

3. Van Cauwenberge P, Watelet J, Dhooge I., *Uncommon and unusual complications of otitis media with effusion*. în „Int J Pediatr Otorhinolaryngol”, nr.49, 1999, Suppl 1:119-25.

4. S.Diacova, I.Ababii, *Our experience in diagnosis, treatment and follow up of otitis media with effusions in infanc,y*. în „6<sup>th</sup> International Conference on Physiology and Pathology of Hearing”. September 14-16, 1999, Mikolajki, Poland. Abstracts, p. 125-126.

5. S.Diacova, T.McDonald, Ch. Beatty, J. Wei, *Ear drops in preventing otorrhea associated with tympanostomy tubes insertion in children*, în 4<sup>th</sup> „European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery”, May 13-18, 2000. ICC Berlin, Germany. Abstracts, p. 56.

### Rezumat

Se efectuează o analiza comparativă a manifestărilor clinice și a modificărilor locale stabilite intraoperator la copiii cu otită medie exsudativă și recidivantă. Aceste forme reprezintă diferite stadii de otită medie și au multe particularități comune. Diagnosticul se bazează pe datele anamnezei minuțioase și impedansmetriei în dinamică. Datele otoscopiei nu sunt clare. Modificările locale în majoritatea cazurilor sunt, practic, identice.

### Summary

We present a comparative analysis of the clinical manifestations and surgical findings in children suffering from otitis media with effusion and recurrent otitis media. These forms represent different stages of otitis media and have many common features. Diagnosis is based on detailed anamnesis and impedance audiometer in dynamics. Otoscopy data are often doubtful. The surgical findings are practically identical in the majority of cases.

## PROCEDEUL LICHTENSTEIN – AVANTAJE ȘI PERSPECTIVE ÎN TRATAMENTUL FORMELOR COMPLICATE DE HERNII INGHINALE

**Constantin Țîbîrnă<sup>1</sup>**, dr. h. în medicină, prof. univ., membru corespondent,

**Vasile Ceauș<sup>2</sup>**, medic chirurg, **Oleg Crudu<sup>1</sup>**, dr., cercetător științific,

**Alexandru Musteață<sup>1</sup>**, rezident,

catedra Chirurgie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>1</sup>, clinica Chirurgie SCM „Sfânta Treime”<sup>2</sup>

Frecvența herniilor inghinale constituie 4,9% și se întâlnesc, în majoritate, la persoanele de sex masculin. Ele reprezintă 80% din totalul herniilor (I. Ioffe, 1978). Pentru tratamentul herniei inghinale la 3% din populația adultă se intervine chirurgical (Devlin H.B., 1993).

Contingentul pacienților cu hernie inghinală în secțiile de chirurgie generală îl alcătuiesc, în majoritate, bărbații cu vârsta de la 30 de ani și mai mult. Rata recidivelor în hernia inghinală după hernioplastiile tradiționale rămâne înaltă și constituie 8% (Iu. A. Nesterenco, 1980) sau 10-15% (I.L. Lichtenstein, 1993; I.M. Rutkov, 1993).

Metodele tradiționale de plastie a canalului inghinal uneori se asociază cu traumatizarea n. *ilioinguinalis*, *iliohipogastricus* și *genitofemoralis*, nu rareori se traumatizează vasele arteriale și venoase ale funiculului spermatic. Din metodele tradiționale chirurgicale de tratament al herniilor inghinale, reconstrucția pe straturi după Shouldice, datorită ratei scăzute a recidivelor, aproximativ 1%, în herniologia modernă, reprezintă un standart cu care putem compara rezultatele metodelor noi.

Un loc aparte îl ocupă pacienții cu hernii inghinale recidivante, la care este schimbată anatomia canalului inghinal și există un deficit de țesuturi proprii pentru a putea efectua plastia canalului inghinal cu țesuturi proprii. În asemenea cazuri, tratamentul chirurgical prin metode tradiționale de plastie cu țesuturi proprii se transformă într-o operație traumatică pentru pacient și tehnic este mai greu de efectuat, în multe cazuri necesitând anestezie generală și uneori se poate complica cu complicații nu

atât de frecvente, dar foarte severe. Totodată, un factor principal care favorizează dezvoltarea herniilor inghinale se consideră slăbirea fasciei transversale, ca rezultat al insuficienței de colagen din cauza dereglării oxidării prolinei (E. E. Peacock, 1984).

R. E. Condon consideră că fascia transversală în sine este un material rău pentru plastia porților herniare (L. M. Nyhus și coaut., 1964). Folosirea pentru plastia herniilor inghinale a acestui țesut defectuos, în special prin prezența tensiunii, nu este acceptabilă, în timp ce întărirea peretelui posterior cu ajutorul endoprotezei, fără tensiunea țesuturilor se consideră o metodă mult mai efektivă (P. K. Amid și coaut., 1994; I. L. Lichtenstein, 1980). Deci metodele care se bazează pe principiul hernioplastiei „free tension”, în care nu are loc tensionarea pereților canalului inghinal, cu folosirea diferitelor materiale sintetice, ca dacron, marlex, lavsan, polipropilen, sunt din ce în ce mai acceptate de către chirurghi și datorită simplității efectuării și a rezultatelor sigure obținute.

În ultimul timp au apărut multe informații despre hernioplastia tip Lichtenstein în tratamentul herniilor inghinale, cu folosirea plasei de polipropilenă, care a ocupat poziții ferme în Europa și devine populară și în Moldova.

În 1995 în lucrările Centrului de Herniologie din Londra s-au analizat 1017 cazuri de operații de hernie inghinală prin procedeul Lichtenstein (A. E. Kark, 1995). Autorii au depistat următoarele complicații postoperatorii:

- Parestezie în regiunea plăgii postoperatorii – 1,9%.
- Hiperemie și edem în regiunea plăgii postoperatorii – 2,1%.
- Supurația plăgii – 0,3%.
- Neuralgie în regiunea inghinală – 0,1%.
- Atrofia testicolului – 0,2% – după hernii recidivante.
- Recidive în cazul herniilor primare – 0,1%.
- Recidive în cazul herniilor recidivante – 0,2%.

Activitatea de muncă poate fi reluată peste 10 zile. Pentru persoanele care se ocupă cu munca fizică peste 17 zile. Perioada însănătoșirii după operații tradiționale constituie 4-6 săptămâni. După procedeul Lichtenstein – 2 săptămâni.

Hernioplastia fără tensiune a canalului inghinal cu folosirea materialelor sintetice, după părerea multor autori, este o metodă simplă, avantajoasă din punct de vedere economic, cu nivel scăzut al recidivelor, complicațiilor infecțioase și al altor complicații și poate fi practică chiar și în condițiile chirurgiei de ambulator.

**Material și metode.** Au fost analizate 82 de cazuri, persoane spitalizate în secția Chirurgie nr. 1 a SCM „Sfânta Treime” în perioada 30.XI.2000-30.V.2005, operate pentru hernii inghinale, procedeul Lichtenstein, cu folosirea plasei sintetice din polipropilenă, care a fost fixată cu material de sutură prolene 2/0. În toate cazurile erau bărbați cu vârsta cuprinsă între 29-79 de ani. Din acestea:

1. Hernii inghinale primare – 60 de cazuri; hernii inghinale directe – 37 de cazuri; hernii inghinale oblice – 23 de cazuri (dintre care hernii inghino-scrotale de dimensiuni mari cu lichidarea spațiului inghinal, practic, lipsa peretelui posterior – 14 cazuri).

2. Hernii inghinale recidivante – 18 cazuri.

3. Hernii inghinale rerecidivante – 4 cazuri.

Cu patologie concomitentă – 19 cazuri, mai frecvent patologie cardiacă ca CI; HTA; dereglări de ritm cardiac; infarct miocardic în anamneză – un caz.

În cazul nostru am folosit plasă din polipropilenă cu dimensiunea 7,5 X 15 cm, care a fost fixată cu material de sutură prolene 2/0. Durata medie a operației – 55 minute. Operațiile au fost înfăptuite:

- Sub anestezie locală în asociere cu premedicație i/v – 75 de cazuri.

- Anestezie rahidiană – 6 cazuri.

- Anestezie generală fără miorelaxare cu respirație spontană – un caz.

Profilaxia infecției în perioada intraoperatorie și în cea postoperatorie s-a efectuat prin administrarea cu 30 minute preoperator a antibioticelor din clasa cefalosporinelor, generația I - 1,0 i/v. Cuparea durerilor în perioada postoperatorie s-a realizat prin administrarea analgeticelor, ca Sol Analgină 50% - 2,0 în combinație cu Sol. Dimedrol 1% - 1,0 i/m, o singură zi postoperator.

**Rezultate și discuții.** Analizând cele 82 de cazuri la care s-a înfăptuit hernioplastia, procedeul

Lichtenstein pentru hernie inghinală, cu utilizarea plasei din polipropilenă, putem vorbi despre următoarele rezultate. Durata de spitalizare a fost de la o zi până la 7 zile, în medie, 3,7 zile. În toate cazurile plăgile postoperatorii s-au cicatrizat primar. În perioada postoperatorie s-a observat că pacienții suportă operația mult mai ușor, se ridică din pat și pot să meargă în aceeași zi, chiar în primele ore după operație, iar sindromul algic este mult mai slab ca după hernioplastiile tradiționale și a necesitat administrare de analgetice o singură zi postoperator. Pacienții se pot reîntoarce rapid la activitatea fizică normală peste 10 zile. Se pot reîntoarce la munca fizică grea peste o lună. Nu a fost înregistrată nici o complicație generală.

Complicații legate de procedeul chirurgical:

1. Imediate:

- Serom al plăgii postoperatorii - un caz. Examenul bacteriologic a fost negativ. S-a rezolvat după evacuare și antibioticoprofilaxie fără a fi necesară reintervenție chirurgicală.

2. Chirurgicală:

- Febră postoperatorie - 3 cazuri, pe care am calificat-o ca o inflamație aseptică ca rezultat la materialul sintetic implantat.

- Parestezie în regiunea plăgii postoperatorii > 1 lună – 2 cazuri.

3. Tardive:

- Recidivă a herniei nu s-a depistat.

În urma comparației datelor din literatură și ale experienței noastre, s-a constatat o tendință tot mai mare de practicare a hernioplastiei fără tensiune, cu folosirea plasei sintetice. În cazul nostru am utilizat procedeul Lichtenstein cu folosirea plasei din pilopropilenă, în primul rând, în toate cazurile de hernii inghinal recidivante. Acest procedeu este indicat și în tratamentul chirurgical al herniilor directe, herniilor oblice prin alunecare, herniilor inghino-scrotale de dimensiuni mari și în toate cazurile în care avem o dezvoltare slabă a țesuturilor proprii. De asemenea, considerăm că se poate utiliza la persoanele de sex masculin, cu vârsta peste 30 ani și în toate cazurile când pacienții au profesie ce presupune muncă fizică grea. În același timp, suntem de părerea că hernioplastia fără tensiune tip Lichtenstein este o operație puțin traumatică, tehnic este simplu de efectuat și se suportă bine de pacienți și dând rezultate foarte bune. Astfel, acest procedeu de operație poate fi practicat cu succes în formele complicate de hernii inghinale.

### Concluzii

- Hernioplastia non-renșională, procedeul Lichtenstein, efectuată în formele complicate de hernii inghinale, are o incidență minimă de recidivă.
- Se înregistrează complicații minime postoperatorii cu reîntoarcere rapidă la activitatea fizică.

### Bibliografie selectivă

1. P. K. Amid, *Hernia*, 1997.
2. R. Bendavid, *Hernia*, ed. 1995.
3. H. B. Devlin, *Surgery*, 1993.
4. E. Târcoveanu, *Tehnici chirurgicale*, Iași, 2003.
5. I. L. Lichtenstein, A. G. Shulman, P. K. Amid, *Hernia*, ed. 1995.
6. I. L. Lichtenstein, A. G. Shulman, P. K. Amid, *Surg Clin North Am*, 1993.
7. L. M. Nyhus, *Hernia*, 1998.
8. J. F. Patino, *Hernia*, ed, 1995.
9. S. H. Veitzel, A. J. Botha, P. A. Thomas, *Hernia*, 1998.
10. В. Н. Егиева, *Ненатяжная герниопластика*, М., 2002.
11. В. В. Жебровский, Tom Elibaşir Mohamed, *Хирургия грыж живота и эвентраций*, Симферополь, 2002.
12. И. Л. Иоффе, *Оперативное лечение паховых грыж*, М., 1968.
13. А. Д. Тимошин, *Актуальные вопросы герниологии*, М., 2002.

14. К. Д.Тоскин, В. В. Жебровский, *Грыжи брюшной стенки*, М., 1990.

15. Ю. А.Нестеренко, Ю. Б. Салов, *Хирургия*, 1980.

### Rezumat

Autorii prezintă un studiu clinic prospectiv pe un lot de 82 de cazuri de pacienți cu hernii inghinale spitalizați în secția Chirurgie nr.1 a SCM „Sfânta Treime” în perioada 30.XI.2000-30.V.2005, operați prin procedeul hernioplastiei non-tensională tip Lichtenstein cu folosirea plasei sintetice din polipropilenă. Analiza clinică efectuată atestă o scădere veridică a complicațiilor și recidivilor postoperatorii.

### Summary

The authors present a prospective clinical study of a lot of 82 cases of patients with inguinal hernias, hospitalized in the surgical department no. 1 of the Municipal Central Hospital “Sfânta Treime” during the period 30.XI.2000 – 30.V.2005 and operated by the non –pressure method of Liechtenstein type with the utilization of the synthetic net of polypropylene. The performed clinical analysis attests a veridical diminution of the postoperative complications and relapses.

## ARTROPLASTIA ÎN TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR SEVERE ALE ȘOLDULUI

**Gheorghe Croitoru**, dr., conf. univ.,  
**Vitalie Bețișor**, dr.h. în medicină, prof. univ., membru corespondent,  
catedra Ortopedie-Traumatologie, FR și SC, USMF „Nicolae Testemițanu“

Artroplastia totală protetică constituie o adevărată revoluție în istoricul chirurgiei șoldului, îndeplinind obiectivele de mult căutate (dorite) de ortopezi și nu numai – înlăturarea durerilor, ameliorarea sau restabilirea mobilității și a stabilității articulare cu îmbunătățirea calității vieții pacientului. Ea este considerată astăzi cel mai utilizat procedeu de reconstrucție a șoldului la adult, reprezentând o soluție terapeutică de calitate pentru o serie de afecțiuni degenerative, inflamatorii, congenitale sau traumatice ale articulației coxo-femorale. Cele peste un milion de proteze implantate anual în lume îmbunătățesc substanțial calitatea vieții unor pacienți cu handicap motor grav.

Se consideră că o artroplastie este corect realizată dacă s-a obținut o fixare de durată a componentelor protezei, dacă mișcările produse sunt nedureroase și dacă suprafețele cuplului de frecare funcționează cu coeficient de fricțiune scăzut, în vederea minimalizării fenomenului de uzare. Rata de supraviețuire a unei asemenea proteze este de 95% după 10 ani de solicitare.

Concomitent cu progresul tehnico-științific și acumularea experienței specialiștilor, artroplastia de șold în R. Moldova a evaluat cu binecunoscutele etape: artroplastie cu interpoziție a țesuturilor moi (fascia lata, dura mater – prof. univ. Larisa Iacuin); aloplastie cu țesut osteocartilaginos sau substituirea cervico-cefalică cu alogrefe conservate în soluții de formol (prof. univ. S. Stamatini și I. Marin, conf. univ. P. Pulbere), endoproteze cervico-cefalice Moor-ȚITO (V. Bețișor).

Prioritatea implementării artroplastiei protetice totale de șold în R. Moldova îi aparține renumitului ortoped rus C. Sivaș, care în 1968 a operat în Chișinău trei pacienți cu o endoproteză bine cunoscută a autorului de tip „metal-metal”. Această proteză a fost confecționată dintr-un aliaj de Co-Cr-Ni și aplicată fără folosirea cimentului printre primele în lume. Ea a asigurat uneori o funcționalitate bună între 10-25 ani.

Spre regret, artroprotezele „metal-metal” temporar au fost abandonate din cauza proprietăților constructive ale stem-ului și nu a cuplului de frecare. Propunerea ingenioasă a lui J. Charnley a cuplu-