

12. Schou AJ, Plomgaard AM, Thomsen K, et al. Lower leg growth suppression caused by inhaled glucocorticoids is not accompanied by reduced thickness of the cutis or subcutis. *Acta Paediatr.* 2004;93:623-627.
13. Wolthers OD. Short-term growth and adrenal function in children with asthma treated with inhaled beclomethasone dipropionate hydrofluoroalkane-134a. *Pediatr Allergy Immunol.* 2006;17:613-619.
14. Heuck C, Wolthers OD, Kollerup G, et al. Adverse effects of inhaled budesonide (800 micrograms) on growth and collagen turnover in children with asthma: a doubleblind comparison of once-daily versus twice-daily administration. *J Pediatr.* 1998;133:608-612.
15. Chang KC, Miklich DR, Barwise G, et al. Linear growth of chronic asthmatic children: the effects of the disease and various forms of steroid therapy. *Clin Allergy.* 1982;12:369-378.
16. Baum WF, Schneyer U, Lantzsch AM, et al. Delay of growth and development in children with bronchial asthma, atopic dermatitis and allergic rhinitis. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2002;110:53-59.
17. Norjavaara E, Gerhardsson DV, Lindmark B. Reduced height in Swedish men with asthma at the age of conscription for military service. *J Pediatr.* 2000;137:25-29.
18. Shohat M, Shohat T, Kedem R, et al. Childhood asthma and growth outcome. *Arch Dis Child.* 1987;62:63-65.
19. Sim D, Griffiths A, Armstrong D, et al. Adrenal suppression from high-dose inhaled fluticasone propionate in children with asthma. *Eur Respir J.* 2003;21:633-636.
20. Todd GR, Acerini CL, Ross-Russell R, et al. Survey of adrenal crisis associated with inhaled corticosteroids in the United Kingdom. *Arch Dis Child.* 2002;87:457-461.
21. Gulliver T, Eid N. Effects of glucocorticoids on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in children and adults. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2005;25:541-555.
22. Lipworth BJ. Systemic adverse effects of inhaled corticosteroid therapy: A systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 1999;159:941-955.
23. Dunlop KA, Carson DJ, Steen HJ, et al. Monitoring growth in asthmatic children treated with high dose inhaled glucocorticoids does not predict adrenal suppression. *Arch Dis Child.* 2004;89:713-716.

**Bogdan Mihai Neamțu, dr., profesor**  
*Universitatea „Lucian Blaga”*  
*Bvd. Victoriei 10, Sibiu, România*  
*Tel.: +40(0)269217989*  
*Fax: +40(0)269217887*

**Recepționat 16.04.2010**

## Actualități în tratamentul herniilor inghinale

C. S. Berghea Neamțu<sup>1</sup>, V. Istrate<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu, România

<sup>2</sup>Spitalul clinic al Ministerului Sănătății, Chișinău

### New Approaches in the Treatment of Inguinal Hernias

Today, the surgical treatment of an inguinal hernia can not be considered just a simple suture of the edges of the parietal defect. Considering the data presented in the literature, we emphasize the main features of the most frequently used interventions of treating inguinal hernias. An academic classification of the surgical techniques would be: open surgical procedures with tension suture (open “tension” repair); “no tension” open surgical procedures (open “tension-free” repair); mini-invasive surgical procedures; and laparoscopic interventions. Each of these procedures can be further classified as prosthetic or non-prosthetic depending on whether synthetic or biological prostheses are used.

**Key words:** inguinal hernia, surgical procedures.

### Новые подходы в лечении паховых грыж

В настоящее время хирургическое лечение паховой грыжи не может заключаться в простом ушивании краев дефекта. Учитывая данные, представленные в литературе, мы уделяем внимание основным особенностям вмешательств, наиболее часто используемых, для лечения паховых грыж. Академическая классификация хирургических методов включает: открытые хирургические вмешательства, миниинвазивные и лапароскопические оперативные приемы. Каждая из этих процедур может быть выполнена с использованием синтетических или биологических протезов.

**Ключевые слова:** грыжа паховая, хирургические процедуры.

1884 este anul când Bassini a publicat tehnica chirurgicală pentru cura herniei inghinale, care îi poartă numele. De atunci numeroase procedee au fost introduse în practică. Multe dintre ele, însă, după o primă perioadă de entuziasm, au fost abandonate, ele nefiind urmate de rezultatele scontate. Pe parcursul ultimilor 30 de ani, tratamentul chirurgical al herniilor inghinale a continuat să fie subiectul cel mai dezbătut dintre toate operațiile din chirurgia generală.

Astăzi tratamentul chirurgical al unei hernii inghinale nu mai poate fi considerat doar o simplă sutură a marginilor unui defect parietal. Este imperios necesar ca operatorul să aibă cunoștințe complete asupra anatomiei și fiziologiei peretelui abdominal și a canalului inghinal. În funcție de situația locală (tipul herniei), vârsta pacientului (tarele asociate), regimului de viață al acestuia, chirurgul poate alege fie unul dintre procedeele tisulare, fie dintre cele alloplastice, care se pot realiza în

manieră deschisă sau laparoscopică. A devenit evident faptul, că evitarea tracțiunii (tensiunii) la nivelul liniei de sutură și utilizarea bioprotezelor sunt 2 condiții respectate de un număr din ce în ce mai mare de chirurghi din întreaga lume.

Rezolvarea chirurgicală a prezentat și prezintă în continuare un interes major pentru chirurgul generalist, fapt ce a dus la dezvoltarea a numeroase tehnici. Ținând cont de datele prezente în literatură, vom puncta principalele caracteristici ale celor mai frecvent utilizate la ora actuală în tratamentul herniilor inghinale.

O clasificare didactică a tehnicilor chirurgicale utilizate ar fi:

- procedee chirurgicale deschise, cu sutură în tensiune (open "tension" repair);
- procedee chirurgicale deschise, „fără tensiune”, (open "tension-free" repair);
- procedee chirurgicale miniinvasive;
- procedee laparoscopice.

Fiecare din aceste procedee poate fi, la rândul său, clasificat ca protetic sau neprotetic în funcție de utilizarea sau nu a unei proteze sintetice sau biologice.

### Procedee chirurgicale deschise

#### Tehnica Shouldice

De la începuturile ei, în 1945, această tehnică s-a bucurat de un succes continuu. Pe lângă aspectele comune cu alte operații deschise, aceasta are unele particularități atât în timpul de disecție, cât și în cel de reconstrucție. Regiunea inghinală este în totalitate disecată, pentru a identifica defectele parietale concomitente, după care urmează refacerea stratificată (laminară), realizată în maniera „tension free”. Operația se efectuează sub anestezie locală, care asigură un tonus muscular mult mai aproape de normal, acest lucru contribuind la o bună apreciere a tensiunii tesuturilor pe linia de sutură, evitând erorile care apar, din cauza relaxării musculare consecutive anesteziei generale.

Utilizarea de materiale protetice este rezervată acelor cazuri de hernie recidivată, când din cauza dezorganizării structurilor, nu se poate îndeplini condiția de „tension free”.

Dacă se consideră ca principal factor în alegerea unui procedeu chirurgical recidiva locală, tehnica Shouldice este urmată de o rată de recidivă de 0,13% pentru herniile inghinale indirecte și de 0,31% pentru cele directe, după un studiu, efectuat pe o perioadă de urmărire de 11 ani a unui număr de 6 773 pacienți operați în 1985, iar după o perioadă de urmărire de 17 ani, rata de recidivă a ajuns în total la 0,6%.

Cu toate că și alte tehnici, cum ar fi cele din operațiile deschise, care folosesc proteze textile și tehnicile laparoscopice, raportează o rată de recidivă.

În ceea ce privește complicațiile, sângerarea cu formarea consecutivă de hematoame a fost foarte rară, 1 caz la 5 000 de operații; retenția urinară a apărut la 3–4 cazuri, supurația la nivelul plăgii a fost prezentă în 0,6%, dar a fost modestă și doar câteva cazuri au necesitat drenaj. Atrofia testiculară după operațiile pentru hernii primare a fost de 0,02% și de 0,4% pentru cele recidivate. Atelectazia, pneumonia și flebitele au fost excepțional de rare, datorită mobilizării precoce (4).

Alt avantaj al acestei tehnici este prețul scăzut, ca de altfel și al altor procedee chirurgicale tisulare, în comparație cu tehnicile laparoscopice și cele alloplastice. Susținătorii utilizării de rutină a tehnicii laparoscopice au argumentat, că un cost mai ridicat este compensat prin recuperarea rapidă și reluarea precoce a activității cotidiene. În opinia adeptilor tehnicii Shouldice, aceste afirmații nu sunt concludente, deoarece întoarcerea la muncă depinde de mai mulți factori, tehnica folosită neputând determina singură aceste rezultate.

#### Tehnici chirurgicale protetice

Multitudinea procedeelelor tisulare, existența constantă a recidivelor, ingeniozitatea chirurgilor, au condus la promovarea și utilizarea pe scară tot mai largă a tehnicilor chirurgicale, care utilizează materiale protetice, denumite biomateriale, acestea fiind din ce în ce mai performante, din punct de vedere al rezistenței mecanice, toleranței imunologice și înglobării biologice. Rezultatele au fost concretizate într-o scădere importantă a invazivității operatorii și a ratei de recidivă (7).

Din 1989, Rutkow și Robbins au promovat utilizarea în cura chirurgicală a herniilor inghinale indirecte de mici dimensiuni, apoi și în cele mari, ca și în cele directe și femurale, a unui dispozitiv din Marlex: proteza preformată, sub formă de umbrelă (con cu suprafața cutată), care se introduce în defectul parietal de la nivelul canalului inghinal, fără ca acest „device” să își modifice forma, adică să se extindă. Inițial, dopul astfel format, a fost lăsat liber; ulterior, s-a revenit și s-a recomandat fixarea protezei în câteva puncte la marginile defectului aponevrotic, pentru a preveni migrarea ei. Numele acestui dispozitiv este PerFix, iar tehnica se numește „PerFix plug”. Suplimentar, peretele posterior al canalului inghinal este întărit cu o proteză plană din Marlex, poziționată fără a fi fixată, anterior de acesta. Capătul lateral (extern) trebuie să depășească nivelul orificiului inghinal profund, iar cel medial să ajungă la simfiza pubiană. Procedeele se deosebește de tehnica Lichtenstein, prin faptul că lasă nesuturată această plasă plană.

O analiză a rezultatelor tehnicii respective, pe parcursul a 10 ani, a demonstrat eficacitatea acesteia. Corect executată, se însoțește de o rată de recidivă mai mică decât operația Lichtenstein, dar este mult mai simplă de realizat, necesită o incizie mai mică, o disecție redusă și puține suturi de realizat. Este utilă în tratamentul chirurgical atât al herniilor inghinale primare, cât și al celor recidivate. Această tehnică reduce morbiditatea operatorie și disconfortul postoperator pe termen scurt și lung. Disecția sacului herniar și manipularea minimă a funiculului spermatic fac improbabilă apariția unor leziuni ale vaselor genitale și a ductului deferent (6). În cazul herniilor recidivate și a celor inghinosrotale, care ar presupune o disecție dificilă, autorii recomandă secționarea sacului cu abandonarea capătului distal, urmată de o disecție meticuloasă numai a celui proximal, până la eliberarea orificiului inghinal profund sau a defectului parietal, evitând în acest mod apariția edemului testicular, urmat de orhită cronică și atrofie testiculară.

Având la activ peste 4 000 de operații PerFix plug, Rutkow a observat o rată de recidivă de sub 0,4% (8).

Infecțiile severe, care au necesitat tratament antibiotic, au apărut la mai puțin de 1%, dar nu s-a înregistrat nici un caz,

care să necesite extragerea protezei de polipropilenă. S-au consemnat doar 2 cazuri de orhită ischemică și un caz cu durere persistentă postoperatorie. Nu au fost cazuri de reacții adverse sau leziuni ale țesuturilor învecinate protezei, nici cazuri de retenție urinară. Absența acesteia s-a datorat și faptului, că s-a utilizat anestezia peridurală, care beneficiază și de avantajul, că pacientul poate efectua un efort de tuse, dând astfel posibilitatea chirurgului să testeze integritatea reparării structurilor la sfârșitul operației. Anestezia locală nu este agreată, din cauza infiltrării anestezicului între structuri, făcând dificilă utilizarea electrocauterului. Este, însă, recomandată în general utilizarea de rutină a electrocauterului în chirurgia canalului inghinal, fiind urmată de scădere importantă a apariției seroamelor și hematoamelor (2).

Tehnica mai sus menționată este însoțită de disconfort minim pentru pacient și permite reluarea rapidă a activităților zilnice: 95% dintre pacienți și-au reluat activitatea după 72 de ore de la operație, la 7 zile procentul ajungând la 98% și numai un procent mic a necesitat până la 2 săptămâni de repaus postoperator (4).

Pragmatic privind lucrurile, "PerFix plug" este una dintre cele mai simple tehnici chirurgicale în tratamentul herniilor inghinale și necesită o curbă redusă de învățare. Trebuie remarcat, că față de procedeele tisulare rămâne totuși o tehnică, care trebuie foarte corect executată, pentru a evita potențialele complicații (ca și în cazul altor procedee alloplastice) și are un preț de cost mai ridicat. Este de evitat în herniile inghinale multiplu recidivate (2). Disponibilitatea scăzută a protezei și prețul ei fac ca această tehnică să fie puțin utilizată la noi în țară.

#### Tehnica Lichtenstein

Cu mulți ani înainte de a se utiliza curent proteze pentru tratamentul chirurgical al herniilor inghinale primare, Lichtenstein a susținut utilizarea de rutină a anesteziei locale, care este urmată de mobilizare precoce și spitalizare doar de o singură zi. În prima ediție a cărții sale (1970), el descrie folosirea unei plase din plastic de 3cm x 8cm, pentru a întări sutura, în cazul tratamentului herniilor directe și indirecte. El a recunoscut, că tensiunea la nivelul liniei de sutură este principalul factor de eșec al tratamentului chirurgical al herniilor inghinale și, deci evitarea acesteia va scădea semnificativ rata de recidivă locală; în 1986, publică tehnica care îi va purta numele, în care utilizează o proteză textilă de 5 x 10 cm.

Caracteristicile acestei tehnici sunt: folosirea anesteziei locale, asigurarea unei dimensiuni adecvate ale protezei textile, sutura colțului infero-medial al plasei să acopere tuberculul pubic, prinderea celor 2 margini ale plasei să fie făcută cu fir continuu sau fire separate, dar în tensiune moderată, care nu trebuie să ischemizeze țesuturile sau să producă durere, suprapunerea și fixarea celor 2 părți de la polul lateral după crearea slitului, fără a strangula funiculul spermatic, încurajarea mobilizării precoce.

În 1989 putini chirurghi au crezut în veridicitatea rezultatelor comunicate de Lichtenstein după 1000 de operații consecutive cu complicații minime și nici o recidivă la un interval de 1-5 ani de urmărire, propunând utilizarea de rutină a acestui procedeu în toate tipurile de hernii. Se evită utilizarea

respectivei tehnici la pacienții cu recidive multiple și la cei, la care *fascia transversalis* este foarte slab reprezentată, aceștia fiind candidați pentru o tehnică alloplastică preperitoneală.

Pentru chirurgii, care au asimilat și practicat această tehnică, rezultatele au fost spectaculoase, afirmativ cu cea mai mică rată de recidivă, obținută până acum în chirurgia deschisă.

Judecarea unei tehnici chirurgicale, adresată herniilor inghinale numai după rata de recidivă, a fost considerată limitată și de aceea, în 1998 au fost studiate rezultatele aplicării tehnicii Lichtenstein la un lot de 3175 pacienți operați în „British Hernia Center”. Rezultatele au fost pe măsura așteptărilor:

- nu au fost cazuri de retenție urinară postoperatorie;
- 2% au dezvoltat hematom, 2 cazuri necesitând drenaj;
- 1,5% au avut supurații parietale; toate însă au răspuns bine la tratamentul cu antibiotice, doar 3 cazuri au necesitat drenajul unor abcese;
- 1% au prezentat tumefacție testiculară, dar nu a fost întâlnit nici un caz cu atrofie testiculară ulterioară;
- durerea persistentă la 2 luni a fost acuzată de 15 dintre pacienți, iar la 1 an - de 0,4%;
- durata până la reluarea activității a fost, în cazul celor ce depuneau eforturi fizice, de 12 zile; pentru cei ce efectuau munci mai puțin solicitante fizic, această perioadă a fost de 7-8 zile (4).

De asemenea, au început să apară o serie de articole, care făceau comparație între procedeul Lichtenstein și celelate procedee alloplastice „tension free” cu procedeele tisulare. În anul 2000, centralizând datele obținute în mai multe studii efectuate în UE, s-a demonstrat, că incidența recurenței și a durerilor prelungite postoperatorii a fost mai mică în cazul procedeelelor alloplastice, iar rata complicațiilor a fost egală în cele 2 grupuri, fiind ca atare nefondată frica de infecții și durere cronică, pe care mulți chirurghi au asociat-o utilizării protezelor textile (2).

Tehnica Lichtenstein a deschis o eră nouă în tratamentul herniilor inghinale. Utilizarea anesteziei locale, care reduce durata spitalizării la 1 zi, faptul că nu necesită instrumentar deosebit, care se reflectă în prețul scăzut, fără a face rabat de la siguranță, precum și rezultate excelente postoperatorii, complicațiile putine, rata de recidivă foarte scăzută, însoțite de o curbă mică de învățare, au făcut ca în prezent operația Lichtenstein să fie considerată standardul de aur în chirurgia herniilor inghinale.

#### Tehnica laparoscopică

Concomitent cu larga acceptare a tehnicii Lichtenstein, a apărut și a fost îmbrățișată de un număr important de centre, tehnica laparoscopică. Această tehnică cu avantajele și dezavantajele ei, a promovat ideea, că nu numai rata recidivei este importantă în alegerea unui procedeu chirurgical și că o serie de alți factori trebuie luați în considerare. Aceștia sunt: gradul de dificultate în executarea procedurii, reproductibilitatea de către chirurgii aflați la debutul carierei, probabilitatea și severitatea complicațiilor, disconfortul postoperator, timpul trecut până la reluarea activității și nu în ultimul rând costurile necesare.

Utilizarea laparoscopiei în tratamentul herniilor inghinale a fost realizată pentru prima dată de Ger, Schutz, Corbitt și

Fillipi la începutul anilor 90 și a cunoscut o mare popularitate, devenind a doua operație ca frecvență după colecistectomia laparoscopică.

La ora actuală există 2 procedee laparoscopice utilizate frecvent: tehnica transabdominală preperitoneală (TAPP) și tehnica total extraperitoneală (TEP). Ambele se bazează pe același principiu de a plasa o proteză de polipropilenă în spațiul preperitoneal, descris de Stoppa. Diferențele rezidă din modalitatea de a ajunge în acest spațiu. Dacă în TAPP se practică incizia peritoneului pentru a pătrunde din cavitatea peritoneală în spațiul preperitoneal, în TEP disecția este inițiată și realizată direct în spațiul preperitoneal.

Indicațiile pentru rezolvarea pe cale laparoscopică a herniilor inghinale sunt în mare aceleași, ca și în chirurgia deschisă. Contraindicațiile (relative sau absolute) includ antecedente chirurgicale în etajul abdominal inferior, inclusiv pe cele din spațiul extraperitoneal, cum ar fi prostatectomia radicală retropubiană, radioterapia pelvică și pacienții cu afecțiuni cardiace sau pulmonare, care au contraindicație pentru anestezia generală.

Tehnica laparoscopică este foarte utilă în herniile inghinale bilaterale, deoarece pacientul va avea doar 3, maximum 4 incizii mici (0,5-1cm), în loc de 2 incizii mari, scăzând astfel disconfortul postoperator și timpul până la reluarea activității. Un alt avantaj al abordului laparoscopic este și faptul, ca în acest mod, se pot diagnostica hernii inghinale inaparente clinic de partea contralaterală cu cea, pentru care s-a prezentat pacientul, ambele defecte putând fi rezolvate în aceeași ședință operatorie. După unii autori, incidența acestor hernii oculte ar fi între 20 – 50%.

O altă categorie, pentru care abordul laparoscopic este foarte util, este cea a herniilor inghinale recidivate după tehnicile deschise, pe cale anterioară. În aceste cazuri, chirurgul conduce disecția într-un spațiu nemodificat de remanieri fibroase, iar reintervenția pentru recidiva herniară, grefată ea însăși de o rată crescută de recurență, nu trebuie să lase defecte parietale nedescoperite și netratate;

Recurența în tehnica laparoscopică este apreciată ca fiind de 0.5-0.7% (7).

Este încă incert rolul fixării plasei; unii autori au constatat o rată de recidivă asemănătoare între cele 2 modalități de tratare a protezei, alții au arătat, că recidiva este mai frecventă când aceasta nu este fixată. La un număr mic de pacienți, a fost consemnată deplasarea protezei, din cauza unui hematom sau serom, aceasta fiind urmată de recidiva herniară. De apariția unei astfel de situații este responsabilă tehnica operatorie (disecție grosieră, fixare inadecvată), dar sunt și factori, care ies de sub controlul chirurgului (coagulopatii, țesuturi friabile).

Entuziasmul pentru tehnica laparoscopică a mai diminuat, atunci când au început să fie raportate complicații rare, dar severe. Dintre complicațiile intraoperatorii sunt menționate leziuni ale anselor intestinale, vezicii urinare, vaselor femurale, epigastrice inferioare și gonadale, hemoragii la porțile pentru trocare, emfizem subcutanat, pneumomediastin, pneumotorax, prinderea unor filete nervoase în mijloacele de fixare ale protezei. În unele studii s-a arătat, că pe o perioadă de 6 ani

rata acestor complicații a fost de 2,7%. S-a observat însă, că dacă în primii 3 ani, această rată a fost de 5,6%, în cea de-a doua perioadă a scăzut la 0,5%, datorită amplificării experienței (4). În pofida acestor probleme inițiale și complicațiilor specifice tehnicii, laparoscopia s-a dovedit un procedeu sigur în mâinile chirurgilor experimentați.

Rămâne un punct sensibil al acestei tehnici gradul de reproductibilitate. Spre deosebire de tehnica Lichtenstein, abordul laparoscopic necesită o curbă lungă de învățare. Se apreciază că este nevoie de 30-50 de operații pentru a stăpâni aceste tehnici (TAPP, TEP), fiind necesară la început o supraveghere atentă din partea unor chirurghi experimentați (5).

Nu este de neglijat nici costul unui tratament laparoscopic pentru herniile inghinale. Necesitând instrumentar specific și anestezie generală, care implică și o spitalizare mai lungă, tehnica laparoscopică crește diferența de preț față de o operație clasică cu aproximativ 650\$ (300-800\$).

Cu toate aceste probleme, tehnica laparoscopică are avantaje de necontestat; astfel, durerea acută și cronică postoperatorie sunt mai reduse, convalescența este și ea semnificativ scurtată și însoțită de o întoarcere timpurie la locul de muncă, comparativ cu tehnicile clasice. Operația laparoscopică poate fi de cele mai multe ori realizată în siguranță și este însoțită de rata de recurență scăzută. Durata mai mare a operației, dificultatea de a învăța această tehnică și costul mai mare, nu permit totuși folosirea de rutină a acesteia. În SUA operațiile laparoscopice reprezintă 15-20% din numărul total de operații pentru hernii inghinale (5).

Astăzi, este de dorit ca toți chirurgii să cunoască atât tehnicile clasice, cât și pe cele laparoscopice și să le aplice pe acestea din urmă la pacienții tineri, care doresc o rapidă întoarcere la locul de muncă și în cazul herniilor bilaterale și recidivate.

Tehnica Kugel. Un pas important în tratamentul herniilor inghinale a fost și introducerea abordului preperitoneal în chirurgia deschisă. Tehnica Kugel constă în instalarea unui dispozitiv protetic în spațiul properitoneal, bineînțeles după reducerea și tratarea sacului herniar. Aplicând proteza de aceeași parte a peretelui abdominal, unde se exercită și presiunea intraabdominală, aceasta (presiunea) contribuie la menținerea integrității reparației peretelui abdominal și nu acționează ca un "inamic", cum se întâmplă în tehnicile care folosesc abordul anterior.

Proteza a fost concepută ca un dispozitiv, care să poată fi introdus în spațiul properitoneal printr-o incizie minimă, apoi prin proprietățile ei, proteza se extinde, urmând să fie fixată în acest spațiu de presiune intraabdominală; este confecționată din 2 straturi de polipropilenă.

Dacă, initial, acest dispozitiv era confecționat de chirurg din plasă de polipropilenă, acum este produs industrial din același material. Între anii 1994 și 2003, promotorul acestei tehnici (R. D. Kugel) a folosit-o în tratamentul a 1468 de hernii inghinale, atât primare cât și recidivate (115 hernii). S-au înregistrat 6 recurențe, dintre care doar una pe parcursul ultimilor 5 ani. Acest lucru a fost pus pe seama creșterii experienței chirurgului. Recurențele au apărut după tratamentul herniilor inghinale primare și nici una nu a fost consemnată după operațiile pentru recidiva herniară. Rata totală de re-



curență a fost de 0,4%. Supurația postoperatorie a apărut la 5 pacienți și a necesitat drenaj; doar într-un singur caz, din cauza suprainfectării unui hematom, a fost necesară extragerea plasei după 3 săptămâni de la operație. Au mai fost 2 cazuri operate pentru hernie bilaterală, care s-au prezentat după 2 ani cu supurații ale regiunii inghinale, care au necesitat deasemenea extragerea protezelor (4).

Această tehnică permite repararea defectelor parietale și protejarea întregii arii inghinale, inclusiv a canalului femural. Este foarte ușor de aplicat la pacienții, care au recidivă herniară, după o tehnică deschisă cu abord anterior, nu are un preț de cost mare și este socotită mai sigură decât tehnica laparoscopică, oferind rezultate comparabile cu aceasta. Dacă repererele anatomice sunt inițial mai puțin familiare în acest abord, odată învățată, tehnica Kugel are și un alt beneficiu: o mai bună înțelegere a anatomiei regiunii inghinale și a mecanismelor, care favorizează sau se opun apariției herniei (3).

Pe lângă un risc scăzut de recidivă, utilizarea acestei tehnici cu anestezie locală, rahidiană sau epidurală, este urmată de o spitalizare și o perioadă de recuperare redusă.

### Concluzii

O privire de ansamblu asupra rezultatelor studiilor efectuate privind tratamentul chirurgical al herniilor inghinale, a arătat tendința continuă de optimizare. Cele mai noi modificări în chirurgia deschisă au constat în îmbunătățirea protezelor și plasarea lor în spațiul preperitoneal. Deși tratamentul laparoscopic al herniilor a fost urmat la începutul anilor 90 de cea mai mică rată de recidivă și de o întoarcere rapidă la activitatea cotidiană, acum, la începutul secolului 21, aceste rezultate au fost egale de chirurgia deschisă prin folosirea

proceelor alloplastice. Se pare că cele mai bune rezultate postoperatorii, se obțin prin standardizarea tehnicii operatorii odată cu câștigarea experienței.

Rămâne la alegerea chirurgului procedeul de utilizat în repararea unui defect parietal inghinal, el trebuind să țină cont de: particularitățile cazului, experiența proprie, complicațiile posibile, costurile operatorii și de rezultatele comunicate în literatura de specialitate referitoare la tehnica aleasă.

### Bibliografie

1. Hernia Triallist Colaboration Repair of groin hernias with synthetic mesh: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg.* 2002;235:322-32.
2. Rutkow I, Robbins A. "Tension-Free" inguinal herniorrhaphy: a preliminary report on the mesh-plug technique. *Surgery.* 1993;114:3-8.
3. Kugel RD. Minimally invasive non-laparoscopic preperitoneal and sutureless inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg.* 1999;178:298-302.
4. Hernia Repair. *Surg Clin N Amer.* 2003;83:5.
5. Voyles CR, Hamilton BJ. Meta-analysis of laparoscopic inguinal hernia trials favors open hernia repair with preperitoneal prosthesis. *Am J Surg.* 2002;184:6-10.
6. Gavrilaș F, Oprea V. Elemente de chirurgie în hernia inghino-femurală. Cluj-Napoca: Oelty. 2002.
7. Sabău D, Oprescu S, Iordache N, ș.a. Chirurgia deschisă, miniinvasivă și laparoscopică a defectelor parietale abdominale. București: Editura Medicală. 2000.
8. Corcione Francesco. New procedures in open hernia surgery. Springer-Verlag France. 2004;64-65.

### Viorel Istrate

Spitalul clinic al Ministerului Sănătății

Chișinău, str. A. Pușkin, 51

E-mail: n\_gheorghe@mail.ro

Recepționat 16.04.2010

## Populația vârstnică - problemă de sănătate publică

D. Tintiu, A. Negară, T. Grejdian, N. Blaja-Lisnic, A. Lavric, L. Margine

Catedra Sănătate Publică și Management, USMF „Nicolae Testemițanu”  
Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova

### Elderly People – Concern of Public Health

Demographic aging is an irreversible historical process, affecting the entire population both through conditionalities and its many consequences. Currently, the age group with the highest growth rate is considered to be 80 years and older. This process is not due to "population aging", but instead it is the result of the region's depopulation and the reduction of the younger generations resulting from declining birth rates and maintaining high levels of infant mortality and high levels of emigration of women of reproductive age, mostly from rural areas.

**Key words:** aging, demography, public health.

### Пожилые люди - проблема общественного здравоохранения

Старение населения – это исторический и необратимый процесс, затрагивающий всё население, как напрямую, так и через свои многочисленные последствия. В настоящее время возрастная группа с наиболее высокими темпами роста считается от 80 лет, что обусловлено не «старением населения», а депопуляцией населения, сокращением доли молодого поколения из-за снижения рождаемости и поддержания высокого уровня детской смертности в регионе, а также высокого уровня эмиграции среди женщин репродуктивного возраста, в основном из сельских районов.

**Ключевые слова:** старение, демография, здравоохранение.