

o mai mare instabilitate decât abaterea numai a unui parametru;

- ca urmare a modelării matematice a modificărilor anatomice ale câtorva parametri ai articulației șoldului apare un dezechilibru de putere, care cauzează instabilitatea în forma de dezaxare. O creștere izolată a UCD nu determină dezvoltarea instabilității șoldului;
- creșterea în pantă a acoperișului acetabulului este un moment mai important în apariția instabilității. Cauza cea mai semnificativă în dizarticulație (decentrație, subluxația) este creșterea parametrilor ambelor componente (UCD, IA) ale colului femural;
- cea mai mare contribuție la destabilizarea șoldului o au m. adductor longus, m. brevis, m. adductori magnus.

Din calculele matematice putem trage următoarele concluzii practice:

- în cazul în care se apreciază o ușoară creștere a UCD și IA, este preferat de a reconstrui regiunea supraacetabulară pentru normalizarea stabilității șoldului;
- la o creștere semnificativă a parametrilor șoldului e necesar de efectuat o osteotomie de corecție a femurului, concomitent cu o reconstrucție a regiunii supraacetabulare.

Concluzii

Conceptual, folosind principiul de integrare multiformă, a fost descrisă relația dintre diferite maladii de geneza displazică a articulațiilor cu PE, care ne permite să le luăm în considerație prin același model conceptual, în sistemul sindromologic.

Folosind o abordare de sistem, integrativă pe principiul de *multiformitate*, prin propriul model conceptual am construit un concept nou, al SDPE, care descrie esența modului lor integrativ.

Conceptul nostru schimbă fundamental structura maladiilor articulațiilor și introduce ajustări semnificative la înțelegerea lor, modifică procesul de diagnosticare și terapie, cu orientare chirurgicală preventivă.

Bibliografie

1. Гинтер В.Г. *Клиническая генетика*. Москва: Медицина, 2003, 375 с.
2. Зеленецкий И.Б. *Диспластические синдромы тазобедренного сустава у детей, обусловленные наследственной предрасположенностью (теоретическое исследование)*. В журнале: Ортопед. травматол., 2007, 4: 118-123.
3. Зеленецкий И.Б., Ярьеско А.В. *Анализ условий возникновения нестабильности тазобедренного сустава при различных анатомических отклонениях в строении проксимального отдела бедренной кости и вертлужной впадины*. В журнале: Ортопедия, травматология, 2011, 4: 81-85.
4. Корольков А.И. и др. *Значение децентрации в биомеханике тазобедренного сустава (математическое моделирование)*. В журнале: Ортопед. Травматол., 2006, 2: 49-54.
5. Сіменач Б.І. *Спадково схильні захворювання суглобів: теоретико-методологічне обґрунтування (на моделі колінного суглоба)*. Харків: Основа, 1998, 200 с.
6. Сіменач Б., Снісаренко П., Бабуркіна О. та інш. *Мультифакторіальність як пошуковий критерій (на моделі захворювань суглобів та хребта зумовлених спадковою схильністю)*. В журнале: Ортопед. травматол., 2005, 2: 110-114.

TACTICA DE TRATAMENT AL TRAUMATISMULUI GRAV ASOCIAT CRANIO-SCHELETAR (PREZENTARE DE CAZ)

Gheorghe GHIDIRIM, Anatolie CALISTRU, Ion GAGAUZ, Igor MIȘIN, Igor ȘAPOVALOV, Vladislav GLADUN, Roman SMOLNIȚCHI,
CNȘPMU, Centrul Republican de Microchirurgie, USMF N. Testemițanu

Summary

Treatment tactics in severe associated cranial-skeletal traumatism (case presentation)

The microsurgical autotransplantation of different tissue complexes is one of the more perspective methods at actual stage of reconstructive and plastic surgery development in the treatment of extended defects and in the patients with associated trauma.

The microsurgical autotransplantation of tissues is a higher quality step in the development of reconstructive and plastic surgery, and in no way denies traditional methods of the head defects plasty.

Резюме

Тактика лечения тяжелой сочетанной черепно-опорнодвигательной травмы (презентация случая)

Микрохирургическая аутотрансплантация различных комплексов тканей является перспективным методом на актуальном этапе развития пластической и реконструктивной хирургии в решении вопросов закрытия обширных дефектов у пациентов с сочетанной травмой. Микрохирургическая аутотрансплантация различных тканей является новой качественной ступенью развития пластической и реконструктивной хирургии и ни в коем случае не отрицает традиционные методы пластики различных дефектов головы.

Traumatismele asociate grave sunt frecvente în activitatea cotidiană a Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă. Amputațiile traumatiche ale membrelor, asociate cu plagă scalpantă masivă a capului, sunt o raritate în practica chirurgicală a Centrului Republican de Microchirurgie. Este optim ca aceste traumatisme asociate grave să fie rezolvate de urgență într-o etapă de echipa chirurgicală, însă în unele cazuri gravitatea traumatismului și starea generală a pacientului impun rezolvarea cazului pe etape.

Metoda microchirurgicală de transplantare a complexelor de țesuturi, elaborată experimental în a. 1963 de R. M. Goldwin, D. L. Lamb, W. L. White, a fost implementată pentru prima dată în 1972 de K. Harii, K. Ohmori, S. Ohmori și a permis reducerea timpului de tratament al pacienților cu defecte extinse ale capului, îmbunătățirea rezultatelor operațiilor plastice și, cel mai important – îmbunătățirea calității vieții pacienților [1, 2, 3].

Folosirea epiplonului mobilizat din cavitatea abdominală pe picioruș vascular este indicată în mai multe situații, dar această metodă este dificil de folosit pentru reconstrucția defectelor țesuturilor moi, de exemplu, la cap, localizate departe de originea piciorușului vascular. McLean și Buncke pentru prima dată au efectuat transplantarea liberă a epiplonului pe cap cu aplicarea anastomozelor microvasculare [4, 5, 6].

Tehnica chirurgicală are următoarele momente cardinale: 1) vasele temporale se recomandă să fie mobilizate din abord retroauricular, pentru evitarea lezării nervului facial; 2) epiplonul transplantat se acoperă imediat cu grefe cutanate disociate pentru proflaxia meningitei – complicație posibilă în traumatismele tegumentelor și oaselor craniului.

Inițial se clipează vena, lăsând vasele pline cu sânge oxigenat. În cazurile transplantării imediate a epiplonului, nu este indicată perfuzia sau hipotermia lui. Sub mărire optică se efectuează microanastomoză vasculară între vasele transplantului și cele recipiente. Etapa microchirurgicală este preferabil de a o efectua cu temporizarea vremelnică a inciziei laparotomice, fiindcă orice traumatism minimal adăugător mărește timpul ischemiei transplantului, ceea ce reduce probabilitatea rezultatului pozitiv.

În ultimele decenii, au apărut mai multe comunicări despre folosirea epiplonului în diferite regiuni: cap, creier (pentru revascularizare și drenare în hidrocefalie), față (pentru reconstrucția defectelor după înlăturarea tumorilor și hemiatrofii), cavitatea bucală și faringe, plexul brahial (revascularizare după radioterapie), membrul superior (drenare în caz de edeme limfatice), cutia toracică, membrul inferior (revascularizare și tratamentul osteomielitei) și pentru reconstrucția organelor în combinație cu transplantele osoase [7-10].

Folosirea pe larg a lambourilor musculocutanate implementate de Daniel a permis chirurgilor acoperirea defectelor în diferite regiuni ale corpului, fără efectuarea laparotomiei. Dar în cazurile defectelor masive la cap transplantarea epiplonului cu tehnică microchirurgicală și acoperirea lui cu grefă cutanată disociată este o metodă de elecție [11, 12].

Operațiile reconstructive cu folosirea epiplonului au rezultate cosmetice satisfăcătoare. Prioritățile metodei sunt: a) plasticitatea transplantului permite acoperirea defectelor cu diferită adâncime; b) regiunea donatoare rămâne fără defect vizibil; c) permite acoperirea defectelor cu suprafețe mari; d) diametrul vaselor recipiente și donatoare corespund; e) piciorușul vascular are o lungime optimală [13, 14, 15].

Caz clinic. Pacienta B., 21 de ani, f/o n. 22664, a suportat un traumatism grav la serviciu, este transportată cu AMU, internată în sala de reanimare a CNȘPMU cu diagnosticul: traumatism asociat grav. Amputația traumatică a membrului superior stâng la nivelul centurii scapulare cu defect de țesuturi moi. Plagă scalpantă prin smulgere a regiunii fronto-parietooccipitale. Șoc gr. II-III. După efectuarea măsurilor de deșocare și ameliorarea indicilor hemodinamici, pacienta a fost transferată în sala de operație. Echipa de medici-neurochirurghi au efectuat sub anestezie generală toaleta primară chirurgicală a plăgii scalpante a capului. Aplicarea pansamentului aseptice. Concomitent, a doua echipă, formată din medici-traumatologi și microchirurghi, au efectuat toaleta primară chirurgicală a plăgii bontului de amputație la nivelul centurii scapulare pe stânga. Înlăturarea fragmentului capului osului humeral. Revizia fascicului neurovazal axilar, înlăturarea garoului improvizat, ligaturarea vaselor axilare și prelucrarea fasciculelor plexului brahial. Înlăturarea țesuturilor devitalize și împrăștierea marginilor plăgii. Plastia defectului de țesuturi moi cu lambouri locale. Drenare abacteriană. Starea generală gravă, indicii hemodinamici și defectul tegumentar extins al regiunii fronto-parietooccipitale n-au permis efectuarea unei plastii a plăgii scalpante masive a capului.

Consiliul medical desfășurat al Clinicilor de Chirurgie și Traumatologie și Ortopedie au decis efectuarea plastiei defectului tegumentar extins al capului cu oment liber vascularizat în mod urgent-amânat, fiindcă nerezolvarea continuității tegumentare mărește riscul asocierii infecției, care poate să ducă la decesul pacientului de meningită. Intervenția chirurgicală a fost efectuată de două echipe concomitent: chirurghi și microchirurghi.

Intervenția chirurgicală începută de echipa de medici-microchirurghi cu toaleta chirurgicală a defectului de țesuturi moi ale capului, avansarea și fixarea țesuturilor moi pe circumferință, cu redarea

aspectului optimal al ochilor și urechilor, apoi, sub mărire optică, revizia, mobilizarea și secționarea pachetului vascular temporal superficial pe stânga, după care s-au analizat parametrii vaselor. Echipa de medici-chirurghi au efectuat laparotomia cu mobilizarea omentului, care a fost transmis echipei de microchirurghi. Închiderea plăgii laparotomice pe straturi. În calitate de vase ale transplantului cel mai frecvent se folosesc a. și v. gastroepiploică dreapta cu diametrul de 1,5-2 mm, pe când a. și v. gastroepiploică stângă au diametrul de 1-1,5 mm.

Momente cardinale ale intervenției chirurgicale:

- 1) la mobilizarea vaselor temporale – pericol de lezare a nervului facial;
- 2) epiplonul transplantat se plasează în câteva straturi;
- 3) fixarea și irigarea transplantului cu soluție salină caldă;
- 4) după efectuarea anastomozelor microchirurgicale omentul se acoperă cu grefe cutanate disociate, pentru profilaxia uscării transplantului și a meningitei – complicație posibilă în traumatismele tegumentare și osoase ale craniului.

Transplantarea imediată a omentului nu necesită perfuzia sau hipotermia transplantului. Microanastomozele se efectuează sub mărire optică, inițial se suturează arterele, apoi venele cu fir monofilament neabsorbabil 8/0 – 9/0.

Reconstrucția cu oment a tegumentelor capului este indicată în următoarele cazuri: a) plăgile scalpante cu suprafețe mari; b) înlăturarea tumorilor (neurofibromă, bazaliom, dermatofibrosarcom etc.), c) complicațiile radioterapiei – radionecroza tegumentară și a oaselor craniului, d) electro/termocombustiile gr. III, e) fracturile înfundate cu contuzia tegumentelor; f) plăgile transfixiante prin armă de foc etc.

Concluzii

1. Omentul are o valoare importantă în chirurgia plastică și reparatorie a defectelor extinse, dar până la planificarea intervenției chirurgicale trebuie de luat în vedere și metodele alternative de plastie – transplantarea lambourilor musculocutanate, dermatotenzia etc.

2. În planningul preoperator al intervenției chirurgicale un loc important îl ocupă riscul major al complicațiilor și al decesului, este necesar de a analiza posibilitățile obținerii rezultatului satisfăcător cu intervenții chirurgicale de un volum mai mic și cu probabilitatea unor complicații minore.

3. Chirurgia epiplonului este însoțită de riscuri majore, care trebuie evaluate cu precizie.

4. Microchirurgia cere o măiestrie înaltă și face posibilă această intervenție chirurgicală doar în instituțiile medicale specializate.

Bibliografie

1. Миланов Н. О., Трофимов Е. И., Пинский Г. С. *Микрохирургическая аутотрансплантация в пластике дефектов головы и шеи*. Проблемы микрохирургии: Тезисы докладов IV-го Всесоюзного симпозиума, Москва, 1991, с. 31-33.
2. Шилов Б. Л. *Применение большого сальника в пластической и реконструктивной микрохирургии*. Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва, 1988, 20 с.
3. Arnold P. G., Hartrampf C. R., Jurkiewicz M. J. *One-stage reconstruction of the breast using the transposed greater omentum*. In: *Plast. Reconstr. Surg.*, 1976, 57: 520-522.
4. Arnold P. G., Irons G. B. *One-stage reconstruction of massive craniofacial defect with gastromental free flap*. In: *Ann. Plast. Surg.*, 1981, 6: 26-33.
5. Azuma H., Kondo T., Mikami M. et al. *Treatment of chronic osteomyelitis by transplantation of autogenous omentum with microvascular anastomosis*. In: *Acta Orthop. Scand.*, 1976, 47: 271-275.
6. Harii K., Ohmori S. *Use of the gastroepiploic vessels as recipient or donor vessels in the free transfer of composite flaps by microvascular anastomosis*. In: *Plast. Reconstr. Surg.*, 1973, 52: 541-548.
7. Wallace J. G., Schneider W. J., Brown R. G. *Reconstruction of hemifacial atrophy with a free flap of omentum*. In: *Br. J. Surg.*, 1979, 32: 15-18.
8. Неробеев А. И. *Восстановление тканей головы и шеи*. Москва: Медицина, 1988. 270 с.
9. Daniel R. K., Taylor G. I. *Distant transfer of an island flap microvascular anastomosis. A clinical technique*. In: *Plast. Reconstr. Surg.*, 1973, 52: 111-117.
10. Banzet P., Le Quang C. *Transplant libre du grand epiploon sur la voûte crânienne. A propos de 3 cas avec microanastomoses vasculaires*. In: *Chirurgie*, 1976, 102: 457-461.
11. Harii K. *Clinical application of the free omental flap transfer*. In: *Clin. Plast. Surg.*, 1978, 5: 273-281.
12. Ikuta Y. *Autotransplant of omentum to cover large denudation of the scalp*. In: *Plast. Reconstr. Surg.*, 1975, 55: 490-493.
13. Le Quang C., Banzet P., Rivieres M. et al. *Reparation après exérèse des cancers étendus du cuir chevelu avec envahissement ostéo-dural: intérêt du transplant libre de epiploon avec micro-anastomoses vasculaires*. In: *Ann. Chir. Plast.*, 1976, 21: 127-135.
14. Калистру А. И. *Свободная пересадка васкуляризованных мягко-тканых аутотрансплантатов в хирургическом лечении базалиом головы*. Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва, 1993, 24 с.
15. McClean D. H., Buncke H. J. *Autotransplant of omentum to a large scalp defect, with microsurgical revascularization*. In: *Plast. Reconstr. Surg.*, 1972, 49: 268-274.

Date de contact: anatol_calistru@yahoo.com
GSM 079438709
tel.serv. 022250736