



Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “N.Testemițanu”

Herniile

Conferențiar S.Ignatenco

Catedra chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”

Definiție

Ieșirea parțială sau totală a unui organ din cavitatea sau învelișul său normal se numește hernie



Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “N. Testemițanu”

În acest sens deosebim hernii cerebrale, pulmonare, musculare, etc. Cele mai frecvente, însă, sunt herniile peretelui abdominal numite și hernii ventrale și care sunt rezultatul ieșirii totale sau parțiale a unui viscer din cavitatea abdomeno-pelviană.

Catedra chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”



Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “N.Testemițanu”

Hernia nu trebuie confundată cu:
eventrația și eviscerația.

Catedra chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”

Eventrația

se caracterizează prin ieșirea
viscerelor sub tegument pe
traiectul cicatricei de laparotomie
în perioada postoperatorie
imediată

Eviscerația

Se caracterizează prin ieșirea în afară a viscerelor abdominale, printr-o breșă completă a peretelui abdominal (inclusiv pielea) realizată de un traumatism sau de o laparotomie recentă, necicatrizată.

Eviscerație



Catedra chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”

GENERALITĂȚI

După A.P.Crîmov **3-4%** dintre cetățenii Europei sunt purtătorii de hernii, prioritatea rămânând după bărbați **5:1**

Acad. M.Cuzin consideră că purtătorii de hernii constituie **3-5%** din toată populația globului

GENERALITĂȚI

Frecvența după principiul topografic (M.Cuzin):

- herniile inghinale – 75%
- herniile liniei albe – 11%
- herniile femurale (crurale) – 8%
- herniile ombilicale – 4%.
- 1-2% revine tuturor celorlalte forme de hernii

**La bărbați predomină herniile inghinale,
la femei herniile femurale și ombilicale.**

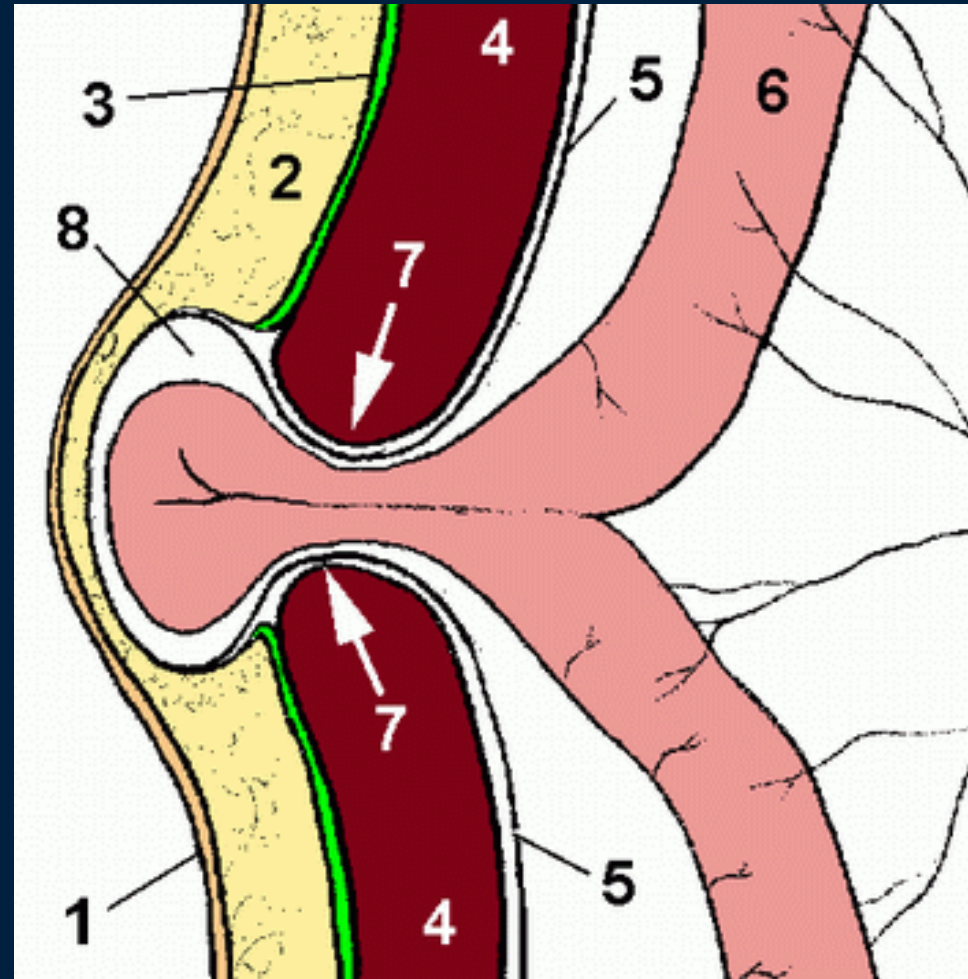
ANATOMIA PATOLOGICĂ

În orice hernie deosebim 3 componente:

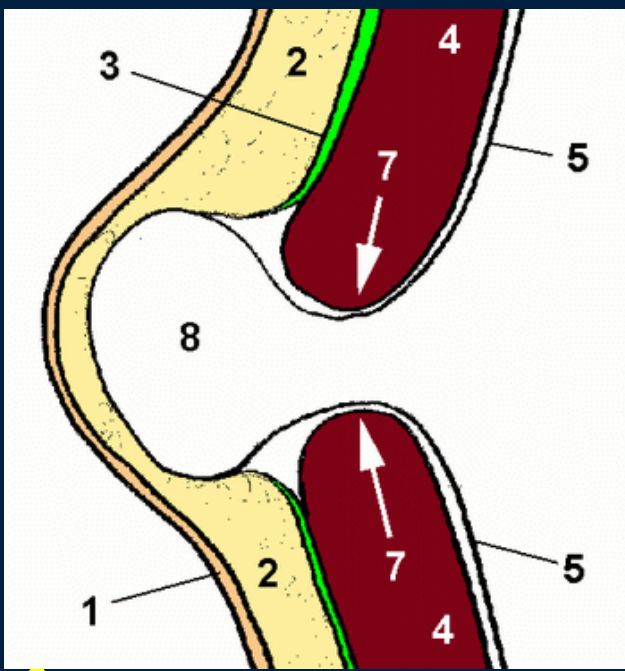
a) sacul herniar (8)

b) porțile herniare (7)

c) conținutul herniei (6)



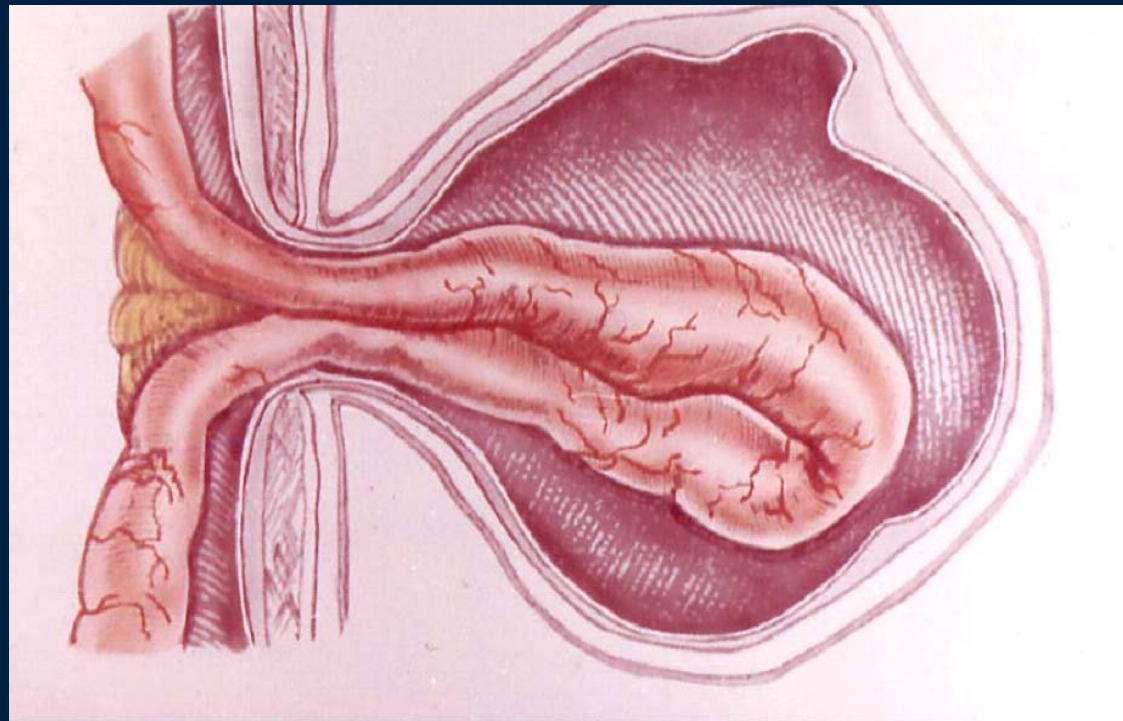
ANATOMIA PATOLOGICĂ



Sacul herniar
este format din peritoneu.

În el deosebim:

- gura sacului
- gâtul sacului
- corpul sacului
- fundul sacului



ANATOMIA PATOLOGICĂ

Sunt cazuri când sacul herniar poate lipsi. Absența totală a sacului este caracteristică herniilor ombilicale de tip embrionar (exomfalul) sau herniilor diafragmale posttraumatice

ANATOMIA PATOLOGICĂ

porțile herniare poate fi reprezentat de:

- un orificiu simplu (hernie femurală)
- un inel musculo-aponevrotic (hernia epigastrică)
- un canal constituit dintr-un orificiu profund (intern), un traiect intraparietal și un orificiu superficial (extern), situat subcutanat (hernie inghinală oblică).

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Conținutul herniilor este format, în marea majoritate a cazurilor, de intestinul subțire și epiploon, mai rar de intestinul gros, ficat, splină, stomac, vezica urinară, uter, anexe, etc. Se poate spune că, cu excepția pancreasului, toate organele pot hernia.



ETIOPATOGENIA

Cauzele apariției și dezvoltării herniilor peretelui abdominal pot fi separate în 2 grupuri :

- a) locale
- b) generale

Cauzele locale sunt legate de existența așa ziselor “locuri slabe”, numite “zone herniere”: zona canalului inghinal și femural, a ombilicului; liniile peretelui abdominal – albă, Spigel, Douglas; triunghiului Petit, spațiul Grynfelt-Lesgawt, gaura obturatoare, etc.

ETIOPATOGENIA

Printre factorii de ordin general deosebim:
factori predispozanți, cum ar fi cel ereditar,
vârsta, genul, constituția și starea musculaturii,
obezitatea, modificarea organelor interne;
și factorii determinanți care, la rândul lor,
se despart în :

ETIOPATOGENIA

a) cei, care duc la creșterea presiunii intraabdominale: constipații, bronșitele și pneumoniile cronice, dereglări de micțiune (fimoza, adenomul de prostată, strictura uretrei), nașterea dificilă, cântarea la instrumentele de suflat, munca fizică grea, etc.

b) cei, care favorizează slăbirea musculaturii peretelui abdominal: graviditatea (mai ales repetată), îmbătrânirea, unele afecțiuni: ciroza, diabetul, insuficiența tiroidiană, trauma peretelui abdominal, etc.

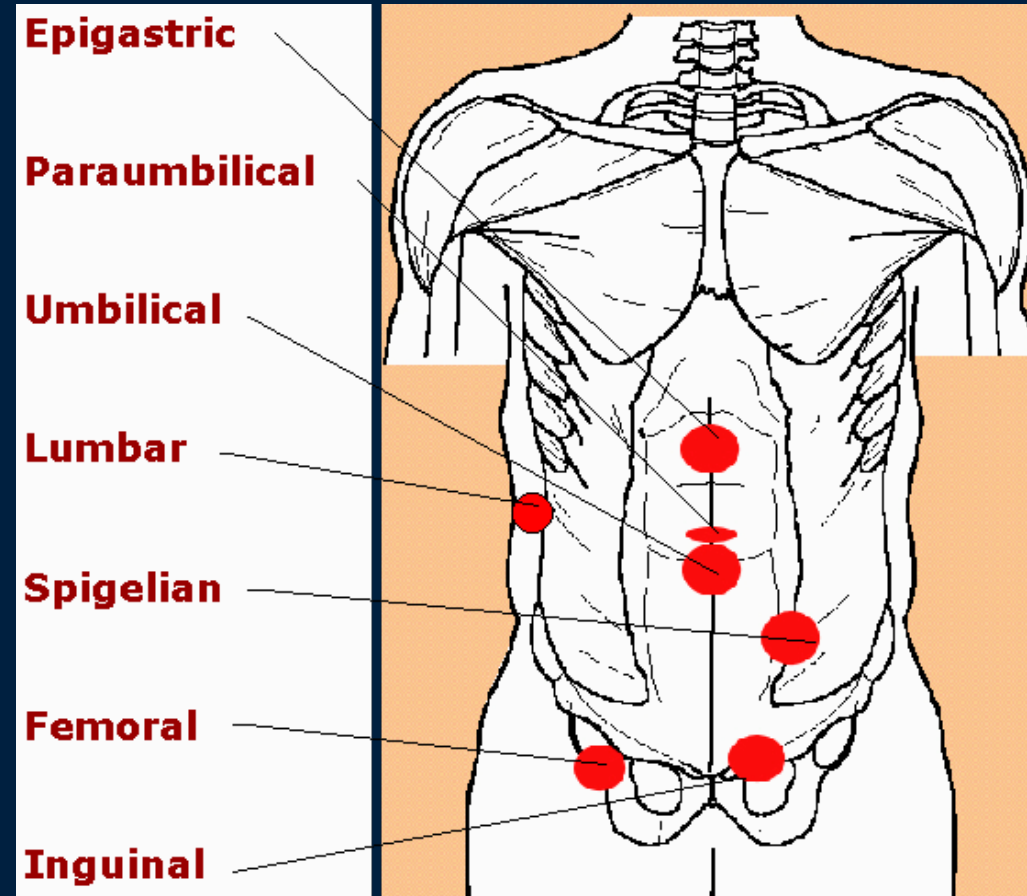
CLASIFICAREA

Herniile se clasifică după 3 principii:

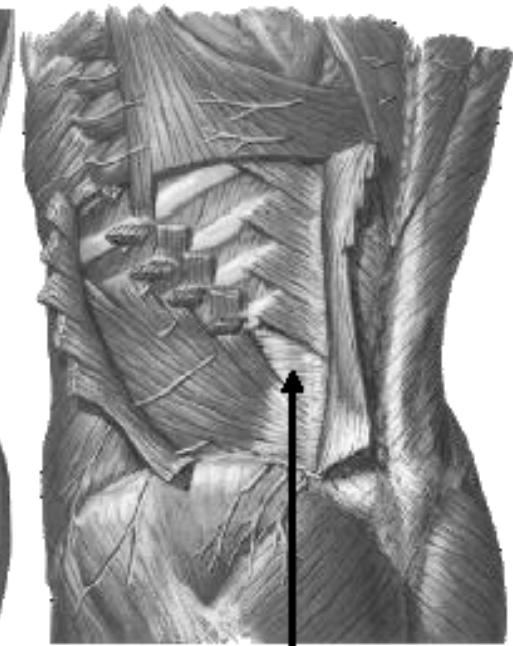
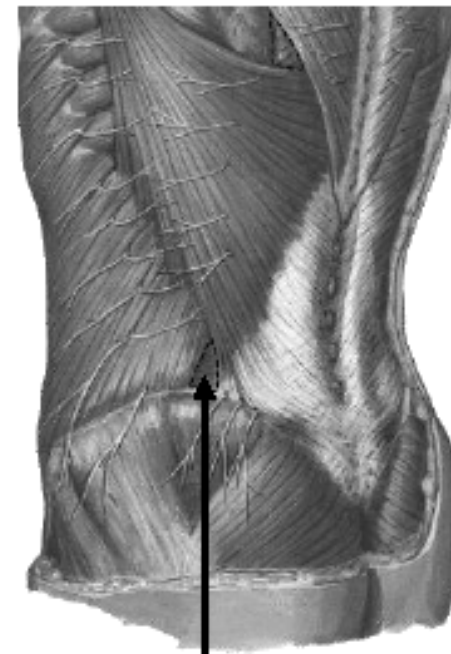
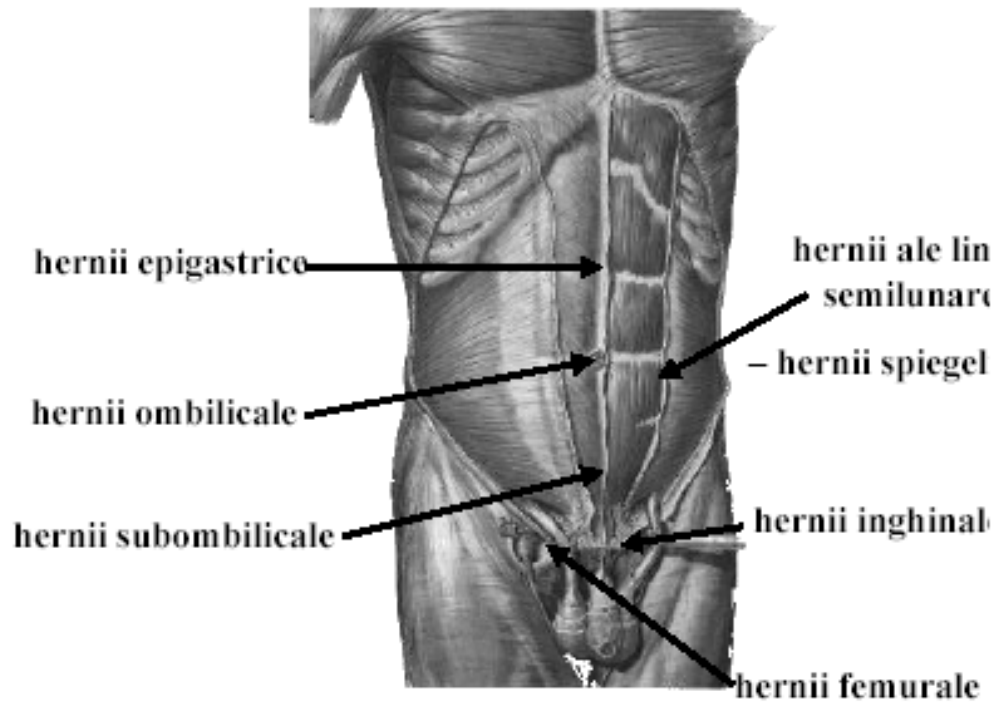
- a) anatomo-topografic;
- b) etiopatogenic;
- c) clinic.

CLASIFICAREA ANATOMO - TOPOGRAFICA

1. Hernia inghinală oblică
2. Hernia inghinală directă
3. Hernia femorală
4. Hernia liniei albe
5. Hernia liniei Spigellii
6. Hernia liniei Douglas
7. Hernia epigastrică
8. Hernia umbilicală
9. Hernia paraumbilicală
10. Hernia spațiului Grynfelt
11. Hernia triunghiului Petit
12. Hernia obturatorie
13. Hernia ischiatică



CLASIFICAREA ANATOMO - TOPOGRAFICA



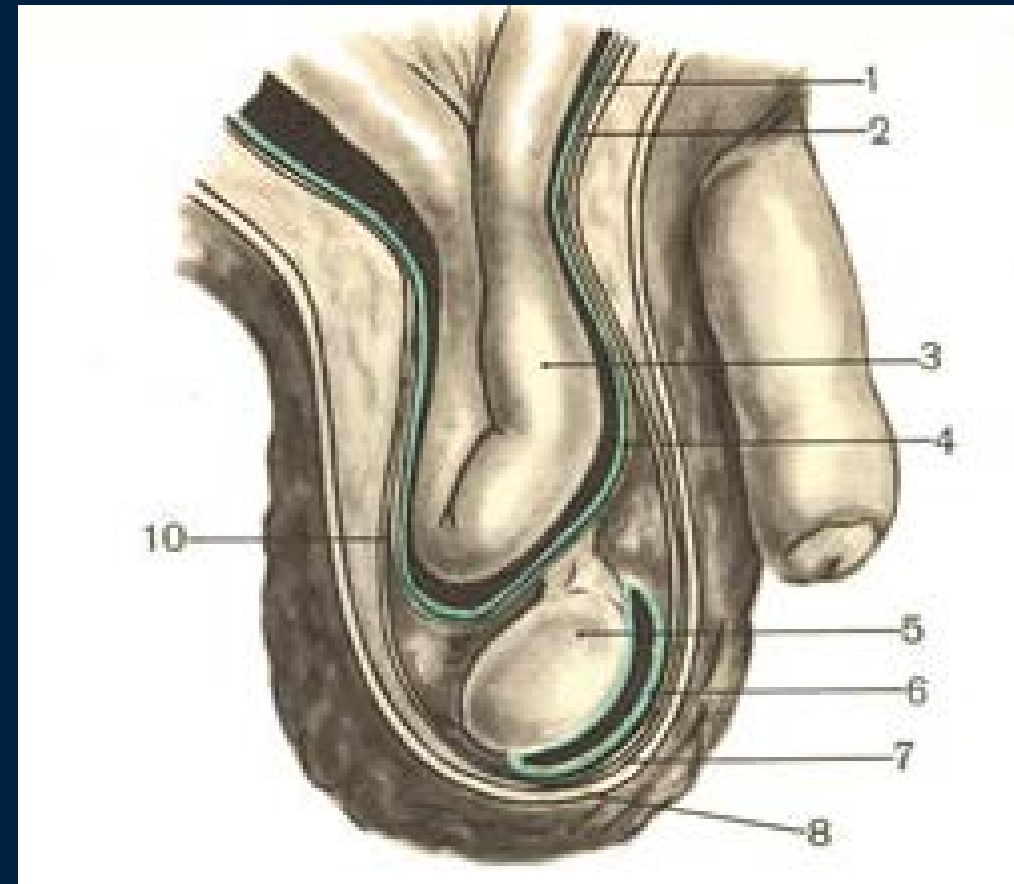
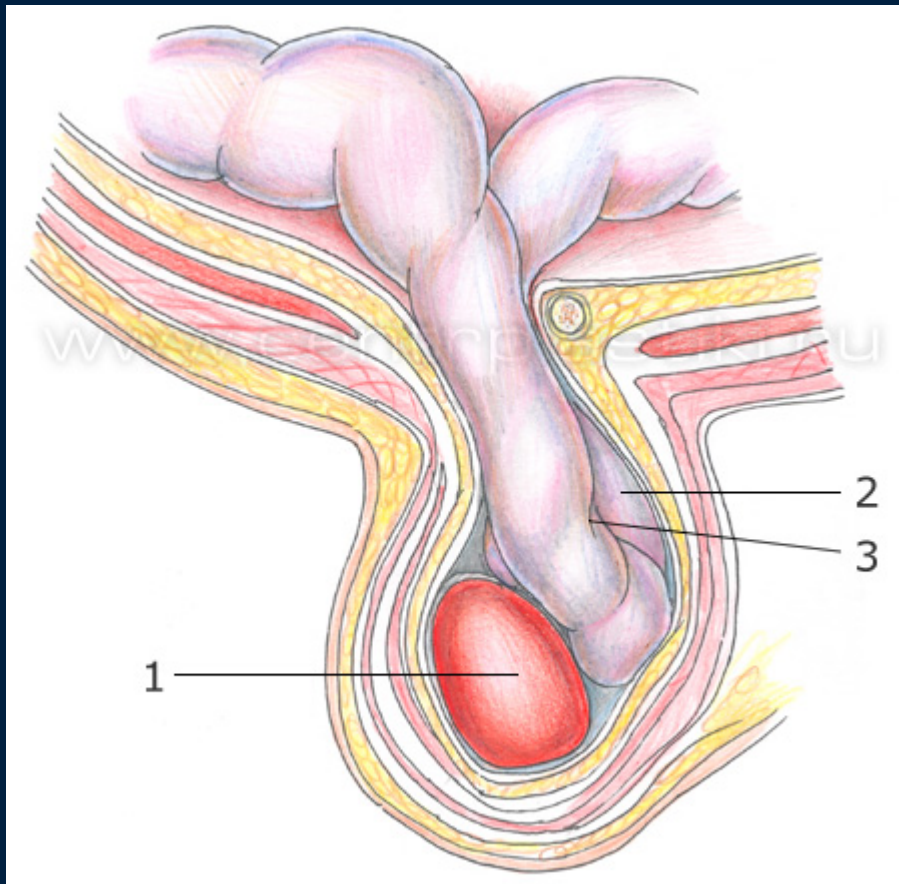
CLASIFICAREA ETIOPATOGENETICĂ

Conform principiului etiopatogenetic distingem:

- Hernii congenitale și căpătate (câștigate);
- Postoperatorii (după orișice intervenție chirurgicală);
- Posttraumatice (după trauma peretelui abdominal);
- Recidivante (după o herniotomie);
- Patologice (în urma cirozei, ascitei).

CLASIFICAREA ETIOPATOGENETICĂ

Hernii congenitale și căpătate (câștigate)



CLASIFICAREA ETIOPATOGENETICĂ

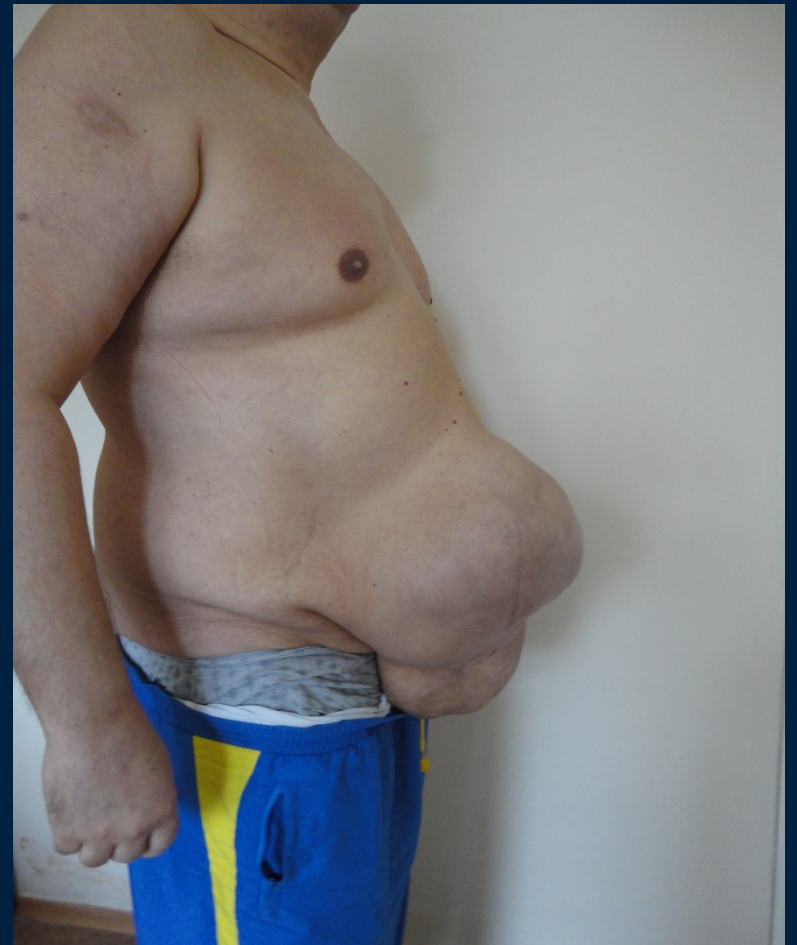
Hernii postoperatorii



Catedra chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”

CLASIFICAREA ETIOPATOGENETICĂ

Hernii recidivante (după o herniotomie)



CLASIFICAREA ETIOPATOGENETICĂ

Hernie patologică



CLASIFICAREA CLINICĂ

După semnele clinice deosebim
hernii:

- a) Simple, reductibile (libere);
- b) Ireductibile;
- c) Strangulate.

CLASIFICAREA

În afară de aceasta mai deosebim hernii:

Externe;

Interne (hernie diafragmatică, paraesofagiană, paraduodenală, paracecală, a fosetei sigmoidiene, etc.);

Veritabile (adevărate), în care distingem toate elementele constitutive;

Pseudohernii – în care lipsește sacul herniar (hernia diafragmatică posttraumatică).

TABLOUL CLINIC

Pacienții acuză dureri, care pot fi simțite în 3 puncte:

- a) În locul de ieșire a herniei,
- b) În adâncul abdomenului
- c) În regiunea lombară.

La început de hernie – se observă un paradox clinic – cu cât e mai mică hernia, cu atât sunt mai mari durerile.

TABLOUL CLINIC

Durerile își măresc intensitatea și la eforturi fizice, în timpul mersului și provoacă a doua plângere – scăderea potenței de muncă. În herniile mari, voluminoase bolnavii mai suferă de dereglări din partea tractului digestiv (grețuri, periodic vomă, meteorism, constipații), de asemenea au loc tulburări de micțiune (micțiune în porții) și dereglări sexuale.

TABLOUL CLINIC

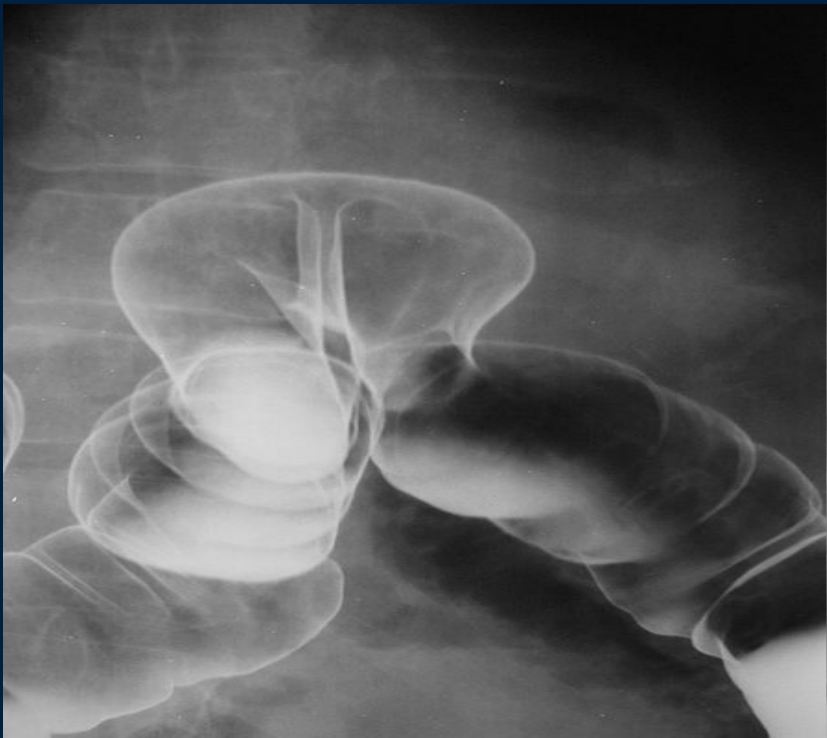
La examenul obiectiv (inițial în ortostatism și după aceea în poziție culcată) se observă o “tumoare herniară”, care apare și dispare. Hernia apare în poziție verticală, în timpul tusei, la încordarea peretelui abdominal. În poziție orizontală “tumoarea herniară” dispare.

TABLOUL CLINIC

În timpul palpației și percuției poate fi apreciată natura conținutului: sonoritatea și garguimentul (zgomotul hidro-aeric) trădează prezența intestinului; senzația de masă păstoasă neregulată, mată la percuție pune diagnosticul de epiploon

EXAMENUL PARACLINIC

Uneori, pentru a aprecia natura conținutului, mai ales în herniile voluminoase, sunt necesare examene paraclinice, că: tranzitul baritat, irigoscopia și irigografia, cistoscopia sau cistografia, tomografia computerizată, etc.



COPMPLICAȚIILE HERNIILOR

1. Ireductibilitatea herniei

(hernie ce nu poate fi redusă fara interventie chirurgicală)



O hernie ireductibilă poate deveni o hernie strangulată în cazul în care alimentarea cu sânge este compromisă

COPMPLICAȚIILE HERNIILOR

2. Corpostaza



3. Inflamația herniei

COPMPLICAȚIILE HERNIILOR

4. Complicații rar întâlnite:

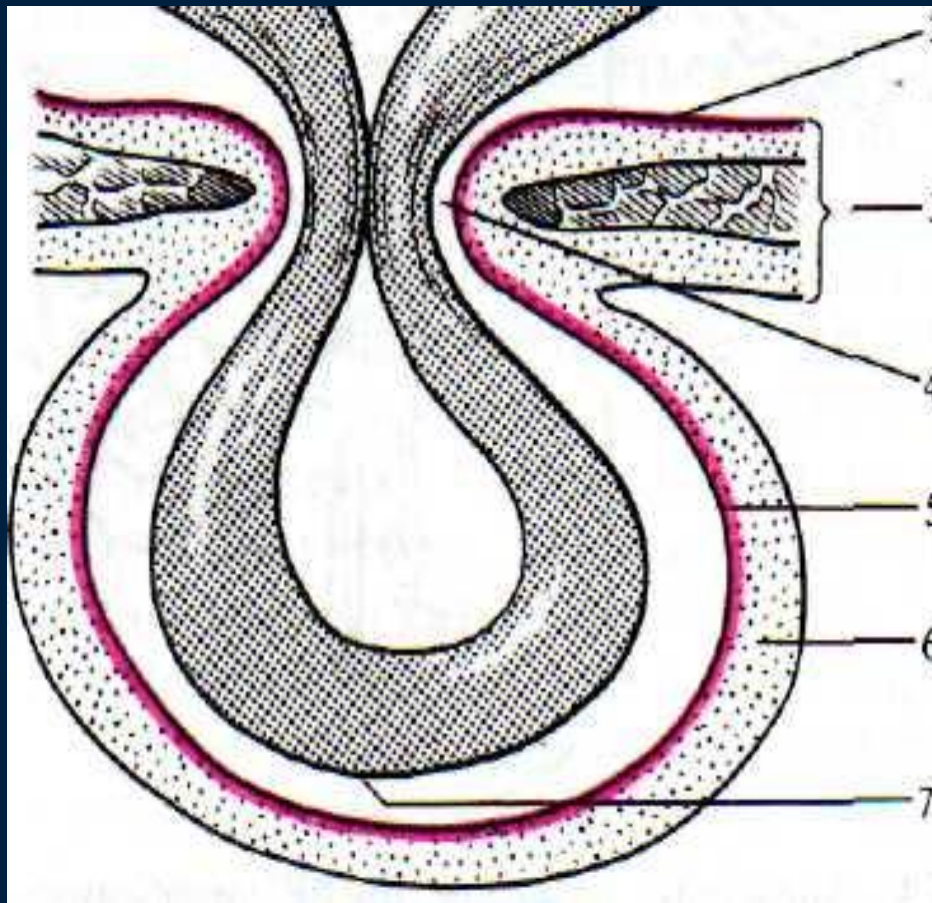
a) Tuberculoza herniară

b) Traumatismul herniei

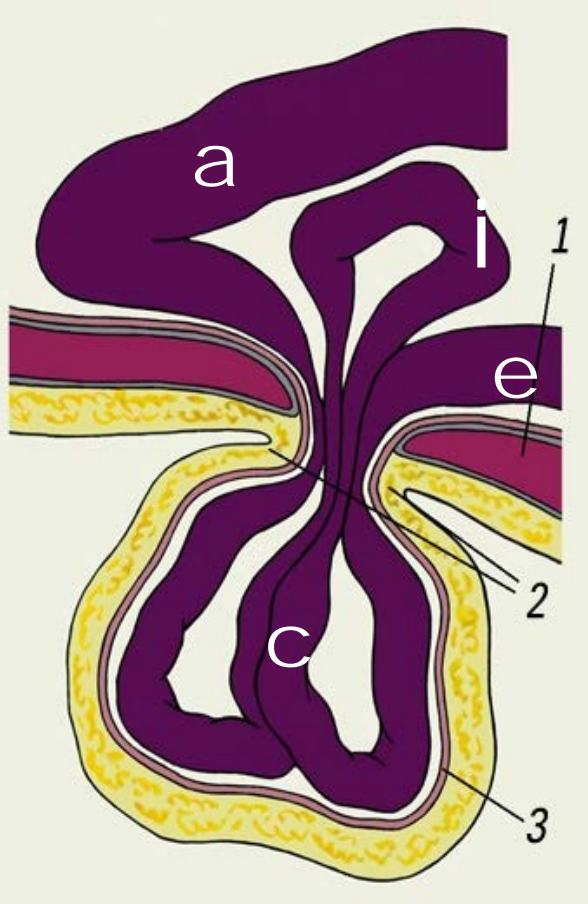
c) Corpi străini ai herniei

COPMPLICAȚIILE HERNIILOR

5. Strangularea herniei

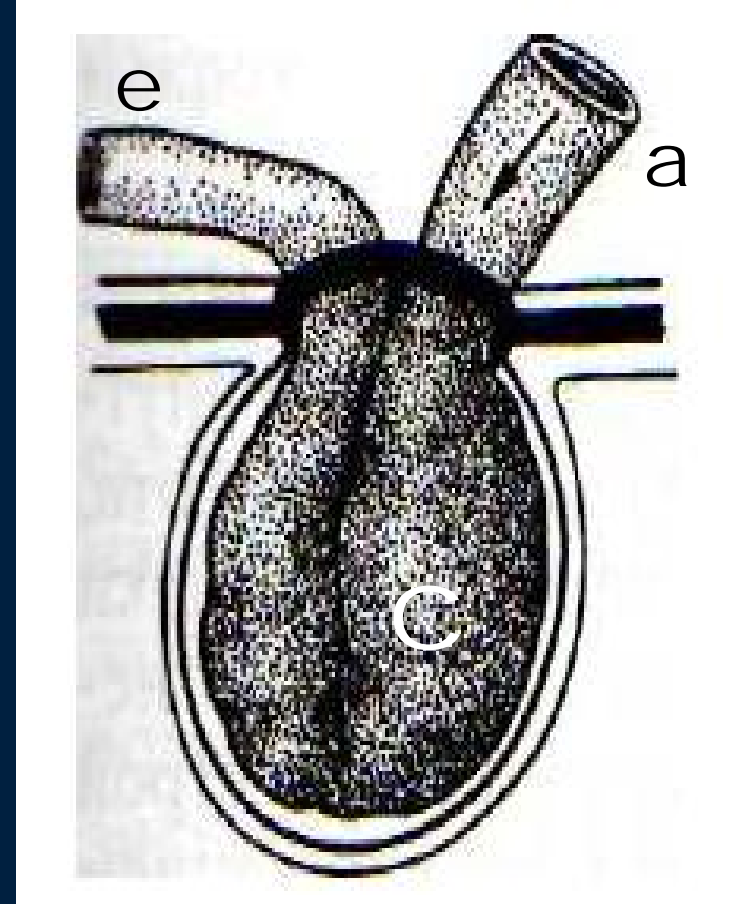


ANATOMIA PATOLOGICĂ A HERNIEI STRANGULATE



Ansa:

- a) Aferentă
- c) Centrală
- e) Eferentă
- i) Intermediară



ANATOMIA PATOLOGICĂ A HERNIEI STRANGULATE

Leziunile intestinului strangulat trec prin 3 stadii evolutive:

1. Stadiul de congestie

2. Stadiul de ischemie

3. Stadiul de gangrenă și perforație

Stadiul de congestie

- Edem al peretelui intestinal
- Distensia paralică a ansei
- Hipersecreție în lumen
- Transudat în sacul herniar
- Ansa de culoare roșie-închisă
- Seroasa fără luciu
- Leziunea maximă se constată în șanțul de strangulare unde apar câteva sufuziuni subseroase

Stadiul de congestie

În acest stadiu leziunile sunt reversibile

După incizia inelului de strangulare mezoul intestinului se infiltrează cu novocaină 0,25 – 0,5%, pe intestin se aplică o meșă cu ser fiziologic cald pe 20-25 min. Restabilirea culorii normale, a peristaltismului și pulsației arteriale permit reîntoarcerea intestinului în cavitatea abdominală.

Stadiul de ischemie

- Se întrerupe circulația arterială
- Sistemul venos se trombozează
- Ansa este negricioasă cu numeroase sufuziuni hemoragice subseroase, cu peretele mult îngroșat, cu false membrane pe suprafața sa
- În sacul herniar lichid abundent, intens hemoragic, septic
- Leziunea maximă este tot la nivelul șanțului de strangulare, unde peretele este subțiat, cu multiple ulcerații

Stadiul de ischemie

Leziunile sunt definitive, ireversibile și impun rezecția ansei strangulate cu mezoul său cu extinderea rezecției în direcția proximală la depărtarea de 30-40 cm de la limita macroscopică a necrozei și 15-20 cm – în direcția distală.

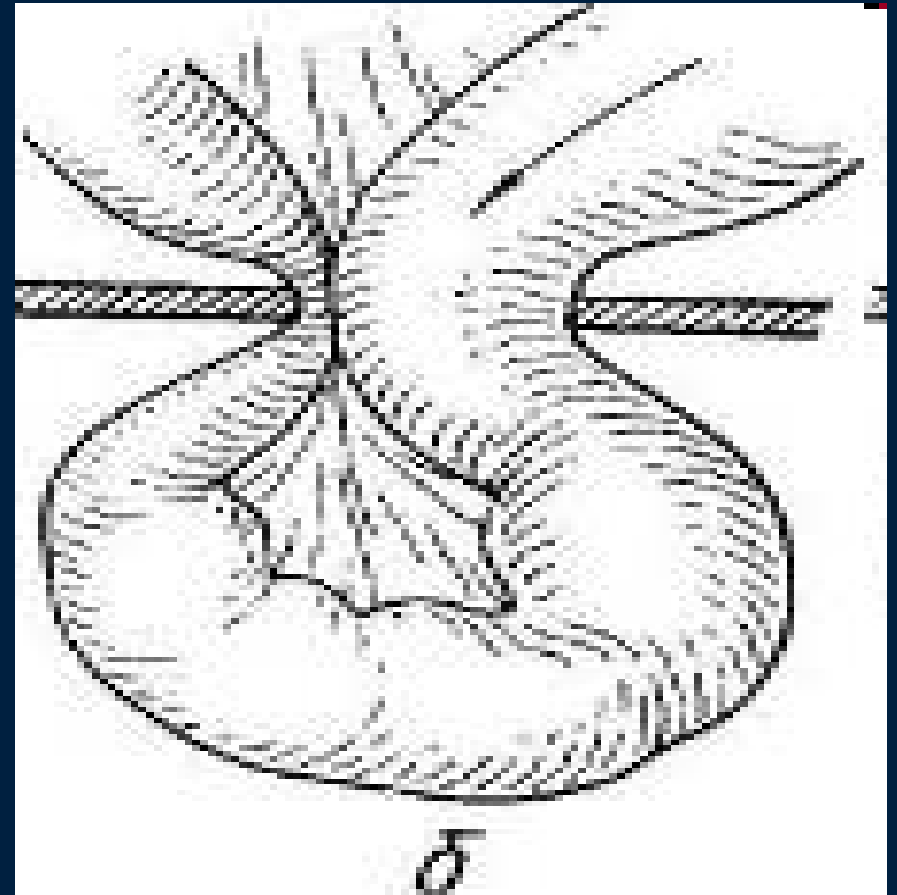
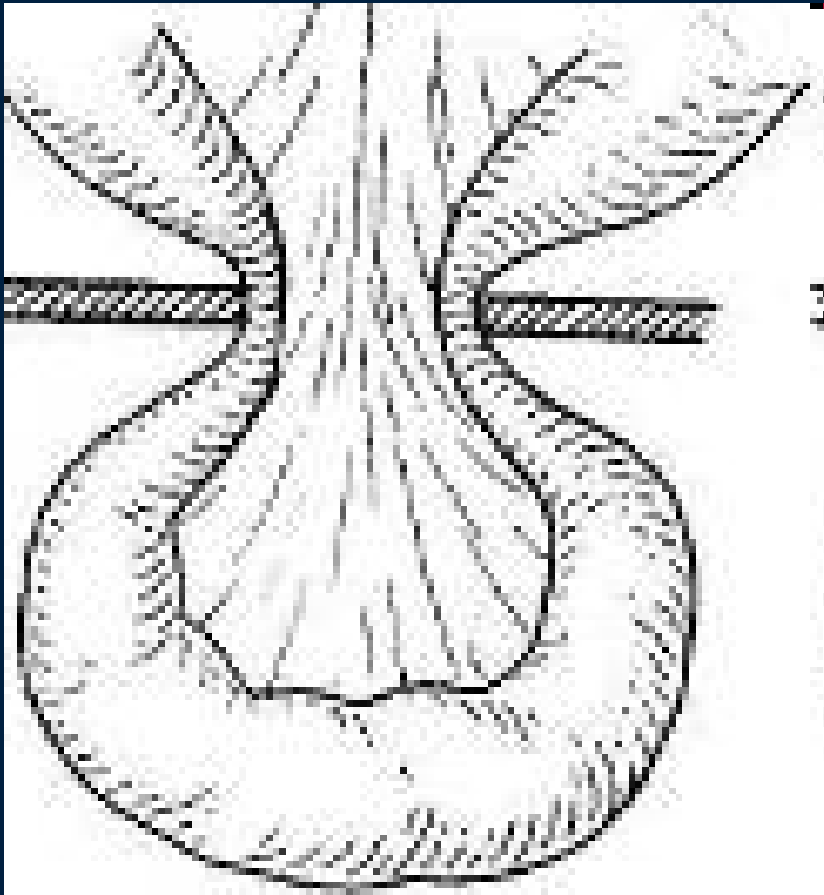
Stadiul de gangrenă și perforație

Ansa are aspect brun-închis, foarte subțire, cu zone de necroză, plutind într-un lichid purulent fecaloid.

Perforația inițială se află la nivelul șanțului de strangulare.

După mecanismul strangulării deosebim:

strangulare elastică strangulare stercorală



Tipuri particulare de hernii

Hernia Richter

Hernia Littré

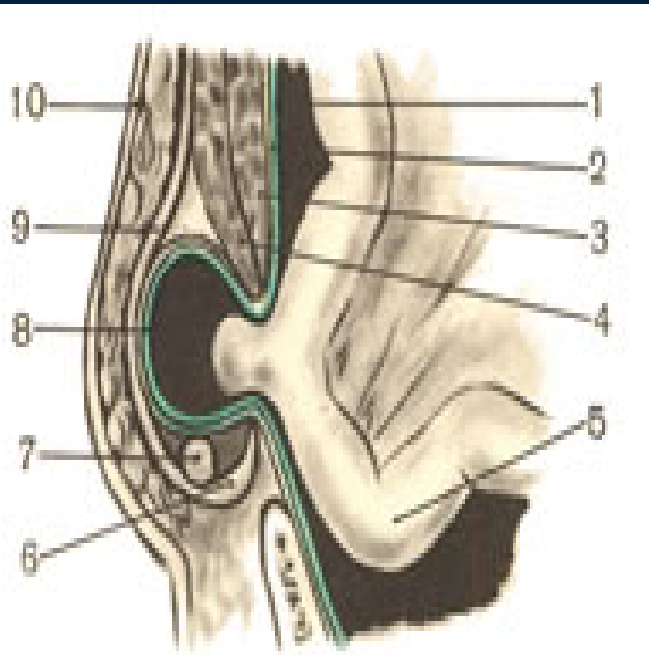
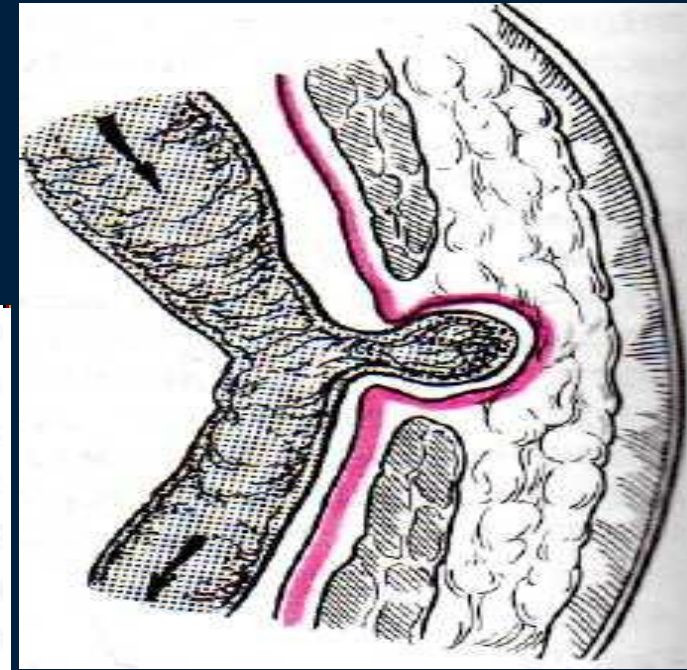
Hernia Maydl

Hernia Amyand

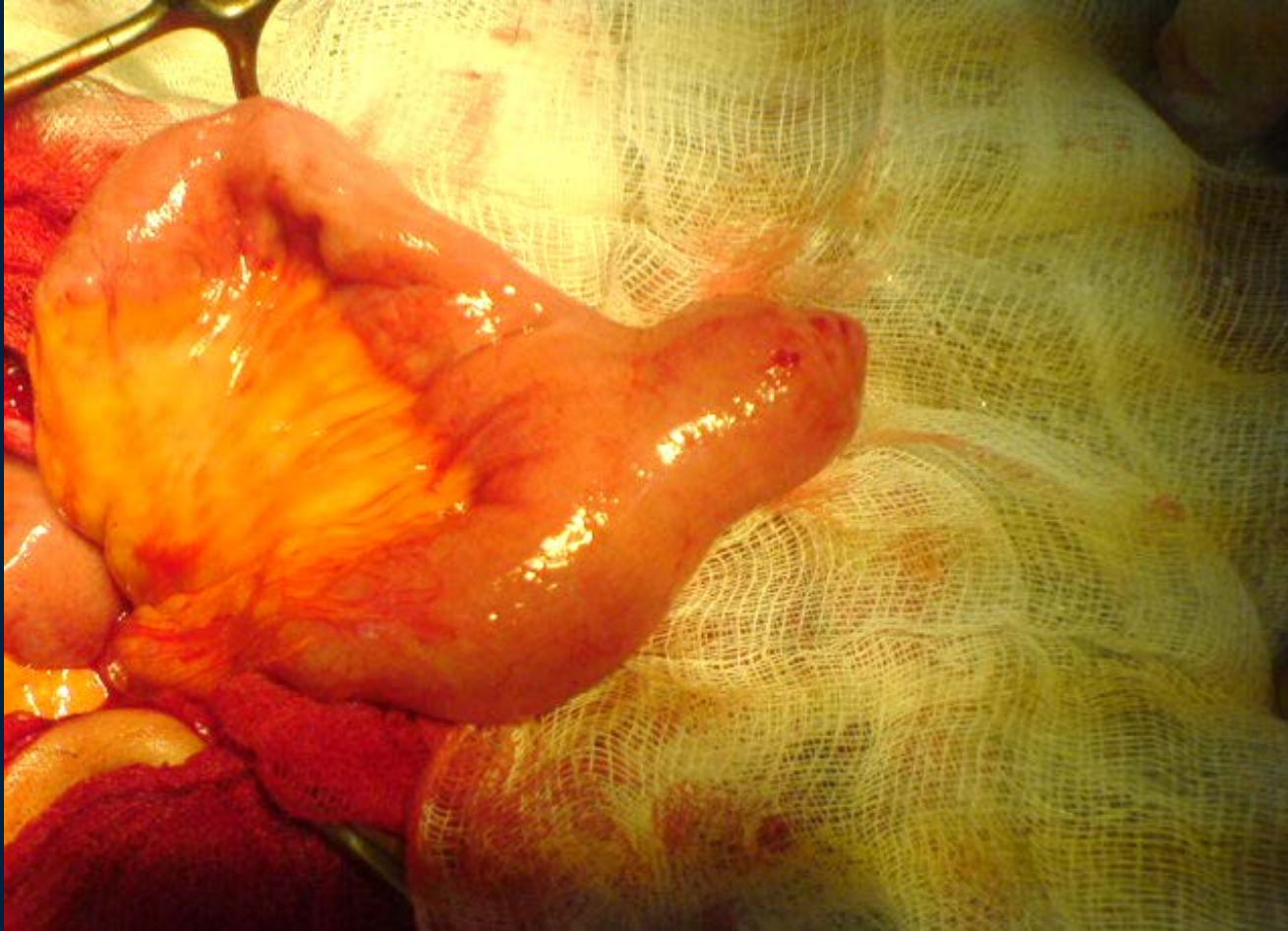
Hernia Garengeot

Hernia Brock

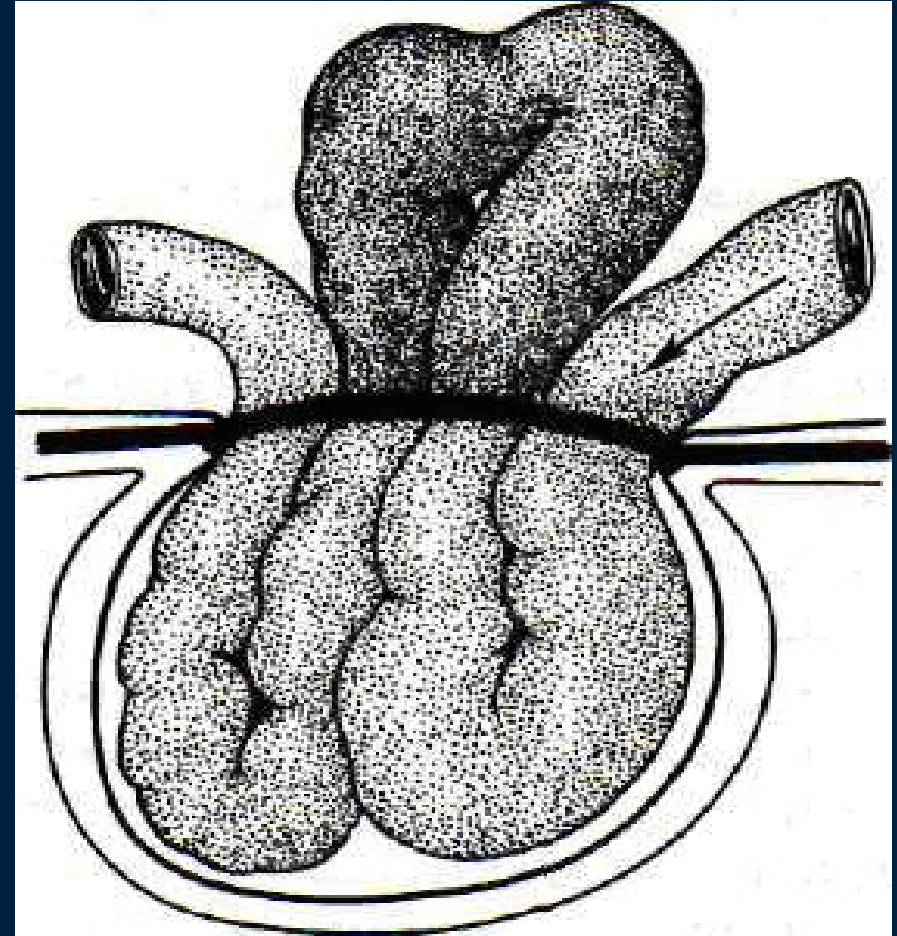
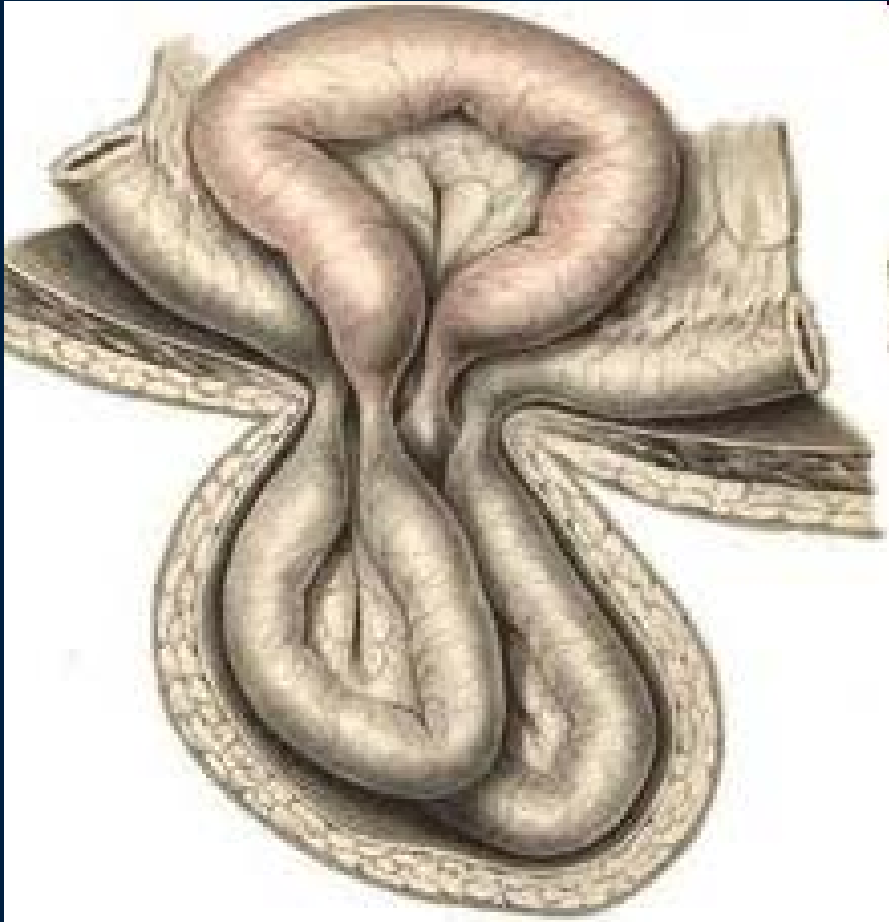
Hernia Richter



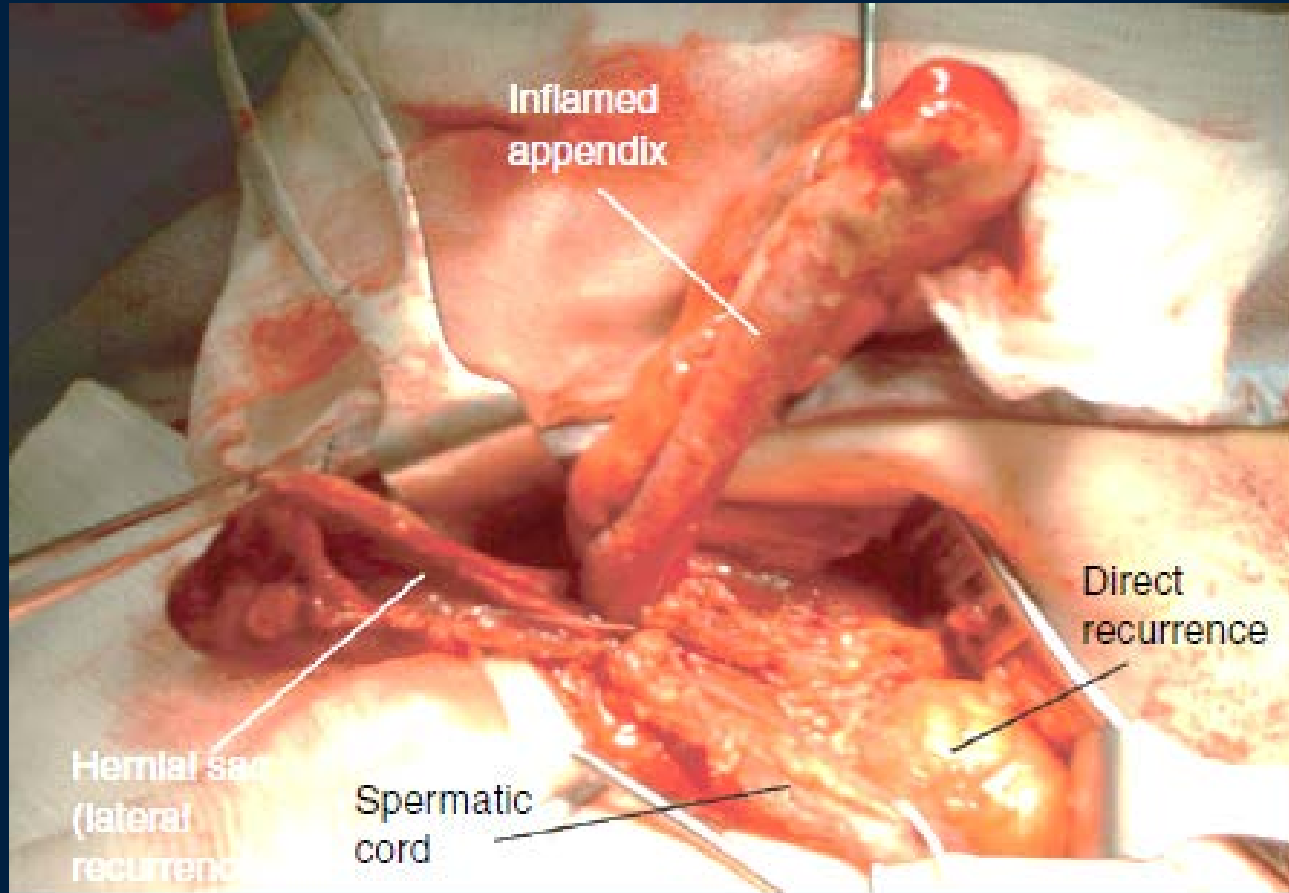
Hernia Littré



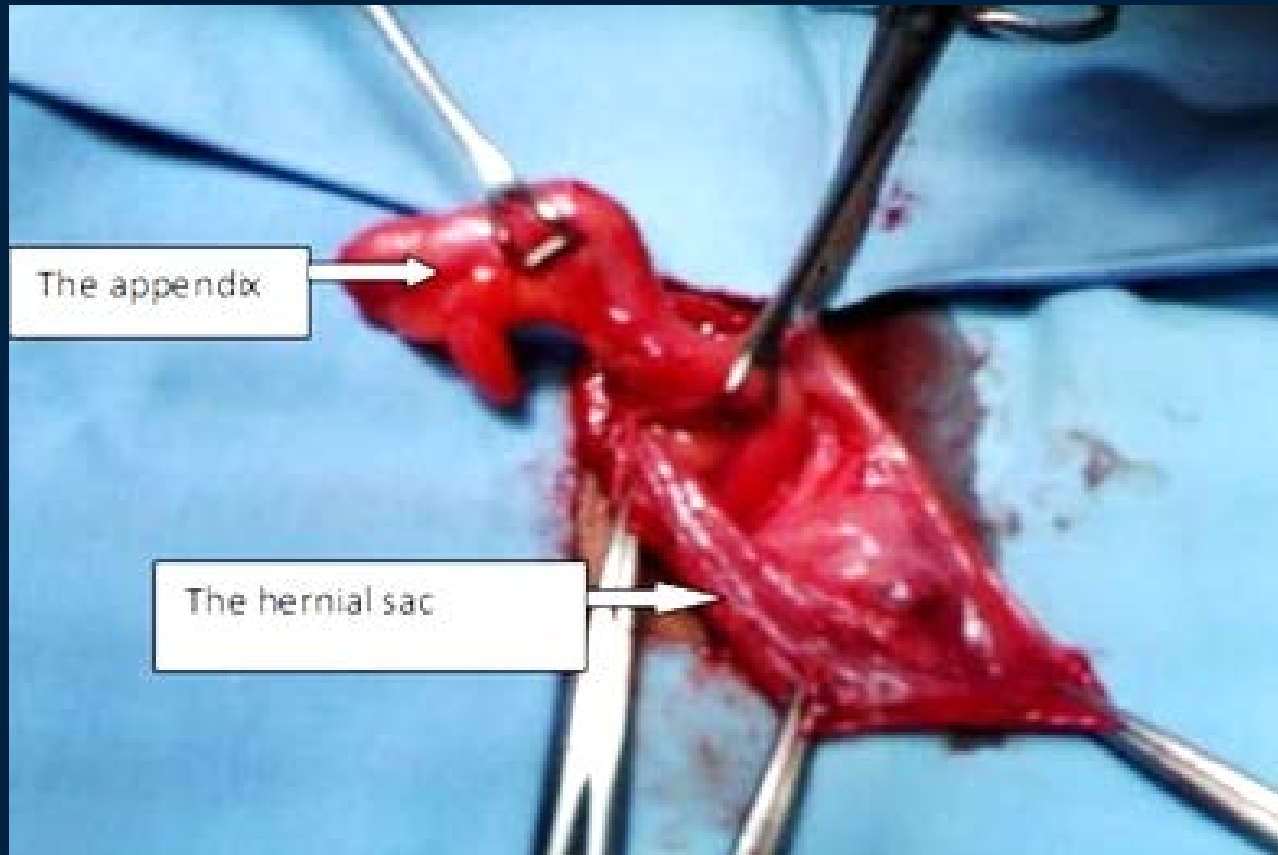
Hernia Maydl



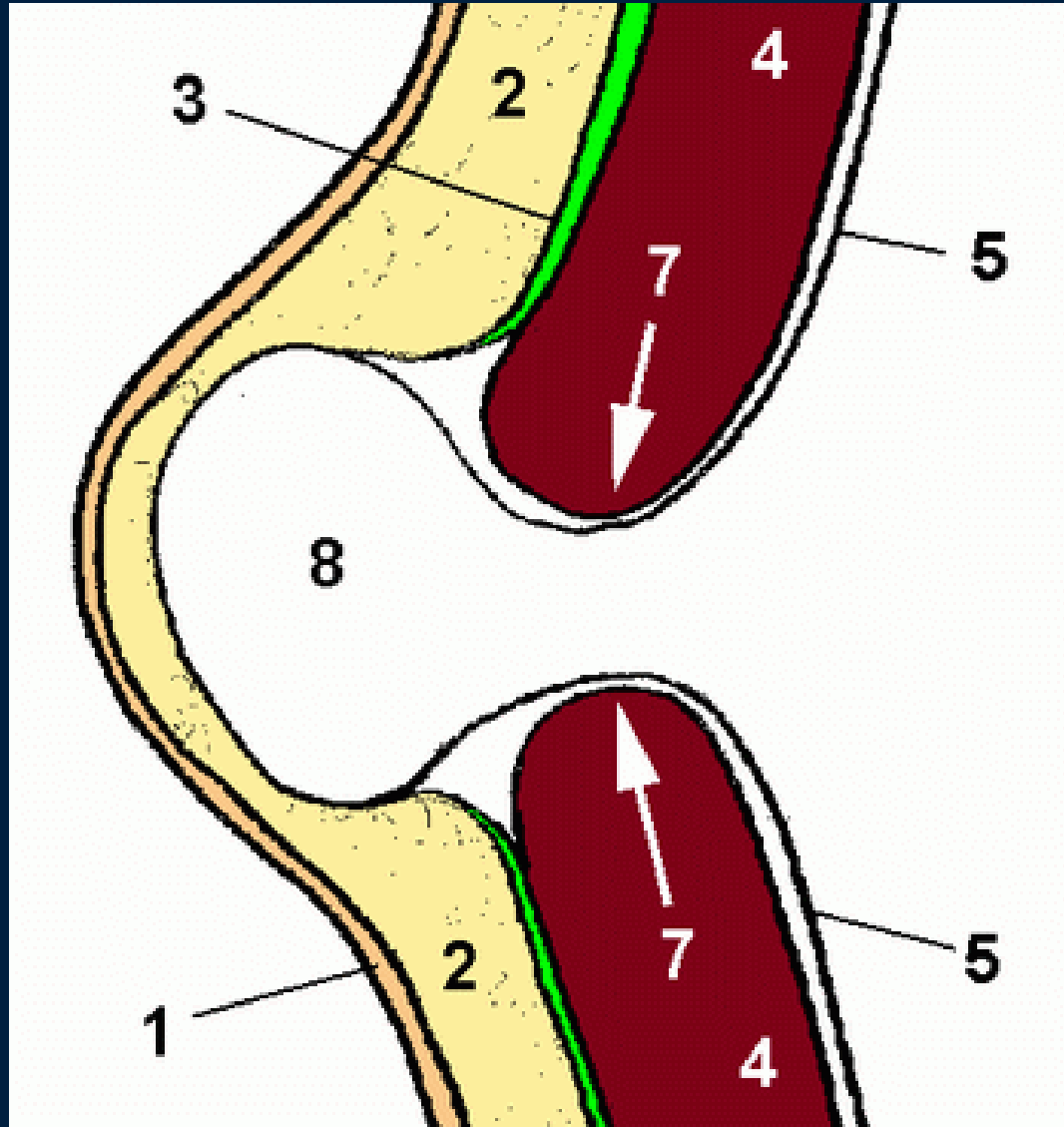
Hernia Amyand



Hernia Garengeot



Hernia Brock



Semnele strangulării

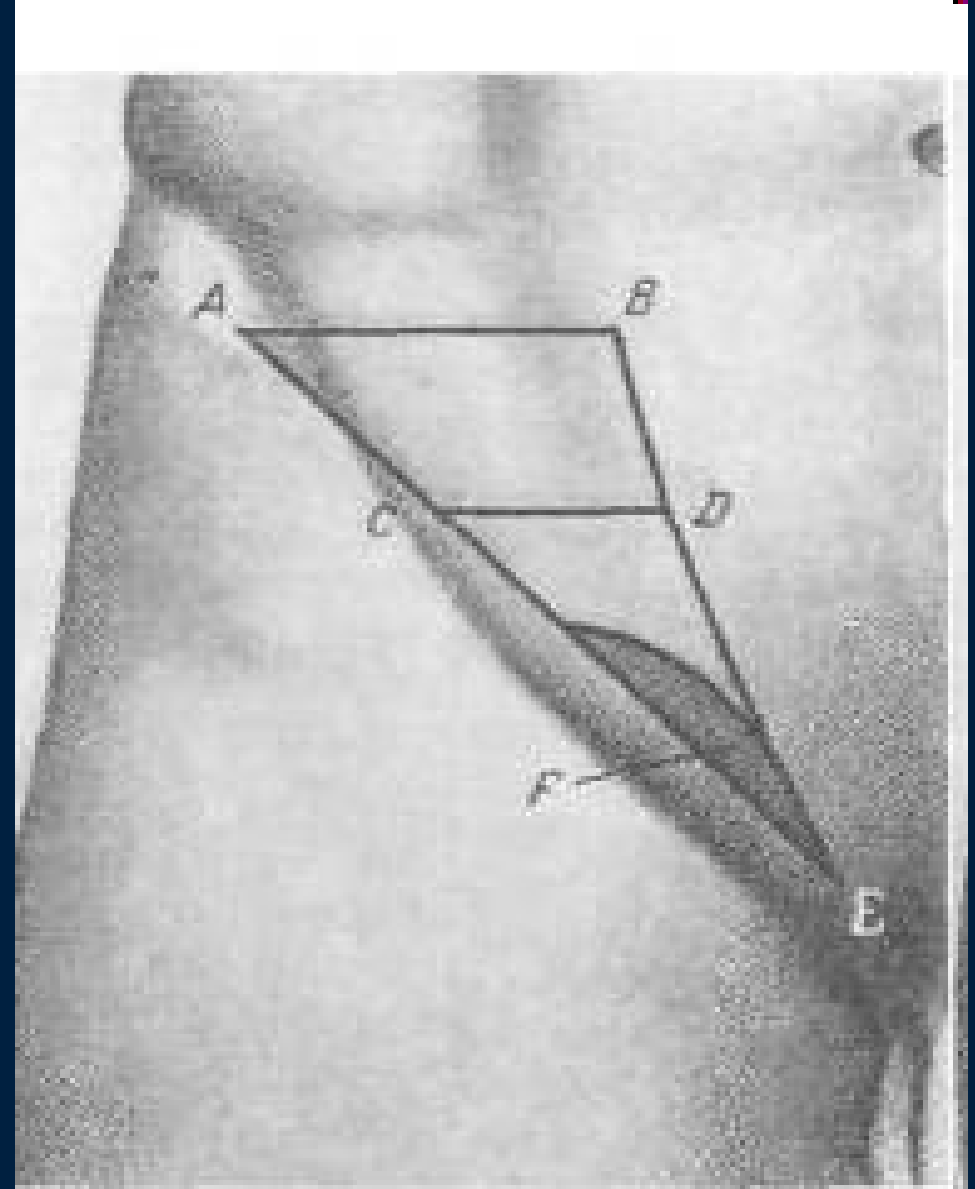
1. Durere bruscă, violentă în regiunea herniei
2. Creșterea rapidă a volumului herniei și încordarea tegumentelor
3. Ireductibilitatea fulgerătoare a herniei

Aforismul lui Mondor

« În fiecare caz de ocluzie intestinală să fie examinate porțile herniare în căutarea herniilor strangulate »

HERNIILE INGHINALE

Sunt situate în
triunghiului
Venglovski
CDE



CLASIFICAREA HERNIILOR INGINALE

INDIRECTĂ (OBLICĂ) ȘI DIRECTĂ

OBLICĂ POATE FI :

1.CĂPĂTATĂ

2.CONGENITALĂ

DIRECTĂ POATE FI:

1.NUMAI CĂPĂTATĂ

CLASIFICAREA HERNIILOR INGINALE

Aceasta clasificare se face in functie de raportul defectului herniar cu vasele epigastrice inferioare. Hernia inghinala care se dezvoltă lateral de vasele epigastrice inferioare reprezintă hernia inghinala indirecta (oblică), iar hernia care se dezvoltă medial de vasele epigastrice inferioare reprezintă hernia inghinala directa.

Clasificarea herniilor peretelui abdominal inferior după Nyhus

Tipul I – hernie congenitală oblică externă prin persistența canalului peritoneo-vaginal, cu orificiul inghinal profund normal

Tipul II – hernie oblică externă (indirectă) cu perete posterior inghinal normal, dar cu orificiu inghinal profund dilatat

Tipul III – cu defect al peretelui posterior; are trei subtipuri:

III A – hernie inghinală directă, cauzată de slăbirea fasciei transversalis

III B – hernie inghinală oblică externă dobândită, cu orificiu inghinal profund dilatat și defect al peretelui posterior

III C – hernie femurală

Tipul IV – hernie recidivantă (A = directă, B = indirectă (oblică), C = femurală, D = altele).

Clasificarea EHS (European Hernia Society) a herniilor

0 = n-a fost depistată

1 = <1,5 cm (un deget)

2 = <3 cm (două degete)

3 = > 3 cm (mai mult de două degete)

x = n-a fost examinată

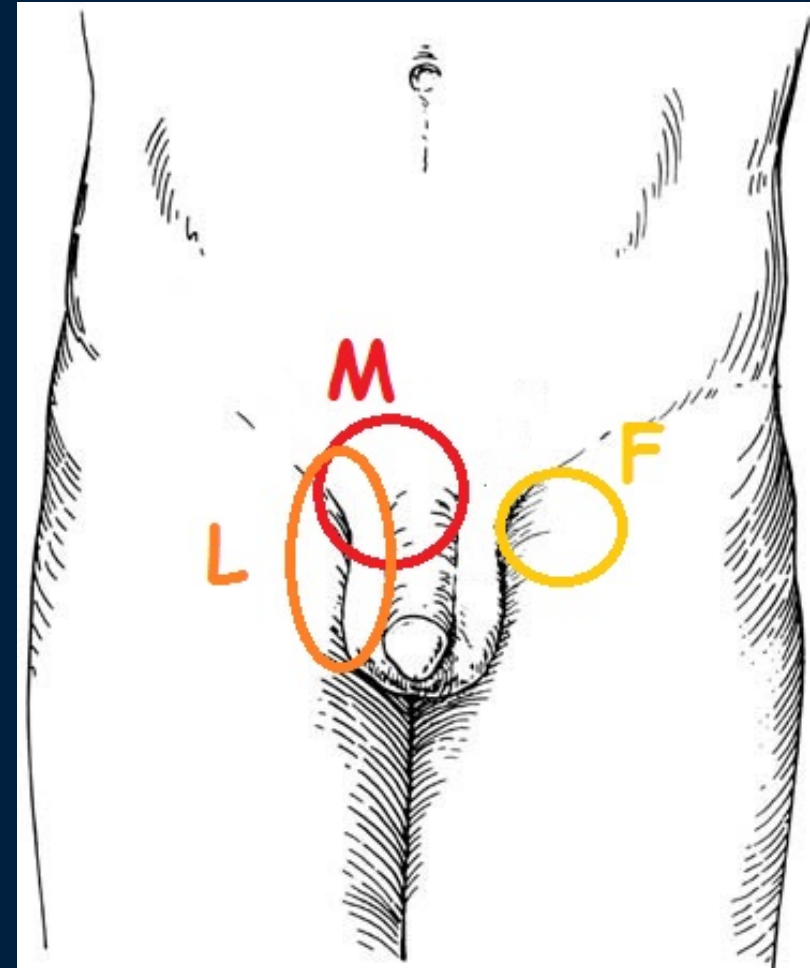
L = hernie laterală / indirectă

M = hernie medială / directă

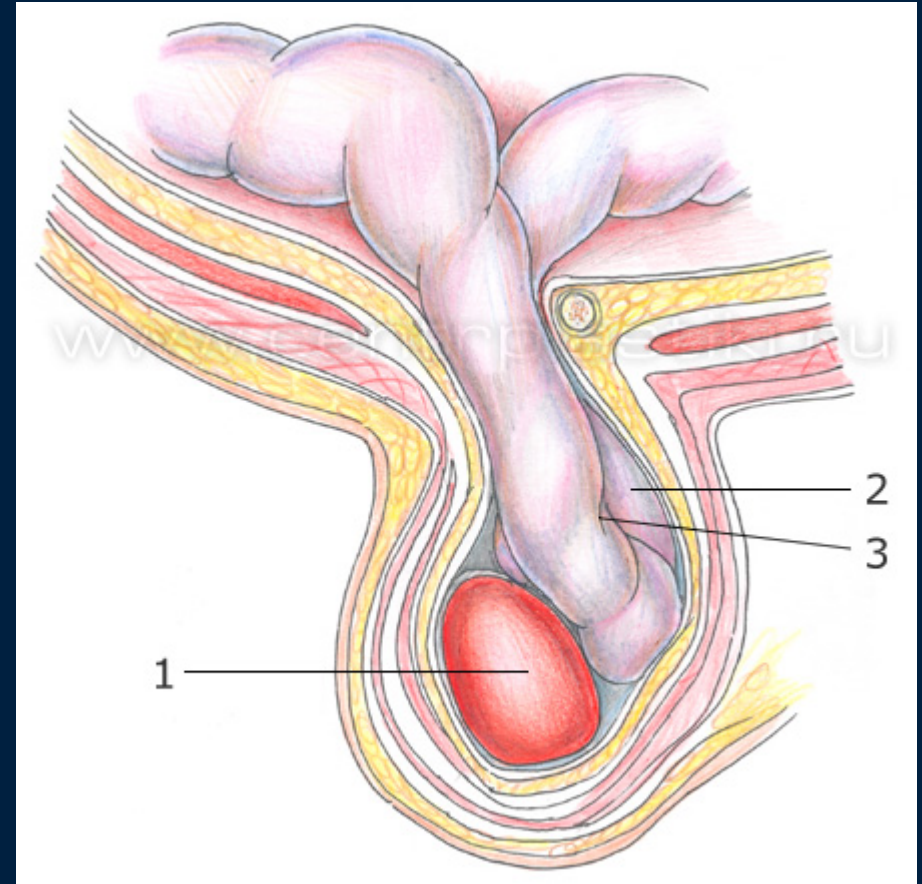
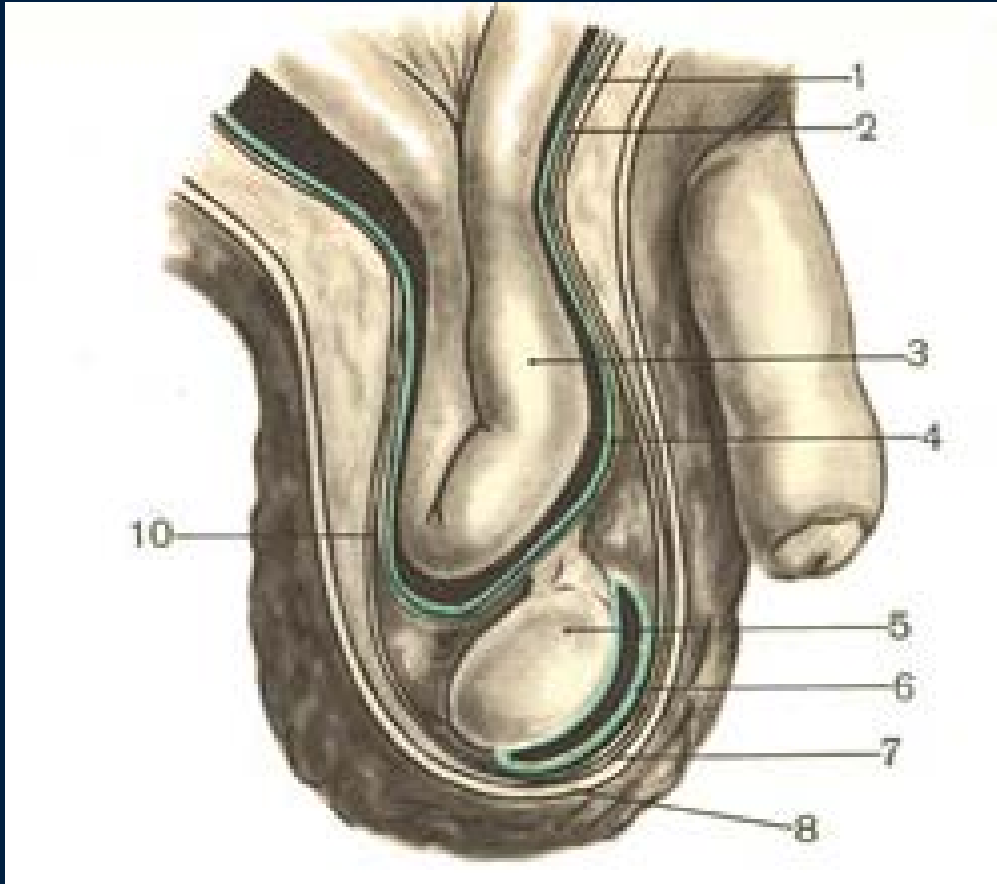
F = hernie femurală

P - primară

R - recidivantă

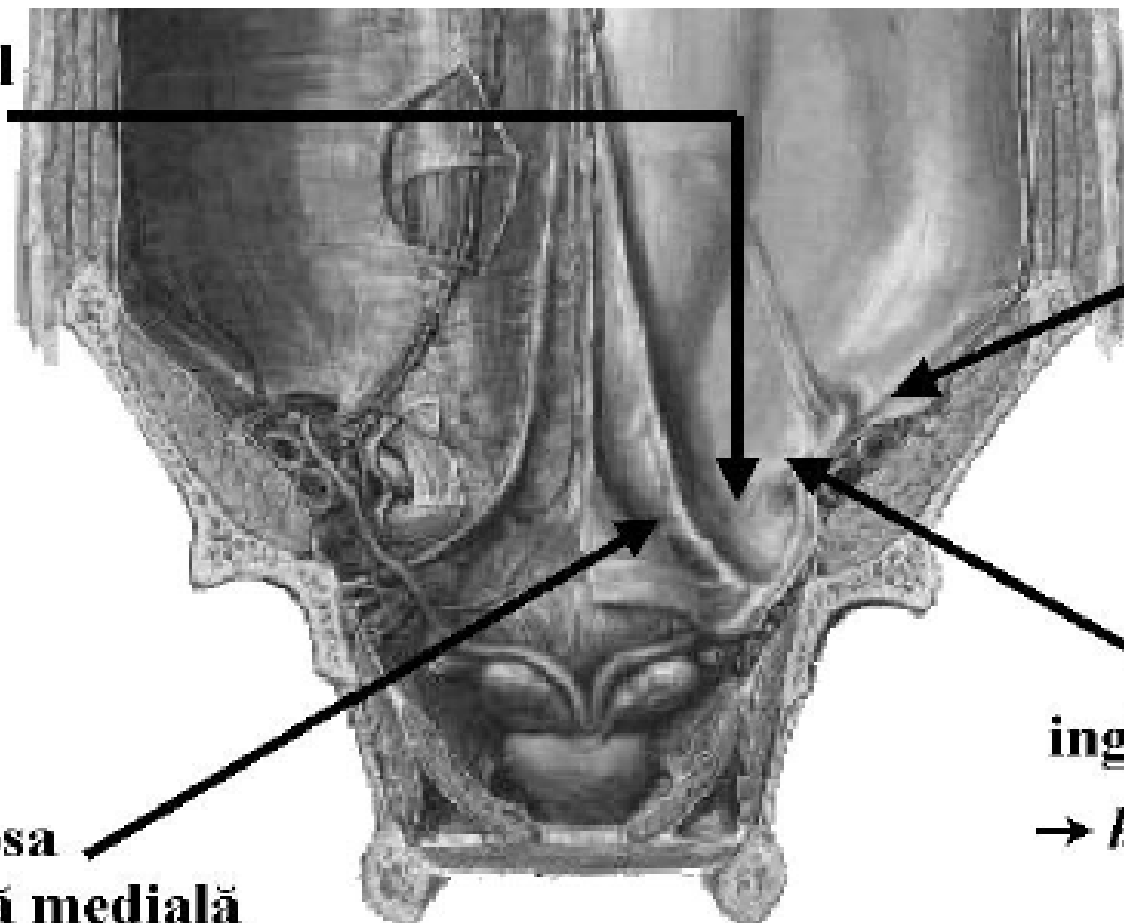


Hernii căpătate(câștigate) și congenitale



HERNIILE INGHINALE

ligamentul
inghinal



fosa inghinală
laterală

→ *hernii oblice
externe*

fosa
inghinală mijlocie

→ *hernii directe*

fosa
inghinală medială

→ *hernii oblice
interne*

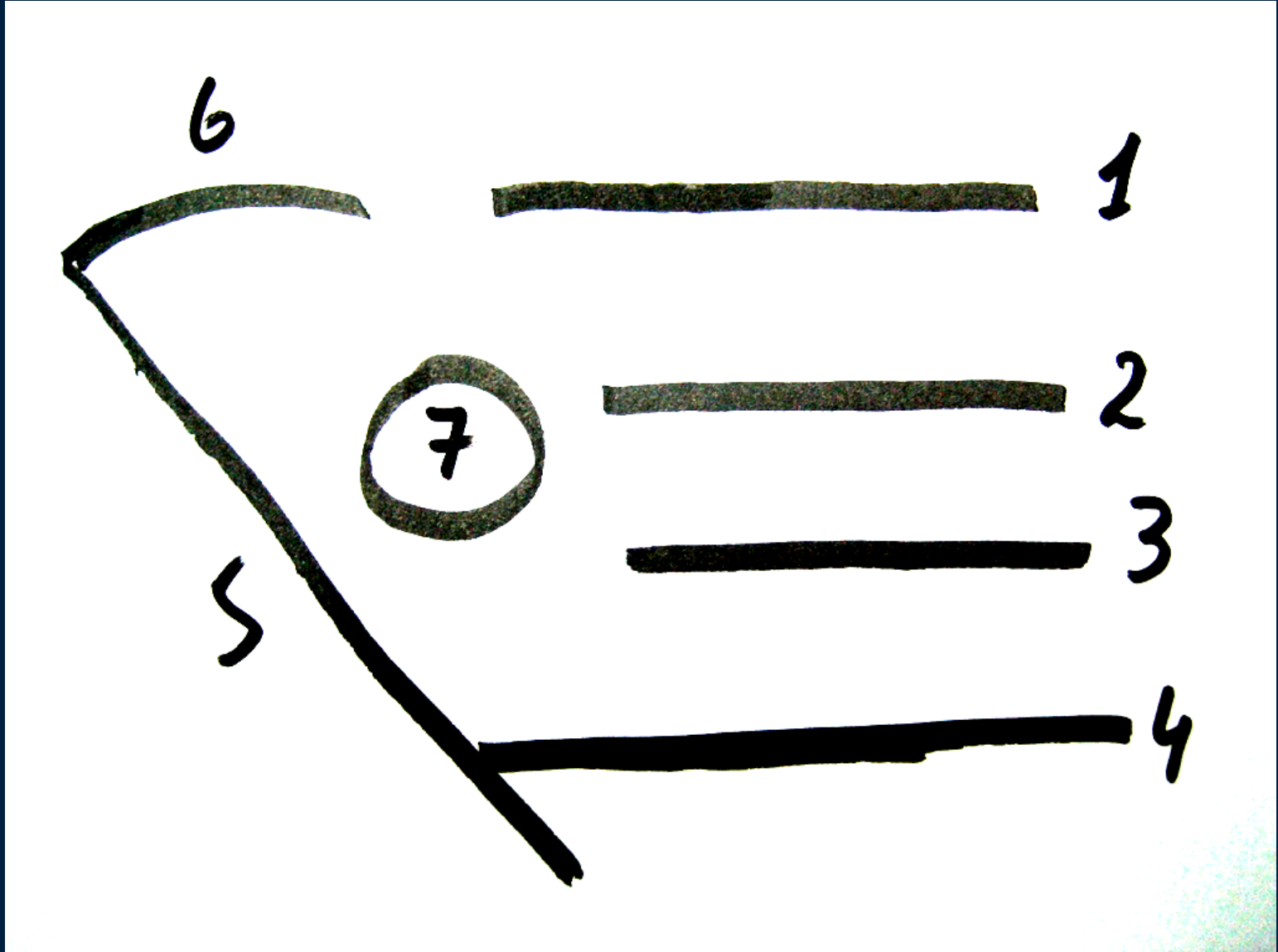
HERNIILE INGHINALE OBLICE

Canalul inghinal are un traiect oblic între straturile musculo-aponevrotice parietale și este străbătut de funiculul spermatic la bărbat și de ligamentul rotund al uterului la femeie

HERNIILE INGINALE

**Canalul inghinal are
4 pereți și 2-ă orificii**

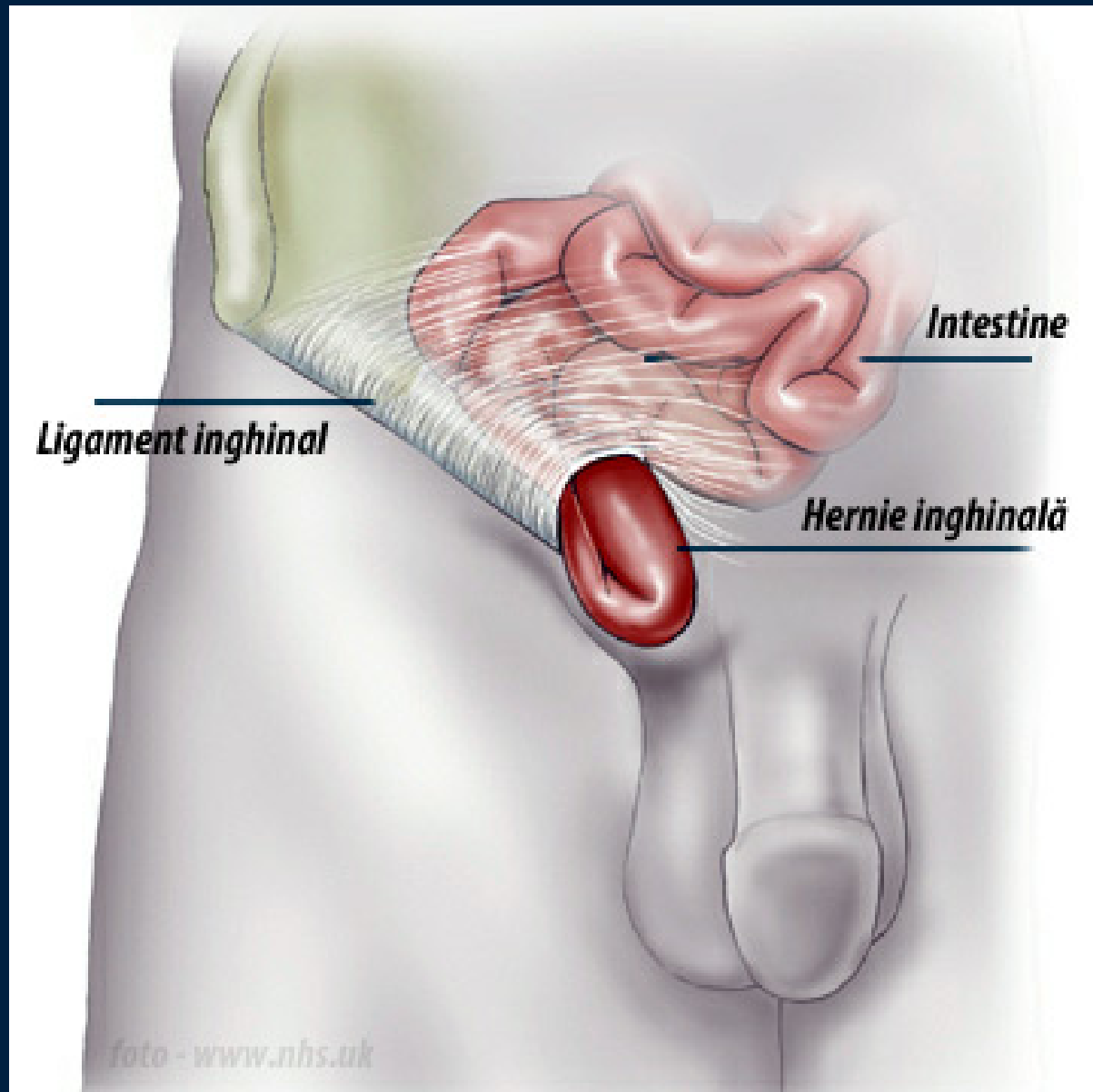
ANATOMIA CANALULUI INGHINAL



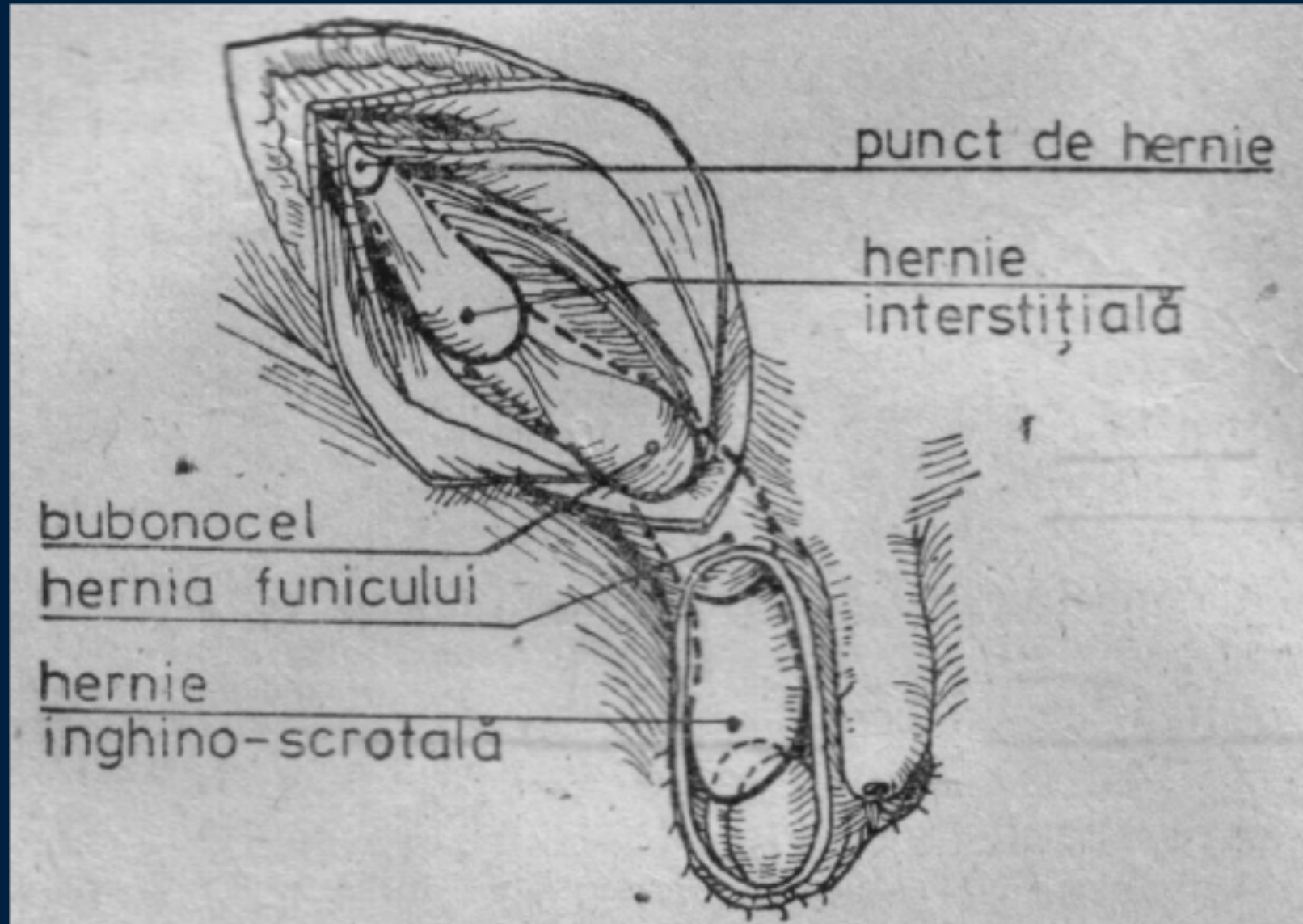
ANATOMIA CANALULUI INGHINAL

1. Peretele anterior - format de aponevroza mușchiului oblic extern abdominal (1 și 6)
2. Peretele inferior - ligamentul inghinal Poupart (5)
3. Peretele superior - marginile inferioare ale mușchilor oblic intern și transvers ai abdomenului (2 și 3)
4. Peretele posterior - fascia transversală, care prezintă două structuri de întărire: ligamentul lui Henle și ligamentul lui Hasselbach, țesutul preperitoneal, peritoneul parietal (4)

HERNIA INGHINALĂ OBLICĂ



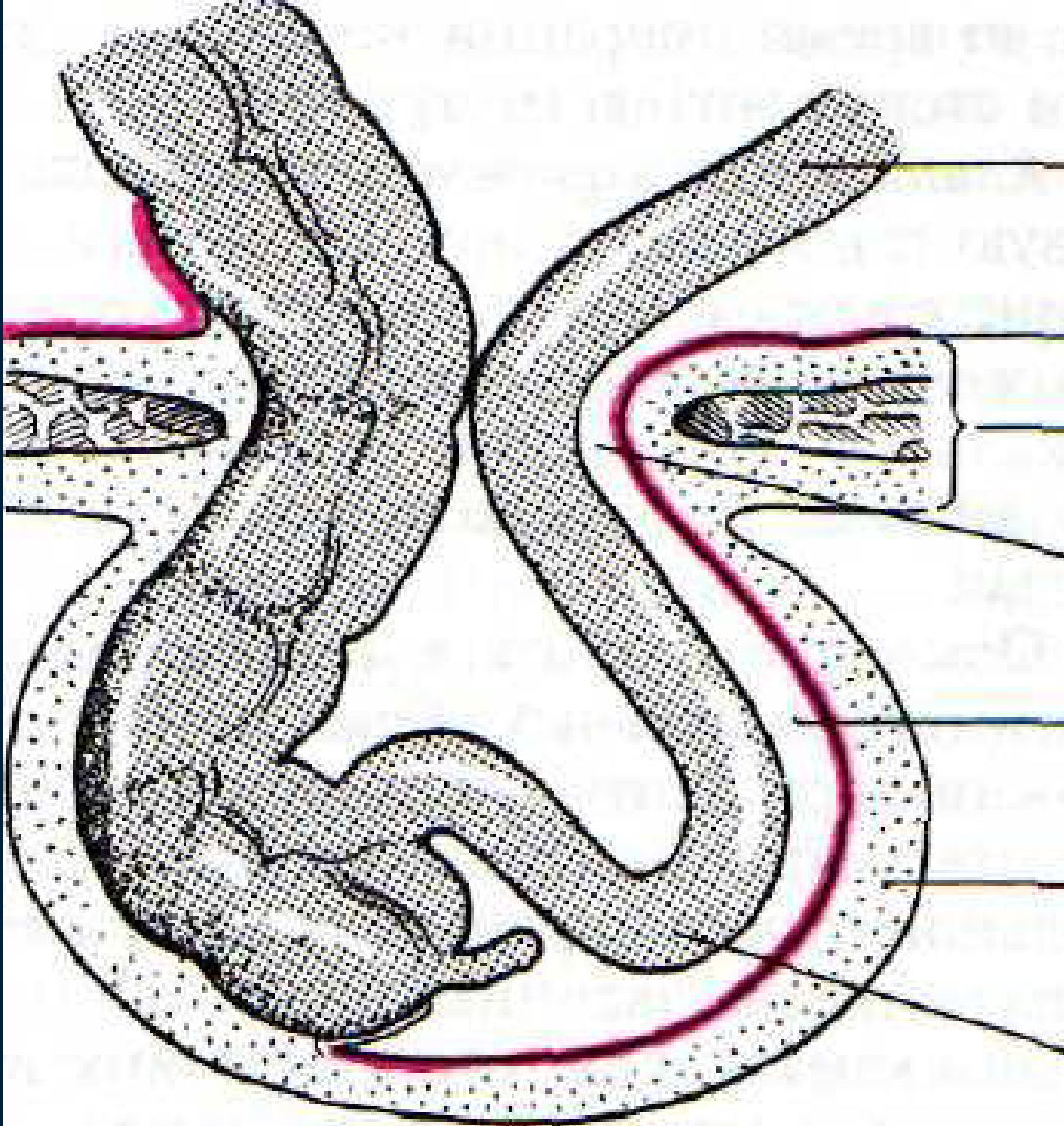
PERIOADELE HERNIEI INGHINALE OBLICE



HERNIA INGHINALĂ DIRECTĂ

- SE FORMEAZĂ LA NIVELUL FOSETEI INGHINALE MEDII
- ESTE O “HERNIE DE SLĂBICIUNE”
- SACULUI SE AFLĂ MEDIAL DE ARTERA EPIGASTRICĂ
- HERNIA TRECE NUMAI PRIN ORIFICIUL EXTERN AL CANALULUI INGHINAL
- HERNIA ESTE ROTUNDĂ , NU COBOARĂ NICI ODATĂ ÎN SCROT, NU POATE FI CONGENITALĂ, RAR STRANGULEAZĂ, MAI DES ESTE BILATERALĂ

HERNIA INGHINALĂ PRIN CLIVAJ (PRIN ALUNECARE)



Vezica urinară

Cecul

Colonul ascendent

Colonul descendent

PARTICULARITĂȚILE HERNIEI PRIN CLIVAJ

DIAMETRU MARE A PORȚII HERNIENE

FORMĂ ROTUNDĂ A HERNIEI

SINDROMUL MICȚIUNII REPETATE

CONSTIPAȚII

Pentru diagnosticare se cere
cistografia, irigografia

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL HERNIILOR INGHINALE

SE PETRECE :

ÎNTRE HERNIA INGHINALĂ DIRECTĂ ȘI CEA OBLICĂ,
CU HIDROCELUL, VARICOCELUL, TUMORILE DE
TESTICUL, TESTICULUL ECTOPIC, HERNIA FEMURALĂ,
CHISTUL ȘI LIPOMUL CORDONULUI SPERMATIC,
ABCESUL RECE

HERNIILE FEMURALE

Herniile femurale apar mai frecvent la femei, sunt mici, dureroase și se complică frecvent prin strangulare

Sacul herniar ajunge la nivelul coapsei (in triunghiul Scarp), sub linia Malgaigne

HERNIA FEMURALĂ

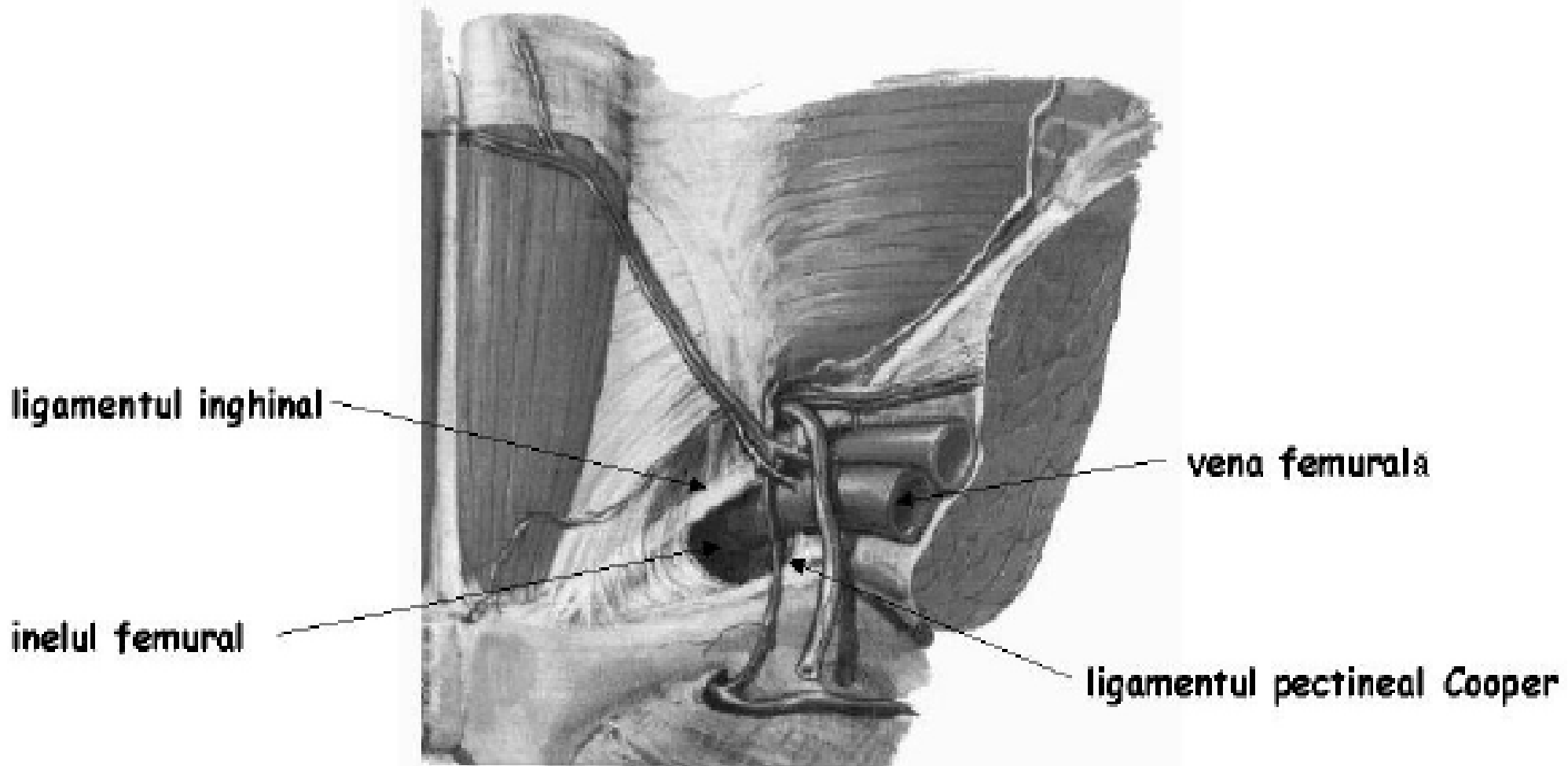
APARE MAI JOS DE LIGAMENTUL PUPART

TRECE PRIN ORIFICIUL INTERN AL CANALULUI FEMURAL FORMAT :

- ANTERIOR DE LIGAMENTUL PUPART
- POSTERIOR DE RAMURA ORIZONTALĂ A PUBISULUI ACOPERITĂ DE LIGAMENTUL COOPER
- MEDIAL DE LIGAMENTUL LACUNAR GIMBERNAT
- LATERAL DE VENA FEMURALĂ

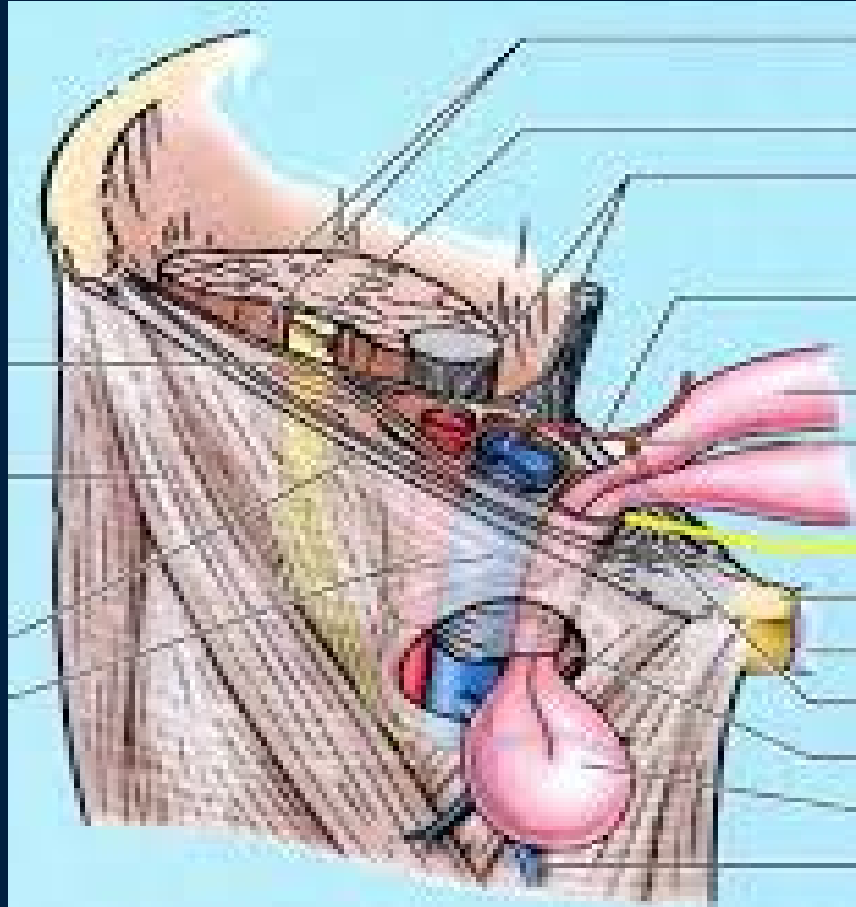
SACUL HERNIAR TRECÂND PRIN CANALUL FEMURAL (IN NORMĂ LIPSEȘTE) ESE PRIN FOSA OVALĂ (ORIFICIUL EXTERN) ACOPERITĂ DE GANGLIONUL LIMFATIC CLOCQET - PIROGOV -ROSENMULLER

HERNIA FEMURALĂ



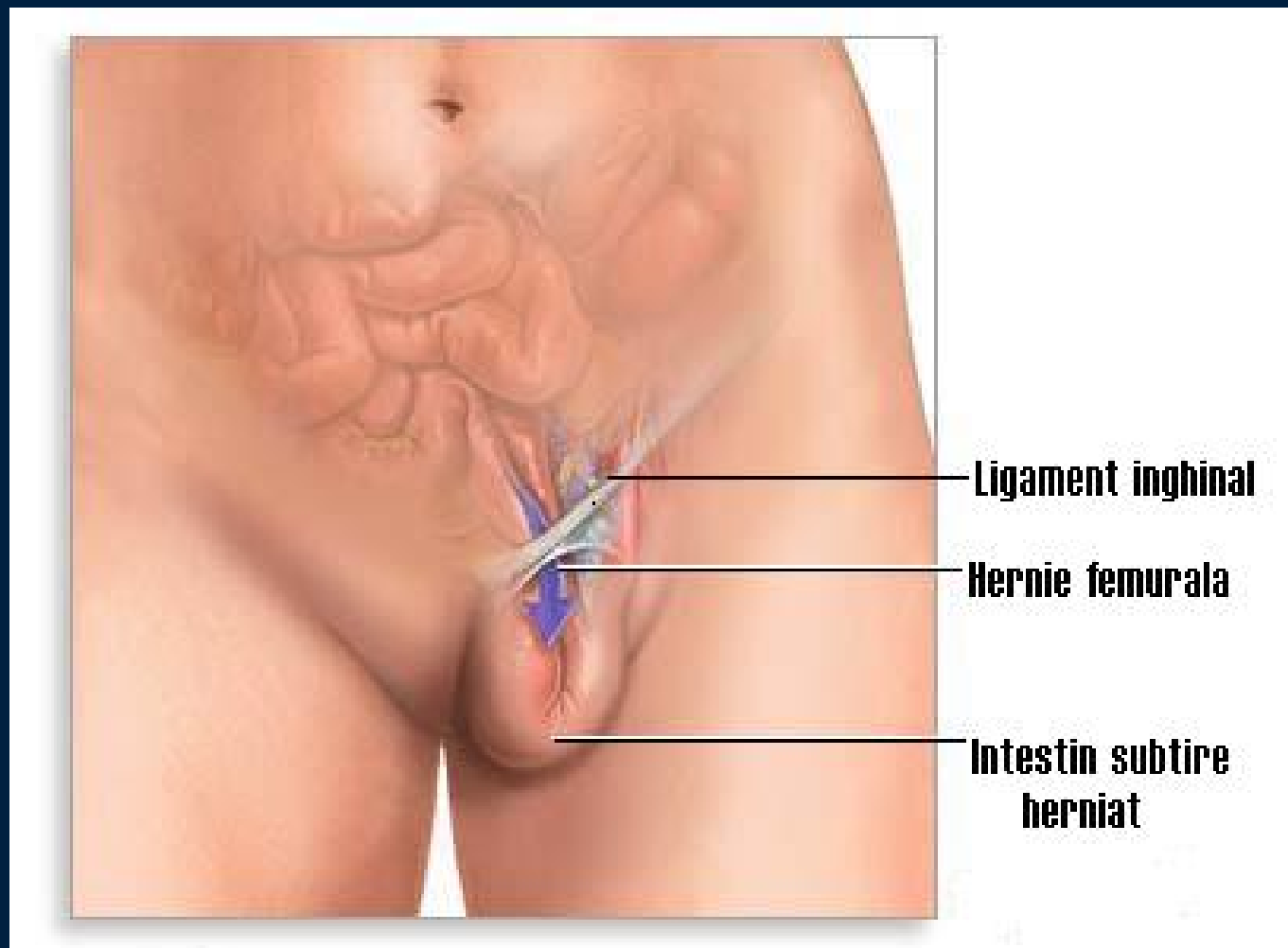
HERNIA HESELBACH – PRIN LACUNA MUSCULARĂ

HERNIA FEMURALĂ



Catedra chirurgie nr.1 "Nicolae Anestiadi"

HERNIA FEMURALĂ



FEMEII / BĂRBAȚI - 5 : 1

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

SE PETRECE :

CU HERNIA INGHINALĂ, ADENOPATIA FOSEI OVALE (ADENOPATIA BANALĂ, LUESUL, METASTAZE ALE CANCERULUI ORGANELOR PELVIENE), DILATAȚIA AMPULARĂ (POSIBIL ȘI CU TROMBĂZĂ) A CROSEI VENEI SAFENE, ABCESUL RECE - POTTI

HERNIA OMBILICALĂ

Se întâlnesc 3 varietăți:

- Hernia ombilicală a nou-născutului (exomfalul sau omfalacelul)
- Hernia ombilicală a copilului
- Hernia ombilicală la adult, care în 80% este întâlnită la femeele obeze, cu multe sarcini, după 40 ani.

HERNIA OMBILICALĂ A NOU-NĂSCUTULUI



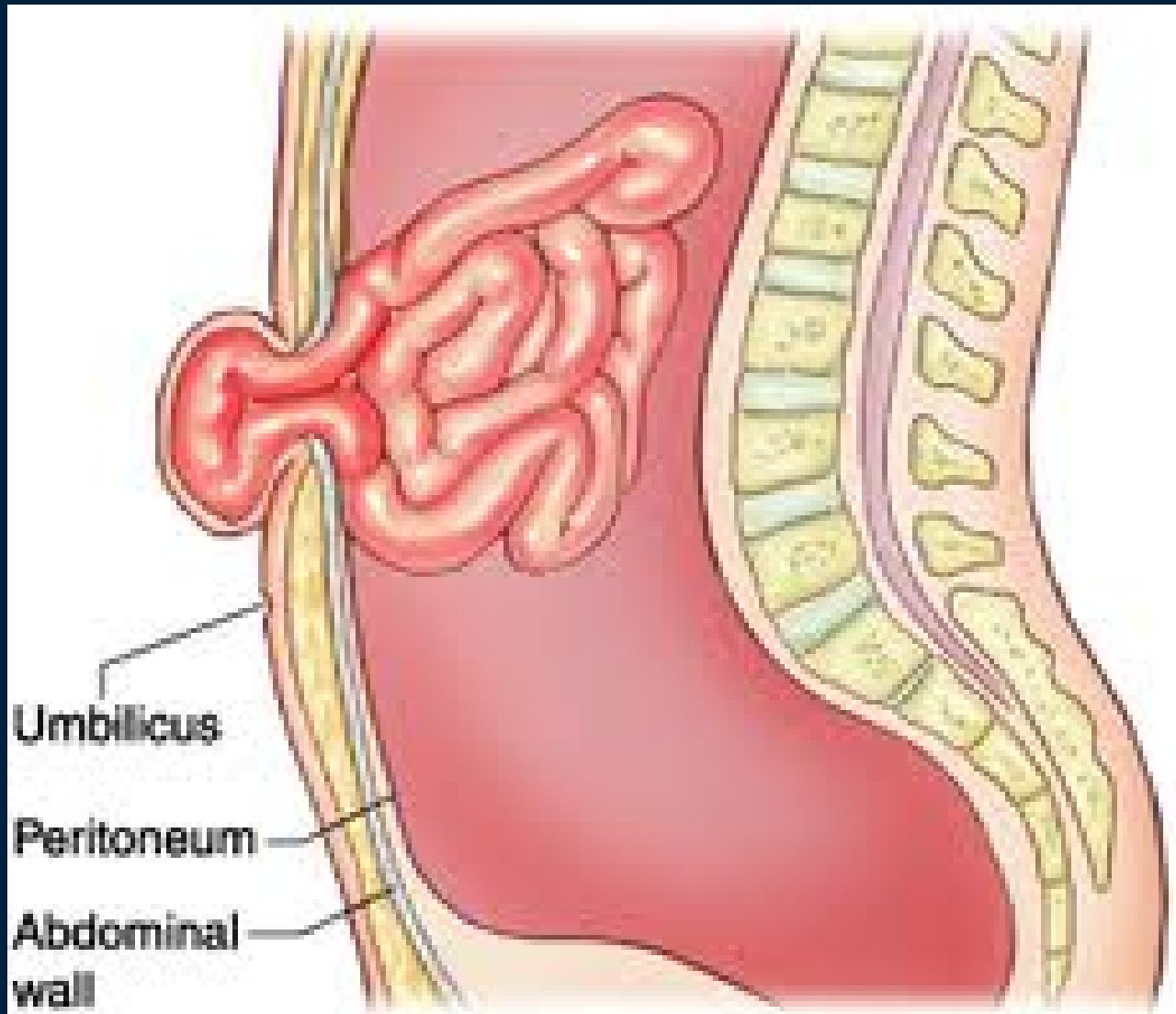
HERNIA OMBILICALĂ A COPILULUI



HERNIA OMBILICALĂ LA ADULT



HERNIA OMBILICALĂ



HERNIILE LINIEI ALBE

SUNT LOCALIZATE ÎN SPAȚIUL XIFO-OMBILICAL, DEACEIA SE MAI NUMESC HERNII SUPRAOMBILICALE SAU EPIGASTRICE

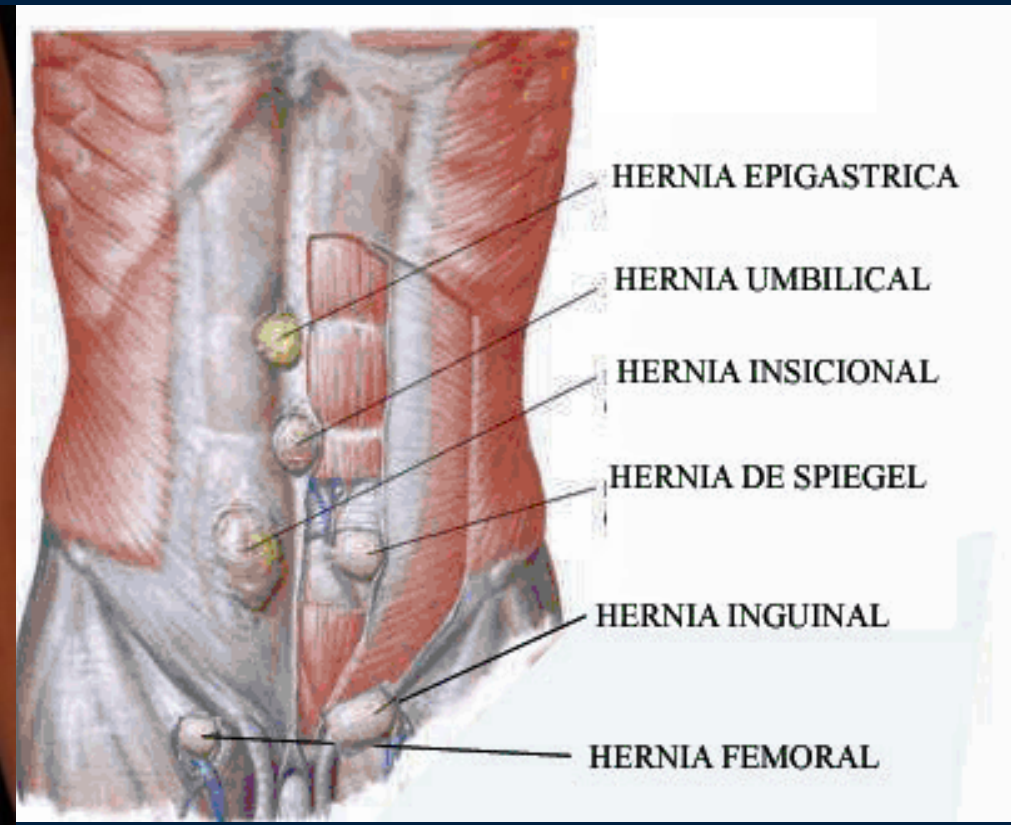
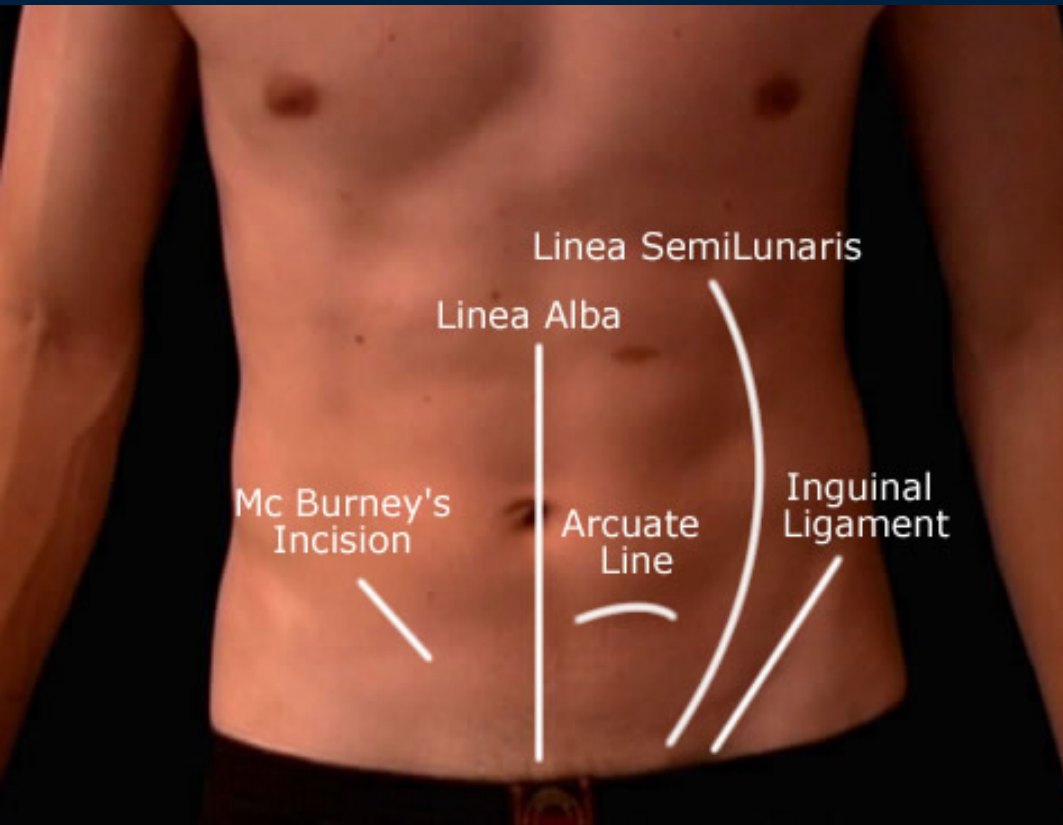
ÎN 94% SE ÎNTÂLNESC LA BĂRBAȚI

HERNIILE SUBOMBILICALE SUNT RARE, SITUATE LA 4 CM SUB OMBILIC – LINIA DUGLAS

ÎN 15% HERNIA EPIGASTRICĂ SE ASOCIAZĂ CU BOALA ULCEROASĂ

SIMPTOMUL MOURE-MARTIN-GREGOIRE ESTE PATOGNOMIC PENTRU HERNIA EPIGASTRICĂ

HERNIALE LINIEI ALBE



HERNIILE LINIEI ALBE



TRATAMENTUL HERNIILOR

1. TRATAMENT CONSERVATIV

2. TRATAMENT CHIRURGICAL

ÎN TRATAMENTUL CONSERVATIV ESTE UTILIZAT
BANDAJUL ORTOPEDIC ÎN CAZURILE CONTRAINDI-
CAȚIILOR SERIOASE

EXISTĂ 2 TIPURI DE BANDAJE : RIGIDE ȘI MOI

BANDAJELE RIGIDE SUNT UTILIZATE ÎN
HERNIILE INGHINALE ȘI OMBILICALE

BANDAJE RIGIDE



BANDAJELE RIGIDE UTILIZATE ÎN HERNIILE INGHINALE



BANDAJELE RIGIDE UTILIZATE ÎN HERNIILE OMBILICALE



BANDAJELE MOI (CORSET ABDOMINAL) SUNT UTILIZATE ÎN HERNIILE OMBILICALE, LINIEI ALBE, POSTOPERATORII ȘI RECIDIVANTE DE DIMENSIUNI MARI



TRATAMENTUL CHIRURGICAL

OPERAȚIA HERNIOTOMIE PREVEDE 3 ETAPE OPERATORII :

1. PUNEREA ÎN EVIDENȚĂ ȘI IZOLAREA SACULUI HERNIAR

2. DESCHIDEREA SACULUI, TRATAREA CONȚINUTULUI (REÂNTODUCEREA ÎN CAVITATEA ABDOMINALĂ, VISCEROLIZĂ, REZECȚIE DE EPIPLON SAU INTESTIN STRANGULAT NECROZAT Ș.A.)

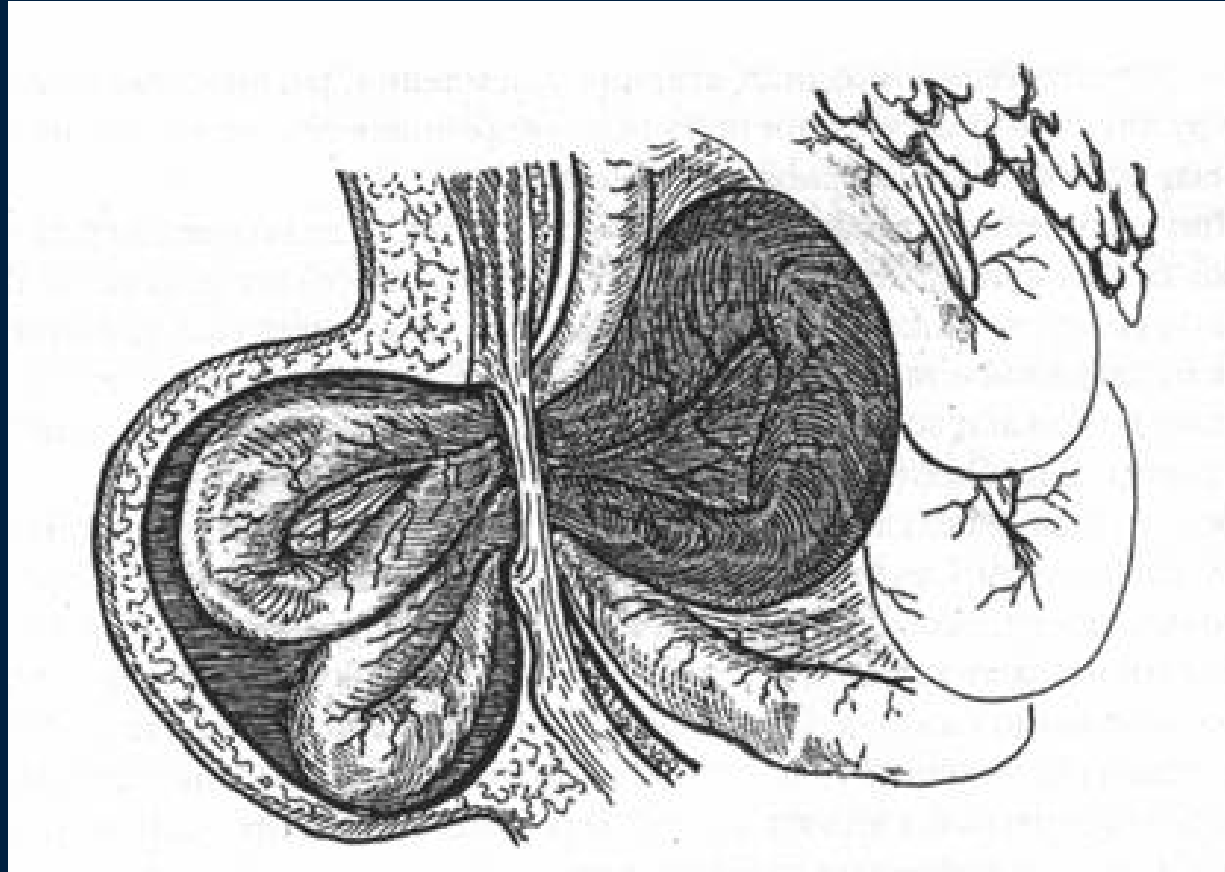
3. REFACEREA PERETELUI ABDOMINAL

PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI

ÎN HERNIA STRANGULATĂ :

1. DUPĂ DESCHIDEREA SACULUI HERNIAR ASISTENTUL FIXEAZĂ ANSA STRANGULATĂ, PÂNĂ LA INCIZIA INELULUI DE STRANGULARE, PENTRU A EVITA REPUNEREA SINESTĂTĂTOARE A EI ÎN ABDOMEN

PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI



ÎN HERNIA STRANGULATĂ ÎN FORMĂ DE “W”
SE VERIFICĂ STAREA ANSEI INTERMEDIARE

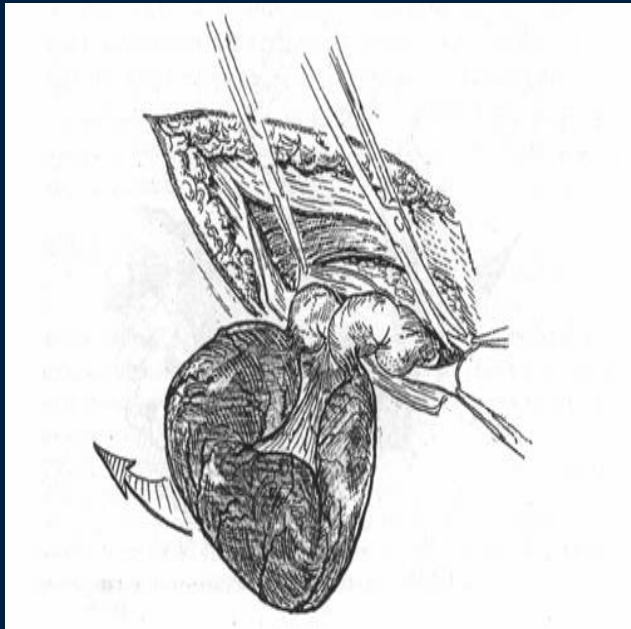
PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI

ÎN HERNIA STRANGULATĂ :

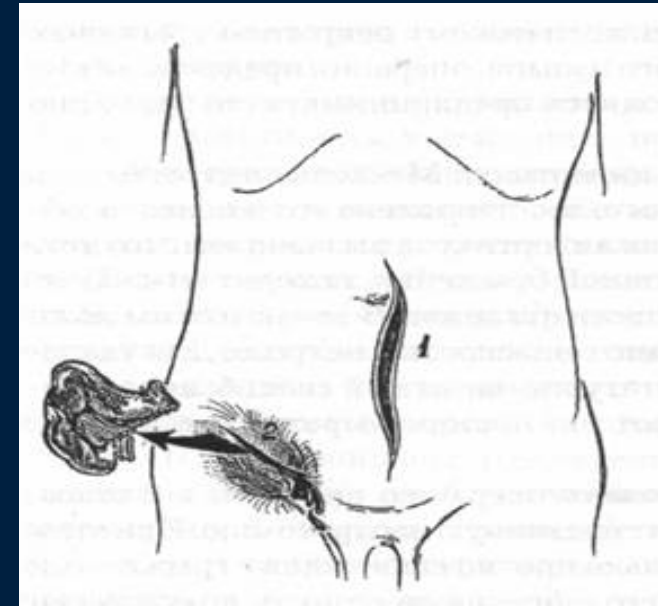
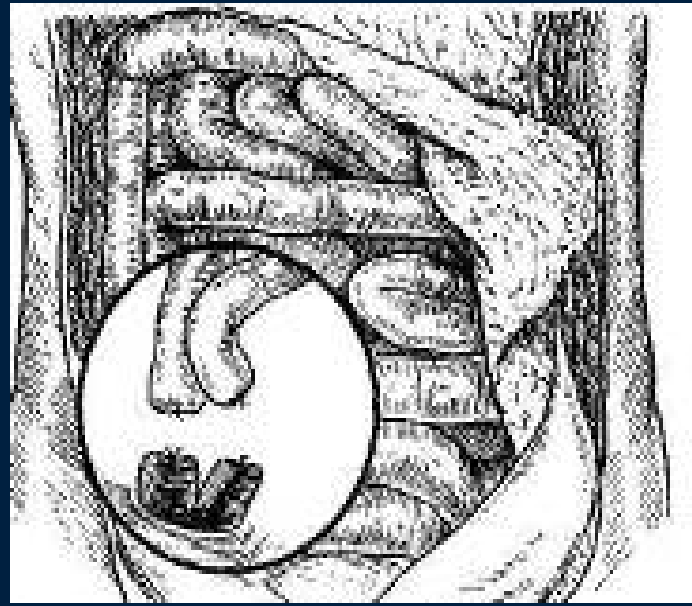
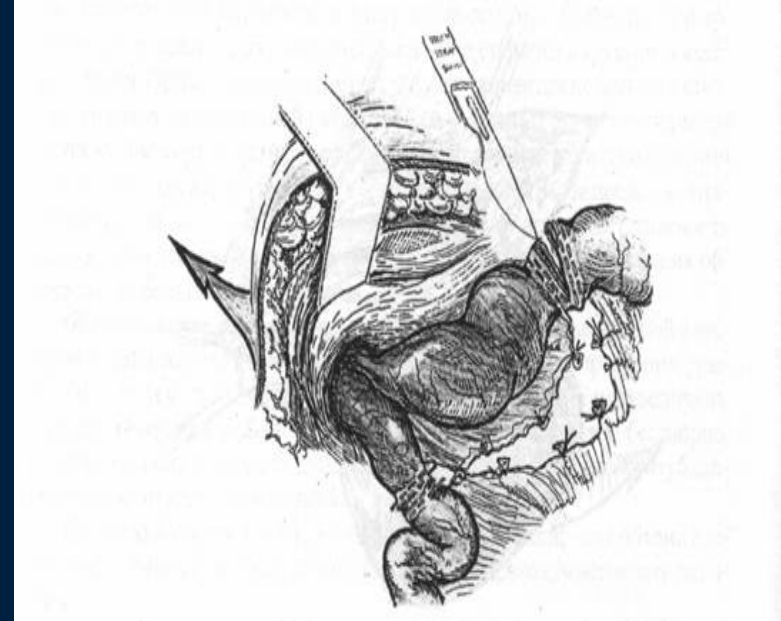
2. DACĂ SE CONSTATĂ NECROZA
INTESTINULUI ȘI PREZENȚA
FLEGMONULUI – SE RECURGE LA O
LAPOROTOMIE MEDIANĂ PENTRU
EFECTUAREA REZECȚIEI INTESTINULUI
ȘI APLICAREA ANASTAMOZEI

ÎN HERNIA STRANGULATĂ

A



B



PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI

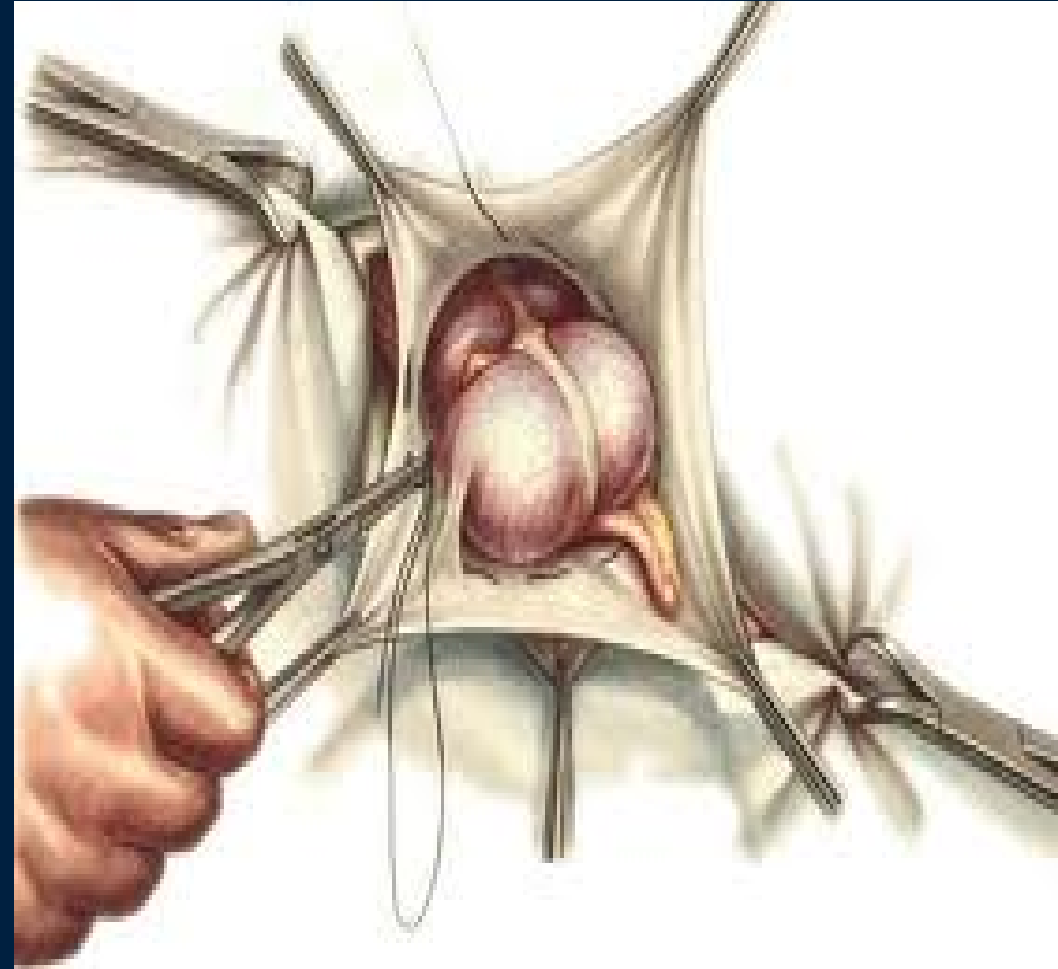
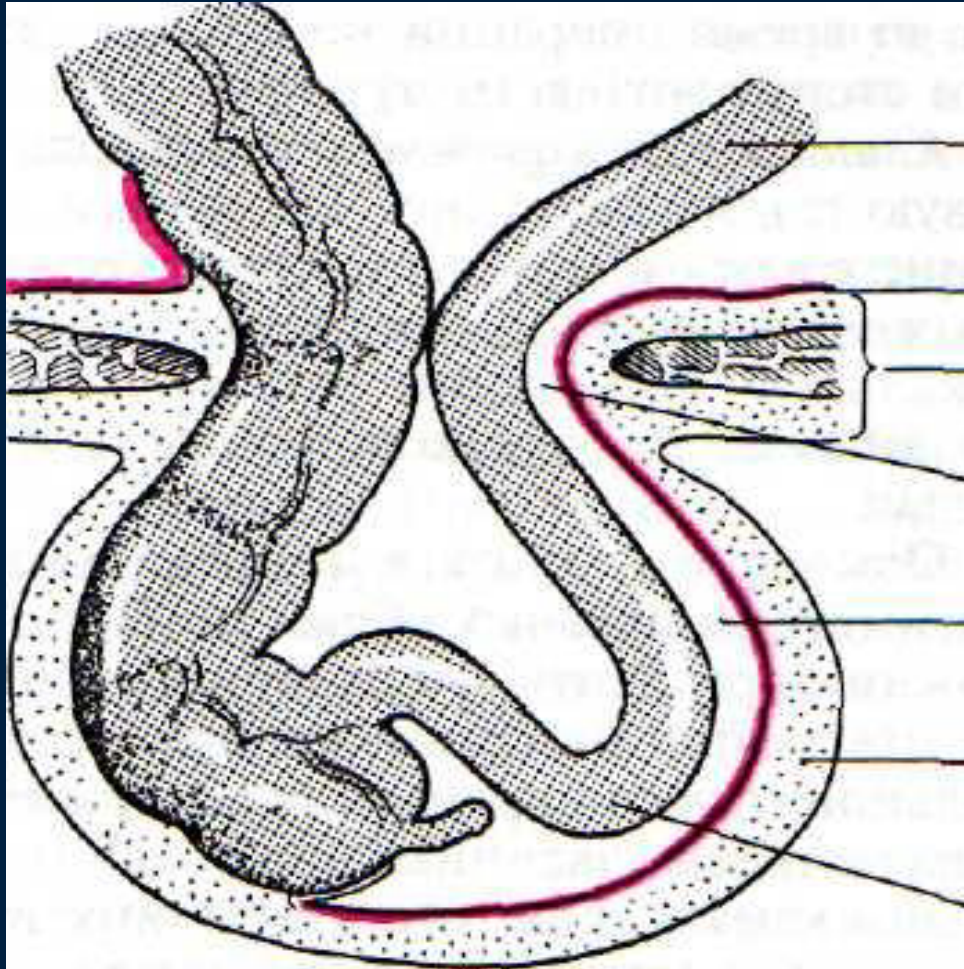
ÎN HERNIILE PRIN CLIVAJ

1. DUPĂ DESCHIDEREA SACULUI HERNIAR SE EFECTUEAZĂ REZECȚIA PARȚIALĂ A LUI ÎN PARTEA LIBERĂ, DEOARECE UNUL DIN PEREȚII SACULUI ESTE PREZENTAT DE CĂTRE ORGANUL ALUNECAT

2. SUTURAREA SACULUI RĂMAS SE EFECTUEAZĂ PRIN SUTURĂ ÎN PUNGĂ SAU CU FIRE SEPARATE. APOI ORGANUL HERNIAT SE ÎNTRODUCE ÎN CAVITATEA ABDOMINALĂ CU REFACEREA PERETELUI POSTERIOR AL CANALULUI INGHINAL

PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI

ÎN HERNIILE PRIN CLIVAJ



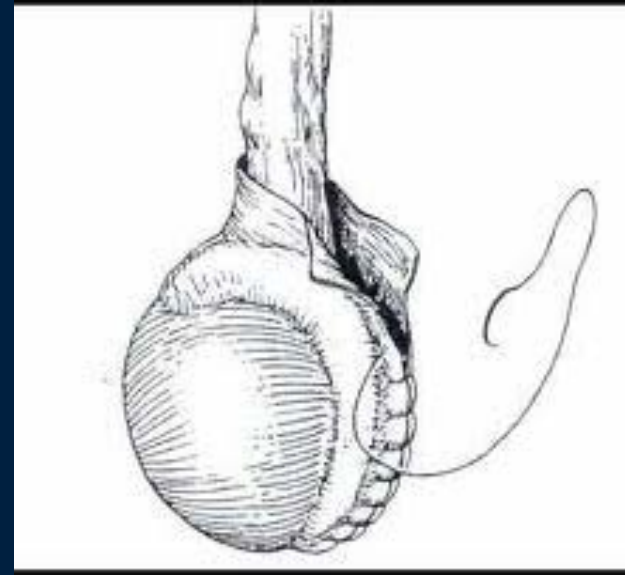
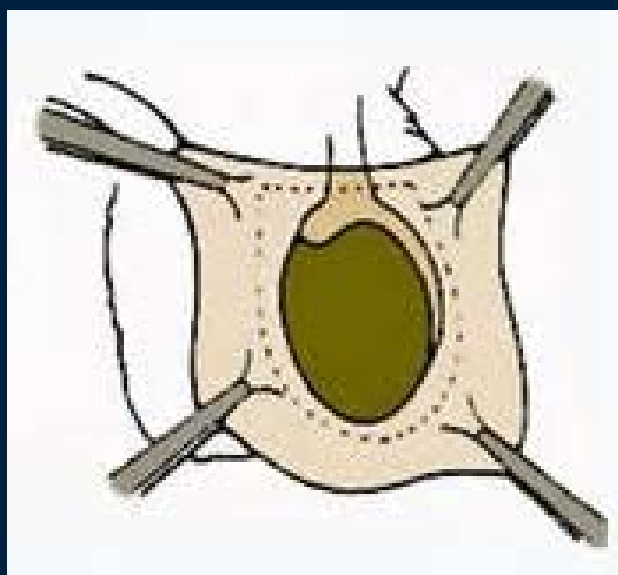
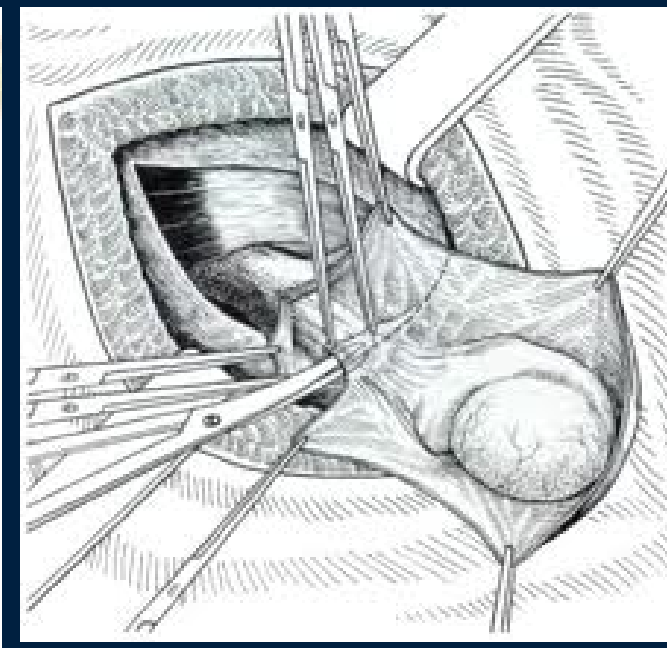
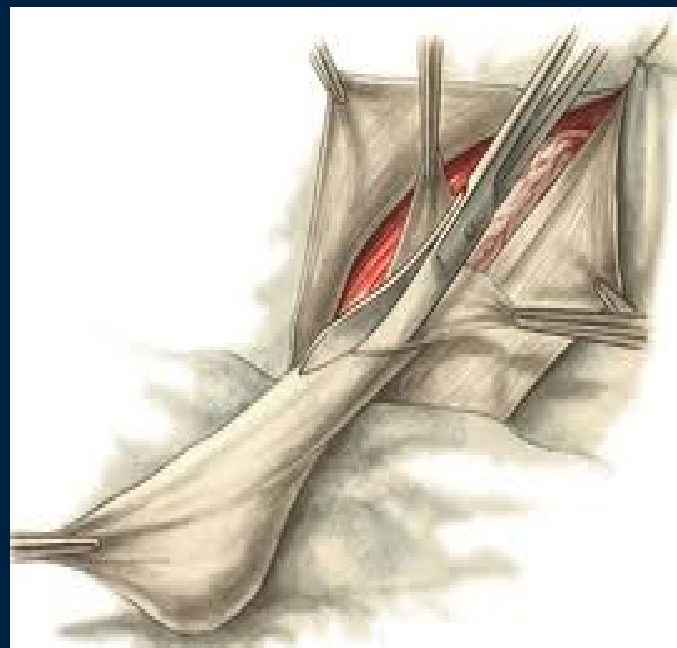
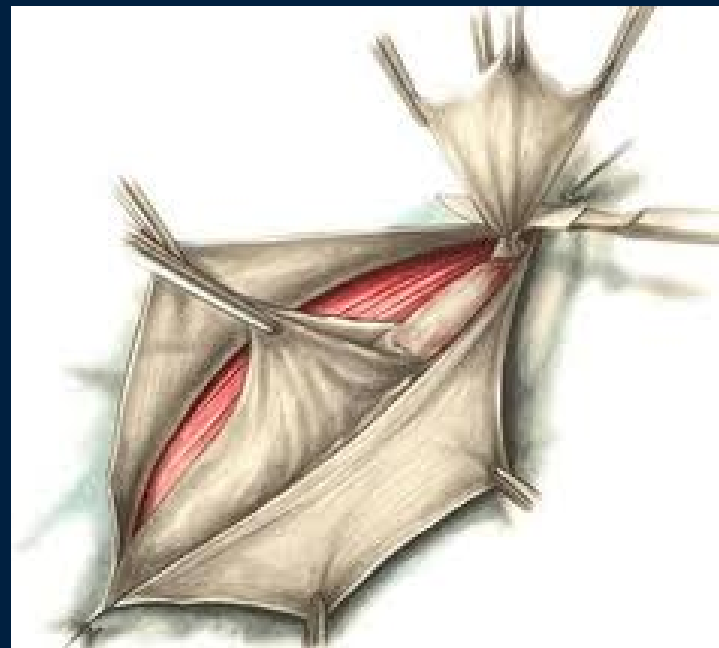
PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI

ÎN HERNIILE INGHINALE CONGENITALE

DUPĂ DESCHIDEREA ȘI INCIZIA CIRCULARĂ A SACULUI HERNIAR LA NIVELUL CORPULUI SE EFECTUEAZĂ MOBILIZAREA A CELOR DOUĂ PĂRȚI ALE LUI ÎN 2 DIRECȚII :

- PRIMA PARTE SPRE COL CU SUTURAREA, LEGĂTURAREA ȘI EXCIZIA LUI.
- A DOUA PARTE SPRE TESTICUL CU EXCIZIA LUI PÂNĂ LA TESTICUL. MARGINILE PERITONEULUI RĂMAS SE SUTUREAZĂ PE PARTEA DORSALĂ A TESTICULULUI (OPERAȚIA VINCHELMAN)

OPERAȚIA VINCHELMAN



PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI

ÎN HERNIILE VOLUMINOASE

SE CERE O PREGĂTIRE SPECIALĂ, DEOARECE REDUCEREA CONȚINUTULUI HERNIAR ÎN CAVITATEA ABDOMINALĂ PROVOACĂ ÎN PERIOADA POSTOPERATORIE IMEDIATĂ MARI DIFICULTĂȚI PENTRU SISTEMUL CARDIO-VASCULAR ȘI MAI ALES CEL RESPIRATOR.

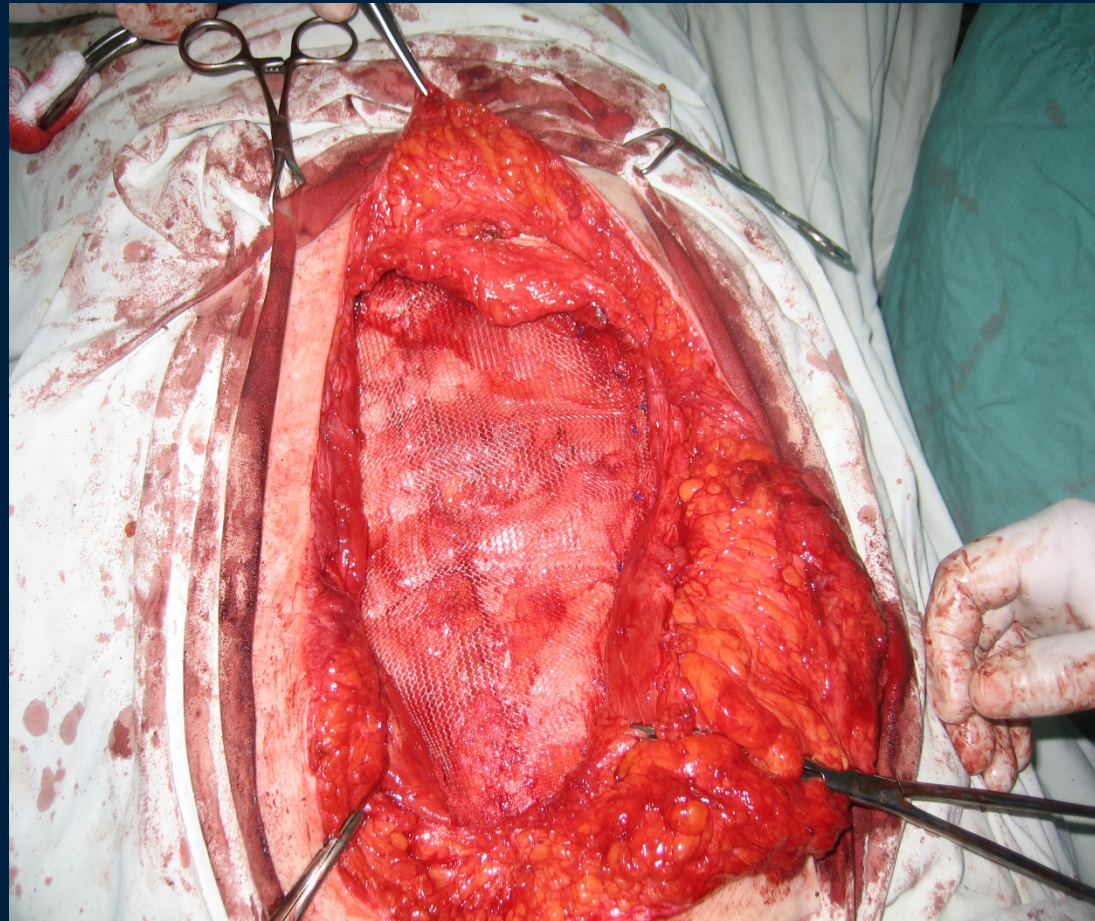
ÎN ACESTE CAZURI ESTE INDICAT APLICAREA UNUI BANDAJ PENTRU MENȚINEREA VISCERELOR ÎN CAVITATEA ABDOMINALĂ TIMP DE 2-3 SĂPTĂMÂNI

PARTICULARITĂȚILE HERNIOTOMIEI

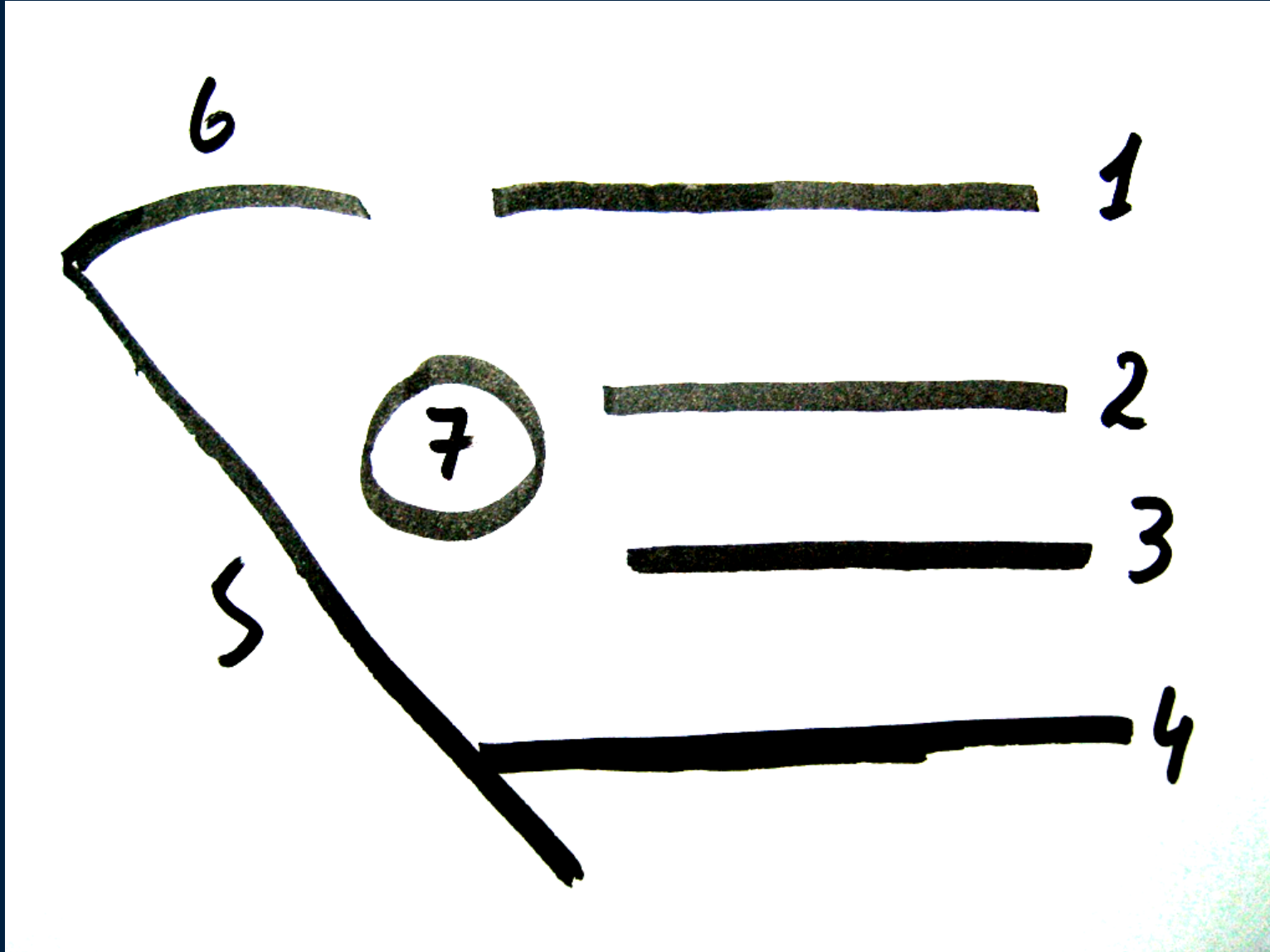
ÎN HERNIILE VOLUMINOASE



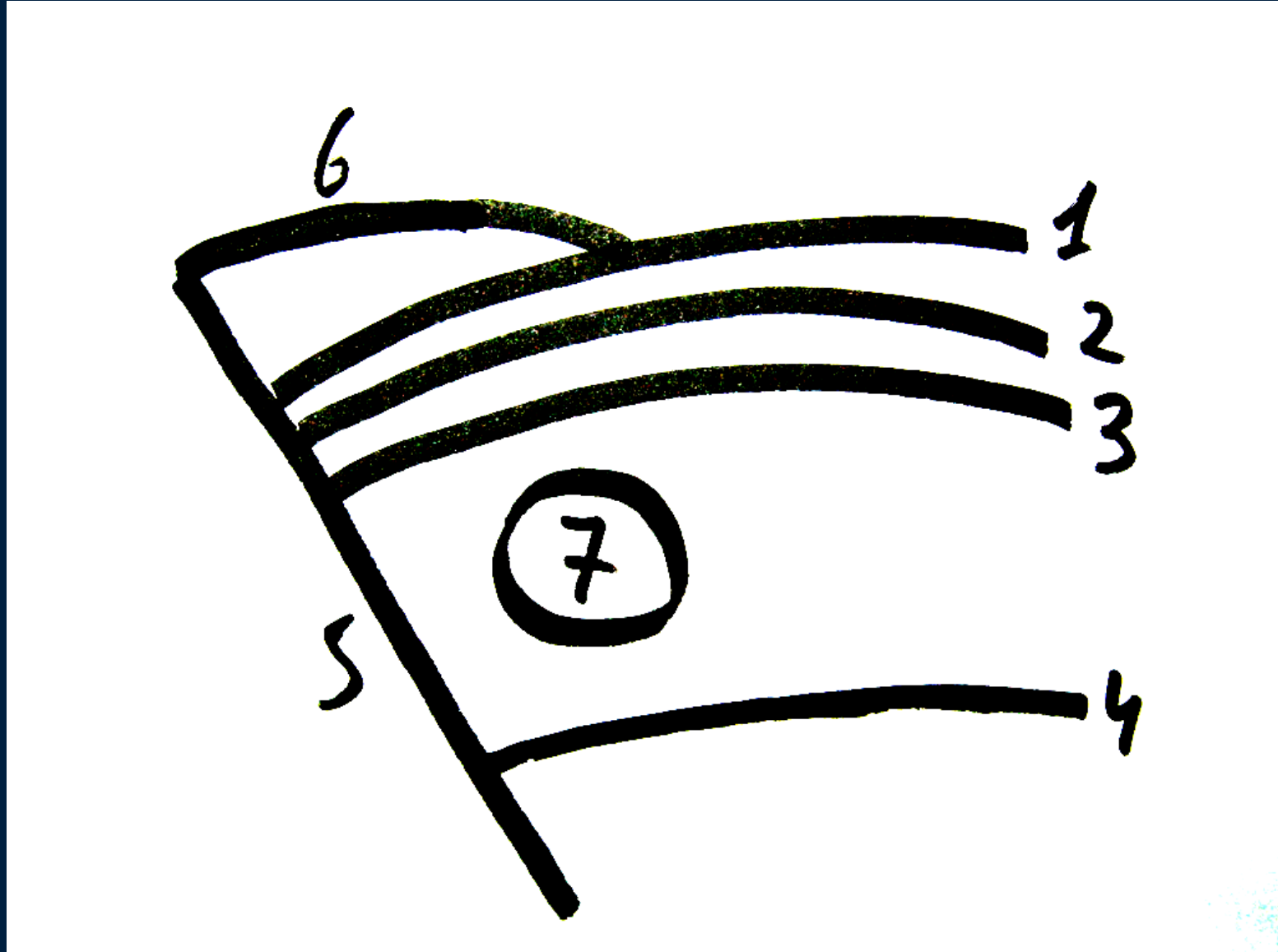
În herniile voluminoase se folosesc protezele polipropilenice



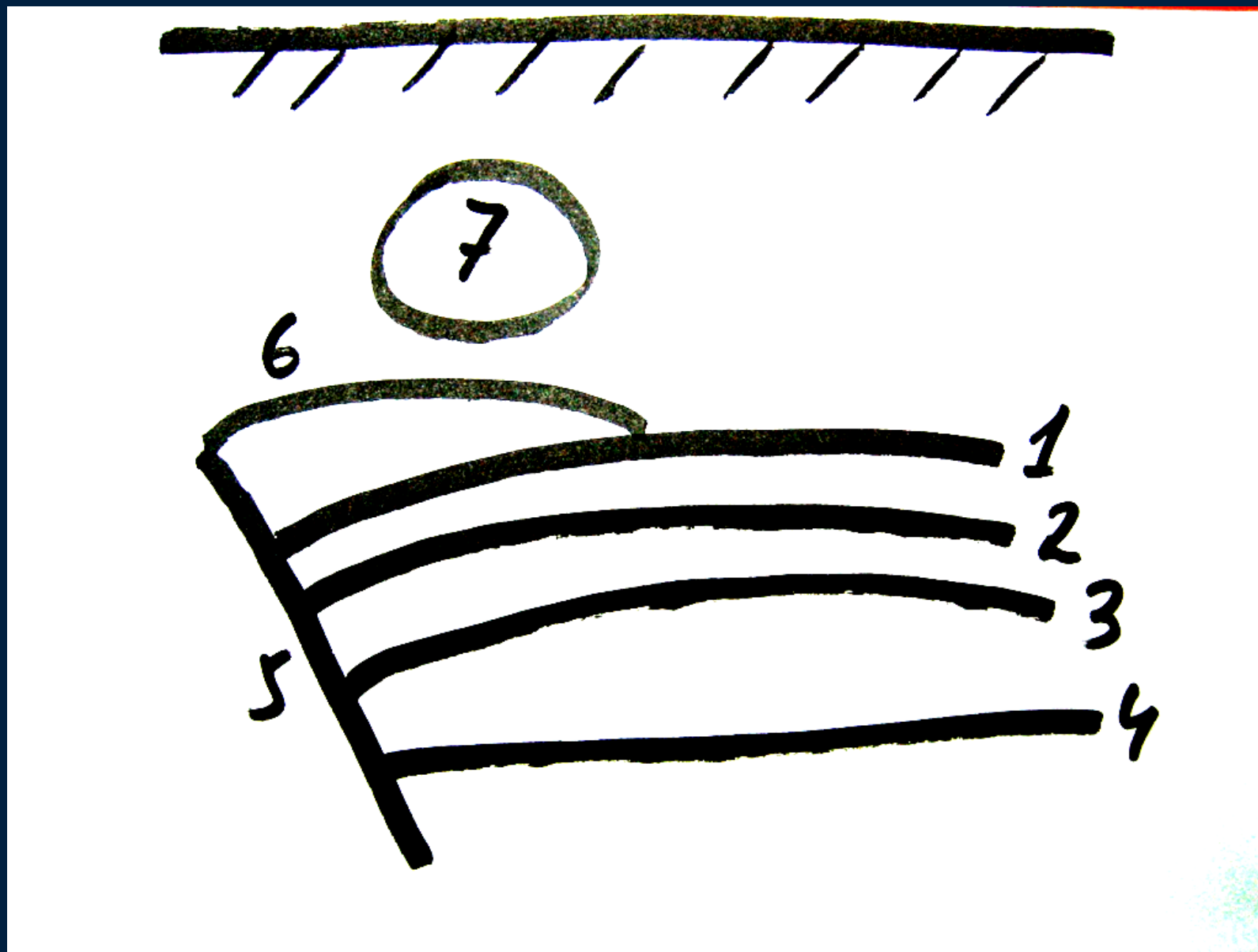
CHIRURGIA HERNIILOR INGHINALE



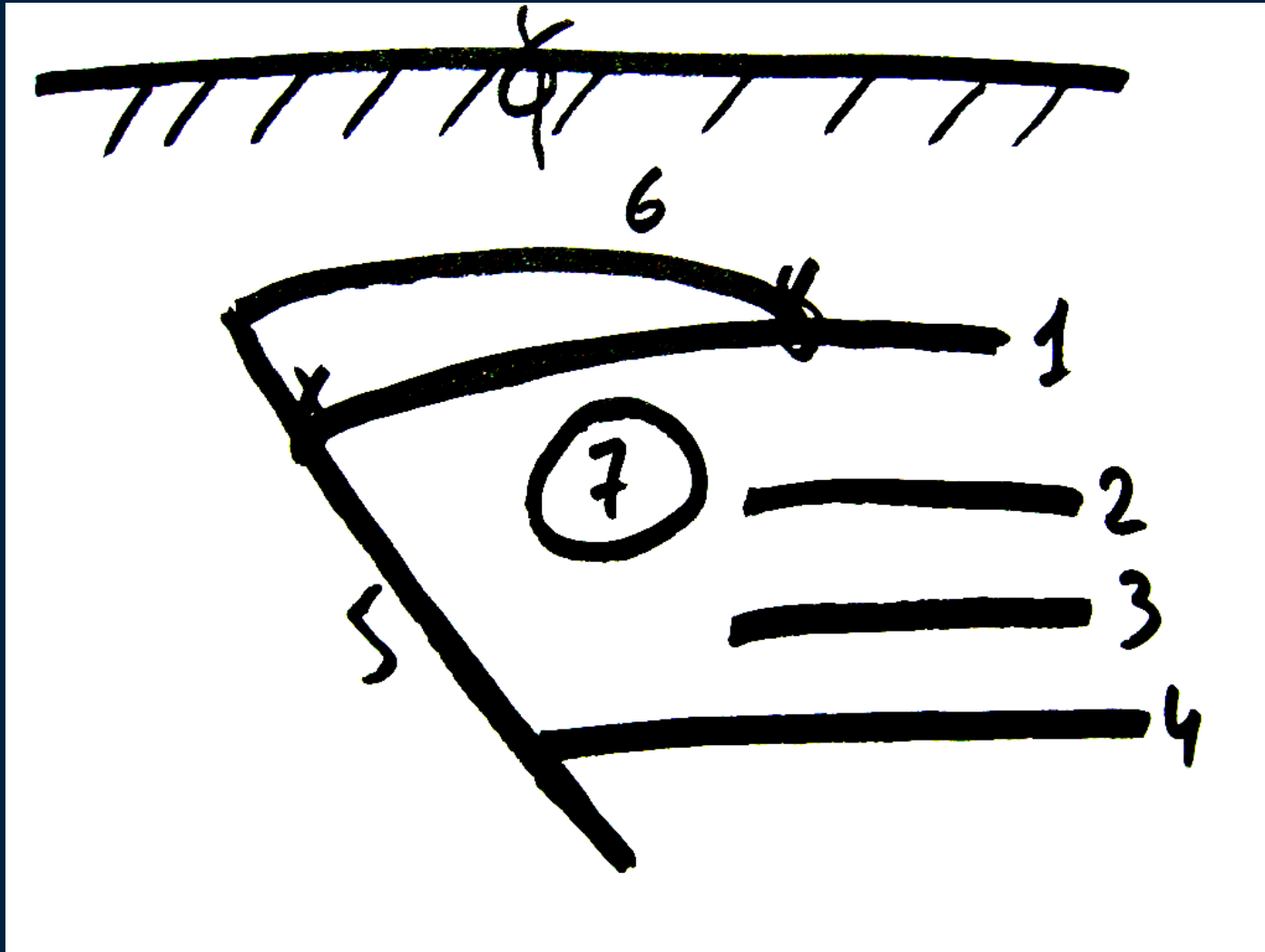
RECONSTRUCȚIA PERETELUI ANTERIOR



RECONSTRUCȚIA PERETELUI POSTERIOR



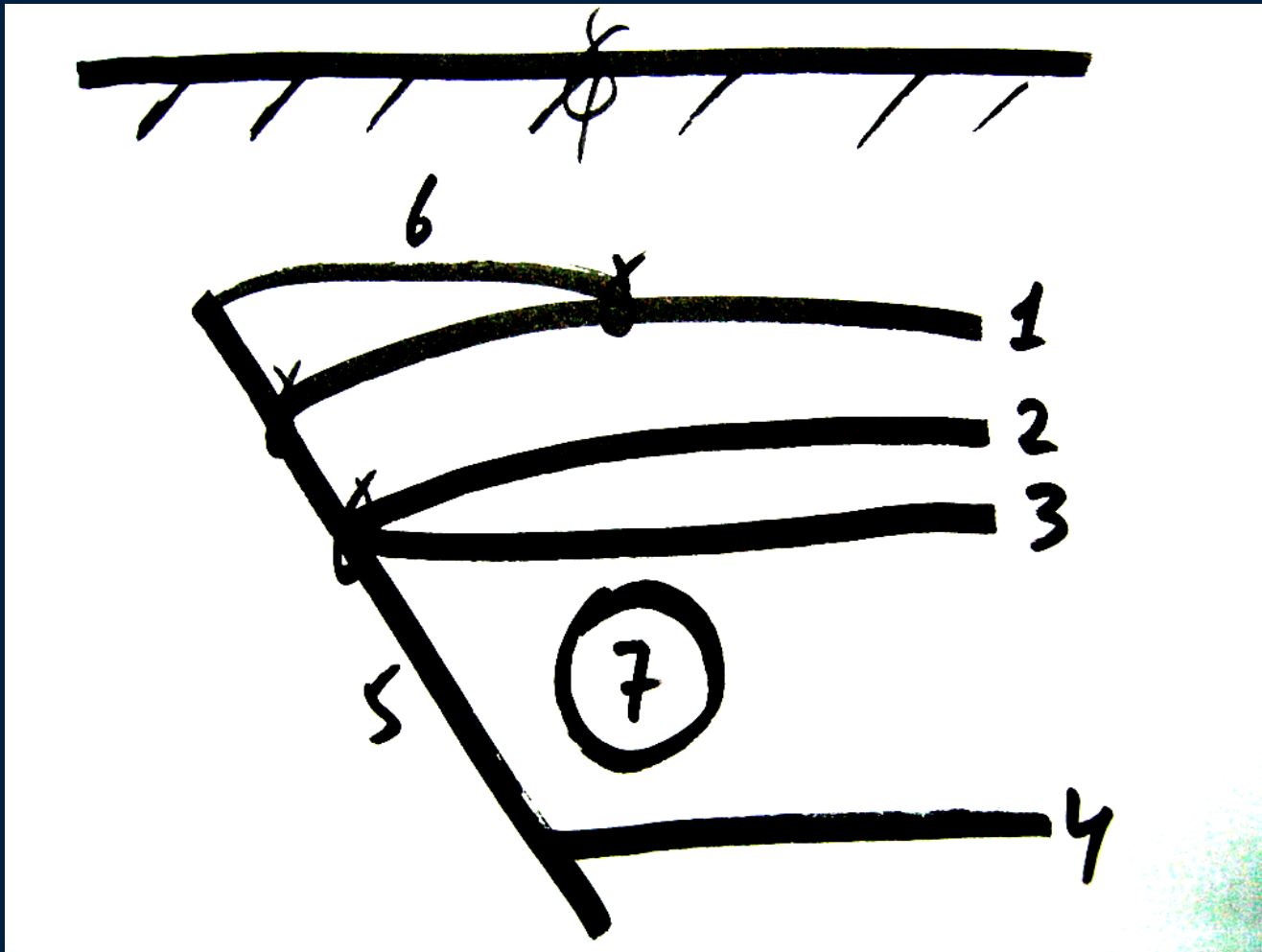
RECONSTRUCȚIA PERETELUI ANTERIOR



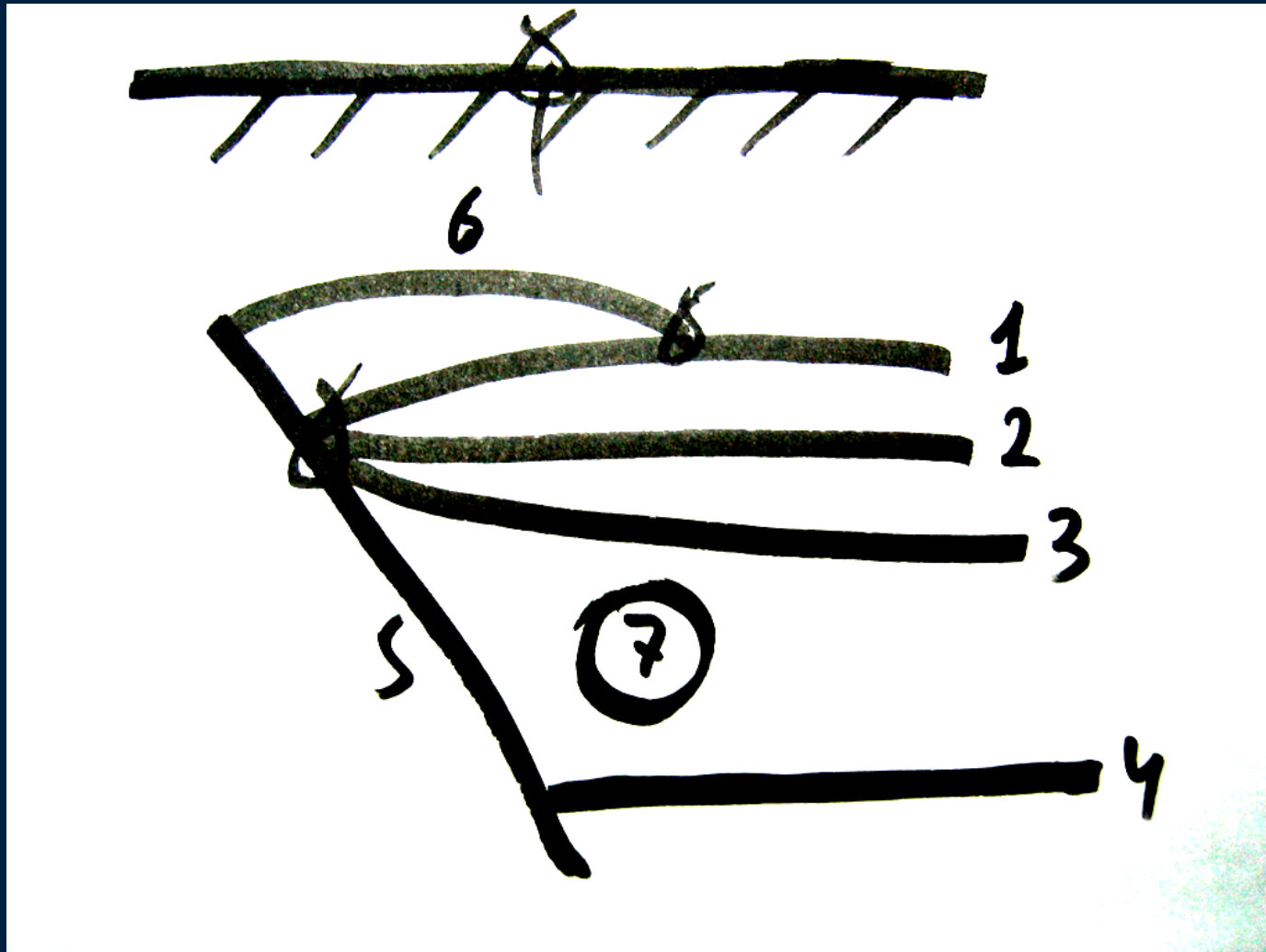
TEHNICA MARTÂNOV

RECONSTRUCȚIA PERETELUI ANTERIOR

TEHNICA GIRARD

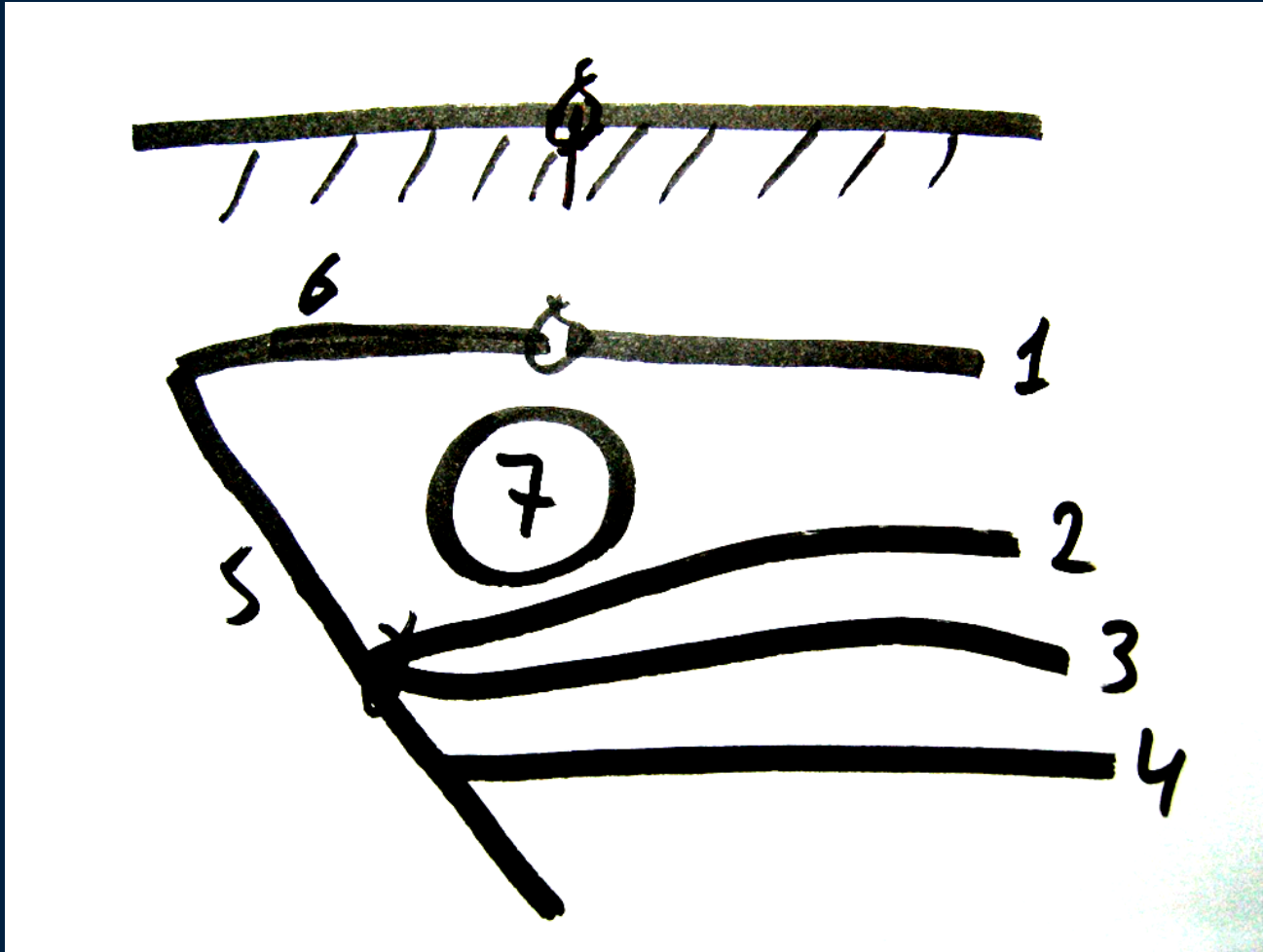


RECONSTRUCȚIA PERETELUI ANTERIOR



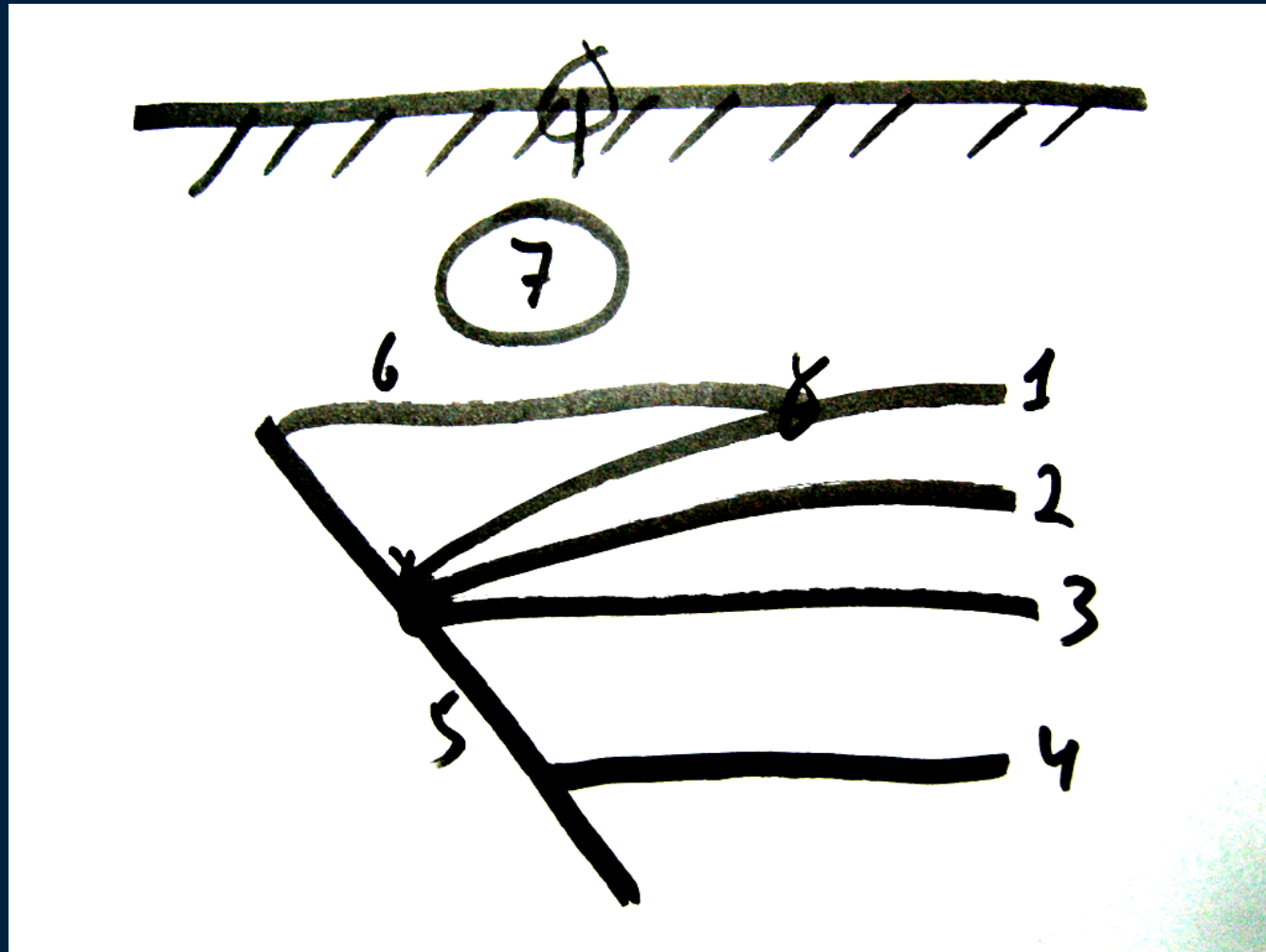
TEHNICA SPASOCUKOȚKI

RECONSTRUCȚIA PERETELUI POSTERIOR



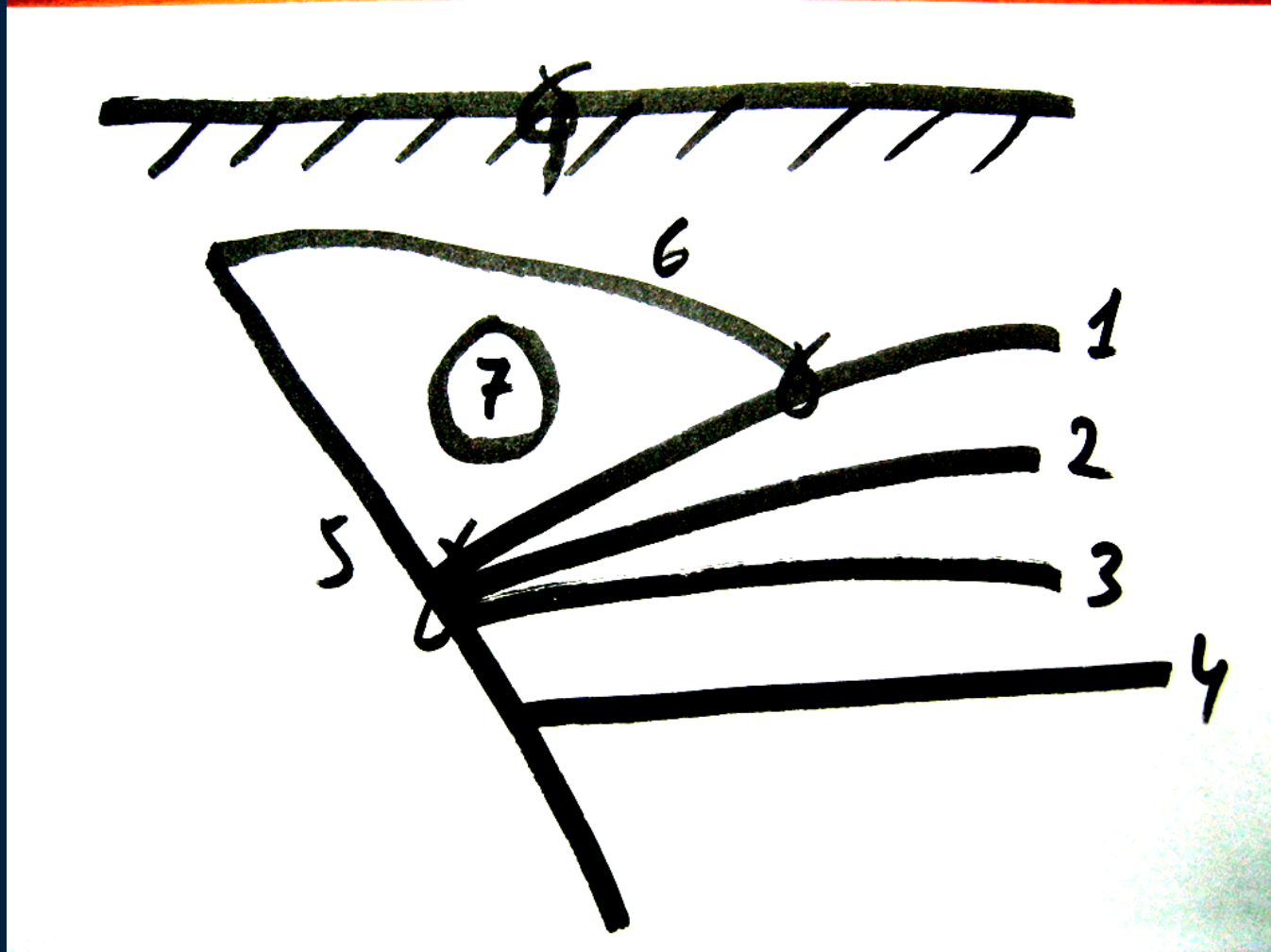
TEHNICA BASSINI

RECONSTRUCȚIA PERETELUI POSTERIOR



TEHNICA POSTEMSKI

RECONSTRUCȚIA PERETELUI POSTERIOR

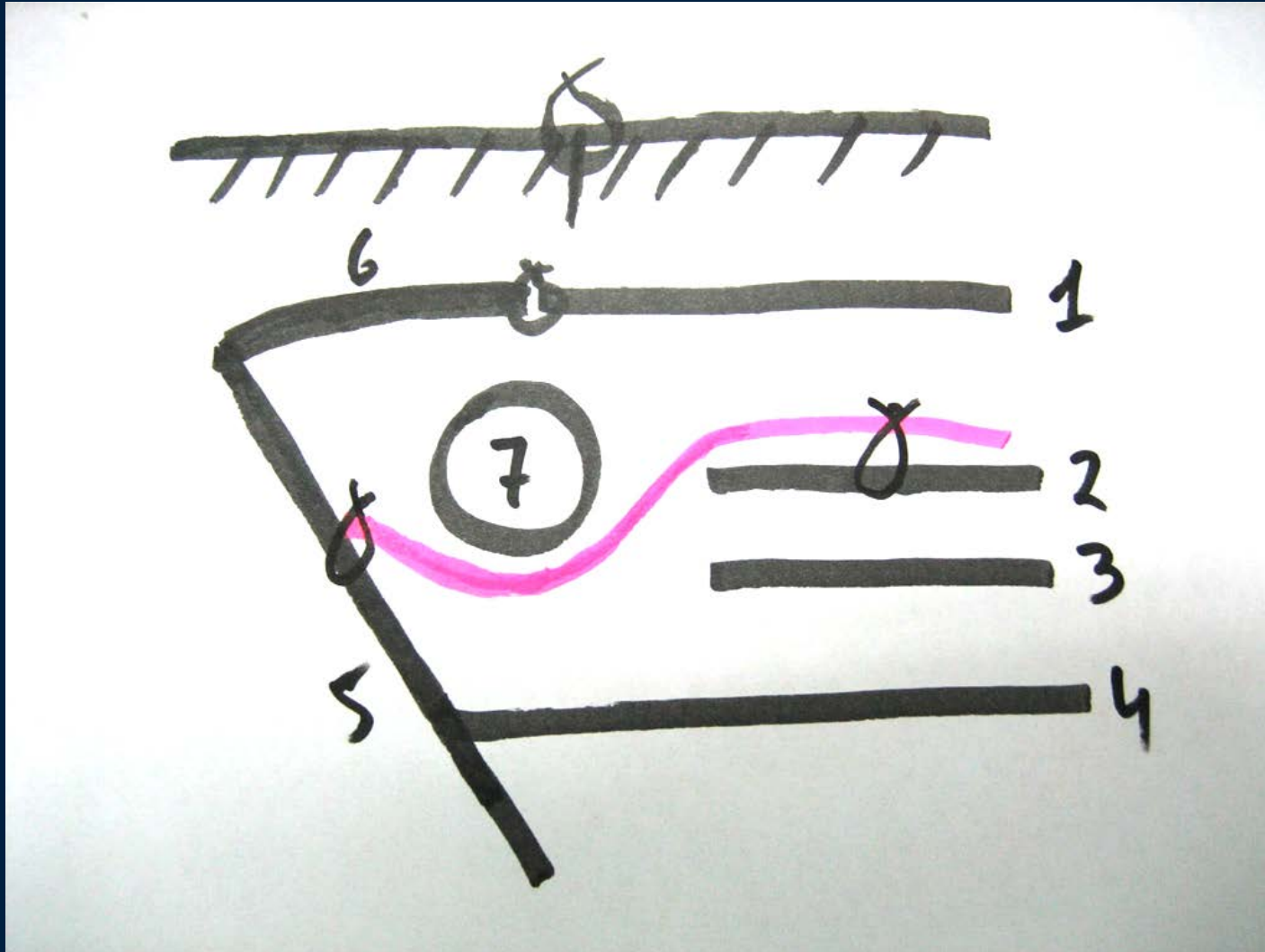


TEHNICA CUCUDJANOV

Tehnica Lichtenstein „tension-free ”

Peretele posterior al canalului inghinal este întărit de o proteză de polipropilenă suturată la fibrele profunde ale ligamentului inghinal și plasată peste m. oblic intern; în plasă se decupează un orificiu corespunzător orificiului inghinal profund pe unde va trece funiculul spermatic care se va așeza deasupra plasei; prefunicular se reface aponevroza m. oblic extern.

Tehnica Lichtenstein „tension-free”

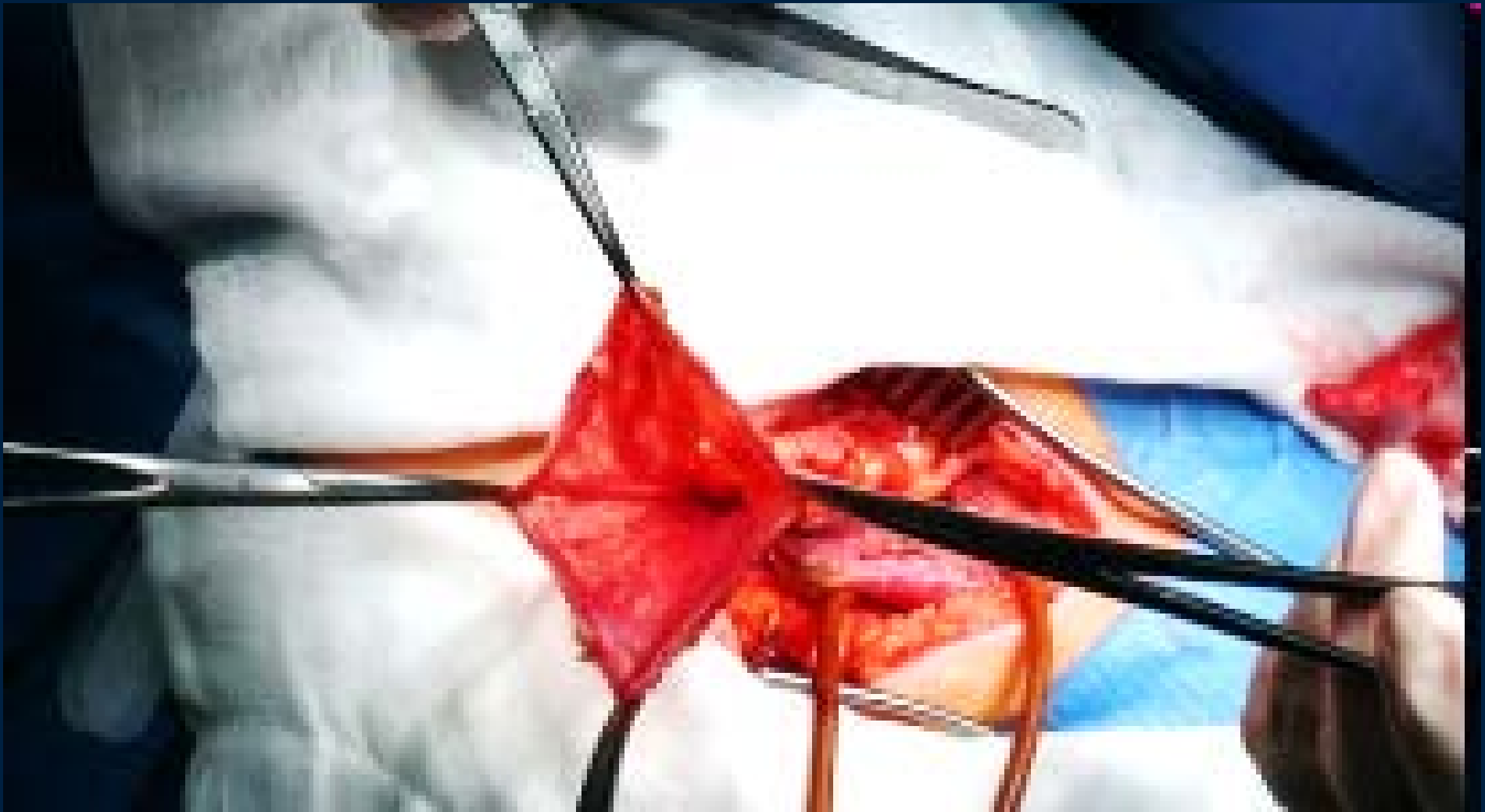


Tehnica Lichtenstein „tension-free”



Mobilizarea sacului hernial

Tehnica Lichtenstein „tension-free”



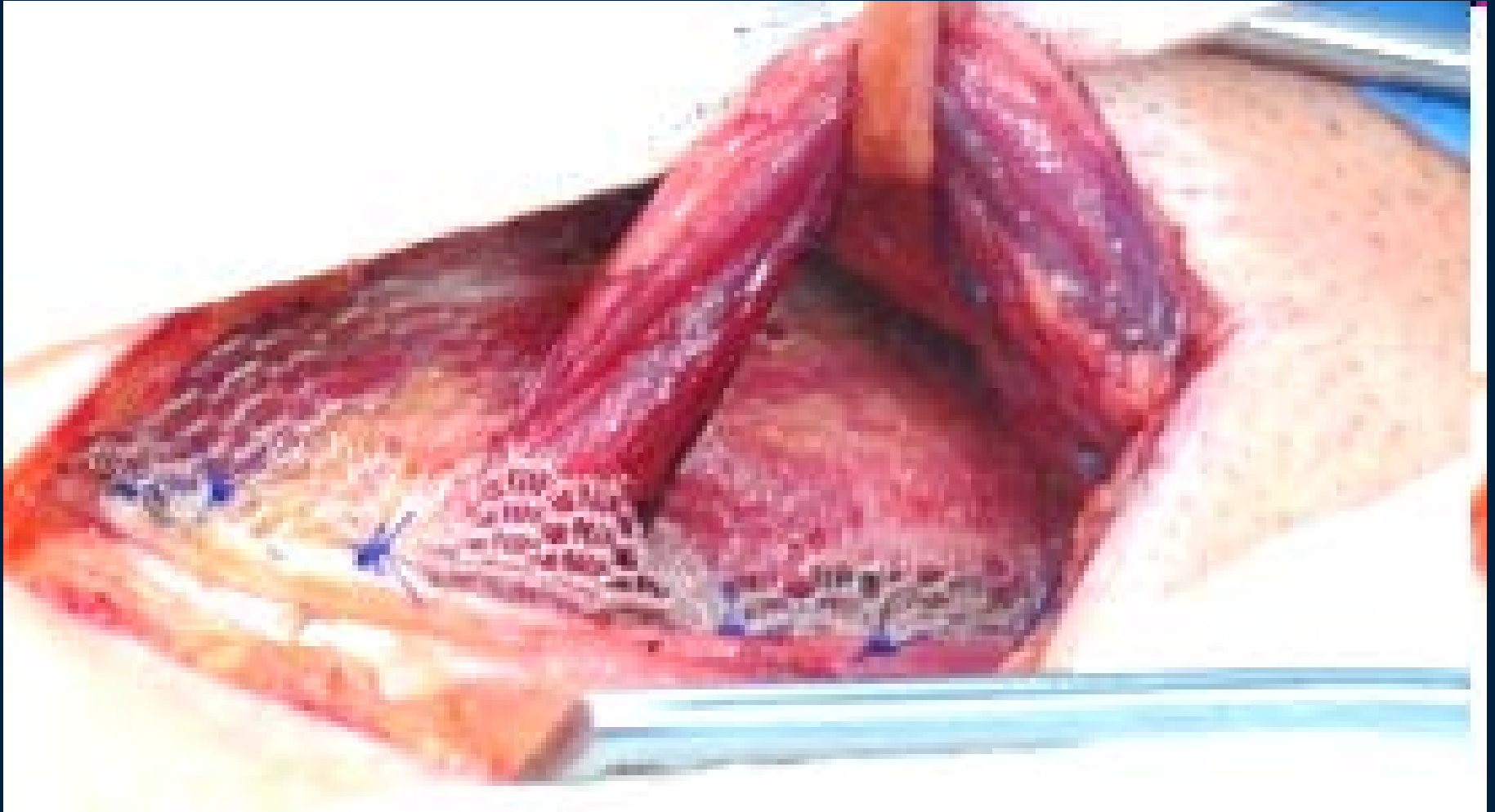
Excizia sacului hernial

Tehnica Lichtenstein „tension-free”



Ajustarea protezei în loja operatorie

Tehnica Lichtenstein „tension-free”



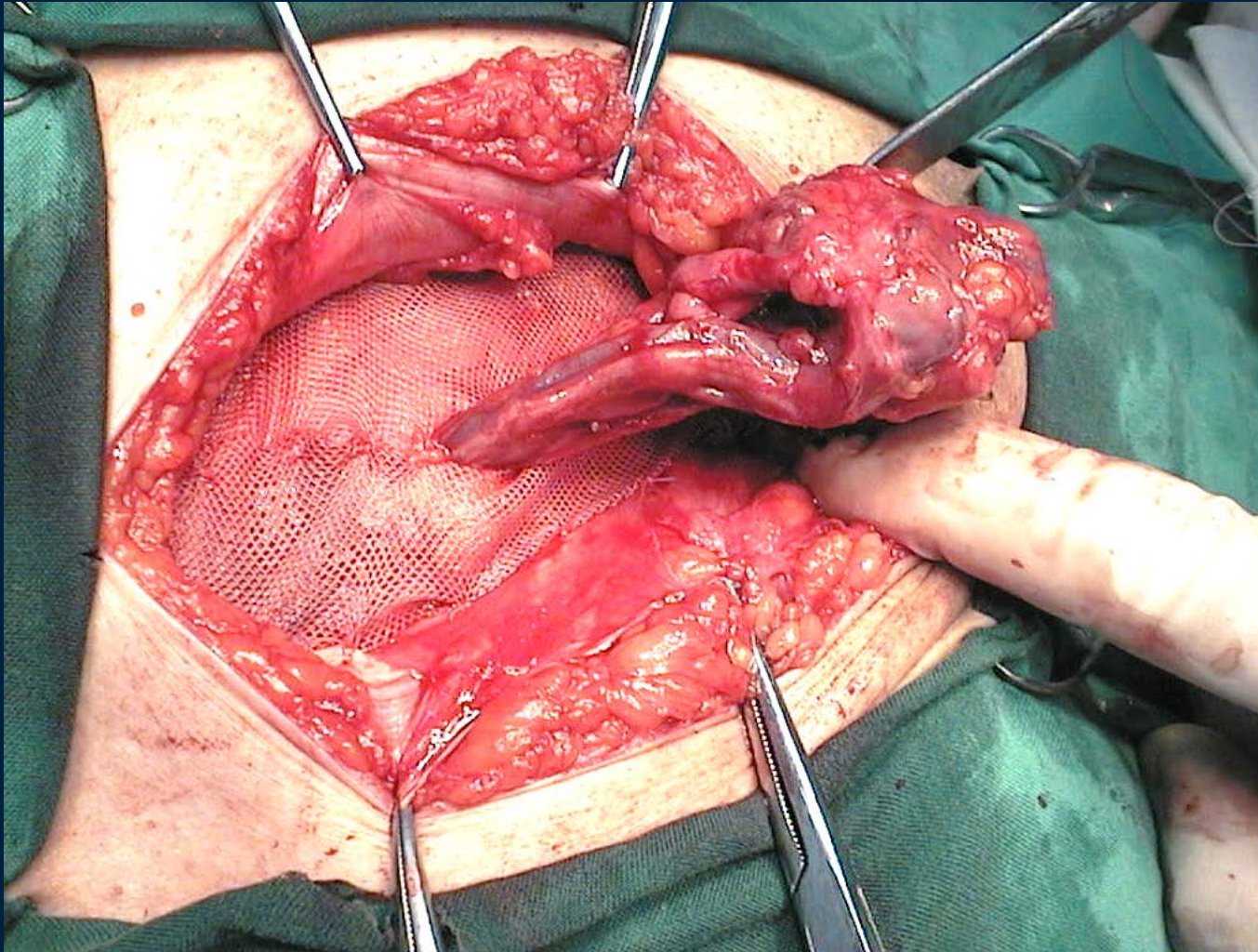
Fixarea protezei în loja operatorie

Tehnica Lichtenstein „tension-free ”



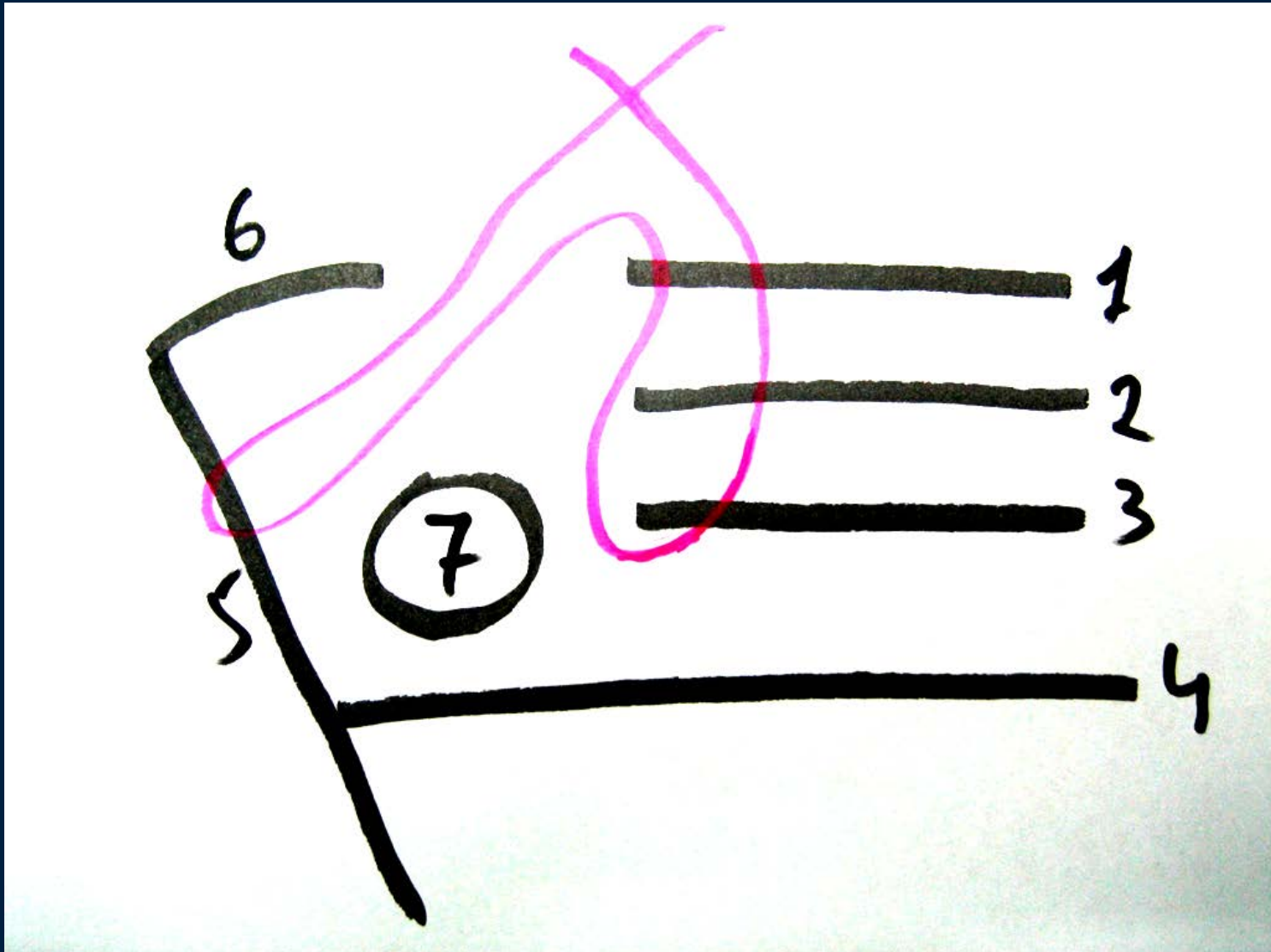
Fixarea protezei în loja operatorie

Tehnica Lichtenstein „tension-free”

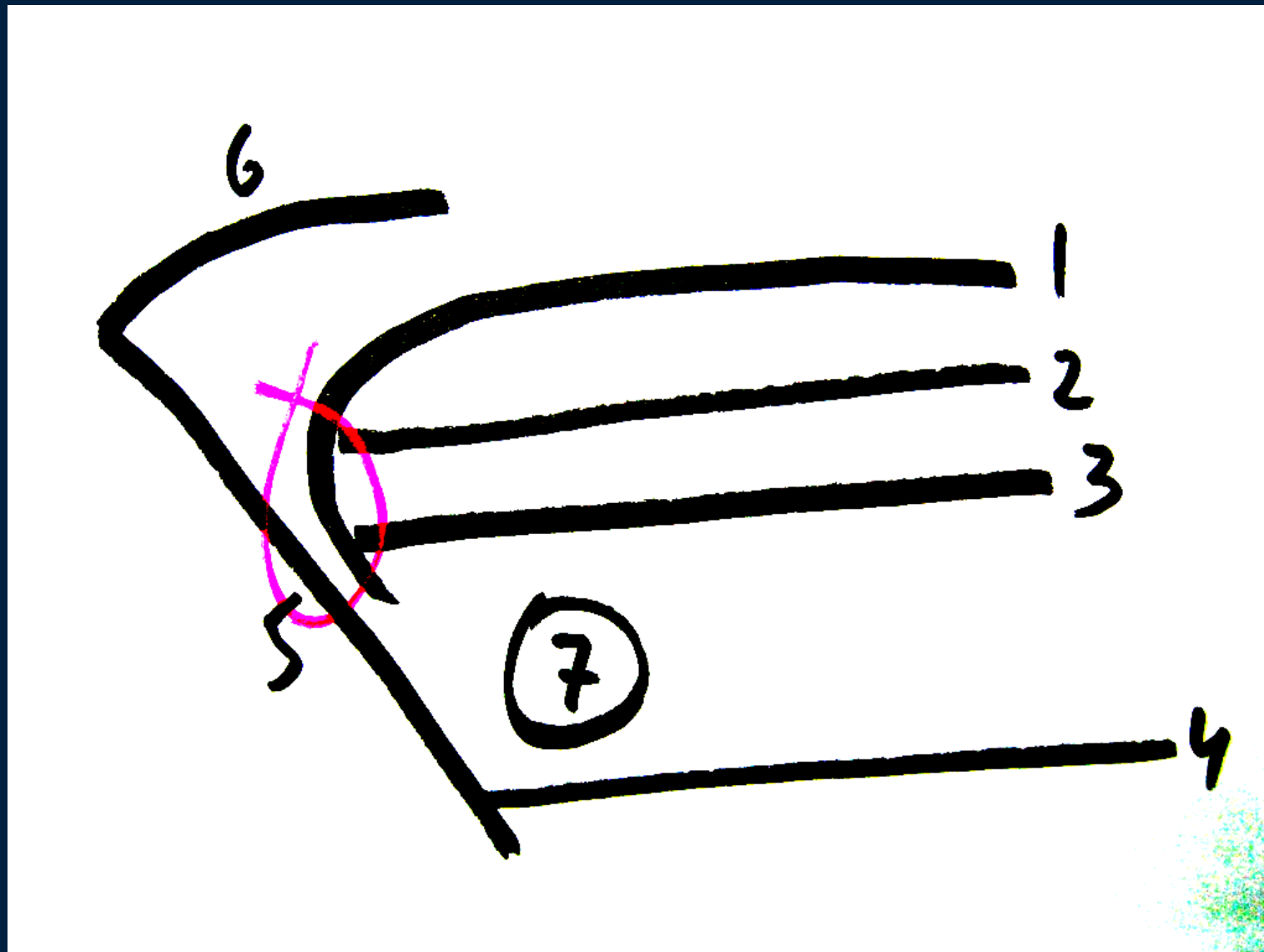


Aspect final de reparare al defectului peretelui posterior

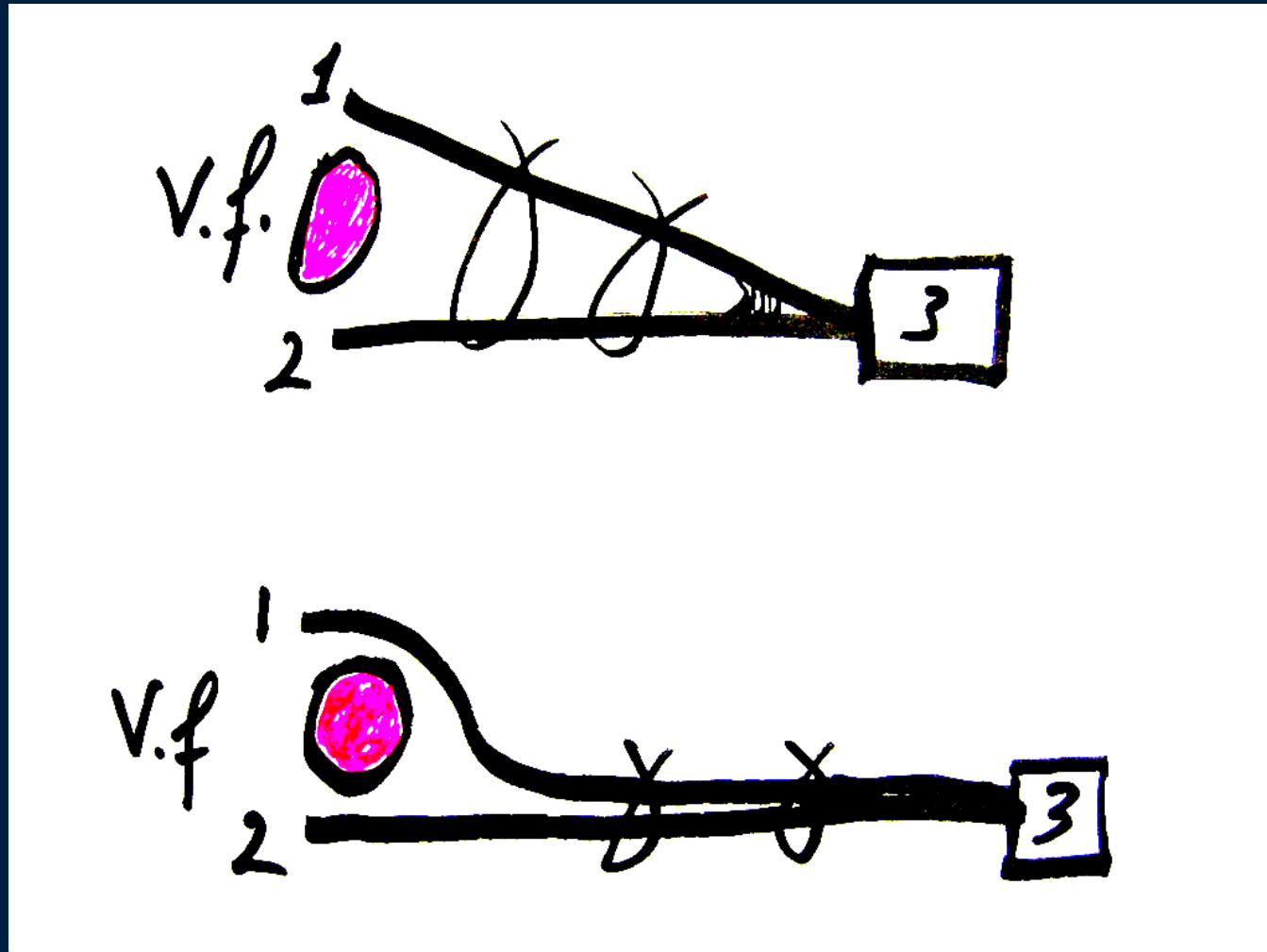
SUTURA KIMBAROWSKI - ÎNCEPUT



SUTURA KIMBAROWSKI - FINAL

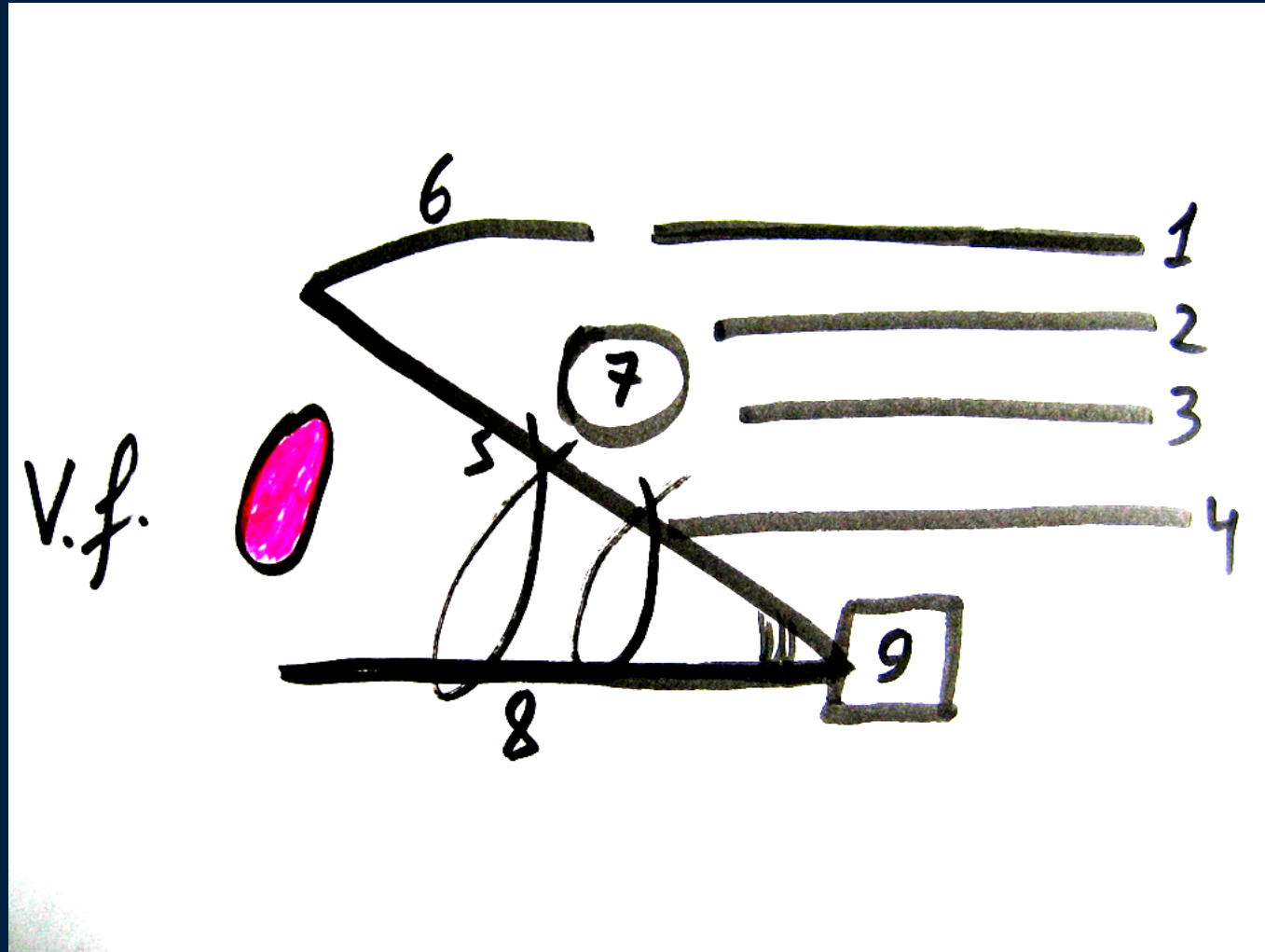


CHIRURGIA HERNIILOR FEMURALE



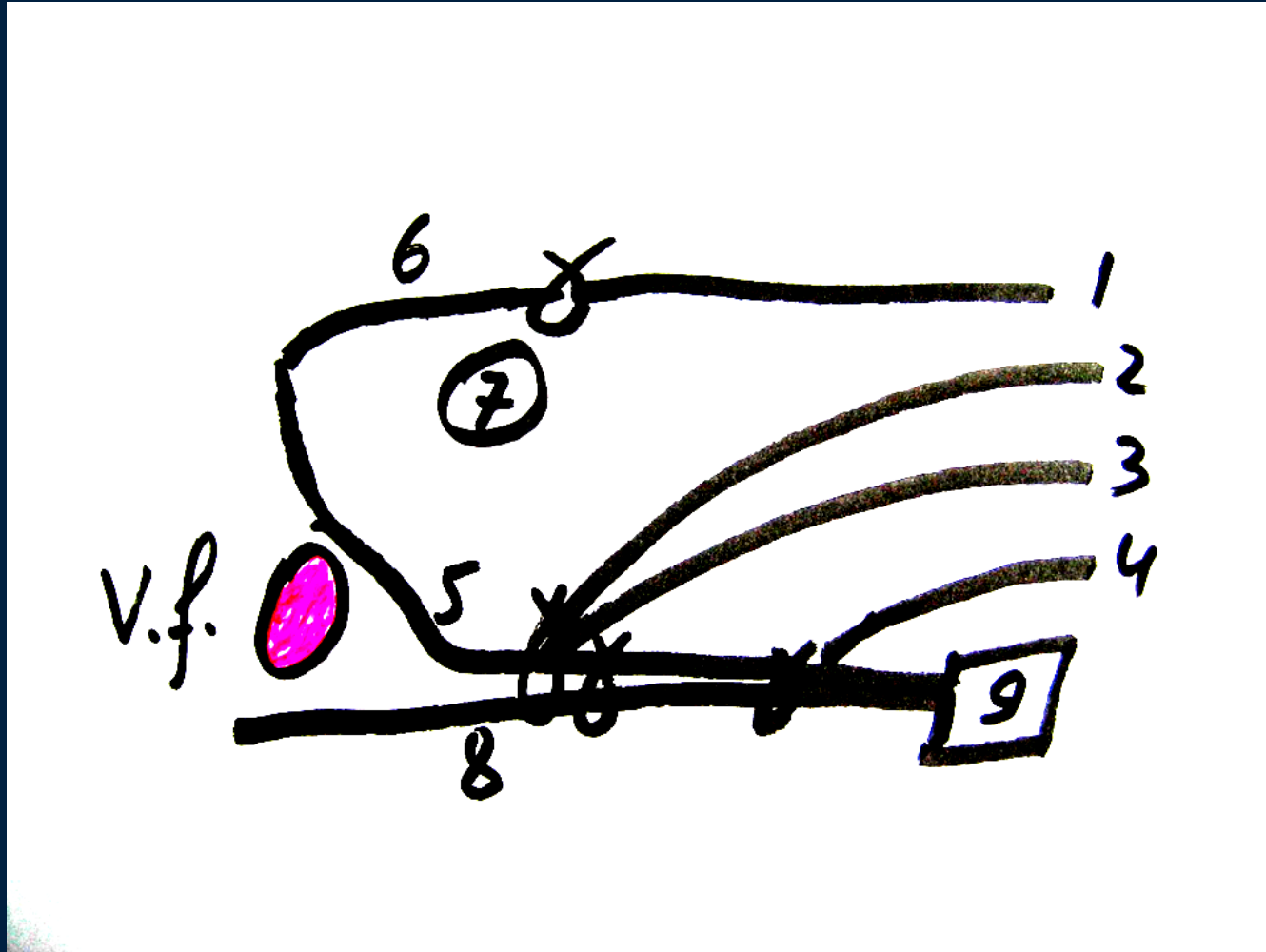
TEHNICA BASSINI

CHIRURGIA HERNIILOR FEMURALE



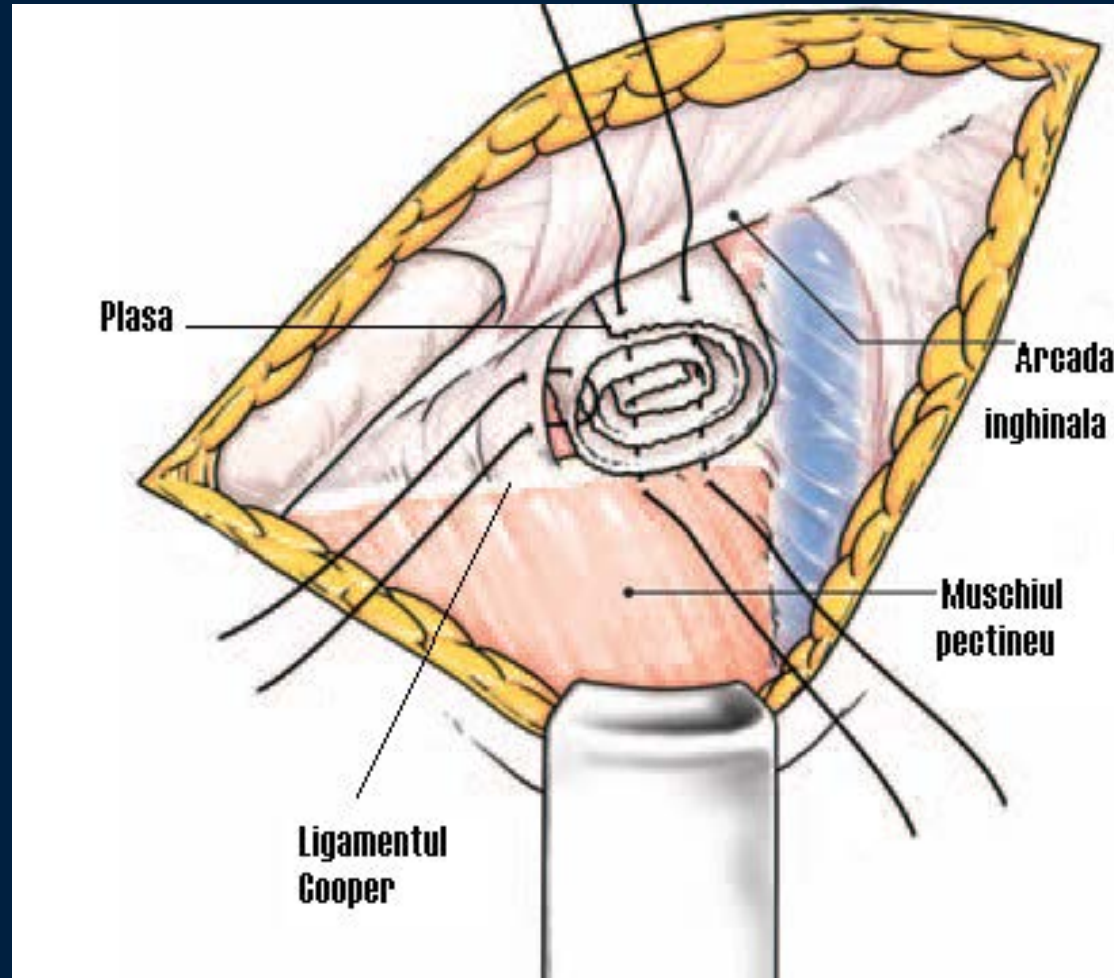
TEHNICA RUGGI

CHIRURGIA HERNIILOR FEMURALE



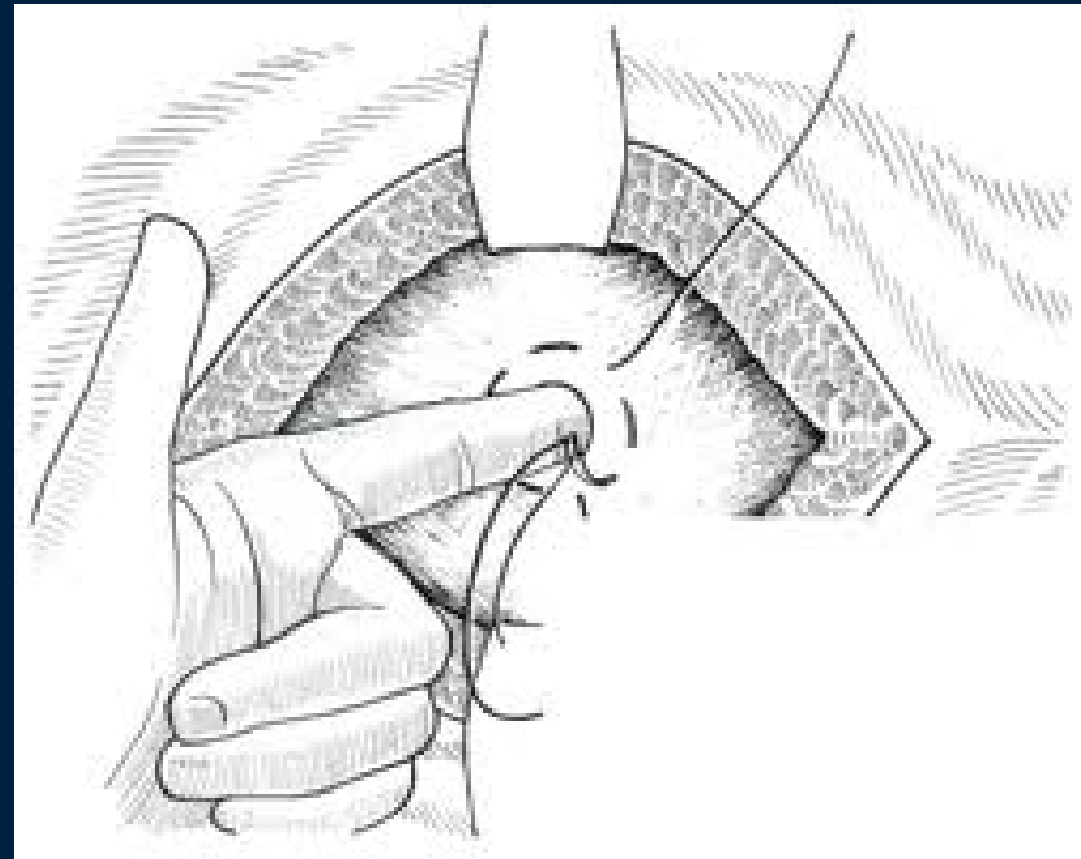
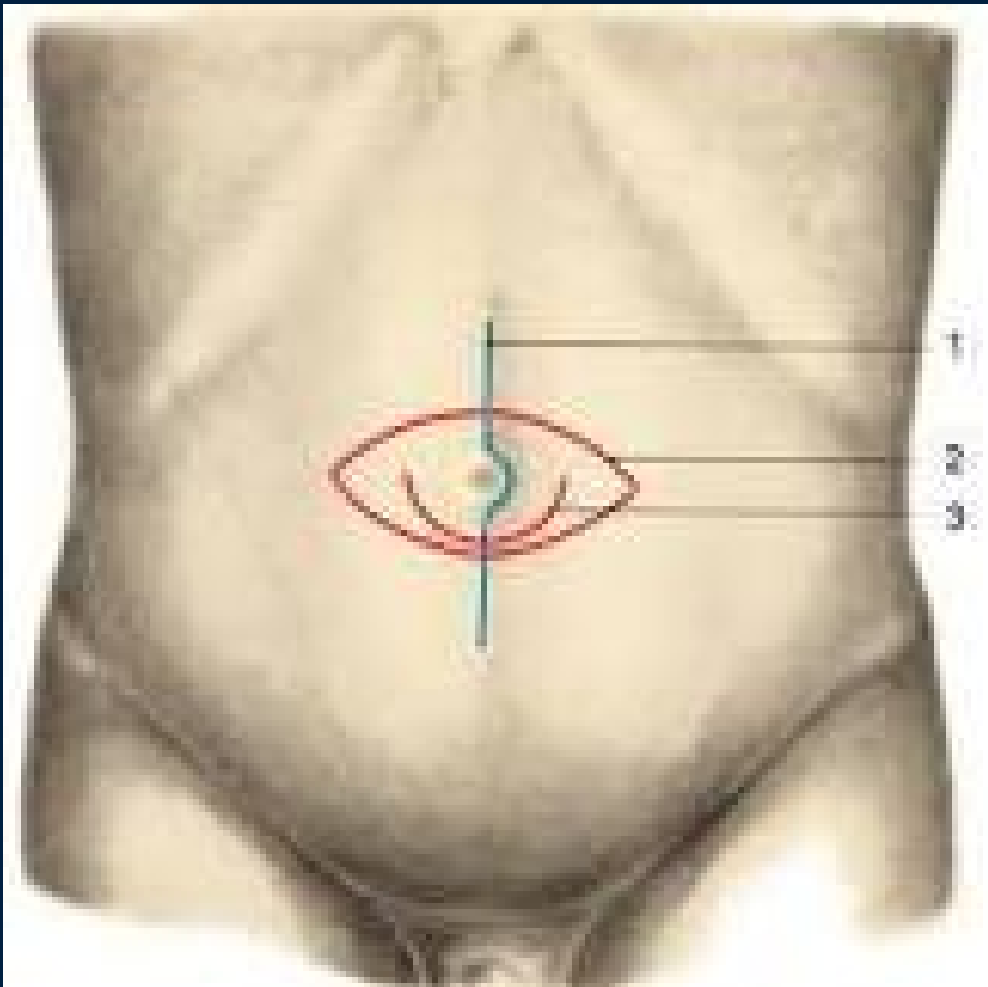
TEHNICA PARLAVECCHIO

CHIRURGIA HERNIILOR FEMURALE



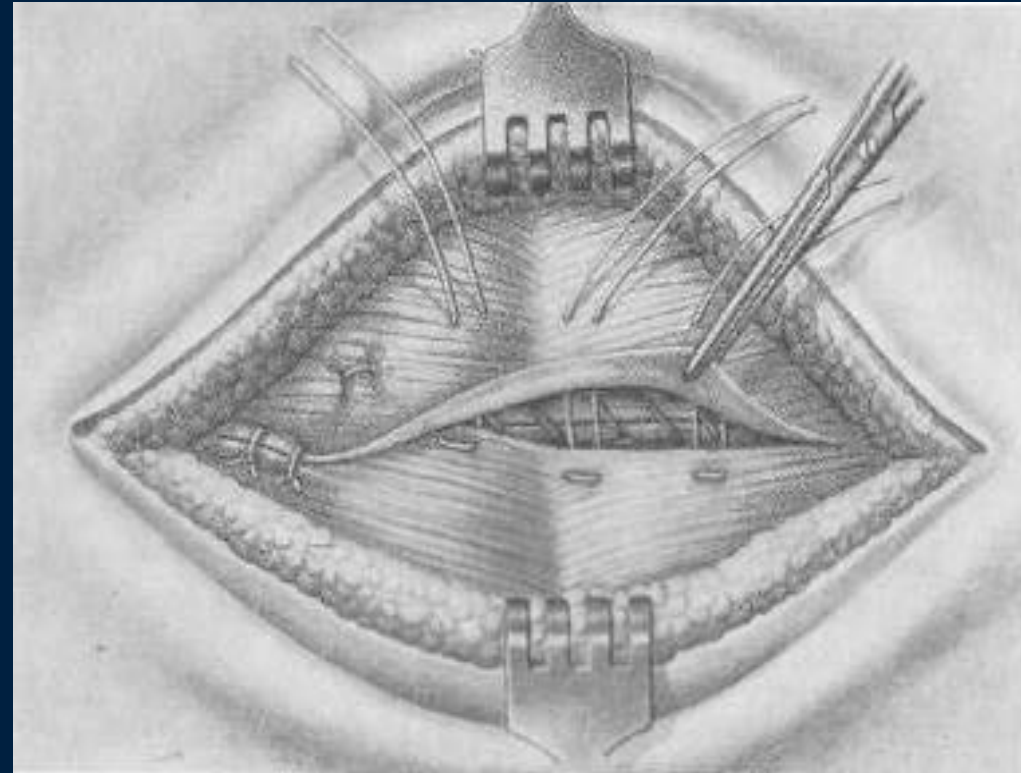
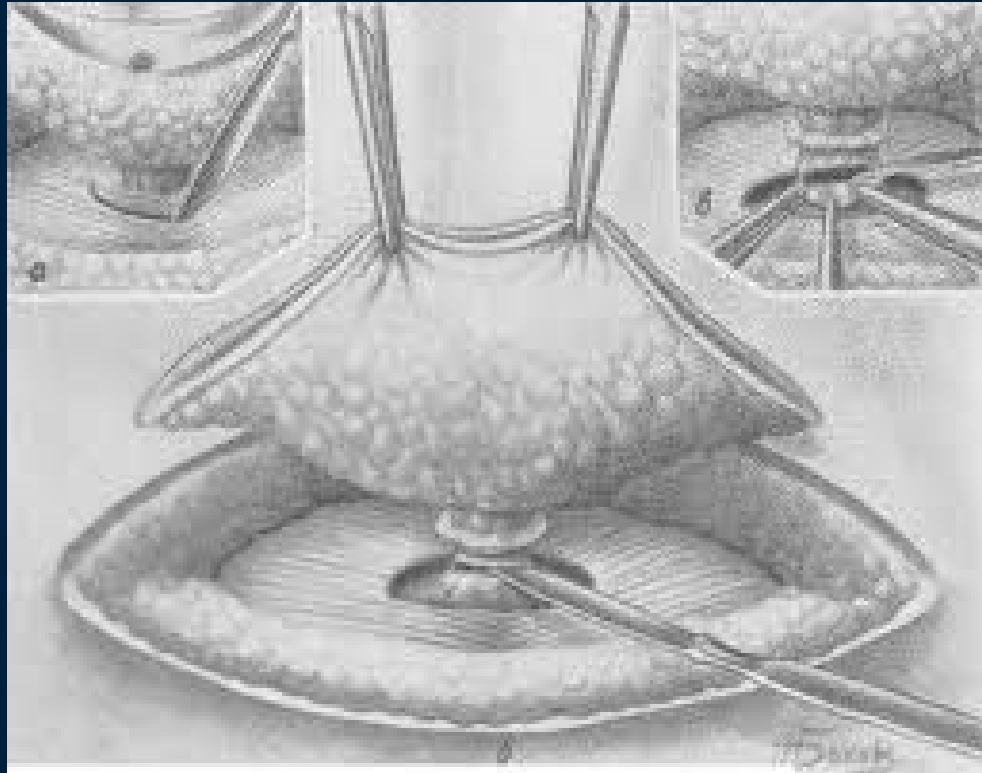
Tehnica Lichtenstein -Shore

CHIRURGIA HERNIILOR OMBILICALE



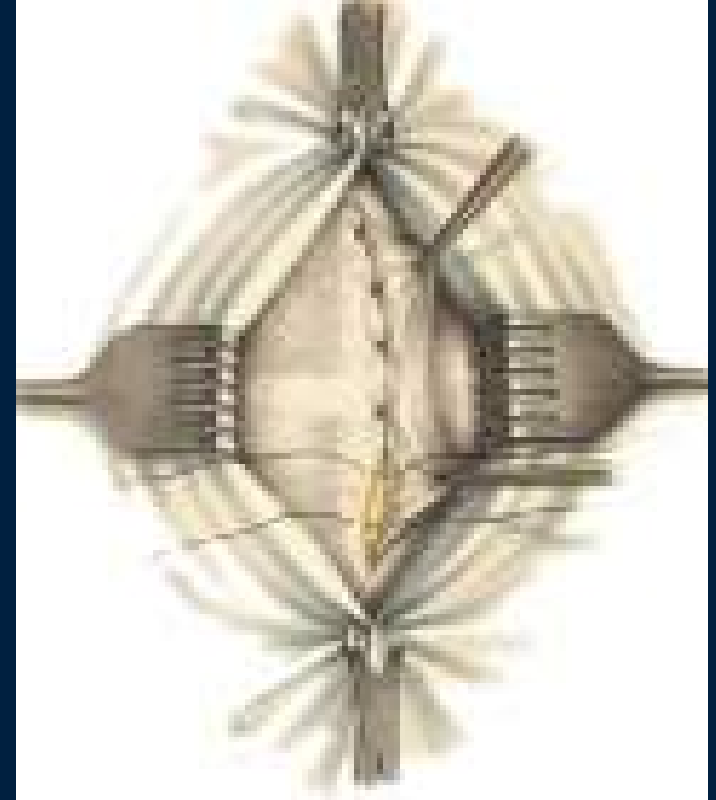
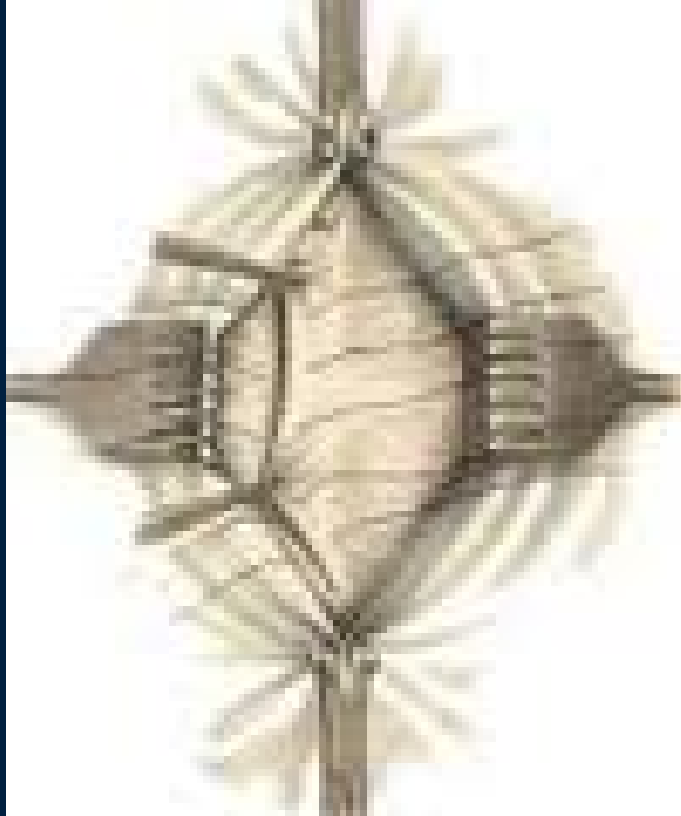
TEHNICA LEXER

CHIRURGIA HERNIILOR OMBILICALE



TEHNICA MEYO

CHIRURGIA HERNIILOR OMBILICALE



TEHNICA SAPEJKO

APLICAREA PROTEZELOR POLIPROPILENICE

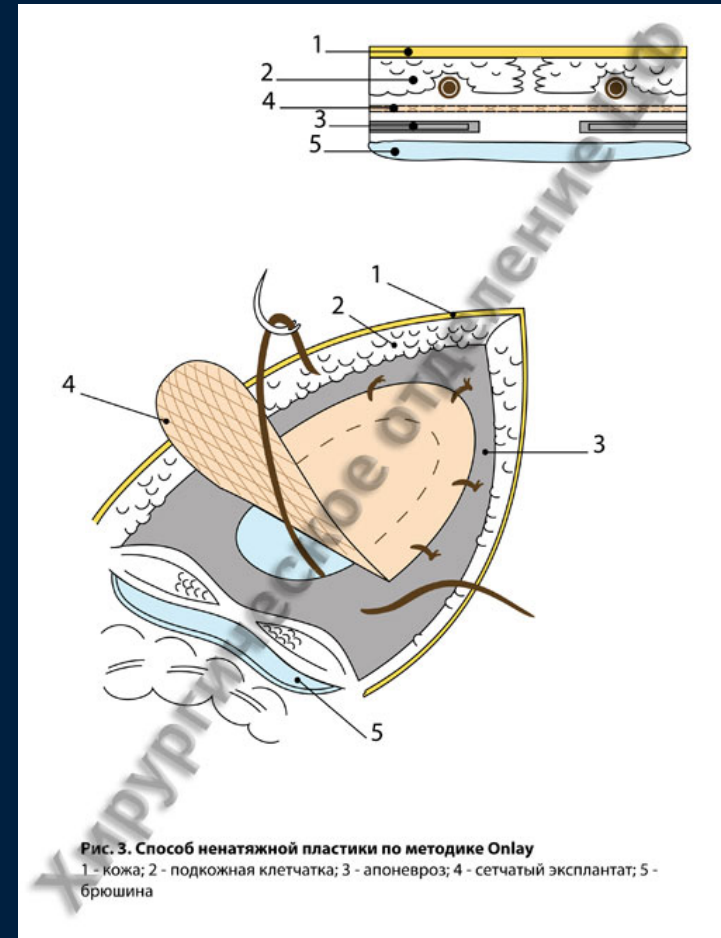
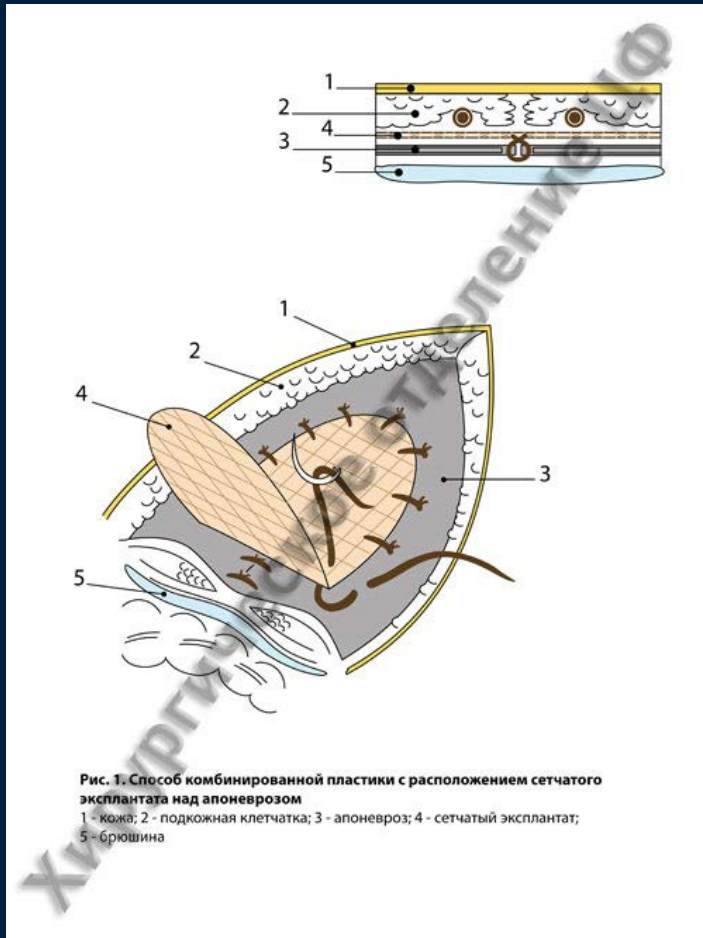
CHIRURGIA HERNIILOR LINIEI ALBE

TEHNICA SAPEJKO

APLICAREA PROTEZELOR POLIPROPILENICE

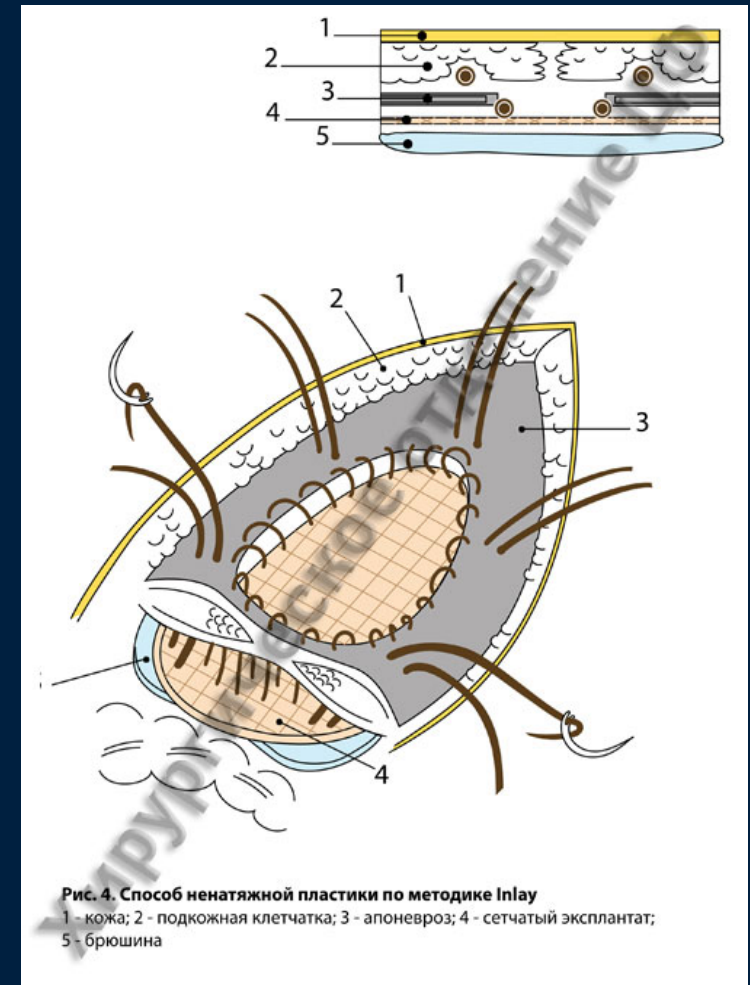
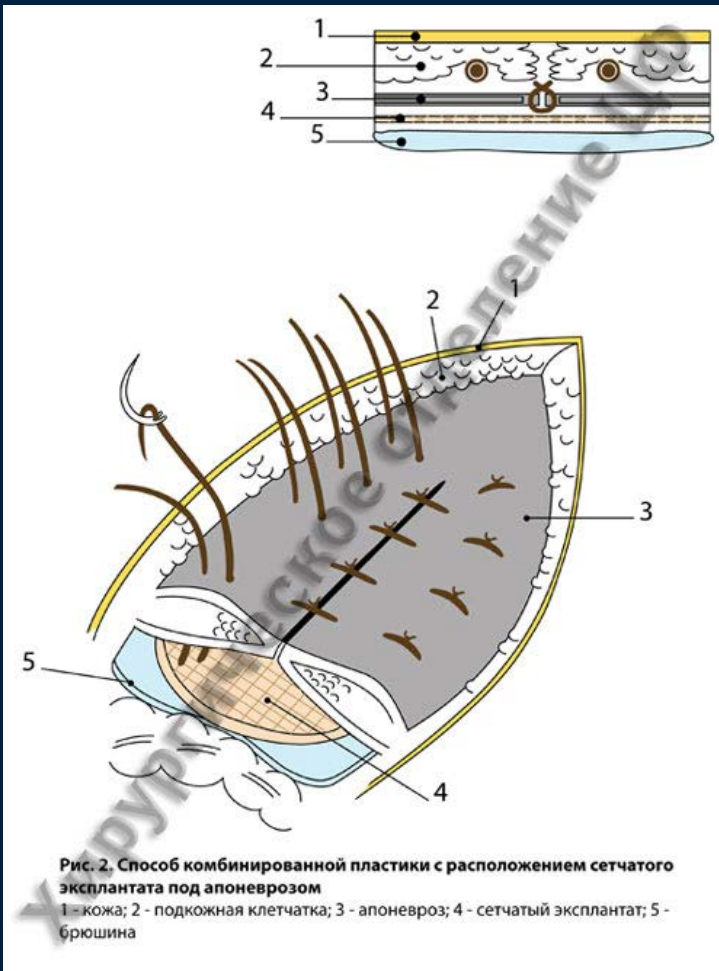
CHIRURGIA HERNIILOR OMBILICALE ȘI LINIEI ALBE

Protezele polipropilenice pot fi aplicate:



a) de asupra aponeurozei

CHIRURGIA HERNIILOR OMBILICALE ȘI LINIEI ALBE



b) sub aponeuroză
c) intraabdominal



Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “N.Testemițanu”

MULȚUMESC

Catedra chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”