

– 18 pacienți, exerciții respiratorii și metode fizice de stimulare respiratorie-18 pacienți; Suport circulator – perfuzie cu soluții cristaloizi și coloizi în primele 24 ore – 18 pacienți; Nutriție enterală precoce – 18 pacienți; Menținerea medicației preoperatorie pentru afecțiunile cornice

Complicațiile în postoperator la pacienții examinați au fost: Pneumonie-5 cazuri, Psihoză- 1 caz, Ischemie subendocardică-1 caz. Nu a fost înregistrat nici un caz de deces.

Durata medie de timp scurs de la internare până la operație a constituit 4,3 zile. Durate medie de sejur în secția ATI a constituit 6,7 zile, durate medie de aflare în staționar 20,2 zile.

Concluzii

1. Pentru optimizarea tratamentului pacienților vârstnici, cu fractură de femur și afecțiuni concomitente este oportună internarea lor în secția Terapie Intensivă Reanimare pentru examinare, pregătire preoperatorie. În așa fel se reduce timpul de la internare până la efectuarea intervenției chirurgicale – condiție obligatorie pentru mobilizarea precoce.

2. Tehnicile de anestezie loco-regională, sau combinarea anesteziei loco regionale cu generală sunt mai potrivite în asemenea situații și sunt mai superioare anesteziei generale.

Bibliografie

1. ACALOVSKI I. *Anestezia clinica*. Clusium 2005
2. TARHAN S, BOFFITT E A et al. *Risc of anesthesia and surgery in patients with chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease*. Surgery 1973.
3. RODEHEFFER RJ, GERSTEINBLITH C et al. *Exercises cardiac output is maintained with advancing age healthy human subjects*. Circulation 1984.
4. HICKEZ R, SLOAN TB, *Physiological changes with in the central nervous system*. New York, 1995.
5. BĂLDEA SABIN. *Strategii și tehnici anestezice adaptate bolnavului vârstnic în traumatologia membrului inferior*. Rezumatul tezei de doctorat. Oradea, 2007.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR AFECTAȚI DE CHIST SOLITAR OSOS

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS AFFECTED BY SOLITARY BONE KYST

Ion Marin

Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie de Campanie, USMF „N. Testemițanu”, Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie, Chișinău.

Rezumat

Este prezentat tratamentul chirurgical a 140 de pacienți afectați de chist solitar osos. Au predominat leziunile de humerus, femur și tibie – 82,1%. La 64 din ei au avut loc fracturi patologice. Focarul de destrucție la toți bolnavii a fost înlăturat prin diferite tipuri de rezecție, iar la 125 din ei cu alogrefarea defectelor restante. Reoperați pe motiv de recidivă a bolii – 5 pacienți. Rezultatele finale în 97,1% cazuri sunt constatate bune, în 2,9% - satisfăcătoare.

Summary

Surgical treatment of 140 patients affected by solitary bone cyst is presented. Humerus lesions and of the femur and tibia prevailed – 82,1%. Pathological fractures were noticed in 64 patients. The focus of destruction in all the patients was removed by various types of resection, while in 125 of them, with alloplasty of the remained defects. 5 patients have been reoperated because of the recurrence of the disease. Final outcomes were good in 97,1% of cases and 2,9% satisfactory.

Introducere

Chistul solitar osos este o maladie pseudotumorală cu evoluție asimptomatică în debut, iar primul simptom clinic poate apărea odată cu fractura patologică (6, 7, 10). După intervenții chirurgicale neradicale recidivează, are însușiri de malignizare (1). Se întâlnește relativ frecvent (3), preponderent la copii și adolescenți. Afectează de regulă regiunea subfizară și metafizară a

oaselor tubulare, progresând spre diafiză. Chistul mai rar este localizat în oase compact spongioase. Se dezvoltă pe fundal displazic, manifestând în os schimbări limitrofe tumorale și degenerativ distrofice. În evoluția bolii sunt determinate 2 faze de dezvoltare: activă și latentă, însă în anumite condiții ea poate deveni în stare involutivă (6). Faza finală a maladiei se termină cu formarea în os a chistului solitar închis, care nu comunică cu canalul centromedular. Pereții chistului sunt poleiți, au contur neregulat și-s separați prin septuri rudimentare. Total sau parțial acești pereți sunt acoperiți cu o membrană moale din țesut fibros. În cavitatea chistului este lichid seros sau sanguinolent, bogat în prostoglandine E_2 , interleuchine-1, enzime proteolitice etc (6). Diagnosticul diferențial la această patologie este dificil și poate fi realizat exclusiv numai în condiții oncoortopedice.

Foarte rar, în timpul consolidării fracturii patologice la acest nivel procesul de destrucție poate regresa. Din aceasta și alte considerente există convingeri că tratamentul conservator a acestei maladii are perspective (2). Însă această tactică terapeutică, comparativ cu metodele chirurgicale existente, este de lungă durată și în multe cazuri nu stopează progresarea bolii.

Material și metode

Experiența noastră, de peste 45 de ani, cuprinde 140 de bolnavi operați în clinică. De gen masculin – 84, feminin – 56; în vârstă de până la 15 ani – 74 (52,8%), 16-50 de ani – 62 (44,4%), peste 50 de ani – 4 (2,8%). Localizarea focarului patologic a fost depistată în următoarele oase: în claviculă – 1, omoplat – 3, în osul humeral – 58, radial – 2, cubital – 2, în coastă – 1, în osul iliac – 1, femural – 36, tibian – 21, fibular – 5, astragal – 1, calcanean – 8, metatarsian II – 1. Prin urmare, au predominat leziunile de humerus, femur și tibie – 82,1%. Afectare pe dreapta a avut loc la 83 de pacienți, pe stânga - la 57. Fracturile patologice s-au constatat în 64 de cazuri, însă nici la un pacient boala n-a regresat. La 26 de bolnavi focarul patologic a fost înlăturat prin rezecție parietală intracavitară cu aloplastie osoasă a defectului restant, la 98 – prin rezecție marginală și aloplastie osoasă a defectului restant la 85 din ei (Fig. 1, 2, 3); la 4 - s-a efectuat plastie osoasă cu autogrefe, iar în 9 cazuri de plastie n-a fost necesitate. Rezecție segmentară metadiafizară, diafizară s-a efectuat în 13 cazuri (cu aloplastie osoasă a defectului restant – 11, în 2 cazuri defectul a fost substituit cu auto- și alogrefe). La 1 pacient cu afectarea colului și capului osului femural s-a efectuat rezecția extremității articulare nominalizate și substituirea defectului restant cu alogrefă similară. În 2 cazuri s-au făcut alte operații: rezecția extremității distale a osului II metatarsian (1), rezecția parțială a extremității sternale a claviculei (1) – fără osteoplastie. Piesele de rezecție în toate cazurile au fost verificate histologic.

În perioada postoperatorie și la distanță 5 pacienți au fost reoperați (1 din ei de 2 ori) pe fond de recidivă a procesului patologic la osul humeral – deasemenea cu alogrefarea defectului restant. Proces supurativ s-a dezvoltat la 4 bolnavi; la unul din ei alogrefele din calcaneu au fost înlăturate; ulterior s-a efectuat osteoplastie repetată. Ceilalți pacienți au fost recuperați conservator.

Rezultatele finale ale tratamentului la această categorie de bolnavi în 97,1% de cazuri sunt apreciate ca bune, în 2,9% - satisfăcătoare.

Discuție și concluzii

Tratamentul chistului solitar osos are variate aspecte, deoarece există diferite păreri, convingeri, recomandări bazate pe metode conservatoare, miniinvazive și intervenții chirurgicale moderne. Până-n prezent se prelungesc studiile și aplicarea în clinici a procedurii de tratament prin evacuarea punțională a lichidului acumulat în cavitatea chistului și injectarea de o singură dată sau repetat a soluției de metilprednizolon acetat (2). Diferiți autori în cavitatea chistului injectează, deasemenea percutan, „cementomă” (1,6), mădună osoasă autogenă și matrix din alogrefe osoase demineralizate; calciu sulfat (4), hidroxiapatite (6) etc. Din intervențiile chirurgicale – frecvent se folosește chiuretajul asociat cu criodestrucția sau electrocauterizarea pereților chistului



**Figura 1. Pacienta P, 11 ani. după recuperare
Chist solitar osos la humerusul proximal,
fractură patologică; radiograma**



**Figura 2. Radiograma postoperator:
focarul patologic înlăturat, defectul
restant alogrefat**

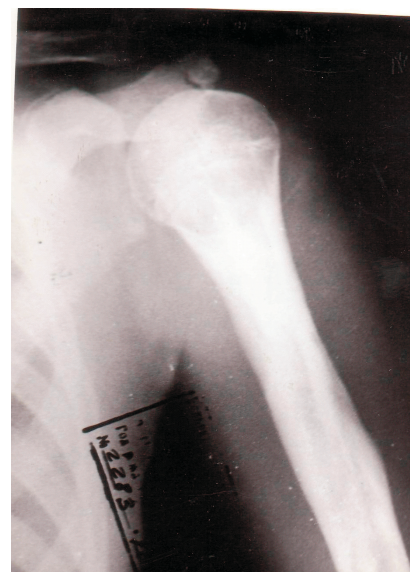


Figura 3. Radiograma

și osteoplastia defectului restant (6). Există recomandări pentru folosirea cu scop de plombare a cavității restante a preparatelor de carbon (8), bioceramică (9) etc. Se practică drenarea continuă închisă de lungă durată (peste 7 ani) a chistului localizat în regiunea humerusului proximal cu șuruburi canulate implantate intracavitar cu ieșire în spațiul submuscular (5). Este necesar de subliniat, că independent de metodele de tratament folosite, nu rar apar recidive ale procesului patologic. După părerea multor autori, aceasta depinde în ce fază de dezvoltare a chistului s-a efectuat procesul de tratament – în cea activă sau cea pasivă.

Reieșind din experiența noastră, concluzionăm că cea mai sigură metodă de tratament a acestei patologii este intervenția chirurgicală: înlăturarea focarului patologic prin variate tipuri de rezecție, deschiderea canalului centromedular și aloplastia defectului restant cu grefe corticale osoase scindate. Intervențiile chirurgicale în regiunea fizară a oaselor tubulare la copii este rațional de efectuat, când focarul patologic este îndepărtat cu 2-3 cm de zona de creștere.

Bibliografie

1. BOWEN R. E. MORRISSY R. *Recurrence of a unicameral bone cyst in the proximal part of the fibula after en bloc resection*. J. Bone Joint Surg. Am. 2004;86:p.154-158.
2. GOEL A. R. , KRIGER J., BRONFMAN R., LAUF E. *Unicameral bone cysts: Treatment with methylprednisolone acetate injections*. J. Foot Ankle Surg. 1994; 33: p.6-15.
3. GORUN N. *Localizări rare ale chistului osos*. Revista de Ortopedie și Traumatologie (București), 2006; 1-2: p.159-167.
4. ROUGRAFF B. T., KLING T. J. *Treatment of active unicameral bone cysts with percutaneous injection of demineralized bone matrix and autogenous bone marrow*. J. Bone Joint Surg. Am. 2002;84: p.921-929.
5. TSUCHIHARA T., ARINO H., NEMOTO K., AMAKO M., ISAKI H., FUJIKAWA K. *The growth rate of the humerus: long-term follow-up of treatment of solitary bone cyst of the proximal humerus using cannulated screws*. Journal of Pediatric Orthopaedics B. 2008; 3: p.145-147.
6. WILKINS R. M. *Unicameral bone cysts*. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2000; 4: p. 217-224.
7. ВОЛКОВ М. В. *Болезни костей у детей*. – Москва «Медицина» 1985. с.512.
8. ГРЕБЕНЮК Ю. А. *Возможности использования углеродных имплантатов в лечении опухолей длинных костей*. Ортопедия, Травматология и Протезирование, 2008; 3: с.16-18.
9. ДУБОК В. А., ПРОЦЕНКО В. В., ШИНКАРУК А. В., АТАМАНЕНКО О. Н. *Новые поколения биоактивных керамик - особенности свойств и клинические результаты*. Ортопедия, Травматология и Протезирование, 2008; 3: с.92-95.
10. ЗАЦЕПИН С. Т. *Костная патология взрослых*. – Москва «Медицина» 2001. с.640.

FRACTURA-LUXAȚIE MONTEGGIA, ASPECTE DE TRATAMENT CHIRURGICAL

MONTEGGIA FRACTURE-DISLOCATIONS SURGICAL TREATMENT ASPECTS

Ion MARIN, Vasile STARȚUN, Elena BURLACU, Iurie COSTIC

*Catedra Traumatologie, Ortopedie și Chirurgie de Campanie, USMF "N. Testemițanu",
Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie, Chișinău*

Rezumat

Este prezentat tratamentul chirurgical a 12 bolnavi adulți cu leziunea Monteggia. La toți pacienții s-a efectuat osteosinteza osului ulnar. Capul osului radial în 7 cazuri a fost redus chirurgical, iar în 5 – înlăturat (într-un caz s-a efectuat plastia defectului osos în aria fracturii cu greafă cilindrică fasonată din capul radial rezecat). Rezultatele finale sunt pozitive.

Summary

The surgical treatment of 12 adult patients with Monteggia lesions is presented. All the patients had undergone the osteosynthesis of the ulnar bone. The head of the radial bone in 7 cases was reduced surgically, and in 5 cases was removed (in one case was performed the plasty of the bone defect with a cylindrical bone graft processed from the resected radial head into the area of the fracture). The final results are positive.

Generalități

Această patologie se manifestă prin fractura ulnei proximale sau medii și luxația capului radial. Conform clasificării J. Bado (1) ea este repartizată în 4 tipuri: 1) fractura ulnei și luxația capului radial anterior; 2) fractura ulnei și luxația capului radial posterior