

2. Chang D. – B., Yang P. – C. Luh K. - T. et al., *Ultrasound –guided pleural biopsy with Tru-Cut needle* // Ibid, 1991, vol. 100, N. 5, p. 1476.
3. Ikezoe J., Morimoto S., Arisawa J. et al., *Percutaneous biopsy of thoracic lesions: value of sonography for needle guidance* // Am. J. Roentgenol, 1990, vol. 154, N. 6, p. 1181-1185.
4. Yu C.-J., Yang P.-C., Wu H.-D. et al., *Ultrasound study in unilateral opacification. Image comparasion with computed tomogrophy* // Am. J. Clin. Pathol, 1990, vol. 93, p. 167-175.
5. Давыдов М.И. Полоцкий Б.Е., *Рак легкого*, М. : Радикс, 1994, 209 с.
6. Трахтенберг А. Х., Чисов В.И. *Клиническая Онкопульмонология*, М., ГЭОТАР Медицина, 2000, 580 с.

#### **Rezumat**

În studiu sunt prezentate rezultatele puncțiilor pleurale ghidate ecografic efectuate la 91 de pacienți cu pleurezii. Utilizarea puncției pleurale ghidate ecografic contribuie la micșorarea impactului radiologic asupra pacientului, la evitarea puncțiilor pleurale inutile și neinformative.

#### **Summary**

In the study are presented the results of pleural punctures guided ultrasound by 91 patients with pleurisies. The using of ultrasound guided pleural puncture will contribute at decreasing of X ray impact by patients, avoiding useless and uninformative pleural punctures.

## **DIFICULTĂȚI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL TUMORILOR VOLUMINOASE ALE COASTELOR ȘI STERNULUI**

**Valentin Capitan**, dr. în medicină, **Ion Mereuță**, dr.h. în medicină, prof. univ.,  
**Sergiu Mura**, dr. în medicină, conf.cercet., **Dumitru Butucel**, cercet. științ.,  
Institutul Oncologic din Moldova

Tratamentul chirurgical al bolnavilor cu tumori și afecțiuni tumoriforme ale coastelor și sternului este o problemă complicată și multilaterală. Particularitățile structurii anatomo-fiziologice a cutiei toracice creează dificultăți în diagnosticul precoce al neoformațiilor acestei localizări. Aspectul exterior al bolnavilor cu tumori și afecțiuni tumoriforme ale coastelor și sternului deseori este amăgitor, deoarece dimensiunile tumorii exterior pot fi mult mai mici decât creșterea ei în cutia toracică. Dimensiunile neoformațiunii se determină prin tomografia computerizată și rezonanța magnito-nucleară. Uneori creșterea internă a tumorii în cavitatea toracică implică în procesul neoplazic organele de importanță vitală, ceea ce prezintă dificultăți tehnice majore în timpul intervențiilor chirurgicale.

Pe parcursul anilor 1995-2005 au fost operați 57 de bolnavi cu tumori și afecțiuni tumoriforme ale coastelor și sternului. În 3 cazuri tumoarea malignă a sternului concreștea pericardul și a fost înlăturată în bloc cu un sector de pericard. În 2 cazuri a fost implicat în proces țesutul pulmonar și s-a efectuat rezecția conică a plămânului.

Diagnosticul precoce al bolnavilor cu tumori și afecțiuni tumoriforme ale coastelor și sternului permite obținerea rezultatelor satisfăcătoare la distanță atât în aspect anatomic, cât și funcțional.

#### **Rezumat**

Structura anatomo-fiziologică a cutiei toracice prezintă dificultăți în diagnosticul precoce al neoformațiilor acestei localizări. Metodele de elecție în diagnosticul tumorilor regiunii date sunt tomografia computerizată și rezonanța magnito-nucleară. Tratamentul chirurgical în aceste cazuri este foarte complicat.

#### **Summary**

Anatomo-physiological structure of chest creates difficulties in early diagnosis of tumors of this localization. Computer tomography (CT) and Magnetic Resonans Imaging (MRI) plays a major

role in the determination of clear lesions of chest. The surgical treatment this case is very complicated.

## METODĂ DE AMPUTAȚIE A MEMBRULUI INFERIOR LA NIVELUL GAMBEI

**Ion Dăscăliuc**, dr. în medicină, **Ion Mereuță**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Dumitru Butucel**, cercet. științ., **Sergiu Mura**, dr. în medicină, conf. cercet., **Valentin Capitan**, dr. în medicină, **Stela Țurcan**, cercet. științ., **Victor Ciupercă**, **Anatol Popovici**, medic, **Oxana Pihut**, medic, **Daniela Andronachi**, medic, Institutul Oncologic din Moldova

Este cunoscută metoda de amputație a membrilor inferioare; în scopul micșorării hematomului postoperator din canalul osteomedular și a numărului de supurații se separă periostul proximal la 5 cm circular, apoi se taie osul și cu acest periost se închide canalul osteomedular [1]. Dezavantajul acestei metode constă în faptul că nu întotdeauna este posibilă separarea în întregime a periostului, ca el să fie suficient pentru închiderea canalului osteomedular și, mai mult, periostul poate fi sursa unor osteofite în capătul distal al bontului.

Nu mai puțin cunoscută este și metoda de amputație osteoplastică la nivelul oaselor tubulare lungi; în scopul unei plombări mai compacte a canalului osteomedular și al profilaxiei dezvoltării unelor hematoame sunt utilizate autotransplante din falangele degetelor, oasele metacarpiene și metatarsiene [3]. Dezavantajul rezidă în faptul că nu întotdeauna este posibilă prepararea acestor autotransplante și nu întotdeauna diametrul autotransplantelor corespunde diametrului canalului osteomedular al osului amputat, durata intervenției chirurgicale fiind mai mare. În acest scop a fost elaborată o metodă de amputație a membrilor inferioare la nivelul gambei pentru combaterea proceselor supurative și ameliorarea proceselor regenerative.

Esența metodei constă în incizia pielii și a țesuturilor moi printr-un mijloc sub formă de paletă de tenis după Farabef sau în lambou. Se rezeacă pielea, țesutul adipos subcutan și fascia, se prepară lambourile cutaneo-subcutaneo-fasciale și se întorc proximal. Între ligaturi se secționează vasele magistrale și nervii. Mai proximal de locul inciziei fasciei cu 2-3 cm cu cuțitul de amputație se rezeacă mușchii împrejur până la oase, ulterior cu fereștrăul se taie tibia la nivelul treimeii proximale, apoi se taie fibula mai distal cu 5 cm de tăietura tibiei și proximal, de asemenea, se taie la 5 cm. Țesuturile moi se taie și se înlătură preparatul.

*Hemostază.* În segmentul rămas al tibiei se introduce compact autotransplantul pregătit din fibulă, astfel se plombează canalul osteomedular al tibiei. Ulterior lungimea suplimentară a segmentului de fibulă introdus în tibie se taie la nivelul tăieturii acesteia. Hemostază repetată, apoi se aplica suturi stratificate la plagă, pansamentul aseptice și imobilizarea membrului.

*Exemplu:* Bolnava S., 43 ani, fișa de observație nr. 14752. S-a aflat la tratament cu diagnosticul: carcinom pavimentos ulcerat al pielii regiunii calcaneale pe stânga cu concreșterea osului calcaneu stâng. La internare pe pielea regiunii calcaneale stângi se determina o formațiune ulcerată multinodulară, imobilă, proieminentă deasupra pielii, 12x14 cm, de culoare vișinie, cu supurație. La examenul Rografic s-a depistat concreșterea tumorii în osul calcaneu. Amputația membrului s-a efectuat după metoda descrisă mai sus. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Plaga cicatrizată per primam. La examenul histologic nr. 49879 - carcinom pavimentos bine diferențiat.

### Bibliografie selectivă

1. Волков М.И., *Костная патология детского возраста II* Москва, 1968, стр. 486.
2. I. Dăscăliuc, „*Particularitățile tratamentului chirurgical și posibilitățile recuperării chirurgicale la bolnavii cu tumori și afecțiuni tumoriforme ale oaselor tubulare II* Teza de doctor în științe medicale. Chișinău, 1999.