

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.

Actualitatea problemei

Sindromul dureros pelvin sau durerea cronică pelvină este considerată în mod tradițional ca fiind o afecțiune predominant de cauză ginecologică. Este definită de prezența durerii cu o durată mai mare de 6 luni și localizare sub nivelul ombilicului, durere care produce un anumit grad de dizabilitate funcțională sau necesită intervenție medicamentoasă sau chirurgicală [1].

În țările înalt dezvoltate, incidența anuală a bolii inflamatorii pelvine la femeile cu vârsta cuprinsă între 15-39 de ani este de 10-13/1000 femei, cu un *peak* de cca 20/1000 la vârsta de 20-24 de ani. Din anul 1960, o incidență destul de mare a fost observată în grupul de vârstă cuprins între 20-29 de ani. Incidența înaltă a BIP este corelată puternic cu prevalența bolilor sexual transmisibile, deși o fracție destul de mică a infecțiilor poate fi de origine endogenă. Femeile, care au suportat măcar o dată un episod de BIP, au un risc de 10 ori mai mare de a dezvolta o sarcină ectopică. Sterilitatea, ca o consecință a salpingitei cronice, este cuprinsă între 5,8-60%, în dependență de severitatea infecției și de vârsta femeii [2, 3].

Termenul „Boala inflamatorie pelvină”, de obicei, se referă la infecția ascendentă a endometriului și/sau a trompelor uterine. Aceste infecții uneori sunt considerate primare, adică apar spontan, de obicei sunt transmise pe cale sexuală, sau secundare, ca rezultat la o intervenție chirurgicală, inserare a unui dispozitiv intrauterin, iar în Statele Unite este considerată una din cauzele de bază ale survenirii unei sarcini ectopice [4].

Boala inflamatorie pelvină este, practic, în exclusivitate o patologie a femeilor active sexual și poate fi acută și cronică. Cea cronică, cauzată de *Mycobacterium tuberculosis*, a devenit mai puțin întâlnită în țările înalt dezvoltate, cea mai des întâlnită este determinată de *Chlamydia trachomatis*.

Termenul boala inflamatorie pelvină a fost folosit pentru a descrie un grup întreg de infecții, care includ cervicite simple, endometrite, salpingite, pelvioperitonite, peritonite generalizate, perihepatite sau abcese pelvine. Aceste patologii includ infertilitatea, sarcina ectopică, determinate de afectare tubară, durere pelvină cronică și, uneori, boala inflamatorie pelvină recurentă. Uneori inflamația trompelor Fallope cauzează infertilitate la cca 13% dintre femeile care au suferit un singur episod de BIP și ajunge până la 75% la femeile care au suferit mai mult de 3 episoade [5].

Organizația Mondială a Sănătății a realizat un studiu în 25 de țări dezvoltate și subdezvoltate din lume și a determinat că infecția pelvină reprezintă un factor etiopatogenetic determinant în survenirea infertilității în proporție de până la 64%. În Republica Moldova incidența prin boala inflamatorie pelvină constituie 25% în structura maladiilor ginecologice.

Scopul studiului: optimizarea tratamentului salpingooforitelor în acutizare cu preparatul distreptaza.

Material și metode

Au fost supuse studiului 30 de paciente (lotul de bază) cu salpingooforită cronică în acutizare, tratate în cadrul IMSP SCM nr. 1, secția ginecologie septică, în perioada februarie-

iunie 2012. Pacientele au fost informate despre criteriile de cercetare și tratamentul conform protocolului clinic.

Lotul de control a fost reprezentat, de asemenea, de 30 de paciente cu salpingooforită cronică în faza de acutizare. Ambele loturi au corespuns conform vârstei, anamnezei obstetrico-ginecologice, patologiei de bază și tabloului clinic. Toate pacientele au fost supuse examenului clinic obiectiv, bacteriologic, USG a organelor bazinului mic, au administrat terapie complexă, inclusiv: antibiotice, metronidazol, antimicotice, disensibilizante, dezintoxicante. În lotul de control, au fost incluse și preparate antiinflamatorii nesteroidiene [6].

În lotul de bază s-a utilizat distreptaza, care are efect antiinflamator, analgetic, antitrombotic și potențează accesul antibioticelor și preparatelor chimioterapeutice în focarul inflamator. În studiu s-a folosit schema de 7 zile de tratament.

Criteriile de bază ale tratamentului au fost: cuparea simptomelor clinice (sindromul dolo, febra, dereglările dizurice). Prelucrarea statistică a rezultatelor s-a efectuat după metoda variațională, folosind criteriile Wilkson.

Rezultate și discuții

Starea generală a pacientelor din lotul de bază a fost apreciată ca relativ satisfăcătoare. Pacientele au prezentat sindrom dolo în regiunea hipogastrică de diferită intensitate, care iradia în regiunea lombară (100%); febră, 37,4 și mai mult – 48%; slăbiciune generală, inapetență, scăderea capacității de muncă – 75,5%; dereglări de ciclu menstrual – 62,5%; dispareunie – 10%; dereglări disurice – 25%; leucoree muco – purulentă – 40%. Menarha s-a instalat la $12,2 \pm 1,7$ ani. Durata menstruației cuprinsă între 3-7 zile; durata ciclului menstrual – $28,5 \pm 1,5$ zile. Vârsta medie a debutului activității sexuale – $18,3 \pm 1,7$ ani. Pacientele confirmă existența a cel puțin 2 parteneri sexuali. Prezența cel puțin a unei sarcini s-a constatat la 48,9% din paciente, au născut – 30% paciente. În lotul de bază cca 10 au folosit metode de contracepție: 4 – DIU, 3 – coitus întrerupt, 1 – spermicide, 2 – COC. Ectopii și/sau cervicite anterior depistate – 30%, 60% cazuri de endometrită, semnalate în antecedente (după naștere sau după avort). Dereglări ale funcției menstruale – 63,5%, sterilitate – 40%, sarcină ectopică la 4 paciente. Din patologiiile extragenitale, la pacientele din grupul de studiu a predominat patologia sistemului respirator, renal, tonsilita, colecistita.

Examenul obiectiv bimanual la 63,5% dintre pacientele lotului de bază a constatat anexe dureroase, la 21 – bilateral, la 5 – din dreapta, la 4 – din stânga. La examenul USG tumori ale bazinului mic nu s-au depistat. Semne ale inflamației seroase s-au manifestat prin prezența lichidului liber în cavitatea bazinului mic, ovarele mărite în dimensiuni cu chisturi foliculare mici, proces aderențial în bazinul mic.

Analiza generală a sângelui a constatat: leucocitele au variat de la $(5,2-16,5) \times 10^9/l$ în lotul de bază și $(9,5 \pm 3,0)$ în lotul de control; VSH crescut $(14,1 \pm 3,5)$ mm/h. Analiza generală a urinei și biochimică a sângelui în limitele normei.

Studiul a constatat, că toate pacientele au manifestat un tablou clinic al salpingooforitei cronice în acutizare.

În perioada inițială a tratamentului, durata cupării pro-

cesului inflamator a fost egală în ambele loturi, dar începând cu ziua a 3-a, numărul pacienților cu dinamică pozitivă din lotul de bază a depășit lotul de control (63,5% și 35%). Administrarea distreptazei în terapia complexă a salpingooforitei în acutizare a favorizat evoluția clinică pozitivă și mai rapidă a patologiei.

După administrarea terapiei curative de 10 zile, s-a constatat o scădere a sindromului dolo la cca 90% din pacientele lotului de bază, în comparație cu 65% în lotul de control. Paciente au remarcat ameliorarea stării generale și a somnului.

La examenul USG s-a constatat o reducere a volumului ovarelor. La examenul bimanual – dispariția sindromului dolo.

Eficacitatea tratamentului a fost apreciată de către pacienți drept satisfăcătoare – 90%, bună – 7,2%. Aprecierea rezultatelor de cadrele medicale a fost: – satisfăcătoare – 80%, bună – 10%.

Concluzii și recomandări

1. Obținerea efectului pozitiv în cazul administrării distreptazei în tratamentul bolii inflamatorii pelvine (dispariția rapidă a sindromului algic, micșorarea temperaturii corporale,

diminuarea în dimensiuni a ovarelor inflamate, normalizarea rezultatelor analizelor de laborator și USG) permit recomandarea pe larg a administrării acestui preparat.

2. Studiul nu a semnalat reacții adverse la utilizarea distreptazei și, de aceea, îl putem indica și în condiții de ambulator.

3. Durata tratamentului BIP cu distreptaza s-a diminuat, ceea ce permite administrarea lui mai largă.

Bibliografie

- Holmes KK. Pelvic Inflammatory Disease. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al. eds. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th ed. New York: McGraw-Hill, 1998:812-817.
- Ory HW, and the Women Health Study. Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: New perspectives. *Obstet Gynecol.* 1981;57:137.
- Westrom L. Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J Obstet Gynecol.* 1975;121:707.
- Westrom L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;138:880.
- Burnakis TG, Hildebrandt NB. Pelvic Inflammatory Disease: a review with emphasis on antimicrobial therapy. *Rev Infect Dis.* 1986;8:86.
- Eschenbach DA. New concepts of obstetric and gynecologic infection. *Arch Intern Med.* 1982;142:2039.

Возрастные особенности морфофункциональных изменений срединного возвышения нейрогипофиза на поздних стадиях развития экспериментального сахарного диабета

О. Я. Журакивская

Department of Human Anatomy, Topographic Anatomy and Operative Surgery, Ivano-Frankivsk National Medical University
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Corresponding author: perpetoua@mail.ru. Manuscript received November 22, 2012; revised December 15, 2012

O. Ya. Zhurakivska

Age peculiarities of morphofunctional changes in median eminence of neurohypophysis at late stages of experimental diabetes mellitus

The development of peripheral axonopathy and decrease of relative density of neurosecretory granules in median eminence of neurohypophysis were noticed in 24-month-old animals on the 70th day of diabetes development on the background of high hyperglycemia, suggesting the lack of functional activity of the neurosecretory cells. Destructive processes in axons of the median eminence are less evident in 3-month-old animals on the background of hyperglycemia decrease, but relative density of neurosecretory granules is reduced as compared with the control. The development of diabetic microangiopathy is observed in animals of different age groups on the 70th day of diabetes mellitus on the background of hyperglycemia and high levels of glycosylated hemoglobin, which is morphologically, manifested by destructive changes in the wall of the capillary and capillarosclerosis.

Key words: diabetes mellitus, neurohypophysis.

Реферат

На 70-е сутки развития сахарного диабета у 24-месячных животных на фоне высокой гипергликемии наблюдается развитие периферической аксонопатии и снижение удельной плотности нейросекреторных гранул в срединном возвышении нейрогипофиза, что свидетельствует о недостаточной функциональной активности нейросекреторных клеток. У 3-месячных животных на фоне снижения гипергликемии наблюдаются менее выраженные деструктивные процессы в аксонах срединного возвышения, однако удельная плотность нейросекреторных гранул уменьшается по сравнению с контролем. У животных разных возрастных групп на 70-е сутки сахарного диабета на фоне гипергликемии и высокого уровня гликированного гемоглобина наблюдаются развитие диабетической микроангиопатии, которая морфологически проявляется деструктивными изменениями в стенке капилляра и капилляросклерозом.

Ключевые слова: нейрогипофиз, сахарный диабет.