

Invenția se referă la medicină și anume la chirurgia plastică.

Este cunoscută metoda de plastie a defectelor sacrale care include desenarea limitelor anatomice ale arterei gluteale superioare, marcarea granițelor lamboului gluteal cutanat, detașarea lui de la țesutul celuloadipos subcutanat, fascie și mușchi, evidențierea pedunculului vascular care constă din artera gluteală superioară, prepararea consecutivă sau concomitentă a regiunii defectului, unde este migrat lamboul cutanat, suturarea marginilor lui cu porțiunea cutanată și suturarea regiunii donatoare.

Dezavantajele metodei cunoscute sunt timpul îndelungat al intervenției chirurgicale din cauza riscului de a afecta artera gluteală superioară la detașarea ei, vindecarea îndelungată atât a regiunii donatoare, cât și a regiunii recipient.

Problema pe care o rezolvă invenția este reducerea duratei intervenției chirurgicale, precum și a termenelor de vindecare.

Problema se soluționează prin aceea că se desenează limitele anatomice ale arterei gluteale superioare, se marchează granițele lamboului gluteal cutanat, se detașează acesta de la mușchi, se evidențiază într-un bloc unitar vasele perforante împreună cu țesutul celuloadipos subcutanat și fascia, totodată se disecă artera gluteală superioară. Consecutiv sau concomitent se prepară regiunea defectului, în care se migrează lamboul cutanat și se suturează marginile lui cu porțiunea cutanată, iar regiunea donatoare se suturează.

La efectuarea plastiei defectelor sacrale după metoda propusă se evidențiază într-un bloc unitar vasele perforante împreună cu țesutul celuloadipos subcutanat și fascia, ceea ce permite de a reduce semnificativ durata intervenției chirurgicale și traumatismul ei, deoarece nu mai este necesar de a detașa artera gluteală superioară de la mușchi pe o distanță mare, ceea ce este destul de complicat și riscant. Aceasta preîntâmpină riscul dezvoltării trombozei vasculare. În afară de aceasta, numărul de vase perforante variază între 2 și 5 și ele alimentează mai bine lamboul cutanat în comparație cu pediculul vascular constituit doar din artera gluteală superioară. Întrucât artera gluteală superioară se disecă în punctul la ieșirea din mușchi și ea nu se prepară, în regiunea donatoare vascularizația regională nu se afectează și după suturarea defectului format regenerarea se produce mai rapid și se preîntâmpină degradarea mușchilor. De asemenea, la prepararea lamboului rămâne un strat celuloadipos subcutanat, ceea ce asigură un efect cosmetic mai evident. Încă un avantaj al metodei propuse este simplitatea efectuării intervenției chirurgicale (ea poate fi efectuată de orice chirurg).

Rezultatul invenției este ameliorarea vascularizației lamboului cutanat și a regiunii donatoare.

Invenția se explică cu ajutorul fig. 1 – 3 care reprezintă:

- fig. 1, regiunea defectului și marcarea lamboului cutanat;
- fig. 2, prepararea lamboului cutanat;
- fig. 3, suturarea regiunii donatoare și a marginilor lamboului cutanat cu porțiunea cutanată.

Metoda propusă se realizează în modul următor.

Pacientul este așezat în decubit lateral. Se desenează limitele anatomice ale arterei gluteale superioare: punctul D situat la nivelul 1/3 proximală a liniei AB ce unește spina iliacă superioară posterioară A cu apexul marelui trohanter al femurului B proiectează locul de ieșire al arterei gluteale superioare prin foramenul suprapiriform. Mușchiul piriform se proiectează pe linia EB ce unește mijlocul distanței E dintre crista iliacă posterioară superioară A și coccisul C cu apexul marelui trohanter al femurului B. După aceasta se marchează lamboul 1 mai proximal de linia AB. Se incizează marginea laterală, inferioară și medială a lamboului 1 prin piele, țesut subcutanat, fascie, până la mușchi. Lamboul 1 este detașat treptat de la mușchi până la marginea lui superioară. Apoi se incizează stratul cutanat al marginii superioare a lamboului 1. Se evidențiază într-un bloc unitar 2 vasele perforante împreună cu țesutul celuloadipos subcutanat, adică se formează un pedicul fascio-adipos cu dimensiunile în lățime a laturii superioare a lamboului 1, care se prepară spre proximal, detașându-se de pe mușchi în direcția regiunii lombare până când lungimea lui permite migrarea lamboului 1. Totodată artera gluteală superioară se incizează în punctul D, la ieșirea din mușchi. Ea nu se prepară. Consecutiv sau concomitent se pregătește regiunea defectului sacral 3. În regiunea defectului 3 se curăță marginile împreună cu țesuturile necrotizate și granulațiile patologice până la fundul rănii. Defectului i se dă o formă relativ rotunjită. Apoi lamboul 1 este migrat în defectul 3 în baza pediculului fascio-adipos preparat și marginile lui se suturează cu porțiunea cutanată. Regiunea donatoare 4 a fost suturată plan cu plan și drenată fără dificultăți.

Exemplul 1

Pacientul T., 70 ani, internat 14.02.2002

Diagnosticul clinic: Fractură subcapitală de col femural pe stânga Garden IV. Escare masive regiunea sacrală.

Operația: prelucrarea câmpului operator. S-a croit un lambou din partea stângă pe perforantele din artera gluteală superioară. Dimensiunile lamboului 11x8 cm și lamboul a fost migrat. Cu el s-a acoperit o jumătate de defect. Apoi regiunea donatoare s-a suturat plan cu plan. A urmat ridicarea acestui lambou în aceeași manieră și din partea opusă. Dimensiunile lamboului din partea opusă 13x9 cm. Ultimul la fel s-a trecut în defect unde, suturându-se împreună, au acoperit tot defectul. Drenare. Pansament steril. Toate plăgile s-au suturat. Pacientul a fost externat în stare satisfăcătoare.

Exemplul 2

Pacienta V., 17 ani, fișa medicală nr. 699/59, internată pe data de 27.05.2002 cu diagnosticul clinic: Osteita coccigeului vertebra CoI, lipsa vertebrelor CoII, CoIII, Fistule.

Operația: Pacienta a fost instalată în decubit lateral. S-au trasat liniile de marcaj corespunzător schemei descrise, din regiunea fesieră deasupra liniei AB. S-au trecut contururile lamboului corespunzător dimensiunilor defectului.

Operația a început cu incizia din trei părți, medial, inferior și lateral a stratului cutanat, apoi a continuat în profunzimea țesutului celuloadipos, inclusiv fascia mușchilor fesieri. Cu electrocauterul se asigura o hemostază pentru a obține un

câmp de vedere curat. Fascia incizată împreună cu stratul celuloadipos au fost prinse cu fire rare de sutură de porțiunea cutanată. Apoi intervenția a continuat prin detașarea acestui lambou cutaneo-fascio-adipos de la mușchii fesieri până la marginea superioară a lamboului. Aici s-a incizat doar stratul cutanat al lamboului, iar porțiunea lui fascio-adipoasă a fost preparată spre proximal în direcție lombară în forma unui pedicul de lățimea lamboului. Prepararea a continuat în direcție proximală aproximativ 8...10 cm, până când pediculul obținut a permis migrarea lamboului în defect.

În regiunea recipientă s-au curățit marginile împreună cu țesuturile necrotizate și granulațiile patologice până la fundul rănii. Defectului i se dă o formă aproximativ rotunjită. Regiunea donatoare a fost suturată plan cu plan și drenată fără dificultăți. Lamboul migrat cu dimensiunile 6x5 cm a fost suturat la defect și drenat. Sutura s-a efectuat plan cu plan cu suturi simple. Pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare.