

după expirarea termenului de 20 zile de conservare, se recomandă reprezentatului IMSP de a prezenta vesela respectivă la schimb și de completat cerința oficială cu următoarea informație: numirea instituției medico-sanitare, profilul secției, numele pacientului, vârsta și diagnosticul clinic, numărul fișei de observație în staționar, a poliței de asigurare și identitate, locul de domiciliu, numirea alogrefei solicitată, data eliberării grefei, numele și numărul de telefon al medicului din IMSP respectivă.

Alogrefele de țesuturi pe larg sunt folosite în chirurgia reconstructivă și plastică la adulți și copii: în traumatologie și ortopedie, oncologie, neurochirurgie, oftalmologie, chirurgia maxilo-facială etc.

Pe parcurs de 47 ani activitate a Laboratorului respectiv au fost eliberate pentru folosire ca material în chirurgia reconstructivă și plastică a instituțiilor medico-sanitare din Republica Moldova peste 50 mii de alogrefe, inclusiv în Spitalul Clinic de Ortopedie și Traumatologie - peste 30 mii grefe din os cortical și spongios, tendon-os-tendon, alotendoane și semiarticulații. Numai pentru tratamentul bolnavilor cu procese oncologice benigne și displazice profesorul Ion Marin a efectuat peste 600 intervenții chirurgicale la aparatul locomotor, folosind alogrefe corticale osoase cu rezultate finale pozitive în 95% la distanță de peste 40 ani, inclusiv 22 pacienți la extremități articulare mari.

Rezultatele obținute la distanță au fost prezentate și raportate la multiple Congrese cât locale, atât și internaționale din Moscova, Kiev, Haricov, Boston, Slovenia, Barcelona, Alexandria, București, Iași, Arad etc.

Laboratorul de recoltare și conservare a țesuturilor alogene, activând în cadrul IMSP SCTO, este unica Bancă de țesuturi în Republica Moldova, elaborând metode științifico-practice argumentate, pe parcurs de peste 40 ani s-a transformat într-un Centru de transplantare cu experiență bogată.

Bibliografia:

1. Legea Parlamentului RM privind transplantul de organe, țesuturi și cule umane, nr.42-XVI din 06.03.2008. Monitorul Oficial, nr.81/273 din 25.04.2008.
 2. PARFENTIEV V., ROZVADOVSKI V., DMITRIENCO V.- Conservarea alogrefelor osoase: Chișinău, „Cartea Moldovenească”, 1969, p.115;
 3. ION MARIN - Tratatul chirurgical al tumorilor benigne osoase. Chișinău, 1981, p.192;
 4. I.MARIN, V.VUCOLOV, V.DMITRIENCO, I.BACIU, A.MORARU, L.SPĂNU: Alopastia defectelor restante la pacienții operați pe fond de tumori benigne și leziuni pseudotumorale ale oaselor. Rezultate la distanță. Revista de Ortopedie și Traumatologie. București. 1997, vol.7, nr.1, p.29-32 ;
 5. ION BACIU - Transplantul de țesuturi. Realizări și perspective în Republica Moldova.- Raport la Atelierul de lucru specializat al Consiliului European, vizând crearea și activitatea Agenției de Transplant în Republica Moldova, Chișinău, 03.07.2008;
 6. ION MARIN – Aspecte de regenerare, consolidare și restructurare a alogrefelor osoase, implantate în defecte restante postumorale ale aparatului locomotor.
 7. Arta Medica, nr.4(37),p.3-6,2009.
-

TRATAMENTUL LUXAȚIILOR ȘI FRACTURILOR – LUXAȚII ALE OASELOR CARPIENE

TREATMENT OF DISLOCATIONS AND DISLOCATIONS–FRACTURES OF CARPAL BONE

D. Buzu

IMSP Spitalul Clinic de Ortopedie și Traumatologie

Summary

43 patients with dislocation and dislocation – fracture of carpal bones were treated. There were 22 patients with acute injuries and 21 patients with old ones. In 37.2% of cases neurologic deficit was detected. In acute trauma close manual reduction was indicated. In old injuries two – step treatment was recommended. Good and satisfactory result was achieved in 90.3 % of cases. **Key words:** carpal bones, dislocation, fracture.

Actualitatea studiului

Leziunile articulației pumnului reprezintă 25–35% din toate cazurile de traumatism a mâinii, sunt diagnosticate tardiv sau în general nu se depistează [1,2,5,8]. Insuficiența de competență a traumatologilor-ortopezi și adresarea tardivă a pacienților la medic, cauzele erorilor diagnostice în 31,4–70,0% din cazuri [1,3,4], argumentează necesitatea aprofundării studiului leziunilor articulației pumnului.

Pondere înaltă a traumatismului printre persoanele de vârstă tânără, dereglările funcționale importante ale articulației pumnului, scăderea capacității de muncă, soluționarea insuficientă a problemelor de diagnostic și tratament chirurgical generează un șir de probleme socio-economice, care justifică pe deplin actualitatea crescută a problemei traumatismelor oaselor carpiene în atenția specialiștilor de chirurgie a mâinii din întreaga lume.

Tactica de tratament a luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene este în corelație directă cu caracterul leziunii și perioada de timp de la momentul traumatismului [1,2,7,8]. Astfel, în luxații și fracturi-luxații închise recente majoritatea autorilor recomandă reducerea ortopedică manuală [8].

Indicațiile pentru tratamentul chirurgical includ: luxațiile și fracturile-luxații primar ireductibile, eșecul reducerii ortopedice, deplasarea fragmentelor osului scafoid după reducerea închisă a luxațiilor perilunare transnaviculare, luxațiile și fracturile-luxații învechite ale oaselor carpiene [5,6,7,8]. Concomitent cu succesele obținute în tratamentul acestor leziuni, până în prezent nu sunt concretizate indicațiile pentru aplicarea diverselor tehnologii chirurgicale ale luxațiilor și fracturilor-luxații ireductibile, vechi, etapizării și componentelor intervențiilor chirurgicale.

Având în vedere dificultățile tehnice în reducerea deschisă a luxațiilor și fracturilor – luxații învechite ale oaselor carpiene, majoritatea autorilor pledează pentru reducerea în două etape a componentelor leziunii [1,7,8]. În prima etapă se folosește procedeul de ligamento-capsulo-taxis a articulației pumnului cu aplicarea fixatorului Илизаров sau a fixatoarelor altor autori [4,7,8]. În etapa a doua se efectuează reducerea deschisă a componentelor luxației sau a fracturii-luxații și reducerea fragmentelor osului scafoid.

La momentul actual nu există un procedeu universal de ligamento-capsulo-taxis, chiar în pofida faptului că mulți savanți menționează necesitatea relaxării ligamentare adecvate a articulației

pumnului pentru reducerea cu succes a luxației osului semilunar [7,8]. Mai mult, nu este determinată mărimea distracției optime a articulației pumnului în fixatorul extern pentru reducerea atraumatică a luxațiilor și fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene, nu se detalizează calea de acces în dependență de caracterul leziunii și perioada de timp expirată de la momentul traumatismului.

Scopul studiului

1. Studiul cauzelor producerii leziunilor oaselor carpiene, a greșelilor diagnostice și clinice, a evoluției și prognosticului în funcție de timpul diagnosticării și metodele de tratament efectuat.
2. Determinarea mărimii distracției optime a articulației pumnului în fixator extern pentru reducerea luxațiilor și a fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene.

Material și metode

În secția Chirurgia Mâinii a SCTO, în perioada anilor 2000 – 2006 la 43 de pacienți - 37 (86,0%) bărbați și 6 (14,0%) femei - au fost diagnosticate luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene. Gradul I al luxațiilor și fracturilor-luxații s-a determinat în 28 (65,1%) de cazuri și gradele II-III - în 15 (34,9%) cazuri.

Luxații ale oaselor carpiene prezentau 15 (34,9%) pacienți, inclusiv 10 (23,3%) – luxații perilunare ale mâinii și 5 (11,6%) – luxații ale osului semilunar.

Fracturi-luxații ale oaselor carpiene au fost înregistrate la 28 (65,1%) de pacienți: fracturi-luxații perilunare transnaviculare – la 24 (55,8%), fracturi-luxații perilunare transnaviculare transpiramidale – la 3 (7%) și fracturi-luxații perilunare transnaviculare transcapitate – la 1 (2,3%) pacient. Fracturi-luxații ale oaselor carpiene de gradul I s-au depistat la 18 (27,4%), iar de gradele II-III – la 10 (11,6 %) pacienți.

În studiul nostru, mecanismul luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene, în marea majoritate a cazurilor, a fost indirect (39 - 90,7% pacienți) și doar la 4 (9,3%) pacienți s-a constatat mecanism direct. Cauza traumatismului în 21 (48,9%) de cazuri era căderea de la o înălțime mai mare de 2,5 metri, în 9 (21%) cazuri - traumatismul habitual, în 7 (16,3%) cazuri – accidentul rutier, în 4 (9,2%) cazuri – traumatismul industrial și în 2 (4,6%) cazuri – traumatismul sportiv.

Cauzele leziunilor învechite în luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene sunt în 15 (34,9%) cazuri erorile diagnostice, în 6 (14,0%) cazuri – erorile de tratament, în 1 (2,3%) caz – adresarea tardivă și în 8 (18,6%) cazuri - leziunile asociate.

O eroare principală în diagnosticul luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene este interpretarea eronată a datelor radiologice și efectuarea examenului radiologic într-o singură incidență, de regulă, antero-posterioară. Examenul radiologic primar al articulației pumnului la etapa prespitalicească s-a efectuat la 42 (97,7%) de pacienți, însă la 15 (35,7%) dintre aceștia leziunea nu a fost diagnosticată.

Lipsa reducerii ortopedice, ca eroare în tratamentul luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene, s-a constatat în 6 (20,0%) cazuri.

Dereglări de sensibilitate în zona inervării nervului median, cauzată de compresia osului semilunar asupra țesuturilor moi și asupra acestui nerv, noi am depistat la 18 (41,9%) pacienți.

Pentru precizarea diagnosticului s-a efectuat radiografia articulației pumnului în incidențele laterală și antero-posterioară. În toate cazurile, în incidența laterală am determinat imagini clare a schimbărilor topografo-anatomice ale oaselor carpiene, dar ar fi incorect să afirmăm că incidența antero-posterioară este mai puțin informativă.

Am studiat radiogramele mâinii în proiecția antero-posterioară la 30 de pacienți fără patologie a articulației pumnului și la 30 de pacienți cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene cu calcularea raportului lungimii osului capitat (C) către distanța dintre capul osului capitat și suprafața articulară a osului radial (L) în axul metacarpianului III. Prin raportul mărimii C la mărimea L s-a calculat un coeficient, egal în normă cu $1,58 \pm 0,03$ ($P < 0,001$). La pacienții cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene din studiul nostru, acest coeficient crește în mediu până la $3,0 \pm 0,2$ ($P < 0,001$) pe contul micșorării mărimii L. Coeficientul se modifică în dependență de tipul și gradul leziunii: în luxații perilunare de gradul I constituie în medie $2,3 \pm 0,1$ ($P < 0,001$), în luxațiile osului semilunar – $2,5 \pm 0,1$ ($P < 0,001$), în fracturi-luxații de gradul I – $3,4 \pm 0,3$ ($P < 0,001$) și în fracturi-luxații de gradele II-III – $3,2 \pm 0,2$ ($P < 0,001$).

Majorarea acestui coeficient este depistată nu numai în luxații totale ale osului semilunar, dar și în subluxații, poate fi folosit pentru diagnosticarea leziunilor și pentru determinarea eficienței reducerilor ortopedice și chirurgicale a componentelor leziunii.

Micșorarea distanței dintre lanțul proximal și cel distal al articulației pumnului corelează cu tonusul mușchilor antebrăului și a complexului capsulo-ligamentar articular puternic. Astfel, creșterea raportului lungimii osului capitat către distanța dintre capul osului capitat și suprafața articulară a osului radial la mâna traumatizată are o importanță practică majoră pentru distracția articulației pumnului în leziunile învechite.

În determinarea mărimii optimale a distracției articulației pumnului, care ar permite reducerea atraumatică a luxațiilor și fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene am aplicat argumentare matematică. Astfel, noi am stabilit că pentru reducerea atraumatică a luxațiilor perilunare de gradul I din studiul nostru este necesară o distracție articulară de $12,2 \pm 0,3$ mm ($P < 0,001$), în luxațiile osului semilunar – de $21,6 \pm 0,9$ mm ($P < 0,001$), în fracturi-luxații de gradul I – de $15,0 \pm 0,9$ mm ($P < 0,001$) și în fracturi-luxații de gradele II-III – de $24,0 \pm 0,7$ mm ($P < 0,001$).

Semnul radiologic de finisare a distracției articulației pumnului în fixator extern este diastaza dintre suprafața articulară a osului radial și capul osului capitat pe clișeu antero-posterior: pentru luxații perilunare de gradul I – $22,3 \pm 0,9$ mm ($P < 0,001$), pentru luxațiile osului semilunar – $31,4 \pm 1,0$ mm ($P < 0,001$), pentru fracturi-luxații de gradul I – $22,9 \pm 0,5$ mm ($P < 0,001$) și pentru fracturi-luxații de gradele II-III – $32,2 \pm 0,6$ mm ($P < 0,001$).

În studiu am analizat experiența tratamentului chirurgical a 43 de pacienți cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene. Eșecul reducerii ortopedice a luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene cauzat de adresarea tardivă (16 - 35,7% pacienți), deplasarea fragmentelor osului scafoid după reducerea fracturilor-luxații perilunare transnaviculare (5 - 14,9% pacienți), leziuni perilunare învechite (22 - 52,4% pacienți) au constituit indicațiile pentru tratamentul chirurgical.

Reducerea deschisă a componentelor luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene s-a aplicat la 38 (88,3%) de pacienți, inclusiv reducerea deschisă într-o etapă – la 21 (48,8%) de pacienți și reducerea deschisă în două etape cu utilizarea fixatorului extern pentru distracția articulației – la 17 (39,5%) pacienți.

Tratamentul luxațiilor și fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene prezintă dificultăți din cauza retracției aparatului musculo-tendinos, procesului cicatricial pronunțat și contracturii în articulația pumnului, uneori și a degetelor. Reducerea deschisă într-o etapă a luxației și a fracturii-luxații învechite cu înlăturarea cicatricelor produce o traumatizare suplimentară și reduce eficiența tratamentului. Din aceste motive, pacienții cu luxații și fracturi-luxații învechite ale oaselor carpiene necesită tratament chirurgical în două etape: în prima etapă se efectuează ligamento-capsulo-taxisul articulației pumnului în fixatorul Илизаров, iar în a doua – reducerea deschisă a componentelor luxației sau fracturii-luxații ale oaselor carpiene. Distracția articulației pumnului o începem a doua zi după operație cu câte 2 mm pe zi în două prize la interval de 12 ore. Mărimea distracției articulației pumnului se determină individual după procedeul propus de noi. Finisarea distracției s-a verificat radiologic. Conform rezultatelor noastre, în timpul distracției articulației pumnului se micșorează sindromul dolo și edemul mâinii, se ameliorează sensibilitatea degetelor.

Rezultate și discuții

Examenul postoperator al pacienților cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene s-a efectuat la 37 (86,0%) de pacienți în medie la $34,3 \pm 4,3$ luni (de la 4 la 84 de luni). Analiza rezultatelor funcționale la distanță a remarcat ameliorarea funcției mâinii traumatizate și a articulației pumnului.

Rezultatele tardive, apreciate conform scorului Krimmer H. (2000), în majoritatea cazurilor (34 - 91,9% pacienți) erau pozitive. Rezultate excelente s-au obținut la 8 (21,6%), rezultate bune - la 23 (62,2%), rezultate moderate - la 3 (8,1%) și rezultate nesatisfăcătoare - la 3 (8,1%) pacienți.

Pacienții cu luxații și fracturi-luxații recente ale oaselor carpiene, rezolvate prin reducere deschisă într-o etapă, au prezentat rezultate excelente în 5 (25,0%) cazuri, rezultate bune – în 14 (70,0%) cazuri și rezultate moderate – în 1 (5%) caz. La pacienții cu luxații și fracturi-luxații învechite, care au beneficiat de tratament chirurgical în 2 etape, rezultate excelente s-au câpătat la 3 (21%) pacienți, rezultate bune - la 7 (58,0%) pacienți, rezultat moderat - la 1 (7,7%) pacient și rezultate nesatisfăcătoare - la 2 (15,4%) pacienți. În cazul fracturilor-luxații învechite cu aplicarea procedurii de artrodeză selectivă rezultat bun s-a constatat la 2 pacienți, rezultat moderat - la 1 pacient și rezultat nesatisfăcător - la 1 pacient.

Rezultatele nesatisfăcătoare sunt determinate de gravitatea leziunii, de perioada îndelungată de consolidare a fragmentelor osului scafoid și de artroza deformantă a articulației pumnului, care au contribuit la formarea contracturii în articulația pumnului, micșorarea amplitudinii mișcărilor și forței de prehensiune a mâinii traumatizate.

Concluzii

1. Determinarea coeficientului lungimii osului capitat către distanța dintre capul osului capitat și suprafața articulară a radiului are o importanță practică majoră în luxații și fracturi-luxații învechite ale oaselor carpiene. Pentru reducerea atraumatică a luxațiilor perilunare învechite este necesară o distracție articulară de $12,2 \pm 0,3$ mm, a luxațiilor osului semilunar – de $21,6 \pm 0,9$ mm, a fracturilor-luxații de gradul I – de $15,0 \pm 0,9$ mm și a fracturilor-luxații de gradele II-III – de $24,0 \pm 0,7$ mm. 2. Semnul radiologic de finisare a distracției articulației pumnului cu fixator extern este diastaza de $22,3 \pm 0,9$ mm dintre suprafața articulară a osului radial și capul osului capitat pe radiograma antero-posterioară pentru luxații perilunare, de $31,4 \pm 1,0$ mm pentru luxații ale osului semilunar, de $22,9 \pm 0,5$ mm pentru fracturi-luxații de gradul I și de $32,2 \pm 0,6$ mm pentru fracturi-luxații de gradele II-III. 3. Luxațiile și fracturile-luxații recente ale oaselor carpiene (cu o durată de până la 2 săptămâni de la traumatism) necesită reducere deschisă cu aplicarea abordului dorsal în luxații și a abordului volar prin teaca tendonului flexor radial al carpulului în fracturi-luxații. În afecțiunile învechite (peste 2 săptămâni de la traumatism) se practică tratament chirurgical în 2 etape cu distracția articulației în

fixator extern în medie cu $13,6 \pm 0,3$ mm pentru leziuni de gradul I și cu $22,8 \pm 0,6$ mm pentru leziuni de gradele II-III cu reducere ulterioară deschisă prin abord dorsal.

Bibliografie

1. Herzberg G, Forissier D. Acute dorsal trans-scaploid perilunate fracture-dislocations: medium – term results. *Journal of Hand Surgery*, 2002,27B;6:498-502.
2. Melone C.P., Murphz M.S., Raskin K.B. Perilunate injuries: repair by dual dorsal an volar approaches. *Hand Clinics*, 2000, 16:439-448.
3. Sotereanos G.G., Mitsionis G.J., Ginnakopoulos P.N., Tomaino M.M., Herndon J.H. Perilunate dislocation and fracture dislocation a critical analysis of the volar-dorsal approach, *Journal of Hand Surgery*, 1997;22A:49-56.
4. Анисимов В.Н., Лунин С.А., Строганов А.Б. Новые методы лечения вывихов костей запястья. *Нижегородский медицинский журнал*, 2004, N 1.
5. Волкова А.М. Хирургия кисти. Екатеринбург, 1996, т 3, 206 с.
6. Губочкин Н.Г., Шаповалов В.М. Избранные вопросы хирургии кисти. СПб ООО Интерлайн, 2000, 112 с.
7. Лунин С.А. Диагностика и лечение застарелых вывихов костей запястья. Автореф. дис. канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2004.
8. Магдиев Д.А. Лечение вывихов и переломо-вывихов костей запястья. *Вестник Российского Государственного Медицинского Университета*, 2005, N 7(46), с.20-24

OSTEOSINTEZA ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL FRACTURII DIAFIZARE DE TIBIE

OSTEOSYNTHESIS IN THE SURGICAL TREATMENT OF THE SHIN BONES' CRISIS

V. David

I.M.S.P. Spitalul Raional Căușeni "Ana și Alexandru"

Rezumat

Studiul analizează rezultatele tratamentului chirurgical al unui lot de 172 pacienți cu fractură a diafizei tibiei, tratați în Spitalul Raional Căușeni pe parcursul anilor 2001-2009, relevând avantajele și dezavantajele diverselor variante de osteosinteză în corelație cu caracterul fracturii.

Summary

Research analyzes results of surgical treatment of 172 patients with crisis of bones of a shin which were treated in Kaushany regional hospital, throughout 2001-2009 shining both positive and negative sides of various variants of surgical treatment depending on a crisis kind.

Actualitatea problemei

În structura leziunilor osoase, fracturile diafizare de tibie e un traumatism frecvent întâlnit (20%) agravat de complicații: sindrom compartimental, consolidare întârziată cu risc de pseudoartroze, osteite, cu invalidizare primară, constituind o problemă socială de interes major. Tratamentul chirurgical a fracturii diafizare de tibie cu deplasare, devine un tratament electiv, obiectivul fiind – restabilirea anatomică, recuperarea funcțională concomitent cu consolidarea osului.

Scopul lucrării

Evaluarea rezultatelor tratamentului chirurgical a fracturii diafizare de tibie cu deplasare în dependență de tipul fracturii și varianta de osteosinteză.

Material și metode

Experiența noastră este bazată pe tratamentul chirurgical a 172 pacienți, operați în Spitalul Raional Căușeni pe parcursul anilor 2001-2009. Vârsta a variat de la 16 până la 66 ani. Bărbații au constituit 115 (66,9%), femeii – 57 (33,1%). Conduita de tratament, varianta de osteosinteză a fost determinată de caracterul fracturii, de starea generală a bolnavului, vârsta și maladiile concomitente. S-au folosit diverse variante de osteosinteză și anume:

1. Fractura închisă oblic-spiroidă a diafizei tibiei cu deplasare, este cea mai frecventă – 84 pacienți (48,8%). Tratamentul chirurgical constă în reducerea deschisă, osteosinteză cu:

a/Șuruburi corticale, pansament gipsat-23 pacienți

b/Placă înșurubată AO-30 pacienți

c/Șuruburi corticale și aparat Ilizarov-12 pacienți

d/Repoziție închisă, osteosinteză cu aparat Ilizarov-19 pacienți

2. Fractura închisă cominutivă a diafizei tibiei cu deplasare-45 pacienți sau 26,1%