

**Descriere:**

Invenția se referă la medicină, în special la chirurgia plastică.

Este cunoscută metoda de plastie cutanată încrucișată cu formarea lamboului cutanat pe partea anterioară a membrului donator, fixarea membrului donator și afectat, etalarea lamboului la defect, incizia piciorușului prin care s-a produs nutriția lamboului suturat la patul recipient.

Metoda se efectuează în felul următor: dintr-o regiune programată prin două incizii paralele se obține longitudinal un lambou bipedunculat, apoi marginile incizate din nou se unesc prin sutură cu fir continuu. Peste 10-12 zile la capătul lamboului se efectuează o incizie cu 1 cm mai scurtă decât cea precedentă. Lamboul decolat se tapează pe ambele suprafețe ale plăgii cu grefa despicată, care peste trei săptămâni se decolează de pe lambou.

Sectorul patologic schimbat se excizează în limita țesuturilor viabile, apoi membrul afectat se adaptează la zona donatorie (în prealabil pe o peliculară specială sterilă sunt marcate contururile defectului, conform căruia se efectuează incizia lamboului până la fascie, ca apoi să fie etalat la patul recipient și fixat cu suturi, cu comprese de tifon ce apasă lamboul).

Pentru fixarea membrilor juxtapoziționate se folosesc aparate ghipsate, polimerice etc.

Piciorușul de nutriție se incizează peste trei săptămâni la bază cu rezervă pentru etalarea completă a lamboului. În prealabil se incizează 1/2 din picioruș cu scopul de a controla suficiența microcirculației lamboului, în caz de necesitate se poate amâna pentru o săptămână [1].

Dezavantajele metodei descrise sunt: necroza completă sau parțială a lamboului, supurații, dereglări microcirculatorii, durata îndelungată a tratamentului, în zona donatoare rămân cicatrice.

Problema pe care o rezolvă prezenta invenție constă în reducerea complicațiilor.

Metoda, conform invenției, înlătură dezavantajele sus-menționate prin aceea că se formează lamboul cutanat pe partea anterioară a genunchiului prin formarea unui pliu cilindric paralel cu marginea medială a patelei, fixarea acestui pliu la baza lui cu suturi "în U" cu intervale de 1,0-1,5 cm, excizia peste 12-15 zile a piciorușului distal și executarea a două incizii paralele cu pliul cilindric. Defectul restant pe partea anterioară a genunchiului este acoperit cu țesuturi locale. Se excizează țesuturile afectate ale pielii părții plantare a piciorului. Lamboul cutanat se grefează în patul recipient. Fixarea membrului bolnav la cel donator se efectuează cu două aparate Ilizarov unite între ele telescopic, apoi lamboul cutanat se suturează în patul recipient.

Lamboului i se păstrează două piciorușe, baza este suturată cu suturi "în U" cu intervale între ele de 1,0-1,5 cm, pentru a evita perturbările microcirculatorii integritatea pielii este păstrată și, prin urmare, pericolul supurației lipsește. Procese inflamatorii și degenerative nu au loc, ceea ce reduce durata adaptării la noul mod de microcirculație și lamboul nu necesită antrenament. Legitatea tratamentului chirurgical este susținută și de posibilitățile anatomo-fiziologice ale pielii în regiunea anterioară a articulației genunchiului asemeni elasticității, capacității adaptive funcționale, rezistenței la forța statică etc. Avantajul fixării telescopice este folosit pentru adaptarea cât mai favorabilă a procesului de revascularizare la nivelul liniei de suturare a lamboului la patul recipient. Mai mult decât atât, acesta face posibil de a schimba axul lamboului în raport cu membrele juxtapuse și facilitează supravegherea, iar, în caz de necesitate, se poate evita pericolul insuficienței vasculare.

Rezultatul tehnic constă în ameliorarea troficii și diminuarea traumatizării lamboului.

Invenția se explică prin desenele din fig. 1-3 care reprezintă:

- fig. 1, pliul cutanat cilindric suturat;
- fig. 2, lamboul etalat la defect și fixarea telescopică;
- fig. 3, lamboul altoit la defect.

În regiunea articulației genunchiului (1) extremității sănătoase longitudinal și paralel cu marginea medială a rotulei, cu ambele mâini se formează un pliu cutanat (2) care se fixează la bază pe toată lungimea lui prin suturi (3) "în U" cu intervale de 1,0-1,5 cm. Peste 12-15 zile se excizează prin două incizii (4) paralele cu întregul lambou și piciorușul distal (5), păstrând piciorușul proximal (6) prin care se face alimentarea lamboului. Plaga restantă se tapează cu țesuturile vecine, iar lamboul format se etalează la patul recipient (7), care se formează după excizia ulcerului și se suturează cu suturi Donati-Parin. Imobilizarea fixă se asigură cu două aparate Ilizarov (8), unul la extremitatea recipientă, altul la cea donatoare, stabilizate cu dispozitive telescopice (9) între ele. După trei săptămâni se secționează piciorușul proximal (6) al lamboului prin care s-a condiționat nutriția lamboului și a zonei de etalare a acestuia, aparatele Ilizarov se înlătură și se finalizează suturarea lamboului la patul recipient (7). Defectul restant din zona donatoare se acoperă cu pedunculul neutilizat și țesuturile vecine, aplicând metodele cunoscute.

Evoluția postoperatorie este obișnuită, după două săptămâni se înlătură suturile și se prelungește tratamentul de recuperare în condiții de ambulator.

**Exemplu**

Bolnava F., foaia de observație nr. 1287, a suportat o traumă cu zece ani în urmă, s-a tratat conservator, însă fără efect.

La 26.05.94 s-a efectuat formarea lamboului prin metoda descrisă mai sus. La 10.06.94 s-a efectuat etalarea lamboului la patul recipient aplicând fixarea imobilă cu aparate Ilizarov și dispozitive telescopice. La 02.07.94 s-a definitivat etalarea lamboului și extragerea aparatului Ilizarov. Peste două săptămâni a fost externată, continuând tratamentul ambulator. Această metodă a fost folosită cu succes în șapte cazuri pentru tratamentul bolnavilor cu ulcer trofic posttraumatic la picior.