

## **Bibliografie**

1. Аврамов В.Ю. Предоперационная коррекция составов сыворотки крови у больных циррозом печени и синдромом портальной гипертензии (Автореферат диссертации канд. мед. наук М 1980.)
2. Агнов Х.Б. Гемосорбция в комплексном лечении больных с первичным билиарным циррозом печени (Автореферат диссертации канд. мед. наук, М 1981).
3. Бондарь З.А., Иванов В.Г., Особенность гемодинамики при циррозах печени. «Терапевтический архив». 1968 №1, с. 73-82.
4. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери (Медицина 1982 222ст).
5. Опыт применения «Lecitina» в комплексной терапии у больных циррозом печени, осложнённом кровотечением из вен пищевода. (IX международный конгресс хирургов гепатологов России и СНГ. Санкт-Петербург) М. Дану, Г. Павлюк 2002 с. 74.
6. Ерохина Л.Г., Губский А.В., Тагмуразова Г.Т. Диагностика и лечение неврологических расстройств при хронических заболеваниях печени, сопровождающихся портальной гипертензией (Материалы респ. науч. практ. конф., посвящённой 60-летию).
7. Жеребцов Л.А. Новые принципы трансфузионной терапии при циррозе печени (Автореферат дисс. канд. мед. наук.) 1977.
8. Ладислав Махо, Владимир Штрбак Материнское молоко и его заменители (Международный ежегодник из книги наука и человечество) издат Знание Москва.
9. Органические кислоты М.В. Запашко Москва ВО «Агропромиздат» 1990).
10. Particularitățile de diagnostic, tratament și profilaxia a complicațiilor de esofagogastroragie portală (M. Danu, G. Pavliuc, L. Sochirca). Al IX-lea congres al Asociației Chirurgilor „N. Anestiadi” și I Congres de Endoscopie din RM., Chișinău, 17-19 09.2003, p. 38.

## **FACTORII CAUZALI ȘI TACTICA CHIRURGICALĂ ÎN HERNIILE VENTRALE POSTOPERATORII**

**Petru Bujor, Liviu Andon, Vasile Lipovan, Elvira Andon, Sergiu Bujor**  
Catedra Chirurgie 2, clinica 2, SCM „Sfânta Treime”

### **Summary**

#### ***Causal factors and surgical treatment in ventral postoperative hernias***

Here are presented the results of operations on 154 patients with postoperative ventral hernia after conventional cholecystectomy, appendectomy, as well as gynecological operations on which was performed the plastic of hernia gates with own tissue – 91 cases, with synthetic mesh – 56 cases, and combined techniques – 7 patients. The results were good, except in five cases, two patients with postoperative lethality due to concomitant diseases.

### **Rezumat**

Sunt prezentate rezultatele operațiilor la 154 bolnavi cu hernii ventrale postoperatorii după colecistectomia clasică, apendicectomie, cât și operații ginecologice la care s-a efectuat plastia porților herniare cu țesuturi proprii – 91 cazuri, cu plasă sintetică – 56 cazuri, și combinată la 7 bolnavi. Rezultatele au fost bune, cu excepția în 5 cazuri, cu letalitatea postoperatorie la 2 bolnavi din cauza maladiilor concomitente.

### **Actualitatea temei**

Herniile ventrale postoperatorii în structura generală a herniilor ocupă locul 2 după herniile inghinale.

La moment sunt descrise mai mult de 300 procedee de hernioplastii pentru hernii ventrale, dar multe din ele au un interes istoric. Conduită chirurgicală la herniile ventrale postoperatorii până în prezent nu este elucidată complet, deoarece atât recidivele herniei, cât și

complicațiile postoperatorii după unii autori variază de la 20 până la 40% cazuri (Тимошин А.Д. et al. 2000., Садыкова М.Н. et al. 2009).

### **Obiectivele lucrării**

E necesar de menționat, că în ultimii 10 ani complicațiile postoperatorii au tendință de scădere, odată cu îmbunătățirea procedeelelor anestetice moderne, tehnicilor operatorii, cât și ameliorarea calității produselor sintetice folosite în plastia căilor herniare. Însă rezultatele tratamentului chirurgical, fiind contradictorii, necesită studiul în continuare.

### **Material și metode**

În perioada anilor 2005-2009 în clinica chirurgie nr.2 a SCM „Sf. Treime” au fost operați 154 bolnavi cu diverse hernii ventrale postoperatorii.

Bărbați au fost – 23 (14,9%), femei – 131 (85,1%), cu vârsta cuprinsă între 20 până la 80 ani, dintre care 51 (33%) cazuri cu vârsta mai mult de 60 ani.

Majoritatea bolnavilor suferă de patologii asociate preponderent afecțiunile cardio-vasculare 52 cazuri, obezitate gr II-III – 44 cazuri, ciroza hepatică cu hipertensiune portală – 18 cazuri și alte maladii în 9 cazuri. La toți bolnavii până la operație s-au efectuat examinări clinice și de laborator, examinările tractului digestiv prin irigoscopie, ecografie, tomografie computerizată și examenul urologic la necesitate.

Până în prezent nu există o clasificare unică a herniilor ventrale postoperatorii. Însă majoritatea autorilor denotă că procedeul chirurgical selectat depinde de mărimea herniei, localizarea ei, cât și defectul aponeurotic afectat (Кутавин Л.М. 1970, Баулин Н.А. și al. , 1990).

### **Rezultatele obținute**

În studiul efectuat ne-am condus de clasificarea propusă de Кутавин Л.М. și am luat în considerație nu numai dimensiunile herniei, dar și procedeele chirurgicale care au fost efectuate la bolnavi în antecedente, pe fonul cărora au apărut herniile. Datele sunt aduse în tabelul nr.1.

Tabelul 1

#### **Procedeele chirurgicale efectuate în antecedente după care a survenit hernia**

<b>Nr.ord</b>	<b>Abordul chirurgical în antecedente</b>	<b>Nr. cazuri</b>
1.	Herniile ventrale după colecistectomia clasică cu abord median	62
2.	Herniile ventrale recidivante după colecistectomie cu abord median	26
3.	Herniile ventrale după colecistectomia clasică cu abord paracostal drept	12
4.	Herniile ventrale postlaparoscopice	14
5.	Herniile ventrale postapendiculare	8
6.	Herniile lombare ventrale postoperatorii	8
7.	Herniile ventrale după operațiile ginecologice	24
	Total:	154

Datele prezentate în tabela de mai sus arată, că herniile ventrale după colecistectomia clasică, cât și cele recidivante apar mai frecvent după abordul median – 88 cazuri, pe când cele cu abord paracostal pe dreapta numai în 12 cazuri. Menționăm că odată cu introducerea în practica medico-chirurgicală a procedeelelor laparoscopice – herniile postoperatorii au fost întâlnite la 12 bolnavi operați în diferite instituții medicale din Republică și de peste hotare.

Putem menționa că frecvent au fost întâlnite în acest studiu herniile ventrale postoperatorii după operațiile ginecologice în 24 cazuri, posibil din cauza presiunii intraabdominale mărite în regiunea inferioară a abdomenului, cât și procedeele chirurgicale folosite. Referitor la herniile după apendicectomie în 8 cazuri, cauza lor a fost posibil legată cu tehnica operatorie sau au predominat formele distructive de apendicită acută. Intervențiile

chirurgicale s-au efectuat sub anestezie generală cu miorelaxanți, cu excepția celor 14 bolnavi cu hernii după operațiile laparoscopice – la care operația s-a efectuat sub anestezie locală Sol. Lidocaină 0,3% - 60,0 + premedicație. În practica chirurgicală contemporană s-au stabilit 3 direcții prioritare de plastie a herniilor ventrale postoperatorii:

1. Plastie cu țesuturi proprii.
2. Plastie cu materiale sintetice de protezare.
3. Asocierea celor două.

Intervențiile chirurgicale efectuate pentru herniile ventrale postoperatorii sunt aduse în tab. 2.

Tabelul 2

**Procedeele chirurgicale efectuate în dependența de localizarea herniei**

Nr. d/o	Localizarea herniei	Nr. cazuri	Tipul intervenției *					
			1	2	3	4	5	6
1.	Herniile ventrale postopera- torii după colecistectomia clasică pe linia mediană	62	17	20	12	7	3	3
2.	Herniile ventrale postopera- torii recidivante după colecistectomia clasică pe linia mediană	26	12	5	5	2	1	1
3.	Herniile ventrale după cole- cistectomia clasică cu abord paracostal drept	12	3	1	2	3	2	1
4.	Herniile ventrale postlaparoscopice	14	6	3	5	-	-	-
5.	Herniile ventrale postapendiculare	8	4	1	2	1	-	-
6.	Herniile lombare ventrale postoperatorii	8	2	1	1	2	1	1
7.	Herniile ventrale după opera țiile ginecologice	24	10	6	6	-	1	1
	Total:	154	54 (35%)	37 (24%)	33 (20,7%)	15	8	7

\*Tipul intervenției:

- 1 – hernioplastie tip Сапeжкo cu țesuturi proprii;
- 2 – hernioplastie tip Mayo cu țesuturi proprii;
- 3 – hernioplastie cu plasa sintetică subaponeurotic;
- 4 – hernioplastie cu plasa sintetică supraponeurotic;
- 5 – hernioplastie cu plasa pe oment ori peritoneu;
- 6 – hernioplastie combinată cu plasa sintetică și grefon de piele autologă dezepitelizată.

**Discuții**

Datele aduse în tabela atestă că procedeul Сапeжкo cu țesuturi proprii s-a efectuat la bolnavii cu hernii după colecistectomia clasică pe linia mediană, cât și la cele recidivante pe linia mediană, nu fac excepție cele ginecologice. Hernioplastiile procedeul Mayo s-au efectuat în 37 (24%) cazuri. Aplicarea plasei sintetice supra și subaponeurotic în majoritatea cazurilor au depins de vârsta bolnavilor, patologia asociată și starea țesuturilor peretelui abdominal. Metoda aplicării plasei supraaponeurotice este însoțită de eliberarea țesutului adipos subcutan, ce aduce la dereglarea troficeii tecii anterioare a aponeurozei mușchiului drept abdominal, limforeei, ce poate servi drept motiv pentru infectarea plăgii și recidiva herniei.

Aplicarea plasei sintetice sub aponeuroză, chiar și dacă este însoțită de micșorarea

complicațiilor postoperatorii ca supurarea, recidiva herniei la o parte de bolnavi, prepararea peritoneului de la aponeuroză, îndeosebi în herniile recidivante tehnic este greu de realizat. Aplicarea plasei sintetice pe oment, în caz de imposibilitatea mobilizării peritoneului parietal este însoțită de un proces proliferativ mai pronunțat datorită contactului plasei cu mușchiul drept abdominal.

O problemă contemporană și discutabilă rămâne și astăzi posibilitatea de infectare a protezelor sintetice. De obicei infecția se datorează contaminării materialelor sintetice și țesuturilor în timpul intervenției chirurgicale. În privința tipului de material ca proteză în hernioplastiile ventrale postoperatorii, rămâne și astăzi în vigoare afirmația lui Theodore Billroth: „Dacă am putea produce țesuturi artificiale de densitate și soliditatea fasciei, secretul plastiilor porții herniare va fi descoperit”. Mai rar a fost aplicată plasa sintetică intraperitoneal pe oment în 8 cazuri, iar plasa sintetică cu grefon de piele autologă dezepitelizată fixat sub plasă de asupra viscerelor intraabdominale în 7 cazuri. Nu am observat eroziuni, fistule ale organelor intraperitoneale de către materialul de proteză folosit.

Complicațiile postoperatorii au fost: hematom în plagă – 1; hemoragie din varicele esofagiene – 1, supurarea răni – 1.

În ceea ce ține de complicațiile postoperatorii în ultimii 5 ani s-au micșorat, datorită creșterii tehnicilor chirurgicale, experiența chirurgului, cât și a calității materialului sintetic produs și folosit. Letalitatea postoperatorie constituie 1,3% la bolnavii cu patologie asociată severă.

### **Concluzii**

1. Herniile ventrale postoperatorii după colecistectomie clasică, cât și cele recidivante apar mai frecvent după abordul median și după efort fizic.
2. Pentru preîntâmpinarea complicațiilor postoperatorii, rezultate mai bune au fost după aplicarea plasei cu grefon de piele autologă dezepitelizată intraabdominal.

### **Bibliografie**

1. Leber Ge, Garb JI, Alexander Ai, Reed WP – Long-term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias. Arch Surg 1998; 133:378/82.
2. Morris/Stiff Gj, Hughes Le – The outcomes of nonabsorbable mesh placed within the abdominal cavity: literature review and clinical experience. J Am Coll Surg 1998; 186:352-667.
3. Paul A, Korencov M., Peters S., Kohler L.> Fischer S., Troidl H – Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernias. Eur J Surg 1998; 164:361-7
4. Баулин Н.А., Ивачёва Н.А., Нестеров А.В., Зимин Ю.И., Зайцева М.И. Выбор метода пластики брюшной стенки при ventральных грыжах. Хирургия, 1990, №7 стр. 102-105.
5. Каниковский О.Е., Омобоогунджи Е.Ч. Хирургическое лечение послеоперационных ventральных грыж. Biomedical and Biosocial Antropology 2008, № 11 ст. 166-168.
6. Кутавин Л.М. Пластика грыжевых ворот местными тканями при послеоперационных ventральных грыжах. Автореф. дис. к.м.н, Ижевск, 1970.
7. Липован В. Г., Цыбырнэ К.А. Способ пластики дефекта при ventральных грыжах. Бюллетень изобретений и открытий. Москва, 1992, № 25, стр. 25-26.
8. Садыкова М.Н., Никитин Н.А., Пиникер Л.А., Шумихин К.В. Пластика послеоперационных грыж свободным лоскутом аутофасций бедра. Медицинский альманах, 2009, № 3 стр. 31-34.
9. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки. Герниология, 2000, № 1, стр. 5-10.