

de 10 mg asupra tensiunii arteriale, funcției renale, microalbuminuriei și hipertrofiei ventriculare stângi la pacienții hipertensivi cu diabet zaharat de tip 2. La pacienții din lotul de studiu (n=20) în comparație cu cei din lotul placebo (n=20) s-a constatat reducerea valorilor tensionale sistolice, diastolice, concentrației creatininei serice, microalbuminuriei, gradului de hipertrofie a ventriculului stâng: a septului interventricular și a peretelui posterior al ventriculului stâng. Datele obținute permit a trage concluzia că tratamentul cu Lisinopril (10 mg/zi) al pacienților hipertensivi cu diabet zaharat de tip 2 pe lângă efectul antihipertensiv reduce manifestările afectării funcției renale și diminuează gradul de hipertrofie ventriculară stângă.

Summary

Treatment of hypertensive patients in association with diabetes is a complex problem in pursuing prevention of deterioration of multiple target organs function. In 6 months long randomized double blind placebo-controlled study (n=40) effects of Lisinopril (Lopril, Bosnalijek) in a daily dose of 10 mg on blood pressure, renal function, microalbuminuria, and left ventricular hypertrophy were evaluated in hypertensive patients with type 2 diabetes mellitus. In patients of the study group (n=20) compared to placebo (n=20) decrease in systolic, diastolic blood pressure values, serum creatinine concentrations, microalbuminuria, and degree of left ventricular hypertrophy: interventricular septum and left ventricular posterior wall were observed. Obtained data permit making the conclusion that treatment with Lisinopril (10 mg/day) reduces manifestations of renal function injury and decreases left ventricular hypertrophy along with antihypertensive effect in hypertensive patients with type 2 diabetes.

MALFORMAȚIA LUXANTĂ A ȘOLDULUI LA COPIL

Petru Moroz, dr.h. în medicină, prof. univ., **Argentina Sandrosean**, dr. în medicină, conf. univ., **Iurie Sandrosean**, dr. în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”

Malformația luxantă a șoldului este o afecțiune care cuprinde un spectru larg de anomalii - de la simpla instabilitate cu laxitate capsulo-ligamentară până la deplasarea capului femural în afara cavității cotiloide insuficient dezvoltate. Termenul de displazie presupune o dezvoltare anormală, ducând la defecte ale capsulei, extremității proximale a femurului și cotilului. Acest termen scoate în evidență natura dinamică a alterării componentelor osteocartilaginoase în creștere și răspunsul lor la acțiunea forțelor biomecanice anormale. Odată cu restabilirea relațiilor articulare normale între capul femural și cotil modificările anatomice sunt reversibile în timp prin creștere.

Malformația luxantă survine la un copil normal din celelalte puncte de vedere, pentru prima dată acest termen fiind introdus de Lance. Denumirea cea mai larg folosită în prezent este de „displazie de șold”, introdusă în 1989 de Klisic. Displazia înseamnă anomalia de dezvoltare și cuprinde un spectru larg al problemelor șoldului. Ea include displazia de cotil (anteversiune exagerată și oblicitate crescută a plafonului cotiloidian) și displazia femurală proximală (antetorsiune exagerată, valgus al colului și hipotrofie a capului cartilagos).

Displazia de dezvoltare a șoldului are o frecvență de 2%-5% cu tendință spre creștere. Patologia dată este absentă sau cazuistică în unele țări din Africa, Asia, America de Sud, fiind foarte frecvent întâlnită în Europa: Franța, Italia, Germania etc.

Conform datelor lui D. Antonescu și coaut., în România gradul III al displaziei de dezvoltare a șoldului constituie 3% în cadrul patologiei date.

Cercetările noastre au permis aprecierea luxației de șold în peste 16% de displazii ale șoldului. Sexul feminin este afectat cu preponderență, șoldul stâng fiind mai des interesat decât cel drept. Atunci când localizarea este bilaterală, șoldul stâng prezintă leziunile cele mai avansate. Afecțiunea este mai frecventă la primul nou-născut și la copiii născuți în prezentație pelvină.

În literatura de specialitate patologia se apreciază în felul următor:

- Gradul I – displazie ușoară, șold subluxabil, preluxație.
- Gradul II – displazie moderată, șold luxabil, subluxație.
- Gradul III – displazie exagerată, șold luxat, luxație.

Materiale și metode. Tratamentului conservator au fost supuși peste 1500 de copii. Pe parcursul a peste 40 ani am efectuat tratamentul chirurgical la 418 copii cu vârsta cuprinsă între 11 luni și 14 ani. Luxații congenitale au fost apreciate la 287 de copii, subluxații la 107, preluxații la 24 de copii. Patologia unilaterală a fost constatată la 62%, iar cea unilaterală la 38%.

Schema studiului a inclus: examinarea clinică, examenul radiologic, cercetări biochimice, investigații imunologice și imunogenetice.

Rezultate și discuții. Pentru patologia congenitală a articulației șoldului la copil sunt descrise multe semne clinice, cu ajutorul cărora se poate aprecia prezența displaziei de șold. Factorii de risc: factori genetici, anomalie uterină, prezentație pelviană, malformații asociate ș.a. Diagnosticul displaziei de șold necesită apreciere în maternitate. Nou-născutul trebuie să fie examinat de obstetrician, neonatolog, ortoped, chirurg și neurolog.

Unul dintre cele mai simple și elementare semne de apreciere este asimetria pliurilor pe partea medială a coapsei (semnul Bade) - pliurile adductorilor, inghinală și suprapatelară. La copiii sănătoși aceste pliuri sunt simetrice, la unul și același nivel, de lungime și adâncime egale. Semnul de limitare a abducției în articulația șoldului (semnul Ioachimstahl) în majoritatea cazurilor poate fi unicul semn pozitiv în displazia de șold. Rotația externă a membrului inferior (semnul Lance) este un indice îndeosebi semnificativ la patologie unilaterală, care deseori atrage atenția părinților. Semnul cardinal în aprecierea luxației șoldului este semnul de pocnitură, de reducere și luxație (semnul Putti – Ortolani – Marx-Von Rosen – Gerdy – Hilgenreiner). Testul Tomas obiectivează dispariția contracturii fiziologice în flexie a șoldului și genunchiului în caz de șold luxat. Semnul Ombredanne (este numit și semnul Betman, Galeazzi) vizualizează scurtimea de femur după nivelul genunchilor din poziția de flexie a șoldurilor și genunchilor. Testul Barlow este un test de provocare a luxației, se efectuează împingerea cu degetele a femurului proximal spre lateral, totodată, apăsând cu palma pe genunchi pentru a împinge capul femural spre posterior. În acest moment se produce clicul de ieșire a capului femural din cotil. Testul Palmen este, la fel, un test de provocare a luxației. Se efectuează mișcare de rotație internă concomitent cu împingerea spre posterior, coapsa fiind în adducție. Semnul Gourdon – rotația internă a coapsei este mai amplă comparativ cu norma. Semnul Nove-Josserand, Ettore – adducție exagerată. Semnul Savariaud – scurtime exagerată a membrului pelvin luxat la trecerea din poziția orizontală în cea șezândă. Semnul Ciaklin – proeminența zonei trohanterului se determină prin traversarea ambelor palme pe părțile laterale ale corpului spre distal până la regiunea medie a coapsei. Semnul Lange – absența capului femural în triunghiul Scarp. Multe semne clinice sunt evidente la copii la debutul mersului, dar diagnosticul clinic este necesar în primele zile după naștere.

Cercetările imagistice efectuate: ultrasonografia și radiografia șoldului. Simptomatologie radiologică. Majoritatea autorilor recomandă de efectuat radiografia șoldului la vârsta de 3-4 luni, indiferent de calitatea tratamentului funcțional și de prezentarea semnelor clinice. Radiografic sunt apreciate: triada Putti, cadranele Ombredanne, schema Hilgenreiner, unghiul acetabular (care nu trebuie în normă să depășească 20°). În articulația displastică de șold la copii, după debutul mersului, sunt apreciate: arcul Shenton, unghiul Wiberg, unghiul cefalo-cervico-diafizar, antetorsia, anteversia.

Au fost efectuate determinări a 20 de indici biochimici la 59 de pacienți. În practica clinică determinarea fosfatazei alcaline totale - FAT în serul sanguin este un indice al formării osului cel mai frecvent folosit. La pacienții noștri a fost determinată FAT și derivatele - fosfataza alcalină termolabilă de natură osoasă FATL și fosfataza acidă tartratrezistentă de natură osoasă - FATR. Toți trei indici au depășit norma de 2 ori. În 75 % de cazuri probele biochimice la copiii cu malformația luxantă a șoldului depășesc de 2-3 ori norma.

Investigațiile imunologice au fost efectuate la 12 pacienți. Statutul imun al pacienților se caracterizează prin schimbări importante atât celulare, cât și umorale, care se apreciază prin insuficiență T-celulară cu dereglarea bilanțului subpopulației imunoregulatorii după tipul de imunosupresie, hiperimunoglobulinemie a clasei A, prin micșorarea reactivității nespecifice.

Investigațiile imunogenetice ale sistemului HLA au fost efectuate la 14 pacienți. Scopul cercetării legăturilor asociative dintre antigenii sistemului HLA și predispunerea la patologie constă în determinarea grupei și a factorilor de risc de bază ai mediului înconjurător pentru organizarea măsurilor de diagnostic timpuriu și profilaxie a unui spectru larg de maladii. De subliniat faptul că legături

asociative pronunțat și mediu exprimate se determină rar. Majoritatea corelațiilor asociative sunt slab exprimate. Cu toate acestea anume ele se determină, practic, la toate procesele patologice. Așadar, asociațiile pronunțat și moderat exprimate pot fi folosite pentru prognosticul unui număr mic de maladii, iar asociațiile slab exprimate sunt efective pentru determinarea gradului de risc al apariției tuturor maladiilor posibile la fiecare individ. La pacienții examinați se stabilește o predispunere la afectare de sistem a țesutului conjunctiv și afecțiuni renale.

Principiile de tratament

Tratamentul profilactic este necesar fiecărui nou-născut și constă în înfășutul pe larg, în poziție de abducție a membrelor inferioare și în gimnastica medicală cu mișcări de abducție și rotatorii la șold. Tratamentul ortopedic la copiii cu malformația luxantă a șoldului, cu vârsta cuprinsă între 0-6 luni, este conservator, funcțional, ambulator. Acest tratament include aplicarea aparatelor de abducție (perna Freik, hamul Pavlik, atela Von Rosen, Vilenski, Volkov, Shneiderov etc., atela de abducție de lemn). După vârsta de 6 luni, în caz de diagnostic tardiv, tratamentul conservator se inițiază în staționar prin tracție cutanată după Somerville pe o durată de 10-18 zile. La copii nu se recomandă reducerea forțată a luxației, în lipsa tracției cutanate preventive. După tracțiunea lentă, urmează reducerea luxației și menținerea în atele funcționale sau aparat gipsat pe o durată de 4-6 săptămâni, urmată de tratamentul funcțional cu metoda Gojițkaia și Lange. Ultima este cea mai efectivă pentru a menține adecvat centrarea capului femurului în cotilă. Cu cât diagnosticul este mai precoce și tratamentul este instituit mai devreme, cu atât perioada tratamentului va fi mai scurtă.

Ramsey afirmă că:

1. Dacă diagnosticul este stabilit până la vârsta de o lună, perioada medie de tratament va fi de 3-4 luni.
2. Dacă diagnosticul va fi stabilit între 1-3 luni de viață, perioada medie de tratament va fi de 7 luni.
3. Dacă diagnosticul va fi stabilit între 3-6 luni de viață, perioada medie a tratamentului va fi de 9-10 luni.

Tratamentul chirurgical este dificil, fiind indicat în caz de malformație luxantă de șold netratată, luxație teratogenă, artrogripoză, de tratament conservator insuficient și neefectiv, de dereglări biomecanice ale șoldului. Corecția chirurgicală se recomandă la copii după vârsta de 1 an.

Tehnica chirurgicală include incizia după Movșovici, secțiunea mușchului tensor fascia lata, dezinsertia mușchilor fesieri de la trohanterul mare, capsulotomia longitudinală până la zona centrală supraacetabulară și dezvoltarea subperiostală a acestei zone. Revizia articulației, înlăturarea țesuturilor conjunctive din cotil se efectuează după osteotomia subtrohanteraină transversală. Aprecierea corectă a anatomiei patologice a articulației permite a determina corect ansamblul necesar de reconstrucție a cotilului și porțiunii proximale a femurului. Plastia supraacetabulară este efectuată prin metoda Pemberton sau Dega, înlocuind defectul care se formează cu ajutorul alogrefonului cortical cuneiform, conservat. Capsuloplastia este modificată în așa fel, ca părțile superioară anterioară și posterioară să fie izolate de cea inferioară, aceasta din urmă trebuie rezectată pentru a fi eliberat cotilul. Corecția unghiului col-diafiză și a antetorsiei (după necesitate – scurtare de femur) se face în locul osteotomiei subtrohanteriene, apreciind axa coapsei, poziția capului femurului și poziția cotilului. Fixarea fragmentelor osteotomiate ale femurului o efectuăm centromedular cu tijă metalică scurtă și broșe încrucișate. După o imobilizare de 4-6 săptămâni, urmează perioada de reabilitare.

Rezultatele la distanță au fost apreciate după metoda Volkov și coaut. și în patologie unilaterală, determinate grupele: a doua – 61 de cazuri, a treia – 98, a patra – 15. În patologia bilaterală repartizarea rezultatelor la distanță a fost următoarea: grupa a doua: – 119 cazuri, grupa a treia – 46, a patra – 17, a cincea – 1. În patologia bilaterală la copii există diverse aprecieri ale rezultatelor cu puncte pozitive pe o parte și satisfăcător sau insuficient pe partea opusă.

Experiența acumulată pe o perioadă îndelungată în tratamentul chirurgical al malformației luxante a șoldului permite să constatăm că pentru obținerea rezultatelor bune este necesar ca intervenția să fie efectuată până la vârsta de 3 ani, cu folosirea unei tehnici chirurgicale perfecte și a metodei anatomofiziologice pentru restabilirea biomecanicii articulației. Se impune respectarea strictă a regimului de recuperare pe toată perioada de creștere a copilului.

Copiii cu malformația luxantă a șoldului necesită tratament de recuperare complex staționar, ambulator, sanatorial, cu intervale de 3-4 luni pe toată perioada de creștere, cu excluderea efortului fizic static. Copiii necesită control riguros pe toată perioada de creștere, când sunt posibile diverse devieri anatomico - biomecanice în articulația de șold, ce necesită corecții suplimentare în scop curativ și profilactic.

Concluzii

1. Diagnosticul de malformație luxantă a șoldului este necesar de apreciat la nou-născuți sau cel târziu la vârsta de 3 luni, iar tratamentul conservator trebuie început imediat după aprecierea diagnosticului.

2. Examinările clinice vor fi asociate de examinări imagistice de la vârsta de 6 săptămâni prin ultrasonografie, iar începând cu vârsta de 3 luni prin radiografia simplă.

3. Tratamentul conservator este efectuat în funcție de vârsta copilului și de gradul displaziei, iar calitatea și finisarea lui sunt apreciate numai după restituiră indicilor radiologici.

4. De efectuat tratamentul de recuperare pe tot parcursul perioadei de creștere și evidența permanentă la specialist.

5. Tratamentul chirurgical este dificil, are indicații concrete, poate fi efectuat numai în condiții de clinică specializată la nivel înalt, la copiii cu vârsta peste 1 an pentru restabilirea biomecanicii șoldului cu protejarea suprafețelor cartilajinoase.

6. Rezultatele depind de calitatea tratamentului, respectarea regimului ortopedic, efectuarea calitativă a tratamentului complex de recuperare pe parcursul creșterii copilului.

Bibliografie selectivă

1. Cristea S., Antonescu D., Popescu M., Lupu M., *Tratamentul displaziei de șold la copilul de 0-1 an // Mater.Congres.9 de Ortopedie și Traumatologie.*, Craiova., 2001, p.19-21.

2. Goția D., *Ortopedie neo-natală // Simposion.*, Iași, 1996, 256 p.

3. Jones G., Schoenecker P., Dias L., *Developmental hip dysplasia potentiated by inappropriate use of the Pavlik harness // J.Pediatric Orthopaedics.*, V.12, 1992, p.722-725.

4. Langenskiold A., Hon F., Paavilainen T., *The Effect of Prereduction traction on the results of closed reduction of developmental dislocation of the hip// J.Pediatric Orthopaedics.*, v.20., nr.4, 2000, p.471-474.

5. Morrissy R., Weinstein S., *Developmental hip displazia and dislocation // J.Pediatric Orthopaedics.* Ed.5, 2000, p.905-906.

Rezumat

Malformația luxantă a șoldului este una dintre cele mai frecvente patologii ortopedice la copil. Diagnosticul clinic, apreciat după naștere, este confirmat prin cercetări imagistice. Tratamentul conservator și funcțional este unicul la nou-născuți și sugari. Corecția chirurgicală la copiii după vârsta de 1 an permite restituirea corelațiilor biomecanice ale șoldului. Rezultatele tratamentului depind, în mare măsură, de respectarea strictă a regimului ortopedic, de calitatea tratamentului complex de recuperare pe parcursul creșterii copilului.

Summary

The developmental hip displasya is the most frequent orthopedic disorder in children. The clinic diagnosis established after birth is proved by imagistic exam. The functional conservative treatment is the only option by newborns and suckling babies. At the age 1 year and older the surgical treatment allows the restitution of biomechanical correlations of the hip. The treatment results are depending of the strictly respecting of the orthopedic regime, of the quality of the entire rehabilitation therapeutically complex during the growth of the child.