

Care măsuri se par a fi utile în investigația și tratamentul acestui contingent de pacienți ? Par utile următoarele:

- a poseda competență în anatomia și fiziologia coloanei
- a cunoaște semiologia neurologică
- a cunoaște imagistica normei și variantelor patologice ale coloanei
- a avea noțiuni despre biomecanica ergonomică
- a fi competent în farmacologie, esența interacțiunilor medicațiilor indicate, a exclude polipragmazia
- excluderea stereotipurilor zilei de ieri, precum: obligatoriile restricție la pat și administrare a AINS în toate cazurile, terapia manuală este inofensivă și are indicații largi în toate cazurile de rahialgii, tot așa ca și blocajele infiltrative a mușchilor cu steroizi.

Concluzie

Cele expuse sunt o reamintire a cauzelor de apariție a sindromului spatelui dureros, care ocupă stabil al doilea loc în cauzele adresărilor către medic. Și una din cauzele-lideri de diagnosticuri eronate, ulterior – de tratament incorect. Durerea de spate este un monitor semnificativ al majorității patologiilor, care reflectă situații atât organice, cât și cele funcționale vertebrale și somatice. Tratamentul chirurgical trebuie selectat riguros conform indicațiilor certe: compresiunea structurilor nobile, diformitate afiziologică reductibilă, instabilitate cu răsunset neural, recuperarea capacității de sprijin.

Bibliografie

1. ADAMS N, TAYLOR DN, ROSE MJ. *The psychophysiology of low back pain*. New York, Churchill Livingstone, 1997.
2. LEVIN K.H., COVINGTON E.C., DEVERAUX M.W. ET AL. *Neck and Back Pain*. CONTINUUM. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA 19106. 2000. p.204.
3. HALDEMAN S.D., KIRKALDY-WILLIS W.H., BERNARD JR.TN.N. *an Atlas of Back Pain*. The Parthenon Publishing Group. USA. p.93
4. MAIGNE R. - *Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs*. Sem. Hôp. Paris 1981, 57, 11-12, p. 545-554.
5. PULBERE O. *Durerile de spate*. Arta medica. Ediție specială. 2007. 15-18 ianuarie, p.43-47.
6. ГЭЛЛИ Р.Л., СПАЙТ Д.У., СИММОН Р.Р. *Неотложная ортопедия. Позвоночник*: пер.с англ.-М.:Медицина, 1995. с.432.
7. ДЖ. МЕРТА. *Справочник врача общей практики*. 1230 с., илл. Пер. с англ. М., "Практика"-McGraw-Hill, 1998 г.
8. МИРОНОВ С.П., БУРМАКОВА Г.М., ЦЫКУНОВ М.Б. *Пояснично-крестцовый болевой синдром у спортсменов и артистов балет*. - М.:»Новости», 2006.с.202.
9. ПОПЕЛЯНСКИЙ А.Я., ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. *Пропедевтика вертеброгенных заболеваний нервной системыю* – Казань, КГМИб 1985, с.87 .
10. ТАБЕЕВА Г.Р., ЛЕВИН Я.И., КОРОТКОВА С.Б., ХАНУНОВ И.Г. *Лечение фибромиалгии*. Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. 1998; 98 (4): с. 40-3.
11. ТРЕВЕЛЛИ ДЖ.Г., СИМОНС Д.Г. *Миофасциальные боли*: В 2 томах. Т.1. - М.: Медицина, 1989, с. 256.
12. УЛЬРИХ Э.В., МУШКИН А.Ю. *Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках*. Издание 2-е – СПб.:ЭЛБИ-СПб, 2005.с.187.
13. Хирургия позвоночника – полный спектр. Материалы научной конференции посвященной 40-летию отделения патологии позвоночника. Москва, 2007.-367 с.

SARCINILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL DE STABILIZARE ÎN TRAUMATISMELE COLOANEI CERVICALE

TASKS OF SURGICAL STABILIZATION TREATMENT IN CERVICAL SPINE TRAUMAS

Oleg PULBERE

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N.Testemițanu" Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Lucrarea prezintă un studiu bibliografic al concepțiilor de tratament al leziunilor traumatiche a rahisului cervical și analiza retrospectivă a 161 intervenții chirurgicale de stabilizare prin diverse metode. Rezultate funcționale și cu aspect radiologic favorabile au fost obținute la întrebuițarea plăcilor înșurubate.

Cuvinte-cheie: vertebre cervicale, traumatism vertebro-medular, spondilodeză.

Summary

Bibliography and retrospective analytical study of 161 cases of cervical spine trauma was done. All patients undergone surgical treatment with different types of stabilization. A better functional and radiological result was obtained by using stabilization techniques with screwed plates.

Key-words: cervical spine, spinal trauma, spondylodhesis

Introducere

Scopul intervenției chirurgicale este decompresia medulară adecvată în urgențe, cu atribuirea concomitentă coloanei vertebrale stabilității necesare, ambele fiind distinse în cadrul unei intervenții cu o traumatizare cât mai minimală și o ulterioară imobilizare tot minimală. Cele enumerate trebuie să contribuie la o recuperare funcțională maximală în termeni cât mai restrânși. Până acum nu este distins consensul între diferiți adepți ai diferitor concepții referitor la conduitele optimale de tratament – atât gestul chirurgical, cât și modalitatea stabilizării, timpul optimal de intervenție după momentul traumatismului.

Scopul lucrării

Analiza stării la moment a concepțiilor privind tratamentul traumatismelor rahisului cervical inferior conform surselor bibliografice medicale și a experienței proprii.

Material și metode

Au fost studiate sursele bibliografice referitor la concepțiile de tratament al leziunilor traumatice a coloanei cervicale, clasamentelor utilizate, algoritmilor curative recomandate. A fost efectuată analiza retrospectivă a rezultatelor tratamentului chirurgical (161 intervenții chirurgicale) al traumatismelor segmentelor incluse în vertebrele C2-C7 la 157 pacienți. Au fost întrebuințate metodele de spondilometrie dinamică, CT, RMN, EMG și apreciate comparativ rezultatele la distanță.

Discuții

Statistica traumatismelor rahidiene cervicale. Frecvența traumatismelor cervico-medulare este de 45 persoane pe an la 1 mln populație și constituie în medie 4% din traumatismele închise ale locomotorului, iar din cele ale coloanei vertebrale – circa 8-9%. Din care etajul superior – C1-2 este afectat în aproximativ un sfert de cazuri, iar cel inferior – C3-7 în trei sferturi. Segmentul vertebral cel mai afectat este C5-6. Vârsta preponderentă este cea tânără, 15-35 ani, iar sexul masculin este de 3 ori mai vulnerabil. Mecanismul traumatizării este prevalent o hiperflexie și hiperpresie axială la plonjori și în traumatismele rutiere cu succesele hiperflexii-hiperextensii. Leziunile mielice constituie aproape jumătate din cazuri, variind de la sindromurile de contuzii medulare centrale la cele de compresii anterioare și/sau posterioare. Mortalitatea postleziunală este înaltă, variind în limita de la 15 la 50% în prima lună după traumatism.

Scopul tratamentului chirurgical, deja incontestabil argumentat drept cel mai util în cazurile cu compresia structurilor neurale, constă în:

- decompresia cât mai rapidă a formațiunilor neuro-vasculare cu protejarea ulterioară a măduvei de traumatizarea suplimentară;
- înlăturarea deplasării și stabilizarea rahisului lezat cu distingerea coloanei stabile fără apariția sindromului patologic postoperator.

Principiile curative generale în traumatismele vertebrale cervicale

- Indicații de prim ordin

Este prevenirea schimbărilor de catabolism dismetabolic și neurohumoral de distrugere a țesutului medular conform principiilor NASCIS prin administrarea megadozelor de metilprednisolon conform schemei elaborate: 30 mg/kg corporal în prima oră și ulterior, pentru 23-48 ore – 5.4 mg/kg/oră, dar cu condiția de debut curative în primele 6-8 ore. [4, 8]. Această schemă s-a dovedit inutilă peste 24 ore după traumatism. Dar aceste rezultate sunt privite și sceptic de unii oportuni ai acestei metode (D. Short et al.[21]), care neagă acțiunea-țintă a hormonilor și arată efectul benefic și la administrarea altor substanțe – antiinflamatorii, inhibitori de proteaze, de calciu, decontracturante, etc. [16].

- Indicații către tratament chirurgical

Criteriul-cheie către efectuarea intervenției este leziunea mielico-radiculară pe un fundal de instabilitate posttraumatică segmentară cervicală.

Selectarea metodei de intervenție depinde de: tipul lezional, afecțiunile concomitente și competența chirurgicală a medicului, și nu în ultimul rând de dotarea instrumentală a instituției medicale [1, 18].

În esența lor toate clasamentele leziunilor vertebrale sunt bazate pe aprecierea stabilității leziunii. Instabilitatea rahidiană conform definiției foarte precise ale lui Н.И.Хвисюк cu coautorii (1984) [34] este următoarea: **dereglarea funcției de sprijin a segmentului motor rahidian, aparent la acțiunea distructivă a solicitărilor externe, care se realizează prin deformități excesive și deplasări patologice, și care se manifestează clinic.**

Gestul de bază în diagnosticarea traumatismului vertebral cervical rămâne spondilografia-standart, cu probe dinamice (funcționale), dar un aport suplimentar considerabil îl constituie, desigur scannerul CT și prin RMN.

Cel mai rațional criteriu de bază al aprecierii instabilității leziunii rămâne cel renumit al lui White și Panjabi:

- distrugerea elementelor pilonului anterior (posterior) de sprijin;
 - deplasarea sagitală a vertebrei peste 3.5 mm;
 - diformitatea unghiulară în segmentul afectat peste 11°;
 - afectiunea măduvei spinării (A. White et al. [27]).
- *Timpul optim de intervenție chirurgicală*

Nu există o conciliere unanimă între specialiștii în materie. Cu diverse argumente sunt apărute concepțiile, precum că intervențiile în perioada posttraumatică precoce, în edemul tisular acut, nu contribuie la o ameliorare mai semnificativă a funcțiilor neurale, sau poate chiar și le agravează. [2, 9, 25, 26]. Oponenții lor aduc argumente în favoarea efectelor pozitive după intervenții în urgențe [15, 17, 19]

Drept factori de risc sunt atribuite întrebuițarea tracțiunilor scheletice, atât celor clasice, cu ansă, scoabe, cadrane, cât și cu sistemul modern Halo.

- Intervenții la rahisul cervical în perioada tardivă posttraumatică

Conceptul lor constă în lichidarea stenozei, compresiei medulare, stabilizare, recuperarea pasajului licvorian [11, 20, 29], toate acestea contribuind la ameliorarea condițiilor de regenerare reparatorie spinală. Recuperarea doar unuia din segmentele măduvei afectate poate fi un aport considerabil în confortul habitual al bolnavului de autodeservire, funcționalitate, etc. [13, 23, 28, 30].

Tratamentul traumatismelor rahisului cervical inferior

Pentru aprecierea algoritmului de tratament o întrebuițare largă în practica clinică a obținut-o clasificarea, propusă de T. Ducker cu coaut. [7], în care toate leziunile sunt divizate în trei grupuri de bază:

- 1) flexor-compresive și compresive (fracturi soldate cu diformitate cuneiformă a somei vertebrale și fracturi cominutive);
- 2) fracturi flexor-distraționale cu luxații în articulațiile zigapofizare;
- 3) fracturi extensorii;
- 4) leziuni prin armă de foc și penetrante.

Fracturi în flexie-compresiune.

În prezent este primită pe larg următoarea conduită de tratament [14, 33]:

A. În absența compresiei medulare:

1. La o pensare până la 1/3 din înălțimea corpului vertebrei (implementat un pilon vertebral, deci leziunea este stabilă) tratamentul poate fi conservator.

2. La o pensare peste 1/3 din înălțimea corpului vertebrei și cu condiția absenței în canalul rahidian a eschilelor osoase fractura poate fi condiționată drept una stabilă, dar este preferabilă tracțiunea gen Halo.

3. La o absență a compresiei anterioare și leziuni ligamentare este preferențială stabilizarea posterioară cu întrebuițarea plăcilor fixate de masele laterale ale vertebrelor.

B. În cazul compresiei medulare sunt necesare decompresia anterioară și spondilodeza cu grefă autogenă și placă.

Leziuni compresive. În prezent în cazurile fracturilor compresiv-cominutive majoritatea vertebrologilor și neurochirurgilor insistă la decompresia anterioară, spondilodeza anterioară și rahisinteză cu plăci înșurubate, fără a lua în considerație substanțială statutul neurologic. Aceste măsuri sunt menite pentru a preîntâmpina pe viitor apariția diformității kifozice cu semneneurale secundare. Scepticii posibilității stabilizării doar dintr-un singur abord nu exclud necesitatea unui abord combinat în realizarea acestei sarcini.

Leziuni flexio-dislocaționale. Această categorie lezională provoacă cele mai multe discuții, una dintre cauzele lor este riscul potențial de apariție a extruziei discului traumatizat. Este recomandată următoarea schemă de tratament a leziunilor flexio-dislocaționale: abordul chirurgical depinde de prezența sau absența herniei discale traumatice, apreciat la CT prin RMN. În absența herniei decizia depinde de statutul neural al pacientului – în lipsa acestor dereglări se aplică tracțiune scheletară pentru 12-14 ore până la 72 ore [12]. Dacă există dereglări neurale, în urgențe în condițiile săli de operație se va efectua reducerea manuală sau instrumentală a luxației.

În cazul discului herniat este indicată intervenția din abord ventral finalizat cu autoosteospondilodeză și plăci anterioare.

Opinia multor autori pledează către efectuarea spondilodezei posterioare după cea anterioară [22]. Deși investigările *in vitro* demonstrează o duritate mai mare a stabilizării posterioare, datele clinice nu relevă o diferență semnificativă [5, 24].

La momentul actual continuă următoarele discuții:

1. Referitor la corectitudinea reducerii închise a luxațiilor în cazul herniilor discale. Un grup de adepți admit reducerea închisă a luxației drept procedură inofensivă chiar și în cazul herniei traumatice. Alt grup insistă la diagnosticare prin RMN, și, în cazul herniei drept prima etapă este indicată hienectomia prin abord ventral.

2. Există numeroși adepți ai stabilizării din abord dorsal, deoarece în cazul luxațiilor sunt lezate structurile posterioare, pe când doar spondilodeza anterioară nu va contribui la distingerea stabilității necesare.

3. În cazul deja efectuatei primei etape a intervenției – celei anterioare de disectomie, somatodeză și fixare cu placa, unii chirurghi insistă la efectuarea următoarei intervenții - de stabilizare posterioară, pe când un alt grup de specialiști consideră suficientă doar prima etapă.

Fracturi extensorii. Caracterul intervenției este determinat de prezența compresiunii anterioare. Dacă nu este prezentă, este suficientă tracțiune Halo. În cazul extruziei discale se recomandă hienectomia din abord anterior. În cazul stenozei asociate de canal rahidian este indicată intervenție din abord dorsal.

Leziunile prin armă de foc și cele penetrante. Intraoperator se va efectua prelucrarea chirurgicală a plăgii, revizia medulei, înlăturarea licvoriei prin plastia tecii durale cu *fascia lata*.

Rezultate proprii

Spondilodeza cervicală a fost efectuată în 161 cazuri. La 157 pacienți a fost efectuată stabilizarea intersomatică cu întrebuițarea grefelor osoase autogene, implanturi din ceramică de oxid al aluminiului [32], biopolimer BOP [31], diferită asociere a enumeratelor cu aplicarea plăcilor înșurubate AO Syntes sau Aesculap în 104 cazuri. Luxații au fost 96 cazuri, fracturi – 34, fracturi-luxații – 31. Rezultatul spondilodezelor osteo-plastice, fără o fixare suplimentară posterioară interarcuală din abord suplimentar a fost asociat cu cea mai marcantă diformitate reziduală către momentul formării înălțimii blocului osos intervertebral – circa 64% de la cea inițială, intraoperatorie; diformitatea unghiulară a constituit 23°; în 4 cazuri a fost necesar al doilea gest chirurgical din motivul survenirii unei diformități cifoze marcante, afiziologice, de peste 11°. Cu o diformitate reziduală mai mică a fost asociată spondilodeza cu întrebuițarea biopolimerului BOP – 75% din înălțime și 8° respectiv. Mai bune au fost rezultatele la întrebuițarea implantelor din ceramică – 84% și 7.6°, iar cele mai bune – la întrebuițarea asocierii grefelor osoase sau biopolimer cu aplicarea plăcilor înșurubate: înălțimea blocului către realizarea definitivă a spondilodezei a constituit circa 92% din cea primară, pierderea unghiulară a constituit – 4°.

Discuții

Cea mai rațională metodă de spondilodeză a coloanei cervicale traumatizate și soldate cu instabilitate posttraumatică, conform rezultatelor proprii și referințelor bibliografice, este cea cu întrebuițarea plăcilor metalice înșurubate pe partea anterioară a corpurilor cervicali, dar drept o latură negativă a acestei metode este necesitatea intervenției repetate de ablație a lor. O metodă alternativă este întrebuițarea implantelor din materiale biologice și dielectrice inerte. Considerăm drept utilitate perfecționarea constructiv-inginerice a lor cu testările clinice ulterioare.

Concluzii

Analiza surselor bibliografice permite a concluziona, că nu există poziții certe referitor la soluționarea chirurgicală a traumatismelor rahisului cervical. Totodată, nu există și un clasament clinic atotprimit al leziunilor coloanei cervicale inferioare. Tot așa, nu există și un algoritm curativ în această patologie referitor abordurilor chirurgicale preferențiale. Un studiu aparte ar fi util referitor la necesitatea decompresiei chirurgicale în cazurile tardive după traumatisme.

Experiența clinică de 161 intervenții chirurgicale la 157 pacienți cu coloana cervicală traumatizată a demonstrat drept metodă stabilizatorie optimală cea a întrebuițării plăcilor metalice înșurubate pe partea anterioară a corpurilor cervicali după reducerea deplasării și somatodeză cu grefa osoasă. Rezultate mai modeste în distingerea rigidității sectorului rahidian cervical stabilizat au fost la întrebuițarea implantelor din materiale biologice inerte nedeformabile – ceramica din oxid de aluminiu.

Perfecționarea ulterioară a construcțiilor din materiale biologice-dielectrice inerte, și probabil, nu numai a lor, este capabilă de a contribui la distingerea capacității înalte a stabilizării primare întresegmentare a rahisului cervical și de a lichida necesitatea intervenției repetate pentru ablația implantului.

Bibliografie

- ALDAY R., LOBATO R. D., GOMEL P. // Neurosurgery 96, Manual of Neurosurgery / Ed. J. D. Palmer. - Edinburgh, 1996. - p. 723-730.
- ASAWMA T., SATOMI K., SUZUKI N, et al. // Spinal Cord. - 1996.- Vol. 34, N 10. - P. 620-625.
- BEȚIȘOR V., PULBERE O., CAPROȘ N., CROITOR GH. Traumatisme vertebro-medulare: atitudine conservativ-expectativă sau intervenționistă. Parteneriat Moldova-SUA în Sănătate Publică. Chișinău, 18-22 mai, 1998. p. 9-11.
- BRACKEN M. B., SHEPARD M. J., HOLFORD T. R. et al. // J. Neurosurg. - 1998. - Vol. 89, N 5. - p. 699-706.
- BRODKE D. S., ANDERSON P. A., NEWELL D. et al. // 23-rd Annual Meeting of the Cervical Spine Research Society. - New Mexico, 1995.
- DENIS F. // Spine. - 1983. - Vol. 8. - p. 817-831.
- DUCKER T. B., BELLEGARRIGUE R.F SALCMAN M., WALLECK C. // Spine.- 1984. - Vol. 9, N 5. - p. 525-531.
- DUCKER T. B., ZEIDMAN S. M. // Spine. - 1994. - Vol. 19, N20. -p. 2281-2287.
- FARMER J., VACCARO A., ALBERT T. J. et al.// J. Spinal Disord. - 1998. - Vol. 11, N 3. - p. 192-196.
- FEHLINGS M. G., SEKHTON L. H., TATOR C. // Spine. - 2001. -Vol. 26. N 24. - Suppl. - p. 101-110.
- GOLDSMITH H. S. // Neurol. Res. - 1994. - Vol. 16.
- JEANNERET B., MAGERI F., WARD F. H., WARD J. C. H. // Spine.- 1991. - Vol. 16, N 3. - Suppl. - p. S56-S63.
- LINSENMEYER T. A., STONE / M. // Rehabilitation Medicine:Principles and Practice / Ed. J. A. De Lisa. - 2-nd Ed. - Philadelphia, 1993. - p. 733-762.
- MENEZES A. H., SONNTAG V. K. H. Principles of Spinal Surgery. - New York 1996. - Vol. 1-2.
- MIRZA S. K., KRENGEL W. F., CHAPMAN J. R. et al. // Clin. Orthop. - 1999. - N 359. - p. 104-114.
- NOEKELS R., YOUNG W. // J. Neurotrauma. - 1992. - Vol. 9. - Suppl. I.-p. S211-S217.
- PAPADOPOULOS S. M., SELDEN N. R., QUINT D. J. et al. // J. Trauma. - 2002. - Vol. 52, N 2. - p. 323-332.
- PULBERE O., CAPROȘ N., BEȚIȘOR V., GORNEA F., TAGADIUC A. Orthopedical vertebrology in Republic of Moldova. Results for last decade. Black Sea Neurosurgical Congress, 11-14 June, 2003, p. 57-58.
- PULBERE O. Aprecierea metodelor optime de stabilizare chirurgicală în traumatismele coloanei cervicale// Materialele Congresului VI al ortopezilor-traumatologi din Republica Moldova. 20-22 septembrie 2006, Chișinău, p.129-130.
- PULBERE O., BEȚIȘOR V., CAPROȘ N., CROITOR GH., PULBERE OLGA. Principii contemporane de tratament al traumatismelor vertebrale. Urgențe traumatologice – actualități și perspective. Chișinău, 26.XII.2001. Vol.3. p.8-13
- SHORT D. /, MOSTLY W. S. E. L, JONES P. W. // Spinal Cord. -2000. - Vol. 38. - p. 273-286.
- SIMPSON M. J., SUTTON D., RIZZOLO S. J., COTLER J. // Surgery of the Cervical Spine / Eds H. S. An, M. J. Simpson. - Baltimore, 1994. - p. 267-291.
- STAAS W. E., FORMAL C. S. et al. Rehabilitation of the spkial cord-injured patient / Ed. J. A. De Lisa. - Philadelphia, 1993. - p. 886-915.
- SUTTERLIN C. E. ILL, MCAFEE P. C, WARDEN K. E. et al. // Spine. - 1988. - Vol. 13. - p. 795-802.
- VACCARO A. R., DAUGHERTY R. J., SHEEHAN T. P. et al. // Spine. - 1997. - Vol. 22, N 22. - p. 2609-2613.

26. WAGNER F. C. JR., CHEHRATI B, // J. Neurosurg. - 1982. - Vol. 56. - P. 699-705.
27. WHITE A. A., SOUTHWICK W. O., PANJABI M. M. // Spine. - 1976. - Vol. 1.-P. 15-27.
28. YARKONY.G. M. Spinal Cord Injury: Medical Management and Rehabilitation - Gaithersburg, 1994.
29. ЛУЦИК А. А. // Позвоночно-спинномозговая травма (диагностика, лечение, реабилитация): Сборник трудов, кафедры нейрохирургии. - Новокузнецк, 1988. - с. 84-96.
30. КАПРОШ Н., ПУЛБЕРЕ О., ГОРНЯ Ф., БОРДИАН О., УНГУРЯН В. Декомпрессиивно-стабилизирующие операции при повреждениях шейного отдела позвоночника // Ортопедия, травматология и протезирование 2003 №3, с. 18-23.
31. КАПРОШ Н., ПУЛБЕРЕ О., КОЗУБ К. Наш опыт применения имплантата БОП в хирургии позвоночника. Материалы конгресса травматологов-ортопедов России с международным участием. Ярославль, Россия, 1999. с. 57-58.
32. КОРЖ Н.А., МИХАЙЛОВ С.Р., ЧЕРТЕНКОВА Э.В. О потере коррекции деформации шейного отдела позвоночника после межтелового спондилодеза // «Ортопедия, травматология и протезирование» N.11, 1990 с.17-22
33. УЧУРОВ О. Н., ЯРИКОВ Д. Е., БАСКОВ А. В. Некоторые аспекты хирургического лечения травматических повреждений шейного отдела позвоночника и спинного мозга // Журнал Вопросы нейрохирургии, №2, 2004.
34. ХВИСЮК Н.И., КОРЖ Н.А., МАКОВОЗ Е.М. Нестабильность позвоночника // Ортопед, травматол. -1984.- 3.-с. 1-7.

ANESTEZIA PERIDURALĂ ȘI SUBARAHNOIDIANĂ PENTRU CHIRURGIA MEMBRULUI INFERIOR LA VÂRSTNICI POLITRAUMATIZAȚI

SPINAL AND EPIDURAL ANAESTHESIA FOR LOWER LIMB IN ELDERLY POLYTRAUMATISED

Serghei ȘANDRU

Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr.1, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Problema analgeziei adecvate intraoperatorii a pacientului vârstnic pentru chirurgia membrului inferior, rămâne de a fi una din cele prioritare prin consecințele sale fiziopatologice asupra sistemelor vitale și vindecării întârziate a traumei. Anestezia regională oferă câteva beneficii clinice la pacienții geriatrici, printre acestea: pierderea redusă de sânge, circulație vasculară periferică mai bună, suprimarea răspunsului la stresul chirurgical și controlul postoperatoriu mai adecvat al durerii. Analgezia epidurală toracică postoperatorie reduce morbiditatea cardiacă la pacienții care prezintă risc cardiovascular. Analgezia epidurală postoperatorie îmbunătățește evoluția pacientului prin reducerea complicațiilor pulmonare. Anestezia regională poate reduce mortalitatea pe termen scurt, în special la pacienții supuși corecției chirurgicale a fracturii de femur, prin reducerea complicațiilor tromboembolice ca urmare a menținerii unui status fibrinolic relativ normal.

Summary

The problem of adequate intraoperative analgesia in geriatric patient within lower limb surgery remains one of the overriding priorities because of its physiological consequences over the vital systems and latish wound healing. Regional anaesthesia provides several clinical benefits for geriatric patients, among them: low blood lose, a better periferical circulation, suppressed response to surgical stress and more accurately control of postoperative pain. The thoracic postoperative epidural analgesia reduces cardiac morbidity in patients presenting cardiovascular risk. Postoperative epidural analgesia improves patient's evolution by reducing pulmonary complications. Regional anaesthesia can diminsh short term mortality, especially in patients undergowing surgical correction of femoral fracture, by reducing rate of thromboembolic complications as a consequence of maintaining a relative normal fibrinolytic status.

Actualitatea temei

Actualmente segmentul de populație vârstnică este mai bine reprezentat. În anul 2010, oamenii de 65 ani și mai în vârstă vor depăși 20% din populația Europei de Vest și a Japoniei și 15% din populația Americii de Nord. Ca urmare, numărul pacienților vârstnici supuși intervențiilor chirurgicale este în creștere permanentă. A fost constatat faptul că, mai mult de jumătate din persoanele