

11. Шангареева Р.Х., Гумеров А.А., Мамлеев И.А., Сатаев В.У., Парамонов В.А., *Видеолaparоскопическое лечение эхинококкоза печени у детей*. Детская хирургия, №6 2008, стр 32-36.

12. Шевченко Л. Харнас С.С., Самохвалов А.В. *Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени*. Хирургия №7 2004, стр. 49-54.

**SEMILOGIE ULTRASONOGRAFICĂ A REGIUNII INGHINALE
ÎN DIFERITE FORME CLINICE ALE HERNIILOR INGHINALE**
Nicolae Gladun¹, Sergiu Ungureanu², Veceslav Iavorschii³, Serghei Grati⁴
Catedra Chirurgie FPM USMF "N. Testemițanu"

Summary

*Ultrasonographic semiology of inguinal region in
different clinical forms of inguinal hernias*

There are a lot of methods of diagnostic and surgical treatment of inguinal hernia. In this study we purpose to describe the new methods of diagnostic of inguinal hernia based on clinical applications of ultrasonographic examination of inguinal area and to find the way that will improve clinical diagnostic of hernia, treatment results with modern laparoscopic procedures. We present results of a randomised controlled trial of clinical applications of ultrasonographic diagnostic of inguinal hernia. These reasons allow us to comprise in such kinds of revealing study. A high-resolution examination is capable of deciding whether an abnormality is in the abdominal wall or inside the abdominal cavity. Physical findings in abdominal wall pathologies have low specificity and often a clinically suspected intra-abdominal lump proves to be in the abdominal wall.

Rezumat

Corecției chirurgicale a herniilor inghinale sunt dedicate o multitudine de tehnici operatorii (poate cele mai numeroase) de la aplicarea suturilor simple, până la utilizarea procedeelor complicate.

Actualmente studiul de acest gen traversează etapa de acumulare a experienței în domeniu și aspiră la rezultate optimiste. În plan diagnostic în perioada pre și postoperatorie examenarea ultrasonografică a regiunii inghinale oferă o serie de avantaje. Aceste motive ne-au permis să ne includem și noi în aceste cercetări revelatorii.

Introducere

Examenarea ultrasonografică a fost efectuată cu scopul evidențierii structurilor anatomice a regiunii inghino-scrotale înainte de intervenție chirurgicală. Potențialul evidențierii ultrasonografice a acestor structuri ne-a determinat să folosim această metodă de examenare, fiind neinvazivă, informativă, simplă de efectuat. Aprecierea gradului de distrofie și dislocație anatomică a structurilor anatomice regiunii inghinale ne-a dat posibilitatea alegerii adecvate a tacticii de tratament chirurgical al herniilor inghinale.

Scopul examenării ecografice a regiunii inghino-scrotale este de a studia semiologia structurilor anatomice acestei regiuni în condițiile normale și patologice determinate de hernie, suprafața trigonului inghinal, inelului inghinal intern și extern, aprecierea gradul de distrofie a țesuturilor musculo-aponevrotice cât și evoluția plastiei parietale în perioda post-operatorie.

Material și metode

Lotul studiului a constituit 25 de indivizi cu structura anatomică inghinală normală, și 50 de pacienți purtători de hernii inghinale.

Sensorul ultrasonor se amplasa perpendicular țesutului cutanat, longitudinal și transversal

ligamentului inghinal.

Se calculează grosimea stratului musculo-aponevrotic (marginea superioară a canalului inghinal), structura lui, grosimea mm.drepti abdominali suprapubian, suprafața trigonului inghinal și structurile sale, lungimea canalului inghinal (de la tuberculul pubic până la inelul inghinal intern).

Examenarea a avut loc în poziție de orto- și clino-statism, cu perete abdominal relaxat și contractat. De asemenea, se lua în calcul dimensiunea sacului herniar și tipul herniei inghinale.

Semiologia regiunii inghinale la indivizii cu patologii peretelui abdominal (hernia oblică externă și directă)

Pentru aprecierea semiologiei regiunii inghinale au fost examenați ecografic 50 de pacienți, purtători de hernie inghinală.

Printre pacienți examenați, trei pacienți prezentau clinica de hernie inghinală recidivantă. Doi din ei, au suportat cura herniei inghinale cu plastia pre-funiculară, unul a suportat plastia retrofuniculară. La acești pacienți a fost depistată distrugerea totală a peretelui posterior canalului inghinal, distrofie avansată a țesuturilor musculo-aponevrotice, creșterea suprafeței trigonului inghinal.

Examenările ultrasonografice cu vezicula urinară plină, au evidențiat la 2 pacienți (4%) existența herniei inghinale prin alunecare. Depistarea herniei prin alunecare ne-a făcut să revizuiască tactica operatorie, și să recurgem la procedeul chirurgical deschis cu “invaginație” sacului herniar, fără deschiderea acestuia.

În examenarea ultrasonografică din figura 1.1 și figura 1.2 se arată gradul de distrofie a țesutului musculo-aponevrotic, lărgirea suprafeței triunghiului inghinal.

În unele situații, am depistat distrugerea totală a straturilor retrofuniculare. Progresia distrofiei tisulare dincolo de marginele inghinale, fiind direct proporțională de durata purtării herniei [3]. [Fig1.1].

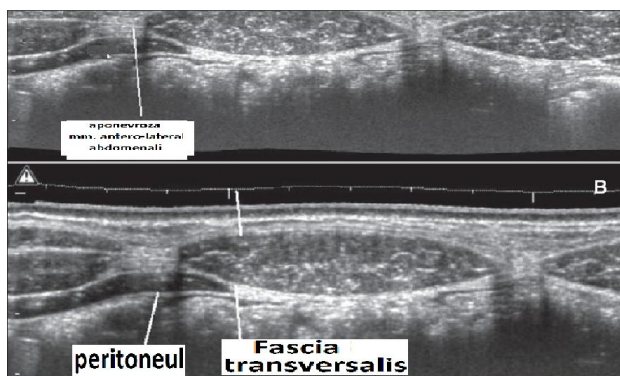


Fig. 1.1 Secțiunea transversală a mm. drepti abdominali cu anatomie detaliată a structurilor.

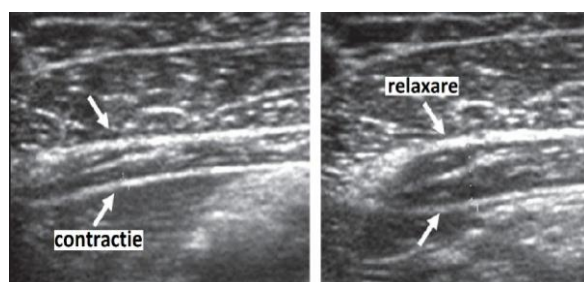


Fig 1.2 Secțiunea trasversală a mm. drepti abdominali în contractie și relaxare.

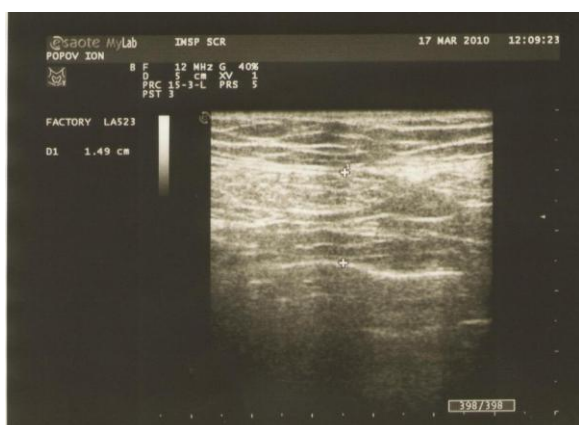


Figura 1.3 Ecografia regiunii inghinale la pacient cu hernia inghinală directă bilaterale cu alunecare peretelui vezicii urinare



Figura 1.4. Ultrasonografie și schema regiunii inghinale (hernie directă)

La pacienții cu durată mare de timp > 5 ani a herniei inghinale am depistat atrofierea progresivă a straturilor musculo-aponevrotice, mm.drepti abdominali pe partea herniei inghinale directe, ce s-a vizualizat la ecografie prin subțierea stratului muscular și creșterea ecogenității acesteia. (Figura 1.5).



a.



b.

Figura 1.5 Examenarea ultrasonografică a mm.drepti abdominali.
a. imagine longitudinală b. Imagine transversală

Gradul de subțiere a mm.drepti abdominali a fost neuniform mai accentuat la purtatori ai

herniei inghinale directe, în strictă dependență cu durata purtării herniei, vârsta pacientului, tupului herniei inghinale [4]. Distrofie maximală a mușchiului s-a depistat la vecinătatea nemijlocită cu sacul herniar, 2-3 cm apropiere de inel. La îndepărtarea de sacul herniar, schimbările distrofice în stratul muscular diminuează.

La pacienți cu hernii inghinale directe gigante, distrofie musculară a fost atât de progresivă, încât nu mai exista contracția musculară. La distanță de aproximativ 3-4cm de la locul extravazării sacului herniar, mușchiul drept abdominal își capătă încet cu încet structura, posibilitatea funcțională etc.

Pe parcursul studiului sunt urmăriți următorii factori :

- Vârsta
- Reculul herniei
- Mărimea herniei
- Patologii concomitente
- Tipul herniei
- Antecedente operatorii

Dintre pacienți examenați, trei pacienți prezentau clinica de hernie inghinală recidivantă după plastia prefuniculară a canalului inghinal 3-5 ani în urmă. La examenarea ecografică a acestor pacienți s-au depistat schimbări majore în anatomie structurală regiunii inghinale, distrugerea totală a țesuturilor aponevrotice, distrofie musculară masivă, inelul inghinal intern dilatat ~ cu 15mm – 20mm.

La pacienți purtători de hernie inghinală oblică externă gradul de distrofie mm. drepti abdominali nu a fost atât de accentuat.

Schimbările cele mai importante în cazul herniilor inghinale oblice au fost la nivelul peretelui superior a canalului inghinal (marginea mm. oblic intern și transvers), și inelului inghinal intern.

În cazul herniilor inghinale oblice externe gigante, s-a depistat distrugerea totală a peretelui inghinal posterior, cu lărgirea masivă a inelului inghinal intern, creșterea suprafeței trigonului inghinal. (Figura 1.6).

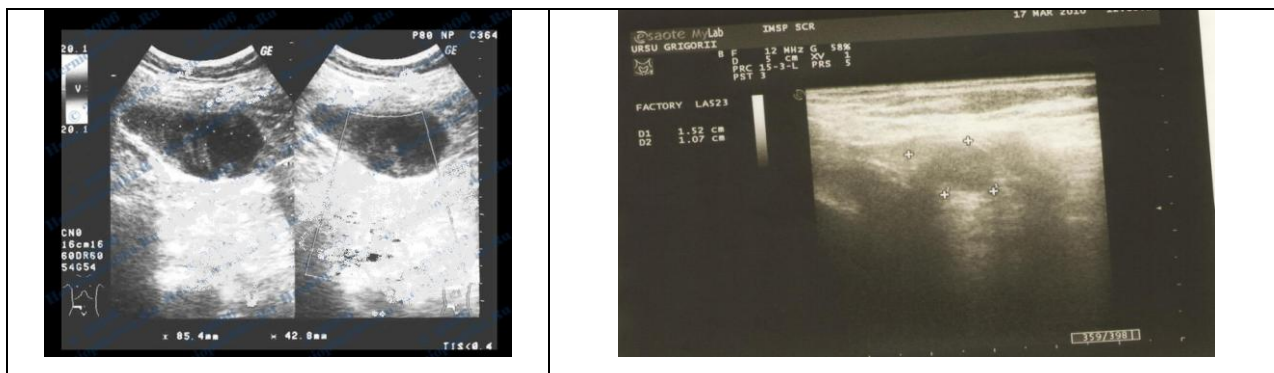


Figura 1.6 Scanarea ecografică regiunii inghinale stângi (hernie inghinală oblică externă, chist funiculului spermatic)



Figura 1.7 Ecografie, schemă regiunii inghinale (hernie oblică externă) dreapta.

Indicii morfometrici regiunii inghinale , obținuți prin examenări ecografice sunt redată în tabelul 1.1 [2].

Tabelul 1.1. Indicii morfometrici regiunii inghinale în normă, purtători herniilor directe, oblice externe.

(A. Djuric-Stefanovic, D. Saranovic, A. Ivanovic, D. Masulovic, M. Zuvela, M. Bjelovic)

Semne ecografice	Indivizii sănătoși (control n=25)	Tip hernie inghinală		P
		Directe (n=38)	oblice externe (n=12)	
Dimensiunea stratului musculo-aponevrotic	~ 114 _{mm}	~ 78 _{mm}	~ 104 _{mm}	P ₁ < 0.05 P ₂ < 0.05
Grosimea m. drept abdominal pe partea herniei inghinale	~ 125 _{mm}	~ 98 _{mm}	~ 130 _{mm}	P ₁ < 0.05 P ₂ < 0.05
Grosimea m.drept abdominal contra-lateral herniei inghinale	~ 125 _{mm}	~ 112 _{mm}	~ 125 _{mm}	P ₁ < 0.05 P ₂ < 0.05
Dimensiunea maximă a trigonului inghinal	~ 17 _{mm}	~ 42 _{mm}	~ 21 _{mm}	P ₁ < 0.001 P ₂ < 0.05
Suprafața medie trigonului inghinal	~ 52 _{mm}	~ 152 _{mm}	~ 78 _{mm}	P ₁ < 0.01 P ₁ < 0.01

P₁ = în comparație cu lotul control.

P₂ = în comparație între tipuri de hernii

Discuții și concluzii

Din datele obținute, rezultă că cele mai pronunțate modificări structurale la nivelul structurilor anatomice are loc în cazul herniilor inghinale directe, la vârste > 50 ani cu hernii recidivante, hernii gigante. Indicii principali luați în calcul : grosimea peretelui superior a canalului inghinal, grosimea mm.drepti abdominali, suprafața trigonului inghinal, starea peretelui posterior sunt schimbați mult mai puțin în cazul herniilor oblice, precum și la indivizii sănătoși [2].

Indicii ca : grosimea mm. drepti abdominali din partea contralaterală, lungimea canalului inghinal nu au reprezentat date statistice importante (p>0.05).

Examenarea ecografică a regiunii inghinale a dat posibilitatea vizualizării structurilor musculo-aponevrotice, identificarea stării lor funcționale, inelului inghinal intern, dimensiunea și conținutul sacului herniar [2]. Obținerea acestor date, în majoritatea cazurilor, ne-a făcut să revizuiam tactica operatorie propusă inițial, în favoarea utilizării protezelor sintetice.

În procesul efectuării scanării ecografice pacienților purtători de hernii inghinale s-a pus importanța utilizării tehnicii ecografice de înaltă calitate, atribuțiile profesionale înalt specializate a personalului medical, cunoștințe profunde în anatomie ultrasonografică a țesuturilor moi a regiunii inghinale.

S-a efectuat corelație continuă între datele clinice, paraclinice, ultrasonografice și datele anatomice obținute în timpul efectuării intervenției chirurgicale.

Astfel, s-a putut ajunge la stabilirea indicațiilor individuale fiecărui pacient în parte pentru tehnica herniotomiei aplicate.

Bibliografie

1. Akira Toki, Kaoru Ogura and Akimitsu Miyauchi .Ultrasonographic diagnosis of inguinal hernia in children. Department of Pediatric Surgery, Kochi Municipal Central Hospital, 2-7-33, Sakuraicho, Kochi city, 780 Kochi, Japan . Journal Springer Berlin / Heidelberg

2. A. Djuric-Stefanovic, D. Saranovic, A. Ivanovic, D. Masulovic, M. Zuvela, M. Bjelovic and P. Pesko. The accuracy of ultrasonography in classification of groin hernias according to the criteria of the unified classification system. Published 22 February 2008. Journal Springer Paris ISSN 1265-4906 (Print) 1248-9204

3. Kraft B.M.;Kolb H.;Kuckuk B.;Haaga S.;Leibl B.J.;Kraft K.;Bittner R. ; Diagnosis and classification of inguinal hernias: Accuracy of clinical, ultrasonographic, and laparoscopic findings. Surgical endoscopy ISSN 0930-2794 CODEN SUREEX

4. Hsu-Chong Yeh, MD *, Cynthia Lehr-Janus, MD, Burton A. Cohen, MD, Jack G. Rabinowitz, MD. Ultrasonography and CT of abdominal and inguinal hernias. Journal of Clinical Ultrasound. Volume 12 Issue 8, Pages 479 – 486

STUDIUL RANDOMIZAT PRIVIND DURATA TERAPIEI COMPRESIONALE DUPĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL MALADIEI VARICOASE A MEMBRELOR INFERIOARE: O SĂPTĂMÎNĂ VS O LUNĂ

Dumitru Casian

Catedra Chirurgie generală și semiologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Randomized study regarding duration of compression treatment after surgery for varicose veins of lower limbs: one week vs one month

Surgery for varicose veins of lower limbs is traditionally associated with postoperative application of compressive bandage. The optimal duration of compression is not clearly defined. The aim of study was to compare the effectiveness of one week vs one month postoperative compression treatment. Pain severity was assessed using visual analogue scale and the area of lower limb ecchymoses was calculated by computer analysis of digital images. The advantage of one month compression treatment was demonstrated only in patients with incompetence of deep veins.

Rezumat

Tratamentul maladiei varicoase a membrelor inferioare este asociat tradițional cu aplicarea postoperatorie a bandajului compresiv. Durata optimă a compresiei nu este bine definită. Scopul studiului a constat în compararea eficacității terapiei compresionale timp de o săptămână vs o lună după operație. Severitatea durerii a fost evaluată prin utilizarea *visual analogue scale*, iar suprafața echimozelor de la nivelul membrelor inferioare a fost calculată prin analiza computerizată a imaginilor digitale. Avantajul terapiei compresionale timp de o lună a fost demonstrat doar pentru pacienții cu incompetența sistemului venos profund.

Actualitatea temei

Pînă în prezent intervenția chirurgicală rămîne un standard internațional în tratamentul maladiei varicoase a membrelor inferioare complicate cu insuficiență venoasă cronică (IVC). În pofida multiplelor tehnici chirurgicale utilizate, intervenția de bază rămîne deconectarea joncțiunii safeno-femorale – crosectomia, și înlăturarea venei *saphena magna* cu insuficiență valvulară – stripping [1]. Cel mai recunoscut component al tratamentului chirurgical reprezintă compresia elastică postoperatorie, aplicată nemijlocit pe masa de operație, care induce stoparea hemoragiei din ramurile venei *saphena magna*. În același timp, durata recomandată a tratamentului compresiv postoperator variază larg, des apreciindu-se empiric și, în mare parte, fiind dependentă atât de tradițiile clinicii cît și de experiența personală a chirurgului.

Obiectivele lucrării

Scopul studiului este aprecierea comparativă a rezultatelor tratamentului chirurgical a