

47. Розин Л.Б., Баткин А.А. Ожоговый шок // Ожоги: (Руководство для врачей) / Под ред. Б.СВихриева, В.М.Бурмистрова. — 2-е изд., перераб. и доп. —Л.: Медицина, 1986. — С.33-43.
48. Казанцева Н.Д., Баиндурашвили А.Г., Цветаев Е.В. и др. Тридцатилетний опыт работы детского ожогового отделения Санкт-Пет
49. Актуальные проблемы термической травмы: 2002. Алексеев А.А., Бобровников А.Э., Крутиков М.Г., Лагвилава М.Г. Современные технологии хирургического лечения ожогов // Нижегородский медицинский журнал 2004. -С.129-130.
50. Ciimpei O, Tratatamentul chirurgical în complexul de recuperare a bolnavilor cu sechele cicatriceale în regiunea locomotorului – Autoreferatul tezei de doctor în medicina – Chişinău, 2012
51. Черняк М.Д., Кричук В.Ф., Лебедева М.Н., Черняк И.Д. Роль психовегетативных изменений у больных с ожогами легкой степени тяжести // Актуальные проблемы термической травмы: Материалы междунар. конф., посвященной 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе и 55-летию ожогового центра. - СПб., 2002. -С.225-226.
52. Воздвиженский СИ., Трусов А.В., Фомина М.Г. Лечение детей с посттравматическими Рубцовыми деформациями кожных покровов методом экспандерной дермотензии // Нижегородский медицинский 2004.
53. Ямалутдинова А.А., Герасимова Т.В. Ретроспективный анализ результатов комплексного лечения детей с термической травмой в стационаре // Актуальные проблемы термической травмы: 2002.
54. Малахов С.Ф. Лечение ожогов в России — реальность и перспективы // Актуальные проблемы термической травмы: Материалы междунар. конф., посвященной 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе и 55-летию ожогового центра. — СПб., 2002. — С.62-63.
55. Азолов В.В., Дмитриев Г.И., Петров СВ. и др. Дистракционный метод в лечении последствий ожогов // Нижегородский медицинский журнал (Приложение к НМЖ: Комбустиология, 2004): VIII Всероссийская конф. с междунар. участием «Проблемы лечения тяжелой термической травмы». Н.-Новгород, 2004. -С. 188-189
56. Бадюл П. А. Клиническая и экономическая эффективность лечения пострадавших с глубокими поражениями мягких тканей конечностей в зависимости от хирургической тактики // Междунар. конф., посвященная 45-летию Донецкого ожогового центра «Современные вопросы лечения термических поражений и их последствий» Донецк., 2005. -С.120-121.

ENDOPROTEZĂRILE DE GENUNCHI ÎN TRATAMENTUL GONARTROZELOR AVANSATE

Ana Grama

(Coordonator Nicolae Erhan dr., asistent universitar)

Catedra Ortopedie si Tramatologie

Summary

Knee endoprosthesis in the tratment of advansed gonarthrosis

The study presents data investigations and surgical treatment of 100 patients with advanced degenerative knee diseases by the method of total endoprosthesis.

The study group included 62 patients with grade III osteoarthritis (62%), and 38 patients (38%) with destructive process gr.IV, aged 43 to 78 years (21 men (21%) and 79 women (79%). 30 (30%) patients had undergone endoprothesiso the right knee joint arthroplasty, 36 patients (36%), left knee and 34 (34%)-bilateral.Results to distance, on average, 5 years, were studied in 36 (36%) patients and were rated as "good" in 32 patients and "satisfactory", in 4 patients.

Rezumat

Studiul prezintă datele investigațiilor și tratamentului chirurgical a 100 de bolnavi cu maladii degenerative avansate ale genunchiului prin aplicarea metodei de endoprotezare totală. Lotul de studiu include 62 de bolnavi cu gonartroză de gradul III-(62 %), și 38 de bolnavi (38%) cu proces distructiv gr.IV , cu vârsta de la 43 la 78 de ani (21 bărbați (21%) și 79 femei (79%). La 30 (30%) pacienți li s-a efectuat endoprotezare prin artroplastie a articulației genunchiului drept, la 36 de bolnavi (36%) –articulația genunchiului stîng, iar la 34 (34%) –bilateral. Rezultatele la distanță, în mediu-5 ani, au fost studiate la 36 de (36%) de pacienți și au fost apreciate ca ”bune” la 32 de pacienți ,iar ”satisfăcătoare”-la 4 pacienți.

Actualitatea

Maladiile degenerative ale genunchiului reprezintă o cauză majoră de morbiditate și dizabilitate la persoanele de vîrstă înaintată. Gonartroza ocupă primul loc dintre procesele artrozice ale articulațiilor mari, în stadiile avansate manifestîndu-se printr-un sindrom algic pronunțat, dereglări ale mersului cu impotență funcțională marcată și frecvent duce la invalidizarea acestor pacienți. Tratamentul conservator deseori devine neefectiv la stadiile avansate, intervențiile reconstructive sunt depășite și unica variantă terapeutică efectivă fiind artroplastia totală de genunchi.

Actual există suficiente studii, care au demonstrat că proteza de genunchi este argumentată pentru tratamentul gonartrozei, atît îmbunătățirea tehnicilor chirurgicale cît și calitatea implanturilor de ultimă generație au crescut viabilitatea protezelor și rata rezultatelor funcționale pozitive. Proteza de genunchi permite în 90% înlăturarea sindromului algic și îmbunătățirea calității vieții la acești bolnavi pe un termen de 15 ani și mai mult [5,8]. Conform registrului de artroplastii din SUA în anul 2008 au fost efectuate 39286 artroplastii totale primare ale genunchiului și 2458 artroplastii de revizie [2]. Necesitățile anuale ale SUA în artroplastii de genunchi sunt la 600.000 proceduri anuale [17]. În Republica Moldova în lista de așteptare pentru artroplastia de genunchi sunt înscrși mai mult de 1000 bolnavi [7].

Artroplastia totală de genunchi are unele particularități la pacientul cu poliartrită reumatoidă. Principalele dintre acestea fiind stocul osos deficient, prevalarea diformităților în valg, dificultatea obținerii unui echilibru ligamentar eficient.

În prezent în întreaga lume se observă o tendință de creștere a afecțiunilor aparatului locomotor. Printre articulațiile mari afectarea genunchiului este una dintre cele mai frecvente [6,9,12].

Restabilirea funcției dereglate sau total pierdute a articulației genunchiului rămîne a fi una dintre cele mai importante probleme în ortopedie, fiindcă patologia genunchiului cu sindrom algic pronunțat și distrucția totală a suprafețelor articulare foarte des servește drept cauză a pierderii temporare sau permanente a capacității de muncă la persoanele tinere, iar pe persoanele de vîrstă înaintată le lipsește de posibilitatea de autodeservire [1].

Obiectivele

1. Studiul retrospectiv al rezultatului tratamentului bolnavilor cu osteoartroze avansate ale genunchiului tratați în secția Nr. 8 a IMSP Spitalul Clinic de Ortopedie și Traumatologie în perioada anilor 2004-2011 conform scorului IKSS.
2. Studiarea mobilității articulației genunchiului afectat preoperator și în perioada postoperatorie la distanță.
3. Aprecierea gradului de deformitate a axei biomecanice preoperator și corecția obținută în rezultatul artroplastiei.

Materiale și metode

Studiul nostru include evaluarea rezultatelor tratamentului chirurgical al gonartrozei avansate (gradul III și IV) prin artroplastie totală cu aplicarea de endoproteze la 100 de bolnavi

operați în secția ortopedie N8 a Spitalului Clinic de Traumatologie și Ortopedie, pe parcursul anilor 2004-2011.

Contingentul de pacienți este format din 21 de bărbați (21%) și 79 de femei (79%) cu vârsta cuprinsă între 43 și 78 de ani. După caracterul radiologic al patologiei articulației genunchiului, bolnavii au fost repartizați în două loturi : cu gonartroză de gradul III conform clasificării Kosinscaia ,au fost depistați 62 bolnavi (62%), și cu gonartroză gradul IV-38 (38%). Conform locului și structurii afectate, din lotul celor 100 de pacienți cu gonartroză, am determinat că genunchiul drept a fost afectat la 30 de bolnavi, alcătuind 30%; genunchiul stâng la 36 de bolnavi (36%), iar bilateral la 34 de bolnavi ceea ce constituie 34%.

Implimentarea în practica medicală a metodelor paraclinice contemporane de examinare a structurilor articulației în mare măsură a ameliorat diagnosticarea leziunilor și patologiilor din regiunea genunchiului.

Pentru evaluarea articulației genunchiului am utilizat metode de examinare clasice (anamneza, aprecierea cu ajutorul goniometrului a volumului de mișcări active și pasive în articulație, metode speciale de apreciere a stării aparatului capsulo-ligamentar al genunchiului, Scorul IKSS pentru articulația genunchiului) și paraclinice (examenul radiologic), aprecierea unghiului de deformitate în plan frontal preoperator și după intervenție.

Indiferent de caracterul procesului patologic a articulației genunchiului , sindromul algic și hipotrofia mușchilor femurului au fost depistate la toți bolnavii : redori, dezaxări, deformități și dereglări de statică atât și instabilitatea articulației au fost depistate la majoritatea absolută a bolnavilor.

Manifestările clinice includ unul din următoarele semne sau combinațiile lor:

- sindromul algic pronunțat la toți 100 de bolnavi-100% ;
- dezaxarea în valgus > 20 grade la 30 de bolnavi-30% ;
- dezaxarea în varus > 15 grade la 32 de bolnavi-15% ;
- redoarea flexorie a articulației: a) pînă la 15 grade-70 de bolnavi (70%) ;
b) între 15-25 grade-30 de bolnavi (30%).

În perioada preoperatorie s-a efectuat pregătirea preoperatorie cu examinare și planificarea operației individual fiecărui pacient cu scopul de a minimaliza durata intervenției chirurgicale, de a micșora volumul ei și evitarea complicațiilor apărute. Toate 100 de intervențiile chirurgicale s-au efectuat sub anestezie rahidiană din abord antero-medial longitudinal cu aplicarea garoului. Datorită mobilizării adecvate a țesuturilor moi s-a obținut o inspecție a tuturor structurilor articulației. Conform ghidului, s-a efectuat rezecarea suprafeței articulare a femurului, tibiei și patellei cu formarea platourilor de suport corespunzător componentelor endoprotezei. În cazuri dacă avem prezent un defect osos a unuia din condili se utilizează componente ale endoprotezei de mărime corespunzătoare , apreciem axa piciorului (poziția de valgus 6-7 grade), lipsa rotației interne sau externe a gambei, corespunderea lungimii ambelor membre inferioare, controlăm amplitudinea mișcărilor și stabilitatea articulației. Apoi după acest control pe rînd implantăm componentele endoprotezei. După polimerizarea cimentului se înlătură garoul și se efectuează hemostaza. Intervenția se finalizează cu drenarea și suturarea pe planuri a plăgii. Se aplică pansament aseptice , membrul se pansează cu fașă elastică. În perioada postoperatorie imobilizare nu se folosește. Durata medie a intervenției a constituit 1 oră și 35 min.(1 oră 10min.-2 ore 20min.) Hemoragia sumară – aproximativ 500-700 ml.Efectuarea efortului s-a permis peste aproximativ 4-8 săptămîni.

Rezultate și discuții

Rezultatele tratamentului sunt influențate de mai mulți factori: selectarea riguroasă a pacienților după indicații bine determinate, utilizarea protezelor contemporane, efectuarea plănăngului preoperator, respectarea tehnicilor chirurgicale intraoperator, recuperarea funcțională postoperatorie [5]. Rezultatele la distanță s-au apreciat conform scorului IKSS (1998), bazat pe 4 criterii: simptome (edemațiere, cracmente, crepitații, senzație de “corp străin”, flexia, extensia

completă, absența/prezența redoarei articulației); durerea; activități zilnice obișnuite și calitatea vieții.

Mobilitatea articulară –examinată la 82de bolnavi. În perioada preoperatorie la bolnavi a fost prezentă redoare flexorie a gambei de diferite grade, în mediu constituind un deficit de extensie de 16 grade. În perioada postoperatorie mișcările în articulația genunchiului operat a fost în mediu: - ext/flex. 0/0/110 Parametrii endoprotezelor articulației genunchiului, cât și metoda de fixare a componentelor ei cu folosirea cimentului, ne-au permis de a începe reabilitarea funcțională a bolnavilor în perioada postoperatorie precoce.Rezultatele la distanță au fost apreciate conform Scorului IKSS, astfel media preoperatorie a constituit 28 puncte, în perioada postoperatorie 87 puncte.

Complicații:

- intraoperatorii la un bolnav a fost leziune parietală a venei poplitee ce a fost rezolvată prin suturarea leziunii.

-Septice – un bolnav la care a fost înlăturată poteza la 3 luni postoperator. După părerea noastră , ca cauză au servit schimbările de structură a țesuturilor în regiunea articulației la impactul cu proteza în urma intervenției suportate.

E necesar de menționat, că toți pacienții au avut o dinamică pozitivă în comparație cu datele examinării preoperatorii.

Concluzii

1. Artroplastia totală de genunchi este o soluție argumentată și efectivă în tratamentul osteoartrozei genunchiului în stadiile avansate.
2. Selectarea riguroasă a bolnavilor, efectuarea unui plănig properator corect, respectarea tehnicilor chirurgicale conform algorimului ne permite obținerea rezultatelor funcționale bune în majoritatea cazurilor.
3. Artroplastia totală de genunchi permite corecția diformității, înlăturarea sindromului algic, ameliorarea mobilității în articulație, reluarea relativ rapidă a funcției în perioada postoperatorie și îmbunătățirea considerabilă a calitații vieții la acești pacienți.

Bibliografie

1. Cook T.D.V., Collins A.,Wevers H.W. Failureof knee prothesis accelerated by shedding of beads from the porous metal surface//Clin.Orthop.-1990.-N258.- p.204-208;
2. Elizabeth W. Paxton, MA, Robert S. Namba., et. al. A Prospective Study of 80,000 Total Joint and 5000 Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Procedures in a Community-Based Registry in the United States. THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY, 2010,p.117-132.
3. Felson D.T.,Zhang Y.An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention // Arthr.Rheum.-1998.-V.41,N 8.-p.1343-1355.
4. Hamelynck K.L.,Doets H.C.,Olsthoorn P., Reynders K. 7 years experience with the LCS total knee prosthesis//Acta Orthop.Scand. –v.65, N 256.-1994.-p.33
5. Haslam P., Armstrong M., Geutjens G., Wilton Tj. Total knee arthroplasty after failed high tibial osteotomy. J. Arthroplasty 2007, vol. 22. P. 245-250.
6. Lau E.M.,Symmons D.P., Croft P. The epidemiology of hip osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Orient// Clin. Orthop.-1996.-N.323.-p.81-90
7. N. Erhan, V. Vetrilă, V. Chetraru. Artroplastia totală de genunchi în tratamentul proceselor degenerative avansate ale genunchiului. „Materialele celui de al VII-lea Congres al Ortopezilor-Traumatologi din Republica Moldova. «AOTRM-50 de ani», Arta Medica, nr. 2(45),Chișinău 2011. p.197-198.;
8. Orban H., Mareș E., Dragișanu M., Stan G. Artroplastia totală de genunchi postosteotomie tibială proximală –o evaluare radiologică. Revista de Ortopedie și Traumatologie, București. 2010, vol. 20, nr. 2, p. 157-160.

9. Дрейер А.Л., Машков В.М. Хирургическое лечение заболеваний коленного сустава // Повреждения и заболевания коленного сустава.-Л..1981.-с.125-135.
10. Корнилов Н.В. Эндопротезирование суставов: прошлое настоящее будущее (Отчет о работе Российского центра эндопротезирования суставов конечностей) //Травматол. и ортопед. России.-1994.N.5.-с/7-11
11. Новоселов К.А. Оперативное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава. Автореф.дис.....д-ра мед.наук.СПб.1994.-36с.
12. Шапиро К.И.Частота поражений крупных суставов у взрослых// Диагностика и лечениеповреждений крупных суставов.СПб.1991.с.3-5.