

minut în timp de 5 zile; tab. Aspirină 350mg – pe parcurs de 3 săptămâni. În perioada postoperatorie s-a aplicat și herudoterapia (aplicarea lipitorilor). Toți pacienții în perioada postoperatorie au urmat tratamentul de recuperare funcțională prin prelucrarea mișcărilor și fizioterapie.

Rezultate

La 4 din cei 6 pacienți, cu tipuri II, III și un caz de tipul IV rezultatele funcționale sunt satisfăcătoare. La 2 pacienți cu tipul IV rezultatele funcționale sunt bune. La toți acești 6 pacienți, care au suferit intervenție chirurgicală de replantare a degetului rezultatele estetice sunt satisfăcătoare. Nici un pacient nu a cerut ulterior amputație.

Concluzii:

1. La pacienții, care au suferit traumatisme prin verighetă replantarea a fost posibilă, cu un rezultat funcțional satisfăcător. Din punct de vedere estetic, aceasta a devenit o tehnică recomandată în Centrul de Microchirurgie. Rate mari de supraviețuire a degetului replantat sunt posibile, deoarece nivelul de calificare adecvată a infrastructurii este disponibil în Centrul de Microchirurgie.
2. Artrodeza articulației interfalangiene distale nu afectează funcția mâinii, deoarece mișcările active în articulația interfalangiană proximală și metacarpofalangiană se păstrează. Scurtarea falangelor, în cazul dat a falangei medii și osteosinteza sa cu broșe de asemenea nu afectează funcția mâinii, dar dă posibilități tehnice pentru aproximarea mai ușoară a capetelor vaselor.
3. Plastia arterelor cu grefă autovenoasă dau rezultate bune în cazul defectelor acestora.
4. Traumatismul prin smulgere a degetului provoacă schimbări anatomice, care se produc de-a lungul degetului, provocându-se o suprafață mai mare de fibroză în viitor. În comparație cu alte tipuri de replantări ale degetelor, cele cu mecanism prin smulgere, necesită măsuri de recuperare funcțională (prelucrare a mișcărilor și fizioterapie) mai intensă.

Bibliografie:

1. URBANIAK JR, EVANS JP, BRIGHT DS. Microvascular management of ring avulsion injuries. *J Hand Surg* 1981; 6A:25-30.
2. NISSENBAUM M. Class IIA ring avulsion Injuries: An absolute indication for microvascular repair. *J Hand Surg* 1984 : 9A: 810-5
3. KAY S, WERNITZ J, WOLFF TW. Ring Avulsion Injuries: Classification and prognosis. *J Hand Surg* 1989; 14A: 204-13.
4. ADANI R, CASTAGNETTI C, BUSA R, CAROLI A. Ring avulsion injuries: Microsurgical management. *J Reconstr Microsurg* 1996; 12: 89-194
5. PEDERSON WC. Replantation. *Plast Reconstr Surg* 2000; 107: 823-41.
6. G.VEREGA, I.ȘAPOVALOV, F.VEREGA, M.CRUDU Replantare de deget în traumatizm prin verighetă. VIII National congress of the Romanian society for hand surgery. Sovata, Romania, October 8-10, 2008.
7. SABAPATHY R, VENKATRAMANI H, BHARATHI R, SEBASTIN SJ. Replantation of ring avulsion amputations. *Indian J Plast Surg* 2003;36:76-83.

UNELE ASPECTE ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL A DEFECTELOR TEGUMENTARE ÎN LEZIUNI DESCHISE GRAVE A APARATULUI LOCOMOTOR

SOME ASPECTS OF THE SOFT TISSUE DEFECTS SURGICAL TREATMENT IN SEVERE OPEN INJURIES OF LOCOMOTOR APPARATUS

Gh. Negruță, R. Goncarencu, V. Chițan, S. Moloșnic

IMSP SR Orhei

Summary

This article presents the surgical treatment results at the Rayonal Clinical Hospital from Orhei for the 2003-2010 periods in 22 patients with various soft tissue defects. This method is based on using the flaps on vascular pedicle. We obtained satisfactory cosmetic and functional results in all cases. In fact, the final result of the treatment in the majority of cases depends on the injury's severity, the time and the quality of specialized medical aid and finally, it depends on the patients' correct selection.

Rezumat

Această publicație prezintă rezultatele obținute în tratamentul chirurgical bolnavilor cu un număr de 22 cazuri cu diferite defecte tegumentare importante în clinica IMSP SR Orhei în perioada anilor 2003 – 2010. Metoda dată este bazată pe folosirea lambourilor vascularizate axilare. În toate cazurile clinice noi am obținut rezultatele estetico-funcționale bune și satisfăcătoare. Rezultatul final în majoritatea cazurilor depinde de gradul leziunii, de termenul și calitatea acordării asistenței medicale specializate, și nu în ultimul rând de selectarea corectă a bolnavilor.

Actualitatea temei

Rezolvarea concomitentă a soluțiilor de integritatea tegumentară, neurovasculară și osoasă în leziuni deschise grave a aparatului locomotor este una din problemele actuale în traumatologia modernă¹. Necăutând la progresul tehnico-științific și succesele chirurgicale în plastia tegumentară vascularizată se întâlnesc cazuri cu diferite complicații după tratament neadecvat și incorect⁷. Defecte țesuturilor moi a unelor regiuni a aparatului locomotor cu dezgolirea structurilor profunde prezintă o greutate deosebită în alegerea metodei optime și corecte de reconstrucția zonei afectate⁴. De exemplu, membrele inferioare practic întotdeauna se află în poziție denivelată, din cauza această pentru segmentul dat sunt caracteristice edem cronic, stază venoasă, tromboza venelor profunde și schimbări aterosclerotice al sistemului arterial³. Toți acești factori acționează la alegerea metodei optime de plastia tegumentară a zonei interesate, unde vascularizarea țesuturilor are o importanță deosebită³.

Materiale și metode.

Condiții pentru utilizarea procedurilor microchirurgicale în cadrul serviciului ortoped-traumatologic a SR Orhei au fost create în anul 2003. Activitatea dată noi o susținem până în prezent. În perioada anilor 2003-2010 în IMSP SR Orhei au fost supuși tratamentului chirurgical 22 de pacienți cu diferite leziuni deschise grave și (sau) defecte tegumentare a aparatului locomotor, care au prezentat necesitatea de plastia cu diferite lambouri vascularizate axial:

Lambouri peninsulare.

- lambou parietal – 2 cazuri,
- lambou retroauricular – 2 cazuri,
- lambou supraorbital – 1 caz,
- lambou fasciocutan pe vena safena mică – 1 caz,
- lambou sural – 1 caz.

Lambouri insulare.

- lambou ulnar pe pedicul distal – 2 cazuri,
- lambou radial pe pedicul distal – 7 cazuri,
- lambou radial pe pedicul proximal – 1 caz,
- lambou tibial posterior pe pedicul distal – 2 cazuri,
- lambou dorsal a piciorului pe pedicul distal – 2 cazuri.
- lambou sural – 1 caz.

În tratamentul defectelor importante noi preferăm și le folosim cu succes lambourile vascularizate axial din cauza, că transferurile libere prin anastomoze microchirurgicale sunt complicate tehnic, au cerințe deosebite pentru realizare și sunt financiar intolerabile de mulți pacienți, îndeosebi în condițiile actuale⁶.

Evaluarea preoperatorie a stat la baza selecționării pacienților, fiind considerat primul factor care influențează succesul unei astfel de intervenții ample⁵. Din punct de vedere al statusului general al pacientului, singura contraindicație absolută a fost hipercoagulabilitatea. S-au considerat ca și contraindicații relative ale intervenției, legate de starea generală a pacientului sunt următoarele:

- vârsta extrem de înaintată a pacientului (datorită prezenței constante a aterosclerozei și fragilității capilare);
- diabetul zaharat netratat (vindecare deficitară și o revascularizare tardivă), hipercolesterolemia (se asociază cu ateroscleroză, prezentând un risc de eșec mai ales dacă donor este localizat la membrele inferioare; prezintă mai frecvent plăci de ateroscleroză);
- colagenozele (incidență crescută a trombozei vasculare);
- deficitul de coagulare (medicamentoase - prin administrare de cumarinice, insuficiență hepatică etanolică);
- maladii psihice și absența cooperării între pacient și medic.

Cel mai frecvent au fost afectați bolnavi cu vârsta medie cuprinsă între 28 – 46 de ani (82 % de cazuri), cel mai tânăr – copil de 4 ani cu electrotrauma a mâinii drepte, cea mai vârstnică pacientă – bolnava de 68 ani cu arsura prin contact a regiunii fronto-temporo-parietale pe dreaptă. În dependența de sex – 15 au fost bărbați (68 %), 7 – femei (32 %). Plăgile cu defecte importante a țesuturilor moi predomină în structura cauzelor leziunilor, care necesită plastia vascularizată – 10 de cazuri (45 %), urmate de fracturi deschise cu defecte majore – 8 cazuri (36 %), prin arma de foc – 4 cazuri (19 %).

În 9 cazuri (41 %) la bolnavi cu defecte importante a țesuturilor moi s-a constatat asocierea traumei cu lezarea vaselor magistrale și (sau) nervilor periferici. În aceste cazuri noi am folosit sutura vasculară microchirurgicală terminoterminală sau ligaturarea vaselor lezate în dependența de stare generală a bolnavului și gradul dereglării circulației periferice a sângelui, și (sau) sutura epiperineurală a nervului lezat. În fiecare caz, când a apărut necesitatea de a închide zona donatorie, unimomental s-a efectuat autodermoplastia liberă prin diferite metode.

În dependența de tipul traumei, segmentul afectat, expoziția agentului traumatic, de starea generală și psihosomatică pacientului au fost alese și efectuate următoarele măsuri de terapie intensivă și metode de anestezie: cu scopul corecției hipovolemiei și anemiei posttraumatice, totodată, pentru restabilirea microcirculației perfuzate soluții de Natriu cloric, Ringher, Trisoli, Disoli, Refortan, Rheopolyglucin, Plasma proaspătă congelată, Componente eritrocitare compatibile, spasmolitice, reologice, peste 6 ore după intervenție chirurgicală – heparinoterapia. Cu scop anestetic au fost efectuate:

- Prin intermediul anestetice locale -

1. Bloc interscalenius.
2. Anestezia după Kulenkampff.

3. Anestezia axilară.
4. Anestezia rahidiană.
5. Bloc peridural prelungit cu (fără) sedație intravenoasă.

Anestezia generală

1. Cu respirația mecanică.
2. Cu respirația spontană.

Rezultate și discuții.

Monitorizarea postoperatorie a lambourilor insulare și peninsulare s-a efectuat prin cronometrizarea răspunsului capilar (dispariția petei capilare)², termometrizarea țesuturilor lamboului, comparativ cu cele sănătoase, prezența pulsației pedicului vascular și a sângerării din țesuturile lamboului.

În perioada postoperatorie la 20 de bolnavi (91 %) s-a constatat viabilitatea totală și integrarea bună a lambourilor vascularizate cu zona recipientă. În 2 cazuri (9 %) plastia vascularizată a defectului tegumentar s-a complicat cu necroza parțială a lamboului tibial posterior pe pedicul vascular cu circulația sanguină inversată, care a fost cauzată de atârănare nesperioasă a pacienților față de intervenția. Bolnavi n-au respectat regimul postoperatoriu, semne de necroza au apărut imediat după verticalizarea desinestătătoare a pacienților peste 2 zile de la operație. Într'un caz complicația a fost rezolvată în etapa a doua prin plastia defectului cu lambou peninsular fasciocutan pe vena safena mică și cu lambouri triunghiulare încrucișate. În alt caz pacientului s-a efectuat plastia vascularizată secundară cu lambou sural pe pedicul distal.

La distanța au fost studiați toți 22 bolnavi. În toate 22 cazuri noi am primit rezultate estetico-funcționale bune și satisfăcătoare.

În majoritatea cazurilor strategia tratamentului specializat în leziuni grave cu defecte importante ale țesuturilor moi depinde de calitatea și tehnica hemostazei la etapa prespitalicească, de starea generală pacientului, de nivelul pregătirii a echipei de gardă în domeniul dat și de posibilitatea efectuării intervenției microchirurgicale cât mai rapid.

Concluzii

1. Folosirea tehnicilor microchirurgicale în cadrul serviciului ortoped-traumatologic la nivelul raional permite rezolvarea unimomentală a defectelor tegumentare majore în timp foarte redus și arată succesele în tratament a traumelor destul de dăunătoare pentru aparatul locomotor.
2. Rezultatul final în majoritatea cazurilor depinde de gradul leziunii, de termenul și calitatea acordării asistenței medicale specializate, și nu în ultimul rând de selectarea corectă a bolnavilor.
3. Lambouri insulare și peninsulare pe pedicul vascular cu circulație sanguină fiziologică migrate într-o singură etapă la membrul inferior au un risc minor de apariție a complicațiilor vasculare.
4. Lambouri insulare și peninsulare pe pedicul vascular cu circulație sanguină inversată la membrul inferior au un risc major de apariție a complicațiilor vasculare.

Bibliografie

1. БЕЛОУСОВ А.Е., ТКАЧЕНКО С.С. Микрохирургия в травматологии. –Л-. Медицина, 1998 г.
 2. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия.-1998-, с. 22-717.
 3. Пшениснов К.П. Принципы реконструкции нижней конечности // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2003. – Т. 1, № 9. – 48 с.
 4. Слесаренко С.В., Бадюл П.А. Использование сурального кожно-фасциального лоскута для замещения раневых дефектов нижней конечности. -2008.
 5. Bucur, A., Gănuță, N. - Chirurgie maxilo-facială - curs. Editura Medicală National. Bucuresti. 2003.
 6. Verega Grigore. Lambourile insulare ale membrului prlvn. Chisinau 2009. "Edit-Prest".
 7. Goldwyn R.M. The patient and the plastic surgeon (second edition) // Boston, Toronto, London: Little, Brown and co., 1991 – 359 p.
-