

Rolul examenului fizic și ecografic în evaluarea preoperatorie a pacienților cu hernii inghinale

*R. Targon, A. Bour, Gh. Lisnic

Course of Surgery of the Faculty of Dentistry, State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"
Central Clinical Military Hospital, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: romtargon@yahoo.com. Manuscript received November 12, 2012; revised December 12, 2012

The use of physical and sonographic examination in the preoperative distinction of inguinal hernias

The aim of the study is to analyse the diagnostic accuracy of physical examination and color Doppler sonographic examination in the preoperative distinction of inguinal hernias. 368 consecutive patients with inguinal hernia received a clinical examination and preoperative diagnosis of the type of hernia. The coughing test was used to distinguish between direct, indirect and femoral hernia. In 277 cases the color Doppler ultrasound had been used to assist with case management. The criteria used for the diagnosis of inguinal hernia by ultrasound consisted of the finding of the hernial sac or a defect of the fascia transversalis on Valsalva maneuver. On color duplex exam the relationship between the inferior epigastric artery and hernial sac were examined. The data obtained were compared to the intra-operative findings. The accuracy of the physical examination for direct inguinal hernia was 88% for patients with palpable groin mass and 81% for non-palpable hernias. The accuracy of sonographic examination for direct inguinal hernia amounted 100% (palpable hernias) and 95% (non-palpable hernias). *Conclusions:* the ultrasound color duplex examination is a valuable tool in the preoperative non-invasive differentiation of inguinal hernias. The combined physical and sonographic exams may help classify groin hernias with great accuracy. The preoperative distinction of the hernia type helps to select the proper surgical procedure.

Key words: color duplex sonography, inguinal hernia, ultrasound.

Возможности использования физикального осмотра и ультразвукового исследования паховой области в предоперационной оценке типа паховой грыжи

Целью данного исследования является анализ диагностических возможностей физикального осмотра и ультразвукового исследования в точной предоперационной диагностике и определении типа паховой грыжи.

В статье были проанализированы результаты физикального осмотра 368 пациентов с паховыми грыжами. Основным критерием в диагностике и определении типа паховой грыжи был симптом кашлевого толчка. У 277 пациентов после физикального осмотра было проведено ультразвуковое исследование паховой области в цветном доплеровском режиме. Основными критериями обнаружения грыжи при УЗИ были: обнаружение грыжевого мешка или дефекта поперечной фасции при осуществлении пробы Вальсальвы. Диагностическим критерием при определении типа паховой грыжи было отношение грыжевого мешка к нижней подвздошной артерии в режиме цветного доплеровского сканирования. Полученные данные сравнивали с интраоперационными результатами. Точность физикального осмотра при определении прямой паховой грыжи составила 88% у больных с грыжевыми опухолевидными выпячиваниями и 81% у больных с непальпируемой грыжей. Точность ультразвукового сканирования составила соответственно 100% для пальпируемых и 95% для непальпируемых грыж. Выводы: ультразвуковое исследование паховой области в цветном доплеровском режиме является весьма эффективным и весомым методом предоперационной неинвазивной дифференциальной диагностики паховых грыж. Предоперационная диагностика типа паховой грыжи может быть успешно использована в процессе выбора оптимального способа ее хирургической коррекции.

Ключевые слова: паховая грыжа, сетчатый протез, ультразвуковое исследование.

Introducere

Conceptul contemporan al tratamentului herniei inghinale la maturi prevede utilizarea în exclusivitate a procedurilor de refacere a peretelui posterior al canalului inghinal. În același timp, alegând procedeul de cură chirurgicală a herniei inghinale, chirurgul trebuie să selecteze unul dintre procedeele tisulare, dintre cele aloplastice care pot fi realizate într-o manieră deschisă sau laparoscopică. Selectarea tehnicii optime de hernioplastie presupune alegerea metodei de cură chirurgicală a herniei în funcție de varianta anatomică a defectului herniar. Desigur, starea definitivă a fasciei transversale, structurilor tendinoase ale peretelui posterior și dimensiunile triunghiului Hesselbach pot fi estimate doar intraoperator. În același timp, o atenție deosebită se acordă metodelor de explorare paraclinică la etapa preoperatorie. Evaluarea preoperatorie a pacienților este orientată spre identificarea particularităților anatomice ale herniei, ceea ce permite chirurgului să

obțină datele prezumtive despre gradul de afectare a peretelui posterior inghinal. Astfel, chirurgul va selecta procedeul de reconstrucție a canalului inghinal înainte de intervenția chirurgicală. Una din cele mai des utilizate metode de explorare paraclinică a regiunii inghinale la etapa preoperatorie este examenul ecografic [1, 2, 3, 4, 5].

Scopul studiului: evaluarea acurateții diagnostice a examenului clinic și celui ecografic în identificarea formelor anatomice ale herniilor inghinale.

Material și metode

Caracteristica materialului clinic

În studiu au fost incluși 368 de pacienți cu diagnosticul hernie inghinală. Din cei 368 de bolnavi incluși în studiu, au fost 343 (93,21%) bărbați și 25 (6,79%) femei. Vârsta pacienților a variat de la 18 până la 72 de ani, constituind în medie $31,78 \pm 12,13$ ani. La 308 din 368 de pacienți incluși

în studiu a fost prezentă o deformare pseudotumorală parietală cu caracteristici patognomonice ale acesteia. La 60 de pacienți cu hernii inghinale primare în stadii incipiente a fost prezent tabloul clinic cu predominarea durerilor în regiunea inghinală la efort, fără prezența tumefierilor herniare. Varietatea anatomică a herniei (directă sau indirectă) a fost apreciată în rezultatul inspecției și aprecierii poziției sacului herniar în funcție de raportul cu vasele epigastrice inferioare. Examenul fizic al regiunii inghinale a fost urmat de ecografia regiunii inghinale, cu identificarea reperelor anatomice importante: vaselor iliace, vaselor epigastrice inferioare, cordonului spermatic și ligamentului inghinal. Au fost identificate defectele în fascia transversă sau protruzii herniare. De asemenea, au fost înregistrate dimensiunile defectului peretelui posterior al canalului inghinal, forma și traiectul sacului herniar, poziția lui în funcție de raportul cu vasele epigastrice inferioare. Examenului ecografic pentru confirmarea diagnosticului herniei inghinale și determinarea variantei anatomice a herniei inghinale au fost supuși 277 de pacienți. Din 308 pacienți cu deformarea parietală pseudotumorală herniară au fost examinați ecografic 217 pacienți. Ecografia regiunii inghinale la pacienții cu hernii inghinale primare în stadii incipiente ($n = 60$). Ulterior, pacienții au fost supuși tratamentului chirurgical, cu identificarea intraoperatorie a tipului de hernie inghinală conform clasificării L. M. Nyhus. Datele examenului fizic și cel ecografic au fost comparate cu rezultatele obținute intraoperator.

Tehnica examenului fizic al regiunii inghinale

Examenul local al regiunii inghinale a fost efectuat obligatoriu atât în ortostatism, cât și în clinostatism. În timpul consultului, s-a depistat o deformare parietală în regiunea inghinală. Orientarea clinică cu privire la varietatea de hernii (directă sau indirectă) se poate realiza prin aprecierea deformării pseudotumorale parietale, în funcție de stadiul evolutiv, între orificiul inghinal superficial și hemiscrotul corespunzător. Deformarea pseudotumorală, produsă de hernia inghinală, este plasată clasic superior de linia lui Malgaigne, în timp ce deformarea produsă de hernia femurală, este situată sub această linie. După reducerea herniei, prezența pulsațiilor arterei epigastrice inferioare în interiorul canalului herniar (palparea lor pe partea medială a canalului) orientează spre o hernie oblică, în timp ce palparea pe partea laterală, orientează spre o hernie directă.

La pacienții cu hernii inghinale primare în stadii incipiente au predominat durerile în regiunea inghinală la efort, fără prezența tumefierilor herniare. Examenul fizic al canalului inghinal la acești pacienți a inclus proba de „impulsivitate la tuse”. Bolnavului în ortostatism i se cere să tușească în prezența vârfului indexului introdus în canalul herniar – se percepe „lovitură” viscerului în degetul explorator. Lovitura viscerului în vârful degetului arătător orientează spre o hernie oblică, în timp ce lovitură de-a lungul falangei distale a indexului examinatorului, orientează spre o hernie directă.

Examenul ecografic al regiunii inghinale

Examenul ecografic s-a efectuat cu utilizarea sonografului SONOLINE G40 (Siemens AG, Germania). A fost utilizat transductorul liniar VF10-5, cu o frecvență de 5-10 Mhz, examinarea efectuându-se în următoarele module: 2D (Brightness mode) și Doppler color (CD).

Tehnici de investigație ecografică

Investigația se desfășoară în poziție de decubit dorsal. Cu scopul identificării herniilor reductibile se recomandă efectuarea manevrei Valsalva. Aceasta reprezintă o probă respiratorie ce constă în efectuarea unei expirații forțate cu glota închisă, ceea ce asigură creșterea presiunii intraabdominale în timpul examenului ecografic. Reexaminarea în poziție ortostatică se recomandă atunci, când formațiunea herniară nu s-a vizualizat prin manevra Valsalva. Transductorul este poziționat de-a lungul axului ligamentului inghinal ortogonal punctului de origine a arterei epigastrice inferioare vaselor iliace (fig. 1, 2).

La bărbați, cordonul spermatic este vizualizat în plan longitudinal de la inelul intern al canalului inghinal. El este caracterizat ca o structură heterogenă hiperecogenă cu incluziuni hipoecogene, bine vascularizată. Ligamentul inghinal este vizualizat mai inferior de la inelul intern al canalului inghinal, se extinde de la osul iliac spre osul pubian, este o structură mai fibrilară și avasculară. Hernia indirectă se înregistrează ca o protruzie originară lateral de la a. epigastrică inferioară, cu extindere în planul inferior și medial spre tuberculul pubian (fig. 3). Pentru vizualizarea herniei directe transductorul este reamplasat medial de la artera epigastrică inferioară. Hernia directă este înregistrată în proiecția triunghiului Hesselbach și este rotundă (fig. 4). După evaluarea minuțioasă a regiunii inghinale, transductorul este amplasat inferior de linia Malgaigne, medial de vena femurală. Diagnosticarea ultrasonografică a herniei femurale este mai dificilă datorită dimensiunilor mici ale tumefierii herniare. De menționat că, în momentul efectuării manevrei Valsalva, vena femurală se dilată și poate imita sau ascunde apariția defectului herniar.

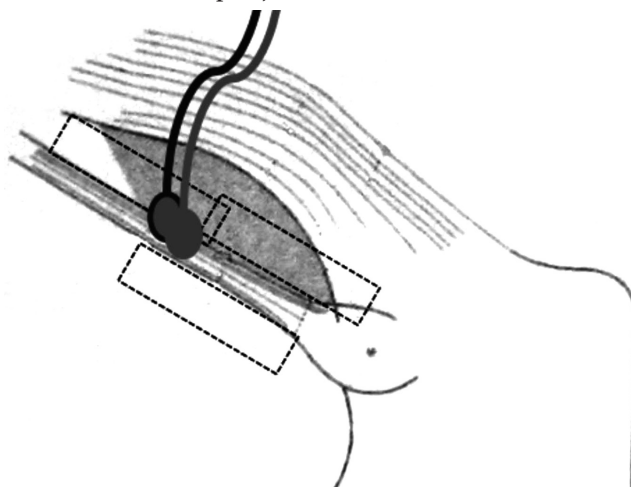


Fig. 1. Examenul ecografic al regiunii inghinale. Schema amplasării transductorului.

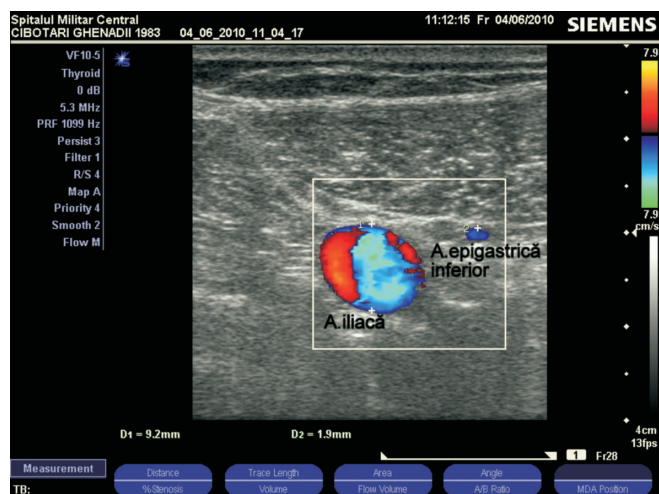


Fig. 2. Ecografia regiunii inghinale. Vasele iliace și a. epigastrică inferioară. Modul de examinare Doppler color.



Fig. 3. Ecografia regiunii inghinale. Hernie inghinală oblică. Modul de examinare 2D.



Fig. 4. Ecografia regiunii inghinale. Hernie inghinală directă. Modul de examinare 2D.

Analiza statistică

Sensibilitatea, specificitatea, valoarea predictivă pozitivă și valoarea predictivă negativă a examenului fizic și celui ecografic în diagnosticarea preoperatorie a varietăților anatomice ale

sacului herniar au fost calculate în conformitate cu formulele existente (fig. 5).

Examinarea	Diagnosticul intraoperator		
	Hernie directă	Hernie indirectă	Total
Hernie directă	A	B	a+b
Hernie indirectă	C	D	c+d
Total	a+c	b+d	N

SENSIBILITATE = $AP/(AP+FN)$	AP – adevărat pozitiv – A FP – fals pozitiv – B
SPECIFICITATE = $AN/(AN+FP)$	AN – adevărat negativ – D FN – fals negativ – C
VALOARE PREDICTIVĂ POZITIVĂ = $AP/test+ (AP+FP)$	
VALOARE PREDICTIVĂ NEGATIVĂ = $AN/test- (AN+FN)$	
ACURATEȚE = $concordanțe (AP + AN)/total (AP+FP+AN+FN)$	

Fig. 5. Formulele de calcul al sensibilității (Se), specificității (Sp), valorii predictive pozitive (PVP) și valorii predictive negative (NVP) în depistarea variantelor anatomice ale herniilor inghinale.

Rezultate

Valoarea examenului clinic în diagnosticarea preoperatorie a varietăților anatomice ale sacului herniar

Evaluarea rezultatelor examenului fizic la pacienții cu hernii de dimensiuni mari (n = 308). Datele au fost prezentate separat pentru hernie unilaterală primară (n = 254), hernie unilaterală recidivantă (n = 27) și hernie inghinală bilaterală (n = 27). Evaluarea rezultatelor examenului fizic la 254 dintre pacienții cu hernie unilaterală a stabilit hernie directă în 81 din cazurile examinate, dintre ei numai 61 au fost confirmați intraoperator și 20 au fost determinate intraoperator ca hernii oblice, femurale sau combinate. În același timp, hernia oblică a fost diagnosticată preoperator la 171 dintre pacienții examinați, cea femurală – la 2 pacienți. Intraoperator, la 163 din ei s-a stabilit hernie oblică NI-NII-NIIIB, hernie femurală NIIC sau hernie combinată (în pantalon). În 10 cazuri examinarea intraoperatorie a constatat hernie directă (tab. 1).

Astfel, sensibilitatea examenului fizic în depistarea herniei inghinale directe la pacienții cu tumefierea herniară unilaterală a constituit 85%, specificitatea – 89%, valoarea predictivă pozitivă – 75% și valoarea predictivă negativă – 94%. Trebuie de menționat faptul, că hernia femurală a fost diagnosticată corect preoperator doar în 2 cazuri din 4, cu sensibilitatea și specificitatea egală cu 50%. Deasemenea, niciuna din hernii nu au fost diagnosticate corect drept combinate (în pantalon) în baza examenului fizic, toate fiind apreciate la etapa preoperatorie ca hernii oblice. Hernii inghinale recidivante au fost diagnosticate în 27 cazuri, inclusiv 1 caz de hernie inghinală combinată cu hernie femurală (NIV + NIIC).

Hernii inghinale bilaterale primare au fost depistate la

Tabelul 1

Evaluarea rezultatelor examenului fizic al regiunii inghinale la 254 de pacienți cu hernie unilaterală (tumefierea herniară prezentă)

Examenul fizic	Examenul intraoperator						
	(AP)	(FP)				Total	
Hernie directă NIIIA	Hernie directă NIIIA	Hernie oblică			Femurală	Combinată	
		NI	NII	NIIIB	NIIIC		
		16	2	2			
	61	20				81	
Hernie oblică, femurală	(FN)	(AN)					
	Hernie directă NIIIA	Hernie oblică			Femurală	Combinată	
		NI	NII	NIIIB	NIIIC		
		5	86	66	2	4	
	10	163				173	
Total	71	183				254	

AP – adevărat pozitiv – A, FP – fals pozitiv – B, AN – adevărat negativ – D, FN – fals negativ – C.

24 de pacienți: directe bilaterale (n = 12), oblice bilaterale (n = 9) și în 3 cazuri hernia recidivantă a fost asociată cu hernia primară contralaterală. Aceste date au fost confirmate intraoperator doar în 15 cazuri. La 9 pacienți, în timpul operației au fost diagnosticate hernii asociate în diferite varietăți, dintre ei la 3 pacienți a fost diagnosticată hernie contralaterală ocultă doar în timpul hernioplastiei videoendoscopice.

Evaluarea examenului fizic al regiunii inghinale la pacienții cu hernii incipiente (n = 60)

Conform rezultatelor examenului intraoperator, la 19 (31,66%) pacienți a fost depistată hernia directă (N IIIa), hernia oblică externă a fost diagnosticată în 41 (68,33%) cazuri (NII). În rezultatul examenului fizic al regiunii inghinale 23 de pacienți au fost prezumtiv diagnosticați cu hernie directă, dintre ei numai 15 au fost confirmați intraoperator și 8 au fost determinate intraoperator ca hernii oblice. Totodată, 37 de pacienți în urma examenului fizic au fost prezumtiv diagnosticați cu hernie oblică. Intraoperator la 33 dintre ei au fost diagnosticate hernii inghinale oblice, în 4 cazuri, în

timpul intervenției chirurgicale, a fost depistată hernia directă (tab. 2).

Sensibilitatea examenului fizic în depistarea herniei inghinale directe în stadiul incipient a constituit 79%, specificitatea – 80%, valoarea predictivă pozitivă – 65% și valoarea predictivă negativă – 89%. Astfel, acuratețea examenului fizic a constituit 88% pentru hernii inghinale de dimensiuni mari și 81% pentru hernii în stadii incipiente.

Valoarea examenului ecografic în diagnosticarea preoperatorie a varietăților anatomice ale sacului herniar

Evaluarea rezultatelor examenului ecografic la 184 dintre pacienții cu hernie unilaterală a stabilit hernie directă în 38 din cazurile examinate, dintre ei numai 36 au fost confirmați intraoperator și 2 hernii au fost determinate intraoperator drept combinate. În același timp, hernie oblică a fost diagnosticată preoperator la 146 dintre pacienții examinați. Intraoperator, la 144 dintre ei s-a stabilit hernie oblică NI-NII-NIIIB, hernie combinată cu component femural – la 2 pacienți (tab. 3).

Astfel, sensibilitatea examenului ecografic în depistarea herniei inghinale directe la pacienți, tumefierea herniară unilaterală a constituit 100%, specificitatea – 99%, valoarea predictivă pozitivă – 95% și valoarea predictivă negativă – 100%. Hernii inghinale recidivante au fost diagnosticate în 16 cazuri, inclusiv 1 caz de hernie inghinală combinată cu hernie femurală (NIV + NIIIC). Hernii inghinale bilaterale primare au fost depistate la 17 pacienți. În toate cazurile, preoperator, la acești pacienți au fost diagnosticate hernii directe bilaterale (n = 6), oblice bilaterale (n = 7), hernii asociate în diferite variații (n = 4). Toate cazurile au fost confirmate intraoperator cu acuratețea de 100%.

Ecografia regiunii inghinale la pacienții cu hernii inghinale primare în stadii incipiente (n = 60) a relatat următoarele: hernie directă a fost diagnosticată în 19 cazuri, cea oblică în 41 cazuri. Din 19 hernii apreciate ca directe intraoperator

Tabelul 2

Rezultatele examenului fizic al regiunii inghinale în diagnosticarea preoperatorie a variantei anatomice a herniei inghinale primare unilaterale la 60 de pacienți (tumefierea herniară absentă)

Examenul fizic	Examenul intraoperator		
	Hernie directă	Hernie oblică	Total
Hernie directă	17 (AP)	8 (FP)	23
Hernie oblică	4 (FN)	35 (AN)	37
Total	19	41	60

AP – adevărat pozitiv – A, FP – fals pozitiv – B, AN – adevărat negativ – D, FN – fals negativ – C.

Tabelul 3

Evaluarea rezultatelor examenului ecografic al regiunii inghinale la 184 de pacienți cu hernie unilaterală (tumefierea herniară prezentă)

Examenul ecografic	Examenul intraoperator					Total
	(AP)	(FP)				
Hernie directă NIIIA	Hernie directă NIIIA	Hernie oblică			Combinată	
		NI	NII	NIIIB	2	
	36	2				38
Hernie oblică, femurală	(FN)	(AN)				
	Hernie directă NIIIA	Hernie oblică			Combinată cu NIIIC	
		NI	NII	NIIIB	2	
0	146				146	
Total	36	148				184

AP – adevărat pozitiv – A, FP – fals pozitiv – B, AN – adevărat negativ – D, FN – fals negativ – C.

s-au confirmat 17, în 2 cazuri intraoperator s-a stabilit hernie oblică. Hernia oblică a fost confirmată în 39 de cazuri din 41, iar la 2 pacienți a fost diagnosticată intraoperator hernia directă (tab. 4). Conform acestor date, sensibilitatea ecografiei în depistarea herniei inghinale directe a constituit 89%, specificitatea – 95%, valoarea predictivă pozitivă – 89%, valoarea predictivă negativă – 95%.

Tabelul 4

Rezultatele ecografiei regiunii inghinale în diagnosticarea preoperatorie a variantei anatomice a herniei inghinale la 60 de pacienți (tumefierea herniară absentă)

Examenul ecografic al regiunii inghinale	Examenul intraoperator		
	Hernie directă	Hernie oblică	Total
Hernie directă	17(AP)	2(FP)	19
Hernie oblică	2(FN)	39(AN)	41
Total	19	41	

AP- adevărat pozitiv – A, FP – fals pozitiv – B, AN – adevărat negativ – D, FN – fals negativ – C.

Așadar, utilizarea examinării ecografice a regiunii inghinale în regim duplex color asigură acuratețea înaltă în identificarea varietăților anatomice ale herniei inghinale la etapa preoperatorie. Acuratețea acestei examinări a constituit 100% pentru hernii inghinale de dimensiuni mari și 95% pentru herniile în stadii incipiente.

Discuții

Examenul fizic rămâne o metodă primară de diagnostic al herniei inghinale [1, 5, 7]. Conform datelor literaturii de specialitate, acuratețea examenului fizic al regiunii inghinale în diagnosticarea preoperatorie a varietăților anatomice de

hernie inghinală constituie 85% pentru hernii inghinale oblice, 64% pentru hernii directe și 39% pentru cele femurale [5]. Conform datelor studiului nostru, acuratețea examenului fizic constituie 88% pentru hernii inghinale de dimensiuni mari și 81% pentru hernii în stadii incipiente. În același timp, acuratețea examenului fizic în depistarea herniei femurale este mai joasă și constituie 50%. Astfel, acuratețea examenului fizic este mai joasă la pacienții cu hernii inghinale în stadii incipiente, când în tabloul clinic predomină dureri inghinale și tumefierea herniară este absentă. În aceste situații, examenul fizic trebuie să fie suplinit cu metode instrumentale de diagnostic, inclusiv examenul ecografic al regiunii inghinale, tomografia computerizată a abdomenului, imagistică prin rezonanța magnetică, herniografia și altele. Din cele menționate, examenul ecografic reprezintă o metodă neinvazivă, necostisitoare și disponibilă [1]. Conform datelor literaturii de specialitate, examenul ecografic este utilizat cu succes atât în stabilirea diagnosticului de hernie inghinală cât și în diagnosticarea preoperatorie a varietăților anatomice ale herniei inghinale [2, 4, 6]. În același timp, se menționează că sensibilitatea și specificitatea examenului ecografic al regiunii inghinale, în mare măsură, sunt dependente de chirurg. Utilizarea cu succes a ultrasonografiei în depistarea herniei inghinale este bazată pe expertiza în acest domeniu [3, 7]. Conform datelor din studiul nostru, acuratețea acestei examinări a constituit 100% pentru hernii inghinale de dimensiuni mari și 95% pentru hernii în stadii incipiente.

Unii autori afirmă că examinarea ecografică în dinamică poate fi utilizată în scopul de monitorizare activă a pacienților cu așa numită „hernie inghinală la sportivi”. Flaciditatea peretelui inghinal posterior și dilatarea inelului intern al canalului inghinal la sportivi, deseori, sunt asociate cu inghinodinia de efort în lipsa tumefierilor herniare. În cazurile de persistență a durerilor inghinale la aceste persoane este indicată hernio-

plastia „*tensor free*” [3, 4]. Varianta anatomică a herniei inghinale și dimensiunile defectului herniar pot influența asupra alegerii tehnicii de cură chirurgicală a herniei. Spre exemplu, tipul herniei și dimensiunile ei pot fi utilizate drept criterii de selecție a metodei de fixare a plasei chirurgicale în cadrul hernioplastiei laparoscopice. Se consideră că, în situațiile de prezență a herniei oblice, cu dimensiunile defectului până la 2 cm, plasa chirurgicală poate fi amplasată preperitoneal, fără fixarea ei cu agrafe sau sutură intracorporală. Între timp, prezența herniei directe cu diametrul defectului > 3-4 cm este o indicație pentru fixarea plasei chirurgicale cu agrafe, sutură intracorporală sau bioadezivi [8, 9].

Concluzii

1. Examenul fizic combinat cu examenul ecografic al regiunii inghinale în regim duplex color asigură acuratețea înaltă în identificarea varietăților anatomice ale herniei inghinale la etapa preoperatorie.

2. Identificarea preoperatorie a formelor anatomice ale herniei inghinale poate fi utilizată în scopul selectării procedurii de hernioplastie.

Bibliografie

1. Young J, Gilbert AI, Graham MF. The use of ultrasound in the diagnosis of abdominal wall hernias. *Hernia*. 2007;11:347-351.
2. Korenkov Michael. Color Duplex Sonography: Diagnostic Tool in the Differentiation of Inguinal Hernias. *Ultrasound Med*. 1999;18:565-568.
3. Orchard JW, Read JW, Neophyton J, et al. Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers. *Br J Sports Med*. 1998;32(2):134-139.
4. Jamadar David A. Sonography of inguinal region hernias. *AJR*. 2006;187:185-190.
5. Moreno-Egea A, Girela E, Canteras M, et al. Accuracy of clinical diagnosis of inguinal and femoral hernia and its usefulness for indicating laparoscopic surgery. *Hernia*. 2000;4(1):23-27.
6. Truong SN, Pfingsten F, Dreuw B, et al. Value of ultrasound in the diagnosis of undetermined findings in the abdominal wall and inguinal region. Expert Meeting on Hernia Surgery, St. Moritz, 1994. Basel: S Karger, 1995;29.
7. Simons MP. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13:343-403.
8. Bittner R, Schmedt CG, Schwarz J, et al. Laparoscopic transperitoneal procedure for routine repair of groin hernia. *Br J Surg*. 2002;89(8):1062-1066.
9. Kapiris SA, Brough WA, Royston CM, et al. Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Hernia Repair. A 7-year two-center experience in 3017 patients. *Surg Endosc*. 2001;15:972-975.

Impactul tratamentului cu distreptază la pacientele cu boală inflamatorie pelvină

Iu. Dondiuc, O. Cernețchi, T. Eșanu, *V. Voloceai

Department of Obstetrics and Gynecology, State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu"
20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: magna_1983@yahoo.com. Manuscript received November 23, 2012; revised December 15, 2012

The impact of treatment with Distreptaze in patients with inflammatory pelvic disease

Introduction. Chronic pelvic pain is a major cause for the patients presenting for a gynecological examination. However, the etiology may be related to sexual transmitted diseases. **Aim.** The improvement of chronic pelvic pain treatment with Distreptaza drug. **Material and methods:** Between February 2012-June 2012 a prospective observational study on 60 female with age 18-45 years old was conducted; patients came to our hospital for treatment A detailed questionnaire was used covering clinical data, the gynecological disease had an impact on quality of life. In half of patients was administrated Distreptaza. **Results:** The patients who took distreptaza had a better and a quicker result in their treatment. **Conclusion:** 1. The length of treatment of patient with PID who took Distreptaza diminished; 2. As the present study has not revealed any adverse effects due the usage of Distreptaza, it can be recommended for administration in ambulatory conditions out of hospital.

Key words: distreptaza, inflammatory pelvic disease.

Результаты лечения дистрептазой у больных с хронической тазовой болезнью

Введение. Хроническая тазовая болезнь является основной причиной обращаемости пациентов для гинекологического обследования. Этиологически хроническая тазовая болезнь может быть связана с болезнями, которые передаются половым путем. **Цель.** Повышение качества лечения хронической тазовой болезни с помощью препарата дистрептаза. **Материал и методы.** В феврале-июне 2012 г. было проведено проспективное исследование, участницами которого стали 60 женщин в возрасте 18-45 лет. Все пациентки были госпитализированы и детально обследованы клинически. В результате тщательного проведения опроса было выявлено отрицательное воздействие гинекологической патологии на качество их жизни. 30 пациенткам было назначено лечение дистрептазой. **Результаты.** У пациенток, которые принимали дистрептазу, наблюдался лучший и более быстрый терапевтический эффект. **Выводы:** 1. Продолжительность периода лечения пациенток с хронической тазовой болезнью, которые принимали дистрептазу, уменьшилась. 2. В результате исследования не было выявлено побочных действий после приема дистрептазы. Таким образом, можно рекомендовать использование данного препарата в условиях амбулаторного лечения.

Ключевые слова: дистрептаза, тазовая болезнь.