

entată la manifestările bolii psihice și a constat în explicarea caracterului maladiei, cu accent asupra laturilor pozitive de evoluție, cu tendința de a activa pacienții, a le oferi un suport emoțional, astfel că pe parcurs, nu numai manifestările clinice, dar și situațiile insolubile erau reduse.

Bibliografie

1. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder (Revision). *Am J Psychiatry*. 2002;159(suppl).
2. Anderson I. NICE clinical Guideline 90. Depression: the treatment and management of depression in adults. 2009, London;64.
3. Berkowitz RI. Behavior Therapy in: R.E.Hales, Yudofsky S.C. (Eds) : *The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry*. 4th ed, A.P.P. Inc. Washington DC. 2003;1237-1238.
4. Burnand Y. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv*. 2002;53(5):585-90.
5. Gaboș Grecu I, Gaboș Grecu Marieta, Pop Mihaela. Tratatamentul depresiei rezistente cu fluoxetină și olanzeprină. Congres național cu participare internațională, 4 – 7 octombrie. Iași, 2000;76-77.
6. MacEwan GW, Remick RA. Treatment resistant depression: a clinical perspective [comments]. *Can J Psychiatry*. 1988;33:788-792.
7. Pampallona S. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(7):714-9.
8. Thase ME. Psychotherapy of refractory depressions. *Depress Anxiety*. 1997;5(4):190-201.
9. Udriștoiu T, Marinescu D, Chiriță Anca. Psihofarmacologia sindroamelor depresive versus rezistență terapeutică. Congres național cu participare internațională, 4 – 7 octombrie. Iași, 2000;77.
10. World Health Report. 2001. WHO. Geneva, 2001;178.
11. Бондарь ВВ. Терапевтически резистентные эндогенные депрессии (клиника, типология, вопросы патогенеза и лечения): Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1992;21.

Corresponding author

Ghenadie Cărăusu, M. D., Ph. D. Associate Professor
 Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
 Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 3, Costiugeni Street
 Chisinau, Republic of Moldova
 Telephone: 794611
 E-mail: drcarusu@yahoo.com

Manuscript received September 23, 2010; revised December 02, 2010

Artroplastia șoldului în tratamentul fracturilor de cotil și consecințele lor

F. Gornea, I. Marin, Gh. Croitor, M. Darciuc, P. Croitor

Catedra de Ortopedie și Traumatologie, USMF „Nicolae Testemițanu“

Arthroplasty of the Hip in the Treatment of Acetabular Fractures and their Consequences

The paper presents the results of hip arthroplasty in the treatment of cotyle fractures in a group of 13 patients. Hip arthroplasty was performed on six patients with cotyle fracture, and hip arthroplasty was performed on 7 patients with osteoarthritis (after cotyle fracture the primary was treated surgically). Remote results were found in only five patients, so statistically speaking, these results are not significant. According to the Harris score, in four cases the remote results were excellent and good and satisfactory. Early complications: neuropathy ischiadic - 2 patients. Late complications: Brooker heterotopic ossified type III-1 patient. If coxarthrosis reduced bleeding after acetabular fracture or there were multiple scars and metal construction that needed to be removed, hip arthroplasty was more problematic. The Harris score preoperatively in 7 patients ranged from 23-45 points leads us to determine the results were unsatisfactory. The overall results in this group of patients, according to Harris score, were considered good in 3 cases, 3 cases satisfactory and one unsatisfactory case. The unsatisfactory result was found in patients with persistent ischiadic nerve neuropathy and satisfactory of a patient with joint mobility and blocking hip because heterotopic ossified Brooker type III.

Key words: arthroplasty of the hip, acetabular fractures.

Эндопротезирование тазобедренного сустава в лечении переломов вертлужной впадины и их последствий

В статье представлен опыт группы авторов в эндопротезировании тазобедренного сустава в лечении переломов вертлужной впадины и их последствий в группе 13 больных. Шести больным было сделано эндопротезирование тазобедренного сустава впоследствии перелома вертлужной впадины и семи больным - эндопротезирование тазобедренного сустава впоследствии посттравматического коксартроза (после перелома вертлужной впадины, которая первично была решена хирургическим путём). По оценке шкалы Харриса, в 4-х случаях отдаленные результаты были отличные и хорошие, и в одном случае - неудовлетворительные. Ранние осложнения: посттравматическая невропатия седалищного нерва – у 2-х больных. Позднее осложнение: осификаты Брукер тип III – у 1-го пациента. В случае коксартроза, после открытого остеосинтеза перелома вертлужной впадины, при наличии многочисленных рубцов и многочисленных металлических конструкций, которые необходимо удалить, эндопротезирование тазобедренного сустава было более проблематичным. Шкала Харриса перед операцией у 7-ми больных колебалась от 23-45 баллов, что является неудовлетворительным результатом. Общие результаты в этой группе больных, по данным шкалы Харриса, считались хорошими в 3-х случаях, удовлетворительными – в 3-х случаях и неудовлетворительными – в одном случае. Неудовлетворительный результат оценен у больного с постоянной невропатией седалищного нерва и удовлетворительный результат – у пациента с болями в тазобедренном суставе и блокированием подвижности тазобедренного сустава осификатами Брукер типа III.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, переломы вертлужной впадины.

Introducere

Pe parcursul anilor artroplastia șoldului a suferit o serie de modificări, evoluția acestora fiind dictată atât de progresul tehnico-științific, cât și de experiența specialiștilor în domeniul chirurgiei ortopedice. Neoarticulația obținută prin acest procedeu, deși nu poate realiza performanțele unei articulații normale, este totuși compatibilă cu o funcție bună [4].

Actualmente, artroplastia cu proteză totală de șold este considerată cel mai utilizat procedeu de reconstrucție a șoldului adult, reprezentând o soluție terapeutică de calitate pentru o serie de afecțiuni, dintre care coxartroza, inclusiv cea post-traumatică, rămâne cea mai frecventă indicație [1, 5, 6, 7, 9].

Conform rezultatelor cercetărilor profesorului român M. Popescu (2003), raportul comparativ cost – utilitate raportat la anii de viață, arată că proteza totală de șold ocupă primul loc în acest rating [12]. Ca orice intervenție chirurgicală importantă, artroplastia șoldului aduce beneficii cu atât mai certe, cu cât indicațiile operatorii au fost elaborate mai rațional, pe baza unor obiective de ordin general și local [3, 4, 19].

Drept indicații pentru artroplastia totală de șold servesc coxartrozele avansate uni- sau bilaterale, inclusiv posttraumatice. Decizia în favoarea artroplastiei necesită aprecierea riscurilor potențiale și a beneficiilor unei astfel de intervenții specifice [2, 4]. Conform opiniei cercetătorilor naționali și internaționali, în elaborarea indicației pentru artroplastia șoldului, trebuie de ținut cont de gradul durerii, severitatea leziunilor anatomo-patologice, bilateralitatea coxartrozei sau artrozei învecinate (gonartroză), vârstă, existența unor operații anterioare, sepsisul recent, etc. [4, 10, 11].

În cazul pacienților în vârstă de peste 60 de ani, la care nivelul de activitate este relativ redus, rezultatele artroplastiei totale de șold au devenit remarcabile și de durată. Pentru majoritatea lor, artroplastia rămâne unica formă de tratament chirurgical, rata reviziilor fiind aproape de zero, din care cauză indicațiile pentru endoprotezare în acest caz sunt majore [13, 15, 16].

La pacienții cu vârsta cuprinsă între 40 și 60 de ani, nivelul de activitate este ridicat, iar orizontul de așteptare, în ceea ce privește longevitatea șoldului protezat, depășește adesea perioada de supraviețuire a implantului, deaceia riscul unei reluări protetice rămâne considerabil [4, 14].

După H. C. Гаврюшенко (2000), toate implanturile întrebuițate pentru artroplastia totală de șold sunt emițătoare de particule, care se pot produce la nivelul cuplului de frecare, la mobilitatea dintre carcasa metalică și insertul de polietilenă, tija protezei și mantia de ciment, la impingement-ul dintre componentele protetice, etc. [17]. Cu cât mai multe particule nimeresc în spațiul periprotetic, cu atât mai mare este amploarea și viteza osteolizei responsabile de eșecul în timp al artroplastiei protetice. Din acest motiv, până în prezent, artroplastia protetică a șoldului rămâne o provocare pentru pacienții tineri, care au un mod de viață foarte activ pe fonul unei speranțe de viață îndelungate. La pacienții cu vârsta de până la 40 de ani, riscul reviziilor protetice crește spectaculos și indicațiile pentru artroplastie necesită o argumentare vastă. Totodată, unele publicații relatează despre aplicarea artroplastiei totale de șold și la copii. Autorii consideră, că

oportunitatea indicației artroplastiei la această vârstă este dată de răspunsul la întrebarea: „Ce este preferabil: un copil infirm, fără copilărie și tinerețe sau un eventual adult la 50 de ani în cărucior?” [8].

Contraindicațiile pentru protezarea șoldului sunt dictate de condițiile locale și generale. O infecție a șoldului dureros sau antecedente septice, mai ales stafilococice, reprezintă o contraindicație absolută [18, 19, 20]. Existența unui focar septic la distanță de șold constituie un risc real de contaminare intra- sau postoperatorie și necesită o asanare înaintea intervenției. O altă contraindicație o constituie precaritatea stării generale a pacientului [4, 18].

Momentul artroplastiei șoldului este determinat de pacient și chirurg, caracterizându-se, de regulă, prin epuizarea tuturor măsurilor conservatoare și chirurgicale nonprotetice și întrunește criteriile clinice și radiologice [4]. Într-un studiu biomecanic complex, A. Рагозин (2004) demonstrează, că pentru restabilirea funcției articulației protezate este important ca artroplastia totală de șold să fie aplicată înaintea dezvoltării schimbărilor patologice considerabile, atât la nivelul articulației bolnave, cât și a celor învecinate și, îndeosebi, înaintea dezechilibrării bazinului, apariției scoliozei antalgice, hipotrofiei musculare marcate și a dereglărilor neurologice [20].

Aprecierea tipului de proteză, ce urmează a fi implantată, se face corelând indicația medicală cu cea tehnică. Din punct de vedere anatomic și arhitectural, pot fi întâlnite 3 situații [4, 12]:

1. șoldul artrozic cu arhitectură normală;
2. șoldul artrozic cu arhitectură anormală (luxații și subluxații);
3. șoldul cu pierderi semnificative de substanță osoasă (decimentările aseptice).

Tabelul 1

Criteriale de evaluare Spotorno-Romagnoli-Singh pentru alegerea tipului de proteză

Criteria	Punctajul	
Vârsta	< 50 ani	0
	50 – 60 ani	1
	61 – 70 ani	2
	> 70 ani	4
Sexul	Masculin	0
	Feminin	1
Indicele Singh	Stadiul 7	0
	Stadiul 6 – 5	1
	Stadiul 4 – 3	2
	Stadiul 2 – 1	4
Indicele morfo-cortical (MKI)	> 3	0
	3 – 2,7	1
	2,6 – 2,3	2
	< 2,3	4

În cazul șoldului artrozic cu arhitectură normală, endoprotezarea reprezintă un procedeu chirurgical bine sistematizat, în care rezultatele sunt uniform calitative, iar succesul reprezintă norma. În cazul șoldului artrozic cu arhitectură anormală se cere aplicarea componentelor protetice de dimensiuni corespunzătoare, cu refacerea anatomiei și arhi-

tecturii articulației normale. Iar în pierderile semnificative de substanță osoasă, deseori este necesară nu numai aplicarea componentelor cu design special, dar și a diferitor procedee de plastie osoasă [12].

Tipul de fixare a protezei preconizate este determinat de particularitățile morfofuncționale ale șoldului bolnav, care sunt redate în cotația Spotorno-Romagnoli-Singh (tab. 1).

Suma aritmetică a punctelor obținute determină indicația pentru proteza cimentată sau necimentată:

- 0 - 4 puncte - proteze necimentate;
- 5 puncte - tije cimentate;
- 6 puncte și mai mult - proteze cimentate.

Din punct de vedere organizatoric, este firesc ca aceste intervenții să fie efectuate de ortopezi antrenați în chirurgia șoldului, care să opereze numai în săli special amenajate, dotate cu un instrumentar modern și fiind asistați de o echipă de anestezie – reanimare experimentată.

Actualmente în lume există centre naționale și regionale de endoprotezare a articulațiilor mari, în care sunt create condiții speciale pentru acest tip de tratament, experiența cărora a dovedit raționalitatea existenței centrelor specializate în acest domeniu.

În Republica Moldova aceste operații se efectuează în cadrul a două instituții medicale specializate: Spitalul Clinic Republican Ortopedie și Traumatologie și Serviciul Ortopedie al Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă. Aceste centre sunt dotate cu personal pregătit în domeniu [4].

Artroplastia primară și osteosinteza acetabului

Indicația pentru artroplastia primară în fractura de acetabul cu fractura capului osului femural, adică fractura Pipkin de tipul IV. Planning-ul preoperator al intervenției a inclus primar, în mod urgent, efectuarea examenelor radiologice în 3 incidente pentru aprecierea tipului fracturii de cotil. Totodată, în primele 10 zile acești pacienți, obligator au fost examinați cu ajutorul 3D-CT, care a stabilit diagnosticul definitiv și tipul intervenției necesare. În stabilirea diagnosticului am utilizat clasificarea Pipkin, care constă în:

1. Tipul I: Luxația posterioară a femurului cu fractura capului femural, mai jos de *fovea capitis femoris*.
2. Tipul II: Luxația posterioară a femurului cu fractura capului mai sus de *fovea capitis femoris*.
3. Tipul III: Tip I sau II al luxației posterioare, asociate cu fractura colului femural.
4. Tipul IV: Tip I, II sau III al luxației posterioare, asociate cu fractura de acetabul.

În cazurile când a fost apreciată fractura Pipkin IV, s-a recurs primar la intervenția combinată de osteosinteză și artroplastie.

Din punct de vedere tehnic, specific pentru această intervenție, care o deosebește de cele separate de osteosinteză și respectiv de ATȘ este faptul, că în acest caz tehnicile a două operații complicate se îmbină în una. Primar se efectuează osteosinteza cotilului, după care se trece la artroplastia totală a șoldului, care necesită fixarea obligatorie a cupei protezei cu 2-3 șuruburi, fapt care permite obținerea unei stabiliți mai ferme a complexului cotil-cupă, o fixare stabilă pentru consolidarea cotilului și funcționalitatea durabilă a protezei.

Operația în cauză a fost efectuată la 6 pacienți. Conform sexului, toți șase au fost bărbați. După vârstă, din fiecare grup de vârstă a fost selectat câte un pacient, media vârstei fiind de $47,8 \pm 6,6$ ani ($p > 0,05$, comparativ cu întregul lot – $38,38 \pm 1,64$) (eroare și diferență ne semnificativă din cauza diferențelor mari de vârstă ale pacienților și numărului mic de pacienți incluși în acest lot). Din mediul urban au fost 5 pacienți și un pacient - din mediul rural. În funcție de ocupație, pacienții, de asemenea, s-au repartizat câte un intelectual și pensionar și câte doi șoferi și șomeri.

În mediu, acești pacienți au beneficiat de tratament staționar timp de $29,2 \pm 3,8$ zile ($p > 0,05$, comparativ cu întregul lot – $28,53 \pm 1,3$ zile/pat), cu un interval de 20 de zile - la 43. Conform clasificării AO- ASIF, fractura de acetabul + fractura oaselor bazinului de tipul A1, a fost semnalată la numai un pacient. Conform clasificării Pipkin, toți pacienții au avut fractura Pipkin IV. În funcție de mecanismul traumatismului, toți pacienții au fost internați după un accident rutier, inclusiv 4 - după accident cu automobilul și câte unul - după accident cu motocicletă și accidentarea pietonului de către automobil.

Caz clinic. Pacientul K, bărbat în vârstă de 65 de ani. A suportat un accident rutier prin tamponare, autoturism în autoturism, pe data de 24.05.2006. Primul ajutor i-a fost acordat în IMSP Spitalul raional Sângerei. Pe data de 03.06.06 a fost transferat la Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă cu diagnosticul: traumatism asociat; fractură de cap femural de tipul Pipkin IV, cu fractură de acetabul, tip A2 a șoldului stâng cu luxație postero-superioară a capului femural stâng (fig. 1); traumă închisă a toracelui: fractura coastelor VI, VII a hemitoracelui pe dreapta, hidrotorace pericostal și sinus pe dreapta, emfizem subcutan. În cadrul Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă a fost efectuată, sub protecția anesteziei generale, reducerea luxației femurului stâng și aplicarea tracției scheletare de tuberozitatea tibiei. Pe data de 15.06.06 a fost efectuată intervenția chirurgicală de osteosinteză osteoplastică a acetabului stâng cu artroplastia totală a șoldului stâng, aplicarea protezei МАТИ - ЭЛИТ necimentată. Intervenția a durat 180 de minute, hemoragia fiind de 350 ml. În timpul operației, s-a picurat infuzie intravenoasă 1500 ml.

Perioada postoperatorie precoce a durat fără complicații, plaga cicatrizându-se per-primum. Pacientului i-a fost permis mersul cu suport 10 zile, postoperator. La distanță, după 2 ani de la intervenție, s-a apreciat scorul Harris de 96 de puncte, rezultatul funcțional fiind excelent (fig. 2, 3, 4).

Durata preoperatorie a fost de la 0-7 zile la 1 pacient, de la 8-15 zile - la 3 pacienți și mai mult de 21 de zile - la 2 pacienți, media fiind de $14,0 \pm 1,4$ zile ($p > 0,05$, comparativ cu întregul lot – $11,13 \pm 1,3$). Valoarea medie a duratei operatorii a fost de $143,3 \pm 7,9$ minute ($p < 0,05$, comparativ cu întregul lot – $126,04 \pm 4,5$ minute) cu un interval de la 110 la 160 minute. Tipul anesteziei, care s-a efectuat: în 5 cazuri a fost efectuată anestezie generală și la 1 pacient - anestezie peridurală. La 2 pacienți intervenția a fost efectuată prin abordul Handringe, la 3 - abordul Kocher-Langhenbek și la un pacient - abordul transtrohanterian. Valoarea medie a hemoragiei intraope-

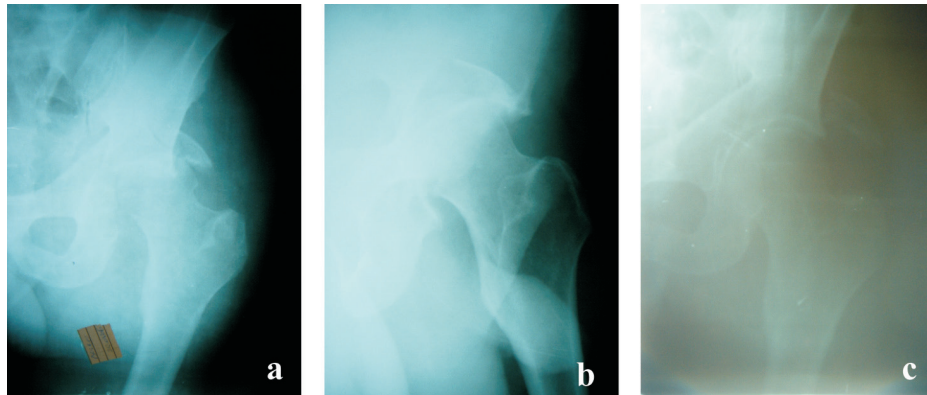


Fig. 1. Pacientul K. Radiografiile preoperatorii:
a – antero-posterioară a șoldului stâng; b – oblică-alară; c - oblică-obturatorie.

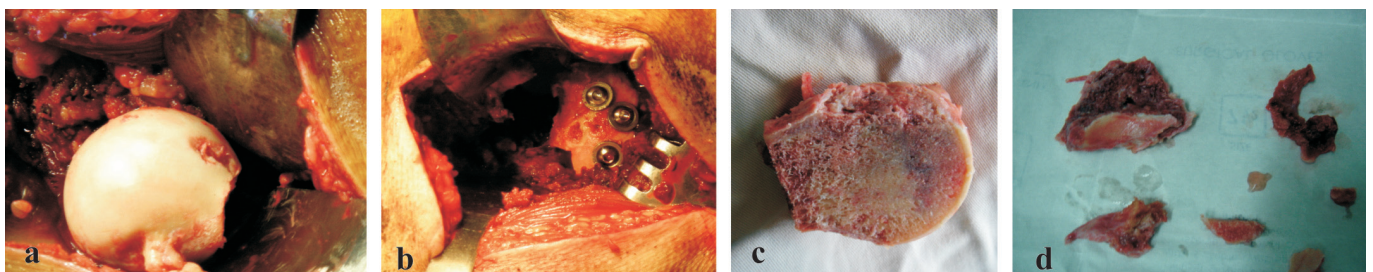


Fig. 2. Pacientul K. Imagini intraoperatorii (a, b):
a – fractura capului osului femural; b – autoosteoplastia peretelui posterior din colul femural și fixarea transplantului cu 3 șuruburi; Morfologia componentelor (c; d): c – fractura polului superior al capului femural; d – fragmente ale peretelui supero-posterior al cotilului, tasate cu suprafața articulară.

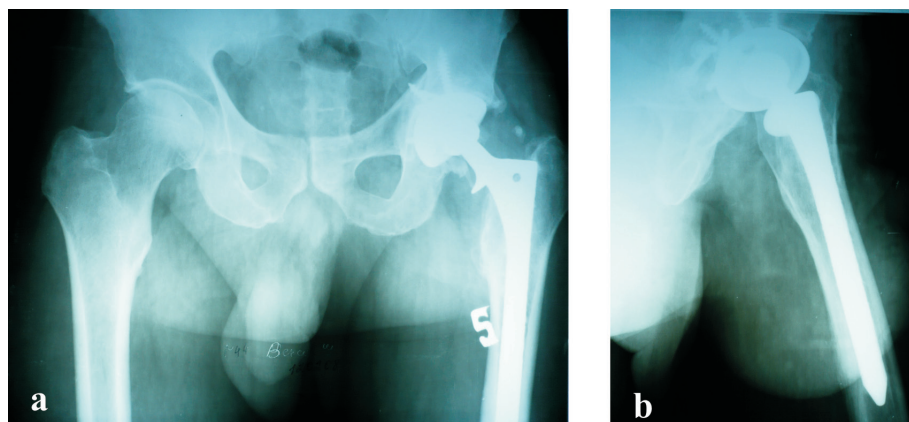


Fig. 3. Pacientul K. Roentgenografiile la distanța de 2 ani:
a – antero-posterioară a bazinului; b – axială a șoldului stâng.

ratorii a fost de $630,00 \pm 146$ ml ($p < 0,01$, comparativ cu întregul lot – 387,75 ml), cu un interval de la minim 350 ml până la maximum 1200,00 ml. Tipurile de proteze, care au fost implantate, s-au repartizat după cum urmează:

- ATȘ cu proteza ЭСИ (hibrid) cu cupa cimentată - 1 pacient.
- ATȘ cu proteza МАТИ-ЭЛИТ necimentată - 2 pacienți.
- ATȘ cu proteza Stryker+МАТИ necimentată - 1 pacient.
- ATȘ cu proteza Stryker necimentată - 1 pacient.
- ATȘ cu proteza ЭСИ necimentată - 1 pacient.

Artroplastia de șold a coxartrozei posttraumatice după fractura de acetabul

Coxartroza posttraumatică apare în 20,7% cazuri din numărul total de coxartroze și se află pe locul III în funcție

de factorul etiologic [4]. Conform cercetărilor efectuate de profesorul Gh. Croitor, nivelul incidenței prin coxartroză posttraumatică în Republica Moldova este de 11,1 la 10 mii de locuitori. În toate aceste cazuri patologia apare drept consecință a fracturilor acetabulare, celor de cap femural sau trohanteriene. Deci, aproximativ în 1/3 din cazurile de coxartroză posttraumatică, maladia este cauzată de fracturile acetabulare. În studiul efectuat de noi, fractura acetabulară s-a complicat cu coxartroză în 7 cazuri (9,21%).

Din punct de vedere tehnic, efectuarea unei artroplastii totale de șold, după fracturile acetabulare s-a dovedit a fi mai problematică, comparativ cu protezările în alte tipuri de coxartroză [4].

În cazul coxartrozei după reducerea sângerândă eșuată a fracturii acetabulare, prin prezența cicatricelor și multiplelor construcții metalice, care necesită a fi înlăturate, artroplastia șoldului a fost și mai dificilă. La acești pacienți perioada de recuperare postoperatorie decurge mai anevoios, iar restabilirea funcției șoldului operat este relativ modestă.

În cercetarea noastră, coxartroza posttraumatică a servit drept indicație pentru ATȘ în 7 cazuri (4 pacienți - după rezolvare extrafocală a fracturii acetabulare și 3 - după osteosinteza internă eșuată). În ultimul caz tehnica chirurgicală a fost mai dificilă și perioada de recuperare - mai îndelungată.

La acest grup de pacienți repartizarea conform mediului de rezidență (4 - urban și 3 - rural) și sexe fiind aproape egală (4 bărbați și 3 femei), iar vârsta medie constituind $47,8 \pm 4,2$ ani ($p < 0,05$ comparativ cu întregul lot - $38,38 \pm 1,64$), de

la minimum 23 - la maximum 70 de ani. Toți cei 7 pacienți, indiferent de vârstă, la momentul efectuării intervenției de ATȘ au avut grad de invaliditate (5 - gr. II și 2 - gr. I).

Din cauza dificultăților tehnice ale intervenției și ale reabilitării mai îndelungate a pacienților din acest grup, durata medie de aflare în staționar a fost relativ îndelungată și a constituit $18,9 \pm 2,6$ zile/pat, dar nu a fost mai mare, ci din contra, semnificativ mai mică față de media zilelor/pat înregistrate pentru întregul eșantion inclus în cercetare, care a numărat $28,53 \pm 1,3$ zile/pat ($p < 0,01$). Această diferență se datorează faptului, că în pofida dificultăților tehnice ale intervenției și perioadei de recuperare îndelungate, operația în cauză a fost planificată, deci pacienții au venit pregătiți, cu toate investigațiile necesare efectuate până la internare. De asemenea, comparativ cu celelalte loturi, incluse în cercetare

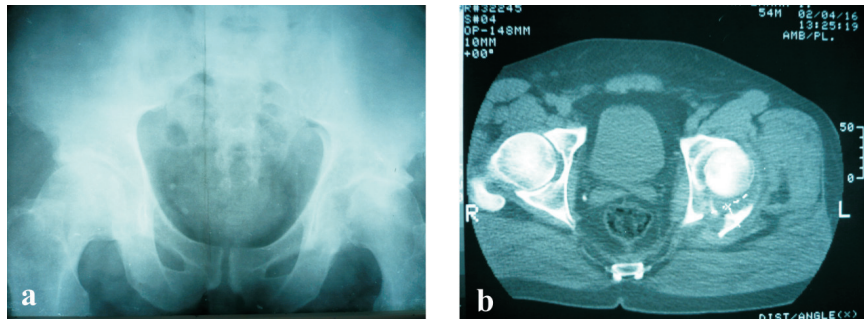


Fig. 4. Pacientul N. Radiografiile și CT preoperatorii, după leziunea primară: a - radiografia antero-posterioară a bazinului; b - CT, fractura coloanei și peretelui posterior al cotilului stâng.



Fig. 5. Pacientul N. Radiografia postoperatorie, după efectuarea intervenției chirurgicale de reducere sângerândă a fracturii coloanei posterioare și peretelui posterior, osteosinteză cu 3 șuruburi.



Fig. 6. Pacientul N. Radiografia postoperatorie la distanță de 3 ani după osteosinteză. Coxartroză postraumatică, gr. IV.

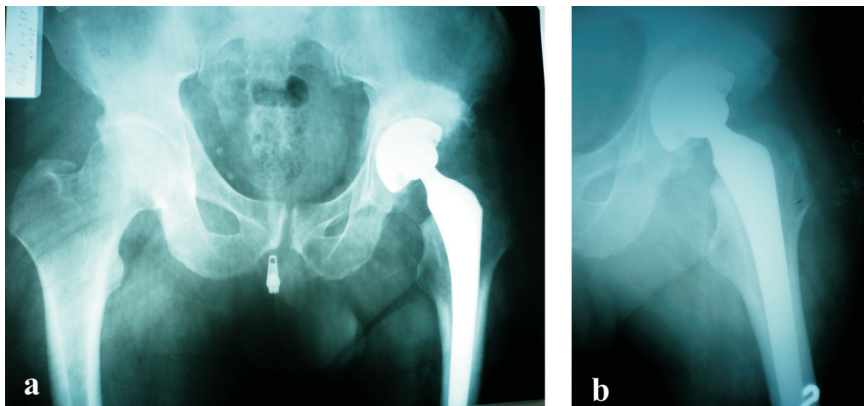


Fig. 7. Pacientul N. Radiografiile postoperatorii la un recul de 3 ani. Scorul Harris = 83 de puncte: a - antero-posterioară a bazinului; b - axială a șoldului stâng.

în acest grup nu au fost pacienți cu politraumatisme (sau politraumatismul a fost în trecut), care necesită o durată mai mare de tratament în staționar. Coxartroza de gradul III a fost diagnosticată la 2 pacienți și gradul IV – la 5 pacienți. În funcție de articulația afectată, a prevalat coxartroza șoldului stâng cu 5 cazuri, față de 2 cazuri pentru șoldul drept.

Durata preoperatorie a variat de la 0 la 5 zile, media fiind de $2,6 \pm 0,03$ zile ($p < 0,01$, comparativ cu întregul lot – $11,13 \pm 1,3$ zile), timp în care pacienților li s-au efectuat examinările de rutină și s-a stabilit tactica chirurgicală definitivă. Această durată relativ mică s-a datorat faptului, că la toți acești pacienți, diagnosticurile erau cunoscute deoarece fracturile acetabulare suportate în trecut au fost tratate tot în clinica noastră. În 4 cazuri intervenția s-a efectuat cu anestezie generală și în 3 cazuri – cu anestezie spinală. Valoarea medie a duratei anesteziei a fost de $125,00 \pm 12,8$ minute ($p > 0,05$ comparativ cu întregul lot – $124,17 \pm 5,02$ min.). Abordurile chirurgicale, practicate la acești pacienți, în 5 cazuri s-a aplicat abordul Muller-Gay și în câte un caz - Hardringe și, respectiv, transtrohanterian.

Protezele, care au fost aplicate la acești pacienți: în 5 cazuri - proteza necimentată Stryker-Omnifit și în câte un caz – proteze total cimentate Stryker și total necimentată Stryker-ABG-2. Valoarea medie a duratei operatorii a fost de $110,8 \pm 8,7$ minute, cu un interval al duratei de operație de la minimum 90,0 la maximum 150 de minute (durata operatorie a întregului eșantion studiat a fost de $126,04 \pm 4,5$ ($p < 0,05$). Hemoragia intraoperatorie a fost de $458,3 \pm 27,1$ ml, cu un interval de la minimum 300 - la maximum 650,00 ml (pentru întregul eșantion această valoare a fost de $387,7 \pm 21,5$ ml ($p < 0,05$). O hemoragie semnificativ mai abundentă a fost cauzată de leziunea arterei circumflexe femurale mediale și necoagularea ultimei.

Dacă la pacienții cu coxartroză posttraumatică, după fracturile de cotil rezolvate prin osteosinteza extrafocară, recuperarea postoperatorie a decurs mai ușor, atunci la cei la care fracturile acetabulare au fost tratate prin metoda deschisă, recuperarea a fost mai anevoioasă.

Caz clinic. Pacientul N., în vârstă de 54 de ani, a suportat un accident rutier de tamponare autovehicol cu autovehicol, pe data de 13.04.2002. Primar a fost internat în IMSP Spitalul Raional Hâncești și, ulterior, pe data de 16.04.2002, transferat la Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă cu diagnosticul: fractură închisă a peretelui posterior al acetabului și a coloanei posterioare de tipul B după AO a articulației șoldului stâng (fig. 4). Pe data de 24.04.2002 s-a efectuat intervenția chirurgicală de reducere sângerândă a fracturii coloanei posterioare și peretelui posterior și osteosinteza cu 3 șuruburi (fig. 5). Postoperator a fost supus tracției continue manjetare pe o perioadă de o săptămână. Sprijinul a fost permis după 6 luni, postoperator.

Pe data de 14.11.2005, adică peste o perioadă de 3 ani de la intervenția primară, pacientul N. se reinternează cu diagnosticul: coxartroză posttraumatică, gr. IV a articulației șoldului stâng, osificate heterotopice Brooker de tipul II-III (fig. 6), scorul Harris = 34 de puncte. Pe data de 15.11.2005 a fost efectuată intervenția chirurgicală: artroplastia totală a șoldului stâng cu proteză Stryker-Omnifit necimentată. Scorul Harris la distanță, peste 3 ani = 83 de puncte (fig. 7).

Protezele aplicate la acești pacienți: în 5 cazuri - proteza necimentată Stryker și în câte un caz – proteze total cimentate Stryker și total necimentată Stryker-ABG-2. Valoarea medie a duratei operatorii a fost de $110,8 \pm 8,7$ minute, cu un interval al duratei de operație de la minimum 90,0 la maximum 150 de minute (durata operatorie a întregului eșantion a fost de $126,04 \pm 4,5$ ($p < 0,05$). Hemoragia intraoperatorie a fost de $458,3 \pm 27,1$ ml, cu un interval de la minimum 300 - la maximum 650,00 ml (pentru întregul eșantion această valoare a fost de $387,7 \pm 21,5$ ml ($p < 0,05$). O hemoragie semnificativ mai abundentă a fost cauzată de leziunea arterei circumflexe femurale mediale și necoagularea ultimei.

Rezultate

Rezultatele la distanță au fost apreciate numai la 5 pacienți, deci din punct de vedere statistic, aceste rezultate nu sunt semnificative, valorile procentuale având o probabilitate de repetare mai mică de 95%. Conform scorului Harris, în 4 cazuri rezultatele la distanță au fost excelente și bune, un singur caz nesatisfăcător. Complicații precoce: neuropatie posttraumatică a nervului ischiadic - 2 pacienți. Complicații tardive: osificate heterotopice Brooker, gr. III - 1 pacient.

Efectuarea secundară a artroplasiei totale de șold în cazul fracturilor acetabulare, tratate conservator a întâmpinat dificultăți tehnice, cauzate de deformitatea cotilului.

În cazul coxartrozei, după reducerea sângerândă a fracturii acetabulare, prin prezența cicatricelor și multiplelor construcții metalice, care necesită a fi înlăturate, artroplastia șoldului a fost și mai problematică. Scorul Harris preoperator la 7 pacienți a variat de la 23 - 45 de puncte, ceea ce arată un rezultat nesatisfăcător. Rezultatele globale la acest grup de pacienți, conform scorului Harris, au fost considerate bune în 3 cazuri, satisfăcătoare - 3 cazuri și nesatisfăcătoare - 1 caz. Rezultatul nesatisfăcător este apreciat la pacientul cu neuropatie persistentă a nervului sciatic, iar cel satisfăcător - la un pacient cu coxalgii și blocarea mobilității articulare din cauza osificatelor periprotetice Brooker III.

Concluzii

1. Din punct de vedere tehnic, intervențiile combinate de osteosinteză și artroplastie sunt mai problematice, comparativ cu efectuarea separată a fiecăreia din aceste operații. Totodată, efectuarea combinată a două intervenții duce la rezultate favorabile atât în perioada postoperatorie precoce, cât și la distanță.

2. Endorprotezarea totală a șoldului pacienților cu coxartroză posttraumatică s-a dovedit a fi o intervenție complicată, care necesită o dotare specială, un planning preoperator riguros și o tehnică chirurgicală perfectă.

3. Datele obținute în timpul planning-ului preoperator trebuie confirmate în timpul intervenției chirurgicale. În pofida dificultăților tehnice de efectuare a artroplastiei totale de șold la acești pacienți, rezultatele sunt satisfăcătoare și duc la îmbunătățirea calității vieții lor.

4. Endoprotezarea primară de șold este cea mai utilizată procedură de reconstrucție a șoldului în cazul fracturilor acetabulare și de cap femural de tipul Pipkin IV și reprezintă o soluție terapeutică de calitate.

Bibliografie

1. Bellabarba C, Berger RA, Bentley CD. Cementless acetabular reconstruction after acetabular fracture. *J Bone Joint Surg Am.* 2001;83A:868-876.
2. Bețișor V. Evaluarea artroplastiei totale de șold în Republica Moldova. Al 10-lea Congres Național de Ortopedie și traumatologie. Culegere de lucrări științifice. Arad, 2003;2.
3. Botez P. Artroplastia protetică de șold. Iași: Bit. 2003;261.
4. Croitor Gh. Tratatamentul complex al coxartrozelor: Teza de doctor habilitat în medicină. Chișinău, 2008;245.
5. Mears Dana C, Velyvis John H. Acute total hip arthroplasty for selected displaced acetabular fractures. *The Journal of Bone and Joint Surgery.* 2002;84:1-9.
6. Ellis Thomas, Schmidt Andrew. Total hip arthroplasty following failed internal fixation of acetabular fractures. *Techniques in Orthopaedics.* 2002;17(4):427-433.
7. Glas PY, Bejui-Hugues J, Carret JP. Arthroplastie de hanche pour séquelle de fracture de l'acétabulum. *Revue de chirurgie orthopédique.* 2005;91:124-131.
8. Grecu D, Ciurea Paulina, Niculescu D, ș. a. Este indicat tratamentul chirurgical în poliartrita cronică juvenilă? *Revista de ortopedie și traumatologie.* 2004;14(1-2):121-124.
9. Herscovici D, Bohlhofner BR, Lindvall E. The combined hip procedure: open reduction and internal fixation with concurrent total hip arthroplasty for the management of acetabular fractures in the elderly. *Orthopaedic Trauma Association.* 2001;171-172.
10. Mouhsine Elyazid. Acute total hip arthroplasty for acetabular fractures in the elderly. *Acta Orthopaedica Scandinavica.* 2002;73(6):615.
11. Parag Sancheti. Complications of fracture acetabulum. *Indian journals of orthopedics.* 2002;36(1):36-37.
12. Popescu M, Marinca L, Stoica C, ș. a. Rezultate pe termen scurt în reconstrucția acetabulară cu autogrefon structurat în proteza totală primară necimentată. *Revista de ortopedie și traumatologie.* 2003;13(3-4):147-151.
13. Vanderschot P. Treatment options of pelvic and acetabular fractures in patients with osteoporotic bone. *Injury, Int. J. Care Injured.* 2007;38:497-508.
14. Velyvis JH, Rubash HE, Callaghan JJ. Primary total hip arthroplasty: Cementless and Cemented. *OKU: hip and knee reconstruction.* 2006;3:439-456.
15. Vrahas MS, Tile M. Fractures of the acetabulum. In: Bucholz RW, Heckman JD, eds. *Rockwood and Green's fractures in adults*, 5th ed. Philadelphia, PA: Livingston Williams and Wilkins. 2002:1527.
16. Woolson S, Mow C, Syquia J, et al. Comparison of primary total hip replacements performed with a standard incision or mini-incision. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86-A:1353-1358.
17. Гаврюшенко НС. Материаловедческие аспекты создания эрозионностойких узлов трения искусственных суставов человека: Дис. д-ра тех. наук. Москва, 2000;256.
18. Кустов ВМ, Корнилов НВ. Медицинское обеспечение операций эндопротезирования крупных суставов «Гиппократ», 2004;344.
19. Надеев Ал, Надеев А, Иванников С, и др. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава. Москва, 2004;240.
20. Поляченко ЮВ, Канзюба АИ. Лечебная тактика при переломовывихах тазобедренного сустава у пострадавших с политравмой. *Архив клинической и экспериментальной медицины.* 2000;9(3):5-8.

Corresponding author

Croitor Petru, Researcher

Department of Orthopedics and Trauma

Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University

1, Toma Ciorba Street

Chisinau Republic of Moldova

Telephone: 079400582

E-mail: croitor_petru@mail.md

Manuscript received June 07, 2010; revised February 04, 2011

