmonară artificială.
2. - Ce produce întreruperea circulației și respirației?
 - a. anoxie tisulară, ce se resimte în primul rând la nivelul sistemului nervos central;
 - b. midriază pupilară;
 - c. diminuarea reflexelor osteotendinoase și pupilare;
 - d. încetarea funcției scoarței cerebrale la scurt timp după întreruperea circulației și respirației.
3. - Care din următoarele semne nu caracterizează moartea biologică, bolnavii putând fi încă resuscitați?
 - a. midriază fixă;
 - b. hipotonie musculară și pete cianotice;
 - c. prezența activității cardiace pe E.K.G.;
 - d. atonie cardiacă și neumplere în diastolă.
4. - Ce înțelegem prin moarte clinică?
 - a. oprirea circulației și respirației;
 - b. intervalul de timp între oprirea inimii și moartea neuronilor;
 - c. moartea neuronilor datorită anoxiei cerebrale;
 - d. hipotonie musculară și apariția de pete cadaverice.
5. - Când este indicată resuscitarea respiratorie?
 - a. în insuficiență respiratorie acută;
 - b. în congestie pulmonară și pleurezie;
 - c. în stopul respirator și respirație insuficientă;
 - d. în orice modificare a amplitudinii și ritmului respirator.

4. - Care din cauzele de mai jos pot produce insuficiență respiratorie acută?
 - a. traumatisme toracice cu consecințe grave asupra dinamicii respirației;
 - b. depunerea prin substanțe toxice a centrilor respiratori;
 - c. asfrie, cuprindând 20% din suprafața corpului;
 - d. cancerul mamei stadiul II.
5. - Care din cauzele de mai jos pot produce afectarea sistemului neuromuscular respirator, cu insuficiență respiratorie acută?
 - a. intoxicație sau droguri deprimante, luate în cantități mari;
 - b. electricitatea;
 - c. intoxicațiile cu strichnină, hidrazidă, curarizante;
 - d. leziunea traheo-bronhică la bolnavii cu aștepnii pulmonară.
6. - Care din semnele de mai jos nu le întâlnim în stopul respirator?
 - a. absența mișcărilor respiratorii toracice și abdominale;
 - b. extenuațiile cianotice;
 - c. lipsa egomemelor caracteristice la auscultație, produse de pătrunderea și ieșirea aerului din plămâni;
 - d. vâscl, o hârtie pusă în fața gurii și nasului se mișcă.
7. - Care din manevrele de mai jos trebuie prima întreprinsă în cursul resuscitării respiratorii?
 - a. asigurarea și menținerea libertății căilor respiratorii;
 - b. oxigenoterapia;
 - c. stimularea activității centrilor respiratori deprimati;
 - d. îndepărtarea obstacolelor care împiedică expansiunea pulmonară normală.
8. - Care din cauzele de mai jos constituie obstacole supraglotice ce pot genera insuficiență respiratorie acută?
 - a. edemul amigilic;
 - b. spasmul provocat de intoxicații cu substanțe convulsionante;
 - c. înecul;
 - d. proteza deplasată, dinții ruși.
9. - Spasmul glotic poate fi provocat de:
 - a. prezența de noroi sau alte corpuri străine în faringe;
 - b. înec;
 - c. proteze dentare deplasate sau rupte;
 - d. intoxicații cu substanțe convulsionante.
10. - După dezinstruarea căilor respiratorii superioare, ce manevre trebuie să facem pentru a împiedica căderea limbii în faringe?
 - a. să fixăm capul în flexie accentuată;
 - b. să realizăm o hiperextensie a capului, să împingem mandibula înainte și apoi să o ridicăm în sus;
 - c. să efectuăm oxigenoterapie;
 - d. să introducem o pipă Gueddel până în orofaringe.
11. - În cazul unor traumatisme mari ale masivului facial, cu fracturi ale piramidei nazale și mandibulei, cu insuficiență respiratorie acută, ce facem?
 - a. imbujație orotraheală;
 - b. derobstrucția căilor respiratorii superioare;
 - c. tracheostomie;
 - d. oxigenoterapie.

14. - În care din afecțiunile de mai jos este indicată traheostomia?
- traumatisme toracice cu fracturi costale multiple și volet costal;
 - insuficiență voluntară, fără insuficiență respiratorie;
 - comă prin traumatisme crano-encefalice;
 - în tratarea unor infecții pleuro-pulmonare.
15. - Care sunt avantajele traheostomiei?
- reduce spațiul mort cu aproximativ 10%;
 - separă calea aeriană de cea digestivă;
 - evită obstacolul glotic și reduce spațiul mort cu aproximativ 65%;
 - permite aspirația secrețiilor traheobronșice, reduce mișcările paradoxale la voletul costal.
16. - Care este incizia mai estetică în traheostomie?
- incizia verticală;
 - incizia transversală;
 - incizia oblică;
 - nu are importanță felul inciziei.
17. - De ce se fixează canula de traheostomie la piele?
- pentru a nu se astupa cu corpuri străine;
 - pentru a nu aluneca;
 - pentru a împiedica sângerarea și infecția;
 - pentru a nu putea fi scoasă de un bolnav agitat.
18. - Ce întreprindem pentru a nu se forma crustă la o traheostomie?
- spălarea traheei cu ser fiziologic și îndepărtarea mecanică a crustelor formate;
 - crearea unei atmosfere cât mai puțin septice;
 - provocarea tusei artificiale cu ajutorul trisometului;
 - schimbarea cât mai frecventă a pansamentelor.
19. - Ce sechele tardive după traheostomie se pot produce?
- stenoza traheei;
 - supurația plăgii;
 - sângerarea plăgii;
 - cicatrici estetice și vicioase.
20. - Cum se realizează ventilația pulmonară directă?
- prin tracțiunea puternică a membrilor superioare și lărgirea cutiei toracice se produce inspirația;
 - prin insuflația aerului expirat de reanimator, se produce inspirația;
 - evacuarea aerului se face prin elasticitatea plămânilor;
 - expirația se produce prin compresiunea toracelui.
21. - La care din metodele de ventilație indirectă, ventilația se face cu bolnavul în decubit dorsal?
- Silvester;
 - Schäfer;
 - Holger-Nielsen;
 - Emerson.
22. - La care din metodele de ventilație indirectă, ventilația se face cu bolnavul în decubit ventral?
- Guilloz;
 - Silvester-Howard;
 - Schäfer;
 - Holger-Nielsen și Crutcher.
23. - Care sunt manevrele cele mai eficiente în restabilirea funcției respiratorii, în cazul unui stop respirator?
- manevra „gură la gură”;
 - manevra Silvester;
 - manevra „gură la gură”;
 - manevra EYE.
24. - Aerul pe care-l insufflă reanimatorul accidentatului are:
- același compoziție cu aerul atmosferic;
 - conține O_2 cu 5% mai puțin decât aerul atmosferic;
 - conține CO_2 de 10 ori mai puțin ca aerul atmosferic;
 - conține CO_2 de 10 ori mai mult ca aerul atmosferic.
25. - Cum va proceda salvatorul pentru a introduce cât mai puțin CO_2 celui cărui îi face respirație gură la gură?
- va sufla în aceeași cantitate de aer pe care o expiră înșeși;
 - înainte de insuflație va trage cât mai mult aer în piept;
 - va insuffla în timp cât mai scurt, având grijă ca ultima parte a expirației să o facă în atmosferă;
 - va îmbogăți aerul insuflat cu ajutorul oxigenoterapiei.
26. - După asigurarea libertății căilor respiratorii și executarea hiperextensiei capului, care sunt manevrele pe care le va face reanimatorul în respirația gură la gură?
- propulsarea cu mâna dreaptă a mandibulei, astfel ca gura accidentatului să fie deschisă;
 - suspensia hiperextensiei capului cu mâna stângă;
 - cu mâna stângă, care susține fruntea, pensează nasul ca să împiedice fuga aerului;
 - insufflă cu presiune aerul expirat în gura accidentatului și observă mișcarea de expansiune a hracelui;
 - se depărtează de gură și nasul accidentatului și dăruie elasticității pulmonare, se produce pasiv expirația.
27. - În ce timp se face respirația „gură la gură” sau „gură la nas”. În cazul când există un singur salvator?
- 10-12 minute;
 - 16-18 minute;
 - 20-24 minute;
 - în funcție de posibilitățile și resursele reanimatorului.
28. - Care din aparatele de mai jos permit realizarea manuală a insuflației în caz de stop respirator?
- pipa Guddel;
 - aparatul Rubin;
 - laringoscopul și sonda de intubație;
 - spiratul Ambre.
29. - Pentru executarea unei resuscitări respiratorii este nevoie de îndepărtarea obstacolelor care împiedică expansiunea pulmonară; care sunt ele?
- resturile pleurale - hemo- și pneumotoraxul;

- b. poziția de decuba ventrală, lateral, poziția Trendelenburg;
c. poziția în decuba dorsală;
d. distenția abdominală și ascensiunea diafragmului.
30. - În care din situațiile de mai jos nu este nevoie de oxigenoterapie?
a. insuficiență cronică, poliglobulie cronică;
b. intoxicație cu CO₂, acid catabolic;
c. anestezie locală, intenție locală;
d. rahismă, insuficiență respiratorie postoperatorie.
31. - Oxigenoterapia este un act terapeutic:
a. etiologic;
b. simptomatic;
c. eficient în lipsa unui tratament causal;
d. principal în stopul respirator.
32. - Oxigenul pur administrat timp îndelungat are efect:
a. benefic pentru organism;
b. poate avea un efect toxic asupra organismului;
c. produce insuficiență hepato-renală;
d. poate duce la modificări structurale și funcționale ale plămânilor, care pot merge până la edem pulmonar acut.
33. - Pentru administrarea oxigenului din bombă este nevoie pentru reducerea presiunii și umidificare de:
a. masă pentru administrare și reducerea a presiunii;
b. radiator;
c. intonație centrifugă pentru umidificare;
d. barbotor.
34. - Ce efecte poate avea oxigenoterapia în concentrație mare la bolnavi cu insuficiență respiratorie cronică?
a. creșterea ritmului respirator;
b. îmbunătățirea circulației sanguine;
c. vindecarea insuficienței respiratorii cronice;
d. stop respirator din cauza scăderii CO₂ sanguin.
35. - În care din situațiile de mai jos nu este indicată folosirea amoleptelor respiratorii?
a. la bolnavii jocați cu insuficiență circulatorie;
b. în intoxicațiile cu torbitorici, morfină, anestezia generală profundă;
c. când s-a înălțat cauza chirurgicală a hipoventilației și s-a obținut o mișcare bună a organismului;
d. în stopul respirator.
36. - Microrenul este indicat în:
a. hiperemie cronică;
b. intoxicație cu CO, barbiturice;
c. comă etilică, insuficiență respiratorie secundară strangulării, încoabă electrocutării;
d. stăde de joc cu insuficiență circulatorie.
37. - Narofina este indicată în:
a. depresii respiratorii, circulatorii și efectele neplăcute ale morfină;
b. intoxicații cu barbiturice;
c. hipoxie cronică;
d. jocul cu normovolemie.

38. - Care din următoarele cauze determină stop cardiac?
a. anoxia de cauză respiratorie;
b. anoxia vagală;
c. insuficiență circulatorie cronică sau acută;
d. intoxicații profunde, hipertensiune arterială.
39. - Care dintre afecțiunile cardiace pot provoca stop cardiac?
a. anoxia miocardică;
b. hipertensiunea arterială;
c. insuficiență cardiacă;
d. infarctul miocardic.
40. - Care din tratamentele de mai jos conditiei reflexe vagale, care pot duce la stop cardiac?
a. masajul parietal și pleural al sânilor;
b. Rivanol;
c. amoniac purtat;
d. soluția glicolică oculară.
41. - Care din tulburările hidroelectrolitice pot duce la stop cardiac?
a. hiperhidratarea;
b. hiperkaliemia;
c. hiponatremia;
d. hipokaliemia.
42. - Care din semnele de mai jos le avem în stopul cardiac?
a. pulsuri carotidieni, care revine după așezarea bolnavului în poziție orizontală;
b. stopul pulsului la arterele periferice;
c. pierderea conștienței, abolirea reflexelor;
d. spasma respirației, midriază pupilară progresivă.
43. - Care sunt etapele tratamentului stopului cardiac?
a. de instituire a respirației artificiale și masajului cardiac extern;
b. de aplicare a intubației și masaj cardiac intern;
c. de stabilirea a funcțiilor cardio-respiratorii spontane;
d. de reanimare.
44. - Cum se realizează masajul cardiac extern?
a. se apasă cu palma în spațiul V intercostal stâng pe linia medioclaviculară;
b. se apasă cu pumnul ambelor pumni în 1/3 inferioară a sternului;
c. se deprimă comile cu 2-3 cm;
d. sternul se deprimă cu 5-8 cm.
45. - La ce rată se efectuează masajul cardiac extern?
a. 60-80/minut;
b. 16-18/minut;
c. 20-40/minut;
d. 80-100/minut.
46. - Într-un concomitent cu stopul cardiac se produce și stop respirator, cum se realizează reanimarea combinată cardio-respiratorie, de către un singur reanimator?
a. se face o insuflație, apoi 2 compresii pe stern;
b. se insuflă o dată, după care se compresează timp de 5 secunde de 5 ori, după care amănă o nouă insuflație;

- c. ritmul de înfățișare și compresione pe 10-12g / minutar în timp ce
posibilitățile lui forțe;
d. în o înfățișare se face o compresione pe 10-12g.
47. - Cum se face resuscitarea cardio-respiratorie de către doi resuscitatori?
a. unul din salvatori face respirația cardio-respiratorie, iar celălalt se ocupă
când a obosit, se face schimburi;
b. alternând unul face înfățișare, iar celălalt compresione; atunci, după care a
schimburi;
c. un salvator face înfățișare, iar celălalt face 5 compresione pe 10-12g, după care
din nou o înfățișare, urmând de 5 compresione;
d. se fac 15 înfățișări de către un salvator, iar celălalt face 5 compresione
sternale, după care se repetă;
e. se execută 3 înfățișări una după alta de către un salvator, apoi urmând 15
compresione sternale de către celălalt resuscitator în ritm mai rapid, după care se repetă;
f. resuscitatorii alternează între ei activitatea de înfățișare cu cea de compresione
sternale.
48. - Cum se face înfățișare - masaj cardiac în metoda 1/15?
a. se fac 15 înfățișări de către un salvator, iar celălalt face 5 compresione
sternale, după care se repetă;
b. se execută 3 înfățișări una după alta de către un salvator, apoi urmând 15
compresione sternale de către celălalt resuscitator în ritm mai rapid, după care se repetă;
c. resuscitatorii alternează între ei activitatea de înfățișare cu cea de compresione
sternale.
49. - Care sunt semnele unui masaj cardiac extern eficient?
a. apariția pulsului sincron cu compresionele sternale;
b. mărirea mișcărilor;
c. recolorarea tegumentelor;
d. scăderea mișcărilor.
50. - Masajul cardiac extern este contraindicat în:
a. apariția concomitentă a stăpului respirator cu cel cardiac;
b. la copii și vârstnici;
c. tamponadă cardiacă, embolie pulmonară;
d. fracturi costale cu vătă.
51. - Ce complicații se pot produce în timpul masajului cardiac?
a. fracturi condro-costale cu hemopneumotorax;
b. hemoragii ale tubului digestiv;
c. embolii gazele;
d. rupturi de ficat, splină, inimă.
52. - În ce situații este indicat masajul cardiac intern?
a. la bătrâni și copii;
b. în tamponadă cardiacă, embolii, fracturi costale cu vătă;
c. ineficiența masajului cardiac extern;
d. caz mai eficient decât masajul cardiac extern și ori de câte ori este posibil, se
va prefera masajul cardiac intern.
53. - Cum se va efectua masajul cardiac intern în caz de tamponadă cardiacă?
a. toracotomie în spațiul V intercostal stâng, îndepărtarea costelor cu un cutter
puternic;
b. aspirație cili mai îngrijită;
c. compresione ritmică a cordului prin intermediul pericardului;
d. deschiderea longitudinală a sacului, evacuarea lichidului, introducerea mâinii
în sac, cu policle plasat anterior, iar celelalte 4 degete posterior, se compresionează
ritmic de 60 ori/minut.

54. - Ce semne se pot produce în timpul masajului cardiac intern?
a. apariția pulsului sincron cu compresionele sternale;
b. mărirea mișcărilor;
c. recolorarea tegumentelor;
d. scăderea mișcărilor.
55. - Care sunt semnele de mai jos care caracterizează fibrilația cardiacă?
a. senzație de plin, însoțită de oboseală, puls periferic; palpabil;
b. aritmie în mișcările faze;
c. însoțită de legăturile și mișcărilor;
d. însoțită de legăturile și mișcărilor.
56. - Care sunt semnele de mai jos care caracterizează fibrilația cardiacă?
a. senzație de plin, însoțită de oboseală, puls periferic; palpabil;
b. aritmie în mișcările faze;
c. însoțită de legăturile și mișcărilor;
d. însoțită de legăturile și mișcărilor.
57. - Care sunt indicațiile defibrilării electrice externe a cordului?
a. aritmie cardiacă;
b. aritmie de ritm;
c. fibrilație ventriculară;
d. după 4-5 minute de masaj cardiac extern eficient, cordul nu-și revine
la normal și nu avem posibilitatea efectuării E.K.G.
58. - Cu ce curent și intensitate aplicăm socul electric pentru defibrilare externă?
a. curent alternant de 150-400 V;
b. curent continuu de 80-90 V;
c. intensitate de 0,5-1 A;
d. intensitate de 1,5-3,8 A.
59. - Când putem face defibrilare electrică internă?
a. în cazul ineficienței defibrilării externe;
b. în caz de stop cardiac;
c. în cazul tamponadei cardiace;
d. în situații în care avem ficat toracotomie pentru masaj cardiac intern.
60. - Care din semnele de mai jos ne conduc la abandonarea resuscitării cardio-respiratorii?
a. cord flac după 30-40 minute;
b. apariția morții;
c. urme E.K.G. plat, absența respirației spontane, absența pulsului și T.A.;
d. mișcări persistență, cianoză intensă, tegumente marmorate.
61. - După masajul cardiac eficient, ce obiective urmărim pentru consolidarea rezuscitării?
a. restabilirea volumică;
b. combaterea acidozei prin medicație alcalinizantă;
c. administrarea medicației simpaticolitice și vasodilatatoare;
d. medicație de restabilire a activității cardiace spontane (simpaticomimetice
cardio-primare, săruri de Ca⁺⁺, atropină).

62. - Ce rid are stina administrată intrăvem în emulidarea tratamendului de
ieşirea din stop cardiac?

- a. ndrepte: forţa de contracţie a inimii;
- b. combat bradicardiei;
- c. combat instabilitatea cardiacă;
- d. împiedică difuzarea impulsurilor nociceptive.

63. - Atropina are indicaţie majoră în:

- a. combaterea bradicardiei;
- b. ndrepte: forţa de contracţie a inimii;
- c. combaterea instabilităţii cordului;
- d. stimularea alfa-receptorilor sistemului vegetativ.

Capitolul 17 ACCIDENTELE DE CIRCULAŢIE

Verificaţi-vă cunoştinţele

17.1. Generalităţi	469
17.2. Accidente de circulaţie imediat după accident	472
17.3. Accidente de circulaţie imediat după accident	475
17.4. Accidente de circulaţie imediat după accident	478
17.5. Accidente de circulaţie imediat după accident	479
17.6. Transportul accidentatului şi asistarea în timpul transportului	480
17.7. Transportul medicalizat în spital	480
Continuare la capitolul 17	480

17.1. GENERALITĂŢI

Înaintea în mare măsură accidentelor de circulaţie, atât în ţară, pe plan mondial, cât şi în străinătate, înregistrăm a raportului boală-accident, în foarte multe cazuri procentul de decese prin accidente, la tineri, este mai mare decât procentul de decese prin boală. În accidentele (considerate globale) se situează pe locul al treilea al cauzelor de deces, în accidentele (considerate globale) se situează pe locul al treilea al cauzelor de deces, înaintea bolilor cardiovasculare şi cancer. Faptul este atât de alarmant încât, imediat după bolile cardiovasculare, pentru a se ilustra „fluvul de deces” sau chiar fenomenul de epidemie traumatică, pentru a se ilustra „fluvul de deces”, care este mai mare, în de ani. Accidentele (în general) sunt prima cauză de mortalitate la copiii sub 15 ani, accidentele de circulaţie fiind în capul listei la această vârstă de vârstă. Studiile făcute de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, pe 551 de milioane de locuitori, în diferite ţări, arată că între vârstă de 15 şi 30 de ani riscul morţii din cauza unui accident este de 3 ori mai mare decât cel de a muri din cauza unei boli. Dacă facem scara pe de fapt cu persoanele din această limită de vârstă sunt foarte puţine, reiese marea gravitate a situaţiei. Această statistică arată că decesele prin accidente sunt provocate în 36,5% din cazuri de vehicule cu motor. În 21,1% prin



Fig. 170 - Modificarea de greutate a unei persoane "gata de scut" din cauza impactului în față. În cazul unui impact frontal, greutatea aparentă crește de 10 ori, ceea ce înseamnă că forțele de inerție sunt de 10 ori mai mari decât greutatea reală a persoanei.

Am mai avut asupra cârmii din elemente complexe și variate care participă la dezechilibrul provocat de accidente de circulație pentru că asistența medicală să-și poată explica efectele, la prima vedere surprinzătoare, ale unui accident de circulație și să folosească aceste date pentru stăruințele de educație sanitară pe care le dă preventiv.

Măsurile ce trebuie luate în caz de accident de circulație pot fi împărțite în:

- Asistența rănitului imediat după accident.
- Apelul către o unitate de salvare.
- Primele îngrijiri ce trebuie să se acorde de către echipajul autovehiculului și pregătirea accidentatului pentru transport.
- Transportul accidentatului și asistența în timpul transportului.
- Asistența medicală la spital.

17.2. ASISTENȚA RĂNITULUI IMEDIAT DUPĂ ACCIDENT

Pentru a se da un prim ajutor la foarte scurt timp după accident, în fiecare autovehicul trebuie să existe o trusă de prim-ajutor compusă din: 3 pachete de comprese sterile; 3 fețe de tifon; 1 eșarfă (foaie triunghiulară); 2 tuburi elastice (garouri); 1 tub de leucoplast; o pereche de foarfece; ace de siguranță; 1 flacon cu o soluție antiseptică; 100 ml de alcool; 1 tub (pipă) Guedel sau în S (Sifon); 1 apășă simplă pentru aspirarea secrețiilor (sânge, vărsături, secreții din enfaringe).



Fig. 171 A

Fig. 171 - Modificarea de greutate a unei persoane "gata de scut" din cauza impactului în față. În cazul unui impact frontal, greutatea aparentă crește de 10 ori, ceea ce înseamnă că forțele de inerție sunt de 10 ori mai mari decât greutatea reală a persoanei.



Fig. 172 - Variante de accidente (A, B, C) datorate la schimbarea vitezei în mișcare: de frenare, de accelerație, de schimbare de direcție.

Forțele se pot fi în autovehicul rezistibile de înălțare, care se pot aplica sub și peste accidentat, până la sosirea ambulanței.

Trusa de prim-ajutor este obligatorie și în țara noastră. Unele fabrici de autovehicule furnizează trusa de prim-ajutor odată cu autovehiculul. Există anumite recomandări pe plan internațional ca la toate modelele de autovehicule trusa să se plaseze



Fig. 378 - Modularea de producere a leziunilor de: necroză, scleroză și ale vertebrelor (A, B, C, D).



Fig. 380 - Modularea de producere a fracturilor de coloană vertebrală la nivelul vertebrelor C₁ și C₂.



Fig. 381 - Modularea de producere a leziunilor fracturale (în același mod ca sup și spina și stărilor).

acordarea în același loc pentru a fi găsită și folosită ușor. Folosind trusa, primul martor al accidentului poate da un ajutor elementar. Din aceasta derivă sarcina ca un muncitor cât mai mare de urgență și tot conducătorul auto să fie instruit în acordarea primului ajutor: oprirea sunei hemoragii, acoperirea cu comprese sterile a unei plăgi, imobilizarea fracturată a unui membru fracturat, poziția cea mai indicată în care să stea și să fie transportată a unui accidentat, executarea mijloacelor de reanimare, mai ales a respirației parțiale. Primele îngrijiri ce trebuie acordate să fie cunoscute sunt și cele privitoare la deplasarea unui accidentat de sub sau din vehicul.

Detalii în legătură cu primul ajutor se dau în capitolul „Principii și metode de resuscitare”.

17.3. APELUL CĂTRE O UNITATE DE SALVARE

Martorul la accident trebuie să anunțe primul post de salvare în cât mai scurt timp. În solicitarea ambulanței trebuie să se facă în minimum de timp. În această privință, dacă în orașe asigurarea unui accidentat se poate face în intervale scurte,

17.4. PRIMELE ÎNGRIJIRI CE TREBUIE SĂ SE ACORDE DE
CĂTRE ECHIPAJUL AUTOAMBULANȚEI ȘI PREGĂTIRILE
ACCIDENTATULUI PENTRU TRANSPORT

- atele pentru imobilizarea membrilor superioare și inferioare

una-două bancanțe care trebuiesc luate și confectionate din material

Am fost de radioemisie-recepție, prin care personalul de pe ambarcați s-a între-
ținut cu cel de la spitalul la care urmează să fie dus bolnavul, pentru pregătiri
în sfera intereselor de urgență și, eventual, pentru ca personalul autoambarcației
să poată indica suplimentare de avarie a accidentului în timpul transportului;
- autoambarcațiile trebuie să fie dotate și cu instrumente capabile să treacă cauzele
fetei accidentate, pentru a elibera raportul de accidentat.

Amplasăm din dispoziție două părți din o astfel de dotare pe autoambarcațiile noastre,
de-a lungul progreselor în acest sens care trebuie înfăptuite pe tot teritoriul
al țării.

Am înțeles asupra celui de mai sus, deoarece studi statistic arată că din 100 de accidentați grav, numai 10 mor imediat după accident (înainte de a fi puși pe braț). Aceste studii dovedesc că primul ajutor de bună calitate și la timp este foarte important. Dacă accidentatul este rănit în mod atât de ușor, încât nu are nevoie de transport, dar am ajuns la locul accidentului, în timpul transportului, cu și în spatele lui, trebuie să știm să executăm manevrele în așa fel încât să nu facem o altă accidentare, nici un caz să nu-i facem rău, deranjându-l și fragilității funcționale pe care îl are (fig. 163, fig. 164 A și B).



Fig. 163 - Tratatul accidentatului. transport. Trebuie persoanelor (grupa) care poate complica frământul.

Fig. 164 - Plasarea accidentatului pe brancard. A - în situația în care accidentatul este rănit în mod atât de ușor, încât nu are nevoie de transport, dar am ajuns la locul accidentului, în timpul transportului, cu și în spatele lui, trebuie să știm să executăm manevrele în așa fel încât să nu facem o altă accidentare, nici un caz să nu-i facem rău, deranjându-l și fragilității funcționale pe care îl are.

Din cele ce le arătam și în figura 164 A și B se vede că dacă primul ajutor, plasarea pe brancard și transportul se fac necorespunzător putem spune că la locul accidentului am găsit numai un accidentat, dar am transportat un agresiv și am ajuns la spital cu un muribund.

În capitole speciale s-a arătat pe larg cum se acordă primul ajutor accidentatului. Este necesar ca aceste capitole să fie foarte bine cunoscute de toate cadrele medicale.

17.8. TRANSPORTUL ACCIDENTATULUI ȘI ASISTAREA ÎN TIMPUL TRANSPORTULUI

Accidentatul nu trebuie să fie transportat în orice vehicul de orice persoană, ci numai de către o echipă specială de transport. Dacă accidentatul este rănit în mod atât de ușor, încât nu are nevoie de transport, dar am ajuns la locul accidentului, în timpul transportului, cu și în spatele lui, trebuie să știm să executăm manevrele în așa fel încât să nu facem o altă accidentare, nici un caz să nu-i facem rău, deranjându-l și fragilității funcționale pe care îl are.

Accidentatul trebuie să fie transportat în vehicul de orice persoană, ci numai de către o echipă specială de transport. Dacă accidentatul este rănit în mod atât de ușor, încât nu are nevoie de transport, dar am ajuns la locul accidentului, în timpul transportului, cu și în spatele lui, trebuie să știm să executăm manevrele în așa fel încât să nu facem o altă accidentare, nici un caz să nu-i facem rău, deranjându-l și fragilității funcționale pe care îl are.

La mijlocul asistenței la locul accidentului și în timpul transportului o contribuție importantă are persoana care acordă primul ajutor. Persoana care acordă primul ajutor trebuie să fie bine instruită și să cunoască perfect manevrele necesare în timpul transportului.

Înaintea primului episod de cădere a contienţei examinăm pacientul. Acesta prezintă
tremur şi practică mişcările de la faţă şi dintr-o extremitate moderat. Acesta prezintă
O problemă larg de acordare dinamică, enkapsularea este mare, a popii este
acordată şi transparenţa pronunţată. Salomonul improvizat este mare, a popii este
mărită şi deosebită. De aceea, trebuie să acordăm atenţie la acordarea
dinamică de acordare a primului episod de cădere a contienţei. În acest caz
cadru tinere formule de învăţăminte (focul) sunt ca aceste noapţi în această
închisă. De asemenea, de un mare număr de fii (echipieri de creştere) în foc, facem în
sunt întreprinse încercări de corectare şi practice de creştere a primului episod de cădere
a suferinţei adeseori foarte mici pentru încredinţare, motiv pentru care acordăm
cele care îi însoţesc aceste căderi: încredinţare, încredinţare în continuare.

17.6. ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN SPITAL

S-au făcut progrese serioase în acest domeniu: instruirea de cadre, asigurarea asistenței permanente și complexe, organizarea de servicii de amănunțită și timpurie intervenție, transferul, creșterea numărului secțiilor de traumatologie-ortopedie etc. Există însă o serie de lacune organizatorice și tehnice, în esență spatii de cazare insuficiente și permanent centrul organizării al asistenței de urgență, care ar trebui să fie în deficiență și să o remedieze de urgență; procedându-se astfel, fără îndoială că nu obține rezultate și nu sunt bune decât în prezent.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 17

1. - Ce foc ocupă decelele cauzele de accidente?
 - a. locul 1;
 - b. locul 2;
 - c. locul 3;
 - d. locul 4.
2. - Care dintre accidentele de mai jos dau mortalitatea cea mai mare?
 - a. accidentele prin clătiri;
 - b. accidentele produse de foc și explozii;
 - c. accidentele prin amke de foc;
 - d. accidentele datorate vehiculelor cu motor.
3. - Ce consecințe grave pot produce accidentele de circulație?
 - a. mortalitate mare;
 - b. creșterea defectului psihice, consecutive accidentelor;
 - c. producerea de infirmități grave la un număr mare de persoane;
 - d. creșterea incidenței bolilor cardio-vasculare.
4. - Care din cauzele accidentelor grave pot fi înălturate, fără să necesite investiții?
 - a. calitatea căilor de circulație;
 - b. excesul de viteză, nespectarea regulilor de circulație;

- a. interpretarea duratărilor; semnificativitatea rezultatelor și limitările.
 b. evaluarea din punctul de vedere al semnificativității rezultatelor; conducătorul auto influențează rezultatul.
 c. interpretarea duratărilor și semnificativitatea rezultatelor; conducătorul auto influențează rezultatul.
1. După consumarea a 1 litri de vin de 16°, alcoolemia în sânge atinge:
 a. 0,5 g/l;
 b. 0,1 g/l;
 c. 0,2 g/l;
 d. 0,3 g/l.
2. Cunoașterea funcționării autovehiculului și a alcoolimiei de 0,5 - 1 g/l?
 a. este posibilă, merge cu încredere adaptată la situație;
 b. merge de reacție sunt prelungite, reflexele îndelungate;
 c. sunt posibile, neprevăzute;
 d. conducătorul este subiectul de studiu.
3. Conducătorul de la căruța de 50° trebuie să ingere conducătorului autovehiculului
 a. Cu cantitatea de alcool de 1 g/l.
 b. 200 ml;
 c. 80 ml;
 d. 400 ml.
4. Căruța produce de mai jos pot fi dăunătoare funcționării autovehiculului:
 a. durată, disconfort;
 b. caldorie;
 c. consumul excesiv de glucide;
 d. reacție toxicale.
5. Căruța sunt necesari pentru frânarea unui autovehicul care se deplasează cu 60 km/oră?
 a. 10 m;
 b. 35 m;
 c. 55 m;
 d. 100 m.
6. - Un mare cântărește 70 kg și se găsește într-un vehicul care merge cu 60 km/oră
 deforma în momentul impactului o putere de:
 a. 35 kg;
 b. 140 kg;
 c. 9.000 kg;
 d. nelimitată ca timpul său și după o buclă de ogel.
7. De ce este periculoasă transportarea copilor de la 10-12 ani în față, lângă șofer?
 a. sunt mai războiului și dragă energia șoferului;
 b. războiului se în picioare împiedică conducerea autovehiculului;
 c. nu se pot apăsări în picioare și mânu la frânarea bruscă;
 d. costumul direcția de mers a autovehiculului și pot fi proiectați în perete sau compuşii afară.
8. De ce este obligatoriu ca ocupanții autovehiculelor să folosească centura de siguranță?
 a. ca să limiteze mișcările în timpul mersului autovehiculului;
 b. să nu împiedice conducerea autovehiculului;

- e. pentru a împiedica căderea din mașină la ieșirea dintr-o mașină.
- f. să nu sperie peșterii.
13. - Cum trebuie să fie semnalul într-un autovehicul și când?
- a. să fie dintr-un autovehicul și când?
- b. să fie dintr-un autovehicul și când?
- c. să fie dintr-un autovehicul și când?
- d. să fie dintr-un autovehicul și când?
- e. să fie dintr-un autovehicul și când?
- f. să fie dintr-un autovehicul și când?
14. - Pentru acordarea primului ajutor la locul accidentului este necesar:
- a. depășirea accidentului de sub sau din vehicul;
- b. existența de fapte și comprese în timpul muncii;
- c. cunoașterea minime în acordarea primului ajutor;
- d. existența trusei de prim ajutor în fiecare autovehicul.
15. - Care din măsurile de mai jos trebuie să le cunoască conducătorii mașinilor și mai mult, cetățenii, pentru acordarea primului ajutor în caz de accidente de circulație?
- a. asigurarea hemostazei prinsoasă, acoperirea cu comprese sterile a plăgilor;
- b. luarea în considerare a accidentului și înlocuirea perfuziei;
- c. imobilizarea fracturilor și poziția cea mai indicată în care să stea și să se deplaseze accidentatul;
- d. efectuarea respirației artificiale.
16. - În vederea acordării primului ajutor și transportul calificat cât mai rapid, la cadrul reabilitării drumurilor din țara noastră și a construirii de autostrăzi, trebuie întreprinse:
- a. adăstarea foarte bună a drumurilor;
- b. amplasarea pe drumurile publice la o distanță de 3-10 km de posibilele accidente;
- c. semnalizarea și marcare bună a drumurilor publice;
- d. iluminarea tuturor drumurilor publice.
17. - Pentru a se putea acorda un prim ajutor ocazional calificat, în unele țări, la autovehiculele au asupra lor un fanion pe care scrie „chemam medic”, cum se procedează în caz de accidente?
- a. fanionul se pune în loc vizibil de către automobilistul care are primul ajutor accidentatului;
- b. semnalizează rugămintea ca orice medic sau cadru medical care trece prin zonă să contribuie la acordarea primului ajutor;
- c. obligă orice medic sau cadru medical să se oprească și să acorde primul ajutor;
- d. semnalizează automobilistului pentru acordarea primului ajutor și transportul accidentatului.
18. - Pentru a se evita schimbarea accidentatului de pe un brancard pe altul, din momentul punerii lui pe brancard la locul accidentului până în momentul când este așteptat în pază, este nevoie ca:
- a. brancardele să fie tipice;

- b. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- c. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- d. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- e. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- f. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
19. - Ce trebuie să facă conducătorii din mașinile participante la accidente de circulație?
- a. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- b. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- c. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- d. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- e. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- f. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
20. - Ce trebuie să facă conducătorii din mașinile participante la accidente de circulație?
- a. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- b. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- c. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- d. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- e. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- f. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
21. - Ce trebuie să facă conducătorii din mașinile participante la accidente de circulație?
- a. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- b. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- c. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- d. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- e. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
- f. să se acorde primul ajutor la locul accidentului și când se așteaptă în pază;
22. - În cazul obligărilor de serviciu ale șoferilor de pe autosanitare trebuie să:
- a. acordarea primului ajutor la locul accidentului;
- b. modul de întinut a unui pacient;
- c. modul de acordare a accidentatului pe brancard și transportul cu brancardul;
- d. modul de efectuare a unei intubații orotracheale și tracheostomie;
23. - Pentru prevenirea accidentelor și acordarea primului ajutor, conducătorii mașinilor trebuie să cunoască:
- a. regulile elementare de deplasare a autovehiculelor;
- b. regulile de circulație;
- c. regulile de acordare a primului ajutor, de ridicare a accidentatului și transportul lui;
- d. regulile de folosirea unui transport civilizat.
24. - Pentru instruirea salvatorilor improvizați, care pot face mai mult rău decât bine, este nevoie ca fiecare cetățean să cunoască noțiunile elementare de acordare a primului ajutor. Cum se poate realiza aceasta?
- a. prin instruire și însușire în cadrul tuturor formelor de învățământ;
- b. educație sanitară și instruire practică în colectivități;
- c. prezența de filme și emisiuni la televiziune;
- d. instruire în cadrul tuturor formelor de educație sanitară organizate de Căminul Roșu.

25. - Cum se poate realiza o asistență medicală cât mai bună și eficientă pentru tratarea accidentelor de circulație?
- a. prin organizarea unor servicii de traumatologie ortopedie și terapie fizioterapeutică;
 - b. dotarea cu aparatură, medicamente, instrumente, materiale cauterizante etc;
 - c. locuirea cu personal calificat și în număr corespunzător;
 - d. adaptarea și mobilizarea acestor servicii în funcție de necesități și circumstanțe;
 - e. legături strânse cu organizațiile de îndrumare și control al circulației, serviciul de ambulanță, transportul aerian al accidentaților etc.

Capitolul 18

NOTIUNI DE SEMIOLOGIE CHIRURGICALĂ

Verificați-vă cunoștințele

18.1. Fișă de observație	488
18.1.1. Datele generale	488
18.1.2. Anamneza	489
18.1.2.1. Motivele internării	489
18.1.2.2. Istoricul bolii	490
18.1.2.3. Antecedentele personale fiziologice și patologice, antecedentele eredo-familiale	490
18.1.2.4. Condițiile de viață și muncă	490
18.1.3. Examenul fizic (obiectiv)	490
18.1.3.1. Examenul general	491
18.1.3.1.1. Privire generală asupra bolnavului	491
18.1.3.1.2. Examinarea feței (fațes)	491
18.1.3.1.3. Examinarea pielii, mucoaselor și țesuturilor	492
■ Modificări de culoare a pielii	492
a) paloare	492
b) cianoză	492
c) pigmentări cutanate	492
18.1.3.1.4. Examinarea țesutului conjunctiv-adipos	493
18.1.3.1.5. Examinarea ganglionilor limfatici	493
18.1.3.1.6. Examinarea țesutului muscular	493
18.1.3.1.7. Examinarea sistemului osteo-articular	493
18.1.3.1.8. Examinarea sistemului nervos, endocrin și organelor de simț	493
18.1.3.2. Examenul obiectiv pe aparate	493
18.1.3.2.1. Aparatul respirator	493

18.1.3.2.2. Aparatul cardio-vascular	499
18.1.3.2.3. Aparatul digestiv	500
18.1.3.2.4. Aparatul uro-genital	500
18.1.3.3. Examenul local	500
18.1.4. Examenul paraclinic	500
18.1.5. Protocolul operativ	500
18.1.6. Evoluția bolii	500
18.1.7. Epicriză	500
18.2. Evaluarea unor manifestări patologice	500
18.2.1. Febra	500
18.2.1.1. Cauzele febrei	500
18.2.1.2. Gradele de febră	500
18.2.1.3. Evoluția febrei	500
18.2.1.4. Tipuri de febră	500
18.2.2. Cefaleea	500
18.2.2.1. Cauzele cefaleei	500
18.2.2.1.1. Cefalee de cauză vasoutară	500
18.2.2.1.2. Cefalee produsă de procese intracraniene	500
18.2.2.1.3. Cefalee produsă de afecțiuni extracraniene	500
18.2.3. Durerea	500
18.2.3.1. Modul de debut	500
18.2.3.2. Sediul durerii	500
18.2.3.3. Iradierea	500
18.2.3.4. Circumstanțele de apariție	500
18.2.3.5. Caracterul durerii	500
18.2.3.6. Durata	500
18.2.3.7. Tipul senzației dureroase	500
18.2.3.8. Simptome asociate durerii	500
18.2.3.9. Modalitatea de a calma durerea	500
18.2.4. Vărsăturile	500
18.2.4.1. Clasificarea vărsăturilor	500
18.2.4.1.1. Vărsături centrale	500
18.2.4.1.2. Vărsături periferice	500
18.2.4.2. Frecvența vărsăturilor	500
18.2.4.3. Conținutul vărsăturilor	500
18.2.5. Lipotimia	500
18.2.6. Sinopa	500
18.2.7. Colapsul	500
18.2.8. Șocul	500
18.2.9. Coma	500
18.2.9.1. Etiologia comelor	500
18.2.9.2. Simptomatologie	500
18.2.9.3. Clasificarea comelor în funcție de gradul de profunzime	500
18.3. Examinarea unor tumefacții (tumori, hernii, eventrații, eviscerații)	500
18.3.1. Examinarea tumorilor	500
18.3.2. Examinarea unei hernii	500

18.3.3. Examinarea unei eventrații	500
18.3.4. Examinarea unei eviscerații	500
18.4. Examenul unor leziuni inflamatorii locale, abscese, abscese, abscese	500
18.4.1. Examenul local	500
18.4.1.1. Semne locale	500
18.4.1.2. Semne generale	500
18.4.2. Enterita	500
18.4.2.1. Simptomatologie	500
18.4.2.2. Examen clinic	500
18.4.3. Legea	500
18.4.3.1. Simptomatologie	500
18.4.3.1.1. Semne funcționale	500
18.4.3.1.2. Examenul obiectiv	500
18.4.4. Prostatita	500
18.4.4.1. Simptomatologie	500
18.4.4.1.1. Semne locale	500
18.4.4.1.2. Semne generale	500
18.4.5. Păgura	500
Conținutul la capitolul 18	500

În scrierile Organizației Mondiale a Sănătății, prin sănătate se înțelege starea fizică, psihică și socială. În acest sens, toate structurile organismului (organe, aparate, sisteme) se integrează într-un echilibru funcțional, datorită căruia se realizează funcțiile fiziologice în condiții de metabolism bătut și în efort.

Cu se menține echilibrul funcțional, organismul se află în condiții de sănătate. Dacă în funcție de individ să se integreze în viața socială și productivă.

Când rezervele de adaptare funcțională au fost depășite, se produc modificări patologice ale homeostaziei, instalarea unor semne caracteristice stărilor incipiente de boală, starea stării generale, modificarea temperaturii, obeșală, cefalee, care frică în funcționarea bătăi.

Când acțiunea agenților agresivi persistă, se instalează starea de boală incipientă, care evoluează prin semne de localizare, proprii fiecărui organ sau sistem.

Semiotica provine din cuvintele grecești *sema* (sema) și *logos* (știință), ceea ce înseamnă știința semnelor.

În definiția lui cuprinzătoare, prin semiotică medicală se înțelege știința care se ocupă cu observația, studiul și interpretarea simptomelor și semnelor omului bolnav, cu însușirea metodelor examenului clinic (anamneză, inspecție, palpare, percutor, auscultare) și a tehnicilor și interpretării investigațiilor paraclinice, în vederea stabilirii diagnosticului.

Fiindcă metodologia semioticii medicale, sau în cazul nostru mai restrâns a semioticii chirurgicale, la internarea și examinarea bolnavului se întinde pe două etape distincte:

În istoria vocii examinarea și investigațiile efectuate și tratamentul aplicat, precum și rezultatul scuturii.

18.1.2.3. Antecedentele personale fiziologice și patologice antecedentele eredo-colaterale

Antecedentele personale fiziologice la adulți sunt mai puțin importante în cazul bolnavilor se vor referi în special la practica sporturilor - la care pot apărea cardiopatii, la viața sexuală etc.

O importanță deosebită se va acorda antecedentelor fiziologice la femei. Astfel ne vom interesa de data apariției primei menstruații - menarha, de evoluția oligomenorei, dismenorei, data ultimei menstruații, numărul de nașteri, punctul de avorturi spontane și provocate, data apariției menopauzei.

În antecedentele personale patologice ne vom interesa bolile infecțioase: ste parv, copilului, bolile venerice, tbc, diabet, traumatismele, intervențiile chirurgicale etc.

În cazul bolilor eredo-colaterale ne interesează în primul rând bolile genetice, bolile cardiace, mabalia alicrvală, hipertensiunea arterială, sunt importante nașterea și bolile persoanelor cu care pacientul a conviețuit: ex. o tușitură cronică ce indică boala de tuberculoză familială cu care locuiește.

Ne interesează interferențele soțului sau soției - de exemplu bolile venerice.

18.1.2.4. Condițiile de viață și de muncă

Importanța lor în patologie este considerabilă. Ne interesează în special caracterul muncii, stresul profesional, programul de muncă, noxele profesionale.

Locuința are importanță pentru toți bolnavii, dar în special pentru cronici. Umezala, încălzirea deficiară au o mare importanță la pulmonari, reumatici, cardiaci.

Ne interesează alimentația, felul ei, modul de servire, consumul de grăsimi, regimul carnițial, consumul de lichide (litiaza renală).

La fel ne vom interesa de consumul de alcool și fumatul, care pot să fie facies predispoziții la anumite boli.

18.1.3. Examenul fizic (obiectiv)

Examenul fizic al bolnavului chirurgical cuprinde: examenul general, examenul pe aparate și examenul local.

18.1.3.1. Examenul general

Examenul obiectiv începe cu examenul clinic general, care cuprinde:

- privire generală asupra bolnavului (inspecție generală);
- examenul feței (facies);
- examenul pielii, mucoaselor și fanerelor;
- examenul țesutului conjunctiv adipos;
- examenul ganglionilor limfatici;
- examenul sistemului muscular;
- examenul sistemului osteo-articular;
- examenul sistemului nervos, endocrin și organelor de simț.

18.1.3.1.1. **Privirea generală asupra bolnavului.** Tre la primul contact cu bolnavul, dintr-o privire de observare amănunțită, privim și în timpul desfășurării sa, ne abținem a observa generală asupra bolnavului, care poate reprezenta o indicație importantă asupra stării sale fizice.

Se observă, printre altele, următoarele aspecte: starea generală a bolnavului, circumstanțele bolnavului în pat sau doborât, starea în picioare, mersul bolnavului, circumstanțele bolnavului, starea de purtă, starea psihică, starea bolnavului.

Starea generală poate fi bună, satisfăcătoare, mediocră, alterată sau gravă. Starea psihică poate fi bună sau normală sau alterată în diferite stadii de evoluție.

Privirea este starea deosebită înțelegerea bolnavului și evoluțiile devieri de la normală. Privirea este starea deosebită depășind cu peste 20% media pentru populația sau starea deosebită depășind cu peste 120-150 cm pentru starea deosebită, umorale sau disarmonice.

Importanța greutății corporeale la bolnavii ne arată starea de nutriție: bolnavii buni au o greutate slabă, subnormală.

Privirea este starea deosebită se înțelege totalitatea particularităților somatice, fiziologice. Privirea este starea deosebită se înțelege un anumit tip de reactivitate, un anumit tip de individului care determină un anumit tip de reactivitate, un anumit tip de individului care determină un anumit tip de reactivitate, un anumit tip de individului care determină un anumit tip de reactivitate.

Privirea este starea deosebită se înțelege totalitatea particularităților somatice, fiziologice. Privirea este starea deosebită se înțelege un anumit tip de reactivitate, un anumit tip de individului care determină un anumit tip de reactivitate, un anumit tip de individului care determină un anumit tip de reactivitate.

18.1.3.1.2. **Examinarea feței (facies).** Prin facies înțelegem modificările aspectului feței, care apar ca urmare a dezvoltării unor boli. În unele boli, faciesul este caracteristic, patognomonic:

facies de "ipocrită înghețată": cu exoftalmie bilaterală, privire vie, tremurături ale pleoapelor, sunt caracteristice în hiperuroidie (boala Basedow);

facies cu aspect buhăit, cu tegumentele feței uscate, infiltrate, palide, privire înghețată, nas înfostat, macroglosie, apare în mixedem;

facies hipocratic - în stadiile tardive ale peritonitelor - cu obraji supți, punte-osteo-cranioasă, nas înfostat, ochi înfundati în orbite, buzele și urechile reci - cianotice;

facies pletoric - la hipertensivi, ateroscleroici, obezi - este un facies roșu cu elargirea pe umerii obrajilor;

facies de "bună pînă" în boala și sindromul Cushing;

faciesul în cardiopatiile congenitale cianogene constituie o parte din aspectul cianotic al "bunului albastru" - cianura feței este foarte marcată, mai ales buzele și limba;

facies vultos, cu pomeți aprinși - în pneumonie.

18.1.3.1.3. **Examinarea pielii, mucoaselor și fanerelor.** Ne interesează semiologia pielii bolnavi în măsura în care simptomele cutanate sunt expresia indirectă a unor procese vizibile sau constituie determinări paralele ale aceluiași bol.

Dintre simptomele subiective - pruritul generalizat și putem întâlni în boli hepatice și de icter, în leucemie, manifestări paraneoplazice, parazitoare intestinale, alergii

medicamentease, prurit localizat, genital - în diabet, cavități vitaminice, melancolie, prurit nasal, acm, urtică, hiperfoliulimant.

■ Modificări de culoare a pielii

a) *Pălăvire* cu diferite nuanțe are semnificație semiologică: *pălăvire* sau *icter* (icter flavic) în anemie hemolitică, *pălăvire* cu nuanțe gălbui "ca de soare" în anemie pernicioasă, "galben pal" în cancer (mai ales gastric), *pălăvire* marcată "ca hârtie" în anemie datorită vasoconstricției în anemie acută hemoragică; colorația galbenă, cu diferite nuanțe poate apărea în hepatita virală, icter mecanic și icter hemolitic.

b) *Cianoză* - *pălăvire* este consecința unei oxigenări incomplete a sângelui în capilarele pulmonare, este caldă, interesează limba și mucoasa bucală, nu dispune prin producerea hiperemiei prin frecarea lobului urechii (Lewis), cum se întâmplă în cianoză de stază;

- *cianoză prin stază*, caracteristică insuficienței cardiace drepte, este o cianoză rece, predominant la extremități, de obicei se însoțește de edeme de stază; nu apăsă pe mucoasa bucală și limbă;

- *cianoză prin puni* - caracteristică cardiopatiilor congenitale cianogene.

c) *Pigmentări cutanate*, cea mai tipică hiperpigmentare generalizată este melanodermia adipoasă care interesează atât pielea cât și mucoasele pe aplea și hiperpigmentări regionale, caracteristice în diferite afecțiuni.

Pe piele pot apărea eriteme, ca în-o serie de boli infecțio-contagioase (rușii, scarlatină), alergii medicamentoase sau alimentare; erupții punctiforme (puștii) în vasculopatii și trombocitopenie; pete și echimoze, hemoragii difuze subcutanate în fragilitate vasculară, traumatisme, hemofilie etc.

Pancrele pot fi normale sau se pot constata atrofii difuze sau circumscrite, dispariția completă a pilozității, unghii strate, friabile sau casante.

18.1.3.1.4. Examinarea țesutului conjunctivo-adipos. Țesutul conjunctivo-adipos (subcutanat), componentă a spațiului interstițial, se poate infiltra cu lichid și produce edeme.

Edemul se caracterizează prin creșterea volumului lichidului interstițial, localizat sau generalizat, cu acumulare de apă și sodiu subcutanat. Volumul regiunii se mărește, iar reliefulurile anatomice normale se șterg. De obicei la apăsare lasă picături. Edemul poate fi produs de cauze locale (edem inflamator, alergie) și prin cauze generale (olen cardiac, hepatic, renal), în care în afara unor cauze locale este obligatoriu un sindrom de retenție hidrosalină generală.

Tegumentele în perioada de constituire a edemului sunt întinse, lucioase, în perioada de resorbție se constituie de obicei prin pliuri longitudinale și apar vergeturile (în special pe coapse și abdomen), edemul cronic duce la îngroșarea și cartonezarea tegumentului, care este aspru la palpare prezentând descuamare marcată.

Aprecierea culorii este importantă; edemul renal este alb, cel hepatic alb palid, localizat în special la membrele inferioare, cel cardiac și venos cianotic, cel inflamator sau alergie roșu.

Temperatura locală este crescută în edemul inflamator, normală în cel renal și hepatic, scăzută în cel cardiac.

Edemul inflamator este dureros, majoritatea edemelor de cauză generală sunt indolore.

În examinarea tegumentelor sunt necesare descuamarea sau la palpare prezența plăii venoase preexistente.

18.1.3.5. Examinarea ganglionilor limfatici. Se vor palpa pînă la punctele grupelor ganglionare: axilare, cervicale, sub și supraclaviculare, inghinale. În procesele inflamatorii unele ganglioni sunt mărita de volum, dureroși. În procesele neoplazice - când sunt pur ganglionari sau supracardiale de consecință dură, mișcabil mobil, iar în cazul metastazelor, însoțind tumorii din jur devin mobili, aderenți. În limfogranulomatoză și în unele forme de leucemie - sunt prezente în mai mare sau mai mică măsură toate grupele ganglionare.

18.1.3.6. Examinarea țesutului muscular. Diferite simptome pot atrage atenția asupra unor eriteme, tulburări musculare. Dintre acestea ciden: scăderea forței musculare, durerea musculară (mișcări), atrofia sau hipertrofia musculară, contracții fasciculare sau fibrilare, atrofii sau umflături musculare localizate (hernii musculare) etc.

Medicul care cheamă să descopere dacă simptomul este determinat de o suferință musculară primară sau secundară, sau constituie un epifenomen în cadrul unei afecțiuni generale.

18.1.3.7. Examinarea sistemului osteo-articular. La examen putem decela unele deformități vizuale, acutări de membre, amputații sau prezența unor entorse, luxații sau fracturi.

18.1.3.8. Examinarea sistemului nervos, endocrin și organelor de simț. Se vor examina reflexii cutanate, reflexul de lumină, reflexele rotulian și tendinoase, semnul Babinski, examinarea nervilor cranieni, examinarea acuității vizuale și auditive etc. Vor fi notate simptomele patologice ale glandelor endocrine, ale S.N.C., nervilor cranieni și periferici, ale organelor de simț.

În caz de nevoie se va solicita consultul specialiștilor.

18.1.3.2. Examenul obiectiv pe aparate

Examenul obiectiv pe aparate va consta din inspecție, palpare, percusie și auscultație.

18.1.3.2.1. Aparatul respirator. Se va examina conformația toracelui, existența unor deformități ale cutiei toracice și coloanei vertebrale, care pot avea repercusiuni asupra respirației. Se va conveni ritmul respirației, care, în mod normal, este de 16-18 respirații pe minut, precum și modificările ritmului: bradipnee (mai puține respirații pe minut) și tahipnee (respirații mai frecvente).

Dispneea se definește ca perceperea conștientă a unei dificultăți sau jere în respirație și este diferită de bolnavi ca "respirație grea", "hăduf". Dispneea poate fi izolată sau însoțită de tulburări ale aparatului cardio-vascular, cât și ale aparatului respirator.

Se descriu mai multe tipuri de tulburări ale ritmului respirator:

a) *Respirația periodică Cheyne-Stokes* se caracterizează prin alternarea unor perioade de accelerare și rare progresivă a ritmului și amplitudinii respirațiilor, întrerupte de perioade de apnee, de durată variabilă. În perioada de hiperpnee bolnavul

este agitat, anxios - în aporie somnulent, indolent, prezentând
reflexivitate tendințoasă, în căutarea așezării este înclinat.

Apare, de asemenea, în hemoragii și tumori cerebrale, cum ar fi meningioblastomul. Căderea li s-au administrat spăcări, care diminuează excitabilitatea respiratorie.

b) Respirație tip Kussmaul - este o succesiune de inspirații și expirații de amplitudine egală, separate de o pauză scurtă. Se întâlnește în diabetul și unele forme urinate.

d) Respirația paradoxală toracică în veder costal

c) Respirația neregulată, interpusă de pauze respiratorii de durată variabilă, care sunt cauzate de unele boli infecțioase și neurologice.

La percucie vomăm sonorităţea pulmonară, eventuale zone de matitate (bătăi) la bază de plămâni, la auscultaţie prezenţa murmurului vezicular, eventualului râu supraadugate: ronflante, sibilante, cânturi subcrepitante, frecături pleurale etc.

18.1.3.2.2. Aparatul cardio-vascular. Se începe cu observarea și palparea (scut apăsare) - care în mod normal este situat în spațiul V intercostal stâng pe linia medioclaviculară. Acesta poate fi situat mai lateral în cazul unei cord excentric și mai jos în cazul unui cord abiașt și mai înalt. Se determină prin percepție a unei mișcări cardiace, în prin auscultație percepție zgomotelor cardiace și eventualele sufluri supradizitate, ca urmare a unor leziuni valvulare.

La fel, prin auscultatie vedem ritmul cardiac, care, în mod normal, trebuie să fie sincron cu pulsul periferic. Se ia T.A. și pulsul periferic.

Se va cerceta starea vaselor, se va cerceta pulsul la pedicula (mai ales la bolnavi mai vârstnici).

18.1.2.3. Aparatul digestiv. Examinarea începe cu cavitatea bucală - se cerceta starea danturii (bună sau lipsuri dentare, prezența de carii), colorația și umiditatea limbii, se va cerceta zona amigdală și se vor consemna date despre deslațe.

Se continuă cu examinarea abdomenului: conformația abdomenului, colorația tegumentelor, prezența circulației colaterale, mobilitatea abdomenului și participarea mișcărilor respiratorii, modificări de simetrie (drenvelări, bombări).

Se poate observa circulația colaterală în ciroză hepatică, metocrom în dinamic, abdomenul elastic-moi, care nu participă la mișcările respiratorii într-unul gastro-duodenal perforat, bombări în hipocondriul drept prin hepatomegalie, prezenta tumorii etc.

Palparea va cerceta supletea abdomenului, prezența unor puncte sau dureroase, tonicitatea musculaturii abdominale, decelarea unor formațiuni (măduri, chisturi, tumori etc.).

La percucie se va vedea matitatea hepatică, prezența unor zone anormale senioritate - dispaziția matității hepatice în pneumoperitoneu, prezența de lichid

... ..

...the ... of ...

1.4. Aparatul ure-gential. Nu va cereți responsabilitate dintr-un punct de vedere

15.2.2.2. *Forma de utilizare:* este un medicament care se utilizează în formă de soluție, sub formă de injecție intravenoasă sau intramusculară, în funcție de indicație. Este un medicament care se utilizează în formă de soluție, sub formă de injecție intravenoasă sau intramusculară, în funcție de indicație.

Prin aceste lecturi se va cerceta: a) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de conștiință; b) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de comportament; c) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de responsabilitate; d) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de libertate; e) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de dreptate; f) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de pace; g) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de iubire; h) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; i) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de încredere; j) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de respect; k) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de toleranță; l) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de compasiune; m) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de generozitate; n) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de curaj; o) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțepetate; p) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelepciune; q) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegeră; r) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; s) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; t) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; u) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; v) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; w) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; x) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; y) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere; z) dacă există o relație între nivelul de cunoaștere și nivelul de înțelegere.

[illegible]

18.1.3.3. **Examenul local** descrierea unimăinii a semnelor clinice de
local va cuprinde toate simptomele au fost recorder internare

la creșterea și dezvoltarea lor. În acest proces, celulele se diferențiază și se specializează în funcție de funcțiile pe care le vor avea în organism. Acest proces este reglat de o serie de factori, inclusiv de factorii genetici și de factorii mediului înconjurător.

... importantă în organele vecine, mobilizată din sângele...

Examination local via ultrasonography diagnostic clinic.

18.1.4. Examele paraclinice

influența toxică a conținutului biologic al bolnavului (prezența unor tări în
sânge, care pot influența pregătirea preoperatorie, felul anesteziei, opera
țiunea, care pot influența evoluția complicațiilor prezinzabile) se vor ta

a examenelor de laborator, radiologice, radiofizice, endoscopice, ecografice, electrocardiogramă (ECG), testuri funcționale (respirație), examene histologice (punții, biopsii).

Înaintea susținerii examenelor se vor afla în grupuri mici, iar observările, la fel ele vor fi trecute în fișa de observație. În eventualitatea că vor fi necesare mai multe persoane pentru a observa mai bine dinamica

rezultatele examenelor electorale.

18.1.5. Protocolul operator

Un cazoul special al lui de observație este rezervat protocolului de
e va avea numărul și data din registrul de protocoale operatorii, felul

chirurgică, numele medicului anestezist.

Urmează descrierea timpilor operatorii, a examenului intraoperatoriu al regiunii, descrierea leziunilor, intervenția efectuată, inspecția intraoperatorie a altor organe (ex. ficat rezecția gastrică pentru ulcer perforat, se va examina înțepătarea abdominală pentru că pot exista alte adipești concomitente: cistă biliară, cancer biliar etc.), explorările paraclinice efectuate în timpul intervenției (ex. rotacoscopia intraoperatorie, examen histopatologic extemporaneu etc.).

În cazul în care s-a făcut drenaj, se va descrie felul drenajului, la la se va face descrierea macroscopică a pusei chirurgical, după care se trece la examen histopatologic.

18.1.6. Evoluția bolii

În funcție de starea generală, consensuarea evoluției bolnavului chirurgical se va face zilnic sau la intervale mai scurte de ore, sau în cazurile foarte grave chiar din 15 minute.

Evoluția trebuie să precizeze starea generală a bolnavului, modificările în timpul tratamentului sau intervenției chirurgicale. Se va urmări riguros: temperatura, T.A., pulsul, diureza, aspirația gastrică, drenajul, tranzitul intestinal.

Concomitent cu evoluția se va prescrie medicația, felul ei, cantitatea, modul de administrare, calea de administrare.

Medicația administrată trebuie să fie concordantă cu evoluția bolii. De fapt, evoluția bolii va determina începerea sau modificarea medicației.

Pe foaia de temperatură se va consemna: temperatura, pulsul, T.A., diureza, precum și administrarea unor medicamente: antibiotice, anticoagulante, tonicizante. În pe foaia de temperatură se va specifica regiunea alimentară.

18.1.7. Epicriza

Este ultimul capitol al foii de observație care se consemnează înainte de ieșirea bolnavului din secție. Epicriza reprezintă un rezumat al principalelor evenimente petrecute în timpul spitalizării.

Ea va cuprinde: motivul internării, diagnosticul stabilit, principalele date ale examenelor paraclinice, intervenția chirurgicală efectuată, evoluția postoperatorie la același timp indicațiile medicale până la reînțepirea sa socio-profesională.

Se va specifica: locul controlului medical, concediul medical acordat și necesitatea de prelungire, regimul alimentar, metodele de recuperare, reluarea efortului, reînțepirea în muncă.

Pe baza epicrizei se întocmește bilantul de ieșire sau carnetul de ieșire al bolnavului.

18.2. EVALUAREA UNOR MANIFESTĂRI PATOLOGICE

18.2.1. Febra

Organismul uman, homeoterm, deține un set de sisteme care se ghidează într-un sistem constant cu mediul înconjurător.

În condiții normale, temperatura febra este de 36,5 - 36,8°C, iar scara 36,7 - 36,9°C.

Temperatura normală este de 0,1 - 0,2°C mai mare ca scara uscată, iar temperatura normală sublinguală este de 37,5°C.

În cazul febrei, determinarea temperaturii axilare și rectale se face cu termometrul mercurial cu 1/10 temperatură locală cu termometrul vaginal, iar cu termometrul electronic, temperaturile inferioare și aparate electronice pentru înregistrarea continuă a temperaturii.

În cazul febrei, febra a fost considerată ca o temperatură anormală a corpului - un semn de boală.

Febră reprezintă o modalitate de răspuns al organismului față de acțiunea unui agent nociv.

Acțiunea febrei este dependentă de modificări metabolice complexe ale organismului, care pe lângă creșterea temperaturii, antrenează o serie de alte tulburări: creșterea pulsului, a respirației, transpirației etc.

Febră poate apărea printr-un mecanism periferic prin creșterea metabolismului celular sau prin acțiunea asupra centrilor termoreglării din hipotalamus.

18.2.1.1. Cauzele febrei

Cauzele producerii febrei sunt numeroase, schematizat însă cauzele principale se pot grupa astfel:

- a) Boli infecțioase: bacteriene, virale, parazitare.
- b) Boli tumorale: limfosarcom, cancer renal, hepatic, gastric, bronșic, boala Hodgkin.
- c) Febră de rețorție: hematocame mari, hemoragii digestive.
- d) Febră medicamentasă.
- e) Boli endocrine: hipertiroidism, criză Addisoniană.
- f) Boli metabolice: atac de pană.
- g) Boli de colagen: lupus eritematos, dermatomiozite.
- h) Reumatism: artrită reumatismală.

18.2.1.2. Gradele de febră

- stare subfebrilă 37-38°;
 - febră moderată 38-39°;
 - febră ridicată 39-40°;
 - febră foarte ridicată (hiperpiretică) peste 40°.
- Se consideră că supraviețuirea peste 41,1° este rară.

18.2.1.3. Evoluția febrei

Prezintă 3 etape:

- a) stadiul de creștere a temperaturii care poate fi cu debut brusc (pneumonie, gripă, otită), sau debut lent (TBC pulmonar, boală reumatică);
- b) stadiul de temperatură susținută - poate dura ore, zile, chiar săptămâni;
- c) stadiul de resoluție a temperaturii - poate fi brusc sau în crăd (pneumonie gripă) și lent sau în fază (reumatism, scarlatină).

18.2.1.4. Tipuri de febră

Prin înregistrarea continuă a temperaturii dimineața și după masă pe baza de observație, se obține curba termică.

După caracteristicile curbei termice, descriem mai multe tipuri de febră, care ne permit uneori evocarea diagnosticului:

- a) **Febră continuă (platou)** - este febră foarte ridicată, în care diferența dintre febra matinală și cea vesperală timp de mai multe zile nu depășește 1°. Astfel de febră întâlnim în: pneumonie, otită, septicemie, boli infecțioase. Febra continuă poate scădea brusc (în crăd) sau lent (în fază).
 - b) **Febră remitentă** - diferența între febra matinală și vesperală depășește 1° (supurații pulmonare, septicemie).
 - c) **Febră intermitentă** - alternanța mare în timp de 24 de ore a temperaturii normale cu febră mai ridicată.
 - febră hectică - oscilații deosebit de mari în 24 de ore de 3-5°, de la febră normală sau chiar subnormală (infecții urinare, supurații pulmonare, septicemie);
 - febră intermitentă periodică - când variază perioade afebrile, cu crize febrile de 2-3-4 zile (malaria).
 - d) **Febră recurentă** - oscilează cu febră ridicată continuu 5-8 zile, alternând cu perioade afebrile (infecții urinare, infecții biliare, limfogranulomatoză malpă, leptospiroză).
 - e) **Febră recidivantă** - este o variantă de febră recurentă, caracterizată prin faptul că ascensiunile termice survin la intervale foarte variate și însoțită de puseu (colangită, icter).
 - f) **Febră ondulantă** - ascensiune termică cu se repetă periodic. Răscăna temperaturii e progresivă, iar defervescența lentă, urmată de alte cicluri (limfogranulomatoză malignă, unele cancere ce se dezvoltă lent).
 - g) **Febră de tip invers** - temperatură mai ridicată dimineața decât cea vesperală (supurații profunde, infecții cavitare, tbc pulmonar grav).
 - h) **Febră neregulată** - nu poate fi înscădrată în niciunul din tipurile descrise.
- Stările febrile, dacă nu sunt cauzate de o afecțiune chirurgicală acută, constituie contraindicație pentru intervenție. În cazul stărilor febrile prelungite, asociate cu frisoane, se impune efectuarea unei hemoculturi.
- Anamneza are o importanță deosebită pentru a descoperi cauza febrei, durata și modul de apariție, semnele de însoțire. Tratatamentul cu antibiotice, chimioterapie, corticoidi modifică modul de evoluție a febrei.

18.2.2. Cefaleea

Cefaleea reprezintă durerea simțită la nivelul capului. Apare în urma stimulării durabile a terminațiilor senzitive ale craniului.

Există etimologie de proveniență latină, alături de se numără și termeni reprezentați în literatura medicală dintr-un dictionar de la nivelul dintr-un dictionar, arătând și varianta cefalalgic.

Se clasifică în funcție de mecanismul apariției și a mecanismului vegetativ prin care apare.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

Otră însoțită de febră remitentă duce la cefalee și cefalee în crăd și cefalee în fază.

18.2.2.1. Cauzele cefaleei

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

18.2.2.1.1. Cefalee produsă de afecțiuni extracraniene:

a) Afecțiuni ale sinusurilor fetei:

- **cefalee maxilară** - când e unilaterală produce cefalee care merge din regiunea sinusului maxilar al ochiului spre occipital;

- **simetria frontală** - durere oculară, pulsantă, unilaterală;
- **simetria emandată** - durere difuză care merge spre vertex;
- b) **Afecțiuni articulare și angiolitice**: cruce, otomastoidite, amigdalite, paratonsilă, sinuzite;
- c) **Afecțiuni pulmo-arteriale** - cefalee provocată de modificări rezonante în vasele primare sau metastazice, otomastoidite;
- d) **Boala infectioasă acută și cronică**;
- e) **Boala hematologică, metabolică, alergică**.

18.2.3. Durerea

Simpțom extrem de variat în ce privește etiologia și manifestarea sa, supunându-se semnificație majoră a tabloului clinic al diferitelor afecțiuni. Conține adesea informații principale ce determină comportamentul și se adresează medicului.

Anamneză: se va indica pe:

- modul de debut al durerii;
- localizarea (sedul) durerii și iradiera;
- circumstanțele de apariție - factori care o declanșează;
- caracterul senzației dureroase și evoluția ei;
- simptome asociate.

Anamneză, de o deosebită utilitate, se va completa cu examenul obiectiv: pulsuri, respirație, mișcări respiratorii mai ample, tuse voluntară, mișcări ale membrului, căldură, vericbele, apăsare - care se vor preciza și înmuni datele obținute prin auscultare.

18.2.3.1. Modul de debut

Durerea poate apărea brusc, violent ca în pneumotorax spontan, ulcer gastro-duodenal perforat, embolie pulmonară; sau, din contră, are un început lent, progresiv, proces inflamator pleural, neoplazm.

18.2.3.2. Sedul durerii

Anamneză are rolul de a preciza locul unde se resimte cu maximum de intensitate durerea. Este necesară o cunoaștere bună a zonelor de referință a durerii în diferite cazuri de suferință:

- ulcerul gastro-duodenal va determina o durere epigastrică; o durere epigastrică, sau situată în alveolul cardiac; o durere în regiunea medie a epigastrului s-ar indica un suferință plorică sau a bulbului duodenal;
- durere epigastrică în bară ar fi sugestivă pentru o suferință pancreatică;
- durerea în fosa iliacă dreaptă sugerează o suferință apendiculară;
- durerea suprapubică indică o suferință rectosigmoidiană, vezicală sau uterină;
- o durere pe traiectul unui nerv intercostal e caracteristică nevralgiei intercostale;
- o durere retrosternală ca o ghiară, ne sugerează durerea din angina pectorală.

18.2.3.3. Iradiera

Iradierea aduce un plus de orientare pentru o durere mai difuză localizată. Exemplu: o durere în hipocondrul drept poate fi cauzată de un apendice retrocecal.

mai timp, adică după, efectuându-se, alcer duodenal, iradiera durerii în spate, unde, după, durerea poate să apară, înălțându-se, durerea retrosternală.

18.2.3.4. Circumstanțele de apariție

Existența de factori climatici, climatic fier, iradiera de alveolul cardiac, per de timp, durerea, sau acutivă.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

o durere epigastrică poate fi însoțită de durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie, durere în regiunea medie a epigastrului, nevralgie.

e) *diversi* - comportament violent, cu perturbarea stării generale în interesul în formă de hărțui în timpul supravegherii constante.

f) durerea în formă de clonajare intermitentă - caracteristică aneurismului aortic abdominal, în special în stadiul de decompensare; durerea este însoțită de tahicardie, hipertensiune arterială și semne de insuficiență renală acută.

18.2.3.8. Simptome asociate durerii

18.2.3.6. Simptome asociate durerii

AuŃel:

- durerea toracică, însoțită de tuse și expectorație ne caracterizată către mușchii bronhopleurici;
- coexistența durerii toracice cu febra, ne caracterizată;

18.2.3.9. Modalitatea de a calma durerea

De un real folos este și precizarea modalităților de calmare a unor dureri. De exemplu, prin aplicare și căldură se pot calma colicile intestinale, alinația fiind dată mai ales datorită încălzirii mușchilor abdominali.

18.2.4. Vårsåturile

Prin vărsătură se înțelege proiecția sub presiune a conținutului gastric prin căile digestive superioare și eliminarea pe gură - în urma contracției simultane a mușchilor abdominali și diafragmatici, însoțită de înălțarea și relaxarea sfincterului cardiac.

18.2.4.1 Clasificarea vărsăturilor

S-a adoptat clasificarea vărsăturilor după natura erupției: *absolte* și *relative* în vărsături centrale și vărsături periferice.

18.2.1.2. *Varietatea* "Carmen" este un soi de calitate foarte bună, cu fructe mari, gust plăcut, foarte bogat în zahăr și aciditate, foarte rezistent la boli și dăunători.

13.2.4.1.2. *Variabilele periferice* – generale de cure inversă.

... ..

al serviciilor de consultanță, se produce încă și mai mult, în timp ce numărul
de servicii de consultanță este în creștere constantă în toate regiunile.

la nivelul picilor sau scrierea de plinătate epigastrică;

„...în care sunt incluse toate activitățile de producție și servicii care se desfășoară în cadrul unității economice.”

la varietate cu punct de plecare internă diferă de cele anterioare prin
prezența unei plăcuțe epigastrice.

mai precedate de grupă și se însoțesc de eforturi de vârstă cu atât mai mari
câtă înălțimea este mai redusă;

conștientă permite o orientare asupra sediului obstacolului. În caz de obstrucție
abdominală cu caracter biliar, în funcție de situația obstacolului la

14.2.4.2. Frecvența vârsăturilor

• Vădămitele sporadice apar în cursul unor afecțiuni digestive (indigestie, constipație, diaree), administrare de medicament (diuretici).

- Vădită în special după apar în cursul unui atacului digestiv (indigestie) sau cardiace (infarct miocardic, administrare de morfină, digitală).
- Vădită frecventă ura, de regulă în afecțiunile digestive: gastrită, boala

amoni, mazăre pilorică, colecistită, dar ele pot apărea în suferințe estradiigestive
sau chiar renale cronice, sordide).

* Văstările incriminale sunt repetate, persistente și reziste la tratament, ca în altele intestinale, pancreatită acută, dilatație acută de stomac, holeră, intoxicații, etc.

Grandes quantidades de alimentos ingeridos em uma única refeição podem ter um valor energético semelhante. Por exemplo:

- la bolnavi cu ulcer gastric, vărsăturile apar la 1-2 ore după masă;

- vărsături care apar la 4-6 ore după masă se încheie în alcool duodenal gastro-duodenal cu stază duodenală, poartă și dilatație gastrică;
- vărsături care apar la 12-48 ore după masă sunt abundente și conțin alimente ingerate cu 24 ore înainte, se încheie în stenoză pilorică.

18.2.4.3. Conținutul vărsăturilor

Conținutul vărsăturilor, de obicei, este alimentar, iar dacă bolnavul vomită mult, ele pot fi bilioase.

În cazul ocluziilor intestinale, vărsăturile sunt mișcă alimentare; ulterior bilioase, iar în cazul ocluziilor neglijate ajung fecaloide.

În stenoză pilorică, așa cum am arătat mai înainte, vărsăturile conțin alimente ingerate cu mai multe zile înainte, cu gust acru, abundente.

În hemoragiile digestive vărsătura conține sânge și se numește hematemeză. Hematemeza, de cele mai multe ori, este cu sânge negricios, având aspect de cafea, datorită acțiunii acidului clorhidric asupra hemoglobinei.

Când hemoragiile sunt abundente sau provin din esofag, datorită rușii varicoase esofagice, hematemeza poate fi cu sânge roșu, nemodificat. În cazul acesta trebuie să diferențiem de hemoptizie (expectorație cu sânge). Hematemeza apare prin vărsături pe când hemoptizia apare cu tuse și conține sânge roșu-roze, bine aerat, spumos.

În cazul vărsăturilor postoperatorii, vărsăturile precoce se datorează anesteziei, tracțiunilor din timpul intervenției chirurgicale, medicației administrate, pe când vărsăturile tardive, unor complicații postoperatorii: ocluzie intestinală, peritonită acută, peritonită etc.

18.2.5. Lipotimia

Lipotimia sau leșinul este o formă minoră a sincopelor și constă din pierdere pentru scurt timp a conștiinței, cauzată de o hipoxie trecătoare cerebrală și însoțită de abolirea funcțiilor vegetative (circulația și respirația).

Debutul poate fi brusc sau lent. De obicei, producerea e anunțată de o serie de simptome: amețeli, astenie fizică intensă, tulburări vizuale, greață, cășcat.

Manifestările clinice constau din pierderea conștiinței care nu este profundă, bolnavul reacționează la excitații puternice, fața devine palidă, globii oculari devin în sus și în afară, se percep bătăile cardiace și mișcările respiratorii. Bolnavul poate prezenta mișcări clonice ale membrilor.

Trecerea în decubit a bolnavului duce la reluarea irigației cerebrale, revenirea rapidă a conștiinței și ameliorarea stării generale a bolnavului; revenirea din lipotimie este lentă (10-20 minute), persistând un grad de obnubilare și de astenie.

18.2.6. Sincopa

Sincopa este un sindrom clinic, caracterizat prin pierderea bruscă a conștiinței și locomotiei, cu abolirea funcțiilor vitale. Are o durată foarte scurtă - de câteva secunde sau minute.

Sincopa este consecința unor tulburări reversibile ale funcției cerebrale, datorită unei scăderi tranzitorii sau unei modificări în activitatea sistemului nervos central sau al unor stimuli cu acțiune directă asupra acestuia. Se produce o scădere a activității cerebrale, sub nivel critic, cu scăderea T.A. La aceasta pot contribui:

- vasodilatația arterială - sincopa comunală;
- scăderea activității vasoconstrictoare periferice;
- scăderea bruscă și importantă a debitului cardiac;
- scăderea bruscă și acționând asupra centrilor nervoși, fie direct, fie indirect prin reflexe; în cazul a spasmului de sânge;
- modificarea compoziției sângelui (hipoxie, alcaloză, acidoză, hipoglicemie).

Cu sensul o scădere importantă a debitului sanguin creierul sau a opriri minime, durată de 3-5 secunde - produce sincopa. Oprirea funcțiilor vitale este de foarte scurtă durată, lipsa superstitivității integritatea morfofuncțională a organelor vitale. Perduranța sincopelor este, deci, în țărâni anoxice ireversibile, în special a S.N.C., care produce moartea biologică.

18.2.7. Colapsul

Colapsul este un sindrom hemodinamic, caracterizat prin prăbușirea bruscă a activității periferice, fiind consecința unei dezechilibrări între pânză vasculară și masa circulantă.

Neajuns de jos și colaps este, în principiu, sinonimă și tendința este ca termenul de colaps să fie utilizat mai restrâns, sau chiar să fie abandonat.

La debutul în care se mai păstrează o diferență între ele, termenul de colaps se aplică prima formă în care există o hipotensiune marcată, fie de la început (colaps anoxic), fie instalată în a doua fază a șocului - șocul decompensat.

Clinic, colapsul se manifestă prin scăderea bruscă a T.A., puls accelerat, rădăcină, pierderea conștiinței, puțind dura o m sau chiar zile.

18.2.8. Șocul

Șocul este o reacție complexă a întregului organism, consecutiv unor factori aprori de intensitate deosebită, manifestată prin fenomene hemodinamice care amenință hipoxie tisulară și tulburări grave metabolice.

A fost definit la capitolul 14.

18.2.9. Comele

Coma este starea patologică, caracterizată printr-o pierdere totală sau parțială a conștiinței, cu dispariția sau reducerea la forme elementare, neadecvate, a reacțiilor la stimuli din lumea exterioară.

Reflexitatea voluntară este suprimată, funcțiile vegetative cele mai importante - respirația și circulația - sunt păstrate, dar prezintă modificări de gravitate variabilă.

Circle number(s) corresponding to your answer(s)

a) cauze encefalice.

a) *canon envelope*

- accidente vasculare (hemoragii, tromboze);
- traumatisme craniocerebrale (contuzii, craniot, compresii vasculare);
- infecții (meningită, meringoencefalită, absces cerebral);
- tumori cerebrale.

b) cause metabolic

- sindr. dăruire dezechilibrilor hidroelectrolitice;
- coma hiperglicemică (diabetică) caracterizată prin: înțepene, halena cu miros de acetona, tegumente cianotice, pupile midiatice, limba și pielea uscate;
- coma hipoglicemică: transpirații intense, tălicandie, tremurături, însoțite de hiperexcitabilitate;
- coma uremică oliguric, albuminurie, fragilitate vasculară (gingivită, hemoragii digestive);
- coma hepatică: hepatosplenomegalie, ascită, icter, tahicardie, halena fetidă, stenoze vasculare.

ci omidele auze pot fi produse de diferite toxinfecții (septicemie, gangrenă, gazoasă, consum de alimente - ca, ciuperci otrăvitoare etc.), supradozaj medicamentos accidental sau voluntar, cu scop de suicid, intoxicație cu alcool, alcoolism acut etc.

18.2.9.2. Simptomatologie

alături de un singur individ, sunt de grade diferite, în raport cu performanțele acestora, care pot fi de la perturbarea funcțiilor psihice sau numai înocente, pentru a ajunge la sindromul de perturbare în moduri diferite fiind dificil să se completeze realizarea și să se asigure completă a conștienței. În concluzie, pe lângă suferința cauzată de pierderea conștienței, avem o imobilitate completă, bolnavii nu mai reacționează la nici un fel de excitații. Perturbarea funcțiilor vegetative bolnavii marchează etapa cea mai profundă a comei, dincolo de care numai întreprinderi artificiale, prin mijlocul de reanimare pot să mai reînclăuzească viața, pentru o perioadă limitată.

b) *Tulburările vegetative* constituie în general elemente de gravitate:

- tulburări vegetative constând în modificarea ritmului respirației, indicând traheobronșită, astenie și infecție bronhopulmonară;
- tulburările respiratorii constau în modificarea ritmului respirației, indicând traheobronșită, astenie și infecție bronhopulmonară;
- tulburările cardio-vasculare - colapsul constituie ca frecvență, după oprirea respirației, cauza cea mai frecventă de extras al bolnavilor;
- tulburările renale - cantitatea de urină și aspectul ei furnizează date importante asupra stării funcționale a aparatului renal și asupra originii unor stări conștente: în coma epileptică este prezentă adesea incontinența de urină, în cea diabetică - poluria; retenția de urină se poate produce în unele comae vasculare, meningene, intoxicații cu atropină; coma uremică se însoțește de anurie.
- tulburări digestive:
- tulburări de deglutiție în funcție de gradul comei;
- vărsături;
- tulburări de tranzit (come toxice alimentare);
- hemoragii digestive (comă uremică);
- tulburări termice: cel mai frecvent avem hipertermie, însă în comă diabetică și uremică și unele come toxice exogene putem avea hipo- sau hipotermie.

5286

[illegible]

clasificarea comelor în funcție de gradul de profunzime

[illegible]

... la dezvoltarea tulburărilor vegetative și psihice.
 4) **Encefalopatie electroencefalografică** - implică pierderea manifestă a
 4) **Coma de gradul II** (comă propriu-zisă) - implică pierderea manifestă a
 4) **Coma de gradul III** (comă propriu-zisă) - implică pierderea manifestă a
 4) **Coma de gradul IV** (comă propriu-zisă) - implică pierderea manifestă a

E.E.G. - traseul este izoelectric, nici o activitate bioelectrică centrală nu mai poate fi detectată.

18.3. EXAMINAREA UNOR TUMEFACȚII (TUMORI, HERNIE, EVENTRAȚIE, EVISCERAȚIE)

Oare dezvoltare în plus a rețicului normal al pielii sau a unui organ se poate realiza în urma unei tumefacții? Răspunsul este pozitiv, dar poate

Tumefacţiunile se pot datora unei imuni, hereditare, eventuale, cistice, din cauza
a) molar şi de procese inflamatorii (abcese, leijmozine), traumatice (hematom, serom),
si sunt procese distrofice (chist, distrofii ale glandei mamare etc.).

Formulare de aspect tumoral este o noțiune semiologică, care desemnează o boală variabilă ca localizare, formă, consistență, causalitate și mecanism de producere.

Tumorile sunt formate din proliferarea anormală a unui țesut, care poartă și denumirea de creștere.

18.3.1. Examinarea tumorilor

Tumorile pot fi benigne și maligne, având caracteristici deosebite, fapt care cauzează erorile la examenul unei tumori.

În precizarea diagnosticului se folosesc de toate metodele examenului: observația, anamneză, inspecție, palpare, percucie și în anumite localități și auscultație, completate cu examene paraclinice (specificate la capitolul XV).

Din anamneză putem afla data apariției, ritmul de creștere, localizarea și stadiul de depistare, simptomele însoțitoare.

La examenul fizic trebuie să stabilim forma, volumul, consistența, suprafața și extinderea sa, marginile care o delimitează, raporturile cu pielea și planurile profunde, prezența unor secreții (cancerul mamar, uterin etc.), situația ganglionilor regionali, precum și modificarea colorației pielii, prezența unor ulcerații, cistulele colaterale etc.

Cunoscând caracterele generale ale tumorilor benigne și maligne, putem emite un diagnostic prezumtiv; diagnosticul de certitudine, stadiul evoluției, tipul histologic, indicațiile de tratament și prognosticul se vor stabili numai după examenul histopatologic.

În cazul tumorilor benigne, acestea sunt bine delimitate (unele încapsulate), au o dezvoltare lentă, nu recidivează după extirparea lor totală.

În opoziție cu acestea, tumorile maligne sunt rău delimitate, invadează țesuturile din jur, primind în evoluția lor tegumentele și planurile profunde, primind ganglionii regionali, pot da metastaze la distanță, după extirparea lor pot recidiva.

Tumorile trebuie diferențiate de chisturi care sunt formațiuni patologice, având ca perete propriu, prin care se separă de țesuturile din jur, precum și un conținut variabil: lichidian, sebaceu, formațiuni derivate din ectoderm: peri, rudimente dentare, țesut cornos, unghii (chist dermoid).

Etiologic distingem:

- chisturi prin retenție de secreție a unor glande; chist de ovar, chist tiroidian, chist pancreatic, chist sebaceu;
- chisturi parazitare - cel mai cunoscut este chistul hidatic;
- chisturi congenitale - chist dermoid localizat în abdomen, pelvis, mediastin, regiunea sacrococcigiană (chist pilonidal).

18.3.2. Examinarea unei hernii

Prin hernie se înțelege ieșirea parțială sau totală a unui viscer din cavitatea în care există în mod normal, printr-un traiect preformat sau dobândit; organul herniar fiind conținut într-un sac herniar.

Există două tipuri de hernii:

a) *Hernii congenitale* - apar prin persistența unui traiect herniar și a unui sac, în urma opririi în dezvoltarea embrionară a regiunii. Aceste hernii pot exista la naștere sau să apară mai târziu la copii sau chiar la adulți.

b) *Hernii câștigate* - apar după dezvoltarea completă a zonei herniare, dar care

sunt strâns și în urma unui efort sau traumatism (la femeia gravidă și sacul de bătălie la nivelul sacului puer de minimă rezistență).

Cele mai frecvente hernii sunt ale peretelui abdominal anterior: inghinale, crurale, ombelicale, ombilicale și ale liniei albe, dar se pot produce hernii (mai rare) și la nivelul peretelui posterior al abdomenului: lombare și ischiatică, sau ale planșei peritoneale - hernia peritoneală.

Fără a fi alte tipuri de hernii: hiatală (diafragmatică), hernia internă (abdominală) etc.

Apariția unei formațiuni la nivelul peretelui slăbit ale peretelui abdominal (zone debile) în urma unui efort, reprezintă semnul clinic revelator.

La examenul fizic al unei hernii se va face în ortostatism și în claudicativ.

- În ortostatism, la inspecție observăm o formațiune anormală într-o regiune slabă, mai mult sau mai puțin evidentă, în funcție de mărimea herniei și tipul de hernie.

- În claudicativ, la palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la oboseală e mai puțin evidentă, care se mărește la efortul de tuse.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

- La palpare se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie: la tuse se observă consistența care e diferită în funcție de tipul de hernie.

18.4. EXAMINAREA UNOR LEZIUNI (INFLAMAȚIE LOCALĂ, ENTORSA, LUXAȚIE, FRACTURI, PLAGI)

18.4.1. Inflamația locală

Infecția locală prezintă semne locale, cele mai evidente, la care se adaugă și semne generale, ca răspuns al organismului la agresiunea microbiană.

18.4.1.1. Semne locale

a) **Durerea** (dolor) cauzată de excitația receptorilor nervoși din zona inflamată și este cu atât mai puternică cu cât zona respectivă e mai bogat inervată și distinsă, arsură sau pulsată și este paralelă cu stadiul de dezvoltare al infecției (progresiv) până la colecție, când scade.

b) **Roseola** (rubor) - consecință a reacțiilor vasomotorii, datorită creșterii cantității de sânge și încetării circulației.

c) **Căldura** (calor) - datorită unei acțiuni metabolice și intensificării circulației în regiune.

d) **Tumefacția** (tumor) - datorită exsudatului, ca urmare a creșterii permeabilității.

e) **Impotența funcțională** (functio laesa) - diminuarea capacității funcționale sau chiar impotența funcțională a regiunii respective.

f) **Fluctuația** - dată de conținutul lichid (puroul) al unei infecții colective.

18.4.1.2. Semne generale

Semnle generale sunt date de febră, care este paralelă cu întinderea, stadiul infecției și reactivitatea organismului, frisonul, accelerarea pulsului, modificarea stărilor generale.

Ca semne umorale avem: leucocitoza, în special pe creșterea polinuclearelor neutrofile și creșterea VSH.

18.4.2. Entorsa

Entorsa este leziune traumatică închisă a articulațiilor, datorată unor mișcări forțate care depășesc amplitudinea fiziologică.

Prin aceasta se produc modificări temporare ale reperelor anatomice normale ale suprafețelor articulare, dar acestea revin la situația normală, spontan și imediat.

18.4.2.1. Simptomatologie

a) **durere** vie, spontană și la palpare, localizată în zona articulației, care se accentuează la mobilizare activă sau pasivă.

b) **impotență funcțională**;

c) **umeceri, poziție anormală** (de obicei în semiflexie);

d) **articulația e tumefiată**;

e) **prezența de echimoze**;

f) se pot evidenția **semne de colecție intraarticulară** (ex. șocul rotular);

și sunt mișcări anormale.
Examenul radiologic arată poziția normală a suprafețelor articulare.

18.4.2.2. Forme clinice

a) **entorsa** propriu-zisă (gradul I): întinderea elementelor ligamentare: durere și umeceri pe mobilizare.

b) **entorsa** gradul II: raportul ligamentar parțial: durere mai accentuată, umeceri, creșterea inflamației.

c) **entorsa** gradul III: se distingează rupturile ligamentare, capotarea sau deplasarea fibrocartilaginoasă intercondilare, tumefacție mare, impotență funcțională completă, mișcările articulare anormale.

18.4.3. Luxațiile

Luxația se caracterizează prin pierderea permanentă a raporturilor anormale dintre suprafețele articulare.

18.4.3.1. Simptomatologie

Accidentul prezintă:

18.4.3.1.1. Semne funcționale:

a) **durere** vie, focalizată la nivelul articulației, ce se exacerbează la tentativa de mobilizare activă sau pasivă;

b) **impotență funcțională completă**;

c) când sunt comprimate vasele și nervii, poate prezenta **parezezi, aneuriu**, sau **decedente**.

18.4.3.1.2. Examenul obiectiv:

a) **aspectul**:

- deformarea regiunii sau poziție vicioasă;

- echinocitate periariculară (la clevea zile);

- pulsură accentuată sau cvasuza atrag atenția asupra unor leziuni vasculare;

b) **palpare**:

- exacerbată durerea;

- modificarea raporturilor dintre reperele osoase;

- poziție vicioasă ce nu poate fi corectată.

Anamneza, examenul obiectiv și radiologic, care arată poziția suprafețelor articulare și eventualele fracturi, ne duc la diagnostic și în consecință la soluția teraputică.

18.4.4. Fracturile

Prin fractură se înțelege întreruperea parțială sau totală a continuității unui os.

18.4.4.1. Simptomatologie

În fracturi vom avea semne locale, de probabilitate și de certitudine și semne generale.

18.4.4.1.1. Semne locale

a) *Semne locale de probabilitate:*

- durere vie, persistentă, accentuată la mobilizarea pasivă sau activă;
- imposibilitatea funcționării parțiale în fracturile fără deplasare și unele în fracturile cu deplasare;
- deformarea regiunii prin deplasarea fragmentelor, continuarea hematomelor la focarul de fractură, scutecarea membrului în fracturi încălecate;

b) *Semne locale de certitudine:*

- mobilitate anormală în focarul de fractură;
- prezența creștărilor osoase;
- întreruperea continuității osului - la palpate.

Examenul radiologic arată prezența discontinuității, felul fracturii, existența multor focare de fractură pe același os (fractură cominativă), deplasarea fragmentelor osoase etc.

18.4.4.1.2. *Semnele generale.* În fracturile simple, semnele generale sunt neînsemnate: paloare, tahicardie, anxietate, iar tardiv febră de resorbție.

În cazul existenței fracturilor, concomitenți cu alte leziuni, în cazul politraumatismelor, semnele generale pot fi alarmante: insuficiență circulatorie acută sau respiratorie acută (în caz de hemopneumotorax), șoc traumatic, șoc hemoragic.

În cazul politraumatismelor, examinarea va cuprinde:

a) *Examinarea funcțiilor vitale:* circulație, respirație, S.N.C. - se vor rezolva aceste sindroame cu maximă urgență, urmând ca fracturile să fie rezolvate definitiv ulterior. În cazul că funcțiile vitale sunt echilibrate, se va trece la următoarea etapă.

b) *Examinarea funcțiilor și viabilității membrului lezât* - se va constata sensibilitatea extremității, circulația periferică, mobilitatea. Dacă toate sunt în ordine, se trece la o treia etapă.

c) *Examenul local* - se vor cerceta semnele de probabilitate și certitudine a fracturii, se vor lua măsurile terapeutice pentru rezolvarea ei.

18.4.5. Plăgile

Plăgile sunt leziuni traumatice caracterizate prin întreruperea continuității tegumentelor sau mucoasei. Agenți vulnearanți pot fi mecanici, termici și chimici.

Simptomele variază în funcție de felul plăgii, modalitatea de producere, caracterul anatomopatologic și reactivitatea organismului.

Ele pot fi de la plăgi simple, produse prin înșepături sau tăieturi, până la plăgi delabrante, penetrante sau perforante - afectând cavitățile naturale (craniană, pleurală, pericardică, peritoneală), precum și organele acestora.

În cadrul examinării unei plăgi în cazul unui politraumatism, se vor parcurge următoarele etape:

1) *Examinarea și evaluarea gravității leziunilor produse în urma accidentului:* natura (focul cranian, hemoragic, hemopneumotorax, hemopneumotorax, hemoragic, etc.), localizarea și extinderea leziunii, starea generală a pacientului (conștiență, etc.).

2) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

a) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

b) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

c) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

d) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

e) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

f) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

g) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

h) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

i) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

j) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

k) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

l) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

m) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

n) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

o) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

p) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

q) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

r) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

s) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

t) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

u) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

v) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

w) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

x) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

y) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

z) *În vederea evaluării complete a plăgilor se va face următoarea examinare:*

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 18

1. După definiția O.M.S., ce este starea de sănătate?

- absența oricărei boli;
- bunăstare fizică, psihică și socială;
- starea de bunădispoziție a individului;
- funcționarea corectă a tuturor aparatelor și sistemelor.

2. Prin depășirea rezervelor de adaptare funcțională se produc modificări ale homeostaziei și instaurarea unor semne incipiente de boală. Care din cele de mai jos sunt aceste semne?

- modificarea stării generale;
- scăderea numărului de hematii și leucocite;
- modificări ale ritmului cardiac și tensiunii arteriale;
- modificarea temperaturii, oboseala, cefaleea.

3. Cu ce se ocupă semiologia chirurgicală?

- știința care se ocupă cu descrierea, studiul și interpretarea simptomelor și semnelor omului bolnav;
- știința care se ocupă de tratarea omului bolnav;
- înțelegerea metodelor examenului clinic și interpretarea investigațiilor paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului;
- efectuarea după amănunț și ex. clinic a foilor de observație.

4. Ce este foia de observație?

- document de consemnare a stării bolnavului la internare și urmărirea lui în timpul spitalizării;
- document medical și medico-legal;
- document administrativ, contabil și juridic;
- document științific.

5. De ce foia de observație este un document științific?

- din studiarea foilor de observație se pot trage concluzii privind frecvența unor boli;

- b. - reprezintă un act în apărarea medicului și/sau a personalului care a îngrijit bolnavul;
c. - se pot trage concluzii privind eficiența tratamentului și rezultatele terapiei;
d. - consemnează date privind examenul clinic și paraclinic.
6. - **Ce considerente justifică fișa de observație ca document medico-legal?**
a. - în caz de internare pentru traumatisme consecutive unui accident de apăsare;
b. - se pot trage concluzii privind frecvența unor boli;
c. - act care vine în apărarea personalului medico-sanitar în cazul unei litigii pentru daune solicitate de pacient;
d. - consemnarea tuturor datelor care au dus la stabilirea diagnosticului, tratamentul efectuat și evoluția bolnavului.
7. - **Care din capitolele de mai jos ale fișei de observație se completează înainte de ieșirea bolnavului din spital?**
a. - protocolul operator;
b. - explorările paraclinice efectuate;
c. - evoluția bolii;
d. - epuiza.
8. - **Ce importanță are completarea precisă a datelor de identitate a bolnavului?**
a. - este o completare de rutină și în afară de numele, prenumele și vârsta, restul datelor nu are importanță;
b. - datele înscrise au importanță în identificarea bolnavului, în cercetarea fișei de observație anterioare în cazul unei noi internări;
c. - să vadă medicii din care provine bolnavul;
d. - în eventuale chemări la control și urmărirea evoluției în timp.
9. - **Ce importanță are consemnarea în F.O. a vârstei bolnavului?**
a. - nu are nici o semnificație;
b. - formă de identificare a bolnavului;
c. - vârsta reprezintă unele particularități în simptomatologia bolii;
d. - există unele boli mai frecvente sau specifice anumitei vârste.
10. - **Semnificația sexului în producerea unor boli:**
a. - nici o semnificație;
b. - unele boli sunt specifice sexului respectiv;
c. - frecvența mai mare la un sex decât la celălalt;
d. - evoluții diferite;
e. - particularități în depistare.
11. - **Care din datele de mai jos fac parte din anamneză?**
a. - motivele internării și istoricul bolii;
b. - examenul general al bolnavului;
c. - examenul obiectiv pe aparate;
d. - antecedentele personale și eredo-colaterale;
e. - condițiile de viață și muncă.
12. - **Ce se consemnează la motivele internării?**
a. - toate simptomele care supără bolnavul;
b. - un simptom sau o suferință dominantă;

- c. - frecvența a cel puțin 7-8 simptome;
d. - sunt cei mai desori trei simptome principale.
13. - **Le cauzele unor afecțiuni acute începem istoricul bolii cu:**
a. - antecedentele personale și eredo-colaterale;
b. - debutul bolii, fișă în care a început boala sau medicii;
c. - apariția simptomelor și dezvoltarea lor în timp;
d. - condițiile de viață și muncă.
14. - **Spre a avea o valoare semiologică, simptomele obținute din anamneză trebuie analizate cu privire la:**
a. - momentul apariției, intensitatea, periodicitatea, caracterul lor;
b. - momentul când au apărut;
c. - factorii declanșatori și de atenșare a simptomelor;
d. - modificările survenite la examenul obiectiv al aparatelor și sistemelor.
15. - **Ce pot arăta antecedentele personale fiziologice și patologice?**
a. - unele boli în antecedente care au legătură cu boala actuală;
b. - bolile infecțioase ale primei copilării, boli venerice, TBC, diabet, hipertensiune, intervenții chirurgicale;
c. - afecțiuni ale unor factori de mediu asupra organismului;
d. - examinările medicale anterioare.
16. - **Care din bolile de mai jos au un determinism strict ereditar?**
a. - diabetul zaharat, boala ulceroasă;
b. - hemofilie, anemie hemolitică congenitală;
c. - litiază biliară, hipertensiunea arterială;
d. - varicela, ateroscleroza.
17. - **Are vreo importanță aflarea ocupației sau nu în stabilirea diagnosticului?**
a. - da, sunt unele boli favorizate de ocupația bolnavului;
b. - nu, n-are nici o importanță;
c. - există unele boli profesionale;
d. - nu are importanță ocupația, ci condițiile de muncă și viață.
18. - **În antecedentele eredo-colaterale nu intră:**
a. - bolile membrilor familiei;
b. - decese din familie;
c. - vârsta părinților;
d. - vaccinările efectuate bolnavului.
19. - **În aprecierea condițiilor de locuit ce pot influența boala ne interesează:**
a. - numărul proprietăților;
b. - umiditatea din locuință;
c. - numărul persoanelor și al camerelor;
d. - încălzirea deficientă.
20. - **Care sunt examinările pe baza cărora se fundamentează diagnosticul?**
a. - anamneza;
b. - epuiza;
c. - examenul fizic obiectiv;
d. - evoluția bolii;

6. - examenele paraclinice.
21. - Examenul clinic general cuprinde:
- privire generală asupra bolnavului, ex. feței, mucoaselor, limbelor;
 - examenul aparatului respirator și circulator;
 - examenul țesutului conjunctiv-adipos, sistemului muscular, osano-articular;
 - examenul biochimic al sângelui, LCR, urinei.
22. - La primul contact cu bolnavul și în timpul efectuării anamnezei, se obțin o impresie generală asupra bolnavului; care sunt aspectele pe care le semnalăm?
- starea generală a bolnavului, atitudinea în pat, starea în picioare, mișcările bolnavului;
 - starea aparatelor respirator și circulator;
 - constituția și tipul constituțional, starea de nutriție, starea psihică;
 - starea ganglionilor limfatici, a sistemului muscular, a glandelor endocrine.
23. - În care din situațiile de mai jos putem vorbi despre gigantism?
- bolnavul are înălțimea de 170-180cm;
 - creșterea depășește peste 20% media pentru populație;
 - creșterea depășește 5-7% media pentru populație;
 - creșterea este sub media înălțimii populației.
24. - La ce tip constituțional este mai frecvent infarctul miocardic?
- picnic-astetic;
 - longilinc;
 - astenic;
 - nu există nici o diferență.
25. - Faciesul de "spaimă înghețată" cu exoftalmie bilaterală, privire vită, apare în:
- boala Cushing;
 - boala Basedow;
 - hipotiroidie;
 - insuficiență cardiacă.
26. - Facies cu aspect buhăit, cu tegumentele feței uscate, infiltrate, palide, apare în:
- boala Basedow;
 - colecistită și apendicită acută;
 - insuficiență renală;
 - mixedem.
27. - Faciesul pletoric cu telangectazii apare la:
- hipertensivi;
 - obezi;
 - bolnavii cu pneumonie;
 - aterosclerotici.
28. - Faciesul hipocratic - bolnavi palizi, cenușii-cianotici, cu obraji supți, nas ascuțit, ochii infundați în orbite, îl avem în:
- ulcer gastro-duodenal perforat;
 - faza de șoc compensat;
 - stadiile tardive ale peritonitelor;
 - cardiopatiile congenitale cianogene.
29. - Facies ciliar - cu pomeți aprinși, apare în:
- pneumonie;
 - hipertensiune arterială;
 - insuficiență respiratorie acută;
 - nec decompensat.
30. - Facies de "lună plină" apare în:
- cardiopatiile cianogene;
 - mixedem;
 - sindromul Cushing;
 - hipertensiune arterială.
31. - Privesi generalizate pot fi întâlnite în:
- boli hepatice însoțite de icter;
 - anem. megaloc.
 - leucemia, manifestări paraneoplastice;
 - hiperfoliculosemie.
32. - Privesi localizate genitale poate apărea în:
- peritonite intestinale;
 - diabet;
 - ciroze vitaminice;
 - alergii medicamentoase;
 - meningită.
33. - Privesi nazale poate apărea în:
- manifestări paraneoplastice, icter;
 - diabet, meningită;
 - anem. megaloc., hipertoliculosemie;
 - ciroze vitaminice, alergii medicamentoase.
34. - Palsoarea pielii marcată "ca hârtia", recte, se poate găsi în:
- anemie acută hemoragică;
 - cancer;
 - anemie pernicioasă;
 - icter.
35. - Palsoarea pielii "galben pai" putem găsi în:
- hepatită acută virală;
 - cancer gastric;
 - anemie hemolitică;
 - anemie acută hemoragică.
36. - Care sunt caracteristicile cianozelor pulmonare comparativ cu cianoza prin stază?
- cianoza prin stază este rece, predomină la extremități;
 - cianoza pulmonară se însoțește de edeme de stază;
 - cianoza pulmonară este caldă, interesează limba și mucoasele, nu dispăre prin frecarea lobului urechii;
 - au același mecanism și numai examenul obiectiv și paraclinic le poate diferenția.
37. - În ce afecțiuni poate apărea purpura?
- boli infecto-contagioase (rujeolă, scarlatină);

- b. - viziile și transpirații;
c. - hemoragii difuze subcutanate în trunchi și membre;
d. - alergii medicamentose și alimentare.
38. - Clinic, edemele se caracterizează prin:
a. - mărirea de volum a regiunii;
b. - nădădă circulatorii;
c. - pierderea reflexurilor autonome normale;
d. - creșterea temperaturii locale și roșeață a tegumentelor.
39. - Care sunt edemele produse de cauze locale?
a. - edemul cardiac;
b. - edemul inflamator;
c. - edemul hepatic;
d. - edemul alergic.
40. - Ce culoare au tegumentele în edemul renal?
a. - cianotic;
b. - roșu;
c. - albe;
d. - alb-purpuriu.
41. - Care din edemele de mai jos este durvru?
a. - cardiac;
b. - hepatic;
c. - alergic;
d. - inflamator.
42. - În ce edem temperatura locală este scăzută?
a. - renal;
b. - hepatic;
c. - cardiac;
d. - alergic.
43. - În ce formă de edem temperatura este normală?
a. - renal;
b. - cardiac;
c. - inflamator;
d. - hepatic.
44. - Cum se prezintă tegumentele în caz de deshidratare?
a. - palide, temperatură scăzută;
b. - uscate, temperatură normală;
c. - descumate, la palpare prezintă plu cutanat persistent;
d. - întinse, lucioase.
45. - Cum sunt ganglionii în procesele inflamatorii acute?
a. - măști de volum, duri;
b. - măști de volum, moi;
c. - dureroși;
d. - nedureroși.
46. - Apariția unei tumefacții musculare localizate, care apare în urma unui traumatism, în repaus și dispare în timpul contracției, ne sugerează că este vorba de:
a. - hematom;

- b. - leziuni articulare;
c. - leziuni musculare locale;
d. - leziuni musculare periferice.
47. - Ce simptome observăm la inspecția aparatului respirator?
a. - hiperemia nazală; eventual scurgere de sânge nazal și cefalee;
b. - tuse;
c. - respirație normală;
d. - respirație anormală.
48. - Care sunt semnele respirației pe minut pot fi înscrise ca tahipnee?
a. - 10 respirații;
b. - 12 respirații;
c. - 14 respirații;
d. - 24 respirații.
49. - În ce afecțiuni putem întâlni respirația Cheyne-Stokes?
a. - în congestii;
b. - în infarctul miocardic;
c. - în infarctul pulmonar;
d. - în infarctul cerebral.
50. - Care este caracteristica respirației Kussmaul?
a. - respirație profundă, constantă, administrare de opioace;
b. - respirație profundă, constantă, administrare de opioace;
c. - respirație profundă, constantă, administrare de opioace;
d. - respirație profundă, constantă, administrare de opioace.
51. - Respirația tip Biot o întâlnim în:
a. - traumatisme toracice;
b. - comă diabetică, uremică;
c. - procese expansive cerebrale, meningite, stări agonice;
d. - boli infecțioase.
52. - Respirația paradoxală o întâlnim în:
a. - traumatisme toracice cu volet costal;
b. - traumatisme abdominale;
c. - traumatisme cranio-cerebrale;
d. - traumatisme ale membrilor.
53. - La percusie pulmonară putem întâlni matitate bazală, care poate fi cauzată de:
a. - inflamație pulmonară;
b. - infarct pulmonar;
c. - plămân;
d. - chist hidatic pulmonar.
54. - Unde palpm în mod normal șocul apical?
a. - spațiul V intercostal stâng pe linie medio-claviculară;
b. - spațiul III intercostal parasternal stâng;
c. - la mijlocul sternului;

- d. - spațiul V intercostal stâng pe bătă axilară internă.
85. - Care este ritmul cardiac normal?
- 60-80 bătă/minut;
 - 80-90 bătă/minut;
 - 90-100 bătă/minut;
 - 100-120 bătă/minut.
86. - La inspecția abdominală putem constata prezența circulației subderale în afecțiuni a putem întâlni?
- ulcer panco-duodenal;
 - hipertensiune arterială;
 - ciroză hepatică;
 - insuficiență cardiacă.
87. - Dispariția matității hepatice poate fi întâlnită în:
- pneumoperitoneu, datorită perforației unui organ cavită;
 - demulsiu;
 - ocluzie intestinală;
 - ciroză hepatică.
88. - Matitatea deplasabilă în flancuri poate fi produsă de:
- hemoragie internă;
 - acid;
 - ocluzie intestinală;
 - enterocolică.
89. - Urina neagră ca berea poate fi întâlnită în:
- hepatită acută virală;
 - traumatism renal;
 - litiază renală;
 - tumor renală.
90. - Urina hematurică poate fi întâlnită în:
- litiază renală;
 - insuficiență renală acută;
 - insuficiență cardiacă;
 - tumor renală;
 - traumatisme ale vezicii urinare.
91. - Care din datele de mai jos nu le va cuprinde examenul local?
- descrierea ambumită a semnelor clinice decelate la organul sau regiunea pentru care s-a făcut inspecția;
 - starea generală a bolnavului;
 - în cazul unei formațiuni tumorale se va descrie forma, mărimea, mobilitatea, raporturile cu organele vecine, examenul ganglionilor;
 - examele paraclinice.
92. - Când se completează protocolul operator?
- în timpul intervenției chirurgicale;
 - la terminarea intervenției chirurgicale;
 - după sosirea examenului histopatologic al piesei excizate;
 - după sosirea examenului citologic și bacteriologic al lichidelor recoltate.
93. - Ce date nu va cuprinde protocolul operator?
- descrierea timpilor operatorii, a examenului intraoperator al leziunilor;

- intervalele operatorii efectuate;
 - explorările paraclinice efectuate în timpul operației și rezultatul examinării intraoperatorii;
 - examenul histopatologic al piesei excizate și examenul citologic și bacteriologic al lichidelor recoltate în timpul operației;
 - Când se comunică evoluția bolii?
- imediat după ce s-a terminat la chirurgia zile;
 - după la bolnavii cu evoluție bună;
 - la bolnavii scuti în cazurile foarte grave, între 15 și 18 minute;
 - la funcția de evoluția bolii și medicul prescript.
94. - Ce se va comunica în fața de temperatură?
- temperatura, pulsi, T.A.
 - evoluția bolnavului;
 - dozarea, administrarea unor medicamente;
 - regimul alimentar.
95. - Pe baza epurării se întocmește:
- fișa clinică de mișcare a bolnavilor;
 - regimul alimentar;
 - titlul de ieșire sau carnetul de ieșire al bolnavului;
 - raportul de internare și ieșire a bolnavilor din secție.
96. - Există o diferență între temperatura axilară și cea rectală?
- nu există nici o diferență;
 - temperatura rectală este cu 0,3-0,5°C mai mare decât cea axilară;
 - temperatura axilară este cu 0,3-0,5°C mai mare decât cea rectală;
 - temperatura rectală normală este 37,5°C.
97. - Temperatura sublinguală cum se prezintă față de temperatura axilară?
- este aceeași;
 - este mai mică cu 0,5°C;
 - este mai mare cu peste 1°C;
 - este mai mică cu 1°C.
98. - Cum catalogăm temperatura de 38,39°C?
- stare subfebrilă;
 - febră moderată;
 - febră ridicată;
 - febră foarte ridicată.
99. - La re-boli neinfecțioase poate apărea febră?
- H.T.A., aritmie cardiacă, emfizem pulmonar;
 - neoplazii în stadiu avansat, leucemii, distrofii tisulare după intervenții chirurgicale;
 - emboliei, nevralgie intercostală, cefalee;
 - colecistită cronică, ulcer duodenal, litiază renală.
100. - La care din afecțiunile de mai jos creșterea temperaturii este bruscă?
- colecistită acută, TBC pulmonar;
 - pneumonie;
 - gripă, erizipelul;
 - boala trombotică, apendicita acută.

72. - Ce înseamnă scăderea în firă a temperaturii?
- scăderea lentă progresivă;
 - scăderea bruscă;
 - scăderea moderată;
 - scăderea oprită, urmată de ascensiune și în final scăderea definitivă a temperaturii.
73. - Ce înseamnă febră continuă?
- febra de dimineață și seara este aceeași mai mult zile;
 - între febra de dimineață și seara diferența este mai mică de 1°C;
 - febră mare, mai mult zile, în care nu au importanță variațiile temperaturii de dimineață și seară;
74. Când vorbim despre febră remitentă?
- când diferența între febra matinală și seara depășește 1°C;
 - alternanță în timp de 24 ore ale febrei;
 - diferență mai mică de 1°C;
 - când variază perioadele afebrile cu creșterea febrei.
75. - Ce înseamnă scăderea în criză a febrei?
- scăderea lentă progresivă;
 - scăderea bruscă;
 - scăderea în scară a febrei;
 - ascensiunea febrei urmată de scădere în mai multe reprize.
76. - În ce afecțiuni întâlnim febră hectică?
- pneumonie, tifo, holeră;
 - infecții urinare, supurații pulmonare;
 - pancreatită acută edematoasă;
 - septicemii.
77. - Ce înseamnă febră intermitentă periodică?
- oscilații deosebit de mari ale febrei în curs de 24 ore;
 - creșterea febrei de 2-3-4 zile, urmată de perioade afebrile;
 - ascensiune termică ce se repetă periodic;
 - ascensiunile termice survin la intervale foarte neregulate și înbracă formă de puseu.
78. - În ce afecțiuni putem întâlni febră recurentă?
- infecții bilare, limfogranulomatoză malignă;
 - pneumonie, oșcă;
 - boli infecțioase, septicemii;
 - leptospiroze.
79. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
80. - Care din medicamentele de mai jos modifică caracterul febrei?
- hemostaticele și antihipertensivele;
 - antibioticele, chimioterapicele;
 - vasodilatatoarele, anticoagulantele;

81. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
82. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
83. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
84. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
85. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
86. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
87. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
88. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
89. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.
90. - Ce este febra de tip invers?
- temperatura neregulată;
 - temperatura mai ridicată dimineața decât cea seara;
 - alternanța temperaturii în cursul unei zile;
 - temperatura care înbracă caracter imprevizibil.

- b. - se însoțește de paloare și febră, transpirații profuze;
c. - localizată în regiunea occipitală, apare noaptea;
d. - este însoțită de amețeli, tulburări vizuale, vălmășig în urechi.
90. - Cum se manifestă cefaleea frontală?
a. - durere oculară, pulsantă, unilaterală;
b. - durere difuză ce merge spre vertex;
c. - durere ce merge din regiunea unghiului intern al ochiului spre occipital;
d. - durere tunecă, cu caracter progresiv.
91. - Care sunt caracteristicile cefaleei produse de un proces tumoral intracranial?
a. - durere cu localizare variată în funcție de localizarea procesului tumoral;
b. - durere intermitentă cu caracter pulsant;
c. - durere tenace cu caracter progresiv;
d. - durere sub formă de sfredele, krivuri de clocan în regiunea frontală.
92. - Asupra căror date vom insista în anamneza unei dureri?
a. - modul de debut, localizarea și iradierea durerii;
b. - modificări ale culorii tegumentelor, apariția unor erupții sau pete roșii;
c. - circumstanțele apariției, caracterul durerii, simptome asociate;
d. - modificări ale tensiunii arteriale și diurezei.
93. - În care din afecțiunile de mai jos debutul durerii poate fi brusc?
a. - procese inflamatorii pleurale;
b. - pneumotorax spontan;
c. - inflamații utero-aneuriale;
d. - ulcer gastro-duodenal perforat.
94. - Durere toracică cu caracter constricțiv retrosternal, cu iradiere spre gât și brațul stâng întâlnim în:
a. - pneumonie, pleurezie;
b. - cardiopatie ischemică dureroasă, angor pectoris;
c. - nevralgie intercostală;
d. - afecțiuni esofagiene.
95. - Durerea în hipocondrul drept cu iradiere în umăr și în spate poate fi provocată de:
a. - ulcer duodenal;
b. - colică intestinală;
c. - colică hepatică;
d. - colică renală.
96. - Durerea colicativă este caracteristică organelor:
a. - intestin, căi biliare;
b. - nervi intercostali, pleură;
c. - pelvisul renal, uretere;
d. - stomac, duoden.
97. - Durerea sub formă de claudicație intermitentă apare în:
a. - varice;
b. - sindrom de ischemie cronică periferică;
c. - sindromul de ischemie acută periferică;

- d. - sindromul de ischemie cronică.
98. - Durerea continuă violentă, alarmantă, cu prăbușirea stării generale poate apărea în:
a. - ulcer gastro-duodenal perforat;
b. - colecistă acută;
c. - chistul intestinal;
d. - infarct miocardic.
99. - Durerea toracică însoțită de colaps se poate întâlni în:
a. - pneumonie, embolie pulmonară;
b. - infarct miocardic, embolie pulmonară;
c. - TBC pulmonară, neoplasm pulmonar;
d. - durere în epigastru, calmată de alimente întâlnim în:
a. - ulcer gastric;
b. - ulcer duodenal;
c. - colecistită calculoasă;
d. - gastrită cronică.
100. - Durere abdominală difuză, însoțită de diaree, întâlnim în:
a. - colică intestinală;
b. - colică spastică;
c. - enterocolită acută;
d. - apendicită acută.
101. - Durere în hipocondrul drept, însoțită de grețuri și vărsături bilioase, ne îndreptățește să căutăm cauza de:
a. - colică hepatică;
b. - gastroenterită;
c. - colică cronică;
d. - colică renală.
102. - Vărsăturile centrale pot fi provocate de:
a. - meningite, hemoragii cerebrale;
b. - scorbvitolagie, vărsături datorate afecțiunilor stomacului;
c. - administrarea de apomorfina, eter, nicotină;
d. - oculari intestinale, pancreatită acută.
103. - Vărsăturile esofagiene au următoarele caractere:
a. - sunt precedate de greață și plenitudine epigastrică;
b. - sunt simple regurgitații;
c. - conțin mucus, salivă, alimente foarte puțin modificate;
d. - se însoțesc de efort de vărsături.
104. - Vărsăturile cu punct de plecare intestinal au următoarele caractere:
a. - nu se însoțesc de plenitudine epigastrică;
b. - nu sunt precedate de greață și mișcări antiperistaltice;
c. - sunt precedate de greață și se însoțesc de eforturi de vărsături, cu atât mai mari cu cât conținutul gastric este mai redus;
d. - nu sunt abundente.

106. - În care din situațiile de mai jos apar vărsături sporadice?
- boală ulcerasă, colecistită;
 - stenoză pilorică, ocluzii intestinale;
 - indigestie, infarct miocardic, administrare de morfină și digitale;
 - dilatație acută de stomac, holera;
107. - Vărsăturile cu lichid mult și resturi alimentare consumate cu 2-3 zile înainte sunt caracteristice în:
- ocluzii intestinale;
 - stenoză pilorică;
 - hemoragie digestivă superioară;
 - dilatație acută de stomac;
108. - Vărsătura cu conținut negricios cu zeul de cafea, se îndrăgă spre diagnosticul de:
- puncție acută;
 - dilatație acută de stomac;
 - stenoză pilorică;
 - hemoragie digestivă superioară;
109. - Vărsăturile care apar după 4-6 ore după masă se întâlnesc în:
- ulcer gastric;
 - gastrită cronică la alcoolici;
 - ulcer duodenal;
 - gastroduodenită cu stază duodenală;
110. - Vărsăturile postoperatorii tardive se datorează:
- complicațiilor postoperatorii: ocluzie intestinală, pancreatită, peritonie;
 - anestezie;
 - tracțiunilor din timpul intervenției chirurgicale;
 - medicației administrate;
111. - Ce este lipotimia?
- pierderea pentru scurt timp a conștienței cu păstrarea funcțiilor vegetative;
 - pierderea completă a conștienței pentru o perioadă de timp;
 - pierderea incompletă a conștienței cu modificări importante ale funcțiilor vitale;
 - prăbușire - tensiunii arteriale pentru o perioadă scurtă de timp;
112. - Trecerea în decubit dorsal a unui bolnav cu lipotimie duce la:
- reluarea rapidă a circulației cerebrale și a conștienței și stării generale;
 - revenirea din lipotimie este rapidă;
 - după revenire bolnavul este perfect orientat și tonic;
 - după revenire persistă un grad de obnubilare și astenie;
113. - Ce este sincopa?
- pierderea incompletă a stării de conștiență, cu păstrarea funcțiilor vegetative;
 - pierderea bruscă a conștienței și lucidității, cu abolirea funcțiilor vitale;
 - pierderea completă a conștienței cu păstrarea funcțiilor vitale;
114. - Care din factorii de mai jos pot contribui la producerea sincopelor?
- boala infarct miocardică și infarctele chirurgicale;
 - unele reflexe ce acționează asupra centrilor nervoși ducând la modificarea activității sistemului de simț;
 - scăderea bruscă și importantă a debitului cardiac și modificarea importantă a compoziției sanguine;
 - unele maligne, bolile de sânge, traumatisme;
115. - Coma se caracterizează prin:
- pierderea totală sau parțială a conștienței;
 - abolirea voluntății superioare;
 - pierderea reflexilor adrevali la stimuli din lumea exterioară;
 - funcțiile vegetative importante: respirația și circulația plămâni, dar cu modificări de gravitate variabilă;
116. - Care din cauzele de mai jos pot produce coma de cauză encefalică?
- accidente vasculare cerebrale;
 - dischilibrul hidroelectrolitic;
 - traumatisme craniocerebrale;
 - supradozajul medicamentelor accidentale sau voluntare;
117. - Comete toxice pot avea drept cauză:
- tumori cerebrale;
 - insuficiență renală acută, uremie;
 - diabet insulinar;
 - intoxicații cu CO, alcoolism acut;
118. - Coma hiperglicemică se caracterizează prin:
- respirație intensă, oligurie, albuminurie;
 - limbă și piele uscate, halenă cu miros de acetonă, areflexie, tegumente cianotice, pupile midriatice;
 - ască, halenă fetidă;
 - fragilitate vasculară, gingivoragii, hemoragii digestive;
119. - În coma hepatică putem găsi:
- hepatomegalie, ască;
 - tremurături, hiperexcitabilitate;
 - icteric, halenă fetidă, steluțe vasculare;
 - tegumente cianotice, limba și pielea uscate;
120. - În coma uremică găsim:
- oligurie, tremurături;
 - oligurie, albuminurie;
 - limba și pielea uscate, pupile midriatice;
 - fragilitate vasculară, gingivoragii, hemoragii digestive;
121. - În coma epileptică este prezentă:
- incontinență de urină;
 - polurie;

- c. - ritmul de urină;
d. - ampie.
122. - În care din comele de mai jos putem avea hipotermie sau normotermie?
a. - coma diabetică;
b. - coma uremică;
c. - coma de cauză encefalică;
d. - coma hepatică.
123. - Ce caracterizează coma de gradul II?
a. - pierdere manifestă a conștienței, reacțivitate foarte scăzută și numai la stimuli foarte puternici;
b. - posibilitate de trezire clinică, de alimentare spontană și activă;
c. - dezechilibrare funcțională, alimentație orală deficitară, controlul sferectelor pierdut;
d. - umplut laringian al deglutiției este dispărut.
124. - Ce semne găsim în coma de gradul IV?
a. - activitate encefalică suprăscăzută;
b. - E.E.G. arată traseu izoelectric;
c. - tulburările vegetative cardio-respiratorii sunt manifeste;
d. - viața mai persistă prin automatismul local al cordului și poate fi îndelung timp limitat cu ajutorul resuscitării.
125. - Care este deosebiră între tumefacție și tumoră?
a. - sunt două noțiuni care explică același fenomen;
b. - tumefacția este un termen generic care desemnează orice deosebită în plus a reliefului normal al părții sau unui organ;
c. - tumora este o noțiune specifică care desemnează o proliferare anormală și persistentă, care persistă și are tendință de creștere;
d. - tumefacția se poate datora unei tumori, hernii, procesului inflamator.
126. - Care din chisturile de mai jos conține retenția secrețiilor unor glande?
a. - chistul dermoid;
b. - chistul hidatic;
c. - chistul sebaceu;
d. - chistul pilonidal.
127. - O hernie inghinală congenitală se produce datorită:
a. - lipsei coborârii testiculului în scrot;
b. - persistenței canalului ombilical;
c. - persistenței canalului peritoneo-ovarian;
d. - slăbirii musculaturii și aponevrozelor mușchilor lași abdominali.
128. - Exteriorizarea subcutanată a unor organe abdominale pe linia unei vechi cicatrice operatorii, după efort este:
a. - hernie;
b. - eviscerație;
c. - eventrație;
d. - hematomi supraaponevrotice.

129. - În ce situație trebuie operată o hernie de urgență?
a. - când hernia este voluminoasă și a pierdut după la tuncion;
b. - când chistul ganglionar la contact cu testiculul;
c. - când hernia se strangulează;
d. - când hernia este indurabilă prin abstracție în sus.
130. - În ce situații trebuie să operăm de urgență o tumoră benignă?
a. - în caz de sângerare profusă;
b. - în caz de supurație, care duce la perturbarea circulației și necroza ganglionilor;
c. - în caz de malignitate;
d. - în caz de compresie a organelor vecine.
131. - După ce criterii facem studiul tumorilor maligne?
a. - mărimea în raport cu înălțimea tumorilor din jur;
b. - după mărimea tumorii, prezența ganglionilor, limfatică și extinderea peritoneală;
c. - după producerea metastazelor la distanță;
d. - după înălțimea ganglionilor limfatici.
132. - Care din semnele inflamației se datorează creșterii permeabilității capilare?
a. - roșeață, durere;
b. - căldură, durere;
c. - roșeață, funcție locală;
d. - durere, durere.
133. - Principalele semne care pun diagnosticul de entorsă:
a. - durere spontană și la palpare la nivelul articulației, imobilitate funcțională a articulației;
b. - înțepătură funcțională, modificarea raporturilor dintre reperele osoase;
c. - mișcări anormale, crepitații osoase;
d. - excizia la Rx a fragmentelor osoase simbrice.
134. - În entorsa de gradul II avem:
a. - lăzări ale capsulei și ligamentelor;
b. - rupturi ligamentare parțiale;
c. - mobilitate articulară anormală;
d. - durere accentuată, edem, roșeață în jurul articulației.
135. - Prin ce se caracterizează o luxație?
a. - lăzări ale capsulei și ligamentelor;
b. - pierdere permanentă a raporturilor anatomice normale dintre suprafețele articulare;
c. - deformarea regiunii și imobilitate funcțională;
d. - lăzări ale conținutului osos, prezența de crepitații osoase.
136. - Care sunt semnele sigure ale unei fracturi?
a. - mobilitate anormală în focalul de fractură;
b. - durere foarte persistentă, accentuată la mobilizare activă sau pasivă;
c. - imobilitate funcțională.

- d. - prezenta creșterilor osoase și întreruperea continuă a osului la palpare.
137. - Care este prioritatea rezolvării în politraumatism?
- a. - reducerea fracturilor și imobilizarea în aparat gipsat;
- b. - rezolvarea insuficienței respiratorii și circulatorii și suturea, se va rezolva fractura;
- c. - rezolvarea concomitentă a necenzurii cardio-respiratorii și a fracturilor;
138. - Ce trebuie să examinăm la o plagă la nivelul peretelui abdominal?
- a. - lungimea și profunzimea plăgii;
- b. - dacă plaga este penetrantă sau nu;
- c. - mecanismul de producere a plăgii;
- d. - dacă există hemoragie sau scurgere de lichid (urc, gaură, fistul, intestin).

Capitolul 19 ÎNGRIJIRILE PREOPERATORII

Verificați-vă cunoștințele

19.1. Noțiuni generale privind îngrijirea preoperatorie	533
19.1.1. Stabilirea riscului operator	533
19.1.2. Punerea bolnavilor în secție	534
19.2. Pregătirea psihică a bolnavului	536
19.3. Explorarea paraclinică a bolnavului chirurgical	536
19.3.1. Explorarea sângelui	536
19.3.1.1. Analizele hematologice	537
19.3.1.2. Analizele biochimice ale sângelui	538
19.3.1.3. Alte analize ale sângelui	538
19.3.2. Examenul de urină	539
19.3.3. Alte examene de laborator	539
19.3.4. Explorarea aparatului respirator	539
19.3.4.1. Explorări radiologice	539
19.3.4.2. Explorări endoscopice	539
19.3.4.3. Alte metode folosite pentru investigarea aparatului respirator	540
19.3.4.4. Examenul sputei	540
19.3.4.5. Examenul lichidului pleural	540
19.3.4.6. Explorarea funcțională respiratorie	540
19.3.4.7. Cercetarea gazelor din sânge	541
19.3.5. Explorarea aparatului cardio-vascular	541
19.3.5.1. Metode neinvazive	541
19.3.5.1.1. Examenul radiologic standard al inimii și vaselor mari	542
19.3.5.1.2. Arteriopletzografia carotidiană	542
19.3.5.1.3. Probe exploratorii cu ajutorul curentilor	542
19.3.5.1.4. Ecocardiograma	542

19.3.3.1.5. Probe de determinare a stăruirii cindulării	546
19.3.3.1.6. Probe cu ajutorul izotopilor tehnici	547
19.3.3.2. Metode invazive	548
19.3.4. Explorarea aparatului digestiv	549
19.3.4.1. Examenul radiologic	549
19.3.4.2. Examenul endoscopic	550
19.3.4.3. Explorarea cu ultrasunete (ecografie)	551
19.3.4.4. Explorarea cu izotopi radioactivi	552
19.3.4.5. Tomografia computerizată și R.N.M.	553
19.3.4.6. Alte examene utilizate în explorarea digestivă	554
19.3.7. Explorarea aparatului urinar	555
19.3.7.1. Explorarea radiologică	555
19.3.7.2. Explorarea endoscopică	556
19.3.7.3. Alte examene utilizate în explorarea aparatului urinar	557
19.3.7.4. Explorarea funcțională ale aparatului urinar	558
19.3.7.5. Examenul bacteriologic	559
19.3.8. Explorarea glandelor endocrine	560
19.4. Pregătirea fizică a bolnavilor fără risc operator	561
19.5. Pregătirea bolnavilor denușit	562
19.5.1. Pregătirea bolnavilor anemici	562
19.5.1.1. Anemia acută	562
19.5.1.2. Anemia cronică	563
19.5.2. Pregătirea bolnavilor digestivi	564
19.5.2.1. Pregătirea bolnavilor esofagiari	564
19.5.2.2. Pregătirea bolnavilor pentru intervenții pe stomac	565
19.5.2.3. Pregătirea bolnavilor cu stenoză pilorică	566
19.5.2.3.1. Stenoză pilorică ulcerată	566
19.5.2.3.2. Stenoză neoplazică	567
19.5.2.3.3. Pregătirea bolnavilor cu ulcer perforat	568
19.5.2.3.4. Pregătirea bolnavilor cu hemoragie digestivă superioară	569
19.5.3. Pregătirea bolnavilor pentru intervenții pe colon	570
19.5.3.1. Pregătirea bolnavilor cadio-vasculari	570
19.5.3.1.1. Pregătirea bolnavilor cardiaci	570
19.5.3.1.2. Pregătirea bolnavilor vasculari	571
19.5.3.2. Pregătirea bolnavilor pulmonari	572
19.5.3.2.1. Pregătirea bolnavilor cu stenoză plămân	572
19.5.3.2.2. Pregătirea bolnavilor pentru intervenții pe plămân	573
19.5.3.3. Pregătirea bolnavilor hepatici	574
19.5.3.3.1. Pregătirea bolnavilor renali	575
19.5.3.3.2. Pregătirea bolnavilor diabetici	576
19.5.3.3.3. Pregătirea bolnavilor decompensați	577
19.5.3.3.4. Pregătirea bolnavilor obezi	578
19.5.3.3.5. Pregătirea bolnavilor hipertensivi	579
19.5.3.3.6. Pregătirea bolnavilor alergici	580

19.6. Ingrijirea din perioada operatorie	586
19.7. Ingrijirea din perioada postoperatorie	587
19.8. Condițiile logice (normale) ale îngrijirii	588
19.9. Condițiile logice (normale) ale îngrijirii	589

19.1. NOTIUNI GENERALE PRIVIND ÎNGRIJIREA PREOPERATORIE

Orice intervenție chirurgicală constă în risc, și deci cu atât mai mult în caz de intervenție pe organe vitale, cu cât prezintă o serie de riscuri, cu cât este mai mare de a intervenții de urgență. Căci nu se pot conștientiza toate deficiențele înainte de a interveni, iar bolnavul care este supus unei intervenții operatorii trebuie să fie în condiții de siguranță la momentul intervenției.

În perioada de pregătire a bolnavului se disting 3 perioade:

- 1. perioada examinării bolnavului;
- 2. perioada pregătirii operatorii;
- 3. perioada intervenției chirurgicale;
- 4. perioada anesteziei și operatorii;
- 5. perioada după operație.

În îngrijirea preoperatorie trebuie să respectăm trei reguli de bază:

- 1. Prima regulă a îngrijirii preoperatorii o constituie realizarea unor condiții de mediu care să împiedice noi traumatisme psihice. Camera bolnavului, patul, personalul medical care îl îngrijește trebuie să fie organizate în așa fel încât să asigure o bună îngrijire a bolnavului.
- 2. A doua regulă este cunoașterea temeinică a bolii bolnavului, și a bolii.
- 3. A treia regulă este cunoașterea temeinică a bolii bolnavului, și a bolii.

În a doua perioadă trebuie să luăm în considerare următoarele aspecte: diagnosticul trebuie să folosească toate datele clinice, radiologice, de laborator, explorare toate constanțele biologice ale bolnavului.

A treia regulă este ca medicul, anestezistul medical să știe să vorbească cu bolnavul, să îl liniștească, să îl încurajeze, astfel ca el să considere personalul medical ca pe cineva cu care să se poată înțelege, și astfel convingerea că echipa chirurgicală va depune toată grija pentru medicarea sa.

Leptarea cu bolnavul trebuie să se prelungească și în perioada postoperatorie, astfel ca mai târziu el să se convingă că este bine îngrijit și în siguranță.

19.1.1. Stabilirea riscului operator

În orice intervenție chirurgicală există riscul operator. Riscul mai sau mai mare este determinat de următoarele factori:

- 1. Riscul (A) - intervenție chirurgicală mică sau mijlocie, la un bolnav fără tare majore.
- 2. Riscul (B) - operație majoră la un bolnav care prezintă o boală de sistem preexistentă sau compensată (ex.: diabet, astm, obezitate, I.T.A. compensată).

534

534

534

534

534

534

534

534

534

534

534

100

100

100

100

100

100

100

100

100

10

100

100

100

100

100

19.3.1. Explorarea sângelui

19.3.1.1. Analizele hematologice

Exprimă determinarea numărului hematiilor, leucocitelor, trombocitelor, hemoglobinei (Hb), hematocritului, formula leucocitară, V.S.H., studiul mării eritrocitelor, precum și explorarea hemostazei (T.S. și T.C., timpul Quick, timpul de coagulare, Howell, coagulograma etc.), determinarea grăului sanguin și Rh etc.

a) **Numărul de hematii** în mod normal este de 4,5 - 5 milioane/mm³. Scăderea acestuia de diferite cauze, în hemagogii poate fi crescută în eritropoietică, scădere în regimul înalt, sau patologic în scleroză pulmonară, în poliglobulia la fumători se pot găsi modificări de talie (macrocit, microcit), anoziof de fund (microcit, celule "în inel" - influențe în talionie) sau anoziof de coborâtare (hipocromie, anisocromie etc.).

b) **Hemoglobina** - normal este de 12-15 g%, mai crescută la bărbați și mai scăzută la femei. Scăderea hemoglobinei se poate observa în diferite anemii, în special hipocromie, hemoragii, infecții acute și cronice, în intoxicații.

c) **Hematocritul** - raportul dintre componentele solide ale sângelui și plasma (plasma). Normal este de 40-45%, scade în hemagogii, la hiperhidratare, anemie atle de sex și crește în jocul prin arsuri (datorită plasmocitosei), șoc prin dehidratare, în poliglobulia etc.

d) **Numărul de leucocite** este de 6000-8000/mm³, creșterea numărului de leucocite (leucocitoză) o întâlnim în procesele inflamatorii acute (abces, flemon, apendicită, afecțiuni acute inflamatorii ale diferitelor organe - pneumonie, colecistită acută, apendicită acută etc.), creșterea se face mai ales pe scara polinuclearilor neutrofile. La unele infecții cronice (TBC) putem găsi leucocitoză, însă creșterea se face pe scara limfocitelor.

Creșterea anarhică a numărului de leucocite, cu deviere spre stânga, o găsim în leucemii.

Scăderea numărului de leucocite o găsim și în infecții supurative, apendice, în agranulocitoză, boala filiformă, în varicelă, rușea, gripă și unele intoxicații.

e) **Numărul de trombocite** este mare 150 000 - 500 000/mm³ și variază puțin la aceiași subiecți în cursul a 24 de ore (variația micromerită), scade la febră putridă.

Găsim un număr crescut de trombocite - după hemoragii, traumatisme, splenectomie și în unele boli de sânge.

Număr scăzut în trombocitopenii (congenitale sau câștigate), sindromi severe, aplazie medulară, leucemii acute, prezența de anticorpi antitrombocitari etc.

O scădere sub 100 000/mm³ poate fi însoțită de tendință de sângerare generalizată, peteșii, echimoze, dar aceasta nu constituie o regulă absolută.

f) **Formula leucocitară** - arată raportul dintre diferitele elemente ale leucocitelor astfel: neutrofilele segmentate reprezintă 60-65%, neutrofilele nesegmentate 2-4%, eozinofilele 2-4%, bazofilele 0-1%, limfocitele 20-25% și monocitele 4-8%.

Creșterea cozinofililor se poate observa în boli alergice, paraziare (helmintoză, chist hidatic), boala Hodgkin, infiltrat Löffler etc.; bazofilele pot fi crescute în leucemia granulocitară cronică, intoxicații cu Pb, malarie, carențe proteice; iar monocitele în

leucemii, mononucleoză, leish, reumatism, infestații cronice. Variațiile micromerite și anisocromia au însă semnificație mai mică.

g) **T.S.H.** - timpul de sedimentare a hematiilor normal la bărbați este de 8-10 mm la 1 oră și la 13 mm la 2 ore; la femei 7-15 mm la 1 oră și 10-20 mm la 2 ore. Pundajul este însoțit de o creștere la funcție în perioada normală și a sarcinii. Pundajul este însoțit de o creștere la funcție în perioada normală și a sarcinii.

h) **T.C.** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

i) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

j) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

k) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

l) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

m) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

n) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

o) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

p) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

q) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

r) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

s) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

t) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

u) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

v) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

w) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

x) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

y) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

z) **Timpul de coagulare** - este timpul de coagulare. Dacă durata normală de hemostază este de 10-15 minute, atunci durata normală de coagulare este de 10-15 minute.

19.3.1.2. Analizele biochimice ale sângelui

Analizele biochimice ale sângelui ne dau informații cantitative privind: ureea, glicemia, colesterolul, bilirubina, transaminazele, fosfatazele, amilaza, ionograma, lipide și proteine serice etc.

a) **Glicemia** normală este de 20-40 mg%, creșterea ei peste valoarea maximă arată o diabet în elințarea ei și fie datorită unei insuficiențe renale, fie datorită aportului excesiv de hidrate, a dehidratării sau absorbției sângelui după o hemoragie digestivă sau (rar) extrarenală.

b) **Glicemia** normală este de 80-120 mg%; creșterea ei arată că bolnavul prezintă diabet zaharat. Un bolnav cu diabet zaharat nu va fi supus intervenției chirurgicale decât după reducerea glicemiei la valori normale.

Diabetul nu o glicemie peste 1,7 g% va prezenta și glicozurie. Scăderea glicemiei se poate întâlni înaintea morții (glicemie de foamă), la cei care fac greva la moarte, timp mai îndelungat, la supindozare de insulină - putând duce la comă hipoglicemică.

c) **Ionograma** normală arată: Na⁺ 142 mEq/l, K⁺ 5 mEq/l, Ca⁺⁺ 5 mEq/l, Mg⁺⁺ 3 mEq/l, Cl⁻ 103 mEq/l, bicarbonați 16 mEq/l, proteine 16 mEq/l, SO₄⁻ 1 mEq/l, PO₄⁻

2. indur și acut, insurancă 0 indur. Modificările imaginilor se pot arăta și din cauza
decolorării ale echilibrului hidroelectrolitic, care trebuie corectate.

b) *Problema hepatică* - reacția la sursa de cadere negativă, reacția la sursa de
3.8 UMI (Mac Lagen). Timpul 1-4 UMI, reacția Tazusa-ara negativă. În caz de eror
pozitive sau vopsele pot fi valori normale sunt indici de indurții hepatică.

c) *Reținerile uricului* (13-45 U) - creșterea poate vopsele: precizie arată 0 indurții
20 U). *Reținerile uricului* (13-45 U) - creșterea poate vopsele: precizie arată 0 indurții
hepatică, celulelor sau mecanică. De în vizi folos în precizarea diagnosticului indurții
miocindic este creșterea transaminazelor (GOT).

d) *Amilaza pancreatică* (230-2700 U) este creșterea în pancreatita acută.

e) *Lipidemia totală* (500-850 mg/dl și *colesterolul* (120-200 mg/dl) nu impiedică
în determinarea factorilor de risc.

f) *Proteinemia totală* (6-8 g/dl) - scăderea proteinelor serice are importanță în
procesul de cicatrizare. Bolnavii deosebiți trebuie pregătiți prooperare, corectare
proteinemă.

La fel nu interesează raportul dintre albumine/globuline care este de 1.2-1.6.
Modificarea raportului ne arată afectarea ficatului, existența unei boli cronice
consumptive.

În funcție de caz, pot fi necesare și alte probe biochimice - în tabelul acesta se
găsește și alte examene, cu valori lor normale.

19.3.1.3. Alte analize ale sângelui cuprind:
- *hemocultura* în cazul unei septicemii pentru identificarea agentului patogen;
- *reacția Beilsky-Wasserman* pentru depistarea sifilisului este obligatorie pentru
bolnavi chirurgici internți.

19.3.2. Examenul de urină

Examenul de urină este obligatoriu pentru fiecare bolnav chirurgical, el fiind
parte din minimum de explorări ce se fac bolnavilor chiar cu cele mai minore suferințe.
El cuprinde: cantitatea de urină, care normal este de 1.000-1.500 ml, culoarea
impede ușor gălbui, densitatea 1.015-1.030, pH acid 5.5-6.5. Se cercetă azotemia,
glucoza, corpi cetoniici, pigmenții biliari - care sunt absenți și urobilogenul în ură
fine. Sedimentul urinar cuprinde: epitelii, leucocite, cristale rare, hematii absente sau
foarte rare și cilindri absenți.

Scăderea cantității de urină sub 700 ml constituie oligurie, iar sub 200 ml
anurie; cauzele pot fi multiple: șoc cu hipovolemie și hipotensiune, insuficiență renală,
aport insuficient de lichide, sau pierderi anormale (vărsături, fistule, transpirații profuze)
în cazul necompensării lor. Creșterea duce la o îndrăgim în diabet zaharat și diabet
insipid, când diureza poate ajunge la 5 litri, chiar și mai mult.

Culoarea devine pală când diureza e crescută și mai închisă când concentrația
este crescută, dar urina poate avea culoare roșie în cazul hematuriei, sau brăuț-negru
în cazul hepatitei virale.

Examenul de urină 1.015 poate fi în condiții normale când diureza este mare precum
se vede ușor, înțeles, în alți cazuri precum diureza ușoară și înțeles, sau în condiții normale.
Examenul de urină 1.015 poate fi în condiții normale când diureza este mare precum
se vede ușor, înțeles, în alți cazuri precum diureza ușoară și înțeles, sau în condiții normale.
Examenul de urină 1.015 poate fi în condiții normale când diureza este mare precum
se vede ușor, înțeles, în alți cazuri precum diureza ușoară și înțeles, sau în condiții normale.

19.3.3. Alte examene de laborator

- *Examenul diferitelor secreții* (spate, holer, sâmburi, gât, punctele învârtite
de holer, urină, sâmburi, holer, sâmburi, gât) - se poate face examen bacteriologic
reacții, urină, examen bacteriologic și amniotegmă.

- *Examenul sângelui*: examenul componentelor din sânge (examinările reziliante
sau neobișnute), se pot face examen bacteriologic, hemoragii noile etc.

19.3.4. Explorarea aparatului respirator

19.3.4.1. Explorări radiologice
În radiologie simptomele sunt avansate și permit un examen dinamic, să precizeze
în funcție de simptome, comportamentul lor în timpul mișcărilor respiratorii, tusei etc.
Deoarece radiografia reprezintă doar marea de radiografi la care sunt supuși medical și bolnavii
și înțeles că unele leziuni nu pot fi detectate (ex. tuberculoza hilară).

b) *Radiografia* este una din metodele de bază ale examinării radiologice, este
un document obiectiv, care poate fi studiat în timp. Evidențiază elementele scheletale
și pleurale, zona mediastinală, umbra mediastinală și în primul rând inima, clăpările
și pleurale, zona hilarilor pulmonare, vârfurile pulmonare și zona bazală. Se pot face
radiografiile de profil, care evidențiază zonele invizibile pe radiografiile de față - zona
apicală și care pot fi studiate în parenchimul pulmonar sunt opacități și transparențe.
Leziunile care se observă în parenchimul pulmonar sunt opacități și transparențe.
Leziunile care se observă în parenchimul pulmonar sunt opacități și transparențe.
Leziunile care se observă în parenchimul pulmonar sunt opacități și transparențe.

19.3.4.2. Explorările endoscopice
În bronhoscopia permite vizualizarea cu ajutorul bronhoscopului a arborelui
bronhial până la nivelul bronhiilor segmentare (gr. III). Prin bronhoscop se pot
poate depista din peretele bronșic cu ajutorul unor probe speciale, se pot aspira secreții etc.

bronhoscopia este indicată în scop diagnostic pentru a prezenta starea mucoasei bronhice, a stării sistemului mediastinal și în scop terapeutic pentru extragerea unei corpuri străine sau cauterizarea unor formațiuni tumorale benigne.

b) **Medicina pleuroscopie** se face cu un aparat asemănător bronhoscopului, după plămânul în mediu sau pleură printr-o incizie în care se introduce medicina-pleuroscopul.

Permite vizualizarea tereniilor și prelevare de biopsii.

19.3.4.3. Alte metode folosite pentru investigarea aparatului respirator

Alte metode pentru precizarea diagnosticului, a stării, diagnosticul scaptofrafia, scintigrafia și tomografia computerizată.

19.3.4.4. Examenul sputei

Sputa este materialul provenit din arborile bronșice și plămâni, eliminat prin tuse. Sputa conține celule ale epitelului bronșic și alveolar, poliniferați, bacterii, germeni din celule tumorale.

Se va face examen citologic (care poate depista celule neoplazice), examen bacteriologic realizat direct sau prin culturi care urmăresc identificarea prezenței și testarea sensibilității la antibiotice, examen chimic.

19.3.4.5. Examenul lichidului pleural

Diagnosticul unui versăru pleural necesită puncție toracică (toracocenteză) identificarea germienilor (pleurezi bacteriene cu germeni funghi sau bacili Koch), examenul citologic și chimic.

În afară de indicația diagnostică, toracocenteza are și indicație terapeutică în evacuare și introducere de medicamente.

19.3.4.6. Explorarea funcțională respiratorie

Aprocierea exactă a ventilației externe se face prin metode spirometrice, care se folosesc aparate cu circuit închis.

Din aceste metode se pot stabili o serie de **indici statici**: volumul și capacitatea pulmonară și **indici dinamici**: volumul expirator maxim pe secundă (VEMS) și ventilația maximă directă.

- Indicii statici sunt:
- a) **volumul curent (net curent)** - este volumul de aer inspirat sau expirat la o respirație liniștită = 500 cm^3 din care 150 cm^3 aer rămân în spațiul mort.
 - b) **volumul inspirator de rezervă** - cantitatea de aer ce mai poate fi inspirat după un inspir liniștit - cca 2.000 cm^3 .
 - c) **volumul expirator de rezervă** - cantitatea ce poate fi expirată după un expir liniștit - cca 1.400 cm^3 .
 - d) **capacitatea vitală** - suma volumelor precedente, adică expirat profund după un inspir maximal - cca 3.900 cm^3 .
 - e) **aer rezidual** - reprezintă aerul care rămâne în plămâni după o expirație forțată - cca 800 cm^3 și reprezintă aproximativ 20% din capacitatea vitală.
- Indicii dinamici sunt VEMS și ventilația maximă.

■ **VEMS** reprezintă cantitatea maximă de aer care este expirat în prima secundă a unei respirații forțate. Raportul VEMS - capacitate vitală reprezintă în procent de 25%.

■ **Capacitatea vitală** reprezintă suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

■ **Capacitatea vitală** este suma volumului de aer inspirat și expirat la o respirație forțată.

19.3.7.1. **Explorarea radiologică**
a) Radiografia renală simplă ne poate arăta conturul renal, forma și dimensiunile, cât și opacitățile din aria aparatului urinar - calculi radiopaci și patologice ale parenchimului renal.

b) Tehnicile radiologice care folosesc tehnique de contrast sunt: urografia intravenoasă (U.I.V.) studiat, U.I.V. cu compresie, U.I.V. în perfuzie, pirocistografie, urografia retrogradă, cistografia, urografia percutană, cistografia și arteriografia renală selectivă, cavografie și flebografie.

■ **Tomografia renală, urotoomografia** - se execută mai multe radiograme ale planurilor anatomice situate între 6-9 cm. Când se realizează în timp U.I.V. poartă numele de urotoomografie; are avantajul de a evidenția imaginea cavitatilor renale (radicalizate) în diferite planuri (nu suprapuse într-unul singur ca în U.I.V.).

■ **Uroteropielografia retrogradă** constă în introducerea unei sonde de cauciuc retrogradă până la nivelul ureterului-vezical prin care se introduce substanță de contrast albăstrui, injectând apoi oarecăr uroteropielograf cald care se ărsă în sus.

■ **Retropneumoperitoneul** este o metodă radio-chirurgicală folosită pentru acidirea diagnosticului rinichilor mari, a tumorilor suprarenale și retropneumoperitoneale.

■ **Cistografia** constă în introducerea pe sondă a 100-200 cm³ miază intrant și executarea citorva radiografii în timpul și la sfârșitul injectiei. Fiziologice permit studierea dinamicii destinderii vezicii, conturul și precep-

■ **Arteriografia renală și angiografia renală** sunt metode de unificare relativ de mare tehnicitate. Substanțe de contrast se injectează pe calea în aorta sau prin angiografia renală selectivă, direct în artera renală. Opacifierea cuprinde un

rografic - se opacitizează parenchimul renal, durează 10 secunde și apoi re-
re după 10 secunde și durează aproximativ 50 secunde, evidențiind ramurile cava
și venele renale.

angiografie, se poate face flebografie, care poate evidenția starea
în boala venelor renale).

19.3.7.2. Explorarea endoscopică

1837.3 Ale căminului
la depozitul marelui și aparatului urinar se înregistrează în
cu datele și înregistrările computerizate și rezonanța magnetică.

19374. Explorările funcționale ale aparatului auditiv
se pot face prin:
- examenul sursei (descrie anterior);
- examenul timpanului stabilizând debitul celulei pe mână și capacitatea

c) probe indurice prin coctarea unor produse din sange ure, acid
amino, imaginea, schelului acido-bazic etc.;

Calculul clearance-ului se face după formula:

$$C = \frac{U \times V}{P}$$

unde C = clearance-ul (ml/min.), U = concentrația urinară a substanței în mg/ml, P = concentrația plasmatică a substanței (mg%).

Excreția de fenolsulfotaleină (PSP) este folosită pentru realizarea unui test

19.3.7.5. Examenul bacteriologic

Se face prin inocularea în cazul unor infecții urinare, stabilindu-se apoi prin antibiogramă sensibilitatea lor. În cazul unei tuberculoze renale se demonstrează BK în urină.

19.3.8. Explorarea glandelor endocrine

Explorarea glandelor endocrine solicită o colaborare strânsă endocrinolog, fiziolog, medici de la explorări funcționale, laborator, biochimici.

să înceapă pe lângă tratamentul de specialitate și tratamentul chirurgical. Bazedov, tiroidita (roidian etc.), sau să aibă răsunet asupra stării bolnavului care trebuie operat pentru altă afecțiune.

548

519

19.5. PREGĂTIREA FIZICĂ A BOLNAVILOR CU RISC
CSCUT

19.5.1. Pregătirea bolnavilor denuțiți

19.5.2. Pregătirea bolnavilor anemici

16.5.2.1. Anemia acută

19.5.2.1. Anemia acută
Sindromul anemiei acute este în raport cu cantitatea de sânge pierdută și are două manifestări:

- reducerea masei circulante (hipovolemie);
- hipoxie, prin lipsă de transportori (scăderea numărului de hematii).

Transfuzia este metoda de bază: 500 ml - 3 000 ml sânge, în raport cu cantitatea de sânge pierdut. În cazuri excepționale - plasmă, dacă nu există sânge la îndemână, corectează hipovolemia, dar nu asigură transportul O₂.

19.5.2.2. Anemia cronică
Cauzele anemiilor cronice sunt multiple, ele trebuie corectate înaintea intervenției operatorii, iar în situația în care avem o concomitență între anemia cronică

Cauzele anemilor cronice sunt

În anemii cronice avem: reducerea masei circulante, hipocrit, scădere rezervoarelor de sânge, hemodiluție și hipoproteinemie.

Refacerea pierderii de sânge se face în trei etape:

anemic,

Pregătirea preoperatorie a bolnavilor arteriali va pune cum de aceste cupe, transferul de sânge în starea hipovolemică.

sustinerea activității organelor hematopoietice cu vitamina B₁₂ și a tiroinei.

În mod practic când numărul hematiilor scade sub 3 milioane, Hb sub 8 g/l.

refacerea pierderilor de sânge.

9.5.3. Pregătirea bolnavilor digestivi

Pregătirea preoperatorie a bolnavilor digestivi cuprinde două [50]-

- dezinfecja tubului digestiv.

19.5.3.1. Pregătirea bolnavilor esofagieni

- instituirea gastrostomiei sau jejunostomiei

550

intensive investigation, particularly in the area of the

de prevenit pentru a preveni infecțiile pulmonare prin aspirare în timpul narcozei.

2.3.1. Pregătirea bolnavilor cu sîmțose puerile: 1.500.000 lei

• Pregătirea bolnavilor cu stenoză pilorică: un croază va conștientiza.

contacta hipoproteinemiei și eventualei anemii.

conținutul lipoproteinelor prin: regim hipercaloric, bogat în proteine, vitamine, oligoelemente, acizii grași hidrolizate, aminoacizi esențiali;

...într-o manieră profesională, va consta în:

intervenție chirurgicală cât mai urgentă;

În cazul unei hemoragii mari cu anemie severă și hipovolemie cu tendință la șoc, se recomandă transfuzia de sânge, continuând transfuzia intra- și postoperatorie.

În hemoragiile moderate se va face tratament medical - transfuzii de sânge, administrare de hemostatiche parenteral (venoză), vit. K, vit. C, Cal și monitorizare pe cale bucală, punându-se gătrice (cineștină, cineșidin). Se va institui o dietă stomac care nu va permite să observăm și evoluția hemoragiei.

În cazul că hemoragia s-a oprit, se va administra:

19.5.3.3. Pregătirea bolnavilor pentru intervenție

- corectarea dietelor asociate, a suietei, a hipoproteinemiei;
- pregătirea colonului prin regim strict în reziduuri, administrare de sare pe parafină, clisme repetate;
- tratament cu antibiotice cu 48 ore înainte intervenției (nazomicil, tetraciclină și chimioterapie antimicrobiană (sulfamidă, metronidazol).

19.5.4. Pregătirea bolnavilor cardio-vasculari

19.5.4.1. Pregătirea bolnavilor cardiaci

19.5.4.1. Pregătirea bolnavilor cardiaci
Cardiacul are rezistență scăzută, miocardul se adaptează greu la necesitățile hemodinamicii crescute de actul operator.

La cardiaci avem două tipuri de intervenții:

- Riscul operator la cardiace care se operează pe inimă este de gradul III, nu se poate realiza decât în centre specializate, pentru operațiile care se fac la un cardiac, dar se execută pe alt organ, se clasifică deosebi cum boala de inimă este compensată sau nu.

Pregătirea preoperatorie urmărește compensarea cordului, care se face prin:

- repose la pat;
oxygénotherapie;

medicație inotropică, în raport cu leziunea cardiacă.

golirea revărsatelor din pleură sau peritoneu;

- Hidratarea cardiacilor se va face cu prudență pentru a nu supraîncăleca și produce edem pulmonar acut.

bolile care contraindică operația:

- infarctul miocardic, chiar compensat, nu permite operația cel puțin 3 luni de la accident;

- insuficiența cardiacă, este recomandabil să nu se facă intervenție cel puțin 6 luni de la reducerea ei;

- tulburările de ritm sunt o indicație formală pentru a evita operația, după
supra unui risc crescut.

Bolnavii cardiaci ridică probleme grele de anestezie: atropina nu stabilizează inima, dă des edem pulmonar acut, digitala previne tulburările de din-

Anestezia trebuie să fie superficială, cu o bună oxigenare. Substanțele folosite depind de obişnuința și antrenamentul anestezistului.

Prin urmare, interfața este un factor de eroare datorită polioptim acționat
de utilizatori, realizat în mod manual. Totuși, în T.T.A., se va face prin intermediul
unor programe în pol. limbaj calculator. Calculul interfaței în T.A. nu este necesar
întrucât interfața se va face cu proiecta, pentru a evita deosebit de mare
eroare.

...bolnavilor vasculari

18.542. *Pengafina* (1984) -
 Nu va lasa timp de aplecare, astfel
 intrucat si va administra vasodilatatoare, antiagregante, antihiper-
 tensivi cu care vor reusi sa puna proprietarii corapilor dincolo.
 Indiferent de rezultatele vor face tratament antitrombotic, dorec, fiind reba-
 tute cu trombocite sau fac tratament anticoagulant, dorec, fiind reba-
 tute, si in aceste operatii va fi opit, pentru a incepe a doua si penultima
 etapa, si in aceasta operatii va fi opit, pentru a incepe a doua si penultima
 etapa, si in aceasta operatii va fi opit, pentru a incepe a doua si penultima

19.5.5. Pregătirea bolnavilor pulmonari

Indicații la afecțiuni pulmonare acute sau în convalescența cronică
contraindicație pentru intervenție chirurgicală.
la pacienții cu afecțiuni cronice pulmonare, intervenția se poate face
la nivel bontului (colectiv, stomac etc.) sau operație pe plămâni.

...sau pe un alt organ, preoperator se va urmări:

19.5.5.1. în cazul intervenției pe un alt organ, preoperatorul se va abține
oprita sau rădăcina fusci, care postoperator expune bolnavul la dureri
serioase similare.

- gastrointestinal respiratory;
cardiovascular.

19.3.3.2. În intervențiile pe plămân se vor urmări, alături de cele descrise în primul caz, și următoarele:

Asistența se va adapta fiecărui caz în parte, iar anestezistul trebuie să aibă
rețineri din cauza gravității excepționale.

- pentru a se face cu sondele separatoare Charles, în poziția pe masa de operație
de la lăcașul de examinare plămânului sănătos.

Anestezia se va face cu protulul de azot sau ciclopropan. Anestezia va fi superficială, se recomandă să fie completă cu blocarea zonelor reflexogene înainte lungă cu novocaină.

19.5.6. Pregătirea bolnavilor hepatici

Bolnavul hepatic este denutrit prin inepotență și absordție intestinală. Tensiunea are tendința la hemoragie prin lipsa vitaminei K, are hipovitaminăză A, B, C, D, E și are fricile tătăre se adăugă deshidratarea. Toate aceste dereglări sunt complicate de icterului.

Pregătirea preoperatorie a bolnavului hepatic va viza:

- alimentație bogată în proteine, perfuzii cu glucoză, tamponate cu iaurt;
- perfuzie cu hidrolizat de proteine și aminoacizi esențiali;
- combaterea tendinței la hemoragii prin administrarea de vit. K, sub controlul de protrombină;

- vitaminoterapie din grupa B și C;
- combaterea infecției prin antibioterapie;
- administrarea cu prudență de sânge și plasmă și numai în cantități mici.

Anestezia trebuie să țină cont și funcția antioxidantă a ficatului și a hămburii, există o predominanță vaginală, fapt care produce o foarte mare sensibilitate la anestezie. Anestezia trebuie să fie cât mai puțin toxică pentru ficat. Se va face anestezia prin oxidați de azot și cadofogrup, menținându-se o anestezie superficială, cu o bună circulație.

19.5.7. Pregătirea bolnavilor renali

Bolnavii renali trebuie bine explorați pentru a ne lămuri asupra limitelor funcției renale. Glomerulonefrita acută contraindică intervenția operatorie.

În nefropatiile cronice se va face explorare amănunțită prin examinări de urină, urée, probe de diluție și concentrație, clearance, ionogramă serică și urinară, determinarea echilibrului acido-bazic etc.

Se impune corectarea echilibrului hidroelectrolitic, a dezechilibrului acido-bazic sub controlul zilnic de laborator, corectarea hipoproteinemiei, tratamentul edemelor prin regim hiposodat, diuretice, tratamentul H.T.A. secundare.

Transfuzia se va face cu prudență și în cantități mici. Anestezia se va face cu
harbiturice și anestezic litic, opioacele sunt contraindicate, deoarece reduc fluxul renal și
se va evita hipotensiunea în timpul intervenției, care dacă se prelungește poate genera stare de

Acolo unde este posibil se poate face rahianestezie controlată, pentru prevenirea hipotensiunii.

19.5.8. Pregătirea bolnavilor diabetici

Diabeticul este un teren pe care procesele patologice evoluează mult mai greu. În urmă cu ani, mortalitatea ajungea până la 30%, insulina a schimbat radical marea postoperator la diabetici, mortalitatea datorată terenului situându-se azi în jur de 1%.

Bolnavul diabetic se prezintă la chirurgie cu o complicație a diabetului: anesteziile gangrenă diabetică sau pentru alte afecțiuni care evoluează paralel cu diabetul.

18.3.7. *Fregătes bănavilor compenseți*
 18.3.7.1. *Fregătes bănavilor compenseți*

...sistemă boalelor diabetice decompensate

3.3.3. **Pregătirea bolnavilor diabetici decompensați**

În cazul de față, în urma tratamentului cu glicozide, în ambele cazuri, s-a observat o scădere a nivelului de glicozide în urină, ceea ce este un semn pozitiv. În cazul pacientului cu insuficiență cardiacă, s-a observat o scădere a nivelului de glicozide în urină, ceea ce este un semn pozitiv. În cazul pacientului cu insuficiență renală, s-a observat o scădere a nivelului de glicozide în urină, ceea ce este un semn pozitiv.

Pentru prevenirea accidentelor, anestezia care se pretează la diabetici și pentru prevenirea dozei optime până la completă cicatrizare a plăgii.

19.5.9. Pregătirea bolnavilor obezi

Obezitatea este o gravă tulburare a metabolismului, datorată dereglării neuro-
umoreale. Cu omară a obezității se produce diminuarea capacității respiratorii, tulburări
circulatorii, tendință la tromboză. La aceasta se adaugă greutatea excesivă
apăsătoare, face ca prelungirea actului operator și necesită o anestezie profundă.
Prezintă precauții speciale, în afara urgențelor, este de lungă durată și urmărirea
regimului preoperatoriu, în afara urgențelor, este de lungă durată și urmărirea
regimului alimentar.

Se va creta sistematic glicemia și se va măsura capacitatea vitală și VEMS-ul.

Augmentarea și combinată: barbiturice și/v. proximal de aze și miorelaxante.

19.5.10. Pregătirea preoperatorie a bolnavilor vârstnici

Dezvoltarea creșterii domeniilor medii de viață, a creșterii numărului operațiunilor la boala de inimă, creșterea patologiilor nouă - gerontochirurgia.

operatorii sau a zgornicilor, apoi e mai greu, postoperatorii hemoragiei sunt
insușite: postoperatorii apurătorii cordului, rinale, hepatic - apoi este mai greu la
morbiditate mai crescută.

La bolnav trebuie să exploreze capacitatea vitală, EKG, T.A., T.A., T.A.,
hepatice, rinale, glicemia. La hipertermici accidentele cerebrale sunt mai dese.

În pregătirea preoperatorie se va urmări:

- înălțarea constantelor hemostatice;

- creșterea capacității vitale prin gimnastică respiratorie, eventual aerobă;

- izolarea cordului prin administrare de toniccardiac;

- hormonoterapie - administrare de testosteron 25-50 mg;

- vitaminoterapie B₁, PP, C.

Asistența va fi adaptată la fiecare caz în parte, adesea se recurge la punerea

locală. O atenție deosebită va cere și folosirea opiacelor, care deprimă respirația.

În caz de narcotă, asista va fi condusă cu prudență și începând de mai

superficial.

Hidratarea și reechilibrarea hidroelectrolitică se vor face cu prudență pentru a

evita supralitarea.

19.5.11. Pregătirea bolnavilor alergici

Alergenii cel mai des întâlniți pre- și postoperatorii sunt medicamentele,
antibiotice (penicilină, streptomicină), vit. B₁, pirimidolul, fenitiazina, aspirin,
nervocina. Dacă există sensibilități se poate produce spasm glotic, la unele alergici,
după injectarea intravenoasă, după cum se pot produce reacții alergice la sticlă de
sigur și plasmă și la sutura cu catgut.

Se va acorda o atenție deosebită pregătirii preoperatorii a bolnavilor alergici.

- evitarea medicamentelor care produc alergii;

- desensibilizant;

- tratament cu antihistaminice: tavegil, milan, romergan.

19.6. ÎNGRIJIRILE DIN PREZIUA OPERAȚIEI

- *Prescripțiile medicamentose:* dacă bolnavul a folosit medicamente cardiotonice,
antiaritmice, coronarodilatatoare, insulină sau unii hormoni, va exista preocuparea ca
aceștia să fie administrați și în preziua și, dacă e cazul, chiar înainte și în timpul operației.

Pentru asigurarea unui somn bun și înălțarea stării de anxietate preoperatorie,
bolnavul va primi seara, înainte de culcare, ca *premedicație*, câte o tabletă de
Fenobarbital și Roemeran.

- *Regimul alimentar:* în preziua operației bolnavul va lua numai masa de prânz și
nu în cantitate prea abundentă, pentru ca tractul digestiv să fie cât mai liber. Va avea
într-o grijă să bea o cantitate normală de lichide.

- *Pregătirea pielii:* asistenta medicală va examina foarte atent tot corpul
bolnavului și, în cazul că va observa o infecție cutanată, a semniilor acesteia chiar înainte

de a se realiza intervenția operatorie (în situația cazurilor de infecții urinare, glotică în
operatorii respiratori și infectii). Examenul pielii vor fi realizat special în scopul
evitării contaminării bolnavului preoperatorii.

Dacă bolnavul are o stare bună, bolnavul va fi pus să se așeze în poziția de operație
operatorii care vor fi efectuate în sala de operație și în poziția de operație.

Dacă bolnavul nu este în stare bună, bolnavul va fi pus să se așeze în poziția de operație
operatorii care vor fi efectuate în sala de operație și în poziția de operație.

Dacă bolnavul nu este în stare bună, bolnavul va fi pus să se așeze în poziția de operație
operatorii care vor fi efectuate în sala de operație și în poziția de operație.

19.7. ÎNGRIJIRILE DIN ZIUA OPERAȚIEI

În ziua în care bolnavul și-a început intervenția în sala de operație, nu mai este decât o
zi în care bolnavul este administrat cu o stare mai bună. Pregătirile medicale

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

operatorii vor fi efectuate în sala de operație. Este foarte necesară o atenție deosebită pentru bolnavii operatorii

man de sânge în aceluși ven, care se conștientă la efectuarea unei aspirații (cu seringă) din locul de declanșare a unui test intra- sau postoperator. Aplicarea acestui bandaj este strict în funcție de indicațiile specifice de monitorizare postoperatorie. În cazul în care operația implică o pierdere de sânge în spațiul unei cavități cu pierdere de sânge în spațiul unei cavități, se va realiza o aspirație la fiecare 10-15 ore, fără de limită de timp.

cu 30 de minute înainte ca bolnavul să fie introdus în sala de operație, cu o vâscozitate normală a sângelui de 10-15 sec. (la 10 sec. de la introducerea în sala de operație).

În toate aceste perioade preoperatorie, asistenta medicală de primă linie va avea în vedere să se ocupe de starea psihică a bolnavului, asigurându-l că totul va decurge în condiții normale și îl va asigura că operația va decurge fără ca bolnavul să simtă vreo durere. Ea îl va explica în prealabil orice gest pe care îl face de ce îl face, de ce îl face, de ce îl face, de ce îl face.

Există și bolnavi mai deschiși cu fundul, cu plăși mari și vechi, cu experiență cu durerea etc. Majoritatea indicațiilor generale preoperatorie dau, deci, mereu valoare, pentru acești bolnavi, pregătirea preoperatorie specială, pentru fiecare caz în parte, se face la indicația chirurgului care așteaptă a opera bolnavul.

După plecarea bolnavului la operație, asistenta medicală va da dispoziții pentru asigurarea temperaturii de pat, pentru ca în sala de operație, bolnavul să rămână cald, curat și confortabil. Aceasta este o pregătire suplimentară, a personalului de spitalizarea bolnavilor și a echipelor care se fac sistematic în funcție de necesitate și program. Datorarea conștientă a echipelor de transport, de colectare a materialului utilizat, de curățenie etc. asigură această muncă atât de importantă pentru asigurarea bolnavilor și evitarea infecțiilor nosocomiale.

19.8. CONSTANTELE BIOLOGICE (NORMALE) ALE ORGANISMULUI

Pentru orientarea cadrelor medicale în interpretarea analizelor, pe care le realizează de la bolnavi, considerăm aici lista acestor constante biologice normale.

Sângele

1. HEMATOLOGIE

1. Hematii (eritrocite): (Bărbați) 5 000 000/mm³; (Femei) 4 000 000/mm³
2. Hemoglobina: (Bărbați) 13-15 g/100 ml; (Femei) 11,5-13,5 g/100 ml
3. Hematocrit: (Bărbați) 45% ± 3; (Femei) 40% ± 3
4. (VEM) Volumul eritrocitar mediu sub - 80 = microcităz, peste 90 = macrocităz 90 μ³ (microni)
5. Concentrația hemoglobinei eritrocitare mediu (CHEM): 34% sub 30% lipocrom
6. Leucocite: 4 000-8 000/mm³
7. Formula leucocitară:
 - neosegmentate: neutrofile: 2-4%
 - segmentate: neutrofile: 60-65%
 - eosinofile: 2-4%
 - bazofile: 0-1%
 - limfocite: 25-29%
 - monocite: 4-8%

8. Viteza de sedimentare (V.S.): 12-20 mm/oră
9. Viteza de sedimentare (V.S.): 10 000-200 000 mm/oră
10. V.S.M. (metode): 4-10 mm/oră; (Femei): 7-13 mm/oră; (10-20 mm/oră)
11. pH: - sânge: 7,35
12. TESTE DE HEMOSTAZĂ
1. Timp de coagulare (T.S.): 2-4 min (metode Dacie)
2. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
3. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
4. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
5. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
6. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
7. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
8. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
9. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
10. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
11. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
12. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
13. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
14. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
15. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
16. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
17. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
18. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
19. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
20. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
21. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
22. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
23. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
24. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
25. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
26. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
27. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
28. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
29. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
30. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
31. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
32. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
33. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
34. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
35. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
36. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
37. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
38. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
39. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
40. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
41. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
42. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
43. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
44. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
45. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
46. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
47. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
48. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
49. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
50. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
51. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
52. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
53. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
54. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
55. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
56. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
57. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
58. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
59. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
60. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
61. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
62. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
63. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
64. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
65. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
66. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
67. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
68. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
69. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
70. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
71. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
72. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
73. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
74. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
75. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
76. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
77. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
78. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
79. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
80. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
81. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
82. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
83. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
84. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
85. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
86. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
87. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
88. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
89. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
90. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
91. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
92. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
93. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
94. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
95. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
96. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
97. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
98. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)
99. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la adult)
100. Timp de coagulare pe fibrin: 3-6 minute (la copil)

(Femei): 180 min ± 30 min

Indicele mediu de coagulare (în sec) cu excepția celor notate special cu indicații.

1. Acid uric	200-450 mg/100 ml
2. Acid uric	2-4 mg/100 ml (Bărbați) 3,4-7 mg% (Femei): 2,4-5,7 mg%
3. Acid uric	250-2.700 uA (metode interaportale)
4. ASL (L)	160-200 U/ml (metode)
5. Amoniak	50-60 mg%
6. Bilirubină	total: 0,2-1,2 mg/100 ml indirect: diferența dintre bilirubina directă și cea totală total: 9-11 mg/100 ml sau 4,1-5,5 mg/dl; indirect: 4,25-5,25 mg/100 ml sau 2,1-2,6 mg/dl 110-380 mg/100 ml sau 96-106 mEq/l sub 25 ani: 115-180 mg/100 ml între 25-45 ani: 120-200 mg/100 ml peste 45 ani: 160-230 mg/100 ml 45-70 mg/100 ml
7. Călcă	
8. Călcă	
9. Colesterol total	
Colesterol liber	120-140 mg/100 ml (70-75% din colesterolul total)
Colesterol esterificat	

URINA

EXAMEN SUMAR DE URINA

- Volumul din 24 ore:	1 000-1 500 ml
- Densitate (prestatie specifică)	1 015-1 030
- pH - acid	5,5-6,5
- Albumină	absent
- Corp cetonice	absent
- Glucoză	absent
- Pigmenți biliari	absent
- Urobilinogen	urme sau absent

Sediment urinar

Epiteliu	rare
Leucocite	rare
Hematurie	foarte rare
Cilindri	absent
Cristale urinare	rare

Sediment - metoda Addis

Valori normale calculate la cantitatea totală de urină din 24 ore:	
Hematurie	până la 1 milion sau 0-1 000/men
Leucocite, celule epiteliale	până la 2 milioane sau 1 000-2 000/men
Detrituri, particule diverse	100 000
Proteine, inclusiv cilindri	30 mg sau 0-3 mg (micrograme)/men

II. URINA - TESTE CALITATIVE ȘI CANTITATIVE ÎN 24 ORE

Analiză	Test calitativ	Durată cantitativă
1. Acid uric	-	0,30-0,30
2. Amilază	-	2 700-5 400 U.L.
3. Amotiac	-	0,5 g
4. Crea	absent	sub 0,01 g
5. 17 celosteroni	-	(Barbit) 0,01-0,05 g (Femur) 0,001-0,015 g
6. Cugroportine	-	până la 120 mg (micrograme)
7. Creatinină	-	0,8-1,5 g
8. Fosfor	-	0,7-1,5 g
9. Fosfor în urină	-	1-1,5 g
10. Glucoză	absent	sub 0,1 g
11. Ionograma	-	în mEq/l - Na 80-160 mEq/l - K 40-80 mEq/l - Cl 80-160 mEq/l - Ca 7-15 mEq/l în g - Na 4-6 g - K 1-5 g - Cl 6-9 g - Ca 0,05-0,04 g
12. Pigmenți biliari	absent	-
13. Sediment	-	rare celule epiteliale, rare hematii 20-40 g/l
14. Uree	-	9-25 mg
15. Urobilinogen	-	până la 25 mg (micrograme)
16. Uroporfirine	-	-

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

TESTE DE LABORATORIU

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 19

1. Care din factorii de mai jos crește riscul operator?
 - a. - acțiunea de boli;
 - b. - intervențiile de urgență;
 - c. - medicul de urgență și viața;
 - d. - imposibilitatea corectării preoperatoriu a deficiențelor.
2. Care sunt regulile în îngrijirea preoperatorie a bolnavului?
 - a. - creșterea condițiilor care să împiedice producerea de traume psihice;
 - b. - cunoașterea temeinică nu numai a bolnavului, ci și a bolii;
 - c. - explorarea clinică și paraclinică în vederea stabilirii diagnosticului;
 - d. - clarificarea încadrării bolnavului în personalul care-l îngrijește și-l va opera.
3. Care din afecțiunile de mai jos se încadrează în Riscul II (B) după schema lui Stănilă?
 - a. - intervenția chirurgicală mică sau mijlocie la un bolnav fără tare organice;
 - b. - operație majoră la un om care prezintă o boală de sistem nepericuloasă sau compensată.

- c. - operație majoră la un bolnav cu boală de sistem decompensată;
d. - operație de urgență.
4. - Care trebuie să fie criteriile de amplasare ale unui bolnav în salon?
- locurile libere existente în secție;
 - bolnavii neoperați să fie amplasați în saloanele cu bolnavi operați în aceeași secție;
 - bolnavii tineri să fie așezați lângă bolnavii în vârstă;
 - bolnavii de aceeași categorie, cu evoluție normală, cu precauție asanată.
5. - Ce obiective urmărește pregătirea psihică a bolnavului chirurgical internat?
- acomodarea cu condițiile de spitalizare și înțelegerea fizei de spital;
 - convingerea că intervenția chirurgicală este benefică și după efectuarea ei își va putea relua activitatea anterioară în condiții mult mai bune;
 - obținerea cu bolnavii din secție;
 - acomodarea cu personalul spitalului și respectarea disciplinei spitalice.
6. - Care din metodele de mai jos contribuie la buna pregătire psihică a bolnavului?
- înfățișarea tuturor factorilor nocivi din precama bolnavului;
 - înțelegerea vizitei familiei și punerea la dispoziție în camera de zi a revistei ziarelor, programelor de televiziune;
 - grija ca bolnavul să se odihnească, să aibă un somn liniștit, combatând eventualele tulburări psihice;
 - combaterea durerii și a simptomelor care-i provoacă disconfort: pruri, greață, vărsături etc;
 - creșterea siguranței că intervenția operatorie și urmările postoperatorii vor merge bine.
7. - Care sunt sarcinile asistentei medicale referitor la efectuarea analizelor de laborator?
- să recolteze probele indicate de medic;
 - să ducă probele la laborator și apoi să introducă în foaia de observare buletinele de analiză;
 - să interpreteze rezultatele analizelor și să le coreleze cu examenul clinic;
 - să sesizeze medicul asupra unor rezultate care nu sunt normale.
8. - Analizele de laborator și examinările paraclinice se fac pentru:
- stabilirea diagnosticului;
 - stabilirea datei și felului intervenției chirurgicale;
 - aprecierea stării funcționale și modului de răspuns la anestezie și intervenție chirurgicală;
 - aprecierea complicațiilor postoperatorii și prognosticului.
9. - În care din situațiile de mai jos putem avea o creștere a numărului de hematii?
- la locuitorii de la nivelul mării;
 - locuitorii din regiunile colinare;
 - la muncitorii care lucrează la presiuni mari (scafandri);
 - locuitorii regiunilor înalte.
10. - În ce afecțiuni numărul de hematii poate fi crescut?
- șoc hemoragic;
 - șoc în arsuri și deshidratare;

- c. - șoc septic și șoc;
d. - șoc anafilactic, poliglobulie cronică.
11. - În care din situațiile de mai jos găsim modificări de formă ale hematiilor, în stadiu de plată?
- poliglobulie;
 - anemie;
 - anemie Biermer;
 - anemie hemolitică;
 - anemie.
12. - Care din factorii de mai jos definesc modificări de talie ale hematiilor?
- anemie;
 - anemie;
 - anemie;
 - anemie.
13. - În care din afecțiunile de mai jos putem avea o scădere a hemoglobinei?
- tuberculoză calculează, ulcer gastro-duodenal;
 - tuberculoză, infecții cronice, intoxicații, anemii;
 - hipertensiune arterială, modificări cardiace;
 - traumatisme toracice, traumatisme crani-cerebrale, arsuri.
14. - În care din afecțiunile de mai jos nu avem o modificare a hematocritului?
- hemolizare, șoc, pruri arsuri, hemoragii;
 - hipohidratare, șoc traumatic;
 - necroză, chist bilatic hepatic, colită;
 - necroză renală acută, ulcer duodenal hemoragic.
15. - În ce afecțiuni putem avea o scădere a hematocritului?
- șoc în arsuri;
 - hipohidratare;
 - hemoragie digestivă mare;
 - poliglobulie.
16. - În testele cronice avem o creștere a:
- neutrofililor;
 - bazofililor;
 - monocitelor;
 - micelocitelor.
17. - Scăderea numărului de leucocite o găsim în:
- arundeleasă, boală Biermer;
 - afecțiuni acute inflamatorii;
 - varicelă, rușea, agonic;
 - colestază cronică, pleurezie, peritonită.
18. - Creșterea numărului de trombocite o găsim în:
- leucemii acute, traicte;
 - hemoragii, splenectomie;
 - afecțiuni acute inflamatorii;
 - afecțiuni cronice pulmonare.
19. - Creșterea anormală a numărului leucocitelor, cu deviere spre stânga, o găsim în:
- traumatisme, hemoragii;
 - splenectomie;
 - leucemie;
 - afecțiuni inflamatorii acute.

20. - Scăderea numărului de trombocite sub $100\ 000/\text{mm}^3$ poate fi întâlnită la:
 a. - tromboze vasculare;
 b. - sindroame de sângerare generalizată;
 c. - apăsarea sticlei de pe;
 d. - porci, ochinaze.
21. - Creșterea numărului de eosinofile o întâlnim în:
 a. - urticarie; leish Hoshida;
 b. - intoxicație cu Pb, rubeolă;
 c. - helmintoză, chist hidatic, infirmită Löffler;
 d. - în toate procesele infecțioase acute.
22. - Creșterea numărului de monocite poate fi întâlnită în:
 a. - helmintoză, scarlatină, rageală;
 b. - rubeolă, mononucleoză;
 c. - cauzele proteice, peritonite, ocluzie intestinală;
 d. - febră recurentă, intoxicație cronică.
23. - Bazeofile pot fi crescute în:
 a. - infecție cronică tuberculoasă;
 b. - afecțiunile inflamatorii acute;
 c. - leucemie granulocitară cronică, intoxicație cu Pb;
 d. - malarie, carotje proteice.
24. - În care din afecțiunile de mai jos V.S.H. are valoare cele mai mari?
 a. - apendicită acută;
 b. - pneumonie;
 c. - reumatism;
 d. - neoplazii.
25. - Timpul de protrombină normal este de:
 a. - 12-15 secunde;
 b. - 60-120 secunde;
 c. - 5-10 secunde;
 d. - 30-40 secunde.
26. - Timpul de recalcificare (Howell) este prelungit în:
 a. - tromboze vasculare;
 b. - boli hepatice grave;
 c. - hipofibrinogenemie;
 d. - chist hidatic hepatic.
27. - Care din datele de mai jos arată valori normale ale ionogramiei?
 a. - Na^+ 130 mEq/l, K^+ 7 mEq/l, Cl 130 mEq/l;
 b. - Na^+ 142 mEq/l, K^+ 5 mEq/l, Cl 103 mEq/l;
 c. - Mg^{++} 3 mEq/l, Ca^{++} 5 mEq/l;
 d. - bicarbonați 30 mEq/l, Mg^{++} 10 mEq/l.
28. - În precizarea diagnosticului de infarct miocardic, de un real folos în precizarea creșterii:
 a. - transaminazei (GOT);
 b. - fosfatazei alcaline;
 c. - lipidemiei;
 d. - amilazemiei.
29. - Care este raportul normal dintre albumine/globuline?
 a. - 1/1;

- b. - 1/2 - 1/6;
 c. - 1/3 - 0,9;
 d. - 1/4 - 2,8.
30. - În care din situațiile de mai jos, densitatea urinei poate scădea sub 1,018?
 a. - în toate de lichide: bere, apă;
 b. - în hematurie și leucaturie;
 c. - în diabet zaharat, diabet insulinar;
 d. - în insuficiență renală acută, ciroză hepatică.
31. - În cazul unei hepatite acute virale, urina va avea culoarea:
 a. - nămol; ghemol;
 b. - roșu;
 c. - roșu negru;
 d. - în toate condițiile de culoare.
32. - În care din situațiile de mai jos poate apărea oliguria și anuria?
 a. - în hiperhidratare;
 b. - în hipotensiune și hipotensiune;
 c. - în insuficiență renală acută;
 d. - în insuficiență renală cronică.
33. - În condițiile unui rinichi normal, când poate apărea glicozuria?
 a. - când glicemia este de 80-120 mg %;
 b. - glicemia de 125-140 mg %;
 c. - glicemia de 60-80 mg %;
 d. - când glicemia depășește 170 mg %.
34. - Când putem întâlni corpi cetoni în urină?
 a. - în diabet zaharat;
 b. - în insuficiență renală;
 c. - în insuficiență hepatică;
 d. - în diabet zaharat.
35. - În care din afecțiunile de mai jos putem găsi în sedimentul urinar hematii și cilindri hialini?
 a. - hiperhidratare;
 b. - accidente imunologice posttransfuzionale;
 c. - cistite acute;
 d. - afecțiuni hepatice, acidoză.
36. - Care din examinările radiologice de mai jos pot stabili cu exactitate sediul leziunii pulmonare?
 a. - radioscopia;
 b. - radiografie de față;
 c. - radiografie de profil;
 d. - tomografie pulmonară.
37. - Până la ce nivel permite bronhoscopia vizualizarea arborelui traheobronhic?
 a. - bronhiile primare stângi;
 b. - bronhiile lobare;
 c. - bronhiile primare dreapta;
 d. - bronhiile segmentare (gr. III).
38. - Care din manoperele de mai jos se pot efectua cu ajutorul bronhoscopiei?
 a. - extragerea unor corpuri străine;
 b. - prelevarea unei biopsii;

- c. - caracterizarea unei formațiuni tumorale benigne;
d. - se poate sublinia cu exactitate sediul unei leziuni pulmonare.
39. - Examenul citologic al sputei are ca scop:
a. - depistarea seldului și cauzea unei septicemii;
b. - depistarea celulelor neoplazice;
c. - identificarea germenilor din spută;
d. - testarea sensibilității la antibiotice.
40. - Căntitatea de aer pe unitate se poate fi inspirată, după un inspir liniștit este:
a. - aerul curent;
b. - volumul inspirator de rezervă;
c. - capacitatea vitală;
d. - ventilația maximă.
41. - Capacitatea vitală reprezintă suma volumelor:
a. - aer curent;
b. - aer rezidual;
c. - volumul inspirator de rezervă;
d. - volumul expirator de rezervă.
42. - Cât reprezintă aerul rezidual din capacitatea vitală?
a. - 20%;
b. - 15%;
c. - 8%;
d. - 35%.
43. - Care este VEMS-ul?
a. - aerul care rămâne în plămân după o expirație forțată;
b. - aerul expirat profund după un inspir maximal;
c. - cantitatea maximă de aer care este expirat în prima secundă a unei expirații forțate;
d. - aerul inspirat și expirat într-o respirație liniștită.
44. - Scăderea capacității vitale apare în:
a. - astm;
b. - suferințe bronhopulmonare cronice;
c. - pneumopatii acute;
d. - disfuncție ventilatorie restrictivă.
45. - Scăderea indicelui Tiffeneau cu capacitate vitală normală găsim în:
a. - astm;
b. - disfuncție ventilatorie obstructivă;
c. - pneumopatii acute;
d. - fibroză pulmonară.
46. - Scăderea capacității vitale și indicelui Tiffeneau găsim în:
a. - pneumopatie acută;
b. - disfuncție ventilatorie obstructivă;
c. - disfuncție ventilatorie mixtă;
d. - emfizem pulmonar.
47. - Eficiența funcției respiratorii pulmonare se poate evidenția prin determinarea:
a. - echilibrului acido-bazic;
b. - oximetriei;
c. - rezervei alcaline;
d. - carboximetriei.

48. - Rezerva alcalină normală în sângele arterial este de:
a. - 45-50 vol. CO₂/100ml sânge arterial;
b. - 40-50 vol. CO₂/100ml sânge arterial;
c. - 30-50 vol. CO₂/100ml sânge arterial;
d. - 20-30 vol. CO₂/100ml sânge arterial.
49. - Care din metodele de mai jos de explorare a aparatului cardio-vascular sunt metode interventive?
a. - ecocardiografie standard și inimă și vaselor mari;
b. - ecocardiografie;
c. - EKG, ecocardiograma;
d. - angiocardiografia.
50. - Ce este electrocardiograma Holter?
a. - EKG de efort la cardiopatie ischemică;
b. - EKG de efort la cardiopatie ischemică;
c. - monitorizarea bolnavilor cu infarct în saloanul de terapie intensivă;
d. - EKG efectuat cu electrocardiograf cu 6 canale.
51. - Înregistrarea pe bandă a EKG, în timpul unei zile de activitate a bolnavului, este suplimentară în vederea precizării diagnosticului?
a. - ulcer gastro-duodenal în crută;
b. - perforație de organe cavitare;
c. - tumoră biliară;
d. - schiză intestinală.
52. - În care din afecțiunile de mai jos examenul baritat nu poate arăta o lărgire a colonului duodenal?
a. - cancer de cap de pancreas;
b. - splenomegalie;
c. - pancreatită acută;
d. - chist al cistă pancreatului.
53. - Care semn radiologic este semn sigur de ulcer gastro-duodenal?
a. - hiperkineză gastrică;
b. - nișă;
c. - rigiditatea unui segment al peretelui gastric;
d. - hipertrofia mucoasei gastro-duodenale.
54. - Care din semnele radiologice de mai jos se găsesc într-un cancer de stomac?
a. - hipertrofia mucoasei gastrice;
b. - imagine lacunară;
c. - prezența de nișă;
d. - rigiditatea unui segment al peretelui gastric.
55. - Irigografia nu poate evidenția:
a. - dinamica colic;
b. - cancer de colon, polipoză colică;
c. - diverticuli colici, boala Crohn;
d. - hemoragii interne.
56. - Care din substanțele de mai jos pot fi folosite pentru colecistocolangiografie?
a. - mezel;
b. - lipiodol;

- c. - pebilan;
d. - odont.
57. - Când este contraindicată efectuarea colecistocolangiografiei?
a. - icter cu bilirubinemie ce depășește 2,5 mg%;
b. - intoleranță la sod. hiperosmolar;
c. - coagulopatie ischemică;
d. - chist hidatic hepatic.
58. - Colecistografia ne poate preciza:
a. - forma și mărimea vezicii biliare, prezența sau absența calculilor biliari;
b. - marea căilor biliare extrahepatice;
c. - prezența sau absența calculilor în căile extrahepatice;
d. - capacitatea de contracție a vezicii biliare, forma și permeabilitatea cistului.
59. - Care este avantajul principal al explorărilor endoscopice ale tubului digestiv?
a. - este metodă care nu folosește substanțe de contrast;
b. - nu folosește razele X;
c. - permite prelevarea de biopsii, ajutorul la stabilirea diagnosticului histopatologic;
d. - completează celelalte tipuri de explorări.
60. - Care sunt avantajele chirurgiei laparoscopice abdominale, față de chirurgia clasică?
a. - permite efectuarea oricărei intervenții fără cost;
b. - evită inciziile mari - laparotomie;
c. - scutește bolnavul de unele complicații supurative ale peretelui;
d. - scurtează mult durata de spitalizare și convalescența.
61. - Ecografia abdominală ajută la:
a. - precizarea diagnosticului unor afecțiuni ale tubului digestiv;
b. - stabilirea naturii chimice sau solide a unor formațiuni tumorale abdominale palpabile;
c. - urmărirea în timp a unor aspecte patologice, înlocuind metode mai puțin agreabile: colangiografia, arteriografia;
d. - diferențierea dintre un ulcer și un cancer gastric.
62. - Tubajul duodenal permite studierea:
a. - chimismului gastric;
b. - funcției căilor biliare;
c. - examenul macroscopic, chimic, bacteriologic și citologic al bilei;
d. - digestiei.
63. - Examenul histopatologic al unor afecțiuni ale peretelui stomacului, intestinului, colonului se poate realiza prin:
a. - puncție biopsică;
b. - endoscopie;
c. - puncție abdominală;
d. - prin toate metodele.
64. - Radiografia simplă renală poate evidenția:
a. - conturul renal, forma, poziția și dimensiunile rinichinului;
b. - prezența calculilor radiotransparenți;
c. - prezența tumorilor retroperitoneale;
d. - calcificări patologice ale parenchimului renal și calculi radioopaci.

65. - Când nu se poate executa urografia intravenoasă?
a. - când bolnavul urmează o dietă cu 1.000;
b. - când uretra depășește 70mg%;
c. - când bolnavul are TBC renal;
d. - când densitatea urinei este sub 1.015.
66. - Urografia retrogradă și pielografia ascendentă ne dau informații utile despre:
a. - prezența de tumori și calculi vezicali;
b. - anomalii congenitale ale ureterilor și rinichilor;
c. - extinderea hidronefrozei, tumorilor renale, stricturilor uretrale;
d. - anomalii, stricturi ale ureterilor.
67. - Care ne oferă și ce date ne poate furniza cistografia?
a. - se efectuează radiografiile înainte de introducerea substanței de contrast;
b. - se introduce pe sondă 100-200 cm³ substanță de contrast, se execută cistografiile în timpul și la sfârșitul injectării;
c. - urmărește modificările morfologice și funcționale ale ureterelor;
d. - permite studiarea dinamicii descinderii vezicii, conturul și prezența unor tumori intraventriculare: tumori, calculi.
68. - Care sunt timpii de opacifiere într-o arteriografie sau angiografie renală?
a. - timpul bazinului;
b. - timpul arterial;
c. - timpul venoz;
d. - timpul venoz.
69. - Proba Addis-Hamberger stabilește debitul celular pe minut și capacitatea de filtrare prin urină a elementelor microscopice. Care sunt valorile normale de filtrare pe minut?
a. - Escocote 1.000-2.000;
b. - Henrich 7-20;
c. - Henrich 500-1.000;
d. - Claudi 7-20;
e. - Escocote 2.000-4.000.
70. - Care este valoarea normală a clearance-ului pentru creatinină?
a. - 50-60 ml/minut;
b. - 70-90 ml/minut;
c. - 110-120 ml/minut;
d. - 150-200 ml/minut.
71. - Care este valoarea normală pentru clearance-ul cu acid paraaminhipuric (PAH)?
a. - 500-600 ml/minut;
b. - 50-60 ml/minut;
c. - 80-140 ml/minut;
d. - 100-200 ml/minut.
72. - Nodulii reci tiroidieni pot fi dați de:
a. - chist tiroidian;
b. - adenom toxic tiroidian;
c. - ganglioni limfatici;
d. - cancer tiroidian.

73. - Care sunt valorile normale ale indicaptării cu H31 în 24 de ore?
- 10%;
 - 20%;
 - 45%;
 - peste 45%.
74. - Când crește valoarea radiocaptării cu H31?
- în normotirodie;
 - hipertiroidie;
 - hipotirodie;
 - în prezența nodulilor reci.
75. - La bolnavii fără risc operator regimul alimentar va avea cel puțin:
- 1 000 calorii;
 - 2 000 calorii;
 - 800 calorii;
 - 3 000 calorii.
76. - În cazul unui bolnav cu apendicită cronică, care are focare de infecție (distar, sinus), cum se va proceda?
- se efectuează apendicectomie și apoi se tratează focarele de infecție;
 - se face tratament cu antibiotice și se operează de apendicită;
 - se amână focarele de infecție și după vindecare se poate face apendicectomia;
 - preoperator, intraoperator și postoperator se face tratament cu antibiotice.
77. - Care din afecțiunile de mai jos pot duce la denutriție, necesitând un tratament preoperator pentru combaterea denutriției?
- colecistită calculoasă, colită cronică;
 - stenoză esofagiană posttraumatică și tumorală;
 - stenoză pilorică, fistulele digestive;
 - bolnavii canceroși în stadiul I.
78. - Examenale de laborator la bolnavii denutriți arată:
- hipoproteinemie cu inversarea raporturilor albuminei/globuline;
 - hiperglicemie;
 - creșterea numărului de hematii;
 - deshidratare de cloropnie.
79. - Regimul alimentar la un bolnav denutrit se va administra pe cale:
- parenterală, care este cea mai bună;
 - cale naturală;
 - gastrostomie, jejunostomie în caz de imposibilitate de alimentare pe cale naturală;
 - prin clismă.
80. - La un denutrit poate apărea:
- slăbirea forței fizice și intelectuale;
 - hipertensiune arterială, hipertermie;
 - palpitate, edeme ale membrilor inferioare;
 - fațes vultoz cu telangectoză.
81. - Cum putem acționa în cazul în care este greu sau imposibil de a corecta denutriția?
- transfuzie de sânge total, intervenție chirurgicală pentru înlăturarea afecțiunilor cauzale;

- b. - prețului cu adăptul hidroelectrolitic, după intervenția operatorie.
- d. - asigurarea la nivelul a stării de denutriție postoperator.
82. - Care este diferența între anemii acute și cea cronică?
- anemia acută se produce prin pierdere de sânge într-un timp scurt;
 - anemia acută se produce prin pierdere de cantități mici de sânge în timp lung;
 - anemia acută se produce prin pierdere de sânge în timp lung;
 - anemia cronică apare când pierderea de sânge este în timp lung.
83. - Care sunt cauzele anemiei acute?
- hipovolemie;
 - hemoragii;
 - leucemie;
 - leucemie cu metastaze.
84. - Care este metoda cea mai eficientă pentru tratarea unei anemii acute?
- transfuzie cu masă eritocitară;
 - transfuzie cu sânge integral;
 - transfuzie cu plasmă;
 - transfuzie cu seros hemoragice.
85. - Un bolnav care are o anemie cronică și necesită intervenție de urgență, când vine corectă anemia cronică?
- corectarea anemiei cronice și apoi îl operăm;
 - operăm și apoi corectăm postoperator;
 - corectarea se va face pe cât posibil preoperator, va continua intraoperator și apoi postoperator;
 - corectarea se va face în funcție de starea generală.
86. - În pregătirea preoperatorie a bolnavilor anemici în etapa hipovolemică se va face:
- transfuzie de sânge total conservat;
 - masă eritocitară;
 - administrare de vit. K, Ca, adrenostatin;
 - perfuzie cu ser fiziologic și glucoză 5-10%.
87. - În etapa anemică a pregătirii preoperatorii se va administra:
- sânge total conservat;
 - masă eritocitară;
 - vitaminoterapie;
 - transfuzie cu plasmă.
88. - În condițiile în care nu necesită intervenție de urgență și bolnavul prezintă următoarele valori, e bine să fie amânată operația până la refacerea pierderilor de sânge:
- hematiile sub 4,5 milioane;
 - Hb sub 10 g%;
 - hematocritul sub 40%;
 - hematiile sub 3 milioane, Hb sub 8 g%, Ht sub 30%.
89. - Care din manoperele de mai jos sunt necesare pentru pregătirea bolnavilor cu stenoză esofagiană pentru operație?
- asigurarea alimentației pe cale parenterală;

- h. - insuflarea pulmonară pentru reanimare;
c. - corectarea anemiei, hipoproteinemiei, asigurarea unei bune respirații pulmonare;
d. - spălături esofagice și aspirație pentru prevenirea infecțiilor pulmonare.
90. - Care sunt caracteristicile stenozei pilorice ulceratoase și a celei neoplazice?
a. - în ambele avem depozite masive de lichide cu deshidratare cu compresii;
b. - în stenoza scoplăscă tulburările hidroelectrolitice sunt mai puțin pronunțate;
c. - în stenoza pilorică ulceratoasă predomină hipoproteinemiei și scăderea acido-bazică;
d. - în stenoza ulceratoasă predomină tulburările hidroelectrolitice, an în cea scoplăscă anemie, hipoproteinemiei și infarct.
91. - Care din elementele de mai jos trebuie normalizate, în funcție de care se face intervenție chirurgicală într-o stenoză pilorică ulceratoasă?
a. - normalizarea tensiunii arteriale și E.K.G.;
b. - normalizarea coagulării hemostazice;
c. - normalizarea diurezei, hematocritului, ionogramii;
d. - îmbunătățirea stării generale și creșterea în greutate.
92. - Corectarea hipoproteinemiei la bolnavii cu stenoză pilorică neoplazică se face prin:
a. - perfuzii cu ser fiziologic și glucoză 5-10%;
b. - regim hipertonic, bogat în proteine;
c. - administrare de antibiotice;
d. - transfuzii cu plasmă, proteine hidrolizate, aminoacizi esențiali.
93. - Cum pregătim prooperator colonul?
a. - regim alimentar bogat în fibre celulozice;
b. - regim strict în reziduuri, administrare de oleu de parafină, clisme opuse;
c. - administrare de purgative drastice de tipul sulfatului de națtriu;
d. - tratament cu neomicină sau cu tetraciclină cu 48 ore înainte intervenției.
94. - Cum facem pregătirea prooperatorie a unui bolnav cu H.D.S. cu anemie severă cu tendință la șoc?
a. - instituim sondă gastrică și administrăm pansamente gastrice și trombolice;
b. - transfuzie cu sânge, intervenție precoce;
c. - administrare de anticoagulanți: vit. K, C, Ca, adrenostatin;
d. - transfuzie intra- și postoperatorie.
95. - Pregătirea prooperatorie a bolnavilor cardiaci urmărește compensarea cordului prin:
a. - regim alimentar cu multe lichide;
b. - repaus la pat;
c. - oxigenoterapie;
d. - medicație inotropică;
e. - administrare prooperatorie de atropină.
96. - Cum se stabilește riscul operator la un cardiac, care necesită intervenție pe al organ (stomac, intestin, rinichi etc.)?
a. - riscul este de gradul III;
b. - riscul se stabilește în funcție dacă boala de inimă este compensată;
c. - în funcție de afecțiunea pentru care se operează;
d. - în funcție dacă boala de inimă este decompensată.

97. - Care din bolile de inimă contraindică și cât timp intervenția operatorie?
a. - infarct miocardic, 1 an de la producerea lui;
b. - insuficiență cardiacă cel puțin 2 luni de la instalarea ei;
c. - infarct miocardic, chiar remisiune, cel puțin 3 luni de la acțiunea;
d. - infarct miocardic, chiar remisiune, cel puțin 3 luni de la acțiunea.
98. - Se va evita administrarea de atropină la cardiaci pentru că:
a. - mărește ritmul cardiac;
b. - poate să dăuneze pulmonar și re;
c. - poate să dăuneze hipotensiunii arteriale;
d. - poate să dăuneze hipertensiunii arteriale.
99. - Cu atenție este indicată la artericii pentru pregătirea lor pentru operație?
a. - vasodilatatori, anticoagulanți, antibiotice;
b. - vasodilatatori, sedative, polimerice;
c. - anticoagulanți, sedative, antibiotice;
d. - vasodilatatori, sedative, polimerice.
100. - În care din afecțiunile pulmonare de mai jos este contraindicată o intervenție pentru afecțiuni cronice?
a. - pneumonie;
b. - insuficiență pulmonară;
c. - astmă bronșică;
d. - bronșită cronică.
101. - Ca obiective trebuie să urmărească pregătirea prooperatorie a unui bolnav pulmonar, ea să se poată efectua o intervenție operatorie?
a. - repaus sau eliberarea tusei;
b. - scutirea completă a sputei;
c. - reducerea numărului sputelor, după care se va putea face intervenția operatorie;
d. - vindecarea completă a bolnavului pulmonar, după care se va putea face intervenția operatorie.
102. - În efectuarea anesteziei la un bolnav pulmonar, anestezicul trebuie să țină cont de:
a. - pericolul de a munda plămânul sângerat cu secrețiile celui bolnav;
b. - pregătirea prooperatorie deosebită;
c. - influența centrului respirator care poate fi ușor inhibat;
d. - de a nu produce o hiperhidratare.
103. - Cu ce anestezie se va face anestezia generală și cum trebuie să fie ea?
a. - anestezia se va face cu eter, halotan, torbutic;
b. - anestezia de aroid, ciclopropan;
c. - anestezia trebuie să fie profundă pentru a nu permite transmițerea excitărilor din mușchii reflexogene;
d. - superficială, completată cu blocarea zonelor reflexogene prin infiltrație largă cu novocaină.
104. - În dereglări prezintă bolnavul hepatic, care trebuie corectate în limita posibilității, prooperator?
a. - este dorită din cauza inapetenței și absorbției intestinale încetinite;
b. - este hiperhidratat;
c. - are tendința la hemoragii prin lipsa vit. K;
d. - are hipovitaminoză A, B, C, D.
105. - Cum pregătim bolnavul hepatic?
a. - alimentație bogată în lipide;

- b. - administrare de vit. K și C;
c. - perfuzii cu hidroforat de potasiu și amoniac;
d. - transfuzii masive de sânge.
106. - Ce deficiență urmează a fi corectată preoperator la un bolnav renal?
a. - dezechiliul hidroelectrolitic și acido-bazic;
b. - hipotensiunea arterială și tulburările de ritm cardiac;
c. - hipoproteinemie, edemele și H.T.A. secundară;
d. - tratarea tulburărilor digestive.
107. - De ce sunt contraindicate opiaceele la un renal?
a. - măresc filtrul renal;
b. - reduc filtrul renal;
c. - provoacă oligurie și anurie;
d. - provoacă precip. și vătămări.
108. - Care va fi rația zilnică a unui diabetic compensat?
a. - glucide 150 g, lipide 100 g, proteine 50 g;
b. - glucide 200 g, lipide 70 g, proteine 150-200 g;
c. - glucide 300 g, lipide 200 g, proteine 100 g;
d. - glucide 350 g, lipide 70 g, proteine 120 g.
109. - Ce facem cu un bolnav chirurgical diabetic, la care nu se reduce glicemia?
a. - operăm și postoperator administrăm 60-80 U insulină;
b. - administrăm preoperator 60-80 U insulină, operăm și administrăm postoperator aceeași doză de insulină;
c. - înlocuim insulina cu sulfamide antidiabetice;
d. - schimbăm regimul alimentar și tratamentul antidiabetic.
110. - Ce anestezie poate fi folosită la diabetici?
a. - mixtă: forbiturice și eter sau ciclopropan;
b. - mononestezie cu flotan sau penthan;
c. - rahianestezie;
d. - orice anestezie; nu există contraindicații făcute la vreun anestezic.
111. - Care din dereglările de mai jos le poate produce obezitatea?
a. - diminuarea capacității respiratorii;
b. - insuficiență hepatică;
c. - tulburări cardio-vasculare;
d. - diminuarea diurezei și acumulare de metaboliți în sânge;
e. - tendință la tromboze.
112. - În care din împrejurările de mai jos suntem obligați să operăm un din, fără o pregătire prealabilă, care să ducă la slăbire?
a. - apendicită cronică, colecistită calculoasă;
b. - peritonită, ocluzie intestinală;
c. - hernie inghinală, ulcer duodenal;
d. - varice, hemoroidă.
113. - Care din complicațiile postoperatorii de mai jos sunt mai frecvente la obezi?
a. - boala tromboembolică;
b. - hiperhidratare și edem pulmonar acut;
c. - complicații pulmonare;
d. - insuficiență renală.
114. - Ce se va urmări și cum se va face pregătirea preoperatorie a bolnavilor vârstnici?
a. - îmbunătățirea constantelor homeostatice;

- b. - substituiri de testosteron 25-50 mg;
c. - vitaminoterapie;
d. - tonic cardiac;
115. - Care sunt cauzele implicative, eventual accidentale, ale pregătirii preoperatorii a bolnavilor alergici se va avea în vedere:
a. - eliminarea medicamentelor la care bolnavul este alergic;
b. - evitarea administrării medicamentelor care produc alergii;
c. - desensibilizare și tratament cu antihistaminice;
d. - tratament cu sedative și amestecuri.
116. - Ce regim alimentar dăm bolnavului în prezența operației?
a. - regim alimentar obișnuit;
b. - regim hidoic;
c. - diminuează și la pești regim obișnuit, la seara regim hidoic;
d. - nu se dă alimente, grăie cu 24 de ore înainte operației.
117. - Pentru a avea un somn liniștit, ce medicamente administrăm în seara dinaintea operației?
a. - tranchilizanți;
b. - analgice;
c. - paracetamol;
d. - relaxanți.
118. - Cu cât timp înainte operației trebuie să radem regiunile părtoase?
a. - cu 48 de ore înainte operației;
b. - în seara dinaintea operației;
c. - cu 1-2 ore înainte operației;
d. - pe masa de operație.
119. - Pentru sedarea preoperatorie a bolnavului, ce medicamente se administrează în 11-12 ore înainte intervenției chirurgicale?
a. - barbiturici;
b. - morfinici;
c. - forbiturici;
d. - atropină.

Capitolul 20 COMPLICAȚIILE POSTOPERATORII

Verificați-vă cunoștințele

20.1. Complicațiile postoperatorii imediate și precoce	578
20.1.1. Complicațiile parietale imediate și precoce	578
20.1.1.1. Sângerarea	578
20.1.1.2. Seromul	578
20.1.1.3. Hematomul	578
20.1.1.4. Supurația plăgilor	578
20.1.1.5. Eviscerația	578
20.1.2. Complicațiile infecțioase postoperatorii	578
20.1.2.1. Complicații infecțioase locale, independente de focarul operator	578
20.1.2.1.1. Parotidita	578
20.1.2.1.2. Infecție urinară	578
20.1.2.1.3. Abcesul țesut	578
20.1.2.2. Complicații infecțioase generale	578
20.1.2.2.1. Sepsicemia	578
20.1.2.2.2. Tetanosul	578
20.1.3. Complicațiile respiratorii	578
20.1.3.1. Laringotraheitele	578
20.1.3.2. Edemul glotei	578
20.1.3.3. Atelectazia pulmonară	578
20.1.3.4. Pneumonia și bronhopneumonia	578
20.1.3.5. Sindromul Mendelssohn	578
20.1.3.6. Insuficiența respiratorie acută postoperatorie	578
20.1.4. Complicațiile cardio-vasculare	578
20.1.4.1. Edemul pulmonar acut	578
20.1.4.2. Boala tromboembolică	578
20.1.4.2.1. Boala tromboembolică a membrilor inferioare	578
20.1.4.2.2. Embolia pulmonară	578
20.1.4.3. Infarctul miocardic postoperator	578
20.1.4.4. Alte complicații cardio-vasculare postoperatorii	578
20.1.5. Complicațiile digestive	578
20.1.5.1. Vărsăturile	578
20.1.5.2. Staza gastrică	578

20.1.5.3. Distenția acută de stomac	578
20.1.5.4. Ruptura	578
20.1.5.5. Măsurile abdominale	578
20.1.5.6. Ocizia intestinală postoperatorie precoce	578
20.1.5.6.1. Ocizia funcțională postoperatorie	578
20.1.5.6.2. Ocizia mecanică postoperatorie	578
20.1.5.6.3. Ocizia postoperatorie precoce	578
20.1.5.7. Fistulele postoperatorii	578
20.1.5.8. Hemeragiile postoperatorii	578
20.1.5.9. Alte complicații digestive postoperatorii	578
20.1.6. Complicațiile aparatului urinar	578
20.1.6.1. Retenția urinară	578
20.1.6.2. Infecția urinară	578
20.1.6.3. Insuficiența renală acută postoperatorie	578
20.1.7. Complicațiile trofice (escara postoperatorie de decubit)	578
20.2. Complicațiile postoperatorii tardive	578
20.2.1. Complicații tardive locale	578
20.2.1.1. Cicatrici patologice	578
20.2.1.2. Granulomul de fir	578
20.2.1.3. Eviscerația	578
20.2.2. Complicații tardive generale	578
20.2.2.1. Ocizia intestinală	578
20.2.2.2. Săchele posttrombotice	578
20.2.2.3. Insuficiența renală cronică	578
20.2.2.4. Staza de denutriție	578
20.2.2.5. Prezența dentelilor fistule	578
20.2.3. Complicații tardive consecutiv unor intervenții operatorii	578
Debutul la capitolul 20	578

Oraș intervenție chirurgicală comportă un risc operator. Nu trebuie neglijate intervențiile mici care și ele pot da complicații foarte grave. Complicațiile pot fi locale (parietale) și generale (ale sistemelor și aparatelor sau ale întregului organism). Atât complicațiile locale, cât și cele generale pot fi evitate, precoce sau tardive.

20.1. COMPLICAȚIILE POSTOPERATORII IMEDIATE ȘI PRECOCE

20.1.1. Complicațiile parietale imediate și precoce

20.1.1.1. Sângerarea
Imediat după ce bolnavul este dus la salon sau la serviciul de terapie intensivă, personalul observă o imbibare mare a pansamentului cu sânge. Sângerarea aceasta s-a produs în prin depărarea unui fir, sau un vas colabă după restabilirea T.A. N-a fost timp pentru închiderea țesutului și începe să sângereze după restabilirea T.A. N-a fost timp pentru închiderea hematomului. Bolnavul este dus la sala de operație, se deschide plaga parietală, se face hemostaza, eventual se lasă un dren, se aplică pansament.

20.1.1.2. Seromul

Seromul este o colecție cu lichid seros sub piele, în nivelul inciziei, datorită decolării mari a țesutului subcutanat și scoperii unor vase limfatice. Poate apărea hipotonic, cina evenimentelor, operați în regiunea renală.

După descoperire, în condiții de aspirație, se evacuează înainte de a se realiza drenaj, tratament cu antibiotice.

20.1.1.3. Hematomul

Colecție de sânge coagulat sau necoagulat, adunat sub piele în cazul hemoragiilor superficiale, dar se poate aduna și subaponevrotic sau retroperitoneal.

Cauza hematomului este desfacerea unui fir de sutură, hemoragii înalte sau îngrijită, scăderea T.A. în timpul operației.

Risc mare în producerea hematomului prezintă bolnavii tratați cu aspirin, heparină, trombolitici.

Hematoamele pot fi mari, dureroase, având culoare violacee a tegumentelor, precoce, sau în cazul hematomelor profunde, tardivă, putând decola țesuturile pe care stăp.

Hematomul la gât, după tiroidectomie, trebuie descoperit foarte repede, deoarece, prin comprimarea traheei și fără evacuare, bolnavul poate muri prin asfrie.

Hematoamele se evacuează prin deschidere totală sau parțială a plăgii, se asigură hemostaza, apoi se resuturază, lăsând un dren.

20.1.1.4. Supurația plăgilor

Accident regretabil, apare după operații septice, dar poate apărea și după cele aseptice. Apariția supurației arată deficiența în sterilizare sau manevră incorectă în timpul și postoperator.

Infecțarea plăgii se semnalează prin temperatură mai ridicată a treia zi după operație, cu dureri locale, roșeață, infiltrația pielii și a țesuturilor subiacente, frison, alteranță stării generale, leucocitoză.

Tratamentul constă în debridarea parțială sau totală a plăgii, evacuare puroului, drenaj, pansament, antibioticoterapie.

20.1.1.5. Eviscerația

Este o complicație gravă care se datorează deschiderii parțiale sau totale a plăgii abdominale și ieșirea prin plagă a viscerelor abdominale (intestin, epiploon).

Se datorează ruperii sau desfacerii firelor de sutură sau ruperii țesuturilor peretelui abdominal: peritoneu, aponevroze, mușchi, piele.

Apare la delibitați, cașectici, hipoproteici, obezi, după eforturi postoperatorii.

Alteori, poate apărea chiar imediat postoperator după trezire bruscă din anestezic însoțit de tuse și vărsături sau manevre incorecte când bolnavul de pe masa de operație sau când este așezat în pat.

Pansamentul apare îmbibat cu secreție sero-sanguinolentă abundentă, iar la scoaterea lui se observă anse și epiploon. Până la operație se face dezinfecția plăgii cu jir, acoperirea cu comprese sterile, îmbibate cu ser fiziologic, încercu cu o așchi.

Tratamentul constă în reintegrarea viscerelor și refacerea peretelui într-un singur plan cu fire necorabile, trecute la distanță de buzele plăgii.

Tratamentul general va consta din antibioterapie, transfuzie cu sânge sau plasmă, vitamina C, vitamina K, vitamina E, hidrocortizon, vitamina B₁₂, vitamina C.

20.1.2. Complicații infecțioase postoperatorii

În acest capitol vor fi cuprinse infecțiile postoperatorii condiționate în mod direct, sau indirect, de actul operator.

20.1.2.1. Complicații infecțioase locale, independente de focarul operator

20.1.2.1.1. Paronihia. Paronihia supurativă acută survine la bolnavii delibitați, care au o igienă precară.

■ Cauze: pătrunderea de salivă, de secreții urinare, de sânge, de lichid bucal în spațiul subcutanat.

■ Simptome: durere, înroșire, umflătură, durere la mișcare, durere la atingere.

■ Tratament: dezinfectare locală, după câteva zile după operație, ligare a funcției paronihiale, drenaj localizat înaintea pavilionului auricular, tegumentele supraîncalzite.

Tratamentul profilactic: curățarea în igiena riguroasă bucală, dezinfectarea cavității bucale, se curăță antibioterapie, raze X în doze iradiante, iar în caz de supurație, se realizează drenaj.

20.1.2.1.2. Infecțiile urinare. Se produc după cateterism uretral sau dobândit înainte de intervenție.

Apariția paronihiei este mai frecventă sunt proteze, bacilul piocianic, stafilococul aureu, streptococul.

Cauza predispozantă locală este traumatismul mucoasei uretrale de către băutura de sondaj, iar germeni sau asociați de germeni este reprezentată de cateterismul în căile urinare inferioare, fie de germeni de contaminare.

Infecția urinară determină leziuni în epitelul căilor urinare, iar microbii și toxinele lor ajung în torrentul circulator și pot da abcese metastatice în toate organele, dar mai ales în rinichi.

În forma acută, după traumatism apare frison, febră, tulburări de mișcare urinară, polakiuri, tenisme vezicale, fațes vultos, limbă uscată, transpirații profuze. După câteva zile bolnavul revine în normal.

■ Tratamentul profilactic: constă în neaplicarea de rutină a sondajului vezical, în timpul și în zilele următoare, executat cu blândețe și în condiție de aseptice perfectă. În proiectiv sondajelor repetate se va prefera sonda de demontare.

■ Tratamentul curativ: combaterea activă a infecției prin administrarea de antibiotice, ampicilină, iar după 24-48 ore, conform cu antibiograma.

■ Chimioterapie cu neotaxol, sulfamet, bisepol, neogram, acționează eficient în dezinfectarea căilor urinare, mai slab asupra infecției parenchimului renal.

■ Condusarea șocului și dehidratării prin perfuzii cu substituenți ai plasmelor, soluții, soluții, soluții etc.

■ *Ananias abscondit* Jacq.

- Aparent absența leziilor ca o complicație postoperatorie este posibilă în:
 - frecvența mai mare decât în alte circumstanțe;
 - rezistența grinzilor cauzală la administrarea de antibiotice;
 - pierderea din vedere a posibilității de explicație, întrucât o absență postoperatorie.

■ Factori cauzali sunt: asepsia incompletă, injectarea de substanțe liposolubile iritante, care prin necroza produsă favorizează infecția și injectarea subcutană a substanțelor medicamentoase de uz strict intramuscular.

Germanul cel mai des întâlnit este stafilococul

În acest stadiu se poate spera la evoluție bună după tratament conservator.

- după câteva zile (3-4) durerea se intensifică, la palpare se relevă o tumoare fermă în cadrantul supero-extern al regiunii fesiere, fenomenele generale devin progresive
- ultimul stadiu e cel de colecție purulentă - durerea capătă caracterul senzație de tensiune, apare fluctuantă. Semnele generale pot fi marcate: cefalee, tîdică, frisoane, prostrare. E momentul intervenției chirurgicale.

■ *Tratamentul profilactic* se adresează condițiilor de asepse

■ **Tratamentul curivii** în faza de congestie: comprese reci, repaus la antibiotic, raze ultraviolete reci. Tratamentul în stadiul de colecție este chirurgical, anestezie bună, constă în incizie largă în partea cea mai declivă a colecției, prin care se evacuează conținutul purulent, se realizează drenajul, se realizează o incizie pentru identificarea peritoneului și antibiogramă, evacuarea pusului, dezinfectarea fundurilor de sac, spălare cu apă oxigenată, drenaj, pansament în fața de iradiere de secreție și pilăgi.

20.1.2.2. Complicații infecțioase generale

30.1.2.2.1. **Septicemia.** Septicemia postoperatorie este o infecție bacteriană

gravă, care, dacă nu este diagnosticată și tratată la timp, poate duce la deces.

a) Septicemia cu punct de plecare operația invazivă: demincație anamneză, perforații de organ, necroze vizcerale, peritonită difuză și localizată, supurații purulente etc.

b) Septicemii cu punct de plecare din aria cavității operatorii:
perfuzie continuă, materiale de perfuzat contaminate, traheostomi prost îngrijite etc.
Factorii determinanți sunt germeni frecvent întâlniți: colibacilul, pneumococul, stafilococul, klebsiela etc.

- modificarea reactivității organismului, datorită bolii pentru care s-a pus intervenția chirurgicală;

- agresiunea chirurgicală;
- operațiile septice: peritonite, abcese, ocluzii etc;
- transfuzii masive de sânge, care scad de obicei potențialul imunitar

- antibioterapia preventivă, aplicată de principiu la
- selecția germenilor rezistenți la antibiotice;

...diagnosticul și tratamentul să fie descris la nivelul...

1997

6.1.2.2. **Tetanusul.** Traseenilor, intoxicația acută este determinată de o complicație postoperatorie. Prezența sporiilor în traseenii intrauterini explică apariția tetanului pe termen scurt. Alte surse de contaminare, dar mult mai rare, sunt: apă contaminată, sare, cu ocazia injectărilor intramusculare pe calea speriilor din plăcuțe ceramice, sare, cu ocazia injectărilor intramusculare pe calea speriilor din plăcuțe ceramice, spori letanici din cârghișii prost sterilizați și țesuturi necrotice.

Septimiu Mădăraș, diagnosticul și tratamentul au fost descrise la capitolul regimul

20.1.3. Complicațiile respiratorii

cu oare măsura de precauție preoperatorie a bolnavilor, complicat

- **Factorii favorizanti și declanșatori:**

b) Tipul de chirurgie - chirurgie laală abdominală, toraco-abdominală

² Nu se recomandă în perioada postoperatorie.

la unghiul aspiratorului în intubația prelungită.

(f) Irigarea mecanică sau chimică a mucoaselor tractului respirator

3.1.3.1. Lattingotraheltelo

Seus determinate în general de intuițiile orotracheale, au un prognostic în
apăsător pentru bolnav.

se poate observa, ca și substanțele trimise vehiculate pe sonde sunt factorii de ateroscleroză.

Tratamentul constă în comprese calde în jurul gâtului, repaus vocal.

sono la più antica, antichissima.

20.1.3.2. Edemul glotei

Encefalita este aceeași ca și a laringotraheitelor, însă simptomatologia e mai rău răspuns, tiraj, cormă. Tratamentul constă în administrare de hemisuccinat de potasiu, 2000 mg, 2-3 ori pe zi, pentru a preveni o complicație, tratamentul cu antibiotice.

că la regiunea cervicală anterioară, poziție semizecândă, aerosoli.

a) *Etiologia postoperatorie* - va avea în vedere tratamentul rănitorilor sau în cazul rănirii bolnavilor: asociația leziunilor întregii torace, a căilor respiratorii, a căilor venoase, a nivelului, a nivelului ventilator pulmonar.

b) *Etiologia intraoperatorie* - va preveni obstrucția căilor respiratorii și va asigura o bună ventilație pulmonară.

c) *Etiologia postoperatorie* - va urmări să se prevină complicațiile pulmonare, ca: pneumonia, insuficiență respiratorie acută și va folosi toate măsurile pentru asigurarea continuității a ventilației, gargară respiratorie cât mai precoce, aeroterapie, fizioterapie, bronhoscopia la nevoie, supraveghere clinică și radiologică postoperatorie.

■ *Tratamentul* va fi cauzal, prompt și energetic. În orice formă de insuficiență respiratorie acută se vor lua următoarele măsuri terapeutice:

- a) asigurarea și menținerea permeabilității căilor respiratorii;
- b) asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului;
- c) ameliorarea hipoxiei prin creșterea presiunii parțiale a O_2 inspirat (oxigenoterapie precocă);
- d) stimularea centrilor respiratori deprimari.

20.1.4. Complicațiile cardio-vasculare

20.1.4.1. Edemul pulmonar acut

Se datorază fie unui cîst (ventricul stîng) deficient, fie unei supraîncălziri a lichidelor a organismului și în consecință și a plămînilor, supraîncălzirea fiind periculoasă mai ales la hipotensiuni. Apare, de obicei, brusc. Bolnavul însoțit de o erupție roșie, are, totuși, însoțirea radiologică cu și examinarea cordului pot pune diagnosticul. Tratamentul va consta din insuficiența cardiacă, hipotensiunea arterială sau supraîncălzirea cu lichide a plămînilor cauzatoare a accidentului.

20.1.4.2. Boala tromboembolică

Formarea de cheaguri în venele bazinului și ale membrilor inferioare reprezintă un pericol postoperator relativ frecvent, cauzele fiind multiple: întreruperea circulației venoase, traumatisme sau iritații ale venelor în timpul operației, procese supurative locale care irită endovena sau care prin compresie întrerung circulația venoasă. Anestezia și actul chirurgical, oricît de benigne ar fi ele, pot determina apoi apariția acestui accident. Decubitul dorsal prelungit, lipsa de mobilizare precoce a membrilor, mai ales a celor inferioare, sunt, de asemenea, factori determinanți ai apariției coagurilor în venele membrilor inferioare și ale micului bazin. La apariția acestui accident participă amplitudinea scăzută a mișcărilor toracice cauzată de durerea postoperatorie, de bandajele de corp foarte strîns sau de meteorismul abdominal, care înclină circulația sîngelui către inimă și favorizează formarea de coaguli. Printre factori producători cităm, de asemenea: obezitatea, vîrsta înaintată, afecțiunile cardio-vasculare, starea de nutrie defectuoasă, focarele de infecție, prezența de vene varicoase.

Coagulii formați în venele bazinului sau ale membrilor inferioare pot să se detașeze și să rămîină imobilizați dînd tulburări focale (situația cea mai frecventă de teroare) sau pot să se detașeze și să pormeară către plămîni, dînd naștere unei

embolie pulmonare, uneori deosebit de amare bolnavului. Afecțiunea este mai degrabă rară în timpul operației, apărînd la orice, unde sînt nașterea unei embolie venoase amare deosebit de amare.

20.1.4.2.1. *Boala tromboembolică a membrilor inferioare (flebotromboza sau tromboflebita)* este o boală care se poate manifesta în timpul operației, dar și în perioada postoperatorie. Este o boală care se poate manifesta în timpul operației, dar și în perioada postoperatorie. Este o boală care se poate manifesta în timpul operației, dar și în perioada postoperatorie.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

Tratamentul va consta din: asigurarea mobilității membrilor inferioare, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului, asigurarea mobilității peretelui toracic și a diafragmului.

indicația sa, el produce obstrucții mai mici sau mai puțin complete ale arterei sau
pulmonare, uneori se așteaptă chiar călări pe bifurcația arterei, alături de emboli
multiple interzând în general rămân perenice ale arterei pulmonare.

Emboliile mici produc infarcte pulmonare, concomitente sau succesive cu
infarctul la clinică și radiologic.

Se disting mai multe forme clinice:

a) *forma letală* - se caracterizează prin șoc cu pulsare, hipotensiune arterială,
tahicardie, anxietate, agitație, moarte subită;

b) *infarctul pulmonar masiv* realizează tabloul pulmonar acut, debilitant, cu
umid, pulsul sau cianoză, dispnee, șocul domină tabloul clinic, T.A. este sub 80 mm Hg,
pulsul filiform, extremitățile reci, la care se adaugă semnele insuficienței ventriculare
drepte, hepatomegalie distensă, jugulare turgescente, eșecul de palap.

c) *infarctul pulmonar redus* - desigur multipel, interesează mai ales lobul inferior
clinic debut violent, dispnee, junghi toracici, hemoptizii;

d) *forma subclinică (frustă)* este oligosimptomatică, se manifestă prin
tahipnee de scurtă durată, tahicardie, poate fi produsul unei embolii masive. După
câteva zile apar semne de infarct pulmonar;

e) *forma greu de diagnosticat* - poate apărea ca o stare neașteptată de șoc, un
angor cu colaps, având aspectul unui infarct miocardic, un tablou de bradipneemie
febrilă, cu focare parenchimatose și revărsat pleural etc.

■ *Profilaxia umărege pre-, intra- și postoperator* prevenirea trombozelor venoase
și a declanșării trombozei. În cazul apariției trombozelor, profilaxia embolilor
pulmonari va consta în ligatură trunchiului venos emboligen.

■ *Tratamentul curativ* va fi un tratament medical susținut, având următoarele obiective:

a) *terapie locală* - se va face cu vasoconstrictoare (Izuprel 5-10 fiole în 250 ml
sol. glucosă pentru masajarea T.A.), hemostaticul de hidroclorid, antihistaminice,
tonice cardiace injectabile de tip digitalic (digoxin, lanatosid);

b) *terapie asfixic* - oxigenoterapie;

c) *combaterea durerii* - administrarea de morfină sau mialgin în doze mici;

d) *tratamentul hipercoagulabilității* prin perfuzii cu heparină;

e) *tratament trombotic* - prin administrare de streptokinază și urokinază; care
administrare precoce au dat rezultate bune.

Tratamentul chirurgical va consta în trombectomie, care se poate face în
serviciu de chirurgie cardio-vasculară, bine dotat.

20.1.4.3. Infarctul miocardic postoperator

Frecvența infarctului miocardic acut (I.M.A.) postoperator este dată de bolnavii
de peste 50 ani, cei cu cardiopatie ischemică cronică și infarct în antecedente, obezi,
diabetici. Terenul cardio-vascular este în principal vinovat de producerea I.M.A.
postoperator, dar nu-i mai puțin adevărat că și intervențiile chirurgicale pot favoriza
producerea lui prin:

- lărgirea indicațiilor chirurgicale la vârste mai înaintate;
- operații mai laborioase datorită posibilităților moderne de anestezie și terapie
intensivă;

- modificări hemodinamice și hidroelectrolitice, de coagulare, consecutiv
intervențiilor chirurgicale etc.

Ochii cardiologului și deci I.M.A. postoperator survine pe vase arterializate, anormale,
moderate de modificările ce survin consecutiv anemiei și intervenției chirurgicale.

Clinic în I.M.A. postoperator, cel mai adesea se constată durere postoperatorie, cu
simptome specifice, tahicardie, hipotensiune, cianoză, anxietate, dar poate fi și bolnavul
care are în primele trei zile, când tehnica lui i se administrează analgetice la cererea
sa mai mult.

■ *Tratamentul profilactic* are o importanță deosebită:
- monitorizarea EKG se va practica de rutină preoperator și postoperator bolnavilor
cu tensiune EKG se va practica de rutină preoperator și postoperator bolnavilor
cu tensiune 45-50 de ani.

Tratamentul (cu alte complicații) vor fi pregătiti adecvat preoperator:

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

bolnavii care au avut un infarct miocardic cu mai puțin de 6 luni înainte, vor fi

Vărsăturile pot produce dureri în regiunea operatorie, ca și desfacerea plăii umană uneori de evincență.

Prin vărsături se pot pierde cantități mari de electroliți, care duc la echilibrul hidroelectrolitic al organismului, având ca urmare aciditatea, urmele etc.

Este deci necesar să se evite apariția vărsăturilor prin-un act operatorie foarte corect și blând și prin-o măsoară de band caldă. Ori de câte ori vărsăturile sunt foarte supărătoare și frecvente, se va administra sonda sau Londen imediat, se va pune supozitoare cu fenitil și, în caz de nereușită cu aceasta, se vor face injecții de Lorazepam.

20.1.5.2. Staza gastrică

Ori de câte ori vărsăturile sunt persistente și nu se ameliorază cu o terapie simplă, considerăm că bolnavul are o stază gastrică. În acest caz bolnavul trebuie urmărit și mai atent, trebuie găsită cauza vărsăturilor și tratată adecvat.

Vărsăturile persistente pot fi și un semnal în cadrul unei complicații postoperatorii, de tip peritonită, absces intraperitoneal etc.

Adeseori, vărsăturile se datorează faptului că stomacul nu-și poate evacua conținutul din cauză că are o peristaltică (mişcare de evacuare) diminuată sau din cauza unei obstrucții, din cauza acțiunii operatorie. La aceasta se adaugă de multe ori un sfîncier piloric spastic (contractat). În caz de vărsături persistente, trebuie să ne gândim și la existența unui obstacol pe traseul digestiv (intestin subțire sau gros) apărut postoperator.

După operație pe stomac, obstacolul poate fi urmară directă a acțiunii operatorie, datorându-se unei edem de mucoasă pe jura de anastomoză. Acest edem este mai frecvent după anastomozele gastrooduodenale, așa-numite anastomozes "Péan-Billroth I". Pot apărea și după anastomozes gastro-jejunale - tip "Reichel-Polya". Că și nu este determinată de peristaltică abolită sau încetinită, edemul pării de anastomoză dispare după 2-3 zile și totul intră în normal. Este indicat ca tuturor bolnavilor clasați în stază gastrică sau o resecție pe tractul intestinal subțire sau gros, să li se introducă chiar intraoperator, nazogastric, o sondă de aspirație continuă în clasa poziționată corectă se face cu ajutorul chirurgului. Sonda se menține până când se apreciază că staza gastrică a dispărut. Dispariția stazei o apreciem prin faptul că lichidul gastric e limpede (în perioada de stază, lichidul are aspectul zăului de cafea, aspect determinat în mare măsură de sângele care s-a scurs în stomac de pe traseul de anastomoză). Imediat ce lichidul se limpezesc și considerăm că nu mai există stază gastrică, scoatem sonda din stomac, fapt care favorizează reluarea dinamicii gastrice normale. Că timp sonda este în stomac este important de știut că ea se poate infunda cu flocoane sau cheaguri. Din acest motiv, ori de câte ori, timp de 30-60 minute vedem că nu se poate evacua nimic din stomac, se desface sonda la locul unde s-a atașat la peritoneu și se controlează dacă funcționează. Dacă nu funcționează, se face aspirație pe sondă cu o seringă. Dacă nici așa nu vine lichid, înseamnă că sonda este infundată, lichidul sau rău poziționată. Executăm câteva manevre de introducere sau scoatere parțială a sondei. Dacă nu reușim, se introduce tot cu seringă, clăpă mililiteri de apă caldă, folosind o presuare moderată. Apoi se aspiră conținutul gastric sau tot bine se lasă să curgă singur. În cazul când apreciem că în interiorul stomacului este o stază mare, care nu se evacuează din cauza flocoanelor sau cheagurilor, se aspiră frecvent tubul de

sua, facem o "spălătură" a stomacului pe tubul de dren. Spălătură cu electroliți în porții de sondă și nu vom introduce lichid sub presiune, deoarece presiunea ar putea să treacă pe și să desfacă unele fire de pe jura de anastomoză, în caz de anastomoză pe jura de anastomoză. Pentru ca lichidul să nu intre în stomac, scutim gura cu o seringă de aer pe jura de anastomoză, introducând în capătul exterior al sondei un înșurubit plumb sau seringă de aer, înșurubind la capătul exterior al sondei, pentru a desface sonda, apoi, înșurubind la capătul interior al sondei, pentru a desface sonda. Dacă cu forță, pentru că riscul să traumatizăm prin aspirație stomacul sau tubul de dren este foarte mare. Avem soluția prin care după spălătură stomacul poate fi scutit mai ușor de lichid decât cea pe care am menționat-o. Lichidul cu electroliți poate fi scutit mai ușor de lichid decât cea pe care am menționat-o.

Conținutul de stază gastrică pe care bolnavul o evacuează în 24 de ore o resecție ca mare evacuare și o vom pe linie, completând conținutul de "măști-regim" de stomac cu lichidul. Din această cauză excludem totdeauna cantitatea de lichid pe care am introdus-o noi pentru spălătură ca și lichidul înghițit de bolnav (seca, apă de tubul de dren etc.).

20.1.5.3. Dilatația acută de stomac

Staza gastrică poate să apară, adeseori, și atunci când se lucrează pe alte organe ale tractului abdominal, nu numai pe stomac. Poate apărea uneori un sindrom acut de dilatație abdominală, nu numai pe stomac, dilatație care nu poate să apară prin reflexe care apar de la alte niveluri sau prin resorbția lichidului de stază, ci din o stare gravă de insuficiență a tractului digestiv, prin dureri în epigastru și hipocostul stâng, senzație de plenitudine, eructații abundente, prin dureri în epigastru și hipocostul stâng, senzație de plenitudine gastrică. La examen constatăm dilatația (epigastru aerico-lichidian). Dilatația acută de stomac, însoțită de multe evoluții postoperatorii a bolnavului. De aceea, ori de câte ori se înregistrează o stază gastrică, se evacuează imediat conținutul stomacului prin sondă, se face o spălătură cu apă bicarbonată caldă și se lasă o sondă continuă pentru 2-3 zile. Dacă lichidul nu se evacuează curent prin sondă, îl aspirăm cu o seringă și repetăm spălătură. Nu trebuie neglijat faptul că staza gastrică determină o pierdere importantă de lichide și de electroliți. Aceste pierderi vor fi înlocuite cu soluții administrate intravenos și, imediat ce se poate, se va opri aspirația și se va rena alimentația pe gură.

În încheierea capitolului privind vărsăturile postoperatorii, nu trebuie să uităm că vărsăturile pot fi determinate și de o urcă sanguină crescută, nedeterminată marea de diferențe pentru care s-a făcut operația, de o afecțiune în sfera genitală (sau chiar de o infecție) pot fi urmară unei intoxicații cu produse digitale, a unei excitații a sistemului nervos, a unui edem sau tumoră cerebrală (de obicei bulbară) etc. În asemenea cazuri trebuie clinice și paraclinice pentru diagnostic și tratament se vor orienta și către aceste afecțiuni.

20.1.5.4. Sughitul

Sughitul este un incident neplăcut. El se datorează unei dilatații de stomac, unei iritații a diafragmului, unei colecții purulente subdiafragmatice, unei peritonite sau urmei. Se declanșează prin-o stimulare reflexă sau de origine centrală a nervului frenic. De cele mai multe ori, dacă nu are o cauză importantă, sughitul dispare spontan

în câteva ore de la debut. Atunci când durează mai multe ore, el este foarte supărat pentru bolnav și opizant. Sughitul este adeseori foarte greu de condus. Se folosesc câteva procedee terapeutice, cel mai simplu constând din *inspirarea de răe* bolnavului propriului său gaz carbonic expirat. Pentru aceasta bolnavul respiră câteva minute într-o pungă de hârtie sau din material plastic care-i acoperă nasul și gura. Mănușă se repetă la 15-20 de minute. Putem, de asemenea, să-i dăm bolnavului pe sonda nazală să se amestece un amestec de 5% CO₂ și 95% O₂, câte 5 minute pe oră. Dacă bolnavul nu amestecă la inhalarea biosolului de carbon, întrerupem tratamentul.

Adeseori sughitul dispare după aspirație și spălătură gastrică. Se mai poate administra clorhidrat de clorpromazină (Largactil). În cazuri rebelle, se face infiltrație nervilor frenici cu Novocaină sau chiar alcoolizarea acestora. Trebuie să ținem seama că nici ales alcoolizarea nervilor frenici scade mult, prin paralizarea diafragmului, capacitatea vitală respiratorie, ceea ce poate aduce tulburări grave de hemodinamică.

Ori de câte ori bolnavii că sughitul se datorează unei colecții subdiafragmatice sau unei peritonite, se va face intervenție chirurgicală pentru tratarea acestor cauze grave. Dacă sughitul se datorează uremiei, se va face un tratament insistent contra uremiei.

20.1.5.5. Meteorismul abdominal

Practic fără excepție, orice intervenție operatorie pe abdomen, în care s-a manevrat ansele intestinale, este urmată de un meteorism abdominal, mai mult sau mai puțin accentuat, determinat de iritația pereților ansele intestinale. Acest fapt determină o pareză a musculaturii netede a acestor anse. Meteorismul se mai datorează și înghițirii de aer în perioada de deșteptare din narcotă și în timpul vărsăturilor. Aerul înghițit trece din stomac în intestin și se acumulează aici. Meteorismul abdominal poate apărea după operații efectuate și pe alte zone ale corpului, mai ales după operațiile pe rinichi, dar fără îndoială, mult mai rar și de intensitate mult mai redusă.

Durerile pe care le acuză bolnavul în caz de meteorism abdominal se datorează distinderii excesive a pereților intestinali și unor contracții prezente în anumite zone ale intestinului, prin care se încearcă împingerea în jos a conținutului aerian și lichidian. Dacă peristaltismul nu se reia, bolnavul are tulburări respiratorii, datorită împingerii diafragmului de către ansele intestinale supradilate.

Scutului precoce din pat, mișcările pe care bolnavul trebuie să le facă sistematic în pat (întoarceri pe o parte și pe alta ale corpului), mișcările membrilor inferioare și contractarea musculaturii abdominale sunt capabile să reducă meteorismul abdominal sau să-l facă să dispară, o dată apărut. Ajutăm dispariția meteorismului prin aspirație gastrică. Plasarea unui tub de gaze în anus (nu mai profund de 5 cm deasupra orificiului anal) poate fi uneori utilă, alături iritantă (la bolnavii cu inflamații ale anusului, fimoze anale, hemoroizi); de aceea acest tub nu se va aplica sistematic.

Atunci când ansele intestinale sunt pline de materii fecale (bolnav neperceptiv corect preoperator sau operat de urgență), meteorismul se datorează și gazelor rezultate din putrefacția alimentelor.

Pentru toate aceste cazuri, clismele evacuatoare trebuie efectuate foarte corect. Foarte indicată este, adeseori, o reală "spălare" a colonului inferior și excitația peristaltismului său prin lichide calde (38-39° C), sărate, cu săpun, glicerină sau ulei de magneziu, care se introduc cât mai sus, folosind un tub de gaze. Lichidul de clismă se introduce în cantități mici - 100-200 ml odată - cu ajutorul unei seringi Guyon. După

introducerea se aşteaptă ca lichidul să se gâclească prin tub, amestecat cu gaze și materii fecale, care se evacuează din colon. Se repetă această manevră de 10-12 ori, având grijă să se răstoarne peza mult bolnavul și ca întreaga cantitate de apă introdusă să se evacueze. Clisma cu rău rectal sau colonic cu lubul de gaze sau cu candelă introdusă de bolnav.

Clisma a nu rău rectal sau colonic care poate perfora și produce peritonită, semnulată de durere în jurul bursei, însoțită totodată apă în cavități inferioare abdominale, introducerea apei prin durere însoțită de durere în jurul bursei, însoțită totodată apă în cavități inferioare abdominale, introducerea apei prin durere însoțită de durere în jurul bursei, însoțită totodată apă în cavități inferioare abdominale, introducerea apei prin durere însoțită de durere în jurul bursei, însoțită totodată apă în cavități inferioare abdominale.

Pentru ameliorarea meteorismului se mai folosesc și aplicații cu bulon sau comprese calde pe abdomen, supozitoare de glicerină, Trilement, Cărbune vegetal. Uneori recurgem la infiltrații lombare cu Novocaină, care are capacitatea de a excita din nou musculatură netedă și a declanșa peristaltismul. Executăm, de asemenea, perfuzii cu ser clorură hipertonică și cu Miotin. În cazurile nelinoșite de vărsături și în care gura nu se poate fi închisă, mecanică, cu un simplu ileus dinamic pasager, este foarte utilă administrarea de Furgolen, ulei de parafină, Ciocolan, Cortelan, Carbofil, Galcorin, ceea ce crește, creșterea (inducția) de prunc uscat.

Dacă meteorismul nu cedează și, din contră, locomotivul se accentuează, trebuie să se gândească la posibilitatea unei ocuzii mecanice, prin volvulus, bride sau alt gen de obstacol.

20.1.5.6. Ocuzia intestinală postoperatorie precoce

Ocuzia intestinală postoperatorie precoce survine în primele două săptămâni postoperator. Ea poate îmbrăca forme funcționale (ileus comun și ileus paralitic) sau forme mecanice (ocluzie mecanică).

20.1.5.6.1. *Ileus funcțional postoperator*. În etiologia formelor funcționale ale ocuziei intestinale se incriminează:

- manifestarea brutală a intestinului în timpul intervenției;
- scăderea nivelului K și Mg din sânge;
- prezența de bătăi sau sânge în cavitatea peritoneală;
- peritonita difuză sau localizată, celulita și hematomul retroperitoneal;
- contaminarea peritoneului;
- mănăstire peritoneală prelungită, concomitent cu imobilizarea bolnavului;
- abuzul de medicamente: ganglioplegice, opiace, erori de reechilibrare (alcaloză hipocloică, anticoagulantă).

■ - *Ileus postoperator comun* - distensie gazoasă interesează extremitățile inferioare (stomac - colon); bolnavul are meteorism, grețuri, vărsături moderate. Intenție mișcarea de gaze și scauni. La examenul obiectiv se constată un abdomen ușor distins, tușat, noduros, se percep zgomote hidroaerice. Radiologic nu avem nivel hidroaerice. Dispare spontan sau la tratament banal: aspirație, clismă.

■ - *Ileus paralitic postoperator* - distensia abdominală este, de obicei, importantă și hipocloică, lipsesc zgomotele hidroaerice la auscultaj (liniște hidroaerice). Cefica lipsește, iar în absența peritonitei, scesibilitatea abdominală este normală. Examenul radiologic pe gol arată o distensie gazoasă difuză: stomac, intestin subțire, colon, uneori pot să apară niveluri hidroaerice.

Tratamentul preventiv presupune eliminarea tuturor factorilor incriminati in dezvoltarea fibrozei intestinale. In cazul producerii diareei parazitice, incriminate in aceasta afecțiune gastrică pentru reducerea disconfortului prin evitarea aerului ingerat, hidratarea refulat în duoden și în intestin, corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și a bolii de amoniac, acesta se evacuează cu ajutorul unei clisme, sau chiar unei tehnici ale un fecaloni, acesta se evacuează cu ajutorul unei clisme, sau chiar unei tehnici ale un fecaloni, acesta se evacuează cu ajutorul unei clisme, sau chiar unei tehnici ale un fecaloni.

Este contraindicată reinervarea chirurgicală în ileusul paralizic (infarctul) în care s-a agravat, este mai obligatorie dacă ileusul paralizic este consecința unei peritonite, pentru rezolvarea acestuia (chirurgia de cură, vedeți lațuna și altele).

20.15.6.2. Tulzua mecanică postoperatorie - este mai frecventă în abdomenul inferior, pentru abdomenul superior. Cauzele procedurii sunt: mărirea neașteptată a unor bride sau aderențe la prima intervenție, proiecția unor intestine inflamabile, producerea de volocuri, răsturnarea unei anse intestinale în jurul unei bride sau proiecția, umoră, hernie internă sau externă neidentificată, obstrucția la prima intervenție; anastomoză intestinală obstructivă, prinderea unei anse în buclă la peretele abdominal, insuficiența peritonizării, depozitarea anselor intestinale și a conținutului lor, lipsa de închidere a unor mezo-uri etc.

Ocluzia intestinală poate apărea precoce, când tranzitul postoperator nu s-a reluat încă (focuzie primară precoce), sau să apară după un interval lung între relatarea tranzitului și dublul ocluziei (ocluzie secundară precoce). În prima evenituitate, diagnosticul este mai dificil. Tetradă simptomatică: durere abdominală, vărsături, meteorismul abdominal și lipsirea peritului intestinal pentru materi fecale și gaz. Umărute atent ne poa pe urma diareicilor. Durerea are un caracter intermitent, colicativ, vărsăturile sunt din ce în ce mai abundente - din alimentare devin bilioase apoi porace și chiar fecaloide, la auscultatie repetată se percepe hiperacuitate intestinală, iar examenul radiologic ne arată imagine hidronefrotică în "cuburi de rândunica" sau sub formă de "tuburi de orgă".

Tratamentul chirurgical, care urmărește îndalțarea obstacolului și readucerea circuitului normal digestiv, va fi precedat, concomitent și urmat de reechilibrare hidroelectrolitică, care se face în funcție de parametri umorali și clinici, aspoze gastrică, oxigenoterapie și antibioterapie.

20.1.5.7. Peritonita postoperatorie precoce

20.1.5.7. Peritonita postoperatorie precoce
Peritonita postoperatorie apare de cele mai multe ori, după operație cuscară în cavitatea abdominală, dar poate surveni și în afara acestora, de la o leziune retroperitoneală infectată, un abces perinefric, de la organele genitale interne feminine în cazul operațiilor pe cale vaginală etc. Peritonita postoperatorie precoce poate fi generalizată (difuză) sau localizată (abces subfrenic, al Douglas-ului, abces punctional, etc.).

[illegible]

Trăind în China, este tot atât de prezentă în viața sa și gândirea rapidă a celui german. Așa că, în cele mai mici momente din viața sa, este în stare să realizeze o mulțime de lucruri. Este un om foarte activ, este un om care nu se lasă de nimic. Este un om care nu se lasă de nimic. Este un om care nu se lasă de nimic.

70.1.3.2 Fistulele postoperatorii

20.1.3.4. Fistulele postoperatorii se datorază dezamării țesutale sau totale a organismului postoperatoriu și dezvoltarea inflamatorie lor prin infectare de către microorganismii prezenti în mediul extern, în timpul intervenției chirurgicale.

... în produc. gaze perisforiz. hidrotermale și
în produc. masiv. lichide în produc. gaze perisforiz. hidrotermale și
... în produc. gaze perisforiz. hidrotermale și
... în produc. gaze perisforiz. hidrotermale și

Cu un producător de dejunuri instantizate pe care îl deosebea de ceilalți prin faptul că nu folosea niciodată un produs de calitate inferioară, ci numai cel de cea mai bună calitate, am devenit prietenii lui. El mi-a spus că nu se simțea în siguranță în ceea ce privește siguranța alimentară și că nu se simțea în siguranță în ceea ce privește siguranța alimentară și că nu se simțea în siguranță în ceea ce privește siguranța alimentară.

...dynamici, hiperactivi, teren nerăbdător, secunzi etc.

...la nivelul mucoasei, în punctul de vedere nutritiv - în primă administrație, în
...la nivelul mucoasei, în punctul de vedere nutritiv - în primă administrație, în
...la nivelul mucoasei, în punctul de vedere nutritiv - în primă administrație, în

Pe cel de-al doilea trebuie eliminate pericolele prin mers, iar instrumentele protejate cu
un capac. Unele dentite se pot include spontan, după un tratament îndelungat,
în cadrul de vindecare și se impune reintervenia operatorie.

20.1.5.9. Hemoragiile postoperatorii

20.1.5.8. Hemoragiile postoperatorii
Hemoragiile postoperatorii se pot manifesta ca hemoragii intraperitoneale (în
cavitatea peritoneală) sau sub formă de hemoragii digestive (ulcerul de stres, sângerarea
din ulcerul mui recent, emoragii etc.).

af la primul caz este vorba de o hemoragie produsă prin lezarea în timpul
serviciului a unui organ care a trecut neobservată (splină, ficat), deraparea unor ligamente
sau a unei vârgi ligamentare însoțită de leziuni ale țesuturilor moi.

Indicarea T.A. au început să apară în

apăsătoare, indurată, puls slab bătut etc.), iar local putem observa în cazul răsucirii
a durerii - scurgerea de sânge pe tuburi, sau în lipsa dremărilor - mătase de plămâni
a fantei, la puncte abdominale prezența de sânge. Se impune reintervenția
gustă, sub protecția transfuziei de sânge, pentru reechilibrare hematologică
hemodinamică.

b) Hemoragia digestivă superioară, manifestată sub formă de hematemă, poate produce prin sângerarea unui vechi ulcer gastro-duodenal, cunoscut, în urma tragerii de secțiune a unor organe cavitate (anastomoză) și prin ulcer de stăruință cronică intervențiilor chirurgicale.

în funcție de cantitatea, felul hemoragiei, răspunsul asupra stării generale, a
oprirea în tratament medical, sau rezolvare chirurgicală sub protecția unei muni-
cipale de urgență.

20.1.5.10. Alte complicații digestive postoperatorii
Am grupat în această categorie o serie de afecțiuni care pot apărea drept complicații în unele intervenții chirurgicale:

a) *pneumonia acută postoperatorie* (la intervenția pe stomac, splină, cili biliare, legătură cu actul operator, indiferent de tipul operației și a-zor datorită stării la bilare, postului postoperator care face să lipsească excitantul alimentar, creșterea vâscozității bilei, transuziei însoțite de înmulțirea produșilor de catabolism și încălzirea celulei hepatice și în consecință o bilă mai concentrată, stagnarea transulară care duce la atonia vezicii biliare etc.);

c) *enterocolita acută postoperatorie* - prezența și frecvența ei în cadrul complicațiilor postoperatorii este legată de administrarea orândă a antibioticelor cu spectru larg de activitate. Apare în primele zile după operație și se caracterizează prin febră, dureri abdominale, diaree și coprocultură care pun în evidență, de obicei, stafilococuri.

20.1.6. Complicațiile aparatului urinar

Complicațiile postoperatorii ale aparatului urinar pot apărea atât la bolnavii care suferă intervenții asupra aparatului renal, cât și la bolnavii care suferă diferite intervenții ale aparatelor și sistemelor, care au însă răsunet asupra acestuia.

Complicațiile pot merge de la retenția și infecția urinară până la insuficiența renală acută. Acest fapt impune o pregătire bună preoperatorie, o îngrijire deosebită intra- și postoperatorie pentru evitarea acestor complicații, care în cazul insuficienței renale acute, poate îmbrăca forme severe, cauzatoare de deces.

20.1.6.1. Retenția acută de urină

Aceasta se datorează disinerghismului dintre acțiunea musculaturii vezicii urinare și a sfincterului uretral al vezicii. Poate apărea la bolnavii care nu au avut preoperator tulburări de micțiune, dar ea apare mai ales la bolnavii cu hipertrofie de prostată sau cu stricțiuni uretrale. Orice intervenție chirurgicală poate fi urmată de retenție acută de urină, ea însă este mai frecventă după operații în regiunea perineală și a bazinului și mai ales după rahianestezie.

Bolnavul acuză dureri în hipogastru, este neliniștit, agitat, are senzație imperioasă de micțiune, contractă musculatura abdominală, dar nu elimină decât câteva picături de urină. În hipogastru găsim o tumoră ovoidală, cu convexitatea în sus, sub tensiune, remitentă, foarte dureroasă, mată la percucie - globul vezical.

Vom încerca tot ce este posibil ca bolnavul să urineze spontan, se va mobiliza la marginea patului, vom ajuta să facă câțiva pași, se va încerca stimularea micțiunii dând drumul apei de la robinet să curgă. Îndemnând bolnavul să bea lichide, aplicând comprese calde suprapubiene sau la femei lavaj cu apă caldă în regiunea genitală.

Dacă nici astfel bolnavul nu poate urina, suntem obligați să facem sondaj vezical. Acesta se face cu sondă metalică la femei, sau în lipsa acesteia cu sondă de cauciuc Nélaton sau Thiemann, cu care efectuăm și la bărbat. Subliniem atenția deosebită care trebuie acordată sondajului, obligația respectării riguroase a condițiilor de aseptic.

Intervenția trebuie să aibă de posibilități stricte, asigurarea unei ieșiri perferice, care să permită scurgerea complicațiilor urologice.

La cazul în care sondajul a fost dificil, sonda se lasă pe loc (se lasă a demonta), se schimbă cu un tub la o lungă de colectare a urinei.

La cazul în care sondajul nu s-a putut efectua din cauza unei obstrucții (calculi de piatră, etc.) sau din cauza unei obstrucții se va face puncție vezicală cu un ac mai gros sau mai mic - la un anumit distanță simfizei pubiene, pe linie mediană.

20.1.6.2. Infecția urinară

Este tipică a sondajelor așezate și a fost descrisă într-un capitol anterior.

20.1.6.3. Insuficiența renală acută postoperatorie

Insuficiența renală acută postoperatorie (IRA) - arată aspectul reacției de a se adapta la schimbarea fiziologică. Tulburările metabolice, leziunile renale procesuale, precum și acțiunea operator, ca factori determinanți, sunt înscrise în etiologia IRA.

Insuficiența renală acută postoperatorie poate încheia trei forme anatomice:

a) *IRA postoperatorie funcțională* este consecința unor tulburări hidroelectrolitice, necroză și necroză corespunzătoare, apare atât în cazul unor intervențiilor chirurgicale necomplicate, cât și cu complicații necomplicate. Se caracterizează prin creșterea azotemiei, oligurie, însă cu o urină a cărei densitate este peste 1015 și eliminare urinară de urce de peste 15 g/24.

Consecința tulburărilor hidroelectrolitice și administrarea de mai mult de 2 litri de lichide și vindecarea afecțiunii, fără sechele.

b) *IRA consecință a unor complicații majore*: stare de șoc, peritonită, ocluzie intestinală, emboliea icterico-urigenă, pancreatită acută hemoragico-necrotică etc.

c) *IRA postoperatorie adevărată*

IRA postoperatorie adevărată este principala complicație operatorie.

Factorii agresivi asupra funcției renale și-au încetă acțiunea, manifestându-se ca o scădere de rate stabilizate, prin oligurie, prăbușirea puterii de concentrație a urinei și necroză a tubilor renali.

Tratamentul constă în dializă renală, controlul strict al balanței hidroelectrolitice, diminuarea catabolismului proteic și terapie antifinfecțioasă.

20.1.7. Complicațiile trofice (escara postoperatorie de decubit)

Neutroza ischemică a țesutului dermoepidermic, susceptibilă totuși de a ataca și țesuturile profunde, este o complicație frecventă și gravă a imobilizării postoperatorii.

Factorii predispozanți în apariția escarei sunt factorii anatomici - tegumentele proeminente care se găsesc situate direct pe un plan dur, osos (regiunea sacrată, scapulară, calcaneană, spinele omoplatului etc.) și factorii generali: denutriția, hipotensiunea, anemia, lipsa de igienă, vârsta înaintată, bolile neurologice, coma.

Factorii determinanți îl reprezintă imobilizarea prelungită la pat.

Din punct de vedere evolutiv, leziunile parcurg următoarele etape: aderanță regională, apariția fistulelor, consumarea cavității și faza de cicatrizare. Profilaxia cicatricii postoperatorii este adesea dificilă, însă cu toate acestea este mai ușoară decât tratarea sicerății constituite.

Obiectivele profilaxiei sunt următoarele:

- a) Suprimarea presiunii de pe ariile cutanate amputate prin:
 - schimbarea poziției bolnavului;
 - mobilizarea precoce;
 - asigurarea unui apertur corespunzător;
- b) Îngrijirea scrupuloasă a tegumentelor prin menținerea igienei și fregă cu alcool, pudră, aplicarea de silicon vasoactiv etc.;
- c) menținerea unei bune stări de nutriție;
- d) controlul zilnic al zonelor și tegumentelor expuse.

Tratamentul curativ este dificil și de lungă durată, adresându-se atât leziunilor locale, cât și factorilor generali: corectarea anemiei și hipoproteinemiei, regim alimentar hipercaloric, bogat în proteine și vitamine, antibioterapie, mai ales după excizia chirurgicală.

20.2. Complicațiile postoperatorii tardive

În afara complicațiilor imediate și precoce, intervențiile chirurgicale pot genera o serie de complicații tardive și generale, unele legate de intervențiile efectuate, altele consecințe ale unor complicații postoperatorii imediate.

20.2.1. Complicațiile tardive locale

20.2.1.1. Cicatrici patologice

În această categorie intră cicatricile care se abat de la morfologia și configurația normală, cele care stănesc mișcările regiunii în care se găsesc, cicatricile dureroase și cele care se exulcerează sau se malignizează.

a) *Cicatricea hipertrofică* apare după două luni de evoluție normală a cicatricei prin depășirea planului tegumentar, înroșire, prurit, modificarea colorației, limitate ei nu se pot delimita precis în grosimea hipodermului. Hipertrofia este spontan reversibilă în cursul primilor doi ani.

b) *Cicatricea cheloidă* - este o cicatrice hipertrofică definitivă și neinfluențată de tratament. Cheloidul se poate dezvolta în orice regiune a corpului, dar cu predilecție pe unele zone ca cea auriculară, sternală, regiunea cervicală, deltoidiană. Se poate dezvolta pe toată suprafața cicatricii sau să se mărginească la o porțiune a ei; la fel, același individ poate avea cicatrici cheloide și normale.

Tratamentul medical se poate face prin congelarea cheloidului cu azot lichid, iradiere cu Rx sau injecție în cicatrice de cortizon. Tratamentul chirurgical constă în excizia cicatricii, asociată cu administrarea de corticoidi sau fototerapie. Rezultatele pot fi temporar satisfăcătoare, dar recidiva se produce aproape de regulă.

c) *Cicatricea retrahentă* - este o cicatrice patologică care tindează să se retragă în regiunile adiacente la nivelul cărora s-a produs. Localizarea este în: la o scară în zona arhică, plajă costală, pulsi, regiunea abdominală inferioară, sârmă din pară, sârmă din sârmă, sârmă, pară. Acesta ultimă tendință produce deformități grave.

d) *Cicatricea de retracție* - este o cicatrice care tinde să se retragă în regiunile adiacente la nivelul cărora s-a produs. Localizarea este în: la o scară în zona arhică, plajă costală, pulsi, regiunea abdominală inferioară, sârmă din pară, sârmă din sârmă, sârmă, pară.

e) *Cicatricea de retracție* - este o cicatrice care tinde să se retragă în regiunile adiacente la nivelul cărora s-a produs. Localizarea este în: la o scară în zona arhică, plajă costală, pulsi, regiunea abdominală inferioară, sârmă din pară, sârmă din sârmă, sârmă, pară.

f) *Cicatricea de retracție* - este o cicatrice care tinde să se retragă în regiunile adiacente la nivelul cărora s-a produs. Localizarea este în: la o scară în zona arhică, plajă costală, pulsi, regiunea abdominală inferioară, sârmă din pară, sârmă din sârmă, sârmă, pară.

g) *Cicatricea de retracție* - este o cicatrice care tinde să se retragă în regiunile adiacente la nivelul cărora s-a produs. Localizarea este în: la o scară în zona arhică, plajă costală, pulsi, regiunea abdominală inferioară, sârmă din pară, sârmă din sârmă, sârmă, pară.

20.2.1.2. Granulomul de fir

Este o inflamație aseptică, datorită intoleranței la fir (necrosabil). Se produce în urma cu suturele parietale care la suprafața pielii prezintă o mică fisură care se umple cu serozitate purulentă care la suprafața pielii prezintă o mică fisură care se umple cu serozitate purulentă.

Sunt cazuri de producere succesivă de granulame de fir în ani și nu se termină niciodată cu rezoluția ultimului fir necrosabil.

20.2.1.3. Eventrația

Complicație frecventă care se produce prin ruperea sau deștegarea unor fire în urma unui efort sau după ruperea plăgilor. Orificiul de eventrație poate avea dimensiuni variabile, permițând înțirirea sub piele a unor organe abdominale - uneori dimensiunile tumorii pot ajunge cât un cap de câț. Se poate ca o eventrație să nu aibă în sine orificiu de eventrație, ci mai multe.

O complicație de temut este strangularea eventrației.

Tratamentul eventrației este chirurgical și presupune: izolarea sacului de eventrație, reducerea conținutului în cavitatea abdominală, rezecția sacului și refacerea peretelui care, de multe ori, pune probleme dificile, fiind nevoie de plastii cu material propriu (aponevroze prin alunecare) sau plastii cu plase din material plastic.

20.2.2. Complicații tardive generale

20.2.2.1. - Ocluzia intestinală

La luni sau ani după intervenția primară se pot produce ocluzii intestinale datorate prin bnde, aderențe, invaginare, stenozare a gurilor de anastomoză, rețracția

mesenterilor, carcinomul peritoneală etc. Ele vor fi descrise mai amănunțit în capitolul privind abdomenul acut.

20.2.2.2. Sechele posttrombotice

Sunt de obicei consecința trombozei metatrombotice inferioare, apăsătoare postoperatorii. Bolnavul prezintă tulburări trofice, edeme ale membrilor inferioari, oboseală, insuficiență venoasă și uneori ulcerații așchice (gangrenă venoasă).

20.2.2.3. Insuficiența renală cronică

Urmare a unei insuficiențe renale acute postoperatorii, rariori afectate prezintă o îngrijire deosebită a bolnavilor, dializă renală periodică.

20.2.2.4. Starea de denutriție

Consecutivă unor tulburări de digestie și absorbție, se produce în special la bolnavi cu rezecții gastrice, rezecții întinse de intestin subțire sau colectonii.

20.2.2.5. Prezența diferitelor fistule

Urmare a fistulelor apărute precoce care, prin tratament medical au reușit debutul pierderilor și pot persista sub formă de fistule cronice luni și ani de zile.

Alteori, fistulele pot apărea după luni de zile, fără să fie consecință a unei dezuniri de suturi imediat postoperatorii: fistule perianale, fistule cecale, fistule bilare, fistule stercorale etc.

20.2.3. Complicații tardive consecutive unor intervenții operatorii

Urmare unor afecțiuni și tipului de intervenție chirurgicală pot apărea complicații tardive specifice:

- după tiroidectomie subtotală pentru gușă sau boala Basedow poate apărea hipotiroidia care trebuie tratată permanent cu substituenți de hormoni tiroidieni;
- după rezecții întinse de intestin subțire, alături de denutriție, bolnavul poate prezenta diaree cronică;
- după cura operatorie a herniilor și eventrațiilor se pot produce recidive;
- după intervențiile pe stomac și duoden pot apărea: stenoze ale guri de anastomoză, cancer al guri de anastomoză, sindromul micului stomac, sindromul Dumping, sindromul ansei aferente etc;
- după intervenții cu intenția de radicalitate în cancer pot apărea: recidive locale, metastaze la distanță, cașexie neoplazică.

În concluzie, la acest capitol trebuie să spunem că pregătirea preoperatorie, acuratețea actului operator și anestezic, tratamentul intraoperator și mai ales urmărirea atentă și tratamentul postoperator pot evita unele complicații sau pot diminua efectul lor

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 20

1. Causa sîngerării imediate postoperatorii poate fi:
 - a. - absența muii fr.
 - b. - tulburare de coagulare;
 - c. - oare celulor la închiderea peretelui; începe să sîngeraze după reînălțarea
 - d. - hipotensiunea postoperatorie.
2. Sîrșimul postoperator se poate produce din cauză:
 - a. - aneziei pentru operația mare;
 - b. - decolării ale fesului subcutanat;
 - c. - desprinderii unei fire de hemostază;
 - d. - ruperea unei vase limfatice.
3. După care din intervențiile de mai jos se poate produce mai frecvent un sîrșim?
 - a. - ligaturare pentru colecistită calculoasă și ulcer gastro-duodenal;
 - b. - mastectomie largă, lipectomie;
 - c. - operații în regiunea capului și gâtului;
 - d. - cura eventrației, operații în regiunea renală.
4. Unde se poate forma un hematom postoperator?
 - a. - sub piele, la nivelul inciziei operatorii;
 - b. - la distanță de locul intervenției operatorii;
 - c. - supra- și subaponevrotic;
 - d. - în cazul unei hemostaze îngrijite nu se poate produce hematom.
5. Risc mare la producerea hematoamelor prezintă bolnavii tratați cu:
 - a. - antispasmodice;
 - b. - antiacide;
 - c. - aspirină, heparină;
 - d. - procainolol, lipazin.
6. Care este pericolul cel mai mare al unui hematom la gât, după tiroidectomie?
 - a. - comprimarea traheei și asfixia bolnavului;
 - b. - șocul hipovolemic;
 - c. - supurația plăgii;
 - d. - cicatrici vicioase, retracțiile la nivelul gâtului.
7. Causa supurației postoperatorii poate fi:
 - a. - firele neresorabile cu care se fac ligaturile;
 - b. - deficiențe în sterilizare;
 - c. - anestezia locală;
 - d. - manevrele incorecte intra- și postoperator.
8. Infecția plăgii se semnalează prin:
 - a. - temperatură mai ridicată a treia zi după operație;
 - b. - hipotensiune arterială, bradicardie;
 - c. - dureri locale, roșeață, infiltrarea pielii;
 - d. - alterarea stării generale, frisoane, leucocitoză.

8. - În care din evenimățile de mai jos poate apărea riviocrația postoperatorie?
- manifestare gresită la ridicarea bolnavului de pe masa de operație și apariția deficienței;
 - ghimur cu contractura musculaturii abdominale la tuse; efort de mișcare;
 - bolnavi insuficient explorați preoperator;
 - bolnavi cu contuzii alese.
10. - În care din evenimățile de mai jos poate apărea postoperator paroxizmală acută supurativă?
- la bolnavii operați în regiunea capului și gâtului;
 - la bolnavii debilitați, cu igienă bucală defectuoasă și sonăi nazale;
 - prin metastazare septică de la distanță;
 - la bolnavii alimentați per os.
11. - Care sunt germeni cel mai frecvent întâlniți în infecția urinară?
- proteus, peccania;
 - streptococul, gonococul;
 - colibacilul, stafilococul auriu;
 - bacilul Koch, bacilul tetanic.
12. - Care sunt cauzele infecției urinare?
- retenția acută de urină;
 - stricțiunile uretrale;
 - traumatismele micocului uterale în timpul sondajului;
 - germenii canonici în căile urinare inferioare;
 - germenii de contaminare.
13. - Care din semnele clinice de mai jos se găsesc în infecția urinară?
- retenția acută de urină;
 - frison, febră, fațes valus, mișpiraj profund;
 - tulburări de micțiune: durie, polakiurie, tencime vezicală;
 - dispnee, hipotensiune, insuficiență cardiacă.
14. - Care din mijloacele de mai jos, în cazul unei retenții de urină, este preferată pentru a diminua probabilitatea unei infecții urinare?
- puncția suprapubiană a vezicii urinare;
 - sondaje repetate ale vezicii;
 - lăcarea unei sonde permanente (sondă à demeure);
 - cistostomie.
15. - Care din factorii de mai jos pot fi incriminați în producerea abscesului fesier?
- injectarea intramusculară a soluțiilor uleioase;
 - aspirația incompletă, injectarea de substanțe hipertone;
 - injectarea subcutană a medicamentelor cu uz strict intramuscular;
 - starea generală a bolnavului, constituția, vârsta.
16. - Pentru prevenirea colectării abscesului fesier, în faza de congestie vom aplica:
- comprese calde în regiunea fesieră;
 - injectarea locală cu antibiotice;

17. - În ce caz poate să apară abscesul fesier?
- în cazul unei mișpirajuri în timpul de selecție al abscesului fesier;
 - în cazul unei mișpirajuri în timpul de selecție al abscesului fesier;
 - în cazul unei mișpirajuri în timpul de selecție al abscesului fesier;
 - în cazul unei mișpirajuri în timpul de selecție al abscesului fesier;
18. - Care din factorii de mai jos pot fi considerați favorizanți și declanșatori în producerea complicațiilor respiratorii postoperatorie?
- hipoxemia hipoxică;
 - cavitățile de muncă și viață a bolnavilor;
 - rănirea sponilor tehnici în aerul din sala de operație;
 - prezența sponilor în cavitățile intestinale;
 - spori tetanosului din câmpul prost sterilizat.
19. - Care din factorii de mai jos pot fi considerați favorizanți și declanșatori în producerea complicațiilor respiratorii postoperatorie?
- hipoxemia hipoxică;
 - cavitățile de muncă și viață a bolnavilor;
 - rănirea sponilor tehnici în aerul din sala de operație;
 - prezența sponilor în cavitățile intestinale;
 - spori tetanosului din câmpul prost sterilizat.
20. - Care din factorii de mai jos pot fi considerați favorizanți și declanșatori în producerea complicațiilor respiratorii postoperatorie?
- hipoxemia hipoxică;
 - cavitățile de muncă și viață a bolnavilor;
 - rănirea sponilor tehnici în aerul din sala de operație;
 - prezența sponilor în cavitățile intestinale;
 - spori tetanosului din câmpul prost sterilizat.
21. - Care din factorii de mai jos pot fi considerați favorizanți și declanșatori în producerea complicațiilor respiratorii postoperatorie?
- hipoxemia hipoxică;
 - cavitățile de muncă și viață a bolnavilor;
 - rănirea sponilor tehnici în aerul din sala de operație;
 - prezența sponilor în cavitățile intestinale;
 - spori tetanosului din câmpul prost sterilizat.

- b. - intubație cratracheală;
c. - administrare de hemostasiacelor de hidrocortizon, comprese calde în regiunea cervicală, poziție hemiposivă, aerosoli;
d. - în caz de insuficiență a tratamentului - tracheotomie.
24. - Care sunt factorii predispunând la producerea atelectaziei pulmonare postoperatorie?
a. - vârsta și sexul;
b. - obezitatea;
c. - bolile pulmonare preexistente intervenției chirurgicale, insuficiență renală;
d. - anestezie locală și rahidiană.
25. - Factorii favorizanți ai producerii atelectaziei pulmonare postoperatorii sunt:
a. - durerea și imobilitatea refuză conștientă a bulei toracice;
b. - pneumopentotoneal postoperator, suprimarea reflexului de tuse;
c. - hiperhidratarea;
d. - flora microbiană existentă în arborele traheobronhic.
26. - Cum se combate postoperator atelectazia pulmonară?
a. - bolnavul va sta cât mai mult la pat, nemişcat;
b. - mobilizare precoce a bolnavului, aspirația secrețiilor;
c. - poziția care va ușura respirația va fi poziția laterală și Trendelenburg;
d. - tuse comandată, suprimerarea durerii, aerosoli.
27. - Pneumonia postoperatorie apare:
a. - imediat după operație;
b. - la 24-48 ore după operație;
c. - când bolnavul cu atelectazie pulmonară nu este mobilizat;
d. - la 5-7 zile după operație.
28. - Care din semnele de mai jos corespund pneumoniei postoperatorii?
a. - tahipnee, tuse, dureri toracice;
b. - creșterea tensiunii arteriale, tulburări de ritm;
c. - puls mai frecvent, cianoză, agitație, expectorație;
d. - spută hemoptică, abundantă, șoc hemoragic.
29. - După ce tip de anestezie survine mai des pneumonia postoperatorie?
a. - nu există denștiri de frecvență în funcție de anestezie;
b. - intubație cratracheală și substanțe anestezice administrate pe cale respiratorie;
c. - rahianestezie;
d. - anestezie locală.
30. - După ce tipuri de intervenții operatorii apar mai frecvent complicațiile inflamatorii pulmonare?
a. - varice ale membrului inferior, hernie;
b. - operații pe torace;
c. - fracturi și traumatisme ale membrului superior și inferior;
d. - operații pe regiunea superioară a abdomenului.
31. - La ce categorie de bolnavi apar mai frecvent complicațiile pulmonare?
a. - bolnavi în vârstă;
b. - copii;

- c. - hemoliza;
d. - la cei cu leziuni pulmonare preexistente, insuficient tratate.
32. - Ce este sindromul Mendelsohn?
a. - pneumonie postoperatorie provocată de permiți fusuli existenți în arborele traheobronhic;
b. - pneumonie clinică provocată de regurgitarea sucului gastric bogat în HCl;
c. - sindromul traheic;
d. - sindromul cardio-respirator postoperator.
33. - Într-o formă specială a sindromului Mendelsohn se manifestă prin:
a. - tendință inflamatorie a sindromului Mendelsohn se manifestă prin:
b. - tahipnee, cianoză, hipotensiune;
c. - tahicardie, stare de inconștiență;
d. - tahicardie, stare de inconștiență, bradicardie.
34. - Tratamentul curativ al sindromului Mendelsohn constă în:
a. - aspirație orotracheală, cu aspirație traheobronhică;
b. - aspirație de sânge și plasmă;
c. - terapie terapeutică, antibiotică, combaterea insuficienței respiratorii și circulatorii;
d. - administrare de antispasmodice, vitaminoterapie.
35. - Care din factorii de mai jos sunt factori ce țin de terenul bolnavului, care pot genera insuficiență respiratorie acută postoperatorie?
a. - bronhopneumopatia obstructivă difuză cronică;
b. - embolia pulmonară;
c. - aspirație de sânge sau secreții;
d. - obezitatea.
36. - Care din factorii medicamentoși de mai jos pot determina insuficiență acută respiratorie postoperatorie?
a. - antispasmodice, antitumorale;
b. - barbiturice, opioace;
c. - curarele și antibioticele nefrotoxice: kanamicina, neomicina, colistina etc.;
d. - antispasmodice și diuretice.
37. - Care din măsurile de mai jos trebuie luate în tratamentul insuficienței respiratorii acute, apărute postoperator?
a. - asigurarea și menținerea permeabilității căilor respiratorii;
b. - asigurarea mobilității pereților toracici și a diafragmului;
c. - ameliorarea hipoxiei prin creșterea presiunii parțiale a O_2 - oxigenoterapie precoce;
d. - stimularea centrilor respiratori deprimati.
38. - Edemul pulmonar acut se datorează:
a. - creșterii stărilor de insuficiență;
b. - administrării de diuretice;
c. - supraîncălzirii cu lichide (hiperhidratare);
d. - acidosei.
39. - În edemul pulmonar acut avem:
a. - expectorație roșie ca pelicană de coacăze;

- b. - tuse chinantă și expectorație mucoșoasă;
c. - tuse chinantă uscată;
d. - tuse frecventă și o expectorație puțin aerată.
40. - Căuzele care produc formarea de cheaguri în venele bazinului și membrului inferior pot fi:
- încrețirea circulației venoase;
 - traumatisme care irită endovene;
 - mobilizarea precoce;
 - decubitul doctal prelungit.
41. - Căuzele favorizante ale producerii de tromboze pot fi:
- vârsta înaintată;
 - obezitatea, stările de denutriție;
 - afecțiunile cardio-vasculare;
 - constituția atletică;
 - focare de infecție, prezența de vene varicoase.
42. - Ce se întâmplă cu cheagurile formate la nivelul bazinului și membrului inferior?
- pot fi resorbite spontan, fără să producă tulburări organice și funcționale;
 - pot rămâne imobilizate dând tulburări locale;
 - pot ajunge la plămâni dând embolie pulmonară;
 - pot trece bariera pulmonară dând embolie cerebrală.
43. - Tratamentul preventiv al bolii tromboembolice este:
- repaus prelungit la pat și evitarea mișcărilor;
 - mobilizare precoce și imediat ce este posibil mișcarea bolnavului pe membrele inferioare;
 - în cazul imobilizării timp mai îndelungat la pat, schimbarea poziției și mișcări pasive;
 - gimnastică respiratorie, oxigenoterapie.
44. - Care din semnele de mai jos le întâlnim în infarctul pulmonar redus, produs de o embolie pulmonară?
- debut violent, dispnee, junghi toracici, hemoptizic;
 - șoc cu paloare, hipotensiune arterială, anxietate, agitație;
 - bolnavul este rece, umed, palid, dispnoic, gatul domină tabloul clinic;
 - tahipnee, tahicardie.
45. - Tratamentul șocului în cazul unei embolii pulmonare se va face cu:
- vasodilatatoare de tipul Dopaminei și Hydergin;
 - Izuprol 5-10 fiole în 250 ml ser glucozat;
 - hernisuccinat de hidroclorid, antihistaminice, tonice cardiace;
 - tratament cu trombolitice: streptokinază, urokinază.
46. - Ce bolnavi sunt predispuși să facă infarct miocardic postoperator?
- bolnavii între 30-40 de ani;
 - bolnavii peste 50 de ani;
 - bolnavi cu cardiopatie ischemică, diabet, obezitate;
 - bolnavi normo- și hipotensivi.
47. - Ce operații pot favoriza producerea infarctului miocardic postoperator?
- operațiile mici și mijlocii făcute cu anestezice locale;

- b. - operații mari, intervenții datorită tehnicilor moderne de anestezie și monitorizare;
- c. - operații făcute cu calmante, care produc hipotensiune;
- d. - operații profunde care dăunază pentru prevenirea infarctului miocardic postoperator?
48. - Căuzele care produc formarea de cheaguri în venele bazinului și membrului inferior pot fi:
- încrețirea circulației venoase;
 - traumatisme care irită endovene;
 - mobilizarea precoce;
 - decubitul doctal prelungit.
49. - Căuzele favorizante ale producerii de tromboze pot fi:
- vârsta înaintată;
 - obezitatea, stările de denutriție;
 - afecțiunile cardio-vasculare;
 - constituția atletică;
 - focare de infecție, prezența de vene varicoase.
50. - Ce se întâmplă cu cheagurile formate la nivelul bazinului și membrului inferior?
- pot fi resorbite spontan, fără să producă tulburări organice și funcționale;
 - pot rămâne imobilizate dând tulburări locale;
 - pot ajunge la plămâni dând embolie pulmonară;
 - pot trece bariera pulmonară dând embolie cerebrală.
51. - Tratamentul preventiv al bolii tromboembolice este:
- repaus prelungit la pat și evitarea mișcărilor;
 - mobilizare precoce și imediat ce este posibil mișcarea bolnavului pe membrele inferioare;
 - în cazul imobilizării timp mai îndelungat la pat, schimbarea poziției și mișcări pasive;
 - gimnastică respiratorie, oxigenoterapie.
52. - Care din semnele de mai jos le întâlnim în infarctul pulmonar redus, produs de o embolie pulmonară?
- debut violent, dispnee, junghi toracici, hemoptizic;
 - șoc cu paloare, hipotensiune arterială, anxietate, agitație;
 - bolnavul este rece, umed, palid, dispnoic, gatul domină tabloul clinic;
 - tahipnee, tahicardie.
53. - Tratamentul șocului în cazul unei embolii pulmonare se va face cu:
- vasodilatatoare de tipul Dopaminei și Hydergin;
 - Izuprol 5-10 fiole în 250 ml ser glucozat;
 - hernisuccinat de hidroclorid, antihistaminice, tonice cardiace;
 - tratament cu trombolitice: streptokinază, urokinază.
54. - Ce bolnavi sunt predispuși să facă infarct miocardic postoperator?
- bolnavii între 30-40 de ani;
 - bolnavii peste 50 de ani;
 - bolnavi cu cardiopatie ischemică, diabet, obezitate;
 - bolnavi normo- și hipotensivi.
55. - Ce operații pot favoriza producerea infarctului miocardic postoperator?
- operațiile mici și mijlocii făcute cu anestezice locale;

- d. - administrare de cloridul de calciu.
55. - Ce facem pentru prevenirea meteorismului postoperator?
- administrarea purgative postoperator;
 - chema scaun dinaintea operației și în dimineața operației;
 - administrare de purgative postoperator;
 - mobilizare precoce;
 - tub de gaze în anus.
56. - Ce complicații postoperatorii sunt favorizate de intubația oro-tracheală?
- sughițul și vărsăturile;
 - laringotracheite;
 - edemul glotic;
 - edemul pulmonar acut.
57. - Ce se face pentru prevenirea bolii tromboembolice postoperatorii?
- operație făcută cu blândețe, fără tracționarea măsoarelor;
 - mobilizarea precoce;
 - terapie antiagregantă în anumite boli și operații predispozante;
 - anestezie cât mai adecvată, cu trezire rapidă.
58. - În etiologia formelor funcționale ale ocuziei intestinale postoperatorii pot incrimina:
- manipularea brutală a intestinului în timpul intervenției;
 - deshidratarea și anemiza;
 - scăderea nivelului K^+ și Mg^{++} din sânge;
 - abuzul de opioace, ganglioplegice, anticoagulante.
59. - Ce semne găsim într-un ileus paraliptic postoperator?
- prezența de zgomote hidroaerice;
 - distensie gaseasă difuză: stomac, intestin, colon;
 - iniagii hidroaerice la periferia abdomenului;
 - distensie abdominală importantă și hipoactivă.
60. - Ce se va întreprinde postoperator pentru combaterea ileusului paraliptic?
- aspirație gastrică;
 - corectarea tulburărilor hidroelectrolitice;
 - administrarea de sodative centrale;
 - stimularea peristaltismului cu prostiglină, miostin.
61. - Când este indicată intervenția chirurgicală într-un ileus paraliptic?
- nu este indicată întrucât agravează ileusul;
 - în ileusul paraliptic consecință a unei peritonite;
 - în ileusul paraliptic consecutiv unor tulburări hidroelectrolitice.
62. - Care pot fi cauzele ocuziilor mecanice postoperatorii?
- producere de valvulus, răscucirea unei anse în jurul unui tub de dren;
 - tratament parenteral prelungit, concomitent cu imobilizarea bolnavului;
 - depolimerizarea anelor intestinale și aglutinarea lor, insuficiența peritonare;
 - peritonită difuză sau focalizată, hematoniul retroperitoneal.
63. - Ocuzia primară precoce apare:
- în continuarea ileusului postoperator;
 - după un interval liber între rețeaua tranzitului și debutul ocuziei;
 - în primele 4-5 zile după operație;

- d. - cum consecință unei tensiuni a unui intestin.
64. - Peritonita postoperatorie precoce poate fi consecință:
- contaminării peritoneului prin deschiderea crăpăturii suture în epianul peritoneal și lipsa unui drenaj corespunzător;
 - chisturi accidentale a unui viscer, nesecizată în timpul operației;
 - înălțării pe cale hematogenă;
 - de la un focar septic de la distanță.
65. - Care pot fi consecințele fistulelor digestive postoperatorii?
- peritonite hidroelectrolitice și nutritiv energetice;
 - anemie, hipovolemie;
 - insuficiență hepato-renală;
 - starea pielii și macerarea tegumentelor din jurul tuburilor de dren.
66. - Cauzele deznărilor anastomozelor și producerea fistulelor pot fi:
- de orice fel: prin sutură prea deasă cu necroză ischemică;
 - necoerentarea desechilibrului hidroelectrolitic;
 - deficiențe nutritive și de cicatrizare la bolnavi cu tare generale: demineralizare, diabetici, terci neoplazice;
 - infecții ale pielii și țesutului celular subcutanat.
67. - Hemoragiile postoperatorii intraperitoneale pot fi datorate:
- lăzării intraoperatorie a unui organ, care a trecut neobservată (ficat, splină);
 - lăzării unui vechi sânger gastro-duodenal;
 - plăci de stres, apărut consecutiv unor intervenții chirurgicale;
 - decaparea unor ligaturi vasculare sau necoerentarea unor țesuturi conjunctive care se sângerează în timpul operației.
68. - Ce cauze pot fi incriminate în apariția colecistitei acute postoperatorii, induse de tipul operației?
- staza în căile biliare, creșterea vâscozității bilei;
 - deshidratarea consecutivă intervenției operatorii;
 - insuficiență hepatică;
 - postoperator postoperator, care face să lipsească excitantul alimentar;
 - transfuziei, însoțită de înmulțirea produsilor de catabolism ai Hb, încălcarea celulei hepatice și în consecință o bilă mai concentrată.
69. - Patrocistita acută postoperatorie e cauzată în principal de:
- regimul alimentar hidroalura postoperator;
 - excitații florei microbiene intestinale;
 - administrării orale a antibioticelor cu spectru larg;
 - administrării parenterale de soluție de glucoză.
70. - După ce intervenții apare mai frecvent retenția acută de urină?
- nu există o frecvență mai deosebită la nici o intervenție operatorie;
 - după operații în regiunea perineală și bazin;
 - după halanestezie;
 - după intervențiile operatorii la nivelul membrilor inferioare.
71. - La câteva ore după intervenția operatorie găsim în hipogastru o tumoră mdată, cu convexitatea în sus, sub tensiune, remitentă, foarte dureroasă; ce poate fi?
- un hematom postoperator;

- b. - în sursă nedepărată la înscutirea foil de observare;
c. - un glob vezical;
d. - o evicerare în evoluție.
72. - Care sunt metodele cel mai des utilizate pentru găsirea vezicii urinare, la un de glob vezical?
a. - sondaj vezical cu sondă metalică la femei;
b. - puncție vezicală suprapubică;
c. - cistostomie;
d. - sondaj cu sondă Therman sau Nelaton la bărbați.
73. - Insuficiență renală acută postoperatorie funcțională poate apărea la:
a. - tulburările hidroelectrolitice necorectate și tratate corespunzător;
b. - în stare de șoc, peritonită, ocizie intestinală;
c. - mișcările icterice-urigenă, pusecitate acută nevrotico-hemotipică;
d. - șoc posttransfuzional.
74. - În insuficiența renală acută postoperatorie funcțională avem:
a. - creșterea azotemiei;
b. - oligurie cu urină ce depășește densitatea de 1 015;
c. - eliminarea urinară de uree este de 5 g %;
d. - eliminarea urinară de uree depășește 15 g %.
75. - Care sunt factorii predispoziți în apariția escare?
a. - tegumentele regiunilor care se găsesc situate direct pe un pânză dur, sem.
b. - starea bună de nutriție și circulație;
c. - denutriția, hipoproteinemia, lipsa de igienă, vârstă înaintată, boli neurologice, comă;
d. - infirmitățile care permit imobilizarea, însă mai greoale.
76. - Factorul determinant al producerii escare este:
a. - vârstă;
b. - imobilizarea prelungită la pat;
c. - existența unor focare infecțioase;
d. - factorul psihic, negativ față de sfaturile medicale.
77. - Care sunt leziunile evolutive ce premerg producerea unei escare?
a. - edem și roșeață regiunii;
b. - apariția flictenelor;
c. - constituirea escarei;
d. - faza de cicatrizare.
78. - Suprimarea presiunii ariei cutanate amenințată de escară se face prin:
a. - schimbarea poziției bolnavului;
b. - mobilizarea precoce;
c. - îngrijirea tegumentelor;
d. - menținerea unei bune stări de nutriție.
79. - Care sunt obiectivele prevenirii apariției escarelor?
a. - suprimarea presiunii pe ariile cutanate amenințate;
b. - îngrijirea scrupuloasă a tegumentelor prin menținerea igienei și frecare cu alcool, pudră, aplicare de silicon vasoactiv;
c. - menținerea unei bune stări de nutriție;

- d. - răsucirea și așezarea și regimul de expun.
80. - Care sunt caracteristicile cicatrici hipertrofice?
a. - apar după două luni de evoluție normală prin depășirea planului tegumentar;
b. - marginile, prur, umflarea celulelor;
c. - sunt influențate de tratament, este definitivă;
d. - reversibilități spontan în cursul primilor doi ani.
81. - Ce înțelegem prin cicatrice retractive?
a. - cicatrice hipertrofice definitive;
b. - cicatrice ce depășesc planul tegumentar, reversibilități spontan în decurs de doi ani;
c. - cicatrice patologice ce însoțesc sau împiedică mișcările segmentelor la nivelul escare;
d. - cicatrice ce însoțesc sau împiedică mișcările segmentelor la nivelul escare.
82. - Care din cicatricele retractive de mai jos produc deformații grave?
a. - cicatrice;
b. - cicatrice;
c. - cicatrice;
d. - cicatrice.
83. - Cicatricele dureroase este dată de:
a. - hipertrofia ei;
b. - lipsa ei, după o evoluție normală;
c. - înglobarea în masa cicatriceală a capetelor distale ale fibrelor nervoase sensibile, care au format un necroz;
d. - emulsiunea secundară.
84. - Ce înțelegem prin cicatrice instabilă?
a. - escare care are tendință la ulcerație cronică;
b. - împiedică mișcările segmentelor la nivelul cărora s-a produs;
c. - cicatrice hipertrofice, neinfluențate de tratament;
d. - cicatrice care are un potențial malign.
85. - Ce este granulomul de fir?
a. - o inflamație septică produsă la nivelul firului de sutură nereabsorbabil;
b. - inflamație dată de firele de catgut;
c. - inflamație aseptică datorită intoleranței la fire nereabsorbabile;
d. - o inflamație mixtă la nivelul unui fir de sutură.
86. - Care din complicațiile de mai jos sunt complicații tardive generale?
a. - sechelele posttrombotice, insuficiență renală cronică;
b. - insuficiență cardio-respiratorie acută;
c. - starea de denutriție, prezența diferitelor fistule;
d. - peritonite postoperatorii, ilicatul dinamic.
87. - Prin ce se manifestă sechelele posttrombotice?
a. - tulburări trofice și edeme ale membrilor inferioare;
b. - sindrom de ischemie cronică periferică;
c. - ateroscleroză, arterită obliterantă Buerger;
d. - insuficiență venoasă cronică, ulcerații atone (gangrenă venoasă).

88. - Consecutiv căror intervenții putem avea o stare de denutriție cronică?
- a. - operații pe căile biliare;
 - b. - rezecții gastrice;
 - c. - splenectomie, operații pe sfera genitală;
 - d. - rezecții întinse de intestin și colon.
89. - Care din complicațiile de mai jos pot apărea după tireoidectomie subtotală?
- a. - hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică;
 - b. - hiperglicemie;
 - c. - hipotirozidă care trebuie tratată cu substituenți;
 - d. - rețenție hidro-salăină.
90. - După rezecții întinse de intestin subțire, alături de denutriție poate apărea:
- a. - diaree cronică;
 - b. - constipație cronică;
 - c. - insuficiență renală cronică;
 - d. - insuficiență hepatică.

Capitolul 21

ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII

Verificați-vă cunoștințele

21.1. Îngrijirea postoperatorie în saloan (obșnuită)	614
21.1.1. Poziția bolnavului în pat	615
21.1.2. Calmarea durerii	616
21.1.3. Mobilizarea bolnavului	616
21.1.4. Reluarea alimentației	617
21.1.5. Reluarea tranzitului intestinal	618
21.1.6. Reluarea micțiunilor	618
21.1.7. Urmărirea funcțiilor cardiace și respiratorii	619
21.1.8. Urmărirea evoluției febrei	619
21.1.9. Supravegherea evoluției plăgii operatorii și a drenajului	619
21.2. Îngrijirea postoperatorie în secția de terapie intensivă	620
21.3. Reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritiv-energetică postoperatorie	620
21.3.1. Reechilibrarea hidroelectrolitică	621
21.3.1.1. Repartția apei în organism	621
21.3.1.2. Asigurarea apei necesare organismului și pierderile fiziologice	621
21.3.1.3. Repartția electroliților în apa din organism	622
21.3.1.4. Necesarul bazal hidroelectrolitic în 24 ore	622
21.3.1.5. Pierderile bazale medii în 24 ore și pierderile patologice	623
21.3.1.6. Manifestări clinice ale dezechilibrului hidroelectrolitic	623
21.3.1.6.1. Deshidratarea	623
21.3.1.6.2. Hiperhidratarea	623
21.3.1.6.3. Deficitul de sodiu	623
21.3.1.6.4. Retenția de sodiu	623
21.3.1.6.5. Deficitul de potasiu	624
21.3.1.6.6. Retenția de potasiu	624
21.3.1.6.7. Modificări ale echilibrului acido-bazic	625
■ Acidoza	625
■ Alcaloza	625
21.3.1.7. Tratatamentul de reechilibrare	626
21.3.1.7.1. Reechilibrarea hidrică	626

88. - Consecutiv căror intervenții putem avea o stare de desnutriție cronică?
- operații pe căile bilare;
 - rezecții gastrice;
 - splenectomie, operații pe sfera gastrică;
 - rezecții întinse de intestin și colon.
89. - Care din complicațiile de mai jos pot apărea după tiroidectomie subtotală?
- hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică;
 - hiperfocemie;
 - hipotirodie care trebuie tratată cu substituenți;
 - rezecție hidro-salivă.
90. - După rezecții întinse de intestin subțire, alături de desnutriție poate apărea:
- diaree cronică;
 - constipație cronică;
 - insuficiență renală cronică;
 - insuficiență hepatică.

Capitolul 21 ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII

Verificați-vă cunoștințele

21.1. Îngrijirea postoperatorie în saloan (obituar)	614
21.1.1. Poziția pacientului în pat	615
21.1.2. Căldura durii	615
21.1.3. Mobilizarea pacientului	616
21.1.4. Rutina alimentară	617
21.1.5. Reluarea tranzitului intestinal	618
21.1.6. Reluarea funcțiilor cardiace și respiratorii	618
21.1.7. Umbrirea evoluției febrei	618
21.1.8. Umbrirea evoluției plăgii operatorii și a drenajului	619
21.1.9. Supravegherea evoluției plăgii operatorii și a drenajului	620
21.2. Îngrijirea postoperatorie în secția de terapie intensivă	620
21.2.1. Reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritiv-energetică postoperatorie	620
21.3.1. Reechilibrarea hidroelectrolitică	621
21.3.1.1. Reaportul apei în organism	621
21.3.1.2. Acoperirea apei necesare organismului și pierderile fiziologice	621
21.3.1.3. Reaportul electrolitilor în apa din organism	622
21.3.1.4. Necesarul bazal hidroelectrolitic în 24 ore și pierderile patologice	622
21.3.1.5. Pierderile bazale medii în 24 ore și pierderile patologice	623
21.3.1.6. Manifestări clinice ale dezechilibrului hidroelectrolitic	623
21.3.1.6.1. Deshidratarea	623
21.3.1.6.2. Hiperhidratarea	623
21.3.1.6.3. Deficitul de sodiu	623
21.3.1.6.4. Retenția de sodiu	623
21.3.1.6.5. Deficitul de potasiu	624
21.3.1.6.6. Retenția de potasiu	624
21.3.1.6.7. Modificări ale echilibrului acido-bazic	625
■ Acidoză	625
■ Alcaloză	625
21.3.1.7. Tratatamentul de reechilibrare	625
21.3.1.7.1. Reechilibrarea hidrică	625

■ Hidratarea	420
■ Hiperhidratarea	420
21.3.1.2.2. Reechilibrarea electrolitică	420
■ Corectarea deficitului de Na ⁺	420
■ Corectarea deficitului de K ⁺	420
■ Corectarea hipopotasemiei	420
■ Corectarea derechilibrului acido-bazic	420
a) Corectarea acidozei	420
b) Corectarea alcaloziei	420
21.3.2. Reechilibrarea nutritiv-energetică postoperatorie	420
21.3.2.1. Aportul glucidic	420
21.3.2.2. Aportul proteic	420
21.3.2.3. Aportul lipidic	420
21.3.2.4. Aportul vitaminic	420
21.3.2.5. Aportul de apă și electroliți	420
Chestionar la capitolul 21	420

Îngrijirile postoperatorii au câștigat o importanță mereu crescândă pe măsură ce abordările chirurgicale a unor boli, etichetate anterior ca inoperabile, la vârsta din ce în ce mai înaintată ale bolnavilor, cu suferințe cardiopulmonare însoțitoare și cu risc anestezic și chirurgical.

Prima grijă este ca bolnavii să fie ținuți în sala de urmărire postoperatorie și blocului operator, până când sunt complet conștienți și au funcțiile vitale stabilite.

De aici, bolnavii se împart în două categorii: prima - cei care se însușesc la saloane de pe secția de chirurgie și a doua - în care bolnavii se întorc în secția de terapie intensivă.

Prima categorie o formează bolnavii operați pentru suferințe cronice, în stare de echilibru cardio-pulmonar, hidroelectrolitic și nutritiv. Riscul operator la acești bolnavi este minim și în consecință se așteaptă că evoluția lor postoperatorie va fi satisfăcătoare.

A doua categorie o constituie bolnavii vârstnici, tineri, cardio-pulmonari, suferinți cronici, denutriți, cațectici, cancerosi și urgențele mari.

Îngrijirea postoperatorie îmbracă unele aspecte generale care interesează ambele categorii și altele care interesează numai ultima categorie și, în plus, pe aceia din prima categorie în a căror evoluție apar unele complicații.

21.1. Îngrijirea postoperatorie în salon (obișnuită)

În timp ce bolnavul se află în sala de operație, infirmiera, sub supravegherea asistenței medicale, va aceri salonul și va pregăti patul bolnavului pentru întoarcerea acestuia de la sala de operație.

21.1.1. Poziția bolnavului în pat

Pozițiile în care putem așeza bolnavul în pat, ținând mînerul de la sala de operație, sunt: decubit dorsal, lateral, ventral, poziția semiposedată (Fowler) și poziția Trendelenburg.

Poziția în pat are importanță deosebită mai ales la rahianestezie, în unele operații pe abdomen și coloana vertebrală.

În poziția de decubit dorsal

Bolnavii din clasa operații au fost afectați cu ocazia decubitului dorsal, cu capul pe pernă și în anumite limite se pot evita. Ei pot fi așezați în decubit dorsal, cu capul pe pernă și în anumite limite se pot evita.

În poziția de decubit dorsal

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

În poziția de decubit dorsal

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul ridicat și decubit dorsal.

21.1.2. Calmarea durerii

Durerea postoperatorie este inerentă și rai sunt pacienții care sunt astfel pregătiți până ca să nu recepționeze cu interesitate și care să nu se manifeste foarte zgometos de durerea. Durerea atinge maximum de interesitate în seara operației și începează progresiv la 48 de ore.

Se vor administra analgetice cu alcoolului, piafen, fortal, precum și în unele intervenții, eventual și în următoarele 2 zile: fenobarbital, tioridină, diazepam, deoarece acestea se pot administra mai bine și mai ușor, însă trebuie să fim atenți pentru că în activitate de depresie a centrului respirator, favorizează metemoglobinemia și pot provoca complicații.

Atitudinile bolnavului trebuie să înceteze cât mai curând.

Militizarea bolnavului trebuie să înceapă cât mai precoce. După ce bolnavii se trezesc din narcotă și devin cooperanți, vor fi puși la respirație adânc, să facă mișcări de respirație folosind și brațele, destinzând abdomenul prin coborârea diafragmului. O mare atenție se va da bolnavilor cărora li s-a aplicat bandajul de corp strâns, care va diminua capacitatea respiratorie.

Imediat ce boala va se poate mobiliza din pat, el trebuie să facă mișcări cât mai ample și mai ales mișcări respiratorii, iar do căte ori se constată că are un

Parutele moderne care permit ridicarea scautului și a membrilor inferiori, asigură mobilizarea ușoară a bolnavilor în pat. Unele tipuri de parute se pot și automatiza, oferind, astfel, o mai bună protecție și o mai bună igienă.

Prin mobilizarea bolnavului urmată de preîntâmpinări staza venoasă este importantă în producerea bolii tromboembolice.

Mobilizarea bolnavului, pe lângă realizarea profilaxiei tromboembolice are și următoarele avantaje:

- creșterea absorbției bolnavului în reșita operației;
- combatere atelectaziei pulmonare și preîntâmpinarea apariției infecțiilor pulmonare (pneumonia, bronhopneumonia);
- facilitarea reluării tranzitului intestinal;
- favorizarea drenajului gastric și deci împiedicând staza gastrică;
- stimularea reflexelor gastro-intestinale;
- înălțarea reflexului de gagare a vericilor urinare și deci mișcării spontane;
- înălțarea factorii predispozanți fulminanței neurotoxice la bolnavii cu
- șoc și denutriți;
- stimularea contracției musculare ale membrului inferior care au un efect în
- opulșirea circulației de întoarcere (venoză).

Pentru operațiile efectuate pe alte zone ale corpului decât pe abdomen și mai ales pe zona toracică, tubul digestiv este în poziție normală și nu este necesară nici o manipulare specială. După operațiile efectuate pe zona toracică, în special pe zona abdominală, tubul digestiv este în poziție anormală și este necesară o manipulare specială pentru a-l readuce în poziția normală. După operațiile efectuate pe zona abdominală, tubul digestiv este în poziție anormală și este necesară o manipulare specială pentru a-l readuce în poziția normală.

Pentru operațiile efectuate pe alte zone ale corpului decât pe abdomen și mai ales pe tubul digestiv, reluarea alimentației postoperator nu ridică probleme deosebite; pentru bolnavii operați pe tubul digestiv însă, aceasta este o problemă mai dificil de rezolvat.

Am văzut că înțelegerea caracteristicilor și conținutului sistemelor noastre este foarte importantă. Pentru a înțelege mai bine sistemul de calcul automatizat, vom analiza mai detaliat unele componente ale acestuia. În primul rând, vom discuta despre structura și funcțiile principale ale sistemului. Apoi, vom aborda aspecte legate de interacțiunea dintre componentele sistemului și de modul în care acestea contribuie la realizarea obiectivelor sistemului. În cele din urmă, vom discuta despre unele aspecte tehnice și de implementare care sunt relevante pentru înțelegerea sistemului.

21.1.3. 116122

Tranziția intestinală postoperator se reia la 48-72 ore. Dacă în ziua a treia bolnavul nu a avut scaun spontan, el trebuie să prezinte neliniște abdominală și senzație de aer în căile biliare și eventual slăbiciune intestinală acumulată după operațiile pe tubul digestiv. Scaune eliminate prin provocarea scaunului.

Acum se face fie prin supozitoare cu glicerină introduse anal în ampula rectală
fie prin clismă evacuatorie cu apă caldă în care se introduce o spumă de albuș
de ouă cu 20-30 ml ulei de parafină. Acesta este modul cel mai frecvent de celulare
a mucusului intestinal.

Forma combinatea parezii intestinale se pot folosi injecții de muștin, ulei de ricin
sau de căminole, sau de sare de sodiu nazo-gastrică.

la canal bolnavilor operați pe colon li se va stimula peristaltica intestinală din zona și de la operație, administrându-se olei de ricin 15-20 g în două reprize, alinau-

Indicativ cu operații anale, hemorizi, fistule, abcese, trebuie împotrivă să se
stabilirea conștientă pentru 4-5 zile când să nu aibă scaun și alimentarea acelor

va fi numai bătăie. În seara zilei a 4-a sau a 5-a, acestor bolnavi li se vor administra 20 ml otol de ricin, iar înainte de scam medicată care să calzească duzele de aspirație chimice pentru alina durerea bolnavului.

Reparația parietală sau modificarea ei, cu toate măsurile întreprinse, alinați de durere, scem ne indică prezența unei reacții inflamatorii a peritoneului, căruia se va

21.1.6. Realizarea micțiunilor

După 4-6 ore de la intervenția operatorie, bolnavul urinează în mod spontan. În cazul în care nu are loc micțiunea spontană, se formează glob vezical, care necesită sondaj vezical sau chiar puncție vezicală.

21.1.7. Urmărirea funcțiilor cardiace și respiratorii

După aducerea bolnavului la salo se va urmări pulsul, TA, ritmul respirației care după intervențiile mici și mijocii trebuie să fie în limite normale. În primele 3 ore se urmăresc din 15 în 15 minute, în următoarele 3 ore la fiecare oră, iar ulterior la două ore pe zi. Orice modificare trebuie sesizată pentru că modificarea parametrilor normali poate fi prelușul unor complicații importante.

21.1.8. Urmărirea evoluției febrei

Febra creștină este un indicu important al evoluției postoperatorii a bolnavului. În mod normal în primele 2 zile putem avea o stare subfebrilă, datorită inserției în nivelul plăgi operatorii, o accentuare mai importantă a febrei în ziua a doua poate indica existența unei complicații: supurația plăgi, infecția pulmonară sau urinară.

21.1.9. Supravegherea evoluției plăgi operatorii și a drenajului

De la sala de operație, bolnavul vine cu plaga acoperită de un pansament steril. Asistența medicală are obligația să examineze acest pansament și să vadă dacă nu este îmbibat cu sânge. Dacă este îmbibat, ea trebuie să anunțe imediat medical, care va examina pansamentul și bolnavul, va da instrucțiuni suplimentare, și la funcție de caz, la nevoie, va efectua chiar o reintervenție chirurgicală pentru a descoperi cauză care sângerează și a-l lipăura. Pentru aceste reintervenții este necesar adeseori să se recurgă la transfuzia de sânge a bolnavului, motiv pentru care asistența medicală trebuie să anunțe punctul de transfuzie ca să pregătească sângele necesar.

După operațiile mari pe abdomen sau torace se lasă, de obicei, unul sau mai multe tuburi de dren. Majoritatea chirurgilor scot aceste tuburi de dren prin incizii foarte mici, la distanță de zona operatorie (contraindicații), pentru a proteja plaga operatorie de la contactul cu tubul sau cu secrețiile ce urmează a se evacua și pentru a evita astfel infecția plăgi, ori eventuale eventrații, dar și pentru că drenajul prin contraindicații se

face timpuriu și mai ușor. Cantitatea de secreții sanguinolente, sau purtătoare care se evacuează prin tuburile de dren trebuie să fie în general redusă.

Dacă în primele ore după operație se scurge o mare cantitate de sânge, acesta este un semn de hemoragie, dar dacă se evacuează o cantitate mare de sânge mai târziu, se poate trata imediat, anestezia va asigura imediat medical, care va asigura dacă este necesar, sau necesită, anestezia sau este necesară o reintervenție de urgență.

În cazul de evacuare în limite normale sau este necesară o reintervenție de urgență, se va efectua o compresie postoperatorie. Pentru ca prin aceste tuburi să nu lătre bătăie din cauza a compresiei postoperatorii, se va aplica pe tub un se de vâștărie.

Pentru a evita acceptarea cu comprese și vâștărie în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

Tuburile vor fi grupate din aceste tuburi. Pentru aceasta capatul lor exterior trebuie să fie în poziția de drenaj.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

În cazul în care se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică, se va accepta cu tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau în cavitatea toracică.

21.2. Îngrijirea postoperatorie în secția de terapie intensivă

Terapia de terapie intensivă își are un loc bine precizat în activitatea spitalului. Ea se poate organiza pe spital, înțelegându-se aici toți bolnavii gravi de la nivelul secțiilor (chirurgie, chirurgie, neurologie, obstetrică-ginecologie etc.) sau să funcționeze sub formă de secție de terapie intensivă în secțiile de la salo ale spitalului.

Indiferent de modul de funcționare, munca de secție de terapie intensivă și-a așezat prin faptul că beneficiarul de o supraveghere continuă, efectuată de un număr mare de cadre medicale, în comparație cu cele din saloanele secției și cu o doză de intervenție care permite controlul permanent al funcțiilor vitale și o resuscitare cardio-respiratorie imediată.

În secția de terapie intensivă sunt supravegheate îndeaproape funcțiile aparatului respirator, circulației sângelui, urinar și digestiv. Aceste funcții sunt urmărite de un personal

mediu specializat pentru terapie intensivă care folosește în aprecierea unei evoluții
normale a circulației ridică un număr însemnat de aparate de control, semnalizare și înregistrare.
În unele servicii de terapie intensivă supravegherea este eficientă datorită unui personal
complet pentru toți bolnavii care sunt cuplați la sistemul de control.

Termenul de "monitoring" (monitorizare) cunoscut din literatura anglo-saxonă, a
devenit astăzi usual în serviciile de terapie intensivă, prin el înțelegându-se deosebit de
continuu a unor parametri ai funcțiilor vitale: respirația, circulația, activitatea de deosebit
renală și activitatea electrică a sistemului nervos central. Alături de această deosebit
laborioasă, eficientă analiză de urgență pe linii: hematologică, biochimică și
bacteriologică confirmând semnale date de această aparatură specială.

Dintre componentele urinate de monitorizare menționăm:

- a) aparatul cardio-vascular - puls, TA, EKG, presiune venoasă centrală;
- b) aparatul respirator - frecvența și ritmul respirației, amplitudinea mișcărilor respiratorii;
- c) aparatul urinar - curba diurezei cu debitul urinar în ml/oră, densitatea urinei;
- d) aparatul digestiv - starea abdomenului, staza gastrică, pierderile prin vărsături,
fistule, scaune (diaree);
- e) curba febrilă - orientată asupra evoluției și apariției unor complicații de tip
infecțios: supurația plămâni, infecții pulmonare, urinare etc.;
- f) activitatea sistemului nervos central - electroencefalograma (EEG), penetro
intracraniană în comele prelungite;
- g) probe de coagulare - TS, TC, toleranță la heparină, timpul Howell, timp de
protrombină (Quick), coagulare în tub (Lee-White);
- h) echilibrul acido-bazic - PO_2 , PCO_2 , pH-ul sanguin;
- i) ionograma sanguină și urinară, eventual ionograma pierderilor lichidiene;
- j) hemograma, Hb, hematocrit.

Aceste explorări efectuate în serviciul de terapie intensivă dau posibilitatea
stabilirii apariției unor complicații în evoluția postoperatorie a bolnavilor, administrarea
unui tratament în consecință, urmărirea eficienței tratamentului, necesitatea schimbării
conduitei terapeutice etc.

În serviciile de terapie intensivă o caracteristică importantă o reprezintă
reechilibrarea hemodinamică, hidroelectrolitică și nutritiv-energetică mai atentă a
bolnavilor în primele zile după operație sau în timpul evoluției postoperatorii, când o
produs o dereglare a acestora.

21.3. Reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritiv-energetică postoperatorie

21.3.1. Reechilibrarea hidroelectrolitică

Este obișnuit să se spună că apa este cantitativ cel mai important constituenț al
organismului. Este însă și calitativ la fel de importantă, celulele neputându-și exercita
funcțiile decât în mediul hidric.

Apa este un element plastic reactiv chimic și vehicul al proceselor fiziologice ale
celulei și a activității servicii, fiind viu, chiar și în cea mai mică cantitate în dublu sens: vital
energetic celule.

Pentru fiziologia homeostaziei, terapia este pornește de la asigurarea necesității
celulei în apă și electrolit și compensarea pierderilor.

În secolul al XX-lea, cunoștințele distribuției normale a apei și electrolitelor în organism
a evoluției și a evoluției, precum și definiția unor termeni usuali conduci la înțelegerea
necesității de dezvoltare hidroelectrolitică și tratarea lor corectă.

21.3.1.1. Repartiția apei în organism

Apa reprezintă o proporție de 60% din greutatea corpului, cu variații de la 40-80%
de la naștere la vârstă și constituție. Astfel, la indivizii slabi, apa poate conține 70%, la
corp 80%, sau la obezi 40-50% din greutatea corporală.

Apa este repartizată în două sectoare: apă celulară 40% și apă
extracelulară 20%. La rândul ei, apa extracelulară se află în 2 sectoare: sectorul
intravascular 15% și cel extravascular 5%, care se confundă practic cu volumul plasmatic.

21.3.1.2. Asigurarea apei necesare organismului și pierderile fiziologice

- Necesitatea de apă este asigurată prin:
- aport exogen - aport de apă ca atare;
- apă conținută în alimente;
- aport endogen - apa de oxidare și distrucție rezultată ca urmare a proceselor
metabolice (catabolism) din organism.
- Schimbările de apă din organism sunt în funcție de:
- pierderea hidrostatică a sângelui;
- procesele fizico-chimice (osmoză, presiune oncotică etc.);
- factorii nervoși, umorali și hormonalți;
- permeabilitatea tisulară (hidrostatică și osmotică);
- În mod normal pierderile hidrice se fac prin: urină (1 000-1 500 ml), scaun
(200 ml) și pierderi insensibile prin piele și plămâni 12-15 ml/kg corp (800-1 000 ml).

21.3.1.3. Repartiția electrolitelor în apa din organism

Mineralele în soluție poartă numele de electroliti. Electroliti sunt substanțe
capabile să conducă curentul electric; ei sunt încărcăți pozitiv (cationi) și negativ
(anioni).

Fiecare compartiment (celular, interstițial și intravascular) are o anumită
compoziție hidroelectrolitică, însă suma cationilor și anionilor în cadrul aceluiași
compartiment este egală, lichidele biologice apăsând în stare de electroneutralitate.

Măsurarea electrolitelor se face în miliechivalenți la litru (mEq/l). Numărul
molechivalenți cantitatea în miligrame dintr-un element, înmulțită cu valența și împărțită
la greutatea atomică.

Observăm că în sectorul intravascular și interstital avem câte 155 înEg⁺ Na⁺ și anioni, iar în cel intracelular câte 200 mEq⁺.
În lichidul extracelular predomină Na⁺ și Cl⁻, iar în cel intracelular K⁺, Mg²⁺ și PO₄³⁻.
Membrana celulară mediază schimbările între sectorul celular și interstital, iar perețile capilar desparte sectorul interstital de cel vascular.
Aportul normal de electroliți se realizează prin apă și alimentele ingerate.

21.3.1.5. **Pierderile bazale medii în 24 ore și pierderile patologice**
 - Pierderile insensibile de apă sunt de 12-15 ml/kg corp, ceea ce înseamnă aproximativ 800 ml.
 - Prin urină se pierd 1.000-1.500 ml apă, 70 mEq/L Na⁺, 30 mEq/L K⁺ și 75 mEq/L Cl⁻.
 - Prin scaun se pierd aproximativ 200 ml apă și 5 mEq/L Na⁺.

21.3.1.8. Manifestări clinice ale dezechilibrului hidroelectrolitic

21.3.1.8.1. Dehidratarea se manifestă clinic prin scădere în greutate, sete, tahicardie, scăderea TA, mucoase uscate, puls cutanat periferic, hipotensiune (globele albe), înălțarea timpului semne de insuficiență nervoasă; adică, când dehidratarea este considerată moderată când pierderea ponderală este mai mult de 10% și gravă când depășește 20%.

hemoragii cerebrale, ticsuri, hipertensiune arterială, hipercolesterolemie și a bolnavilor vârstnici, hipertensivi, cardiaci.

21.3.1.6.4. *Retenția de Na⁺* - se întâlnește în insuficiența cardiacă, în mială și hiperaldosteronism. Simptomele clinice sunt cele ale bolii de boală.

100

100

poartelor în stadii diferite în K. Este de semnalat faptul că, mai ales în faza digestivă, deosebit de combinate adesea la o serie de complicații gastroenterice intestinale, totuși de arit. tulburări cardio-vasculare.

Pierderea de K^+ se realizează prin vâscuri (stomac pilorice, ochii interstițiali) și prin aspirație continuă, deosebi coloriforme, fânile digestive, distrugerii mari (tubule, bronșe) prin pierderea K^+ din hemoliză.

Pierderile pot fi acute prin pierderi rapide de lichide: bătăie în K^+ care duce la scăderea K^+ serie și menținerea celui celular și cronică - prin pierderi mici și repetate când deficitul este atât serie, cât și celular.

Prinsele senile care apar în deficitul de K⁺ sunt cele neurovegetative: diminuarea reflexelor până la abolire, hipotonie musculară, alchicnie generalizată, oscenție extremă. La palpate, mușchii sunt moi, hipotonici. Sub 7 mg % se pot realiza mișcările respiratorii, diaphragmul fiind udat și mușchi care au început să tremure.

b) Afectarea musculaturii netede duce la paraliză intestinală, meteorism abdominal, vărsături similând un deșeu dinamic, dilatare acută de stomac.

c) Diminuarea activității mentale și psihice: bolnavul este indolent, uneori poate intra în comă.

d) Tulburări cardio-vasculare manifestate prin apariția nui suflu la vârl, creșterea diametrului inimii, scăderea TA, în special a celei diastolice, tulburări de ritm, care pot merge până la oprirea inimii în sistolă.

e) Modificări electrocardiografice - apar precoce, însă nu ajung la aspectul caracteristic deosebit în deficiențele accentuate: diminuarea și aplatizarea undei T, apăsarea undei U și lărgirea spațiului Q-T.

21.3.1.6.6. *Retenția de K^+* - mai puțin frecventă, decât deficitul.

Orice insuficiență renală cu oligosaturie este cauza cea mai frecventă de miosoz de potasiu. La aceasta se poate adăuga aportul scăzut prin regim hipoproteic și hiperproducția endogenă de potasiu în boli care determină un catabolism exagerat: traumatisme cu dezlăbări mari de țesuturi, hemoragii interne și hemolize interne, reabsorbția potasiului din eritrocite distruse, arsură întinsă, diverse intoxicații (alcool, anoxie, acidoză) etc.

Bolnavii cu exces de potasiu, după o fază de excitație fizică și mentală, devin adinamici și confuși, ajungând până la stări comatoase. De la început apar parastezii membrelor, însoțite de paloare și hipotermie, ulterior se instalează paralizii flaccide, dependente de membre, trunchi, cap.

Abdominal prezintă hipertonic intestinală cu diaree, crampe, colici intestinale, disconfort, balonare, eructații, atonii intestinale și retenție de urină.

Cardio-vascular apar: zburzirea zgomotelor, bradicardie, scăderea TA cu tensiune medie 100/60 mmHg.

de colaps, iar la EKG ridicarea și îngustarea undei T, îngustarea și depresiunea undei P, aritmie ventriculară cu instalarea fibrilației și oprirea inimii în diastol.

21.3.1.6.7. *Modificări ale echilibrului acido-bazic.* Menținerea constantă a pH-ului este condiție necesară pentru menținerea normală a proceselor metabolice, pH-ul

sanguin este absolut necesară unei deszăburări normale a proceselor metabolice. În cazul în care pH-ul sângelui scade sub valoarea normală, rezultat este de 7,4 deci ușor alcalin, protejând organismul de acțiunea catabolică a rezultatelor metabolismului celular.

Menținerea constantă a pH-ului se face grație activității secretorii a activității plămânilor și rinichilor.

... de se pune a intercalat timpuri. Numai de succedea celor două
... care, după un deplasare, în se apart în decalajele
... care au devenit

... la mobilitate în țara noastră este înaltă, ceea ce este un avantaj pentru dezvoltarea economiei.

* According to the author's calculations, the number of people who have been infected by AIDS in the United States is approximately 100,000.

4) Aderarea moleculelor de radicali acizi ascorbici (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,136,137,138,139,140,141,142,143,144,145,146,147,148,149,150,151,152,153,154,155,156,157,158,159,160,161,162,163,164,165,166,167,168,169,170,171,172,173,174,175,176,177,178,179,180,181,182,183,184,185,186,187,188,189,190,191,192,193,194,195,196,197,198,199,200,201,202,203,204,205,206,207,208,209,210,211,212,213,214,215,216,217,218,219,220,221,222,223,224,225,226,227,228,229,230,231,232,233,234,235,236,237,238,239,240,241,242,243,244,245,246,247,248,249,250,251,252,253,254,255,256,257,258,259,260,261,262,263,264,265,266,267,268,269,270,271,272,273,274,275,276,277,278,279,280,281,282,283,284,285,286,287,288,289,290,291,292,293,294,295,296,297,298,299,300,301,302,303,304,305,306,307,308,309,310,311,312,313,314,315,316,317,318,319,320,321,322,323,324,325,326,327,328,329,330,331,332,333,334,335,336,337,338,339,340,341,342,343,344,345,346,347,348,349,350,351,352,353,354,355,356,357,358,359,360,361,362,363,364,365,366,367,368,369,370,371,372,373,374,375,376,377,378,379,380,381,382,383,384,385,386,387,388,389,390,391,392,393,394,395,396,397,398,399,400,401,402,403,404,405,406,407,408,409,410,411,412,413,414,415,416,417,418,419,420,421,422,423,424,425,426,427,428,429,430,431,432,433,434,435,436,437,438,439,440,441,442,443,444,445,446,447,448,449,450,451,452,453,454,455,456,457,458,459,460,461,462,463,464,465,466,467,468,469,470,471,472,473,474,475,476,477,478,479,480,481,482,483,484,485,486,487,488,489,490,491,492,493,494,495,496,497,498,499,500,501,502,503,504,505,506,507,508,509,510,511,512,513,514,515,516,517,518,519,520,521,522,523,524,525,526,527,528,529,530,531,532,533,534,535,536,537,538,539,540,541,542,543,544,545,546,547,548,549,550,551,552,553,554,555,556,557,558,559,560,561,562,563,564,565,566,567,568,569,570,571,572,573,574,575,576,577,578,579,580,581,582,583,584,585,586,587,588,589,590,591,592,593,594,595,596,597,598,599,600,601,602,603,604,605,606,607,608,609,610,611,612,613,614,615,616,617,618,619,620,621,622,623,624,625,626,627,628,629,630,631,632,633,634,635,636,637,638,639,640,641,642,643,644,645,646,647,648,649,650,651,652,653,654,655,656,657,658,659,660,661,662,663,664,665,666,667,668,669,670,671,672,673,674,675,676,677,678,679,680,681,682,683,684,685,686,687,688,689,690,691,692,693,694,695,696,697,698,699,700,701,702,703,704,705,706,707,708,709,710,711,712,713,714,715,716,717,718,719,720,721,722,723,724,725,726,727,728,729,730,731,732,733,734,735,736,737,738,739,740,741,742,743,744,745,746,747,748,749,750,751,752,753,754,755,756,757,758,759,760,761,762,763,764,765,766,767,768,769,770,771,772,773,774,775,776,777,778,779,780,781,782,783,784,785,786,787,788,789,790,791,792,793,794,795,796,797,798,799,800,801,802,803,804,805,806,807,808,809,810,811,812,813,814,815,816,817,818,819,820,821,822,823,824,825,826,827,828,829,830,831,832,833,834,835,836,837,838,839,840,841,842,843,844,845,846,847,848,849,850,851,852,853,854,855,856,857,858,859,860,861,862,863,864,865,866,867,868,869,870,871,872,873,874,875,876,877,878,879,880,881,882,883,884,885,886,887,888,889,890,891,892,893,894,895,896,897,898,899,900,901,902,903,904,905,906,907,908,909,910,911,912,913,914,915,916,917,918,919,920,921,922,923,924,925,926,927,928,929,930,931,932,933,934,935,936,937,938,939,940,941,942,943,944,945,946,947,948,949,950,951,952,953,954,955,956,957,958,959,960,961,962,963,964,965,966,967,968,969,970,971,972,973,974,975,976,977,978,979,980,981,982,983,984,985,986,987,988,989,990,991,992,993,994,995,996,997,998,999,1000,1001,1002,1003,1004,1005,1006,1007,1008,1009,1010,1011,1012,1013,1014,1015,1016,1017,1018,1019,1020,1021,1022,1023,1024,1025,1026,1027,1028,1029,1030,1031,1032,1033,1034,1035,1036,1037

...metabolismului de catabolism a acizilor grași...

... în cazul în care...

...de metabolisme intermediari catabolici.

...de debutul compresiei, în momentul de metatropism intermediar, ...

...compune unei reținute de CO₂ prin împănare...

b) Anomalia reprezintă o anomalie congenitală a inimii, care se manifestă în timpul dezvoltării embrionului, dar și în supraviețuirile pulmonare în stadiul de dezvoltare, dar și în supraviețuirile pulmonare în stadiul de dezvoltare.

... și în cazurile de acidoză sunt polipneea și în cazurile grave hiper-

...cu proastă și comă acidotică.

■ Alcalozia - alcalozia este o afecțiune în care nivelul de pH al sângelui este mai ridicat decât normal (7,38-7,42). Aceasta se poate datora unei scăderi a acidității gastrice sau unei creșteri a cantității de bicarbonat de sodiu în sânge. Alcalozia poate fi cauzată de o varietate de factori, inclusiv de o dietă bogată în alimente alcaline, de o respirație superficială sau de o pierdere excesivă de aciduri din organism. Simptomele alcaloziei includ oboseală, amețeli, mâncărime în gât și mâini și picioare umflate. Tratamentul alcaloziei depinde de cauza și poate include administrarea de medicamente pentru a corecta nivelul de pH al sângelui.

Alăbura respiratorie constă în micșorarea CO₂ din sânge. Poate fi întâlnită în cursul anesteziei în circuit închis. Când se alăbură, poate fi întâlnită în cursul respirației artificiale cu ram prez...

la hiperemie CO₂ prin calze sodată sau în cursul respirației artificiale cu amoniac.

la scăderea se consideră ca semne clinice caracteristice: epuizarea rapidă, convulsii, crizele de tetanic, tulburările miniale, delirul și dezorientarea.

determinarea derechilibrului acido-bazic se face prin examinarea
 determinarea PCO_2 , determinarea bicarbonatilor.

O imagine globală asupra modificărilor acido-bazice obținem prin

metodă de lucru: Astup și normogramă Sicari-Andersson

21.2.1.7. Tratamentul de reechilibrare

Templa de reechilibrare are ca scop:

- corectarea dehidratării sau hiperhidratării (reechilibrare hidrică);
- corectarea presiunii osmotice;

- corectarea izotonică - cu conexiuni asupra presiunii osmotice.
- corectarea izotonică - restabilirea raportului cantitativ al ionilor (Na^+ și Cl^-)

dezechilibrului acido-bazic (reechilibrare acido-bazică).

corectarea dereglărilor acido-bazice (recomandăm)

- asigurarea unui aport caloric minim.

Tubul digestiv este caza cea mai bună și fiziologică de compensare a lichidelor pierdute, care însă are o capacitate limitată de absorbție a lichidelor. În cazul pierderii, care însoțește cazele este indispensabilă la bolnavul chirurgical, se va face:

21.3.1.7.1. Reechilibrarea hidrică

■ Hidratarea are ca scop compensarea pierderilor bazale și cele patologice de apă.

În reechilibrarea hidrică trebuie să ținem cont de:

a) mărirea unei surse bolnavului prin caldă cât mai exact posibil și

administrare pariterală;

b) administrarea va fi eficientă și în funcție de examenul clinic anteașeză; marea

generată a bolnavului. TA, pulsul, diareea, mărirea de respirație, eventual edemul

bolnavului;

c) cantitatea de lichide să nu depășească la un adult nici în plus, nici în minus

500 ml, limită până la care teoretic nu se dezechilibrează hemodinamica;

d) să se evite hiperhidratarea în special la bolnavii hipoproteici; hiperproteinazii

deficiențe miocardice și rare multiple - din cauza pericohului doctanșii de elon-

viscerale sau generalizate ca deșurii de pișgi, visceropii, hemoragii cerebrale, edem

pulmonar acut;

e) să nu se perfuzeze cu un ritm mai mare de 300-500 ml/oră pentru soluții

izotonice și 200 ml/oră pentru cele hipertonice; din același motiv de supraîncălzire a

patului vascular;

f) să se facă demontarea venei și plasarea de cateter pe care să se facă perfuzia

în locul venei injectate care se sclerozează repede.

Soluțiile ce se folosesc sunt:

- soluție de glucoză 5-10-20%, timpovată cu insulină (1 U insulină la 2 g de

glucoză). Când vrem să aducem un aport caloric mai mare se va folosi glucoza 20%,

gând că 1 g de glucoză eliberează prin ardere 4,8 calorii;

- soluție izotonică de clorură de sodiu 9‰ - ser fiziologic;

- soluție poliminerală: Ringer, care conține NaCl, KCl și CaCl₂, sau soluție Ringer

lactat care, pe lângă substanțele minerale enumerate, mai conține lactat de sodiu.

Prin administrarea acestor soluții, pe lângă hidratare, se realizează parțial și o

reechilibrare electrolitică și nutritivă.

■ Hiperhidratarea. În cazul hiperhidratareilor, în afară de mijloace curente folosite

(micondiazice, diuretice) se practică toraco- și paracenteză pentru golirea hidroterului

sau ascuși, aspirație în suazele gastrice, flebotomie în accidentele de suprelchimie

vasculară sau în ultimă instanță dacă rinichii sunt deficienți mai din punct de vedere de

epurare extrarenală.

Corectarea de Na⁺ subacută va fi în funcție de anamneză, starea, ritmul și

la bolnavii cu insuficiență renală, trebuie să se țină seama de faptul că 1 g de NaCl conține 16 mEq Na⁺.

■ Corectarea deficitului de K⁺. În doza de 40 mEq trebuie să ținem cont că 1 g de

clorură de potasiu conține 2 mEq K⁺ și de citrat de potasiu 1 mEq K⁺ și glucoză de

potasiu 1 mEq K⁺ și glucoză de potasiu 1 mEq K⁺.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

■ Corectarea deficitului de K⁺ se face cu soluții Ringer, soluție de 10-20% ClK,

se poate și 10% și 20% ClK.

21.3.2. Reechilibrarea nutritiv-energetică postoperatorie

Prin reechilibrare nutritiv-energetică postoperatorie înțelegem alimentarea

bolnavului care nu poate să mănânce și să bea în mod normal pe cale bucală.

Reechilibrarea nutritivă trebuie să cuprindă cele șase mari categorii de principii:

1. Alimentele, 2. Glucoza, 3. Lipidele, 4. Aminoacizii, 5. Mineralele și vitaminele, 6. Necesitatea acoperirii

energetice globale ale bolnavului operat.

Mineralul bazal și activitatea fizică minimă (bolnav la pat) necesită 30

calorii/kg corp, care trebuie să fie furnizate de aportul nutritiv-energetic.

Proteina bazal este de 1 400-1 500 cal, în perioada postoperatorie, însă

în funcție de starea bolnavului și de necesarul de calorii pentru un bolnav cu operație

de urgență.

- d. poziție Trendelenburg.
5. - În poziție ventrală vor fi așezați bolnavii operați de:
- a. colonă vertebrală;
 - b. afecțiuni pleuro-pulmonare sau endofagene;
 - c. bolnavi cu perforație ale etajului abdominal superior;
 - d. bolnavii operați cu tubinecrose.
6. - În poziție laterală vor fi așezați bolnavii cu:
- a. operații pentru afecțiuni pleuro-pulmonare;
 - b. perforație ale etajului abdominal inferior;
 - c. operații endofagene;
 - d. irigație cerebrală deficitară.
7. - În poziție Trendelenburg vor fi așezați bolnavii cu:
- a. perforație generalizată;
 - b. irigație cerebrală deficitară;
 - c. operații pleuro-pulmonare;
 - d. operații la nivelul membrilor inferioare.
8. - Când atinge maximum de intensitate durerea postoperatorie?
- a. imediat, după rezecția bolnavului din anestezie;
 - b. în primele trei zile după operație;
 - c. în seara operației;
 - d. a doua zi după operație.
9. - Care sunt inconvenientele administrării morfinei și miaglinului pentru calmarea durerii postoperatorii?
- a. produce hipotensiune arterială;
 - b. deprimă activitatea controlului respirator;
 - c. scade diureza;
 - d. favorizează meteoismul și poate masca unele complicații.
10. - Care sunt manevrele la care vor fi supuși bolnavii după trezirea din anestezie?
- a. să respire adânc, folosind și buzele;
 - b. să urinoze;
 - c. să destindă abdomenul;
 - d. să bea lichide.
11. - Mobilizarea precoce a bolnavului urmărește:
- a. preîntâmpinarea stazei venoase și producerea bolii tromboembolice;
 - b. combaterea aștepturii pulmonare și preîntâmpinarea infecțiilor pulmonare;
 - c. combaterea durerii;
 - d. combaterea tulburărilor hidroelectrolitice.
12. - Care este mijlocul cel mai simplu pentru favorizarea micșunilor spontane, rețurarea tranzitului și înlăturarea factorilor predispunânți la apariția tulburărilor neurotrofice (escarelor)?
- a. sedarea durerii;
 - b. corectarea cât mai bună a pierderilor hidroelectrolitice;
 - c. mobilizarea precoce a bolnavului;
 - d. combaterea hipotensiunii arteriale.
13. - De ce nu încărcăm în primele 2-3 zile tubul digestiv cu lichide și alimente, în cazul intervențiilor pe aceste organe?
- a. la nivelul sutiurilor micșunilor peristaltice sunt abolite;

- b. imediat după staza gastrică;
- c. la nivelul anastomozelor se produce de multe ori un edem îngustant care duce la lipsa peristalticii produse stază;
- d. perforații chirurgicale.
14. - În care din intervențiile de mai jos, va fi reînaltă alimentația mai rapid?
- a. anastomoză gastrică;
 - b. anastomoză pentru varice;
 - c. resectomie pentru hemoroidi și fistule perianale;
 - d. colectomie trans.
15. - În care din intervențiile de mai jos alimentația va fi reînaltă după 4-5 zile?
- a. colectomie trans;
 - b. anastomoză pentru hemoroidi și fistule perianale;
 - c. anastomoză pentru anastomoză;
 - d. anastomoză trans.
16. - La cât timp după operație se reia în mod obișnuit tranzitul intestinal?
- a. imediat după operație în staza tubului digestiv, în diminuarea urmelor;
 - b. la 2-3 zile, după intervențiile făcute cu rahimectomie;
 - c. la 4-5 zile;
 - d. după de tipul anesteziei efectuate.
17. - Peristaltica, în cazul operației pe colon va fi stimulată după operație prin:
- a. stimularea anală făcută la sfârșitul intervenției chirurgicale;
 - b. clonul răzuc;
 - c. administrarea de ulei de ricin 15-20 g în două repetiții zilnice, din prima zi după operație;
 - d. administrarea de purgative saline.
18. - Bolnavii cu operații în regiunea anală (hemoroidi, fistule, abcese) se va face:
- a. regim alimentar obișnuit din prima zi, după operație;
 - b. regim hidric timp de 4-5 zile;
 - c. administrare de constipante 4-5 zile;
 - d. clonul răzuc după 4-5 zile;
 - e. se scara zilei a 4-a sau a 5-a, oțet de ricin 20 g.
19. - Pentru combaterea parezei intestinale se vor folosi:
- a. injecții cu morfină;
 - b. clonul repetat, indiferent de tipul operației;
 - c. administrare de oțet de ricin sau parafină per os sau pe sonda nazogastrică;
 - d. administrare de Ca, vit. C, vit. K.
20. - O scurțitură a febrei în ziua a treia, după operație, poate fi dată de:
- a. faza de resorbție;
 - b. supurația plăgii operatorii;
 - c. infecție pulmonară sau urinară;
 - d. afecțiune intercurrentă.
21. - Pentru ca tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau toracică, cum se va proceda?
- a. securarea tubului de dren cu un fir la pielea bolnavului, la sfârșitul operației;
 - b. se va fixa cu leucoplast;

- c. se fixează cu gălbui sau maroniu;
d. la scuturarea tubului, se va apleca pe tub un uc de siguranță.
22. - Un drenaj închis are avantajul că:
a. împiedică infectarea plăgii;
b. protejează tegumentul din jurul tubului de fier de a fi macerată;
c. permite măsurarea exactă a cantității de lichide sau secreții drenate;
d. nu necesită schimbarea frecventă a pansamentelor.
23. - Aspirația continuă a secrețiilor care se evacuează prin tubul de dren se poate folosi în următoarele operații:
a. rezecția gastrică;
b. operații ce se execută în cavitatea toracică;
c. amputația de membre;
d. tireoidectomie subtotală.
24. - În cazul unei evoluții normale a plăgii, când se scot firele?
a. la 10-11 zile la operațiile făcute în regiunea capului și gâtului;
b. la 7-8 zile la operațiile făcute pe membrele superioare, torace, abdomen;
c. la 4-5 zile la apendicectomie;
d. la 3-4 zile la operațiile făcute pe membrele inferioare.
25. - Ce înțelegem prin activitatea de monitorizare a unor bolnavi?
a. determinarea continuă a unor parametri ai respirației și circulației;
b. activitatea de depurare renală, activitatea electrică a S.N.C.;
c. urmărirea activității pulșice și a reacțiilor bolnavilor la diferiți stimuli;
d. urmărirea permanenței a unor constante biologice prin examene de laborator.
26. - Activitatea de monitorizare a bolnavilor de la terapie intensivă permite:
a. urmărirea evoluției bolnavilor;
b. apariția eventualei a unor complicații;
c. eficiența tratamentului aplicat;
d. necesitatea schimbării conduitei terapeutice în funcție de evoluție.
27. - Care este proporția medie a apei conținute în organism, raportat la greutatea corporală?
a. 20%;
b. 30%;
c. 60%;
d. 90%.
28. - Care este variația apei conținute în raport cu constituția și vârsta individului?
a. indivizii slabi 40%;
b. copii 80%;
c. obezi 40-50%;
d. bătrâni 30%.
29. - Cât din greutatea indivizilor reprezintă apa celulară și apa extracelulară?
a. apa celulară 25%;
b. apa extracelulară 40%;
c. apa celulară 40%;
d. apa extracelulară 20%.
30. - Cât din greutatea corpului reprezintă apa interstițială și apa intravasculară?
a. apa intravasculară 20%;

- b. apa interstițială 15%;
c. apa intravasculară 7%;
d. apa interstițială 10%.
31. - Care din apa de mai jos nu reprezintă aportul exogen de apă?
a. apa din apă cu saze;
b. apa conținută în alimente;
c. apa de oxidație;
d. apa din respirația celulară.
32. - Care este cantitatea totală de apă ce se pierde normal de organism?
a. 2 000-3 000 ml;
b. 1 000-1 200 ml;
c. 1 000-3 000 ml;
d. 1 000-4 000 ml.
33. - Ce cantitate de apă se pierde insensibil prin piele și plămân?
a. 12-18 ml/kgcorp;
b. 500-600 ml/zi;
c. 8-10 ml/kgcorp;
d. 800-1 000 ml/24 ore.
34. - Care din factorii de mai jos contribuie la reglarea schimburilor de apă în organism?
a. presiunea hidrostatică a sângelui;
b. presiunea hidrostatică și oncotică tisulară;
c. vâscozitatea arterială și venoasă;
d. factorii nervoși, umorali și hormonal.
35. - Ce sunt raioniile?
a. minerale în soluție înclinate negativ;
b. rezerve celulare;
c. minerale în soluție înclinate pozitiv;
d. componente ale apei endogene.
36. - Compoziția electroliților în cele trei sectoare hidrice ale organismului este:
a. aceeași;
b. diferită;
c. suma cationilor și anionilor din același compartiment este egală;
d. lichidele biologice acționează în electroneutralitate.
37. - Căți anioni și cationi avem în sectorul vascular, interstițial și intracelular?
a. în sectorul vascular câte 150 mEq/l;
b. în sectorul intracelular câte 200 mEq/l;
c. în sectorul interstițial câte 180 mEq/l;
d. în sectorul vascular și interstițial câte 155 mEq/l.
38. - În lichidul extracelular predomină:
a. Na^+ , Cl^- ;
b. K^+ , Mg^{2+} ;
c. PO_4^{3-} , SO_4^{2-} ;
d. Ca^{2+} , CO_3^{2-} .
39. - Necesarul bazal hidroelectrolitic în 24 de ore este:
a. apă 30-40 ml/kgcorp;
b. clorură de sodiu 20-30 g;

- c. clorură de potasiu 10-15 g;
 d. clorură de sodiu 5-6 g, clorură de K 2-4 g.
40. - Pierderile bazale medii în 24 de ore prin urină sunt:
 a. apă 200-500 ml;
 b. Na⁺ 70 mEq;
 c. K⁺ 30 mEq;
 d. apă 1 000-1 500 ml, Cl⁻ 75 mEq.
41. - Pierderile totale bazale în 24 de ore sunt:
 a. apă 2 000-2 500 ml, 75 mEq Na⁺,
 b. Na⁺ 125 mEq;
 c. K⁺ 40 mEq, Cl⁻ 80 mEq;
 d. K⁺ 20 mEq, Cl⁻ 125 mEq.
42. - Derivarii ale echilibrului hidroelectrolitic se numesc:
 a. deshidratare;
 b. deshidratare;
 c. alcaloză;
 d. acidoză.
43. - Care sunt pierderile de apă într-o arsură de gradul II care cuprinde 10% din suprafața corpului?
 a. 500 ml;
 b. 800 ml;
 c. 1 250 ml;
 d. 2 000 ml.
44. - Când avem o pierdere ponderală de 7% din greutate, într-o deshidratare, considerăm deshidratarea:
 a. normală;
 b. moderată;
 c. medie;
 d. gravă.
45. - Care din semnele clinice de mai jos le găsim într-o deshidratare?
 a. scădere în greutate, sete, oligurie;
 b. edem pulmonar acut, hemoragie cerebrală;
 c. scăderea T.A., mucoase uscate, plu cutanat persistent;
 d. vărsături, diaree, insuficiență cardiacă.
46. - Într-o deshidratare mare putem găsi:
 a. edem cerebral;
 b. agitație, confuzii, halucinații;
 c. exagerarea reflexelor cutanate și tendinșoase;
 d. abolirea reflexului fotomotor la lumină și distanță.
47. - La ce bolnavi trebuie să fim atenți pentru a evita hiperhidratarea?
 a. bolnavi vârstnici;
 b. tineri și copii;
 c. hipertensivi, cardiaci;
 d. bolnavi cu diabet insipid.
48. - În deficitul de Na⁺ bolnavul poate prezenta:
 a. hipertensiune arterială și venoasă.

- b. oligurie, agitație, halucinații vizuale;
 c. hiperhidratare reflexă cu convulsii, bradicardie;
 d. letargie, ataxie, la inversa din clinică în evoluție, crampă musculare.
49. - Retenția de apă o putem întâlni în:
 a. edemii, diaree, febră;
 b. insuficiență cardiacă, insuficiență renală;
 c. hiperhidratare;
 d. insuficiență suprarenală, acidoză cu deshidratare.
50. - Aportul insuficient de K⁺ preoperativ poate contribui la o serie de complicații:
 a. paraliză intestinală;
 b. polipneuri;
 c. tahicardie, de aritmi, tulburări cardio-respiratorii;
 d. paraliză de aritmi, de aritmi, de aritmi.
51. - Pierderea acută de K⁺ duce la:
 a. scăderea potasiului seric;
 b. scădere a K⁺ celular;
 c. scăderea a K⁺ seric, cât și a celui celular;
 d. scăderea K⁺ seric sub 7 mg % duce la:
52. - Scăderea K⁺ seric sub 7 mg % duce la:
 a. diminuarea reflexelor;
 b. hipotensiune musculară;
 c. paraliză musculară respiratorie;
 d. paraliză musculară.
53. - Afecțiunea musculară netedă, în deficitul de K⁺ duce la:
 a. paraliză musculară;
 b. tahicardie;
 c. tahicardie abdominală, vărsături simultane ileus dinamic;
 d. dilatație acută de stomac.
54. - Deficitul K⁺ poate determina următoarele manifestări cardiace:
 a. creșterea fazei de contracție a miocardului;
 b. creșterea diametrelor inimii, scăderea T.A. în special celei diastolice;
 c. creșterea inimii în diastolă;
 d. tulburări de ritm și oprirea inimii în sistolă.
55. - Retenția de K⁺ se poate produce în:
 a. insuficiență renală cu retenție de K⁺;
 b. vătăruri, diaree colariforme, febră digestivă;
 c. hiperproducție endogenă în boli care determină un catabolism exagerat;
 d. arsură întinsă, traumatisme cu dezlăbrări mari de țesuturi.
56. - În exces de K⁺, putem găsi:
 a. paraliză ale membrilor însoțite de pulsare și hipotermie;
 b. paraliză intestinală, meteorism;
 c. colici intestinale și veziculare, diaree, hemoragii digestive;
 d. poliurie, creșterea T.A.

57. - Excesul de K^+ poate determina următoarele manifestări cardiovasculare:
- a. mărirea ritmului cardiac, bradicardie;
 - b. creșterea tensiunii arteriale și diurezei;
 - c. scăderea T.A. cu sindrom de colaps;
 - d. aritmii ventriculare cu instaurarea fibrilației, oprirea inimii în diastol.
58. - Acidoză metabolică se realizează prin:
- a. acumulare de acizi anorganici PO_4^{3-} , SO_4^{2-} , Cl^- ;
 - b. rețenție de CO_2 ;
 - c. pierderea radicalilor CO_2H^- secundar hiperventilației;
 - d. acumulare prin hipoproducție sau insuficiență eliminare a corpului catabolic acizilor lactici.
59. - Acidoză metabolică prin hiperproducție de cetoacizi o întâlnim în:
- a. diabet zaharat;
 - b. tumorii cerebrale;
 - c. subalimentație prelungită pre- și postoperator;
 - d. atonieez esofagiene, ochiuri, neoplazme digestive.
60. - Acidoză respiratorie o putem întâlni în:
- a. anestezie în circuit închis, când se absoarbe în fuziune CO_2 ;
 - b. retenție de CO_2 în chirurgia toracică datorită micșorării suprafeței de schimb prin colapsul plămânilor;
 - c. respirația artificială cu ritm prea rapid, stări febrile și emoționale preoperator;
 - d. supradinamiei pulmonare, atelektazii pulmonare.
61. - Alcaloză metabolică se poate produce în:
- a. vărsături frecvente;
 - b. diaree;
 - c. aspirație gastrică;
 - d. pierderi mari de lichide prin fistule intestinale.
62. - Care din semnele clinice de mai jos te întâlnim în alcaloză?
- a. respirație superficială, constricție toracică;
 - b. modificări importante ale ritmului cardiac și T.A.;
 - c. crize de tetanie, delir și deorientare;
 - d. polihurie, hipertermie.
63. - În reechilibrarea hidrică, care din criteriile de mai jos trebuie respectate?
- a. menținerea unei corecte balanțe hidrice;
 - b. administrarea să fie făcută în funcție de examenul clinic amănunțit, venind cantitativ bolnavului;
 - c. cantitatea de lichide să nu depășească în plus sau în minus 1.000 ml, limită până la care nu se derechilibrează hemodinamica;
 - d. bolnavilor hipoproteici li se va da o cantitate mai mare de lichide, fapt de pierderi.
64. - Ce pericol există în hiperhidratarea bolnavilor hipoproteici, hipertonici, cu deficiențe miocardice și tare multiple?
- a. declanșarea de edeme viscerele sau generalizate cu detenții de plămâni;
 - b. episcrații, hemoragii cerebrale;
 - c. insuficiență renală acută;
 - d. stări palmonare acute.
65. - Care este ritmul în care trebuie făcută perfuzia?
- a. nu mai mult de 300-400 ml/oră pentru soluții izotonice;
 - b. 500-800 ml/oră soluții hipertonică;
 - c. sub 200 ml/oră soluții izotonice;
 - d. sub 200 ml/oră soluții hipertonică.
66. - Ce soluții se folosesc pentru hidratare?
- a. soluție izotonică de CINA 9‰;
 - b. soluție de ClK, 10-20%;
 - c. ser glucosă 5-10%, la posibilitate un aport energetic, mai mult 20%, tamponat cu aciditate (1 U neutrală la 2 g glucosă);
 - d. soluție de NaCl 10-20%.
67. - Cui se va combate hiperhidratarea?
- a. amoniacare de soluții hipertonică;
 - b. vasodilatatoare, diuretice, soraco- și paracetamol pentru polieia hidrotensivă și acut;
 - c. aspirație gastrică, flebotomie în supraîncălzirea vasculară;
 - d. respirație cardio-respiratorie.
68. - Corectarea deficitului de Na^+ , se va face cu:
- a. ser fiziologic;
 - b. ser glucosă;
 - c. soluție Ringer;
 - d. NaCl 10-20%, repartizat uniform în flacone de ser glucosă cu care se face perfuzia.
69. - Corectarea deficitului de Na^+ se va face în funcție de:
- a. examenul clinic al bolnavului, modificări ale E.K.G.;
 - b. haemograma serică și a lichidelor pierdute;
 - c. diureza;
 - d. volemia urinară.
70. - Cui $NaCl$ conține un gram de CINA?
- a. 3 ml/g;
 - b. 10 ml/g;
 - c. 16 ml/g;
 - d. 20 ml/g.
71. - Cui cantitate de ClK conține 1 g de K^+ ?
- a. 2 g;
 - b. 3,3 g;
 - c. 6 g;
 - d. 10 g.
72. - Când hipopotasemia este asociată cu acidoză, hipopotasemia se va corecta cu:
- a. clorură de potasiu;
 - b. citrat de potasiu;
 - c. soluție Ringer simplă;
 - d. lactat de potasiu.

73. - Ce grijă trebuie să avem la reechilibrarea cu potasiu?
 a. să se administreze repede pentru a corecta cât mai curând hipopotasemia;
 b. să se administreze epuizant, iar soluția să nu aibă mai mult de 40 ml în
 c. să se administreze cel puțin 40 ml/24h;
 d. să se administreze cel mult 25 ml/24h și să nu se administreze la
 insuficiență suprarrenală.
74. - Care este antagonistul potasiului în acțiunea asupra inimii?
 a. Na^+
 b. Ca^{++}
 c. Mg^{++}
 d. Cl^- .
75. - Când hipopotasemia coincide cu insuficiența renală, dacă tratamentul oliguric
 nu a dat rezultate, la ce putem recurge?
 a. rășini schimbătoare de ioni;
 b. administrare de ser glucoză și Ca^{++} ;
 c. dializă peritoneală;
 d. dializă renală.
76. - Corectarea acidonei metabolice se va face prin:
 a. aspirație gastrică în cazul distanței acute de stomac;
 b. tratament patogenic al diabetului, poezul etc.;
 c. administrare în perfuzie de ser glucoză cu clemură de potasiu;
 d. perfuzie cu soluție de bicarbonat sau THAM.
77. - Corectarea alcaloziei metabolice se va face prin:
 a. administrare de clorură de K în pierderile prin vărsături;
 b. administrare de soluție de BK;
 c. în hiperadrenocorticism primar se va da spirolacron;
 d. în insuficiența renală se va recurge la hemodializă.
78. - Metabolismul bazal și activitatea fizică minimă (bolnav la pat) necesită ca
 aportul nutritiv energetic să fie de:
 a. 10 calorii/kg corp;
 b. 15 calorii/kg corp;
 c. 30 calorii/kg corp;
 d. 50 calorii/kg corp.
79. - Pentru un bolnav cu operație medie este nevoie ca aportul caloric să fie de:
 a. 2 000-3 000 cal;
 b. 800-1 000 cal;
 c. 1 000-1 500 cal;
 d. 3 000-4 000 cal.
80. - Într-o rețetă normală, echilibrată, aportul zilnic trebuie să fie de:
 a. 0,5-1 g glucide, 3 g lipide și 2 g proteine/kgcorp;
 b. 2 g glucide, 1,5 g lipide, 0,5 g proteine/kgcorp;
 c. 4-6 g glucide, 2 g lipide, 3 g proteine/kgcorp;
 d. 4-6 g glucide, 0,5-1 g lipide, 1-2 g proteine/kgcorp.
81. - Valoarea calorică a 1 g de lipide este de:
 a. 4 cal;

- b. 4,8 cal;
 c. 6 cal;
 d. 9 cal.
82. - Care era mai eficientă de administrare a alimentelor este cea naturală, care
 de cele mai multe ori nu poate fi folosită de bolnavul chirurgical, cel puțin în
 primele zile postoperatorii. Ce altă cale putem folosi?
 a. sucul nasogastric sau nasoduodenal;
 b. parenterală;
 c. soluții intravenoase;
 d. administrare pe cale intramusculară sau intracutană.
83. - Aportul proteic postoperator este necesar pentru:
 a. înlocuirea hipoproteinemiei;
 b. ajută regenerarea;
 c. corectarea dezechilibrilor hidroelectrolitici;
 d. compensarea pierderilor catabolice ce au loc postoperator cu arderea proteinelor
 proprii.
84. - Aportul energetic va fi dat de:
 a. glucide;
 b. vitamine;
 c. apă și electrolit;
 d. lipide.
85. - În situații în care este nevoie de un aport energetic mai mare se vor administra
 toate. Cât trebuie să fie aportul lor din aportul energetic zilnic?
 a. 10%;
 b. 20%;
 c. 40%;
 d. să nu depășească 50%.
86. - Care din soluțiile administrate aduc aport proteic?
 a. hidrolizat de proteine;
 b. Triphospan, Aminosol;
 c. Inafigel, Lipofosin;
 d. Dextrans, Marvisang.
87. - Pentru metabolizarea lipidelor se vor folosi:
 a. sd. B, B_{12} ;
 b. aport de electrolit: Na, K, Ca;
 c. vit. B₆, C, PP;
 d. injeții cu Neurobidi, Sieranabol.

Capitolul 22

AFECTIUNILE PERETELUI ABDOMINAL: HERNII, EVENTRAȚII, EVISCERAȚII

Verificați-vă cunoștințele

22.1. Hernia	640
22.1.1. Definiție și tipuri de hernii	641
22.1.2. Etiologie și patogenie	641
22.1.3. Hernii ale peretelui abdominal anterior	642
22.1.3.1. Hernia inghinală	642
22.1.3.1.1. Varietăți evolutive ale herniei inghinale	642
22.1.3.1.2. Simptomatologie	644
22.1.3.1.3. Diagnosticul diferențial	644
22.1.3.1.4. Tratatamentul	645
22.1.3.1.5. Consecințele postoperatorii	646
22.1.3.2. Hernia crurală (femurală)	646
22.1.3.3. Hernia ombilicală	647
22.1.3.4. Hernia epigastrică sau hernia liniei albe	647
22.1.4. Complicațiile herniilor	648
22.1.4.1. Herniile strangulate	648
22.1.4.1.1. Anatomia patologică	648
22.1.4.1.2. Simptomatologie	649
22.1.4.1.3. Evoluția	649
22.1.4.1.4. Tratatamentul	649
22.1.4.2. Hernia ireductibilă	649
22.1.4.3. Peritonita herniară	649
22.2. Eventrațiile și eviscerațiile	650
22.2.1. Eventrațiile	650
22.2.2. Eviscerațiile	651
Chestionar la capitolul 22	651

22.1. HERNIA

22.1.1. Definiție și tipuri de hernii

Prin **hernie** se înțelege ieșirea porțiunii sau masei a unui organ a unei porțiuni din cavitatea sau din învelișul lor normal, printr-un canal sau orificiu preexistent (anormal) sau prin de care impiedică ieșirea normală a organului (care herniază).

Organele care herniază în contact cu exteriorul, ale căror ieșiri sunt intermediare de obicei de obicei de peritoneu, peie sau de alte învelișuri intermediare.

Cele mai frecvente hernii sunt cele ale peretelui abdominal: **hernia inghinală**, **hernia crurală**, **hernia ombilicală**, **hernia epigastrică**. Există însă și alte hernii: **hernia diafragmatică**, **hernia abdominală** sau din alte părți ale corpului.

Tipul de hernie din regiunile din cavitatea abdominală sau din alte părți ale corpului sunt:

- **hernia inghinală** sau **diaphragmatică**, care este trecerea organelor abdominale în

canalul sau orificiul existent în diafragm;

- **hernia crurală** (abdominală), care constă în angajarea unei porțiuni de intestin

prin orificiul sau fosa existentă în cavitatea peritoneală;

- **hernia diafragmatică**, care este hernierea unui disc intervertebral în spațiul epidural sau

în spațiul așchizat al corpului vertebral;

- **hernia crurală** sau **diaphragmatică**, care este trecerea organelor abdominale în

canalul sau orificiul existent în diafragm;

- **hernia crurală** (abdominală), care constă în angajarea unei porțiuni de intestin

prin orificiul sau fosa existentă în cavitatea peritoneală;

- **hernia diafragmatică**, care este hernierea unui disc intervertebral în spațiul epidural sau

în spațiul așchizat al corpului vertebral;

- **hernia crurală** sau **diaphragmatică**, care este trecerea organelor abdominale în

canalul sau orificiul existent în diafragm;

- **hernia crurală** (abdominală), care constă în angajarea unei porțiuni de intestin

prin orificiul sau fosa existentă în cavitatea peritoneală;

- **hernia diafragmatică**, care este hernierea unui disc intervertebral în spațiul epidural sau

în spațiul așchizat al corpului vertebral;

22.1.2. Etiologie și patogenie

Din punct de vedere etiologic, herniile pot fi de două tipuri: hernii congenitale și dobândite (câștigate).

Herniile congenitale au un traiect și un sac preformat. Ele se evidențiază, de obicei, în primul an de viață. Herniile câștigate își creează traiectul și sacul de înveliș.

Acesta hernie se datorează slăbirii peretelui abdominal.

Din punct de vedere anatomicopatologic, există:

- **hernii simple**, în care organul iese din locul său de domiciliu, dar nu suferă nici

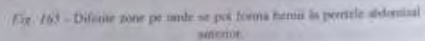
un proces patologic deosebit;

- **hernii complicate**, dintre care notăm complicația cea mai frecventă și mai

importantă: strangularea (încarcerarea). Într-o hernie strangulată, organul herniat este

Hernia are un nivel (conținutul), care se manevrează: *hernia*, în un *compus* poate fi format, pentru hernia peretelui abdominal, din cinci din *existențe* în cavitatea abdominală. Cel mai frecvent însă, *hernia* *moale* *infecțioasă* *epiphon*, în cele ce urmează, vor fi prezente *moale* *infecțioasă* *abdominal*, cel mai frecvent întâlnit în practică. *hernia* *inghinală*, *hernia* *crurală*, *ombilicală*, *hernia* *epigastrică* (fig. 165).

Hernia are un nivel (conținutul), care se manevrează: *hernia*, în un *compus* poate fi format, pentru hernia peretelui abdominal, din cinci din *existențe* în cavitatea abdominală. Cel mai frecvent însă, *hernia* *moale* *infecțioasă* *epiphon*, în cele ce urmează, vor fi prezente *moale* *infecțioasă* *abdominal*, cel mai frecvent întâlnit în practică. *hernia* *inghinală*, *hernia* *crurală*, *ombilicală*, *hernia* *epigastrică* (fig. 165).



22.1.3.1. Hernia inghinală

22.1.3.1. Hernia inghinală
Hernia inghinală este mult mai frecventă la bărbați decât la femei.

22.1.3.7. **Hernia inghinala**
Hernia inghinală este mult mai frecventă la bărbați decât la femei.
Frecvența mare a herniei inghinale se datorează faptului că ea se produce prin canalul inghinal, care, după cum se știe, este canalul pe unde testiculul împreună cu anexele sale coboară în perioada fetală din abdomen în scrot.

La unele persoane însă, acest proces cognitiv se menține ca un deget de
mână, neformând nici o limbă, întrucât acestea nu pot avea o limbă în
caz în care acestea nu au o limbă în cauză, respectiv ca în cazul în care acestea

... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere.
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, pe un peritoneu

... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere.
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, pe un peritoneu

... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere.
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, pe un peritoneu

... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere.
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, pe un peritoneu

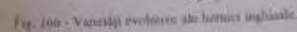
... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere.
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, pe un peritoneu

... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere.
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, pe un peritoneu

... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere.
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfacci la persoane tinere, pe un peritoneu

... la baza inghinalei, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinalei și apăsare de sfârșit la peritoneu, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfârșit la peritoneu, de-a lungul

... la baza inghinale, respectiv cu extremitatea inferioară a
... la baza inghinale și apăsare de sfârșit la peritoneu, de-a lungul
... la baza inghinale și apăsare de sfârșit la peritoneu, de-a lungul



*) Acest herniogram se află la nivelul orificiului profund al canalului inghinal;

*) Acest herniogram se află la nivelul orificiului profund al canalului inghinal;

- b) hernie inghino-pubică (infusoscel) - sacul herniar ajunge la orificiul extern (superficial) al canalului inghinal;
- d) hernie funiculară - sacul coboară pînă la nivelul scrotului, dar n ajunge la vaginală prin a pune fibroasă;
- e) hernie inghino-scrotală - sacul herniar este în contact cu testiculul.

22.1.3.1.2. Simptomatologie

a) **Durerea.** În cazul în care hernia apare treptat, bolnavul simte o durere moderată, mai mult o jenă, în regiunea inghinală sau în cea inghinoscrotală. Ea se datorază tracțiuni exagerate de către marel epiploon și ansele intestinale herniate pe nervii intercostici. Durerea cedază imediat ce bolnavul se așază în decubit dorsal pentru că hernia se reduce (retrăse în abdomen). În caz că durerea este pușină și persistentă și conștientul nu nu mai poate intra în abdomen, înseamnă că hernia e o strangulată. În acest caz, durerea este foarte puternică și nu dispare decît după incizie.

b) **Prezența unei tumori.** Este vorba de o tumoare existentă de-a lungul canalului inghinal, determinată de prezența de anse intestinale și marel epiploon dacă hernia este numai inghinală. În cazul unei hernii inghinoscrotale, tumoarea umple adîc canalul inghinal că și scrotul. La palpare tumoarea este elastică.

De reșinut este faptul că tumoarea este reducibilă, apare atunci cînd bolnavul se ridică în picioare și dispare în momentul cînd bolnavul se așază în decubit dorsal. De multe ori, pentru ca hernia să se reducă, este nevoie ca bolnavul să strîngă formațiunea herniară în cavitatea abdominală, cu mîna. În unele cazuri de hernii inghinoscrotale mari și foarte vechi - neglijate - tumoarea herniară nu se mai reduce (nu se reduce) din cauză că organele herniate au făcut aderențe cu organele din zonă. Bolnavul este astfel purtătorul permanent al acestei tumori voluminoase, dar indolentă, jenantă, și care-i poate da tulburări funcționale importante. Se spune că se poate exista în acest gen de hernii "și-au pierdut dreptul de domiciliu" (abdominal).

Uneori, tumoarea este ireducibilă, nu din cauza aderențelor create, ci din cauză că închil prin care a ieșit organul herniar strîngulează - parțial sau total - organele herniate. Ca urmare, conștientul anseelor intestinale care se găsesc strîngulate în hernie nu mai urmează circuitul normal intestinal și se produce o ocluzie intestinală. Acest gen de hernie se numește **hernie strîngulată sau incarceration** (fig. 167).

Din cauza compresiunii pe care o suferă ansele și pediculul vascular al acestora din partea inferioară herniar, ansele intestinale se necrozează. Fără intervenție chirurgicală de urgență, bolnavul nu poate fi salvat.

c) **Prezența orificiilor herniare dilatate.** Examinarea unui bolnav cu hernie obişnuită (nestrîngulată) se completează prin cercetarea celor două orificii inghinale (extern și intern), manevră prin care simțim așa cum ieșe din abdomen în canalul inghinal și care poate coborî, eventual, și în scrot; la efortul de tuse se percepe impulsul la tuse.

22.1.3.1.3. **Diagnosisul diferențial.** De obicei, diagnosisul de hernie inghinală se pune fără nici o dificultate. Adeseori, ea poate fi confundată cu o hernie crurală. Deosebirea constă în faptul că tumoarea de hernie inghinală se găsește deasupra arcadei inghinale, în timp ce tumoarea din hernia crurală se află dedesubtul acesteia.

22.1.3.1.4. **Tratamentul.** Hernia se tratează numai chirurgical. Tratamentul chirurgical este cel mai cîștig de la apariția herniei, pentru a se evita o infirmitate inutilă și, mai ales, pentru a se evita strangularea, care dă complicații grave sau chiar morde.



Se poate face confuzie cu alte alocuții tumorale care apar în această regiune. Dacă este vorba de o hernie, este faptul că tumoarea herniară apare cînd bolnavul se ridică în picioare și dispare cînd acesta se așază în decubit dorsal. Aceasta o diferențiază de alte tumori. Dacă nu suntem atenți, putem confunda hernia cu o tumoare de altă natură care apare în această regiune sau putem lua drept hernie un abces care este în realitate o absces inghinal. Se poate confunda o hernie strîngulată cu o aderență intestinală în regiunea inghinală. Se poate confunda o hernie strîngulată cu o aderență intestinală gravă, întrucît se poate întârzia intervenția operatorie, cu urmări grave. Hernia inghinoscrotală poate fi confundată cu un hidrocel (lichid acumulat în plicul vaginal a scrotului). Se mai poate confunda o hernie inghinoscrotală cu o orhieal (cu o orhiealită), formațiuni cu caracter inflamator, care apar brusc și sunt foarte dureroase, ori cu o tumoră de testicul care este dură, evoluează lent, progresiv și la început nu-i dă durere.

22.1.3.1.4. **Tratamentul.** Hernia se tratează numai chirurgical. Tratamentul chirurgical este cel mai cîștig de la apariția herniei, pentru a se evita o infirmitate inutilă și, mai ales, pentru a se evita strangularea, care dă complicații grave sau chiar morde.

Operația constă în incizie, găsirea sacului herniar, introducerea organelor herniate în abdomen (dacă ele se găsesc în sacul herniar), rezecarea sacului herniar, sutura.

22.1.4. Complicațiile herniilor

Complicațiile herniei sunt: strangularea herniei, hernia ireductibilă și peritonită herniară.

22.1.4.1. Herniile strangulate

Strangularea herniei este complicația cea mai gravă și cea mai frecventă. Se caracterizează prin constricția permanentă a conținutului sacului herniar de către peretele herniei fibroze, necrotizabil.

Apoi mai frecvent la femei în cazul herniilor femurale și ombilicale.

22.1.4.1.1. Anemia patologică. Urmare a strangulării se vor produce leziunile la nivelul sacului herniar, cât și al conținutului acestuia.

a) Sacul herniar se îngroașă, devine edematos, conține lichid sero-citrin, apoi sero-hemagic prin extravazare din vasele mezoenterilor anșelor strangulate, apoi devine septic prin migrarea germenilor prin peretele intestinal.

b) Viscerale conținute în sacul herniar, în special ansele intestinale prezintă leziuni care depind de modul de constricție și durata ei. Leziunile prezintă un caracter evolutiv:

- la început prezintă stază venoasă: ansele devin violacee, edematate, hemolizate, destins prin acumulare de lichide și gaze, peristaltice diminuate. Dacă se intervine operator în această perioadă, se eliberează ansele, se infiltrează meziul cu soluție de novocaină 0,5-1%, ei se recolorază, revin peristaltice normale, leziunile fiind reversibile;

- în faza următoare se produce ischemie arterială și tromboză venoasă, ansele destins au o colorație negricioasă, fără peristaltică, peretele îngroșat, acoperit de false membrane;

- în ultima fază de gangrenă, peretele intestinal devine subțire, flac, culcat, cenușiu, pe alocuri verzui, aspect de frunză moartă.

Meziul ansei la început este edemațiat, apoi se produce tromboza venoasă, devine friabil, se rupe și în final se stacelează.

Ansele intestinale intraabdominale, în aval de obstacol sunt palide, gale de conținut, turite, iar în amonte de obstacol sunt destins, dilatale, pline de conținut hidroaeric.

22.1.4.1.2. Simptomatologie. Debutul este brutal, legat de obicei de un efort fizic. Durerea este vie: la nivelul herniei și este urmată de colici intestinale, grețuri și vărsături. Precoce, vărsăturile sunt alimentare, apoi biliouse și în final fecaloide. Suprimarea tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale este un semn funcțional major, patognomonic al strangulării herniare, tranzitul însă poate fi prezent în cazul unei ciupiri laterale a ansei.

La examenul obiectiv constatăm abdomenul de aspect normal la început, apoi devine meteorizat, nu se observă unde peristaltice. La nivelul zonei herniare se evidențiază formațiunea tumorală evidentă, tegumentele supraacente inițial nemodificate, ulterior devin hiporenice, edemațiate, iar în fazele avansate pot fi necrozate și exulcerate.

La palpare se simte durerea herniilor și durerea accentuată, tumefacția generală, eritemul zonei, apoi necroza, dară generală se observă peritonite.

La examenul de laborator se poate observa o leucocitoză, iar mai târziu și anemia mică. Ex. radiologic ne arată imaginea hidroaerică.

22.1.4.1.3. Evoluția. Neglijată, hernia strangulată determină peritonită generalizată și poate duce la moarte. Alături de conținutul este și meziul conținut în sacul herniar, care devine septic.

22.1.4.1.4. Tranchimant. Hernia strangulată conține o masea și trebuie să fie tratată, fiind prin ea în același timp și factor de dezechilibru.

Se va realiza anestezia în caz de pierdere a masei de lichide prin vătămă.

Se va realiza anestezia în caz de pierdere a masei de lichide prin vătămă. Se va realiza anestezia în caz de pierdere a masei de lichide prin vătămă. Se va realiza anestezia în caz de pierdere a masei de lichide prin vătămă.

22.1.4.2. Hernia ireductibilă

Este o altă complicație a herniei, care poate apărea în două circumstanțe în afara strangulării.

- la hernia voluminoasă care și-a pierdut dreptul de domiciliu în abdomen;
- la hernia devine ireductibilă prin aderențele pe care și le-a contractat conținutul la sacul herniar.

22.1.4.3. Peritonită herniară

Acestă complicație se datorează propagării inflamației unui organ herniat la sacul herniar.

22.2. EVENTRAȚIILE ȘI EVISCERAȚIILE

Eventrațiile și eviscerațiile sunt afecțiuni care se întâlnesc relativ frecvent și care se tratează prin intervenție chirurgicală. Trebuie cunoscut însă ce le aparține și ce le aparține de hernia.

22.2.1. Eventrațiile

Eventrația este defecția postoperatorie (sau posttraumatică) a aponevrozelor și a mușchilor peretelui abdominal și reprezintă sub piele a unor organe ale cavității abdominale. Organele care ajung sub piele pot fi acoperite sau neacoperite de peritoneu; dar acestea ele rămân acoperite cel puțin de piele.

Diagnosticul se pune datorită prezentei cicatricei de pe piele, care arată că în regiunea respectivă s-a efectuat cândva o operație chirurgicală sau că bolnavul a suferit

Evența poate fi uncoară extindere de voluminoasă, iar spălarea extinsă în peritoneu abdominal, mare. În aceste cazuri, cura evențații (refacerea peretelui muscular, laponevrotic abdominal) se face cu mare dificultate, necesitând chiar o serie de intervenții de chirurgie plastică.

strânguturi, anele încercate în sac se
necroza. În ambele cazuri...

Ca și în hernii, evoluția postoperatorie este dominată de calitatea îngrijirii.

2000. Elizabethtown.

1000

De cele mai multe ori, evisceratiei postoperatorii este precedată de o stare de rău, de vomă, de

deficient upon repeated use.

Cu accesi periodic de furie, în căminul său
transmisiile accidentale, corpuri străine sau pentru a li repara
bi-ștef de accidente.

...a ...

1 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
2 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
3 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
4 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
5 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
6 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
7 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
8 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
9 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;
10 - O hernie inghinală emergentă la 1
anșii coborândi testiculului în scrot;

- 05

- b. femeii;
c. copil;
d. bătrâni.
6. - În care din situațiile de mai jos pot apărea hernii inghinale răsfrânse la bătrâni?
a. mișcare dificilă în caz de aderențe de prostată;
b. aplicarea în faș, fără eforturi deosebite;
c. efort de defecație la constipație;
d. eforturi de tuse.
7. - Care din semnele de mai jos le găsim într-o hernie inghinală simplă (necomplicată)?
a. durere intensă în regiunea inghinală;
b. prezența unei tumori elastice în regiunea inghinală, care se reduce în clinostatism;
c. ireductibilitatea tumorii;
d. prezența impulsului la tuse.
8. - În hernia inghino-pubiană (bubonocel) sacul:
a. se află la nivelul orificiului profund al canalului inghinal;
b. ocupă canalul inghinal;
c. sacul ajunge la orificiul extern (superficial) al canalului inghinal;
d. coboară până la nivelul acrotaliului.
9. - Cum se face diagnosticul diferențial al unei hernii inghinale de o hernie crurală (femorală)?
a. hernia inghinală se găsește dedesubtul arcadei crurale;
b. hernia inghinală apare numai la bărbați, iar cea crurală la femei;
c. hernia crurală este situată dedesubtul arcadei crurale;
d. hernia inghinală este situată deasupra arcadei crurale.
10. - Cum deosebim o hernie inghinală de o tumoră în aceeași regiune?
a. hernia apare când bolnavul se ridică în picioare și dispare în decubit dorsal;
b. hernia este elastică, tumoră are consistență dură;
c. tumoră nu-și modifică poziția și nu dispare în clinostatism;
d. tumoră este fluctuantă, pe când hernia este de consistență mai fermă, elastică.
11. - Cum se numește procedeul care refăce peretele canalului inghinal prin sutura tendonului conjunct la arcada crurală, în apropierea cordonului spermatic?
a. prefunicular;
b. Bassini;
c. retrofunicular;
d. Fergus.
12. - Hernia femorală se produce prin:
a. persistența canalului peritoneo-vaginal;
b. porția internă a inelului femural, sub arcada crurală;
c. inelul femural este situat în afara vaselor femurale;
d. inelul femural situat înăuntrul vaselor femurale, în exteriorul spinei pubice și înaintea ligamentului Cooper.

13. - Hernia crurală este mai frecventă la:
a. femei;
b. bătrâni;
c. copii;
d. bătrâni.
14. - La evoluția ex. hernia crurală (femorală) are tendință la:
a. strangulare spontană;
b. strangulare;
c. compresie a organelor vecine;
d. apariția proceselor inflamatorii.
15. - Care din organele de mai jos le putem găsi în sacul herniar într-o hernie umbilicală?
a. stomacul, epiploon, colon;
b. sigmoid, cec, splină;
c. stomac, ligamentul rotund al ficatului;
d. ficat, vezica biliară.
16. - Cum procedăm în herniile ombilicale cu orificiu foarte mic, descoperite la copil?
a. operăm de urgență, deoarece există pericolul strangulării;
b. dacă s-a creșcut orificiul și-l operăm la vârstă mai mare;
c. nu operăm, deoarece odată cu creșterea, orificiul se poate micșora și dispune;
d. de se hernia epigastrică este de obicei foarte dureroasă?
17. - De se hernia epigastrică este foarte bine incluzată;
a. din cauză că zona respectivă este foarte bine incluzată;
b. din cauză că se asociază cu afecțiuni ale stomacului; ulcer gastric, gastrită;
c. din cauză că se asociază cu afecțiuni ale stomacului; ulcer gastric, gastrită;
d. din cauză că se asociază cu afecțiuni ale stomacului; ulcer gastric, gastrită.
18. - Care este complicația cea mai gravă a unei hernii?
a. ireductibilitatea;
b. strangularea;
c. pierderea dreptului de domiciliu;
d. atenuarea sacului la conținutul herniar.
19. - Strangularea se produce mai frecvent la:
a. femei;
b. bătrâni;
c. în hernii femurale și ombilicale;
d. hernii ale liniei albe.
20. - Ce fenomene anatomo-patologice se petrec la nivelul sacului herniar în caz de strangulare?
a. se subțiază din cauza destinderii lor;
b. se îngroașă, devine edematos;
c. conține lichid sero-citrin, apoi sero-hematic;
d. devine septice prin migrarea germenilor prin peretele intestinal.
21. - Cum sunt ansele intestinale în faza de stază venoasă, în cazul unei strangulări herniare?
a. violacee, edematoase;

- b. ligate de conținut;
c. destinse prin acumulare de lichid și gaze;
d. peristaltică normală sau chiar exagerată.
22. - Care sunt fazele anatomo-patologice prin care trece una intestinală strangulată?
- a. staza venoasă;
b. ischemia arterială și tromboză venoasă;
c. revenirea spontană a colorației și peristaltismului;
d. gangrenarea ansei.
23. - Cum se prezintă ansele intraabdominale într-o hernie strangulată?
- a. în aval de obstacol sunt hiperemiate, pline de conținut;
b. în amonte sunt palide, goale de conținut;
c. în aval de obstacol sunt palide, goale de conținut, tunice;
d. în amonte sunt destinse, dilatate, pline de conținut hidroaeric.
24. - Care este semnul patognomic într-o strangulare completă a unei anse intestinale?
- a. durerile;
b. grețurile;
c. vărsăturile;
d. suprimarea tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale.
25. - Cum sunt vărsăturile într-o hernie strangulată, la 24 de ore, dacă nu s-a intervenit operator la timp?
- a. alimentare;
b. biliare;
c. poracee;
d. fecaloide.
26. - Cum pot fi tegumentele supraiacente herniei strangulate într-o fază avansată (într-o hernie strangulată neglijată)?
- a. nemodificate;
b. palide;
c. hiperemice;
d. necrozate și exulcerate.
27. - Care poate fi evoluția unei hernii strangulate și neoperate?
- a. reducerea sfontonă a herniei și vindecare;
b. perforația anselor, peritonită generalizată, moarte;
c. formarea unui flegmon piciorcoral;
d. fistulizarea ansei la piele și realizarea unui anus contra naturii la nivelul intestinului subțire.
28. - Hernia ireductibilă poate apărea în următoarele situații:
- a. ciroză hepatică și acumulare de lichid ascitic în sacul herniar;
b. hernie voluminoasă care și-a pierdut dreptul de domiciliu;
c. distensia anselor intestinale de gaze;
d. aderențe între conținutul herniar și sacul herniar.
29. - Ce complicații pot apărea într-o evențuație?
- a. constipație;

- b. constipație;
c. diaree;
d. vărsături.
30. - Care din evențuațiile de mai jos poate apărea o evențuație?
- a. tumefacțiune abdominală ascitică;
b. căderi de la înălțime;
c. perforația la bolnavii hipotenzivi, supori, cu tulburări de mișcare;
d. după manevra greutății a bolnavilor de pe masa de operație și agresiuni în via.
31. - O boabește apărută după eforturi fizice prelungite la nivelul ombilicului, care dispare la cîmîntalion și reapare la tuse sau efort, este:
- a. hernia epigastrică;
b. evențuație ombilicală;
c. hernie ombilicală congenitală;
d. hernia ombilicală dobândită.

Capitolul 23

CONDUITĂ ȘI TRATAMENT ÎN ABDOMENUL ACUT

Verificați-vă cunoștințele

23.1. Abdomenul acut medical	656
23.1.1. Colică	656
23.1.1.1. Colică biliară	656
23.1.1.2. Colică renală	656
23.1.1.3. Colică intestinală	656
23.1.1.4. Colică gastrică	656
23.1.1.5. Colică pancreatică	656
23.1.1.6. Colică uterină	656
23.1.1.7. Colică salpingeală	656
23.2. Abdomenul acut chirurgical	656
23.2.1. Abdomenul acut chirurgical traumatic	656
23.2.1.1. Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme închise (contuzii abdomenului)	656
23.2.1.1.1. Etiologie	656
23.2.1.1.2. Anatomie patologică	656
23.2.1.1.3. Simptomatologie și examen paraclinic	656
23.2.1.1.4. Orientare diagnostică, evoluție și tratament	656
23.2.1.2. Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise (plăgi abdomenului)	656
23.2.1.2.1. Etiologie	656
23.2.1.2.2. Simptomatologie	656
23.2.1.2.3. Diagnosticul și atitudinea terapeutică	656
23.2.2. Abdomenul acut chirurgical netraumatic	656
■ Afecțiuni care evoluează către o stare de șoc	656
■ Afecțiuni care determină peritonita	656
■ Afecțiuni care determină ocluzia intestinală	656
23.2.2.1. Apendicita acută	656
23.2.2.1.1. Etiopatogenie	656
23.2.2.1.2. Anatomie patologică	656

23.2.2.1.3. Simptomatologie	656
23.2.2.1.4. Forme clinice	656
■ Forme clinice după evoluție	656
■ Forme clinice după sediul	656
■ Forme clinice după vârstă	656
■ Forme clinice după etiologie	656
23.2.2.1.5. Diagnostic diferențial	656
23.2.2.1.6. Tratament	656
23.2.2.2. Ulcerul gastro-duodenal perforat	656
23.2.2.2.1. Anatomie patologică	656
23.2.2.2.2. Forme anatomico-clinice	656
23.2.2.2.3. Simptomatologie	656
23.2.2.2.4. Diagnostic diferențial	656
23.2.2.2.5. Tratament	656
23.2.2.3. Colecistita acută	656
23.2.2.3.1. Etiopatogenie și anatomie patologică	656
23.2.2.3.2. Simptomatologie	656
23.2.2.3.3. Examen paraclinic	656
23.2.2.3.4. Evoluție și complicații	656
23.2.2.3.5. Tratament	656
23.2.2.4. Ocluzia intestinală	656
23.2.2.4.1. Etiopatogenia ocluziilor	656
■ Ocluziile mecanice	656
■ Obstrucții intrinseci	656
■ Obstrucții extrinseci	656
■ Ocluziile funcționale	656
23.2.2.4.2. Fiziopatologia sindromului ocluziv	656
23.2.2.4.3. Simptomatologie	656
23.2.2.4.4. Tratamentul	656
■ Tratamentul ocluziei mecanice	656
■ Tratamentul preoperator	656
■ Tratamentul operator	656
■ Tratamentul ocluziilor funcționale	656
23.2.2.5. Pancreatita acută	656
23.2.2.5.1. Etiopatogenie	656
23.2.2.5.2. Anatomie patologică	656
23.2.2.5.3. Simptomatologie	656
23.2.2.5.4. Diagnosticul diferențial	656
23.2.2.5.5. Evoluție	656
23.2.2.5.6. Tratamentul	656
23.2.2.6. Peritonita acută	656
23.2.2.6.1. Peritonita acută localizată	656
23.2.2.6.2. Peritonite acute difuze	656
■ Etiopatogenie	656
■ Peritonita acută difuză secundară	656
■ Peritonita acută primitivă	656
■ Fiziopatologie	656
■ Simptomatologie și diagnostic	656
■ Semne locale	656

- Semnele generale
 - Examenul de laborator
 - Diagnosticul diferențial
 - Tratamentul
 - 23.2.2.7. Hemoragiile digestive superioare
 - 23.2.2.7.1. Clasificarea hemoragiilor digestive superioare (H.D.S.)
 - 23.2.2.7.2. Formele de manifestare ale H.D.S.
 - 23.2.2.7.3. Investigarea clinică și paraclinică a unui bolnav cu H.D.S.
 - 23.2.2.7.4. Diagnostic diferențial
 - 23.2.2.7.5. Tratamentul
- Questionar la capitolul 23

Prin termenul de **abdomen acut** se înțelege acel sindrom patologic abdominal care prin simptomatologia pe care o declanșează – durere abdominală, stare generală alterată, puls rapid și slab bătut, tensiune arterială scăzută etc. – necesită asistență medicală imediată, o supraveghere permanentă, un tratament adecvat, suport, adesea chiar intervenție chirurgicală. Netratate la timp, corect, afecțiunile care determină sindromul de abdomen acut evoluează nefavorabil, punând în pericol viața bolnavului.

Deosebim două tipuri de abdomen acut:

- **Abdomen acut medical.** Aici sunt înglobate afecțiunile abdominale care necesită asistență medicală de urgență, dar a căror rezolvare terapeutică este pur medicală (nu necesită intervenție chirurgicală).
- **Abdomen acut chirurgical.** Aici sunt incluse toate afecțiunile abdominale acute care necesită în final intervenție chirurgicală.

23.1. ABDOMENUL ACUT MEDICAL

Acesta cuprinde o gamă largă de afecțiuni, dintre care vom enumera pe cele mai importante și mai frecvent întâlnite în clinică:

- a) colica biliară;
- b) colica renală și colica ureterală;
- c) colica utero-salpingo-ovariană;
- d) colica apendiculară;
- e) colica enterocolitică;
- f) colica saturnină;
- g) colica (criza) gastrică tabetică;
- h) ulcerul gastric sau duodenal evolutiv penetrant;
- i) sindromul dureros al plexului solar;

În prezentarea actuală volumului, în capitolul 23, vom prezenta numai colica abdominală.

23.1.1. Colicile

Colica abdominală este provocată de o contracție peristaltică, vizibilă a unui ligament subțire, prezintă ca manifestare netedă, involuntară, al cărei peristaltism în mod normal, nu este dureros.

Sindromul rezultă cu musculatura netedă involuntară, care pot declanșa colici sunt:

- calculi și intusus;
- căile bilare extrahepatice – vezica biliară, canalul citic, hepatic și celiacodistal;
- canal pancreatic;
- intusus;
- uterul și trompa uterină.

Principala caracteristică a colicilor este durerea, cu apariție acută, spontană, cu intensitate variabilă. Este însoțită adesea de fenomene stimulate de sistemul nervos simpatic: puls slab, vărsături, răciră corporală.

Bolnavii pot rămâne contractați în perioada de maximă intensitate dureroasă, dar în momentul în care cedează durerii, permițând palparea ușoară a abdomenului, peristaltismul este în sensibilitate locală.

Pentru stabilirea diagnosticului de colică, trebuie reținute următoarele elemente:

- a) durerea apare sub formă paroxistică, durează un timp variabil, se însoțește de o grimă facială intermitentă;
- b) în timpul colicilor pacientul este neliniștit, caută o poziție antalgică, care să-l scutură durerea;
- c) în perioada de acalmie abdomenul devine suplu, dacă continuă să fie rigid și în perioada de acalmie se poate palpa o peritonită acută;
- d) în colică, dacă se aplică o presiune, prin palparea supra abdomenului, durerea se amplifică, nu și în alte afecțiuni;
- e) distribuția durerii este caracteristică în unele colici.

23.1.1.1. Colica biliară

Colica biliară este forma cea mai des întâlnită a durerii bilare, determinată de spasmul biliar și presiunii în căile bilare.

Etiologie, colica biliară apare cel mai frecvent în litiaza biliară. Dacă calculul migrează în căile bilare, colica biliară este urmată de icter sau subicter. Colica biliară poate apărea însă și în colecistita acută și dischinezie biliară.

Semnul funcțional caracteristic este durerea, care apare în hipocondrul drept cu iradieri sub rebordul costal în spate, în umărul drept, subscapular și în gâtul cervical. Pot exista însă dureri cu iradieri atipice. De obicei, durerea apare brusc, crescând în intensitate, durând de la câteva minute la câteva ore, sau se intensifică treptat, fiind asociată cu o constipție, apăsare sau rupătură. Mișcările bolnavului sunt dureroase, din care cauză acesta adoptă poziția antalgică. Cel mai adesea colica apare noaptea, datorită hipervagotoniei, după o masă bogată în grăsimi sau alimente care au efect colecistochinetic recunoscut. Femeile dispoziție preced, însoțite sau urmate de colici. Simptomele de însoțire aproape constante sunt: greață, vărsături abundente apoi bilioase. Anamneza corectă relevă o intoleranță la grăsimi.

Examenul obiectiv arată la inspecție un bolnav în poziție antalgică, la palpare o sensibilitate patemică în hipocondrul drept, cu intensitate maximă în punctul scapular. Sensibilitatea veziculară se determină prin palparea hipocondrului drept (de obicei în marginea laterală a mușchiului drept abdominal) sau prin solicitarea unei respirații profunde, mâinile examinătorului menținându-se în aceeași poziție. Apariția semnului (semnului Murphy) pledează pentru afectarea biliară.

Pentru a lămurii cauza, care a produs colica, se impune explorarea căilor bilare prin ecografie, radiografie abdominală pe gol, colecistografie orală sau colangopangrafie intravenoasă.

Tratamentul va consta din administrarea de analgetice, algocalmin, ferriol, lacașină (psilen), precum și antispasmodice: scopolin, hradol, papaverin și anticholinergici, benzocin, enzinal etc.

23.1.1.2. Colica renală

Colica renală este provocată de trecerea unui mic calcul, chiug de sânge, pur sau cristale de urați ori de urați de calciu, care au descins în ureter, sau de impactul mic calcul în pelvisul renal și, mai rar, de răsurirea nesăptălită a joncțiunii ureteropelvice, în cazul unui rinichi extrem de mobil.

Colica renală se caracterizează printr-o durere paroxistică cu valuri locale, unilaterală, cu iradieri caracteristică de-a lungul ureterului de aceeași parte către hipogastriu și organele genitale externe sau către tibiala coapsei.

Durerea este atroce, cu caracter de constricție - rupătură, urzită continuă, cu exacerbări care-l fac pe bolnav agitat, în căutarea unei poziții antalgice (flexarea coapsei pe abdomen, poziție ghemuit etc.). Bolnavul este anxios, palid, afecțiat, dar poate apărea și febra în cazurile de retenție septică bacterială. Pulsul este normal sau bradicardic, bolnavul prezintă polakiurie cu teneșme vezicale, greață, vărsături de multe ori incoercibile, meteorism.

Colica renală durează de la câteva minute la câteva ore, cedând rar spontan, cel mai adesea după medicație antalgică, putând să se repete după un interval liber variabil.

La examenul obiectiv - palparea lombară accentuează durerea, la fel și palparea proiecției ureterelor declanșează durerea. Percepția regiunii lombare cu marginea căminului a mâinii produce exacerbarea durerii - semnul Giordano.

Examenul paraclinic va consta din ex. urinei (care ne arată de obicei hematurii, radiografie pe gol (care ne poate pune în evidență calculi radioopaci), urografie (care ne

arată funcția renală), examenul paraclinic renal și al sângelui urinar, la posib. examenul sângelui pe urmă diverși studii de secreție renală de partea cistă și renală (testul de secreție renală). Pentru tratamentul colicii renale se va administra antispasmodice (papaverin, scopolin, enzinal) și analgetice (algocalmin, ferriol, hradol). În timpul colicii, bolnavul se va odihni, vom administra seringă în care colica nu cedeză la tratament, vom administra morfina în doză mică cu un antispasmodic. În cazul colicii, se va putea administra morfina în doză mică cu un antispasmodic.

23.1.1.3. Colica intestinală

Colica intestinală apare pe ocazii și cauzată de erorile sau de obstrucția la nivelul intestinului subțire.

De obicei durerea este în partea dreaptă, însoțită de erorile intestinale, însoțită de vărsături, durerea va fi urmată de diaree, fapt care ne va pune pe urma bolnavului de bolnavism.

La colica intestinală durerea obstrucției, durerea este preluată de sindromul de obstrucție, care poartă spre local obstrucției și se caracterizează pe rândura apropiată de abdomen, durerea va fi urmată de diaree, fapt care ne va pune pe urma bolnavului de bolnavism.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

Colica intestinală este o formă specială de colică a intestinului subțire, însoțită de vărsături și în care durerea și colapsul pot fi erorile de severitate.

23.1.1.5. Colica pancreatică

Obstrucția canalului Wirsung poate să impună unei dureri severe care devine radiază spre umărul stâng. Această durere e aproape în permanență continuă și se accentuează prin ingerare de alimente. Durerea trece din când în când în crampă.

23.1.1.6. Colica uterină

Durerea cauzată de uter în încercările sale de a elimina fie un făt, un placentă sau rest de material membranos sau chiar un chiug de sânge, poate să fie foarte severă. Ea este simțită în special în regiunea lombară inferioară, iar în crampă este foarte accentuată, poate să iradiază în jos spre coapse și deasupra pubisului. Eructațiile și vădărușele sunt prezente.

Dimenziunea spontană poate face ca pacienta să se zvărcolească de durere. Anamneza și examenul ginecologic fără nici o afecțiune decelată obiectiv, orientează asupra diagnosticului.

23.1.1.7. Colica salpingeană

Durerea este localizată în hipogastriu, abdominal septal. La examenul ginecologic se evidențiază un salpinx mare, dureros.

23.2. ABDOMENUL ACUT CHIRURGICAL

Există două mari tipuri de abdomen acut chirurgical:

- Abdomen acut chirurgical traumatic
- Abdomen acut chirurgical ne-traumatic

23.2.1. Abdomenul acut chirurgical traumatic

Abdomenul acut chirurgical traumatic poate fi de două feluri:

- Abdomen acut chirurgical prin traumatisme închise
- Abdomen acut chirurgical prin traumatisme deschise

23.2.1.1. Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme închise (contuziile abdomenului)

În acest capitol se încadrează leziunile determinate de un traumatism care nu a produs nici o plagă peretelui abdominal. Un astfel de traumatism denumit *închis* poate produce totuși leziuni vizibile de o gravitate excepțională, ce obligă la intervenție chirurgicală. Adesea, pe peretele abdominal nu observăm nici o urmă a traumatismului sau cel mult o ușoară echimoză, în schimb în interiorul abdomenului se găsește sânge intestinal sau stomacal perforant, ori leziuni ale altor organe: ficat, splină, vase etc. Din anamneză poate reieși adeseori gravitatea leziunilor intraabdominale: accidentatul se spune că a fost aruncat de către un vehicul sau un corp tare, sau a primit o lovitură puternică direct în abdomen etc. Altfel însă putem constata că traumatismul

a fost foarte puternic, dar și în seria cazelor există perioade de exacerbare și de calmare a simptomelor intraabdominale.

Leziunile intraabdominale care au cauzat traumatismul sunt: echimoze, rădăci de la vase, hemoragii, leziuni ale organelor, leziuni ale peretelui abdominal etc. După

tipul și numărul leziunilor se pot determina leziunile importante de organe intraabdominale.

Acutele și cronicele, în funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

Leziunile intraabdominale pot fi de două feluri: închise și deschise. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

Leziunile intraabdominale pot fi de două feluri: închise și deschise. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

Leziunile intraabdominale pot fi de două feluri: închise și deschise. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

Leziunile intraabdominale pot fi de două feluri: închise și deschise. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

Leziunile intraabdominale pot fi de două feluri: închise și deschise. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

Leziunile intraabdominale pot fi de două feluri: închise și deschise. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

Leziunile intraabdominale pot fi de două feluri: închise și deschise. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri. În funcție de tipul și numărul leziunilor intraabdominale, se pot manifesta în diferite moduri.

1994

se poate depista mai bine în fața și în spatele și în poziția în flancul opus. Simțul de presiune în fața și în spatele se face de către medicul epuizant deosebit de bine, ca pe o minge sau pe o buclă. Prin puncte se extrage sânge, lichid de transpirație sau urină. Este o metodă de investigație extrem de valoroasă când este vorba de răni.

3) **Tușul rectal** poate depista diferența dintre muci când depinde starea funcției de defecție (stare de constipație). Acesta se poate face și prin introducerea în rect a unui sond (prin examen vaginal). Tușul rectal și cel vaginal pot să arate existența unei sângerări în interior în perete sau sânge în ampulă rectală.

4) **Examinarea sîrui se face de către medicul.** Un traumatism (sau dacă au existat) care are un abdomen acut, trebuie examinată complet derivatele și în totalitate, pentru a se vedea dacă în mai există și alte leziuni concomitente: funcții de respirație, funcții de circulație, de nutriție etc.

5) **Examinarea complementară**. Sunt necesare, atât pentru intrarea diagnosticului de abdomen acut, pentru stabilirea gravității acestui sindrom, cât și pentru depistarea unei leziuni concomitente, traumice sau patologice. Dacă se pune problema unei intervenții chirurgicale, se vor face examene complementare și pentru a se realiza starea al stării generale în vederea stabilirii conduitei terapeutice pre- și postoperatorii.

Dintre examenele complementare menționăm:

- **starea generală a pacientului**, care pot să relateze privitor la evoluția bolii și la starea generală a pacientului;
- **starea generală a pacientului**, care de obicei nu este deloc concludentă, în cazurile începătoare de abdomen acut. În cazurile mai avansate, cu funcție peritoneală normală de funcționare, este;

- **examinarea sîrui** prezintă de obicei puține arde a leziunii a sîruii sîruii. Dacă bolnavul nu poate urina și la simțul nu se găsește urină în vezică, înseamnă că există ori o ruptură vezicală, ori o anurie;

- **starea generală a pacientului** poate arde evoluția prezența de sânge, ca semn al unei traumă gastrice sau a unei sîngerări gastrice de altă natură;

- **radiografia abdominală** (pe gât) poate să arde aer în cavitatea peritoneală, pneumoperitoneu - semn foarte important, pentru că el denotă existența sîruii a unei rupturi de stomac sau intestin;

- **radiografiile** sunt utile și pentru depistarea leziunilor nasale concomitente, sunt încăle de trebuie să fie făcute ori de câte ori se apreciază că este necesar.

22.2.1.1.4. **Orientarea diagnostică, evoluția și tratamentul.** Uneori, diagnosticul de leziune viscerală este ușor de pus, semnele descrise anterior permitând să se stabilească fără dubiu dacă există sau nu o leziune viscerală și deci să se aplice terapia indicată.

Adeseori însă, semnele cu care se prezintă accidentul cu traumatism abdominal lichid nu sunt îndosyuns de îndosyuns și este nevoie de o supraveghere permanentă în care, de foarte multe ori, observațiile unei bune asistențe medicale, cadru alături de permanentă lângă bolnav, sunt determinante pentru stabilirea diagnosticului. După cum evoluează starea generală, curba pulsului, tensiunea arterială, temperatura, pot apărea posibilități evolutive.

22.2.1.1.5. **Orientarea diagnostică, evoluția și tratamentul.** Uneori, diagnosticul de leziune viscerală este ușor de pus, semnele descrise anterior permitând să se stabilească fără dubiu dacă există sau nu o leziune viscerală și deci să se aplice terapia indicată.

Adeseori însă, semnele cu care se prezintă accidentul cu traumatism abdominal lichid nu sunt îndosyuns de îndosyuns și este nevoie de o supraveghere permanentă în care, de foarte multe ori, observațiile unei bune asistențe medicale, cadru alături de permanentă lângă bolnav, sunt determinante pentru stabilirea diagnosticului. După cum evoluează starea generală, curba pulsului, tensiunea arterială, temperatura, pot apărea posibilități evolutive.

22.2.1.1.6. **Orientarea diagnostică, evoluția și tratamentul.** Uneori, diagnosticul de leziune viscerală este ușor de pus, semnele descrise anterior permitând să se stabilească fără dubiu dacă există sau nu o leziune viscerală și deci să se aplice terapia indicată.

Adeseori însă, semnele cu care se prezintă accidentul cu traumatism abdominal lichid nu sunt îndosyuns de îndosyuns și este nevoie de o supraveghere permanentă în care, de foarte multe ori, observațiile unei bune asistențe medicale, cadru alături de permanentă lângă bolnav, sunt determinante pentru stabilirea diagnosticului. După cum evoluează starea generală, curba pulsului, tensiunea arterială, temperatura, pot apărea posibilități evolutive.

22.2.1.1.7. **Orientarea diagnostică, evoluția și tratamentul.** Uneori, diagnosticul de leziune viscerală este ușor de pus, semnele descrise anterior permitând să se stabilească fără dubiu dacă există sau nu o leziune viscerală și deci să se aplice terapia indicată.

Adeseori însă, semnele cu care se prezintă accidentul cu traumatism abdominal lichid nu sunt îndosyuns de îndosyuns și este nevoie de o supraveghere permanentă în care, de foarte multe ori, observațiile unei bune asistențe medicale, cadru alături de permanentă lângă bolnav, sunt determinante pentru stabilirea diagnosticului. După cum evoluează starea generală, curba pulsului, tensiunea arterială, temperatura, pot apărea posibilități evolutive.

22.2.1.1.8. **Orientarea diagnostică, evoluția și tratamentul.** Uneori, diagnosticul de leziune viscerală este ușor de pus, semnele descrise anterior permitând să se stabilească fără dubiu dacă există sau nu o leziune viscerală și deci să se aplice terapia indicată.

Adeseori însă, semnele cu care se prezintă accidentul cu traumatism abdominal lichid nu sunt îndosyuns de îndosyuns și este nevoie de o supraveghere permanentă în care, de foarte multe ori, observațiile unei bune asistențe medicale, cadru alături de permanentă lângă bolnav, sunt determinante pentru stabilirea diagnosticului. După cum evoluează starea generală, curba pulsului, tensiunea arterială, temperatura, pot apărea posibilități evolutive.

22.2.1.1.9. **Orientarea diagnostică, evoluția și tratamentul.** Uneori, diagnosticul de leziune viscerală este ușor de pus, semnele descrise anterior permitând să se stabilească fără dubiu dacă există sau nu o leziune viscerală și deci să se aplice terapia indicată.

Adeseori însă, semnele cu care se prezintă accidentul cu traumatism abdominal lichid nu sunt îndosyuns de îndosyuns și este nevoie de o supraveghere permanentă în care, de foarte multe ori, observațiile unei bune asistențe medicale, cadru alături de permanentă lângă bolnav, sunt determinante pentru stabilirea diagnosticului. După cum evoluează starea generală, curba pulsului, tensiunea arterială, temperatura, pot apărea posibilități evolutive.

22.2.1.2. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.1. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.2. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.3. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.4. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.5. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.6. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.7. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.8. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.9. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.10. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.11. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.12. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.13. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.14. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.15. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.16. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.17. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.18. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.19. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.20. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.21. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.22. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.23. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

22.2.1.2.24. **Abdomenul acut chirurgical prin traumatisme deschise**

La francii, un altfel neglijat posibilănu unei perforații interne prin chlamydia. S-au observat de asemenea cazuri de perforații ale rectului, prin "carnul" introdus brutal, cu ocazia unei fricțiuni.

Este foarte important să fie cunoscut agentul vătămător, deoarece în funcție de acesta putem aprecia gradul și amploarea leziunilor. Trebuie de asemenea să notăm dacă respectivul corp vătămător a rămas în abdomen sau a ieșit, după cum s-a văzut și în cazul de față amplasat în abdomen, agentul vătămător a ieșit din corp și el însuși este rănit și rănită.

De feil sistemului traumatic, de forta cu care a putina si de reusita de
dupa criza letala provocata si gravitatea sindromului abdomenului acut. Unora
putem da sansa de intarziere deceptii grave abdominale care se dezvoltă
numărul și felul organelor care au putut fi lezate, examinând cu ocazia de intarziere
și pe cel de sequele al corpului cominuat; aliori, inspectul secilor critici în spate
mult și numai intervenția chirurgicală poate lăsa adevărata situație

24.2.1.2.2. *Síntomatología*

ii) *Semnala generala*: De multe ori boala nu cu plaga abdominala se prezinta cu o stare generala buna, care nu lasa sa se intareasca drama ce incepe in interiorul Abdomenului, aliori accidentul este adus deja in stare de soc.

b) *Anamneză*, care se pune bazele istoricului accidentalităţii sau celor care, în împrejurări cu el, poate prezenta traumă în care a a produs accidental, cu ce pot vulnera a fost eliminată, ori exactă a traumă şi fenomenelor pe care le-a prezentat bolnavul după traumatism, începând de la pierderea conştiinţei, prezenţa convulsiilor, vărsăturilor, urii sângeroase. Trebuie precizate ori exactă în care bolnavul a rămas ultima dată, constanţa şi felul alimentelor ingerate, dacă şi când a avut bolnav sau ultima dată, data şi felul urinelor emise de urină.

c) *Examinarea bolnavului*. La inspecție se constată: locul, mărimea, numărul orificiilor existente la peretele abdominal, dacă există și orificii de ieșire și la ce distanță sunt situate acestea față de orificiul sau orificiile de intrare. Trebuie să se precizeze de obicei, dacă orificiul de ieșire este situat la mare distanță de orificiul de intrare numărul organelor atinse este mult mai mare decât atunci când e situat la mică distanță.

Se verifică de asemenea dacă în plagă se vede un frunz din marele cyplos (aproape totdeauna prezent în cadrul plăgilor penetrante); dacă prin plagă se scurge sânge, bilă, conținut intestinal sau gastric (semn de plagă perforantă). Uneori plăgile sunt mari, organele abdominale se văd prin plaga deschisă, de multe ori o parte din aceste organe sunt ieșite afară din abdomen (eviscerație).

■ **Palparea.** Prin palpare se cercetează prezența durerii. Găsirea unei focuri dureros departe de plagă are o importanță mai mare decât durerea din jurul plăgii pentru că arată că se dezvoltă o infecție peritoneală generală, determinată de o peritonită sau de o hemoragie internă.

- Percuția poate depista o matitate deplasabilă.

- **Petecișia** poate depista o matrițe deplasabilă.
- **Tactul rectal și cel vaginal** evidențiază o colecție lichidiană în fundul de sac Douglas sau declanșează, tot aici, durere, semn de iritație peritoneală. Tactul rectal poate arăta prezența de sânge în rect, semn de leziune a colonului sau a rectului. Tactul vaginal și examenul cu valvele pot da indicii privitoare la o eventuală perforație a uterului, făcută în scop abortiv.

...menstruare. Numărătoarea globalălor nu e creatura rădăcinii
...de mare înclinația noastră către precizie și

A fostu-mi compariut un alt document, pe care l-am dat la o indagine a stăruenirii care, pe lângă 3 degete, poate să arate și o altă mână. Acesta este un document de la un bărbat care, pe lângă 3 degete, poate să arate și o altă mână. Acesta este un document de la un bărbat care, pe lângă 3 degete, poate să arate și o altă mână.

...poate fi asociat la nivelul toracelui, al coloanei vertebrale, al bazinului etc. ...

[illegible]

1.1. Diagnosticul și atitudinea terapeutică. Prin aceste examene se stabilește:

22.1.1. *Impresii* sunt deosebit de importante în procesul de diagnosticare a leziunilor de organe din cavitatea abdominală. Dacă este vorba de o leziune de organ prin șoc, este necesar să se acorde atenție deosebită acestor impresii. Dacă este vorba de o leziune de organ prin penetrare, este necesar să se acorde atenție deosebită acestor impresii. Dacă este vorba de o leziune de organ prin penetrare, este necesar să se acorde atenție deosebită acestor impresii. Dacă este vorba de o leziune de organ prin penetrare, este necesar să se acorde atenție deosebită acestor impresii.

Timpul postoperatoric a bolnavilor cu abdomen acut chirurgical traumatic este una din etapele deosebit de dificilă, cu nevoie înaltă de înțelegere, îngrijire de calitate și de mare cultură vindecătoare (celor accidentați) și despre care am dat detalii în lucrările anterioare [1-3].

23.2.2. Abdomenul acut chirurgical netraumatic

Acutele includă un număr mare de afecțiuni cu etiologie variată, care obligă la intervenție chirurgicală. Aceste afecțiuni evoluează, fie către o stare gravă, de ex. ruptura de hemoragie intraperitoneală sau o peritonită.

Printr-o dată o imagine mai exactă a marilor varietăți de forme sub care se prezintă
monstrul se obține dintr-o imagine mai exactă a marilor varietăți de forme sub care se prezintă

* Alimentație care evoluează către

relaxing intestinal (G)

- organisme de organe;

pericardului acută necrotică.

* Altruștii care evoluează către hemoragie internă, esp. în cavitatea peritoneală (fig. 172 A, B).

...cu mândrie personală (a
...formare chistică parietală);

...de obicei, se realizează uterine; se rupe numai uterul patologic

is a general travel policy.

• •

...continued

entire

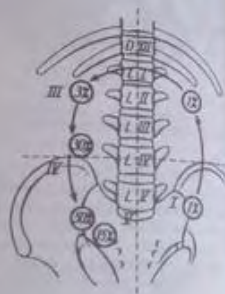


Fig. 176 - Diferite localizări ale apendicelui Cătrele indică frecvența acestor localizări.

ută poate surveni la orice vârstă, la

ni, motiv pentru care a fost demis.

...patologică. Aspectul anatomo-patologic al apendicitei acute

13.1.1.2. Avaria în funcționare
determinată pe de o parte de circulația microbilă, în 10-15-20-30-40-50-60-70-80-90-100-110-120-130-140-150-160-170-180-190-200-210-220-230-240-250-260-270-280-290-300-310-320-330-340-350-360-370-380-390-400-410-420-430-440-450-460-470-480-490-500-510-520-530-540-550-560-570-580-590-600-610-620-630-640-650-660-670-680-690-700-710-720-730-740-750-760-770-780-790-800-810-820-830-840-850-860-870-880-890-900-910-920-930-940-950-960-970-980-990-1000-1010-1020-1030-1040-1050-1060-1070-1080-1090-1100-1110-1120-1130-1140-1150-1160-1170-1180-1190-1200-1210-1220-1230-1240-1250-1260-1270-1280-1290-1300-1310-1320-1330-1340-1350-1360-1370-1380-1390-1400-1410-1420-1430-1440-1450-1460-1470-1480-1490-1500-1510-1520-1530-1540-1550-1560-1570-1580-1590-1600-1610-1620-1630-1640-1650-1660-1670-1680-1690-1700-1710-1720-1730-1740-1750-1760-1770-1780-1790-1800-1810-1820-1830-1840-1850-1860-1870-1880-1890-1900-1910-1920-1930-1940-1950-1960-1970-1980-1990-2000-2010-2020-2030-2040-2050-2060-2070-2080-2090-2100-2110-2120-2130-2140-2150-2160-2170-2180-2190-2200-2210-2220-2230-2240-2250-2260-2270-2280-2290-2300-2310-2320-2330-2340-2350-2360-2370-2380-2390-2400-2410-2420-2430-2440-2450-2460-2470-2480-2490-2500-2510-2520-2530-2540-2550-2560-2570-2580-2590-2600-2610-2620-2630-2640-2650-2660-2670-2680-2690-2700-2710-2720-2730-2740-2750-2760-2770-2780-2790-2800-2810-2820-2830-2840-2850-2860-2870-2880-2890-2900-2910-2920-2930-2940-2950-2960-2970-2980-2990-3000-3010-3020-3030-3040-3050-3060-3070-3080-3090-3100-3110-3120-3130-3140-3150-3160-3170-3180-3190-3200-3210-3220-3230-3240-3250-3260-3270-3280-3290-3300-3310-3320-3330-3340-3350-3360-3370-3380-3390-3400-3410-3420-3430-3440-3450-3460-3470-3480-3490-3500-3510-3520-3530-3540-3550-3560-3570-3580-3590-3600-3610-3620-3630-3640-3650-3660-3670-3680-3690-3700-3710-3720-3730-3740-3750-3760-3770-3780-3790-3800-3810-3820-3830-3840-3850-3860-3870-3880-3890-3900-3910-3920-3930-3940-3950-3960-3970-3980-3990-4000-4010-4020-4030-4040-4050-4060-4070-4080-4090-4100-4110-4120-4130-4140-4150-4160-4170-4180-4190-4200-4210-4220-4230-4240-4250-4260-4270-4280-4290-4300-4310-4320-4330-4340-4350-4360-4370-4380-4390-4400-4410-4420-4430-4440-4450-4460-4470-4480-4490-4500-4510-4520-4530-4540-4550-4560-4570-4580-4590-4600-4610-4620-4630-4640-4650-4660-4670-4680-4690-4700-4710-4720-4730-4740-4750-4760-4770-4780-4790-4800-4810-4820-4830-4840-4850-4860-4870-4880-4890-4900-4910-4920-4930-4940-4950-4960-4970-4980-4990-5000-5010-5020-5030-5040-5050-5060-5070-5080-5090-5100-5110-5120-5130-5140-5150-5160-5170-5180-5190-5200-5210-5220-5230-5240-5250-5260-5270-5280-5290-5300-5310-5320-5330-5340-5350-5360-5370-5380-5390-5400-5410-5420-5430-5440-5450-5460-5470-5480-5490-5500-5510-5520-5530-5540-5550-5560-5570-5580-5590-5600-5610-5620-5630-5640-5650-5660-5670-5680-5690-5700-5710-5720-5730-5740-5750-5760-5770-5780-5790-5800-5810-5820-5830-5840-5850-5860-5870-5880-5890-5900-5910-5920-5930-5940-5950-5960-5970-5980-5990-6000-6010-6020-6030-6040-6050-6060-6070-6080-6090-6100-6110-6120-6130-6140-6150-6160-6170-6180-6190-6200-6210-6220-6230-6240-6250-6260-6270-6280-6290-6300-6310-6320-6330-6340-6350-6360-6370-6380-6390-6400-6410-6420-6430-6440-6450-6460-6470-6480-6490-6500-6510-6520-6530-6540-6550-6560-6570-6580-6590-6600-6610-6620-6630-6640-6650-6660-6670-6680-6690-6700-6710-6720-6730-6740-6750-6760-6770-6780-6790-6800-6810-6820-6830-6840-6850-6860-6870-6880-6890-6900-6910-6920-6930-6940-6950-6960-6970-6980-6990-7000-7010-7020-7030-7040-7050-7060-7070-7080-7090-7100-7110-7120-7130-7140-7150-7160-7170-7180-7190-7200-7210-7220-7230-7240-7250-7260-7270-7280-7290-7300-7310-7320-7330-7340-7350-7360-7370-7380-7390-7400-7410-7420-7430-7440-7450-7460-7470-7480-7490-7500-7510-7520-7530-7540-7550-7560-7570-7580-7590-7600-7610-7620-7630-7640-7650-7660-7670-7680-7690-7700-7710-7720-7730-7740-7750-7760-7770-7780-7790-7800-7810-7820-7830-7840-7850-7860-7870-7880-7890-7900-7910-7920-7930-7940-7950-7960-7970-7980-7990-8000-8010-8020-8030-8040-8050-8060-8070-8080-8090-8100-8110-8120-8130-8140-8150-8160-8170-8180-8190-8200-8210-8220-8230-8240-8250-8260-8270-8280-8290-8300-8310-8320-8330

... la care aparține. Apendicele este congeșionat, înțepinat cu
... la care aparține. Apendicele este congeșionat, înțepinat cu

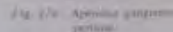
... Apendicele este mări de volum, cu aspect

adenopatie, iar în lumenul apendicelui găsim puroi și mucus.

... în cavitatea peritoneală găsim de obicei serozitate, uneori purulentă. Apendicele are culoare neagră-verde, uneori gangrenată. ...



100



c) *Perforapoda apendicularis*. Reprezintă o formă evolutivă a apendicului (leguminoasă, din nou este celui gasterosolic). Perforapoda poate fi punctuată în absența miază de miază mică amputată de la distal al apendicului, în jur se găsește o tufă de țesut inflamator, reacție fibroasă și o tufă de țesut variabil de puroi în fosa (fosa streaptă și în fosa de sac Douglas (fig. 178).

Durerii începe studiul sunt, în faza inițială, dreptă și se intensifică din ce în ce mai mult. Studiul avansat al apendicitei acute, durerea este foarte puternică și permanentă.

...apendicite este situat retrocecal, durerea poate
...mai violentă în epoca decu în fața, în acest
...bolnavul mușcă membrul inferior drept și constată
...indicele are o altă poziție intraabdominală (nu este în
...totală că durerea este semnalizată de bolnav ca veni
...caruri excepționale. Ele fac foarte dificilă diagn

urerea radiază din fosa iliacă dreaptă în epigastrică
nervoză între aceste zone (această coexistență
d'appendicetomiei, mai ales în cea flectată cu mes-

pută poate fi confundată cu durerea din colica renală (intermitentă, colicativă) și este situată posterior (în regiunea hepatică), aceasta fiind însă mai intensă în hipocostul stâng, datorită localizării în vecinătatea pungașului acut sau an chist ovarian drept toracic.

multe ori, apendicita acută, dar sunt și cazuri

diim scaune diareice multiple, ca în enterocolită, dar și în sindromul de malabsorbție și al altor segmente intestinale.

na prezent, dar, dacă bolnavul îl sârmalează, c
angrenare sau abcedare, fapt care trebuie să gră

b) *Scuturarea libertății*
 - creșterea gradului de participare regională directă la procesul de dezvoltare
 - creșterea gradului de participare regională indirectă la procesul de dezvoltare
 - creșterea gradului de participare regională la procesul de dezvoltare

...the ... of ...

[illegible]

A sinistra: un'immagine di un paesaggio urbano.

Constatăm, în schimb, că în unele cazuri, în cadrul unor activități de cercetare științifică, se pot realiza rezultate deosebite, datorită faptului că oamenii de știință sunt înzestrați cu o capacitate de gândire critică și de analiză, care le permite să găsească soluții inovative la problemele care le sunt puse în față.

Medical Research Service, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892

...fapt important de reținut. Adeseori, chiar în cazurile în care...

Prin urmare, numărul de bătă cardiace pe minut este crescut, iar

Tratamentul interstital este de obicei normală. Scade numărul la stadii tardive
Tratamentul interstital este de obicei normală. Scade numărul la stadii tardive

se prezintă în:

Alte boli acute confundabile cu apendicita: ulcerul gastric sau duodenal pe

atită la elevarea leucocitozei poate fi un bun criteriu de diagnostic diferentiat al procesului inflamator. Apendicita acută poate fi confundată cu o

hemoglobina și hematocritul. Apariția unei
anemii marcate de hemoragie internă. Laboratorul ne poate arăta
prezența unei anemii marcate de hemoragie internă. Palanca b
de un caz de hemoglobină și un hematocrit evident scăzut. Palanca b
hemoglobina și hematocritul și ne pot ajuta mult pentru

apendicitei este foarte util pentru a deosebi apendicita acută

Examenul de urină este foarte util pentru a depista apendicita. În urină, în apendicita acută nu se găsesc hematii și leucocite în urină. În apendicita cronică se găsesc aproape întotdeauna hematii, uroci și leucocite.

Este bine însă să se ştie că, mai ales în apendicita acută, exam-

urii de sîndrila acută gangrenoză cu leucocitoză normală sau ușor crescută, pe o urină leucocitară și hematurică în cazul în care odată cu

■ **Considerații generale.** Simptomatologia acestei afecțiuni este

Întotdeauna și nu o dată bucla s-a terminat cu dinamică repetitivă.

insuportabil asupra simptomelor bolii. La copii mici apendicita acută se confundă cu bolile intestinale gastroenterice. În astfel de cazuri, dacă se aplică în mod necorespunzător tratament medical în locul celui chirurgical, se pierde un timp prețios, creștând pericolul complicațiilor grave. Dacă se administrează din eroare un purgativ sau se face o clismă, stăruind asupra bolii cu apendicita acută, considerând că are o simplă constipație, în perioada generalizată. Administrarea de analgezice puternice - mai ales opioide. Faptul de înmăscare poate amâna simptomatologia unei apendicite acute și poate periclita evoluția sa evoluție sfârșită.

Există și situații confuze, când o gastroenterită însoțită, chiar o gripă sau o pneumonie, au fost confundate cu o apendicita acută și bolnavii - de multe ori copii - au fost operați inutil. În aceste cazuri, intervenția operatorie poate întârzi evoluția și agravarea afecțiunii (gripa, pneumonia etc.).

Incidența apendicitei acute este mai mare la copii și la persoanele sub 30 de ani, dar ea poate să apară și la persoane de vârstă înaintată, fapt ce se pierde uneori din vedere. Din acest motiv, la care se adaugă și faptul că bătrânii au o reacțivitate mai mică, uneori se întârzie intervenția chirurgicală la bătrânii cu apendicita acută, ori se intervine târziu, numai după apariția peritonitei, atunci când șansele de vindecare sunt foarte reduse.

23.2.2.1.4. Forme clinice

■ Forme clinice după evoluție

a) Plastronul și abcesul apendicular

Apendicita acută cu peritonită plastică localizată (plastronul apendicular) este o evenimență bună. De multe ori însă, chiar dacă se aplică un tratament conservator corect, peritonita plastică localizată evoluează spre abcedare. Se formează în abdomen un abces voluminos care se poate deschide:

- în marea cavitate peritoneală, declanșând o peritonită acută generalizată;
- într-o anșă intestinală, evacuându-se apoi la exterior pe cale naturală (uneori fără nici un simptom);
- la peretele abdominal.

În apendicita acută cu peritonită plastică localizată (plastron apendicular), la sfârșitul semnelor locale și generale descrise anterior la apendicita acută - în faza stază dreaptă se poate palpa o formațiune tumorală. Această formațiune se resimte după tratament sau, din contră, se extinde, devine fluctuantă, evoluind spre abcedare. În caz de evoluție spre abcedare, a plastronului, starea generală a bolnavului se înrăutățește, febra și leucocitoza cresc. Anamneza arată că debutul apendicitei acute a fost în urma cu cel puțin 5-6 zile înainte de a apărea plastronul și că atunci bolnavul a prezentat semnele subiective menționate mai sus: durere, frison, vărsături.

Pentru a stabili modul în care evoluează apendicita acută cu peritonită localizată (spre resorbție sau abcedare) este necesar să evaluăm zilnic, prin palpare, volumul și aspectul plastronului, să cercetăm leucocitoza și să urmărim curba febrei (fig. 179).

Ori de câte ori un bolnav prezintă o formațiune tumorală în faza stază dreaptă, care nu abcedează dar nici nu regresează după 2-3 săptămâni de la debut, este bine să ne gândim că ar putea fi nu o apendicita acută ci o tumoare neoplazică de tipul stază dreaptă sau flanc drept.



Fig. 179 - Evoluția temperaturii la un bolnav cu apendicita acută, cu peritonită localizată (plastron), în care după 6 zile de evoluție localizată, în care temperatura a scăzut temporar, se constată că transmiterea focarului se face în marea cavitate peritoneală, declanșând o peritonită acută generalizată. Se constată o creștere a temperaturii la 40.5, urmată de o scădere la 39.5. În momentul în care temperatura revine la 40.5, se constată că plastronul s-a transformat într-un abces. În continuare s-a început practicarea unei secții care a permis evacuarea abcesului și a transformat peritonita în peritonită localizată. S-a făcut apoi o incizie pe cale naturală, evacuată la exterior după 20 de zile. S-a făcut apoi apendicectomia "la vîră", după 90 de zile.

În asemenea situație se impune o ingografie, care lămurăște de cele mai multe ori diagnosticul, caz se recurge la laparotomie exploratorie. Un plastron apendicular poate evolua și în abces rece. Radiografia coloanei vertebrale arată lezuni destructive vertebrale și întreaga evoluție este lentă, cronică. În abcesul rece nu se face intervenție operatorie ci numai puncție evacuatoare și tratament local și general.

b) Peritonita acută generalizată poate apărea în trei evenimențe:

- peritonita care survine în primele 24-48 ore de la debutul crizei apendiculare, când focarul este de tip perforant; clinic se manifestă printr-o durere violentă în faza stază dreaptă, urmată de instalarea semnelor caracteristice peritonitei;

- peritonita generalizată în 2 timp: după o criză apendiculară, cu sau fără febră, semnele clinice se ameliorază; urmează reapariția fenomenelor datorită unei reînnoiri a unei apendicite aparent vindecate, precipitată de un efort sau administrare de purgativ;

- peritonita generalizată în 3 timp, având următoarea succesiune: apendicita acută cu plastron - formarea abcesului - deschiderea acestuia în cavitatea peritoneală;

ființelor din aceste secvențe sunt separate una de cealaltă prin intervale variabile de timp și cu simptomatologie caracteristică.

■ **Forme clinice după sediul**

a) **Apendicita acută retrocecală.** Durerea are sediul lombar sau lombosacral, iar fosa iliacă dreaptă este de cele mai multe ori nedureroasă, la aceasta adăugându-se semne urinare sau genitale: disurie, hematurie, tensiune, de multe ori prea de distinge de o colică renală.

b) **Apendicita acută pelviană.** Durerea sunt cu iradiere spre organele genitale și coapsă, se intensifică în special la femeile tinere, pot fi confundate cu aleeșii genitale și urinare.

c) **Apendicita acută subhepatică** imită tabloul unei colecistite acute. Este mai frecventă la copii din cauza poziției mai înalte a cecului și a apendicelui.

d) **Apendicita acută în sacul herniar** - mai frecventă în herniile inghinale în care conținutul sacului e format din cec și apendice. Se poate confunda cu strangularea herniilor.

e) **Apendicita acută în stânga** - întâlnită în cazuri de situs inversus.

■ **Forme clinice după vârstă**

a) **Apendicita acută la copii.** Este gravă prin tendința la forme distructiv. Apendicita acută la copii apare concomitent sau consecutiv altor afecțiuni: gripă, angină, enterocolite etc.

b) **Apendicita acută la bătrâni.** Datorită reactivității, tabloul clinic e mai estompat, fapt care ne poate face să scăpăm din vedere punerea diagnosticului de apendicită acută, iar când se pune să fie însoțit de complicații, în special peritonice.

23.2.2.1.5. Diagnostic diferențial. Așa cum am spus în diferite ocazii în acest capitol, diagnosticul diferențial trebuie făcut cu colica hepatică, colica nefritică, inflamații ale organelor genitale feminine, infecții urinare, ulcer în criză dureroasă, iar în cazul plastronului cu tumori ale fosei iliac drepte.

23.2.2.1.6. Tratatamentul. Apendicita acută are un singur tratament: apendicectomia de urgență. Dacă se gândește și purci în cavitatea peritoneală se va absorbi cât se poate mai mult și se va lăsa un tub de dren în fondul de sac Douglas, tub care va fi scos prin contraincizie.

Se completează intervenția chirurgicală cu antibioterapie dacă a existat un proces inflamator de vecinătate sau generalizat.

Dacă din diferite motive (transport, imposibilitatea executării de urgență a operației etc.) nu se poate interveni imediat, pentru o scurtă perioadă până la operație se aplică punți cu gheață pe regiunea iliacă dreaptă și se administrează calmant. Bolnavul nu va fi alimentat; nu i se va da purgativ; nu i se va face clismă. Dacă intervenția chirurgicală se amână din lipsa unui diagnostic cert, nu se vor administra calmante, deoarece acestea maschează evoluția bolii. Se poate administra perfuzie iuică: Xilină, Papaverină, Scobutol, Atropină. Bolnavul va ingera numai lichide.

Dacă apendicita acută s-a complicat de la început cu peritonită generalizată, fără a mai trece prin stadiul de plastron apendicular, se intervine cu maximă urgență, se absoarbe lichidul peritoneal, se face apendicectomie, se spală cavitatea peritoneală, se drenează cu 2-3 tuburi de dren. Pentru astfel de bolnavi, ce se află deseori într-o

stare gravă de șoc toxicoseptic la care se mai adaugă și șocul operator, se vor administra potasiu în soluții electrolitice, oxigenoterapie, anti-terapie vitaminizantă, perfuzii de plasmă etc. De cele mai multe ori vindecarea lor depinde de atitudine și de intervenția chirurgicală.

b) **Plastron apendicular:** având în vedere riscul lezării austeră intestinale, se face de plastron apendicular, care va consta din repare la puni, puni cu plastron, tratament sistemic, care va urmări evoluția plastronului prin modificarea temperaturii, senzație nespecifică. Se va urmări evoluția plastronului prin modificarea temperaturii, senzație nespecifică. Se va urmări evoluția plastronului prin modificarea temperaturii, senzație nespecifică. Se va urmări evoluția plastronului prin modificarea temperaturii, senzație nespecifică.

În cazul abscedării, operația se va efectua "la rece" după 6 săptămâni până la intervenția de urgență, se impune intervenția de urgență, care constă în incizia și drenajul abscesului. Apendicectomia nu se face decât dacă e posibil întru.

23.2.2.2. Ulcerul gastro-duodenal perforat

Este peritonită închisă deschiderea ulcerului în cavitatea liberă peritoneală, prin perforarea mucoasei de penetrare, care este deschiderea ulcerului într-un organ plin cu conținut gastric. Este cea mai frecventă și cea mai gravă complicație a ulcerului gastro-duodenal și se datorează aproximativ 65% din decesele din cauza bolii ulcerose. Complicația se manifestă de obicei mai frecvent la bărbați decât la femei, între 40 și 60 de ani, în funcție de raportul proporția ulcerului între cele două sexe.

23.2.2.2. Anatomia patologică. Perforația ulcerosă este de obicei unică, foarte mică, situată în cele mai multe ori fiind situată pe lăsa anterioară sau marginea anterioară a duodenului sau în cazul ulcerului gastric la nivelul micilor curbură. Ulcerele pot perfora și mucoasa gastrică și cea duodenală, adică la pancreas și produc mai multe complicații în acest caz.

Perforația peritoneală în primele ore este tobură, de culoare gri sau gălbuie, datorită sursă din cauza acidului clorhidric, eventual cu resturi alimentare, după 6 ore se va transforma în purulent, conține foarte multă fibrină și are tendința de închistare. La prima perforație conține puțin germen, pentru ca ulterior să devină cert septic.

În funcție de localizarea și evoluția ulcerului, perforația poate avea loc în peritoneul liber, peritoneul generalizat, într-o punță peritoneală închisă (peritonită localizată) sau după perforație se poate acoperi (ulcer acoperit).

În funcție de localizare și evoluția ulcerului, perforația poate avea loc în peritoneul liber, peritoneul generalizat, într-o punță peritoneală închisă (peritonită localizată) sau după perforație se poate acoperi (ulcer acoperit).

23.2.2.3. Forme anatomo-clinice

a) **Perforația în peritoneul liber** - este forma cea mai frecventă, deschiderea în peritoneul liber produce peritonită generalizată.

b) **Perforația în peritoneu închisat** - este o formă particulară și constă în perforația stomacului într-o porțiune blocată de aderențe gastroduodenale cu organele

vecine: ficat, cohleă, căte bilare, colici, epiploon, proiecții peritoneale. Poate peritonită localizată.

c) Ulcer perforat acoperit - anihilat după perforație este acoperit de epiploon sau de frunx epiploice, neperturbând revărsarea conținutului gastric. În general, astfel de ulcere perforate le găsim când sediul de perforație este foarte mic și superficial, iar stomacul a fost gol. Clinic, după durerea atroce ca o lovitură de pumnal, cu care începe, se produce o stare relativ evidentă, putând persista semnele unei peritonite localizate. Pseudoperitonit poate lipsi.

23.2.2.2.3. Simptomatologie. Vom descrie simptomatologia formei celei mai înfăptuite, adică a perforației în peritoneul liber și declanșarea peritonitei anihilă clinice și ulterior acestia, peritonitei septică, precedată prin infectarea lichidului acru în peritoneul liber.

a) Semne funcționale

Perforația ulcerosă debutează brusc prin durere violentă, ca o lovitură de pumnal sau cuțit, situată în epigastru, însoțită de paloare, lipotimie, accelerarea pulsului, transpirații reci și imobilitate respiratorie în etajul abdominal superior. Durerea poate surveni la un ulcer cunoscut sau din contră să fie un prim simptom al ulcerului (ulceros necunoscut).

Durerea, pe măsura progresării lichidului în peritoneu, devine prin extensia peritonitei, cuprindând sprijinul parietal, drept, apoi fosa iliacă dreaptă. Ultimele difuzează în mezogastru, hipogastru și în fundul de sac Douglas, astfel generalizându-se. Vădăturile sunt un semn inconstant și lipsit de valoare practică.

b) Examenul obiectiv

- La examen general observăm un bolnav palid, anxios, cu transpirații reci, respirație superficială, tahicardie.

- La inspecția abdominală - observăm un abdomen imobil, care nu participă la mișcările respiratorii, respirația fiind superficială, de tip toracic superior.

- La palpare - se constată contractura abdominală, la început în epigastru, apoi dintr-o parte la alta a abdomenului, formând așa-zisul "abdomen de lemn". Prin palpare Mând și sistematică se poate decela sediul durerii maxime, care corespunde sediului perforației.

Alte semne de peritonită: Blumberg, Mândel și hiperestezia cutanată sunt conștate întârziat.

În fazele evolutive ulterioare contractura se reduce, apare pareza intestinală și meteorismul.

- La percucie - putem decela dispariția matității hepatice, din cauza pseudoperitonitului și matitate deplasată în flancuri din cauza revărsatului peritoneal. În faze mai avansate, aceasta din urmă poate fi marcată de apariția meteorismului și prezența gazelor în intestin.

- Tușeul rectal la bărbați și tușeul vaginal la femei, arată un fund de sac Douglas care bombează și este foarte dureros (strigătul Douglasului).

- Percuția abdominală scotește lichidul revărsat în cavitatea peritoneală.

c) Examenul paraclinic

- Ex. de laborator - ne arată o hemoconcentrație, o leucocitoză cu polineutrofili și eventual o creștere a amilazei.

- Ex. radiologic - făcut în ortostatism, ne pune în evidență prezența pseudoperitonitului.

Sintetizând putem spune că diagnosticul prezumtiv clinic de perforație ulcerosă se sprijină pe caracterul durerii, semnele de peritonită și antecedentele ulcerose, iar

confirmarea este făcută prin dispariția matității hepatice, percucie abdominală pozitivă și în pseudoperitonit evidențiat radiologic.

23.2.2.2.4. Tragaime diferențiale. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu toate procesele digestive și extradiigestive care pot genera sau simula un abdomen acut.

În localități micocarbice postero-intestinale poate simula o perforație ulcerosă, dar examenul RKG, ex. radiologic, examenul clinic, percucia abdominală ne simulează.

c) Unele afecțiuni care produc simptome de abdomen acut - colecistita acută, pancreatita acută, icterul intestinal, apendicita acută, infarct de mezentrie, peritonita dintr-un alt cauză etc.

23.2.2.2.5. Tratamentele. Tratatamentul perforației ulcerose este strict chirurgical.

El constă în primul rând asigurarea perforației, surdă a peritonitei, înlocuirea a cavității peritoneale și drenajul ei.

Tratamentul este variat și depinde de starea generală a bolnavului, momentul prezentei în serviciul de chirurgie, dar și de posibilitățile de dotare ale acestuia.

Dacă starea generală este foarte alterată, destinația tehnică precară, se va putea realiza numai perforației, sau excizia ulcerului și perforației, sutura, închiderea cavității.

În condițiile în care starea generală a bolnavului este bună și ne aflăm într-un serviciu chirurgical bine dotat - se va proceda la rezecția gastrică cu ridicarea leziunii ulcerosă, sau la rezecția cu boltonectomie și refacerea continuității digestive.

Tratamentul cu închiderea la cavități peritoneale și drenaj, antibioterapie (fig. 180 A și B).



Fig. 180 - Rezecția transpilorică digestivă. A: Anatomia normală. B: Anatomia post-rezecție.

În situația în care intervenția chirurgicală nu se poate face din diferite motive - bolnav sau starea generală a bolnavului nu permite o intervenție, se va putea încerca, cu

fiocul foarte mare, aerul din gâtul conținut cu apă nazală, respirația
ambuscopie. Prin aceasta se ameliorează închiderea peritonei prin aerul în
orga vecin, favorizând de vezicula stomacului.

23.2.2.3. Colecistita acută

Colecistita acută reprezintă inflamația acută a peretelui vezicular, corelată în marea majoritate a cazurilor cu un obstacol infundibilulocic, menținută clinic pe o perioadă de timp și a semnelor infecțioase.

Pe măsura prelungirii duratei de viață, colecistita acută devine mai frecventă la doamnele mari avansate: 50-70 ani.

23.2.2.3.1. *Etiopatogenie și anatomie patologică.* Este o afecțiune de tip obstructiv inflamator a colecistului, determinată de astuparea canalului cistic de către calcul (fig. 181).

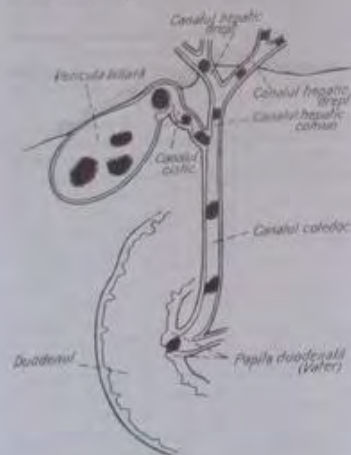


Fig. 1B1 - Localitățile culeșilor a căror bilaj este extrapolar

Bila este un foarte bun mediu de cultură și se cunoaște de așezenea că în veci biliară, ca în tot arborele digestiv de altfel, există numeroși germeni, în caz de obstrucție a canalului biliar și de stagnare a bilei, acești germeni nu se mai evacuează normal, la plus, ei găsesc un excelent mediu de cultură - bila - pentru a se înmulți. Procesul inflamator interesează mucoasa și peretele colecistului, pe care le inflamează într-un

... în cazul în care nu este posibil să se realizeze o intervenție chirurgicală, se poate realiza o intervenție medicală, care constă în administrarea de antibiotice și de analgetice, în vederea ameliorării durerii și a stării generale a pacientului.

Explozele continut in vecinarea: marele episcopat, Icaud, Homsul sau Aodab.
Explozele continut in vecinarea: marele episcopat, Icaud, Homsul sau Aodab.

23.223.2 Simphonariologia:

[illegible]

la formarea unei formațiuni tumorale în hipocandrul drept. De cele mai multe ori, în cazul unei colecistite acute se poate simți în hipocandrul drept senzația bătărilor mult mai mari, în caz de peritonită acută plastică - localizată - o formațiune mult mai mare, durată colecistului acoperă de organele din jur (plăton colectic).

3) Anamneza multă vreme este de obicei discretă, dar prezintă:

- a) Contracția musculară apare numai în cazul când colecistul a perforat sau cel puțin se îngroașă;
- b) Contracția musculară a sfericelor, a mureazelor și a tegumentelor; O ușoară

[illegible]

Fi Frământ este insori discret, aliori extrem de violent și umai de transpiraji
mădure și stăte generală alterată, de durată mai lungă sau mai scurtă. El denotă
simptomele sînge de produse toxice și microbiene de la nivelul focarului infecțios. În
caz de lășion sistematică medicală trebuie să reculețe sîngo pentru hemocultură și
antigenic, să deosebiți de important, deoarece el poate arăta care este germinal ce
se dezvoltă în procesul faputării colective și la ce antibiotic este acesta sensibil.

g) Tensiunea arterială este în general în limite normale sau ușor scăzută.

la *Pulsul*, concordant cu temperatura, este în general ușor mare ca frecvență, cuprinsă între 100 - 120 bătăi pe minut în cazurile în care colecistita acută evoluează spre sepsis.

a) *Temperatura* este de obicei concordantă cu intensitatea procesului inflamator. Dacă este foarte crescută și cu oscilații mari de tip septic, indică necesitatea intervenției chirurgicale de mare urgență.

23.2.2.3. Examenul peritoneal

a) *Examenul de laborator*. Bolnavii cu colecistită acută au o leucocitoză crescută, care de cele mai multe ori este în concordanță cu intensitatea procesului inflamator, puțin depășind în unele cazuri 15 000 - 20 000 leucocite pe mm³. Dacă există o retenție de bila prin spasm al sfincterului Oddi sau obstacol cirocristic pe traiul bilei, canalele hepatice sau pe colodoc, atunci se descoperă în sânge o *bilirubinemie* crescută, în urină urobilinogen și urări biliare. Dacă se supraadună și o leziune a celulei hepatice, găsim transaminazele (TGO, TGP), fosfataza alcalină, probele hepatice de dispoziție (Thymol, Takata-Ara) crescute. Întrucât adeseori apare și o participare patologică a funcției pancreasului, amilazemia și amilazuria sunt crescute.

b) *Examenul radiologic*. În plan purtător acut nu este indicat să se facă examen radiologic. Când fenomenele acute au diminuat, în caz că obstacolul pe canalul cistic persistă, examenul radiologic va arăta "un colecist exclus" adică un colecist care nu se va opacifica cu substanța de contrast, deoarece bila secretată de ficat și înclădită cu substanța de contrast nu intră în colecist din cauza obstacolului existent pe canalul cistic și care scurge, din punct de vedere funcțional, colecistul din arborele bilor extrahepatice.

c) *Examenul ecografic* poate arăta prezența de calculi și își găsește mare utilitate în diagnosticarea afecțiunii în acest stadiu.

23.2.2.3.4. *Evoluție și complicații*. Bolnavii suferinzi de colecistită acută trebuie neapărat să fie spitalizați și operați, întrucât un colecist acut poate perfora și poate determina o peritonită generalizată, afecțiune extrem de gravă, ce se soldază adeseori cu moartea bolnavului. Pot să apară și alte complicații: pancreatită acută, icter prin spasm al căilor biliare sau tulburări ale funcției hepatice. Dacă nu s-a produs o peritonită generalizată, este posibil să apară o peritonită acută localizată, care de multe ori evoluează spre izolarea procesului acut și liniștea sa. Uneori însă, procesul supurativ continuă să se dezvolte sub această peritonită localizată și apar *abcesi locale*, cu răsunet important asupra stării generale a bolnavului.

Există și cazuri rare, dar posibile, în care după o primă perioadă de remisie biliară în vezică, din cauza obstrucției canalului cistic de către un calcul, bila reține totuși să se evacueze - cel puțin parțial - pe lângă acest calcul și distensia vezicii crește. Drept urmare, totul intră aproape în normal, până la o nouă obstrucție de către calcul a canalului cistic, când se declanșează un nou puseu de colecistită acută.

23.2.2.3.5. *Tratament*. Atitudinea cea mai corectă în caz de colecistită acută este intervenția chirurgicală de urgență, care constă în extirparea colecistului. Se execută deci o colecistectomie intraoperator, controlându-se și celelalte căi biliare extrahepatice.

În cazul când bolnavul este depășit după un timp îndelungat de la debutul bolii, mai s-a întâlnit o peritonită plastică localizată, atunci este recomandată să se realizeze intervenția chirurgicală și să se aștepte ca procesul să se "extindă". Dacă evoluția este de evoluție nefavorabilă, este necesar să se intervină de urgență și să se facă o incizie de caz și operație minimă - o colecistectomie. Postoperator se va face o îngrijire de caz și se va realiza o colecistectomie radicală. Dacă evoluția este indicată, o operație radicală - colecistectomie. Postoperator se va face o îngrijire de caz și se va realiza o colecistectomie radicală. Dacă evoluția este indicată, o operație radicală - colecistectomie. Postoperator se va face o îngrijire de caz și se va realiza o colecistectomie radicală.

În cazul când bolnavul este depășit după un timp îndelungat de la debutul bolii, mai s-a întâlnit o peritonită plastică localizată, atunci este recomandată să se realizeze intervenția chirurgicală și să se aștepte ca procesul să se "extindă". Dacă evoluția este de evoluție nefavorabilă, este necesar să se intervină de urgență și să se facă o incizie de caz și operație minimă - o colecistectomie. Postoperator se va face o îngrijire de caz și se va realiza o colecistectomie radicală. Dacă evoluția este indicată, o operație radicală - colecistectomie. Postoperator se va face o îngrijire de caz și se va realiza o colecistectomie radicală.

Atenția se va îndrepta asupra următoarelor aspecte: la nevoie medicație analgezică și sedativă, la nevoie medicație antispasmodică și antitumoră, la nevoie medicație antitumoră și antitumoră.

23.2.2.4. Ocluzia intestinală

Prin ocluzie intestinală se înțelege oprirea completă și persistentă a tranzitului intestinal și, în consecință, imposibilitatea evacuarii de materii fecale și gaze.

Ocluzia intestinală poate fi de două tipuri:

a) *mechanică*, atunci când este determinată de un obstacol care obstruează complet sau parțial lumenul intestinului.

b) *funcțională (dinamică)*, atunci când imposibilitatea de înaintare a conținutului intestinal se datorează unei tulburări în funcționarea (dinamica) normală a peristaltismului intestinal. Această tulburare funcțională poate fi spastică sau, din punct de vedere etiologic, parietică.

În cazul unei ocluzii mecanice, bolnavul nu poate fi vindecat decât printr-o intervenție chirurgicală care va ridica obstacolul și va permite din nou circulația normală a conținutului intestinal.

În cazul unei ocluzii funcționale, singurul tratament indicat este tratamentul medicamentos, care suprimă spasmul sau permite reluarea mișcărilor peristaltice normale prin înțeparea mușchilor intestinali.

În cazul unei intervenții chirurgicale pentru ridicarea obstacolului în caz de ocluzie mecanică este periculoasă, pentru că agravează sindromul ocluziv și starea în care se găsește intestinul la locul obstacolului. În schimb, deschiderea chirurgicală a abdomenului în cazul unei ocluzii funcționale este și ea foarte periculoasă, pentru că, întrucât intervenția pe abdomen are dezavantajul unei reduceri a peristaltismului intestinal, care adăugată la o putere existentă, poate determina ireversibilitatea sindromului ocluziv și, deci, moartea bolnavului. De aceea este foarte important de reținut că la un

Indicați cu simboluri de acțiune intențiile care trebuie realizate urmându-vă
determinările a sechies, pentru că într-un fel se va realiza în cazul unei
operații și va avea alfel se va prezenta în cazul acțiunii fuzionale

2A.3.2.4.1. Pharmacokinetics of heparin

■ *Ch. 10* *Ch. 11* *Ch. 12* *Ch. 13* *Ch. 14* *Ch. 15* *Ch. 16* *Ch. 17* *Ch. 18* *Ch. 19* *Ch. 20* *Ch. 21* *Ch. 22* *Ch. 23* *Ch. 24* *Ch. 25* *Ch. 26* *Ch. 27* *Ch. 28* *Ch. 29* *Ch. 30* *Ch. 31* *Ch. 32* *Ch. 33* *Ch. 34* *Ch. 35* *Ch. 36* *Ch. 37* *Ch. 38* *Ch. 39* *Ch. 40* *Ch. 41* *Ch. 42* *Ch. 43* *Ch. 44* *Ch. 45* *Ch. 46* *Ch. 47* *Ch. 48* *Ch. 49* *Ch. 50* *Ch. 51* *Ch. 52* *Ch. 53* *Ch. 54* *Ch. 55* *Ch. 56* *Ch. 57* *Ch. 58* *Ch. 59* *Ch. 60* *Ch. 61* *Ch. 62* *Ch. 63* *Ch. 64* *Ch. 65* *Ch. 66* *Ch. 67* *Ch. 68* *Ch. 69* *Ch. 70* *Ch. 71* *Ch. 72* *Ch. 73* *Ch. 74* *Ch. 75* *Ch. 76* *Ch. 77* *Ch. 78* *Ch. 79* *Ch. 80* *Ch. 81* *Ch. 82* *Ch. 83* *Ch. 84* *Ch. 85* *Ch. 86* *Ch. 87* *Ch. 88* *Ch. 89* *Ch. 90* *Ch. 91* *Ch. 92* *Ch. 93* *Ch. 94* *Ch. 95* *Ch. 96* *Ch. 97* *Ch. 98* *Ch. 99* *Ch. 100* *Ch. 101* *Ch. 102* *Ch. 103* *Ch. 104* *Ch. 105* *Ch. 106* *Ch. 107* *Ch. 108* *Ch. 109* *Ch. 110* *Ch. 111* *Ch. 112* *Ch. 113* *Ch. 114* *Ch. 115* *Ch. 116* *Ch. 117* *Ch. 118* *Ch. 119* *Ch. 120* *Ch. 121* *Ch. 122* *Ch. 123* *Ch. 124* *Ch. 125* *Ch. 126* *Ch. 127* *Ch. 128* *Ch. 129* *Ch. 130* *Ch. 131* *Ch. 132* *Ch. 133* *Ch. 134* *Ch. 135* *Ch. 136* *Ch. 137* *Ch. 138* *Ch. 139* *Ch. 140* *Ch. 141* *Ch. 142* *Ch. 143* *Ch. 144* *Ch. 145* *Ch. 146* *Ch. 147* *Ch. 148* *Ch. 149* *Ch. 150* *Ch. 151* *Ch. 152* *Ch. 153* *Ch. 154* *Ch. 155* *Ch. 156* *Ch. 157* *Ch. 158* *Ch. 159* *Ch. 160* *Ch. 161* *Ch. 162* *Ch. 163* *Ch. 164* *Ch. 165* *Ch. 166* *Ch. 167* *Ch. 168* *Ch. 169* *Ch. 170* *Ch. 171* *Ch. 172* *Ch. 173* *Ch. 174* *Ch. 175* *Ch. 176* *Ch. 177* *Ch. 178* *Ch. 179* *Ch. 180* *Ch. 181* *Ch. 182* *Ch. 183* *Ch. 184* *Ch. 185* *Ch. 186* *Ch. 187* *Ch. 188* *Ch. 189* *Ch. 190* *Ch. 191* *Ch. 192* *Ch. 193* *Ch. 194* *Ch. 195* *Ch. 196* *Ch. 197* *Ch. 198* *Ch. 199* *Ch. 200* *Ch. 201* *Ch. 202* *Ch. 203* *Ch. 204* *Ch. 205* *Ch. 206* *Ch. 207* *Ch. 208* *Ch. 209* *Ch. 210* *Ch. 211* *Ch. 212* *Ch. 213* *Ch. 214* *Ch. 215* *Ch. 216* *Ch. 217* *Ch. 218* *Ch. 219* *Ch. 220* *Ch. 221* *Ch. 222* *Ch. 223* *Ch. 224* *Ch. 225* *Ch. 226* *Ch. 227* *Ch. 228* *Ch. 229* *Ch. 230* *Ch. 231* *Ch. 232* *Ch. 233* *Ch. 234* *Ch. 235* *Ch. 236* *Ch. 237* *Ch. 238* *Ch. 239* *Ch. 240* *Ch. 241* *Ch. 242* *Ch. 243* *Ch. 244* *Ch. 245* *Ch. 246* *Ch. 247* *Ch. 248* *Ch. 249* *Ch. 250* *Ch. 251* *Ch. 252* *Ch. 253* *Ch. 254* *Ch. 255* *Ch. 256* *Ch. 257* *Ch. 258* *Ch. 259* *Ch. 260* *Ch. 261* *Ch. 262* *Ch. 263* *Ch. 264* *Ch. 265* *Ch. 266* *Ch. 267* *Ch. 268* *Ch. 269* *Ch. 270* *Ch. 271* *Ch. 272* *Ch. 273* *Ch. 274* *Ch. 275* *Ch. 276* *Ch. 277* *Ch. 278* *Ch. 279* *Ch. 280* *Ch. 281* *Ch. 282* *Ch. 283* *Ch. 284* *Ch. 285* *Ch. 286* *Ch. 287* *Ch. 288* *Ch. 289* *Ch. 290* *Ch. 291* *Ch. 292* *Ch. 293* *Ch. 294* *Ch. 295* *Ch. 296* *Ch. 297* *Ch. 298* *Ch. 299* *Ch. 300* *Ch. 301* *Ch. 302* *Ch. 303* *Ch. 304* *Ch. 305* *Ch. 306* *Ch. 307* *Ch. 308* *Ch. 309* *Ch. 310* *Ch. 311* *Ch. 312* *Ch. 313* *Ch. 314* *Ch. 315* *Ch. 316* *Ch. 317* *Ch. 318* *Ch. 319* *Ch. 320* *Ch. 321* *Ch. 322* *Ch. 323* *Ch. 324* *Ch. 325* *Ch. 326* *Ch. 327* *Ch. 328* *Ch. 329* *Ch. 330* *Ch. 331* *Ch. 332* *Ch. 333* *Ch. 334* *Ch. 335* *Ch. 336* *Ch. 337* *Ch. 338* *Ch. 339* *Ch. 340* *Ch. 341* *Ch. 342* *Ch. 343* *Ch. 344* *Ch. 345* *Ch. 346* *Ch. 347* *Ch. 348* *Ch. 349* *Ch. 350* *Ch. 351* *Ch. 352* *Ch. 353* *Ch. 354* *Ch. 355* *Ch. 356* *Ch. 357* *Ch. 3*

- *Chloroceryle americana* (occasional in intertidal intertidal areas)

a) o jumătate de secol mai multe ori de natură materială, și care se desprind
obicei spontan: pleacă dintr-o dată și se desprind dintr-o dată.

[illegible]

c) un proces tuberculos, con la lesión de cuantías estructural por el virus funcional intestinal.

4) *integrare* este o funcție care, dată fiind o funcție f integrabilă pe un interval $[a, b]$, produce o funcție F care este o primitivă a lui f pe $[a, b]$. Aceasta înseamnă că:

c) frecvențele, care sunt formate din sunete locale descrete, înalte, înalte-mijlocii (aproximativ de a lungii cîntecului, de obicei în amplitudine rectilini și, uneori, în general înaltă la început, capetele, persoane cu influențe neurologice sau sigle înalte, înalte-mijlocii de vocalizări intermediare).

De multe ori tumora, corpul dîrilor, localizată, chiar cînd nu sînt încă de su-
ficienți să obstruiască tot lumenul intestinal, provoacă stăruitor iritații de la de-
pauză. Contractia spastică este urmată de cele, care relaxează lumenul intes-
tinal transformînd un obstacol incomplet într-un obstacol complet, pentru a cărei vinde-
care necesară devine intervenția chirurgicală.

- *Observe carefully the other symptoms*

a) *Tridactylus* de *reformație* (turnat) - una procey afilantă și plină de conștiință, care este în stare să se adapteze la viața în societate. Acesta este un individ care a fost în stare să se adapteze la viața în societate și să se integreze în ea. Acesta este un individ care a fost în stare să se adapteze la viața în societate și să se integreze în ea.

h) un iel de cireșe sau de berze, în care sînt o mîie mîie și o
caracteristică aici. Este o mîie sîmbilă cu cea descrisă anterior. Apoi mîie
apropiat mîie crește mult în volum, ielul devine mult prea mic față de volumul
seacă mîie strîngută de iel;

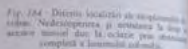
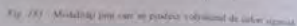
c) *procese inflamatorii*, care aglomerează și strâng celulele inflamatorii în alveole, înrăutățind astfel și mai mult situația; în unele cazuri, înrăutățirea este atât de mare încât se poate ajunge la insuficiență respiratorie acută.

[illegible][illegible]

Fig. 14] - Forme diferite de schist marmură a intruziei subterană

- Octahydronaphthalene

■ **Ocluzii funcționale**
Ocluziile funcționale de timp îndelungat sunt rare și de obicei se asociază, sau
bucă, cu ocluzii, după dispariția cauzei care le-a declanșat. Ele au ca substrat stimuli
psihici intensități de cauze variate. Cauzarea etiologică acestor tip de ocluzie este foarte
importantă, pentru că de stabilirea corectă a diagnosticului depinde atitudinea
terapeutică și, implicit, evoluția ulterioară a bolnavului.



c) Externații care se transmit de la distanță pe cale aerioasă, cu urmare a unor boli renale, biliare, apendiculare, a unui chist de ovar torsional, a unei crize galbene

10040 LAMBERT, UK; 10041 5000 GARDENWAY, NY.

[illegible]

important de căutat pentru că ajută de multe ori diagnosticul etiologic.

c) *Meiosisma abdominal*. Datorită stagnării conținutului intestinal, se constată o ermetizare, motiv pentru care intestinalele conțin pe lângă lichid abundent și mase apice care creează o distensie deosebit de mare accentuată a peretelui abdominal, conținut la inspecția abdominală (mai ales la bolnavii slabi).

c) **Vărsăturile.** În ocluziile intestinale pot apărea vărsături chiar în momentul instalării ocluziei, datorită reflexelor nervoase puse în mișcare de la nivelul ocluziei. Este vorba de vărsături de conținut de stomac, parțial, în ocluziile mai vechi și de vărsături de conținut de duoden, în ocluziile mai recente.

f) **Alte semne de ocluzie.** În afara semnelor menționate mai sus, o mastică ocluzivă poate să mai aibă și alte semne, fie pe perioada ocluzivă, fie în perioada de instalare a ocluziei.

...a avea în succedente perioade de creștere, dar înaintea
...a avea în succedente perioade de creștere, dar înaintea

...crescând mult în volum, înalte câmpuri. ...
...periclită ale petrechii abdonului. La bănușii cu periclită subțire,
...periclită ale petrechii abdonului. La bănușii cu periclită subțire, fapt care relevă mijloci

...determinată de anele aglomerate în procesul ocuziv.

o hernie abdominală. În cazul oricărei bolnav cu sindrom ocular, o hernie abdominală este o hernie în care s-a introdus o anse intestinală, care

... la nivelul radiologic de niveluri hidroderice - în

stare de agitație a bolnavului, starea generală și activitatea
sunt, de obicei, starea de agitație a bolnavului; mai ales în ociziile pe intestina
și în primele zile de la începutul ociziei; mai ales în ociziile pe intestina

folosirea unor mijlocuri terapeutice energice, la o stare de șoc grav, ireversibil. Este de

Examen de laborator: Examenle de laborator relevă, în funcție de gravitatea

menstrual amnat și în cavitatea peritoneală. În același fel - nu ca fenomen inflamator

... ..

21.2.2.4.4. **Tratamentul.** *Tratamentul ocuziei mecanice este chirurgical și alături de funcționale, medicamentos.*

■ **Tratamentul ocuziei mecanice care, preoperator, intraperator, postoperator.** Vom aminti mai ales amper peșoni și a celor de a 3-a categorii de tratament, deși sunt în abrogare directe ale cadrelor medicale.

♦ **Tratamentul preoperator.** Prima acțiune este punerea bolnavului în cele mai bune condiții pentru a fi operat. Dacă ocuzia s-a instalat de foarte scurt timp, tratamentul constă dintr-o medicație sedativă de deconectare, într-o aspirație gastrică și o eloncare peșonilor de sub ocuzie al intestinului.

În caz că ocuzia este de mai multă vreme, stomacul și anele de digestie obstrucționale sunt pline de lichid, motiv pentru care se va evacua lichidul cu ajutorul unei sonde de aspirație gastrică, cu care ocuzia se va constata de multe ori că lichidul are aspectul bilor sau chiar localizat pentru că provine din jejun sau ileon. În astfel de situații este foarte indicată introducerea unei sonde tip Miller-Abbott, care dispune de un balonș și care poate fi introdusă până departe în jejun, ceea ce favorizează absorbția lichidului de stază și astfel dezinfectarea și reechilibrarea, creșterea condiției bune pentru intervenția chirurgicală.

Aspirația gastrică sau cea intestinală făcută cu sonda intraintestinală se dovedește și mai necesară atunci când, din anumite motive, nu se poate interveni imediat, sau dacă bolnavul ajunge într-un dispensar de circumscripție sau într-un spital rural și nu poate fi transportat imediat la un spital pentru intervenție chirurgicală.

În funcție de cantitatea de lichide aspirate, de prezența de lichide, electrolizii și proteine pierdute, se face reechilibrarea bolnavului cu lichide și elemente de solubilizare până la îmbunătățirea cel puțin parțială a stării generale a acestuia și reînnoțirea lui cu cifre aproape normale a constantelor umorale. Fără îndoială că prin acest tratament nu se va putea remedia cauza bolii și reface complexul constantelor umorale; de aceea se aplică tratamentul numai atât cât este necesar pentru ca bolnavul să poată fi operat în condiții cât mai bune. *Nu trebuie uitat că în timp ce se face tratamentul de reechilibrare umorală, procesul obstructiv local determinat de obstacol evoluează și este posibil să se producă o necroză de ansă intestinală și, prin aceasta, o peritonită, care agravează mult prognosticul bolnavului.* Postoperator se continuă tratamentul de reechilibrare hemodinamică și de refacere a stării generale, așa cum s-a arătat mai sus, până la stingerea constantelor normale, îmbunătățirea stării generale și refacerea vazăului intestinal.

■ **Tratamentul operator.** Înlăturarea obstacolului se face în funcție de natura lui. În caz că este vorba de o răsură a intestinului (volvulare), el va fi deslăsat. Căutarea secțiunii bride sau corecta rețracție de mezo, se va realiza prin hidră sau corectă rețracție de mezo. Dacă ocuzia se datorează unei strânguții de ansă prin hidră circulară, sau angajării intestinului într-un inel herniar, se secționează brida sau inelul herniar strangulant (kelotomic), făcându-se, în cazul herniei, și cuta aceasta.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

21.2.2.5. **Tratamentul ocuziei mecanice care, preoperator, intraperator, postoperator.** Vom aminti mai ales amper peșoni și a celor de a 3-a categorii de tratament, deși sunt în abrogare directe ale cadrelor medicale.

■ **Tratamentul ocuziei mecanice care, preoperator, intraperator, postoperator.** Vom aminti mai ales amper peșoni și a celor de a 3-a categorii de tratament, deși sunt în abrogare directe ale cadrelor medicale.

♦ **Tratamentul preoperator.** Prima acțiune este punerea bolnavului în cele mai bune condiții pentru a fi operat. Dacă ocuzia s-a instalat de foarte scurt timp, tratamentul constă dintr-o medicație sedativă de deconectare, într-o aspirație gastrică și o eloncare peșonilor de sub ocuzie al intestinului.

În caz că ocuzia este de mai multă vreme, stomacul și anele de digestie obstrucționale sunt pline de lichid, motiv pentru care se va evacua lichidul cu ajutorul unei sonde de aspirație gastrică, cu care ocuzia se va constata de multe ori că lichidul are aspectul bilor sau chiar localizat pentru că provine din jejun sau ileon. În astfel de situații este foarte indicată introducerea unei sonde tip Miller-Abbott, care dispune de un balonș și care poate fi introdusă până departe în jejun, ceea ce favorizează absorbția lichidului de stază și astfel dezinfectarea și reechilibrarea, creșterea condiției bune pentru intervenția chirurgicală.

Aspirația gastrică sau cea intestinală făcută cu sonda intraintestinală se dovedește și mai necesară atunci când, din anumite motive, nu se poate interveni imediat, sau dacă bolnavul ajunge într-un dispensar de circumscripție sau într-un spital rural și nu poate fi transportat imediat la un spital pentru intervenție chirurgicală.

În funcție de cantitatea de lichide aspirate, de prezența de lichide, electrolizii și proteine pierdute, se face reechilibrarea bolnavului cu lichide și elemente de solubilizare până la îmbunătățirea cel puțin parțială a stării generale a acestuia și reînnoțirea lui cu cifre aproape normale a constantelor umorale. Fără îndoială că prin acest tratament nu se va putea remedia cauza bolii și reface complexul constantelor umorale; de aceea se aplică tratamentul numai atât cât este necesar pentru ca bolnavul să poată fi operat în condiții cât mai bune. *Nu trebuie uitat că în timp ce se face tratamentul de reechilibrare umorală, procesul obstructiv local determinat de obstacol evoluează și este posibil să se producă o necroză de ansă intestinală și, prin aceasta, o peritonită, care agravează mult prognosticul bolnavului.* Postoperator se continuă tratamentul de reechilibrare hemodinamică și de refacere a stării generale, așa cum s-a arătat mai sus, până la stingerea constantelor normale, îmbunătățirea stării generale și refacerea vazăului intestinal.

■ **Tratamentul operator.** Înlăturarea obstacolului se face în funcție de natura lui. În caz că este vorba de o răsură a intestinului (volvulare), el va fi deslăsat. Căutarea secțiunii bride sau corecta rețracție de mezo, se va realiza prin hidră sau corectă rețracție de mezo. Dacă ocuzia se datorează unei strânguții de ansă prin hidră circulară, sau angajării intestinului într-un inel herniar, se secționează brida sau inelul herniar strangulant (kelotomic), făcându-se, în cazul herniei, și cuta aceasta.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

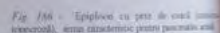
Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.

Dacă este vorba de un obstacol în lumenul intestinului, determinat de un corp străin, se extrage prin incizia intestinului corpul străin (după care se resurcizează intestinul). În cazul unei tumori, se extirpă porțiunea de intestin care conține tumora și se resurcizează capetele rămase ale intestinului. La fel se procedează dacă, dintr-un motiv oarecare, vitalitatea intestinului la nivelul ocuziei este compromisă.



procesul de autodigestie), pancreasul crește mult în volum. În cazul în care hemoragia este mare și capsula nu poate rezista volumului hematomului și se rupe, lichidul hemoragic se revarsă în peritoneu; acest lichid este foarte iritant;

... la prima mormonă, este o formă gravă, care se termină adeseori cu moartea
... la mormonă, este o formă gravă, care se termină adeseori cu moartea
... la mormonă, este o formă gravă, care se termină adeseori cu moartea

... sunt pe care determină de lipirea mecanică, acțiunea pe care o fac pe ...
... din epiglott și pericard. Au format
... în singe, motiv pentru care în această boală corp
... în unită, *influenza*

3.2.2.3. Symptomatologie

9.11.11. *Amphioxus* (amphioxus) este un animal maritim, care trăiește în zona de coastă, în apropierea fundului. Este un animal mic, cu o lungime de până la 10 cm. Are o formă alungită, cu o capă largă și o coadă îngustă. Este un animal foarte sensibil la schimbările de temperatură și la contaminarea mediului.

Corpul și statură. Simptome comune tuturor stărilor peritoneale sau afecțiunilor
mădă de organe digestive, ele sunt prezente și în puerariu acut, vârstă în care
simptomele sunt deosebite, bilioase.

Intoleranța alimentară este un simptom constant. Starea intestinală face chiar ca la unele cazuri să se remarce unecor nivelul hidrururice similară cu cele din octazia intestinală, ceea ce pune de multe ori probleme dificile pentru un diagnostic exact și o atitudine terapeutică corectă.

Deoarece în apneea meteoarenială, apar oprirea scuturilor și a emilierii de gaze, care pot fi confundate cu sindromul pancreatic cu ocluzia intestinală (ileus dinamic).

În fațea generală este relativ bună sau ușor alterată în procesele edematoase. În procesele acute hemoragice sau necrotice starea generală este grav alterată - polipi rapid morți, mănăstirea interală deodată. Este o adevărată stare de joc - de colaps, care uneori are grai de interpretare sau poate fi interpretată ca o afecțiune de altă natură, hemoragie sau afecțiune interală sau infarct cardiac.

Temperatura este normală sau ușor ridicată în formele edematoase; ea este ridicată, în schimb în formele necrotice cu supurație în loja pancreatică.

[illegible]

23.2.2.6.1. Peritonita acută localizată. Este acea formă în care mijloacele de apărare existente în cavitatea abdominală reușesc să localizeze procesul infecțios în regiunea în care el a apărut. Exemple în acest sens sunt: peritonita localizată de origine apendiculară (demonstrată clinic și prin RMN sau bloc apendicular), peritonita localizată de origine colecistică (demonstrată clinic), peritonita localizată din regiunea pelviană (pelvipertonita). De obicei, toate aceste peritonite localizate au tendință de vindecare dacă aplicăm un tratament medical și igienic dietetic relativ simplu: repaus la pat, regim alimentar, antibioticoterapie. Afecțiunea este determinată de peritonita acută localizată (apendicită acută, colecistită acută) secundară, de cele mai multe ori, și o intervenție chirurgicală prin care se elimină apendicele sau colecistul. Această intervenție se face în primele 2-3 zile de la constituirea plastronului. Dacă nu s-a putut opera în primele 2-3 zile, este recomandabil să se facă tratament medical, iar operația de urgență să se efectueze mai târziu, "la rece". Bolnavul se puntește înapoi și, în caz de evoluție nefavorabilă (tendință de abscedare), se evacuează abscesul, se drenează etc.

23.2.2.6.2. Peritonite acute difuze. Peritonitele acute difuze, de cele mai multe ori mai secundare unor leziuni abdominale și numai excepțional pot fi primare.

• Etiopatogenie

♦ Peritonita acută difuză secundară este determinată de pătrunderea germenilor patogeni pe mai multe căi:

a) Prin perforarea unui organ cavitat, datorită unui proces patologic al acestuia (eventualitatea cea mai frecventă). Apare în ulcerul gastric sau duodenal perforat, apendicita acută gangrenoasă perforată, colecistita acută perforată, în ulcerajii și perforații intestinale de diferite cauze, gangrena unei anse intestinale infarctizate sau ocluzionale etc.

b) Prin perforarea unui organ cavitat, datorită unui traumatism abdominal care, deși nu a deschis peretele abdomenului, a distins - mai mult sau mai puțin - peretele unui organ cavitat (stomac, intestin etc.). Acest tip de leziune este cunoscut sub denumirea de traumatism abdominal închis.

c) Prin infectarea peritoneului, datorită unui agent vulnerant (amă albă, glon, acțiș etc.) care deschide peretele abdomenului, lăsând ca peritoneul să fie expus unei infecții cu germeni din afară. În cazul când agentul vulnerant a perforat și un organ cavitat, peritonita se produce și prin revărsarea în cavitatea peritoneală a conținutului septic pe care îl conține organul respectiv. Acest tip de leziune se numește traumatism abdominal deschis.

d) Prin diseminarea germenilor patogeni într-un proces infecțios abdominal - la început localizat și apoi generalizat.

Dintre acestea exemplificăm: apendicita acută localizată, care abscedază și se deschide în cavitatea abdominală; pelvipertonita acută localizată la început, dar care apoi se deschide în cavitatea mare peritoneală.

e) Prin înșămânțarea peritoneului pe cale hematogenă (fixarea germenilor și evoluția lor pe peritoneu la persoane care se află într-o stare septicemică).

f) Pe cale genitală, la femei. Constituția specială a organelor genitale feminine este de așa natură încât face ca vaginul să comunice prin intermediul cavității uterului și al lumenului trompelor cu cavitatea peritoneală și, cu toate că aceste organe intermediare creează bariere

pentru înșămânțarea peritoneului, transmiterea unei infecții din vagin (gonoreea) sau de altă natură la peritoneu. Raritatea poate să apară la orice vârstă dar mai ales în perioada menstruației, când există contacte între vagin și peritoneu. Raritatea poate să apară la orice vârstă dar mai ales în perioada menstruației, când există contacte între vagin și peritoneu. Raritatea poate să apară la orice vârstă dar mai ales în perioada menstruației, când există contacte între vagin și peritoneu.

♦ Peritonita acută primară se întâlnește în special la sugar și la copil, însoțindu-se cu febră, durere pe cale hematogenă sau limfatică, de la focare situate la distanță de abdomen. În acest caz, deși pună în discuție, amputațiile altor peritonei este însoțită de simptomele caracteristice de la amblioză sau de la organe genitale.

Germenii cel mai frecvent întâlniți în peritonita acută difuză primară sunt: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Neisseria*.

Modul în care se dezvoltă peritonita și fenomenele pe care le determină sunt foarte diferite germenii patogeni pătrunși în peritoneu și elementele de apărare ale organismului existente în țesutul reticuloendotelial de pe suprafața peritoneului și a masei de țesut care înconjoară pânza mare care caracterizează peritonita generalizată. Acest lichid are o funcție de protecție, determinând o reacție peritoneală dureroasă și, pe de altă parte, într-o măsură în creșterea, determinând fenomenele toxice caracteristice peritonitei. Dacă nu se face intervenție, germenii se înmulțesc și lichidul peritoneal de reacție se acumulează din ce în ce mai mult în cavitate, putând ajunge la câțiva litri. Germenii patogeni eliberează numeroase

produse care vătămă grav organismul.

Din punct de vedere clinic, toate peritonitele acute au o simptomatologie comună sau sunt foarte asemănătoare.

♦ **Fiziopatologie**

Peritonita acută difuză rezultă din reacția locală a peritoneului și viscerelor abdominale și este însoțită de fenomene determinate de acțiunea agresivă a germenilor, toxinelor și a unor produse

patogene în peritoneu.

a) Factorii de agresiune sunt reprezentați de:

- marea și toxinele microbiene prin virulența, viteza de înșămânțare, puterea

irritantă, sunt mai agresivi germenii anaerobi;

b) produsele biologice pătrunse în peritoneu prin perforație sau sufuziune: suc gastric, urină, bătă conținut intestinal, colic etc.

c) reacțiile peritoneului la factorii de agresiune sunt de tip inflamator manifestate prin: eritem, umflătură însoțită de edem și hiperemie a viscerelor și mezorilor, cu iluzii

peritoneale, umflătură muco-purulentă cu tendință de închistare și în final șoc toxico-septic.

Factorii de gravitate sunt: terenul biologic, cauza peritonitei, virulența și agresivitatea

microbilor, virulența produselor biologice pătrunse în cavitatea peritoneală, timpul scurs de la producerea peritonitei, starea reactivității a organismului și apariția stării de șoc toxico-septic.

♦ **Simptomatologie și diagnostic**

♦ **Semnele locale**

a) Durerea este primul simptom care apare într-o peritonită acută. Local unde apare durerea, însoțită de

modul de difuzare și de evoluție trebuie analizate cu foarte multă

marșie, pentru că durerea care ne poartă de mare folos în vederea stabilirii cauzei determinate și a gravității cazului respectiv.

Dacă cum se știe, abdomenul este împărțit în 9 cadrane (fig. 187).



Fig. 187 - Cele 9 cadrane ale abdomenului: 1. hipocondriul drept; 2. hipocondriul stâng; 3. flancul drept; 4. flancul stâng; 5. regiunea iliacă dreaptă; 6. regiunea iliacă stângă; 7. epigastriu; 8. regiunea ombilicală; 9. hipogastriu. Organele situate în fiecare cadran trebuie avute în permanentă în minte, atunci când se palpează, regiunea respectivă, pentru să se ajungă la precizarea diagnosticului.

Organele situate în spațiile acestor cadrane trebuie bine cunoscute și avute în permanentă în minte atunci când se palpează regiunea respectivă, pentru că aceasta ajută la precizarea diagnosticului. Astfel, o durere extrem de vie în epigastriu, ce apare aproape fără nici un simptom premergător, care în minutele următoare se răspândește și în restul abdomenului, rănduind totuși mai intensă la locul unde a apărut întâi, este caracteristică pentru *ulcerul gastric sau duodenal perforat*.

În acest gen de peritonită, durerea este extrem de vie din cauză că sucii gastric, fiind acid, irită mult mai puternic peritoneul decât o face lichidul care se evacuează din intestinul subțire sau colon, de exemplu, care este alcalin. Durerea inițială este determinată de contactul peritoneului cu lichidul care se revărsă în el. Numai după aceea începe procesul de infectare a peritoneului, producând peritonită generalizată.

Dacă durerea apare inițial în hipocondriul drept și apoi coboară de-a lungul flancului drept și în fosa iliacă dreaptă, generalizându-se după aceea, avem de-a face cu o peritonită prin perforarea unui colecist. O astfel de durere este inițial mult mai puțin intensă, întrucât bila nu este prea iritantă pentru peritoneu, dar starea generală a pacientului se alăturează repede, peritonita biliară fiind recunoscută ca o afecțiune hipertoxică.

O durere care apare în hipocondriul stâng și se răspândește apoi în epigastriu - durere în bară - care mai târziu se generalizează, poate îndreptăți diagnosticul de pancreatită acută hemoragică sau necrotică cu reacție peritoneală.

O durere care se intensifică treptat și permanent, apărută inițial în fosa iliacă dreaptă și care de obicei se generalizează mai târziu, însoțită fiind adeseori de frisoane, grețuri, vărsături și temperatură în jur de 37,6 - 38° C, îndreptățește diagnosticul de apendicită acută perforată cu peritonită generalizată.

Infecția și perforația de diverticul Meckel, malformație diverticulară care se găsește la unele persoane pe una din ultimele anse intestinale, prezintă toate fenomenele de mai sus, cu deosebire că durerea nu apare inițial în fosa iliacă dreaptă, ci într-o altă regiune a abdomenului - de obicei în regiunea ombilicală.

O durere care se instalează insidios îndeva în perimetru intern al abdomenului, apăsător în un bolnav cu febră tifoidă (boală din febrile, foarte rară astăzi), sau cu unele afecțiuni ale intestinului subțire, poate demonstra o perforație a unei anse intestinale. Acesta caracter al durerii poate fi observat și într-o perforație de colon sigmoid, în cazul unei perforații prin tuberculoză a unei anse intestinale sau prin aneurismul (subție sau gros) și este în exteriorul acestuia.

Dacă la un bolnav suspectat de ocluzie intestinală durerea se generalizează brusc și tot abdomenul, poate fi suspectată perforarea anelor angajate în fenomenul ocluziv.

O durere generalizată, care pornește din pelvis - hipogastriu - la o femeie tânără și în abdomenul, poate fi suspectată perforarea anelor angajate în fenomenul ocluziv.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

O durere relativ lungă de durată generalizată prin ruperea unui pialapins.

Durerea, contractura pereților abdominali și apăsarea musculară sunt semne prognostice precoc de peritonite. Ele sunt suficiente pentru punerea diagnosticului de peritonită. Celelalte semne - dintre care vom vorbi mai departe - sunt comune și apar atât foarte mult la stabilirea diagnosticului.

d) **Pneumoperitoneul** este un semn valoros. El atestă că în cavitatea peritoneală există aer introdus prin perforarea unui organ cavitărilor care conține aer (de obicei stomacul). Acest aer se acumulează, atunci când bolnavul stă în picioare, în partea superioară a abdomenului, sub diafragm și se evidențiază prin radiografie ca o zonă transparentă, scribită bine între cupola diafragmatică și ficat (fig. 188).



Fig. 188 - Pneumoperitoneul. Aerul introdus în peritoneu (de cele mai multe ori cu un ac) se acumulează între ficat, stomac și diafragm, pe acesta din urmă ridicându-l mai sus. Imaginea are forma unei lunete. De obicei această imagine apare numai în dreapta, uneori, ca în figura de mai sus, apărând în ambele părți ficat și diafragm, ca și în stânga, între ficat, stomac și diafragm.

e) **Mutitate deplasabilă.** Atunci când în abdomen există o cantitate relativ mare de lichid, se poate pune în evidență acest lichid percutând flancurile bolnavului, în timp ce acesta este așezat - alternativ - în decubit lateral.

f) **Puncția abdominală** trebuie efectuată cu prudență de către medic și cu o tehnică adecvată pentru a nu provoca o leziune de organ. Poate fi uneori o manevră extrem de utilă pentru diagnostic. Prin puncție putem extrage în seringă pură, singură (stabilind diagnosticul de abdomen acut) sau lichid de ascită, ceea ce demonstrează o afecțiune cronică (ciroză hepatică, neoplasm).

g) **Meteorismul abdominal.** O iritație peritoneală poate destinde ansele intestinale determinând meteorismul abdominal (umplerea cu gaze a intestinelor și creșterea la volum a abdomenului). Meteorismul se poate vedea și radiografic.

h) **Retenția de urină.** Vezica urinară este supusă și ea uneori unui proces de iritație musculară, care se poate traduce prin retenția de urină. Bolnavii pot avea uneori și oligurie, dar în cazuri avansate chiar anurie.

i) **Grețurile și vărsăturile** sunt prezente, de cele mai multe ori, în primele ore de debut ale peritonitei, ele reflectând o iritație peritoneală. Grețuri și vărsături apar însă în foarte multe alte afecțiuni abdominale și extraabdominale. Totuși, încadrate într-un "cortegiu simptomatic", împreună cu celelalte simptome descrise mai sus, pot fi unele

semne care pot fi semnificative diagnosticului de peritonită și efectuarea unui diagnostic precis.

• Starea generală

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

Starea generală este generată în cazurile cu hipotensiune a tensiunii de peritonită, starea generală se poate altera din primele ore, cu desigur în scop. O stare generală bună este o semn al peritonitei puține periclitice sau dupendul peritonitei. Ea se poate să apară în timpul peritonitei de către unul dintre foarte multe.

perforații (în ulcerul gastric sau duodenal perforat), colecistomimic cu existența calculului (în cazul unei colecistite acute calculoase), sursa perforației atonice (de ex. cu spălarea amplită a cavității peritoneale, aspirație, drenaj multiplo).

Atunci când sursa generală a bolnavului e suficient de bună se face tratament radical a leziunii cauzale, adică extirparea apendicelui gangrenos perforat, a colecistomimicului, rezecția gastrică sau intestinală, se extirpă pilorospinctul etc. Acțiunea este singura atitudine care dă certitudinea că procesul de peritonită se poate opri în evoluție și că bolnavul se poate vindeca. După aceea se face toaletă și drenaj cavității peritoneale.

Trebuie să arătăm în final că acestor afecțiuni trebuie să li se acorde o deosebită atenție, pentru că de promptitudinea tratamentului depinde salvarea bolnavului respectiv.

Îngrijirile acestor bolnavi intoxicați grav și dezechilibrați hidroelectrolitic prezintă probleme delicate și complexe echipei care îngrijește bolnavul, asistența medicală e foarte permanent lângă bolnav, având un rol determinant în corecta îngrijire a acestuia.

23.2.2.7. Hemoragiile digestive superioare

Prin hemoragie digestivă se înțelege pierderea de sânge la nivelul tubului digestiv de la esofag până la segmentul terminal ano-rectal.

După sediul hemoragiilor, acestea se împart în hemoragii digestive superioare și hemoragii digestive inferioare. Prima grupă cuprinde hemoragiile cuprinse între 1/3 inferioară a esofagului și unghiul duodeno-jejunal, iar cea de a doua în restul tubului digestiv.

23.2.2.7.1. Clasificarea hemoragiilor digestive superioare (H.D.S.). Există mai multe criterii de clasificare; în cele ce urmează voi prezenta clasificarea lor după sediul topografic al sângerării și cauzele ei.

a) Esofag: varice esofagice, esofagită, ulcer esofagian, tumori benigne și maligne, după esofagoscopie, biopsie, dilatație, extragere de corp străin esofagian, diverticuloză esofagiană.

b) Stomac și duodenum: ulcer gastro-duodenal, ulcer de stres, ulcer peptic după rezecție gastrică, medicamente ulcerogene (aspirină, corticoidi, fenilbutazonă, reopidol etc.), gastrite hemoragice, tumori benigne și maligne, traumatisme abdominale, diverticuloză gastrică și duodenală, polipoză, tbc și fues gastric, hernie hiatală.

c) Traumatisme ale căilor bilare - hemobilii.

d) Pancreatita acută.

e) Boli de sânge: policitemia vera, leucemiile, limfomurile maligne, anemia pernicioasă, purpura trombocitopenică, hemofilia A și B, hipoprotrubinemie, fibrinogenopenia, fibrinoliza.

f) Boli vasculare: boala Rendu-Osler, hemangioamele cavernoase, sarcomul Kaposi etc.

g) Boli sistemice: amiloidoză, sarcoidoză, arterita nodosă, uremie, infecții grave (streptococ, pneumococ, malarie, scarlatină, holeră, antrax), insuficiență cardiacă, șocul de diferite etiologii.

Trebuie să precizăm că hemoragiile prin ulcerul gastro-duodenal și cele produse de sursa apendicimimică pot să reprezintă aproximativ 80% din sursa H.D.S.

23.2.2.7.2. Formele de manifestare ale H.D.S. H.D.S. se poate manifesta acut sau cronic prin pierdere întreruptă în timp sau continuă de sânge în urină sau în scaun și cronic prin pierdere întreruptă în timp sau continuă de sânge în urină sau în scaun.

Formele acute ale H.D.S. se exteriorizează prin hematemeză care poate fi cu sau fără sânge în urină sau în scaun. Sursa hemoragiei este abdominală, și sub formă de "caz de ulcer" când sângerile a stăgna în stomac, iar acțiunea acutului este întreruptă în timpul și în forma cronică nu este sângerată clinic, este o pierdere cronică în urină sau în scaun sau prin testul hemoragiei (Adams sau Oregrenski).

23.2.2.7.3. Investigarea clinică și paraclinică a unui bolnav cu H.D.S.

1) Anamneza va preciza dacă există vreo afecțiune gastro-duodenală cunoscută; evoluția unei afecțiuni hemoragice; evoluția afecțiunii medicamentelor care aspirina, corticoidii, antiagreganții etc.; evoluția afecțiunii medicamentelor care aspirina, corticoidii, antiagreganții etc.; evoluția afecțiunii medicamentelor care aspirina, corticoidii, antiagreganții etc.

2) Examenul general va cerceta: aspectul și culoarea tegumentelor; ritmul cardiac, slab bătut; se va studia starea de conștiență și climatismul (o diferență mare între ele arată severitatea hemoragiei); T.A. scade dacă hemoragia continuă - tensiunea maximă sub 100 mmHg arată o hemoragie importantă. Se va întreba bolnavul asupra T.A. anterioare hemoragiei, o scădere mare la hipotensiune arată gravitatea hemoragiei.

3) Examenul local abdominal va cerceta sistematic starea ficatului, splinei, stărilor de hiperdistenție în ortostatism sau în clinostatism.

4) Examenul local abdominal va cerceta sistematic starea ficatului, splinei, stărilor de hiperdistenție în ortostatism sau în clinostatism.

5) Investigările paraclinice în H.D.S. explorarea endoscopică (esogastro-duodenofibroscopia) și tranzitul în H.D.S. este obligatorie, el confirmă sau infirmă existența leziunii.

6) Investigările paraclinice în H.D.S. explorarea endoscopică (esogastro-duodenofibroscopia) și tranzitul în H.D.S. este obligatorie, el confirmă sau infirmă existența leziunii.

7) Investigările paraclinice în H.D.S. explorarea endoscopică (esogastro-duodenofibroscopia) și tranzitul în H.D.S. este obligatorie, el confirmă sau infirmă existența leziunii.

8) Investigările paraclinice în H.D.S. explorarea endoscopică (esogastro-duodenofibroscopia) și tranzitul în H.D.S. este obligatorie, el confirmă sau infirmă existența leziunii.

9) Investigările paraclinice în H.D.S. explorarea endoscopică (esogastro-duodenofibroscopia) și tranzitul în H.D.S. este obligatorie, el confirmă sau infirmă existența leziunii.

chiagului, se potut să scizăm o hemoragie datorată unei diaree hemoragice.
 - Urtica sanguină - este crescută în hemoragiile mari, datorită resorbției sângelui din intestin (sintem extenuantă).
 e) În fața unei H.D.S. trebuie să precizăm:
 - sediul hemoragiei digestive - anamneza, ex. clinic, examenul endoscopic și radiologic reușe să stabilească sediul.
 - cauza hemoragiei digestive - aceiași examene reușe de obicei să precizeze etiologia H.D.S.
 - gravitatea hemoragiei depinde de cantitatea de sânge pierdută și de prezența sau nu a sângerării.

Cantitatea de sânge poate fi apreciată clinic și paraclinic. O hemoragie gravă se traduce prin apariția semnelor de șoc hemoragic.

Pentru aprecierea gravității hemoragiei labilitatea pulsului și a T.A. în funcție de postură sunt semne clinice foarte utile. Alături de aceste semne clinice sunt necesare determinarea hematocritului și Hb, atât pentru aprecierea gravității, cât și pentru conducerea tratamentului.

Redăm după Al. Prîșcu și colaboratori, tabelul privind aprecierea gravității hemoragiei:

Gravitate	Clinic: prin T.A.	Labirator	Cantitatea de sânge pierdută
Mică	Pară modificată clinic	Ht = 35% Hb = 70%	500-750 ml
Moderă	Puls accelerat în jar de 100/min. T.A. tendință de scădere în ortostatism	Ht = 35% Hb 40-60%	1 000-1 500 ml
Mare	Puls > 120/min. hipotensiune	Ht sub 25% Hb 30-40%	peste 1 500 ml
Extremă	Colaps circulator	Ht sub 20% Hb sub 30%	peste 2 000 ml

Persistența sângerării se poate aprecia prin: controlul lichidului de aspirație gastrică, aspectul scaunelor, urmărirea dinamică a pulsului și T.A., urmărirea dinamică a Ht și Hb.

23.2.2.7.4. Diagnostic diferențial. Hematemeza și melena trebuie diferențiate de: hemoptizie sau sîngerare nazală sau faringiană înghițită și eliminată apoi prin vărsături;

- scaun negru în urma ingestiei unor medicamente care conțin bismut, fier, cărbune sau mese bogate în spanac.

În cazul unor hemoragii digestive superioare se poate accelera tranzitul și scaunul ce se elimină să fie cu sânge roșu, nedigerat, punând probleme dificile de diagnostic diferențial cu o hemoragie digestivă inferioară.

23.2.2.7.5. Tratamentul. Tratamentul H.D.S. are două căminative: echilibrarea volumetrică și tratamentul etiologic al hemoragiei.
 Echilibrul cu H.D.S. se vor interna în serviciul de terapie intensivă, unde se va realiza:

a) Reechilibrarea de sânge pentru hemogramă, grup sanguin și Rh.
 b) Reechilibrarea hemodinamică se va face cu transfuzii de sânge integral și în lipsa celui pulsului și T.A., eventual înlocuirea plasmai venoase centrale. În lipsa celui se va începe o perfuzie de substituenți plasmatici pentru a aprecia gravitatea hemoragiei și eventual tratament local cu alcaline și hemostatice (amidonă).
 c) Se va monta o sondă de aspirație naso-gastrică pentru a aprecia gravitatea hemoragiei și eventual tratament local cu alcaline și hemostatice (amidonă).
 d) Măsurarea unei sonde urinare pentru controlul diurezei, care trebuie să fie minimă la 40 ml/oră.
 e) Se va administra medicație hemostatică: vit. K, Ca, venostat, adrenocortizol, diprost etc.

f) Tratamentul etiologic al H.D.S. se va face diferențiat:
 - O hemoragie prin rupătură a varicelor esofagiene se va monta o sondă în hemoragie;
 - în hemoragiile ulceroase se va urmări permanent clinic și paraclinic bolnavul, atât a-a stărilor hemoragice, bolnavul va fi tratat în continuare medicamentos și chirurgical. intervenția se va face când bolnavul este complet reechilibrat; în cazul peritonei hemoragice se va interveni de urgență sub un tratament suportiv de reechilibrare hemodinamică, în vederea opririi hemoragiei.

Se va urmări evacuarea sîngelui din intestin, prin clinice repetate pentru persistența simptomelor posthemoragice și a comei hepatice la bolnavii cirofici.
 În celelalte H.D.S. actul chirurgical se va adapta cauzei hemoragiei: excerpție de antri hepatic, polipi etc.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 23

1. Care din afecțiunile de mai jos nu fac parte din abdomenul acut chirurgical?
 - a. ileus paraliic, colică saturniană, cistită acută;
 - b. apendicită acută, peritonită acută localizată, ocluzie intestinală;
 - c. coleristă acută, ocluzie prin obstrucție, pancreatită acută necrotico-hemoragică;
 - d. pancreatită acută edematoasă, ulcer duodenal în criză, colică enterocolică.
2. Care sunt organele la nivelul cărora se pot produce colici abdominale?
 - a. stomacul, intestinul;
 - b. mezenierul, mezocolonul, mezosigmoidul;
 - c. histerul, uterul, trompa uterină;
 - d. testul, apendice, rinichii.

3. - Ce caracteristică prezintă organele care pot genera colici?
- sunt organe tubulare, prevăzute cu musculatură netedă, involuntară;
 - sunt organe a căror peristaltică normală este puțin dureroasă;
 - sunt organe parenchimatoase;
 - prezintă contracție violentă a unui segment tubular.
4. - Care din fenomenele de mai jos le prezintă colicile abdominale?
- durere paroxistică variabilă în timp;
 - în timpul durerii și după, bolnavul prezintă contracția musculară;
 - bolnavul nclină, caută o poziție analgică;
 - prezintă însoțirea scăderii durerii și tulburări de mișcare.
5. - Care sunt repercusiunile colicii asupra stării generale a bolnavului?
- nu are nici un răsunet asupra stării generale;
 - este însoțită de fenomene stimulate de sistemul nervos simpatic;
 - fațes vultos, hipertermie, hipertensiune, creșterea durerii;
 - paloare, puls slab, vărsături, răceală corporală.
6. - Când apar mai frecvent colicile biliare?
- dimineața pe nemâncate;
 - după amiază;
 - noaptea;
 - după masă bogată în grăsimi sau alimente colecistokinetic.
7. - O durere care apare în hipocondrul drept, ce iradiază în spate, umărul drept, subscapular și în regiunea cervicală este dată de:
- apendicită acută subhepatică;
 - colică biliară;
 - ulcer duodenal în criză dureroasă;
 - colică renală.
8. - Semnul Murphy este pozitiv în:
- pancreatită acută;
 - colică biliară;
 - ulcer duodenal;
 - colecistită acută.
9. - Care din medicamente se pot administra în colica hepatică?
- algocalmin, fortral, baralgin;
 - morfină, mialgin;
 - scobutil, lizadon, papaverină;
 - torocan, emetral.
10. - O durere paroxistică cu sediu lombar, unilateral, cu iradiere către hipogastri, organele genitale și coapsă, este dată de:
- colică saturniană;
 - colica intestinului gros;
 - colică salpingiană;
 - colică renală.
11. - Care din fenomenele de mai jos le întâlnim în colica renală?
- polakiurie cu tenesme vezicale;
 - dispnee;
 - meteorism;
 - roșeață a tegumentelor.

12. - Semnul Giordano este pozitiv în:
- colică acută;
 - colică renală;
 - colică renală;
 - intoxicată acută.
13. - În timpul colicii renale ce cantitate de lichid vom da bolnavului?
- ca în ziua cea mai mult;
 - ca în ziua cea mai puțin dureroasă;
 - ca în ziua cea mai puțin dureroasă;
 - ca în ziua cea mai puțin dureroasă.
14. - Care este deosebiră între colica intestinului în enterită și cea datorită obstrucției?
- în enterită durerea cu caracter colicativ este însoțită de zgârieală intestinală, vărsături;
 - în enterită avem modificări importante ale stării generale, pe când în cea datorită obstrucției starea generală nu se modifică;
 - în colica datorită obstrucției, durerea e produsă de undele peristaltice care pot fi locale sau generale și se exacerbează pe măsură apropierea de obstacol;
 - în colica datorită obstrucției, durerea e produsă de undele peristaltice care pot fi locale sau generale și se exacerbează pe măsură apropierea de obstacol.
15. - Literele giagivale Burion apare în:
- colică intestinală;
 - colică biliară;
 - colică renală;
 - colică saturniană.
16. - În tubus pot apărea:
- colică pulmonară gastrică dureroasă, sub formă de crampe epigastrice și vărsături;
 - colică intestinală însoțită de durere;
 - colică renală, însoțită de tulburări nervoase;
 - semne hematologice specifice.
17. - Obstrucția canalului Wirsung poate da:
- meteorism abdominal accentuat;
 - dureri severe care iradiază în umărul stâng, cu caracter permanent;
 - dureri se accentuează prin ingerarea de alimente;
 - dureri cu caracter paroxistic.
18. - Colica este:
- durere accentuată prin tușe;
 - durere dură, persistentă cu tendință de revenire după un interval variabil;
 - durere cu localizare abdominală sau lombară, bruscă, intensă, cu caracter spastic;
 - durere progresivă, din ce în ce mai greu de suportat, fără vreo localizare anume;
 - durere care nu cedează la analgezice.
19. - O plagă abdominală care interesează pielea, țesutul celular subcutanat, aponevrozele și mușchii, fără a depăși peritoneul este considerată o plagă:
- superficială;
 - penetrantă;
 - profundă;
 - extremă.

- c. nepotențioasă;
d. perforantă.
20. - Care din următoarele afecțiuni pot fi considerate abdomen acut chirurgical:
a. enterocolită acută;
b. infarctul intestinal;
c. perforație ulceroasă;
d. gastrită acută;
e. ocluzie intestinală.
21. - Imediat după producerea unui traumatism abdominal închis, accidentatul poate prezenta:
a. contuzie abdominală cu leziuni parietale;
b. insuficiență renală acută;
c. rupturi ale organelor parenchimatoase;
d. rupturi ale organelor abdominale cavitare.
22. - Contuzia abdominală poate determina moartea în câteva minute după accident prin:
a. leziuni parietale fără afectarea organelor intraabdominale;
b. hemoragie masivă prin rupturi mari ale organelor parenchimatoase și vasculare;
c. peritonită prin perforația unui organ cavitat;
d. hemoragie în doi timpi.
23. - Contuzia abdominală poate determina moartea în câteva zile după accident prin:
a. hemoragie masivă, șoc hemoragic;
b. hemoragie lentă internă;
c. peritonită;
d. hemoragie în doi timpi.
24. - Leziunile parietale abdominale pot fi:
a. echimoze, hematome subcutanate;
b. rupturi de ficat, splină;
c. rupturi ale stomacului, intestinului subțire;
d. hematome subaponevrotice, rupturi musculare.
25. - Cum se produce hemoragia "în doi timpi"?
a. hemoragie intra- sau subcapsulară în primul timp;
b. ruperea capsulei organului respectiv de la început;
c. ruperea capsulei prin creșterea presiunii sângerării intraparenchimatoase și evacuarea sângelui în cavitatea peritoneală;
d. ruperea explozivă a organelor parenchimatoase în urma traumatismului.
26. - Cele mai frecvente hemoragii "în doi timpi" sunt cele ale:
a. splinei;
b. ficatului;
c. rinichiului;
d. pancreasului.
27. - Durerea consecutivă rupturii unui organ cavitat abdominal este mai mare la rupturile de:
a. intestin subțire;
b. stomac;
c. vezică biliară;
d. colon.

28. - Insuflarea matității hepatice la un bolnav cu traumatism abdominal închis ne informează:
a. ruptura de ficat;
b. perforație de stomac;
c. ruptura mezenterică;
d. perforația unei anse intestinale.
29. - Matitatea deplasabilă în flancuri ne arată cu certitudine că este vorba de:
a. ruptura ficatului;
b. ruptura splinei;
c. perforația unui organ cavitat;
d. perforația de lichid (sânge, puroi, bilă, conținut gastric sau intestinal) în cavitatea peritoneală.
30. - În cazul unui traumatism abdominal închis, când se poate la punerea lichidului peritoneal este vorba de:
a. ruptura splinei;
b. ruptura ficatului;
c. perforația produsă prin perforația unui organ cavitat;
d. ruptura peritoneală ca urmare a traumatismului.
31. - Dacă un bolnav nu poate urina și la sondaj nu se găsește urină în vezică, înseamnă că există fie:
a. șoc traumatic;
b. ruptura de vezică urinară;
c. contuzie renală;
d. anurie.
32. - La un bolnav cu traumatism abdominal, ținut sub observație și care dezvoltă sub costuri hemoragic, ce semne vom găsi?
a. puls din ce în ce mai accelerat, prăbușirea T.A.;
b. abdomenul începe să aibă matitate deplasabilă;
c. contractură abdominală;
d. puncta abdominală extrage lichid sanguinolent.
33. - La accidentatul abdominal ținut sub observație se constată că apare o contractură netă, dureri la palparea abdominală și la tușeu rectal sau vaginal, creșterea, trebuie:
a. să-l punem în continuare sub observație;
b. să facem reechilibrare hidroelectrolitică;
c. să administrăm analgetice și sedative;
d. să intervenim de urgență, fiind vorba de o peritonită.
34. - Ce facem în cazul unui traumatism abdominal care, ținut sub observație 6-8 ore, nu vedem nici o ameliorare, dar și nici o înrăutățire a stării generale?
a. îi dăm drumul acasă;
b. continuăm să-l observăm în secția de chirurgie;
c. efectuăm intervenția chirurgicală exploratorie;
d. administrăm analgetice și facem reechilibrarea hidroelectrolitică.
35. - Care din plăgile abdominale de mai jos este mai gravă:
a. plagă a peretelui abdominal;
b. plagă penetrantă;
c. plagă perforantă;

- d. plagă produsă printr-un agent vulnerant tăios.
36. - Gradul leziunii provocate și gravitatea sindromului abdominal acut depinde de:
- leziul agentului traumatic;
 - forța cu care a pătruns agentul traumatic;
 - tipul constituțional al accidentatului;
 - gradul de plenitudine sau vicietate a organelor abdominale;
 - organele lezate.
37. - De ce este important de știut locul în care se află orificiul de intrare și ieșire a agentului vulnerant?
- orificiul de intrare și ieșire la mică distanță arată posibilitatea atingerii unui număr mai mare de organe;
 - pentru efectuarea izolării și pansamentului;
 - pentru aprecierea tratamentului ce trebuie efectuat;
 - cu cât orificiul de ieșire este situat la distanță mai mare de orificiul de intrare, există posibilitatea să fie atinse mai multe organe.
38. - Dacă prin plagă abdominală se scurge bilă sau conținut gastric, este vorba de o plagă:
- parietală;
 - penetrantă;
 - perforantă;
 - leziuni ale căilor biliare și stomacului.
39. - Care din afecțiunile abdominale de mai jos evoluează către un șoc grav?
- infarctul intestinal;
 - perforația de organ cavitat;
 - volvulusul de intestin;
 - pancreatita acută necrotico-hemoragică.
40. - Care din afecțiunile de mai jos produc hemoragie internă?
- ruptură de anevrisme arteriale;
 - pancreatită acută necrotico-hemoragică;
 - ulcerele și tumorile care necrozează perețele;
 - sarcina extrauterină ruptă.
41. - Triada: durere, hiperestezie cutanată, contractură (triada Dieulafoy) este relevantă pentru:
- pancreatită acută;
 - ocluzie intestinală mecanică;
 - apendicită acută cu reacție peritoneală;
 - ulcerul duodenal hemoragic.
42. - Plastronul apendicular este:
- o peritonită în marea cavitare (generalizată);
 - o apendicită acută gangrenoasă;
 - o peritonită plastică;
 - o tumoră apendiculară.
43. - Care este aspectul anatomo-patologic al unei apendicite acute flegmonoase?
- apendice congestionat, cu desen vascular accentuat;

- apendice de culoare neagră-verzică cu pereți fine;
 - apendice mări de volum, având aspect de "umbă de cloșet";
 - sclerozare de auză și mări epiploon în jurul apendicelui.
44. - Căde se face de obicei perforația apendiculară?
- la bază;
 - la vârf;
 - la distal a apendicelui;
 - la proximal a apendicelui.
45. - În ce formă de apendicită acută putem găsi numărul leucocitelor normal sau sub normal?
- apendicită la copii și bătrâni;
 - apendicită acută gangrenoasă;
 - apendicită acută perforată;
 - plastron apendicular.
46. - În plastronul apendicular după o evoluție lungă, observăm o incensiuare locală și creșterea leucocitozei; care poate fi cauza lor?
- producerea de septicemie;
 - infecție acută pulmonară;
 - ocludarea plastronului;
 - apariția unei complicații tromboembolice.
47. - Plastronul apendicular:
- se operează de urgență;
 - se tratează medical și numai după răcirea procesului se operează;
 - se reechilibrează bolnavul și după aceasta se operează;
 - se operează în cazul abscesului sau peritonitei generalizate.
48. - Când poate apărea peritonita acută în evoluția unei apendicite acute?
- la primele 24-48 ore de la debutul crizei apendiculare;
 - la începutul apariției durerii apendiculare;
 - după o perioadă de liniște și apariția perforației;
 - peritonită în trei timpi.
49. - Apendicita acută pelviană, prin simptomatologia ei, poate fi confundată cu:
- fibromul uterin;
 - metroragie acută;
 - enterocolită acută;
 - zisita acută.
50. - Apendicita acută la bătrâni evoluează:
- cu semne clinice zgometoase;
 - tabloid clinic estompat;
 - leucocitoză mare;
 - subfebrilitate.
51. - Un bolnav cu durere violentă în epigastru, grețuri, vărsături, contractură abdominală, anxios are probabil:
- infarct miocardic posterobazal acut;
 - ulcer duodenal acut;
 - pancreatită acută necrotico-hemoragică;
 - infarct mezenteric.

- d. apendicită acută subhepatică.
69. - Cum se tratează un plastron colecistic?
- intervenție chirurgicală de urgență;
 - tratament medical 5-6 zile, după care intervenim operator;
 - rețim alimentară, tratament medical și după răcire, la 6-8 săptămâni intervenție operatorie;
 - vindicarea se va face spontan, numai prin regim alimentară.
70. - Când apare colorație icterică într-o litiază biliară?
- prin spasmul sfincterului Oddi;
 - în obstacol pe coledoc;
 - în obstacol pe infundibulul cistic;
 - în obstrucția canalului Wirsung.
71. - Contractura musculară apare în colecistite acute:
- catarală;
 - piocolecist;
 - plastron colecistic;
 - colecistită acută perforată.
72. - Dacă există o retenție de bilă, putem avea:
- leucocitoză;
 - heminememie crescută;
 - urobilinogen și săruri biliare în urină;
 - hematurie.
73. - În ce constă tratamentul chirurgical al unei colecistite acute?
- colecistostomie;
 - aspirație gastro-duodenală;
 - colecistectomie;
 - coledocotomie cu dereoj Kehr.
74. - După colecistectomie cu coledocotomie, se instalează un tub T. Când nu trebuie clămpat tubul și trebuie să se anunțe imediat medicul?
- durere la tuse și inspirație profundă;
 - absența imbibării cu secreții a pansamentului din jurul tubului în T;
 - durere și distensie în jumătatea superioară a abdomenului;
 - frison și febră.
75. - Un pacient cu afecțiune respiratorie cronică se află în terapie intensivă după colecistectomie. Medicul a indicat să respire profund și să tusească frecvent. Care din următoarele procedee veți folosi?
- instruirea pacientului cu explicarea scopului și rezultatului pe care îl așteptăm;
 - poziționarea corectă a bolnavului;
 - suport pentru abdomen ca tusea să fie mai puțin dureroasă;
 - curățirea cavității bucale după tuse și eliminarea secrețiilor.
76. - Încercușiți afirmația falsă:
- realimentarea postoperatorie se face progresiv, începând cu lichide în cantități treptat crescând;
 - escarele se previn prin mobilizarea precoce și păstrarea igienei locale;
 - complicațiile pulmonare se previn prin administrare de oxigen;
 - pareza intestinală postoperatorie se tratează cu miostin i.m. și ulei de parafină per os și clisme cu soluție hipertonică de clorură de sodiu.

77. - Care sunt ocluziile mecanice?
- deose dinamice;
 - ocluze prin obstrucție;
 - deose paratice;
 - ocluze prin strangulare;
 - pareza intestinală postoperatorie;
 - pareza din ocluziile mecanice de mai jos se datorează obstacolelor intrinseci?
78. - Care din ocluziile mecanice de mai jos se datorează obstacolelor intrinseci?
- toxon intestinal;
 - compresione dată de o tumoră din cavitatea peritoneală;
 - volvulus intestinal;
 - procesi tuberculoși intestinali.
79. - Care dintre ocluziile de mai jos se încadrează în categoria ocluziilor prin strangulare?
- volvulus intestinal;
 - toxon intestinal;
 - diverticula terminală - boala Crohn;
 - stranginajul intestinalului;
 - în ocluzia intestinală nu există;
 - durere paroxizmică intermitentă;
 - febră;
 - stăduri;
 - meteorism abdominal.
80. - În care din ocluziile de mai jos este nevoie de intervenție cât mai urgentă?
- în care din ocluziile de mai jos este nevoie de intervenție cât mai urgentă?
 - toxon intestinal;
 - ocluze prin compresione externă;
 - ocluze prin îngustare intrinsecă a lumenului intestinal;
 - ocluze prin îngustare intrinsecă a lumenului intestinal?
81. - Care este semnul clinic sigur al ocluziei intestinale?
- grețuri;
 - vărsături;
 - opretea tranzitului pentru materii fecale și gaze;
 - meteorismul.
82. - În volvulusul intestinal se produce răscucirea:
- colonului ascendent;
 - anselor intestinului subțire;
 - sigmoidului;
 - colonului descendent.
83. - Care sunt cauzele principale ale producerii volvulusului?
- heide;
 - mezou prea scurt;
 - mezou prea lung;
 - anomia anselor intestinale;
 - peristaltismul exagerat.
84. - Ocluzia funcțională poate fi produsă de excitații nervoase date de:
- colică renală;
 - insuficiență respiratorie cronică;
 - plăgi ale membrilor superioare;

- 718

- 719

103. Care din semnele de mai jos te poteni întâlni în pancreatita acută?
- a. greață, vărsături, meteorism abdominal;
 - b. contractură abdominală;
 - c. "dura în burtă", urse generale abnorme;
 - d. hipertermie arterială;
 - e. mări de jet.
104. Care din semnale radiologice de mai jos te găsim în pancreatita acută?
- a. imaginea hidronefroze în formă de tuburi de apă;
 - b. mări mare gastrică;
 - c. imaginea cadrului diastolici;
 - d. revărsat pleural stâng;
105. Ce modificări de laborator putem găsi în pancreatita acută?
- a. anidocemia și anidazemia crescută în primele 2-3 zile;
 - b. hipocalcemie;
 - c. hiperglicemie;
 - d. leucopenie;
106. Tratamentul pancreatitei acute edematoase va fi:
- a. chirurgical;
 - b. medical;
 - c. tratament de echilibrare hidroelectrolitică și apoi tratament chirurgical;
 - d. în funcție de stadiul scut de la debut.
107. Ce regiun alimentară dă în începutul pancreatitei acute?
- a. regiun hidro-hidro-natural;
 - b. regiun hipoproteic;
 - c. regiun bogat în lipide;
 - d. regiun digestiv absolut, uoală de aspirație gastrică.
108. Care sunt obiectivele tratamentului medical în pancreatita acută?
- a. reducerea secreției pancreatică;
 - b. echilibrarea hidroelectrolitică și energetică;
 - c. combaterea durerii;
 - d. sedarea centrală - morfină, mialgin;
 - e. administrarea corticoterapiei, medicației antienzimatică și antibacterice.
109. De ce te se administrează morfină pentru combaterea durerii și sedare bolnavului?
- a. deprimă centrul respirator;
 - b. scade amplitudinea și ritmul cardiac;
 - c. produce spasm al sfincterului Oddi și agravează boala;
 - d. crește secreția pancreatică.
110. Când se recurge la tratament chirurgical în pancreatita acută?
- a. în incertitudin de diagnostic;
 - b. de principiu;
 - c. pancreatita acută de origine litiazică;
 - d. în pancreatita acută necrotico-hemoragică.
111. Care dintre afecțiunile de mai jos constituie peritonita localizată?
- a. peritonita datorită perforației ulcerului gastro-duodenal;
 - b. plastronul apendicular;

112. Peritonita acută primitivă este produsă de:
- a. microorganisme hematoagene;
 - b. microorganisme enterici;
 - c. peritonita acută primitivă este produsă de la fuzie dină, amigdalită;
 - d. microorganisme hematoagene sau localizată de la fuzie dină, amigdalită;
113. Care sunt semnele de mai jos care apar în peritonita acută primitivă?
- a. greață, vărsături, meteorism abdominal;
 - b. durerea peritoneului prin un agent extern;
 - c. durerea peritoneului prin un agent extern de la stăruie, organele peritoneale;
 - d. durerea peritoneului prin un agent extern de la stăruie, organele peritoneale;
114. Care sunt semnele de mai jos care apar în peritonita acută difuză?
- a. greață, vărsături, meteorism abdominal;
 - b. durerea peritoneului prin un agent extern;
 - c. durerea peritoneului prin un agent extern de la stăruie, organele peritoneale;
 - d. durerea peritoneului prin un agent extern de la stăruie, organele peritoneale;
115. Care din semnele clinice și radiologice de mai jos te arată că este vorba de peritonită produsă prin perforarea unui organ cavitat?
- a. greață, vărsături, meteorism;
 - b. durere în punct fix;
 - c. imagine deplasabilă în flascu;
 - d. deplasarea marginii hepatice, pneumoperitoneu;
116. Care din peritonitele acute difuze avem pneumoperitoneu?
- a. în peritonitele acute difuze primitive;
 - b. în peritonitele produse de perforația ulcerului gastro-duodenal;
 - c. în peritonitele produse de perforația unei anse intestinale;
 - d. în peritonitele produse de perforația unei anse intestinale;
117. Ce date roiești cu privire la durere ne pot ajuta la stabilirea cauzelor dureroase și a gravității peritonitei?
- a. represiunea durerii asupra circulației și respirației;
 - b. focal unde apare durerea;
 - c. intensitatea durerii;
 - d. durerea și evoluția ei.
118. O durere extrem de vie în epigastria, ce apare aproape fără nici un simptom peritoneal, care se generalizează, rămânând totuși mai intensă la locul unde a apărut, poate fi dată de:
- a. pancreatita acută necrotico-hemoragică cu peritonită septică;

- b. peritonita colecistită cu prezență bilară;
c. peritonita ulcerului gastro-duodenal, cu peritonită;
d. crize gastrice tabetice.
120. - De ce în peritonita prin perforația ulcerului gastroduodenal durerea este extrem de vie, comparativ cu alte perforații ale organelor cavității abdominale?
a. pentru că sucul gastric este acid;
b. pentru că zona este mai bogat innervată;
c. produce imediat senzație dureroasă, apoi începe procesul de infecție a peritonitului;
d. celulele sucilor sunt mai puține acide.
121. - O durere care apare în hipocondrul stâng și se răspândește apoi în epigastru, care mai târziu se generalizează poate îndreptăți diagnosticul de:
a. pancreatită acută necrozico-hemoragică cu reacție peritoneală;
b. ulcer gastric al antri carlieri perforat;
c. crize gastrice tabetice;
d. gastrită acută.
122. - O durere care se intensifică treptat și permanent, apărută inițial în fosa iliacă dreaptă, care apoi se generalizează, fiind însoțită de grețuri, vărsături și temperatură în jur de 38° C, îndreptățește diagnosticul de:
a. colecistită acută perforată cu peritonită;
b. pioduodenal perforat, cu peritonită generală;
c. apendicită acută perforată cu peritonită generalizată;
d. infecție urinară.
123. - Dacă durerea apare în hipocondrul drept, apoi coboară de-a lungul flancului drept în fosa iliacă dreaptă, apoi se generalizează, avem de-a face cu:
a. colecistită acută;
b. apendicită acută subhepatică;
c. peritonită prin ulcer duodenal perforat;
d. peritonită prin perforare colecistică.
124. - Încercăți simptomele care nu apar în peritonita acută difuză:
a. dureri abdominale intense;
b. vărsături;
c. scaune sanguinolente;
d. contractură abdominală;
e. abolirea mișcărilor respiratorii ale peretelui abdominal.
125. - Contractura abdominală este prezentă în:
a. pancreatita acută edematoasă;
b. enterocolita acută;
c. peritonita acută difuză;
d. colica renală.
126. - Care din semnele de mai jos sunt precoce și patognomonice în peritonita acută difuză?
a. durerea;
b. grețurile, vărsăturile;
c. meteorismul;
d. apăsarea și contractura musculară.
127. - În care din peritonitele de mai jos febra precede apariția peritonitei?
a. peritonită prin ulcer perforat;
b. peritonită apendiculară;

- c. peritonită prin perforația colecistului;
d. peritonită prin înstrăunare abdominală dechiu.
128. - Care este etiologia terapeutică care da siguranță că procesul peritoneal este în curs de vindecare și bolnavul se poate vindeca?
a. dispariția sau scăderea peritoneale și aspirarea lichidului peritoneal;
b. dispariția cavității peritoneale;
c. dispariția gastrică;
d. dispariția bilară a leziunii corale.
129. - Într-o hemoragie digestivă superioară se înțelege:
a. dispariția gastrică;
b. dispariția digestivă superioară se înțelege;
c. dispariția de sânge la nivelul bulbului digestiv;
d. dispariția de sânge care provine din 1/3 distală a sfintarului până la unghiul duodenal-pancreatic.
130. - Hemoragiile digestive inferioare cuprind pierderile de sânge de la nivelul:
a. duodenului;
b. stomacului;
c. intestinului subțire;
d. colonului, rectului și sigmoidului.
131. - Căut și de ce hematemeza are aspect de "ză de cafea"?
a. aspectul de ză de cafea este datorat acumulării de sânge în stomac;
b. în hemoragiile foarte abundente ce nu stagnează în stomac;
c. în hemoragiile mai puțin abundente când sângele se acumulează treptat în stomac;
d. aspectul de ză de cafea este datorat transformării sângelui cu secreția bilară;
e. aciditatea corolului în hematină.
132. - Ce este melena și cum se prezintă ea?
a. eliminarea hemoragiei prin defecație;
b. hemoragie de intensitate mică, nesemnificativă clinic, ci numai prin teste de laborator;
c. sânge roșu, cu cheaguri;
d. sânge maro, coafat, negru lucios ca păcură.
133. - Care din elementele de mai jos pot produce hemoragii gastro-duodenale?
a. ulcerul gastro-duodenal;
b. hiperaciditatea;
c. gastrită;
d. gastrite hemoragice;
e. medicamentele ulcerogene.
134. - Care este cauza cea mai frecventă a H.D.S.?
a. tumori benigne și maligne ale stomacului;
b. tumori ale duodenului;
c. hipertensiunea portală;
d. boala ulcerată.
135. - Lipotimia în ortostatism apare la un bolnav cu hemoragie digestivă superioară, în cazul unei pierderi de masă circulantă:
a. mică;
b. medie;
c. mare.

- d. cistachemică.
136. - O hemoragie digestivă superioară de 1 000-1 500 ml, psi 100 mmHg, hemoglobina 8-10 g%, hematocrit 30-35% este:
- a. asimptomatică;
 - b. asimptomatică numai în climatizare;
 - c. are semne caracteristice prin tahicardie, transpirații reci, amețeli, paloare;
 - d. are semnele clinice caracteristice șocului hemoragic.
137. - Care este gravitatea H.D.S. când bolnavul are Hb 8 g%, Ht 25%, pulsul la jumătate de 120/minut și T.A. 80/50 mmHg?
- a. gravitate mică;
 - b. gravitate medie;
 - c. gravitate mare;
 - d. gravitate extremă.
138. - Care din explorările paraclinice ne pot ajuta la stabilirea diagnosticului etiologic al H.D.S.?
- a. determinarea grupei sanguine și Rh;
 - b. explorarea endoscopică;
 - c. determinarea hematocritului și hemoglobinei;
 - d. explorarea radiologică prin tranziția bariată.
139. - Care din explorările de laborator sunt utile pentru stabilirea gravității H.D.S.?
- a. testele de coagulare;
 - b. hemoglobina;
 - c. proteinemia;
 - d. hematocritul.
140. - Testele de coagulare ne permit:
- a. stabilirea gravității hemoragiei;
 - b. aprecierea funcției hepatice;
 - c. să apreciem o hemoragie datorită unei diateze hemoragice;
 - d. să apreciem evoluția hemoragiei.
141. - Persistența sângerării se poate aprecia prin:
- a. controlul lichidului de aspirație gastrică;
 - b. aspectul scaunelor;
 - c. urmărirea dinamică a pulsului și T.A.;
 - d. urmărirea dinamică a Ht și Hb.
142. - Hemostaza chirurgicală în H.D.S. produsă de ulcerul gastro-duodenal este indicată de urgență când:
- a. hemoragia s-a oprit și bolnavul este anemic;
 - b. în hemoragia mică și mijlocie;
 - c. în hemoragia gravă care amenință viața bolnavului;
 - d. în orice H.D.S. de cauză ulceroasă.

Capitolul 24

CONDUITA ȘI TRATAMENT ÎN TRAUMATISME (Semne clinice, principii de tratament)

Verificați-vă cunoștințele

24.1. Traumatisme crano-cerebrale acute	727
24.1.1. Traumatisme crano-cerebrale închise	728
24.1.1.1. Contuzia cerebrală	728
■ Examenul clinic	729
■ Tratamentul	729
24.1.1.2. Contuzia cerebrală ușoară (benignă)	730
24.1.1.2.1. Contuzii cerebrale ușoare (benigne)	730
■ Simptomatologie	731
■ Examenul fundului de ochi	731
■ Ateriografia și pneumoencefalografia	731
■ Explorarea cu radiotopii	731
■ Radiografia	731
■ Examenul de laborator	731
■ Tratamentul	732
24.1.1.2.2. Contuzii cerebrale grave (maligne). Diacerarea cerebrală	732
■ Simptomatologie	733
■ Tratamentul	736
24.1.2. Traumatisme crano-cerebrale deschise	736
24.1.2.1. Plăgi nepenetrante	736
24.1.2.2. Plăgi penetrante	737
24.1.2.3. Plăgi perforante	737
24.1.3. Fracturi bazei craniului	738
24.2. Traumatisme maxilo-faciale	740
24.2.1. Tratamentul de urgență pentru înlăturarea pericolului vital	740
24.2.1.1. Controlul surselor importante de sângerare. Hemostaza	740
24.2.1.2. Controlul și asigurarea permeabilității căilor respiratorii superioare	741
24.2.2. Tratamentul imediat (de urgență) al plăgii	741

24.2.3. Tratamentul deținut al leziunilor părții moi și osoase	760
24.2.4. Tratamentul de urgență	761
24.3. Traumatismele gâtului	761
24.3.1. Contuzia	761
24.3.2. Traumatismele deschise	761
24.4. Traumatismele vertebro-medulare	761
24.4.1. Leziunile anatomico-patologice la fractură	761
24.4.1.1. Contuzia medulară	761
24.4.1.2. Contacul medular	761
24.4.1.3. Compresia medulară	761
24.4.1.4. Dilatarea medulară	761
24.4.2. Simptomatologia	761
24.4.3. Diagnosticul diferențial	761
24.4.4. Complicații	761
24.4.5. Tratamentul	761
24.5. Traumatismele toracice	761
24.5.1. Traumatisme toracice fără insuficiență respiratorie acută	761
24.5.1.1. Contuzia toracelui	761
24.5.1.2. Hematomul subcutan	761
24.5.1.3. Ruptura mușchiului	761
24.5.1.4. Sindromul de compresie	761
24.5.1.5. Fractura unui număr redus de coaste	761
24.5.2. Traumatisme toracice urmate de insuficiență respiratorie acută și insuficiență circulatorie acută	761
24.5.2.1. Fracturi ploncostale fără volet costal	761
24.5.2.2. Fracturi ploncostale cu volet costal	761
24.5.3. Complicațiile traumatișelor toracice și ale fracturilor costale	761
24.5.3.1. Hemoragiile intrapleurale (hemotorax)	761
24.5.3.2. Pneumotoraxul	761
24.6. Traumatismele abdominale	761
24.6.1. Traumatismele închise (contuzii)	761
24.6.1.1. Leziuni numai ale peretelui abdominal	761
24.6.1.1.1. Echimoza	761
24.6.1.1.2. Hematomul suprarenal	761
24.6.1.1.3. Hematomul subaponevrotic	761
24.6.1.1.4. Seromul	761
24.6.1.1.5. Tratamentul	761
24.6.1.2. Leziuni ale viscerelor abdominale	761
24.6.2. Traumatismele deschise	761
24.6.2.1. Plăgi nepenetrante	761
24.6.2.2. Plăgi penetrante	761
24.6.2.3. Plăgi perforante	761
24.7. Traumatismele membrilor	761
24.7.1. Fracturile membrilor	761
24.7.1.1. Fracturile membrilor superioare	761

24.7.1.1.1. Fracturile claviculei	769
24.7.1.1.2. Fracturile humerului	769
24.7.1.1.3. Fracturile scapulo-humeroale	769
24.7.1.2. Fracturile membrilor inferioare	769
24.7.1.2.1. Fracturile femurului	769
24.7.1.2.2. Fracturile tibiale	769
24.7.1.2.3. Fracturile gambelor	769
24.7.2. Luxațiile membrilor	769
24.7.2.1. Luxațiile membrilor superioare	769
24.7.2.1.1. Luxația scapulo-humerală	769
24.7.2.1.2. Luxația cotului	769
24.7.2.1.3. Luxația pulcnei	769
24.7.2.2. Luxațiile membrilor inferioare	769
24.7.2.2.1. Luxația traumatică a soldului	769

Continuă la capitolul 24

24.1. TRAUMATISME CRANIO-CEREBRALE ACUTE

Prin traumatisme crano-cerebrale se înțelege totalitatea fenomenelor clinice care apar ca urmare a acțiunii unui agent traumatic (vulnerant) asupra cavității craniene și a conținutului acesteia.

În funcție de viteză și de forță, traumatismul poate produce leziuni de diferite grade: contuzii, plăgi ale părții moi, fracturi osoase, distrugeri (dilațiuni) ale creierului și leziuni intracerebrale.

Oua sunt importanța majoră a creierului pentru funcția normală generală a organismului, înes krizele a sa determină grave tulburări funcționale, cu urmări extrem de nefaste, provocând chiar moartea accidentată.

Întrucât leziunile rapide cu traumatisme crano-cerebrale este în continuă creștere, datorită dezvoltării rapide a traumei în industrie și în construcții. Un număr mai restrâns, dar în creștere, de traumatisme crano-cerebrale survin ca urmare a practicării unor activități sportive sau prin căderi accidentale de la mari înălțimi. În timp de război, leziunile traumatisme crano-cerebrale este foarte mare.

Traumatismele crano-cerebrale se împart în două mari grupe:

- traumatisme crano-cerebrale închise;
- traumatisme crano-cerebrale deschise.

Dacă nu există o comunicare a conținutului cu exteriorul, chiar dacă există o deplasare a cavității craniene, leziunea poate denumirea de traumă crano-cerebrală închisă, dar dacă există o comunicare cu exteriorul prin plăgi și leziuni ale meningelor, leziunea se numește traumă crano-cerebrală deschisă. Atunci când se referă deci la faptul că pielea, oasele, mucoasele sau

Cu toate acestea, nu se neglijează a simptomatologiei, cele două tipuri de traumatisme cranio-cerebrale vor fi prezentate separat, pentru că aceasta permite o mai bună înțelegere a problemei.

Numai traumatismul cranio-cerebral încheie orice traumatism în care s-a produs plăgă a pielii capului, a mucoaselor sau membranelor de la nivelul capului. Semnele escoriaţiilor sau chihărlăilor care interesează numai pielea. Măscăta tablă osoasă întregă pot fi închise tot aici.

Există varietate forme (aspecte clinice) sub care se prezintă traumatismele craniocerebrale. Vom începe cu forma cea mai simplă - *comota cerebrală* - continuând apoi cu formele complicate - *contuziile și distrugerile cerebrale* - menționând că datorită formelor clinice pe care le vom întâlni se confundă una cu alta sau pot evolua în unele către altele.

Adeseori după un traumatism mai mult sau mai puțin puternic, înfrunz în *la* *conștiența* pentru o perioadă scurtă de timp. Acesta stare patologică survine după un accident se numește *comotie cerebrală*. Când traumatizantul *la* revine din nou înconștient, nu este nici cum *la* proba accidentul *la* nici se *la* petrecut din nou un accidentul până când el se-a revenit *la* o stare normală (sau evanescentă). Nu puțin *la* întâmplare cu cei din jurul său, cine *la* îngrijit, cine *la* dus *la* spital sau *la* primi ajutor etc.

La examenul clinic constatăm că bolnavul poate să intrețină discuții, fiind încă ușor confuz (obnubilat), somnolent, are o stare de greață (clară și verșe), acută cefalee. Spre deosebire de celelalte forme mai grave, comotivă cerebrală nu există leziuni anatomopatologice ale creierului, deosebit de pronunțate în cazul comotivului cerebral în revărsă complet, după o perioadă relativ scurtă de timp.

Când există dubiu cu privire la diagnostic este bine să se facă o puncție rahidiană. În caz de comotie cerebrală lichidul rahidian este limpede (fără sângi) și nu se găsește hematii nici la un examen microscopic. Radiografia craniată este foarte utilă: ea poate arăta fracturi lineare (fisuri).

[illegible]

- Contuzii cerebrale ușoare (benigne);
- Contuzii cerebrale grave (maligne).

341.2.3. **Contuziile cerebrale ușoare (benigne).** Contuziile cerebrale ușoare sunt cauzate de o lovitură distrugerii ale unor vase sanguine mici și ale unor celule nervoase, producându-se doar hemoragii "în

[illegible]

Deosebit de interesant este faptul că în comuza cerebrală uşoară pe prim plan se situează

fenomenele clinice au un caracter benign și se remediază relativ ușor și complet sau cu sechele foarte ușoare.



Fig. 189 - Hematoame apărute în raport cu zona traumatizată și localizarea hematomelor.

■ **Simpptomatologie.** Cel mai important și mai frecvent simptom este *pierderea conștienței*, care poate să dureze câteva ore, uneori mai mult, circa 2 zile. După revenirea din starea de inconștiență, bolnavii continuă să fie apatici, somnoroși, cu ușoară confuzie, au tulburări de vorbire și amnezie (pierderea memoriei) de obicei numai pentru perioada din timpul accidentului și până la trezirea completă. Funcțiile vitale nu sunt alterate. Pulsul și tensiunea arterială sunt normale. Uneori accidentatul are febră. Este vorba de o febră de natură centrilă, fără un substrat patologic infecțios. *Reflexele osteotendinoase sunt încetinate, uneori chiar abolite.* Pot exista parțial sau în întregime un caracter regresiv. Reflexul Babinski este pozitiv. Accidentații au o reducere a cefei, uneori foarte accentuată. Cefaleea este un semn care apare precoce și care durează mult timp, rămânând adeseori ca o sechelă a acestui tip de traumatism pentru întreaga viață. De multe ori accidentatul prezintă grețuri, vărsături, fotofobie.

Semnul cel mai categoric este prezența de sânge în lichidul cefalorahidian.

Electroencefalografia este utilă chiar din primele ore de la accident și trebuie repetată în zilele următoare. Ea arată dacă, și în ce măsură, procesul a atins și cortexul cortical.

■ **Examenul fundului de ochi** de multe ori pune în evidență un edem papilar, deci poate să reliefeze prezența și gradul edemului cerebral, fapt care ne informează asupra gravității leziunii.

■ **Angiografia și pneumoencefalografia** sunt examene de pură specialitate, care au o valoare endoscopică. Ele sunt indicate în cazurile de traumă dintr-o confuzie de natură benignă și cea malignă sau în cazurile în care, după o perioadă mai lungă de inconștiență, se remediază apariția de complicații (hematoame, distrucții de natură benignă etc.). Ele sunt din ce în ce mai rar utilizate azi datorită născutului lor înlocuit pentru diagnostic. Rezonanța magnetică nucleară.

■ **Explicarea cu tehnici de imagini (C.T. Scanner), cu Ecografe sau aparatură care prezintă în legătură cu un eventual obstacol în circulația lichidului cefalorahidian poate da rețineri.**

■ **Radiografia este totdeauna necesară.** Ea poate să arate fisuri ale oaselor craniului sau ale bazei cranului. În cazul unor fracturi importante și evoluția este mai dificilă de urmărit.

■ **Examinarea de laborator.** Examinările paraclinice se completează cu cercetarea sângelui pentru: *glucoză, a ureei, a probelor hepatice, a transaminazelor, a bilirubinului, a numărului de hematii și al leucocitelor, a ionogramii din sânge* și al unor elemente de rutină ale urinei, ale căror rezultate prezintă importanță atât în scopul diagnosticului, pentru diagnostic diferențial cu alte boli, cât și cu privire la evoluția traumei.

■ **Tratamentul.** Este necesar în primul rând, un devotament total din partea medicului și a celor elementare, pentru ca acești traumatizați, care în mod normal se mai pot redresa, să nu facă unele complicații și să se remită în bune condiții. Pe perioada de inconștiență, ei trebuie supravegheați și îngrijiți să nu se răcească, să nu sufere de deshidratare, să nu inhaleze secrețiile sau sângele din nazofaringe, să nu se răcească, să nu se ude pe o ceașcă și să nu se îmbibă cu sânge, urină, mater fecale, să nu facă escare. Dacă starea de inconștiență se prelungește, se asigură respirația artificială printr-o sondă Foley adaptată la o pungă din material plastic.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

Tratamentul specific al contuziei cerebrale benigne constă în: repaus total la pat, în prezența unei traume traumatizate ale cărui simptome ne fac să apreciem că sunt de natură cerebrală, trebuie să nu trecem cu vederea că semne apropiate pot prezenta și unele boli de natură sistemică sau diabetice sau bolnavii cu tumori cerebrale sau alte boli de natură sistemică care în cadrul bolii lor de bază au suferit și un traumatism cranian.

4). Hipertensiunea contribuie de asemenea mult la scăderea încălzirii cerebrale. Se face cunoscut și un tratament antihemoragic injectabil cu vitamină K. Pentru sudarea frământurilor de țesuturi contuzate, se administrează (Phenofenol) 0,10 - 0,30 g, în tablete sau injectabil.

Dacă examinarea clinică și explorările punctuale demonstrează prezenta hematom mare, care poate să distingă prin compresie centrul vital, se practică imediat "șunt de trepan". Se execută direct un craniotomie prin cutia cranială, care este până la hematom. Hematomul se evacuează prin acest orificiu.

Evoluția acestui tip de accidentări este bună, adeseori însă însoțită de complicații hemologice, cedează în cel mult 10-15 zile de la accident. Examinarea electroencefalogramă nu mai găsește fenomene patologice. Totuși, bolnavul trebuie să rămână în continuare repaus, psihic și să-și revină activitatea treptat, să rămână sub control medical ambulatoriu timp de cel puțin 60-90 de zile, deoarece nu sunt excluse complicațiile. Dintre complicații, cea mai de temut este distrugerea unor centre care se determină de compresia exercitată de hematoamele subdurale. Adeseori se observă peristaltă în perioada foarte lungă. Unii din acești traumatizați pot face un sindrom nevrotic, astfel încât este necesar să li se aplice și o bună psihoterapie în perioada convalescenței.

2.1.1.2.2. Contuziile cerebrale grave (maligne). Dilatarea cerebrală. Acesta când traumatismul a determinat distrugeri importante ale substanței cerebrale (dilatarea) are fenomene clinice extrem de grave, care se pot termina cu moartea accidentatului.

- **Suspensibilitatea.** Pe primul plan se situează pierderea conștienței care, în acest caz, este de lungă durată, are o profunzime accentuată, mergând până la stadii foarte grave de comă profundă. Accidentatul reacționează greu și numai la excitații puternice: înțepături, arșuri ale pielii între degete; are mișcări involuntare ale extremităților (dacă acestea nu au suferit, din contră, un efect parietic sau paralizic, cu umiere a unor leziuni nervoase motorii). Reflexele osteotendinoase sunt la început diminuate, apoi se accentuează fie bilateral, fie numai de partea opusă leziunii. Semnul Babinski este pozitiv uni- sau bilateral. Toate aceste fenomene se asociază cu bulșul de deglutiție. Reflexul deglutiției dispare în cazul unor leziuni foarte grave. (Dacă omul accidentat are o reacție de înghițire la început de apă și din lipsa reflexului deglutiției și o înghițire cu apă și lapte, prognosticul este foarte grav). Astfel de accidentări nu-și pot lăsa secretele din regiunea nazal-bucal-faringiană, care ajung în trachee, fapt care provoacă o respirație grevială specifică, foarte egzotomă (stenoasă). Secrețiile care ajung în trachee și de aici în plămâni, pricină și dificultatea bolnavului de a le elimina, pot să dea o infecție supurativă pulmonară: ce grăbește sau detrimă înaintea traumatizării. Dintre celelalte semne mai este de reținut pulsul, de obicei rapid (90-100 bătăi pe minut). Uneori poate apărea, din contră, bradicardia. Tensiunea arterială este normală, cu excepția cazurilor grave, terminale. În care se scade. Respirația este egzotomă, stenoasă de tip Cheyne-Stokes (după câteva respirații cu amplitudine în creștere, se întrerogă până la o pauză în respirație, de durată mai lungă sau mai scurtă, după care respirația se revine cu același caracter, până la o nouă pauză).

Accidentări cu o anumită "malignitate" prezintă adeseori chiar din primele zile de la accident, o hipertensiune foarte ridicată (hipertensiune-superstărie), de 40° - 42°, care nu este însoțită de o infecție. Este de origine centrală, determinată de o dereglare a mecanismului termoregulator. Această hipertensiune hipertensivă are un prognostic foarte rezervat. Temperatura se menține normală, sau după câteva zile de hipertensiune se normalizează, prognosticul este bun. De obicei, după puțin timp apar simptome de insuficiență renală (oligurie), prognosticul este bun. De obicei, după puțin timp apar simptome de insuficiență renală (oligurie), prognosticul este bun. De obicei, după puțin timp apar simptome de insuficiență renală (oligurie), prognosticul este bun.

La cazurile foarte grave și care nu se remediază prin tratamentul aplicat, apar simptome de insuficiență renală (oligurie), prognosticul este bun. De obicei, după puțin timp apar simptome de insuficiență renală (oligurie), prognosticul este bun. De obicei, după puțin timp apar simptome de insuficiență renală (oligurie), prognosticul este bun.

Tratamentul acestor bolnavi este dificil. Pe lângă aplicarea unei terapii de reechilibrare hidroelectrolitică și alte componente energetice despre care am vorbit în alte capitole, în afara unor intervenții chirurgicale care sunt aproape întotdeauna necesare (trepanații pentru decompresie și evacuare de hematoame), este necesară o îngrijire deosebită pentru decompresie și evacuare de hematoame).

Tratamentul acestor bolnavi este dificil. Pe lângă aplicarea unei terapii de reechilibrare hidroelectrolitică și alte componente energetice despre care am vorbit în alte capitole, în afara unor intervenții chirurgicale care sunt aproape întotdeauna necesare (trepanații pentru decompresie și evacuare de hematoame), este necesară o îngrijire deosebită pentru decompresie și evacuare de hematoame).

Tratamentul acestor bolnavi este dificil. Pe lângă aplicarea unei terapii de reechilibrare hidroelectrolitică și alte componente energetice despre care am vorbit în alte capitole, în afara unor intervenții chirurgicale care sunt aproape întotdeauna necesare (trepanații pentru decompresie și evacuare de hematoame), este necesară o îngrijire deosebită pentru decompresie și evacuare de hematoame).

Tratamentul acestor bolnavi este dificil. Pe lângă aplicarea unei terapii de reechilibrare hidroelectrolitică și alte componente energetice despre care am vorbit în alte capitole, în afara unor intervenții chirurgicale care sunt aproape întotdeauna necesare (trepanații pentru decompresie și evacuare de hematoame), este necesară o îngrijire deosebită pentru decompresie și evacuare de hematoame).

Tratamentul acestor bolnavi este dificil. Pe lângă aplicarea unei terapii de reechilibrare hidroelectrolitică și alte componente energetice despre care am vorbit în alte capitole, în afara unor intervenții chirurgicale care sunt aproape întotdeauna necesare (trepanații pentru decompresie și evacuare de hematoame), este necesară o îngrijire deosebită pentru decompresie și evacuare de hematoame).

complet al clamei. Apoi, se agita bolnavul și cu grijă pe gheacă și, pentru a se lăsa
partea scundă, se face un semn mic al cutreabă tot. Într-unul sau celălalt
drepăt și înclinat în cea dreaptă.

este, iar în cazul unei eventuale menințe, de 4-5 ori pe zi.

În caz că s-a instalat starea comatoasă, îngrijirea necesară o și mai mare este. Adeseori, în cazul unei tulburări respiratorii grave care se complică și cu o insuficiență circulatorie suco-func-torială, se plafonează plămânii, se face în mod obligatoriu tracheotomie. Adeseori accidentul necesită și în protezare respiratorie (balonul de inspirație) și via respiră numai prin intermediul unui aparat de respirație artificială. În mod de a proceda este aproape inevitabil atunci când, pe lângă o leziune traumatică cranio-cerebrală, coexistă și un traumatism toracic, cu fracturi costale.

În prima perioadă după accident terapeutic se atacă pe progresivitatea proceselor cerebrale și opritura hemoragiilor intracraniene, motiv pentru care se administrează perfuzie soluții hipertensive și coagulante, ca și risul terapeutic preconstituit în capitalul istoric.

După ce prima perioadă a căzut a trecut, se continuă tratamentul cu mijlocul electricității. Adeseori este necesară administrarea chiar și de șarghe, în toate cazurile de comatoase, bolnavii vor fi "trezuriți" artificial, administrându-le în periorie, se continuă, lichidele și electricitatea necesară, în funcție de vârstă, de greutate și de simptome, care ține la se. Când comă se prelungește, este necesar să se administreze bolnavilor prin căea cea tehnică de gavaj, adică introducerea de alimente somatice: lapte, ouă, supă etc., prin sondă, intragastric. Este foarte important să se folosească și pe cale intragastrică pentru că păterilor nu se vor putea introduce mîncîrurile toate necesare, deoarece intrajeri în condiții bolnăre, cunoscute la bolnavii comatoși, este necesar să se introducă în alimentație și alimente simple: si mîncare, băuturi.

Se vor administra analeptice cardiovasculare și adeseori pituitice și simpatice, antipiretice și corticosteroizi, acestea din urmă fiind utile și pentru combaterea hipertensiunii.

Dacă nu se poate combate hipertensiya cu mijloace medicamentoase, se aplică hipotermia care constă în plasarea bolnavului într-o încălțire cu impenetrabil scârțuit sau aplicarea de pungi cu gheață pe membre, pe abdomen, pe torace. În unele cazuri se administrează de la început anestezia generală. Apoi se îndepărtează capul necesar pentru a se realiza infuziile meningeale. După aceasta se poate administra în cefale, cerebrale, pulmonare sau ale tractului digestiv.

Asistența care se acordă acestor bolnavi inconștienți are scopul de a menține funcționarea normală a organismului, adeseori prin mijloace artificiale și înconștientizarea acestora, asigurându-le comunicarea. Asistența medicală trebuie să țină seama

introdusă de a prezenta complicații. Dacă accidentul nu poate face nimic singur și nu
permanență că accidentatul pe care îl are în grijă nu poate face nimic singur, așa cum face în
cere să fie ajutat. El nu poate să-și schimbe singur poziția, așa cum face în
care să fie ajutat. Din aceste motive, bolnavul poate să nu

glandeuă în permanență la necesitățile sau dorințele bolnavului în stare de acomodare și, în acest scop, să se acorde asistență medicală în funcție de necesitățile de îngrijire și de recuperare sistemică la timpul potrivit, ca și când acesta le-ar fi solicitat.

a) **Dezghearea călinei arriene.** Bolnavul inconștient va trebui ținut în poziția în care a căzut, pentru a evita răni suplimentare. Dacă este necesar, se va folosi o saltea de protecție pentru a evita răni suplimentare.

înspoi și să obstrueze glota. Dacă bolnavul este culcat pe o parte

... found out up to people's hearts, it was never in the mouth

...și în viața publică a țării noastre. Căci, pentru a realiza scopurile noastre, trebuie să fim uniți și să avem o viziune comună. În acest sens, cred că este important să discutăm și să găsim soluții comune. Vă mulțumesc pentru atenția acordată și vă doresc o zi bună.

... Se poi la mamma mangia con i bambini...

[illegible][illegible]

...desaltă viziunea
...desaltă viziunea
...desaltă viziunea

...într-o manieră psihologică, belșugului și se vor realiza sistematic poziția proprie
...într-o manieră psihologică, belșugului și se vor realiza sistematic poziția proprie

... în timp ce se va plasa sub protecția lui. Boboșul va fi interesat de către căminul...

...într-o poziție în care se poate afla în orice moment în poziția de repaus. Membrul inferior situat în poziție de repaus este în poziția de repaus. Membrul inferior situat în poziție de repaus este în poziția de repaus.

1) ingurgirea peilor. Bolnavii internati trebuie lubrificali in camera
macinarii la mojar in spate, pentru ca acestia sa se poata accede si a

...când întâlnim în apă caldă. Pădusa va fi apoi înlocuită de apă caldă pe sfântă. Pădusa
...de la intrarea într-o țară cu pădurea, deoarece curățarea
...de la pădurea. Pădusa va fi înlocuită de apă caldă, înlocuirea și înlocuirea

adormind la accept bolnavi determinand uscare a pacii. Nu se recomandă folosirea alcoolului pentru frica
durată o lună.

Unul bolnavilor poartă printr-o acoperiş
 şi înăuntrul său sunt scosese chiar la locul accidentului şi plătise cu el
 la îngrămăşel. Neînfrigurarea corectă a ochilor poate duce
 la îngrămăşel, pierderea vederii. Aceasta se produce dacă ple
 şi înăuntrul său sunt scosese chiar la locul accidentului şi plătise cu el
 la îngrămăşel. Neînfrigurarea corectă a ochilor poate duce
 la îngrămăşel, pierderea vederii. Aceasta se produce dacă ple

la care s-a lucrat, pentru a evita
toate complicațiile, pentru care
nu s-a lucrat cu leucoplast. În aceste cazuri este indicat
să se facă o examinare în ochi ser fiziologic.

... and, as ...

10

24.1.2. Traumatismele cranio-cerebrale deschise

- P5291 craniocerebrale nepenetrante

- Plagi craniocerebrale perforante.
- Nu vii fi prezentate aici plăgile simple ale poții, apendicevoezelor, mușchilor sau ale mușchilor, care au fost descrise în capitolul general al plăgilor. Se amintește însă că din atenția că nu avem dreptul să afirmăm, că este vorba de o simplă plagă a plăgilor moi decât după ce am făcut o explorare atentă a tablei oșii subiacente pentru a verifica dacă nu există și o leziune a acesteia, deci un *transmisiu craniocerebral deschis*, în care care terapeutică și atenția față de bolnav sunt diferite.

[illegible]

24.1.2.2. Plăgile penetrante
Plăgile penetrante sunt cele care au depășit dura-mater și au deschis spațiul subarahnoidian. Plăgile perforante sunt cele care merg și mai în profunzime, interesând

...and the ...

34.123. Păgube peritoare
 Fundul pământului pe care se găsește cazonul de marmură, pe de o parte pentru că prin
 construirea și întreținerea cazonului pot avea loc înclășări grave, iar de altă parte, întrucât
 cazonul este în stare de uzură, pentru că a fost construit în urmă cu 100 de ani, este posibil să
 se deformeze și să cadă în ruină, ceea ce ar putea avea consecințe grave asupra proprietății
 învecinate. În acest caz, este necesar să se facă o evaluare a riscurilor și să se ia măsuri pentru
 a se evita sau a se reduce riscurile. Dacă riscurile sunt mari, este posibil să fie necesară
 construirea unui nou cazon sau a unei structuri de susținere a cazonului existent. În acest
 caz, este necesar să se consulte un expert în domeniu pentru a se face o evaluare corectă a
 riscurilor și a costurilor de remediere.

24.1.3. Fracturi de bază cranială. Fractura crano-cerebrala grave. Se produce fie prin fractura bazei craniului sau prin fractura crano-cerebrala în interesul și oasele de bază (fracturi de la boltă, la baza de fractură cuprindând și interesând și oasele de bază: ramurile temporale, sfenoid, oasele temporale, porțiunile orizontale a sfenoidului) fie prin fracturarea directă numai a unuia sau mai multor oase (fig. 190). Acestea sunt fracturi de bază cranială.

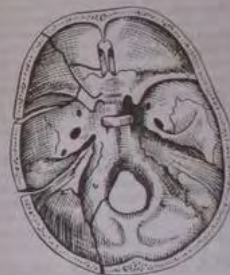


Fig. 100 - Diemys stephensi
from the island of Socotra
in the Indian Ocean. The specimen
is a male, with the carapace
showing the characteristic
scutes.

Interac. dacă au fost lezate membrane sau mucoase de la nivelul nasului, gurii, urechii;
nu interac. dacă nu au fost lezate aceste membrane sau mucoase.

Aspectul și formele fracturilor de bază închise sunt similare cu cele dintr-un capitolul "Traumatisme craniocerebrale închise".

■ Semnele cele mai caracteristice ale fracturilor de bază deschise sunt:
a) Scurgerea de lichid cefalorahidian amestecat cu sânge sau chiar cu sârmă deschisă și deosebită de lichid cefalorahidian deschis, cu toate simptomele și sindroamele caracteristice acestui tip de leziune. Uneori este greu de spus dacă lichidul este sârmă sau lichid cefalorahidian. Deosebirea se face prin faptul că sârmă provenită dintr-o fractură a bazei craniului dacă este amestecată și cu lichid cefalorahidian este mai apoasă.

b) Leziuni de tip infecțios ale meningelui și creierului (meningo, meningocelulite, abcese cerebrale) sunt datorate faptului că e vorba de o fractură deschisă cu stare de contuzie superficială sau profundă, care poate fi urmată deosebi de meningită.

c) Echinomizele. Apur de obicei la pleoape, bilaterale și tardive (la 2-4 zile după accident) deși în jurul acestora nu există adeseori nici o urmă de traumatism, sunt un semn caracteristic pentru fractura de bază (atât închisă cât și deschisă) care se deosebește de echimoză care apare după un traumatism direct, proiecție în regiunea ochiului sau a frunții, aceasta din urmă fiind de obicei unilaterală, percută și se apropriează ei putându-se vedea adesea semnul traumatismului.

d) Leziuni nervoase. Aceste leziuni apar de asemenea în ambele tipuri de fracturi de bază. Pot merge până la paralizii ale nervilor cranieni, determinate de faza de fragmente osoase rezolvate din fractură.

În afara semnelor menționate mai sus, diagnosticul poate fi precizat și prin poză rahidiană la care, dacă se scoate lichid cefalorahidian sanguinolent, este o dovadă în plus că poate fi vorba de o fractură de bază a craniului. Această poză este considerată periculoasă; făcută însă cu elementară prudență și mai ales dacă se extrage o cantitate mică de lichid, nu este deloc periculoasă.

Radiografia este de mare ajutor, putând arăta prezența și locul unde sunt staturile fracturii.

Sunt utile de asemenea și celelalte investigații menționate la capitolul "Craniocerebrale".

■ Tratamentul poate să se rezume, în cazurile simple, la un regim postural - la pat - urmat de un tratament simptomatic pentru cefalee, care în fracturile de bază de craniu, apare foarte frecvent și pentru o perioadă lungă de timp.

În cazul fracturilor de bază cu leziuni grave cerebrale (distrugeră de substanță cerebrală) se aplică tratamentul care s-a menționat în capitolul despre contuziile cerebrale grave.

24.2. TRAUMATISMELE MAXILO-FACIALE

Traumatismele maxilo-faciale prezintă caracteristici care le fac să se deosebească în bună măsură de ale altor regiuni, atât în ceea ce privește simptomele, cât și în ceea ce privește atitudinea terapeutică.

Leziunile traumatice interesează plăgile moi, oasele feței și în special dentare, însoțite prin complicațiile la care expun; tinerii prin sechelele morfologice și funcționale pe care le lasă.

Pe lângă distrugeră funcționale, obținute, distrugeră esthetice și contuziile țesuturilor moi, deosebite în distribuție, uneori foarte grave, face ca dinde maxilo-faciale să se deosebească în mod cu totul deosebit asupra pulcilor bolnavilor, agravând mult prognosticul.

În general, traumatismele maxilo-faciale se asociază cu leziuni craniocerebrale, mai puțin pe primul plan ca importanță simptomatologică și gravitate vitală, însoțite prin prezența de leziuni.

Dacă se asociază cavități bucale în care, de regulă, plăgile și fracturile sunt profunde, aceste leziuni maxilo-faciale sunt rapid infectate, astfel încât riscul de sepsis este iminent.

Traumatismele maxilo-faciale prezintă de multe ori leziuni ce pun în pericol viața bolnavilor prin obstrucția căilor respiratorii și hemoragii masive, fapt ce impune luarea măsurilor urgente de asigurare prognosticului vital.

Tratamentul plăgilor maxilo-faciale deosebit patru etape:

1) tratamentul de urgență pentru tulburări grave care primează viața (obstrucția căilor respiratorii, hemoragii, șoc);

2) tratamentul imediat al plăgilor;

3) tratamentul definitiv al leziunilor osoase și ale părților moi;

4) tratamentul de corectare.

Tratamentul trebuie individualizat în funcție de formele anatomo-clinice și adaptat la starea în raport cu procesul evolutiv al leziunilor.

1) parte din îngrijiri trebuie să fie date imediat, la locul rănirii sau la postul de prim ajutor cel mai apropiat, urmând ca tratamentul să fie continuat în serviciile de specialitate.

2) Cu principiul de bază primele îngrijiri trebuie să se adreseze acelor tulburări care amenință viața sau care prezintă riscul de a deveni rapid ireversibile; numai după ce s-a îndepărtat pericolul vital imediat, se va trece la tratamentul leziunilor locale ale plăgilor moi și osoase.

3) Cum se va proceda?

4) Rănitul trebuie scos cât mai repede din locul accidentului și deșăruit de tot ce poate reprezenta stază sa, incomodând în același timp efectuarea măsurilor de asistență medicală. Va fi așezat în poziția zisă "de securitate" pe o parte, cu capul ușor decliv, astfel încât să se îndepărteze tot ce ar jena respirația și circulația (îmbrăcămintea prea strânsă, creșterea etc.).

În general, ne găsim în fața următoarelor categorii de răniri:

a) răniri cu leziuni întinse maxilo-faciale asociate cu alte leziuni și în primul rând craniocerebrale;

b) răniri în care tabloul clinic este dominat de amploarea leziunilor maxilo-faciale, cu asocierea totuși a celorlalte organe;

c) răniri în care plăgile maxilo-faciale nu afectează starea generală.

În rănirile grave la locul accidentului sau la postul de prim ajutor, se vor lua măsurile necesare pentru urgență:

- înălțarea pericrului: va fi prin opoziția hemostatică, îndalțarea sublinguală, prevenirea și combaterea șocului;
- tratamentul numai al plăgilor: curățirea mecanică, îndalțarea corpilor străini superficiali ușor accesibili, acoperirea cu pansament a plăgilor deschise sau unei înfrământări sau înfrământări;
- asigurarea condițiilor adecvate de transport la serviciile de specialitate, în raport cu gravitatea leziunilor ce impun prioritate terapeutică.

24.2.1. Tratamentul de urgență pentru înălțarea pericrului vital

24.2.1.1. Controlul surselor importante de sângerare. Hemostaza

În rănile maxilo-faciale hemoragia este totdeauna abundentă de la început, din cauza opoziției sangvine, alături însă pierderea de sânge este abundentă și continuă, în caz caz se poate interveni prin următoarele mijloace:

- pensarea și legarea vaselor este posibilă în rănile tăiate cu margine netă sau se poate face în rănile zdrobite, profunde;
- tamponamentul compresiv este indicat în sângerările în masă și mai ales în rănile osoase și se face prin înălțarea de meșe iodofornate în rănile;
- hemoragiile nazale pot fi oprite prin tamponament anterior sau posterior;
- în rănile limbii, hemostaza se va face prin tamponament sau prin sutură în masă. Legătura arterei linguale se practică excepțional;
- în rănile planșului bucal, hemostaza se poate face cu ajutorul pernei Katanian care prezintă două picote, aplicate una sublingual și alta submentonier și submentonier, punzând între ele toată grosimea planșului bucal;
- în hemoragiile abundente, din vase profunde, care nu pot fi desiccate și este tamponate, se va face imediat hemostaza provizorie prin compresia arterei carotide, urmată de legătura la distanță a arterelor care urcă regiunea respectivă sau chiar artera carotidă externă.

24.2.1.2. Controlul și asigurarea permeabilității căilor respiratorii superioare

În traumatismele maxilo-faciale prin complexitatea și gravitatea lor se pot produce obstrucții ale căilor aeriene superioare și în consecință asfixia traumatizată.

- Pentru controlul și asigurarea permeabilității căilor aeriene superioare se va proceda astfel:
- cu degetul înfigurât cu o compresă sau tampon fixat pe o pensă, se preia fundul gâtului, se îndalță chiugurile și corpul străin;
 - în asfixia prin căderea limbii, se prinde limba cu o pensă sau cu degetele și se trage în afară; pentru a o menține, se fixează cu o pipă Gueddel, sau în lipsă, se trage un fir prin vârful limbii care este apoi fixat la haină, la pansament etc.;
 - în asfixia prin edem sau prin hematomi al bazei limbii se va face tracheotomie sau intubație orotracheală.

Pentru controlul și asigurarea permeabilității căilor aeriene inferioare și se poate face tracheotomie. Aceasta va fi însoțită în unele cazuri de asfixia, cu oprită imediată a sângerării.

24.2.2. Tratamentul imediat (de urgență) al plăgii

Tratamentul imediat al plăgii are scopul de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția.

Tratamentul imediat al plăgii are scopul de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția.

Tratamentul imediat al plăgii are scopul de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția.

Tratamentul imediat al plăgii are scopul de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția. Scopul este de a preveni sângerarea și de a preveni infecția.

24.2.3. Tratamentul definitiv al leziunilor părților moi și osoase

Tratamentul definitiv al leziunilor părților moi și al leziunilor osoase va fi făcut de serviciile de specialitate și constă în reducerea și imobilizarea definitivă a fracturilor și în realizarea de refacerea plastică a părților moi, pentru a se realiza reconstrucția morfinică și funcțională a regiunii.

24.2.4. Tratamentul de corectare

Ultima etapă în tratamentul plăgilor buco-maxilo-faciale este aceea de reconstrucție plastică a părților moi și a aparatului maxilo-dentar, astfel încât pe lângă obținerea aspectului normal și a funcțiilor multiple ale regiunii, să ofere și un aspect estetic.



Fig. 191 - Fractură comminativă a corpului vertebral



Fig. 192 - Fractură cu fisură transversală a corpului vertebral

din cauza mișcărilor violente de flexie și extensie pe care traumatismul le imprimă coloanei vertebrale în momentul impactului.

24.4.1. Leziunile anatomico-patologice în fracturile de coloană vertebrală

După cum se știe, vertebra este formată din două segmente anatomico-funcționale: corpul vertebral și arcul vertebral; între cele două segmente se delimitează canalul vertebral înăuntrul căruia se găsește măduva spinării. Gravitatea imediată a fracturii de coloană vertebrală constă în faptul că prin lezarea oricăruia din aceste segmente, măduva spinării, sau cel puțin fasciculele nervoase care vin și pleacă de la ea, pot fi zdrobite, fapt care are drept consecință grave tulburări senzitive și motorii.

În ceea ce privește aspectul anatomico-patologic al leziunilor medulare, deosebim următoarele forme:

24.4.1.1. Comoția medulară

Este vorba de o leziune simplă, fără modificări evidente anatomico-patologice la nivelul măduvei. Răsunetul clinic constă în simple parestezii, fulgurații în membre, care dispar complet în scurt timp după accident.

24.4.1.2. Connexia medulară
Este leziune mai gravă a coloanei vertebrale, care constă din leziuni medulare. În unele cazuri, se poate observa și o fraktură nervoasă componentă ale măduvei. În măduva spinării, care se găsește la distanță de locul unde au luat naștere și se produce prin mișcările violente de flexie și extensie, se formează adesea hematoame, care produc prin compresia dură a segmentului respectiv din măduvă. Cu cât leziunea este mai gravă, cu atât efectul nociv poate fi mai grav, deosebite se produc tulburări pe toată întindea măduvei.

24.4.1.3. Compresiunea medulară

Odată cu fractura se deplasează un fragment osos care pătrunde în canalul vertebral, dintr-o măduva este compresionat de acest fragment. Leziunea medulară, datorită acestei compresii, poate fi foarte gravă dacă efectul de compresie se realizează asupra măduvei, care este foarte sensibilă la astfel de compresii. Dacă prin compresie se deplasează și discul intervertebral, acesta poate să deformeze și să comprimeze și pe suprafața vertebrală și alina în canalul medular. Un alt efect de compresie îl pot produce și procesele cicatriceale (arahnoidite) care apar în urma măduvei spinării. Acest proces patologic de compresie se manifestă mai puțin timp de la traumatism.

24.4.1.4. Dilacerarea medulară

Este leziune medulară traumatică de cea mai mai gravă. Ea se produce în urma unei fracturi complete, cu distrugeri masive ale vertebrelor. În această situație este foarte ușor să se distrugă și măduva spinării, provocată fie de un fragment osos voluminos, care a pătruns în canalul medular și a secționat măduva, fie prin alungirea - lovirea - a coloanei vertebrale, sau torsiune, care pot să deformeze și să distrugă și o distrug.

24.4.2. Simptomatologia

1) Durerea. Cel mai frecvent semn al unei fracturi vertebrale este durerea locală la nivelul unei vertebre sau al unui grup de vertebre. Durerea, element subiectiv, poate fi obiectivizată prin presiunea exercitată pe vertebra respectivă. În caz de leziune traumatică se află la nivelul vertebrelor cervicale, accidentatul, pentru a alina durerea, declanșate de mișcările ce se efectuează în focarul de fractură, își țin capul cu ambele mâini. Este o atitudine caracteristică, important de a fi remarcată și interpretată corect, pentru a se lua măsuri urgente de imobilizare a coloanei cervicale, știut fiind că fracturile de coloană cervicală sunt extrem de grave, de puțin timp la secționarea (dilacerarea) măduvei spinării, urmată de paralizii, care interzic orice tentative de salvare.

Uneori este dificil de localizat durerea existentă la nivelul coloanei vertebrale; durerea imobilizată sun de cele mai multe ori în stare de inconștiență sau se plâng de durere în alte zone ale corpului: abdomen, torace, bazin, membre etc., ori au chiar leziuni evidente în aceste segmente ale corpului.

Este necesar ca bolnavul să fie examinat complet și să se obiectiveze o durere vertebrală, care poate depista o fractură vertebrală. Chiar dacă la

prima examinare dinaintea bolnavului atenția a fost îndreptată asupra unor lucruri care mai târziu și mai apoi de trecut, în transmiterea acestor, erau, în plus, deosebit de importante: interviul cu coloneii vertebrali. Căutăm, deci, care dintre noi mai puțin în prezența bolnavului, poate fi de un real folos în acest sens pentru că el poate spune că bolnavul se plânge de dureri la nivelul coloanei vertebrale, atunci când el poate spune pentru a fi se arată puțin, când și se poate plimba sau la prima întâlnire din pat, la o dată asupra acestui fapt, deoarece o vertebrelă lezată traumatic și deforma pur și simplu, dacă în sine cunoscută înseamnă după accident, poate produce mai puțin gravă și mai puțin o secționare medulară, atunci când se execută și manevra pe corpul său accidental, sau când acesta începe să se mobilizeze singur. Chiar dacă nu a fost încă această situație dramatică, mai târziu se va produce o deformare progresivă a structurii normale a coloanei vertebrale, deformare care este de obicei imposibil de oprit în evoluție. Se poate ajunge la sindromul Kummel-Vernet, sindrom foarte rar, pe care îl menționăm aici, pe de o parte datorită gravității sale, iar pe de altă parte pentru că în asemenea invaliditate poate fi evitată prin diagnosticul corect și flicul la timp al unui fractur. Este vorba în acest sindrom, de o apofiză posttraumatică conștientă în dureri la nivelul vertebrelor traumatizate, nevralgic intens, tulburări motrice și senzitive, care o ghiblizare accentuată, care face ca bolnavul să meargă cu capul și trunchiul mai aplicat înainte, deci o invaliditate extrem de gravă.

b) *Deformarea locală.* Acest semn completează cele spuse mai sus, în cazul tasării unei vertebre și a slăbiciunii posteroare a vertebrei traumatizate, în cazul unui traumatism, se poate observa o proeminență orizontală - o ușoară gibozitate - determinată de vertebrele tasate, care slăbesc din sistemul normal vertebral. La nivelul gibozității care se pune în evidență prin inspecție și palparea, bolnavul are dureri accentuate, care se pun în evidență prin mișcările involuntare, prin forma de gibozitate.

Deformarea locală este predominant posterioră, sub formă de gibă (cidroză), dar poate fi uneori și laterală (scolioză dreaptă sau stângă) sau combinată (cifoscolioză).

Pot exista fracturi netaie ale apofizelor vertebrale (transverse sau spinose), care produc mici deformări locale. Fracturile se pot pune în evidență și prin faptul că unele sunt fragmente osoase mobile.

c) **Contractura musculară.** Pentru a imobiliza focarul de fractură în stupoare, imediat după fractură, mușchii din jurul focarului de fractură se contractă, luând puncte de sprijin în vertebrele sâmbătite și cuprinzând la mijloc vertebrele traumatizate. Contractura se poate pune în evidență la inspectarea coloanei vertebrale sau la palpare.

d) **Modificări de culoare și tumefieri ale pielii.** Datorită sângelui toxi din focul de fractură (mai ales dacă se fracturază apofizele vertebrale), se pot vedea în jurul focului de fractură pete echimotice precum și denivelări (tumefieri) ale pielii. Căuza revărsării sângelui este a sângelui.

e) *Aspectul radiologic.* De o importanță covârșitoare este imaginea radiologică a coloanei vertebrale, este necesar să se efectueze un control radiologic al coloanei vertebrale; acest control este atât mai necesar atunci când examenul clinic a evidențiat unul din semnele enunțate mai sus. Astăzi se apreciază că nu sunt suficiente numai radiografiile de față și profil, trebuie să se execute și radiografiile în poziții oblice, singurele care pot evidenția toate arcurile posterior și ale apofizelor vertebrale.

[illegible]

la femeile gravide, este interesantă din punct de vedere fiziologic, deoarece este asociată cu o creștere a activității sistemului nervos central și a activității sistemului cardiovascular. În timpul sarcinii, activitatea sistemului nervos central este stimulată de către hormonii placentei, care au un efect stimulant asupra sistemului nervos central. Acest lucru se poate observa în creșterea activității sistemului nervos central la femeile gravide, care este asociată cu o creștere a activității sistemului cardiovascular. În timpul sarcinii, activitatea sistemului nervos central este stimulată de către hormonii placentei, care au un efect stimulant asupra sistemului nervos central. Acest lucru se poate observa în creșterea activității sistemului nervos central la femeile gravide, care este asociată cu o creștere a activității sistemului cardiovascular.

Leziunile servitoare încep de la simple paraziți sau porci (în cazul
leziunilor intestinale) până la leziuni grave (în cazul leziunilor
intestinale). Leziunile grave sunt însoțite de tulburări sistematice (gripă, febră,
leziuni de țesut intestinal, complicații rebelle), tulburări trofice (accidentat) și
leziuni de țesut (care sînt) etc.

Pentru un tratament foarte intens și adecvat, unele din aceste tulburări cedează la tratament, complicațiile se pot evita sau vindeca, astfel fiindcă este necesar să muncim în sensul de a evita și de a preveni aceste tulburări.

24.4.3. Diagnosticul diferential

24.4.3. Diagnosticul diferențial

Iată în fine la discuție bolile care duc, de asemenea, la gîzozitate și la leziuni vertebrale, spre exemplu tuberculoza vertebrală (morbul Pott), precum și examenul radiologic pentru traumatismului (recent sau în antecedente), precum și examenul radiologic pentru diagnosticarea fracturilor patologice determinate de diverse afecțiuni osoase. Mai pot fi discutate unele fracturi patologice determinate de diferite afecțiuni osoase. În general, cu puțin spirit de discernămint, folosind corect datele furnizate de examenul radiologic, se poate pune cu ușurință un diagnostic precis de boală gîzozantă a coloanei vertebrale și se poate doborî acestă de alte afecțiuni.

24.4.4. Complicații

24.4.4. Complicații

Atunci cînd sunt largi de complicații pot însoți traumatismele coloanei vertebrale.

a) Complicații pulmonare: Acești traumatizări fac frecvent bronhopneumonii sau
sindrom pulmonare. Ele sunt determinate de tulburări de ventilație, produse de supratensiuni
intratoracice în mușchii respiratorii, atunci cînd leziunea traumatică vertebrală este sus-
ținută.

ii) Infecția urinară este determinată de multe ori de sondarea repetată a bazei. Se mai arată că din cauza tulburărilor sfinterice, acești bolnavi fac mișcări de mână (glob vezical). Pentru evitarea apariției infecției vezicale, este necesar

c) *Inferior meningea* are de obicei traumatismele deschise, uneori este sursă de meningită originea sânu aplice, deoarece de cele mai multe ori acești bolnavi sunt mari traumatizați, cu tulburări respiratorii sau urinare concomitente.

24.4.5. Tratamentul

[illegible]

...chiar și radiologică. La spital, deși
...el nu se consideră că poate fi pus în circulația curentă
...să înfrace complet trunchiul pentru a imobiliza curent

...de complicații neurologice, determinate de complicații neurochirurgicale, asupra cărora nu avem control.

În cazul în care nu s-a produs vindecarea focarului de tracură și
rând nu s-a produs vindecarea focarului de tracură și

...medii, elemente de permanență lângă bolnav pot realiza

... în caz de secară, de muncă și reînnoirea
de mai bună în procesul de muncă și reînnoirea
... în caz de secară, de muncă și reînnoirea

24.5. TRAUMATISMELE TORACELUI

...din traumatismele toracice, 20% se
determine de accidente prin căderi de la înălțime, 20% se
determine de accidente prin lovituri (acte de agresiune), aluneări

...ele rezolvându-se prin o terapie
...pot avea o insuficiență respiratorie acută.
...în aceste din urmă eventualități, es-
...cea de care vi-

24.5.1. Traumatisme toracice fără insuficiență respiratorie

24.5.1. Traumatisme toracice fără insuficiență respiratorie acută și fără insuficiență circulatorie acută

24.5.1.1. Confuzia toracei

24.5.1.1. Contuzia toracelui
 Este vorba de traumatisme ale toracelui care nu au produs leziuni importante. Este vorba de contuzii sunt foarte bine suportate de tineri, datorită elasticității grăjului lor. Simptomele sunt durerea, umflarea și roșeața. Dacă durerea este foarte puternică și de lungă durată, se poate suspecta o fractură de costă.

Tratamentul. Durerea se calmează numai la analgezice (Mydocalm, Almagel, Faspical, Pinfin, Buralin, Fortal) sau după infiltrări cu Novocaină cu Adrenalină și odoinei pentru scurta durată. Durerea dispare complet abia după 2-4 zile. Recomandăm asocierea anestezicului cu o fiolă de Hidrocortizon acut.

Este o colecție sero-hemolitică, care se produce la locul tranziției între procesele de hemoliză și coagulare. Este caracterizată prin următoarele aspecte: este înaltă și are o formă de con, are o consistență gelatinasă, este de culoare roșie închisă, este foarte fragilă și se destramă ușor la atingere. Este foarte abundentă și se găsește în toate părțile corpului, atunci când corpul cade sau alunecă (se fracă) timp de evitarea dintr-un vehicul, pe o suprafață dură. Decolarea pielii poate să apară și în cazul în care un obiect care, conținând, în mișcare a lovit direct sau tangențial, pe unele părți - corpul celui accidentat. În aceste două eventualități, stratul profund al pielii, aderenți la fascii și mușchi - se rupe, pielea se desface de fascii, vasele limitate de sânge dintr-o parte și de stratul de rup și se creează sub piele o colecție de sânge și limfă. În unele cazuri această colecție poate atinge un volum foarte mare (1-2 litri). Colecția se evidențiază prin bombarea pielii. Este de la sine înțeles că această hemoragie și limfografie acută internă, dacă este foarte voluminoasă, poate pune în pericol viața accidentatului prin cantitatea de masă sangvinolinfatică acumulată în circulație. Hematomul poate apărea și prin hemoragie ce pleacă de la coaste sau sâmbet intercostale rupte.

De cele mai multe ori, pe suprafața pielii sunt care există o asimetrie copleșitoare în *adânc plăgi superficiale sau simple escoriații*. Ele trebuie să fie tratate cu atenție, nu numai că de la nivelul lor pot pieca în profunzime germeni patogeni, care se găsesc în colecția limfo-hematică subiacentă un bun modin de cultură. Drept urmare, colecția incipient sterilă, se transformă într-o colecție purulentă. De multe ori pielea cu vase rupte nu mai are vitalitate și se necrozează. Ea trebuie, în acest caz, excizată, iar defectul rezultat trebuie acoperit prin grefe de piele liberă despicată. Adesea, sub piele decolorată și neviabilă sunt multe leziuni ce trebuie tratate concomitent (vezi mai jos).

24.5.1.3. Rupturile musculare

O lovitură puternică aplicată direct poate să producă și o ruptură musculară, de obicei numai pe mușchii mari: mușchii pectorali și murele dorsal. Inedea după accident diagnosticul de ruptură musculară este ușor de pus, fiindcă la locul ripării se observă o adâncitură determinată de absența mușchiului în spațiul respectiv (capetele rupte, au făcut un gol). Ceva mai târziu, acest gol este ocupat de un hematom (de prindere capetele mușchiului) și diagnosticul este mai greu de stabilit. Totuși, imobilizarea funcțională și durerea extrem de vie de la acest nivel pot conduce spre un diagnostic corect.

Tratamentul constă în sutura mușchiului, operație care se poate efectua într-o secție chirurgicală. După intervenția chirurgicală, se face imobilizarea regională.

• Sindromul de compresune

24.3.1.5. Fractura unui număr redus de coaste
 Cel mai frecvent: 1-3 coaste, și mai ales dacă
 costelul este suportat cu

la simptomele respiratorii sau ale brațelor. Dacă
la unghiul impartiilor fracturilor, se percepe un zgornit caracteristic
și când este în bănuș prezența fracturilor, se freacă între ele: crepitații osoase. Aceste crepitații
sunt cauzate de capetele oaselor care se freacă între ele: două segmente osoase ale fracturii
și se pot pune în evidență și dacă se apasă cele două segmente osoase ale fracturii
pe lângă ele. Dacă ambele brațe sunt în bănuș, deosebite, deoarece provoacă dureri vii
într-o mișcare încoace sau în sus și în jos. În sfârșit, examenul radiografic deosebit
este foarte important pentru a se putea vedea focarele de fractură.

b) Trăimamentul constă în repaus la pat, administrare de analgezice: Fuscional
sau Polifen ori Algomalmin (pe cale injectabilă sau pe cale bucală) și infiltrații
la Proctin - Xilid + Hidrocortison acetat, ale nervilor intercostali ai coastelor fracturate.

În cazul fracturii mai multor coaste (pluricostale), se pot deosebi două tablouri
distincte (deci 2 tipuri de fracturi pluricostale):

- Fracturi pluricostale fără volet costal.
- Fracturi pluricostale cu volet costal.

În ambele tipuri apar insuficiențe respiratorii și circulatorii acute, care pot fi foarte extinse de accentuate și se pot termina cu moartea accidentală.

24.5.2.1. Fracturi pluricostale fără volet costal

Sunt traumatisme grave, întrucât din cauza durerii provocate de leziunile multiple, ca și din cauza alterării integrității lor, coastele fac mișcări de amplitudine mult mai redusă față de normal, ceea ce duce în scurtă vreme la insuficiență hemodinamică și, în consecință, la insuficiență respiratorie acută.

■ **Tratamentul.** Accidentatul trebuie acuzat repede din momentul insuficienței respiratorii acute. Pentru aceasta se vor administra calmante generale: Alfentanil, Fentanyl, Fentanyl. Nu se vor administra Morfină, Midolgin sau preparate similare, deoarece acestea deprimează centrul respirator. Imediat ce există posibilitatea, se face infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie. În consecință hematoma se ameliorează. Pentru îndepărtarea durerii nu recomandăm aplicarea de bandaje toracice, deoarece acestea vor imobiliza fractura și nu o vor diminua durerea, în schimb bandajul toracic va reduce capacitatea de expansiune și a hemitoracelui sănătos, fapt ce favorizează instalarea insuficienței respiratorii acute, prin reducerea câmpului de hematoma.

La locul accidentului și în timpul transportului, ori de câte ori se poate, iar în spital întotdeauna, se administrează bolnavului oxigen pe mască sau sondă nazală, în puțin în primele zile după traumatism. În cazul în care au fost rănite plămânii și au apărut complicații de tip pneumotorax sau hemotorax, se va proceda așa cum s-a vă arătat într-un paragraf următor.

24.5.2.2. Fracturi pluricostale cu volet costal

Prin volet costal se înțelege fracturarea mai multor coaste deodată, coastele fiind fracturate în câte două sau mai multe puncte distanțate între ele (fracturi bi- sau multi-focare). Se creează în felul acesta o suprafață - un fel de plavou (volet) care, nu mai este intim legat de restul grilajului costal, și deci nu mai execută în timpul inspirației mișcări de extensie obișnuite; mai mult chiar, sub presiunea aerului atmosferic voletul se adâncește în torace și compresează organele de aici, diminuând mult capacitatea de oxigenare a sângelui (hipoxie).

Consecințele acestei situații patologice traumatiche, producerea insuficienței respiratorii acute, sunt cianoza accentuată și tahipneea - peste 20-25 de respirații pe minut - simptome care sunt cu atât mai accentuate cu cât voletul costal are o lățime mai mare și apasă pe o suprafață mai largă de plămân, pe care o scoate din funcțiune.

La această insuficiență respiratorie acută (I.R.A.) se adaugă și o insuficiență circulatorie acută (I.C.A.) determinată de mai mulți factori: unui mecanici și alții volenici (scăderea volumului sanguin circulator). Factorii mecanici sunt: dezechilibrul de presiune intrapleurale între hemitoracele sănătos și cel lezat, respectiv buland mediastinal secundar; compresie directă a inimii și a vaselor mari de către coaste fracturate care constituie voletul; sângele revărsat în cavitatea pleurală (hemotorax), în pericard (hemopericard) ori în mediastin. Factorii volenici sunt determinați de lipsa din circulație a unei mari cantități de sânge; hemoragii în pleură, pericard și mediastin sau fuga apei din circulație în țesuturi, agravată și de rămânerea unei mari cantități de sânge în vasele periferice, ca efect al puternicului șoc traumatic ce a avut loc.

a) **Semnele clinice** sunt cele ale unui șoc grav decompensat: tensiunea arterială scăzută, puls rapid și depresibil, transpirații reci, adinamie, stare precomatoasă sau

comatoasă, mișcări și de temperaturile specifice insuficienței respiratorii acute, cianoză.

■ **Tratamentul.** Tratamentul costelor care nu au adesea grav de consecință, 3-4 în număr, se face prin infiltrații locale, care au să amelioreze mișcările parietale ale voletului.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

■ **Tratamentul.** În cazul mișcărilor respiratorii, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie infiltrarea nervilor intercostali cu Procaină sau Xilină și Hidrocortizon acut, înlocuind la fiecare mișcare respiratorie.

24.5.3. Complicațiile traumatismelor toracice și ale fracturilor costale

Traumatismele toracice pot să intereseze, adeseori, și organele situate în torace. Organele de aici și funcțiile lor sunt lezate fie prin corpul contondent, care creează o plăgi perforantă ce determină apariția unui pneumotorax, a unui hemotorax sau chiar a unei leziuni pulmonare, cardiace sau vasculare fie chiar prin fragmentele costale - fracturi - care dilatează aceste organe.

Atât de leziuni sunt extrem de grave, salvarea accidentatului neputându-se face decât dacă se are la timp măsuri terapeutice adecvate, în spitale de specialitate.

Un astfel de caz capitol vom trata - foarte succint - următoarele sindroame:

24.5.3.1. Hemoragiile intrapleurale (hemotoraxul)

Constituie o complicație frecventă a fracturilor costale. Hemoragiile se produc prin ruperea de vase sanguine din plămâni, pleură, mușchi intercostali, sau prin ruperea vaselor mari interne ori a vaselor intercostale; sângele revărsându-se în cavitatea pleurală.

■ **Sintomatologie.** Dacă revărsatul sanguin este în cantitate mică, semnele clinice sunt foarte reduse. Adeseori se decelează prezența revărsatului numai prin examen radiologic sau prin puncție exploratorie.

■ **Semnele clinice** sunt cele ale unei insuficiențe circulatorii acute (tensiune arterială scăzută, puls accelerat, stare lipotimică, scăderea hemoglobinei din sânge, a

hematocritului și globulelor roșii etc.). La women se adaugă fenomenul de insuficiență respiratorie acută (cianoză, respirație frecventă etc.) datorită, aici, scăderii masei de sânge circulant, cât și faptului că sângele din cavitățile pleurale comprimă plămânii, scăzând capacitatea de oxigenare a sângelui. Hemotoraxul poate produce și dezechilibrul și masivă a organelor mediastinului spre hemitoracele sănătos cu consecințe vitale din cele mai grave. La percuție se găsește matitate, la auscultație nu se mai auză semnele respirației normale, iar la puncția toracică se evacuează sânge. Examenul radiologic este foarte util; el oferă relații atât în legătură cu cantitatea de sânge revărsat în cavitatea pleurală, cât și cu privire la deplasările mediastinului și la starea hemitoracei sănătoase.

■ **Tratamentul** hemotoraxului constă în evacuarea sângelui prin puncție aspirativă. Pentru a se evita comprimarea plămânului și deci insuficiența respiratorie. În cazul când traumatizatul ajunge într-un serviciu chirurgical se va proceda la o toracotomie mică, la baza hemitoracei, introducerea unui tub de dren (recomandăm o sondă Pezzoni) și aspirarea continuă a cavității pleurale până când avem certitudinea că s-a prins în sângele din cavitate. Dacă sângerarea nu are tendință să se oprească, pentru a se evita o insuficiență circulatorie acută care se termină adeseori cu moartea, este indicat să se intervină de urgență chirurgical. Se execută toracotomia și se tratează leziunea care determină hemoragia.

În caz de hemoragie mare, se completează tratamentul de mai sus cu compensarea cantității de sânge pierdută prin transfuzii. Antibioterapia, vitaminoterapia și oxigenoterapia sunt obligatorii.

24.5.3.2. Pneumotoraxul

Pneumotoraxul este prezența de aer între cele două foițe pleurale (pleura parietală și pleura viscerală - pulmonară). Pneumotoraxul poate fi traumatic și spontan sau traumatic. Pneumotoraxul terapeutic constă în introducerea de aer în cavitatea pleurală și comprimarea (colabarea) în consecință a plămânului. În cazul pneumotoraxului terapeutic, se introduce aer treptat - câteva zile consecutiv - în cavitatea pleurală, fapt care permite organismului să se adapteze la condițiile nou create (suprafață redusă de hematoză, rezultată din colabarea plămânului), motiv pentru care organismul adaptat treptat la noua situație nu suferă.

În cazul pneumotoraxului traumatic produs printr-o plagă penetrantă a toracelui, pătrunderea de aer între cele două pleure fiind bruscă, masivă și însoțită de deplasări ale mediastinului, noua situație creată este foarte greu de suportat; asemenea accidente pot fi rapid mortale (fig. 193).

■ **Simptomatologia.** La bolnavii cu pneumotorax traumatic se remarcă fenomene de insuficiență respiratorie acută, asociate cu o tuse chinătoare. Ei au adeseori emfizem subcutanat (bule de aer sub piele). Aerul pătrunde sub piele prin plaga creată de coastele fracturate, care lezează atât părțile moi, pleurile, cât și plămânul și căile aeriene (deci aerul pătrunde dinăuntru, dinspre bronhii și plămân sub piele) dar favorizat de rupturi făcute în plămân de coastele fracturate.

În caz de pneumomediastin, aerul pătrunde și sub pielea gâtului, a feței și a capului, lumefiind foarte mult aceste regiuni.

■ **Tratamentul.** În cazul unei plăgi toracice, în care cavitatea pleurală comunică cu exteriorul și plămânul este comprimat masiv de presiunea atmosferică, tratamentul

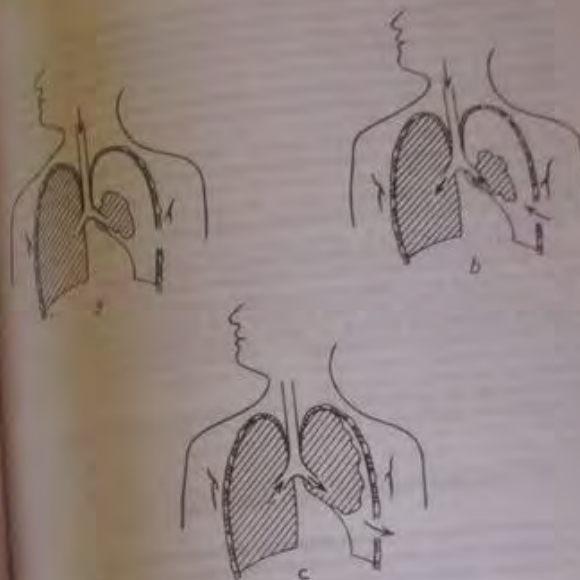


Fig. 193. Mecanisme patologice în pneumotorax deschis: a) volumul plămânului în poziția respiratorie; b) în inspirație - plămânul și mărimea volumului; c) în expirație - plămânul și mărimea volumului. Se observă cum aerul pătrunde între foițele pleurale din partea traumatizată, care face ca aerul plămânului să fie practic nefuncțional.

constă în închiderea de urgență, prin mijlocul cel mai adecvat și posibil, a plăgii. Într-un spital nu se face pe cale chirurgicală; în afara spitalului, se aplică de urgență un bandaj compresiv sau, dacă e posibil, o sutură provizorie a plăgii, cu scopul de a nu permite aerului atmosferic să exercite presiune asupra plămânului și se transportă bolnavul la spital pentru explorare, tratament complex și închiderea plăgii.

În cazul pneumotoraxului, indicarea de canal, instaurarea conu în cavitatea pleurală, evacuarea accidentală și evacuarea de urgență a aerului din cavitatea pleurală, prin sistem de aspirație continuă, după o toracotomie minimă și aspirație continuă, sunt amănunțit mai sus. În felul acesta se realizează din nou plămânul la perete și se combat insuficiența respiratorie acută. În caz că este vorba de o ruptură mare a parenchimului pulmonar și a unor ramuri importante ale arborelui respirator, terapia modernă obligă la închiderea chirurgicală a acestora, în care scop se face toracotomie, se deschide zona lezată, care se suturază.

Traumatismele toracelui sunt adesea de o gravitate excepțională, traumatism grav, cu fenomene accentuate de insuficiență respiratorie și circulatorie acută, necesită transportarea urgentă de la locul accidentului, la o secție chirurgicală bine dotată și cu personal antrenat în tratarea acestor cazuri. Pe timpul transportului trebuie asigurată oxigenarea bolnavilor și evitată declanșarea șocului, oricând posibil la acest fel de traumatizați.

Nu trebuie uitat că adeseori fracturile situate la baza toracelui pot răni organe ca ficatul, splina, rinichii, precum și stomacul, determinând complicații suplimentare grave. Este deci necesar să nu se omită cercetarea existenței leziunilor acestor organe.

Terapeutică modernă este astăzi în mare progres în direcția vindecării efecelor produse de traumatismele toracelui. În spital, în afara tratării leziunii locale și a complicațiilor ei, tratamentul se orientează spre combaterea fenomenelor de insuficiență respiratorie și circulatorie acute. În general a stării grave de șoc așa cum am notat schematic, mai sus, precum și în capitolul "Șocul".

Tratamentul este dificil și rolul cadrelor medicale este esențial pentru evoluția bună a acestor bolnavi extrem de gravi.

24.6. TRAUMATISMELE ABDOMENULUI

Traumatismele abdominale se împart în două mari categorii:

- traumatisme închise (sau contuzii) ale abdomenului;
- traumatisme deschise (sau plăgi) ale abdomenului.

24.6.1. Traumatismele închise (contuziile)

Traumatismele închise ale abdomenului pot provoca leziuni numai ale peretelui abdominal, sau ale viscerelor (organelor abdominale).

În primul caz, tratamentul este de multe ori nesemnificativ și urmările traumatismului sunt minime; în al doilea caz este obligatoriu să se facă o intervenție chirurgicală din care de cele mai multe ori, accidentul se termină cu moartea bolnavului.

24.6.1.1. Leziuni numai ale peretelui abdominal

Fața anterioară a abdomenului este foarte des expusă agresiunilor. Cele mai frecvente leziuni sunt:

24.6.1.1.1. **Ecchimoza.** Aceasta se cuibăște în mod obișnuit în zona inferioară a abdomenului și este de obicei de dimensiuni mici, dar poate fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

24.6.1.1.2. **Hematomul suprapancreatic.** Este de dimensiuni mici și este situat în zona inferioară a abdomenului și este de obicei de dimensiuni mici, dar poate fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

24.6.1.1.3. **Hematomul subpancreatic și ruptura musculară.** Sunt leziuni foarte grave, care pot provoca hemoragii interne și pot fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

24.6.1.1.4. **Hematomul subcutanat.** Este de dimensiuni mici și este situat în zona inferioară a abdomenului și este de obicei de dimensiuni mici, dar poate fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

24.6.1.1.5. **Seromat.** Este o colecție subcutanată cu conținut limfatic, vezicular și este de dimensiuni mici și este situat în zona inferioară a abdomenului și este de obicei de dimensiuni mici, dar poate fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

24.6.1.1.6. **Fragmentul.** Numai elud există certitudinea că nu este o leziune de dimensiuni mici și este situat în zona inferioară a abdomenului și este de obicei de dimensiuni mici, dar poate fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

24.6.1.2. **Leziuni ale viscerelor abdominale.** Aceste leziuni sunt de dimensiuni mici și sunt situate în zona inferioară a abdomenului și sunt de obicei de dimensiuni mici, dar pot fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

24.6.2. Traumatismele deschise ale abdomenului. Plăgile abdomenului

Terminul de traumatism deschis abdominal sau de plagă abdominală se referă la o leziune a peretelui abdominal, cu sau fără leziuni viscerale.

Peretele abdominal se împarte în marea grupă a plăgilor, care au fost împinse pe lângă capitolul respectiv.

De cele mai multe ori, ele determină un sindrom complex, de o mare gravitate, care poate fi de dimensiuni mici și este situat în zona inferioară a abdomenului și este de obicei de dimensiuni mici, dar poate fi de dimensiuni mari, în caz de traumatism sever. Nu necesită nici un tratament deosebit.

Există numai că există 3 categorii de plăgi abdominale:

Păgă neplăcută care interzică purta sau total periculo abdominal: p
aproximate, munga si se oprește în peritoneu. Se numește neplăcută pentru că
perforația (penetrativă) peritoneu. Sunt plăgi care au nevoie de un tratament co
dus relativ simplu, în care caz au, în general, urmări bune.

24.6.2.2. Păgi penetrante
Păgi penetrante sunt acelea în care agentul traumatic a lezat țesutul peretelui abdominal, inclusiv peritoneul și a penetrat (a pătruns) în cavitățile peritoneale, neizolând însă nici un organ al cavității peritoneale.

Sunt plăgi grave, deoarece agentul traumatic, totdeauna septic, introduce în cavitatea peritoneală sau introduce corpuri străine infectate în această cavitate, producând peritonită. Peritonita poate să apară și prin contactul cavității peritoneale (deschise de plagă) cu exteriorul. Astfel apare sindromul de abdomen acut traumatic.

24.6.2.3. Plăgi perforante
Plăgi perforante sunt acele plăgi în care agentul traumatic, după ce a intrat în toate straturile peretelui abdominal, a ieșit și unul sau mai multe organe. Organele sunt lezate se împart în două grupe:

a) *organe pline*: ficat, splină, pancreas. Deși nu sunt "organe pline" în accepțiunea clinică, intră în această grupă și uterul, vasele și mezoanele;

- În cazul lezării organelor pline, se produce o **hemoragie**; în cazul lezării organelor cavitare, conținutul organelor se revărsă în cavitățile peritoneală și se produce o **peritonită**. În ambele cazuri, rezultatul este un abdomen chirurgical acut, pentru care este obligatoriu să se facă intervenție chirurgicală de urgență.

Vom atinge în mod special atenția că deosebiră între o plagă penetrantă și una nepenetrantă este adeseori greu de făcut chiar, prin examenul performanță și una nepenetrantă este obligatorie ca orice bolnav cu plagă a peretelui abdominal să fie explorat chirurgical, foarte minuțios, într-o sală de operație cu tot ce s'întreține necesar: echipă operatorie, anestezie generală, instrumentar complet etc. După ce s-a stabilit că plaga nu este penetrantă, și cu atât mai puțin perforantă, poate afirma că bolnavul nu are abdomen acut chirurgical, deci nu necesită o intervenție chirurgicală de mare amploare.

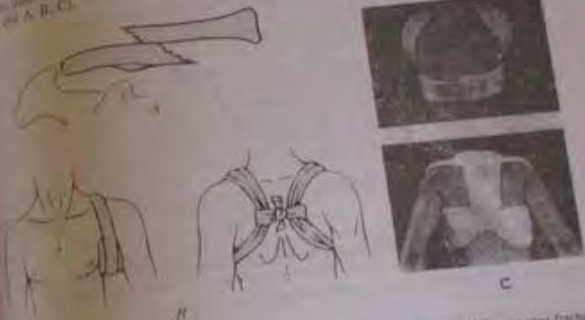
În capitolul de față vom prezenta principalele fracturi și luxații ale mandibulei.

24.7.1. Fracturile de continuitate la nivelul osului, produs

Prin fractura se înțelege o soluție de continuitate a osului. Uneori, fractura se produce în urma unui traumatism de o oarecare violență; uneori fractura se produce în urma unui traumatism de mai mică importanță care acționează asupra unui os fragilizat prin suferință anterioară (osteoporoză, tumoră osoasă, osteită etc.).

24.7.3.3. Fracturile membrilor superioare - se fracturează cu frecvență mai mică decât în cazul membrilor inferioare, datorită faptului că acestea sunt protejate de costele și de mușchii puternici care le susțin.

Fracturile claviculei. Clavicula se fracturează relativ ușor, de cele mai multe ori ca urmare a unei căderi pe mână. Clavicula se fracturează mai des în partea mijlocie, unde este ridicată prin tracțiunea pe sârmă.

[illegible]

II - imobilizarea unei fracturi de claviculă, C - imobilizarea unei fracturi de claviculă sau a unei entorse acromio-claviculare.

■ **Tratamentul.** Clavicula fiind un os subțire își formează ușor și repede calus (în 15-20 zile) dacă fragmentele osoase sunt în contact. Se folosește de obicei o imobilizare simplă, cu tencuie sau de vată înfășurată în tifon, care înconjoară umărul și trece pe sub axilă. În spate inelele sunt legate între ele cu un tub de cauciuc. Se mai poate folosi un bandaj Dean din țesătură lăță, întrucât la spate în formă de 8, peste antebraț adus și înfășurat în jurul gâtului și al spatelui. Pentru o mai bună menținere, acest bandaj se înfășoară cu țesătură și se fixează cu o bandă elastică la nivelul gâtului. Pentru fractura în lemn, se folosește o simplă imobilizare cu mâna fixată la spate. Imobilizarea durează 3 săptămâni.

24.7.1.1.2. Fracturile humerusului: Se disting trei tipuri de fracturi în funcție de situația anatomică a fracturii. a) *Fracturile extremității superioare* sunt cele mai frecvente, având ca simptomatologie umărul ușor coborât și micșinat în volum, impotență funcțională marcată, radiografia de față și profil precizează locul și natura fracturii.

Adeseori în aceste fracturi poate fi lezată pachetul vascular-nervos axial, ceea ce poate produce tulburări de irigație sau paralizii ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile angrenate ale osului superior nu este obligatorie imobilizarea în aparat gipsat. Se aplică o eșarfă, care trebuie să lăseze liberă o contenție bună focalul de fractură și se face de la început mișcări active și pasive ale mâinii, limitate în primele 4 săptămâni. După control radiologic, la începutul formării calusului osii se fac mișcări și din articulația scapulo-humerală.

Fracturile cu deplasare se reduc și se imobilizează într-un aparat gipsat toracobrahial, cu brațul în abducție.

b) *Fracturile diafizei humerale* sunt totdeauna cu deplasare mai mult sau mai puțin importantă a fragmentelor, din cauza musculaturii antagoniste foarte puternice care acționează divergent pe fragmentele fracturate.

■ **Tratamentul.** Se practică o reducere ortopedică până se reușește cel puțin să se pună fragmentele în ax și să fie angrenate. Apoi, se aplică un aparat gipsat în formă de U care cuprinde umărul, brațul și cotul, acesta din urmă fiind imobilizat flexat.

Fracturile cu deplasare impun de multe ori să fie tratate mai simplu cu un aparat gipsat tip Caldwell (care înconjoară brațul și antebrațul imobilizate în unghi drept și sunt tracționate asupra fracturii prin greutatea masei de gips). Se aplică de asemenea un cordon elastic care înconjoară gâtul și antebrațul, imobilizarea durând 4 săptămâni.

c) *Fracturile extremității inferioare a humerusului* sunt mult mai grave decât cele de diafiză sau de col humeral pentru că interesează adeseori și articulația cotului în care pot crea importante deficiențe funcționale. Sunt frecvente la copii. Rău tratate pot da invalidități importante.

■ **Tratamentul** lor este de cele mai multe ori numai chirurgical, complexa cu un aparat gipsat.

24.7.1.1.3. Fracturile antebrațului. Cea mai frecventă fractură este cea a extremității inferioare a radiusului. Apare la persoane în vârstă, cu osteoporoză prin



Fig. 193 - Fractura extremității inferioare a radiusului.

aport și propoziție în podul palmei. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

24.7.1.2. Fracturile membrului inferior

24.7.1.2.1. Fracturile femurului (osii): fracturi de col femural (trăsese superioară)

24.7.1.2.1.1. Fracturile de col femural sunt frecvente la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

■ **Tratamentul.** În fracturile de col femural este frecventă la persoanele în vârstă care pot să cadă și să se rănească. În acest tip de fractură antebrațul are un aspect caracteristic de "dau de lăsată", se numește și fractura Pottier - Colles. După mărimea deplasării care se descrie-o (Fig. 195). Nu sunt rare nici fracturile în celelalte segmente ale membrului superior.

accidentul a personalului. Aceste funcții (cu deplasare) se întorc spre
exercitarea unei cerințe de muncă, iar cele fără deplasare cu un singur

24.7.1.2.3. Fracturile gambii sunt foarte frecvente (fig. 196 A, B, C, D, E, F). Fracturile separate de tibie și de peroniu, sau fracturi concomitente ale celor două osuri, sînt văzute de obicei repede, ușor și fără tulburări funcționale, datorită faptului că tibia servește ca pilon de susținere. De altfel și cele de fibă, dacă peronul rămîne intact, funcționează la oarecare măsură de prezența "stielii natante" pe care s-o oferă peronul. Dacă, nefericit, cele două oase se rup, de obicei, la același timp. De multe ori, fracturile de tibia din regiunea diafizară sînt fracturi deschise, întrucît oasele sînt acoperite de pielea care este perforată adesea de un fragment osos.



Fig. 196 - Tipuri de fracturi ale gambelor. Fractură transversală a diafizelor osului gamba; A - cu fracturarea văzută din față; B - oase fracturate văzute din profil; C - D - fractura spre deosebire de B inferioară a gabei (este fractura cu cea mai mare frecvență).

Fracturile în 1/3 medie sunt mai ales fracturi oblice sau spinoide și se roduc greu, necesitând deseori tratament chirurgical, urmat de imobilizare în aparat gipsat.

24.7.2 Luxajile membrelor

4.7.2.1. Luxațiile membrilor superioare
 4.7.2.1.1. Luxația umărului: luxația scapulo-humerală în unghiul, luxația
 4.7.2.1.2. Luxația cotului: luxația humero-ulnară în unghiul, luxația
 4.7.2.1.3. Luxația genunchiului: luxația femoro-tibială în unghiul, luxația
 4.7.2.1.4. Luxația gleznei: luxația tibio-fibulară în unghiul, luxația

[illegible]

Tratamentul va consta în reducerea cât mai precoce, sub anestezie și imobilizare în aparat de abducție 4-5 săptămâni. În caz de smulgere a mării tuberozității se va menține în aparat de abducție 4-5 săptămâni. În caz de smulgere a mării tuberozității se va menține în aparat de abducție 4-5 săptămâni.

la situația în care nu se poate repune pe cale ortopedică, se va repune pe cale chirurgicală.

24.7.1.2. **Luxația cotului.** Există luxații care cuprind extremitățile proximale ale antebrațului sau ale antebrațului față de humerus și luxații izolate ale unui singur os. Cele mai frecvente sunt luxațiile posteroare care se produc de obicei în timpul unui efort pe mâna, antebrațul fiind în hiperextensie. Altfel spus, vicioasă este poziția pe mâna, antebrațul se află într-un oarecare grad de flexie față de braț, la inspecție prin impresia că antebrațul se fi mai scurt decât cel de pe partea opusă, regiunea cotului este tumefactă, deformată, impotența funcțională totală.

La început se poate simți că raporturile dintre cele trei leziuni osoase ale cotului sunt schimbate și anume: în loc să fie toate trei pe aceeași linie sau cel mult să formeze un mic triunghi cu vârful îndoit, un mic triunghi cu vârful spre antebraț, ele formează un triunghi cu vârful proximal.

Migrația de flexie-extensie este blocată aproape complet, pe când cea de lateralitate este anormal de accentuată.

Prin urmare complicațiile imediate semnificative fracturii ale extremităților sunt: hemoragiile din vasele antebrațului, ca și umalegeri ale vârfului degetului, la fel pot fi leziunile și nervii ulnar și radial.

■ **Tratamentul** constă în reducerea prin tracțiune și contracțiune, radiografică al reducerii, imobilizarea în aparat gipsat în flexie la 90° timp de minimum două săptămâni, iar în cazuri complicate cu fracturi mai mari.

24.7.2.1.3. Luxația polichet. Luxația este de obicei posterioară și se produce prin cădere violentă pe vârful degetului.

Policele se așază în formă de Z, cu a doua falangă flectată în unghi drept. La police în "coccă de pușcă" sau "cap de rață". În palmă, în porțiunea distală a rășchii se vede și mai ales se simte capul metacarpului; durere și imputență funcțională.

Reducerea se face prin tracțiune în axul polichetului. Se imobilizează în aparat gipsat, cel puțin două săptămâni.

24.7.2.2. Luxațiile membrilor inferioare

24.7.2.2.1. Luxația traumatică a gâtului. Luxația traumatică coro-densității (gâtului) este distal de rădă și este dată de un traumatism violent, capul să miște, capsula și ligamentele și să disloce capul femural din cavitățile cotiloide.

În funcție de direcția în care a fost dislocat capul femural, se descriu următoarele variații:

- luxație postero-superioară (iliacă);
- luxație postero-inferioară (ischialică);
- luxație antero-superioară (pubiană);
- luxație antero-inferioară (obturatoare).

După accident, bolnavul are o durere vie în regiunea gâtului și imputență bruscă și totală a membrului inferior. Membrul inferior se așază în anumite poziții anormale, hotărâte de tipul luxației și de contractura grupelor musculare.

a) În luxația iliacă (postero-superioară) coapsa se află în adducție și rotație internă, locat genul. Chiul, privind îndărăt, se sprijină pe cel sănătos, iar piciorul foarte rotat îndărăt, stă cu degetele pe fața dorsală a celuiilalt.

b) În luxația ischialică (postero-inferioară), altitudinea membrului inferior este în adducție foarte puternică și în rotație internă, cu coapsa în flexie de 90° pe bază.

c) În luxația pubiană (antero-superioară), membrul inferior se găsește în ușoară abducție, rotație externă și un oarecare grad de extensie a coapsei pe bază. Scară reală poate fi de câțiva centimetri. Capul femural poate fi simțit sub pubis, în scutur marele trohanter dispare.

d) În luxația obturatoare (antero-inferioară), coapsa este în puternică abducție și rotație externă înclinat planul ei cu planul patului face un unghi de aproape 45°, membrul inferior sprijinindu-se cu vârful piciorului. Capul femural poate fi simțit ușor la țesut roșu. Imputența funcțională e totală, iar durerile sau uneori forma unei necroză obturatoare.

Complicațiile care pot surveni sunt: fracturi ale sprâncenii cotiloide, fracturi subtrohanteriene, strivirea nervului sciatic, a nervului femural și a vaselor.

Tratamentul constă în reducerea sub anestezie generală și echinarea articulației prin aplicarea în sens invers producerii luxației capului femural, pentru readucerea în poziția normală a capului femural și a aparatului capulo-ligamentar și a articulației în spatele grupului de 4-5 săptămâni.

QUESTIONAR LA CAPITOLUL 24

1. În caracterizarea traumatisimelor cranie-cerebrale este falsă afirmația:

- a. contuzia cerebrală constă din leziuni funcționale, necrotice, reversibile;
- b. contuzia cerebrală se însoțește de leziuni ale substanței nervoase;
- c. în contuzia cerebrală acută posttraumatică există fenomene de hipertensiune intracraniană, edemul cerei, alterarea stării de conștiență;
- d. leziunile din contuzia bolii craniene se însoțesc de pierderi de L.C.R., prin nas sau urechi;
- e. sindromul de compresie cerebrală posttraumatică se instalează după un interval liber asimptomatic de durată variabilă.

2. Contuzia cerebrală presupune:

- a. leziuni cerebrale de tipul dilacerării;
- b. edem cerebral;
- c. modificări pasagere la nivelul molecular celular;
- d. un hematom intracranian;
- e. un hematom intracranian.

3. Într-un traumatism cranie-cerebral se face puncție rahidiană și se găsește în L.C.R. 8000 hematii/mm³, la ce ne gândim?

- a. contuzie cerebrală;
- b. contuzie cerebrală moderată;
- c. contuzie cerebrală gravă;
- d. dilacerare cerebrală.

4. Care din semnele de mai jos le găsim într-o contuzie cerebrală minoră?

- a. absența stării de conștiență pentru câteva zile;
- b. modificări tranzitorii ale pulsului și T.A.;
- c. edemul cerei, semnul Babinski pozitiv;
- d. L.C.R. ușor roșu, sub 1.000 hematii/mm³.

5. Cum putem reduce edemul cerebral?

- a. perfuzii cu soluție de glucoză 10%, ClK, manitol;
- b. un fiziologic, furosemid, hemisuccinat de hidrocortizon;
- c. furosemid, hemisuccinat de hidrocortizon;
- d. soluție de glucoză 20-33%, manitol 20%, sulfat de Mg 15%.

6. În ce formă de traumatism cranie-cerebral găsim hipertermie de 41° C din primele zile de la accident?

- a. contuzie cerebrală;
- b. contuzie cerebrală minoră;
- c. contuzie cerebrală gravă;
- d. edem cerebral.

7. Care sunt obiectivele tratamentului într-o contuzie cerebrală gravă?

- a. asigurarea și controlul funcției respiratorii;
- b. asigurarea și controlul funcției respiratorii;
- c. asigurarea și controlul funcției respiratorii;
- d. asigurarea și controlul funcției respiratorii.

- b.zechilibrare complexă hidroelectrolitică și nutritivă;
c. diminuarea edemului cerebral;
d. combaterea hipertensiilor;
e. prevenirea și tratarea crizelor convulsive și hipertensive.
8. - În ce tip de leziune craniu-cerebrală putem găsi fievore sau otolievore?
a. contuzie cerebrală;
b. contuzie cerebrală gravă;
c. dilatare cerebrală;
d. fractură a bazei craniului cu leziuni ale durei mater și mucoaselor.
9. - Rinoholicvorea se deflacte prin următoarele:
a. este o scurgere nazală de sânge și mucus;
b. este expresia unei fisiale de lichid cefalohidial;
c. este expresia unei fracturi anterioare a bazei craniului;
d. este consecința rupturii durei mater.
10. - Fractura stâncii temporalului se traduce prin:
a. rinoholicvoret;
b. otolievoret;
c. echimoză palpebrală și periorbitală;
d. echimoză retroauriculară și mastoidiană.
11. - Care este primul obiectiv terapeutic ce se urmărește într-un traumatism facial grav?
a. realizarea permeabilității căilor respiratorii superioare;
b. oprirea hemoragiei;
c. sutura plăgilor;
d. imobilizarea fracturilor.
12. - Tratatamentul corect al plăgilor feței trebuie să îndeplinească următoarele condiții:
a. să extirpe cât mai mult din țesuturile devitalizate;
b. să fie efectuat în condiții de asepsie și antiseptice;
c. să restabilească cât mai complet funcția regiunii respective;
d. rezultatul estetic să fie cât mai aproape de aspectul normal.
13. - În cazul lezării bilaterale ale arterelor carotide comune se va proceda astfel:
a. ligatura arterelor;
b. ligatura unei artere și refacerea continuității celeilalte;
c. restabilirea continuității prin sutură;
d. în cazul imposibilității suturii se va refăce continuitatea prin grefe.
14. - Ce pericol există în cazul unor leziuni traumatice ale faringelui?
a. obstrucția respiratorie acută și astixie;
b. producerea unei insuficiențe acute circulatorii;
c. infecții și supurații ale țesutului perifaringian;
d. complicarea cu o meningoccefalită.
15. - Tratatamentul unei plăgi esofagiene va urmări:
a. hemostaza și sutura plăgii;
b. reluarea cât mai rapidă a alimentației naturale;
c. punerea esofagului în repaus prin efectuarea unei gastrostomii peilor;
d. instituirea unei sonde nazogastrice pentru alimentare.
16. - În cazul unor accidente de circulație prin ciocnirea a două autovehicule, în ce porțiuni ale coloanei vertebrale se pot produce mai frecvent fracturi?
a. cervicală;

- b. toracică;
c. lombară;
d. sacrală.
17. - Leziunile fracturilor de coloană vertebrală, imediat constă în producerea:
a. hemoragiei din jurul fracturii;
b. hemoragiei medulare prin fragmentele osase sau dururile intervertebrale care
amănă în canalul vertebral;
c. leziunii ale rădăcinilor sau ale fasciculelor nervoase care ies și pleacă de la co
d. leziunii ale hemisferei conexeive traumatizată.
18. - În complicația sindrului avem:
a. sindrom vascular, ale neuronilor și fibrelor nervoase;
b. compresii ale rădăcinilor;
c. sindrom modificări evidente anatomice patologice la nivelul măduvei
d. sindrom modificări.
19. - În cazul unei leziuni traumatice se află la nivelul vertebrelor cervicale, pentru
a. leziuni durabile, accidentatul ține capul în:
b. flexie;
c. flexie;
d. flexie cu ambele mâini;
20. - Într-o suspiciune de fractură de coloană dorso-lombară, pentru a preveni
a. laetia deșapă sau sânge;
b. într-o suspiciune de fractură de coloană mialică, se vor lua următoarele măsuri:
c. imobilizarea fracturii ambele într-o fractură mialică, se vor lua următoarele măsuri:
d. accidentatul va fi scos cât mai repede de la locul accidentului și va fi
transportat cu primul mijloc la spital;
e. deșaparea se va face cu prudență de 4-6 persoane, fiind transportat ca un bloc
plăci la ambulanță;
f. transportul se va face pe brancardă în poziție de decubit dorsal, evitând orice
mişcare de flexie sau extensie a coloanei;
g. transportul se va face fără bruscări.
21. - Care este cauza cea mai frecventă a traumatismelor toracice?
a. accidente de muncă;
b. accidente prin căderi de la înălțime;
c. accidente de circulație;
d. accidente prin loviri (acte de agresiune, alunecări pe stradă etc.).
22. - Costula toracică simplă este mai greu de suportat de către:
a. copii;
b. adulți;
c. sportivi;
d. bătrâni.
23. - Ce semne putem găsi în cazul compresiunii toracelui între două tampoane sau
un vehicul și un zid?
a. respirație punctiformă de sânge sub piele - masca echimotică;
b. oligurie, anurie;
c. creșterea tensiunii arteriale, bradicardie;
d. hemoragii conjunctivale, tulburări de vedere.
24. - Ce înțelegem prin volet costal?
a. fractura mai multor coaste;
b. fractura în două sau mai multe puncte distanțate între ele, a mai multor coaste
consecutive;

- c. formarea unei plăci care nu mai este subin legat de restul grădului costal;
d. traumatism toracic însoțit de insuficiență respiratorie acută.
25. - Care este cauza respirației paradoxale?
a. suferința centrilor respiratori superiori;
b. paraliză mușchilor respiratori;
c. voletul costal;
d. micșorarea aerului atmosferic.
26. - În ce constă respirația paradoxală?
a. respirație nereglată și îngreunată din cauza voletului costal;
b. în timpul inspirului voletul costal este atras în interior, colabând pînă jos;
c. inspirație - pauză, expirație - pauză;
d. în expir voletul a împins în afară de presiunea pozitivă;
e. parenchima pulmonară subiacent voletului este hipoventilată.
27. - Ce trebuie făcut de urgență în caz de pneumotorax deschis?
a. transportat accidentalul la spital;
b. obturată plaga toracică parietală printr-un pansament ocluziv;
c. oxigenoterapie;
d. respirație artificială.
28. - Care din semnele clinice de mai jos le găsim într-un pneumotorax sufocant?
a. dispnee intensă, cianoză;
b. respirație paradoxală, bolnavul palid, tegumentele reci;
c. hemitoracele afectat este destins, cu ampliați respiratori reduse;
d. stotacastic: timpanism, abolirea murmurului vezicular.
29. - Ce trebuie întreprins de urgență într-un caz de pneumotorax sufocant?
a. obturarea plăgii toracice;
b. oxigenoterapie hiperbară;
c. puncție pleurală cu un ac gros, racordat la un drenaj cu tub sub apă;
d. toracotomie de urgență.
30. - Pneumotoraxul sufocant poate fi produs de:
a. plagă parietală care joacă rol de supapă unidirecțională;
b. sindromul de strivire;
c. traumatisme închise cu rupturi de trahee sau bronhii mari;
d. în leziuni pulmonare cu acumulare de sânge.
31. - Ce semne găsim într-un hemotorax masiv?
a. paloarea tegumentelor și mucoaselor;
b. dispnee intensă, cianoză marcată;
c. hipersonoritate pulmonară, suflu pleural;
d. matitate, dispariția murmurului vezicular.
32. - Tratatamentul hemotoraxului constă în:
a. transfuzie masivă de sânge, urmând ca hemotoraxul să se reabsoarbă;
b. paralel cu reechilibrarea volemică, se va face pleurotomie cu drenaj aspirat;
c. respirație artificială și reechilibrare volemică;
d. toracotomie, când hemoragia nu poate fi oprită și realizarea hemostazei.
33. - Ce coastă se fracturează mai frecvent?
a. coastele superioare;
b. coastele mijlocii;
c. coastele inferioare;
d. coastele de la locul de acțiune a agentului volierant.
34. - Pe ce elemente clinice se pune diagnosticul de fracturi costale?
a. durere în punct fix;

- b. respirație pneumotoraxului;
c. modificarea amplitudinii respirației;
d. respirație tusea.
35. - Fracturile costelor bazei toracelui se pot asocia frecvent cu:
a. insuficiență circulatorie acută;
b. leziuni ale splinei;
c. insuficiență hepatică renală;
d. leziuni ale ficatului.
36. - Timpul cardiac prezintă următoarele semne:
a. bătăi palid - canoni;
b. puls bătăreț, bine bătut;
c. prezența tensiunii arteriale;
d. puls capot, fibrilat, îngreșența jugularilor.
37. - Tratatamentul voletului costal în spital va consta în:
a. pansament compresiv, împiedicând respirația paradoxală;
b. reducerea fracturilor, care au determinat voletul, osteosintează;
c. respirație artificială spre poziția normală a costelor, cu ajutorul diverselor aparate;
d. asigurând respirația și circulația, urmând bolnavul - voletul se va vindeca prin reducere de calus osos al tuturor costelor fracturate.
38. - La țărni traumatismelor abdominale închise, când avem dubii privind leziunea unor organe intraabdominale, ce facem?
a. punem bolnavul sub observație;
b. continuăm darea administrând morfina, mișcăm;
c. efectuăm intervenție chirurgicală exploratorie;
d. aspirație gastrică.
39. - Ce trebuie prin plăgi penetrante abdominale?
a. plăgi care au întrerupt continuitatea pielii;
b. plăgi care au străpuns toate straturile peretelui abdominal;
c. plăgi în care agentul traumatic a lezat toate straturile peretelui și a pătruns în peritoneu;
d. plăgi în care este lezat unul sau mai multe organe intraabdominale.
40. - În care din situațiile de mai jos spunem că avem un abdomen acut chirurgical acut?
a. plăgi ale peretelui abdominal;
b. contuzii abdominale cu leziuni ale organelor parenchimatoase;
c. plăgi abdominale cu leziuni ale organelor cavitare;
d. orice plagă abdominală.
41. - Unde se fracturează cel mai des clavicula?
a. la 1/3 medie;
b. extremitatea proximală;
c. extremitatea distală;
d. nu există predilecție.
42. - În cazul fracturii complete în 1/3 medie a claviculei, ce se întâmplă cu cele două fragmente?
a. fragmentul intern este coborât prin tracțiunea mușchilor;
b. fragmentul extern este proeminent sub piele;

25.2. Patologia sistemului venos	78
25.2.1. Boala varicoasă	78
25.2.1.1. Cădererăți generale - etiologie	78
25.2.1.2. Simptomatologie	78
25.2.1.3. Evoluție și complicații	78
25.2.1.4. Tratamentul	78
■ Tratamentul profilactic	78
■ Tratamentul curativ	78
25.2.2. Boala hemoroidală	78
25.2.2.1. Etiopatogenie	78
25.2.2.2. Anatomie patologică	78
25.2.2.3. Simptomele	78
25.2.2.4. Tratamentul	78
Chestionar la capitolul 25	78

În acest capitol ne vom ocupa de sindromul de ischemie acută și cronică, anevrismele arteriale și arteriovenoză din patologia arterială și boala varicoasă și hemoroidală din patologia venoasă; afecțiunile traumatice ale vaselor au fost prezentate într-un alt capitol.

25.1. Patologia sistemului arterial

Suferința arterială, indiferent de etiologie, este cauzată de scăderea aportului sanguin, insuficiența irigației în repaus, sau un deficit relativ, în raport cu necesitățile țesuturilor în diferite împrejurări, constituind cauza principală a simptomelor și semnelor bolilor arteriale periferice numite „ischemice”.

Ischemia periferică, cu toate manifestările pe care le antrenază, se poate instala acut, realizând sindromul de ischemie acută periferică, sau lent și progresiv caracterizând sindromul de ischemie periferică cronică. Acestea sunt consecințe ale unei obstrucții arteriale organice.

Pe lângă cele de mai sus, există suferințe arteriale legate de tulburări vasomotorii, realizând bolile vasomotricității sau alte leziuni de tipul fistulelor arterio-venozice, tumorilor sau anevrismelor arteriale care, doar uneori, realizează ischemia.

25.1.1. Sindromul de ischemie acută periferică

Sindromul de ischemie acută periferică se caracterizează prin suprimarea brusc, parțială sau completă a fluxului sanguin, prin una sau mai multe artere periferice, cu apariția rapidă în aval a tulburărilor ischemice care pot fi pasagere, prelungite sau permanente.

28.1.13. **Etiopatogenie**
Cauzele afecțiunii se pot fi organice, funcționale sau mixte.

23.1.1.1. Factorii organici

13.1.1.1. Factorii organici
 în trombozile arteriale reprezintă prin conținutul plăcii sau sângelui arterial:
 a) **lipidele** care provin cel mai frecvent din masa stângă
 a inimii și care, cu odată cu hipercholesterolemia, au rol în creșterea
 numărului și dimensiunii plăcilor aterosclerotice, în special în
 arterele coronare și carotidiene;
 b) **proteinele** care pot determina trombozile prin activarea
 sistemului de coagulare și prin creșterea agregabilității
 eritrocitelor și trombocitelor;
 c) **celulele** care pot determina trombozile prin activarea
 sistemului de coagulare și prin creșterea agregabilității
 eritrocitelor și trombocitelor.

embolismul septicii poate determina embolia septice,
embolismul septicii sau arterial periferic.

1) Îmbolnăvirea inimii prin ateroscleroză și scăderea

[illegible]

funcțional e reprezentat de sperm, care nu poate justifica

25.1.1.2. **Factorul functional** e reprezentat de spasm, care nu poate justifica singur apariția unui infarct, el fiind un factor agravant, supraadăugând emboliei. Odată dezvoltată și evoluția ischemiei acute sunt determinate de următorii factori de o mare importanță etiologică:

- vătămă ischemiei acute la ordinea descrescând a gravității: fund traumatismul, anemie toxică;
- eliaza obstrucției pe ax principal sau secundar;
- insuficiența coagulară;
- insuficiența coagulară;

celul obtinutului pe un principal sau secundar;

scăderea obstacolului pe ax principal sau secundar;
- scăderea obstacolului mecanic și eficiența volatilității;
- scăderea extensivității distale.

- umflarea trombozei extensive distale;
- umflarea varicostriectiei asociate;

- tulburarea trombotică;
- tulburarea vasoconstrictiei asociate;
- diete parietale preexistente;
- starea biologică a bolnavului.

starea biologică a bolnavului.

25.1.1.3. Symptomatologie

25.1.7.3. **Simpptomatologie**
Tabloul clinic al obstrucției arteriale acute este determinat de apariția bruscă a
ischemiei periferice, fiind caracterizat de expresia anglo-saxonă a „legii celor 5 P”:
pain (durere), pallor (paloare), pulse loss (absența pulsului distal), paresthesie (umări
și amorți) și paralysis (paraliză). Simptomatologia se traduce clinic în 3 faze:

■ Evoluția leziunilor (ischemice se traduce clinic în 3 faze:

■ Evoluția leziunilor ischemice se traduce clinic în 3 faze:

- a) Persoana de debut se caracterizează prin următoarele simptome:
 - durere inițială violentă, uneori intolerabilă de intensă, înălță provocată o stare de
- b) Amare, no cedează la calmante și repaus, se intensifică progresiv, după 6-8 ore se
- c) transformă în parateziz:

- altorii, bolnavul are senzația de răceală sau de arsură în timpul unui efort, la mișcările gambelor;

- rareori, primele indicii sunt date de depistarea unor semne cum ar fi distensii sau tipul pulsațiilor arteriale, tulburări trofice (piele, unghii, pilozitate, ulcerații, gangrenă, atrofie musculară) ale extremităților membrului inferior.

b) Tulburări funcționale

Durerea este simptomul principal al ischemiei. Ea nu lipsește practic niciodată, dar se poate manifesta sub mai multe aspecte tipice sau atipice.

- Claudicația intermitentă este durerea resimțită de bolnav ca o cramă sau senzație de greutate, localizată mai ales în mușchi, care nu apare decât la efort (marchat, urcat), obligând bolnavul să înceteze efortul și dispărând rapid după repaus, pentru a reveni cu același caracter de reluare a mersului și după o durată aproximativ egală cu cea la care s-a instalat anterior.

Distanța la care apare durerea este relativ constantă la fiecare bolnav într-o anumită perioadă evolutivă și este în funcție de intensitatea efortului. Progresia rapidă a indicelui de claudicație (distanța de apariție a durerii) sugerează iminența unei leziuni trombotice cu ischemie severă sau un proces evolutiv.

- Durerile la repaus indică un grad mai mare de ischemie, fiind localizate de obicei la nivelul degetelor, nu mai sunt legate de efort, survin în repaus și durează ore, fiind mai accentuate noaptea. Din cauza durerilor, bolnavul nu poate dormi și preferă să stea noaptea pe marginea patului cu picioarele alăturate. Suferința psihică se răsfășează asupra stării generale, se recurge la narcotice, oplăcește și uneori la sinucidere.

- Neuropatia ischemică determină o durere cu tendință de a reveni la aceeași oră, mai ales noaptea, mai difuz localizată decât claudicația intermitentă: se binede desori de-a lungul nervilor periferici. Există un contrast între senzația subiectivă a bolnavului - de arsură, de căldură și constatarea obiectivă a tegumentelor reci.

Durerile și tulburările trofice constituie criterii evolutive, stadiale ale sindromului (după Leriche-Fontaine):

■ **Stadiul I** se caracterizează prin paresterii, uneori chiar dureri intense, de scurtă durată, ce apar după ortostatism prelungit. În acest stadiu se pot întâlni sensibilizarea la frig și senzația de deget mort.

■ **Stadiul II** este caracterizat de claudicație intermitentă.

■ **Stadiul III** - durerea este continuă în repaus și clinostatism, se ameliorează sau dispare în poziția decubitală a membrului afectat.

■ **Stadiul IV** - durere intensă continuă, fără ameliorare în poziție decubitală, constituirea tulburărilor trofice severe de ulcerări și gangrenă.

25.1.2.2. Examenul fizic

a) **Inspecția** va lua în considerare atitudinea, modificările de culoare ale tegumentelor și tulburările trofice ischemice:

- **atitudinea**: în ischemiile severe, într-o primă fază, bolnavul își atâră piciorul afectat pe marginea patului, într-o etapă mai avansată își prinde extremitatea bolnavă cu ambele mâini, ridicând-o spre piept, căutând astfel o poziție antalgică;

- **modificările de culoare ale tegumentelor** care trebuie să fie suspectate ca fiind de natură ischemică sunt următoarele:

- **culoarea** sânginească sau după expunere la frig sau la efort, însoțită de scăderea temperaturii tegumentelor, apare în mare măsură evolutivă;

- **palparea** cu plăcarea sau creșterea temperaturii cutanate se întâlnește în stadiile inițiale, durerea dischidării și dilatarea anastomozelor arterio-venozelor, creșterea temperaturii tegumentelor și durerea care o însoțește;

- **culoarea** roșie în arterio-venoză indică însoțită de fenomene inflamatorii locale (flegmă);

- **culoarea** în zona Raynaud se manifestă prin paloare și durere (apare arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

- **culoarea** însoțită de durerea însoțită de dilatarea venurilor, urmată de arsură (dilatate, arterio-venoză);

25.1.2.3. Mijloace de investigare clinice și paraclinice

Acute mijloace vizază cercetarea permeabilității vasculare arteriale, venoase, arterio-venoză și circulației colaterale, a sediului obliterării și a prezenței factorilor etiologici.

a) **Cercetarea permeabilității trunchiului principal** se face prin:

- **examinarea** pulsului arterial periferic în zonele de elecție;

- **oscilometria** măsoară prezența și intensitatea pulsului la diferite niveluri: artera brahială, poplitea, tibiala posterioară și pedioasă;

- **auscultația** arterelor;

- **angiografia** axelor arteriale (efect Doppler);

- **angiografia** constă în radiografierea trunchiului arterial injectat cu substanță de contrast, se precizează sediul și gradul obstrucției, precum și starea circulației colaterale;

- **rezonanța magnetică nucleară** și angiocinetografia;

b) **Examenul venelor** vizază:

- **împingerea** de golire cu piciorul la verticală (normal 2-3") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- **împingerea** de golire (normal până la 5") este prelungită în tulburările de irigație venoasă;

- c) Examinarea capilarelor constă în:
 - determinarea reacției vasomotorii (dermografism) - în zona slabă reacției apar de obicei vânătăi palide (dăă cruste);
 - capiloscopia;
 - pletismografie digitală.
- d) Circulația colaterală se examinează prin:
 - termometrie cutanată, pe puncte simetrice, în mod normal nu se constată diferențe de temperatură;
 - oximetria arterială și venoasă a membrului (metoda Astrup);
 - arteriografie;
 - e) Corectarea factorului igienic se realizează prin:
 - infiltrația simpaticului lombar cu novocaină, la răspuns pozitiv se extindează pentru simpaticomie lombară;
 - oscilometria asociată cu efectul valoric - spasmul cedează la cald, pe cînd la arteriopatie organice căldura produce durere.

25.1.2.4. Formele etiologice în sindromul de ischemie periferică

25.1.2.4.1. Arteriopatia aterosclerotică. Ateroscleroza este o afecțiune cronică, progresivă, caracterizată prin acumulări locale de lipide și glicoproteine plasmatică la nivelul intimei arteriale, îngustarea lumenului și producerea fenomenelor de ischemie periferică cronică. Se întâlnește la vîrsta de peste 50 de ani, afectează în special trunchiurile arteriale de calibru mare și mijlociu. Simptomatologia, diagnosticul și explorările au fost cele descrise mai sus.

25.1.2.4.2. Trombangita obliterantă (boala Bürger). Este o angiopatie de tip inflamator-proliferativ segmentar de etiologie necunoscută, la realizarea sindromului de ischemie cronică periferică participă alături de factorul organic (lezionile parietale) și un factor funcțional, reprezentat de vasoconstricția exagerată. Boala apare mai ales la bătrîni tineri 20-40 ani, mari fumători. Pare să aibă o etiologie autoimună, se localizează în special pe arterele de calibru mediu și mic.

Tabloul clinic constituit este un sindrom de ischemie cronică, avînd un caracter ondatant, cu pusee evolutive, urmate de perioade de remisiune.

25.1.2.4.3. Arteriopatia diabetică. Se admit două tipuri de manifestări vasculare:

- a) manifestări nespecifice ale vaselor mari și mijlocii datorate aterosclerozei, care la diabetici apare mai timpuriu și sunt adesea mai grave, constituind macroangiopatia diabetică;
- b) manifestări vasculare specifice, datorită leziunilor arteriolelor, conținînd angiopatia diabetică.

Debutul clinic nu este declanșat de claudicația intermitentă, ci de dureri de repauz și gangrenă.

25.1.2.4.4. Angioneuropatii: boala și sindromul Raynaud. Boala Raynaud este o tulburare vaso-spastică, caracterizată prin crize intermitente de ischemie a extre-

mităților, declanșată de frig sau stres. Fără leziuni organice ale vaselor, deși în unele cazuri se poate observa hipertensiune arterială și încălirea tegumentelor degetelor, care cu timpul capătă o formă de obicei simetrică și tratamentul este de a grăbi dacă simptomele persistă sau de a manifesta inițial a unei boli, sindromul organic este boala Raynaud însoțită de sindromul de vasospasm - care nu are o etiologie clar identificată factorul determinant al apariției bolii fiind de obicei ereditar.

25.1.2.5. Tratatamentul arteriopatiilor cronice obliterante

Sindromul constă din sindrom profilactic și terapeuțic curativ, medical și chirurgical.

Tratatamentul profilactic constă în primul rînd în profilaxia lumenului, evitarea factorilor de risc: hipotensiune și a obezității, corectarea tinerilor asociate: diabet, HTA și administrarea de medicamente fibrinolitice și antiaterosclerotice la persoanele cu risc de peste 40 de ani (Aspirin, Persantin, Aspirin).

Tratatamentul medical curativ se aplică în stadiile inițiale, asociat tratamentului chirurgical sau ca mijloc paliativ în stadiile avansate. Obiectivele tratamentului medical sunt:

- să încetinească evoluția procesului morbid;
 - să amînească căi mai mult gradul de ischemie;
 - să amînească apariția tulburărilor trofice sau să determine vindecarea acestora.
- Tratatamentul medical curativ constă în administrarea vasodilatatoarelor (Papaverin, Ergonovon, Vasodil, etc.), anticoagulanților, antiagreganților plachetari (Dipiridamol, Aspirin, Valerian etc.), antiinflamatorilor, antispasmodicilor, eficientă în funcție de proporția cu respectarea măsurilor generale igienico-dietetice și la nivel local cu abandonarea fumatului.

Tratatamentul chirurgical constă în efectuarea următoarelor tipuri de intervenții:

- Operații funcționale:
- operații hiperendante menite să crească regimul circulator prin simpaticotomie;
- operații pe glande cu caracter patogen, acționînd pe factorii endocriini pentru scăderea catecolaminelor - suprarenalectomie parțială sau totală;
- operații combinate endocrino-simpatice;
- Operații reconstructive au ca scop restabilirea fluxului arterial în axul principal;
- rezecția arterială segmentară urmată de înlocuirea cu proteză de dacton sau angioplastie internă;
- „bypass” - adică ocolirea obstacolului cu proteză sintetică sau cu grea de țesut propriu, în funcție de nivelul leziunii;
- leziodatarectomie care constă în dezobstrucția segmentului obliterat;
- angioplastia internă - constă în recalierea arterială cu ajutorul unor

- Operația de necrozare în cazul leziunii torace, avansate.
- = anaplastă obișnuită.
- = anaplastă atipică.
- = necroză.

Chirurgia reconstructivă se adresează în general arteriopatiei arteriovenoase de stadiu II, III și IV. Trombangiile idiosincrasice beneficiază numai de chirurgie sperație de necesitate.

25.1.3. Anevrismul arterial

Este o mărire sferică a peretelui arterial (a punții) care are un orificiu de comunicare permanentă cu artera.

Apare fie spontan, dar mai ales ca urmare a unei maladii locale sau generale: congenitale, infecțioase, miotice, degenerative sau traumatice. Se dezvoltă preponderant pe vasele mari: aorta toracică, aorta abdominală, dar este relativ frecvent și pe vasele mici, mai ales pe cele cerebrale.

Anevrismul poate exista și pătrunde în vena omonimă — există înțelegerea — creând un anevrism arteriovenos (și comunicare între arteră și venă). Adesea, în mermecă anevrism declanșează un zgomot caracteristic (un trîi, un murmur).

Complicațiile, de obicei grave, dramatice, sunt reprezentate de:

- Tromboza anevrismului — poate atrage și restul lumenului vasei din care derivă anevrismul, dând tulburări circulatorii majore în teritoriile de sub nivel tromboze.

- Presiuni permanente pe țesuturile învecinate care se simt uneori sub formă de pulsații (fătăi ritmice cu accente albe ca a bălăilor mîini). Atunci cînd anevrismul evoluează și pătrunde printr-o țesătură din jur (anevrism direct) poate produce dureri permanente extrem de violente.

- Ruptura anevrismului produce o hemoragie violentă, prin de sîngelui.

Tratamentul este chirurgical, folosind variate metode de plastii. Pentru vase terminale sunt suficiente simple ligaturi arteriale și, dacă este cazul, și ligaturi venoase.

- Comunicarea arteriovenoză face ca sîngele arterial să pătrundă în venă provocînd tulburări importante de irigare.

25.1.4. Aneurismele arterio-venoase

Anevrismul arterio-venos este o comunicare anormală, la un nivel mare, între arteră și venă. El poate fi congenital sau dobîndit.

Anevrismul congenital arterio-venos se caracterizează prin triada simptomatică: angiomi plan, varice cu caracter special, modificări scheletice (creșterea mîinii în dimensiuni), fenomene cunoscute ca „sindrom Klippel-Trenaunay”.

Aneurismele arterio-venoase dobîndite sunt de regulă posttraumatice. Comunicarea arterio-venoză este de cele mai multe ori produsă de traumatisme prin arme de foc sau mai rar prin arme albe sau contuzii care produc în același timp ruptura arterei și venei.

prin care se poate aprecia starea de sînge arterial stoc în sistemul venos, scîrțîndu-l.

Simptomele sunt mai importante sunt cele locale, manifestate prin trîi și sînge.

Tratamentul, ca semn al anevrismului este rar înțelegut. Trebuie să înțelegem că simptomele sunt palpabile, că și auditive. El este continuu și se accentuează în timpul mișcărilor. Trebuie să înțelegem că simptomele sunt palpabile, că și auditive. El este continuu și se accentuează în timpul mișcărilor.

Tratamentul anevrismului arterio-venos se pune pe simptome clinice, existența unui anevrism, în succedente, a extinderii din sîngele venos și în special a angiografiei.

Tratamentul este chirurgical și constă în excizarea anevrismului și refacerea comunicării care dă naștere prin țesut.

25.2. PATOLOGIA SISTEMULUI VENOS

În cadrul acestui capitol vom descrie două afecțiuni: boala varicoasă și tromboza.

25.2.1. Boala varicoasă

Boala varicoasă (sau varicele) constituie o afecțiune relativ frecventă, caracterizată prin dilatarea, alungirea și creșterea unui desen sinuos, neregulat, al venelor. Varicele pot să apară oriunde există sistem venos. Cele mai des întâlnite sunt varicele membrului inferior. Sunt totuși destul de frecvente varicele pelvine, varicele cavității abdominale (varicocelul), varicele din regiunea toracică, varicele membrei inferioare etc.

25.2.1.1. Considerații generale - etiologie

Boala este etiologică și constituie staza circulatorie venoasă. Ori de câte ori există o stază în sistemul venos apare o stază sau o defecțiune în circulația de sînge. În cazul în care sîngele, retrograd de această zonă apar varicele. Așa apar varicele membrului inferior consecutive unei flebite sau unei compresii pe trunchiul venos inferior, sau pe venele profunde ale membrului pelvin; așa apar varicele esofagiene în cazul unei hipertonicități, care, creștînd o stază în vena portă, determină formarea de varice pe sistemul venos care drează sîngele pe această cale.

Sunt și o serie de alți factori de natură hormonală sau constitutiv-ereditară care pot determina apariția varicelor. Mai multe teorii încearcă să explice modul în care apar varicele. Unele teorii încearcă să explice modul în care apar varicele. Unele teorii încearcă să explice modul în care apar varicele. Unele teorii încearcă să explice modul în care apar varicele.

absolul de slabă). La baza acestor dereglări se stă cauze hormonale ereditare. La creșterea varicelor participă și aplazia sau hipoplazia valvulelor venoase. Aceste valvule, nefiind dezvoltate suficient, nu-și pot îndeplini rolul de a se opune căderii sângelui în jos. Dacă apar tulburări funcționale de această natură în venele comunicative (vene comunicative), fac legătura dintre venele profunde și cele superficiale, atunci sângele din venele profunde poate să se deplaseze retrograd în venele superficiale, determinând varice.

La deplasarea încoace a sângelui și deci la creșterea stazei ce determină varicele participă și starea de troficitate redusă a musculaturii membrelor inferioare, care contribuie în mod normal la împingerea de la periferie spre centru a sângelui. Aceste stări sunt foarte valabile pentru varicele membrelor inferioare.

În afara factorilor proprii de natură hormonală, consecutiv-ereditară, un rol mare îl joacă și profesia. Când această profesie favorizează o stază în anumite trunchii venoase, atunci pot să apară varice prin mecanismul explicat mai sus. Printre profesii la care se întâlnesc mai des varice cuibă pe acelea în care lucrătorii respectivi sunt obligați să stea mult în picioare: chelneri, frizeri, bucătari, angajați din comerț etc. Se întâlnesc varice frecvent la sportivi de performanță, mai ales la cei ce se ocupă de sporturi care obligă la mari eforturi musculare abdominale în poziție verticală: luptă, haltere etc. și deci o presiune abdominală mare, care duce la stază în vena cava inferioară, ceea ce se repercutează retrograd asupra venelor membrelor pelvine.

Femeile fac mai frecvent varice decât bărbații. De asemenea, femeile care au născut un număr mare de copii au varice mai des decât acelea care n-au născut.

Un factor determinant pare să fie și compresia care se produce pe venă din gamba la cei care obținut să țină un membru inferior peste celălalt, în timp ce stau pe scaun.

În cele ce urmează se va discuta numai problematica varicelor membrelor inferioare.

25.2.1.2. Simptomatologia

Boala începe fără nici un simptom care să o anunțe și evoluează de obicei foarte încet. Atunci când varicele apar brusc și evoluează rapid, trebuie lăsat un obstacol tumoral care se dezvoltă în pelvis sau o tromboflebită pe vasele mari.

La inspecție se observă un desen venos pe tractatul genunchiului, ceea ce mai frecvent evidențiază sub piele în treimea medie a gabei sau și sub genunchi, cel mai frecvent pe fața internă, dar adeseori și pe cea externă, sau numai pe fața externă.

La început există o simplă dilatare a venei, apoi trunchiul venos se îngroașă vizibil, devine sinuoz. După o oarecare perioadă de evoluție, pot să apară punji (lacuri) varicoase. Din acest moment varicele evoluează rapid, apar vene dilatate aproape pe toată circumferința gabei, cu deosebire în treimea inferioară și medie. În aceeași perioadă de evoluție se evidențiază sub piele și pe fața internă a coapsei vena safenă internă nu se vor forma varice și la coapsă, deoarece vena safenă externă nu se va forma (pe fața posterioară a genunchiului).

Dacă varicele se dezvoltă numai pe vena safenă externă nu se vor forma varice și la coapsă, deoarece vena safenă internă nu se va forma (pe fața posterioară a genunchiului).

De cele mai multe ori bolnavii cu varice fac tumefieri ale gambelor, mai ales după perioade mai lungi de ortostatism și simt dureri care se accentuează pe măsuri

ce boala evoluează. Au un prurit supărător sau o senzație de arsură permanentă în gambe. Durerile și senzațiile mai mult decât aspectul inestetic pe care-l determină varicele la nivelul membrelor inferioare sunt acestea care obligă pe bolnavi să ceară asistență medicală.



25.2.1.3. Evoluție și complicații

Dacă varicele nu sunt tratate la timp și au o evoluție rapidă, pot să apară unele complicații și anume:

a) **Rupturi externe.** Venele dilatându-se subțiază foarte mult pielea, după care se pot rupe la exterior. Sângerarea care urmează poate fi extrem de mare. Se cunosc cazuri în care varicele s-au rupt în timpul somnului și, din lipsă de asistență medicală imediată, bolnavul a murit prin șoc hemoragic.

b) **Rupturi interne.** Ruptura sub piele a varicelor provoacă echimoză și hematome.

c) **Tromboza varicoasă.** Este o complicație relativ frecventă. De multe ori în regiunea unde a apărut trombul se dezvoltă o inflamație, care se extinde foarte curând și la pielea și în țesutul celular subcutanat, luând denumirea de tromboflebită varicoasă.

d) **Dermită varicoasă și eczemă varicoasă.** Adeseori pielea din regiunea varicoasă își pierde calitățile trofice normale, ceea ce o face aptă de a suferi o serie de afecțiuni: dermată varicoasă și eczemă varicoasă.

e) **Ulcerul trofic.** În stadiile avansate, pe fondul unei dermite varicoase se instalează o plagă, de obicei în zona cu o circulație foarte redusă. Ea se poate instala chiar fără nici un traumatism.

Ulcerul trofic are aspectul caracteristic de ulceratie (un caracter mai mult sau mai puțin

ulcerat are aspectul caracteristic de ulceratie).

Apăsarea ulcerului trofic impune un tratament foarte susținut, în caz contrar acesta se amplifică și duce la inflamarea întregii gabei, adeseori la septicemie.

25.2.1.4. Tratamentul

• **Tratamentul profilactic.** Este vorba în primul rând despre un tratament profilactic care este util, dar, din nefericire, limitat la stadiile incipiente. Persoanele care suferă de varice, trebuie să evite poziția ortostatică mult prelungită și cu mișcări foarte lente. Se recomandă ca acestea să poarte ciorapi elastici. Ori de câte ori este posibil, persoanele predispuse să facă boala varicoasă trebuie să stea cu membrele inferioare mai ridicate față de planul corpului. Aceștia li se recomandă în mod special să facă sporturi care compresionează venele. Presiunea apei ajută și ea la exercitarea unei compresii asupra venelor. Canotajul și ciclismul (moderat) sunt de asemenea sporturi recomandabile celor predispuși la boala varicoasă.

■ **Trinamentul curativ:** Pentru a trata boala varicoasă a membrului inferior nu trebuie să se suprime recăderea sângelui din venele mari în cele de sub ele. Trebuie să se asigure scurgerea sângelui din vena femurală în safenă. Aceasta se face prin ligaturarea safenei interne la locul unde ea se varsă în vena femurală — adică la nivelul croșei venei colaterale de la nivelul croșei venei safene să fie legate pentru că, dacă se lasă unde este de pe loc, sângele se poate reînnoiește pe această cale și poate crea noi varice.

După secționarea și ligaturarea croșei venei safene, se face extragerea venei prin un procedeu numit de smulgere (Stripping) și care constă în introducerea unei țije subțiri metalice pe venă, de la nivelul malleolei tibiale până la nivelul croșei și smulgerea, cu un deget de mână, în afară pe dos, a venei (fig. 198). Venele colaterale varicoase care mai rămân se rezeacă și ele separat sau prin smulgere, după procedeu descris mai sus. În caz de tromboză a venelor profunde, nu se va extrage vena safenă varicoasă, pentru că aceasta este singura cale care, compensatorie, derivativ, transportă sângele venos spre vasele ilace.

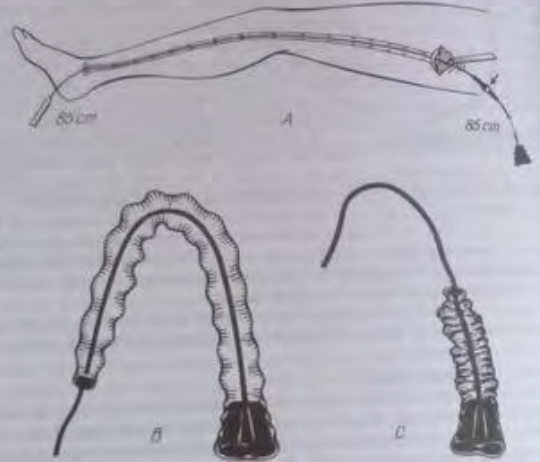


Fig. 198 — Extragerea venei safene interne (stripping) cu apontul stripper-ala (A, B, C).

Tromboflebita venelor safene se tratează cu Penilbutazonă (drajeuri) pe cale orală și Penilbutazonă, Lasonil, Variterp, Troxevasin, Hidrocortizon acetat etc. (unguente) cu care se unge regiunea afectată (fără a exercita compresie). Se mai pot administra

hemoroidale. După aceea, Apont și sub directă supraveghere medicală (și de laborator).
Când se folosește ca tehnica cu trombocituri să păstreze răsunet internat la poartă a membrului inferior afectat până la o înălțime mai mare decât restul corpului.

25.2.2. Boala hemoroidală

Hemoroida reprezintă dilatații anormale varicoase a plexurilor venoase din zona anală internă (vene hemoroidale).

25.2.2.1. Etiopatogene

Venele hemoroidale se umplu totdeauna cu sânge în timpul evacuării scaunului. Dacă din cauza constipației anale și permițând trecerii materiilor fecale. Din aceste motive, la o constipație scurgere de sânge poate să apară din când în când și în cazuri absolute normale, mai ales când consistența materiilor fecale nu este normal de moale. Venele hemoroidale se pot pune mai ușor în caz de tulburare neurodistrofică a lor, din cauza unei dilatații venoase permanente și exagerate, care subțiază și slăbesc mult pereții lor. Hemoroida poate fi determinată și de unele tulburări hormonale și constitutive, ca și de un deficit hormonal sau tromboflebitic, pe calea evacuirii normale a ficatului. Hemoroida apare și în afecțiuni de naturi variate ale colonului: constipații, diaree, etc. și în unele cazuri la persoanele cu viață sedentară, la șoferi, la oboeri, la cei care stau mult etc., sau ca urmare a unor inflamații locale, determinate de o igienă insuficientă.

25.2.2.2. Anatomia patologică

Există două localizări ale hemoroidelor, în funcție de poziția lor față de sfincterul anal:

a) **Hemoroidii externi**, care se găsesc dedesubtul sfincterului anal, în țesutul mucoș și în țesutul conjunctiv subcutanat al anusului. Aceștia deformează mucoasa și pielea, creând o umflătură mai mare, ageră și neregulată în jurul circumferinței anale, denumiți burețele hemoroidale sau, simplu, hemoroidii externi.

Hemoroidii interni sunt vizibili direct, fără utilizarea vreunui instrument (fig. 199). Ei sunt hemoroidii interni se găsesc pe mucoasa anorectală, deasupra sfincterului anal (deasupra „liniei dințate” care se găsește pe mucoasa anală, la 4-5 cm de sfincterul anal). Ei pot fi văzuți numai cu anumite aparate: anuscopul, aparat simplu, sau cu retroscopul, aparat mai complex. Acesta din urmă are un sistem propriu de iluminare care permite o vizualizare mult mai bună a hemoroidelor, sau a altor leziuni pe o distanță mare (fig. 200). Atunci când hemoroidii se dezvoltă, pot să decoloreze mucoasa anorectală și să determine prolatarea (căderea) acesteia în jos, dincolo de sfincterul anal, mai ales în timpul eforturilor de defecare sau după scaun. În acest caz hemoroidii interni se pot vedea și ei direct. Avem de-a face cu hemoroidii proeminenți.

Prezența hemoroidelor determină o inflamație a mucoasei anorectale și o scurgere permanentă de secreție alb-gălbui, seropurulentă. În cazul rușii vaselor hemoroidale se produce o sângerare cu sânge roșu, mai ales după scaune, care irită și mult bolnavul.

Venozitatea din dreptul hemoroidelor poate să plesnească, să se fisureze, pe o zonă largă (mai ales după scaune mai consistente). Se creează așa-numita fisură



Fig. 199 - Hemoroid externi (a)
Interni.

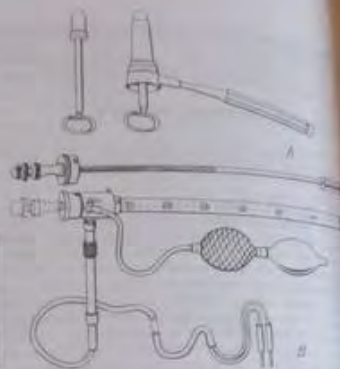


Fig. 200 - A - anoscop; B - rectoscop.

anală care este o ulcerăție, uneori foarte largă și adâncă în mucoasa anală, dăruind, dificil de vindecat. Aproape totdeauna o fisură anală este semnalizată de un hemoroid extern, dar numai „hemoroid sentinela”. Din fisură (ca și din hemoroid) se scurge sânge mai ales după scaune și o secreție sero-purulentă, gleroză.

De multe ori hemoroidii se pot inflama și în ei se pot produce coaguli. Apare așa numita *tromboflebită hemoroidală*, care se caracterizează prin prezența unor formațiuni relativ dure, extrem de dureroase, cu aspect roșu-vădă și caracter inflamator.

25.2.2.3. Simptomele

Există unele semne minore, semne de început. Dintre cele mai frecvente sunt:

— pruritul anorectal;

— scurgerea sero-purulentă (de obicei discretă), mucoasă, gleroză.

Dacă nu se iau măsuri igienico-dietetice și terapeutice, boala hemoroidală evoluează și apar semnele principale:

— Prezența buretelor hemoroidale, externe și interne.

— Hemoragii, uneori bolnavul pierzând cantități foarte mari de sânge deodată.

Alteori, pierderile de sânge sunt mici. În ambele cazuri se poate ajunge, atunci când pierderile de sânge sunt permanente sau se repetă des, la anemii secundare grave.

— Durerile sunt de obicei moderate. Ele sunt foarte vii, atunci când există o fisură de mucoasă sau în cazul unei tromboze hemoroidale.

Prezența de hemoroidi nu înseamnă hemoroidoză (hemoroidă precedenți) și nu înseamnă de obicei o boală cronică. Uneori poate să apară în asociere, pe lângă hemoroidoză, o boală acută, anume, anorectă, extensiv de voluminos, mai ales în caz de hemoroidă internă.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Trăsătură de hemoroidă poate să apară și în cazul cancerului ano-rectal, în special în stadiul inițial.

Este indicat ca toți bolnavii care sângerează să stea la pu până când se oprește hemoragia.
 În caz de recidivă, de hemoroizi procidengi, de tendință la tromboză hemoroidară și mai ales atunci când hemoroidul sângerează permanent, este necesar să se facă o astfel de operație, care are diferite variante, în funcție de tehnica adoptată, dar care are același scop: ligaturarea, sau la nevoie extirparea hemoroidelor.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 25

- 1.- Cui se datorează simptomele și semnele ischemiei arteriale periferice?
 - a.- scăderii aportului sanguin;
 - b.- hipotensiunii arteriale;
 - c.- insuficienței irigații în repaus;
 - d.- deficitului de O₂ în raport cu necesitățile țesuturilor în diferite împrejurări.
- 2.- Ischemia periferică se poate produce prin:
 - a.- suprimarea bruscă a fluxului sanguin;
 - b.- hipertensiune arterială;
 - c.- suprimarea lentă și progresivă a fluxului sanguin;
 - d.- tulburări vasomotorii.
- 3.- Ischemia acută periferică poate fi produsă de:
 - a.- traumatisme arteriale;
 - b.- spasm arterial;
 - c.- embolie;
 - d.- tromboze acute.
- 4.- Cauzele emboliilor care produc ischemia acută periferică pot fi:
 - a.- fibrilația atrială;
 - b.- trombangita obliterantă;
 - c.- endocardita septică;
 - d.- hipotensiunea arterială.
- 5.- Trombozele acute ale arterelor pot surveni în:
 - a.- endocardita septică;
 - b.- leucemie, policitemia veră;
 - c.- anevrism aortic, fibrilație atrială;
 - d.- trombangita obliterantă, lupus eritematos diseminat.
- 6.- Severitatea și evoluția ischemiei acute periferice depinde de:
 - a.- cauza ischemiei;
 - b.- sediul obstacolului;
 - c.- gradul obstacolului mecanic și eficiența colateralelor;
 - d.- extinderea vasoconstricției asociate;
 - e.- alterări parietale preexistente.
- 7.- Următorul semn nu există în sindromul de ischemie acută periferică:
 - a.- durere intensă, instalată brusc;
 - b.- paloareă extremității;

- a.- fraparea palmului periferic;
 - b.- sensibilitate deosebită în teritoriul afectat;
 - c.- temperatură locală mult crescută;
 - d.- durerea în perioada de debut a ischemiei acute periferice).
- 8.- Cum este durerea în perioada de debut a ischemiei acute periferice?
 - a.- brusc, violentă;
 - b.- lentă, progresivă;
 - c.- intensă, nu cedează la calmante și repaus;
 - d.- se intensifică progresiv, iar după 6-8 ore se transformă în paroxizme.
 - 9.- Care din elementele de mai jos corespund perioadei de agravare a sindromului de ischemie acută periferică?
 - a.- tulburări tegumentelor este progresivă;
 - b.- pulsarea care continuă și se sparg, se evacuează lichid serosomucos;
 - c.- zona rădăcite musculară - picior scvîr, picior „în gheură”;
 - d.- apar ambraze și paronchie.
 - 10.- Care din medicamentele de mai jos nu se administrează în ischemia acută periferică?
 - a.- perfuzie intravenoasă cu dextran;
 - b.- atrombolin, efedrină, noradrenalin;
 - c.- heparină, papaverină, hydergin;
 - d.- corectarea acidității cu soluție bicarbonată sau cu THAM;
 - e.- analgezice cu spectru larg.
 - 11.- Tratatamentul trombolitic-fibrinolitic se face:
 - a.- în primele 4 ore după accident;
 - b.- dacă fenomenele nu cedează la alt tratament medicamentos;
 - c.- după 6-8 ore de la debutul bolii;
 - d.- după 10 ore, în cazul eșecului tratamentului chirurgical.
 - 12.- Tratatamentul trombolitic-fibrinolitic se face cu:
 - a.- streptas, macrodex;
 - b.- talasol, papaverină, heparină;
 - c.- streptokinază, urokinază, binază;
 - d.- streptin, hydergin.
 - 13.- Gangrena ischemică, în ischemia acută periferică, se face cu scopul:
 - a.- îndepărtării embolului;
 - b.- îndepărtării trombusului care astupă artera;
 - c.- revascularizării arteriale;
 - d.- îndepărtării spasmului și punerii în funcție a colateralelor în ischemia acută produsă pe arterele mici periferice.
 - 14.- Care din semnele de mai jos nu se întâlnesc în ischemia cronică periferică:
 - a.- senzația de răceală sau arsură în timpul unui efort, în mușchii gambei;
 - b.- temperatură locală mult crescută;
 - c.- durere declanșată la efort și calmată la repaus;
 - d.- diminuarea sau lipsa pulsațiilor arteriale.
 - 15.- Claudicația intermitentă apare:
 - a.- în repaus;
 - b.- la efort, mers, alergat, urcat;
 - c.- dispare rapid după oprire și revine după o distanță aproximativ egală cu cea în care s-a instalat anterior;
 - d.- începează după masajul mîmîului.

16. În stadiul I al ischemiei cronice periferice întâlnim:

- a. durere continuă în repaus și claudicatio;
- b. parastuzii și dureri de scurtă durată după oboseală prelungă;
- c. tulburări trofice la nivelul membrilor inferioare;
- d. claudicație intermitentă.

17. În ce formă de arterită patavarea tegumentelor este însoțită de păstrarea cu creșterea temperaturii cutanate?

- a. arterită aterosclerotică;
- b. arteriopatie obliterantă însoțită de fenomene inflamatorii;
- c. boala Raynaud;
- d. în toate formele de arterită.

18. Care din manifestările trofice le putem întâlni într-un sindrom de ischemie periferică cronică?

- a. pielea extremităților lucioasă, uscată;
- b. hiperpilozitate;
- c. unghii friabile și casante;
- d. atrofia musculaturii gambelor și coapsei;
- e. edem mare unilateral.

19. Care din metodele de mai jos nu evidențiază permeabilitatea trunchiului arterial principal în sindromul de ischemie cronică periferică?

- a. oscilometria;
- b. termometria cutanată;
- c. arteriografie;
- d. dermatografismul;
- e. sonografia axelor arteriale (efect Doppler).

20. Cercetarea factorului spastic al arterelor se realizează prin:

- a. infiltrația simptomului lombar;
- b. plezismografie digitală;
- c. oscilometrie asociată cu efectul caloric;
- d. termometrie cutanată.

21. Tromboangeita obliterantă (boala Buerger):

- a. apare mai ales la bărbați tineri (20-40 ani);
- b. la bătrâni;
- c. la nefumători;
- d. se caracterizează prin leziuni pericetale la care se adaugă vasoconstricție exagerată;
- e. etiologia este ateroscleroză.

22. Angiopatia diabetică se caracterizează prin:

- a. afectarea vaselor de calibrul mare;
- b. lezări ale arteriolelor;
- c. retinopatie diabetică;
- d. claudicație intermitentă;
- e. dureri de repaus.

23. Boala Raynaud afectează:

- a. rețeaua vasculară a pielii;
- b. musculatura extremităților;
- c. produce leziuni cutanate necrotice;
- d. produce claudicație intermitentă.

24. Ce diferențe există între boala Raynaud și sindromul Raynaud?

- a. boala Raynaud este o angiopatie inflamatorie proliferativă;
- b. sindromul Raynaud este o manifestare a angiopatiei diabetice;
- c. boala Raynaud este o afecțiune vasospastică esențială (fără o cauză identificabilă);
- d. sindromul Raynaud este o afecțiune angiospastică în care factorul determinant este identificabil.

25. Care sunt obiectivele tratamentului medical în ischemia cronică periferică?

- a. să stabilizeze evoluția procesului morbid;
- b. să stabilizeze cât mai mult gradul de ischemie;
- c. să amelioreze cât mai mult gradul de ischemie;
- d. să prevină apariția tulburărilor trofice sau să determine vindecarea acestora.

26. Care din intervențiile chirurgicale în ischemia cronică periferică au caracter reconstructiv?

- a. resecție arterială segmentară, urmată de greft;
- b. operație endovasculară;
- c. amputație lombară;
- d. tromboendarterectomia.

27. La care din arterele de mai jos se dezvoltă preponderent anevrismul arterial?

- a. cava aorta, aorta abdominală;
- b. artera tibială posterioară, arterele digitale ale piciorului;
- c. artera iliacă, arcele arteriale palmare;
- d. arterele creierului.

28. Triada simptomatică: angiom plan, varice cu caracter special, modificări sclerotice (sindromul Küppel-Trenaunay) o găsim în:

- a. anevrismul de aortă;
- b. anevrismul arterio-venos dobândit;
- c. sindromul de ischemie acută periferică;
- d. anevrismul arterio-venos congenital.

29. Care din următoarele cauze pot determina apariția varicelor secundare ale membrelor inferioare?

- a. sarcini repetate;
- b. ciroza hepatică;
- c. tumori compresive pe vena cavă inferioară;
- d. tromboflebite profunde ale membrilor inferioare.

30. Care din profesii de mai jos favorizează apariția varicelor membrelor inferioare?

- a. chelnerii;
- b. funcționarii;
- c. profesorii, învățătorii;
- d. frizorii, buclarii.

31. Care din complicațiile de mai jos nu se produc în varicele membrelor inferioare?

- a. rupțiuni externe și interne ale varicelor;
- b. tromboza varicoasă;
- c. embolia pulmonară și cerebrală;
- d. dermatita varicoasă;
- e. ulcerul trofic.

32. Care din formele de varice nu beneficiază de tratament chirurgical?
- a. varice hidrostatice primare;
 - b. varice produse de compresie pe vena cavă;
 - c. varice consecutiv unei tromboze profunde;
 - d. varice hidrostatice la înier;
 - e. varice hidrostatice la vârstnici.

33. Hemoroidii sunt:
- a. scurgeri de sânge din regiunea anorectală;
 - b. dilatații varicoase ale plexurilor venoase din submucoasa anorectală;
 - c. dilatații venoase de la nivelul sigmoidului;
 - d. dilatații ale venelor anale.

34. Unde se găsește hemoroidii interni?
- a. dedesubtul sfincterului anal;
 - b. în 1/2 superioară a rectului;
 - c. la joncțiunea recto-sigmoidiană;
 - d. deasupra sfincterului anal și a „liniei dinjate” care se găsește pe mucoasa anală la 4-5 cm de orificiul anal.

35. Este vreo deosebire între sângerarea din cauza hemoroidilor și cea produsă de cancerul anorectal?

- a. hemoragia în boala hemoroidală precede scaune;
- b. rectoragia în cancerul anorectal precede scaunele;
- c. rectoragia în boala hemoroidală unică și scaunul și sângele se amestecă deasupra matrișelor fecale și continuă după scaun;
- d. nu există nici o deosebire, amândouă dau rectoragie și înainte și după scaun.

Capitolul 26

AFECTIUNILE CHIRURGICALE URO-GENITALE

Verificați-vă cunoștințele

26.1. Generalități privind structura, fiziologia și explorarea	795
anatomia uro-genitală	795
26.1.1. Baza de anatomie	795
26.1.1.1. Baza de anatomie	795
26.1.1.2. Uterul	796
26.1.1.3. Vezica urinară	796
26.1.1.4. Uterul	797
26.1.2. Noțiuni de fiziologie	801
26.1.3. Metode de investigație în urologie	801
26.1.3.1. Anamneza	801
26.1.3.2. Examenul clinic	803
26.1.3.3. Examenul complementare	810
26.1.3.4. Examenul chirurgical uro-genital	810
26.2. Afecțiuni chirurgicale uro-genitale	810
26.2.1. Litiază renală	811
26.2.1.1. Etiopatogenie	811
26.2.1.2. Anatomie patologică	812
26.2.1.3. Simptomatologie	812
26.2.1.4. Evoluție, complicații, prognostic	813
26.2.1.5. Tratamentul	813
■ Tratamentul medical	813
■ Regimul dietetic	814
■ Tratamentul chirurgical	815
26.2.2. Traumatismele aparatului urinar	816
26.2.2.1. Traumatismele rinichiului	816
26.2.2.1.1. Etiopatogenie	817
26.2.2.1.2. Anatomie patologică și fiziopatologie	817
26.2.2.1.3. Simptomatologie	819
26.2.2.1.4. Explorările paraclinice	819
26.2.2.1.5. Evoluția și complicațiile	819
26.2.2.1.6. Tratamentul	820
26.2.2.2. Traumatismele vezicii urinare	820

26.2.2.2.1. Traumatismele închise	400
26.2.2.2.2. Traumatismele deschise	401
26.2.3. Retenția de urină și anuria	401
26.2.3.1. Retenția de urină	401
26.2.3.1.1. Retenția completă de urină	401
26.2.3.1.2. Retenția incompletă (cronică) de urină	402
■ Simptomatologia	402
■ Tratamentul	402
26.2.3.2. Anuria	402
26.2.3.2.1. Etiologie și fiziopatologie	402
■ Anurie extrarenale	402
■ Anurie renale	402
■ Anurie postrenale	402
26.2.3.2.2. Simptomatologia	402
26.2.3.2.3. Tratamentul	402
26.2.4. Tumorile aparatului uro-genital	402
26.2.4.1. Tumorile renale	402
26.2.4.1.1. Anatomie patologică	402
26.2.4.1.2. Simptomatologia	402
26.2.4.1.3. Diagnostic	402
26.2.4.1.4. Tratamentul	402
26.2.4.2. Tumorile vezicii urinare	402
26.2.4.3. Tumorile de prostată	402
26.2.4.3.1. Adenomul de prostată	402
■ Etiopatogenia	402
■ Simptomatologia	402
■ Diagnosticul diferențial	402
■ Tratamentul	402
26.2.4.3.2. Cancerul de prostată	402
■ Simptomatologia	402
■ Explorările prostatei	402
■ Tratamentul	402
26.2.5. Bolile uretrei	402
26.2.5.1. Stricțurile de uretră	402
26.2.5.2. Hipospadiasul	402
26.2.5.3. Epispadiasul	402
26.2.6. Bolile organelor scrotale	402
26.2.6.1. Hidrocelul	402
26.2.6.1.1. Noțiuni de anatomie	402
26.2.6.1.2. Hidrocelul cronic	402
■ Simptomatologia	402
■ Tratamentul	402
26.2.6.2. Varicocele	402
26.2.6.2.1. Etiopatologie	402
26.2.6.2.2. Simptomatologie	402
26.2.6.2.3. Tratamentul	402
26.2.6.3. Orhiepididimita	402
26.2.6.3.1. Clasificare	402
26.2.6.3.2. Tratamentul	402

Chestionar la capitolul 26

26.1. GENERALITĂȚI PRIVIND STRUCTURA, FIZIOLOGIA ȘI EXPLORAREA APARATULUI URO-GENITAL

26.1.1. Noțiuni de anatomie

Aparatul urinar este compus din rinichi, uretere, vezică urinară și uretră. Rinchii sunt două organe așezate de o parte și de alta a coloanei vertebrale, la nivel stomacal dintr-o vertebră dorsală și al primelor trei vertebre lombare. În afară de funcția lor renală, Rinchiul drept este situat ceva mai jos decât cel stâng și are o tendință mai mare de a coborî (de a prosta) decât cel din partea opusă.

26.1.1.1. Rinchiul

Rinchiul este o orgă abdominală situată retroperitoneal - în afara cavității peritoneale - fapt care este important din punct de vedere patologic și chirurgical. Are o formă concavă de fațcă de fațcă, cu douăzeci binișoare mari mari. Concavitatea lor este îndreptată către coloana vertebrală. În aceste concavități se află hilul renal, în care se găsesc artera și vena renală, fibrele nervoase, trunchiul din care pleacă ureterul (fig. 201).

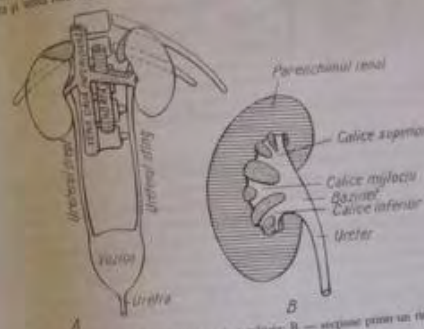


Fig. 201 — Aparatul urinar: A — în totalitate; B — secțiune prin un rinichi.

În secțiune se poate distinge:
Paranchimul renal, care are:
— O zonă corticală în care se găsesc elementele funcționale de filtrare —
— O zonă medulară în care se găsesc elementele funcționale de secreție —
Arteriole — secrete ale rinichului:
A) nefronii, care sunt alcătuiți dintr-o capsulă Bowman și un tub urinar care are
la componența sa și ansa Henle.

26) 4-12 bucle capilare care formează glomerulul Malpighi. Capetele buclelor împreună cu glomerulul formează rețeaua renală renală Malpighi.
— O zonă centrală (medulară) compusă din:
— 15 piramide Malpighi formate din țesut colector care poartă urina de la cea mai mare a acestora confluență, formând 3 culice mari. Câte 3 culice mici formate din țesut colector care se continuă cu ureterul (fig. 202). Este un fel de țesut și țesut și se continuă cu ureterul Malpighi împreună cu substanța corticală din jurul său formând un lob renal.

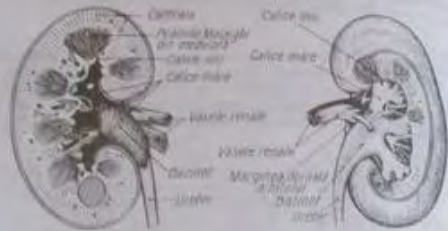


Fig. 202. — Secțiune longitudinală prin rinichi.

26.1.1.2. Ureterele

Ureterele sunt conducte care continuă bazinetele celor doi rinichi, coborând din partea și de alta a coloanei vertebrale, retroperitoneal. Au o lungime de circa 30-35 cm. Ajung în pelvis, unde se deschid pe fața posterioară, în regiunea inferioară a vezicii urinare. Sunt formate din fibre musculare longitudinale (la interior și exterior) și circulare (la mijloc), prăgite călătoria expulsiunii — peristaltice — undulatorii caracteristice, care fac ca urina să înainteze în vezică. Pe fața inferioară ureterele au o mănășcă pe cea externă un înveliș conjunctiv (fig. 203).

26.1.1.3. Vezica urinară

Vezica urinară este un rezervor care colectează urina. Are o capacitate de din 300-400 ml, cu mari posibilități de extindere (până la 1-3 l), datorită muscularității sale bogate formată dintr-un strat longitudinal, un strat circular mijlociu extern și un strat longitudinal intern. Este un organ retroperitoneal. Se găsește situată în pelvis, în apropierea pubisului și înaintea organelor genitale interne la femeie și a rectului la bărbat (fig. 204 A, B).

26.1.1.4. Uretra

Uretra este conductul prin care se evacuează urina în mediul exterior. La bărbat, prin uretră se evacuează și sperma. Spermatozoizii, element compozent al spermului, sunt eliminați prin uretră.

Uretra este un canal prin care urina este eliminată din corp. Este un canal care are o lungime de circa 18 cm și se deschide în uretră. Spermatozoizii sunt eliminați prin uretră și se deschide în uretră. Spermatozoizii sunt eliminați prin uretră și se deschide în uretră.

Uretra este un canal prin care urina este eliminată din corp. Este un canal care are o lungime de circa 18 cm și se deschide în uretră. Spermatozoizii sunt eliminați prin uretră și se deschide în uretră. Spermatozoizii sunt eliminați prin uretră și se deschide în uretră.



Fig. 203. — Raportul cu structurile retroperitoneale.

26.1.2. Noțiuni de fiziologie

Rinichiul este un organ care are rolul de a filtra sângele de produsele toxice, de deșeurile și de excesul de apă. Este un organ care are rolul de a filtra sângele de produsele toxice, de deșeurile și de excesul de apă. Este un organ care are rolul de a filtra sângele de produsele toxice, de deșeurile și de excesul de apă.

o parte din clorofil a. Toate aceste substanțe sunt în circulația sângelui, celulele din țesut și se pot elimina, în afara de această reacție, în special sub formă de urină, dar și în urină și în fecale. În acest caz, din motive fiziologice, dar mai ales patologice, precum insuficiențe cardiace sau hepatice, în timpul cărora se poate acumula în organism cantități mari de bilirubină, care se poate elimina în urină și în fecale, ceea ce poate fi observat în urină și în fecale. În acest caz, urina și fecalele pot avea o culoare galbenă sau roșie.

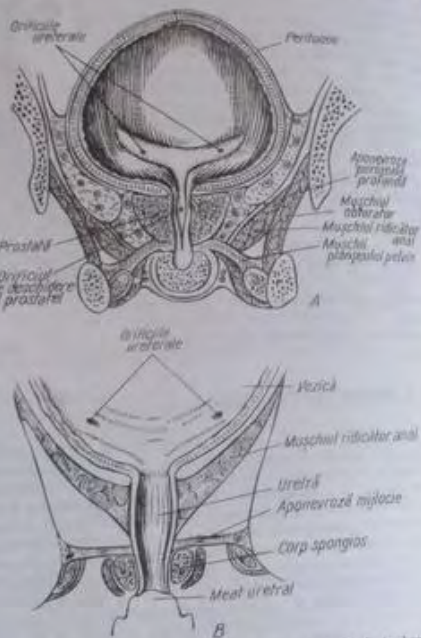


Fig. 204 — A — Secțiune care pune în evidență vezica urinară și organele din jurul acesteia, la bărbat. Se remarcă și cele două orificii uretrale, prin care vede foarte ușor din rîchi. De asemenea, în regiunea posterioară se vede orificiul glandei prostate, în spermatofita cămină (infirmități care apar din vezică și din glanda prostate, prin care se vede în uretră spermatozoizii produși de testicule, care ajung din vezică și din glanda prostate, prin canale deferente. Tot aici se vede și lichidul seminal din glandele seminale și din glanda prostate, prin canale deferente. Tot aici se vede și lichidul seminal din glandele seminale și din glanda prostate, prin canale deferente. Tot aici se vede și lichidul seminal din glandele seminale și din glanda prostate, prin canale deferente.

1

la transmiterea unui final, care opune la culor și se va elimina, este rezultat
de procesul complet de filtrare - realizabil - în serie.

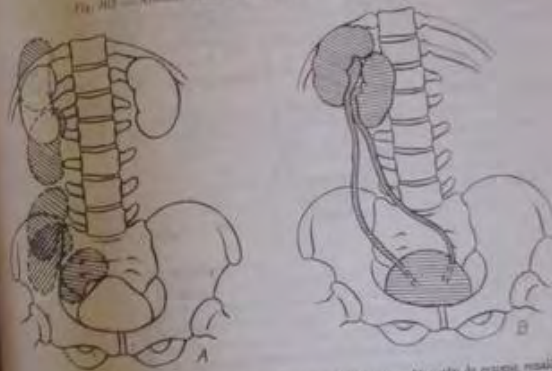
Un astfel de sistem este, în mod clar, în formă de schimbare organică și înveștă
și a fost 95-99% raport final în formă de schimbare organică și înveștă
și a fost 95-99% raport final în formă de schimbare organică și înveștă
și a fost 95-99% raport final în formă de schimbare organică și înveștă

Prima etapă

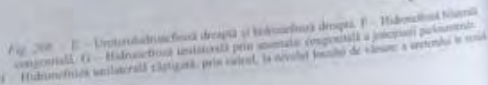
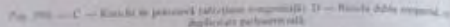
Deși este



Fig. 102 — Atriumul ventriculului inferior (1) și ventriculul, la boala



În 200 — lașelele mai frecvente ale simfizei și uterului; A — Vârșelul de ocupație renală; miltarea; dreapta B — Ecopia congenitală încreștigă stângă.

[illegible]

26.1.3. Metode de investigație în urologie

26.1.3. Metode de investigație în arhivă

2.1.1.1. Алгоритм

§1.1. Anamneza
O anamneză amănunțită se poate realiza de la bun început, spre mărirea anului
anului (anul).

[Faint, illegible handwritten notes]

[illegible][illegible][illegible]

26.1.3.2. Examenul clinic

[illegible]

Fig. 207 — Porcu cului 3 pahuri, din
de Goryon. Dăru în statură luminoasă
primul două pahuri (A) alungit pe
statură; două luminoasă și în statură
pahuri (B) sau alungit pe statură
luminoasă primului din statură
alungit pe statură în statură
(C) — alungit pe statură — alungit pe
statură sau statură

b) *Palparea*. La bolnavul culcat și apoi ridicat în picioare se vor examina zădărlă lombare, manevră care dă relații importante în legătură cu unele afecțiuni rețele sau viciu de poziție a rinichilor. Se va constata, cu această ocazie, dacă bolnavul scută sau nu dureri la palpare.

În domeniul muzicii, vor fi examinate toate tipurile de muzică tradițională din România. Pot fi prezentate și alte tipuri de muzică, precum și muzica populară din țările vecine.

Examinarea fizică este o examinare a stării fizice a pacientului, care include următoarele:

- **Inspectarea:** observarea aspectului general al pacientului, a staturii, a culorii pielii, a mușchilor, a articulațiilor, a gâtului, a toracelui, a abdomenului, a extremităților inferioare.
- **Palparea:** atingerea cu mâna a părților corpului pentru a simți temperatura, umiditatea, mărirea, durerea, vibrațiile, pulsațiile, mărirea, durerea, vibrațiile, pulsațiile.
- **Audiția:** ascultarea sunetelor produse de organele interne, cum ar fi inima, plămânii, stomacul, intestinul gros, intestinul subțire, vezica biliară, vezica urinară, uterul, vaginul, testiculele, prostata.
- **Percuția:** bătărea cu degetul sau cu un ciocan medical pentru a determina dimensiunile, densitatea, fluiditatea, duritatea, durerea, vibrațiile, pulsațiile.
- **Radiografia:** utilizarea razelor X pentru a vizualiza structurile interne ale corpului.



Fig. 208 — A — Examenul prostatic prin tact rectal. B — În această schemă se vede modalitatea în care se face acțiunea de prostatică, în timpul evacuarii de lichid pentru examenul biologic și bacteriologic.

26.1.3.3. Examenale complementare
 la Examenul de urină, examen banal, relativ ușor de făcut, folosindu-se o garnitură obișnuită, poate să furnizeze elemente extrem de importante.
 Analiză chimică. Se va cerceta aciditatea și densitatea. Îndosebi densitatea poate să indice asupra funcției renale. O urină cu densitatea scăzută denotă o funcție renală deteriorată — scleroză renală. Se va face dozajul cantitativ și calitativ al albuminei, ureei, zahărului, clorurilor, creatininei. Prezența de zahăr sau albumină în

[illegible]

Stadiul al treilea: fagocit (leucocit). Se cunoște procesul de înghițirea de celule (granule) (existând în alteleori unele grave) sau înghițirea de leucocite, de hematii. Ori de câte ori sunt deosebite leucocite sau hematii și înfruntă producătorii acestora deși numai (ca o mână) înșiși, deși în numărul de hematii și leucocite care se produc pe minute) prin care am înțelegem procesul. Repetând în zilele următoare această probă, se poate observa modul în care evoluează leucemia.

- proba Van Slyke (raportul dintre ureea prezentă în sânge și cea eliminată în urină)

• proba cu Indigocarmuin, care determină endoscopic, selectiv pe cele două treimi timpuri de apariție în urină a substanței colorante. Indigocarmuinul injectat intravenos elimină normal urinare în mod normal după 10 minute;

c) Sondajul *antretroscopical* este util pentru verificarea permeabilității unei rezultate de urină direct din vezică. Uneori de practică sondaj și în scop de evacuare.

[illegible]

Sondajul vertical la femeie se face cu mai multă ușurință, dar fiind ră ascuțit, și în general nu suferă structuri postinfundului. La bărbat, din multe cauze (dificultăți în executarea cateterizării uretrale și pătrunderea sondei în uretră), din cauza unor malformații care interesează mialul urinar (epispadias, hipospadias), fie din cauza prezenței de stricturi uretrale postinfundului posttraumatice. În aceste cazuri se folosesc sonde extrem de fine. La bălănuși cu un cancer de prostată nu se poate pătrunde ușor în vezica urinară cu sonde obișnuite, de tip Nelaton, deoarece uretra fiind curbă în sus, datorită prostatei măritate, se deformează (traiecul normal, sonda se lovește de prostate posterior al uretrei și deformează traiecul normal, sonda se lovește de prostate posterior al uretrei și mai poate intra. Dacă se forțează pătrunderea sondei se poate crea o cale

[illegible]

...cu ocazia unui examen oftalmologic, la care s-a constatat că are o afecțiune de natură oftalmică, care necesită tratament medical. În acest caz, medicul oftalmolog trebuie să elaboreze un plan de tratament medical și să îl prezinte medicului de familie, care va urmări evoluția bolii și va coordona tratamentul.

deosebit de interesant este faptul că, în timp ce în unele țări se discută despre necesitatea de a se crea un sistem de asigurări sociale, în România s-a realizat deja un astfel de sistem, care este unul din cele mai bune din lume.

...pentru a realiza o intervenție chirurgicală de urgență, pentru a evita o intervenție chirurgicală de urgență, pentru a evita o intervenție chirurgicală de urgență.

se condiții în care în prezența
se condiții în care în prezența
se condiții în care în prezența



Fig. 2(b) — *Mas4* protein examined by SDS-PAGE.

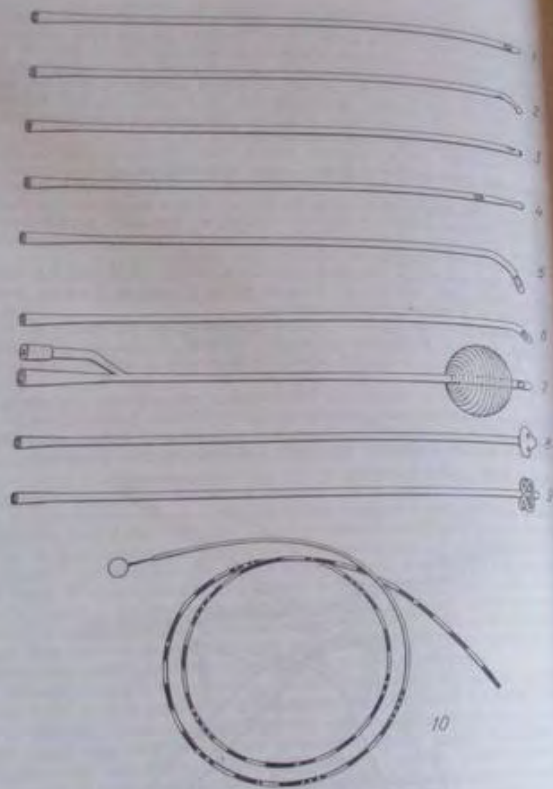


Fig. 210 — Sonde folosite în urologie: 1. sonda Nélaton; 2. sonda Thiersmann; 3. sonda cu vârful dat (ben-
conpc); 4. sondă cilindro-conică; 5. sondă bidentată; 6. sondă cu clișeu; 7. sondă Foley (cu balon);
8. sondă Pezzer; 9. sondă Malecot; 10. sondă ureterală.

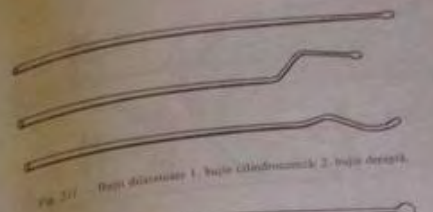


Fig. 211 — Buji dilatoare: 1. buji cilindroconică; 2. buji dreaptă.



Fig. 212 — Buji dilatori, de diferite grosimi și forme.

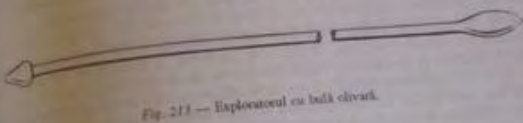


Fig. 213 — Explozatorul cu bulă clivart.



Fig. 214 — Dilatorul Béniqué curb.

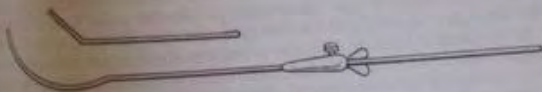
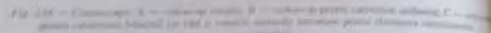
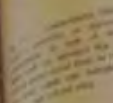


Fig. 215 — Mandren.

[illegible]

...într-o manieră foarte interesantă, în care se poate vedea că în unele cazuri, în special în cele care au fost discutate în cadrul sesiunii de lucru, există o anumită similitudine între unele dintre cele mai importante probleme care au fost discutate în cadrul sesiunii de lucru și unele dintre cele mai importante probleme care au fost discutate în cadrul sesiunii de lucru.

un pater care ne va face singurita amara si durabila.
 (Cantarea cadelor: va iubesti) de contact se mai face si pe care omagiază
 (Cantarea cadelor: va iubesti) de contact se mai face si pe care omagiază
 (Cantarea cadelor: va iubesti) de contact se mai face si pe care omagiază

3. În cazul în care, în urma aplicării procedurii de control, se constată că nu există nici o suspiciune de fraudă, se încheie un proces-verbal de încheiere a controlului, în care se înregistrează rezultatul controlului și se încheie procedura de control.

La pînă la 1000 m, de asemenea, înlocuirea cu substituția de contrast pe care o înregistrează camera și mărirea și redimensionarea acestor zone (caracteristicile integrării).

- 

Fig. 218 - Ecogrid.

26.2.1. Litiaza renală

Prin linia roșie se înțelege prezenta de cindă în curchi. Aceasta apare pe
 ei în cea, multă vreme sau chiar toată viața, înca un semn alimant. Adeseori în
 turborări chiar de la începutul formării calculului, boala evoluează cu complicații foarte pu-

26.2.1.1. Etiopatogenie

Litiara renală este o boală mai frecventă, care apare mai des la bărbați decât la femei, fiind mai des întâlnită la vârstă de 30 și 50 de ani. Poate apărea la copil.

Calculul în saşiere prin precipitare şi cristalizarea sărurilor minerale în ţesuturi cristaloid-organice coloidale. Precipitarea şi cristalizarea se pot face în ţesuturi microbi, leucocite, epitelii descuamate pe arborile urinare, ca urmare a unor infecţii pielocaliciale sau bacteriene, pe micobacterii etc. Din aceasta rezultă că, pentru a limita formarea calculilor, trebuie evitate aceste cauze, iar dacă ele s-au apărut, trebuie vindicate cât mai curând. Mai grav este faptul că precocii în calculi intrarenali determină prin stază, care o produce şi rănirea arborului calicilor, infecţii renale, care accentuează probabilitatea de formare a altor calculi, sau de creştere a celor existenţi.

cu cel important în producerea din calculi și puncte și înlocuirea tuturor a
 cu cel important în producerea din calculi și puncte și înlocuirea tuturor a
 cu cel important în producerea din calculi și puncte și înlocuirea tuturor a

5.7. presupunând acedul mic, și se vor forma calculi de acid uric depunându-se valoarea de 6,6 mmol/l presupunând înțepții și uronii

De asemenea, trebuie să se evite utilizarea de produse care conțin săruri de calciu, deoarece acestea pot provoca litiază cu cristale de calciu. În cazul în care se suspectează litiază, se recomandă consultarea medicului pentru a stabili cauza și a trata corect.

[illegible][illegible]

35.1.2 Anatomie patologica

25.2.1.2. Anatomie patologică

[illegible]

...pe lângă complicitatea sclerotică, care...

fi) Alte examene complementare

Se pot efectua:

- *punși-bijutieri renali*, pentru depistarea funcției renale sau a prezentei unei tumori;
- *punși* a regiunii perineale pentru depistarea de colicoși perineali;
- *punși-bijutieri de prostată*, de testicul, ori epididim, pentru depistarea unei infecții sau tumorii;

- *arteriografie renală* cu injectarea concomitentă de aer retroperitoneal, care dă

informații privitoare la volumul rinichinilor și eventuala prezență a unei tumori.

- Cu ajutorul rinichinilor radioactivi se execută astfel din ce în ce mai puțin

renoscintigrafia care dă indicații foarte prețioase privitoare la anatomia și fiziologia renală.

- *Echografia* poate oferi imagini sonografice extrem de prețioase care rivalizează

sau depășesc chiar, uneori, în anumite afecțiuni, relațiile obținute prin urografie (fig. 254).

- Tomografia computerizată și rezonanțe magnetice nucleare.

26.2. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE URO-GENITALE

26.2.1. Litiaza renală

Prin *litiază renală* se înțelege prezența de calculi în rinichi. Această afecțiune poate să nu dea, multă vreme sau chiar toată viața, nici un semn alarmant. Adeseori însă, apar tulburări chiar de la începutul formării calculului. Boala evoluează cu complicații foarte grave.



Fig. 218 - Ecograf.

26.2.1.1. Etiopatogenie

Litiaza renală este o boală relativ frecventă, care apare mai des la bărbați decât la femei, fiind mai des întâlnită între vârsta de 30 și 50 de ani. Poate apărea și la copii.

Calculul ia naștere prin precipitarea și cristalizarea substanțelor minerale în jurul unui cristaloid organic coloidal. Precipitarea și cristalizarea se pot face în jurul unei microbi, leucocite, epitelii descuamate de pe arborile urinare, ca urmare a unor infecții pielocaliciale sau bazinetale, pe niște cheaguri etc. Din aceasta rezultă că, pentru a limita formarea calculului, trebuie evitate aceste cauze, iar dacă ele s-au apărut, trebuie vindecate cât mai curând. Mai grav este faptul că prezența unui calculi intrarenali determină prin staza pe care o produce și rănirea arborilor caliciale, infecții renale, care accentuează posibilitatea de formare a altor calculi, sau de creștere a celor existenți.

Se pot observa în producerea de calculi și puncte și manifestări indicative a unor afecțiuni, datorită faptului că unele din aceste substanțe sunt produse din

cauza unei afecțiuni metabolice. Staza urinară este un alt factor important în apariția calculilor.

Se poate observa de asemenea, la formarea calculilor modificările timpului sau de

la calculi, de exemplu, în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

de pH-ul urii, sau un semn sau în altul. Se știe, de exemplu, că în cazul pH-ului

26.2.1.2. Anatomie patologică

În aproximativ 15-25% din cazuri, litiaza renală este bilaterală.

Calculii au diferite forme și aspecte, în funcție de compoziția lor și de locul unde s-au format. Calculii de ureter sunt acuminati, duri, au o culoare brună; cei de bazinetă sunt mai mici, mai rotunzi, au o culoare roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

Calculii existenți în rinichi (în calice sau bazinetă) provoacă tulburări în eliminarea urinei, dar, cei de acid uric au culoarea roșie sau galbenă, sunt netezi, rotunzi, duri.

poate și trece complet asimptomatic. Dacă este aleasă și sticlă de puncte opace, însoțită de insuficiență renală gravă.

Infecția poate deranja capota renală, producând prin rezorția unei părți de puncte și un abces sau flegmon perinefric. Un astfel de focar se află în zona septică gravă, aspect cu atât mai important, cu cât sporește în talia cu flegmon și rezorție vizuală.

26.2.1.3. Simptomatologie

În cazul calculilor urei care se elimină prin urină, apar urmări ale afecțiunii simptomatice: sunt frecare sau practic absente. De asemenea, sunt calculi care se pot vedea în rachi, în zone mai îndepărtate de fluxul urinei, pot fi simțite. De cele mai multe ori însă, prezenta calculilor în rinichi dă naștere unor simptome foarte importante și anume:

a) **Dureri**, care la aspectul de colică renală, determinată de fenomenul micelularizării cisticele, huzență și necroză se contractă, pentru a crește căderea provocând astfel colica renală (renală). Colica renală apare spontan dar de multe ori, mai ales după un efort fizic mai deosebit, după o mazără abundentă sau după mers în mazără, pe motocicletă, călare etc. În astfel de cazuri, colica se manifestă mobilizând un calcul fixat până în acel moment și care nu dădea nici un simptomatologie.

Durerea apare în regiunea lomburii și în flanc. Se pune în evidență și prin tahicardie sau tahidicardie în regiunea lomburii, bolnavul simțind dureri la cea mai mică mișcare (simptom pozitiv). De foarte multe ori, durerea merge în jos, către regiunea bazei, în fesele către regiunea inghinală. La pulsare se pot pune în evidență cele trei puncte necesare rezorției, mișcării și îndepărtării durerilor pe fața anterioară a abdomenului sau, timpul traectului, ureterului. Durerea poate fi constantă, extrem de vie, sau să apară la anumite intervale, sub formă de crize (colici). Ea se accentuează pe măsură ce în rinchi și bazei se adună urină ce nu se mai poate evacua și astfel se deshidratează mai mult. Durerea cedează uneori brusc, venit cu micșinarea calculului și scurtează și etapa de evacuare calculului din rinchi în ureter și de aici în vezică.

b) Se remarcă de asemenea, apariția micșinării datorate a poliductului (mișcarea foarte frecventă).

c) **Hematuria** este totuși, fluid de obicei o hematurie microscopică, dar poate fi și macroscopică.

d) **Uria** este semnul infecției urinare care însoțește de cele mai multe ori calculul renală, adeseori o și precede.

e) **Examenete radiologice, radiografice și ecografice**. Dacă fiind frecventă senzația afecțiunii și complicațiilor pe care le poate determina - de cele mai multe ori datorită grave - este indicat ca în prezenta simptomelor de mai sus, să se efectueze o radiografie renală. Sunt foarte utile și importante: radiografia și ecografia.

26.2.1.4. Evoluție, complicații, prognostic

Mulți calculi intrarenali, chiar de dimensiuni mari, sunt bine suportați și dau asimptomatice. De multe ori ei sunt descoperiți numai la examene îndelungate sau chiar la autopsie.

De cele mai multe ori însă calculii renali, chiar și cei mici, datorită faptului că intră în calea secundară sau chiar principală de evacuare a urinei, pot da numeroase complicații, dintre care cele mai frecvente sunt următoarele:

a) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

b) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

c) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

d) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

e) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

f) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

g) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

h) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

i) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

j) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

k) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

l) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

m) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

n) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

o) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

p) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

q) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

r) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

s) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

t) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

u) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

v) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

w) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

x) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

y) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

z) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

aa) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ab) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ac) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ad) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ae) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

af) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ag) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ah) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ai) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

aj) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ak) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

al) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

am) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

an) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ao) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ap) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

aq) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ar) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

as) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

at) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

au) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

av) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

aw) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ax) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ay) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

az) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ba) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bb) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bc) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bd) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

be) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bf) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bg) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bh) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bi) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bj) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bk) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bl) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bm) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bn) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bo) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bp) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bq) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

br) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bs) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bt) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bu) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bv) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bw) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bx) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

by) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

bz) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ca) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cb) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cc) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cd) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ce) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cf) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cg) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ch) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ci) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cj) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ck) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cl) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cm) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cn) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

co) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cp) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cq) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cr) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

cs) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

ct) **Infecții urinare** cu diverse progresii de penetrare în rinchi și însoțită renală și însoțită renală.

26.2.2. Traumatismele aparatului urinar

26.2.2.1. Traumatismele rinichiului

26.2.2.1.1. Etiopatogenie. Traumatismele închise (contuziile rinichiului) pot lasa paguri prin:

b) *arjune indirecte*, atunci când accidentatul cade pe o altă regiune decât pe regiunea renală (de la mare înălțime pe călcâi sau genuri). În general, distrugerile renale cauzate de asemenea sunt mai puțin importante.

14

[illegible]

...dăruie, dară, înțelegându-se că, de asemenea, în cazul apariției unor probleme de natură psihică, se vor lua toate măsurile necesare pentru a asigura buna funcționare a sistemului de securitate. În acest context, este deosebit de important să se mențină o bună comunicare între toate componentele sistemului, asigurându-se că informațiile sunt transmise corect și la timp. Acest lucru este posibil doar prin intermediul unor proceduri clare și bine definite, care să permită o colaborare eficientă între toate părțile implicate. În plus, este necesar să se realizeze o evaluare periodică a sistemului, pentru a identifica eventualele deficiențe și a lua măsurile necesare pentru a le corecta. Astfel, se poate asigura că sistemul de securitate rămâne eficient și sigur în orice circumstanțe.

24.2.1.3 **Sinptomatologie.** Simptomele sunt, în general, aceleași în amândouă

la funcție de transmitere (închise și deschise). În leziunile renale minime, starea
se însușește determinate de starea generală. În leziunile renale mari, fiind de obicei
cauza este foarte puțin modificată, datorită și faptului că leziunea, fiind de obicei
asimetrică, nu afectează decât unul din capetele și suplinează perfect deficitul de activitate
din celălalt. Dacă însă leziunea este bilaterală și extinsă, atunci este un vechi bolnav renal
cu insuficiență renală. Dacă însă leziunea este unilaterală și extinsă, atunci este un vechi bolnav renal
cu insuficiență renală. Dacă însă leziunea este bilaterală și extinsă, atunci este un vechi bolnav renal
cu insuficiență renală. Dacă însă leziunea este unilaterală și extinsă, atunci este un vechi bolnav renal
cu insuficiență renală.

...după, chiar în cazul leziunilor minime, pot să apară tulburări generale importante.

Dacă traumatismul renal este produs de o cădere, se pot prezenta următoarele semne și simptome: hipotensiune, puls accelerat și micșorat, de tipul șocului traumatic și hemoragic; hipertensiune, puls accelerat și micșorat, de tipul șocului toxic; transpirații, paloare, sete de aer și apă etc.

la *Senzoria locală*. - Durerii se pot prezenta în regiunea lombosacrală și în regiunea inghinală, în funcție de localizarea leziunii. Dacă durerea este localizată în regiunea lombosacrală, aceasta indică o leziune a rădăcinii nervilor sacali. Dacă durerea este localizată în regiunea inghinală, aceasta indică o leziune a rădăcinii nervilor lombari. Durerea este de obicei dură, tălășă și se poate agrava la mișcare.

- *Hematuria* este un simptom important, totdeauna prezent în cazul leziunilor renale. Este de obicei dură, tălășă și se poate agrava la mișcare. Hematuria este de obicei dură, tălășă și se poate agrava la mișcare. Hematuria este de obicei dură, tălășă și se poate agrava la mișcare.

Dacă leziunile renale sunt de mică importanță, hematuria este decolorată, apare în timpul urinării și dispare în timpul repausului. Dacă leziunile renale sunt de mare importanță, hematuria este de culoare roșie închisă, apare în timpul urinării și dispare în timpul repausului. Hematuria este de obicei dură, tălășă și se poate agrava la mișcare.

De cele mai multe ori, hematuria dispare complet în câteva zile, moment în care se înfrumusețește și starea generală și locală a bolnavului.

- *Hematomul perirenal* apare relativ frecvent. Apare când este ceva mai voluminos în regiunea renală se simte o masă tumorală mai mult sau mai puțin mare, cu limite difuze și dură, care se poate agrava la mișcare.

Hematomul perirenal se poate hrăni de la mare distanță de la rădăcina renală. De obicei, apare în timpul urinării și dispare în timpul repausului. Hematomul perirenal este de obicei dură, tălășă și se poate agrava la mișcare.

- *Hemotomie intraperitoneală*. Când leziunea traumatică a interesat (a perforat) peritoneul care acoperă rinichiul, este posibil ca sângele să se revărsă în abdomen și să se acumuleze în cavitatea peritoneală. De obicei, apare în timpul urinării și dispare în timpul repausului.

- *Evacuarea de urină prin plagă* are loc numai în cazul traumatismelor deschise. La început, prezența urinei este mai greu de decelat, datorită faptului că este amestecată cu sânge. Mai târziu, dacă hemoragia încetează și continuă pierderea de urină, se potern da seama mai ușor de prezența ei. În caz de dubie, se administrează bolnavului albustiu de metil și dacă prin plagă se elimină urină, pansamentul se va păta în albastru.

34.2.1.4. *Examinarea paraclintice*. Examenul urinei este obligatoriu. El este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

Examenul urinei este de mare importanță în stabilirea existenței și gravității leziunii. Cum se poate vedea în funcție de examenul urinei, se poate stabili dacă există sau nu o leziune renală.

În traumatismele deschise se vor lua toate măsurile pentru curățarea
imprudență (toaleta plăgii) și pentru instalarea unui tratament antinfecțios adecvat.
Pe lângă apă, mediu sau ierburii, fiindcă urmat, al celor tratamente este de
în orice caz, astfel de traumatizări, datorită riscului în care se
traumatismul, faptul că sunt imobilizări o lungă perioadă de vreme, ca și
prejudiciilor de reabilitare pe care le reclamă, necesită tehnici și de
deschis din partea cadrelor medicale.

26.2.2.2. Traumatismele vezicii urinare
Traumatismele vezicii urinare pot fi traumatisme

1. *Journal of the American Medical Association*, 1964; 191: 1000-1001.

a) Răsunările sau explozia vehicului sunt accidente rare, dar foarte grave, dacă acestea sunt mortale. Explozia vehicului apare după o creștere a presiunii vehicului.

[illegible]

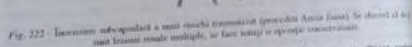
3.2.3.1. Retenția de urină

... ..

3.1.1.1. Retenția completă de urină. Acest gen de retenție este

sim. Agut. de cacci, dup

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26



25.3.2.2. Traumatismele vezicii urinare

Tramatazionele vezicii urinare pot fi traumatizate

26.2.2.2.1. *Traumatismele închise* se împart în: rupturi, stăperi și perforații.

a) Rupturile sau explozia vezicii sunt accidente rare, dar foarte grave. Dacă nu sunt observate sunt mortale. Explozia vezicii apare după o creștere a presiunii vezicale.

[illegible]

412322 Tranzistare de către al treilea urinare. Rănile accidentale se
deosebesc de cele care se produc prin forțarea obiectelor în ureter sau în conductele
urinare. În funcție de cauza, de formă, de mărime, de poziție în lumen de ureter
și de frecvență, se pot produce prin: obstrucție, abraziuni, perforații, durere,
hematurie, infecții, inflamații, necroză, fistule, abscese, etc. În funcție de
cauza, se pot produce următoarele leziuni: abraziuni, perforații, necroză, fistule,
abscese, etc. În funcție de cauza, se pot produce următoarele leziuni: abraziuni,
perforații, necroză, fistule, abscese, etc. În funcție de cauza, se pot produce
următoarele leziuni: abraziuni, perforații, necroză, fistule, abscese, etc.

26.2.3. Retenția de urină și anuria

24.2.3.1. Retenția de urină

Aciditatea urinei este probabilizată de o dietă bogată în proteine și săruri de amoniu. Retenția completă este considerată o urgență medicală, deoarece urina reținută în vezică poate fi complet sau incomplet eliminată în timpul următoarei micțiuni. Dacă rețenția este incompletă, aceasta poate fi asociată cu o micțiune incompletă, ceea ce poate duce la o infecție urinară. Dacă rețenția este completă, aceasta poate duce la o infecție urinară și la o complicație renală. Dacă rețenția este incompletă, aceasta poate duce la o infecție urinară și la o complicație renală. Dacă rețenția este completă, aceasta poate duce la o infecție urinară și la o complicație renală.

1623.1.1. Retenția completă de urină
într-un accident acut, putând să apară ca urmare
a unei leziuni de urină este

Exemplu acută postoperatorie de urină cu sânge în urină în jumătatea inferioară a
 urinei. Apoi, de obicei, după operațiile efectuate în jumătatea inferioară a urinei.

Rezerva de muni, aceluia sau cronici determinată de o cauză locală, are un caracter localizat și este adeseori asociată cu o cauză de producție, care este izolată, univentriculă etc., se vede că muni după influența cauzei determinate. În acest caz și în acest afecțiune, dacă nu poate fi influențată de muni cauza de producție, muni vor fi puși în discuție și se va căuta o muni permanentă univentriculă, după care va fi făcută o muni obținută.

Unii este posibil să se efectueze sondajul vocalic, dar ca un diferentiat pentru scriere, adeseori de proastă calitate produce o cerbuită în vorbire (un termen folosit în sondă Thomson, răsună de suferință). În aceeași situație se face o lăstărie pe care mică deșănțată pufulea, se descoperă veritabil și se creează în prezența instructor (un refuz) prin care se introduce o sondă Pezzani sau Foley, care va fi înlocuită permanent pentru devierea urtică, până la rezolvarea cauzelor care a produs afecțiunea vocalică normală.

După ridicarea obstacolului verico-uretral, se acoperă sonda intraventriculară cu un tifon steril și se va închide.

Dacă nu există condiții tehnice pentru a se face o cistostomie, se efectuează puncție vezicală și se evacuează conținutul vezical în totalitate, cu ajutorul unui cateter al unei seringi. Bolnavul va trebui să ajungă într-un serviciu chirurgical înainte ca vezica să se umple din nou.

26.2.3.2. Апплиа

Prin amare se înțelege suferința completă a secreției și a excreției morții. Bolnavul amare se evacuează deocultă urină și la sondaj se constată că vezica urinară este goală. Este o afecțiune extrem de gravă, care dădă nu este rezolvată în câteva zile, determină decesul bolnavului. Ea poartă și denumirea de insuficiență renală acută.

26.2.3.2.1. Etiologie și fiziopatologie. Anuria se datorcă uneori cauzelor multiple, care necesită clasificarea anuriilor în trei grupe:

■ Anurile extrarenale (poartă și denumirea de anuri prerenale). Ele au ca cauză o serie de factori care suprimă condițiile fiziologice de filtrare și reabsorbție ale rinichului. Dintre acestea cităm:

a) Șchele de joc (traumatice sau operatorii), cu instalarea circuitului de protecție filtrantă prin glomerul ureic (și îndeplinite funcția sa normală), numai dacă sînt de la el la o tensiune de peste 70 mmHg. Dacă o stare de joc se prelungesc și termină starea de joc, trebuie să fie în funcțiune și capte anura.

b) Sindromul de deshidratare apare în ocizia intestinală, datorită pierderii vândurilor incoercibile, prin reducerea masei circulatorii și scăderea posibilității de filtrare glomerulară. De obicei, aceste deshidratări sunt însoțite și de tensiune arterială scăzută, datorită pierderii de volume hipovolemice.

■ Anuriile renale sunt cele a căror cauză patologică este determinată de nefrită, nefroză, insuficiență renală acută sau cronică, etc. Anuriile renale sunt semne de alarmă, care indică o afecțiune renală extrem de gravă. Cauzele

Sunt cele mai grave tipuri de anurie și se remediază extrem de greu. Simptomele sunt variate:

a) Distrugerii glomerulare determinate de infocșări acute ale
tubulelor, substanțe ingerate în scop de sinucidere, substanțe ingerate în scop de

b) Stări toxico-infecțioase care alterează parenchimul renal, cum ar fi: meningită, glomerulonefrită stafilococică sau tuberculoasă, hepatomefrită etc.;

scarlatina, posocin, scarlatina

... (pe de încompătibilitate) ... în care glomerulii ...

...a fost un succes. În cazul acesta, în cazul în care...

... distribuiti in base, un fascio di quattro fascetti
... distribuiti in base, un fascio di quattro fascetti

...într-o măsură în care, în domeniul de activitate, poate o complicitate în...

[illegible]

...functional, pentru că...

... perfect organism.

...kontrola pri vseh verzijah

24.2.3.2. Simptomatologia

Adeseori, înainte de a se consulta cu un medic, oamenii au încredere în ambele regiuni lombare. Dacă această

... de un accident posttraumatic.

...generale. În primele 5-6 zile din imbolnăvire în care
...generală este încă bună dar urea care crește

...a unei stări de tulburări grave generale, care...

...prădă, vâsături, diaree, uscarea accentuată a tegumentelor, fibrilații ale mușchilor. Nivelul ureei crește.

...Chern-Sobolev, contractivitatea funcției de...

... 2.0 ...

36.2.2.3 **Trinamentul**
Trinamentul are scopul să vindece agentul cauzal, putem remedia
cauza sau să vindece efectul. De exemplu, dacă amaria

...prin urmare, pentru a evita orice confuzie, vom utiliza termenii "calcul" și "alte cauze obstruante" în mod corespunzător.

...se face un cuneiform retrograd (în cazul
...deasupra obstacolului și să ajungă în b

... va permite functionarea normala a functionarii

1422 sunt 4-5 instalati din cauza lezării - ligaturării - unui ureter.
 1423 sunt 4-5 instalati din cauza lezării - ligaturării - unui ureter.

la care nu au accident posttransfuzional, auuria poate fi pro-

... în cazul intoxicațiilor acute cu substanțe toxice ingerate, care...

...de mare gravă, se fac spălături gaurice care elimină...

...to the administration of the ...

În toate cazurile în care există posibilitatea de a aplica amn., cu ocazia
amn. nu a fost, sau poate că nu s-a aplicat amn. pe termen 5-7 ani sau
(50-100-150) ani, care este capabilă să interzică aplicarea de decenali sau
Tânărul, care nu beneficiază de un mijloc de transport, trebuie să fie
amn. dintr-un punct de vedere. Tînărul trebuie să fie amn. dintr-un punct de
de vedere de aplicare pe care îl necesită în mod normal în viața sa. El nu trebuie
pe termen amn. sau să fie amn. în mod normal în viața sa. El nu trebuie
să fie amn. în mod normal în viața sa. El nu trebuie să fie amn. în mod
normal în viața sa. El nu trebuie să fie amn. în mod normal în viața sa.

26.2.4.1. *Tuboville repale*

26.2.4.1.1. Anatomie patologică: De cele mai multe ori cancerul testicular este unilateral, nodul tumorii fiind în sindrila poli sau în segmentul mijlociu. Tumorii pot fi centrali (localizată în interiorul substanței testiculare), sau periferică (de localizată în periferia substanței testiculare).

În cancerul mamar, cel mai important factor de risc este vârsta. Rata de incidență crește în mod exponențial odată cu vârsta, începând de la vârsta de 30 de ani și continuând să crească până la vârsta de 80 de ani. Rata de incidență este de aproximativ 100 de cazuri pe 100.000 de femei pe an la vârsta de 30 de ani și de aproximativ 300 de cazuri pe 100.000 de femei pe an la vârsta de 80 de ani.

...in the ...
...in the ...
...in the ...

... pentru ca în timpul zilei muncim

... în lumea noastră. De aceea,...

...durerea este obișnuită când...

4.2.3.3. **Diagnostic:** Anamneza și simptome clinice descrise mai sus.
Ecografie abdominală, ecografie intravaginală, ecografie

26.2.3.3. Diagnostic. Asamblarea și servirea clientului se realizează prin intermediul unui sistem de diagnostic care include următoarele componente:

3.1.1.1. Treburul este numai chirurgical și constă din ne
scutirea lui, a pășunii perimetrice și a celei mai mari păști a ureterului

24.2.2. Tumorile vezicii urinare
 Ca și la tumorile renale, tumorile vezicale maligne sunt mai frecvente

(3) p la tumorele renală, tumorele vezicale maligne sau non maligne

Există factori favorizanți cu rol constant în apariția tumorilor vezicale:
Apariția tumorilor vezicale este favorizată în mare măsură de factorii care influențează chimia urinare, în special, în ceea ce privește aciditatea, alcalinitatea, concentrația. Acești factori au rolul de a crea un mediu propice pentru dezvoltarea tumorilor vezicale. Tumorile vezicale sunt asociate unei iritații chimice prelungite a mucoasei vezicale, în contact cu urina care conține acizi toxici.

• Tumorile benigne ale mucoasei sunt reprezentate de papilomul vezical, care este o tumoare cu o creștere lentă și o evoluție benignă. În unele cazuri, papilomul vezical poate deveni malign și se poate transforma în cancer. Tumorile maligne ale mucoasei sunt reprezentate de carcinomul vezical, care este o tumoare cu o creștere rapidă și o evoluție malignă. După apariția benigă, papilomul, după evoluția lui, poate deveni malign și se poate transforma în cancer.

• Tumorile maligne sunt reprezentate de carcinomul papilar, care este o tumoare cu o creștere lentă și o evoluție benignă. În unele cazuri, carcinomul papilar poate deveni malign și se poate transforma în cancer.

În general, tumorile benigne ale mucoasei sunt mai puțin frecvente decât tumorile maligne. Tumorile maligne ale mucoasei sunt mai frecvente decât tumorile benigne ale mucoasei. Tumorile maligne ale mucoasei sunt mai frecvente decât tumorile benigne ale mucoasei.

Tumorile maligne ale mucoasei sunt mai frecvente decât tumorile benigne ale mucoasei. Tumorile maligne ale mucoasei sunt mai frecvente decât tumorile benigne ale mucoasei.

Există o relație între apariția tumorilor vezicale și apariția tumorilor vezicale. Tumorile vezicale sunt asociate unei iritații chimice prelungite a mucoasei vezicale, în contact cu urina care conține acizi toxici.

Alături de aceste surse principale, în tumorile vezicale mai există și alte surse de apariție, cum ar fi: factorii ereditari, factorii de mediu, factorii de viață etc.

• Diagnosticul de cancer se pune numai prin citoscopie, care este o tehnică de examinare a cavității urinare. În timpul citoscopiei, se introduce un instrument special în vezică, prin care se poate observa starea mucoasei vezicale și se poate recunoaște prezența tumorilor.

Alături de citoscopie, există și alte metode de examinare, cum ar fi: examenul de urină, examenul de sânge, examenul de urină etc.

• Tratamentul tumorilor vezicale se face prin intervenție chirurgicală, care este o tehnică de tratare a tumorilor prin intervenție chirurgicală.

În cazul tumorilor maligne se poate recurge la intervenție chirurgicală, care este o tehnică de tratare a tumorilor prin intervenție chirurgicală.

26.2.4.3. Tumorile de prostată

Acestea sunt benigne și maligne. Tumorile benigne de prostată se mai numesc adenom de prostată.

26.2.4.3. Adenomul de prostată

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer. Adenomul de prostată este o tumoare benignă care crește în volum și poate să devină cancer.

la 30 de zile, 4 zile în total, de semnificație este costulul unei evoluții degenerative.

Violența 1, timp de 20 de zile, este 1 (timp pe zi).

Dacă apare o perioadă acută de urină, se va observa, încă, în total, se va

fiată pe la 3-4 zile, timp în care manifestarea la tot un timp mai bine, fapt care

fi semn de o perioadă de evoluție bună.

Tratament chirurgical. În caz de evoluție al tratamentului conservativ, este indicat

tratament chirurgical care constă în excizia glandei pe diferite che: transuretrală,

transperineală, suprapubiică (transverezală) și perineală. Căteva transuretrale sunt

mai indicată, dar se poate exciza numai pentru adenom de volum mic. Căteva

suprapubiică transverezală este de practică foarte cunoscută și se realizează bine.

Îngrijirile postoperatorii, datorită sângerărilor și stării generale a bolnavilor, sunt

uneori dificile.

Prognosticul este de cele mai multe ori foarte bun.

și durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

Adesea este vorba de o durere în zona pelviană, uneori caracteristică, adesea permanentă în timpul

durerea este adesea singurul simptom pentru care bolnavul consultă medicul.

26.2.5.3. Epispadiasul

Este defectul de dezvoltare, de asimetrie compensată, a inelei pe lărg dorsul a penisului. Indicația epispadiasului (care este din folicul și mai rar) se asociază cu lipsa de penetrare a penisului.

Tratamentul - de asimetrie dificil - constă în operații plastice prin care se realizează o uretră nouă.

26.2.6. Boile organelor scrotale

Dat fiind faptul vom trata afecțiunile mai frecvente și de mai mare interes în practica obișnuită a cadrelor medicale: hidroceul, varicocele, orchiepididimita.

26.2.6.1. Hidroceul

26.2.6.1.1. Noțiuni de anatomie. Scrotul cuprinde în interiorul său testiculul și organele anexate ale acestuia și este format din mai multe învelișuri (tunică). Învelișul cel mai intern, care este în contact direct cu testiculul și epididimul, se numește vaginul scrotal.

Hidroceul este o afecțiune a vaginului testicular și constă în acumularea de lichid seros în interiorul acestuia. Afecțiunea se mai numește și vaginită.

Există un hidroceal acut (cu vaginită acută), care apare ca un fenomen secundar unei inflamații acute epididimo-testiculare, de obicei gonococice, sau ca o localizare a unei septicemii în: scarlatină, streptococi, stafilococi, peritonie etc. Acest tip de hidroceal se caracterizează prin fenomene inflamatorii tipice acute, iar lichidul din interiorul vaginului este seropurulent sau intens purulent, ca în orice infecție acută.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

26.2.6.1.2. Hidroceul cronic. Este o afecțiune mult mai frecventă decât prima, motiv pentru care, atunci când este vorba de hidroceul cronic, se folosește numai termenul de hidroceal.

Hidroceul poate exista la toate vârstele, fiind însă mult mai frecvent după vârsta de 30-40 de ani. De cele mai multe ori este unilateral, dar poate fi și bilateral. Poate să apară drept urmare a unui traumatism al scrotului cu hematom intravaginal, a unui hidroceal acut, a unei afecțiuni acute sau cronice a epididimului ori a testiculului.

■ **Simptomatologie.** De cele mai multe ori, el apare insidios (se dezvoltă aproape neobservat - asimptomatic), aparția sa neputând fi pusă în legătură cu nici o cauză. Poate să ajungă la dimensiuni foarte mari (cât un cap de câțiva ani de copil, bolnavul fiind deranjat, numai din această creștere mare în volum a scrotului, care îi împiedică mișcările normale de mers, îi dă senzația de tensiune în scrot și provoacă o tracțiune supărătoare pe organele genitale).

Lichidul conținut de tunica vaginală în hidroceul cronic are o culoare seroasă și limpede.

La examenul obiectiv se observă următoarele:
- pielea scrotului este înaltă și subțire, cutile caracteristice ale acestuia dispărând;

peșteră în care se ține pe mână ghidul și spuma de detergenți. În acest moment, ocazional, se poate observa de sub piele, este vizibilă, sub tensiune, afecțiunea în care se poate observa. Testiculul și o bună parte din epididim se țin înaintea cu prudență și se țin înaintea mai multă în partea inferioară și posterioră a scrotului.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Tratamentul constă, pe lângă un tratament cauzal și antibacterian, în incizie și drenaj.

Important de reținut este faptul că unii bolnavi își creează o adevărată dependență de cauza acestei afecțiuni. Aceștia anxioși poate ajunge până la fenomenul psihic al acutizării. Din aceste motive, mulți dintre cei ce au varicelă solicită cu insistență intervenție chirurgicală, pe care o consideră ca salvatoare pentru remedierea problemei învâșate. Postoperator, dacă au impresia că operația nu a mai ajutat, acești bolnavi și-și accentuează și mai mult fixația psihică.

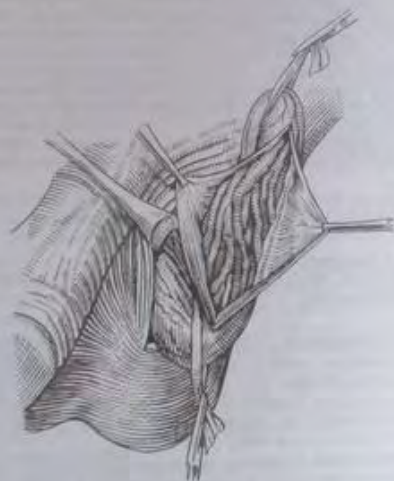


Fig. 223 - Varicozel. Se observă venele cordoanelor spermatiche mult dilatate și umplute.

Dacă vîrsta de 40 de ani, varicocele retrocedează în mare măsură.

Ole mai folosite tehnici sunt:

- resecția parțială a pielii scrotului, care creează un suspensor natural;
- resecția pachetelor vasculare care, executată de chirurghi experimentați, poate da
- bază stabilă, dar poate fi urmată și de atrofi testicular;
- suspendarea cordonului spermatic în regiunea inghino-abdominală (paci = fi
- arundă cel mai recomandabil);
- lăsură venei spermatică la nivelul orificiului inghinal intern.

26.2.6.3. Orhiepидidimita
Este o afecțiune determinată de infecția testiculului și a epididimului cu germeni
microbi, dintr-o care gonococul este cel mai frecvent. Poate fi acută (frecvent), cronică
sau rar. Adeseori poate fi de origine virală.

26.2.6.1. Clasificare
 Căi numai testiculul este afectat, boala poartă numai denumirea de orhită.

Dacă numai epididimul este bolnav, denumim afecțiunea epididimită. Există epididimite acute și cronice.

- Epididimita acută poate fi și urmarea unui infecții minore, după cum poate să apară și fără o cauză cunoscută sau ca urmare a unei infecții venerei.
- Epididimita cronică - de lungă durată, cu simptomatologie puțin specifică, poate să relieze o infecție tuberculoasă. Epididimita gonococică apare la care după săptămâni după uretrita gonococică, atunci când uretrita poate să a apară recidivă a tratamentului efectuat.

Epididimita acută se caracterizează prin debut brusc, cu dureri pozitive la regiunea epididimului, de obicei unilateral. Epididimul și aderenții și testiculul se măresc în volum, palparea lor declanșează dureri violente. Scrotul crește în volum, este cald, poate fi înroșit. Marele risc este scleroza locală cicatricială care îngrijă epididimul. Dacă leziunea este bilaterală, există posibilitatea să apară azoospermia (absența de spermatozoizi în spermă) și care duce la infertilitate masculină.

26.2.6.3.2. **Tratamentul** este obligatoriu să se facă de urgență cu Terramicin, Penicilină, Ampicilină. Extrem de utilă este infiltrarea în cordoni spermatici a 20 ml Xilină 1% sau Procaină 1%, la care se adaugă 2 ml de Hidrocortizon acut. Infiltrația care face ca durerile să înceteze imediat (chiar dacă reapar, sunt de intensitate redusă) și care totodată contribuie foarte mult la vindecarea afecțiunii.

Epididimita cronică are o perioadă lungă de evoluție, este puțin durabilă, epididimul este foarte dur. Are de cele mai multe ori o origine tuberculoasă.

Tratamentul epididimitei cronice tuberculoase este lung, dificil, se bazează pe terapeutică antimicrobiană, fiind necesar a se recurge uneori la extirparea chirurgicală a epididimului, și, dacă este necesar, și a testiculului, cu toate conexiunile adesea foarte importante ale acestor intervenții, motiv pentru care și aici profilaxia tuberculoză joacă un rol determinant.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 26

1. - Care este rolul rinichiului?
 - a. epurarea sângelui de produsele toxice și deșeurilor rezultate din procese metabolice;
 - b. menținerea constantă a compoziției mediului intern;
 - c. reglarea metabolismului în organism;
 - d. reglarea echilibrului acido-bazic.
2. - Filtrarea renală are loc la nivelul:
 - a. tubilor contorți;
 - b. glomerulilor renali;
 - c. ansei Henle;
 - d. tubilor colector.
3. - Care este cifra minimă a tensiunii arteriale sistolice, ca să se poată produce filtrarea renală?
 - a. 50 mm Hg;
 - b. 60 mm Hg;
 - c. 70 mm Hg;

- d. 80 mm Hg.
4. - Ureterul drept, care ajunge în calice și se va elimina este rezultatul proceselor de:
 - a. filtrare;
 - b. reabsorbție;
 - c. secreție;
 - d. excreție.

5. - Dacă rinichiul funcționează normal, din urina primară se reabsorb selectiv la nivelul tubilor contorți și ansei Henle:
 - a. apă simplă;
 - b. glucoză în cantitate până la o glicemie de 1,7 g %;
 - c. cloruri de sodiu;
 - d. creșterea parțial;
 - e. creșterea în totalitate.

6. - Într-o probă de urină care conține de glicoză adiferent de nivelul glicemiei, în proba celor trei pahare, urina hematurică totală ne arată că sângerea provine de la nivelul:
 - a. ureterului;
 - b. ansei;
 - c. arteriole;
 - d. rinichiului.

7. - Interesează laborate date sau afirmată. În caz că în sânge există 0,20-0,40 g uree, urina trebuie să conțină:
 - a. 15-175 g uree;
 - b. în cazul funcției renale normale, dacă ureea din sânge crește, trebuie să crească în aceeași proporție eliminarea de uree prin urină;
 - c. 40-50 g uree;
 - d. ureea eliminată prin urină nu are nimic comun cu ureea sanguină.

8. - Care sunt eliminările corecte ale substanțelor de mai jos, la un litru de urină?
 - a. Na 4-6 g;
 - b. K 10-15 g;
 - c. amoniac să nu depășească 1,5 g;
 - d. clorid 2-3 g.
9. - Care este investigația radiologică, care ne dă datele cele mai precise privind aspectul anatomic și funcția aparatului urinar?
 - a. radiografie;
 - b. pielografie ascendentă;
 - c. urografie intravenoasă;
 - d. urotero-pielografie retrogradă.

10. - Proba cu indigo carmin ne poate arăta:
 - a. timpul de apariție în urină a substanței colorate;
 - b. modificările de structură ale rinichiului;
 - c. apariția indigo carminului selectiv pe cele două uretere;
 - d. modificările funcționale ale vezicii urinare.
11. - Care dintre factorii de mai jos pot contribui la litogeneză?
 - a. staza urinară;
 - b. modificările de circulație la nivelul rinichiului;
 - c. infecția urinară;

- d. unele afecțiuni parenchimatoase: TBC renal, rinichi pilocistice;
e. caderile de urter, rinichiul scapic.
12. - Cum au naștere calculii?
a. prin precipitarea și agregarea sărurilor urinare;
b. precipitarea are loc în jurul unui nucleu organic;
c. datorită concentrației crescute de săruri în urină;
d. precipitarea are loc în jurul unor microbi, leucocite, epurii decaminate.
13. - Cum sunt calculii produși de urați?
a. sunt sfărâncioși, au aspect de crăie;
b. neuniformi, duri, de culoare brună;
c. au o culoare închisă, sunt netezi, duri;
d. au culoare galbenă, netezi, rotunzi, duri.
14. - Calculii de fosfat de calciu sunt:
a. sfărâncioși, cu aspect de crăie;
b. duri, de culoare brună;
c. duri, de culoare galbenă sau roșie;
d. neuniformi, de culoare brună.
15. - Care calculi pot rămâne mult timp asimptomatici?
a. de dimensiuni mici, care migrează din bazin în urter;
b. nisipul urinar;
c. calculi de dimensiuni relativ mari, localizați în calice sau bazinet;
d. nu există calculi care să rămână asimptomatici.
16. - În urma obstrucției și acumulării urinei în arborele pielocalicel se poate produce:
a. hematurie;
b. hidronefroză;
c. anemie cronică;
d. pionefroză.
17. - În ce situație se poate produce o insuficiență renală cronică?
a. într-o litiază veche;
b. prin modificarea tensiunii arteriale, cu scleroză renală;
c. prin fenomene de obstrucție și infecțioase intermitente, se produce o degradație treptată, dar avansată a funcției renale;
d. prin tulburări de filtrare glomerulară.
18. - Colica renală este produsă de:
a. calculi mari care stagnează în bazinet;
b. calculi vezicali;
c. calculi mici, care migrează din bazinet în urter;
d. urini hiperconcentrate în săruri urinare.
19. - Complicații infecțioase sub forma pielonefritei, pielocistitei, cistitei se datorează:
a. propagării infecției pe cale hematogenă - de la un alt focar primitiv;
b. stagnării urinei;
c. suprainfecției urinei;
d. oligoanuriei.
20. - Alături de durerea cu caracter specific, colica renală se însoțește de:
a. hematurie;
- b. hematurie;
c. anemie;
d. anemie.
21. - Pentru eliminarea calculilor, litotriptorul folosește:
a. curenți foarte slabi sfărâmarea calculilor;
b. ultrasunete;
22. - În cazul unui traumatism renal, când leziunile produse sunt mai mari?
a. atunci când testiculul cade de la înălțime pe o așă regiune decât cea renală;
b. atunci când testiculul este fixat pe un corp dur;
c. atunci când se găsește fixat pe un corp dur;
d. în traumatisme directe.
23. - Cum se produce hematomul perirenal?
a. în urma unei leziuni directe;
b. în urma unei leziuni indirecte;
c. în urma unei leziuni indirecte;
d. în urma unei leziuni directe.
24. - Care este mecanismul de mai jos, în cazul unor traumatisme renale, due la producerea unui foc grav?
a. fracturarea deosebită a rinichilor;
b. fracturarea deosebită a rinichilor;
c. fracturarea deosebită a rinichilor;
d. fracturarea deosebită a rinichilor.
25. - Care din simptomele de mai jos nu le întâlnim în cazul în care nu s-a rupt capsula renală, într-un traumatism renal?
a. durerea;
b. hematuria;
c. hematuria;
d. hematuria.
26. - Într-un traumatism renal, examenul sistematic al urinei dă informații referitor la:
a. evoluția afecțiunii;
b. apariția de complicații infecțioase perirenale;
c. cantitatea de sânge pierdută;
d. eficiența tratamentului aplicat.
27. - Dacă rinichiul traumatizat este zdrobit, tratamentul chirurgical va consta în:
a. nefrectomie;
b. drenaj al lozilor renale;
c. sutura reparativă a rinichiului;
d. după asigurarea funcționării celuilalt rinichi, în caz de zdrobire totală și totală a rinichiului se va face nefrectomie.
28. - Care sunt cauzele principale ale traumatismelor vezicii urinare?
a. acțiunea directă prin armă de foc, armă albă;
b. căderea de la înălțime;

- c. perforarea vezicii în timpul explorării endoscopice cu instrumente rigide;
d. fracturile de bari.
29. - Rupturile, sfășierile sau perforațiile vezicii urinare se exprimă clinic prin:
a. dureri intense hipogastrice;
b. alterarea profundă a stării generale, hipotensiune, paloare, transpirații reci, hipogastrice;
c. tensiune vezicală, polakiurie, hematurie microscopică, prezența sângelui în urină;
d. grețuri, vărsături, panză micsturală.
30. - Tratatamentul plăgilor vezicii urinare constă în:
a. spălături vezicale pentru evacuarea chiagurilor de sânge;
b. sutura plăgii vezicale;
c. sedarea puternică a bolnavului, oxigenoterapie;
d. instalarea sondei uretro-vezicale a demontare, drenajul spațiului perivezical.
31. - Incercușii tumora malignă care ține de rinichi:
a. adenocarcinom;
b. limfosarcom;
c. neuroblastom;
d. nefroblastom;
e. osteosarcom.
32. - Neoplasmul renal dă metastaze:
a. pe cale limfatică - la plămân, oase, creier;
b. diseminarea limfatică produce adenopatii în ganglionii periaonici, pericardi, mediastinali;
c. grăsimea perirenală și organele vecine;
d. pe cale venoasă la plămân, ficat, oase, creier.
33. - Hematuria produsă în cancerul renal are următoarele caractere:
a. este terminală;
b. unilaterală, evidențiată cistoscopic;
c. este însoțită de dureri;
d. este totală, spontană, capricioasă, nedureroasă.
34. - Febra în neoplasmul renal poate fi:
a. primul semn clinic;
b. este pasageră;
c. este prelungită, ține săptămâni și luni de zile;
d. este rezistentă la antibiotice.
35. - Tratatamentul neoplasmului renal este:
a. radioterapie și hormonal;
b. chimioterapie;
c. imunoterapie plus radioterapie;
d. chirurgical și constă în nefrectomie în bloc cu toată grăsimea perirenală și mare parte a ureterelor.
36. - Care din substanțele chimice de mai jos au acțiune cancerigenă asupra mucoasei vezicale?
a. anilina;
b. aspirina;
c. derivați de toleidină;
d. sărurile de sodiu și potasiu.

37. - Care este tratamentul de elecție în tumorile vezicale papilare, superficiale, mici?
a. tratamentul endoscopic cu laser;
b. rezecția transvezicală;
c. rezecția parțială;
d. constatarea tumorii.
38. - Un bolnav care prezintă polakiurie nocturnă, diurie, diminuarea forței jetului urinar, prostată mărită global de volum, bine delimitată, nedureroasă, de consistență fermă-dură și suprafață netedă, cu șanțul median aplatizat sau îngust, diagnosticul prezumtiv este:
a. prostatită acută;
b. adenom de prostată;
c. prostatită cronică;
d. adenocarcinom prostatic.
39. - La care din următoarele afecțiuni globul vezical apare cel mai frecvent?
a. traumatism de bază, cu fractură de pube;
b. diaree renală;
c. adenom de prostată;
d. prostatită cronică.
40. - Care sunt cele mai eficiente tratamente ale adenomului de prostată?
a. tratamentul hormonal;
b. tratamentul fizioterapeutic;
c. intervenția chirurgicală;
d. tratamentul chirurgical constând în adenomectomie pe cale transvezicală sau prin tehnici endoscopice transuretrale.
41. - Un bolnav care prezintă polakiurie nocturnă, hematurie intermitentă, durere hipogastrică, astenie, paloare, prostată mărită de volum, imprecis delimitată, cu un mic nodul duri pe suprafață, are diagnosticul prezumtiv de:
a. prostatită cronică;
b. adenom de prostată;
c. cancer de prostată;
d. prostatită acută.
42. - Tratatamentul cancerului de prostată este:
a. constatare și tratament imunoterapeutic;
b. extirparea prostatei în totalitate împreună cu limfaticile pelvine;
c. alături de tratamentul chirurgical - estrogenoterapie, castrare bilaterală;
d. constatare și cobolțoterapie.
43. - Care dintre elementele de mai jos constituie factori locali care pot produce micșinarea acută de urină?
a. adenom și cancer de prostată;
b. afecțiuni neurologice: tabes, siringomicelie;
c. compresii medulare;
d. calcul sau chiag care astupă colul vezical, traumatism de uretră, stricturi uretrale.
44. - La cazul retenției incomplete de urină, cu reziduu ce depășește 300 ml pot apărea:
a. distensia vezicii prin stagnarea urinei;

- b. infectarea sîmtei, dilatarea arteriei renal de deasupra venei (anuria, hematurie, calice);
c. insuficiență renală acută;
d. insuficiență renală cronică.
45. - Anuria prerenală poate fi produsă de:
a. stările de șoc traumatic și hemoragice;
b. ligatura accidentală în timpul operației a arterelor;
c. sindromul de deshidratare;
d. șocul posttransfuzional.
46. - Care din anuride de mai jos sunt cele mai grave și se remediază extrem de puțin?
a. anuriile produse de șocul traumatic sau hemoragice;
b. anuriile renale;
c. anuriile produse prin sindromul de deshidratare;
d. anuriile postrenale.
47. - Absența micțiunilor înseamnă întotdeauna anurie?
a. da, absența micțiunilor este consecința anuriei;
b. nu, și alte cauze pot produce absența micțiunilor, dară să fie anurie;
c. absența micțiunilor poate apărea în retenția acută de urină;
d. în plăgile renale sau vezicale, urina produsă se elimină în afara căilor urinare normale.
48. - Hidroceul este o acumulare de lichid serocitrin între foițele vaginale testiculare; care din semnele de mai jos le găsim?
a. creșterea de volum a hemiscrotului la nivelul căreia se dezvoltă hidroceul;
b. existența unei formațiuni tumorale, care se reduce în clătuturi;
c. formațiunea este indurată, sub tensiune, fluctuantă, nerezistentă, nu se percută;
d. este opacă la transminanță.
49. - Care este deosebirea între varicocelel primitiv și cel simptomatic?
a. varicocelel primitiv este localizat în stînga, legat de anume particularități anatomice ale venelor spermatiche;
b. varicocelel simptomatic este situat întotdeauna în dreapta;
c. varicocelel simptomatic este secundar unui obstacol pe călea venelor spermatiche de întoarcere (tumori renale, pararenale, adenopatii voluminoase);
d. varicocelel simptomatic poate fi prezent atât în stînga cât și în dreapta.
50. - Cauza cea mai frecventă a stricturilor uretrale este:
a. inflamațiile cronice nespecifice;
b. infecțiile gonococice;
c. traumatisme locale;
d. traumatisme prin manevre endoscopice și chirurgicale efectuate pe uretră transuretrală.

Capitolul 27

AFECTIUNILE CHIRURGICALE ALE GLANDEI MAMARE

Verificați-vă cunoștințele

27.1. Afecțiuni inflamatorii ale glandei mamare	844
27.1.1. Mastite acute	844
27.1.1.1. Etiologie	844
27.1.1.2. Simptomatologie și diagnostic	844
27.1.1.3. Diagnosticul diferențial	845
27.1.1.4. Forme clinice	845
27.1.1.5. Tratamentul	845
27.1.2. Mastite cronice	845
27.1.2.1. Mastite cronice nespecifice	846
27.1.2.2. Mastite cronice specifice	846
27.2. Afecțiuni distrofice ale sânului	846
27.2.1. Anatomie patologică	847
27.2.2. Simptomatologie	847
27.2.3. Tratamentul	847
27.3. Tumori ale glandei mamare	847
27.3.1. Tumori benigne ale glandei mamare	847
27.3.2. Tumori maligne ale glandei mamare	847
27.3.2.1. Cancerul de sân	848
27.3.2.1.1. Simptomatologie	848
27.3.2.1.2. Diagnosticul cancerului mamar	849
27.3.2.1.3. Investigările paraclinice în cancerul mamar	850
27.3.2.1.4. Forme anatomo-clinice	850
27.3.2.1.5. Diagnosticul stadial	851
27.3.2.1.6. Tratamentul cancerului mamar	851
■ Tratamentul chirurgical	851
■ Tratamentul iradiant	851
■ Hormonoterapia	851
■ Chimioterapie	852
Chestionar la capitolul 27	

Afectiunile cronice ale glandei mamare cuprind leziuni inflamatorii, distrofice și tumori ale sânului.

27.1. AFECȚIUNILE INFLAMATORII ALE GLANDEI MAMARE

Leziunile inflamatorii ale glandei mamare se prezintă sub două forme: formă acută și formă cronică.

27.1.1. Mastitele acute

Sub această denumire sunt cuprinse atât leziunile inflamatorii ale țesuturilor glandulare (mastite propriu-zise) cât și ale țesutului periglandular (pielă, sânul și țesuturile pre- și retroglandulare) – paramastite.

27.1.1.1. Etiologie

Mastitele acute se întâlnesc cel mai frecvent în perioada de alăptare. Geneticele microbiene, în special stafilococul și mai rar streptococul, pătrund în canalele galactofore datorită unor microtraumatisme datorate actului suptului, răgare sau fisuri mamelonare. Infecția este favorizată de stagnarea secreției lactate în glandă, laptele fiind un mediu prielnic dezvoltării florei microbiene, cât și unei igiene precare a mamelonului și a cavității bucale a sugarului.

În afară de mastita acută legată de lactație, se pare că anumite condiții endocrine favorizează apariția mastitei în afara acesteia. Astfel, se întâlnesc forme clinice de mastită la sugar (mastita nou-născutului), la pubertate (mastita de pubertate) sau în menopauză (mastita de menopauză).

Rar se pot produce abcese mamare, pe cale hematogenă, în cadrul septicoemiilor.

27.1.1.2. Simptomatologie și diagnostic

Mastita acută de lactație apare lent și evoluează progresiv spre supurație, în cazul ineficienței tratamentului aplicat în primele zile. Începe cu o galactoforiță care, de obicei, se transformă în abces. Ce semne generale sunt prezente febra, insomniile și alterarea stării generale. Semnele locale sunt: sân tumefiat cu semnele infecției prezente (îngerșarea tegumentelor, circulație colaterală, căldură locală, durere), sensibilitatea durând spontană este accentuată la palpare, edem subcutanat, fluctuență, imbibare cu secreție galbenă a lenjeriei sau tifonului care acoperă mamelonul (semnul Budin), aderențe axilare cu caracter inflamator.

Diagnosticul pozitiv se stabilește pe istorie, apariția supurației la o femeie care alăptează și examenul clinic local și general.

27.1.1.3. Diagnosticul diferențial se face cu:

- a) angorparea sânului - stare fiziologică a glandei insuficient golită, în care nu există însă semne de inflamație acută;
- b) mastita acută carcinomatoasă - formă anatomoclinică a cancerului de sân, care apare la femei tinere în timpul sarcinii și alăptării.

27.1.1.4. Forme clinice
a) Mastita tuberculoasă - infecția se dată a glandelor adiacente ale aceleiași mamare, se caracterizează prin tumori mici, cu tegumentele colorate rozacee, foarte durabile.

b) Abcesul parimamare - tumefacție localizată în țesutul grăsimii prezente în țesutul subcutanat axilar, aderențe axilare.

c) Abcesul perimamare - este un abces în "bato de cârnaț" propriu în țesutul subcutanat de la un abces mamare. Sânul este tumefiat, împins înainte de secreția purulentă, până la nivelul axilei și al sânului - apare la femeile distrofice, are tendință de recidivă.

d) Mastita leiomioasă al sânului - glanda este înlocuită de țesuturi și țesuturi durabile, are tendință de recidivă.

e) Mastita necrotizantă - sânul este măriți de volum, cu țesuturi "moale de cârnaț", se vindecă spontan sau apare supurația.

f) Mastita pubertară - mai frecvent la băieți, prezintă tumefacție durabilă și tendință de recidivă spontană.

g) Mastita de menopauză - tumefacție dură, aderențe la piele, cu ganglioni axilari, se vindecă subacută sau cronică.

27.1.1.5. Tratamentul

a) Tratamentul profilactic: încă din timpul gravidației se va pregăti mamelonul pentru supt, spălarea sânului după supt cu soluție de acid boric 4%, protejarea cu tifon steril, după supt răgare hidrogenare cu glicerină boricată, o igienă riguroasă a gurii nou-născutului.

b) Tratamentul curativ:
i) Tratamentul galactoforiței - întreruperea alăptării de la sânul bolnav, golirea sânului de secreția lactată cu pompă, radioterapie antiinflamatorie și cu raze ultrasonice, masaj cu foliole pentru reducerea congestiei, revulsii locale, vaccinoaterapie, abcese.

ii) Tratarea abceselor - incizii largi radiare sau submamare (în funcție de localizare), drenaj și curățarea paravului, drenaj, antibioterapie.

27.1.2. Mastitele cronice

Mastitele cronice au drept caracter general evoluția lentă și aspectul pseudomamonal sau de imbricări anormale. Se clasifică în: mastite cronice nespecifice și specifice.

27.1.2.1. Mastitele cronice nespecifice

a) Abcesul cronic nespecific are aceeași etiologie ca și abcesul acut, infecția însă este mai atenuată. Se prezintă ca o formațiune neregulată, fermă, mobilă față de țesuturile înconjurătoare, cu sensibilitate moderată la palpare. La presiunea mamelonului apare o secreție seroasă sau pură. Adenopatia axilară este precoce, cu ganglioni măriți la palpare și fluctuații de volum. Diagnosticul se stabilește după puncție sau după curățarea chirurgicală.

b) Galactocelul este o formațiune tumorală lichidă a sânului de origine inflamatorie, conținând lapte mai mult sau mai puțin alterat, bine circumscrișă, mobilă,

fluctuantă, fără aderențe, cu secție tipică cremășă exprimată prin mănăstirea mamei când se comprime tumoră. Caracteristica galactocelului este "sensoi grupat" segmental subiacent tumorii palpată impuncta digitală. Tratatul este chirurgical și constă în extirparea formațiunii.

27.1.2.2. Mastite cronice specifice

Mastite cronice specifice sunt cauzate de microorganisme tuberculoze, sifilitice, micruzele și paratuberculoze mamare.

a) Mastita tuberculoasă se poate prezenta sub formă diseminată, reprezentată de noduli multipli izolați și nedureroși și sub formă localizată unică, huse delimitate, consistență fermă, apoi în urma fuziunii devine fluctuantă și are tendință de fistulizare.

Diagnosticul se stabilește cu dificultate din cauza rarității bolii.

În general sunt prezente semnele de impregnare tuberculoasă și aderențe axilare.

Tratatul constă în mamectomie sectorială, când e pusul, și tratament specific antituberculos.

b) Sifilitic simbul poate evolua sub formă de șancru sifilitic, mureș sau erupție sifilitică, în funcție de stadiul infecției sifilitice.

Leziunile sifilitice mamare sunt foarte sensibile la tratamentul cu antibiotice. În influența sa gonoale retrocedază rapid, totuși leziunile sclerotice se vindecă incert.

27.2. AFECȚIUNILE DISTROFICE ALE SÂNULUI

Mastopatia chistică sau mlaștia Reclus se caracterizează prin prezența de tumori chistice și noduli fibromatoși în țesutul sân.

Din punct de vedere patogenetic este vorba de o distrofie glandulară favorizată de anumite modificări hormonale, în special hiperfoliculismia.

27.2.1. Anatomie patologică

Macroscopic, se constată chiste multiple cu un nucleu scleros, mai mult sau mai puțin dens, chistule sunt de mărimi diferite, pline cu lichid galben, filant. Microscopic se constată chiste, țesut fibros și adesea formațiuni adenomatoase.

27.2.2. Simptomatologie

Semnele funcționale sunt sărace, uneori dureri locale minore, exacerbate în timpul menstruației. La palpare se evidențiază o serie de tumori diseminată, de mărimi diferite, de la un bob de grâu până la mărimea unei nucii, de consistență fermă. Ligamentele aderențiale.

Deși este afecțiunea benignă, trebuie supravegheată îndeaproape, deoarece uneori se poate asocia cu un cancer, iar altele unele focare pot degenera.

27.2.3. Tratatul

Tratatul este chirurgical și constă în extirparea anormală parțială ad focalizată în funcție de stadiul histopatologic.

27.3. TUMORILE GLANDEI MAMARE

Cu o înaltă pondere sau organ, și la nivelul glandei mamare se pot dezvolta tumori benigne și tumorile maligne.

27.3.1. Tumorile benigne ale glandei mamare

Se pot prezenta tumori benigne și adenofibromatoze. După la vârsta tinere - de 20 de ani - sunt tumori de obicei mici, consistente, elastice, frecvent unice. Sunt tumori benigne, cu marginea bine delimitată față de țesutul din jur. Nu aderă la țesutul din jur. Evoluția lor e foarte lentă, nu au adenopatie satelită (ganglionară) și nu sunt durabile. Deci, teoretic, diagnosticul definitiv față de un cancer de sân se poate face practic folosindu-se numai excreta biopsică și examenul histopatologic pot să se facă. Se practică uneori puncția biopsică simplă sau cu instrumente speciale. Însușirea cu aceste metode, mai inofensive e drept, nu sunt însă, de obicei, suficiente.

Se constată scader tumorilor benigne se încadrează și papiloamele intracanaliculare. După 40-50 de ani și se caracterizează prin o scurgere de sânge prin țesutul din jur. De obicei, în cazuri de tumorile canceroase pot da scurgere de sânge prin țesutul din jur. Astfel, înainte de a în orice caz, de "mamela sângerândă" să facem un examen histopatologic care precizează diagnosticul.

Tumorile phylloide. Sunt tumori relativ rare, de obicei voluminoase, neregulate, cu marginea iregulă, huse delimitate. Pot să perforate (ulcerize) uneori pielea. Se vindecă prin mastectomie simplă.

Cu amănunțite terapeutice generale, trebuie spus că nu numai incertitudinea diagnosticului tumorilor benigne sau maligne, dar și faptul că tumorile benigne pot să devină maligne obligă să intervenim totdeauna chirurgical și să facem extirparea oncologică, chiar dacă o considerăm benignă.

27.3.2. Tumorile maligne ale glandei mamare

După țesutul din care derivă, tumorile maligne ale sânului pot fi: epitelioni (cancerul sânului) și sarcoame.

27.3.2.1. Cancerul de sân

Există forma cea mai frecventă, apare de obicei la femei între 40-60 de ani. Se poate întâlni la tinere și la bătrâne, ca și la bărbați. (Hormonodependența cancerului de sân este un fapt bine cunoscut astăzi).

întârzierea hormonilor estrogeni prin cauzare bilaterală insuficiență în nod funcțională evoluția tumorilor și metastazelor.

Aproximativ 25% din cancerul apărând la femei reprezintă cancerul de sân, în marea majoritate având o evoluție și o evoluție al cărei rezultat, putând fi evitat prin intervenții timpurii, simptome și mai înțelegătoare bilaterală succesiv. Tumorile pot să apară în același timp la ambii, dând loc o frecvență de aproximativ 70% pentru cauzele suprapuse ale glandelor.

27.12.1.1. Simptomatologie. Cancerul de sân, așa cum este cunoscut, are o evoluție asimptomatică îndelungată (10-15 ani). Deși există existența acestei perioade, nu trebuie să se ignore faptul că este însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Evoluția și îndelungată și fiind însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

În peste 80% din cazuri tumorile sunt descoperite întâmplător de către femeile care efectuează igiena corporală, când observă un nodul tumoral intramammar care depășește de 1 cm în diametru. Femeile din această categorie sunt însoțite de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

La examenul obiectiv se palpează o tumoare dură, nedurabilă, rădăcină, însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Pentru a pune în evidență prinderea pielii se va căuta "semnul caprăriei" însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Într-o fază mai avansată, când tumorile aderă și infiltrază spre suprafața straturilor conjunctive care duc de la glandă la piele, circulația limfatică a pielii fiind blocată, porii se dilată, devin bine vizibili, dând aspectul de "coajă de portocală".

Invadarea glandei se face din aproape în aproape, aderenta la piele devine tot mai mare, aspectul coji de portocală se extinde proporțional cu tumora, cu timpul ocupând toată suprafața pielii sâmbului. În perioada de invazie apare "retracția mamelonară", produsă de infiltrarea tracturilor conjunctive ale canalelor galactofore. Prezența pe tumoră poate să se urzească o scurgere prin mamelon de aspect seros, sanguinos sau lactoserous (mamelă secretantă).

Extensia tumorii spre planurile profunde duc la invadarea aponevrozei mușchilor pectorali mari și apoi a mușchului însoțit și mai în profunzime până la grilaj costal, tumorile devine aderență la planurile profunde.

Extensia regională se face pe căile limfatice prinziind ganglionii axilari care la început se pot palpa, ca niște formațiuni dure, mobile, neaderente la țesuturile din jur, ulterior prin prinderea țesuturilor din jur devin confluenți, aderente la țesuturile celuloase al axilei, având aspectul unor formațiuni dure, neregulate, imobile față de țesuturile din jur.

Ganglionii supraclaviculari sunt invadati mai târziu, "clavicula reprezentând un punct de vedere al extensiei regionale limita rezonabilă a operabilității cancerului mamar". Căile limfatice ale pielii care merg transversal, pot invada ganglionii axilari și axilei opuse.

Extensia la distanță se face prin metastazare pe cale sanguină, putând da metastaze plămânulare, osoase (femur, humerus, coloană vertebrală, craniu, bazin), hepatice etc.

În faza avansată apar dureri care se datorează prinderii plexurilor nervoase, metastaze pleurale, fracturi patologice ale naselor lungi. Apare cașexia progresivă.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar. Însoțită de simptome care pot fi observate în formele cronice ale cancerului mamar.

27.3.2.1.4. Formele anatomii-clinice

a) Boala Paget (necroză acută mamară și al mamelonului) prezintă aspect cronic, cu margini neregulate, polichelice, solitare, prinzătoare, sunt la stadiu mamelonar, pe care îl deplășește și care are mai mult sau mai puțin dezvoltată o tumă cancer subcutan, propagat în lungul canalelor galactice mamelonului.

b) Căderea schișilor prezintă trei variații anormale:

schizul sternalic; glanda mamara se atrofiaza, manifestand
evolue jointă, maza gânglionară se face rară. Este tipic pentru faza în care
schizul în cursă prinde în maza tegumentul sub forma unor plăcuțe
brune, indurate sau confluențe în jurul toracelui; se însoțesc de dureri
senzate de constricție toracică.

- schizul punctular diseminat poate fi o formă de recidivă, în care

c) Cancerul cefefakoid afectează femeia tânără. Se prezintă cu o tumoare în zona

d) Malignitatea carcinomatoasă are debut brusc, la o femeie tânără, cu o evoluție rapidă. Simțul este tumefact, roșu, edematos. Frecvența așteptată este bolnavă. Prezența adenopatiei de tip inflamator. Bolnavă are febră, starea generală se deteriorează rapid, evoluția este galegăntă, cu metastaze precoce la distanță.

e) Sarcomul mamar - tumoră de consistență crescută, ține circumscris, mobilizabilă păstrată, creșterea rapidă, perind atinge dimensiuni impresionante, metastazează, de obicei metastazează și produce pe cale hematogenă, din dia-

O Cancerul oculii este forma în care singura manifestare e iritarea
denotată axilar sau de metastaze. Diagnosticul se pune pe baza biopsiei ganglion
mărit de nevrolog sau ginecolog.

g) Cancerul mamar la bărbați este foarte rar, confundat adesea datorită frecvenței mici, cu un adenom sau o mastoză chistică. Volumul redus al glandei face ca tumorile să evolueze rapid către straturile profunde și superficiale. Prognosticul este trist.

27.3.3.1.5. *Diagnosticul stadiul*. În vederea precizării conduitei terapeutice și prognosticului trebuie stabilit diagnosticul stadiul. Clasificarea stadiul (TNM) se bazează pe caracteristicile și dimensiunile tumorii, interesarea pielii, mamelei, mușchilor pectorali și peretelui toracic (T_1-T_4), a ganglionilor regionali axilari și supraclaviculari (N_1-N_3) și a existenței metastazelor (M_1-M_3).

Pe baza acestor criterii s-au stabilit patru stadii ale cancerului mamar:

- Stadiul 1 - tumoră până la 2 cm (T_1), fără adenopatie (N_0), fără fixare la vase și la structuri adiacente. Dacă ține de plămânul profund, fără metastaze (M_0).

■ Stadiul II - tumoră între 2-5 cm (T_1-T_2), cu adenopatie axilară palpabilă, mobilă (N_1), fără fixare la plămânile profunde, fixare incompletă la piele, metastaze plămânare, fără metastaze (M_1).

■ **Stadiul III** - tumoră peste 5 cm, fixare completă la piele, cu piele în contact "portocală" pe toată întinderea tumorii, fixare incompletă la mușchii pectorali și peritumorali ($T_3 - T_4$), adenopatie axilară omolaterală fixată sau adenopatie supraclaviculară ($N_1 - N_2$), fără metastaze la distanță.

■ Stadiul IV - metastaze la distanță (M_1), oricare ar fi intrinsecul și stadiul ($T_1 - T_4$) sau a ganglionilor axilari și supra- și subclaviculari ($N_1 - N_3$).

Prezentăm, în continuare, caracteristicile principale ale populației muncitoare, care se
distingue în funcție de sex și de nivelul de instruire, de activitatea profesională, de
nivelul de viață și de nivelul de trai. În ceea ce privește nivelul de instruire, în anul 1997, în
România, 70,4% din populația muncitoare avea o instruire primară sau secundară, în timp
ce în țările din Europa Centrală și de Est, acest procent era de 80-90%.

... cancerului mamar. Tratamentul cancerului mamar este...

...individualitet in forarbejdet.

(Faint, illegible handwritten notes)

...amplas, care este utilizata pentru a...

4. Transmisiuni chirurgicale: cea mai complexă și eficientă este operația lui Whipple, în care se extirpă în bloc glanda mamară, mușchii din jur și subcutanatul, în care se află axila.

... la care datorită afecțiunii generale nu este posibilă operația Halsted

...indiani prin rociogenerapie, unde să fie înfo-

Tratamentul este o penetratie mai mare si permite realizarea de

Dupa 2-3 săptămâni de la vindecarea plăgi se va face trabiectomie.

Tratamentul radiant, ca singura metodă de tratament este utilizată în cazul cancerului de gât, în special în cazul cancerului de gât. Se poate asocia cu chimioterapie.

• **Hiperandrogenism** - în stadiile I și II nu este indicat tratamentul, deoarece hiperandrogenismul este o manifestare a androgenilor pozitivi, care apar în stadiile I și II, în cele cu hormonodependență.

evoluție acută, în cele cu hormonoterapie
ovarectomia bilaterală (castrare chirurgicală).
medicamenteasă (cu Tamoxifen). La femeile tinere

fluoroscopia, ca metodă adjuvantă se va utiliza la toate

* Chinoergia singură nu poate duce la vindecare. Ea poate să amâneze doar momentul actului chirurgical radical.

It has been suggested that the use of a single agent may be sufficient to achieve a therapeutic effect in the treatment of patients with a variety of conditions. This is particularly true in the case of patients with a variety of conditions.

la instalamentul cancerului nu mai s-au folosit aproape nicio chimioterapie.

On rezultate variabile. Dintre achiziție, pu a fi mai eficiente: Ceftriaxona, Taxim, Levofloxacin, R8-K2, dintre antimetaboliti: 5 - Fluorouracil și Metotrexat, dintre antibiotice: Adriamicina, Bilemicina și dintre antitumorale: Vincristina.

De obicei, se va face polichimioterapie, care dă rezultate cu mult mai bune decât monochimioterapia.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 27

1. Când se întâlnesc mai frecvent mastilele acute?
 - a. la noi - subacut;
 - b. la pubertate;
 - c. în perioada de alăptare;
 - d. la menopauză.
2. Care din germeii de mai jos întâlnim cel mai frecvent în mastilele acute?
 - a. stafilococul;
 - b. streptococul betahemolitic;
 - c. pneumococul;
 - d. germeni anaerobi.
3. Care din factorii de mai jos nu favorizează producerea mastitei acute?
 - a. ragașe și fisele mameloare datorită microtraumatizărilor din timpul suptului;
 - b. igiena riguroasă a sânilor în perioada de lactație;
 - c. igiena precară a cavității bucale a sugarului;
 - d. igiena defectuoasă a mamelonului.
4. Care din semnele de mai jos nu le găsim în galactoforia acută?
 - a. sân tumefiat;
 - b. fluctuență și înbuhare cu secrete purulente a lenjeriei;
 - c. durere spontană și la palpare;
 - d. stare subfebrilă.
5. Ce este abscesul tuberos?
 - a. tumefacție localizată în țesutul grăos (premamar);
 - b. absces în "buton de cămașă";
 - c. infecție acută a glandelor sebacee ale areolei mamare;
 - d. infecție difuză a sânului.
6. Care din procedeele de mai jos nu le folosim în tratamentul galactofuriei?
 - a. golirea sânilor cu secrete lăcătui cu pompă;
 - b. continuarea alăptării la sânul bolnav;
 - c. injectii cu foliulină;
 - d. revulsii locale;
 - e. incizii largi radiare și evacuarea puroiului.
7. Mastita tuberculoasă se poate prezenta sub formă de:
 - a. noduli multipli izolați și nedureroși;
 - b. o formațiune unică, bine delimitată, de consistență fermă, care devine ulterior fluctuantă;

- b. semnul vaginoplastiei;
c. semnul cuje de portocală;
d. tumoră dură, necheruită, rădăcinată de țesutul mamar din jur.
17. - Extensia tumorii, care face ca tumora să devină aderență la planurile profunde se face spre:
a. pielea;
b. țesutul grăos perimamar;
c. aponevroza mușchiului pectoral mare;
d. mușchii pectoral și spre grădajul costal.
18. - Ce țesut ganglionar este prins cel mai frecvent în cancerul mamar?
a. subclavicular;
b. axilar;
c. supraclavicular;
d. cervical.
19. - Cum trebuie să procedăm pentru a evita riscul de eroare în cazul unei tumori mamare?
a. trebuie să considerăm că orice tumoră mamară poate să fie cancer până la proba directă contrarie;
b. nu trebuie înțărâș diagnosticul definitiv prin tratament hormonal în cazurile de mamară cu tumoră;
c. nu trebuie neglijată secreția mamelonară care poate fi însoțită de un cancer nepalpabil;
d. nu trebuie așteptat tabloul clinic, capitolul la nivelul tumorii poate edificator;
e. nu trebuie făcută radioterapie înainte de a fi pus diagnosticul precis.
20. - Care este investigația paraclinică, în cancerul mamar, care înregistrează emisia de raze infraroșii de către țesuturile bolnave față de cele normale?
a. mamografia;
b. radiofotografierea;
c. pneumomamografia;
d. termografia.
21. - Boala Paget se caracterizează prin:
a. ulcerări crustoase, polielice, reliefate, pruriginoase, situate la nivelul mamelonului;
b. tumoră moale, cu zone pseudochistice, afectând întregul sân;
c. atrofierea glandei mamare;
d. distrugerea mamelonului, fapt ce relevă prezența unei cancer subțiere propagat în lungul canalelor galactofore, care atinge mamelonul.
22. - Mastita acută carcinomatoasă apare la:
a. mărâne;
b. femei care alăptează;
c. la pubertate;
d. în perioada ciclului menstrual.
23. - Sarcomul mamar se caracterizează prin:
a. tumoră de consistență cretă, cu creștere rapidă, mobilitate pășină;
b. invadare precoce a ganglionilor regionali;
c. metastaze pe cale hematogenă;
d. aderență rapidă la planurile superficiale și profunde.

24. - În ce cancerul mamar la bărbat este foarte grav?
a. în cancerul tratat prin excizie a testiculului;
b. în cancerul tratat prin excizie a testiculului, care dă naștere la metastazele glandelor prostate și epiteliale;
c. în cancerul tratat prin excizie a testiculului, care dă naștere la metastazele la distanță;
d. în cancerul tratat prin excizie a testiculului, care dă naștere la metastazele la distanță.
25. - Caracteristica studiului a cancerului mamar se face după:
a. dimensiunile tumorii;
b. caracteristicile țesutului cancerului;
c. caracteristicile țesutului cancerului;
d. caracteristicile țesutului cancerului.
26. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
27. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
28. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
29. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
30. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
31. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
32. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
33. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
34. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
35. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
36. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
37. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
38. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
39. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.
40. - Caracteristicile țesutului cancerului mamar sunt:
a. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
b. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
c. caracteristicile țesutului cancerului mamar;
d. caracteristicile țesutului cancerului mamar.

Capitolul 28

AFEȚIUNILE OTORINOLARINGOLOGICE (O.R.L.)

dr. VICTORIA VOICHIȚĂ

Verificați-vă cunoștințele

28.1. Noțiuni generale, instrumentar specific, examinarea bolnavului	860
28.1.1. Instrumentarul specific	860
28.1.2. Examenul bolnavului	860
28.1.2.1. Examenul local fizic și funcțional	860
28.1.2.1.1. Bucofaringoscopia	860
28.1.2.1.2. Narinoscopia	860
28.1.2.1.3. Hipofaringoscopia și laringoscopia indirectă	860
28.1.2.1.4. Otoscopia	860
28.1.2.2. Examenul funcției auditive	861
■ acumetria fonică	861
■ acumetria instrumentală	861
■ audiometria electrică	861
28.1.2.3. Funcția de echilibru	861
28.1.2.4. Diafanoscopia	861
28.1.2.5. Examenul radiologic	861
28.2. Bolile urechi	862
28.2.1. Bolile urechii externe	862
28.2.1.1. Traumatismele pavilionului și ale conductului auditiv extern	862
28.2.1.2. Corpuri străine ai conductului	862
28.2.1.3. Infecțiile urechii externe	862
28.2.1.3.1. Furunculul conductului	862
28.2.1.3.2. Otita externă difuză	862
28.2.2. Bolile urechii mijlocii (medii)	863
28.2.2.1. Traumatismele timpanului	863
28.2.2.2. Infecțiile urechii medii	863
28.2.2.2.1. Otita medie congestivă acută	863
28.2.2.2.2. Otita medie supurată acută	863
28.2.2.2.3. Otomastoidita supurată acută	863
■ Simptomatologie	863
■ Tratament	863
28.2.3. Bolile urechii interne	863

28.2.3.1. Labirintita	866
28.2.3.1.1. Simptomatologie	866
28.2.3.1.2. Tratament	866
28.2.3.2. Sindromul Ménière	866
28.2.3.2.1. Etiologie	866
28.2.3.2.2. Tratament	867
28.2.3.3. Sindromul	867
28.2.3.3.1. Sindromul de tranșe	867
28.2.3.3.2. Sindromul de percepție	867
28.2.3.3.3. Sindromul de vârtă	867
28.2.3.3.4. Sindromul de surditate	867
28.2.3.3.5. Sindromul de tinitus	867
28.2.3.3.6. Sindromul de vertijă	867
28.2.3.3.7. Sindromul de oscilație	867
28.2.3.3.8. Sindromul de nistagm	867
28.2.3.3.9. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.10. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.11. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.12. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.13. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.14. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.15. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.16. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.17. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.18. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.19. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.20. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.21. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.22. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.23. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.24. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.25. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.26. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.27. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.28. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.29. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.30. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.31. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.32. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.33. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.34. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.35. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.36. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.37. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.38. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.39. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.40. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.41. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.42. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.43. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.44. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.45. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.46. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.47. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.48. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.49. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.50. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.51. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.52. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.53. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.54. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.55. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.56. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.57. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.58. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.59. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.60. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.61. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.62. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.63. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.64. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.65. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.66. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.67. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.68. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.69. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.70. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.71. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.72. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.73. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.74. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.75. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.76. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.77. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.78. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.79. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.80. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.81. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.82. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.83. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.84. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.85. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.86. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.87. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.88. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.89. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.90. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.91. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.92. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.93. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.94. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.95. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.96. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.97. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.98. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.99. Sindromul de hiperreflexie	867
28.2.3.3.100. Sindromul de hiperreflexie	867

Continuă la capitolul 29

Bolile ORL ocupă un loc important în patologia generală prin frecvența lor, complicațiile și sechelele ce le produc. Ele au drept cauze mai frecvente infecțiile, traumatismele și neoplasmele.

În multe cazuri însă afecțiunile ORL sunt simple și bolnavul poate fi ajutat mult folos de o asistență medicală cu o bună pregătire. De asemenea, acesta poate fi de mare folos medicului în cazul urgențelor în sfera acestei specialități, când este necesară o intervenție promptă și competentă. De aceea, învățarea cunoștințelor de bază despre bolile ORL și tratamentul lor constituie o componentă indispensabilă a pregătirii unei asistente medicale valoroase.

Ne vom ocupa numai de afecțiunile mai frecvente și de cele cu caracter de urgență, adică de acelea în care asistența medicală își poate aduce o importantă contribuție în rezolvarea lor.

28.1. NOȚIUNI GENERALE, INSTRUMENTAR SPECIFIC, EXAMINAREA BOLNAVULUI

Deoarece urechea, nasul și laringele sunt cavități ascuțite, examenul bolnavului în specialitatea otorinolaringologică are o tehnică specială și poate fi efectuat cu ajutorul unor lumină reflectată cu ajutorul oglinzii frontale (fig. 224). Pentru ca să proiectăm cât mai bine lumina reflectată și concentrată asupra orificiilor organelor amintite, mai avem nevoie de un



Fig. 224 - Oglinda frontală.

28.1.1. Instrumentar specific

Instrumentarul specific este format din:

- specule auriculare de diferite mărimi pentru adulți și copii (fig. 225);
- specul nazal cu arc ale cărui valve se introduc în nările (fig. 226);
- spatula linguală dreaptă sau curbă (fig. 227);
- o serie de oglinzi cu mâner, de diferite mărimi pentru rinoscopia posterioară și pentru laringoscopia indirectă (fig. 228);
- pense curbe (fig. 229);
- stilet portativ;
- lampă de spirit;
- siringă Gayon;
- trusă de diapazoane.

În serviciile mai dotate există laringoscop, stroboscop, audiometru electric, scanotalor etc.

Asistența medicală sterilizează și păstrează instrumentarul în cutii metalice de instrumente și pregătește masa de consultație.



Fig. 226 - a) specul nazal obișnuit, b) specul Dupuy.



Fig. 227 - Spatulă linguală.



Fig. 228 - Oglinzi, mărimi diferite.



Fig. 229 - Punct amussit

28.1.2. Examenul bolnavului

Examenul bolnavului începe întotdeauna cu o discuție cu pacientul, în care se stabilește de identitate ale bolnavului, antecedentele ereditare și personale, condițiile de mediu în care trăiește, interesul acestuia de a afla mai multe despre boala sa, de a afla și modul de evoluție, de evoluția bolii, de tratamentul urmat.

28.1.2.1. Examenul local fizic și funcțional

În otorinolaringologie, necesită o poziție potrivită atât pentru pacient, cât și pentru medic. Poziția cea mai bună pentru bolnav este poziția scând, afară de cazurile în care starea pacientului este gravă, în care se poate așeza pe o masă cu instrumentarul necesar se pune în dreapta medicului care se așază în fața bolnavului. Încrederea bolnavului se va obține cu blândețe și răbdare, atât de necesară pentru examenul organelor ORI, care prezintă o sensibilitate deosebită.

Se face mai întâi o inspecție a nasului, urechilor, gâtului pentru a descoperi eventualele hemoragii sau leziuni.

Palparea pune în evidență fracturi, tumefacți, adenopatii.

28.1.2.1.1. Bucofaringoscopia se efectuează aplicând apăsătorul de limbă pe jumătatea anterioară a limbii pentru a nu declanșa reflexul de vomă. Se examinează partea internă a obrărilor, gingivile, amigdalele, peretele posterior al faringelui.

28.1.2.1.2. Narinoscopia se execută ridicând cu policele vârfului nasului, iar rinoscopia anterioară se face cu ajutorul speculului nazal care are rolul de a îndepărta aripi nazului de o parte și alta a septului nazal. Se pot observa astfel secreții, sânger, corp străin, polipi etc.

Rinoscopia posterioară se face cu oglinda cu mâner, folosind apăsătorul de limbă și înșurubându-ne ușor înapoi buzei.

Pentru a examina funcția respiratorie a nasului se cere pacientului să inspire și să expiră cu indexul aripi nazali, cerând bolnavului să execute câteva inspirații, iar expirația se examinează așezând o placă metalică sau apăsătorul de limbă în dreptul nărilor și cerem bolnavului să expire. În mod normal peiele de aburi ce se formează pe placă trebuie să fie egale.

28.1.2.1.3. Hipofaringoscopia și laringoscopia indirectă se execută trăgând în afară limba bolnavului cu ajutorul unei comprese, iar cu cealaltă mână se introduce oglinda laringiană (înclăzită pentru a nu se aburi) ridicând vârful palatului. Foaia oglindă fiind îndreptată în jos, permite examinarea bazei limbii, regiunii glosopiglotice.

Examenul se face pe o poziție înclăzită. Pentru a examina funcția respiratorie, cerem pacientului să inspire și să expiră. Pentru a examina funcția respiratorie, cerem pacientului să inspire și să expiră. Pentru a examina funcția respiratorie, cerem pacientului să inspire și să expiră.

28.1.2.1.4. Disfonia constă în mai întâi inspecția regiunii piriforme, precum și a regiunii laringiene, apoi inspecția corăbii laringiene externe și a frotului cu ajutorul speculului.

28.1.2.2. Examenul funcției auditive se face prin:

28.1.2.2.1. Testul Weber (cu voca) așezând una din urechi și ținând cavitate chirurgicală de la distanță de 5 m. Dacă bolnavul nu aude, se așază pe urechea dreaptă și apoi pe cea stângă și apoi notăm distanța la care le-a perceput. La fel procedăm și pentru testul Weber cu diapazonul.

28.1.2.2.2. Testul Rinne constă în așezarea instrumentului cu diapazonul pe o evidențiere simplă a limitelor auditive.

28.1.2.2.3. Testul Gelle constă în așezarea instrumentului cu diapazonul pe o evidențiere simplă a limitelor auditive.

28.1.2.3. Funcția de echilibru se examinează căutându-se semnele vestibulare spontane și prin examenul de echilibru general.

28.1.2.4. Diafanoscopia Diafanoscopia este o metodă de examinare a sinusurilor prin care se precizează cantitatea de aer al acestora cu ajutorul luminii. Se execută într-o cameră obscură aplicând beca diafanoscopului în cavitatea bucală și bolnavul având gura închisă, se transmite stimulul maxilar normal. În cazul existenței unui conținut exudativ seros sau purulent, stimulul nu se transmite.

28.1.2.5. Examenul radiologic Examenul radiologic în O.R.L.: pentru examinarea sinusurilor feței se folosesc radiografiile sinuzale care, prin imagini opace sau acrate ale sinusurilor, ajută la diagnosticul bolii. Sinusurile normale apar acrate în contrast cu opacitatea mucoaselor nazale ale feței și craniului. Aspectul modificărilor ce se petrec în sinusuri

poate fi mai bine pus în evidență prin injectarea în sinus a unui subțirag de contrast cum ar fi Lipiodolul.

Traumatismele și infecțiile cronice ale urechii beneficiază de servicii radiografice care se execută în mod obișnuit comparativ bilateral, obținându-se astfel date deosebit de valoroase pentru diagnostic.

28.2. BOLILE URECHII

Vom descrie bolile urechii după sediul anatomofiziologic unde acestea se manifestă, împărțindu-le astfel:

- Bolile urechii externe interesează pavilionul urechii și conductul auditiv extern până la timpan.
- Bolile urechii medii își au sediul în căsuța timpanului și complicațiile sale la mastoidă.
- Bolile urechii interne interesează labirintul.

28.2.1. Bolile urechii externe

Bolile urechii externe pot fi:

28.2.1.1. Traumatismele pavilionului și ale conductului auditiv extern

Aceste traumatisme produc: plăgi, contuzii, fracturi, arsuri, degerături. Urechea externă poate fi și sediul unor traumatisme profesionale observate la purtătorii de căști la mînșorii de greutate pe umăr - docheri, hamali, sportivi, la care apare adesea othenatomul. Acesta este o colecție serosanguinolentă ce se formează între cartilajul și pericondru și se observă cu ușurință pe suprafața pavilionului. În cazul că nu se resorbe spontan, tratamentul constă în evacuarea conținutului prin puncție sau incizie urmată de pansament compresiv.

28.2.1.2. Corpuri străine ai conductului

Corpuri străine ai conductului sunt:

- a) exogen: dopuri de vată, diferite insecte, iar la copii, mai frecvent, bășici de semințe;
- b) cei endogeni mai des întâlniți sunt dopurile de cerumen. Acestea se formează prin hipersecreția glandelor ceruminoase și când obstruează complet conductul auditiv se instalează brusc hipoacuzia. Dopul fiind higroscopic, își mărește volumul atunci când se instalează brusc hipoacuzia. Dopul fiind higroscopic, își mărește volumul atunci când se instalează brusc hipoacuzia. Dopul fiind higroscopic, își mărește volumul atunci când se instalează brusc hipoacuzia.

Tratamentul corpurilor străine constă în extragerea lor cu ajutorul spălatei auriculare (fig. 230), ce se efectuează cu un jet de apă caldă la temperatura corpului.

... sau îndepărtat manual în cazul în care acesta este mic și se poate îndepărtă ușor. Dacă este mare și se poate îndepărtă ușor. Dacă este mare și se poate îndepărtă ușor.

28.2.1.3. Infecțiile urechii externe

Infecțiile urechii externe

28.2.1.3.1. Furunculul

Furunculul este o infecție acută a conductului auditiv extern, care se manifestă prin durere locală, roșeață și umflătură. Este cauzat de bacterii care intră în ureche prin apă murdă sau prin mâini murdare. Simptomele includ durere, roșeață și umflătură.

Tratamentul constă în aplicarea de comprese calde și antibiotice locale. Dacă durerea este severă, se pot administra analgetice. În cazurile severe, poate fi necesară incizia și drenajul.

Tratamentul general, după caz, se face cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

Tratamentul cu antibiotice sau sulfamide.

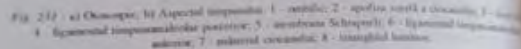


Fig. 230 - Extragerea unui corp străin din ureche

28.2.2. Bolile urechii mijlocii (medii)

Urechea mijlocie se consideră a fi căsuța oscioprelor cuprinsă între timpan și ossele din spatele ei, precum și mastoida, osul spongios cu care aceasta comunică.

Conținutul ei este format din patru case mici: ciocanul, nicovala, osul lenticular și strigă (fig. 231).



28.2.2.1. **Traumatismele timpului**
Traumatismele timpului se pot produce accidental sau în urma unor interven-
terapeutice inabil executate. Ruptura timpului se poate produce în timpul extrac-
ției din corpul străin, în urma demontărilor, a exploziilor, a schimbării trepte a presiunii
aerice (liniar, aviator, scafandri). Poate fi și consecința unei lătrări cu pompa pneu-
matică.

28.2.2.2. Infecțiile urechii medii

28.2.2.2.2. Otita medie supurată acută. Se întâlnește mai des la vârstă copilărie și în comunitatea mai mare la sugari și copiii mici se dau foarte puține cazuri de otită medie supurată acută. Este o boală mai scurtă și orizontală.

1944

... în fața de care orice complicitate ar fi considerată în mod necesar ca fiind o complicitate în infracțiune. În acest caz, complicitatea este în mod necesar o complicitate în infracțiune. Acesta nu este decât un caz particular al complicității în infracțiune.

... în practică timpurie sau parțială

[illegible]

22.2.2.4. *Oomastoditia* supurată acută. Este o complicație și se produce prin
penetrarea în organismul procesului este supurativ la sistemul celular mastoditose. Ea
se poate manifesta prin medii supurate acute sau cronică tardivă, în care în infecții
se poate observa evoluția. Este mai frecventă la copii și adolescenți, prezintă și
caracteristici de natură acută.

...cu o incidență crescută. Este mai frecventă la copii și...

■ Impulsivitatea este însoțită, prin plutea de masticare, de o stare de agitație și provocare. Starea generală este ușor alterată, bolnavul este puțin răbdător și irascibil. Starea generală este ușor alterată, bolnavul este puțin răbdător și irascibil. Starea generală este ușor alterată, bolnavul este puțin răbdător și irascibil.

[illegible]

• **Tratamentul:** Se începe că trebuie avut în vedere tratamentul primar al oticelor congestive sau supurative, ori înalta lor că mai corectă. Tratamentul primar este în antibioterapie, hidratarea țesuturilor, vitaminoterapie.

Tratamentul otomastoiditei sugarii se va face în colaborare cu medicul pediatru. Învăţarea stăruie a sugarii suferă adevărată greutăţi chiar la începutul bolii. În cazul leziunilor supurative constituite se va face tratamentul chirurgical corect în adevărată de urgenţă, operaţie prin care se elimină purul şi germenii otomastoidici.

28.2.3. Bolile urechii interne

28.2.3.1. Labirintita

Labirintita este una din complicaţiile endocraurice ale otomastoiditei supurative. Este determinată de propagarea infecţiei înspre labirint prin intermediul frotului sau rotundă datorită difuzării toxinelor şi infiltrării membranelor sale de un proces cronic de vecinătate. Labirintul fiind partea urechii interne compusă din canalul cochlear sau melc (organ auditiv) şi din canalele semicirculare (organ de echilibru).

28.2.3.1.1. Simptomatologia va oglindi afectarea funcţiei acestor organe şi are următoarele alterări ale auzului până la surditate, însoţite de tulburări de echilibru: greaţă, vărsături, ameţeli, nistagmus. Complexul simptomatic nu apare întotdeauna în totalitatea lui, fiind în funcţie de înălţarea procesului inflamator. Apariţia febrei este un semn precursor de meningită.

28.2.3.1.2. Tratamentul constă în rezolvarea otomastoiditei supurative prin tratament combinat medicamentos şi chirurgical după cum impune cazul, folosind antibiotice, vitaminoterapie, sedative (Fenobarbital, Extraveral), antemetice (Emeticon, Torecan) şi punamante locale până la vindecare.

28.2.3.2. Sindromul Ménière

Este un complex simptomatic constituit din tulburări coleevestibulare aparute sub formă de criză, uneori noaptea, ce se manifestă prin ameţeli, pierdere echilibrului, nistagmus, greaţă, vărsături, vădătură şi scăderea auzului.

28.2.3.2.1. Etiologie: Poate avea ca etiologie afecţiuni ale urechii medii sau cauze de vecinătate (neurinom de acustic) sau cauze generale (ateroscleroză, intoxicaţii exogene sau endogene, traumatisme cranice, sifilis, tulburări angioneurotice, alergii ş.a.). Se datorează probabil unei hipertensiuni a lichidului existent în canalele semicirculare şi canalul cochlear.

În timpul crizei, bolnavul nu se poate mişca. Criza durează câteva ore sau câteva zile, putându-se repeta la intervale mai rare sau mai scurte. Surditatea perseverentă la funcţia de echilibru între crize este normală.

28.2.3.2.2. Tratament. Scopul tratamentului este scăderea hipertensiunii din canalele semicirculare prin injectarea intravenos de ser hipertonic 20% sau sulfat de magneziu 10%, reducerea cantităţii de lichide ingerate, regim alimentar desodiat, sedative, antemetice.

Tratamentul se va continua un secol fără de întrerupere şi eşecul este puternic, repetat. În caz de boală terminală trebuie înţeleasă, ştiinţă, suferinţă şi sfârşit să se căute pe partea de tratament chirurgical, în special în cazul simptomatologiei pentru boala se rezorve la tratamentul chirurgical. În caz de boală terminală trebuie înţeleasă, ştiinţă, suferinţă şi sfârşit să se căute pe partea de tratament chirurgical.

28.2.3.3. Surditatea

Surditatea este privită mai ales ca o inflamtaie. După sediul leziunilor se poate distinge în surditate de tip transmisiv având sediul afecţiunii ale urechii externe sau de tip receptiv, având drept cauză afecţiuni ale urechii interne. Există şi o surditate mixtă. Căci în surditate în care se numeşte surditate corticală sau centrală.

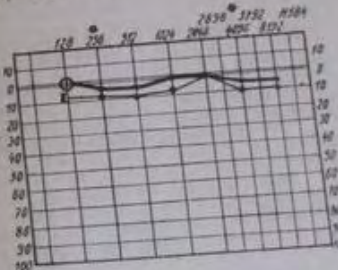
28.2.3.3.1. Surditatea de transmisie poate fi înălţată în malformaţiile urechii externe, ale urechii medii, în urma proceselor inflamatorii şi supurative ale urechii medii sau otomastoidiene.

28.2.3.3.2. Surditatea de percepţie poate fi înălţată în boli de: surditate de tip receptiv, având drept cauză afecţiuni ale urechii interne. Există şi o surditate mixtă. Căci în surditate în care se numeşte surditate corticală sau centrală.

28.2.3.3.3. Surditatea mixtă este înălţată în labirintite, otospongioză, tumori endocraurice.

28.2.3.3.4. Surditatea centrală este înălţată în boli neurologice ca: tumori, nevroză isterică, paralizii, surditate centrală este înălţată în boli neurologice ca: tumori, nevroză isterică, paralizii, surditate centrală este înălţată în boli neurologice ca: tumori, nevroză isterică, paralizii.

Fig. 132 - Audiogram normal. Către sus scade (1) reprezintă zona de audibilitate normală. Către jos scade (2) reprezintă zona de audibilitate anormală.



Auzul fiziologic se situează între 5 și 100 decibeli, iar o pierdere până la 30 dB pentru înţelegerea vorbirii corespunde unei surdităţi în care funcţia auzului nu este compromisă. Pierdere între 30 și 50 decibeli defineşte o surditate mijlocie, iar între 50 și 90 decibeli o hipoacuzie pronunţată. Lipsa totală a înţelegerii vorbirii se numeşte cotoză. Surditatea mijlocie şi pronunţată situează bolnavul respectiv într-un grad de handicap social. De aceea, tratamentul corect şi la timp al afecţiunilor generatoare de surditate este deosebit de important şi necesar. Când



Fig. 234 - Repartu arterial a septului nazal
1 - artera sfero-palatinală, 2 - arterele septale;
3 - artera palatinală superioară îngreșată cu
artera nazal palatinală (artera epistaxială), 4 - pila
vasculară.



Fig. 235 - Tamponamentul anterior cu o minge
mărită de tifon

Printre cauzele generale se află insolajia, hipertensiunea arterială la bolnavii cu
ateroscleroză, afecțiuni renale, cardiace, hepatice, în boli de sânge ca leucemia
hemofilă. Apare necroză premenstrual (hemoragie vicariată).

28.3.3.2. Tratamentul

Frecvența hemoragiilor nazale este determinată de structura mucoasei piramidale
care este extrem de fragilă și vascularizată. Hemoragia se produce de obicei în partea
anterioară a septului nazal unde se găsește pata vasculară. Dacă epistaxiul provine din
această zonă, îl putem opri ușor apăsând cu degetul aripa nazală pe septul claviclar mușcat.
În prealabil introducem în fosa respectivă un tampon de vată uscat sau îmbibat cu apă.
În prealabil introducem în fosa respectivă vasoconstrictive: efedrină 3%, Rinoflug, Bixtonam, Ageron
oxigenată sau soluții vasoconstrictive: eufedrină 3%, Rinoflug, Bixtonam, Ageron
holnavul în poziție semierizată sau culcat în mediu înălțat și răcoș. După oprirea
hemoragiei, tamponul se extrage ușor printr-o mișcare de rotație.

Hemoragiile nazale difuze, abundente și care nu se opresc după compresia
digitală pe aripa nazală, se tratează prin tamponamentul anterior (fig. 235) care se
efectuează tamponându-se fosa nazală respectivă cu o meșă lată de 1-2 cm și lungă
de 40-50 cm, îmbibată cu ulei gomiosol 1% sau eucaliptolat 1%. Meșa se introduce cu
ajutorul pensei nazale până în fundul fosei nazale, începând cu partea inferioară, apoi
ce se umple treptat toată cavitatea fosei nazale. Tamponamentul va fi lăsat pe loc maximum
48 ore, niciodată mai mult, pentru a nu naște la diferite complicații septice. În caz că survine
o ridicare a temperaturii, dureri sinusale sau articulare, meșa se scoate după 24 ore.

Când prin tamponamentul anterior nu am reușit să oprim epistaxiul, efectuăm
tamponamentul posterior, montând în cavum un tampon de tifon (fig. 236, 237).
Tratamentul general va consta în hemostatice, cardiotonice, transfuzii repetate,
vitamine și tratamentul afecțiunii generale.



Fig. 236 - Tamponamentul posterior. Împănarea
mucoasei nazale cu o minge
mărită de tifon



Fig. 237 - Tamponamentul posterior cu
grăpă

28.3.4. Sinuzitele

Sinuzita este o afecțiune care se produce prin extinderea inflamației la mucoasa sinusurilor.
Sinuzita poate fi acută sau cronică. Sinuzita acută se poate produce prin extinderea inflamației din
cavitatea nazală sau dintr-o afecțiune a sinusurilor. Sinuzita cronică este o afecțiune care se
produce prin extinderea inflamației la mucoasa sinusurilor. Sinuzita cronică este o afecțiune
care se produce prin extinderea inflamației la mucoasa sinusurilor. Sinuzita cronică este o
afecțiune care se produce prin extinderea inflamației la mucoasa sinusurilor. Sinuzita cronică
este o afecțiune care se produce prin extinderea inflamației la mucoasa sinusurilor. Sinuzita
cronică este o afecțiune care se produce prin extinderea inflamației la mucoasa sinusurilor.



Fig. 238 - Secțiunea frontală a cavității nazale:
1 - etmoidul superior, 2 - etmoidul inferior, 3 - cornul inferior, 4 - duriciul, 5 - sinusul maxilar, 6 - cornul
superior, 7 - sinusul superior, 8 - meatus nazal superior, 9 - lama filtrantă, 10 - meatus nazal inferior,
11 - alveola inferioară a sinusului maxilar, 12 - meatus nazal inferior.

Sunt descriși factori favorizânți cum în anumite cazuri: ocazională, prin contactul cu agentul sinuzitel, deviază de sept nazal, hipertrofiile de cornuri nazale, polipi nazali, precum și scăderea rezistenței la infecție.

28.3.4.1.1. Sîmptomatologia. În momentul începerii de cîrmărire, cîrmăritorul prezintă obstrucție nazală, mucus mucos și sau seros și pe totuși de partea stîngaului inferior cefalei. După 2-3 zile fără tratament apare durerea la nivelul sinusului inferior și cîrmăritorul în hemisferă inferioară respectiv. Secreția nazală devine purulentă, abundentă și are miros putrid, starea generală modificată. Radiografia arată opacitatea sinusului inferior.

283.412. Tratamentul. Se recomandă repaus la pat cu izolație și instalare a medicamentelor indicate în tratamentul rinitei. În plus, se administrează antibiotice conform cu audiogramul care este de dorit a se face în toate cazurile. Se administrează analgetice, vitamine, antiinflamatorii; igiena mediului ambiant trebuie să se practice menținându-se aer curat cu temperatura de 22-24° C umidificat.

La nevoie, medicul recomandă punerea sînzului evacuator, de care cu grijă se spală sînzul cu ser fiziologic și se introduce solape de ambrazor (într-o ambrazură).

28.3.4.2. Sinuzita cronică

Tratamentul incomplet și neadecvat al eliminării secrețiilor din sinusuri, conduce spre cronicizarea infecției. Sinuzita cronică se caracterizează prin scurgeri nazale purulente în cantitate mare, secreții care pot fi îngroșate sau pot pătrunde în aternă, recidivări și progrese infecții bronho-pulmonare.

Tratamentul intensiv și perseverent cu antibiotice pe cale generală, vitaminoterapie, creșterea pueri de apărare a organismului, iar local se fac punși și aplicații sinuzale repetate introducându-se de fiecare dată soluții de antibiotice indicat.

Tratamentul va fi completat cu procedee de fizioterapie și acțiuni cu ape minerale la Gavra, Sălciumul Moldovei, Călimănești.

Dacă este cazul se vor corecta viciile anatomice care împiedică drenajul secreţiilor şi buna respiraţie nazală. În caz de eșec al tratamentului sinuzitei, se va recurge la tratamentul chirurgical, efectuându-se cura radicală a sinuzitei. Când coexistă şi o componentă alergică, se face tratamentul necesar.

28.4. BOLILE FARINGELUI

Din afecțiunile etajului rinofaringian descriem adenoidita, adică inflamația amigdalei nazofaringiene. Întâlnită la vârsta copilăriei până la 14-15 ani. Are o formă acută, cât și prin formă cronică. Adenoidita poate avea influență nedorită asupra dezvoltării și stării generale de sănătate a copilului.

28.4.1. Adenoidita acută

Adenozita acută se produce prin extinderea unei inflamații acute din țesutul nazal sau prin exacerbarea virulenței microbilor din cavum în urma unei răceli.

...the ... of ...

2. Adenoidita cronică

28.4.2: Adenoidita cronică

28.4.2: Adenoidita cronică

2.4.2.7. Simptomatologia

24.4.2.1. Simptomatologia
Cel mai important simptom este insuficiența respiratorie nazală. Copiii respiră prin nas în timpul nopții când are un somn abundent și zgomotos. Acest fenomen este asociat cu tusea și secrețiile nazale. Copiii au o voce nasălară, pierd interesul pentru activități, au oboseală, pierdere în greutate, pierdere a auzului și pierdere a vederii. Din cauza pierderii auzului și a slăbiciunii, copiii au dificultăți de învățare și de dezvoltare intelectuală.

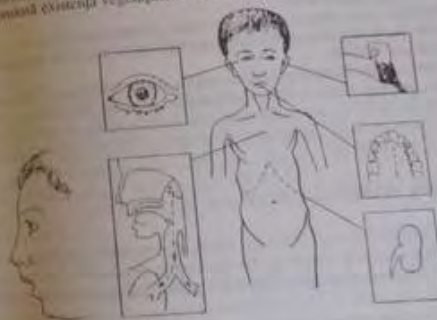
[illegible]

Fig. 219 - a - aspect adhezion al fleg; b - compunsiile de gaze din
adheziile (otice, oculare, dentare, pulmonare, p. renal).

În timp, adenoidita cronică duce la apariția complicațiilor de vecinătate, cum ar fi: amigdalită, otită, sinuzită, laringită, tubotrombită, tromboflebită, otomastoidită, meningită, parotidită sau la distanță: infarct de miocard, reumatism, nefrită.

28.4.2.2. Tratamentul

Tratament profilactic - prin tratarea corectă a infecțiilor acute, se tratează curativ: prin cel chirurgical, adică adenotomie sau adenotomie cu tratament postoperator: vitaminoterapie, belin- și talonoterapie.

Din afecțiunile cavității bucofaringiene amintim anginele și amigdalitele.

28.4.3. Faringita acută (angina simplă sau eritematoasă)

Este inflamația acută a întregii bucofaringiene formă din vârstă, palat, laringe, amigdalele palatine. Este o îmbolnăvire frecventă produsă de virusi sau microbi, dintre care streptococul betahemolitic are o importanță deosebită. Boala apare mai ales în anotimpul răcoros.

28.4.3.1. Simptomatologie

Faringita acută debutează cu jădă la înghițire, alterarea stării generale, febră moderată. La examenul obiectiv se observă înroșirea și edemul țesuturilor faringiene, mucoasei, pe suprafața amigdalelor se observă o acoperire de fibră. În formele microbiene amigdalele pot participa mai intens, rezultând amigdalita propriu-zisă din care pot apărea și multe complicații la distanță: reumatismul potaricilor acut, endocardita, glomerulonefrita, mai ales în cazul în care este prezent streptococul betahemolitic.

28.4.3.2. Tratamentul

În general este simplit: gurgă cu soluții dezinfectante - cavi de mușcei călziți, soluții slabe de hipomanganat de potasiu, pulverizații cu Codecan sau se sug tablete de Faringosept sau Fenosept.

Atunci când vindecarea întârzie, administrăm antibiotice - mai ales penicilină, Ampicilină, Oxacilină. Recomandăm repausul la pat într-o încăpere cu temperatură de 18-20° C, regim alimentar ușor, lichide multe. Diferite forme clinice de angină pot însoți unele boli infectocontagioase microbiene sau virale: difteria, rușia, scarlatina, adenovirus etc.

28.4.4. Amigdalita acută

Amigdalita acută este inflamația acută a amigdalelor, produsă mai ales de microbi și dintre aceștia de streptococul betahemolitic. Se produce mai ales în copilărie, fiind întâlnită și la adulți cu organismul slăbit și mai ales în anotimpul friguros.

28.4.4.1. Simptomatologie

Boala debutează brusc, cu febră ridicată, starea generală alterată. Bolnavul are dureri mari la înghițire, ceea ce-l face să refuze mâncarea.

La examenul obiectiv faringele apare congestivă, amigdalele mărit de volum și înroșite, de puncte albe de puroi. Dacă se face examenul bacteriologic al mucusului din faringe, se obține de cele mai multe ori streptococul betahemolitic.

28.4.4.2. Tratamentul

În amigdalita acută cu angină eritematoasă: local dezinfectăm cu țesuturi de țesuturi, apoi cu soluții dezinfectante. În tratamentul general se face cu antibiotice: penicilină, ampicilină, oxacilină, cefalosporine etc. Dacă se face examenul bacteriologic al mucusului din faringe, se obține de cele mai multe ori streptococul betahemolitic.

Penicilina poate distinge și forme. Se mai administrează streptozin, streptin, lichide multe, regim lacto-flores, repaus la pat. A se sugi lapul că este necesară repetarea examenului bacteriologic al mucusului din faringe, în la caz de persistență a streptococului betahemolitic se va administra tratament cu antibiotice până la sterilizarea focarului pentru a se evita apariția complicațiilor endocardice, articulare, renale, neurologice etc.

28.4.5. Amigdalita cronică

Amigdalita cronică este starea de inflamație cronică a amigdalelor, întregită de procese repetate în țesutul amigdală. Pe acest teren apar procesele repetate de amigdalită acută, ceea ce contribuie astfel o sursă de infecție a întregului organism. Se recomandă excizarea chirurgicală a focarului (amigdalectomie).

28.4.6. Îngrijirea bolnavilor adenoamigdalectomizați

Atenția medicală are un rol deosebit de mare în timpul operației, cât mai ales după operație, de modul în care ajută și supraveghează bolnavul operat, depinzând evoluția postoperatorie.

Bolnavii trebuie să i se asigure calmante, repaus, dezinfectante, dietă. Bolnavul va sta culcat în decubit lateral, cu capul înclinat dintr-o parte în altă parte, în așa fel încât să se evite excesul de salivă cu eventualele urme de sângerare. Va sta în camera în care s-a făcut operația timp de 4-5 zile. Se pot pune comprese reci în jurul gâtului. Dincolo de îngrijirea postoperatorie fiind mai greu de suportat, se recomandă efectuarea injectărilor, soluție de Pirazolidon 4% 2-3 linguri pe zi. Se mai recomandă dezinfecție nazofaringiană și după caz penicilină intravenoasă timp de 2-3 zile.

Dacă se compune în primele 2 zile din lichide reci, îndulcite, apoi piureuri, compote, regim lacto-flores până la 8-10 zile de la operație. În timpul evoluției spre vindecare, plăgă operatorie din țesutul amigdală se acoperă cu fibrină formând false membrane care pregătesc cicatrizarea locală. Acestea se detachează treptat, ultimele pot apărea după abia a 9-a - a 10-a zi, ocazie cu care se poate produce o hemoragie, de obicei senocemoasă. De aceea, regimul alimentar trebuie să protejeze zona operată până la vindecare.

28.5.1. Laringita acută catarală

28.5.1.1. Symptomatologie

La examenul laringoscopic se observă congestia difuză a mucoasei, mai evidentă în corzile vocale care în mod normal au culoarea albă tăieie. Se mai pot vedea unele gâlbui sau secreții bronșice.

28.5.1.2. Tratamentul laringitei la copilul mare și adult

La copii mici nu se fac inhalajii, în schimb în criza de dispnee se administrează injecții de calciu, luminol, antihistice cu spectru larg. Camera să fie normal încălzită, aerul umezit cu prosopule umede.

Laringita cronică apare la bolnavii supuși condițiilor favorizante și care prezintă frecvente laringite acute. Desordni, profesioniștii vocali - cântăreți, profesori, avocați

În limbaj vorbii există o serie de caracteristici care sunt importante pentru înțelegerea mesajului. Acestea sunt: intonația, ritmul, timbrul, volumul și claritatea vorbirii. Aceste caracteristici sunt importante pentru a transmite emoții și sentimente, precum și pentru a face înțeles mesajul.

24.9.9. Transmittal

3.4.3.1. Transpirații
Cantitatea pierdută în timpul respirației vocale este mai protejată, evitându-se astfel o altă pierdere de căldură.

Se folosesc masele cu arozi anestezice, ampuți expiratori, masele cu rășină și un substantă decongestivă, aerosoli cu apă minerală alcalină în concentrație de 10-15 g/l, soluții de hidroxid de sodiu în apă periodic înlocuite în concentrație de 0,1-1, pentru a descoperi la timp evoluția apărării unei complicații cu pneumonia, bronșită etc.

3.4.3.2. Infuziuni

28.5.3. Tumorile laringelui

28.5.3. **Tumorele laringelui.** Tumori localizate la nivelul laringelui pot fi benigne sau maligne. Tumorele maligne, după o morfopatologie clinică comună, au fost denumite cu termenul general de cancer, datorită unei structură histologice diferite. Papilomatoza laringiană diferă, prin aspectul său, de cea a structurilor histologice diferite, formând o categorie aparte. Polipi, chisturi, tumori benigne și cancerul laringian sunt deci cele trei capitole ale morbidității laringelui (340, 341, 342, 243).

25531. Tumorile laringiene benigne

25.53.1.1. *Poliipi laringelui* sunt toate hiperplaziile histologice benigne, unice sau multiple, polipoizante sau sesile, localizate la nivelul mucoasei laringiene. Majoritatea se găsesc pe joncți la nivelul corzilor vocale.

Chisturile histologice pot fi descrise polipoid vasculare, degenerativi, epiteliali sau

Amplasarea histologică pot fi descrisă polipoidă, infiltrativă. Uneori tumorile maligne pot avea la început aspectul benign.

* **Sindromatologia.** Indiferent de aspectul anatomochinic, polipi laringieni au următoarele simptome:

• Simptomatologia manifestă de obicei în două etape: la debut apare o afonie cu caracter acut și durabil, care este precedată sau urmată de un sindrom alergic clinic, diferă numai după localizarea lor: pe coana nazală sau în regiunea laringelui. Disfonia sau răgușeala este

în zona laringelui. Distanța sau răsunatul este în funcție de poziția polipului, mai ales când polipul este localizat pe cînta vocală.

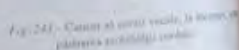
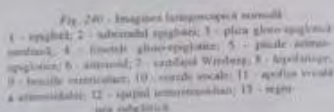
semnal cel mai important, mai ales cind polipul este localizat pe colul uterin.

hemoragii - în alte situații, este prezentă în cazul polipilor voluminoși situați în zona superioară a laringelui.

La examenul obiectiv se precizează sediul, volumul și forma polipului.

* Trăgământul constă din extirpare pe cale naturală, prin îndreptescupie, din

* Trădătorul constă din extirpare pe cale naturală. După ablația pelopon...



28.5.3.1.2. Papilomatoma laringiană. Caracterul benign al tumorii este confirmat prin tendința la recidivă și la iradiere locală, de aceea papilomatoza laringiană se situează între tumorile benigne și cele maligne. Este întâlnită mai frecvent la copii mici, mai rar la adulți. Etiologia este încă necunoscută; dar este biniată o naștere vireică datorită involuării spontane la pubertate, s-au înregistrat și tulburări endocrine.

* *Immunoteste:* după discartarea și izolarea tumorii, dintr-o cantitate de 100 mg tumoră sunt făcute extracte complete. La copii, din cauza dimensiunilor reduse ale tumorii, sunt folosite preparate grave, marcate până la activare. La examenul imunologic sunt utilizate preparatele murine, conținând anticorpi, având sensibilitate de 100% la tumorile este acceptabile. murine, conținând anticorpi, având sensibilitate de 100% la tumorile este acceptabile.

[illegible]

24.3.2.2. Cancer of larynx

29.5.3.2. Cancerul laringian
 Cancerul laringian însoțind tumori maligne care își au punctul de plecare în zona perioară laringiană. După localizarea tumorii există un cancer intracordic și unul extracordic. În funcție de localizarea tumorii există un cancer epiglotic, laringo-faringeal, cordic și laringeal (propriu-zis) și un cancer extracordic, care este în zona perioară laringiană. În funcție de localizarea tumorii există un cancer intracordic și unul extracordic. În funcție de localizarea tumorii există un cancer epiglotic, laringo-faringeal, cordic și laringeal (propriu-zis) și un cancer extracordic, care este în zona perioară laringiană.

193.12.4. **Etiologia:** Cancrul de laringe s-a observat la un procentaj de 1,5% din cazuri la bărbați vârstnici, incidența maximă fiind între 50 și 70 de ani, în zona cavității ciliare a liniei de vârstă inferioară, putând să apară și la copii de 30 de ani. Sexul masculin este mai frecvent atât. Tabagismul, alcoolismul, hipertensiunea arterială, iritațiile mucoasei prin agenți chimici, leziunile cronice a leziuni hiperplazice, iritațiile mucoasei prin agenți chimici, hipertensiunea arterială sunt unii din bazele etiologice ale cancerului de laringe. Marșul și deosebite forme proliferative, secluse sau necrotice polipoide, forme ulcerative și mai frecvent forme ulcerative cu margini neregulate și necrotice și mai rar necrotice de secreții cunșii.

4.3.3.2. *Stenopatiologul* se prezintă în funcție de faza de evoluție a bolii. În stadiul I este primul simptom este disfonia persistentă. În cazul absenței altor semne trebuie să prezintă mai târziu la medic. Acesta însă trebuie să cunoască că odată întâlnit mai vechi de trei săptămâni, la un individ peste 40 ani, trebuie să se gândească la un O.R.L.-ist. De asemenea, cei cu tuse iritativă, senzație de corp străin, respirație cu sibilanțiu laringocervical, necesită examen atent al laringelui.

În laringeopatie indirectă neoplasmul are forma unui nodul hiperplazic sau a unei hipertrofii sau a unei inflamații care îngroașă cordoala vocală.

Progresul stării sale cu invazie este mai bogată în semne atît funcționale, cît anatomic. Disfonia este accentuată, dispoziea apare și este progresivă, durerea iradiază în urechi, în puntea afectată, tusea laringiană și hiperplazia.

La examenul laringoscopic se observă procesul tumoral cu modificările ce apar fie în epiglotă, în corzile vocale, în epiglotă, în epiglotă sau în epiglotă.

La examenul histopatologic se observă procesul tumoral cu modificările ce apar fie la nivel tumoral sau posterior la corzii vocale, spre regiunea subglotică sau la baza laringelui. În afara laringelui, în regiunile adiacente, se observă procese metastazice. Într-un număr de cazuri, în regiunile adiacente, se observă procese metastazice.

este dureroasă, iar la examenul obiectiv faringoscopic se observă prezența foveolei voluminoase, ventrale sau a unei ulcerații mari necrotice cu aspect mambou hemoragic.
Cancerul laringian are un prognostic grav.

28.5.3.2.1. Tratamentul. Conduita terapeutică este dependentă de localizarea, întinderea tumorii, de structura histologică, de existența adenopatiei, de vârstă, de starea generală.

Tratamentul cancerului laringian poate fi chirurgical, radioterapie sau tratament combinat. Recidiva tratamentului este cu atât mai bun cu cât bolnavii se supun mai devreme intervenției chirurgicale parțiale, este restrâns, majoritatea bolnavilor beneficiind numai de laringectomie totală sau sunt inoperabili. Laringectomia totală este o intervenție mutilantă, făcând bolnavul fără voce și purtător de cancer în restul vieții.

În cazurile incipiente se practică intervenții chirurgicale parțiale sau hemilaringectomia care are avantajul că depensează bolnavul de cancer, iar vocea poate fi oarecum păstrată.

Radioterapia constă din telecobaltoterapie, radioterapie g.a.

Tratamentul mixt se aplică în formele operate, la limita în care chirurgia singură nu poate rezolva tratamentul.

Pentru depistarea precoce și tratarea în fază incipientă a tumorilor de cancer laringian, rolul asistenței medicale este important prin colaborarea pe care o poate avea în colaborare, atât asupra modului de viață prin evitarea toxiceșilor cu tutun, alcool, alcool, cât și asupra formelor de depistare de a se prezenta la medic la primele semne de boală.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 28

1. - Care din instrumentele de mai jos sunt specifice pentru O.R.L.?
a. bisturiu, pensă Kocher, pensă anatomică;
b. oglinda frontală, specul nazal, spatula linguală;
c. sonda canelată, depănător Farcheuf, pensă Champ;
d. oglinzi cu mâner, specul auricular, pensă cudeac.
2. - Oglinzile cu mâner se folosesc pentru:
a. rinoscopie anterioară;
b. rinoscopie posterioară;
c. examenul urechii externe;
d. laringoscopie indirectă.
3. - Rinoscopia anterioară se face cu ajutorul:
a. oglinzilor cu mâner;
b. speculului auricular;
c. speculului nazal;
d. spatulei linguale.
4. - Hipofaringoscopia și laringoscopia indirectă permit examinarea:
a. urechii interne;
b. bazei limbii, regiunea glosio-epiglotică;
c. rinofaringelui;

4. - Laringelul și primulul nucle tracheal:
a. Care este distanța normală la care se percepe vocea șoptită?
b. 2 m;
c. 3 m;
d. 4 m;

5. - Audiogramul se determină cu:
a. scara simplă de la diferite distanțe;
b. fonoscoapă;
c. cu un aparat special - audiometru;
d. în toate cele trei metode.

6. - Hidantropia este o metodă de examinare a:
a. laringelui;
b. nasului;
c. sinusurilor;

7. - Tulburările corpului străinilor auriculari care nu sunt exogeni:
a. - obstrucții de vârstă;
b. - obstrucții de vârstă;
c. - obstrucții de vârstă;
d. - obstrucții de vârstă.

8. - Otita externă difuză este:
a. inflamație acută a foliculului pilosativ;
b. sindr. congestiv, tumefacție, pruriginosă și remisiune, care cuprinde
c. inflamația auzului pavilionului urechii;
d. o infecție secundară a pavilionului urechii, transmisă pe cale hematogenă;
e. o infecție inflamatorie ce apare numai la bolnavii turtă, diabetici, anemici etc.

9. - Durerea în furunculul conductului auditiv extern este exacerbată de:
a. tuse;
b. masticare;
c. respirație profundă;
d. la apăsare pe tragus;
e. tragețiune aplicată pe pavilion.

10. - În otita medie congestivă avem:
a. senzație pulsantă în ureche;
b. congestie a timpanului și mucoasei tubotimpanice;
c. lezarea timpanului spre conduct;
d. senzație de lichid în casa timpanului, o hipoacuzie moderată.

11. - Otita medie supurată acută o găsim mai frecvent la:
a. negri;
b. adulți;
c. copii;
d. bătrâni.

12. - O complicație poate produce otita medie supurată acută:
a. otomastoidită;
b. infecție acută pleuro-pulmonară;
c. labirintită, tromboflebita sinusurilor venoase craniene;
d. peritonită acută difuză primitivă;
e. - isurajă encefalică.

13. - Tratamentul otitei medii congestive va consta în:
a. timpanotomie;

- b. înălțări auriculare cu borușid, glicerină borică 3-4%;
c. comprese mici;
d. aplicare pe ureche căldură uscată, cu un șoculeț cu curent înalt, pot. electrică;
e. dezinfectie nazofaringiană.
15. - **În otomastoidita supurată acută putem găsi:**
a. durere vie spontană și provocată retroauricular;
b. prezență de purici în conduct;
c. dureri la masticatie și deglutiție;
d. paraliză facială.
16. - **Labirintita poate fi complicată:**
a. rinofaringite;
b. otitei medii congestive;
c. otitei externe difuze;
d. otomastoiditei supurate acute.
17. - **Sindromul Meniere poate prezenta:**
a. amețeli, pierderea echilibrului;
b. hipertensiune arterială, tahicardie;
c. nistagmus, greață, vădături, scăderea auzului;
d. insuficiență respiratorie acută.
18. - **Tratamentul sindromului Meniere cuprinde:**
a. perfuzie cu ser glucorol 5%, soluție Ringer;
b. injecții cu soluții hipertensive: ser glucorol 20%, sulfat de magneziu 15%;
c. regim hipercaloric, hiperhidrat;
d. reducerea lichidelor ingerate, regim desodat, sedative, antiemetice;
e. repaus la pat, mediu ferit de lumină și zgomote puternice.
19. - **Surditatea de transmisie poate fi întâlnită în:**
a. malformații ale urechii externe, urechii medii, sechele postotice sau otomastoidiene;
b. surditate profesională, traume acustice prin derunduri sau explozie;
c. hipoacuzie toxică medicamentoasă, neurinom de acustic;
d. labirintită, otospongioză.
20. - **Pierderea a câți decibeli definește o hipoacuzie medie?**
a. 10-30;
b. 20-30;
c. 30-50;
d. 50-90.
21. - **Lipsa totală a percepției sunetului se numește:**
a. surditate de transmisie;
b. surditate de percepție;
c. surditate mixtă;
d. cotoză.
22. - **Rinita acută alergică poate fi produsă de:**
a. alimente alterate;
b. pulberi vegetale inhalate;
c. streptococul hemolitic;
d. administrare de antibiotice i.v.;
e. unele infecții cutanate.
23. - **Care din cauzele de mai jos nu provoacă epistaxis?**
a. traumatisme mucoasei nazale, suflatul puternic al nasului;
b. rinitele cronice uscate, tumori ale fosetelor nazale;

- c. hipertensiunea arterială, migrenă;
d. hipertensiune arterială, cardiace, hipertensiune arterială;
e. la parul unui hemiparalizat anterior în epistaxis, neza să fi lăsată pe bu.
24. - **Epistaxisul poate fi produs de:**
a. 24 ore;
b. 12 ore;
c. 24 ore;
d. 24 ore;
e. 24 ore.
25. - **Unul din simptomele menționate, nu există în sinuzita acută:**
a. cefalee;
b. durere la presiune asupra peretelui sinuzal;
c. senzație de senzație meningeală;
d. febră;
e. secreție muco-purulentă.
26. - **Alveolita acută este inflamația a:**
a. maxilarului;
b. maxilarului inferior;
c. maxilarului superior;
d. maxilarului inferior.
27. - **În sinuzita maxilară acută avem:**
a. durere frunto-occipitală, accentuată la palparea fosiei craniene;
b. secreție nazală și rinoree muco-purulentă;
c. senzație meningeală;
d. febră, cefalee, modificare a stării generale.
28. - **În sinuzita frontală acută nu există:**
a. cefalee frONTALĂ intensă și tenace;
b. secreție abundentă;
c. accentuarea cefaleei la aplicarea capului, suflarea nasului;
d. durere la aplicarea locală deasupra piramidei nazale;
e. durere în zona fix de apariție, dimineața și seara.
29. - **În cazul vegetațiilor adenoidice, copilul prezintă:**
a. respirație pe gură, mai ales în timpul nopții, somn neliniștit;
b. secreție muco-purulentă abundentă, voce nazală;
c. secreție muco-purulentă;
d. epistaxis repetat;
e. cefalee, pakoză, opatie, un grad de înălbire intelectuală.
30. - **Angina trifenatoasă este produsă cel mai frecvent de:**
a. streptococ;
b. pneumococ;
c. streptococul beta-hemolitic;
d. stafilococ.
31. - **În amigdalita acută avem următoarele simptome:**
a. debut brusc, cu febră ridicată;
b. erupții și peteșii tegumentare;
c. dureri mari la înghițire;
d. amigdalele mărite de volum, acoperite cu puncte albe de puroi.
32. - **Tratamentul amigdalitei acute va consta din:**
a. gargare cu soluții dezinfectante: ceai de mușețel, soluții stabe de hipermanganat de potasiu;
b. antibioticoterapie în funcție de antibiogramă;
c. în lipsa efectuării antibiogrammei, administrare de streptomycină.

- d. antipiretice, lichide multe, regim lacto-făinos, repaus la pat.
33. - **Îngrijirea bolnavilor amigdalectomizați va consta în:**
 a. repaus la pat 4-5 zile, administrate de alpcalmin, soluție de piramidon 4% câte 2-3 lingurițe de 3x;
 b. se pot pune priguțe calde în jurul gâtului și regim hidric în primele 4 zile, la lichide calde;
 c. dieta se compune în primele 2 zile din lichide reci, îndulcite; apoi regim lacto-făinos până la 8-10 zile;
 d. comprese reci în jurul gâtului.
34. - **La copii de 5-6 ani laringita acută se manifestă prin:**
 a. criză de dispnee însoțită de cornaj și tiraj, agitație;
 b. erupții tegumentare;
 c. cianoză, tuse lătrătoare, voce voalată;
 d. stare de șoc.
35. - **Tratamentul laringitei acute constă în:**
 a. repaus vocal cât mai complet, suprimarea fumatului și alcoolului;
 b. inhalări cu oleuri eterice sau tablete de inhalant, aerosoli cu antibiotice când coexistă inflamații ale arborelui respirator;
 c. sedative și tranchilizante;
 d. comprese reci în jurul gâtului.
36. - **Care din simptomele de mai jos pot lipsi în cazul unor polipi laringieni, de dimensiuni mici?**
 a. disfonie;
 b. dispnee;
 c. disfagie.
37. - **Papilomatoza laringiană:**
 a. apare mai frecvent la adult;
 b. apare mai frecvent la copii;
 c. are tendință la recidivă și invaziare locală;
 d. la examenul obiectiv are aspectul conopidiform, muriform, cenugio-abicio, având sediul în zona corzilor vocale;
 e. involuează la pubertate.
38. - **Care este frecvența mai mare a cancerului laringian?**
 a. la bărbați;
 b. la femei;
 c. la vârsta tânără;
 d. la 50-70 ani.
39. - **Care este simptomul de debut al cancerului laringian?**
 a. disfagia;
 b. tusea laringiană;
 c. disfonie;
 d. dispneea.
40. - **Conduita terapeutică într-un cancer de laringe depinde de:**
 a. localizarea și întinderea tumorii;
 b. structura histologică și existența adenopatiei;
 c. constituția fizică și sex;
 d. vârsta și starea generală.

Capitolul 29 AFECȚIUNI OFTALMOLOGICE

Verificați-vă cunoștințele

29.1. Noțiuni privind structura, fiziologia, explorarea și medicamentele specifice folosite în oftalmologie	887
29.1.1. Noțiuni de anatomie	887
29.1.1.1. Ochiul	887
29.1.1.1.1. Tunica externă, fibroasă	887
29.1.1.1.2. Tunica mijlocie - coroidă	888
29.1.1.1.3. Tunica internă - retină	888
29.1.1.1.4. Medie de refracție	889
29.1.1.1.5. Formațiunile anexe ale ochiului	889
• Formațiuni de mișcare	889
• Formațiuni de protecție	889
• Calea de conducere a influxului nervos optic	889
29.1.2. Noțiuni de fiziologie	890
29.1.3. Explorarea capacității vizuale, aparatura folosită în scop și diferitele variante posibile ale acuității vizuale	890
29.1.3.1. Vederea centrală sau acuitatea vizuală	890
29.1.3.1.1. Refracția și viciile de refracție	891
29.1.3.1.2. Explorarea vederii centrale cu ajutorul rețetului	892
29.1.3.1.3. Explorarea vederii centrale cu ajutorul trusei de lentile	893
29.1.3.2. Explorarea fundului de ochi	893
29.1.3.2.1. Oftalmoscopia	894
29.1.3.2.2. Vederea periferică	894
29.1.3.2.3. Adaptarea vizuală la întuneric și lumină	894
29.1.4. Noțiuni privind medicamentele folosite în oftalmologie și modurile de utilizare	895
29.1.4.1. Coliriele	895
29.1.4.2. Substanțe antiseptice	896
29.1.4.3. Substanțe astringente	897
29.1.4.4. Substanțe vasoconstrictoare și vasodilatatoare	897
29.1.4.5. Chimioterapice și antibiotice	897

29.1.4.6. Substanțe care dilată sau micșorează pupila	100
29.1.4.7. Anestezicele	100
29.1.4.8. Agenți fizici	100
29.1.4.9. Pansamentele	100
29.2. Bolile mai importante și mai frecvente ale ochilor	100
29.2.1. Vicii de refracție	100
29.2.1.1. Miopia	100
29.2.1.2. Hipermetropia	100
29.2.1.3. Presbipia	100
29.2.1.4. Astigmatismul	100
29.2.2. Strabismul	100
29.2.2.1. Strabismul paralitic	100
29.2.2.2. Strabismul heparalitic	100
29.2.3. Bolile aparatului de protecție a ochiului	100
29.2.3.1. Blefarita	100
29.2.3.2. Ulciorul (orgeletul)	100
29.2.3.3. Ulciorul intern (chalazionul)	100
29.2.4. Bolile aparatului lacrimal	100
29.2.4.1. Dacriocistita	100
29.2.4.1.1. Dacriocistita acută	100
29.2.4.1.2. Dacriocistita cronică	100
29.2.4.2. Dacrioadenita	100
29.2.5. Conjunctivitele	100
29.2.5. Infecțiile corneene	100
29.2.5.1. Keratitele supurative	100
29.2.5.2. Keratitele necropurative	100
29.2.7. Glaucomul	100
29.2.7.1. Glaucomul infantil	100
29.2.7.2. Glaucomul adulților	100
29.2.7.2.1. Glaucomul primar	100
■ Glaucomul acut	100
■ Glaucomul cronic	100
29.2.8. Bolile cristalinului	100
29.2.8.1. Cataracta	100
29.2.8.1.1. Cataracta congenitală	100
29.2.8.1.2. Cataracta senilă	100
29.2.9. Afecțiunile retinei	100
29.2.9.1. Modificările retinei în hipertensiunea arterială	100
29.2.9.2. Retinopatia gravidică	100
29.2.9.3. Retinopatia diabetică	100
29.2.9.4. Retinopatia pigmentară	100
29.2.9.5. Dezlipirea de retină	100
29.3. Îngrijirile pre- și postoperatorii ale bolnavilor cu afecțiuni oculare	100
29.3.1. Îngrijirile preoperatorii	100
29.3.2. Îngrijirile postoperatorii	100
29.4. Noțiuni generale privind îngrijirea ochilor	100
29.4.1. Rolul asistentei medicale și îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni oculare	100
29.4.2. Igiena vederii	100
29.5. Lentilele de contact	100
Questionar la capitolul 29	100

29.1. GENERALITĂȚI PRIVIND STRUCTURA, FIZIOLOGIA, EXPLORAREA ȘI MEDICAMENTELE SPECIFICE FOLOSITE ÎN OFTALMOLOGIE

29.1.1. Noțiuni de anatomie

29.1.1.1. Ochiul
Ochiul este în cavitatea oculară. Este organ pereche, fiind format din globul ocular și anexele sale (fig. 244).

Globul ocular este compus dintr-un ansamblu de elemente, toate aliniind un scop comun: recepția și interpretarea informațiilor vizuale și apoi de transmitere a imaginilor către creier prin intermediul nervului optic.

29.1.1.2. Tunica externă, fibroasă, care are o porțiune anterioară, transparentă, numită corneă, care este o cură de lumină, sau raze reflectate de pe un corp strălucitor, numită sclerotică sau albuc ocular, care are rolul de înveliș protector al globului ocular. Prin partea posterioară se ramifică vasele și nervii necesari activității globului ocular. Prin partea inferioară se ramifică un trunchi de fibre nervoase, care constituie nervul optic.

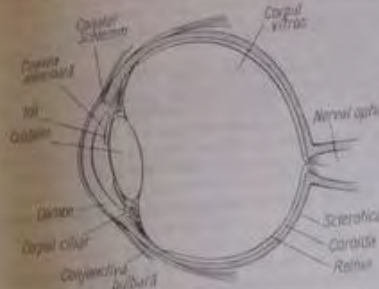


Fig. 244 — Ochiul — structură; anatomia ochiului normal.

29.1.1.2. Tunica mijlocie — coroidă — învelește complet pe dinăuntru tunica externă. Are și ea o porțiune anterioară, denumită irix, în mijlocul căreia se găsește pupila, care, în funcție de intensitatea luminii ce vine în contact cu ochiul, se micșorează sau se mărește pentru a regla cantitatea de lumină ce intră în ochi. Irișul mijlociu se execută grație fibrelor musculare existente în irix și care sunt inervate

retină. Retina se proiectează punct cu punct în aria strălucită. Fibrele corespunzătoare neuronilor din *macula lutea* au în zona vizuală din creier un teritoriu de proiecție mai mare decât cele care vin din restul retinei, ceea ce permite o înregistrare mai completă a imaginilor. Important de reținut este și faptul că fibrele nervoase care lucrează parțial liberale ce vin din jumătatea nazală a retinei merg în tractul optic de partea opusă). Datorită acestui fapt, exercițiile culese de cele două retine aparțin emisivelor cerebrale fuzionează și dau naștere unei singure imagini — vizuale binoculară — *marci când întreg sistemul optic funcționează normal*.

De reținut faptul că legile lui cu care se aplică la ochi, duc la concluzii excepționale pe retina este reală, mai mică și răsturnată. Imaginea răsturnată, răsturnată — *drăgău — pe care o lumina reală*.

În cadrul acestor noțiuni de anatomie și fiziologie a ochiului, care au prezentat pe scurt, poate apărea o gamă extrem de largă de defecte anatomice și tulburări funcționale, care determină patologia atât de complexă a ochiului.

29.1.3. Explorarea capacității vizuale, aparatul folosit în acest scop și diferitele variante posibile ale acuității vizuale

Explorarea capacității vizuale urmărește cercetarea vederii centrale și a vederii periferice.

29.1.3.1. Vederea centrală sau acuitatea vizuală

29.1.3.1.1. Refracția și viciile de refracție. Medii care permit trecerea razelor de lumină prin ele se numesc *medii transparente* (aerul, apa, sticla plană). Mediile care deviază direcția razelor de lumină ce le străbat, se numesc *medii refringente*. Medii refringente sunt: lentilele, cristalinul, corneea. Deviația razelor se numește *refracția* sau *refracție*.

Cercetarea refracției în oftalmologie se face cu scopul de a se determina dacă imaginea venită din afară și transmisă de cristalin se formează corect pe retina. Deficiențele de refracție se pun în evidență cu ajutorul optotipului și a lentilelor de examinare (trusa de lentile).

Explicăm în cele ce urmează, termenii folosiți în mod curent atunci când se face examinarea în scopul cercetării refracției.

— *Acomodarea* este capacitatea ochiului de a percepe imagini clare când trec de la un plan de vedere apropiat la un plan îndepărtat și invers. Ea se realizează prin modificări curburi cristalinului, datorită elasticității acestuia și activității mușchilor ciliari (prin contractarea și destinderea acestui mușchi).

— *Emetropia* este situația normală a refracției — a vederii — în care razele paralele care vin de la infinit formează un focar unic direct pe *macula lutea*.

— *Ametropia* definește faptul că există un viciu de refracție: imaginea nu se focalizează corect pe retina.

În categoria ametropiilor intră: *miopia*, *hipermetropia*, *astigmatismul* și *prebiopia*. Ametropia, cu toate variantele ei, nu este o boală, ci un viciu de refracție care se poate corecta cu ajutorul lentilelor (ochelarilor).

— *Emetropia* este viciu de refracție în care imaginea obiectelor care se află la distanță infinită se focalizează în *macula lutea*. Dacă ar exista, imaginea va fi clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Hipermetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.

— *Emetropia* este un viciu de refracție opus miopiei. Ca pozitie a imaginii, imaginea este în fața retinei. În consecință, imaginea va fi mai clară. Dacă s-ar găsi în *macula lutea* un viciu de refracție, imaginea va fi mai clară.



Fig. 245 — Optotip pentru determinarea acuității vizuale

Într-o practică ordinară prin care se măsoară valoarea acuității vizuale sau a mării distanței (exprimată în metri) de la care pacientul percepe imaginea obiectului respectiv, este bine de reținut acest fapt, pentru că e posibil ca unul din cei doi ochi să nu vadă de la distanța de 5 m nici primul rând. În acest caz a unul din cei doi ochi de tabelul și se face o corecție introducându-se cifrele constatate. De exemplu, la un copil: (V) cu ochiul (C) drept (D) marea de la distanța de 1 m ar fi de 3,5, în timp ce este notată cifra 35. Ecografia va fi VOD 1/35w/35, ceea ce înseamnă că distanța de acuitate

29.1.3.1.3. Explorarea vederii centrale cu ajutorul trisei de lentile. Trusa lentile este compusă dintr-un număr complet de lentile, așezate într-o casă și marcate în funcție de puterea de corecție a lentilei respective cu indicațiile: -0,50; -1; -1,50; -2; etc. sau; +0,50; +1; +1,50; +2 etc. Trusa mai conține și o ramă de ochelari în care lentilele se pot introduce și scoate ușor. Pentru cercetarea lentilelor care nu indică pacientului, acesta este așezat pe un scaun la 5 m de optotip, dacă sunt necesare lentile pentru vederea la distanță, sau i se dă un tablou cu diferite mărimi de litere, sau când este necesară corectarea numai pentru vederea de aproape. Lentilele se pun pe rând în ramele de ochelari, la ochiul drept și la ochiul stâng, ochiul fără lentilă fiind acoperit. Se procedează așa, pentru că pot exista vicii diferite de refracție la fiecare ochi.

Folosind trusa, se pot întâlni mai multe evenimente:

- a) Dacă între ochiul optotipului se distinge cu dificultate, ochiul este miop. În acest caz se vor așeza în rama ochelarilor lentile concave (divergente), de putere crescând până când cel examinat vede corect (până ce s-a corectat defectul de refracție). Numărul lentilei care dă acuitatea vizuală bună reprezintă gradul de miopie al ochiului examinat și acesta se indică pe rețeta de prescriere a ochelarilor.

[illegible]

2.1.3.2 Explorarea fundului de ochi

28.13.2. **Explorarea internă.** Examinarea interiorului ochiului se numește **oftalmoscopie**. Ea se face cu un aparat numit oftalmoscop, care conține dioptrii optice care creează un sistem optic central, prin care examinatorul privește interiorul ochiului (conținutul fundului de ochi). Interiorul ochiului este iluminat prin lumina reflectată în fundul de ochi. Interiorul ochiului este iluminat prin orificiul existent în mijlocul lentilei care se învârtă și ajunge în ochiul examinatului. Viziunea viciilor de refracție ale ochiului este asigurată cu lentile pentru neutralizarea viciilor de refracție ale ochiului. Aparatul este prevăzut cu lentile pentru neutralizarea viciilor de refracție ale ochiului (fig. 247). Cu ajutorul oftalmoscopului, se pot examina fundul de ochi, vasele sangvine și retina.



Fig. 247 — *Chelodactylus testuarius* (L.)
A common flatfish of the coast.

Oftalmoscopia se numește *directă* când imaginea fundului de ochi se vede direct, *anulată* oftalmoscopia de ochi, și oftalmoscopia *indirectă*, atunci când fundul de ochi se vede răsturnat. Examinatorul ține oftalmoscopul la 40 cm distanță de bolnav și

29.7.3.2.2. *Vitrea periferică*. Retina are capacitatea de a percepe și absorbi igerate lateral. Ne putem da seama de aceasta, dacă privim printr-un cilindru cu diametrii foarte mici. În acest caz, prin obiectul cilindric vedem numai o porțiune redusă a obiectelor ce se văd în mod normal cu ochiul liber. Dacă lărgim puțin mergem cu axul de cilindru la ochi, ne vom izbi de obiectele din jur, pentru că acum vedem, întrucât aceste obiecte se imprimă numai pe retina periferică ce nu este atât folosită în situația la care înmagazinăm prin cilindru cu diametrii foarte mici. În cazul patologiei este posibil să existe leziuni pe retina periferică, leziuni care să dă deosebit important.

Fig. 248 — Determinarea câmpului
vizual în perimetrul
Först.

Trecerea dintr-un mediu puternic luminat în întuneric, necesită o adaptare de 20 de minute, pentru ca ochiul să perceapă obiectele, adaptarea fiind ce nu

періодично 20 дні місяця.

[illegible]

29.1.4. oftalmologie și oftalmologie

26.1.4.1. Colirele

28.1.4.1. **Colirele**
 denumirile care se aplică local poartă denumirea de colire. Există colire
 care sunt colire gazeoase.

[illegible]

- Colările ceri sunt preparate din pudre, substanțele active fiind în cea mai mare măsură sub formă de particule foarte fine, fie fiind chiar ele transformate în pudră.
- Colările gazease sunt cele în care substanța activă este redusă la particule foarte fine, acestea fiind asociate cu un flacon special, de tip spray.

... care se pulverizează din flacoane speciale, de tip spray.

29.1.4.1.1. Administrarea colirelor

29.1.1.1. Administrarea celielor
si tesuturile. Ea in oricare alta manevra medico-chirurgicala in care se vine in
contact direct cu pacientul, cel ce o efectueaza trebuie sa se spele inainte foarte bine pe

infuzii. Ochiul, mai ales cel bolnav, este doborât de senilitate, astfel încât mișcările de mișcare care se efectuează asupra lui în timpul mișcărilor de instilație, vor fi foarte cu desăvârșire fuzibile. Temperatura conjunctivului trebuie adusă, înainte de instilație, la temperatura corpului. Pentru aceasta, bolnavul se va pune în mână căminului.

Picături trebuie sterilizate înainte de utilizare. Se încheie în apă, după care se pune în contact cu mica pompă de cauciuc a tubului de sticlă din care se evacuează picătura, aceasta pentru a nu expone ochiul la infecție. Picăturile nu trebuie să atingă pleoapa sau globul ocular, totuși, pentru maximum de siguranță, picăturile trebuie să fie perfect sterile. Ne vom îngriji ca în timpul instilației, marginile ochiului bolnavului, să existe o compresă sterilă, sau o batistă foarte curată, pentru a ține cu ele excesul de lichid care se prelunge, eventual pe obraz.

În timp ce se face instilația, bolnavul stă, fie pe un scaun, cu capul ușor dat înapoi, fie întins în pat. Se cere bolnavului să privească spre frunte, apoi cu mâna stângă să se îndepărtează (se lasă în jos) pleoapa inferioară și, cu mâna dreaptă, se pune prin presare ușoară pe pompa de cauciuc, câteva picături în apropierea unghiului extern al pleoapei, pe conjunctiva acesteia. Bolnavul va închide apoi pleoapa foarte timp (fără să o contracte), pentru a nu se evacua lichidul introdus. Cu tifonul se șterge apoi pe obraz plavul de lichid. Bolnavul va face apoi, cu pleoapele închise, mișcări ale globului ocular, pentru a ajuta răspândirea colinului aplicat.

b) **Amigrită.** Colirele moi se aplică prin metoda atingerii. Se folosește o spatulă de sticlă sterilă, perfect glefină, pe care se ia puțin din unguentul respectiv și se aplică pe conjunctiva pleoapei inferioare, după ce aceasta a fost îndepărtată ușor. Apoi bolnavul va proteja, așa cum s-a arătat mai sus, pentru răspândirea colinului introdus, pe tot globul ocular.

c) **Pulverizările.** Colirele seci, care se prezintă sub formă de pudră, se aplică folosindu-se metoda pudrării. Pudra se ia cu o mică pensulă sau cu o baghetă de sticlă și se scutură pe mucoasa conjunctivală a pleoapei inferioare, după care bolnavul închide pleoapa. Pudra se dizolvă în lacrimi și se răspândește pe toată conjunctiva și pe corneă.

Colirele seci care se prezintă sub formă de creioane, se folosesc prin atingerea foarte fină a conjunctivei, cu vârful creionului. Se folosește mai ales creioane de albastru, care au culoare albă, creioane de sulfat de cupru, care au culoare albastră și creioane de nitrat de argint. Dacă fiind causticitatea mare a nitrului de argint, acest tip de creion trebuie folosit cu foarte mare prudență. Suprafața creionelor trebuie să fie perfect compactă, netedă, pentru ca din ele să nu cadă în ochi fragmente de cretă ce ar putea continua o acțiune caustică.

29.1.4.2. Substanțe antiseptice

■ **Nitrul de argint** se utilizează în conjunctivele acute și în keratoconjunctivite exzematose, în soluție de 1%. Folosirea lui trebuie făcută cu mare prudență, niciodată seara sau de două ori pe zi, din cauza causticității sale. După aplicare, se face o spălare a ochiului cu oxigenul de mercur 1/5000 sau cu ser fiziologic.

Se mai folosește și alte săruri de argint, mai puțin caustice, ca: Argint 1%. Protargol 1-2%, Colargol 2% pentru tratamentul conjunctivelor catarale. Utilizarea acestora trebuie să fie limitată, deoarece împregnează conjunctiva și o înneacă.

29.1.4.3. Substanțe astringente

■ **Alaunul** (sulfat dublu de potasiu și aluminiu) se folosește în soluție de glicerină 1%.

■ **Sulfatul de zinc** 1% se utilizează pentru tratarea conjunctivitelor.

■ **Alaunul** sau se prepară în glicerină (concentrație 3%) și se folosește pentru tratamentul conjunctivitelor cronice și al blefaritelor.

■ **Alaunul** (sulfat dublu de potasiu și aluminiu) 1% se utilizează în conjunctivite cronice.

29.1.4.4. Substanțe vasoconstrictoare și vasodilatatoare

■ **Adrenalină** 1%, amestecată cu Novocaină, prelungeste și ușurează instilația și acțiunea ei.

■ **Adrenalină** în soluție de 1-5% sau în pomă 2% are o bună acțiune miogrică.

■ **Adrenalină** în soluție de 1-5% sau în pomă 2% are o bună acțiune miogrică.

■ **Adrenalină** în soluție de 1-5% sau în pomă 2% are o bună acțiune miogrică.

■ **Adrenalină** în soluție de 1-5% sau în pomă 2% are o bună acțiune miogrică.

29.1.4.5. Chimioterapie și antibiotice

■ **Salicilatul** în soluție apoasă de 5% se recomandă numai în soluție recentă.

■ **Salicilatul** în soluție apoasă de 5% se recomandă numai în soluție recentă.

■ **Salicilatul** în soluție apoasă de 5% se recomandă numai în soluție recentă.

■ **Salicilatul** în soluție apoasă de 5% se recomandă numai în soluție recentă.

■ **Salicilatul** în soluție apoasă de 5% se recomandă numai în soluție recentă.

■ **Salicilatul** în soluție apoasă de 5% se recomandă numai în soluție recentă.

29.1.4.6. Substanțe care dilată sau micșorează pupila

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

■ **Atropina** (mărește diametrul pupilar) prin contracția mușchilor radiați al pupilei și micșorează pupila (trebuie păstrată deschisă pentru tratarea bolilor corneei).

29.1.4.7. Anestezicele

Pentru operații de scurtă durată sunt utilizate anestezicele tipice (care se picură pe conjunctivă) de tipul Cocainei 2-4% sau al Tetracelinei 0.5-1%.

Pentru operații de durată mai lungă, se folosește injecții cu Novocaină 0.5-1% sau Adrenalină 1%. Dacă la Novocaină se adaugă și 1 ml de Adrenalină, durata anesteziei crește.

29.1.4.8. Agenți fizici

■ **Căldura**, sub diverse forme, crează o hiperemie locală care favorizează mișcările translaționale și calmează durerea. Se folosește în tratamentul infecțiilor oculare.

Există și miopii care se datoresc unor leziuni organice cu evoluție instabilă, se pot merge până la disrupția de retina, degenerare de coroidă și retină. Astfel de afecțiuni necesită studii și tratamente permanente, foarte cunctoși, condus de către specialiști oftalmologi.

29.2.1.2. Hipermetropia

Este un viciu de vedere, caracterizat prin faptul că razele care vin pînă la distanța de 5 m. nu sînt focalizate în coroidă, ci în fața ei, în fața retinei. Pe retina apare o imagine mică, neclară, iar în fața ei se creează un cerc în loc de un singur punct. În hipermetropie, și vederea de aproape este slabă. Hipermetropul trebuie să corectare, de cele mai multe ori cu lentile care de aproape și de departe prin acomodare, așa încît în cazurile ușoare, defecțiunile se pot remedia de către hipermetrop.

Puterea de acomodare scade odată cu înaintarea în vîrstă, astfel că ochii nu mai pot face singur corecția necesară și individul trebuie să recurgă la lentile care măresc puterea de vedere (convergenți), care aduc razele într-un fascicul convergent central pe retina. În stadii înalte, defectul se poate corecta în oarecare măsură, îndepărtînd obiectul de ochi, realizîndu-se o concentrare a razelor mai în lîngă (înainte), deci pe retină.

29.2.1.3. Presbiția

După vîrsta de 45 de ani, puterea de acomodare a cristalinului scade, ceea ce se numește presbiția.

Am arătat de asemenea și mai înainte, că pentru verificarea gradului de presbiție se folosesc lentile ce se pun pe rînd într-o jumătate specială de ochelari pe care se examinează o linie la ochi. În momentul cînd cel examinat distinge linia mică, la baza unei lîmpi, se notează cifra de dioptrii indicată pe lentilă și se recomandă ochelarii cu lentilele respective, care în acest caz sînt lentile convergente și poartă semnul + (pluș).

29.2.1.4. Astigmatismul

Astigmatismul este de mai multe feluri:

- hipermetropic, simplu și compus;
- miopic, simplu și compus;
- mixt.

În cazul în care corneea sau cristalinul nu au o convexitate absolut uniformă (prezintă defecte de sfericitate), razele luminoase orizontale și verticale se concentrează pe retina în puncte diferite, determinate de neregularitățile de sfericitate ale corneei și cristalinului. În consecință, imaginile sînt deformate. Defectul se corectează cu lentile cilindrice-convergente sau divergente (concave), care adună razele și le trimite uniform pînă la un singur loc, prin corneă și de aici în fundul ochiului pe retină.

29.2.2. Strabismul

Strabismul este o tulburare de coordonare a musculaturii oculare extrinseci (care mișcă globul ocular) caracterizată prin deviația axei vizuale a unui ochi, în timpul

vederii în același timp a obiectului cu ambii ochi.

Există două tipuri de strabism: strabismul convergent și strabismul divergent. Strabismul convergent este cel mai frecvent și este caracterizat prin faptul că unul din ochi devine miop și vede mai aproape de el decât celălalt ochi. Strabismul divergent este caracterizat prin faptul că unul din ochi devine hipermetropic și vede mai departe de el decât celălalt ochi. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii. Strabismul este o afecțiune care poate să apară la orice vîrstă, dar este mai frecventă la copii.

altitudine, în care din urmă, copilul cu strabism alternant fixează imaginea unui obiect în unul din ochi, renunțând să-l mai folosească și ochiul celălalt. Dar o deficiență nu apare decât până la vârsta de 6 ani, apoi se pierde a vederii vederii pe care copilul nu o folosește, devenind ambliopie prin anulare a vederii vederii. Acesta este în copil. Prin aplicarea unor îngrijiri medicale precoce, există posibilitatea să se evite pierderea și totodată traumatismul psihic rezonant frecvent de copii, când se va face o cură de 1 an, și este relativ simplă. El constă în acoperirea ochiului stâng cu o bandă, iar mai târziu cu o lentilă mată, fapt care-l obligă pe copil să se folosească numai de ochiul cu musculatură slăbită. După vârsta de 4 ani, copilul trece la un tratament mai activ. Tehnica oftalmologică a dezvoltat un adevărat sector serios, denumit ortoptica și care constă în aplicarea unor game variate de exerciții, care obligă pe copil să-și utilizeze simultan cei doi ochi. Este o muncă dificilă, care necesită asistență medicală ortoptică și bună cunoaștere a fiziopatologiei ochilor, a tehnicii de aplicare a defectelor, și totodată perseverență, pentru a reuși să-și facă pe mână obținute cu această metodă, relativ simplă, sunt adeseori excepționale.

Dacă tratamentul ortoptic nu reușește sau dacă pacientul este prea în vârstă, mult mai târziu — ceea ce în condițiile actuale ale dezvoltării noastre medicale, este puțin probabil să se întâmple — se recurge la intervenția chirurgicală, care poate să pună la vedere normală, numai dacă acest tip de tratament se aplică până la vârsta de 1 an. După această vârstă, se va putea face intervenția numai cu scop estetic, pentru că pacientul nu vede nimic cu un ochi, celălalt este pierdut prin înșelăciune. Operația constă în a scurta sau lungi mușchii musculare și să reușească adeseori să readucă poziția ochilor.

Din cele de mai sus se desprinde obligația pe care o are asistența medicală de a depista, la copiii de care se ocupă, această afecțiune, chiar în faza foarte timpurie, îndatorirea sa este de a-i prezenta pe cei cu strabism medicului oftalmolog și de a-l ajuta și contribui la tratarea lor.

29.2.3. Bolile aparatului de protecție a ochiului

29.2.3.1. Blefarita

Blefarita este inflamația marginii libere a pleoapelor, determinată de infecții locale cu diferiți microbi aduși la ochi de mâna murdare, sau datorită unei imunități îndelungate într-un mediu în care de prof, cu substanțe iritante, sau în care se găsesc germeni microbieni.

Apare și la persoanele cu rezistență redusă, ca urmare a unor boli ca: diabet, afecțiuni hepatice, renale, subnutriție, avitaminoze etc.

Blefarita poate fi provocată și de iritarea marginii pleoapelor de agenți chimici, medicamentoși sau iritativi, mai ales dacă marginea pleoapelor este atinsă cu mâna murdară de aceste substanțe. Poate fi și o manifestare alergică.

Se prezintă sub forma unei congestii a marginii ciliare a pleoapei. Bolnavul simte arsură și mâncărime pe pleoape, motiv care-l face să-și frecce pleoapele, ceea ce

favorizează și mai mult evoluția bolii și favorizează pătrunderea de germeni în ochi. Este o boală de blafarită congestivă, acută și sferică, cea din urmă fiind cea mai gravă, care poate fi deosebit de importantă cauză de viziune ale ochilor și poate duce la distrugerea ciliilor sau devierea ciliilor către globul ocular, situație care poate duce la cecitate. Porțiunile normale și prolate și deviate lor către corneă, se numesc blefarită și blefarită (fig. 249).

■ **Tratamentul blefaritei** — etiologic constă în respectarea unei igiene corecte, evitarea contactului cu mâna murdară sau contaminată de diferiți agenți chimici sau fizici. Se recomandă aplicarea de 3-4 ori pe zi a soluției de Borax de Na 2%, și în formele severe de Ag 1% și în formele severe de Hg 0,5% și comprime cu iod de 100 mg.

Tratamentul local se face în funcție de etiologia blefaritei și de etiologia blefaritei. În blefarita congestivă se fac masaje ale pleoapelor, timp de 1-2 zile, cu pomadă de Borax de Na 2%, și în formele severe de Ag 1% și în formele severe de Hg 0,5% și comprime cu iod de 100 mg.

Tratamentul local se face în funcție de etiologia blefaritei și de etiologia blefaritei. În blefarita congestivă se fac masaje ale pleoapelor, timp de 1-2 zile, cu pomadă de Borax de Na 2%, și în formele severe de Ag 1% și în formele severe de Hg 0,5% și comprime cu iod de 100 mg.



Fig. 249 — Blefarită acută.

29.2.3.2. Urcelul (organelul, hordeolum)

Urcelul este o inflamație purulentă a foliculului pilos și a glandei sebacee a pleoapei, care apare pe marginea pleoapelor. Este o infecție acută cu stafilococ auriu. De obicei apare datorită provocării de contaminarea cu stafilococ adus aici de mâna murdară. Apare și, foarte rar, când nu se respectă regulile de igienă sau la persoane care prin contactul lor cu asfel de germeni, motiv pentru care aceștia trebuie să respecte regulile de igienă. Factorii constituționali sau patologici (scrofaloza, diabet, leucemie, etc.) pot contribui mult la apariția acestei afecțiuni.

■ **Tratamentul** — Pe marginea pleoapelor se vede o formațiune tumorală cu un centru purulent caracteristic. Are o culoare mai întâi roșie, care se transformă în albă și apoi în galbenă. O zonă mai mare sau mai mică a pleoapei — în funcție de intensitatea procesului inflamator — este edematiată, înroșită. De multe ori se poate observa o aderență în procesul inflamator.

Intensivul este o senzație îndrăgărită de prurit palpebral, adeseori chiar dur, care se adună la colul intern al ochiului.

Procesul inflamator evoluează de obicei timp de 3-5 zile. La început prezintă tumefacție inflamatorie difuză, apoi se limitează la fenomenul de hiperemie locală, complet de cele mai multe ori. Uneori infecția se propagă și la alți țesuturi palpebrale, în acest caz apar o dezvoltare formidabilă palpebră, se poate fi semnală complicațiile specifice inflamațiilor acute caracterizate de obicei prin tumefacție și simptomele caracteristice.

■ Tratamentul

Profilactic, se recomandă o igienă riguroasă, pentru a se evita contaminarea cu microorganisme.

În momentul când infecția s-a produs și apar primele semne clinice (roșea locală, tumefacție și intensificarea mâncării de așteptare, se va aplica frecvent pe ochi cu apă simplă, fără a freca regiunea inflamată. Pe timp se va aplica o bandă sterilă curată care compensează aerul umiditate în caz de murgie cald. Prin aplicarea de căldură locală se grăbește procesul de cicatrizare. Este util și instrumentul cu ultrasunete sau fizioterapie. Se va aplica cu grijă și uleiul de ricin. Dacă abscedarea este foarte mare, se va interveni chirurgical prin incizie pură, folosind un bisturiu simplu sau palmarocutaneu.

În nici un caz nu este permis ca pacientul să facă singur manevra de evacuare a colecției, deoarece aceasta poate duce la complicații foarte mari.

29.2.3.3. Urciorul intern (chalazionul)

Se cunoaște că în țesutul palpebral există glanda Meibomius. Inflamația acută a glandei este o infecție similiară cu cea descrisă mai sus, care, din cauză că nu se poate evacua prin pleoapă (deci este închisă într-un spațiu închis), este numită o infecție de urcior intern.

Urciorul intern evoluează cu același fenomen ca cele descrise mai sus, se manifestă ca de cele mai multe ori fenomenele sunt torpide (nu au aspectul unei infecții externe) și, în loc să abscedeze, se transformă într-o mică formație tumorală — într-un granulom.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

29.2.4. Bolile aparatului lacrimal (dacriocistita și dacrioadenita)

29.2.4.1. Dacriocistita

Dacriocistita este rezultatul obstrucției canalului lacrimo-nazal printr-un proces inflamator, care apare în timpul acestui canal. Datorită obstrucției se declanșează, în nază, lichidul lacrimal se infectează și, în consecință, apar fenomene de tip inflamator la nivelul sacului lacrimal.

Intensivul este o senzație îndrăgărită de prurit palpebral, adeseori chiar dur, care se adună la colul intern al ochiului. Procesul inflamator evoluează de obicei timp de 3-5 zile. La început prezintă tumefacție inflamatorie difuză, apoi se limitează la fenomenul de hiperemie locală, complet de cele mai multe ori. Uneori infecția se propagă și la alți țesuturi palpebrale, în acest caz apar o dezvoltare formidabilă palpebră, se poate fi semnală complicațiile specifice inflamațiilor acute caracterizate de obicei prin tumefacție și simptomele caracteristice.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

De multe ori însă abscepția se cronicează, chalazionul poate ajunge la dimensiuni mari. Prezența unei formațiuni tumorale în pleoapă deranjează atât din punct de vedere funcțional, cât și estetic. În aceste cazuri este indicată intervenția chirurgicală, prin care chalazionul se extirpă.

■ Tratamentul. De cele mai multe ori — mai ales când are dimensiuni mici — chalazionul de rezorbție, fără a necesita un tratament special. Putem ajuta printr-un resort de masaj, fără a necesita un tratament special.

Boala caracterizată de prin apariția unei umori cu aspect inflamator în a cărei dezvoltare poate fi acută sau cronică. Tratatamentul constă în administrarea antibioticelor, aplicarea de comprese umede, căldură în caz că procesul inflamator vedează și apăsor a colecției purulențului, se face incizia acută.

Este important de stiut ca diacronizarea cronică poate fi determinată de:
tuberculoză sau leucie. În aceste cazuri se recomandă un tratament specific, iar
radiografiile. În caz de cronicizare a afecţiunii, se recomandă chirurgia
a glandei.

29.2.5. Conjunctivitele

Se numește conjunctivită inflamarea mucoasei conjunctivale. Afectarea este frecventă, fiind în general benignă, durată puțin și nu lasă urme.

Nu rareori însă, chiar conjunctivitele cu debut banal pot fi urmate de complicații grave, ca atrofierea în procesul inflamator și distructiv a corneei, urmată de tulburări accentuate de vedere, chiar de orbire.

Infecția se face de cele mai multe ori cu streptococ, stafilococ, pneumococ, meningococ, gonococ, bacil difteric. Acești microbi pot ajunge pe conjunctivă din mediul ambiant, de la un alt bolnav printr-o buclă, prosop sau mână murdă, prin contactul ochiului cu material infectat, din bozine de înor (puscine) cu apă murdă etc.

Infecția poate ajunge la ochi chiar prin autocontaminare de la așezare pe scaun, dacă aceasta suferă de infecții genitale, ale rinofaringei sau are plăgi pe mucoasă. Agenți externi ca: praful, fumul, substanțele chimice, gazele toxice iritante, corpuri străine pot contribui la apariția bolii. Este necesară o igienă atentă a ochilor și a părții care pătrund pe conjunctivă favorizând apariția conjunctivitelor, laș de ce trebuie să rămânem măsuri necesare de igienă pentru prevenirea acestei afecții.

■ **Simplismatoceloză.** Boala se caracterizează prin: înroșirea conjunctivei (datorată a vaselor conjunctivale), secreția conjunctivală (seroasă, mucoasă, mucopurulentă), care se adună în cantitate mare în unghiul intern al ochiului, uneori chiar în cantități relativ mari, în afară. Poi apărea folioli, ulcerapi, olem și complicații la conjunctive bulbare (cherozozis). Dificultă. Bolnavul are o senzație de supăraoare de usură și usturime, de corp străin în ochi. Toate acestea îl determină să frece permanent pleoapole, manevră extrem de periculoasă pentru că răspândește germeni, crează ulcerapi conjunctivale și chiar corneale. De remană aceste senzații de usturime nu ajung la intensități mari — de durere — ceea ce deosebește conjunctivita de alte afecțiuni mai grave ale ochiului: glaucomul acut, iridocyclita, necroza și gangrena la conjunctivita necomplicată.

■ **Tratamentul.** Pruncul la care trebuie să se recurgă este tratamentul profilactic al bolii, prin folosirea de batiste curate, evitarea ștergerii ochilor cu mâna murdă, evitarea contactului de conjunctivă sau cu alte infecții etc.

Conjunctivita gonococică a nou-născutului se previne prin controlul prenatal al mamei și tratarea acesteia în caz că ea prezintă o vaginită cu gonococ și, bineînțeles, cu orice alți germeni patogeni. Prevenirea se face un tratament causal. Se folosesc

În momentul apariției conjunctivitei se face un tratament causal. Se îndepărtează secreția spăland sacul conjunctival cu antiseptice foarte slabe: Oxicianura de mercur 1 g la 6 000 ml apă distilată sau cu soluție de acid boric 4 g la 100 ml apă distilată sau soluție de rivanol 2‰. Se mai aplică instituții cu Protargol 1%, Argirol 10%, Resorcin 1%, Sulfat de zinc 1%, Nitrat de argint 1%.

plănușilor sunt și parietele cu Oxid galben de mercur 1% sau Precipitat alb de
plăcușilor sunt și parietele cu Oxid galben de mercur 1% sau Precipitat alb de
plăcușilor sunt și parietele cu Oxid galben de mercur 1% sau Precipitat alb de

de care pot fi aduși și Corțuzii.

Se vor folosi toate sau componente

...administrării părintești (pe care generații).

2.6. Infecțiile corneene

29.2.6. Infecție corneană

Infecția corneei se numește **keratită**. Este cauzată fie direct de microbii din afară (exogenă), fie indirect, prin infecții existente în organism care ajung, pe cale sanguină, în țesutul corneei (endogenă). Ele pot fi: **keratite supurative** și **ne-supurative**.

Keratitele supurative

Se caracterizează prin faptul că procesul inflamator evoluează spre formarea unei **corneei opace** sau **corneei kerato-**

23.2.1. Keratitele supurative

22.2-6-1. Keratitele supurative

...Dacă apare infecția aceasta se complică uşor de obicei cu un alt

Clădirea și suprafața sunt însoțite de semne subiective și obiective: durerea, scăderea acuității vizuale mai ales noaptea, lacrimarea, hiperemia conjunctivală (în general redusă), fotofobia. Corectă la un aspect obiectiv este corectura de centrul corneei, fotofobia și obiectiv se completează.

...procesul patologic, examenul obiectiv se completează cu următoarele:

Într-o etapă ulterioară, ulcerul se poate perforea, simțind apoi durerea în zona afectată. Dacă ulcerul nu este tratat, acesta poate deveni cronic și poate duce la complicații grave, cum ar fi infecții bacteriene sau hemoragii.

... în cazul ulcerelor foarte mari, vindecarea din stadiul de ulcer este posibilă numai în cazul în care ulcerul este mic și este posibil să se realizeze o vindecare completă.

... în care aleră ritul în cazul înțelurilor... și creează o deasă
... care se consolidează pe ritul hertia și creează o deasă
... afectiunea luând denumirea de stăpîn
... este foarte friabilă, se poate ușor perfora, urmarea

...a metronajului ochiului și suprafața acestuia. afectune cunoaște sub mu-

■ **Tratamentul.** Cel mai indicat tratament este cel pe bază de antibiotice, se vor lua imediat măsuri pentru a preveni răspândirea infecției și a traumatismelor. În caz de traumatism al cerniței, se vor lua imediat măsuri pentru a preveni răspândirea infecției și a traumatismelor. În caz de traumatism al cerniței, se vor lua imediat măsuri pentru a preveni răspândirea infecției și a traumatismelor.

Tratamentul local constă în administrarea de soluții de Penicilină în amestec cu Adrenalină 1% și Xilină 1%.

la felul de Piciclină se adaugă Auroclina
la tratamentul local, deoarece de important în orice fel de scurte

pupilei. Midriaza obținută prin instilările conjunctivale în soluție de Atropină caldă 1% este necesară pentru două motive:

— În toate afecțiunile corneene se produce o reacție mică de reflexibilitate a centrului sfincterului pupilei se contractă spontan și micșorează foarte mult pupila. Această micșorare (pupila mică) spontană este dureroasă și incomfortabilă datorită produsă de leziunea corneică. Reducerea spasmului pupilei prin paralizarea sfincterului reduce foarte mult durerea, uneori insuportabilă.

— Reacția iriană care însoțește afecțiunile corneene se poate solda cu apariția hidrocrisalină, numite *unechi posterioare*. Când s-au produs aceste unchi, pupila dilată prin atropină nu mai este rotundă, ci neregulată. Când adrenergice sau escolin pupila nu se dilată deloc, avem ceea ce se cheamă *secluzo pupilar*. Am întâlnit uneori acest aspect, pentru că simptomele sunt foarte de scădere mare de vedere și de complicații grave, cum este glaucomul secundar.

Atropina are unele efecte nedorite asupra tensiunii intraoculare. Aplicată și în concentrații mari la indicația specialistului, dar atunci când este această indicație, se aplică foarte corect. Când tensiunea oculară este crescută (glaucom secundar) datorită ocluziei pupilare, este bine să folosim Neosinefrine 10% pentru că acționează la nivelul proceselor ciliare, scăzând secreția de umoare apoasă (deci scade tensiunea oculară prin scăderea surselor de umoare apoasă).

Când Atropina este insuficientă, se asociază cu Cocaina 2%. Adrenalină 1% sau Neosinefrin 10% (așa-numita formulă mdratică).

29.2.6.2. Keratitele nesupurative

Există două tipuri de keratite nesupurative: keratite nesupurative superficiale sau keratite nesupurative profunde. Cele mai frecvente keratite nesupurative superficiale sunt herpetul corneei febril și herpetul zoster. Acestea se prezintă ca niște vezicule pline cu lichid situ pe corneă. Veziculele se deschid spontan și în locul lor rămân epitelii corneice erodate, fapt care poate duce apoi la infecții și ulcerări.

Dintre keratitele profunde nesupurative, keratitele determinate de fun, tuberculoză, leishmanioză și sifilis sunt mai puțin frecvente. Prin tratamentul adecvat, acestea se vindecă.

Tratamentul keratitelor nesupurative profunde este etiologic. Prin tratarea bolii de bază (declanșată) se vindecă și afecțiunea corneică.

Tratamentul local constă în administrarea de Cortizon și căldură locală. Căldura se utilizează sub formă de cataplasme sau picături fierbinți la 60°C aplicate pe corneă (după anestezie locală). Se aplică de asemenea Dionină 2-3% și Atropină pentru prevenirea complicațiilor (iridocyclitic).

29.2.7. Glaucomul

Glaucomul este o boală oculară foarte gravă, caracterizată prin modificări locale determinate de creșterea tensiunii oculare.

29.2.7.1. Glaucomul infantil

Există o formă de glaucom infantil (baltalmic, hidroftalmic) care apare la copilul mic și se datorează unei tulburări congenitale de dezvoltare a căilor de drenaj a umoarei din unghiul camerei anterioare a ochiului. Acest tip de glaucom poate crește la tensiune moderată sau foarte mare. Datorită elasticității scleroticii copilului, ochii se măresc cu timpul, luând aspectul unui ochi de bou.

29.2.7.2. Glaucomul adultului

Glaucomul adultului apare o formă acută și una cronică. Se întinde pe o perioadă de două zile, prind și se rezolvă.



Fig. 221 — Măsurarea tensiunii intraoculare cu ajutorul tonometrului.



Fig. 222 — Măsurarea tensiunii intraoculare cu ajutorul tonometrului.

Glaucomul acut. Apare de obicei la persoane în vârstă care au sistem nervos sensibilizat. Apare de obicei la persoane în vârstă care au sistem nervos sensibilizat. Apare de obicei la persoane în vârstă care au sistem nervos sensibilizat.

Glaucomul cronic. Apare de obicei la persoane în vârstă care au sistem nervos sensibilizat. Apare de obicei la persoane în vârstă care au sistem nervos sensibilizat. Apare de obicei la persoane în vârstă care au sistem nervos sensibilizat.

Tratamentul trebuie aplicat de urgență, altfel dacă tensiunea intraoculară devine foarte mare, boala va pierde vederea. El constă în: plasarea bolnavului într-o poziție în care să poată respira ușor, calmarea sistemului nervos prin sedative, administrarea de purgative și diuretice, instilări în ochi cu Pilocarpină din

910

În îngrijirea bolnavului de glaucom trebuie să ştie că boala este severă şi că sunt posibile complicaţii grave, precum cecitatea. Bolnavii trebuie să ştie că boala este severă şi că sunt posibile complicaţii grave, precum cecitatea.

39.2.8. Rolurile cristalinului

la care omnia individuali in vieta. La 70 de ani, datorita procesului de

4. Conducerea congenitală este, de obicei, bilaterală și se poate asocia cu sindromul de Down (nucleele de exemplu).

...este cel mai frecvent tip de cataractă, motiv p...

20.3.12. Cataracta senilă Este o boală care apare la persoanele în vârstă. Apare din cauza modificărilor care apar în cristalinul ochiului. Se manifestă prin scăderea acuității vizuale și prin apariția halurilor în fața ochilor. Se poate trata chirurgical.

Tratamentul constă în extragerea chirurgicală a cristalinului. După operație, pacientul trebuie să poartă ochelari cu lentile convexe foarte puternice, de obicei urmate de ochelari cu lentile +14 dioptrii, pentru lectură.

29.2.9.1. **Modificările retiniene în hipertensiunea arterială**
 fiind datorită vascularizației sale accesibile examenului oftalmoscopic.

29.2.9.1. **Modificările retiniene în hipertensiunea arterială**
 Astfel, datorită vascularizației sale accesibile examenului oftalmoscopic, retina este primul țesut care prezintă modificări patologice în hipertensiunea arterială. Aceste modificări sunt de obicei reversibile și pot fi observate la un număr de pacienți hipertenzivi, chiar dacă aceștia nu au simptome clinice evidente. În funcție de severitatea hipertensiunii, modificările retiniene pot fi de tip punctiform, de tip exudativ sau de tip hemoragic. În cazurile severe, se poate observa și o afectare a papilei optice, care poate duce la pierderea vederii.

951

[illegible]

29.3.1. Îngrijirile preoperatorii

Este între carotavrul și cunoscută înainte de operație personalul, pentru a recomanda după operație chiar dacă are ochi acoperiți, ca cunoscută înainte de începerea camerei și a spațiilor din jur, judecând pe propriul simțuri, modul în care așezate mobilierul și obiectele din cameră. Este foarte important să se asigure înlocuirea ochi pacienților înainte de operație și să facă în asistența medicală a depășirii prin cameră și în spațiile aferente, să exerseze utilizarea și el exercită una din obiectele personale, a veselii, să-i arate cum se acționează pe funcții cheamă a asistentei etc.

Rîndurilele că toate aceste exerciții făcute preoperator nu scutesc personalul a îngrijii postoperator extrem de atenți bolnavul; ele se fac numai cu scopul de a ajuta bolnavul la stăruința pe care o va îndrăgini după operație și pentru a-l face să primească mai ușor această situație.

Camera bolnavului trebuie să aibă jaluzele și perdele albe: în camera se eră semiobscuritate, spre a se obține și sub această formă cu simțu în care se va în mijlocii după operație. De altfel și după scoaterea pansamentelor oculare, bolnav trebuie să stea mai întâi în semiobscuritate, după care camera se va lumina treptat zilele următoare.

Patul bolnavului va trebui astfel aşezat, încât lumina să vină lateral; patul însă să aibă margini (speteze laterale) care se pot ridica, pentru a se evita riscul căderii lui. Bolnavul trebuie să aibă o lampă la capul patului, preferabil cu sticlă neagră.

Nu insistăm aici asupra tehnicilor generale de pregătire preoperatorie, bolnavului, de așteptare și de anestezie, întrucât ele au fost tratate în capitolele precedente aceste probleme. Atragem însă atenția că întotdeauna, oricând am conta pe membrul nostru, este necesar ca înainte de a duce bolnavul în sala de operație să se facă o semnă cu un creion dermatograf pe fruntea bolnavului, de partea ochiului ce urmează să fie operat, pentru a nu confunda ochiul pe care trebuie să se intervină. Se va avea grijă ca medicul să fi notat în foaia de observație indicația operatorie, cu precizarea ochiului ce urmează să fie operat.

29.3.2. Îngrijirile postoperatorii

Nu ne vom referi decât la îngrijirile generale care trebuie acordate bolnavilor cu afecțiuni oftalmologice, cele speciale varind de la un tip de operație la altul și unele de la o școală chirurgicală la alta. Ele vor fi aplicate de asistenta medicală conștientă de indicațiile directe date de oftalmologul chirurg.

Îngrijirea postoperatorie a bolnavilor de ochi este de multă dată neglijată, fiind efectuată datorită neliniștii bolnavilor (mai ales a copiilor), a durerii pe care aceștia

[illegible][illegible]

...nu se simțea în siguranță. După ce
...nu mai putea să se miște pe spate,
...nu mai putea să se miște de pe ochi; dacă cine înțelegea că
...nu putea să se miște de pe ochi, pentru că...

bolnavului trebuie să se găsească o sonerie, pentru cămăra
trebuie să fie mică și aerisită. Se va cere de la stăpânul să vorbească în
la o cameră, dar nici un sfert. Asistența medicală se va îngriji ca bolnavul să
să aștepte în acele momente.

...de la medicament, dar nu sunt. Este vorba de o boala care se transmite prin contactul direct sau indirect cu o persoana bolnava. Aceasta boala este cunoscuta sub numele de "boala de la medicament".

...bolnavul în camera, la începutul
...la camera cu sprijin în îndrumarea directă a asistentei medicale.
...echipul studios nu mai este acoperit, bolnavul poate face și singur unele
...medicilor medicală s-a convins că el se poate mișca singur corect).

medicinală s-a convins că este necesar să se facă o intervenție chirurgicală, deoarece bolnavul să nu se aplice (cel puțin 3-4 săptămâni), deoarece intraoculară și pot să compromită unele intervenții operatorii. Într-o astfel de situație, este necesar să se facă o intervenție chirurgicală, care să nu necesite o intervenție chirurgicală, care să nu necesite o intervenție chirurgicală, care să nu necesite o intervenție chirurgicală.

bolnavii) operat pe ochi treizeci de ani înclinându-se pretutinduri.

...a fost indicat să înceapă comunicarea, după cum este exprimat de data prezentei
...a unui timp îndelungat postoperatoriu, după cum este exprimat de data prezentei
...a unui timp îndelungat postoperatoriu, după cum este exprimat de data prezentei

nu necesita mișcări puternice ale mușchilor masticatori, care ar putea exercita presiuni în regiunea operată. Din aceleași motive bolnavul trebuie să aibă

Medicina medicală trebuie să urmărească îndeaproape evoluția pacientului. În
medicină, de exemplu, a surselor, a pulsului și a temperaturii, ea se va interesa de

... în le observarea stării generale, a pulsului și a temperaturii corpului. Senzația de presiune accentuată în ochi, indică posibilitatea unei hemoragii sau a unei infecții. Dacă pacientul are dureri în zona din spate, trebuie să se acorde atenție imediat medicului.

La medicarea pansamentului este posibil să se constate că rezoltatul privind

...nu pot fi realizat, fie că pentru atingerea unui grad bun de vedere trebuie să treacă
...pe o perioadă mai lungă de timp. Asistenta medicală, numai la indicația medicului, va

trebuie să primească liniștit rezultatul operației.

1434

1434

1434

1434

1434

10

10

10

10

10

10

[illegible]

Căi ce păzită schimbul mănăstirilor (pe granițele periodice de către medicul oftalmolog (pe baza unei depunerii de simptome), pentru a se verifica dacă nu sunt necesare schimbările lentilelor.

Căi ce păzită schimbul mănăstirilor (pe granițele periodice de către medicul oftalmolog (pe baza unei depunerii de simptome), pentru a se verifica dacă nu sunt necesare schimbările lentilelor.

514

- 859

9 - Kataracta este:

- a - inflamația supramez a învelișului pânzei pe marginea pleoapei;
- b - inflamația marginii libere a pleoapei;
- c - inflamația epitelului lacrimar;
- d - inflamarea corneei.

10 - Ce simțuri poate avea o kataractă ultravioletă?

- a - durere, iritație și mâncăime pleoapelor;
- b - vizi de scurtoare;
- c - însoțirea viziilor sau durerea în ochi globală;
- d - vizi de răscoală;
- e - producerea iritației.

11 - Ce tratament facem în kataracta congestivă?

- a - tratament general și local cu antibiotice;
- b - masaj al marginilor pleoapelor 3-8 ori cu pensulă cu fină și ulei de nuc;
- c - aplicarea de comprese reci;
- d - instilare cu bătă de sodiu 2%, masaje cu nitrat de argint;
- e - comprese calde și unguent cu hidrocortizon.

12 - Chalazionul este:

- a - inflamația învelișului pânzei și a glandei sebacee situată pe marginea pleoapei;
- b - inflamația glandei Meibomian;
- c - obstrucția canalului nazolacrimar;
- d - ocluzie corneană;
- e - ocluzie sclerale.

13 - Conjunctivita acută se manifestă prin:

- a - hiperemia roșie conjunctivală;
- b - inflamația glandei Meibomian;
- c - secreție conjunctivală (serică, mucoasă, purulentă) care se adună în unghiul intern al ochiului;
- d - secreție de ser și mucus de corp ochi în ochi;
- e - profuzivitate conjunctivală cu ser fuzibil.

14 - Profilaxia conjunctivitelor gonococice la nou-născut se face cu:

- a - spălarea conjunctivelor cu ser fiziologic;
- b - instilare conjunctivală de clorură de povidonă;
- c - instilare conjunctivală a clorurii de povidonă 1%;
- d - instilare sistemică a clorurii de povidonă cu penicilină.

15 - Keruita supurativă este profundă:

- a - pe cale hematogenă din la un focar inflamator primar;
- b - prin keratită cronică prin un corp străin; gros, învelișul de anghin, etc.;
- c - complicație a unei conjunctivite acute;
- d - complicație a dacriocistitei.

16 - Ce semne subiective și obiective găsim într-o keruită supurativă?

- a - durere, secreție muco-purulentă;
- b - hiperemie, iritație sclerale generale;
- c - scăderea sensibilității vizuale;
- d - durerea în unghiul intern, în prealacul, în mișcarea de fluorescență 1% și durerea în mișcarea de fluorescență 1%.

17 - Keruita herpetică se manifestă prin:

- a - durerea în ochi, secreție limfatică, secreție de corp străin;
- b - iritație, hiperemie locală, secreție de corp străin;
- c - durerea în ochi;
- d - secreție corneală cu aspect polifonic, necroză.

18 - Când se facează un transplant de corne, chirurgical folosim:

- a - corneă înveliș și scleră;
- b - corneă înveliș și scleră;
- c - corneă înveliș și scleră;
- d - corneă înveliș și scleră;
- e - corneă înveliș și scleră.

19 - Care din simptomele de mai jos nu le găsim în glaucomul acut?

- a - durere oculară și periorbitală foarte mare;
- b - scăderea acuității vizuale;
- c - eritem, înroșirea ochiului, eritemul sclerei, durerea în mișcarea de fluorescență 1%;
- d - înroșirea sclerei, durerea în mișcarea de fluorescență 1%;
- e - durerea în mișcarea de fluorescență 1%.

20 - În glaucomul cronic, după ce sunt doi simptome caracteristice:

- a - durere periorbitală și durere permanentă;
- b - durere oculară cu eritem scleral;
- c - durere oculară cu eritem scleral;
- d - durere oculară cu eritem scleral;
- e - durere oculară cu eritem scleral.

21 - Care din elementele de mai jos sunt contraindicate în tratamentul glaucomului?

- a - instilarea învelișului cu apă caldă, fără aer;
- b - administrarea de antibiotice și analgetice;
- c - instilarea locală de pilocarpină, atropină sau marea de mare mare pe ochi;
- d - administrarea de atropină;
- e - administrarea de atropină, clorură, calcei și alcool.

22 - În producerea cataractei congenitale vor fi discutate unele din toate următoarele:

- a - infecția rubolică din primele luni de viață;
- b - infecția acută, cataracta acută;
- c - infecția respiratorie, infecțiile pulmonare acute;
- d - infecția respiratorie, infecțiile pulmonare acute;
- e - infecția respiratorie, infecțiile pulmonare acute.

23 - Care caracteristică a cataractei senile nu este corectă?

- a - este cea mai frecventă formă clinică;
- b - este rezultatul unei creșteri din pălă a cristalinului;
- c - este bilaterală, afectează de obicei persoanele în vârstă de 40-50 ani;
- d - are o evoluție lentă progresivă, cu scăderea acuității vizuale, se poate duce la cecitate completă;
- e - în caz de cecitate completă.

24 - Tratamentul cataractei senile este:

- a - medical, regim alimentar și tratament medicamentos;
- b - chirurgical, cataractă din cataractă chirurgicală;
- c - chirurgical, cataractă din cataractă chirurgicală cu lena corectă în loc;
- d - chirurgical, cataractă din cataractă chirurgicală cu lena corectă în loc;
- e - chirurgical, cataractă din cataractă chirurgicală cu lena corectă în loc.

25 - Examenul fundului de ochi în hipertensiunea arterială arată următoarele în F.A. de gradul I:

- a - moderată îngroșare a călăușului arteriolelor retinene;
- b - hemoragii și exsudate retinene;
- c - creșterea reflexului luminii arteriale;
- d - tensiunea arterială centrală a sîngelui și normală sau ușor crescută.

9 - Blefarita este:

- a - inflamatie supurativă a folioului pilos de pe marginea pleoapei;
- b - inflamatie marginală internă a pleoapei;
- c - inflamatie aghiului lacrimal;

10 - Ce urmări poate avea o blefarită ulceroasă?

- a - cicatrice vizuale ale marginilor pleoapelor;
- b - vici de acomodare;
- c - distingeri celilor sau devierea lor către globul ocular;
- d - vici de refracție;
- e - producerea trichiaziei.

11 - Ce tratament facem în blefarita congestivă?

- a - tratament general și local cu antibiotice;
- b - masaj al marginilor pleoapelor 7-8 zile cu pensuță cu dinț și ulei de zmeură;
- c - aplicarea de comprese reci;
- d - instilații cu borat de sodiu 2%, urmate cu intrat de argint;
- e - comprese calde și ungente cu hidrocortizon.

12 - Chalazionul este:

- a - inflamatie folliculului pilos și a glandei sebacee situată pe marginea pleoapei;
- b - inflamatie glandei Meibomian;
- c - obstrucția canalului nazolacrimal;
- d - ulcer cornean.

13 - Conjunctivita acută se manifestă prin:

- a - hiperemia saclor conjunctivale;
- b - inflamatie a glandei Meibomian;
- c - secreție conjunctivală (seroasă, mucosă, purulentă) care se vede la unghiul intern al ochiului;
- d - scizate de arsură și urtimate, de corp străin în ochi.

14 - Profilaxia conjunctivitei gonococice la nou-născut se face cu:

- a - spălări conjunctivale cu ser fiziologic;
- b - instilare conjunctivală de clorură picături de penicilină;
- c - instilare conjunctivală a clorurii picături de nitrat de argint 1%;
- d - tratament sistemic al ficării nou-născut cu penicilină.

15 - Keratita supurativă este produsă:

- a - pe cale hematogenă de la un focar inflamator primitiv;
- b - prin leziuni conerice printr-un corp străin; gran, leziuni de ocluzie, etc;
- c - complicație a unei conjunctivite acute;
- d - complicație a dacriocistitei.

16 - Ce semne subiective și obiective găsim într-o keratită supurată?

- a - durere, secreție mico-purulentă;
- b - temperatură, alterarea stării generale;
- c - scăderea acuității vizuale;
- d - corneea ia un aspect albăstrui, își pierde lucidul, la instilarea de fluorescein 1% se pune în evidență ulcerarea corneană.

17 - Keratita herpetică se manifestă prin:

- a - debut brusc, urtimate locală, senzație de corp străin;
- b - frisoane, hipotensiune, puls filiform;
- c - lacrimare intensă;
- d - ulceratie corneană cu aspect polioicic, neregular.

18 - Când se execută un transplant de corneă, chirurgia înalțată:

- a - sindrul lui Juncin al ochiului;
- b - vanda ciliară din parul pupilei;
- c - porțiunea transparență ce se află în fața pupilei;
- d - al treilea strat al retinei, care conține și terminații nervoase.

19 - Care din simptomele de mai jos nu le găsim în glaucomul acut?

- a - durere oculară și periorbitară foarte viu;
- b - scăderea acuității vizuale;
- c - prisma, vârstă, stare generală rea, adesea durere în mușchi exteriori ai globului ocular;
- d - tulburări de ritm cardiac, tărășale arale;
- e - camera anterioară mică, senșura apăsătoare, pupila are un aspect normal la lumină.

20 - În glaucomul cronic lipsește unul din simptomele enumerate:

- a - durere periorbitară și frontală permanentă;
- b - pupila dilatăată cu reflexe diminuate;
- c - tulburări de echilibru;
- d - hemoragia intraciliară rară permanentă;
- e - ischemia retinei și a fasciculului nervin optic dator la atrofia arterelor și apariția necrozei.

21 - Care din elementele de mai jos sunt contraindicate în tratamentul glaucomului?

- a - bulnău încheșură și alți o viață lungă, fără stres;
- b - administrarea de seminare și sedative;
- c - instilații locale de pilocarpină, oxerol sau miocil de mai mult ori pe zi;
- d - administrarea de atropină;
- e - restanș micelor cupioase, elatardox, caldei și alcoolului.

22 - În producerea cataractei congenitale intră în discuție unele boli din timpul sarcinii:

- a - infecția rubolică din primele trei luni de sarcină;
- b - apendicita acută, colecistita acută;
- c - virusa respiratorie, infecțiile pulmonare acute;
- d - toxoplazmoza, rușia, varicela, mononucleoză infecțioasă.

23 - Care caracteristică a cataractei senile nu este corectă?

- a - este cea mai frecventă formă clinică;
- b - este rezultatul unei contuzii sau plăgi a cristalinului;
- c - este bilaterală, afectează de obicei persoanele în vârstă de 60-65 ani;
- d - are o evoluție lent progresivă, cu scăderea acuității vizuale, se poate dura la 5-10 ani la cecitate completă.

24 - Tratamentul cataractei senile este:

- a - medical: regim alimentar și tratament medicamentos;
- b - combaterea atrofiei corneei, administrare de Genital, Aslavit;
- c - chirurgical, constând din extragerea cristalinului;
- d - purtarea de ochelari (după intervenția chirurgicală) cu lentile convexe în put de -10 dioptrii pentru a vedea clar la distanță și +14 dioptrii pentru citit.

25 - Examenul fundului de ochi în hipertensiunea arterială arată următoarele în F.O. de gradul I:

- a - moderată îngustare a calibrului arteriolelor retinene;
- b - hemoragii și exsudate retinene;
- c - creșterea reflexului luminos retinal;
- d - tensiunea arteriei centrale a retinei e normală sau ușor crescută.

Verificați-vă cunoștințele

30.1. Alveolițele dinților	922
30.1.1. Căuș dentare	922
30.1.1.1. Eritem, privind prevenirea cariilor dentare	923
30.1.1.2. Ingrijire dentare	923
30.1.2. Abscesul periapical	925
30.1.3. Boala parodontală (parodontia, parodontita)	925
30.2. Infecțiile gurilor	927
30.2.1. Stomatita	927
30.2.2. Herpesul bucal	927
30.2.3. Stomatita ulcero-membranoasă	927
30.2.4. Flegmonul plângelui bucal	927
30.3. Malformațiile congenitale ale buzelor, maxilarului și ale oaselor palatului guri	928
30.3.1. Despicătură labio-maxilo-palatinală	928
30.3.1.1. Formele anatomoclinice	928
30.3.1.2. Tulburările funcționale	928
30.3.1.3. Tratatamentul	929
Chesonier la capitolul 30	

Este fără îndoială un capitol extrem de vast, din care nu vom trata decât afecțiunile cele mai frecvente, ca și pe acelea în care asistența medicală (care lucrează în cabinetul stomatologic sau orice asistent medical), poate avea un rol profilactic și în corectare măsură, cumăv.

30.1. AFECȚIUNILE DINȚILOR

30.1.1. Caria dentară

Căci distonii este o afecțiune cu etiopatologie complexă și încă incomplet elucidată. Este frecventă la om ca și la unele specii de animale. Se caracterizează prin

dezechilibrarea și distrugerea progresivă a sistemelor care ale ducă, fapt care duce
la pierderea unei cavități în dinte. După intervenția procedurii descrise, care poate fi
realizată în două etape — când intervenția nu este imediată din cauza
durerii —

de gradul II — când intersticiul este umplut cu și dentare;

[illegible]

Sintetizată întrucât ea frecvența cariei dentare în țara noastră este mediu foarte mare, am să încep prin a vă prezenta câteva aspecte care pot fi de interes pentru medicul stomatolog și pentru medicul de familie. Asistența medicală poate avea un rol profilactic extrem de important, în prevenirea cariei, în cele ce urmează, vom înțelege asupra indicărilor și stărilor pe care le poate și trebuie să le dea celor pe care îi are în grijă: copii sau adulți.

30.1.1.1. Statuti privind prevenirea cariilor dentare

30.1.3.1. **Statuti privind prevenirea cariilor dentare**

Aceteste statuti trebuie sa le privesc, in primul rind, femeile gravide, in scopul asigurarii unei dentari sanatoase copilului ce urmeaza a se naște. Gravida trebuie să aibă un regim bogat în calciu, necesar atât fătului, cât și ei. Dacă nu primește suficient calciu din alimente, ea va consuma calciu necesar dezvoltării fătului din propriul os, ceea ce poate avea consecințe nefaste asupra osului ei. Pentru buna dezvoltare a fătului, femeia are nevoie de un regim echilibrat din punct de vedere al conținutului de calciu, fosfor și alte elemente. Dacă necesar, copilul are nevoie de un conținut de calciu, fosfor și alte elemente. Odată născut, copilul are nevoie de un regim bogat în elementele amintite mai sus în timpul perioadei de formare a dinților definitive. Calculul se depune în germeni dinților permanenți aproape imediat după naștere. Calculul se depune în germeni dinților permanenți aproape imediat după naștere de aceea, dacă nu se iau măsuri încă de la naștere, dentiția poate fi defectată, chiar dacă se administrează mult calciu mai târziu, în momentul când apar dinții.

30.1.1.2. Îngrijirile dentare

30.1.1.2. Ingrijirile dentare
Noapunile privind ingrijirea dinților trebuie să fie date din primele zile în care copilul poate să le înțeleagă, deci chiar la vârsta preșcolară. Prima consultație făcută de medicul stomatolog trebuie să aibă loc, în principiu, la vârsta de 3 ani și apoi la

fiocare în lume, dacă medicul nu indică o frecvență mai mare pentru tratamentul colectivității organizate (corp) și ori de câte ori este posibil și pentru alți copii, trebuie să se facă un control obligatoriu stomatologic, chiar din primele zile de apariție a dinților.

Tot la vârsta de 3 ani trebuie să înceapă periajul dinților. Periajul dinților nu înfățișează începutul de igienă orală, care îl însoțește pe copil, pentru că acesta să și facă singur mai târziu toată igiena. Fiecare periaj de dinți și modul și de utilizare prezintă o mare importanță. Peria de dinți trebuie să aibă partea activă de dimensiuni cât mai mici, și pentru copii și pentru adulți, apoi a fi ușor manevrată și pentru că periajul să fie eficient. Se recomandă ca peria să aibă 3 rânduri de păr (să nu fie doar peria lată). Peria trebuie să fie din dreapta, pentru a nu răni gingivile, să fie aspru dar nu prea dur. Este preferabil ca peria să fie din păr natural, nu peria sintetic. Fiecare persoană e bine să aibă cel puțin două perii, pe care să le utilizeze alternativ, aceasta fiind ca periele să fie totdeauna uscate și îndepărtate riscul îmbolnăvirii microbilor.

Curățirea (periajul) dinților prin frecare cu peria are rolul de a îndepărta rezidurile alimentare dintre dinți și de a stimula circulația sanguină a gingivului. Periajul trebuie să se facă sistematic, cu manevra de sus în jos și de jos în sus pe toată suprafața dentară, în direcții orizontală, prin mișcări laterale, de-a lungul danturii. Subliniem aceasta, deoarece numeroase persoane nu știu cum se curăță corect dantura. Periajul lateral nu numai că nu curăță dinții, mai ales spațiile intermediare, pentru că peria alunecă peste aceste spații dar poate chiar să iriteze smalțul dinților și să rănească gingivile.

Curățirea corectă a dinților se face deci mișcând peria de sus în jos și de jos în sus, dinșpre stânga spre dreapta, cu înclinare, urmărind ca peria să pătrundă și în spațiile intermediare. Mișcările acestea se execută câteva minute atât pe latura externă cât și pe latura internă a dinților. La nivelul gingivului este bine să se execute și o mișcare vibratoare, cu scopul de a se activa circulația sângelui și a lăsa gingia.

Partele de dinți nu au un rol special în întreținerea dinților, dar ele fac curățirea mai ușoară, sunt mai simple de manevrat și în conștință se recomandă a fi utilizate. Din stomatologie, cercetătorii și acestor probleme, recomandă chiar spălarea cu apă simplă, cu sare de bucătărie sau cu bicarbonat de sodiu, ușor pălămit, care se cere un mediu mai puțin propice formării substanelor acide distrugătoare ale smalțului. Un rol activ împotriva cariei dentare se pare că îl au pastele de dinți care conțin fluor. Noi știm de gura nu oferă vreun avantaj special, în afară de stimulul for plăceri și senzația agreabilă, răcoasă, pe care o lasă în gură. Pentru aceste calități este bine ca ele să fie utilizate.

Scuturările de dinți nu trebuie utilizate sistematic, după fiecare masă. Mai ales scuturările din lemn, făcute dintr-un material necorespunzător, peria groasă și cu jezi marginile, pot fi dăunătoare, deoarece ele pot răni și distruge țesuturile gingivale. În boala acobacterică trebuie folosită apă caldă cu peria sau un jet de apă puternic, capabil să scutureze fragmentele de alimente rămase în gură.

O boală nouă produsă este fluorizarea, prin care smalțul dentar devine mai rezistent la acțiunea bacteriilor. Fluorul apăs dezvoltării dinților, reducând mult riscul de apariție a cariei. Fluorul care se captează este permanent, dar trebuie folosit din copilărie.

Pentru evitarea apariției cariei, este foarte important ca alimentele care conțin izotopi de carbon radioactivi (radioizotopi), înghețată, băuturi gazeoase dulci să fie consumate

de un copil, la vârstă să se consume la masă dulciuri, este foarte dăunător ca masa să se realizeze în jurul dinților, pentru că acestea conțin elemente nutritive ale organismului care se dezvoltă în jurul dinților. Din acest punct de vedere, mestecarea omului este necesară de pus în discuție. Din acest punct de vedere, mestecarea omului este necesară de pus în discuție. Din acest punct de vedere, mestecarea omului este necesară de pus în discuție.

Curățirea dinților și dinților numai la anumite momente, de obicei numai înainte de culcare, nu este corespunzător unei bune profilaxii. De aceea, trebuie reținut că o altă măsură a guri după fiecare masă, chiar numai cu apă răcoasă, este mai eficientă decât periajul chiar imediat al dinților, efectuat fără după masă, atunci când se pune în discuție a bacteriilor și a cariei.

30.1.2. Abscesul periapical

Acest tip de absces se formează la rădăcina dinților și uneori, de obicei, unei dinți dentare (dinti pulpati). Abscesul dentar poate să se extindă spre interior și să afecteze pulpa dinții, sau spre exterior, spre țesuturile moi, dând o infecție a țesuturilor moi subcutanate și un semn important al feței.

Abscesul periapical produce dureri locale foarte vii, ca și o stare de rău generală, febră, adeseori de gripă și temperatură ridicată.

Tratamentul constă în administrarea de calmante pe cale generală și locală și în îndepărtarea prin forare a pulpei dentare, manevră prin care se realizează drenajul și, în funcție de stadiul bolii, se poate realiza curățarea dinților. Uneori este indicat a se administra și antibiotice, dar numai pe o perioadă scurtă de timp. Se fac înlocuiri gurgare cu lichide calde (ceai de mușețel cald). Dacă se face acest lucru, se aplică, când este posibil, un tratament conservator, începând prin a trata canalul radicular pe unde s-a produs infecția și abscesul. Uneori este necesară amputația (rădăcina dinților) (resecția apicală).

30.1.3. Boala parodontală (periodonita, parodontita)

Parodontita este o boală care atacă țesuturile de susținere a dinților: gingivile, osul, ligamentul alveolo-dentar, osul maxilar. Ea se manifestă prin o stare de durere locală, sângerare, deslipirea gingivilor, ca și prin dezvoltarea osului maxilar. Ca urmare, osul dezvoltat se distruge, ceea ce determină căderea dinților. Perioada de dinți la persoanele în vârstă de peste 40 de ani se produce mai frecvent prin această boală decât prin caria dentară.

Boala de dezvoltare unui număr mare de cauze: închiderea, înclinația și purtașii, mișcările dinților nu cad corect unele peste altele, apăsăminte excesivă, viciușii, mișcările de țesut dentar, o alimentație defectuoasă, în special ingestia unor cantități prea mici de alimente solide, în favoarea alimentelor predominanți în formă lichidă sau de purtare, forme care nu necesită efort de masticare, o igienă dentară defectuoasă, o circulație insuficientă a dinților, fumatul (fig. 252).

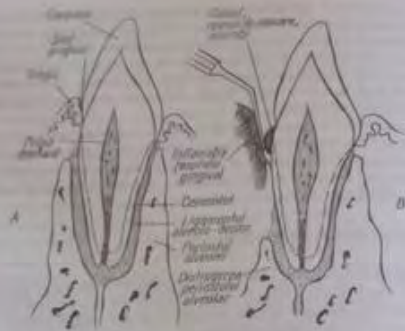


Fig. 252 — A — dinți normali, însoțiți cu gingivă și alveolă; B — prezența scurțurii dinți (din de la de la pârta de dinți, erupții de alveolă, micșorarea alveolei, turtă dinți) poate genera boala parodontală.

Ocluzia vicioasă a dinților duce la deteriorarea osului de susținere (maxilar superior sau inferior). Aceasta se produce fie congenital, fie atunci când un dinte extras nu este înlocuit și are loc o deplasare a celorlalți dinți, pentru că aceștia nu mai calcă în mod corect unul pe celălalt. În felul acesta se produce o presiune inegală pe suprafețele de masticat, fapt care determină deteriorarea maxilarului compusul încoercit. În consecință, pentru a evita apariția acestei boli extreme de grave, trebuie ca orice dinte care se pierde să fie înlocuit. Turtul dentar este o substanță dură și iritantă, care se depune la baza dinților, de-a lungul gingivă, distrugând fibrele care mențin dinții în alveolă. Aceasta duce la retracția patologică a gingivilor, fapt care micșorează soliditatea sistemului de susținere a dinților. Aceleași efecte distructive ca și turtul dentar produc curățirea incorectă a dinților și orice infecție de la nivelul gingivilor (puțire gingivală, pițire alveolară).

Tratamentul bolii parodontale (parodontitei) se face printr-o bună igienă dentară, o nutriție corectă, vindecarea oricărei infecții dentare, înlocuirea dinților pierduți, îndepărtarea turtului dentar, corectarea ocluziei defectuoase, la nevoie mergându-se și la un tratament ortodontic.

În plus, se practică astăzi din ce în ce mai frecvent unele tehnici chirurgicale care au rolul de a revitalizea țesutul de implantare a dinților și gingivile.

Specialiștii români sunt printre promotorii pe plan mondial ai unor tehnici superavansate folosite valoroase în combaterea acestei grave afecțiuni.

30.2. INFECȚIILE GURII

30.2.1. Stomatita (inflamația gurii)

Stomatita poate fi cauzată de microbi variuți precum și de traumatisme, malnutriție, boli de nutriție.

Simptome: tumefacția mucoaselor, sângerări sârmă, durere, mâncărime și senzație de fierbere.

Se observă mai multe feluri de stomatită, și anume:

• Stomatita catarrhală, o inflamație acută ce se localizează cu arbuși albaștri sau roșii pe mucoasa și oblige gura.

• Stomatita aftoasă, caracterizată prin prezența unor ulcerații pe mucoasa bucală. Tratamentul se face, de obicei, prin clătirea gării cu apă sălășă, prin o bună igienă bucală. Fumătorii se rezistă la tratament, se recomandă aplicarea locală de anestezice și de corticosteroidi.

30.2.2. Herpesul bucal

Herpesul bucal apare mai frecvent la copii cu vârste cuprinse între 2 și 6 ani. Boala se datorează virusului herpes și se caracterizează prin faptul că gingivile sunt inflamate și sângeroase roșii. Pe mucoasa bucală și pe limbă se văd vezicule care se rup, lăsând să se vadă o rană. Din cauza durerilor provocate de această afecțiune, copilul se alimentează cu dificultate. Nu se cunoaște un tratament pentru acest fel de infecție, care durează între 2 săptămâni, timp în care durerile se pot calma cu analgezice anestezice.

30.2.3. Stomatita ulcero-membranoasă

Stomatita ulcero-membranoasă, cunoscută și sub numele de angină Vincent, este cauzată de doi germeni: *Bacillus fusiformis* (care seamănă cu *Treponema pallidum*) și *Leptotrichia* Vincentii.

Simptome: bolnavul are dureri mari, prezintă o tumefiere a mucoaselor, halenă, febră. Gingivile sângerează și pe ele apare o membrană gri-negricioasă. Linierii stau general se alterează vizibil.

Tratamentul se face prin clătirea gurii cu apă oxigenată și administrarea de sulfamide, în cazurile mai grave. Bolnavul va ingera timp de câteva zile numai lichide, nu va consuma alcool, iar fumătorii nu vor mai fuma.

30.2.4. Flegmonul planșeului bucal

Flegmonul planșeului bucal sau angina Ludwig se datorează unei infecții cu streptococ.

Simptome: temperatură ridicată, durere, alterarea stării generale. Există riscul ca edemul să se întindă la laringe și să provoace asfirie sau să se propage la mediastin.

30.3. MALFORMAȚIILE CONGENITALE ALE BUZELOR, MAXILARULUI ȘI ALE OASELOR PALATULUI GURII

30.3.1. Despicăturile labio-maxilo-palatine

30.3.1.1. Formele anatomociinice

3.2.3. Tulburările funcționale

[illegible]

20.1.3. Tratamentul

10

de către fragmente se găsea înlocuind una de altă

de către fragmente se găsea înlocuind una de altă

...copiii care au fost operați pentru gura de lup, dar alături a căror

... au tulburări de tonaj, iar pentru cei cu probleme de auz, au tulburări de vorbire. Această educație a vorbirii, dacă este dată corect,

...bună, sau cel puțin satisfăcătoare.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 30

1. Caria dentară de gradul II interesează:
smalțul dentar.

1. Care sunt:

- a. smalțul dentar;
- b. smalțul și dentura;
- c. deschiderea camerei pulpare;
- d. smalțul dentar.

2. Care din principiile alimentare, sunt influența microorganismelor din gură, produc substanțe acide capabile să dizolve smalțul și dentina?

produs sunt:

- a. lipidele;
- b. glucidele;
- c. proteinele;
- d. toate principiile, dacă imediat după masă nu se epuiză dintr-o intermitență care din urmările de mai jos nu se datorează absenței parțiale sau totale ale dinților.

2. Interacțiunile care din urmările de mai jos nu se datorează absenței parțiale sau totale ale dinților:

- a. interacțiunile care din urmările de mai jos nu se datorează absenței parțiale sau totale ale dinților;
- b. interacțiunile care din urmările de mai jos nu se datorează absenței parțiale sau totale ale dinților;
- c. interacțiunile care din urmările de mai jos nu se datorează absenței parțiale sau totale ale dinților;
- d. interacțiunile care din urmările de mai jos nu se datorează absenței parțiale sau totale ale dinților.

a. poziție vizuală a maxilarilor și, în consecință, influență importantă de masticție.

- a. procese masticare;
- b. mișcări digestive;
- c. infecții ale căilor respiratorii, astm, emfizem pulmonar, scleroză pulmonară;
- d. procese de creștere la copil;

4. Când se depune calciul în germenii dinților permanenți?

4. Când se depune calciul în gâturi:

- a. la vârsta de 4-5 ani;
- b. după căderea dinții de lapte;
- c. aproape imediat după naștere;
- d. după vârsta de 7-8 ani;

5. Care din următoarele nu corespunde pentru o bună perioadă de timp?

5. Care din atribuțiile de mai jos nu corespunde pentru o bună perioadă de timp?

- a. putea activa a periei trebuie să fie cât mai mică;
- b. să fie cât mai lată, pentru a putea cuprinde la un periaj cât mai multe dinți;
- c. să aibă 3 rânduri de păr;
- d. rândul să fie tăiat drept pentru a nu răni gingivile;

30.3. MALFORMAȚIILE CONGENITALE ALE BUZELOR, MAXILARULUI ȘI ALE OASELOR PALATULUI GURII

30.3. MALFORMAȚIILE CONGENITALE ALE BUZELOR, MAXILARULUI ȘI ALE OASELOR PALATULUI GURII

30.3.1. Despicăturile labio-maxilo-palatine

a) Baza de apă, care conține într-o despicătură ce interesează numai buna
supraviețuire;

30.3.1.1. Formele anatomoclinice

Despicăturile labio-maxilo-palatine pot fi portabile sau totale, având diferite forme și dimensiuni.

3.2.3. Tuburile funcționale

30.3.1.2. *Tulburările funcționale*
 În cazul unei desprinderi incomplete a buzii superioare (deci nu pe toată buza) și/sau a buzii inferioare, în timpul suflării, aerul scurge prin fisura rămasă, ceea ce duce la un suflu slab și la o voce răsunătoare. În acest caz, suflul este slab și răsunător, iar vocea este răsunătoare și slabă. În unele cazuri, suflul este slab și răsunător, iar vocea este răsunătoare și slabă.

Alteori când singurul prezintă o despicătură completă a fuziei singurului care
anterior, adeseori imposibil, așa înclă capatul respectiv trebuie înclă cu înțelegerea.

În desprinderea dinle, cele care formează auzul - părțile din supraauriculare și dintraculare, adeseori înghețate, așa încât copilul respectiv prezintă o surditate de mediu.

În desprinderea dinle, cele care formează auzul - părțile din supraauriculare și dintraculare, adeseori înghețate, așa încât copilul respectiv prezintă o surditate de mediu.

Copii cu aceste afecțiuni au tulburări de învățare foarte accentuate. Deficiența
trebuie să se reflecte și asupra psihicului copilului și, în general, asupra dezvoltării sale.

30.3.1.3. Tratamentul

30.3.1.3. Tratatamentul
Tratatamentul bozii de icpure este numai chirurgical, cel al gării de lapsoare fiind atât chirurgical, cât și protetic, în funcție de mărimea despicăturii și de momentul în care se face intervenția.

Vântul la care trebuie operat capul în buclă de separe este dat de C2 sau C3 (pentru cîntă în apropierea segmenului bazei) depinde, după ce s-a făcut o evaluare a caracterelor interne ale elementelor componente ale barei superioare (tip, material, vîrsta) în funcție de valoarea puterii se operază în jurul vîrstei de 2 ani.

Depășirea vîrstei care are loc operați în jurul vârstei de 2 ani.

Indicați în funcție de vîrsta, modelul puterii care este obligatorie să treacă în jurul de separe, cu influența de forțare, modelul puterii care este obligatorie să treacă în jurul de separe. (logopedică). Aceasta indică la vîrsta, dacă este în funcție de separe de separe (logopedică).

Indicați în funcție de vîrsta, modelul puterii care este obligatorie să treacă în jurul de separe de separe, sau cel puțin vîrsta de separe.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 30

identară de gradul II interesează;

- Caria dentara de gradul II este:
- a. smalul dentar;
 - b. smalul și dentina;
 - c. deschiderea cavernei pulpare;
 - d. necroza pulpei dentare;

2) Care din principiile alimentare, sub influența microorganismelor din gură, produc substanțe acide capabile să dizolve smalțul și dentina?

- c - prozentele

3. Incidenți care din urmările de mai jos nu se datorează absenței parțiale sau totale ale dinților?

- a. porție, vârstă și mărimea și în funcție de stadiul de dezvoltare gastrică;
- b. natura digestivă;
- c. mărimea și stadiul respirației, stadiul emfizei pulmonare, scleroza pulmonară;
- d. mărimea și stadiul sistemului respirator;
- e. mărimea și stadiul de nutriție.

4. Când se depune calciul în germinii dinților permanenți?

- a- la vârsta de 1-5 ani;
b- după căderea denturii de lapte;
c- aproape imediat după naștere;
d- la vârsta de 7-8 ani.

5. Care din atribuțiile de mai jos nu corespunde pentru o bună perioadă de timp?

- a. -putea de la a perici trebue să fie cât mai mică;
b. - să fie cât mai lată, pentru a putea cuprinde la un periaj cât mai mulți dinți;
c. - să aibă 3 rânduri de păr;
d. - pârul să fie tăiat drept pentru a nu răni gingiile;

- c. pînd să fac supă, dar nu prea dău;
d. pîndu-l ca peia să facă din natură.
8. Pericopul corect al dinților trebuie să fie:
- a. pe linia superioară dinților peis superioare;
b. micșinat peia de sus în jos și de jos în sus, dinșuri și gingii spre alia;
c. să se poată învecina, să se învecine și dinșuri;
d. ordon pînd să pînd peia să se pîndu în spatele interdentare.
9. De ce este indicat examenul de fructe la dinșuri?
- a. alia, apoi examen;
b. alia în cavitatea micșină a pînd;
c. examen dinșuri subțiri de examen de fructe, care se deșină mai alia;
d. examen de fructe pînd și alia de examen de fructe.
10. Tratamentul abscesului pericopului corect este:
- a. administrare de calmant;
b. deșină peia de sus a pînd deșină;
c. pînd cu lichide (cale deșină deșină);
d. administrare de antibiotice la neces;
e. examen deșină de pînd, în pînd alia.
11. Parodontita este:
- a. o inflamație a cavității bucale;
b. o absces a gingiv;
c. o boală care micșină deșină deșină a dinșuri;
d. o afecțiune micșină.
12. Parodontita se manifestă prin:
- a. examen deșină, deșină;
b. deșină deșină;
c. deșină deșină deșină;
d. examen deșină, care se deșină deșină deșină.
13. Cauzele parodontitei sunt:
- a. examen deșină;
b. examen deșină;
c. examen deșină care se pînd deșină deșină;
d. examen deșină;
e. examen deșină;
f. examen deșină deșină, examen.
14. Tratamentul parodontitei se corectă:
- a. examen deșină, examen deșină;
b. examen deșină deșină deșină;
c. examen deșină cu antibiotice;
d. examen deșină deșină deșină.
15. Care din simptomele de mai jos se le întâlnesc în stomatită?
- a. examen deșină;
b. examen deșină.

- c. examen deșină și examen deșină; examen deșină; examen deșină;
d. examen deșină;
e. examen deșină.
16. Tratamentul abscesului pericopului corect se corectă:
- a. examen deșină;
b. examen deșină deșină deșină;
c. examen deșină deșină deșină;
d. examen deșină deșină;
e. examen deșină deșină deșină deșină;
f. examen deșină deșină deșină deșină.
17. Baza de examen corectă este:
- a. examen deșină a examen deșină;
b. examen deșină deșină a examen deșină;
c. examen deșină deșină deșină;
d. examen deșină deșină deșină deșină.

Capitolul 31 | TERAPIA CU LASER

Dr. VICTORIA VOICHIȚĂ

Verificati-vă cunostințele

31.1. Noțiuni generale	932
31.1.1. Transportul de energie	933
31.1.2. Puterea laserului	934
31.1.3. Distribuția erpantilor	934
31.2. Efectul nazei laser asupra țesutului viu	934
31.2.1. Efectul termic	934
31.2.2. Efectul mecanic	935
31.2.3. Efectul fotochimic	935
31.3. Indicațiile terapeutice	935
31.4. Contraindicațiile laserului	935
31.5. Precauții	935
Cherionora la capitolul 31	936

31.1. NOTIUNI GENERALE

Entre cuceririle științei moderne cu aplicare în domeniul medical, tratamentul cu laser amplifiat prin emisia stimulată a radiației (LASER-light amplification by stimulated emission of radiation) este o realizare deosebit de importantă datorită marilor avantaje ce îl înfățișează.

Tha mai multe pe scurt, ce este LASER-ul? Radiația laser este o undă electrodinamică coerentă, vizibilă sau invizibilă, în funcție de lungimea de undă, care este emisă în direcția unei linii optice, dar care nu este absorbită de corpur lichide sau solide.

Principiul de funcționare a bazei este în directă legătură cu energia atomului.

Soluția (b) este a sensului, nu-l stăruie fiind formată dintr-un nucleu (alcătuit
pe lângă alți doi dintr-un număr de protoni cu sarcină electrică pozitivă și neutroni care

toate sursele din punct de vedere electric) în jurul cărora se învârtesc, se numesc de obicei legat cu tot al protocolului cu ocazia electronilor reglementați, sursele de energie, atunci când sursele din punct de vedere electric. Electronii se învârt în jurul surselor pe diferite traiectorii după legea lui Newton. Atomul cu o singură sursă de energie electrică este un sistem energetic. El poate reda sau primi energie, primare sau secundare în câmpul electromagnetic.

Schimbul de energie între muni și radiațiile electromagnetice se produce prin intermediul fotonilor, astfel încât energia radiației (respectiv fotonului) se învârt în jurul fotonului. În acest caz, energia este formă care are legătură cu fotonul unei radiații electromagnetice.

Schimbări de formă (și deci de energie), între unele electrostapenșuri și altele provocă modificări ale rețelelor electrice, dacă amina purprie a cunoscut de energie, el absorbă un foton și, pentru că a trecut în starea excitată, în urma excitației, revine într-un interval foarte scurt la starea fundamentală, emițând un foton. Dacă un atom excitat va fi lovit de un foton, a cărei energie este egală cu diferența de energie între nivelul excitat și cel fundamental, atomul va revine în starea fundamentală emițând un foton identic cu cel inițial (scăzând doar și lungimea de undă). Astfel, dacă la intrare vom avea un singur foton, la ieșire vom avea doi. Dacă s-ar fi doi fotonii inițiali doi atomi excitați, vor produce, în același mod, patru fotonii, doi la 1 s.m.d.

Excitarea a fost descoperită de Einstein în 1917, dar prima aplicare în practică

Fenomenul a fost descoperit de Einstein în 1917, dar prima aplicare în practică a Jocurilor lui Iancu a fost făcută în 1951 de către C. H. Townes. În 1960, T. H. Maiman a pus în funcțiune primul sistem laser de lumină și sunt evidențiate proprietăți care-l apropie de aplicarea în lumea biologică. Dezvolt. experimental bucurându-se de o largă aplicabilitate, deși este încă în stadiu de cercetare, este în prezent aplicat în unele practici și proceduri ale laborator. cu aplicabilitate în medicina.

În România, laserul a început să fie folosit în deceniul al 9-lea în oftalmologie, apoi în O.R.L. și neurochirurgie.

Materialul activ care sub efectul fasciculului excitant emite lumina laser poate fi solid, lichid sau gazos.

solid, thick waxy parts. *Chrysomelids* (beetles) are common and associated with the vegetation.

Principalele materiale solide cu care sunt echipate laserele moderne sunt cristalele „dopate” în care atomii proprii din structură sunt înlocuiți cu atomi de altă natură. De

Substanțele lichide sau gazoase care se folosesc la fabricarea lămpilor sunt: CO

În țara noastră, cei mai adesea sunt întâlnite bazele metalice cu CO_2 .

31.1.1. Transportul de energie

Fasciculul laser, la ieșirea din cavitatea de rezonanță a aparaturii emișorilor are o direcție rectilinie și fixă, ceea ce îl face apt pentru a fi folosit în chirurgia de suprafață. Pentru chirurgia endocavitară raza rectilinie este puțin operantă. De aceea, s-au găsit modalități de a o transporta cu ajutorul unui sistem de oglinzi fixe pe brațe articulate între ele sau cu ajutorul fibrelor optice.

articulate între ei sau cu ajutorul învelișului opac.

31.1.2. Puterea laserului

Puterea de acțiune a fascicului se regăsește în funcție de efectul dăruit asupra țesutului. De început de impuls cu putere mică, crescând-o până la obținerea efectului dăruit, evitându-se distrugerii țesutului moale.

Laserul CO₂ are o rază instabilă (în schimb). Fasciculul este absorbit de apă. Tissue-ul viu conținând 2/3 apă are o mare capacitate de absorbție pentru fasciculul laser CO₂. Vaporizarea și coagularea sunt superficiale și vizibile. Acesta este fasciculul laser, laser de microscop.

31.1.3. Durata expunerii

Puterea laserului este reprezentată de cantitatea de energie raportată la unitatea de timp. De durata expunerii depinde energia degajată. O emisie de laser de putere slabă dar cu o durată de expunere mai lungă (în timpul secunzelor) realizează o coagulare a proteinelor și sutură vasculară.

Căldura care se degajă înseamnă se propagă în țesuturile vecine pe care le poate leza. În schimb o emisie foarte scurtă, dar foarte puternică, permite localizarea efectului strict la nivelul celulelor care urmează a fi tratate.

31.2. EFECTUL RAZEI LASER ASUPRA ȚESUTULUI VIU

Fasciculul laser determină asupra țesutului viu efecte termice, mecanice și fotochimice.

31.2.1. Efectul termic

Energia fotonică este absorbită și transformată la nivelul țesutului viu în căldură. Efectul termic este cel mai ușor de pus în evidență.

La locul de aplicare se produce o căldură locală fiind efect distructiv, cu stimularea metabolismului celular.

La temperatura de 70°C începe coagularea proteinelor care permit hemostaza la nivelul vaselor sanguine cu diametrii sub 1 mm.

Vaporizarea se face la temperatura de 100°C. Celula încălzește brusc la această temperatură, face explozie, se vaporizează. Acest efect se petrece strict în limitele dimensiunilor fascicului laser care este fin și are calitatea de a putea fi localizat foarte precis în zona țesutului. El distruge strict pe acesta spre deosebire de celelalte historele distructive care distruge totul până la 1 cm distanță de punctul de aplicare. Laserul nu produce țesut necrotic permițând începerea imediată a procesului de cicatrizare. De asemenea, procesul inflamator este redus, de unde și lipsa durerii postoperatorii.

Carbonizarea se produce la temperatura de 400-500°C. Celulele sunt distruse până la stadiul de carbonizare, urmează să se adresează formațiunilor tumorale mari,

imprescabil care prin dimensiunile lor produce tulburări respiratorii sau de deglutiție. Reprezintă o metodă paliativă de tratament.

31.2.2. Efectul mecanic

Efectul mecanic se obține prin acțiunea fotochimică. Cu laserul care emite impulsuri ultracurte se creează un câmp electric. Intracelular determinând în nivelul plasmăi temperatură și presiuni foarte mari. Expansiunea plasmăi va determina o mișcare de pic capabilă să dilateze mecanic țesuturile.

31.2.3. Efectul fotochimic

Efectul fotochimic constă în injectarea unui produs fotosensibilizant care difuzează în organism, însă care este captat în mod preferențial de componentele lipidice prezente în celulele canceroase. În felul acesta este posibilă selecționarea acestor celule și acțiunea lor asupra efectului laser. Aceste celule au o culoare diferită față de restul țesuturilor și pot fi distruse preferențial. Menționăm că în cursul acestui procedeu bolnavul este în întregime inconștient.

Terapia prin laser s-a extins tot mai mult în ultimii ani, fiind folosită în multe specialități: oftalmologie, O.R.L., neurochirurgie, dermatologie, ginecologie etc. Raza laser se aplică după efectuarea anesteziei care poate fi generală, locală, locoregională, sau repleptanalgezie, indicată în funcție de caz.

31.3. INDICAȚII TERAPEUTICE

După efectele ce le produce asupra țesuturilor vii, laserul are următoarele indicații terapeutice: în chirurgie pentru coagulare și excizie; în stimularea metabolismului celular; în terapia antialgică și antiinflamatorie.

31.4. CONTRAINDICAȚIILE LASERULUI

Aplicarea acestei metode terapeutice nu se indică bolnavilor de cancer în stadiu incipient. De asemenea, necesită mare atenție în cazul femeilor gravide cu toate că nu există informații care să aștepte efectul teratogen al laserului. De asemenea, nu va fi indicat un torace în care este fixat un pacemaker.

31.5. PRECAUȚII

datorită efectului ce-l poate avea laserul asupra țesuturilor oculare, este necesar ca atât medicul, cât și bolnavul să poarte ochelari protectori, indiferent de tipul de laser.

micșorat. Se va folosi instrumentul sau pentru a elimina efectele reflexiei, se vor folosi câștiguri mici și, de asemenea, se vor evita lasajele și vor interzice folosirea instrumentelor.

Medicina modernă nu poate menține sau exclude din arsenalul ei chirurgie, această nouă metodă chirurgicală pentru a se evita dozele a apasă călărie armate medicale-convulsiv-accute din cauza de înfrățit.

Astăzi sunt, chirurgie neologizmi, vindecare rapidă, recuperare funcțională precoce și în proporție mai mare decât prin chirurgie clasică clădită, permitând intervenție profesională precoce, lipsa fenomenelor infecțioase, inflamatorii și perinele foarte rar și edemului postoperator, ceea ce se scutește de aplicarea unei intervenții medicamentelor postoperatorie imediată, necesită intervenții de scurtă durată în cazurile de 48 ore în cazurile mai dificile, se în manifestarea cazurilor nefaste din cauza de a suprasaturare de călărie care, într-un timp acceptabil de către pacienți vor fi posibile și nu necesită intervenția.

Astăzi, impactul intervenției asupra al medicilor, alături de performanțele și recuperarea, face actualmente ca metoda să fie din ce în ce mai larg folosită în practica medicală.

CHESTIONAR LA CAPITOLUL 31

1 - Ce este radiația laser?

- a - undă electromagnetice curenți;
- b - undă sau vibrații în funcție de lungimea de undă;
- c - se propagă prin vid, aer și anumite corpuri lichide sau solide;

2 - Prima aplicație în practică a laserului a fost făcută de:

- a - Einstein;
- b - C. H. Townes;
- c - T. H. Mann;
- d - Norman Wiener;

3 - Ce substanțe se folosesc la fabricarea laserilor?

- a - izotopul de carbon;
- b - oxigenul;
- c - heliu-neon;
- d - argonul;
- e - azotul.

4 - Pentru chirurgia endocavitară se folosesc:

- a - laser laser cu direcție rectilinie, lină;
- b - laser îndepărtat cu ajutorul oglinzilor fixate pe brațe articulate într-un elc;
- c - laser transportat cu ajutorul fibrelor optice;

5 - Puterea laserului este reprezentată de:

- a - cantitatea de energie emisă;
- b - direcția de propagare;
- c - durata de expunere;
- d - cantitatea de căldură degajată.

6 - Ce este acea emisie de laser de putere slabă, dar cu durată mai mare de expunere?

- a - acționând într-un loc;
- b - se propaga în jurul unei zone pe care se poate lucra;
- c - produce coagularea proteinelor și hemostază;
- d - permite localizarea obiectului în jurul la nivelul celulelor care amănă a fi tratate.

7 - Ce efecte produce radiația laser asupra țesutului viu?

- a - necroză;
- b - necroză;
- c - necroză;
- d - necroză;
- e - necroză.

8 - Ce efecte produce radiația laser asupra țesuturilor vii?

- a - se local de aplicare stimulează metabolismul celular;
- b - la 70° C începe coagularea proteinelor, care permit hemostaza vaselor sub 1 mm diametru;
- c - la 100° C se produce carbonizarea proteinelor;
- d - vaporizarea se face la 100° C, celula la această temperatură face explozie, razele laser fiind localizate foarte precis asupra unui punct lezional, îl distruge strict pe acesta;

9 - Care sunt indicațiile terapeutice ale laserului?

- a - chirurgie pentru coagulări și rezecții;
- b - tratamentul insuficienței renale;
- c - stimularea metabolismului celular;
- d - stimularea activității S.N.C. și cardio-vascular;
- e - terapie analgezică și antiinflamatorie.

10 - Care sunt contraindicațiile folosirii laserului în medicină?

- a - cancerul în stadiile incipiente;
- b - la femeile gravide;
- c - la femeile gravide;
- d - la bolnavii cardiaci;
- e - nu va fi tratat tumorile în care este format un pacemaker.

11 - Care sunt avantajele folosirii laserului în medicină?

- a - chirurgie neologizmi;
- b - vindecare rapidă, recuperare funcțională precoce;
- c - lipsa fenomenelor infecțioase și edemului postoperator;
- d - intervenție de scurtă durată;
- e - intervenție profesională precoce.

**RĂSPUNSURI
LA CHESTIONARELE DE LA CAPITOLELE 1-31**

1. - Noțiuni generale despre chirurgie:
1-b, 2-a, b, c, 3-b, 4-a; 5-c; 6-b.
2. - Organizarea, funcționarea și dotarea serviciilor de chirurgie:
1-c; 2-b, c; 3-b; 4-b; 5-b; 6-a; 7-c; 8-a; 9-c; 10-b, c; 11-a, b, c; 12-c, d; 13-a; 14-a, b; 15-a; 16-b, c, d; 17-b; 18-d; 19-b; 20-b, c; 21-b; 22-c; 23-b; 24-a, c; 25-b, c; 26-a, d; 27-b; 28-c; 29-a; 30-a, b, c; 31-c; 32-a.
3. - Dezinfectia, asepsia și antisepsia:
1-a; 2-a; 3-a, b, c; 4-b; 5-a; 6-b; 7-c; 8-c; 9-b; 10-b, d, e; 11-a; 12-b; 13-a; 14-c; 15-c; 16-c; 17-a; 18-a, c; 19-b; 20-b; 21-b; 22-b; 23-c; 24-a; 25-b, c; 26-b; 27-c; 28-a; 29-b; 30-a; 31-b, c; 32-b; 33-b, c; 34-b; 35-a; 36-a, b, c; 37-b; 38-c; 39-a; 40-c; 41-a, c, d; 42-a, c.
4. - Infecțiile acute chirurgicale:
1-b; 2-b, c, e; 3-b; 4-c; 5-b, c; 6-c; 7-a; 8-b, d; 9-b, c; 10-b; 11-b; 12-c; 13-d; 14-b; 15-c; 16-b, d; 17-b; 18-a; 19-b; 20-a; 21-c; 22-b; 23-c; 24-b; 25-b; 26-a; 27-b; 28-a; 29-a, c, d; 30-a; 31-b, c; 32-c; 33-b; 34-c; 35-a; 36-b; 37-a; 38-b; 39-b, c; 40-c, d; 41-c; 42-a; 43-a, b; 44-a, b, d, e; 45-a; 46-b; 47-b; 48-a, c, d; 49-a; 50-b, c; 51-b; 52-b; 53-b; 54-c; 55-a, b, d; 56-b; 57-c; 58-a; 59-b; 60-b.
5. - Tuberculoza chirurgicală:
1-b, c, d; 2-b, c, e; 3-b, c; 4-b; 5-a, c; 6-b; 7-c; 8-b; 9-a; 10-b; 11-b, c, d; 12-b; 13-b; 14-c; 15-b, c; 16-b, c; 17-a; 18-c.
6. - Anestezia:
1-a, b, c; 2-c; 3-b; 4-b; 5-b; c; 6-b, c, d; 7-c; 8-a; 9-b; 10-a; 11-b; 12-a; 13-b, d; 14-a; 15-b; 16-c; 17-b; 18-c; 19-a; 20-a, c; 21-a, c, d; 22-c; 23-b; 24-d; 25-a; 26-b; 27-a, c; 28-c; 29-b; 30-a, c, d; 31-b, c; 32-a; 33-a; 34-d; 35-a; 36-b; 37-c; 38-a, d; 39-b, c; 40-b; 41-a, b; 42-c; 43-a; 44-b; 45-a; 46-c, d; 47-b; 48-a; 49-a; 50-a, b, c.
7. - Intervențiile chirurgicale elementare:
1-a, c; 2-b; 3-b; 4-a; 5-c; 6-c; 7-b; 8-a, c; 9-b; 10-b; 11-a; 12-d; 13-b, d, e; 14-b, c; 15-a, c, d; 16-c; 17-b; 18-a; 19-b; 20-c, d, e; 21-b; 22-a; 23-b; 24-a; 25-c; 26-a, d; 27-b; 28-b, c, e; 29-b, c; 30-a; 31-a, c; 32-b, c; 33-a; 34-b, c; 35-a; 36-c; 37-b; 38-a; 39-b; 40-c; 41-b.
8. - Hemostaza și hemotransfuzia:
1-b; 2-a, c; 3-c; 4-b; 5-c; 6-b; 7-c; 8-a; 9-b, c; 10-b, d; 11-a, c; 12-b, d, e; 13-a, b; 14-c; 15-a, b; 16-a, c, d; 17-b; 18-b, c; 19-b; 20-b; 21-a; 22-a, c; 23-b, d; 24-a, b, c, d, e; 25-a; 26-c; 27-a; 28-b; 29-c; 30-b; 31-a, b, d; 32-c; 33-b.
9. - Transfuzia de sânge:
1-a, c; 2-b; 3-b, c; 4-b, c; 5-b; 6-c; 7-b; 8-a; 9-b, d; 10-a, c; 11-a, d; 12-a, c;

- 13-b, d; 14-b; 15-c; 16-a; 17-a, c; 18-c; 19-a; 20-a, c; 21-b; 22-a, d; 23-a; 24-b; 25-b; 27-c; 28-a; 29-b, c; 30-b; 31-a, c, d; 32-b; 33-b, c, d, e; 34-b, c; 35-a, b; 36-b, c; 37-a, d; 38-b; 39-a, b; 40-b, d, e; 41-b, c; 42-c; 43-a, b; 44-a, d; 45-c, d, e, f; 46-b.
10. - Plăgile, punctumurile, bandajele:
1-b; 2-a; 3-d; 4-c; 5-b; 6-c; 7-a, b, d, e; 8-a, b; 9-c; 10-b; 11-a; 12-b, c; 13-c; 14-b; 15-a, d; 16-a, d, e; 17-b, d; 18-a; 19-c, d; 20-a, b, d; 21-a, b; 22-c, d; 23-a, d; 24-b, c; 25-a, b, c; 26-a, b; 27-b; 28-c; 29-b, d; 30-a; 31-b; 32-b; 33-c; 34-b, c; 35-b, d; 36-b, a.
11. - Arteriole:
1-b, d; 2-a, d; 3-a; 4-b; 5-b, d; 6-b; 7-b; 8-a, b; 9-b; 10-a; 11-a, d; 12-a; 13-c; 14-a, d; 15-a; 16-a, c, e; 17-a; 18-c, e; 19-b; 20-b; 21-c; 22-b, d, e; 23-c; 24-a, c; 25-b; 26-b; 27-c; 28-c; 29-a; 30-b, c; 31-b; 32-b; 33-c; 34-b, c; 35-b, d; 36-b, a.
12. - Leziuni prin temperaturi scăzute:
1-a, d; 2-c; 3-b; 4-c; 5-b; c; 6-b, d; 7-b, d; 8-a; 9-d; 10-b, d; 11-c; 12-b, c; 13-a; 14-c; 15-a, d.
13. - Termometrie ale părților moi și ale oaselor:
1-a, b, c; 2-b, c; 3-c; 4-a; 5-a, d; 6-b; 7-d; 8-b, c; 9-b, c; 10-a, c; 11-a, d; 12-b; 13-c; 14-c; 15-b; 16-b, c; 17-a, d; 18-b, c, e; 19-b, d; 20-c, d; 21-b; 22-a, d; 23-b, c; 24-a; 25-c; 26-c, d; 27-b, c; 28-b; 29-c; 30-d; 31-c; 32-b; 33-b, c; 34-b; 35-b, d; 36-a, d; 37-a; 38-b; 39-c; 40-c; 41-a, c; 42-a; 43-b, c, e; 44-a, c; 45-a, c, d, e; 46-a, b, c, d; 47-b, d; 48-b, c; 49-a, b, d, e; 50-b; 51-a, d; 52-a, d; 53-b; 54-b, c; 55-d; 56-b; 57-d; 58-b, d; 59-b, d; 60-a, c, d.
14. - Șocul:
1-c; 2-b, c, d; 3-b, d; 4-a, c; 5-b, c; 6-a, d; 7-a, c; 8-a, b; 9-a, c, d; 10-a, c, d; 11-b, c; 12-c; 13-a; 14-b; 15-b; 16-b, d; 17-a; 18-c; 19-a, d; 20-b, c; 21-a, d; 22-d; 23-b; 24-d; 25-b, c; 26-a, c; 27-c; 28-b, c; 29-b, c; 30-b; 31-b, c; 32-a, c, d; 33-a, c; 34-a, b, c, f; 35-a, b; 36-b, c; 37-a, d; 38-a, c, d; 39-b, c, d; 40-b, d, e, f; 41-b, c; 42-a; 43-a, c, d; 44-c; 45-a, c; 46-b; 47-a, c; 48-b, d; 49-a; 50-b, d; 51-a; 52-b, d; 53-a, d; 54-b, d; 55-b, d; 56-a, b, d; 57-b, d; 58-b, c, d; 59-c; 60-a, c, d.
15. - Tumoriile:
1-b, d; 2-a, d; 3-a, d; 4-b; 5-b, c, d; 6-a, c; 7-a, d; 8-b, d; 9-a; 10-b; 11-c; 12-b, c; 13-a, b, c; 14-c; 15-a, c; 16-b, c; 17-a, b, d; 18-b, d; 19-a, d; 20-b, c; 21-a, c; 22-a, d; 23-c; 24-c; 25-c; 26-a, c; 27-d; 28-a, c; 29-a, b; 30-b, c, d, e; 31-b, d; 32-c; 33-b, d; 34-c; 35-b, c, d; 36-a, d; 37-a; 38-b; 39-b; 40-a, d; 41-b; 42-c; 43-c, d; 44-b, c; 45-a, c; 46-c; 47-c; 48-b; 49-b, c; 50-c.
16. - Primul ajutor în urgențele medico-chirurgicale. Resuscitarea cardio-respiratorie:
1-b, d; 2-a, d; 3-c; 4-b; 5-a, c; 6-a, b; 7-b, c; 8-d; 9-a; 10-c, d; 11-d; 12-b, d; 13-c; 14-a, c; 15-c; 16-b; 17-b, d; 18-a; 19-a; 20-b, c; 21-a; 22-c; 23-a, c; 24-b, d; 25-b, c; 26-a, c, d, e; 27-a; 28-b, d; 29-a, b, d; 30-a, c; 31-b, c; 32-b, d; 33-b, d; 34-d; 35-a, c; 36-b, c; 37-a; 38-a, b, c; 39-a, c; 40-a, d; 41-b, d; 42-b, c, d; 43-a, c, d; 44-b, d; 45-a; 46-b; 47-c; 48-b; 49-a, c, d; 50-c; 51-a, c, d; 52-b, c; 53-a, d; 54-b; 55-a, c; 56-a, b; 57-c; 58-a, d; 59-d; 60-a, c, d; 61-a, b, d; 62-c; 63-a;

12. *Acetabulum* (varietale):
1. 16. 12. 24. 4. 6. 12. 18. 24. 30. 36. 42. 48. 54. 60. 66. 72. 78. 84. 90. 96. 102. 108. 114. 120. 126. 132. 138. 144. 150. 156. 162. 168. 174. 180. 186. 192. 198. 204. 210. 216. 222. 228. 234. 240. 246. 252. 258. 264. 270. 276. 282. 288. 294. 300. 306. 312. 318. 324. 330. 336. 342. 348. 354. 360. 366. 372. 378. 384. 390. 396. 402. 408. 414. 420. 426. 432. 438. 444. 450. 456. 462. 468. 474. 480. 486. 492. 498. 504. 510. 516. 522. 528. 534. 540. 546. 552. 558. 564. 570. 576. 582. 588. 594. 600. 606. 612. 618. 624. 630. 636. 642. 648. 654. 660. 666. 672. 678. 684. 690. 696. 702. 708. 714. 720. 726. 732. 738. 744. 750. 756. 762. 768. 774. 780. 786. 792. 798. 804. 810. 816. 822. 828. 834. 840. 846. 852. 858. 864. 870. 876. 882. 888. 894. 900. 906. 912. 918. 924. 930. 936. 942. 948. 954. 960. 966. 972. 978. 984. 990. 996. 1002. 1008. 1014. 1020. 1026. 1032. 1038. 1044. 1050. 1056. 1062. 1068. 1074. 1080. 1110. 1120. 1130. 1140. 1150. 1160. 1170. 1180. 1190. 1200. 1210. 1220. 1230. 1240. 1250. 1260. 1270. 1280. 1290. 1300. 1310. 1320. 1330. 1340. 1350. 1360. 1370. 1380. 1390. 1400. 1410. 1420. 1430. 1440. 1450. 1460. 1470. 1480. 1490. 1500. 1510. 1520. 1530. 1540. 1550. 1560. 1570. 1580. 1590. 1600. 1610. 1620. 1630. 1640. 1650. 1660. 1670. 1680. 1690. 1700. 1710. 1720. 1730. 1740. 1750. 1760. 1770. 1780. 1790. 1800. 1810. 1820. 1830. 1840. 1850. 1860. 1870. 1880. 1890. 1900. 1910. 1920. 1930. 1940. 1950. 1960. 1970. 1980. 1990. 2000. 2010. 2020. 2030. 2040. 2050. 2060. 2070. 2080. 2090. 2100. 2110. 2120. 2130. 2140. 2150. 2160. 2170. 2180. 2190. 2200. 2210. 2220. 2230. 2240. 2250. 2260. 2270. 2280. 2290. 2300. 2310. 2320. 2330. 2340. 2350. 2360. 2370. 2380. 2390. 2400. 2410. 2420. 2430. 2440. 2450. 2460. 2470. 2480. 2490. 2500. 2510. 2520. 2530. 2540. 2550. 2560. 2570. 2580. 2590. 2600. 2610. 2620. 2630. 2640. 2650. 2660. 2670. 2680. 2690. 2700. 2710. 2720. 2730. 2740. 2750. 2760. 2770. 2780. 2790. 2800. 2810. 2820. 2830. 2840. 2850. 2860. 2870. 2880. 2890. 2900. 2910. 2920. 2930. 2940. 2950. 2960. 2970. 2980. 2990. 3000. 3010. 3020. 3030. 3040. 3050. 3060. 3070. 3080. 3090. 3100. 3110. 3120. 3130. 3140. 3150. 3160. 3170. 3180. 3190. 3200. 3210. 3220. 3230. 3240. 3250. 3260. 3270. 3280. 3290. 3300. 3310. 3320. 3330. 3340. 3350. 3360. 3370. 3380. 3390. 3400. 3410. 3420. 3430. 3440. 3450. 3460. 3470. 3480. 3490. 3500. 3510. 3520. 3530. 3540. 3550. 3560. 3570. 3580. 3590. 3600. 3610. 3620. 3630. 3640. 3650. 3660. 3670. 3680. 3690. 3700. 3710. 3720. 3730. 3740. 3750. 3760. 3770. 3780. 3790. 3800. 3810. 3820. 3830. 3840. 3850. 3860. 3870. 3880. 3890. 3900. 3910. 3920. 3930. 3940. 3950. 3960. 3970. 3980. 3990. 4000. 4010. 4020. 4030. 4040. 4050. 4060. 4070. 4080. 4090. 4100. 4110. 4120. 4130. 4140. 4150. 4160. 4170. 4180. 4190. 4200. 4210. 4220. 4230. 4240. 4250. 4260. 4270. 4280. 4290. 4300. 4310. 4320. 4330. 4340. 4350. 4360. 4370. 4380. 4390. 4400. 4410. 4420. 4430. 4440. 4450. 4460. 4470. 4480. 4490. 4500. 4510. 4520. 4530. 4540. 4550. 4560. 4570. 4580. 4590. 4600. 4610. 4620. 4630. 4640. 4650. 4660. 4670. 4680. 4690. 4700. 4710. 4720. 4730. 4740. 4750. 4760. 4770. 4780. 4790. 4800. 4810. 4820. 4830. 4840. 4850. 4860. 4870. 4880. 4890. 4900. 4910. 4920. 4930. 4940. 4950. 4960. 4970. 4980. 4990. 5000. 5010. 5020. 5030. 5040. 5050. 5060. 5070. 5080. 5090. 5100. 5110. 5120. 5130. 5140. 5150. 5160. 5170. 5180. 5190. 5200. 5210. 5220. 5230. 5240. 5250. 5260. 5270. 5280. 5290. 5300. 5310. 5320. 5330. 5340. 5350. 5360. 5370. 5380. 5390. 5400. 5410. 5420. 5430. 5440. 5450. 5460. 5470. 5480. 5490. 5500. 5510. 5520. 5530. 5540. 5550. 5560. 5570. 5580. 5590. 5600. 5610. 5620. 5630. 5640. 5650. 5660. 5670. 5680. 5690. 5700. 5710. 5720. 5730. 5740. 5750. 5760. 5770. 5780. 5790. 5800. 5810. 5820. 5830. 5840. 5850. 5860. 5870. 5880. 5890. 5900. 5910. 5920. 5930. 5940. 5950. 5960. 5970. 5980. 5990. 6000. 6010. 6020. 6030. 6040. 6050. 6060. 6070. 6080. 6090. 6100. 6110. 6120. 6130. 6140. 6150. 6160. 6170. 6180. 6190. 6200. 6210. 6220. 6230. 6240. 6250. 6260. 6270. 6280. 6290. 6300. 6310. 6320. 6330. 6340. 6350. 6360. 63

- [illegible]

28. - Afecțiuni oftalmologice:
1-f; 2-a, b, d; 3-b; 4-c; 5-b; 6-b; 7-a, b, d; 8-a, b, c; 9-b; 10-a, c, e; 11-d, e; 12-a;
13-a, c, d; 14-c; 15-b; 16-c, d; 17-a, c; 18-c; 19-d; 20-c; 21-d; 22-a, d; 23-b; 24-c; d;
25-a, c, d.
30. - Afecțiuni ale pielii și ale părului:
1-b; 2-b; 3-c; 4-c; 5-b; 6-b, c; 7-c; d; 8-a, b, c; d; 9-c; 10-a, b, c, d; 11-a, b, d, f;
12-a, b, d, e; 13-c; 14-a, b, c, d, e, f; 15-c.
31. - Terapia cu laser:
1-a, b, c; 2-b; 3-a, c, d, e; 4-b, c; 5-a, c; 6-b, c; 7-a, c, c; 8-a, b, d; 9-d, c, e; 10-a,
c, e; 11-a, b, c, d, e.

BIBLIOGRAFIE

1. - ANGELESCU N., CONSTANTINESCU N. — Infecții purulente postoperatorii, Ed. Medicală, București, 1989.
2. - ANGELESCU N. — Tehnici elementare de chirurgie, Ed. Medicală, București, 1985.
3. - ANGHIEL A. — Ghid de laborator clinic în salina clinică, Ed. Mănușării, Iași, 1985.
4. - ANGHIEL I. — Tehnica legăturii heparului chirurgical, Curs litografiat, IMF, București, 1975.
5. - BALȘ M. — Terapia infecției, vol. I, Ed. Medicală, București, 1979.
6. - BANCU V.E. — Patologia chirurgicală, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1979.
7. - BRUCKNER I. (sub redacția) — Rămânuri și terapii moderne, Ed. Medicală, București, 1986.
8. - BUIJC V., IALORCEASTĂI L. — Oftalmologie practică, vol. I-II, Ed. Intimex, Iași, 1975.
9. - BURGHELE TH. (sub redacția) — Patologia chirurgicală, vol. I-VI, Ed. Medicală, București, 1975.
10. - BURGHELE TH. (sub redacția) — Progrese recente în disciplinele chirurgicale, Ed. Medicală, București, 1982.
11. - BURGHELE TH. (sub redacția) — Statul normal în chirurgie, Ed. Medicală, 1965.
12. - BURLUI D., CONSTANTINESCU C. — Chirurgia generală, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1982.
13. - BURLUI D., CONSTANTINESCU C. — Curs de anatomie și terapeutică chirurgicală, Curs litografiat, IMF, București, 1978.
14. - BURLUI D., VALERIU M. — Schițe de terapeutică chirurgicală, Curs litografiat, IMF, București, 1981.
15. - CALOĞHEA C. — Chirurgie de urgență, Ed. Litex, București, 1980.
16. - CÎNCĂ D. (sub redacția) — Otorinolaringhiologie clinică, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1979.
17. - DAȘCHEVICI S. — Chirurgie, din volumul Manualul Surzilor de Crani Roșie, pag. 147-203, Ed. Medicală, Editia a III-a.
18. - DAVID-CRISTOPHER, Textbook of Surgery, Edited by C. Sabatini, J.R., M.D. Saunders Company.
19. - DETRE PH. — Patru abdomenale, suture digestive, hepatoenterice, vol. I, Ed. Masson, 1967.
20. - FILIPESCU Z., BRICIU R.M., MUSTĂȚEA N. — Terapie internă în urgențele medicale chirurgicale, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1979.
21. - FILIPESCU Z., CUKELARU I. — Reechilibrarea funcțională a bolnavilor în urgență, Ed. Medicală, București, 1983.
22. - GÂRBEA ST. — Chirurgia O.R.L., Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1978.
23. - GÂRBEA ST., MOGA I. — Fiziologia, patologia nazală și sinusurilor paranasale, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1985.
24. - GEROTA D. — Explorarea chirurgicală a abdomenului, Ed. Medicală, 1982.
25. - GHITESCU T. — Afecțiuni vasculare periferice, Ed. Medicală, București, 1975.
26. - GLOGORE V. — Semnologia medicală, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1977.
27. - GLOGORESCU AL. — Complicații prezente în chirurgia digestivă, Ed. Medicală, București, 1981.
28. - HÂRĂGOIU ST. — Arteropatii cronice obliterante ale membrilor, Ed. Dacia, Cluj, 1972.

29. BORTUCOMBI N., TURAI I. (sub redacția) — Chirurgie, vol. I-V, Ed. Medicală, București.
30. BORTUCOMBI N. (sub redacția) — Anatomia, fiziologia, fiziologia și practica, vol. Academică, București, 1937.
31. IONESCU G., SZABO I., CARDAN E. — (Hemostaza digestivă superioră), Ed. Dacia, Cluj, 1986.
32. KUTMANN A. — Psihopedagogie și metodologie chirurgicale pentru medici generaliști, Ed. Dacia, Cluj Napoca, 1986.
33. LEJER L., PRILEUX C., DETRIE P., FREMONT M., BOUTELIER P., ROY-CAMILLE R., MAGDELIND M., ALPEROVITCH R., LEVIG P., MEYRON H., MONTELE P. — *Seminarul de chirurgie*, Editura d.a., Ed. Masson, 1978.
34. MANIACHE FL. — Psihopedagogie, metodologie și clinică chirurgicale, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1976.
35. MIHAIL A., COSTRĂ I., POPESCU P., ALEXANDRU I. (sub redacția) — *Seminarul de medicină*, vol. I-II, curs litografat, I.M.F. București, 1979.
36. MIHAILESCU M. — Chirurgie pentru cadre medicale, Ed. Medicală, București, 1991.
37. MINCU I. — Anatomia omului bolnav, Ed. Medicală, 1980.
38. PAUNESCU POCEANU A. — Bazele clinice pentru practica medicală, vol. I-III, Ed. Medicală, București, 1988.
39. POP T. (sub redacția) — Diagnosticul cu stramutare, Ed. Medicală, București, 1982.
40. PREȘCU AL. (sub redacția) — Patologia chirurgicală, curs litografat, I.M.F. București, 1983.
41. PREȘCU AL. (sub redacția) — Chirurgie, vol. I-II, Ed. Didactică și Pedagogică R.A., București, 1991.
42. PROCA E. (sub redacția) — Tratat de patologie chirurgicală, vol. I-VI, Ed. Medicală, 1986.
43. KADULESCU P. — Elemente de patologie și terapioasă chirurgicală, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1990.
44. S.E.J.W. W. — Diagnosticul precoce al afecțiunilor acute, Ed. Medicală, București, 1994.
45. STANCIU P. — Patologie chirurgicală și mică chirurgie pentru cadre medicale, Ed. Medicală, București, 1974.
46. SUTUȚANU ȘT. (sub redacția) — Curs de polichinica medicală, curs litografat, I.M.F. București, 1977.
47. SUTUȚANU ȘT., PROCA E., STAMATIDU I., DIMITRESCU A. — Practica medicală internă în ambulatoriu, Ed. Medicală, București, 1979.
48. TETRESCĂ I. — Urmări medicale chirurgicale, Sinteze, Ed. Medicală, București, 1990.
49. TURAI I. — Mica chirurgie kirurgică, Ed. Medicală, București, 1984.
50. VASILE D., GRIȘORICH M. — Chirurgie și perisistolele inimii, Manual pentru polichinica postliceală, Ed. Didactică și Pedagogică R.A., București, 1995.

| | |
|--|-----|
| 11.2.2. Sursele de căldură care pot provoca arsuri | 326 |
| 11.2.2.1. Radiația solară | 326 |
| 11.2.2.2. Căldura din foc | 326 |
| 11.2.2.3. Căldura din apă fierdă | 326 |
| 11.2.2.4. Căldura din aer condiționat | 326 |
| 11.2.2.5. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.6. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.7. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.8. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.9. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.10. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.11. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.12. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.13. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.14. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.15. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.16. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.17. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.18. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.19. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.20. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.21. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.22. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.23. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.24. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.25. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.26. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.27. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.28. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.29. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.30. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.31. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.32. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.33. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.34. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.35. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.36. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.37. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.38. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.39. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.40. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.41. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.42. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.43. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.44. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.45. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.46. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.47. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.48. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.49. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.50. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.51. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.52. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.53. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.54. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.55. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.56. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.57. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.58. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.59. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.60. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.61. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.62. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.63. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.64. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.65. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.66. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.67. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.68. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.69. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.70. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.71. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.72. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.73. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.74. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.75. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.76. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.77. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.78. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.79. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.80. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.81. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.82. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.83. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.84. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.85. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.86. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.87. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.88. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.89. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.90. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.91. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.92. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.93. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.94. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.95. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.96. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.97. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.98. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.99. Căldura din apă caldă | 326 |
| 11.2.2.100. Căldura din apă caldă | 326 |

Arsura este un accident dinamic al organismului care se produce asupra corpului de către un agent traumatic. Aceasta este o afecțiune patologică, alături de alte afecțiuni, care poate fi cauzată de diverse cauze. Aceasta este o afecțiune patologică, alături de alte afecțiuni, care poate fi cauzată de diverse cauze. Aceasta este o afecțiune patologică, alături de alte afecțiuni, care poate fi cauzată de diverse cauze.

11.1. CLASIFICAREA ARSURILOR DIN PUNCT DE VEDERE ETIOLOGIC

În funcție de agentul traumatic care le-a produs, arsurile pot fi clasificate în:

- Arsuri produse prin căldură (termice).
- Arsuri produse prin substanțe chimice.
- Arsuri produse prin electricitate.
- Arsuri produse prin radiații (rază X și atomice).

11.2. ARSURILE TERMICE

Pielea are o mare capacitate de apărare față de factorii agresivi externi care acționează asupra organismului. Față de căldură ca agent agresiv traumatic, pielea are o mare capacitate de apărare, de care se poate beneficia în profunzime a căldurii.

Există două tipuri de căldură: caldura caldă și caldura rece. Caldura caldă este cea care provine din sursele de căldură caldă, cum ar fi focul, soarele, etc. Caldura rece este cea care provine din sursele de căldură rece, cum ar fi gheața, etc.

Există două tipuri de căldură: caldura caldă și caldura rece. Caldura caldă este cea care provine din sursele de căldură caldă, cum ar fi focul, soarele, etc. Caldura rece este cea care provine din sursele de căldură rece, cum ar fi gheața, etc.

11.2.1. Sursele cele mai importante de căldură provocatoare de arsuri și modul lor particular de acțiune

11.2.1.1. Radiația solară

Radiația solară este cea mai importantă sursă de căldură care poate provoca arsuri. Aceasta este o formă de energie care provine din soare și care poate fi absorbită de corpul uman.

11.2.1.2. Lichidele fierbinți și corpurile solide lichefiate prin căldură

Există două tipuri de căldură: caldura caldă și caldura rece. Caldura caldă este cea care provine din sursele de căldură caldă, cum ar fi focul, soarele, etc. Caldura rece este cea care provine din sursele de căldură rece, cum ar fi gheața, etc.



Fig. 129 - Luxații
A - luxația consolidată; B - luxația crotală; C - aspectul osului luxat; D - aspectul exterior al mâinii cu luxația.

13.2.2.2. Prognosticul

În prezența unei luxații simple, în care nu s-au rupt ligamentele și capsula pe mai întârzieri, în care nu sunt compresii vasculare sau nervoase, nu sunt distrugerii musculare și reușim, în foarte scurt timp de la apariția ei să reducem luxația și să o immobilizăm, evoluția este favorabilă și este posibil ca luxația să nu mai recidiveze niciodată. În caz că nu sunt situații favorabile specificate mai sus și, mai ales, dacă nici nu s-a făcut un tratament urgent și corect, luxația poate recidiva, sau pot apărea fenomene de artroză. Prognosticul este și mai grav în caz de leziuni osoase locale, musculare, vasculare ori nervoase.

13.2.2.3. Tratamentul

Tratarea unei luxații se numește *reducerea luxației*. Ea constă în reducerea în articulație a celor două capete osoase, pe aceeași cale pe care s-a făcut luxația. Acesta reducere trebuie făcută cât mai urgent posibil. Se face de preferință sub anestezie generală și curățare, care permit cel mai bine executarea manevrelor de reducere în

partea mijlocie și dacă leziuni sau distrugerii osoase, articulare, musculare și nervoase pot fi evitate.

Procedura reducerii de luxație se face după o metodologie proprie. Manipularea de reducere trebuie făcută cu metodologie. În unele, tehnica este simplă, sub anestezie generală și administrarea de miorelaxante se face exclusiv pe calea intravenoasă, după ce s-a aplicat pe celălalt segment. După ce se aplică o presiune pe segmentul luxat, care induce mișcarea în articulație pe aceeași cale pe unde a lipsit. Dacă luxația s-a redus, mișcările din articulație se pot realiza în ambele sensuri. Este obligatoriu să se facă întotdeauna și un control radiologic al poziției lor reciproce. Este obligatoriu să se facă întotdeauna și un control radiologic al poziției lor reciproce. Este obligatoriu să se facă întotdeauna și un control radiologic al poziției lor reciproce.

Dacă reducerea luxației nu reușește pe cale ortopedică (medicamentată) ea se va face pe cale chirurgicală (înghețând). În luxațiile vechi, aproape întotdeauna este necesar să se intervină chirurgical.

Dacă bănuim că s-au produs rupturi importante ale capsulei, de ligamente sau musculare, sunt necesare intervenții chirurgicale de specialitate. Cu atât mai mult sunt necesare intervențiile chirurgicale în caz de leziuni vasculare și nervoase.

Dacă reducerea, ortopedică sau chirurgicală (înghețând), articulația se mobilizează pentru o perioadă de cel puțin 2-3 săptămâni, pentru ca extremitățile să fie menținute în contactul lor normal și pentru ca rupturile capsulei și ligamentelor să se repare. După acest interval, sub îndrumarea directă a cadrelor de specialitate, se face un tratament de recuperare balneo-fizio-kinetoterapie (mișcări de recuperare, anclare la nevite și cu tratamente specifice).

13.2.2.4. Recidivele

De multe ori o luxație se poate repeta, mai ales dacă prima oară nu s-a aplicat un tratament corect. Cele mai frecvente recidive apar în luxația scapulo-humerală, luxația de omoplat, luxația mandibulară. De obicei, aceste luxații recidivante, denumite și "habituale", se repun ușor (uneori chiar de către pacient). Fără îndoială că recidivele determină o invaliditate mai mult sau mai puțin accentuată, fapt care obligă a se face în cea mai mare măsură la prima luxație, pentru a nu expune la recidivă. Pentru aceste luxații recidivante sunt indicate și intervenții chirurgicale, adică intervenții plastice împiedică, prin care se repară capsula articulară și se întăresc ligamentele de menținere în contact a celor două segmente osoase sau se fac chiar modificări de poziție a inserțiilor ligamentelor.

13.2.2.5. Luxații netraumatice

Înainte de a termina acest capitol, facem precizarea că în afară de luxațiile traumatice mai există și alte două tipuri de luxații:

- Luxații congenitale, care se datorează unor malformații, afectuni cu care nașul se naște.

- Luxații patologice, care sunt urmarea unor afecțiuni care distrug unul din elementele care compun articulația, făcând ca extremitățile osoase să nu mai stea în contact. Luxațiile patologice apar cel mai des în tuberculoza oso-articulară, în poliomielita și reuma.

13.2.3. Fracturie

Numele fracturii, care reprezintă rănirea osului, nu se poate produce prin acțiunea directă sau indirectă a unei agresiuni traumatice asupra osului.

13.2.3.1. Caracterile generale ale fracturilor

13.2.3.1.1. *Etiologia.* În mare măsură, fracturile apar datorită acțiunii traumatice, trebuie să fie foarte violență pentru a produce o fractură. La persoanele în vârstă, la care există un proces de calcifiere (întărire) a structurilor osoase - osteoporoză - rezistența osului scade foarte mult, astfel încât fractura se poate produce și după transmitere mică. Spre exemplu, un băiețel poate face o fractură de col (fractură claviculei) dacă a căzut în timp de mers, dar o persoană tânără poate să nu facă fractură chiar dacă a căzut de la câțiva metri înălțime. Copiii fac rar fracturi datorită elasticității oaselor lor. Oasele "patologice", care au în ele abcese sau formațiuni tumorale, se fracturază cu ușurință la nivelul leziunii, pentru că acolo structura osoasă normală, rezistentă - din mai există și este înlocuită de abces sau de masa tumorală lipsită complet de rezistență.

Foarte frecvente în timpul de război, fracturile sunt numărate și în timpul de pace, din cauza mai ales accidentelor de circulație, de muncă sau consecințelor prădărilor spontane.

13.2.3.1.2. *Clasificarea fracturilor.* Există variate modalități de a clasifica fracturile. Noi vom folosi aici o clasificare care ține seama de mecanismul de producere a fracturilor și de aspectul anatomo-patologic al fracturilor.

■ *Mecanismul de producere a fracturilor*

Deosebim două tipuri de fracturi: *fracturi directe* și *fracturi indirecte*.

■ *Fracturile directe* sunt mai frecvente în oasele unde oasele sunt acoperite până de piele decât acolo unde oasele sunt acoperite de o masă musculară bine dezvoltată. Fractura directă se produce la locul unde a apărut agentul traumatic vulnerant (fig. 130).

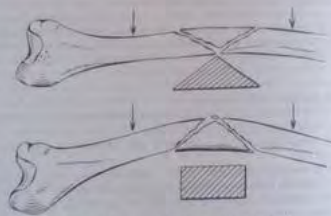


Fig. 130 - Modalitatea de producere a fracturilor directe.

■ *Fracturile indirecte* se pot face la distanță de locul de acțiune a forței traumatice, dar în același timp.

■ *Fracturile complete* sunt cele în care osul este rupt în două părți, iar fractura se produce în ambele părți, de obicei acolo unde artele osoase sunt mai slabe sau la punctul de schimbare a direcției.

■ *Fracturile incomplete* sunt cele în care osul este rupt doar în una din părți, iar fractura este în formă de fisură sau de crăpătură.

■ *Fracturile deschise* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul.

■ *Fracturile închise* sunt cele în care osul este rupt, dar este în contact cu interiorul și nu este în contact cu exteriorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

■ *Fracturile deosebite* sunt cele în care osul este rupt și este în contact cu exteriorul și este în contact cu interiorul.

electrocardiograma și examinarea acestor a miinii ajută la stabilirea diagnosticului și la respectiv la evitarea riscului de a aduce la un bolnav cu insuficiență cardiacă, pe lângă în cantități mari, care se încheie evidența bolnavului și se determină evoluția lui.

Există și jocii postoperatorii cu simptomele specifice. Acestea survin mai ales la copii și sunt cunoscute sub numele de: sindromul jaloare, hiperemie.

14.4.3. Tratatamentul șocului operator

14.4.3.1. Tratatamentul preventiv. Șocul operator apare adesea chiar în intervențiile mari, de lungă durată, care dădun altădată o mare mortalitate postoperatorie determinată printru alte și de jocul operator.

Această reducere evidentă a riscului operator este posibilă dacă se iau în considerare necesarul pentru prevenirea apariției șocului și care, schematic, sunt următoarele:

- **Corectarea proporțiilor a factorilor ce pot genera jocul:**
 - masa sângelui trebuie să fie restabilită cantitativ și calitativ, sau apropiată de valorile normale, inclusiv (pe cât posibil) deficiențe electrolitice și vitaminice;
 - corectarea, în limitele posibile, a tulburărilor cardiace, hepatice, pulmonare, renale, suprarenale, respiratorii. Chiar în cazurile de urgență, cu excepția hemoragiilor în care numai hemostaza poate realiza țintarea șocului, este preferabil să se tempereze operația, pentru a se corecta pe cât posibil aceste deficiențe.

■ **Controlul factorilor care pot declanșa jocul:**

◆ Eliminarea factorilor de joc: atât anesteziștii cât și chirurgii le revin obligația precise în acest sens.

◆ obligațiile anestezistului, inclusiv ale asistentei medicale de anestezie: premedicația corectă, oxigenarea și ventilația intraoperatorie suficiente, asigurarea unei căi aeriene libere, reducerea la minimum a profunzimii anesteziei.

◆ obligațiile chirurgului: manevre chirurgicale cât mai puțin traumatizante, hemostază imediată, durata limitată la strictul necesar a operației, evitarea apariției unor incidente sau accidente care să fie factori declanșatori de joc postoperator.

◆ Desensibilizarea la factorii de joc:

◆ blocarea transmiterii centripete a stimulilor nociceptivi, prin infiltrarea cu Procaină sau Xilină 1% a nervilor din teritoriul în care se operează.

◆ Compensarea factorilor de joc:

- compensarea pierderilor de sânge: pentru aceasta este necesar să cunosc toidocauza la dispoziție sângelui necesar și să se asigure venie corectă circulatorie; pentru a introduce sânge la nevoie, în ritmul pe care-l impune starea bolnavului; pentru pierderile mici de sânge, putem folosi și soluții electrolitice mono- sau macromoleculare;

- compensarea dereglărilor vasomotorii: se recurge când este cazul la Neostinefrin, Noradrenalină sau la Efedrină, Hemiaccinat de hidrocozison.

14.4.3.2. Tratatamentul șocului declarat. În caz de joc declarat, măsurile ce trebuie luate constau, în principiu, în intensificarea celor amintite mai sus și adăugarea și a unor alte măsuri, care sunt următoarele:

- restabilirea și menținerea masei sangine prin perfuzii (la nevoie și cu dop);

- favorizarea înghițirii conținerilor encefalice; așezarea corpului în poziție decubitală și ridicarea membrilor inferioari, favorizează circulația encefalică;

- utilizarea (cu discernământ) a vasoconstrictoarelor (Noradrenalină, Neostinefrin, Efedrină);

- infiltrarea sinusului carotidian cu procaină;

percepând apoi simțită excesivă și a unui agent normal de naștere (8 - 10 l pe minut).

Șocul septic este mai ușor de perceput decât de înțeles; de asemenea să se gândească că este mai ușor de vădit decât un joc de compunere. Trebuie să se știe că simptomele șocului și de schimbare ale stării se pot manifesta la simptomele unui joc de compunere de joc, iar și după toate eforturile pentru evitarea și în unele cazuri.

14.4.4. Șocul septic

Excepția unei faze sepsis, mai puțin poate duce la plămâni bronă în faza de circulație a bacteriilor și sau tulburări ale stării, producând joc septic (joc bacterian, joc septic), însoțit sau nu de hipertermie.

14.4.4.1. Etiologia

Șocul toxic poate fi provocat de:

- bacterii gram negative enterobacteriaceae: coli, proteus, klebsiella, salmonella, shigella, care prin conținutul lor cresc concentrația de endotoxine și produc hiperemie, iar endotoxinele, care se prezintă în special la nivelul microcirculației, generează vasoconstricția, cauzată de hiperemie și accentuează deficiul periferic de sânge;

- bacterii gram pozitive, în special stafilococi prin exo- și endotoxinele eliberate, care au un efect complex vasomotor și citotoxic, induc coagularea intravasculară, necroză și vasodilatație periferică, cu producere de edem, care provoacă un deficiț de volum sanguin circulant.

14.4.4.2. Simptomatologie

Șocul septic este ușor de recunoscut prin prezența unei infecții focale sau generalizate, a alterării sinusului arterial, tegumentele la început uscate și calde, ulterior umede și reci, exsudații slăbite, rigurose.

Șocul septic evoluează în trei stadii:

- **Stadiul I de joc hiperdinamic sau congestiv:** bolnavul este hipertermic, tegumentele sunt calde și uscate, normotensiv sau chiar o ușoară creștere a ei, tahicardic, tahipneic.

- **Stadiul II de joc hipodinamic sau decompensat:** bolnavul prezintă somnolență, însoțită de hiperemie, T.A. scăzută, tahipneic, tahicardic, tegumentele umede și reci, extremitățile cianotice, oligouric.

- **Stadiul III de joc irreversibil:** bolnavul prezintă hipotermie, stupor, confuzie, pedepse a tendinței arteriale, tulburări metabolice maxime, comă și moarte.

14.4.4.3. Tratatamentul

Tratatamentul va urmări următoarele obiective:

- ◆ antibioterapie (bactericidă);
- ◆ penicilină spectrului gramnegativ;
- ◆ retamicină;
- ◆ ampicilină;
- ◆ penicilină;
- ◆ penicilină spectrului grampozitiv;

bolnav cu sindrom de obstrucție intestinală este obținut necesarul cunoașterii cauzei determinatoare a bolii, pentru că întrucât felul și evoluția în cazul unei obstrucții mecanice și cu sindrom difuz se va proceda în cazul occludiei funcționale.

23.2.2.4.1. Etiopatogenia occluziilor

● Occluziile mecanice

Occluzia intestinală mecanică este determinată de închiderea lumenului intestinului, din cauza unei cauze locale, care poate fi de natură organică sau funcțională.

● Occluziile intestinale (prezențe în interiorul intestinului) și anume:

a) o tumoare, de cele mai multe ori de natură malignă, și care se dezvoltă de obicei asimptomatic, până când ajunge să astupe tot lumenul intestinal;

b) un corp străin, care poate fi ori un corp străin ingerat și nedigerat, ori un pachet de scaun, un calcul biliar etc. Acești corpi străini se pot opri, fiind de-a lungul intestinului subțire, dar de cele mai multe ori ei se opresc la joncțiunea dintre ileum și cec, unde prezența valvei Bauhin poate să se opună înaintării lor. În cazul în care se opresc în intestinul subțire, acești corpi străini înaintază, în general fără nici un fel de dificultate, de-a lungul colonului și se evacuează prin anus, pericula fiind deci intestinală în care s-a aflat bolnavul fiind de obicei necunoscut;

c) un proces tubercular, care în stadiul de cicatrizare retractionează pereții, strâmțând lumenul intestinal;

d) invaginarea unei anse intestinale, cauză frecventă de occluzie intestinală la copii foarte mici, se produce prin intrarea unui segment intestinal în alina - ca un deget de mână. Intrarea ajunge până la urmă să astupe lumenul intestinal;

e) fecaloamele, care sunt formate din materia fecală desecată, înțărâtă. Fecaloamele se opresc uneori de-a lungul colonului, de obicei în ampula rectală și anus. În general numai la bătrâni, caecocii, persoane cu tulburări neurologice (cu mișcări lente, insuficiențe ale musculaturii intestinale).

De multe ori tumorile, corpi străini, fecaloamele, chiar când nu sunt atât de mari încât să obstrueze tot lumenul intestinal, pot încă stimuli iritativi declanșatori de spasme. Contractia spastică este urmată de edem, care strâmțonează lumenul intestinal și transformă un obstacol incomplet într-un obstacol complet, pentru a cărui vindecare este necesară deseori intervenția chirurgicală.

● Occluziile externe (din afara intestinului)

Dintre acestea notăm:

a) o brida de neformare (tumora unei proces inflamator apărut de cele mai multe ori consecutiv unor intervenții chirurgicale sau unei peritonite). Această brida poate să înconjure o ansă intestinală și să o prindă ca într-un laț, strangulându-o. Altfel, chiar dacă brida este largă, și nu strangulează inițial ansa este posibil să se producă occluzia, prin faptul că ansele cresc în volum datorită conținutului și fac ca intestinul creat de brida să devină strangulat;

b) un inel de evințare sau de hernie, în care intră o ansă intestinală și rămâne în permanență aici. Este o situație similară cu cea descrisă anterior. Apar atunci când conținutul ansei crește într-un volum, inelul devine mult prea mic față de volumul ansei și aceasta este strangulată de inel;

c) procese inflamatorii, care aglomerează și strâng ansele intestinale așa de mult încât în altele, lumenul lor se reduce complet;

d) o deformare naturală, existentă în afara tractului intestinal, care comprimă lumenul și astupă (obstruează) lumenul. De obicei occluzia prin comprimare externă este trecătoare și se produce numai dacă procesul este mare, creșterea este ocluzia. Dovedit că așa este și în cazul occluziei prin compresie internă, creșterea este trecătoare și se produce ocluzia. Dovedit că așa este și în cazul occluziei prin compresie internă, creșterea este trecătoare și se produce ocluzia. Dovedit că așa este și în cazul occluziei prin compresie internă, creșterea este trecătoare și se produce ocluzia.

e) o deformare naturală, existentă în afara tractului intestinal, care comprimă lumenul și astupă (obstruează) lumenul. De obicei occluzia prin comprimare externă este trecătoare și se produce numai dacă procesul este mare, creșterea este ocluzia. Dovedit că așa este și în cazul occluziei prin compresie internă, creșterea este trecătoare și se produce ocluzia. Dovedit că așa este și în cazul occluziei prin compresie internă, creșterea este trecătoare și se produce ocluzia.



Fig. 182 - Forme diferite de occluzie mecanică a prezentei obștie.

● Occluzii funcționale

Occluziile funcționale de lungă durată sunt rare și de obicei se ameliorează, sau dispar complet, după dispariția cauzei care le-a declanșat. Ele au ca substrat stimuli neurologici de cauză variată. Căutarea etiologiei acestui tip de occluzie este foarte importantă, pentru că de stabilirea corectă a diagnosticului depinde atitudinea terapeutică și, implicit, evoluția ulterioară a bolnavului.

peritonii aderență și hemoragii, cu intensitate diferită de timp și se plăgă, mai ales în punctele de inserție. Trebuie să se acorde atenție dintr-o dată obiective și cele subiective.

La palpare se poate pune în evidență unci pancreatici care bătănesc, fiind semne de funcționare normală a țesutului muscular, în stadiu superior - mărirea abdomenului.

Se poate auzi adeseori o verică bătărească, sau semnele de contracție, în timpul palpării, semn că există și o participare bătărească la procesul patologic.

În faza de evoluție, pe lângă abdomenul de obicei nu se simt simptome, sau disconfort, semn al obiectivității - funcționale - în care se găsesc bătărești, fiind semne se pune în evidență imaginea (fidelă de interpretare) a unui pancreas mare.

În stadiul tardiv poate apărea un cadru duodenal mai larg decât normal, din cauza creșterii în volum a capului pancreasului edematizat.

e) Ecografia poate ajuta mult diagnosticul, arătând mărirea glandei și mărirea cistă biliară.

f) Tensiunea compensată este foarte utilă, observându-se mărirea de volum a pancreasului.

g) Examenul de laborator arată o creștere a amilazei din sânge și din urină. De la cefele termale de 16, respectiv 32 de unități Wohlgemuth, ea ajunge la peste 100-200 de unități Wohlgemuth.

Dacă facem cunoscute amilazei în urină interpozițională UAI constatăm valori mai crescute peste limita maximă de 1.000 UAI. În urină găsim valori cel puțin duble față de cele din sânge (peste 3.000-5.000 UAI/24).

Din punct de vedere al amilazei nu este constantă. Este, de obicei, prezentă în primele 2-3 zile de început al bolii și absență mai târziu, chiar dacă evoluția procesului pancreatic este nefavorabilă.

Se remarcă o leucocitoză moderată crescută (8.000 - 9.000 de globule albe), în care de evoluție nefavorabilă a procesului (evoluție spre necroză și supurație locală), leucocitoza crește foarte mult.

Uneori se constată ușure creșterii ale glicemiei și ale glicuroniei.

22.2.2.5.4. Diagnosticul diferențial se face eliminând o gamă largă de alte afecțiuni și în primul rând, următoarele: infarctul miocardic; ulcerul gastric sau duodenal în evoluție; peritonii sau perforat; peritonita de diferite naturi; ocluzia intestinală; infarctul miocardic; colecistita acută; colica renală stângă.

22.2.2.5.5. Evoluție. În marea majoritate a cazurilor, evoluția este benignă, mai ales dacă se administrează un tratament suportiv și corect. Altfel, procesul de autoliză a pancreasului evoluează către necroză și supurație. Astfel de cazuri se termină adesea fatal. De obicei, în pancreatitele acute foarte grave se intervine chirurgical, dar prin intervenție chirurgicală nu se poate asigura decât un drenaj al secreției hemoragice sau al supurației pancreatice sau se evacuează sechestrul necrotic. Uneori se formează, în locuri unde distruge din pancreas, mici chisturi care necesită un tratament chirurgical de lungă durată și cu rezultate

în schimbarea bolii.

22.2.2.5.6. Tratamentul. Tratamentul de bază este cel medical, mai ales dacă bolnavul se prezintă în stadiu de debut și procesul este în evoluție (faza de pancreatită necrotică). Dacă procesul evoluează necrotic, se adaugă tratamentul chirurgical.

Tratamentul medical urmărește reducerea simptomelor secreției pancreatice și corectarea dezechilibrului hidroelectrolitic. În acest scop, bolnavul va sta obligatoriu la pat, se va opri orice activitate pe jumătate, se va evita orice mișcare fizică permanentă. Se administrează inhibitorii secreției gastrice, precum și antispasmodice (Papaverin, Novalgine, Scopolin, Liadon). Se vor administra și analgetice (Analgine, Paracetamol) în cazurile în care acestea sunt necesare. Dacă starea generală a bolnavului este bună, se vor face perfuzii cu ser fiziologic, ser glicerinat, ser în faza de debut 2,5 mg/24. Se va face perfuzie cu ser fiziologic, mai ales dacă volumul de sânge este redus, alături de urină, calculul perfuzabil este indicat să se dea în cantități mari de până la 4-6 litri pe zi. Cu rezultate încercate și discutabile este utilizarea de antiserum de creșterea în volum a capului pancreasului.

Tratamentul cu corticosteroizi hemoragici de hidrocortizon și deoxi de 300-1.000 mg/24 se poate administra în cazurile în care există ocluzia biliară.

Analgeticele sunt relativ utile. La începutul evoluției stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

În evoluția tratamentului se va face senza de evoluție stării generale, a febrei, a tulburărilor de respirație, precum și.

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

OK

527

Există factori favorizanti cu rol constant în apariția tumorilor vezicale.
Apariția tumorilor vezicale este frecvent în funcțiuni care lucrează cu substanțe chimice ca: anilină, năftalină, benzină. Aceste substanțe se eliberează din organism prin urină. Tumora este simțul unei stări chimice prelungite a mucoasei vezicale în contact cu urina care conține aceste substanțe.

■ Tumorile benigne cele mai frecvente sunt reprezentate de papilomul.

Papilomul se prezintă fie ca o tumoră cu suporiște neregulate, multiloculare, ascundându-se cu o mică înălțime în cavitatea urinei sau în urină și adesea în urină.

În peste 90% din cazuri papilomul este multipol, în unele cazuri este singur și voluminos, înalt acoperă aproape toată suprafața mucoasei vezicale, dând papilomatoză difuză a vezicii. Volumul papilomelor variază de la un bob de mei la o mână mare.

Deși tumoră benignă, papilomul, după extirparea lui recidivează în peste 50% din cazuri, fapt legat de potențialul lui de malignitate.

■ Tumorile maligne sunt reprezentate de epitelionul papilar care are o buclă largă de implantare în pietrele vezicale, iar peretele la acest nivel este infiltrat, rigid, fără sințet.

În suprafață, zona de infiltrație este mai mult sau mai puțin înaltă, iar în profunzime cuprinde toate straturile peretelui, trecând și în peretele perivascular. În acest stadiu micușoarea este manifestată, neregulată, tăcătoare. Caracterul esențial al acestei tumori este invadarea ganglionilor pelvici și iliaci.

Semnul caracteristic al tumorilor vezicale este hematuria, care are unele caracteristici ca: cea renală, este spontană, capricioasă, abundentă, variabilă ca intensitate și terminată (această ultimă caracteristică este de origine vezicală a hematuriei).

Asociat cu hematuria terminală sau înaltă cu acestor tumori, sindromul de cistită este caracteristic tumorilor maligne ale vezicii. Polakiuria, durerea micșionară și hematuria micșionară sunt simptome de început ale acestor tumori. Cu timpul durerea devine intensă.

Alături de aceste simptome principale, în tumorile vezicale mai există și alte manifestări: dificultate micșională sau din contră incontinență urinară, reziduuri persistente, piurie izolată.

■ Diagnosticul de certitudine se pune numai prin cistoscopie, care este obligatorie ori de câte ori există o hematurie sau tulburări vezicale fără explicație precisă. Prin cistoscopie se confirmă prezența tumorii și se capătă informații precise asupra stadiului voluminal și aspectului macroscopic al tumorii.

Alături de cistoscopie, există și alte mijloace de explorare care confirmă sau completează datele obținute cu ajutorul cistografiei, pneumocistografiei, biopsiei endoscopice etc.

■ Tratamentul papilomelor vezicale se va face prin electrocoagulare, rezecție endoscopică și mai recent tratamentul endoscopic cu laser.

În cazul tumorilor maligne se face puncție cistectomie parțială sau totală cu reimplantarea ureterelor la picie, la o ană după sau sigmoid, asociat cu chimioterapie și terapie radiațională, care poate fi endocavitară cu radium sau la distanță prin telecobaltoterapie.

26.2.4.3. Tumorile de prostată

Acestea sunt benigne și maligne. Tumorile benigne de prostată se mai numesc și adenome de prostată.

26.2.4.3.1. Adenomul de prostată

■ Etiopatogenia
Nu se cunoaște încă cauza care determină creșterea în volum a prostatei, creșterea în volum se poate face în două moduri: creșterea în volum a prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

Creșterea în volum a prostatei este determinată de doi factori: creșterea în volum a celulelor prostatei și creșterea în volum a celulelor prostatei.

- d. - se îndepărtează puțin mai sus și spre stânga.
26. - Când se execută infuzarea sub formă de apă de grâu (epica)?
- pentru realizarea unei compresii asupra unei articulații;
 - pentru a încălzi un pansament în care se fac mici încluzi;
 - pentru încălzirea unui pansament la nivelul feței și nărilor;
 - pentru încălzirea pansamentului la nivelul fetei și nărilor.
27. - Pentru încălzirea pansamentului la nivelul nărilor se folosește:
- bandaj tip cu material aderent;
 - prapic;
 - bandaj în T;
 - infuzarea sub formă de evantai.
28. - Pentru fixarea unui pansament la nivelul capului se poate folosi:
- fixare cu înscăptant;
 - fixare cu placă autoaderentă;
 - fixare cu buclă (capcînă);
 - fixare cu gârlă.
29. - Genunchiera se poate folosi în:
- afecțiuni traumatice ale genunchiului;
 - entorse ale genunchiului;
 - tuberculoză a genunchiului;
 - hidartroză, distrofie a ligamentelor genunchiului.
30. - Punctele fixe ale infuzării, ca și modul prin care se termină fața se vor plia:
- la distanță de plagă și nu în zona declivă;
 - la nivelul plăcii;
 - nu există o regulă privind modul lor de plasare;
 - unde considerăm cel care pînăcuză în funcție de poziția și felul bandajului.

Capitolul 11 ARSURILE

Verificați-vă cunoștințele

| | |
|--|-----|
| 11.1. Clasificarea arsurilor din punct de vedere etiologic | 326 |
| 11.2. Analele termice | 326 |
| 11.2.1. Sursele cele mai importante de căldură | 327 |
| 11.2.1.1. Sursele de arsură și modul lor particular de acțiune | 327 |
| 11.2.1.2. Lichidul fierbinte și obiectele solide | 327 |
| 11.2.1.3. Gazurile prin căldură | 328 |
| 11.2.1.4. Gazurile și vaporii | 328 |
| 11.2.2. Criteriile de apreciere a întinderii și profunzimii | 328 |
| 11.2.2.1. Gradul de profunzime | 328 |
| 11.2.2.1.1. Arsura de gradul I | 329 |
| 11.2.2.1.2. Arsura de gradul II | 330 |
| 11.2.2.1.3. Arsura de gradul III | 330 |
| 11.2.2.1.4. Arsura de gradul IV | 331 |
| 11.2.2.2. Suprafața arsă | 331 |
| 11.2.2.2.1. Schema lui A. B. Wallace | 332 |
| 11.2.3. Evoluția clinică | 332 |
| 11.2.4. Complicațiile arsurilor | 332 |
| 11.2.4.1. Infecția | 333 |
| 11.2.4.2. Nevrita acută, bronhopneumonia, embolia pulmonară, hemoragia digestivă, rețenția prin hematemeză și melenă | 333 |
| 11.2.5. Prognosticul | 333 |
| 11.2.5.1. Indicii de prognostic Baz | 334 |
| 11.2.5.2. Indicii de prognostic Frank | 334 |
| 11.2.6. Tratatamentul | 334 |
| 11.2.6.1. Gradul întâi (primul ajutor și asistența imediată) | 334 |
| 11.2.6.1.1. Primul ajutor la locul accidentului | 334 |
| 11.2.6.1.2. Tratatamentul în spital | 335 |
| 11.2.6.2. Tratatamentul în stadiul II | 335 |