

departe continuitatea, de regulă, se întrerupe. Specialiștii din ortopedia adultului, în principiu, retrospectiv nu studiază fundamental această problemă. Deci există o întrerupere în dispensarizarea și supravegherea medicală a acestei categorii de pacienți pe parcursul vieții. Această problemă științifico-practică de importanță majoră trebuie programată, studiată și rezolvată în cadrul unui sistem ortopedic unic, inclusiv la nivel de teze de doctorat și postdoctorat. Scopul de bază constă în profilaxia dezvoltării coxartrozei la pacienții afectați de patologie displazică, contribuind prin asta la reducerea frecvenței sporite a invalidității. Un rol deosebit și de înaltă apreciere în acest aspect au studiile efectuate în Institutul Științific de Ortopedie Pediatrică „Gh. I. Turner” din Sankt-Petersburg (6). Conform rezultatelor lucrărilor acestui institut, tratamentul chirurgical al patologiei date, la prezent, este optimal trasat și poate fi indicat de la vârsta de 6 luni. Intervențiile chirurgicale sunt divizate în 3 grupe: 1. Așa-zise intervenții chirurgicale mici, cum este miotomia; 2. Reducerea deschisă a femurului luxat prin artrotomie – la vârsta între 6-9, 18-24 luni, prin intervenții pe țesuturile moi din aria articulației; 3. Intervenții de reconstrucție și restabilire pe osul femural și pe oasele bazinului, începând cu vârsta de 18-24 luni.

Prin urmare, la copii în vârstă de până la un an se efectuează reducerea deschisă de femur prin artrotomie. După vârsta de 18-24 luni se aplică reducerea deschisă a femurului luxat în asociere cu transpoziția rotațională de cotil, care se asigură prin osteotomia ischionului după Salter, când indexul acetabular este de 30-35°, iar unghiul Șarp - 50°. În așa fel se asigură acoperirea capului femural antero-superior în plan sagital și frontal. Alt tip de operație constă în osteotomia transiliacă după Salter în asociere cu scurtare și detorsie – varizare – medializare prin osteotomie de femur, când în antetorsie, valgizare – indexul acetabular este de 35-40°, unghiul Șarp - 50°, unghiul Viberg și unghiul acoperirii anterioare - 7°, unghiul cervico – diafizar - 145°, unghiul de antetorsie - 55°. Fragmentele femurului după osteotomie se fixează cu plăci metalice speciale. La indicație se practică transpoziția cotilului în variantă separată, când unghiul cervico-diafizar este de 145°, antetorsia – 50°, indexul acetabular 30-35°, unghiul Viberg și unghiul acoperirii anterioare a capului femural - 15°; în cazurile când partea inferioară a cotilului lepește sau este ștearsă. Mult mai complicată este operația de transpoziție rotațională a cotilului prin osteotomie dublă (de ilion și pubis) și triplă (de ilion, pubis și ischion), când se efectuează poziționarea cotilului în raport cu capul femural, măbind gradul de corecție în plan frontal până la 50°, înlăturarea torsiei pentru stabilitate în plan sagital și orizontal; medializarea centrului articulației coxofemorale.

Aceste operații se efectuează prin acces intermuscular, maximal cruțător față de țesuturile moi, țesutul cartilajinos, capsula articulară, zonele de creștere, asigurând decompresie în articulație. În prezent orice operație de adâncire a cotilului, intervenție pe cartilaj, capsulă, plastie capsulară sunt excluse din arsenalul chirurgical la această patologie (6).

Prin urmare, momentele cheie în tratamentul chirurgical al luxației congenitale de șold rămân: artrotomia, detorsia; scurtarea, varizarea și medializarea de femur, schimbarea orientăției spațiale a cotilului. Sunt în proces de studiere posibilitățile de endoprotezare de șold la copii și adolescenți.

Tratamentul întârziat, inclusiv și operațiile neadecvate, traumatizează articulația coxofemurală; dereglează vascularizarea, metabolismul și funcția articulației, aducând în consecință la invaliditatea pacientului.

---

### Bibliografie:

1. JIANU M., ZAMFIR T. Ortopedie și Traumatologie Pediatrică. București, 1995: p. 55-62.
  2. POPESCU M., CRISTEA ȘT., ANTONESCU D. M. Ecografia șoldului displazic. București, 2000: 192 p.
  3. ТОМОАИА Gh. Luxația congenitală de șold. Curs de ortopedie. Cluj-Napoca, 2005: p. 210-232.
  4. КАМОСКО М. М. Эффективность транспозиции вертлужной впадины при лечении диспластического коксартроза у детей и подростков. Вестник Травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова, 2009; 2: с. 62-67.
  5. ПОЗДНИКИН Ю. И. Реконструктивно-восстановительные операции при врожденном вывихе бедра у детей. Автореф. дис. д-ра мед. наук. Казань, 1983.
  6. ПОЗДНИКИН Ю. И., Комоско М. М., Краснов А. И., Волошин С. Ю., Поздникин И. Ю., Басков В. Е., Барсуков Д. Б., Мельченко Е. В. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра как основа профилактики диспластического коксартроза. Вестник Травматологии и Ортопедии имени Н. Н. Приорова, 2007; 3: с. 63-71.
  7. СТАМАТИН С. И., МОРАРУ А. Т. Диагностика и лечение врожденного вывиха бедра. Кишинев «Штиинца» 1986, 160 с.
- 

## STRES-FRACTURĂ LA COASTA I. Caz clinic

### STRESS FRACTURE OF THE FIRST RIB. A case report

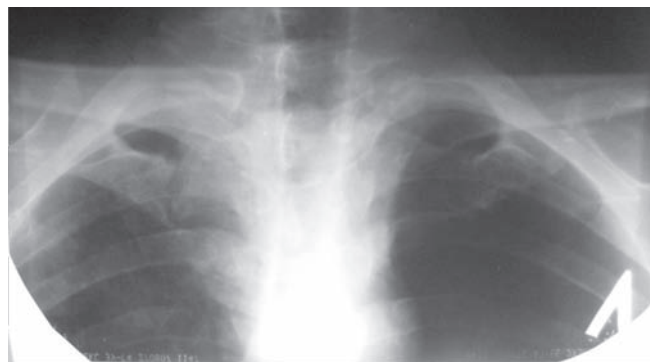
**Ion Marin**

*Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie de Campanie,  
USMF “Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie  
Chișinău, Republica Moldova*

---

Cazuistica în patologia sistemului locomotor prezintă dificultăți de ordin diagnostic. Cauza, de regulă, constă în cunoștințele insuficiente ale medicilor la acest capitol.

**Prezentare de caz.** Pacientul C., 46 de ani, șofer de profesie, a fost internat în clinică la 25.06.2009 pe fond de edem și dureri pronunțate în regiunea supraclaviculară pe dreapta cu iradiere spre gât și omoplat, impotență funcțională a membrului toracic respectiv. Durerile au apărut la 6.06.2009 după un efort fizic moderat în zona cervicală și a centurii scapulo-humerale. La 7.06.2009 s-au asociat manifestări de dispnee, febră între 38<sup>o</sup> – 39<sup>o</sup> C; situația generală s-a agravat. Fiind internat la spitalul municipal de la locul de trai, bolnavul a fost examinat de diferiți medici specialiști: în internistică, radiologie și imagistică, chirurgie, traumatologie și ortopedie, neurologie; în consecință s-a constatat pneumonie. Tratamentul medicamentos – fără evoluție pozitivă. La 23.06.2009 în rezultatul tomografiei computerizate a fost suspectat artrită în articulația sternoclaviculară pe dreapta, infiltrat cu abcedare la nivelul regiunii cartilaginoase a coastelor I și II. Pacientul a fost transferat pentru tratament la Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie din Chișinău, unde la 26.06.2009 a fost internat în secția de chirurgie purulentă. În clinică s-a presupus artrită purulentă în articulația sternoclaviculară nominalizată și s-a recomandat tratament complex, inclusiv chirurgical – cu drenarea articulației în cauză. Puncția articulației - fără rezultat. Efectuând consultații suplimentare, cu implicarea de specialiști în chirurgia toracică, oncologie, osteofiziatrie – s-a recomandat de efectuat pacientului biopsie deschisă. Însă înainte de aceasta, s-au exprimat îndoiele în ce privește tactica propusă. În aceeași zi, consultând bolnavul, am determinat: osteocondrită degenerativă la coasta I pe dreapta, fractură patologică cu deplasare moderată a fragmentelor (Fig.). Pacientul a urmat tratament conservator: fractura a consolidat, durerile au dispărut, funcția extremității toracice s-a restabilit; și-a reluat funcția de șofer. La 25.09.2009 a fost demonstrat la ședința Asociației traumatologilor - ortopezi din Republica Moldova.



Osteocondrită la coasta I pe dreapta, fractură patologică

Ar părea paradoxal, ca pacientul să fie examinat de mulți specialiști în diferite domenii – la nivel municipal și republican, și în consecință să nu fie stabilit diagnosticul corect, cu toate că investigațiile necesare au fost efectuate. Subliniem, că așa ceva poate avea loc, deoarece această patologie aparține de aria rarității cazuistice, despre care puțini medici dispun de informație în această direcție, ce și este confirmat în cazul de față. Însă aici se cere o remarcă. În anul 2004 la Conferința a VII națională a ortopezilor – traumatologi din Republica Moldova, care s-a petrecut la municipiul Bălți, au fost prezentate materiale la această temă (8), însă cu regret, ele n-au atras atenția specialiștilor de ramură.

### Discuție și concluzii

Conform particularităților anatomofiziologice a regiunii date (14) considerăm necesar de accentuat câteva momente importante pentru conduita medicilor în cazul manifestărilor patologice în aria aperturii toracice superioare – pentru evitarea erorilor de diagnostic și a riscului posibil, mai ales când se intervine chirurgical. Pe prima coastă se inseră mușchii scaleni anterior și mediu, iar între ei trece artera subclavia. Încordarea acestor formațiuni musculare în condiții de condrită degenerativă (8) sau de restructurare patologică (21) poate provoca stres-fractură a coastei I. Pe deasupra coastei I trece plexul brahial, vena subclavia, vena jugularis internă, ascendează artera carotidă comună, descendează n. diafragmal; există multe alte formațiuni și ramificări neurovasculare. Desuptul coastei I are tangență cu domul pleural. Structura anatomotopografică pe dreapta diferă de cea de pe stânga. Accesul la coasta I poate fi deschis numai după disecarea transversală a claviculei sau dezarticulația ei de la osul sternal – cu restabilirea integrității anatomice la finele operației.

Procesele degenerativ-distrofice în segmentul condral a coastei I se întâlnesc nu rar, preponderent la persoane după 35-40 de ani. Însă experiența personală a autorilor, care au depistat stres-fractură în acest loc, și elucidată în literatura de specialitate, cuprinde 1 (9, 12, 18, 19) sau 2 cazuri clinice (17): la atleți (18), aruncători și ridicători de greutăți (3, 1), dansatori (16), electricieni (12) etc. Această fractură poate fi provocată chiar și de tuse convulsivă (15), poate apărea bilateral (5, 7, 10, 20), repetat (7). Unele din aceste leziuni sunt însoțite de sindromul Horner (4, 5), de Thoracic Outlet Syndrom (2). Uneori fragmentele coastei nu se consolidează, apare pseudartroză (13); această complicație este anevoioasă pentru pacient și pentru chirurg, deoarece intervenția chirurgicală, îndreptată la rezecția segmentului afectat a coastei I, conține anumit risc (22).

În încheiere accentuăm importanța competenței medicilor la stabilirea diagnosticului leziunilor coastei I. Investigațiile radiologice panoramice, tomografia computerizată, rezonanța magneto-nucleară (la necesitate), rămân decisive.

### Bibliografie

- CORIS E. E., HIGGINS H. W. First rib stress fractures in throwing athletes. *Am. J. Sports Med.* 2005; 33(9): p. 1400-1404.
- DUANE T. M., O'CONNOR J. V., SCALEA T. M. Thoracic outlet syndrome resulting from first rib fracture. *J. Trauma.* 2007; 62 (1): p. 231-233.
- ENG J., WESTCOTT J., BETTER N. Stress fracture of the first rib in a weightlifter. *Clin. Nucl. Med.* 2008; 33 (5): p. 371-373.
- GOOTS H., SCHEWE J. C., KABIR K., WIRTZ D. C., BURGER C. Horner's syndrome after fracture of the first rib. *Unfallchirurg.* 2007; 110 (8): p. 705-706.
- HASSAN A. N., BALESTER J., SLATER N. Bilateral first rib fractures associated with Horner's syndrome. *Injury.* 2000; 31 (4): p. 273-274.
- KAMPEN W. U., CLAASSEN H., KIRSCH T. Mineralization and osteogenesis in the human first rib cartilage. *Ann. Anat.* 1995; 177 (2): p. 171-177.
- MAMANE P., WEINBERG J., CURL L. A., MCFARLAND E. G. Bilateral first rib and unilateral second rib stress fractures in a female athlete. *Clin. J. Sport Med.* 1999; 9 (3): p. 177-183.
- MARIN I., MELNIC S., HOMA A., MELNIC E., IGNAT T. Osteocondrită degenerativă la prima coastă. Conferința a VII Națională a ortopezilor – traumatologi din Republica Moldova. Bălți, 2004: p. 67-68.
- MITHÖFER K., GIZA E. Pseudarthrosis of the first rib in the overhead athlete. *Br. J. Sports Med.* 2004; 38 (2): p. 221-222.

10. MOODLEY M. S., SINGH B., TALLAPANENI V. Bilateral first rib fractures. *S. Afr. J. Surg.* 2007; 45 (3): p. 104-105.
11. MUSS W. Vascularization of the matrix of hyaline rib cartilage in the human: changes with increasing age. *Z. Gerontol.* 1990; 23 (3): p. 143-146.
12. NGUVEN H. T., CARMICHAEL J. P., BAINBRIDGE J. S., KOZAK C. First rib fracture of unknown etiology: a case report. *J. Manipulative Physiol. Ther.* 2006; 29 (7): p. 590-594.
13. O'NEAL M., GANEY T. M., OGDEN J. A. First rib stress fracture and pseudarthrosis in the adolescent athlete: the role of costosternal anatomy. *Clin. J. Sport Med.* 2009; 19 (1): p. 65-67.
14. PAPILIAN V. Anatomia omului. București, 1974; V. 1, ed. V-a: p. 213.
15. PRASAD S., BAUR L. A. Fracture of the first rib as a consequence of pertussis infection. *J. Paediatr Child Health.* 2001; 37 (1): p. 91-93.
16. PRISKV. R., HAMILTON W. G. Stress fracture of the first rib in weight-trained dancers. *Am. J. Sports Med.* 2008; 36 (12): p. 2244-2247.
17. PRITTY V. P. Two cases of isolated first rib fracture. *Emerg. Med. J.* 2001; 18 (6): p. 498-499.
18. SAKELLARIDIS T., STAMATELOPOULOS A., ADRIANOPOULOS E., KORMAS P. Isolated first rib fracture in athletes. *Br. J. Sports Med.* 2004; 38 (3): p. 384-386.
19. SINHA S., MUMMIDI S. K., LOUDHE S., CAMPBELL A. C. Isolated fracture of the first rib without associated injuries. *Emerg. Med. J.* 2001; 18 (4): p. 315-318.
20. TSUKADA A., UCHIYAMA S., TORIUMI H., NAKAGAWA H., MIYASAKA T. Nontraumatic bilateral first rib fractures. *Acta Orthop. Belg.* 1998; 64 (4): p. 406-408.
21. БРУСКО А. Т., ГАЙКО Г. В. Функциональная перестройка костей и ее клиническое значение. Луганск, 2005: с. 26-75.
22. ЗАЦЕПИН С. Т. Костная патология взрослых. Москва, «Медицина» 2001: с. 505-507.

## ANESTEZIA ÎN CHIRURGIA PLASTICĂ ȘI RECONSTRUCTIVĂ

### ANESTHETESIA IN PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY

Juc Svetlana\*, Gaponenco Eugenii\*\*, Taran Anatol\*\*\*

\* Medic ATI, IMSP SCTO

\*\* Doctorand catedra chirurgie N 2, USMF N. Testemițanu

\*\*\* Dr Hab Medicină, Profesor Universitar; Dir.Gen. IMSP SCTO

#### Rezumat

Studiul prezent reflectă influența metodei de anestezie asupra rezultatului final în cadrul chirurgiei plastice și reconstructive. În ultimii ani tehnicile de anestezie au progresat foarte mult, având două obiective principale: siguranța și confortul pacientului. La bază stau 2 tipuri de anestezie: generală și locală, care pot fi subclasificate și combinate între ele. Substanțele folosite în anestezie tind să fie din ce în ce mai scurte ca durată și mai puțin dăunătoare pentru pacienți. Mitul, conform căruia pacientului nu-i este frică de intervenție chirurgicală în sine, cât de anestezie, trebuie demontat, pentru că tehnicile anestezice în ultimii 20 de ani au progresat foarte mult, procedura anestezică folosită ca standard, în ceea ce privește sfera chirurgiei plastice și reparatorii este una foarte sigură.<sup>1</sup>

Dacă luăm o ramură mai îngustă a anesteziei în chirurgia plastică și reconstructivă și anume în efectuarea plastiei cu lambou, autoder-moplastiilor, tratamentului contracturilor cicatriceale, lichidarea defectelor după înlăturarea cicatricelor cheloide de diferită etiologie, o mare importanță în efectuarea și rezultatul final al tratamentului o are metoda de anestezie, care până la urmă influențează și favorizează vascularizarea și microcirculația locală, revascularizarea țesuturilor operate. Pentru chirurgia plastică - reconstructivă a membrilor superioare, la etapa contemporană, se atrage tot mai multă atenție la anestezia regională, ca tip aparte, ori în combinație cu anestezia generală.

#### Summary

The present study reflects the influence of anesthesia methods on the final outcome in plastic and reconstructive surgery. In recent years anesthesia techniques progressed a lot, having two main objectives: patient's safety and comfort. Basically there are two types of anesthesia: general and local, which may be sub classified and combined. Substances used in anesthesia tend to be shorter in duration and less harmful to the patient. Myth, that patient is not afraid of the surgery itself, but of anesthesia, should be removed because anesthetic techniques, in the last 20 years, progressed a lot and standard anesthetic procedure, in the plastic surgery and reconstructive surgery is a very safe one.<sup>1</sup> If we analyze anesthesia in plastic and reconstructive surgery i.e. making flap reconstructions, treatment of scar contractures, keloid scars defects of different etiology removal, a huge role in the conduct and outcome of treatment depends of the anesthesia method, which eventually affects vascularization and microcirculation and promotes local operated tissue revascularization. For plastic surgery - upper limb reconstruction for instance, the contemporary view is to give more attention to regional anesthesia as a separate type or in combination with general anesthesia.

#### Scopul studiului

Selectarea metodei optime de anestezie, în dependență de zona operabilă, patologiiile concomitente, vârstă, talie, sex și nu în ultimul rând, preferințele pacientului. Un rol important are păstrarea și/sau îmbunătățirea indicilor de vascularizare în țesuturile moi operate, monitoringul temperaturii locale, ca indice în perioada perioperatorie de reconstrucție plastică.