

7. Vollmer D.G., Gegg C. *Classification and acute management of thoracolumbar fractures*. Neurosurg Clin N Am 1997;8:499–507.

8. Bensch F.V., Koivikko M.P., Kiuru M.J., Koskinen S.K. *The incidence and distribution of burst fractures*. Emerg Radiol 2006;12:124–129.

9. Bernstein M.P., Mirvis S.E., Shanmuganathan K. *Chance type fractures of the thoracolumbar spine: imaging analysis in 53 patients*. AJR Am J Roentgenol 2006;187:859–868.

10. Bagley L.J. *Imaging of spinal trauma*. Radiol Clin North Am 2006; 44:1–12.

11. Crim J.R., Moore K., Brodke D. *Clearance of the cervical spine in multitrauma patients: the role of advanced imaging*. Semin Ultrasound CT MR 2001;22:283–305.

12. Griffen M.M., Frykberg E.R., Kerwin A.J. et al. *Radiographic clearance of blunt cervical spine injury: plain radiograph or computed tomography scan?* J Trauma 2003;55:222–226.

13. Linsenmaier U., Krotz M., Hauser H. et al. *Whole-body computed tomography in polytrauma: techniques and management*. Eur Radiol 2002;12:1728–1740.

14. Antevil J.L., Sise M.J., Sack D.I. et al. *Spiral computed tomography for the initial evaluation of spine trauma: a new standard of care?* J Trauma 2006;61: 382–387.

15. Platzer P., Jaindl M., Thalhammer G. et al. *Clearing the cervical spine in critically injured patients: a comprehensive C spine protocol to avoid unnecessary delays in diagnosis*. Eur Spine J 2006;15:1801–1810.

16. Hauser C.J., Visvikis G., Hinrichs C. et al. *Prospective validation of computed tomographic screening of the thoracolumbar spine in trauma*. J Trauma 2003;55:228–234.

17. Wintermark M., Mouhsine E., Theumann N. et al. *Thoracolumbar spine fractures in patients who have sustained severe trauma: depiction with multi-detector row CT*. Radiology. 2003;227:681–689.

18. Adams J.M., Cockburn M.I., Difazio L.T. *Spinal clearance in the difficult trauma patient: a role for screening MRI of the spine*. Am Surg. 2006;72:101–105.

19. Van Goethem J.W., Ozsarlak O., Parizel P.M. *Cervical spine fractures and soft tissue injuries*. JBR-BTR. 2003;86:230–234.

Rezumat

Leziunile coloanei vertebrale apar frecvent la pacientul cu politraumatism ce face cunoștințe de evaluare și tratament al acestor leziuni neprețuite pentru echipa de medici. În momentele imediate după aceste traume, păsurile critice pot fi efectuate pentru a preveni o lezare suplimentară și de a asigura recuperarea maximă neurologică și funcțională a pacientului. O abordare simplă, standardizată pentru tratarea pacientului de la locul accidentului, examinarea pacientului în secția de primire, indicarea investigațiilor radiologice adecvate, precum și efectuarea tratamentului precoce pot influența semnificativ la recuperarea maximă a pacientului.

Summary

Spinal injuries occur frequently in the patient with polytrauma making the knowledge of the evaluation and treatment of these injuries invaluable to the trauma team. In the immediate moments after these injuries, critical steps can be taken to prevent additional injury and insure maximum neurologic and functional recovery of the patient. A simple, standardized approach to treating the patient at the scene, examining the patient in the trauma admitting area, ordering appropriate radiographic studies, and instituting early treatment can markedly influence a patient's maximal recovery.

Резюме

Повреждения позвоночника часто встречаются у пациентов с политравмой, придавая особое значение обследованию и лечению данного вида травм для выбора общей тактики действий. Непосредственно после травмы, решительные шаги могут быть предприняты для предотвращения дополнительных повреждений и обеспечения максимального неврологического и функционального восстановления пострадавшего. Простой, стандартизированный подход к оказанию помощи на месте, обследование пациента на предмет травмы вышеуказанной области, назначение соответствующих рентгенологических исследований, а также раннее начало лечения могут заметно влиять на процесс восстановления больного.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL DEFECTELOR TEGUMENTARE LA NIVELUL DEGETELOR MEMBRULUI SUPERIOR

Vitalii Vrabii⁴, Grigorii Verega¹,

Anatol Calistru², Igor Șapovalov³,

¹prof. univ., dr. hab. în med. USMF,

²conf. univ., dr. în med. USMF,

³medic-chirurg categorie superioară,

⁴medic-rezident,

„Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie
a Aparatului Locomotor” IMSP CNSPMU

Introducere

Degetele sunt porțiuni a extremității superioare prin care ne atingem, simțim, scriem, desenăm și efectuăm activități cotidiene. Odată cu apariția și dezvoltarea noilor tehnologii, dependența noastră de extremitățile distale a mâinii în viața de zi cu zi continue să crească, astfel mai des navigăm pe Internet, utilizăm telefoane inteligente, operăm cu telecomanda, sau scriem la calculator. Numeroase studii au arătat că traumatismul mâinii este situat pe primul loc între toate tipurile de traumatisme. Leziunile deschise ale

mâinii reprezintă 30% din toate adresările pacienților cu patologie a aparatului locomotor (Cook F.W.). Dintre toți pacienții cu traumatism deschis a mâinii 16% din ei au traumatisme ale degetelor, iar degetele I,II,III sunt afectate în 65% cazuri (Cook F.W.). În 25% din cazuri traumatismele sunt însoțite de defecte tegumentare care necesită proceduri reconstructive complexe (Ameziane L.). Multitudinea lambourilor existente la nivelul mâinii oferă chirurgului plastician posibilitatea acoperirii ideale a oricărui defect. Acoperirea ideală însemnând acoperirea cu material sensibil, de aceleași calități estetice și în condiții de confort maxim postoperatoriu pentru bolnav.

Material și metode. Pe parcursul anului 2011 în „Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie a Aparatului Locomotor” au avut loc intervenții chirurgicale în total la 1259 de pacienți cu traumatisme a membrului superior. Din ei 226 din cazuri au fost pacienți ce prezentau defecte la nivelul degetelor. Bărbați au fost - 191 (85,3%), femei - 35 (14,7%) cazuri (tabelul 1).

Din 226 de cazuri care au necesitat plastii, la nivelul falangelor distale avem o prevalență de 144 (62%) pacienți, la cele medii - 61 (27%) pacienți și la cele proximale de 21 (11%) pacienți (fig. 1).

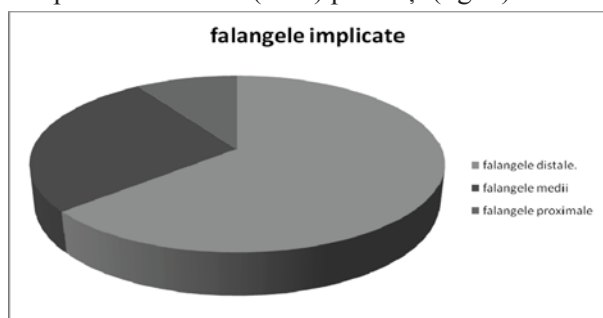


Figura 1. Repartizarea pacienților cu traumatism a degetelor în funcție de localizare a defectelor.

În dependență de implicarea degetului în traumatism avem următoarele date: deget I-56 (25%) cazuri, degetul II-63 (28%) cazuri, deget III-58 (26%) cazuri, deget IV-23 (10%) cazuri, deget V- 16 (7%) cazuri, 2 degete implicate au fost întâlnite în 8 (3%) cazuri și > de 2 degete implicate au fost în 2 (1%) cazuri (fig. 2).

La toți pacienții supuși intervenției chirurgicale s-a efectuat profilaxia tetanosului cu vaccina (TD), s-a administrat analgezice pe parcursul examinării, și după indicație au fost supuși examenului radiologic.

În traumele izolate a unui deget, preponderent falanga distală intervenția chirurgicală a fost efectuată sub protecția anesteziei locale (sol Lidocaina 1-2%), metoda Oberst-Lukasevici. În traumatismele a 2 și mai multe degete s-a folosit metoda de anestezie trunchulară.

Metodele utilizate de plastii.

Prin metodă locală de avansare tip V-Y (Atasoy, Kutler) care are la bază vascularizația lamboului asigurată de rețeaua vasculară pulpară au fost rezolvate 87 cazuri din cele 226 defecte tegumentare. Dimensiunile zonei de defect fiind de 1.5 x 1.2 cm. Complicații: 3 (1.5%) cazuri necroza totală, 8 (3%) cazuri necroză parțială și 16 (7%) cazuri tensiune pe linie de sutură.

Lambouri locale prin rotație combinate cu autodermoplastie – 19 (8.4%) cazuri utilizate preponderent în defectele suprafeței dorsale a degetelor.

Lambouri tenariene și hipotenariene – 16 (7%). Aceste lambouri ne-au permis să acoperim defecte pulpare de 2.5 x 2.0 cm preponderent tenar pentru degetul III și hipotenar pentru degetul V. Complicații 2 (1%) cazuri necroză parțială, și rigiditate articulară temporară 7 (3%) cazuri.

Lamboul crossfinger tradițional - 48 (21%) cazuri în defecte transversale, oblice, laterale. Dimensiunea maximă a defectului 2.0 x 2.5 cm. Complicații: necroză parțială 6 (2.6%) cazuri, redoare temporară a articulațiilor 22 (9.7) cazuri.

Lambou intermetacarpian -16 (7%) cazuri. Pe artera intermetacarpiană I (FDMA) - 7 cazuri pentru defectele deg. I. Celelalte 9 cazuri pentru defectele deg. II-V. Dimensiunea defectului - 3.0 x 2.5 cm. Complicații: tensiune pe linia de sutură 4 (1.75) cazuri.

Lamboul arterial hemodigital axial reversat - 18 (8%) cazuri pentru acoperirea defectelor degetelor lungi. Dimensiunea defectelor 1.5 x 1.8 cm. Complicații: necroză totală 2 (1%) cazuri necroză parțială 3 (1.4%) cazuri, compresia pediculului vascular cauzat de edemul tranzitoriu 5 (2.2%) cazuri.

Tabelul 1

Repartizarea pacienților după sex și categorie de vârstă

Vârstă	Sub 20 ani	21-40 ani	41-60 ani	Peste 60 ani	total
femei	4(1.7%)	15(6.6%)	12(5.3%)	4(1.7%)	35(14.7%)
bărbați	17(7.5%)	106(47%)	56(25%)	12(5.6%)	191(85.3%)
total	21(9.2%)	121(53.6%)	68(30.3%)	16(7.3%)	226(100%)

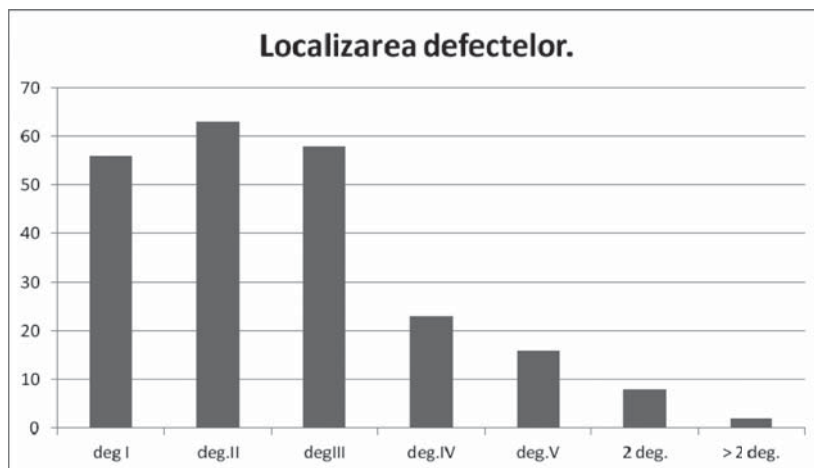


Figura 2. Repartizarea pacienților cu traumatism a degetelor în funcție de degetul traumatizat.

Lambou ighinal-2 cazuri. A fost utilizat în cazuri de defecte tegumentare asociate a mai multor degete.

Lambouri vasculare libere - 3 cazuri. În 2 cazuri defectele tegumentare erau însoțite de defecte osoase care au fost suplinite datorită lambourilor complexe-osteofasciocutanate (lambou tibial posterior liber). Dimensiunea defectului 5,5 x 5,0 cm.

Rezultate și discuții. În amputațiile și perderile de țesuturi moi a degetelor tratamentul de rutină a fost până nu demult și mai rămâne încă scurtarea osului pentru ca tegumentele să le poată acoperi. Tendința actuală este însă ca aceste degete amputate să nu mai fie scurtate prin actul operator, mai ales, când este implicat un deget important (I-III). Unul din principiile chirurgiei mâinii este păstrarea maximală a lungimii degetelor, deaceia nu se permite scurtarea sau înlăturarea falangei terminale din lipsă de țesuturi moi.

Scurtarea osului pentru acoperirea defectului este permisă în următoarele cazuri:

A) Când amputația trece prin fanta articulară.

b) Când sunt motive suficiente pentru justificarea neaplicării procedeelelor plastice (secțiuni de degete IV-V la persoanele în etate, cu patologii concomitente, la persoanele ce nu acceptă intervenții pe etape și sunt preocupați de întoarcerea cât mai rapidă în câmpul muncii [2].

Din cei 226 de pacienți care au necesitat plastii tegumentare a degetelor, scurtarea osului și revizia amputatului s-a efectuat în 17 (8.4%) cazuri.

Succesul tratamentului chirurgical plastic reconstructiv în mare parte depinde de factorii: vârsta pacientului, sexul, ocupația, mâna dominantă, degetul lezat, mecanismul traumei, maladii concomitente, anatomia și configurația defectului [1].

Sexul pacientului poate influența opțiunile reconstructive: lambourile crossfinger care prevăd transpoziția de piele de pe suprafața dorsală sunt des-

curajate pentru femei din cauza cicatricelor. Maladiile concomitente cum ar fi guta, maladia Dupuytren, artrita reumatoidă sunt contraindicate pentru lambourile tenariene și crossfinger din cauza riscului de rigiditate articulară [5].

Implicarea unui anumit deget influențează selecția metodei reconstructive (lamboul tenarian este favorabil pentru deg. II-IV, lamboul Moberg încurajat pentru police [2]. Din cauza redorilor articulare lambourile tenariene și crossfinger nu sunt încurajate la persoanele în vârstă, unde se folosesc lambouri într-o etapă. Ocupația poate fi un factor determinant în alegerea tacticii de tratament (un pianist este abordat diferit decât un muncitor manual).

Complicația precoce așa ca edemul – este tranzitorie 2-3 zile dar în anumite condiții agravează trofici-tatea lamboului din cauza tensiunii sau compresiunii. Noi am înregistrat 25 (11%) cazuri de tensiune pe linia de sutură și compresiune care au fost reversibile datorită înlăturării cauzei (înlăturarea suturii tensionate, evacuarea hematomului sub lambou etc.).

Necroza este un fenomen ireversibil. Ea este precedată de o fază de congestie. Cianoza, scăderea umplerii capilare, scăderea testului capilar. Necroza poate fi prezentă la marginea lambourilor care sunt slab vascularizate, poate fi superficială în unele zone a lamboului sau poate fi totală. Am înregistrat 10 (4.4%) cazuri de necroză totală și 27 (11.9%) necroză parțială. Cele de necroză totală au necesitat alte metode de plastii.

Complicațiile tranzitorii ca rigiditatea articulară specifice lambourilor crossfinger și tenariene s-au înregistrat în 29 (12.8%) cazuri care au dispărut datorită recuperării fiziofuncționale.

Concluzii

I. În tratamentul defectelor tegumentare a degetelor se impun următoarele obiective: 1) acoperirea defectului, 2) restabilirea senzitivă maximală, 3)

păstrarea lungimii degetului, 4) menținerea funcției articulațiilor, 5) atingerea unui aspect cosmetic satisfăcător.

II. Procedeele reconstructive moderne permit păstrarea lungimii degetului traumatizat.

III. Lambourile locale sunt preponderent utilizate datorită: simplității metodei, sensibilității acestor lambouri, particularitățile lor cosmetice și funcționale satisfăcătoare, efectuarea lor într-o singură etapă.

Bibliografie

1. Merle M. *La main traumatique*. Paris "Masson" 1992; p. 299.
2. Germann G. *Principles of flap design for surgery of the hand*. Atlas Hand Clin., 1998; 3(2): 29.
3. Verega G. *Et all Thenar flaps reconstrucsin for treatment of the circular defects of the distal phalangx*. Romanian Journal of Hand and Reconstructive Microsurgery. 2002; 7:25.
4. Белоусов А. *Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия Ярославль*"Рыбинский Дом печати",2010; 1432 с.
5. Fuocher G, Smith G.,Pempinelo C., *Homodigital neurovascular island flaps for digital pulp loss*. 1989;14:204-208.
6. Roșca V. *Plastia defectelor in amputațiile fangelor distale ale degetelor*. Arta medica, 2010;2(41):. 67-69.

Rezumat

În articol sunt expuse metodele de tratament chirurgical a defectelor tegumentare la nivelul degetelor membrului superior a 226 de pacienți tratați pe parcursul anului 2011 în „Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie a Aparatului Locomotor” Principalele obiective de tratament au fost: 1) Închiderea defectului. 2) Restabilirea senzitivă maximală. 3) Păstrarea lungimii degetelor traumatizate. 4) Menținerea funcțiilor articulațiilor. 5) Atingerea unui aspect cosmetic satisfăcător.

Summary

In this study diferent methods of treatment are present in 226 patients with tissue defects at the fingers of the upper limbs operated in." The Clinic of the Plastic and Reconstructive Microsurgery of the Musculoskeletal System " during the period of 2011 year. The main objectives of treatment were: 1) wound closure,2) maximal sensitive recovery, 3) keeping the finger lenght, 4) maintenance of joints function, 5) achieve a satisfactory cosmetic look.

Резюме

В данном исследовании представлен анализ методов хирургической обработки ран у 226 пациентов с дефектами тканей пальцев верхних конечностей на базе «Клиники пластической и реконструктивной микрохирургии костно-мышечной системы» в период

за 2011 год. Основными задачами хирургической обработки ран были: 1) закрытие раны, 2) максимальное восстановление чувствительной, 3) сохранение длины пальца, 4) поддержание функции суставов, 5) достижение удовлетворительного косметического вида.

DIAGNOSTICUL ECOGRAFIC A LEZIUNILOR LIGAMENTULUI ÎNCRUCIȘAT ANTERIOR A ARTICULAȚIEI GENUNCHIULUI.

Tatiana Ungurean, medic-ecografist.

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

Introducere. Ecografia este o metodă de explorare eficientă și frecvent indicată în diagnosticarea leziunilor elementelor intra- și paraarticulare ale genunchiului atât în perioada posttraumatică precoce, cât și în leziuni ligamentare, meniscale și osteohondrale înveterate [1,2,9].

Tehnica examenului ecografic a ligamentului încrucișat anterior (LÎA) are unele particularități, respectarea cărora permite determinarea cu siguranță a sediului și gradului de leziune a acestei structuri de valoare în stabilizarea articulației genunchiului.

Scopul studiului

A constituit în studierea particularităților examenului ecografic a leziunilor LÎA și aprecierea gradului de veridicitate a metodei.

Material și metode

Criteriile de includere în studiu: pacienții cu simptomatologia hemartrozei traumatice acute. Toți pacienții au fost supuși examinării ecografice în termen până la o lună posttraumatism în secția Imagistică Medicală a Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă pe parcursul anilor 2004-2012. Apoi pacienții au fost tratați chirurgical prin artroscopia articulației genunchiului și datele ecografice au fost verificate cu datele intervenției [4,5].

Criterii de excludere din studiu: pacienții cu traumatisme precedente ale articulației genunchiului, prezența leziunilor osoase a articulației genunchiului.

Populația pacienților:

53 pacienți corespundeau criteriilor expuse. Toți pacienții au fost investigați prin explorarea ecografică cu aparatul ultrasonor Philips HD7.

Studierea ecografică a LÎA necesită flexia gambei pentru deschiderea vizualizării sectorului anterior