

fumatului, a avut importanță și faptul că apelul la ajutorul medical s-a realizat atunci, când pacientul era practic la așa-numitul *point of no return* [9]. În cazul prezentat examenul morfofopatologic a confirmat diagnosticul clinic și a adus dovezi în favoarea pneumoniei severe complicate cu sindromul insuficienței multiple de organe.

Concluzii

1. Prognosticul nefavorabil al pneumoniilor comunitare la pacienții cu vârsta sub 60 de ani este determinat în egală măsură de factorii de teren (etilismul, deficitul ponderal, afecțiunea hepatică cronică, insuficiența renală cronică) și factorii clinico-radiologici (extinderea procesului pneumonic, hipotensiunea arterială, lipsa reacției febrile, conștiența alterată).

2. Spectrul modificărilor histopatologice ale pneumoniilor cu evoluție nefavorabilă a cuprins exsudatul alveolar, edemațiunea și îngroșarea septurilor interalveolare, focarele de abcedare, infiltrația pleurei viscerale cu leucocite și acoperirea ei cu depozite de fibrină.

Bibliografie

- Menendez R., Torres A., Zalakain R. et al. Risk factors of treatment failure in community acquired pneumonia: implications for disease outcome. *Thorax*, 2004; 59: 960-965.
- Botnaru V., Rusu D., Panfil L. et al. Pneumonia comunitară – actualități clinico-evolutive. Materialele celui de al II-lea Congres de Medicină internă cu participare internațională 24-26 octombrie 2007, Chișinău, Republica Moldova, p. 177-178.
- Migliorati P., Boccoli E., Bracci L. A survey on hospitalized community-acquired pneumonia in Italy. *Monaldi. Arch. Chest. Dis.*, 2006; 65 (2): 82-88.
- Buising K. L., Thursky K. A., Black J. F. et al. A prospective comparison of severity scores for identifying patients with severe community acquired pneumonia: reconsidering what is meant by severe pneumonia. *Thorax*, 2006; 61: 419-424.
- Anuarul statistic „Sănătatea publică în Moldova”, Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar, anii 1996-2007.
- Tse G., Lee J. A 12-month review of autopsies performed at a university-affiliated teaching hospital in Hong Kong. *HKJM*, 2000; 6: 190-194.
- Macfarlane J., Boswell T., Douglas G. et al. British Thoracic Society Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults admitted to hospital. *Thorax*, 2001; 56 (4): 1- 64.
- Fine M. J., Auble T. E., Yaely D. M. et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N. Engl. J. Med.*, 1997; 336: 243-250.
- Mortensen E., Coley C., Singer D. et al. Causes of death for patients with community-acquired pneumonia. *Arch. Intern. Med.*, 2002; 162: 1059-1064.
- Логвиненко А. С., Логвиненко Н. И., Иванова Т. И. Факторы риска летального исхода при внебольничных пневмониях. Сборник тезисов 15-го Национального конгресса по болезням органов дыхания, Москва 29, ноября -2 декабря, 2005, с. 100.
- Balica I. Pneumoniile comunitare severe – septicemie pulmonară acută. *Curierul medical*, 2006, Nr.1 (289), p. 23-27.

Tatiana Dumitraș, dr., asistent universitar
Catedra Medicină Internă nr. 5
Facultatea Rezidențiat și Secundariat Clinic
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Alecu Russo, 11
Tel.: 442073
E-mail: tatiana_dumitras@yahoo.com

Recepționat 01.07.2009

Хирургическое лечение бедренных грыж

А. Ботезату, А. Коцюрuba, Е. Маракуца

Клиническая больница, Тирасполь

Surgical Treatment of Femoral Hernias

The research examined current methods of surgical treatment for the femoral hernia. Long-term results of autoplatic methods of hernioplasty resulting in frequent relapses of disease are clearly unsatisfactory. The new method of hernioplasty combines autoplasty with the use of a relaxing incision of the front wall of the rectus sheath and autodermoplasty. 8 patients, 6 women and 2 men, were surgically treated. Both immediate and long-term results of treatment (3 months and 5 years) are good. None of the patients has suffered a relapse.

Key words: femoral hernioplasty, combination of autoplasty with autodermoplasty.

Tratamentul chirurgical al herniilor femurale

Au fost supuse unei analize metodele cunoscute de tratament chirurgical al herniilor femurale. Rezultatele hernioplastiilor tisulare din cauza recidivilor frecvente sunt nesatisfăcătoare, fapt pentru care a fost propusă o nouă metodă de hernioplastie femurală care prevede autoplastie cu incizie de relaxare a tecii mușchiului abdominal rect asociată cu autodermoplastie în scop de consolidare a zonei afectate. După metoda propusă au fost operați 8 pacienți: 6 femei și 2 bărbați, spitalizați în mod programat cu indicații la internare planice. Hernii femurale pe dreapta s-au depistat la 5 bolnavi, pe stânga – la 3. Rezultatele postoperatorii la externare și cele tardive (catamneză – 3,5 ani) fiind bune. Recidive nu s-au înregistrat.

Cuvinte-cheie: hernioplastie femurală, asociere de autoplastie cu autodermoplastie.

Введение

К бедренным грыжам относятся грыжи, которые выпячиваются медиальнее бедренных сосудов через бедренный канал. Они встречаются значительно реже паховых грыж, составляя всего 2-4% от числа, паховых; чаще всего – в 75% случаев – у женщин; у 10% пациентов бедренные грыжи возникают после грыжесечения паховой грыжи. Так как бедренный канал окружен ригидными структурами (паховая, гребешковая, лакунарная связки, подвздошно-поясничная мышца), бедренные грыжи часто ущемляются и примерно в 35% случаев оперируются в ургентном порядке. Вообще альтернативы оперативному лечению бедренных грыж отсутствуют. Ношение бандажа, что применяется при паховых грыжах, здесь исключено. Из-за редкости встречаемой патологии отсутствует общепринятая тактика оперативного лечения. Наряду с классическими операциями [1, 2], предлагаются современные способы с использованием эндопротезов: операции Bendavid, Lichtenstein-plug, Trabucco-plug, лапароскопическое эндопротезирование [3, 4, 5].

Внебрюшные доступы герниопластики бедренных грыж разделяются на бедренные и паховые. При бедренном доступе в бедренном треугольнике выделяют грыжевой мешок, иссекают или вправляют его в брюшную полость. При ущемлениях или неврвправимой бедренной грыже прибегают к рассечению лакунарной связки на глубину до 1,5-2,0 см. Грыжевые ворота закрывают узловыми швами на уровне глубокого кольца бедренного канала путем наложения 3-4 узловых швов с фиксацией паховой связки к гребешковой – так называемый способ Bassini-Kirschner [1]. Описанный способ наиболее простой и сегодня хирурги широко его используют, особенно в ургентной хирургии. Вместе с тем способ не позволяет полностью удалить грыжевой мешок и прочно закрыть грыжевые ворота, в результате большое число рецидивов, которые достигают 36% [6, 7], в связи с чем были высказаны мнения, что бедренный доступ не оправдал себя и должен быть заменен паховым.

При паховом доступе вскрывается паховый канал, рассекается поперечная фасция параллельно паховой связке и выполняется герниопластика со стороны глубокого бедренного кольца. Наиболее известен способ G. Ruggi [2], при котором грыжевой мешок после перевода через бедренный канал в паховую область высоко иссекают, а глубокое бедренное кольцо закрывают сшиванием узловыми швами паховой и гребешковой связок с последующей аутопластикой передней стенки пахового канала. И данный способ, несмотря на кажущуюся радикальность, не всегда позволяет надежно закончить бедренную пластику. Как справедливо отмечают некоторые авторы [8], не редки случаи, когда не удается подтягивать паховую связку к гребешковой, особенно когда между ними имеется широкое пространство. При этом фиксация проводится с натяжением, что может привести к прорезыванию швов и рецидивам. Кроме того, при этом возникает и другая реальная опасность – сдавление бедренных

сосудов, что вызывает затруднение кровотока по бедренным венам, опасность тромбообразования.

Таким образом, становится очевидным, что без применения дополнительных пластических материалов реально улучшить результаты бедренной герниопластики невозможно.

Нет сомнений, что применение эндопротезов существенно улучшает результаты хирургического лечения бедренных грыж. Так, в клинике Shouldice, где ежегодно в плановом порядке оперируют около 1400 больных с бедренными грыжами, применяя различные виды эндопротезирования, рецидивы заболевания составляют 2,4% [9]. Вместе с тем необходимо согласиться, что эндопротезирование при бедренных грыжах имеет пока ограниченное применение по двум причинам: как уже было сказано, не менее 35% грыженосителей оперируются в ургентном порядке, во-вторых, что также немаловажно, дороговизна эндопротезов. Лапароскопическое эндопротезирование, кроме того требует специальной техники и подготовленных к этому специалистов, может производиться только в специализированных стационарах.

Другой пластический материал, который не безуспешно около 100 лет применяется в герниологии, это аутокожа, из которой приготавливают аутодермальные трансплантаты непосредственно во время операции.

Известен способ комбинированной многослойной пластики при бедренной грыже паховым доступом с применением аутодермального трансплантата [8], суть которого сводится к иссечению лоскута кожи и подкожной клетчатки в виде эллипса в паховой области, приготовлению из него аутодермального трансплантата. Вскрывается паховый канал, выделяется грыжевое выпячивание в бедренном треугольнике и переводится в паховую область, где грыжевой мешок отсекается. Паховый промежуток и интерлигаментарное пространство (внутреннее бедренное кольцо) консолидируются аутодермальным трансплантатом, который сшивается фиксированным по периметру: медиально и сверху – к сухожильным образованиям прямой, поперечной и внутренней косой мышц, внизу – к пупартовой связке, а посередине – к гребешковой связке, после чего выполняют пластику апоневроза наружной косой мышцы в виде дубликатуры или край в край и осуществляют послойное ушивание послеоперационной раны.

Недостатки метода заключаются в том, что он, во-первых, сложный в исполнении, во-вторых, аутодермальный трансплантат, фиксированный посередине к гребешковой связке, сильно деформируется, принимает «воронкообразную» форму, а наложение при этом множества швов только ухудшает адекватные условия для его приживания, следовательно, теряется эффективность герниопластики и возможно рецидивирование заболевания.

Цель работы – улучшить результаты лечения бедренных грыж путем надежного закрытия внутреннего бедренного кольца, консолидации интерлигаментарного промежутка и в целом укреплению задней стенки пахового канала.

Материал и методика

Нами разработан метод¹ комбинированной бедренной герниопластики, сочетающий аутопластику и аутодермопластику, при котором трехслойная консолидация задней стенки пахового канала и укрытие внутреннего бедренного кольца предотвращают рецидивы заболевания. Способ осуществляется следующим образом. Производят два полуовальных разреза в паховой области и иссекают лоскут кожи и подкожной клетчатки в виде эллипса, из которого приготавливают аутодермальный трансплантат по экспресс-методу В. Н. Янова [10]. Выделяют грыжевое выпячивание в бедренном треугольнике, после чего рассекают апоневроз наружной косой мышцы, и приступают к переводу грыжи с бедра в паховую область. Для этого, как правило, требуется не только рассечение поперечной фасции параллельно паховой связке, но и лакунарной связки на протяжении 1-1,5 см, после чего грыжевой мешок из-под пупартовой связки свободно переводится через бедренный канал в паховую область (рис. 1).

Выполняют высокую обработку грыжевого мешка с прошиванием и иссечением его у основания. Производят релаксирующий разрез переднего листка влагалища прямой мышцы от лонного бугорка до границы апоневротической и мышечной части внутренней косой мышцы, после чего латеральный край рассеченного влагалища прямой мышцы вместе с поперечной фасцией подшивают к гребешковой связке (рис. 2).

При этом в проекции внутреннего бедренного кольца в узловую шов захватывают и гребешковую связку, и нижний край пупартовой связки, закрывая вход в бедренный канал. Латеральнее продолжают фиксацию к

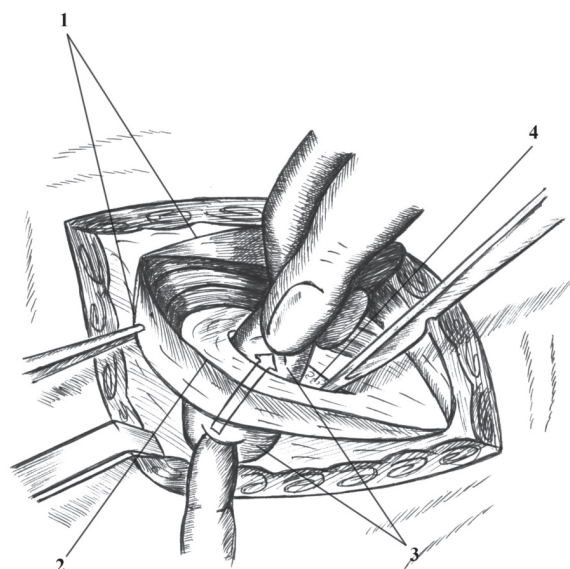


Рис. 1. Перевод грыжевого мешка из-под пупартовой связки в паховую область.

- 1 – рассеченный апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 2 – пупартовая связка;
- 3 – грыжевой мешок;
- 4 – внутреннее бедренное кольцо.

влагалищу подвздошных сосудов и пупартовой связке. Благодаря этому приему мышечные волокна прямой мышцы живота перемещаются латерально, прикрывая паховый промежуток (рис. 3).

Консолидацию выполненной аутопластики осуществляют аутодермальным трансплантатом, который

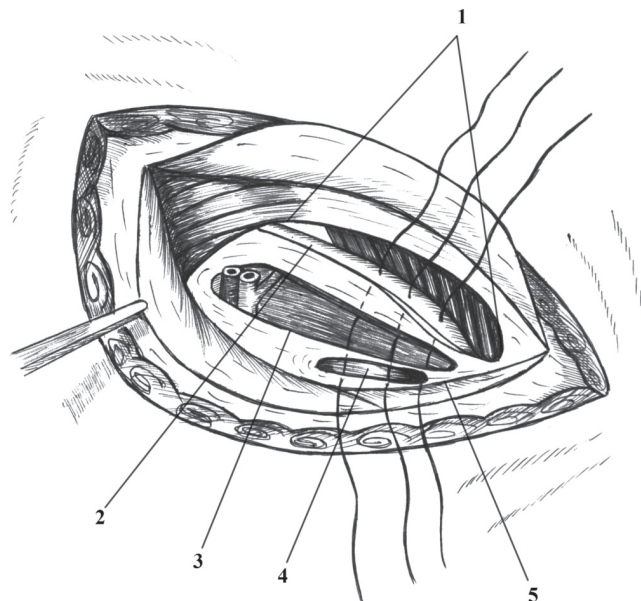


Рис. 2. Начало фиксации латерального края рассеченной стенки влагалища прямой мышцы к гребешковой связке узловыми швами.

- 1 – релаксирующий разрез влагалища прямой мышцы живота;
- 2 – латеральный край рассеченного влагалища;
- 3 – гребешковая связка;
- 4 – внутреннее бедренное кольцо;
- 5 – пупартовая связка.

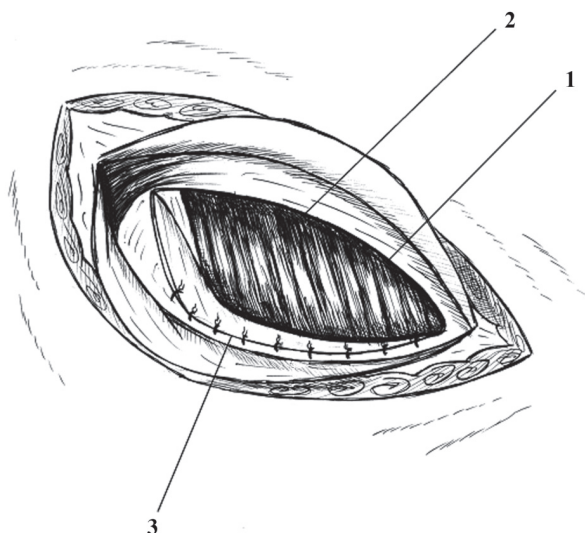


Рис. 3. Фиксация латерального края рассеченного влагалища прямой мышцы к гребешковой и пупартовой связкам на завершающем этапе.

- 1 – медиальный край рассеченного влагалища прямой мышцы живота;
- 2 – прямая мышца живота;
- 3 – латеральный край рассеченного влагалища прямой мышцы живота.

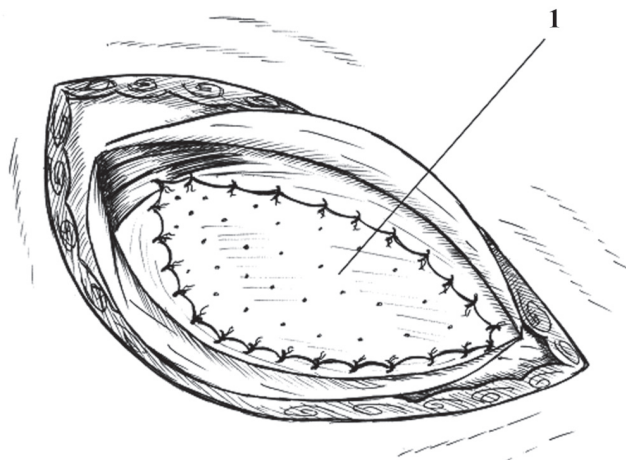


Рис. 4. Замещение образовавшегося дефекта влагалища прямой мышцы аутодермальным трансплантатом.

1 – аутодермальный трансплантат.

укладывают по периметру образовавшегося дефекта влагалища прямой мышцы и фиксируют узловыми швами по верхнему контуру к медиальному краю рассеченного влагалища прямой мышцы, внизу к пупартовой связке (рис. 4).

Аутодермальный трансплантат укладывают и фиксируют в хорошо растянутом положении, что создает оптимальные условия для адаптации и приживания. Над аутодермальным трансплантатом выполняют пластику апоневроза наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры и осуществляют послойное ушивание послеоперационной раны.

По описанной методике в I хирургическом отделении КБ г. Тирасполя с 2006 по 2009 год. оперировано 8 больных: 6 женщин и 2 мужчин, средний возраст пролеченных больных 64,3 года. Все пациенты госпитализированы в плановом порядке. Левосторонняя локализация грыжи имела у 3, правосторонняя – у 5 больных. Во всех случаях имелись невосприимчивые первичные бедренные грыжи. У одного больного констатирована пахово-фemorальная грыжа: рецидив правосторонней пахово-мошоночной грыжи (после аутопластики) и первичная бедренная грыжа.

Результаты лечения: непосредственные результаты лечения – удовлетворительные. Все пациенты выписаны. Послеоперационных осложнений не было. В отдаленные сроки (катамнез 3,5 года) рецидивов заболевания не зарегистрировано.

Выводы

1. Предложенный способ комбинированной герниопластики бедренных грыж предусматривает укрытие пахового промежутка мышечной тканью, закрытие межлигаментарного промежутка фасциально-апоневротическими образованиями и консолидацию аутопластики аутодермопластикой.

2. Трехслойная пластика надежно закрывает внутреннее бедренное кольцо, укрепляет паховый промежуток, способствует улучшению результатов лечения бедренных грыж и предотвращает образование паховых грыж.

Литература

1. Bassini E. Nuovo Metodo Operativo per La Cura Radicale dell'Ernia Crurale (1893) edit. Angelo Draghi, Padova.
2. Ruggi G. Metodo operativo nuovo per la cura radicale dell'ernia crurale. Bull. Soc. Med., Bologna, Ser (1892): 7: 223.
3. Bendavid R. A femoral "umbrella" for femoral hernia repair. Surg. Gynecol. Obstet., 1990 171: 111-112.
4. Lichtenstein I. L., Shore J. M. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a "plug" technique. Am. J. Surg., 1974; 128: 439-444.
5. Trabucco E. E. Femoral and preperitoneal plugs in Bendavid R. Prosthesis and Abdominal Wall Hernias, 1994; 411-412, 446-449, edit. Austin Landes.
6. Коваль А. А. Способы бедренного грыжесечения по Абражанову и Бассини (в эксперименте). Сб. научн. тр. Днепропетровского мед. института. Днепропетровск, 1957, т. 3, с. 143-146.
7. Alvarez D. et al. Aproposito de Las recidivas herniaras. Rev. Esp. Enferm. Apar. dig., 1974, 43; 6: 649-656.
8. Просяный Э. В. Многослойная аутодермальная пластика пахово-бедренного сгиба при бедренной грыже. Канд. дисс. М., 1980.
9. Gavrilăş F. Hernia femurală. În «Chirurgia peretelui abdominal», vol. 1, Cluj-Napoca, 2006.
10. Янов В. Н. Термическая обработка аутодермальных имплантатов. Вестник хирургии, 1975, №.9, с. 90-91.

Александр Ботезату, к.м.н., доцент
 Зав. хирургическим отделением № 1
 Клиническая больница г. Тирасполя
 Тирасполь, ул. Мира, 33
 Тел.: (+373533) 23704

Receptionat 27.06.2009