

## INTERVENȚII OPERATORII PE ABDOMEN OPERAȚII ÎN HERNIILE PERETELUI ABDOMINAL ANTEROLATERAL

### Clasificarea herniilor

Prin noțiunea de hernie abdominală (*hernia abdominalis*) se subînțelege ieșirea viscerelor prin locurile slabe sau orificii de origine patologică ale peretelui abdominal cu păstrarea integrității peritoneului. Herniile abdominale se divizează în două grupe: externe (*herniae abdominales externae*) și interne (*herniae abdominales internae*). Cele interne apar la pătrunderea viscerelor cavității abdominale în recese sau funduri de sac, care în mod normal nu conțin organe (*recessus duodenalis superior et inferior, ileocaecalis superior et inferior, herniae diaphragmatis*). Ieșirea viscerelor prin plaga peretelui abdominal poartă denumirea de eventrație. La hernia externă se disting: orificiul herniar, sacul herniar format din peritoneul parietal și conținutul sacului herniar. La sacul herniar deosebim: colul, corpul și fundul. Conținutul sacului herniar, practic, poate fi orice organ al cavității abdominale, mai frecvent marele epiploon. La herniile diafragmatice sacul herniar poate lipsi.

După sediul anatomic, herniile externe ale peretelui abdominal anterolateral se divizează în: inghinale, femurale, herniile liniei albe, ombilicale; mai rar întâlnite: herniile liniei semilunare (Spiegel), ale apendicelui xifoid, lombare, obturatorii. După particularitățile etiologice, herniile externe se împart în: congenitale, căpătate, postoperatorii, recidivate (după operații efectuate anterior la hernia cu sediul respectiv), traumatice (dacă pielea și peritoneul parietal sînt intacti, patologice (în procese care survin la dezintegrarea tegumentelor peretelui abdominal).

După simptomele clinice, herniile se clasifică în: reductibile, ireductibile și strangulate. La hernia reductibilă, conținutul din sacul herniar, în poziția orizontală a bolnavului, se reduce liber în cavitatea abdominală și iese din nou în poziție verticală, se palpează bine orificiul herniar. În hernia ireductibilă, semnele de ocluzie intestinală lipsesc, însă, e imposibil a reduce conținutul herniar. Inelul herniar se determină indistinct sau nu se poate determina. Cauza e prezența aderențelor dintre conținut și sacul herniar. La herniile strangulate se comprimă viscerale la nivelul inelului herniar, ceea ce duce la dereglarea circulației sanguine în organele sacului herniar, la staza venoasă cu transudație ce complică reducția conținutului în cavitatea abdominală. În orificiul herniar îngust e posibilă strangularea peretelui intestinal (hernia Rihter) caz frecvent la herniile ombilicale, epigastrice și femurale. Altă variantă de strangulare e cea retrogradă (fig. 114). Ea se caracterizează prin insuficiența circulației sanguine în ansele intestinale, cu sediul nu numai în sacul herniar, ci și în cavitatea abdominală. La revizia conținutului herniar nu se observă schimbări în pereții ansei intestinale. În herniile prin alunecare sacul herniar parțial e constituit de peretele unui organ cavităar mezo- sau extraperitoneal (cec, vezica urinară, mai rar alte organe) (fig. 115).

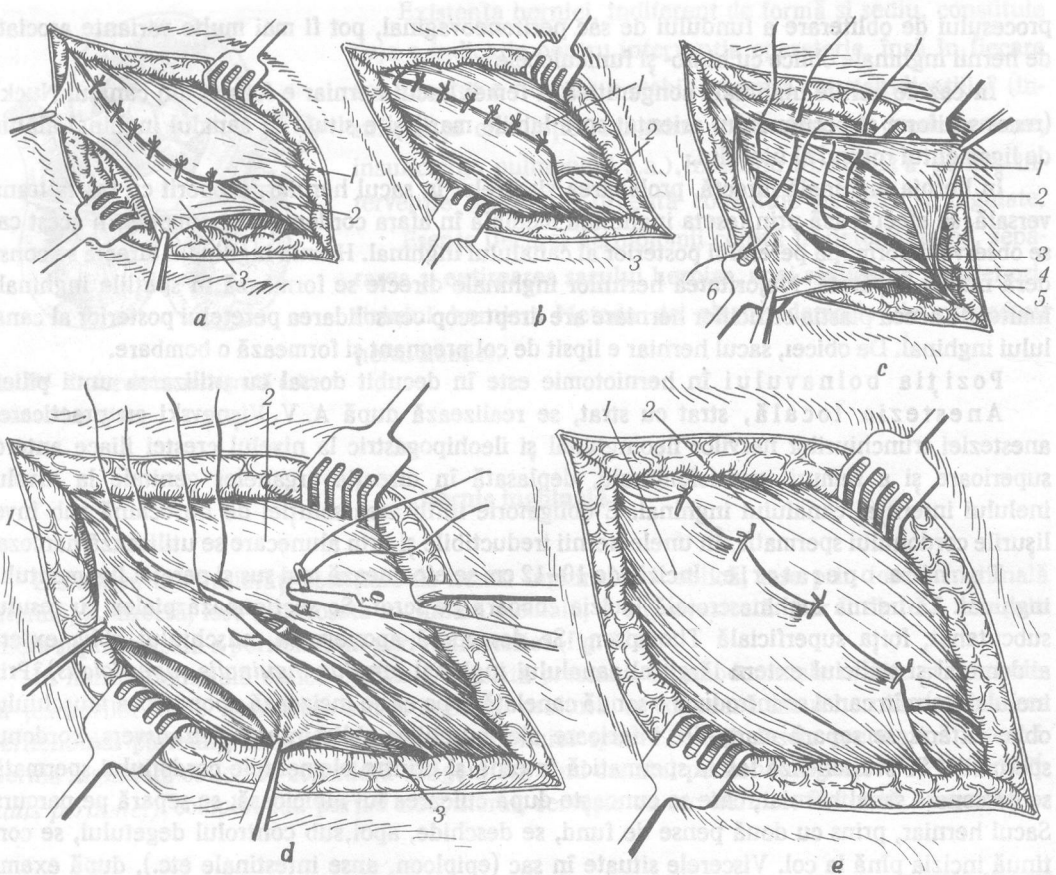


Fig. 117. Procedee operatorii în hernia oblică inghinală:

*a, b* Girard-Spasokukoțki: 1 — lamboul superior al mușchiului oblic extern abdominal; 2 — cordonul spermatic; 3 — lamboul inferior al mușchiului oblic extern abdominal; *c* — Girard-Kimbarovski: 1 — lamboul superior al mușchiului oblic extern abdominal; 2 — mușchiul oblic intern abdominal; 3 — cordonul spermatic; 4 — ligamentul inghinal; 5 — lamboul inferior al mușchiului oblic extern abdominal; 6 — suturi după Kimbarovski; *d, e* — Martînov: 1, 2 — lambourile superior și inferior ale mușchiului oblic extern abdominal; 3 — ligamentul inghinal

nevrozei mușchiului oblic extern la fel se suturează la ligamentul inghinal. Lamboul inferior al aponevrozei se fixează cu fire separate deasupra celui superior, formînd un perete aponevrotic dublu. Procedeele a căpătat o aplicare largă.

✓ Procedeele Girard-Spasokukoțki prezintă o modificare a procedeeului precedent. Esența lui constă în suturarea printr-un singur rînd cu fire separate a lamboului superior al aponevrozei mușchiului oblic extern împreună cu marginile inferioare ale mușchilor oblic intern și transvers la ligamentul inghinal, pentru a nu trauma și destrăma acest ligament cu două rînduri de suturi (fig. 117, *a, b*).

✓ Procedeele Girard-Kimbarovski prevede plastia peretelui anterior al canalului inghinal prin aplicarea suturilor speciale. Cu un ac curb se străpunge din anterior în posterior aponevroza mușchiului oblic extern la 1 cm de marginea lamboului superior, fixînd în ac și mușchii subiacenți oblic intern și transvers, apoi din posterior spre anterior se perforează numai marginea aponevrozei mușchiului oblic extern fără a prinde mușchii indicați. În continuare acul se trece prin ligamentul inghinal. Se aplică 4-5 fire de acest fel. Cînd se strîng firele, lamboul

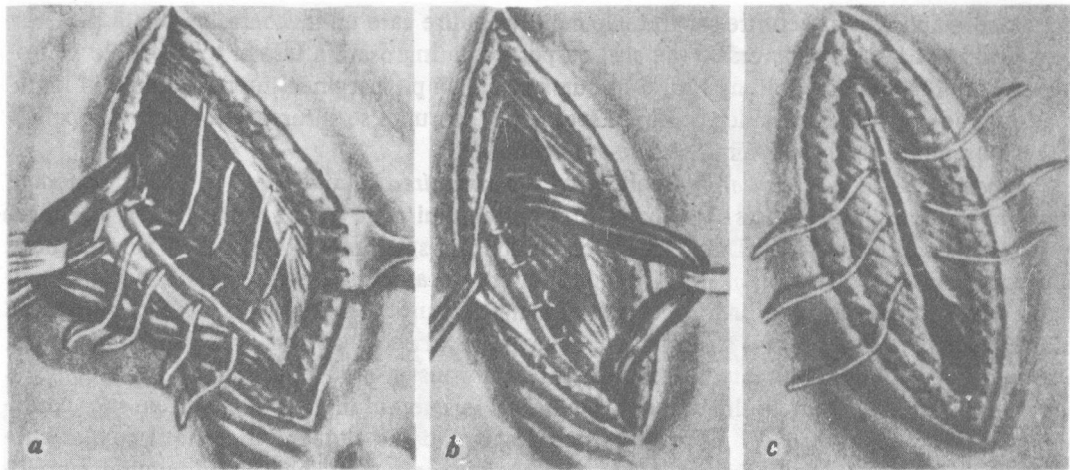


Fig. 118. Schema etapelor operatorii în hernia inghinală după Bassini

superior al aponevrozei mușchiului oblic extern se întoarce sub marginile libere ale mușchilor oblic intern și transvers acoperindu-le și venind în contact intim cu ligamentul inghinal. Ca rezultat survine o concreștere trainică a țesuturilor omogene aponevrotice. Plastia se perfectează cu crearea unui perete dublu din aponevroza mușchiului oblic extern, suturând lamboului inferior deasupra celui superior (fig. 117, c).

✓ **Procedeeul Martînov.** După incizarea aponevrozei mușchiului oblic extern și toaleta sacului herniar, se practică suturarea cu mătase subțire a lamboului superior al aponevrozei mușchiului oblic extern abdominal de ligamentul inghinal. Are importanță aplicarea corectă a primei suturi mediale – inelul inghinal superficial din nou format nu trebuie să comprime cordonul spermatic. Firele se leagă începînd din partea laterală. Lamboul inferior al aponevrozei mușchiului oblic extern se suturează deasupra celui superior cu fire de mătase subțire (fig. 117, d, e).

**Procedee de consolidare a peretelui posterior al canalului inghinal.** Procedeeul Bassini (fig. 118). După incizarea aponevrozei mușchiului oblic extern și îndepărtarea sacului herniar, cordonul spermatic separat împreună cu tunicile lui se ridică în sus și lateral cu o compresă din tifon. În sutură se prind marginea inferioară a mușchilor oblic intern și transvers abdominali, fascia transversală. Suturele aplicate medial, în afară de mușchii numiți, fixează și marginea mușchiului drept abdominal împreună cu teaca lui. Acest procedee permite a micșora altitudinea spațiului inghinal și tensionarea mușchilor peretelui superior al canalului inghinal. Succesiv, fiecare fir trece prin ligamentul inghinal. După aplicarea tuturor firelor (pe o lungime de 5–7 cm a ligamentului inghinal), începe legarea lor din unghiul superior al plăgii, evitînd posibilitatea de comprimare a cordonului spermatic. În loja nou constituită, se aranjează cordonul spermatic, apoi se restabilește peretele anterior al canalului inghinal, suturînd marginile aponevrozei mușchiului oblic extern.

**Procedeeul Kukudjanov** a fost propus pentru formele complicate ale herniei inghinale (directă, oblică mare cu canal drept, recidivată). După înlăturarea sacului herniar, se îndepărtează surplusul fasciei transversale extinse. Sub cordonul spermatic retras anterior se consolidează peretele posterior al canalului inghinal: în porțiunea medială se suturează prin 3–4 fire separate foaia profundă a tecii mușchiului drept abdominal la ligamentele pectineale (Cooper) și parțial lacunar pe parcursul a 3 cm de la tuberculul pubian. În porțiunea laterală a canalului

inghinal se aplică suturi cu fire separate de mătase subțire care unesc coasa inghinală și marginea incizată a fasciei transversale (de sus) cu porțiunea îngroșată a fasciei transversale și ligamentul inghinal (de jos). Ultima sutură în bursă se aplică pe marginea internă a inelului inghinal profund. Se aranjează la loc cordonul spermatic, deasupra se suturează lambourile aponevrozei mușchiului oblic extern în formă de duplicatură.

*Procedee de acoperire a canalului inghinal și constituirea lojei noi pentru cordonul spermatic.* Procedeeul Postempski. Aponevroza mușchiului oblic extern se incizează mai aproape de ligamentul inghinal. După separarea cordonului spermatic, se incizează mușchii oblic intern și transvers abdominali, lateral de inelul intern al canalului inghinal, cu scopul de a permuta cordonul spermatic în unghiul lateral al inciziei. Mușchii incizați se suturează. În partea de sus cu acul curb se prind 4 straturi: lamboul superior al aponevrozei mușchiului oblic extern, împreună cu mușchii oblic intern, transvers și fascia transversală. Primele două suturi aplicate captivează marginea mușchiului drept abdominal cu ligamentul inghinal, trecând pe sub cordonul spermatic. După această manevră cordonul spermatic se situează în țesutul celular subcutanat. Deasupra cordonului spermatic se suturează fascia superficială. Inelul inghinal superficial se formează mai lateral de cel intern, cordonul spermatic se curbează.

Procedeele plastice prin transplantarea sau explantarea diverselor țesuturi pentru consolidarea pereților anterior sau posterior ai canalului inghinal se practică rar.

Greșeli și complicații posibile la tratamentul operatoriu în hernia inghinală: lezarea vaselor femurale la suturarea ligamentului inghinal, traumatizarea componentelor cordonului spermatic în momentul separării sacului herniar, comprimarea în suturi a nervilor ileoinghinal și ileohipogastric ce provoacă dureri postoperatorii îndelungate și deseori prezintă indicații pentru practicarea neuroizei, strangularea cordonului spermatic în inelele noi create ale canalului inghinal cu dezvoltarea hidrocелului, edemului scrotal și atrofia ulterioară a testiculului, hernii recidivate ca urmare a greșelilor admise în plastia canalului inghinal.

### Hernia femurală

Hernia femurală tipică cu traseul prin canalul femural trebuie diferențiată de varietățile ei rar întâlnite. După localizarea lor anatomică distingem: 1) hernii lacunomusculare ce coboară deasupra mușchiului *ileopsoas* și nervului femural sub ligamentul inghinal în limitele lacunei musculare; 2) hernii formate în limitele lacunei vasculare: hernii lacunovasculare externe, dispuse sub ligamentul inghinal lateral de artera femurală; anterovasculare ieșite sub ligamentul inghinal anterior de vasele femurale; herniile ligamentului lacunar ieșite prin canalul femural în fisura ligamentului lacunar; pectineale ce ies prin canalul femural și trec prin grosimea mușchiului pectineu sau sub fascia pectinee (fig. 119).

În herniile femurale sînt următoarele căi de acces operatorii: directă sau femurală, prin care calea de abordare chirurgicală și plastia orificiului intern al canalului femural se efectuează din partea femurală; inghinală – se efectuează prin canalul inghinal, transformînd astfel hernia femurală în inghinală.

După procedeele de închidere a orificiului herniar, metodele operatorii în herniile femurale se împart în două grupe: suturarea orificiului intern al canalului femural; procedee plastice de acoperire a orificiilor herniare cu țesuturi adiacente (fascii, mușchi, ligamente).

Anestezia, – mai frecvent e utilizată cea locală. Pe linia de incizie se infiltrează țesutul celular subcutanat, se descoperă aponevroza mușchiului oblic extern și sub ea, mai sus de proeminența herniară, se injectează 20–40 ml soluție de novocaină de 0,25%. Anestezicul se introduce și în țesutul celular din jurul colului sacului herniar, evitînd lezarea venei femurale. În total se infiltrează 150–200 ml soluție de novocaină de 0,25%. În formele complicate ale herniilor femurale se utilizează narcoza.

i-  
r-  
i-  
r-  
r-  
o-  
ic  
r-  
a-  
l,  
te  
o-  
o-  
i-  
a-  
a-  
u-  
li-  
ii  
a-  
li,  
  
le  
ră  
ei  
e,  
ul  
al  
ea  
  
in  
a-  
fel  
  
ile  
lee  
  
tul  
sus  
cul  
le.  
er-

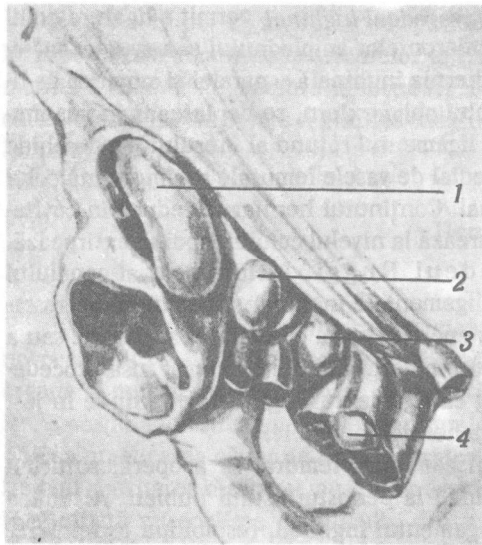


Fig. 119. Tipuri de hernii femurale:  
1 - lacunomusculară; 2 - antivasculară; 3 - femurală tipică; 4 - pectineală

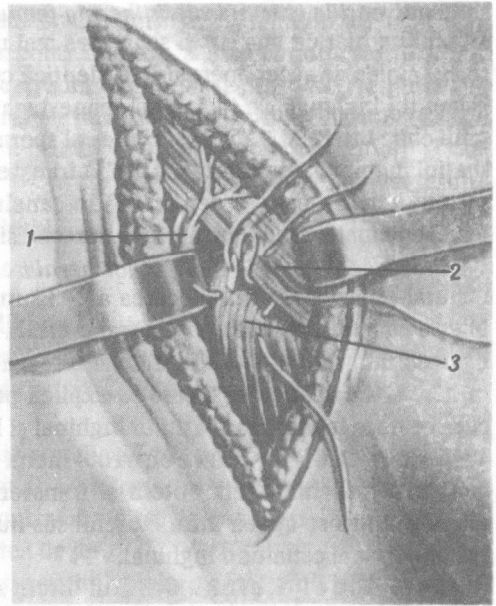


Fig. 120. Plastia orificiului intern al canalului femural (procedeul femural Bassini):  
1 - v. femoralis; 2 - ligamentul inghinal; 3 - ligamentul pectineu

**Tehnica operatorie.** Incizia lungă de 7-8 cm se face pe proeminența herniei, paralel și inferior de ligamentul inghinal. Poate fi practică și incizia verticală începută cu 2-3 cm mai sus de ligamentul inghinal și prelungită în jos pe proeminența herniară. Mai rar se utilizează incizia în formă de „T” sau „I”, paralel și cu 2 cm mai sus de ligamentul inghinal, ce descinde deasupra tumefacției herniare. Acestele operatorii sus-numite permit a practica intervenția chirurgicală atât prin calea femurală, cât și prin cea inghinală.

**Intervenția operatorie în hernia femurală prin procedeul femural (Bassini) (fig. 120).** Incizia pielii se efectuează paralel și cu 2 cm mai jos de ligamentul inghinal. La separarea sacului herniar e necesar a inciza fascia lată subțiată, stratificată considerabil cu grăsime. Lama cribroasă se separă minuțios în mod bont pentru a nu leza vena safenă mare. Vena femurală cu depărtătorul bont, se deplasează lateral. Sacul herniar separat se deschide între două pense. Conținutul lui se reduce în cavitatea abdominală, colul herniar se ligaturează cât mai sus și se secționează. Bontul sacului se infundă sub ligamentul inghinal.

Cu ajutorul acului curb cu fir de mătase se suturează trainic ligamentul inghinal cu cel pectineal. Aplicăm 2-3 suturi separate, începând de la unghiul intern al ligamentului lacunar (lig. lacunare). Ultima sutură se aplică la distanța de 1 cm de vena femurală. E necesar a prinde cu fire de mătase și periostul osului pubian, deoarece sutura superficială trecută numai prin ligamentul pectineu nu poate asigura acoperirea certă a canalului femural. Legarea firelor prin noduri chirurgicale se începe din partea laterală, pentru a evita lezarea și comprimarea venei femurale. Astfel ligamentul inghinal se lipește intim de cel pectineal și acoperă orificiul intern al canalului femural. Se aplică al doilea plan de suturi, 3-4 la număr, care atașează cornul superior al marginii falciforme cu fascia pectinee, unind pereții anterior și posterior ai canalului femural.

*Intervențiile chirurgicale în hernia femurală prin procedeul inghinal* permit a ligatura colul sacului herniar cât mai sus și separarea mai ușoară a aderențelor epiploonului și a anselor intestinale. Calea de acces operatorie e identică cu cea în hernia inghinală – paralel și superior de ligamentul inghinal. Se incizează aponevroza mușchiului oblic extern, se deplasează în sus mușchii oblic intern și transvers, cordonul spermatic sau ligamentul rotund al uterului. Se deschide spațiul inghinal și se incizează fascia transversală. Medial de vasele femurale se determină colul sacului herniar, care se deplasează în canalul inghinal. Conținutul herniar se reduce în cavitatea abdominală, sacul herniar se suturează și se ligaturează la nivelul colului, apoi se extirpează.

*Procedee de plastie a orificiilor herniare. Procedeul Ruggi.* Inelul intern al canalului femural se acoperă prin aplicarea a 2–3 suturi între ligamentele inghinal și pectineu. Se restabilește cu suturi separate fascia transversală incizată, apoi deasupra cordonului spermatic sau a ligamentului rotund al uterului se suturează aponevroza mușchiului oblic extern. Însă procedeul descris are un neajuns, care se explică prin faptul că ligamentul inghinal se extinde în jos, ceea ce duce la lărgirea spațiului inghinal și la apariția herniei inghinale.

*Procedeul Parlavecchio.* Inelul intern al canalului femural se acoperă, suturînd marginile mușchilor oblic intern și transvers abdominali la periostul osului pubian. Al doilea plan de suturi se aplică între mușchii sus-numiți și ligamentul inghinal, restabilind astfel perețele anterior al canalului inghinal.

*Procedeul Reich.* Orificiul intern al canalului femural se acoperă, suturînd marginile mușchilor oblic intern și transvers abdominali împreună cu ligamentul inghinal la periostul pubian deasupra cordonului spermatic. Aici e posibilă aplicarea suturilor „în U”, începînd de la vena femurală spre pubis. Legarea suturilor se practică în direcție inversă.

Prioritatea procedeului inghinal de îndepărtare a herniilor femurale constă în faptul că paralel cu extirparea sacului herniar se efectuează nu numai acoperirea și consolidarea canalului femural, dar și a celui inghinal, în așa mod se evită dezvoltarea herniei inghinale. La combinațiile de hernii inghinală și femurală cu sediul în aceeași regiune, acest procedeu se consideră cel mai rațional.

*Operații în herniile femurale rare.* Intervenția chirurgicală în hernia femurală ce iese prin lacuna musculară constă în descoperirea și toaleta sacului herniar, efectuarea plastiei prin suturarea cu surjet „în U” a ligamentului inghinal către mușchiul *iliopsoas*; astfel evitîndu-se disocierea mușchiului.

În hernia femurală supravasculară (mediană) după îndepărtarea sacului herniar se recomandă a deplasa vasele în unghiul lateral al orificiului herniar și a sutura ligamentul inghinal cu cel pectineu.

La hernia femurală prolabată prin fisura ligamentului lacunar se abordează sacul herniar, se înlătură și se acoperă inelul herniar, realizînd procedeul femural.

*Operații în hernia femurală strangulată.* Se practică unul din procedeele descrise anterior. Sacul herniar se izolează cu precauție din țesutul celular subcutanat, apoi se disecă. Determinăm vitalitatea viscerelor strangulate și caracterul exsudatului. Secționarea inelului de strangulare se efectuează numai după fixarea organelor exteriorizate. Sediul inelului de strangulare mai frecvent se află la nivelul ligamentului lacunar, însă poate fi și la nivelul fasciei cribroase. Secționînd ligamentul lacunar, e necesar să ținem cont de artera obturatorie cînd ea își ia începutul de la artera epigastrică inferioară („coroana morții”). Lărgirea inelului strangulat în sus se execută cu prudență, folosind pense hemostatice. După incizarea marginii fibroase a ligamentului lacunar, abordăm colul sacului herniar. La necesitatea de a lărgi calea de acces, se admite secționarea ligamentului inghinal, însă această manevră va fi însoțită de o slăbire evidentă a lui. În caz de schimbări ireversibile ale viscerelor strangulate, e necesară laparotomia mediană, prin care rezecția organului se poate efectua pe cale mai puțin traumatică. După ligaturarea și înlăturarea sacului herniar, plastia canalului femural se realizează practicînd unul din procedeele anterioare.

Greșeli și complicații posibile în tratamentul chirurgical al herniilor femurale: lezarea vaselor femurale, a viscerelor la disecarea sacului herniar, a arterei obturatorii în momentul secționării ligamentului lacunar, comprimarea venei femurale, recidive ale herniilor din cauza efectuării incorecte a plastiei canalului femural (suturi superficiale, bont lung al sacului herniar).

### Hernia ombilicală

**Anestezia.** Mai frecvent se practică cea locală prin infiltrația tegumentelor cu soluție de novocaină 0,25–0,5%. În herniile ombilicale extinse, mai ales ireductibile, cu aderențe între organe și pereții sacului herniar, e indicată anestezia intratraheală cu utilizarea miorelaxanților. E posibilă folosirea anesteziei peridurale.

La practicarea căilor de acces operatorii în hernia ombilicală se iau în considerație volumul herniei și evitarea diastazei mușchilor dreپți abdominali. Se folosesc următoarele incizii: verticală mediană cu ocolirea ombilicului din stînga; circulară în direcție transversală prin excizia ombilicului; semicirculară, ocolind ombilicul din partea de jos.

**Tehnica operatorie.** Se incizează pielea și țesutul celular adipos pînă la linia albă a abdomenului și pereții anteriori ai tecilor celor doi mușchi dreپți abdominali. În incizia verticală lamboul se separă de la stînga spre dreapta împreună cu ombilicul. Se abordă sacul herniar pînă la col. E foarte importantă separarea circulară a sacului herniar de la orificiul herniar format de marginea aponevrotică densă a inelului ombilical. Sacul herniar decolat se disecă, conținutul se reduce în cavitatea abdominală, iar el se rezecă la distanța de 1–1,5 cm de marginea inelului. În caz de aderențe, organele se separă de sacul herniar. La necesitate, marele epiploon poate fi rezecat, efectuînd o hemostază minuțioasă. Dacă colul sacului herniar e îngust, se aplică ligatura transfixiantă; la orificii herniare mari peritoneul se suturează cu fir continuu din catgut.

În herniile ombilicale extinse se practică incizia ovală în direcție transversală prin excizarea surplusului de piele, țesutului celular subcutanat și a ombilicului.

**Procedee de plastie a inelului ombilical.** La îndepărtarea sacului herniar, în dependență de metoda de plastie, inelul ombilical se incizează vertical sau transversal. La procedeul *plastiei după Mayo*, inelul ombilical se incizează în direcție transversală și în sus, traversînd peretele anterior al tecii mușchiului drept abdominal (fig. 121).

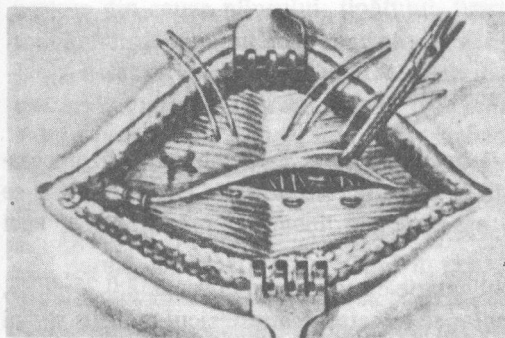


Fig. 121. Plastia inelului ombilical în hernia ombilicală după Mayo

Suturarea aponevrozei incizate la nivelul inelului herniar se efectuează în mod dublu. Se aplică sutură „în U” cu fire de mătase sau capron. Lamboul superior al aponevrozei se ridică în sus și prin el trecem un ac cu fir de mătase din anterior în posterior la o distanță de 1,5 cm de margine. La fel străpungem lamboul inferior la distanța de 0,5 cm de margine, trecem cu acul în direcție transversală și din nou străpungem lamboul inferior, apoi cel superior – ultimul din posterior către anterior. Firele se strîng și se leagă. În așa mod lamboul inferior se deplasează sub cel superior, formînd aponevroza dublă. Se aplică 3–6 suturi

„în U”. Marginea inferioară a lamboului superior se fixează de cel inferior cu fire separate.

K. M. Sapejko a propus aplicarea rîndului doi de suturi „în U” paralel primelor la o distanță de 1,5–2,5 cm. Inițial se leagă primul plan de suturi. Acest procedeu e numit *Diakonov-Mayo-Sapejko* (incizia transversală a aponevrozei a propus-o P. I. Diakonov).

În *plastia K. M. Sapejko* inelul ombilical se lărgeste prin secționarea liniei albe în sus și în jos. Dublarea aponevrozei în direcție longitudinală se obține prin aplicarea unui plan de suturi „în U”: acul cu firul de mătase străpunge inițial lamboul din dreapta la distanța de 0,5 cm de la margine, apoi din interior în exterior pe cel din stînga la distanța de 1,5–2 cm de la margine, din medial spre lateral se repetă trecerea firului în direcție opusă prin lamboul stîng și din nou se străpunge lamboul drept din interior spre exterior. Astfel lamboul stîng al aponevrozei îl acoperă pe cel drept, iar marginea lui liberă se fixează cu fire separate. Procedeu se realizează îndeosebi cînd hernia este asociată cu diastaza mușchilor dreپți abdominali. Dublarea aponevrozei se poate căpăta suturînd lambourile cu fire separate.

În *plastia N. I. Napalkov* după toaleta sacului herniar se incizează vertical pereții anteriori ai tecilor mușchilor dreپți abdominali pe marginile interne. Se suturează cu fire separate inițial lambourile aponevrotice posterioare, apoi cele anterioare.

*Plastia A. A. Șolimov* prevede eliminarea sacului herniar, secționarea pereților anteriori ai tecilor mușchilor dreپți prin două incizii semiovale abdominale. Lambourile mediale ale aponevrozei se dublează în interior și se suturează cu fire separate din mătase. Apoi se dublează foițele anterioare ale aponevrozei, aplicînd suturi „în U” cu fire din capron.

Explantatia se practică în herniile ombilicale voluminoase cu defecte considerabile ale aponevrozei, cînd *plastia* cu țesuturi proprii tehnic e imposibilă. Prin incizia mediană strat cu strat se separă și se înlătură sacul herniar, apoi fixînd mușchii de marginile aponevrozei, se suturează o rețea din capron, teflon sau lavsan. Rețeaua implantată servește drept carcasă, pe care se formează țesutul fibros dens ce acoperă orificiul herniar.

Dificultăți considerabile apar la intervențiile chirurgicale în hernia ombilicală strangulată, cu multiple aderențe și necroză a organelor.

*Plastia I. I. Grekov* prevede înlăturarea sacului herniar fără disecarea lui. Se face o incizie circulară la baza prolăbării herniare, se pătrunde în cavitatea abdominală în afara inelului de strangulare. Rezecția intestinului, a epiploonului se realizează extraperitoneal, apoi sacul herniar se extirpează. Operația se termină cu *plastia* orificiului herniar. Plaga se suturează strat cu strat și se drenează.

Recidivele postoperatorii după herniile ombilicale mici alcătuiesc 15–20%, după herniile mari - 30–40%.

#### Hernia liniei albe abdominale

După localizare herniile liniei albe se divizează în: epigastrice, paraombilicale și hipogastrice. Orificiile herniare au formă rotundă sau ovală în direcție transversală. Prin ele inițial se deplasează țesutul celular preperitoneal, formînd așa-numitele lipomuri preperitoneale, apoi mica pîlnie peritoneală se transformă în sac herniar.

Anestezia, de regulă, e locală, prin infiltrație obligatorie cu soluție de novocaină 0,25–0,5%, în teaca mușchilor dreپți ai abdomenului. Suplimentar se injectează anestezicul mai sus și mai jos de orificiul herniar, pentru a pătrunde în țesutul celular preperitoneal.

În herniile mici se practică incizia longitudinală sau transversală, pielea și țesutul celular subcutanat se separă de aponevroză pe parcursul liniei albe și de la peretele anterior al tecii mușchilor dreپți abdominali. Toaleta sacului herniar e identică cu cea în herniile ombilicale. La



utilizarea inciziilor mediane ale liniei albe, se constată extensiunea cicatricei postoperatorii sub tracțiunea mușchilor laterali, sînt posibile recidive. De aceea orificiile herniare, de obicei, se suturează transversal cu formarea unei duplicaturi. La formarea cîtorva hernii ale liniei albe asociate cu diastaza mușchilor drepți, plastia peretelui abdominal se efectuează după procedeul K. M. Sapejko, ce prevede numai dublarea aponevrozei, fără peritoneu.

Herniile strangulate ale liniei albe a abdomenului au caracteristici asemănătoare herniilor strangulate ale peretelui abdominal anterolateral. Mai frecvent se strangulează marele epiploon, intestinul subțire, colonul transvers. Strangularea lipomului preperitoneal e însoțită de dureri, iar tehnica operatorie se realizează cu respectarea principiilor generale caracteristice herniei strangulate.

Diastaza mușchilor drepți abdominali se dezvoltă, de regulă, în porțiunea superioară a liniei albe și se disting prin subțierea aponevrozei și prin atrofia mușchilor. Indicațiile operatorii în diastaza mușchilor sînt limitate, deoarece absența orificiilor tipice herniare nu provoacă strangularea.

Operația în diastaza mușchilor drepți abdominali se practică după procedeul Martînov, fără secționarea tecii mușchilor drepți. Prin incizia elipsoidă se excizează surplusul de piele, se denudează linia albă a abdomenului și se secționează pe parcursul diastazei la 1 cm de la marginea laterală a tecii mușchiului drept din stînga, apoi se deschide cavitatea abdominală. Începînd de sus, se suturează cu fire separate marginile tecii peretelui posterior al mușchilor drepți, apoi marginea liberă a aponevrozei tecii mușchiului drept din dreapta se aranjează anterior pe teaca mușchiului drept din stînga și se suturează.

Procedeul Napalkov în diastaza mușchilor prevede incizia aponevrozei pe marginile anteromediale ale mușchilor drepți ai abdomenului fără lezarea peritoneului. Se aplică suturi cu fire de mătase separate inițial între foițele posterioare, apoi pe duplicatura anterioară a aponevrozei.

#### Hernia peretelui abdominal anterolateral la copii

Hernia inghinală directă la copii este o raritate, deoarece fascia transversală e elastică și rezistentă la presiunea intraabdominală ridicată. Cauzele frecvent înfîlnite care favorizează dezvoltarea herniilor inghinale oblice la copii, în afară de anomalia de obliterație a fundului de sac peritoneovaginal (*procesus vaginalis peritonei*), se consideră: slăbirea sistemului muscular aponevrotic al canalului inghinal și ridicarea considerabilă a presiunii intraabdominale după naștere din cauza plînsului, țipătului, tusei puternice (N. I. Kukudjanov). Intervențiile operatorii în herniile inghinale la copii se practică după 6 luni de la naștere.

Anestezia – generală. Procedeele de realizare a herniotomiei trebuie să fie cele mai simple: la sugaci și copii de vîrsta creșei – operații fără secționarea aponevrozei mușchiului oblic extern (procedeele Cerny, Roux, Krasnobaev, Opper), la copii de vîrstă preșcolară – cu incizia aponevrozei ce permite descoperirea colului sacului herniar. La plastia canalului inghinal mușchii nu se suturează cu scopul de a nu dereglă funcția lor, deci se practică procedeul Martînov.

Hernia femurală la copii se înfîlnește rar.

Hernia ombilicală se formează în primele două luni după naștere. Lipsa complicațiilor în herniile ombilicale condiționează practicarea operației după 3 ani. Pînă la 3 ani se utilizează un pansament cu leucoplast (*emplastrum adnaesivum*). La copiii mai mari de 4–5 ani folosirea pansamentului nu e rațională, deoarece cicatrizarea independentă a inelului ombilical la așa vîrstă e o raritate. Indicații pentru intervenția chirurgicală în hernia ombilicală la nou-născut servesc subțierea pielii ombilicului, reliefaarea rapidă, uneori hernia strangulată.

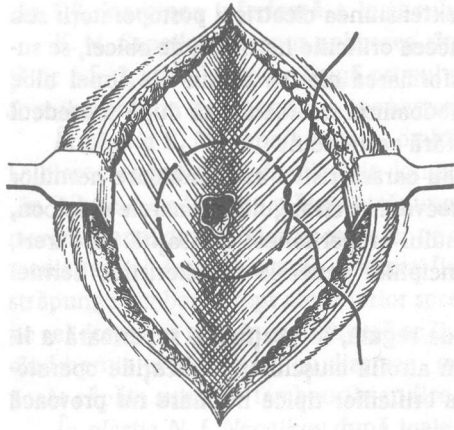


Fig. 122. Operația în hernia ombilicală după Lexer

Pentru a restabili ombilicul înfundat, se aplică suturi fine, care fixează bontul sacului herniar cu aponevroza liniei albe. La copii de vîrstă preșcolară și școlară plastia peretelui abdominal se realizează după metodele pentru cei vîrstnici. Copiii suportă herniile strangulate ale peretelui abdominal anterolateral mai ușor, deoarece elasticitatea inelului herniar e mai mare. Deseori se poate observa autoreducerea. Principiile operatorii în hernia strangulată sînt identice cu cele pentru maturi.

În hernia ombilicală mică se realizează procedeul Lexer (fig. 122). Denuderea și separarea sacului herniar se efectuează prin incizia longitudinală sau ovală a pielii țesutului celular subcutanat, colul se separă de inelul ombilical. Sacul herniar se disecă, visceralele se reduc în cavitatea abdomenului, se ligaturează și apoi se îndepărtează după metoda obișnuită. Bontul herniar se introduce în cavitatea abdominală, se aplică sutura în bursă pe aponevroza liniei albe.

Cea mai simplă metodă de plastie este procedeul Spitzzi. Incizia pielii în formă semiovală se efectuează la baza proeminenței herniare. După toaleta sacului herniar, plastia se efectuează aplicînd 3-4 fire separate de mătase trecute prin aponevroză. Fundul sacului herniar, aderat cu pielea, parțial se extirpează. Ombilicul se păstrează.

## INTERVENȚII OPERATORII PE ORGANELE CAVITĂȚII ABDOMINALE

Chirurgia abdominală a parcurs o cale de dezvoltare lungă și complicată. Peritonita purulentă postoperatorie rămîne pînă în prezent o complicație amenințătoare. Infectarea plăgii operatorii e posibilă din mediul ambiant, însă mai frecvent din cauza secționării mucoasei organelor cavitare.

Un rol semnificativ în dezvoltarea chirurgiei abdominale l-a avut descoperirea particularităților plastice ale peritoneului, utilizarea în practică a metodelor de anestezie, a mijloacelor aseptice și antiseptice, a instrumentarului și aparatelor chirurgicale speciale. O însemnătate mare prezintă elaborarea și realizarea varietăților perfecte ale căilor de acces și procedeele operatorii.

### Căile de acces chirurgicale pe organele cavității abdominale

Laparotomii sînt considerate toate căile de acces asupra abdomenului sau inciziile care traversează peretele abdominal, inclusiv peritoneul parietal (din gr. *lapara* – abdomen, *tomia* – incizie). Inciziile practicate cu scop de abordare chirurgicală a organelor cavității abdominale trebuie să fie puțin traumatizante (să nu lezeze mușchii, vasele și nervii mari), dar să asigure manevrarea liberă asupra organului la care se intervine, să formeze o cicatrice postoperatorie rezistentă.

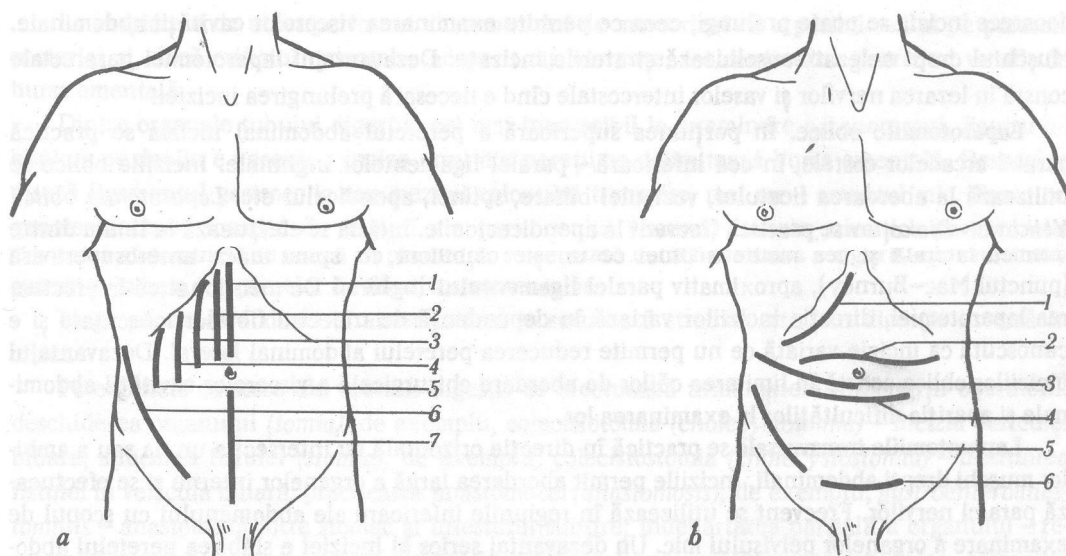


Fig. 123. Căile de acces operatorii pe organele abdominale:

*a* - vertical-laterale: 1 - mediană; 2 - paramediană; 3 - transversală; 4 - pararectală; 5 - pe linia semilunară; 6 - laterală transmusculară; 7 - mediană inferioară; *b* - transversală: 1 - hipocondrică; 2 - transversală superioară; 3 - laterală superioară în direcție variată; 4 - transversală inferioară; 5 - oblică inferioară cu direcție variată; 6 - transversală inferioară

Inciziile peretelui abdominal anterolateral se grupează în 5 categorii: longitudinale, oblice, transversale, angulare, mixte (fig. 123).

**Incizii longitudinale.** Laparotomia mediană (*laparotomia mediana*) se practică de-a lungul liniei albe a abdomenului, de la apendicele xifoid pînă la simfiza pubiană. În funcție de localizarea inciziei față de ombilic, distingem laparotomii: supraombilicală, ombilicală, subombilicală. La efectuarea laparotomiei mediane, ombilicul se ocolește din stînga cu scopul de a nu leza ligamentul rotund al ficatului. Ligamentul e situat în dreapta ombilicului, pe fața viscerală a ficatului și prezintă vena ombilicală obliterată. Incizia mediană nu lezează mușchii, vasele și nervii magistrali, la necesitate poate fi prelungită în sus și în jos. Ea este o cale accesibilă și se practică frecvent în chirurgie. Dezavantajul inciziei e cicatrizarea relativ lentă a marginilor plăgii, din cauza circulației sanguine insuficiente la nivelul liniei albe.

**Laparotomia paramediană.** Incizia se face pe marginea medială a mușchiului drept abdominal cu disecarea tecii. Mușchiul drept abdominal se deplasează lateral și se incizează mai profund straturile peretelui abdominal anterior. Astfel se constituie o cicatrizare trainică care rezultă din inconsistența inciziilor practicate pe pereții anterior și posterior ai tecii, despărțiți de mușchiul drept nelezat.

**Laparotomia transrectală** se execută prin mușchiul drept abdominal. Se incizează peretele anterior al tecii mușchiului drept (*m. rectus abdominis*), fibrele musculare se disociază longitudinal pe traiect, apoi se secționează peretele posterior. Disocierea fibrelor musculare poate fi însoțită de hemoragii, însă vascularizația abundentă a mușchiului favorizează cicatrizarea rapidă.

**Laparotomia pararectală (Linnander).** Incizia se practică pe marginea laterală a mușchiului abdominal drept. După incizia peretelui anterior al tecii mușchiului drept abdominal și deplasarea lui în partea medială, se secționează lamela posterioară a ei și peritoneul parietal. Calea de acces operatorie se utilizează uneori la apendicectomie cu scopul concretizării diagnosticului,

deoarece incizia se poate prelungi, ceea ce permite examinarea viscerelor cavității abdominale. Mușchiul drept nelezat consolidează straturile incizate. Dezavantajul laparotomiei pararectale constă în lezarea nervilor și vaselor intercostale când e necesară prelungirea inciziei.

**Laparotomiile oblice.** În porțiunea superioară a peretelui abdominal incizia se practică paralel arcadelor costale, în cea inferioară – paralel ligamentelor inghinale. Inciziile oblice se utilizează la abordarea ficatului, veziculei biliare, splinei, apendicelui etc. *Laparotomia oblică Volkovici-Diakonov* se practică frecvent la apendicectomie. Incizia se efectuează la limita dintre treimea laterală și cea medie a liniei ce unește ombilicul cu spina iliacă anterosuperioară (punctul Mac-Burney), aproximativ paralel ligamentului inghinal. De menționat că la efectuarea laparotomiei, direcția inciziilor variază în dependență de traiectul fibrelor musculare și e cunoscută ca incizie variată ce nu permite reducerea peretelui abdominal lateral. Dezavantajul inciziilor oblice constă în limitarea căilor de abordare chirurgicală a viscerelor cavității abdominale și apariția dificultăților la examinarea lor.

**Laparotomiile transversale** se practică în direcție orizontală cu intersecția unuia sau a ambilor mușchi dreپți abdominali. Inciziile permit abordarea largă a organelor interne și se efectuează paralel nervilor. Frecvent se utilizează în regiunile inferioare ale abdomenului cu scopul de examinare a organelor pelvisului mic. Un dezavantaj serios al inciziei e slăbirea peretelui abdominal anterolateral (diastaza mușchilor dreپți traumați).

**Laparotomiile angulare** se efectuează la necesitatea de a continua incizia în diverse direcții, sub unghi. De exemplu, la abordarea ficatului și canalelor biliare extrahepatice incizia mediană longitudinală pe linia albă a abdomenului va continua oblic, paralel arcadei costale.

**Laparotomiile mixte**, de obicei toracoabdominale, deschid un acces larg spre organele etajului supramezocolic al cavității abdominale și se utilizează la rezecția ficatului, la gastrectomie, splenectomie etc.

### Principiile generale în laparotomie

La intervențiile chirurgicale pe viscerale cavității abdominale e necesar a ne călăuzi de principiile și procedeele tehnice elaborate de chirurgia practică și a le realiza cu strictețe și consecvent. Ele includ: poziția corectă a bolnavului, determinarea metodei de anestezie, badijonarea cîmpului operator, secționarea țesuturilor peretelui abdominal anterolateral, strat cu strat, exteriorizarea și izolarea minușioasă a organului operat, protejarea de răcire și uscare, traumatizarea minimală a țesuturilor, peritoneoplastia minușioasă. La prelucrarea cîmpului operator e necesar a selecta concentrația adecvată a antisepticului. O importanță semnificativă are umezirea permanentă a învelișurilor seroase cu soluție caldă de natriu clorid. Laparotomia favorizează traumatizarea minimală a stratului mezotelial și previne formarea aderențelor în perioada postoperatorie.

După laparotomie e necesar a izola minușios plaga peretelui abdominal anterolateral, prevenind în așa mod, impurificarea țesuturilor cu transsudat din cavitatea abdominală, posibil infectat. Examenul amănunțit al organelor cavității abdominale se efectuează în plan stabilit. După leziuni perforante, traume surde ale abdomenului, se examinează toate viscerale cavitare ale tubului digestiv, începînd de la porțiunea cardiacă a stomacului spre rect, apoi organele parenchimatoase și organele bazinului mic. Se determină caracterul transsudatului. La suspiciunea tumorii maligne se examinează minușios starea ganglionilor limfatici regionali. Se constată infiltrarea tumorii în organele vecine, prezența metastazelor în ficat, splină, ovare și alte organe, răspîndirea tumorii pe peritoneu.

La suspiciuni de ulcer perforant al stomacului de memorizat că e posibil sediul pe peretele posterior și, dacă orificiul omental e acoperit cu aderențe, tot conținutul gastric se va afla în bursa omentală.

Dintre organele tubului digestiv cel mai inaccesibil la examinare e pancreasul. Pentru a-l explora pe deplin e necesar a inciza unul din pereții ce delimitează bursa omentală. Deseori se disecă ligamentul gastrocolic sau mezoul colonului transvers, mai rar – omentul mic. Toate organele afectate, însoțite de leziuni ale peritoneului visceral, trebuie minuțios peritonizate. Cavitatea abdominală se usucă cu prudență, se constată dacă hemostaza e sigură, apoi verificăm prezența în ea a compreselor de tifon, instrumentelor.

Plaga peretelui abdominal anterolateral se suturează strat cu strat, în direcția inversă inciziei.

Pe organele cavitate ale tubului digestiv se efectuează următoarele intervenții operatorii: deschiderea organului (*tomia*), de exemplu, colecistotomia (*cholecystotomia*) – incizia veziculei biliare; aplicarea fistulei (*stomia*), de exemplu, colecistostomia (*cholecystostomia*) – instituirea fistulei în vezicula biliară; practicarea anastomozei (*anastomosis*), de exemplu, *gastroenteroanastomosis* – anastomoză între stomac și intestinul subțire; îndepărtarea parțială a organului – rezecția (*resectio*), *resectio jejuni* – rezecția unei porțiuni a jejunului; extirparea organului (*ectomia*), de exemplu, *appendectomy* – îndepărtarea apendicelui.

La intervenții operatorii pe organele cavitate ale tubului digestiv tapetarea completă cu peritoneu a organelor, peritonizarea lor, exclude pătrunderea conținutului injectat în cavitatea peritoneală, evită peritonita. Cu toate cele menționate mai sus, cel mai important fapt se consideră sutura corect selectată și minuțios aplicată.

**Sutura intestinală.** Actualmente noțiunea de „sătură intestinală” cuprinde toate varietățile de suturi practicate pe organele cavitate (faringe, esofag, stomac, intestinele subțire și gros), dacă ele posedă tunicile seroasă (externă) și mucoasă (internă).

Peretele viscerelor tubului digestiv constă din trei straturi: tunicile mucoasă cu bază submucoasă, musculară și seroasă. În porțiunile lipsite de tunica seroasă se află învelișul adventițial sau extern. Sutura intestinală se deosebește prin procedeele de aplicare a firelor pe straturile organului (fig. 124).

Sutura de bază practică în chirurgia abdominală se consideră sutura seroseroasă propusă de A. Lambert (1826). La utilizarea suturii, menționa N. I. Pirogov (1864), practic, pe lângă tunica seroasă, întotdeauna se captivează un număr de fibre musculare din stratul mai profund al peretelui intestinal. Deci sutura seroasă practic este seromusculară. Denumirea nu depinde de faptul că în sutură se captivează tunicile seroase, dar de duritatea contactului celor două fețe opuse ale peritoneului visceral. Din primele minute după aplicarea suturii pe linia de contact a fețelor peritoneale se formează exsudat, din care se depune fibrina (din capilare lezate, în special din capilarele peritoneului din locurile cu mezoteliu lezat), asigurând etanșeitatea suturilor la finalul procedurii operatorii. Deoarece firul acestei suturi nu străpunge tunica mucoasă și deci nu e infectată, ea poartă denumirea de aseptică. Oricare ar fi numărul de rînduri și modificări ale suturilor aplicate pe organele cavității abdominale, e necesar ca ele să fie bine peritonizate, utilizînd sutura seromusculară. Anastomozele efectuate cu răsfrîngerea mucoasei în exterior se folosesc rar.

Actualmente în chirurgia practică se aplică suturile într-un plan și în două planuri. Discuțiile despre prioritatea și dezavantajul variantelor de suturi continuă și problema nu e soluționată definitiv. Însă majoritatea chirurgilor susțin că pe pereții faringelui, esofagului, stomacului, intestinelor subțire și gros este mai cu efect aplicarea suturilor în două planuri. Această poziție trebuie să fie respectată obligatoriu de chirurgii începători.

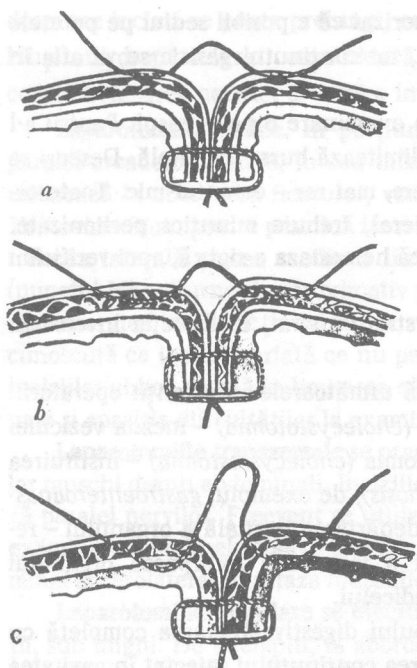


Fig. 124. Sutura intestinală în două planuri:  
a — sero-seroasă; b — sero-musculară; c — sero-  
musculară submucoasă

Suturile utilizate în chirurgia microscopică pentru suturarea nervilor și vaselor se efectuează cu ajutorul instrumentarului special, folosind fire sintetice fine sub controlul aparatelor optice.

Pe organele tubului digestiv se practică două tipuri de suturi: internă marginală sau totală și externă sero-seroasă aseptică.

**Suturile penetrante.** *Sutura marginală totală cu fir continuu (surjet)* se aplică prin străpungerea celor trei straturi ale peretelui organului cavitătar. Tehnic se execută astfel: acul cu fir străpunge peretele organului incizat, începând cu tunica seroasă spre cea mucoasă, iar peretele opus — invers — din tunica mucoasă spre cea seroasă.

*Sutura invaginantă (cojocărească) de tip Schmie-den* la fel este surjet marginal total care trece prin toate straturile organului. Spre deosebire de sutura precedentă, străpungerea ambilor pereți ai organului cu acul se efectuează din partea tunicii mucoase, cu ieșirea prin cea seroasă. La strângerea firului și legarea nodurilor, marginile pereților se invaginează în lumenul organului, fiind în contact strâns cu fețele seroase. Suturile totale, afit cea marginală simplă, cât și cea invaginantă, se înfundă în lumenul organului, aplicându-se deasupra lor sutura sero-musculară. De menționat că suturile totale cu fir continuu se consideră cele

mai hemostatice. La realizarea lor se folosesc fire din material rezolutiv.

**Varietăți de suturi intestinale.** Sutura „în bursă” — sutură sero-musculară care se utilizează la peritonizarea plăgilor mici, bontului apendicelui etc. Se execută circular, după aplicarea suturii marginale totale sau ligaturii. La strângerea firului bontul apendic se înfundă cu pensa anatomică în lumenul cecului.

*Sutura „în Z”* e o modificare a suturii sero-musculare. Ea se practică ca sutură suplimentară la cea „în bursă” și se aplică deasupra ei. Frecvent sutura se practică la înfundarea bontului apendicelui în cec. Tehnic se realizează astfel: acul cu fir străpunge marginea locului de înfundare de la dreapta spre stînga, apoi trece pe marginea opusă și procedeul se repetă pe linia paralelă precedentei.

*Sutura Albert* prezintă surjet marginal total cu fir continuu, care se practică pe peretele posterior al anastomozei și se realizează trecînd acul cu fir prin toate straturile organului de la tunica mucoasă spre cea seroasă, apoi, trecînd pe marginea opusă a organului, străpungem straturile în direcție opusă. Deasupra se aplică suturi aseptice cu fire separate sero-musculare.

*Surjet simplu marginal total (Miculicz)* cu extinderea firului din interior. Punctele de sutură se încep cu străpungerea tunicilor mucoasă, musculară și seroasă pe marginea organului, apoi firul traversează marginea opusă în direcție contrară.

Firul e tensionat din partea lumenului organului pînă la contactul deplin al tunicilor seroase. Deasupra se aplică suturi cu fire separate sero-musculare cu scopul de a înfunda în lumenul organului sutura precedentă.

*Sutura cu fir continuu „în U” (Pribram)* prevede tensionarea firului din exterior. Se aplică în felul următor: marginea organului e străpunsă cu acul din partea membranei seroase spre cea

mucoasă și invers, prin tunica mucoasă spre cea seroasă, firul se întinde. Pe marginea opusă a organului punctele de sutură traversează cu acul tunicile seroasă, musculară și mucoasă, și invers, firul se întinde, deasupra se aplică suturi înfundate cu fire separate seromusculare.

*Sutură cu fir continuu „în U” (Connell)* cu extinderea firului din interior. Traiectul punctelor de suturi e următorul: o margine a organului e străpunsă din partea tunicii mucoase, cea opusă – din partea celei seroase, firul se tensionează și din nou această margine e străpunsă din partea membranei mucoase. Trecem cu acul prin prima margine a organului din partea tunicii seroase, firul se întinde. Deasupra se aplică suturi seromusculare.

*Sutura într-un plan* mai des se practică cu fire separate. Acul cu fir traversează marginea organului din partea tunicii mucoase spre cea seroasă, marginea opusă – din partea membranei seroase spre cea mucoasă. Firul se leagă cu nod îndreptat în lumenul organului. Adepții suturii într-un plan susțin că ea se aplică rapid, iar cicatricea e restrînsă și fină. E necesar de menționat că etanșeitățile suturii nu e certă, hemostaza e satisfăcătoare numai în caz de ligaturare a vaselor mari din baza submucoasei, care, la rîndul său, cere timp suplimentar.

*Sutura mecanică* actualmente are o aplicare largă la intervențiile chirurgicale pe organele tubului digestiv. Sutura se realizează cu ajutorul aparatelor speciale dotate cu agrafe de tantal. În prezent se folosesc aparate de construcție modernă. Mai frecvent se utilizează următoarele aparate: pentru suturarea bontului gastric, pentru aplicarea gastroenteroanastomozei, pentru aplicarea suturii circulare pe intestinul gros, pentru suturarea organelor care se poate folosi și la operații pe stomac. Aparatele SPP-60 și SPP-40 sînt destinate pentru suturarea pediculilor plămînului, însă se utilizează și la suturarea intestinelor subțire și gros, la rezecția stomacului, cozii pancreasului și la alte operații.

**Anastomoza** e noțiune generalizatoare, deoarece conectarea artificială a două extremități ale tubului digestiv se efectuează la diferite niveluri, începînd cu esofagul și terminînd cu rectul. Anastomoza se aplică după rezecție sau după îndepărtarea completă a organului. În primul caz, tubul digestiv întrerupt se reface prin realizarea anastomozei între părțile centrală și periferică ale unui organ, în cazul secundar – anastomoză între două organe. Anastomozele după tipul de constituire se divizează în trei grupe: terminoterminală, laterolaterală și terminolaterală (fig. 125).

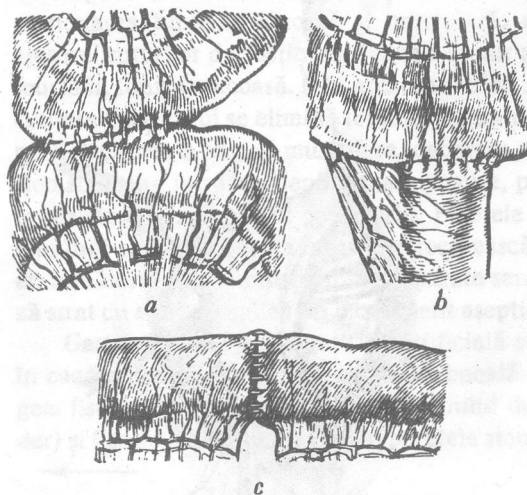
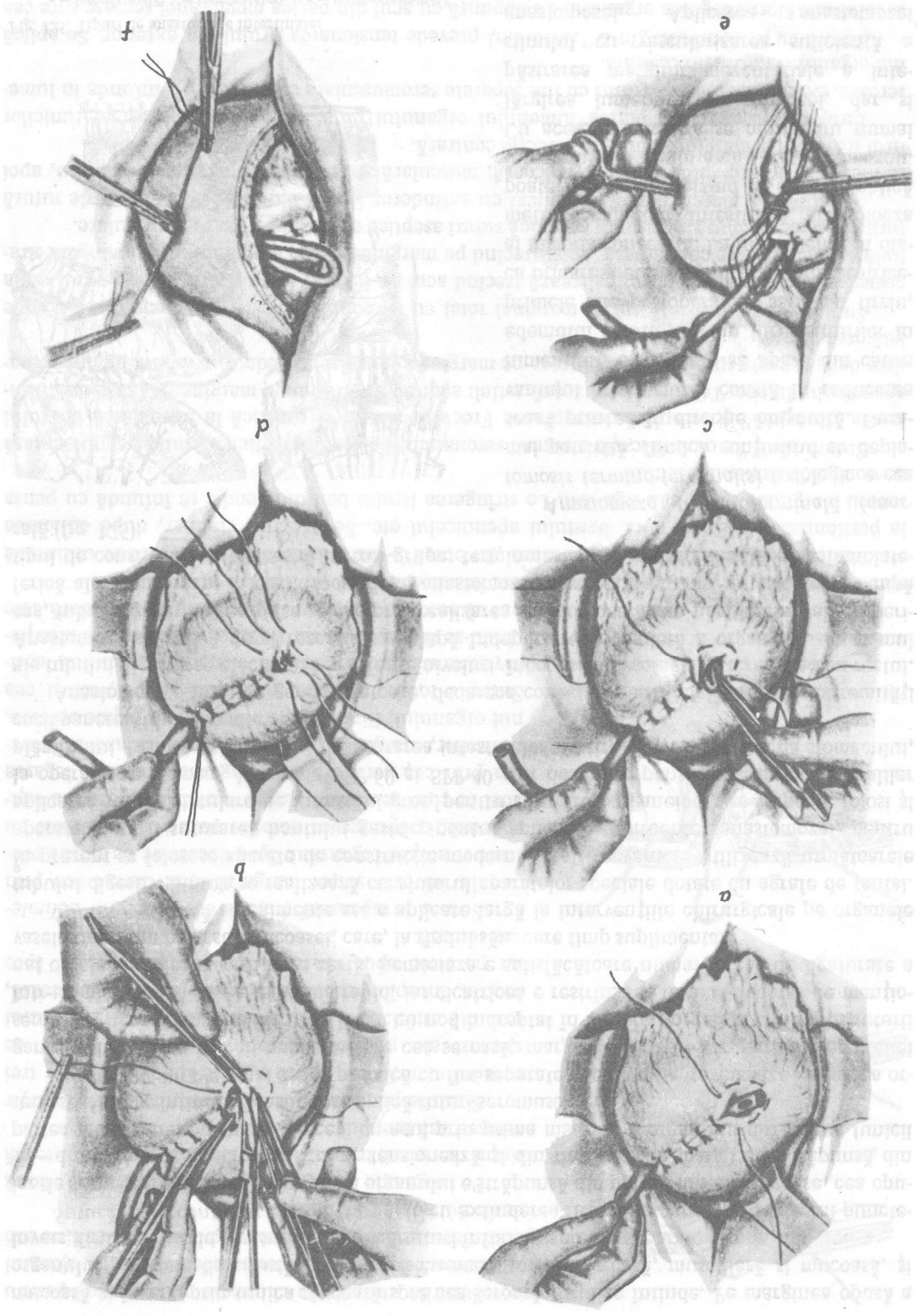


Fig. 125. Tipuri de anastomoze intestinale:

a – laterolaterală; b – terminolaterală; c – terminoterminală

*Anastomoza terminoterminală (anastomosis termino-terminalis)* fiziologic e cea mai potrivită, fiindcă conținutul se deplasează prin ea în direcție obișnuită. Dezavantajul anastomozei constă în reducerea lumenului, care poate să apară din cauza edemului țesuturilor din jurul suturilor în primele zile postoperatorii său mai târziu, ca urmare a etanșeității țesutului cicatricial în zona conectată. La insuficiența în diametru a capetelor intestinale, anastomoza poate fi mărită, incizînd în direcție oblică intestinul sub unghi ascuțit față de mezou. Cu această manevră se obține nu numai lărgirea lumenului anastomozei, dar și păstrarea marginii mezenteriale a intestinului cu vascularizarea suficientă a anastomozei. Aplicarea anastomozei





terminoterminal e dificilă în caz de atașare a capetelor organelor cu diverse diametre.

La anastomoză se disting pereții anterior și posterior. Se utilizează noțiunea de buze interne ale anastomozei – marginile organelor ce se suturează pe peretele posterior al anastomozei și buze externe – marginile organelor care formează peretele anterior al anastomozei. Bureletul anastomozei este partea pereților organelor ce se invaginează în lumen după aplicarea suturilor. La instituirea anastomozei peretele posterior (buzele interne) se suturează cu surjet marginal total cu fir continuu trecut prin toate straturile organului. Pe peretele anterior (buzele externe) se aplică sutura invaginată de tip Schmieden. Toate suturile precedente se înfundă în lumenul anastomozei, utilizând deasupra lor suturi cu fire separate seromusculare.

*Anastomoza laterolaterală (anastomosis latero-lateralis)* se practică între organele cu lumene înguste și unde există pericolul de îngustare a anastomozei. Altă indicație la realizarea anastomozei e necorespunderea diametrelor organelor de joncțiune. Practic, după suturarea etanșă a capetelor central și periferic, ele se aranjează izoperistaltic și se unesc în locurile de incizie a pereților laterali. Inciziile se pot prelungi la necesitate, deci pericolul de reducere a anastomozei e minim.

*Anastomoza terminolaterală (anastomosis terminolateralis)* se practică între organele cu diametre aberante. Se practică, îndeosebi, la unirea artificială dintre intestinalele subțire și gros, după rezecția porțiunii intestinale ileocecale.

#### Intervenții chirurgicale pe stomac

**Gastrotomia.** Indicații: polipul, tumorile benigne, corpurile eterogene, ligaturarea vaselor sîngerînde. Utilizarea largă a gastroscopiei cu ajutorul gastrofibroscopelor elastice pentru precizarea diagnosticului a limitat considerabil gastrotomia.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză intratraheală.

**Tehnica operatorie.** Se efectuează laparotomia mediană superioară, se exteriorizează stomacul, apoi se acoperă cu comprese de tifon. Pe peretele anterior al stomacului, la distanța de 1–2 cm, se aplică două suturi seromusculare de susținere. Incizia stomacului se practică la nivelul corpului între curburile mică și mare. Lungimea inciziei depinde de scopul operației. După secționarea tunicilor seroasă și musculară, efectuăm hemostaza ligaturînd vasele mari. Cu ajutorul suturilor de susținere, ridicăm în sus peretele anterior al stomacului, efectuăm o incizie scurtă în tunica mucoasă. Prin acest procedeu se evită scurgerea conținutului din stomac. La necesitate conținutul se elimină folosind aspiratorul. Lungimea inciziei mucoasei trebuie să fie mai mică decît cea a tunicii musculare, deoarece tunica mucoasă este deosebit de elastică. În plaga stomacului se introduc depărtătoare boante, pentru a extinde marginile plăgii, apoi se porcede la realizarea procedurii operatorii. Peretele stomacului incizat se suturează în două planuri. Mai întîi se aplică sutura internă cojocărească de tip Schmieden prin toate straturile, deasupra ei, următorul rînd – suturi cu fire separate seromusculare. Plaga peretelui abdominal se suturează strat cu strat, se aplică un pansament aseptice.

**Gastrostomia.** Fistula gastrică artificială se realizează cu scopul de alimentare a bolnavului în caz de imposibilitate prin cavitatea bucală. În procedeele de creare a fistulei gastrice distingem fistule tubulare cu practicarea tubului de cauciuc (procedeele Witzel și Stamm–Senn–Kader) și fistule labiale, formate din peretele stomacului (procedeele Toprover).

Fig. 126. Gastrostomia (procedeele Witzel):

a – suturarea tubului de cauciuc în peretele stomacal; b – secționarea peretelui stomacal în centrul suturii «în bursă»; c – înfundarea tubului de cauciuc în stomac; d – aplicarea rîndului doi de suturi; e, f – exteriorizarea suturilor de susținere prin incizia suplimentară

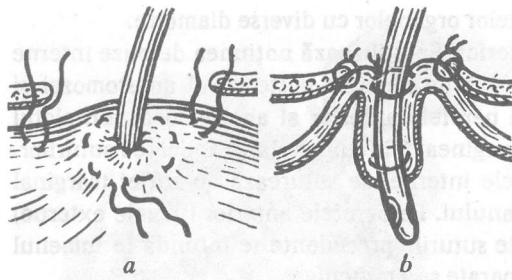


Fig. 127. Gastrostomia (procedeul Ştamm-Senn-Kader):

a — aplicarea suturilor „în bursă” și fixarea tubului din cauciuc; b — poziția tubului după operație

torul firelor separate seromusculare se formează două pliuri din peretele anterior, care cuprind strâns tubul și după ligatura lor rămâne fixat în canal (fig. 126). Se aplică 6–8 suturi separate. Porțiunea incipientă a tubului trebuie să fie situată la distanță nu mai mică de 10 cm de pilor, cea terminală e îndreptată spre fundul stomacului.

În regiunea fundului stomacului se aplică sutura „în bursă” în centrul căreia se perforează peretele. Dimensiunea inciziei este egală cu diametrul tubului din cauciuc. Porțiunea superioară a tubului se înfundă în cavitatea stomacului la 4–5 cm, în așa mod, încât capătul tubului să fie îndreptat spre fundul stomacului. Sutura „în bursă” se strânge, deasupra ei se aplică 2–3 suturi seromusculare.

Se practică suplimentar o incizie pe marginea externă a mușchiului drept abdominal. Prin ea se trece tubul din cauciuc, care se fixează de piele cu fire separate. Peretele stomacului din jurul tubului se suturează cu peritoneul parietal și lamina posterioară a tecii mușchiului drept abdominal, aplicând câteva suturi seromusculare. Această etapă a operației e numită gastropexie. Plaga peretelui abdominal anterolateral se suturează etanș, fixînd în ea tubul din cauciuc.

*Gastrostomia (procedeul Ştamm-Senn-Kader).* După laparotomie se exteriorizează peretele anterior al stomacului și aproape de porțiunea cardiacă se aplică trei suturi „în bursă” (la copii două), dispuse una sub alta la distanța de 1,5–2 cm (fig. 127). În centrul suturii superioare (interne) incizăm peretele stomacului, introducem tubul din cauciuc și, începînd cu firul intern, strîngem consecvent suturile „în bursă”. La copii tubul se fixează suplimentar cu 2–3 suturi de peretele stomacului, formînd un mic canal. Se exteriorizează tubul prin incizie suplimentară a tegumentelor moi, realizăm gastropexia.

La crearea fistulelor tubulare e necesară fixarea minuțioasă a peretelui anterior al stomacului de peritoneul parietal. Acest procedeu permite a izola cavitatea peritoneală de mediul ambiant și a evita complicațiile grave.

*Gastrostomia (procedeul Beck-Jiano).* Pe linia mediană superioară se incizează în planuri succesive peretele abdominal anterolateral. Se exteriorizează stomacul, se incizează arcada vasculară pe curbura mare, constituită din arterele gastroepiploice dreaptă și stîngă. Secționarea arcadei se efectuează la limita dintre porțiunea pilorică și corp, de la acest punct se croiește un lambou în formă de limbă. Baza lamboului cu lungimea de 4–5 cm e îndreptată spre fundul stomacului. Pe mucoasa lamboului se aranjează tubul din cauciuc, marginile lamboului se suturează formînd un manșon, care împreună cu tubul se fixează de marginile plăgii peretelui abdominal. Defectul stomacului format în urma creării lamboului se suturează, aplicînd suturi separate în două planuri. Tubul constituit din peretele stomacului barează evacuarea conținutului gastric. Plaga peretelui abdominal anterolateral se suturează strat cu strat mai sus și mai jos de tubul fixat. Se aplică un pansament aseptice.

Fistula gastrică artificială poate fi temporară (tubulară) și definitivă (labială).

Indicații: leziuni, fistule, arsuri și stricturi cicatriceale ale esofagului, tumori inoperabile ale faringelui, esofagului și cardiei.

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

Anestezia — narcoză intratraheală.

*Gastrostomia tubulară (procedeul Witzel).*

*Tehnica operatorie.* Laparotomie transrectală cu lungimea de 10–12 cm de la arcada costală în jos. Se exteriorizează peretele anterior al stomacului, se aranjează un tub din cauciuc axial între curburile mică și mare. Cu aju-

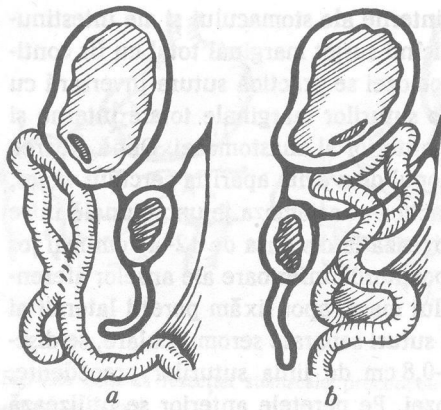


Fig. 128. Schema variantelor de gastroenteroanastomoză:

- a — gastroenteroanastomoză precolică anterioară;  
b — gastroenteroanastomoză retrocolică posterioară

**Gastroenteroanastomoză.** Indicații: procese patologice (tumori, ulcere cicatrizate) cu sediul în porțiunea pilorică a stomacului sau în segmentul inițial al duodenului, ce duc la dereglarea evacuării conținutului gastric în intestin sau la dezvoltarea stenozei pilorului. Scopul operației este crearea de anastomoze între stomac și porțiunea inițială a intestinului subțire. Evacuarea conținutului gastric se va efectua din stomac direct în jejun, ocolind duodenul. Poziția anastomozelor în raport cu axa stomacului poate fi orizontală, verticală sau oblică. Anastomoză se efectuează la distanța de 8–10 cm de pilor, mai aproape de marea curbura. E de dorit ca segmentul aferent al intestinului să fie situat cu 4–5 cm mai sus de cel eferent.

Actualmente, din procedeele existente de creare a anastomozelor între stomac și jejun, se utilizează frecvent gastroenteroanastomoză antecolică anterioară (*gastroenteroanastomosis antecolica anterior*) și gastroenteroanastomoză retrocolică posterioară (*gastroenteroanastomosis retrocolica posterior* (fig. 128). La alte variante se recurge rar.

⌘ *Gastroenteroanastomoză antecolică anterioară (procedeul Völfler).*

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

Anestezia — narcoză intratraheală.

**Tehnica operatorie.** Se efectuează laparotomia mediană superioară. Colonul transvers și marele epiploon se ridică în sus. Se introduce mâna în cavitatea abdominală și, lunecând la stînga de-a lungul rădăcinii mezocolonului transvers către coloana vertebrală, se flexează indexul și, reclinîndu-l în sus, se determină flexura duodenojejunală sau porțiunea inițială a jejunului. Se exteriorizează prima ansă intestinală. La crearea anastomozelor utilizăm segmentul jejunal, situat la distanța de 50–60 cm de unghiul duodenojejunal. Se exteriorizează stomacul, pe peretele lui anterior e adusă ansa intestinală anterior față de marele epiploon și colonul transvers. Ansele se fixează cu două fire de susținere în așa mod, încît porțiunea aferentă a ei să fie situată mai aproape de curbura mică și de porțiunea cardiacă a stomacului, cea aferentă — învecinată cu curbura mare și segmentul piloric al stomacului. Ansa intestinală fixată în direcție puțin oblică se suturează cu fire separate seromusculare de peretele anterior al stomacului pe o lungime de 10 cm.

Regiunea operatorie se izolează cu comprese de tifon, firele suturilor se îndepărtează cu excepția celor de la margini. La distanța de 0,7–0,8 cm de linia suturilor, se deschide stomacul și

*Gastrostomia mică.* În unele cazuri postoperatorii, de exemplu, după rezecția stomacului, în scopul decompresiunii drenării bontului stomacal, operația se desăvîrșește cu crearea fistulei temporare. Se practică o incizie pe peretele anterior al bontului stomacal, apoi introducem un cateter cu obturator nr. 10–12. Pe marginile incizate se aplică suturi seromusculare. În balon se introduce lichid care îl extinde, ridicăm tubul în sus pînă ce peretele stomacului va fi lipit de peritoneul parietal. Plaga peretelui abdominal se suturează strat cu strat, cateterul se fixează de piele. Peste cîteva ore peretele stomacului se contopește cu peritoneul parietal. Cateterul e reținut în stomac cîteva zile pentru drenarea secreției gastrice. După extragerea lui, orificiile din pereții stomacului și ai abdomenului se închid de sine stătător. În loc de cateter se poate utiliza un tub din polietilenă, fixîndu-l de peretele stomacului prin aplicarea suturii „în bursă”.

se aspiră conținutul, apoi se incizează intestinul. Buzele interne ale stomacului și ale intestinului sau peretele posterior al anastomozei se suturează aplicând surjet marginal total cu fir continuu, pe buzele externe sau pe peretele anterior al anastomozei se practică sutura inversară cu fir continuu de tip Schmieden. Se îndepărtează capetele suturilor marginale totale interne și se aplică suturi cu fire separate seromusculare pe peretele anterior al anastomozei. După crearea anastomozei gastrointestinale antecolică anterioare, cu scopul de a evita apariția cercului vicios, care rezultă după utilizarea ansei intestinale lungi, se practică anastomoza jejunojejunală între ansele aferentă și eferentă (procedeul Braun). Ea se realizează la distanța de 12–15 cm mai jos de anastomoza gastrointestinală, determinînd la început porțiunile inferioare ale ansei aferentă și eferentă situate la marginea inferioară a epiploonului mare, apoi fixăm pereții laterali ai ansei cu două fire de susținere. Aplicăm primul plan de suturi separate seromusculare, se disecă pereții ambelor anse intestinale la distanța de 0,7–0,8 cm de linia suturilor precedente, suturăm buzele interne, apoi cele externe ale anastomozei. Pe peretele anterior se utilizează suturi seromusculare separate. Plaga peretelui abdominal anterolateral se suturează în planuri succesive. Se aplică pansament steril.

↳ *Gastroenteroanastomoza retrocolică posterioară (procedeul Hacker–Peterson).* La realizarea anastomozei se utilizează segmentul jejunal localizat la distanța de 8–10 cm de unghiul duodenojejunal. Prin breșa practică în zona avasculară a mezocolonului transvers în direcție verticală sau puțin oblică se scoate peretele posterior al stomacului, pe care îl fixăm cu două fire de susținere. Se alătură ansa intestinală în poziție verticală (perpendicular axului stomacal), apoi se fixează de peretele stomacului cu două suturi seromusculare. După aceasta ansa intestinală aferentă se află pe curbura mică, cea eferentă – pe curbura mare a stomacului. Ridicînd în sus firele de susținere, menținem anastomoza, astfel ușurînd aplicarea suturilor. Consecutiv se aplică două planuri de suturi pe buzele interne, pe peretele posterior și două pe buzele externe, pe peretele anterior al anastomozei, după metoda descrisă mai sus. Ansa intestinală aferentă se fixează suplimentar cu cîteva suturi seromusculare de peretele posterior al stomacului, mai sus de anastomoză, cu scopul de a evita producerea cercului vicios. E necesar ca locul anastomozei să fie fixat minuțios la marginile orificiului obținut în mezocolonul transvers. În caz contrar, după operație ansele intestinului subțire pot pătrunde prin alunecare în bursa omentală, unde pot fi strangulate. Anastomoza se deplasează cu prudență în jos și se fixează cu fire separate seromusculare de marginile orificiului din mezocolonul transvers. Plaga peretelui abdominal se suturează strat cu strat.

**Rezecția stomacului (*resectio ventriculi*)** – înlăturarea parțială a stomacului. Se poate rezece orice segment al stomacului inclusiv cu extirparea totală – gastrectomia. Distingem diverse modificări de rezecție a stomacului, însă la baza majorității lor se află două procedee: Billroth I și Billroth II (fig. 129). La rezecția după Billroth I, se utilizează anastomoza terminoterminală între bontul stomacului și începutul duodenului. Procedeul Billroth II se deosebește prin faptul că bontul stomacului și duodenul se suturează complet, iar partea restantă a stomacului se unește cu segmentul inițial al jejunului, realizînd anastomoza laterolaterală. Sub aspect fiziologic, mai potrivit este procedeul Billroth I, deoarece după realizarea lui se păstrează pasajul, deplasarea conținutului prin duoden. Actualmente rezecția „clasică” după Billroth II se utilizează rar. Majoritatea chirurgilor recurg la una din modificările moderne.

↳ *Rezecția stomacului* – procedeul Billroth I. Indicații: tumorile benigne și maligne ale stomacului, ulcerele gastrice complicate (penetrante și caloase etc.).

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză intratraheală.

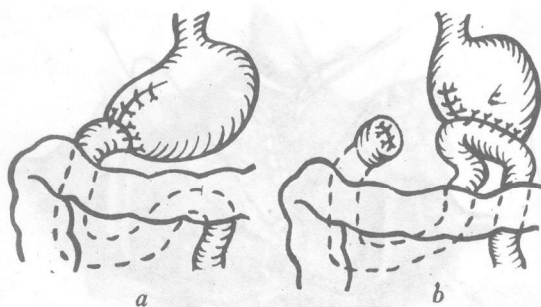


Fig. 129. Schema rezecției stomacale: procedeele Billroth I (a) și Billroth II (b)

mod se izolează stomacul pe curbura mare în stînga pînă la nivelul de proiecție a rezecției și în dreapta pînă la duoden. La nivelul pilorului separăm și ligaturăm trunchiul arterei gastroepiploice drepte. Deplasăm stomacul în jos și efectuăm mobilizarea lui pe curbura mică. Se ligaturează ramurile arterei gastrice stîngi, apoi artera gastrică dreaptă. La ligaturarea ultimei e necesar a controla minuțios toate manevrele chirurgicale din jurul ligamentului hepatoduodenal, cu scopul de a nu leza vasele și canalul coledoc. De menționat, la fel, necesitatea păstrării ramurilor arterei pancreatoduodenale.

E mai rațional de început rezecția stomacului după procedeul Billroth I în porțiunea lui superioară. Se aplică o pensă din partea mării curburii a stomacului perpendicular axului pe o lungime puțin mai mare decît diametrul porțiunii inițiale a duodenului. A doua pensă se practică din partea curburii mici în întîmpinare pînă la îmbinarea cu cea precedentă. Paralel și mai distal de pensele aplicate, pe toată lățimea stomacului, în același mod, fixăm încă două pense și între ele se secționază stomacul. Pe porțiunea inițială a duodenului se aplică două pense și între ele se incizează porțiunea stomacului proiectată pentru rezecție. Din partea curburii mici o porțiune a bontului gastric se suturează la început, aplicînd sutura hemostatică, apoi surjetul marginal total, iar firul se strînge după îndepărtarea pensei (fig. 130). Deasupra practicăm suturi separate seromusculare începînd din punctul superior de mobilizare a curburii mici. În prezent majoritatea chirurgilor folosesc în acest scop aparate speciale de suturare.

Porțiunea nesuturată a bontului gastric și porțiunea inițială a duodenului, fixate cu pense, se alătură și pe peretele posterior al anastomozei se aplică suturi separate seromusculare. Înălțurăm pensele și pe buzele posterioare ale anastomozei se aplică sutura marginală totală, pe cele anterioare – sutura invaginantă de tip Schmieden, apoi, deasupra, suturi cu fire separate seromusculare. Plaga peretelui abdominal se suturează strat cu strat.

☞ *Rezecția stomacului după procedeul Billroth II în modificarea Hofmeister-Finsterer.* Se efectuează laparotomia mediană superioară, porțiunea stomacului proiectată pentru rezecție se mobilizează pe curbura mare și mică. Duodenul se secționază între două pense sub pilor. Stomacul se izolează cu comprese umede de tifon, apoi se deplasează la stînga și în sus. Bontul duodenului se formează utilizînd unul din procedeele practicate, de exemplu, procedeul Moynihan (fig. 131). La început în jurul pensei se suturează pereții anterior și posterior ai intestinului, printr-o sutură în surjet marginal total. Se deschid ramurile și se înălțură cu prudență pensa, apoi strîngem firul suturii. Schimbăm instrumentarul, mănușile, aplicăm sutura circulară „în bursă” (sau două suturi semicirculare cu suturi suplimentare seromusculare separate sau „în Z”), care invaginează în lumen surjetul marginal total. La necesitate, se efectuează suplimentar peritonizarea, suturînd pe bontul duodenal un lambou pediculat din epiploon sau fixînd bontul duodenal pe capsula pancreasului.

Tehnica operatorie. Se efectuează laparotomia mediană superioară. Exteriorizăm stomacul, pe curbura mare se mobilizează porțiunea proiectată pentru rezecție. Extindem ligamentul gastrocolic și în zona lui avasculară, în limitele treimii inferioare a stomacului, se face un orificiu cu bisturiul sau foarfecele. Sub control vizual, pe ligamentul gastrocolic, se aplică două pense hemostatice paralel curburii mari a stomacului. Se rezecă porțiunea ligamentului împreună cu vasele aflate între pense și se ligaturează, apoi pensele se deplasează mai departe pe ligament. În așa



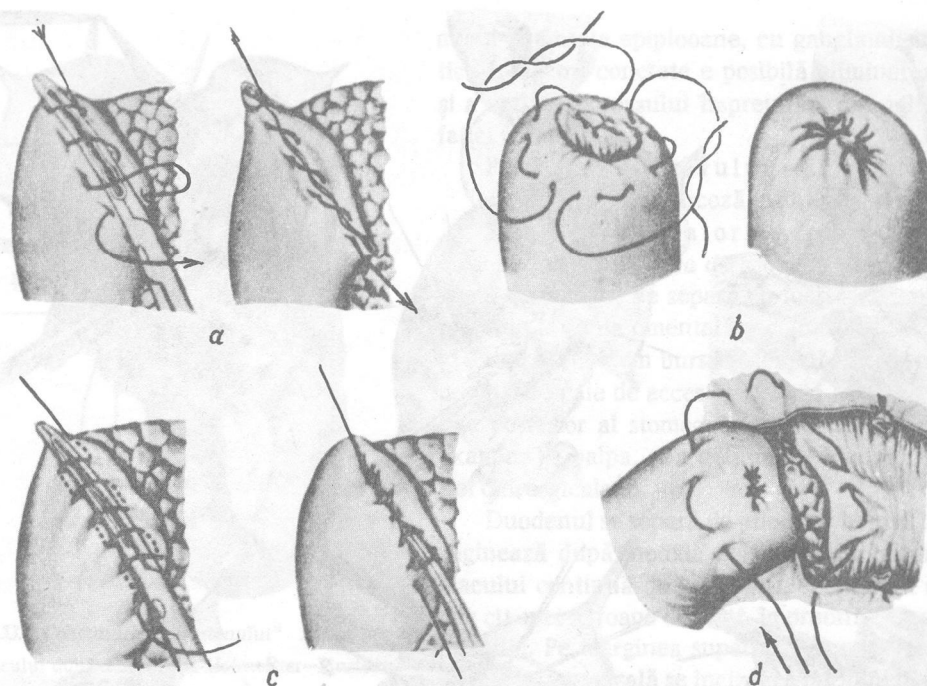


Fig. 131. Schema toaletei bontului duodenal la rezecția stomacală după procedeul Billroth II:

a — aplicarea suturii cu fir continuu; b — invaginarea bontului intestinal prin două suturi „în semibursă”; c — etapele de constituire a bontului duodenal — procedeul Moynihan; d — peritonizarea bontului duodenal

le suturilor se înlătură, cu excepția primului și ultimului, acoperim regiunea cîmpului operator cu șervețele sterile, incizăm peretele intestinului la 0,5 cm de linia suturilor aplicate. Peretele stomacului se incizează pe marginea proximală a pensei, apoi se îndepărtează împreună cu ea.

Cu aspiratorul evacuăm conținutul din bontul gastric. Bontul gastric împreună cu jejunul suturat de el cu fire separate seromusculare se ridică cu firele de susținere. Peretele posterior al anastomozei sau buzele interne ale stomacului și intestinului subțire se suturează cu surjet marginal total. Strângem în laț ultimul punct de sutură și cu același fir continuăm joncțiunea buzelor externe ale peretelui anterior, folosind sutura marginală de tip Schmieden. Îndepărtăm capetele suturii interne. Pe peretele anterior al gastroenteroanastomozei se aplică suturi seromusculare separate (fig. 132, d, e, f, g). Segmentul aferent al jejunului se fixează cu câteva suturi seromusculare de-a lungul liniei suturilor aplicate în direcția micii curburi a stomacului, formînd „pintenul”. Cu această manevră se creează condiții de evacuare a conținutului gastric în direcția segmentului intestinal eferent (fig. 133). Se deplasează anastomoza în breșa mezocolonului transvers și, cu fire seromusculare separate, se suturează marginile orificiului din mezocolon la bontul gastric. Prin această manevră, se evită strangularea segmentului aferent și a celui eferent în breșa mezocolonului. Plaga peretelui abdominal se suturează etanș.

**Rezecția subtotală a stomacului.** Se îndepărtează 4/5 de organ, ce constituie aproximativ 80%. Există: *rezecție subtotală simplă*, se practică în ulcerele cu sediul în partea superioară a curburii mici, și *rezecția subtotală vastă* care se efectuează în tumori operabile ale stomacului. Rezecția subtotală se deosebește prin faptul că 4/5 din stomac se îndepărtează împreună cu

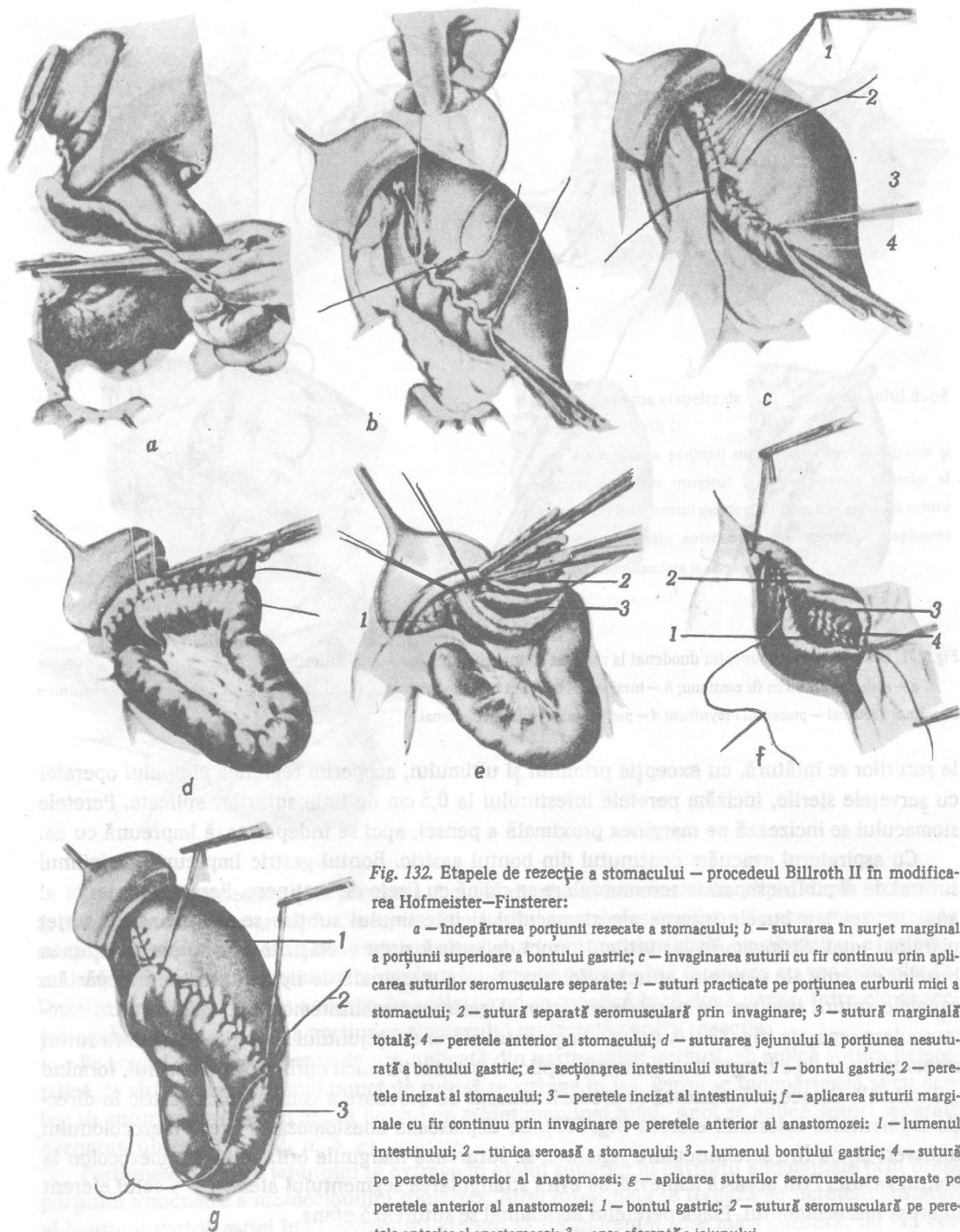


Fig. 132. Etapele de rezecție a stomacului – procedeeul Billroth II în modificarea Hofmeister–Finsterer:

a – îndepărtarea porțiunii rezecate a stomacului; b – suturarea în surjet marginal a porțiunii superioare a bontului gastric; c – invaginarea suturii cu fir continuu prin aplicarea suturilor seromusculare separate: 1 – suturi practice pe porțiunea curburii mici a stomacului; 2 – sutură separată seromusculară prin invaginare; 3 – sutură marginală totală; 4 – peretele anterior al stomacului; d – suturarea jejunului la porțiunea nesuturată a bontului gastric; e – secționarea intestinului suturat: 1 – bontul gastric; 2 – peretele incizat al stomacului; 3 – peretele incizat al intestinului; f – aplicarea suturii marginale cu fir continuu prin invaginare pe peretele anterior al anastomozei: 1 – lumenul intestinului; 2 – tunica seroasă a stomacului; 3 – lumenul bontului gastric; 4 – sutură pe peretele posterior al anastomozei; g – aplicarea suturilor seromusculare separate pe peretele anterior al anastomozei: 1 – bontul gastric; 2 – sutură seromusculară pe peretele anterior al anastomozei; 3 – ansa eferentă a jejunului

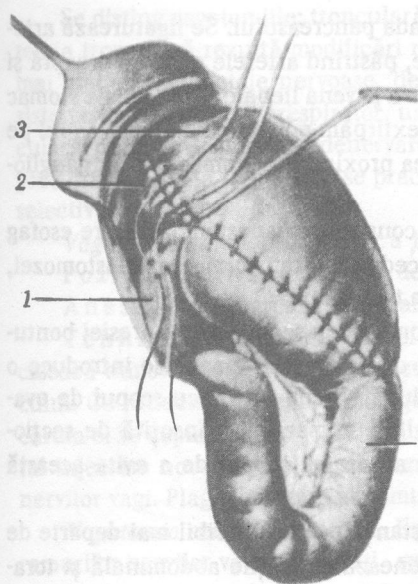


Fig. 133. Constituirea „pintenului” în rezecția stomacului după modificarea Hofmeister-Finsterer:

1 — ansa intestinală aferentă; 2 — peretele posterior al bontului gastric; 3 — peretele anterior al bontului gastric; 4 — ansa intestinală eferentă

lienală. Ligaturăm și secționăm arterele gastrică dreaptă și gastroepiploică dreaptă. Stomacul cu marele și micul epiploane separate de țesutul celular și ganglionii limfatici se întorc în stînga, apoi se ligaturează. Se secționează artera gastrică stîngă și se extirpează porțiunea stomacului rezecată împreună cu ganglionii limfatici.

Separăm ganglionii limfatici situați pe porțiunea cardiacă a stomacului, apoi decidem a elimina sau nu splina și coada pancreasului. După mobilizarea stomacului, 4/5 din el împreună cu ligamentele, epiploonul și ganglionii limfatici se înlătură. Se aplică anastomoza între bontul gastric și jejun, deplasată prin breșa mezocolonului transvers. Cu scopul de a mări volumul bontului gastric, anastomoza se efectuează pe tot parcursul inciziei stomacului. Unii chirurghi aplică suplimentar anastomoza laterolaterală între segmentele aferent și eferent ale jejunului. E posibilă și practicarea enterostomiei decompressive. Plaga peretelui abdominal se suturează în planuri succesive.

**Rezecția porțiunii cardiace a stomacului.** În dica ții: tumorile maligne situate în segmentele cardiac al stomacului și inferior al esofagului.

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

Anestezia — narcoză intratraheală.

Tehnica operatorie. Calea de acces operatorie variază: abdominală sau toracică prin spațiul intercostal VII și toracoabdominală.

Calea de acces toracică stîngă sau toracotomia strat cu strat se practică în spațiul intercostal VII, începînd cu arcada costală pînă la linia axilară medie. Plaga se extinde, cu depărtătoare se abordează esofagul, în jurul lui se aplică o bandaletă de susținere din cauciuc. Se incizează diafragma pe parcurs de 10–15 cm pînă la esofag, pătrundem în cavitatea abdominală, prin omentul mic și ligamentul gastrocolic se creează orificiul pentru a aplica în jurul stomacului a doua bandeletă de susținere din cauciuc. Între cele două bandelete se mobilizează stomacul pe

micul și marele epiploane, cu ganglionii lor limfatici. În cazuri concrete e posibilă eliminarea splinei și a cozii pancreasului împreună cu ganglionii limfatici regionali.

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

Anestezia — narcoză intratraheală.

Tehnica operatorie. *Laparotomie mediană superioară sau calea de acces operatorie paramediană din stînga.* Se separă cu foarfecele epiploonul mare de la tenia omentală a colonului transvers, în așa mod deschidem bursa omentală. Acest procedeu deschide o cale de acces operatorie largă către peretele posterior al stomacului, care ne permite de a examina, a palpa, și a determina volumul intervenției chirurgicale.

Duodenul se separă de pilor, iar bontul lui se invaginează după metoda obișnuită. Mobilizarea stomacului continuă de jos în sus, secționînd omentul mic cît mai aproape de ficat, împreună cu ganglionii limfatici. Pe marginea superioară a pancreasului în direcție transversală se incizează peritoneul parietal, îndepărtăm țesutul celular cu ganglionii limfatici din spațiul retroperitoneal. Se separă țesutul celular de *a. hepatica communis*, trunchiul celiac și artera



cuiburile mică și mare. La indicații, mobilizăm splina și coada pancreasului. Se ligaturează arterele gastrică stîngă și gastroepiploică stîngă, gastrice scurte, păstrînd arterele gastrică dreaptă și gastroepiploică dreaptă. La splenectomie se ligaturează artera și vena lienale. Aplicăm pe stomac în direcție oblică aparatul de suturare SBS și o pensă, apoi extirpăm porțiunea mai mare a lui pe curbura mică. Se îndepărtează blocul alcătuit din porțiunea proximală a stomacului cu ganglionii limfatici și alte organe, în dependență de indicații.

Urmează etapa complicată de mare responsabilitate – constituirea anastomozei între esofag și bontul gastric. Sînt descrise numeroase variante și procedee în transformarea anastomozei, însă cel mai cert e procedeul Swit cu practicarea suturilor în trei planuri.

La realizarea diverselor variante de esofagogastroanastomoză, cu scopul decompresiei bontului gastric pe un termen de 24–48 ore, după operație mai distal de anastomoză se introduce o sondă. Sonda poate fi înlocuită cu gastrostomia tubulară după Witzel, inițial cu scopul de evacuare, apoi de alimentare a bolnavului. Rezecția proximală a stomacului e însoțită de secționarea ambilor nervi vagi, deci e posibil pilorospasmul. De aceea, cu scopul de a evita această complicație, Wangesteen propune practicarea pilorotomiei.

Suturăm diafragma, fixînd în el bontul gastric la o distanță pe cît e posibil mai departe de anastomoză pentru a suprima insuficiența suturilor. Se drenează cavitățile abdominală și toracică. Plaga operatorie se suturează strat cu strat.

**Gastrectomia (Gastrectomia).** Indicații: tumoarea malignă difuză a stomacului.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză intratraheală.

Tehnica operatorie. Se execută laparotomia mediană superioară. La necesitate se îndepărtează procesul xifoid și incizia se prelungește suplimentar în sînga. Se practică și toracotomia. Separăm marele epiploon de colonul transvers, examinăm bursa omentală, determinăm concreșterea tumorii cu organele vecine. După precizarea volumului operației se ligaturează arterele gastrică dreaptă și gastroepiploică dreaptă. Folosind două pense, disecăm duodenul, deplasăm stomacul în sînga și în sus, apoi ligaturăm și secționăm *a. et v. gastrica sinistra*.

În rezecția cozii pancreasului *a. et v. lienalis* se ligaturează la nivelul de extirpare. Partea inferioară a splinei se separă de intestinul gros, se deplasează în sus și se secționează plicile peritoneului. Se efectuează incizia pe pancreas, suturăm canalul și marginile inciziei, separăm țesutul celular cu ganglionii limfatici situați mai sus de loja pancreasului pînă la diafragm. Următoarea etapă e secționarea între două pense a esofagului și extirparea blocului unic alcătuit din stomac cu marele și micul epiploane, ganglionii limfatici, splina și coada pancreasului.

Se realizează anastomoza între esofag și intestinul subțire. Această etapă a operației e complicată, avînd scopul de a reconstrui tubul digestiv. Există mai mult de 50 de procedee de reconstrucție, începînd cu esofagoduodenostomia directă pînă la folosirea diferitelor grefe din intestinul subțire sau gros. Un procedeu simplu de reconstrucție prezintă Roux. Bontul duodenal se suturează, ansa jejunală mobilizată și deplasată prin breșa mezocolonului transvers se secționează, între bontul creat al segmentului eferent jejunal și esofag se practică anastomoza terminolaterală. Al doilea capăt al intestinului se anastomozează terminolateral cu segmentul eferent jejunal. Se suturează marginea orificiului mezocolonului cu jejunul și mezoul lui. Plaga peretelui abdominal se suturează în planuri succesive. Cavitățile abdominală se drenează.

**Vagotomia (Vagotomia).** Esența operației constă în următoarele: după secționarea fibrelor nervoase parasimpatice, care inervează stomacul, scade considerabil faza complicată refractară de digestie gastrică, deci se micșorează brusc secreția sucului gastric. Aceasta contribuie la cicatrizarea ulcerelor, e posibilă salvarea bolnavilor de recidive ale ulcerului gastric. Vagotomia, de regulă, se combină cu una din operațiile ce drenează stomacul.

Se disting vagotomiile: tronculară, selectivă și selectivă proximală. De menționat că la vagotomia tronculară rezultă modificări morfologice considerabile în viscerele cavității abdominale, mai ales în elementele nervoase, dereglări funcționale în organele tubului digestiv și în alte sisteme (cardiovascular, respirator, urinar). Modificările se datorează faptului că vagotomia tronculară produce la început denervarea organelor etajului superior al cavității abdominale. În prezent vagotomia tronculară se practică în chirurgia de urgență. Mai mare efect are vagotomia selectivă.

*Vagotomia tronculară.* Indicație: ulcerul hemoragic gastroduodenal.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză intratraheală cu anestezia locală a nervilor vagi.

*Tehnica operatorie.* Se efectuează laparotomia paramediană superioară stângă. Se incizează transversal peritoneul în locul de trecere de pe diafragm pe porțiunea cardiacă a stomacului. Cu prudență se separă esofagul, în jurul lui se aranjează un tub din cauciuc, cu ajutorul căruia el se deplasează în jos. După manevră abordăm și palpăm ramurile nervilor vagi. Perinevral injectăm novocaină și consecvent incizăm, apoi extirpăm porțiuni de 2–3 cm din ramurile nervilor vagi. Plaga peretelui abdominal anterolateral se suturează strat cu strat.

*Vagotomia selectivă gastrică.* Esența intervenției chirurgicale constă în secționarea tuturor ramurilor nervilor vagi îndreptați spre stomac.

Indicație: ulcerele gastric și duodenal.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză intratraheală combinată cu anestezia locală a nervilor vagi.

*Tehnica operatorie.* Se efectuează laparotomia mediană superioară. Separăm porțiunea cardiacă a stomacului, incizăm peritoneul visceral în locul de trecere de pe diafragm pe stomac, esofagul se trage în jos. Pe peretele anterior al esofagului se abordează trunchiul nervului vag anterior și se determină locul de deviere a ramurilor îndreptate spre hilul ficatului și se separă cu prudență. Ramurile deplasate spre stomac se secționează. Depistăm trunchiul nervului vag posterior în locul de deviere a ramurilor, cea îndreptată spre trunchiul celiac se îndepărtează puțin, cele deplasate spre stomac se secționează.

La *vagotomia selectivă proximală* în modul descris anterior se secționează toate ramurile scurte deplasate spre stomac, cele lungi îndreptate spre partea pilorică a stomacului se păstrează.

Operațiile de drenare la vagotomie se efectuează cu scopul de a evita spasmul pilorului.

*Tehnica operatorie.* Frecvent se practică plastia pilorului după procedeul Heineke–Mikulicz. După laparotomie se efectuează o incizie longitudinală de 6–8 cm pe pilor în așa mod ca o jumătate din ea să revină porțiunii pilorice a stomacului, iar a doua jumătate – duodenumului. La extinderea plăgii cu firele de susținere în direcțiile ascendentă și descendentă ea capătă formă transversală. Se aplică suturi în două rînduri: planul intern în surjet marginal total, cel extern – cu fire seromusculare separate (fig. 134).

La plastia pilorului prin procedeul Finney, partea pilorică a stomacului și cea inițială a duodenumului se incizează „în U”, apoi se realizează anastomoza laterolaterală (fig. 135). În caz de stenoză pronunțată a pilorului ca urmare a ulcerului cașos, se practică gastroduodenostomia – procedeul Jabouley (fig. 136).

Experiența căpătată în tratamentul chirurgical al ulcerelor gastric și duodenal prin intermediul vagotomiei a dovedit că în cazuri concrete, deși tehnica vagotomiei e corectă, efectul nu este pozitiv, sau dacă este, numai temporar. Cazurile se explică prin factori anatomici concreți. S-a constatat că vagotomia tronculară nu poate lipsi stomacul complet de inervația parasimpatică, deoarece nervii vagi și simpatici fac schimb de fibre nervoase în regiunile cervicală și toracică. Reiese că o parte din fibrele nervoase parasimpatice, deplasându-se cu nervii simpatici, splanhnici, cu plexul celiac, împreună cu filete nervoase simpatice, pot să pătrundă parava-

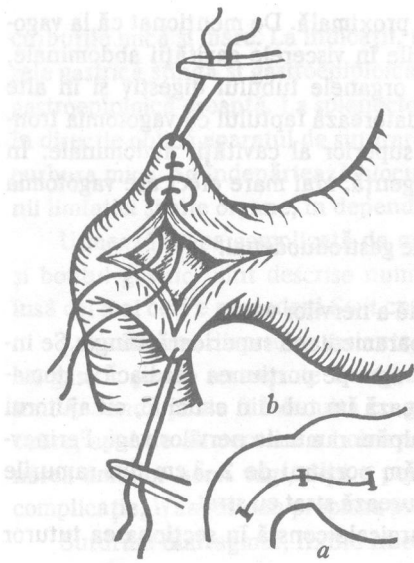
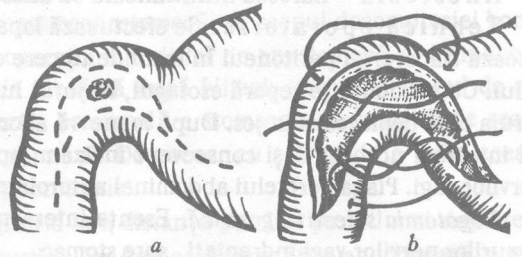


Fig. 134. Plastia pilorului după procedeul Heineke-Mikulicz:  
a — incizia longitudinală; b — sutură în direcție transversală

Fig. 135. Plastia pilorului după procedeul Finney:

a — incizia „în U”; b — sutură în direcție transversală (gastroduodenostomia)



zal în stomac. Numărul lor ajuns în stomac pe cale colaterală depinde de manifestarea individuală a ligaturilor anatomice între nervii vagi și simpatici din regiunile cervicală și toracică.

La practicarea vagotomiei selective un rol considerabil îl are distincția individuală în structura ramurilor trunchiurilor nervilor vagi ce se deplasează în diverse porțiuni ale stomacului.

**Suturarea perforațiilor ulceroase în stomac sau duoden.** Indicații: ulcerele perforante gastrice sau duodenale.

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

Anestezia — narcoză intratraheală.

Tehnica operatorie. Prin laparotomia mediană superioară se abordează orificiul în

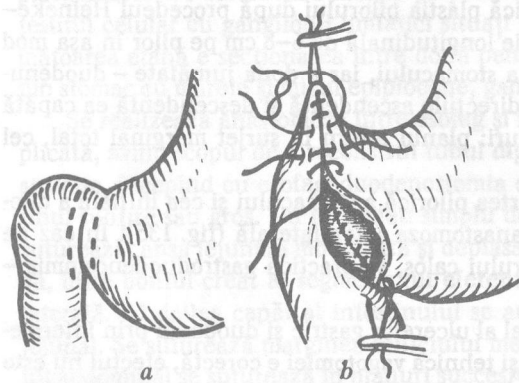


Fig. 136. Plastia pilorului după procedeul Jabouley:

a — secționarea stomacului și a duodenului; b — gastroduodenostomia

stomac sau în duoden. La situarea lui în perețele posterior al stomacului e necesar a pătrunde în bursa omentală mai frecvent prin incizarea ligamentului gastrocolic. În caz că orificiul e acoperit de țesut fibros dens, atunci el se înlătură și aplicăm două planuri de suturi separate seromusculare în direcție transversală (perpendicular axului stomacal sau duodenal) pentru a evita stenoza. Cu scop de peritonizare, deasupra planului doi de suturi se fixează un lambou pediculat din epiploon sau din alte țesuturi (fig. 137). Suturarea ulcerului perforant poate fi combinată cu vagotomia.

Se elimină conținutul din cavitatea abdominală cu aspiratorul. Peretele abdominal se suturează în planuri succesive. Cavitatea abdominală se drenează.

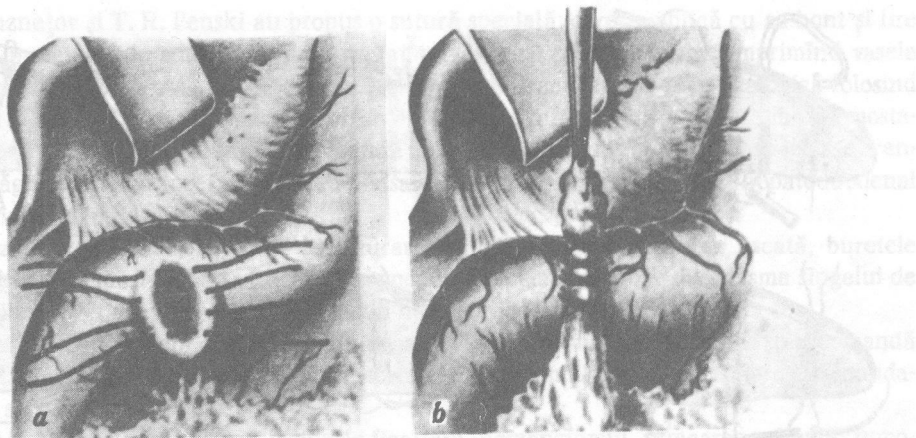


Fig. 137. Acoperirea orificiului ulceros în stomac:

a — aplicarea suturilor; b — peritonizarea suturilor cu lambou pediculat din epiploon

### Intervenții operatorii pe ficat și pe căile biliare

**Leziunile ficatului. Hepatorafia.** Indicații: leziuni deschise și închise ale ficatului, plăgi prin arme de foc, etapa finală în rezecția ficatului.

**Poziția bolnavului** — în decubit dorsal. La nivelul vertebrelor T<sub>XI</sub>-XII se aranjează un pilier din cauciuc, e posibilă poziția culcat pe flancul stîng la fel cu pilier sub el.

**Anestezia** — narcoză intratraheală, suplimentar se utilizează neuroleptanalgezia.

**Tehnica operatorie.** La plăgi penetrante și nepenetrante abdominale cu leziuni ale ficatului, frecvent se practică laparotomia mediană superioară, în caz de revizie a lobului drept, se secționează și ligamentul falciform. Laparotomia mediană superioară se poate completa cu o incizie transversală prelungită în dreapta sau în stînga.

La traume vaste ale ficatului se practică calea de acces toracoabdominală. Însă utilizarea metodelor actuale de anestezie, combinate cu miorelaxante condiționează necesitatea de a renunța la incizii suplimentare.

După laparotomie se efectuează hemostaza, înlăturăm cheagurile de sînge, porțiunile lezate ale ficatului, în mod obligatoriu se efectuează toaleta chirurgicală a plăgii ficatului. În acest scop se incizează econom marginile plăgii, înlăturăm țesutul traumatizat, ținînd cont că el regenerează bine. Hemostaza în plagă se efectuează prin ligaturarea vaselor, aplicînd suturi și tamponament biologic. Scurgerea bilei se oprește prin ligaturarea căilor biliare intrahepatice.

La leziunile mari ale lobului hepatic e necesară rezecția, iar în caz de traume marginale — rezecția conică. Din cele expuse mai sus rezultă că tratamentul chirurgical al ficatului lezat constă inițial în hemostaza minuțioasă și îndepartarea țesutului neviabil, inclusiv rezecția ficatului.

Hemostaza certă se obține prin apropierea și suturarea marginilor plăgii. Se disting suturi: ordinare și speciale (fig. 138). Sutura cu fire separate se practică mai frecvent utilizînd ace rotunde și curbe. Se străpunge parenchimul la distanța de 2-3 cm de marginea plăgii, traversînd grosimea ei. Plaga se coase cu catgut. De menționat că parenchimul ficatului ușor se rupe de firele aplicate, de aceea pe marginea organului se aranjează o fișie din epiploon sau un lambou din ligamentul falciform.

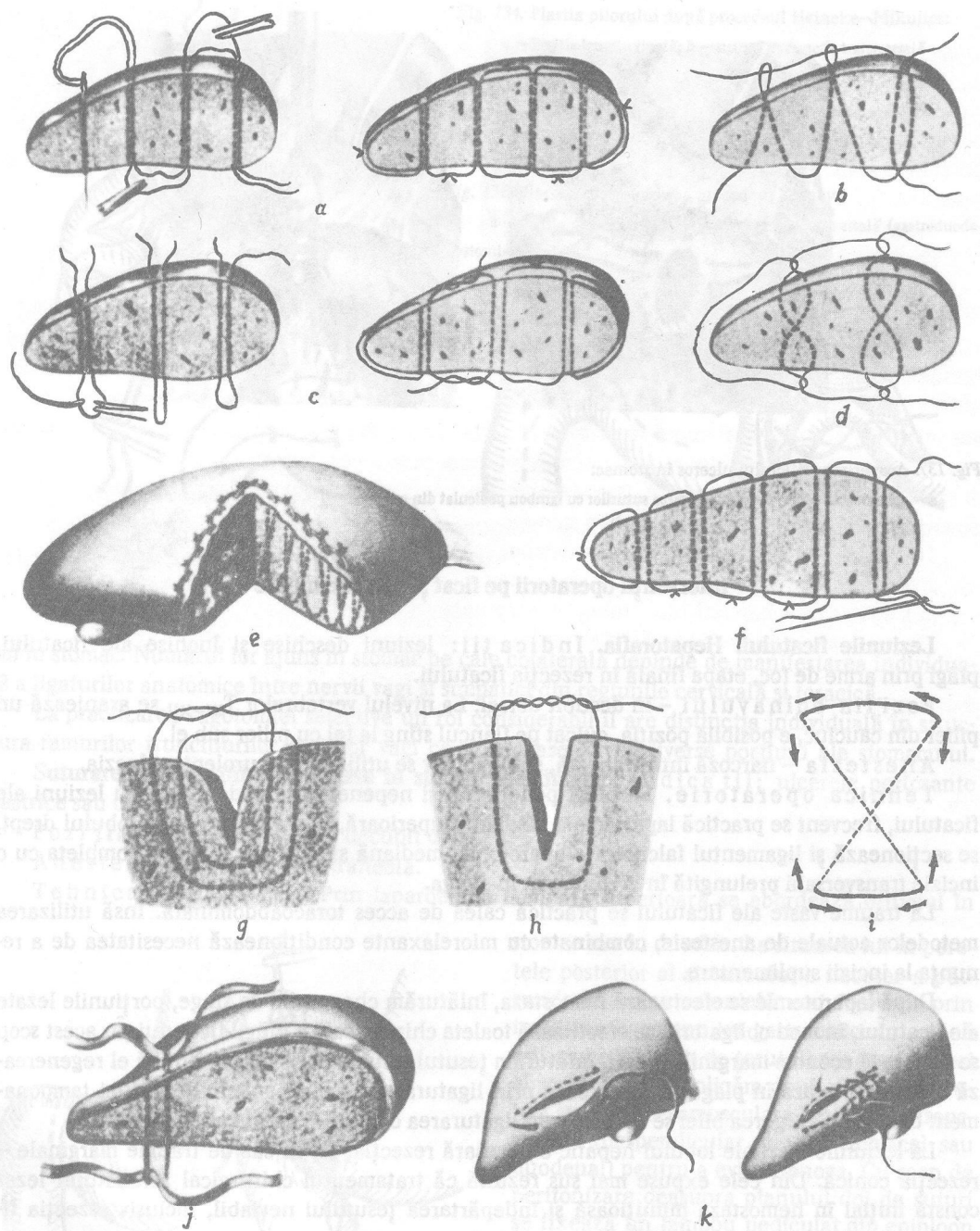


Fig. 138. Suturi aplicate pe ficat:

a - Kuznetov-Penski; b - Auvert; c - Iordano; d - Labbok; e - Oppel; f - Varlamov; g - Zamoșcin; h - Betanelli; i - Telkov; j - Gritșin; k - puncte de suturi suplimentare

M. M. Kuznețov și T. R. Penski au propus o sutură specială, care se aplică cu ac bont și fire duble. Firele punctelor de suturi în formă de laț traversează parenchimul, comprimând vasele porțiunii lezate (fig. 138, a). A. T. Labbok și G. A. Orlov au practicat o sutură analogică folosind două ace. Cu mare succes se utilizează suturile „în U”, care nu rup țesutul și duc la o hemostază eficientă. Tong That Tung (Vietnam) recomandă aplicarea suturilor „în X” pe vase izolate. Pentru revizia plăgii și a hemostazei se practică pensarea temporară a ligamentului hepatoduodenal și a aortei sub diafragm.

Hemostaza se realizează, în afară de suturarea plăgii, folosind trombina uscată, buretele hemostatic, tifonul hemostatic. Se utilizează tamponae biologice compuse din plasma sîngelui de donator sau fibrinogen uscat cu adaos de remedii hemostatice și antiseptice.

După toaleta chirurgicală a plăgii ficatului, se introduc tuburi de dren. Nu se recomandă tamponada plăgii, deoarece ea nu asigură hemostaza parenchimului și apar hemoragii secundare, infectare, sepsis.

**Rezecția ficatului.** Indicații: leziunile ficatului, hemangiomul, tumoarea primară, tumorile metastatice, abcesele multiple, litiaza hepatică (ultimele două maladii se întîlnesc des în țările tropicale).

**Poziția bolnavului** – în decubit dorsal sau culcat pe flancul stîng cu un pilier sub el. **Anestezia** – narcoză intratraheală, suplimentar neuroleptanalgezia.

**Tehnica operatorie.** Se practică laparotomia mediană superioară – la rezecția lobului sîng. Lobul drept se rezecă practicînd laparotomia mediană superioară sau calea de acces transrectală din dreapta, prelungită spre arcada costală pînă în spațiul intercostal VIII, incizînd parțial și diafragmul.

Variante de rezecție a ficatului: marginală, segmentară și lobulară.

**Rezecția marginală a ficatului.** Se practică suturi „în U” sau suturile Kuznețov–Penski (aparate de suturat SO, SPP) pe linia preventivă de rezecție a ficatului. A. A. Șalimov recomandă a comprima ficatul cu mîinile sau cu pense moi, mai sus de suturile aplicate, pentru a evita hemoragia din vasele necomprimate de suturi. Lateral cu 0,5 cm de suturile aplicate se secționează cu bisturiul porțiunea traumatată a ficatului. Vasele mari și căile biliare se ligaturează. Pe plagă nu se recomandă a aplica rețele, bandelele din mase plastice (nailon, lavsan, capron etc.), fascii, epiploon, fiindcă sub ele e posibilă acumularea sîngelui și bilei. În plagă se introduc tuburi de dren.

**Rezecția segmentară (conică) a ficatului.** Majoritatea chirurgilor practică rezecția lobilor ficatului în formă conică, corespunzător limitelor anatomice ale segmentelor după Kuino. Parenchimul ficatului în limitele afectate se suturează în profunzime cu catgut, aplicînd suturi speciale sau cu fire separate păstrînd între ele distanța de 1 cm. La legarea nodurilor, ultimele fire rup parenchimul ficatului, rețînîndu-se pe vasele mari și căile biliare. Marginile plăgii se unesc prin suturi „în U”.

**Rezecția lobulară a ficatului (hemihepatectomia).** Se efectuează mobilizarea lobului corespunzător. La izolarea lobului sîng e necesar a inciza ligamentele: rotund, falciform, triunghiular sîng și hepatogastric. Mobilizarea lobului drept e mai complicată, se secționează ligamentul triunghiular drept, separăm ficatul de diafragm pînă la vena cavă inferioară. Lobul drept se trece în sînga cu prudență pentru a nu leza glanda suprarenală dreaptă și vasele ei, venele hepatice care se varsă în vena cavă inferioară.

Rezecția se realizează prin procedeele „vest” sau „est” (I. Littman).

**Procedeul „vest”.** La extirparea lobului hepatic se separă minuțios formațiunile anatomice ale hilului hepatic, artera hepatică proprie, canalul coledoc și vena portă. La îndepărtarea lobului sîng, ligaturăm artera hepatică sîngă, canalul hepatic sîng și ramura sîngă a venei porte. În urma acestei manevre, lobul sîng capătă culoare albastră, cel drept – cafenie.

Limita colorată a ficatului constituie linia de rezecție a lobului stîng, pe care se incizează capsula perivasculară fibroasă (Glisson), apoi se înlătură lobul. Ligaturăm vasele, efectuăm hemostaza. Actualmente, după incizarea capsulei, parenchimul lobului extirpat se desprinde presînd cu degetul (*finger fracture method*) sau cu o pensă închisă, cu mînerul bisturiului. Vasele magistrale, canalele biliare se ligaturează și se secționează intravisceral. La fel se procedează cu vena hepatică sîngă pînă la vărsarea ei în vena cavă inferioară.

La rezecția lobului hepatic drept (se înlătură împreună cu vezicula biliară) corespunzător se ligaturează și se secționează: artera hepatică dreaptă, ductul hepatic drept și ramura dreaptă a venei porte, artera cistică, canalul cistic (*a. cystica et ductus cysticus*). Capsula fibroasă se incizează cu bisturiul, apoi, cu degetul, se desprinde parenchimul. Separarea și ligaturarea venei hepatice drepte de obicei e mai complicată, din cauza volumului lobului drept și sediului lui anatomic – sub marginea superioară a ficatului. Ea se varsă în vena cavă inferioară și e una din cele mai mari vene hepatice.

La decolarea parenchimului, vasele mari și canalele hepatice biliare se ligaturează, apoi se secționează intrahepatic.

Procedeeul „est”. Manevra operatorie începe cu separarea formațiunilor anatomice ale hilului hepatic în ligamentul hepatoduodenal. Cu pense speciale moi se pensează artera hepatică proprie, vena portă și canalul coledoc. Vasele mari din ligament pot fi comprimate fără complicații timp de 10–15 minute. Se incizează capsula, presînd cu degetul, desprindem parenchimul ficatului din anterior spre posterior. Toate vasele și canalele biliare înfilnate pe linia de separare (chirurgul simte rezistența țesuturilor moi dense) se pensează și se secționează. După izolarea lobilor, vasele și canalele comprimate se ligaturează, pensele se îndepărtează de pe elementele anatomice ale hilului hepatic. La rezecție, examinăm minuțios fața ficatului. Efectuăm hemostaza, ligaturăm vasele sanguine și limfatice, aplicînd sutura „în X”. Plaga se drenează pe 7–10 zile.

Pentru decompresia stomacului se recomandă drenarea lui cu o sondă permanentă pe un termen de 3–5 zile. Dacă s-a efectuat și toracotomia sau s-a practicat calea de acces toracoabdominală, se recomandă și drenarea cavității toracice.

**Colecistectomia** (*cholecystectomy*). Indicații: colecistite acute și cronice (calculoasă sau necalculoasă), cancerul veziculei biliare (rar).

Poziția bolnavului – în decubit dorsal, sub regiunea inferioară a toracelui se aranjează un pilier.

Anestezia – narcoză intratraheală.

Tehnica operatorie. Frecvent se practică laparotomia mediană. E posibilă practicarea căilor de acces operatorii paralele rebordului costal (Kocher–Riedel, Kehr), mai rar a inciziei în „crosă” (Șalimov). Inciziile se practică luînd în considerație păstrarea maximală a vaselor și nervilor peretelui abdominal și accesul larg pentru chirurg. Există două procedee de colecistectomie: de la colul veziculei către fund și de la fund către col. Se practică frecvent primul procedeu, deoarece în lipsa complicațiilor procedeele e mai simplu și e cert.

**Colecistectomia retrogradă** (de la col către fund). Pe vezicula biliară se aplică două pense fenestrate Scellen – una pe fund, a doua pe gît. Extindem colul veziculei, incizăm pe marginea dreaptă ligamentul hepatoduodenal, abordăm canalul cistic pînă la canalul coledoc. E necesar a diferenția cu precizie canalele cistic hepatic comun și coledoc. Canalul cistic separat se fixează cu două pense: una – la 0,5 cm de confluența lui cu coledocul, a doua – nemijlocit de veziculă. Pe bontul ductului cistic se aplică două ligaturi, apoi se secționează (fig. 139 a). Detașăm artera cistică. De menționat că ea e situată în triunghiul Kallot care e delimitat: lateral – de ductul cistic, medial – de ductul hepatic comun și inferior – de artera hepatică dreaptă. Extindem vezicula biliară de col, determinăm artera cistică (să n-o confundăm cu ramura dreaptă a arterei hepatice sau cu ramurile accesorii ale arterelor hepatică și cistică), se ligaturează, apoi se secționează (fig. 139 b).

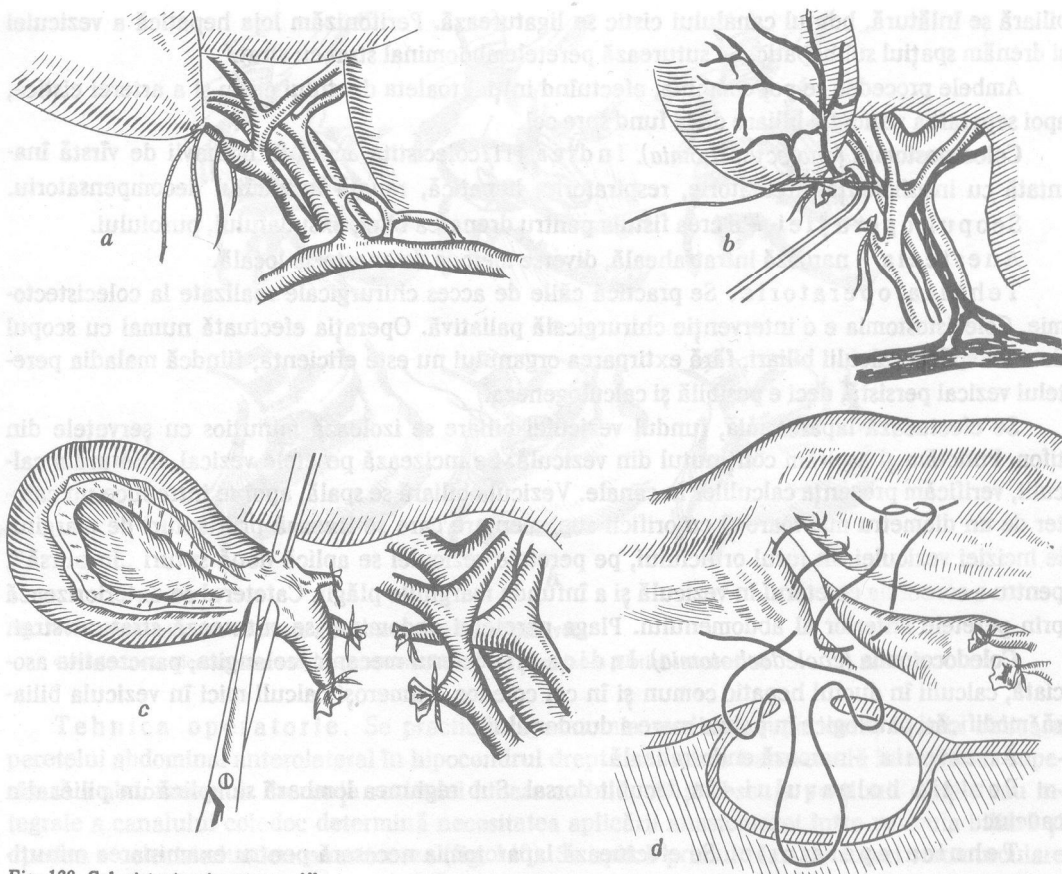


Fig. 139. Colecistectomia retrogradă:

a — ligaturarea ductului cistic; b — ligaturarea a. cystica; c — separarea veziculei biliare din loja hepatică; d — tapetarea lojei veziculei biliare cu peritoneu, aplicarea suturilor

Separăm vezicula biliară de loja ficatului, cu bisturiul incizăm peritoneul visceral pe marginele dreaptă și stângă ale corpului de la col spre fundul veziculei, unde se unesc. Cu foarfecele și cu un șervețel de tifon, extirpăm vezicula din lojă (fig. 139, c).

Se peritonizează loja veziculei, aplicînd sutura cu fir continuu (fig. 139, d).

Drenul se aranjează în regiunea bontului ductului cistic și se exteriorizează prin incizia suplimentară practică din dreapta prin peretele abdomenului. Plaga peretelui abdominal se suturează strat cu strat.

*Colecistectomia antegradă (de la fund către col).* Actualmente la acest procedeu operatoriu se recurge rar, numai la separarea elementelor anatomice din regiunea colului în caz de variante ale ductului cistic și ale arterei cistice, modificații cicatriceale și infiltrative, aderențe.

După laparotomie și abordarea veziculei biliare, fundul ei se fixează cu o pensă fenestrată. Peritoneul visceral se incizează la limita de trecere de pe veziculă pe ficat, din ambele părți care se unesc în regiunea fundului veziculei. Se separă vezicula biliară din loja ficatului, deplasîndu-ne spre col, aici menționăm un moment de mare importanță, fără a leza artera cistică, canalele hepatic comun sau coledoc. Ridicînd în sus fundul veziculei, separăm, ligaturăm și incizăm artera cistică nemijlocit de veziculă, cu scopul de a nu ligatura în locul ei artera hepatică dreaptă. Ductul cistic se îndepărtează la distanța de 0,5 cm de coledoc, apoi se secționează. Vezicula



biliară se înlătură, bontul canalului cistic se ligaturează. Peritonizăm loja hepatică a veziculei și drenăm spațiul subhepatic. Se suturează peretele abdominal strat cu strat.

Ambele procedee se pot combina, efectuând inițial toaleta ductului cistic și a arterei cistice, apoi separarea veziculei biliare de la fund spre col.

**Colecistostomia** (*cholecystostomia*). Indicații: colecistita acută la bolnavii de vîrstă înaintată cu insuficiențe circulatorie, respiratorie, hepatică, renală în stadiul decompensatoriu.

Scopul operației – a crea fistula pentru drenarea bilei, exsudatului, puroiului.

Anestezia – narcoză intratraheală, diverse metode de anestezie locală.

Tehnica operatorie. Se practică căile de acces chirurgicale realizate la colecistectomie. Colecistostomia e o intervenție chirurgicală paliativă. Operația efectuată numai cu scopul de a îndepărta calculii biliari, fără extirparea organului nu este eficientă, fiindcă maladia peretelui vezical persistă, deci e posibilă și calculogeneza.

Se efectuează laparotomia, fundul veziculei biliare se izolează minuțios cu șervețele din tifon. Punctăm și aspirăm conținutul din veziculă. Se incizează peretele vezical, înlăturăm calculii, verificăm prezența calculilor în canale. Vezicula biliară se spală, apoi se introduce un cateter de un diametru mai mare și cu orificii suplimentare care se fixează prin suturi de marginele inciziei veziculei. În jurul orificiului, pe peretele veziculei se aplică două suturi „în bursă”, pentru a consolida cateterul în veziculă și a înfunda marginile plăgii. Cateterul se exteriorizează prin peretele anterior al abdomenului. Plaga peretelui abdominal se suturează strat cu strat.

**Coledocotomia** (*choledochotomia*). Indicații: icterul mecanic, colangita, pancreatita asociată, calculii în ductul hepatic comun și în cel coledoc, numeroși calculi mici în vezicula biliară, modificări patologice în papila mare a duodenului.

Anestezia – narcoză endotraheală.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal. Sub regiunea lombară se aplică un pilier din cauciuc.

Tehnica operatorie. Se efectuează laparotomia necesară pentru examinarea minuțioasă a organelor cavității abdominale. Frecvent se practică laparotomia mediană. Lungimea inciziei pe parcursul ductului coledoc este aproximativ de 1 cm și e situată pe peretele lui anterior la 0,5 cm de marginea duodenului. Pe coledoc se aplică două fire de susținere și între ele se secționează.

Bila din canal se elimină cu aspiratorul, se examinează canalele vizual, palpator și instrumental (dimensiunile, culoarea, grosimea peretelui), folosind o pensă hemostatică.

Actualmente cele mai informative manevre de diagnostic sînt: sonografia intraoperatorie, coledocoscopia, coledocografia. Se îndepărtează calculii și cheagurile detritului biliar.

Coledocotomia se termină cu suturarea etanșă a ductului coledoc în cazurile: prezenței numai a unui calcul, permeabilității depline a ducturilor și absenței proceselor inflamatorii destructive.

La peritonită, pancreatită acută, colangită purulentă, operația se termină cu drenarea externă (mai eficientă prin bontul ductului cistic după Halsted-Pikovski) sau crearea anastomozelor biliodigestive, în special, la prezența numeroșilor calculi și la dereglarea permeabilității în ligamentul distal al ductului coledoc. Din punct de vedere fiziologic și tehnic, mai eficientă este anastomoza creată cu duodenul. Numai la staza duodenală e rațional a institui anastomoza cu intestinul subțire după Roux sau cu amortizor după Șalimov.

**Intervenții operatorii practicate în malformațiile congenitale ale canalelor biliare.** Indicații: atrezia canalelor biliare, anomalia ducturilor coledoc și cistic.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză intratraheală cu utilizarea relaxantelor.

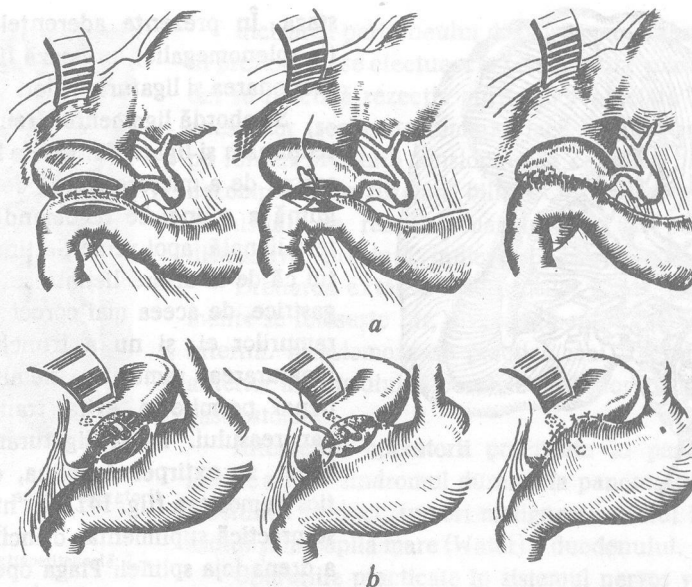


Fig. 140. Schema etapelor de creare a anastomozelor biliodigestive:

a — colecistoduodenoanastomoză; b — anastomoză între ficat și porțiunea pilorică a stomacului

**Tehnica operatorie.** Se practică: laparotomia mediană superioară, incizia oblică a peretelui abdominal anterolateral în hipocondrul drept sau incizia transversală în regiunea superioară a abdomenului. Prezența veziculei biliare cu bilă, cât și absența porțiunii distale sau integrale a canalului coledoc determină necesitatea aplicării anastomozei între vezicula biliară și duoden — colecistoduodenoanastomoză (fig. 140). Se aplică primul plan de suturi seromusculare între vezicula biliară și duoden. Paralel cu linia suturilor se incizează vezicula și duodenul pe parcurs de 2–2,5 cm. Buzele interne și externe ale anastomozei se suturează corespunzător cu fir continuu marginal total și sutură cojocărească. Buzele externe se înfundă cu al doilea plan de suturi seromusculare separate. La mișcări limitate ale duodenului e posibilă anastomoză colecistojejunală.

În caz de atrezie a coledocului și a veziculei biliare, artificial, se unește canalul hepatic comun, în lipsa lui, canalele hepatice cu tubul digestiv. În acest scop, se creează hepatoduodeno- sau hepatojejunoanastomoză.

### Splenectomia (Splenectomia)

**Indicații:** leziuni complicate, când aplicarea suturilor e imposibilă, icterul hemolitic, purpura trombocitopenică (maladia Werlhof), splenomegalia cu hipertensiune portală, chisturile echinococice, infarctul, tumorile, abcesele.

**Poziția bolnavului** — în decubit dorsal.

**Anestezia** — narcoză endotraheală.

**Tehnica operatorie.** Se practică laparotomia mediană superioară, în caz de necesitate, suplimentar — incizia în „T” la stînga sau oblică, paralelă rebordului costal stîng. Stomacul se deplasează în dreapta, iar unghiul stîng al colonului transvers — în stînga, examinăm splina. Dacă operația se realizează la afecțiuni traumatice ale splinei, inițial e necesar a efectua hemo-

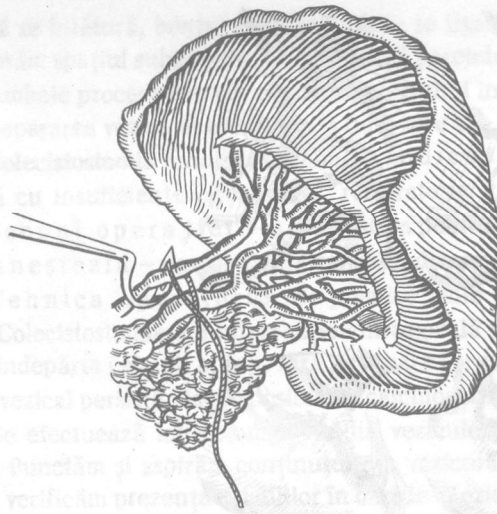


Fig. 141. Ligaturarea vaselor splinei

staza. În prezența aderențelor sau bridelor (la splenomegalie), urmează fixarea cu pense, secționarea și ligaturarea lor.

Se abordă ligamentul frenocolic, separăm, secționăm și ligaturăm vasele hilului lienal. În scopul de a micșora starea de replețiune sanguină a splinei, se recomandă a ligatura artera lienală, apoi vena. Se ține cont și de faptul că de la artera lienală se desprind ramuri gastrice, de aceea mai corect ar fi ligaturarea ramurilor ei, și nu a trunchiului principal. Ligaturarea ramurilor nemijlocit de hilul lienal permite a evita traumatizarea cozii pancreasului. După ligaturarea arterelor și venei, se extirpează splina, efectuăm minuțios hemostaza (fig. 141). În hipocondrul stîng se practică suplimentar o incizie mică pentru a drena loja splinei. Plaga operatorie se suturează strat cu strat.

#### Intervenții operatorii pe pancreas

**Căile de acces chirurgicale utilizate pe pancreas.** Se practică frecvent laparotomia mediană superioară. I. Littmann propagă prioritatea căii de acces transversale, însă ea se utilizează rar. După laparotomie, se practică căile de acces chirurgicale prin bursa omentală (pe peretele posterior e situat pancreasul). Ele sînt următoarele:

*Abordarea pancreasului prin omentul mic* (se incizează ligamentul hepatogastric) ce permite a decola limitat numai capul pancreasului (fig. 142). Se practică rar.

*Decolarea pancreasului prin ligamentul gastrocolic* e cea mai comodă cale, permite a descoperi practic toată glanda. Se realizează cel mai frecvent. La incizia ligamentului în unghiul drept al ei e posibilă lezarea arterei colice medii (*a. colica media*) și acest moment condiționează necesitatea de a determina sediul arterei pînă la efectuarea inciziei.

*Calea de acces operatorie prin mezocolonul transvers.* Incizia se efectuează la rădăcina lui, sub arcada arterială Rioli, după ridicarea în sus a colonului transvers. Această cale este incomodă și prezintă pericol de infectare a etajului inferior al cavității abdominale în caz de suturare a exsudatului în bursa omentală.

*Calea de acces operatorie lombară extraperitoneală.* Se practică la microabcesele fuzate în țesutul celular retropancreatic.

*Abordarea pancreasului după separarea epiploonului de colonul transvers.*

**Intervenții operatorii practicate în pancreatita acută.** Indicații: Forme grave de pancreatită acută hemoragică și pancrenecroză.

Anestezia – narcoză endotraheală.

Tehnica operatorie constă în deschiderea bursei omentale, evacuarea exsudatului și drenarea ei. În bursa omentală cu scop de drenare se utilizează tamponament lax cu bandetele lungi de tifon, îmbibarea țesutului celular parapancreatic cu novocaină, antibiotice și inhibitori proteolizi. Se efectuează perfuzia regională a glandei cu amestec medicamentos răcit.

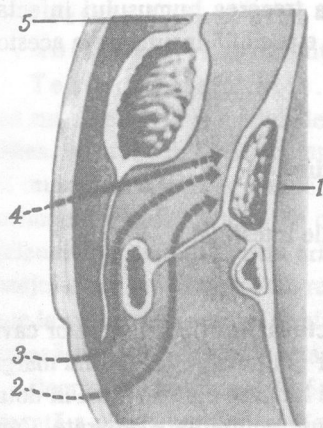


Fig. 142. Căile de acces operatorii practicate pe pancreas:

1 — lombară extraperitoneală; 2 — prin mezocolonul transvers; 3 — prin separarea marelui epiploon de la colonul transvers; 4 — prin ligamentul gastrocolic; 5 — prin micul epiploon incizând ligamentul hepatogastric

caracter patogenetic — înlătură sindromul dureros și evită recidivele maladiei. Operația se practică prin calea de acces intraperitoneală.

O intervenție chirurgicală analogă e *neurotomia marginală Trunin-Napalkov*, care constă în secționarea tuturor nervilor care se deplasează spre pancreas.

Operațiile practicate în sistemul ductului pancreatic au drept cauză hipertensiunea în duct. Cunoaștem: pancreatojejunostomia caudală — joncțiunea între pancreas și jejun care se aplică după înlăturarea parțială a cozii glandei, și longitudinală, când se formează anastomoza vastă transversală între ansa intestinului subțire și ductul pancreatic principal incizat pe tot parcursul. Merită atenție cu același scop procedeul Puestow-Gillesby. Esența lui constă în mobilizarea corpului și cozii pancreasului, secționarea longitudinală a ductului și situarea lor în „mîneca” intestinului subțire. De menționat că toate anastomozele între sistemul ductului pancreatic și tubul digestiv sînt vulnerabile, de aceea o condiție neapărată la crearea lor e defuncționalizarea sau excluderea deplasării conținutului prin porțiunea jejunului, unde se drenează sucul pancreatic.

*Rezecția pancreatoduodenală* se practică în tumorile maligne ale capului pancreasului și papilei mari din duoden. E una din cele mai complicate operații în cavitatea abdominală. În dependență de procedeul de reconstruire a tubului digestiv după rezecție, se disting numeroase modifiții. În principiu, tehnica operatorie e următoarea: se mobilizează duodenul și capul pancreasului după Kocher, iar corpul glandei — pînă în limitele de rezecție și ale porțiunii pilorice a stomacului. În bloc unic se înlătură capul și o porțiune a corpului pancreasului, duodenul, segmentul retroduodenal al coledocului și porțiunea pilorică a stomacului. Se efectuează anastomoza artificială a intestinului subțire cu coledocul (anastomoza biliodigestivă) și anastomoza stomacului cu jejunul (anastomoza digestodigestivă). Toate variantele de anastomoză se realizează în segmentul defuncționalizat al intestinului. O însemnătate practică are realizarea consecventă a anastomozelor. Anastomoza stomacului cu jejunul trebuie să fie situată mai jos de anastomozele intestinului subțire cu coledocul și cu ductul pancreatic. Nerespectarea acestor

Incizarea peritoneului deasupra pancreasului și a capsulei în prezent nu se efectuează. La afecțiuni voluminoase ale glandei se practică rezecția porțiunilor afectate și eliminarea sechestrelor (sechestrectomia). Dacă pancreatita acută decurge pe fondul presiunii tensionate în canalele biliare, e indicată decompresia în sistemul biliar. Chisturile pancreasului (pseudochistia), ca rezultat mai frecvent al pancreatitei acute distructive, prezintă indicație pentru tratament operatoriu.

Drenarea externă a chisturilor (marsupializarea), actualmente se folosește rar, preferință se dă metodelor de drenare internă. Anastomoza se practică mai frecvent între peretele anterior al chistului și peretele posterior al stomacului (chistogastrostomia).

**Intervenții operatorii practicate în pancreatita cronică.** Indicații: sindromul dureros la pancreatita cronică, hipertensiunea în duct, tumori maligne cu sediul în capul pancreasului și în papila mare (Water) a duodenului.

Operațiile practicate în sistemul nervos vegetativ se utilizează ca intervenții chirurgicale paliative în pancreatita cronică.

*Procedeul Mallet-Ghy* — se rezecă nervul splanhnic și ganglionul semilunar stîng. Această manevră posedă și un

principii provoacă activizarea bilei și a fermenților proteolitici la trecerea humusului infectat pe lângă anastomozele pancreatojejunală și coledocojejunală, deci e posibilă insuficiența acestor anastomoze.

### Intervenții operatorii pe intestinul subțire

**Suturarea plăgilor intestinului subțire.** Indicații: leziunile intestinale.

Anestezia – narcoză endotraheală.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

**Tehnica operatorie.** După laparotomia mediană se efectuează revizia viscerelor cavității abdominale. Plăgile cu diametrul de 0,5 cm se suturează cu fir „în bursă”, înfundând marginile plăgii în lumenul intestinului. La plăgile liniare de 1 cm și mai lungi se aplică suturi în două planuri: sutura marginală totală cu fir continuu, deasupra – suturi seromusculare separate. Condiția principală la suturarea plăgilor intestinului subțire e realizarea suturilor perpendicular axului intestinal sau în direcție transversală, cu scopul de a evita reducerea lumenului în procesul de vindecare și de formare a cicatricei (fig. 143). În plăgile multiple se practică rezecția intestinului și una din variantele enteroanastomozei. Plaga peretelui abdominal se suturează strat cu strat. Cavitatea abdominală se drenează.

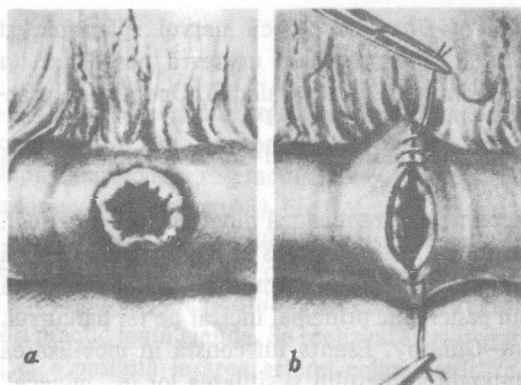


Fig. 143. Suturarea plăgii intestinului subțire:

a - aspectul plăgii; b - aplicarea suturilor seromusculare transversal axului intestinal

**Enterostomia (enterostomia).** Se realizează pe jejun (jejunostomia) cu scop de alimentare a bolnavului sau pe ileon (ileostomia), pentru evacuarea conținutului intestinal. Jejunostomia se practică inițial ca operație decompresivă, apoi cu scop de alimentare.

**Enterostomia (jejunostomia) temporară (procedeul Mervedel).** Jejunostomia servește pentru alimentarea bolnavului, la contraindicația de creare a fistulei gastrice. Indicații: arsuri ale stomacului prin acizi și alcoolii, fistula anastomozei esofagojejunale după gastrectomie, fistule gastrice și duodenale.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză endotraheală.

**Tehnica operatorie.** Se practică incizia transrectală sfîngă strat cu strat la operația independentă, și nu ca etapă a gastrectomiei cu formarea anastomozei esofagojejunale. Extragem ansa intestinală a jejunului, stabilim segmentul eferent și îl fixăm pe marginea lui liberă, apoi executăm o incizie de 2 cm pînă la tunica mucoasă. Separăm mucoasa, formăm un pasaj cu lungimea de 2 cm. În capătul intern al pasajului incizăm mucoasa și introducem în lumenul intestinului un tub din cauciuc. Pe parcursul inciziei și a pasajului, se aplică suturi seromusculare separate. Cu ultimul fir al suturii se fixează drenul de peretele intestinului. Tubul din cauciuc în exterior poate fi fixat de marginile plăgii sau în zona practică la o distanță mică de cea precedentă. Intestinul subțire se fixează prin fire separate în jurul tubului de peritoneul parietal. Plaga operatorie se suturează în planuri succesive.

**Enterostomia permanentă (ileostomia).** Indicații: rectocoliectomia totală. În așa caz, ileostomia servește ca anus artificial.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză intratraheală.

**Tehnica operatorie.** Ileostomia mai frecvent se practică în punctul situat în dreapta, mai sus de ombilic și medial de marginea externă a mușchiului abdominal drept. În acest punct pielea, țesutul celular subcutanat se incizează în formă de cerc cu diametrul de 3 cm. Din stratul musculoaponevrotic se incizează un cerc asemănător, numai cu 0,5 cm mai mic. Se separă peritoneul parietal lateral de orificiu pe distanța de câțiva centimetri. La capătul pasajului se incizează peritoneul și, prin orificiul format, se extrage porțiunea terminală a ileonului. Crearea pasajului are un rol deosebit: reține intestinul în poziție stabilă, avertizează extinderea și contribuie la realizarea funcției de sfincter; orificiile cutanate și peritoneale au sediu diferit, deci se micșorează posibilitatea de infectare a peritoneului.

Ileonul cu lungimea de 5–6 cm se extrage din pasaj. Cu depărtătorul se ridică marginea dreaptă a plăgii, segmentul eferent la pătrundere în pasaj se suturează de peritoneul parietal și împreună cu mezoul se fixează la peretele abdomenului în scopul de a evita deplasarea anselor intestinale și strangularea lor. Segmentul aferent la fel se suturează de peritoneul parietal, apoi împreună cu mezoul se fixează la peretele abdomenului. Segmentul aferent se suturează cu fire separate la peritoneul parietal. Pe vârful ansei extrase se efectuează o incizie circulară la limita între porțiunea aferentă și cea eferentă, apoi se înlătură. După hemostază, marginile segmentului intestinal se răsfrîng în formă de manșon, care se suturează în jur de piele. Adaptarea adecvată a tunicii mucoase cu pielea previne dezvoltarea cicatricelor și reducerea orificiului. Bontul intestinal e tapetat de tunica mucoasă și e reliefat cu 2–3 cm mai sus de nivelul peretelui abdominal. Ileostoma se practică la folosirea colectorului de fecale. Plaga operatorie a peretelui abdominal se suturează strat cu strat, cavitatea abdominală se drenează.

La anomalii congenitale ale intestinului subțire și tumoare malignă a stomacului se practică enterostomia după Maydl. Esența operației constă în incizia transversală a ansei jejunului, capătul distal se suturează la peretele abdominal anterolateral în așa mod, ca să fie unite pielea cu tunica mucoasă a intestinului. Capătul proximal se unește terminolateral cu anastomoza distală la 40–50 cm de jejunostomă. Acest procedeu, în mare măsură, previne contactul conținutului din intestin cu pielea și dezvoltarea dermatitelor.

**Rezecția intestinului subțire.** Indicații: necroza survenită în cursul herniei strangulate sau ocluziei intestinale, tromboza vaselor mezoului, tumorile maligne, ulcerile perforante, diverticulul, leziunile etc.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză endotraheală.

**Tehnica operatorie.** Laparotomia mediană. Se determină viabilitatea ansei intestinului subțire. În acest scop, intestinul se exteriorizează, se aranjează pe câmpuri sterile, se acoperă pe câteva minute cu un șervețel din tifon umezit în soluție izotonică de natriu clorid caldă. Ansa intestinală viabilă posedă o față netedă și lucioasă, păstrează peristaltismul și culoarea roz-roșie. Absența acestor simptome determină ansa intestinală ca neviabilă. În cazuri grave intestinul are aspect de culoare neagră, gangrenos, peretele subțiat, cu orificii perforante sau intestinul e desprins de mezou.

Rezecția intestinului se practică la o anumită distanță de focar din ambele părți și depinde de caracterul și răspîndirea procesului patologic. Se înlătură porțiunea mezoului cu exteriorul schimbat, cu hemoragii și vase trombate. În tumori maligne mezoul se incizează în formă conică în limitele de rezecție a intestinului cu scopul de extirpare a ganglionilor limfatici regionali (fig. 144, b). Vasele se secționează împreună cu mezoul în locurile învecinate cu *a. mezenterica superior*.

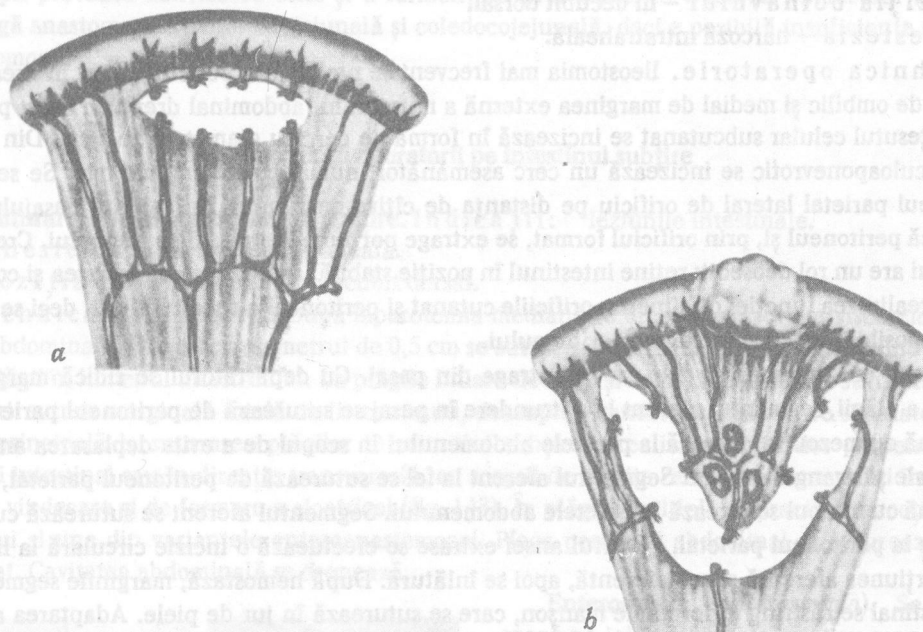


Fig. 144. Procedee de mobilizare a intestinului subțire:  
a — marginală; b — conică cu secționarea mezoului și eliminarea ganglionilor limfatici

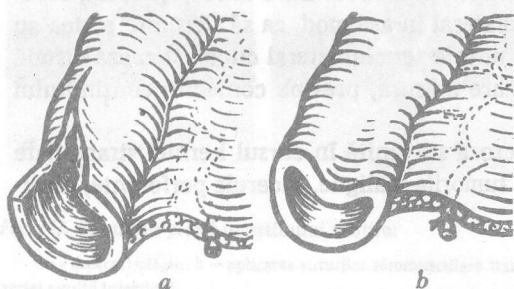


Fig. 145. În anastomoza terminoterminală lărgirea în diametru a lumenului se obține în urma inciziei longitudinale a intestinului (a) și a modulării capetelor (b)

Se determină limitele de rezecție și se practică mobilizarea, începând cu ligaturarea și secționarea vaselor marginale împreună cu țesutul mezoului. Conținutul intestinului se presează în părți și se aplică pense intestinale.

La practicarea enteroanastomozei terminoterminală, intestinul se incizează în direcție oblică eliminând mai mult țesut din marginea liberă a lui (fig. 145). Intestinul se incizează între pensele intestinale moi și cele rigide (ultimele fixează marginile segmentului care va fi extirpat). După unirea capetelor, aplicăm suturi seromusculare cu puncte separate pe peretele posterior al anastomozei (fig. 146, a, b).

Se înlătură pensele elastice, badijonăm extremitățile proximală și distală ale intestinului și aplicăm sutura cu fir continuu în surjet marginal total pe buzele interne ale anastomozei. După strângerea în laț a firului, continuăm sutura cojocărească totală a buzelor externe. Deasupra se utilizează suturi seromusculare cu puncte separate (fig. 146, c). La fel cu fire separate se suturează și marginile mezoului.

La rezecția intestinului se practică *enteroanastomoza laterolaterală*. Mobilizarea și extirparea segmentului afectat se efectuează după metoda precedentă. După înlăturarea segmentului, capetele intestinului proximal și distal se suturează succesiv cu aparatul SO-60 sau SO-40 sau

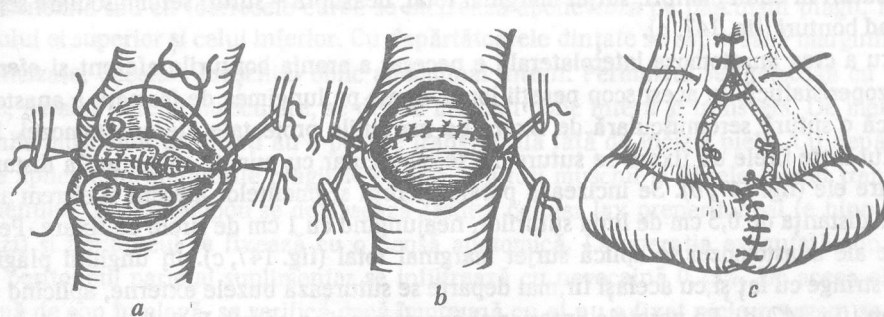


Fig. 146. Schema etapelor anastomozii intestinale terminoterminale:

a, b — aplicarea suturilor seromusculare separate pe peretele posterior al anastomozii; c — aplicarea suturilor seromusculare separate pe peretele anterior al anastomozii, suturarea inciziei de pe mezou

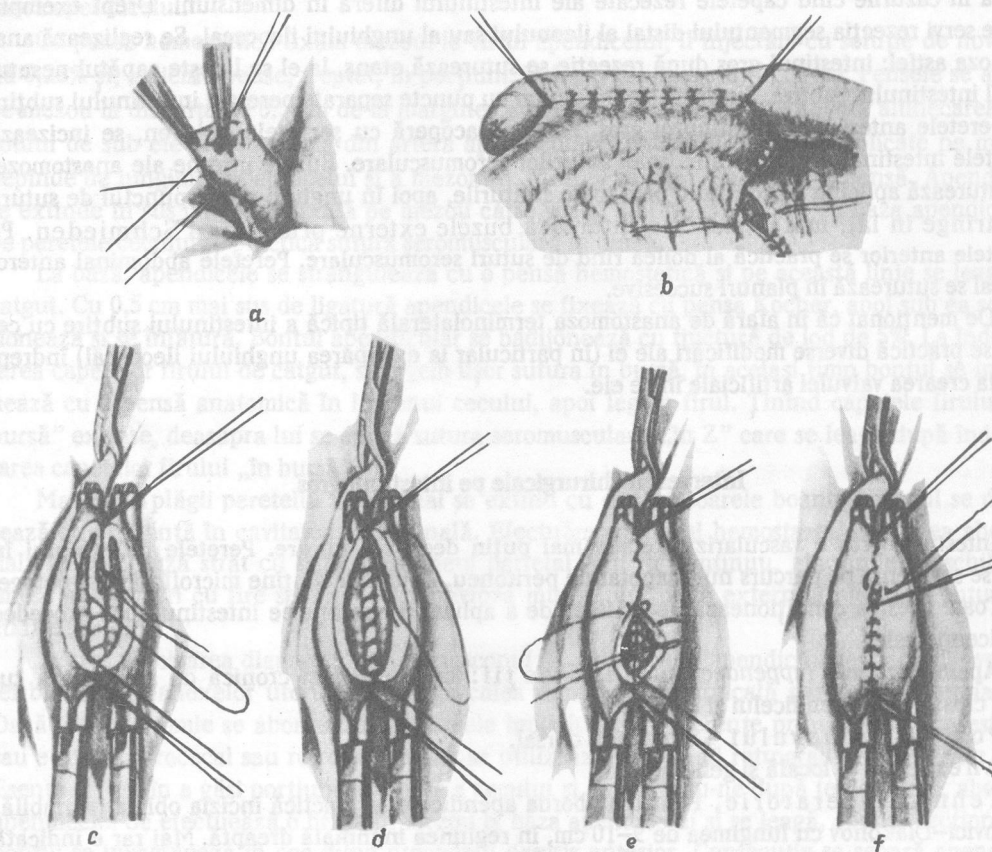


Fig. 147. Etapele anastomozii laterolaterale:

a — constituirea bontului; b — aplicarea suturilor seromusculare pe peretele posterior al anastomozii; c — aplicarea suturii în surjet marginal total pe peretele posterior al anastomozii; d — strângerea firului în laț; e — aplicarea suturii Schjolden pe peretele anterior al anastomozii; f — aplicarea suturilor seromusculare cu puncte separate pe peretele anterior al anastomozii



se aplică suturi în două planuri, surjet marginal total, deasupra – suturi seromusculare separate, constituind bonturi (fig. 147, a).

Pentru a crea anastomoza laterolaterală e necesar a aranja bonturile aferent și eferent în direcție izoperistaltică. În acest scop pereții lor se lipesc pe lungimea de formare a anastomozei și se aplică o sutură seromusculară de fixare pe marginile proiectate ale anastomozei. Pereții intestinului între firele de fixare se suturează seromuscular cu puncte separate, la distanța de 0,5 cm între ele (fig. 147, b). Se incizează paralel pereții segmentelor aferent și eferent ai intestinului la distanța de 0,5 cm de linia suturilor, neajungând cu 1 cm de firele de fixare. Pe buzele interne ale anastomozei se aplică surjet marginal total (fig. 147, c). În unghiul plăgii firul suturii se strânge cu laț și, cu același fir, mai departe se suturează buzele externe, aplicând sutura Schmieden (fig. 147, d). Pe peretele anterior al anastomozei se practică al doilea rând de suturi seromusculare separate, care invaginează și mai mult marginile anastomozei (fig. 147, e). Se apreciază pasajul anastomozei. Capetele bonturilor aferent și eferent ale intestinului se suturează cu fire seromusculare separate de peretele intestinului. Plaga peretelui abdominal anterolateral se suturează strat cu strat.

*Enteroanastomoza terminolaterală* după rezecția intestinului se practică rar. Este mai frecventă în cazurile când capetele rezecate ale intestinului diferă în dimensiuni. Drept exemplu poate servi rezecția segmentului distal al ileonului sau al unghiului ileocecal. Se realizează anastomoza astfel: intestinul gros după rezecție se suturează etanș, la el se lipește capătul nesuturat al intestinului subțire. Sutura seromusculară cu puncte separate peretele intestinului subțire cu peretele anterior al intestinului gros. Plaga se acoperă cu șervețele de tifon, se incizează peretele intestinului gros paralel liniei suturilor seromusculare. Buzele interne ale anastomozei se suturează aplicând fir continuu prin toate straturile, apoi în unghiul plăgii punctul de sutură se strânge în laț, mai departe se suturează buzele externe prin sutura Schmieden. Pe peretele anterior se practică al doilea rând de suturi seromusculare. Peretele abdominal anterolateral se suturează în planuri succesive.

De menționat că în afară de anastomoza terminolaterală tipică a intestinului subțire cu cel gros se practică diverse modificări ale ei (în particular la extirparea unghiului ileocecal) îndreptate la crearea valvulei artificiale între ele.

### Intervenții chirurgicale pe intestinul gros

Intestinul gros e vascularizat relativ mai puțin decât cel subțire. Peretele intestinului în diverse segmente pe parcurs nu e tapetat de peritoneu. Lumenul conține microfloră mai patogenă. Toate acestea condiționează necesitatea de a aplica în operații pe intestinul gros procedee tehnice speciale.

**Apendicectomia** (*appendectomy*). Indicații: criza acută și cronică de apendicită, tumori, chisturi ale apendicelui și mezoului.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – locală și generală.

**Tehnica operatorie.** Pentru a aborda apendicele se practică incizia oblică (variabilă) Volkovici-Diakonov cu lungimea de 9–10 cm, în regiunea inghinală dreaptă. Mai rar e indicată calea de acces pararectală Lennander. În planuri succesive se deschide peretele abdominal anterolateral: pielea, țesutul celular subcutanat și fascia superficială, se evidențiază bine lamina ei profundă (Tompsoni).

Se extind marginile plăgii cu depărtătoare dințate, abordăm aponevroza mușchiului oblic abdominal extern și, ridicându-l în sus cu două pense chirurgicale, efectuăm o mică incizie. Cu

sonda canelată sau cu foarfecele curbe se incizează aponevroza pe parcursul plăgii, în direcția unghiului ei superior și celui inferior. Cu depărtătoarele dințate se captivează marginile aponevrozei incizate, decolăm mușchiul oblic abdominal intern. Perimiziul se incizează cu foarfecele boante, paralel fibrelor musculare, se desfac mușchii oblic intern și transvers. De menționat că marginile mușchilor depărtați au o poziție transversală față de incizia pielii. Cu depărtătoarele boante aplicate în unghiurile plăgii se extind larg toți mușchii și fibrele fasciei transversale a abdomenului. Cu un tampon se deplasează țesutul celular lax preperitoneal (e bine evidențiat la obezi) și peritoneul se fixează cu o pensă anatomică. La operația executată sub anestezie locală peritoneul parietal suplimentar se infiltrează cu novocaină 0,25%. De aceea el se ridică în formă de con în plagă, se verifică dacă împreună cu el nu e fixat nici un organ, se incizează peritoneul cu foarfecele sau cu bisturiul pe tot parcursul plăgii, în același timp marginile peritoneului se fixează cu pense.

Se caută cecul, orientându-ne după culoarea lui cenușie, tenii, lipsa mezoului și a franjurilor epiploice. Cecul se captivează cu degetele și, cu un șervețel din tifon, se exteriorizează cu prudență împreună cu apendicele și se acoperă cu câmpuri sterile, apoi se efectuează mobilizarea apendicelui.

Cu pensa hemostatică fixăm mezoul la vârful apendicelui, îl injectăm cu soluție de novocaină 0,25% și, aplicând pense, treptat, în porțiuni, îndepărtăm mezoul (fig. 148). Pensele se aplică pe mezou la distanța de 0,5 cm de la marginea apendicelui, cu scopul de a evita alunecarea mezoului de sub ele și hemoragia din artera apendiculară. Numărul de pense aplicate pe mezou depinde de lungimea apendicelui și a mezoului. Mezoul se leagă sub fiecare pensă. Apendicele se extinde în sus cu pensa fixată pe mezou către vîrf și mai jos cu 1,5 cm de baza apendicelui, pe peretele cecului se practică sutura seromusculară în bursă.

La bază, apendicele se strangulează cu o pensă hemostatică și pe această linie se leagă cu catgut. Cu 0,5 cm mai sus de ligatură apendicele se fixează cu pensa Kocher, apoi sub ea se secționează și se înlătură. Bontul apendicular se badijonează cu tinctură de iod de 5%. La îndepărtarea capetelor firului de catgut, strîngem ușor sutura în bursă, în același timp bontul se invaginează cu o pensă anatomică în lumenul cecului, apoi legăm firul. Ținînd capetele firului „în bursă” extinse, deasupra lui se aplică sutura seromusculară „în Z” care se leagă după îndepărtarea capetelor firului „în bursă”.

Marginile plăgii peretelui abdominal se extind cu depărtătoarele boante și cecul se deplasează cu prudență în cavitatea abdominală. Efectuăm controlul hemostazei. Cavitatea abdominală se suturează strat cu strat, peritoneul parietal – cu fir continuu. Marginile mușchilor se unesc prin suturi cu fire separate. Aponevroza mușchiului oblic extern și pielea se suturează cu fire separate.

Pentru precizarea diagnosticului și cu scopul de a diferenția apendicita de maladiile veziculei biliare sau anexelor uterului, se alege calea de acces chirurgicală pararectală Lennander. Dacă la laparotomie se abordează apendicele înconjurat de aderențe printre ansele intestinale sau e situat retrocecal sau retroperitoneal, se utilizează procedeul retrograd de înlăturare a lui. Esența constă în a găsi porțiunea inițială a cecului și, orientându-ne după tenia liberă, abordăm apendicele. Se efectuează o breșă în mezou la baza apendicelui și se leagă, apoi se secționează, bontul se invaginează în cec după procedeul descris anterior. Consecutiv se separă apendicele de aderențe, începînd de la bază către vîrf. La absența exsudatului în cavitatea abdominală, plaga peretelui abdominal anterolateral se suturează strat cu strat. În caz de depistare a țesuturilor edemațiate în jurul apendicelui, suturăm numai mușchii și aponevrozele. La piele și țesutul celular subcutanat se aplică suturi relaxate. Cavitatea abdominală se drenează sau se întreprind alte măsuri de prevenire a răspîndirii puroiului.

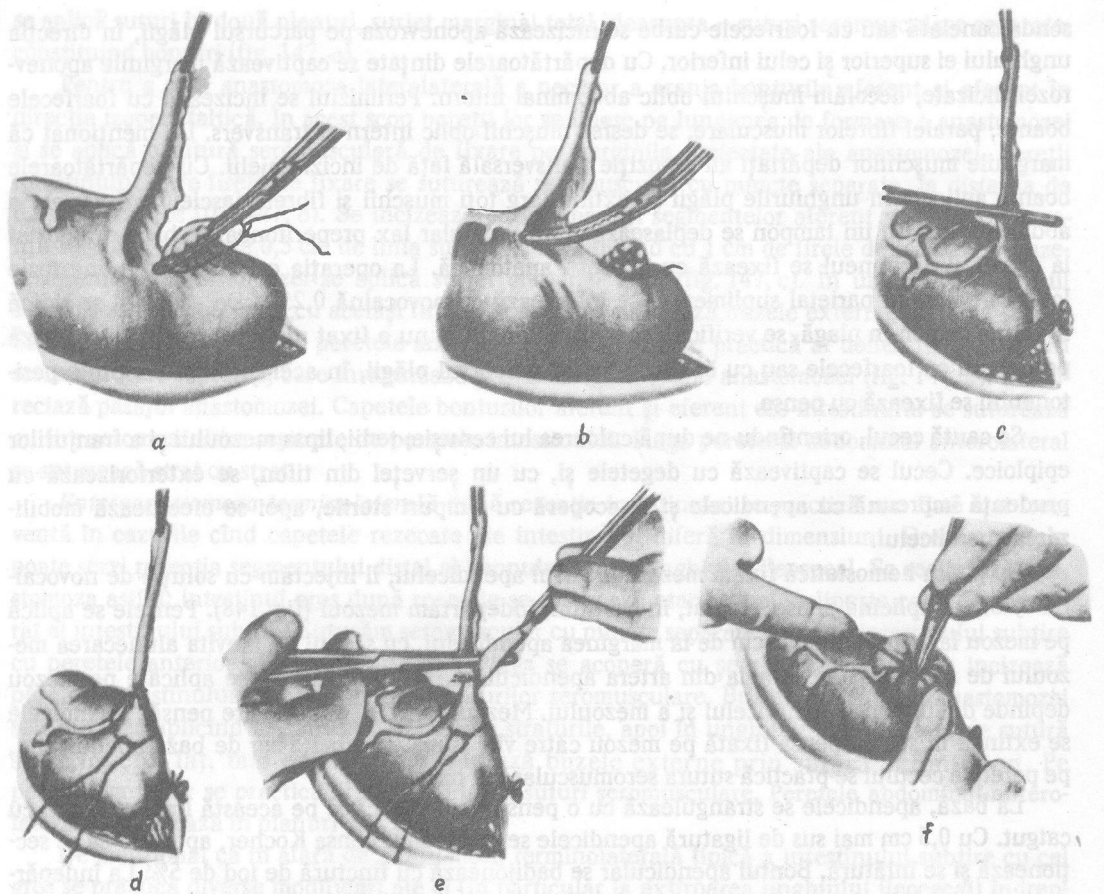


Fig. 148. Etapele apendicectomiei:

a — separarea apendicelui de mezou; b — ligaturarea vaselor; c — strangularea apendicelui cu pense; d — legarea apendicelui și aplicarea suturii „în bursă” pe cec; e — secționarea apendicelui; f — invaginarea bontului apendicular în cec prin intermediul suturii „în bursă”

**Rezecția intestinului gros (resectio coli).** În funcție de localizarea procesului patologic, se disting următoarele variante de rezecții: hemicolectomia dreaptă, rezecția colonului transvers, colonului sigmoid, hemicolectomia stângă, colectomia, rectocoliectomia (fig. 149).

Regulile generale la efectuarea rezecției intestinului gros constau în: curățarea mecanică minuțioasă preventivă a intestinului gros, rezecția numai în segmentele intraperitoneale ale intestinului, extirparea tuturor porțiunilor cu dereglări ale circulației sanguine. La tumori ale intestinului gros se îndepărtează segmentele cu lungimea nu mai puțin de 10 cm, din ambele părți ale tumorii.

Tumoarea se înlătură în bloc unic cu intestinul, mezoul, ganglionii limfatici și vasele. Reintegrarea intestinului gros se efectuează practicînd anastomoza terminoterminală și suturi în două planuri (Littmann): interior — surjet marginal total (cu fir continuu prin toate straturile), exterior — suturi seromusculare separate.

**Hemicolectomia dreaptă.** Indicații: tumori maligne în jumătatea dreaptă a intestinului gros (în cec, colonul ascendent sau în unghiul drept al colonului transvers).

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

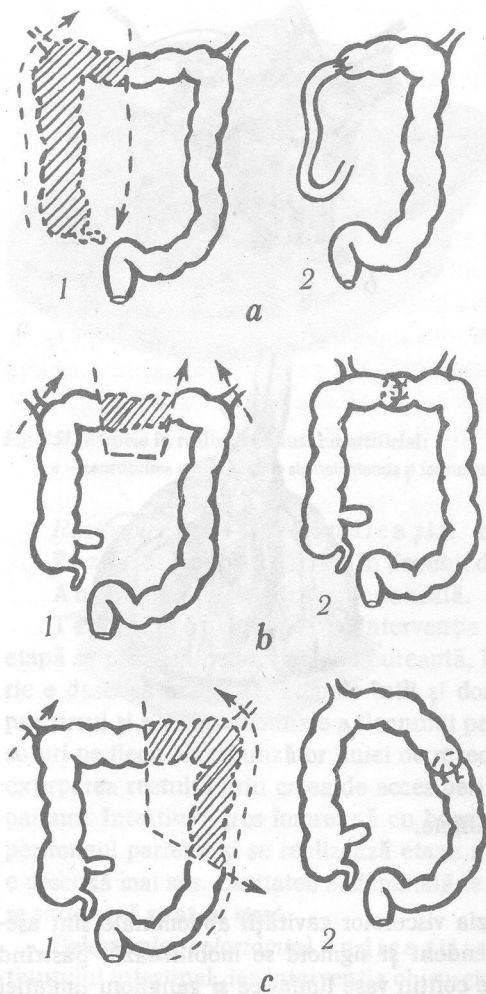


Fig. 149. Schema rezecției intestinului gros:

a — hemicolectomia dreaptă (1, segmentul hașurat) și restabilirea continuității intestinului practicînd ileotransversostomia (2); b — rezecția parțială a colonului transvers (1, segmentul hașurat) și restabilirea continuității creînd anastomoza terminoterminală (2); c — rezecția unghiului sîng al colonului transvers (1, porțiunea hașurată) și crearea anastomozei terminoterminală între colonul transvers și sigmoid (2)

recesele și posibilitatea de strangulare în ele a anselor intestinale.

La realizarea operației e necesar: 1) a efectua curățarea preventivă mecanică, minuțioasă a intestinului gros; 2) a înlătura porțiunea intestinului cu tumoare în bloc unic cu formațiunile anatomice înconjurătoare, în special a îndepărta minuțios ganglionii limfatici; 3) a practica anastomozele utilizînd suturi în două planuri. Pentru solvabilitatea suturilor e necesar a păstra maximal vascularizarea și aplicarea suturilor fără încordare.

După realizarea anastomozei cavitatea abdominală se drenează, plaga operatorie se suturează străt cu strat.

Anestezia — narcoză endotraheală.

Tehnica operatorie. Se practică laparotomia transversală cu secționarea mușchului rect abdominal drept. Se efectuează revizia organelor cavității abdominale, determinăm volumul operației. Pentru a mobiliza jumătatea dreaptă a intestinului gros, se incizează peritoneul parietal pe marginea laterală, de la unghiul hepatic al colonului transvers pînă la cec. Colonul ascendent se deplasează în partea medială. Ligamentele hepatocolic și gastrocolic se secționează între ligaturi. La distanța de 10 cm mai sus de valvula ileocecală se secționează între ligaturi mezoul ileonului. Ileonul împreună cu vasele trebuie legate nemijlocit de peretele posterior al abdomenului, în scopul de a îndepărta maximal ganglionii limfatici. Colonul transvers se scheletează pînă la limita de secționare. Artera colică medie se păstrează ligaturînd numai ramurile deplasate în jumătatea dreaptă a intestinului. În cazurile de sediu al tumorii în unghiul hepatic al colonului transvers sau de rezecție vastă, trunchiul arterei colice medii se liguează la nivelul de scheletare a colonului transvers, păstrînd aproximativ o treime din porțiunea sîngă a lui.

După mobilizare mezoul se secționează de la rădăcină pînă la peretele intestinului. Pe linia de rezecție de la colonul transvers se secționează marele epiploon, deci intestinul e izolat de toate formațiunile limitrofe. Segmentele intestinale proiectate pentru rezecție se izolează cu comprese de tifon, apoi se secționează ileonul și colonul transvers. Continuitatea tubului digestiv se reface, creînd anastomoza ileocolotransversă terminoterminală. Marginile plăgii în peretele posterior al abdomenului și al mezourilor intestinelor subțire și gros se suturează cu fir continuu cu scopul de a lichida

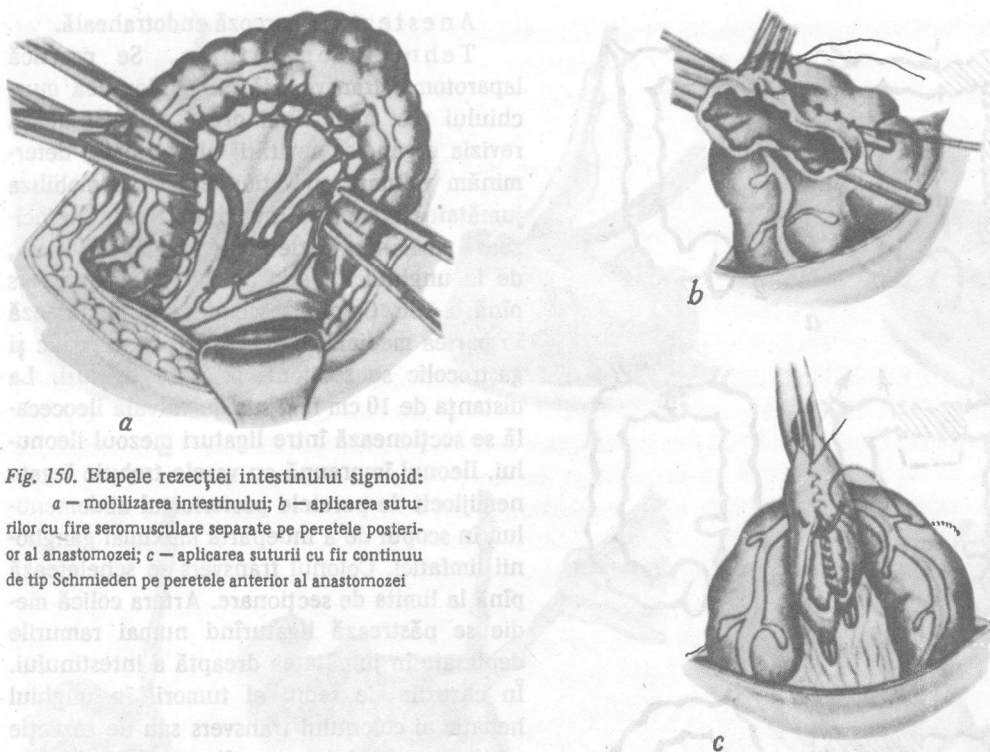


Fig. 150. Etapele rezecției intestinului sigmoid:

a — mobilizarea intestinului; b — aplicarea suturilor cu fire seromusculare separate pe peretele posterior al anastomozei; c — aplicarea suturii cu fir continuu de tip Schmieiden pe peretele anterior al anastomozei

**Hemicolectomia sfîngă.** Indicații: tumori maligne.

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

Anestezia — narcoză endotraheală.

**Tehnica operatorie.** Laparotomia și revizia viscerelor cavității abdominale sînt asemănătoare cu cele descrise anterior. Colonul descendent și sigmoid se mobilizează, păstrînd maximal vasele sanguine și extirpînd țesuturile care conțin vase limfactice și ganglioni limfatici regionali. Colonul cu mezoul mobilizat se extrage cu prudență din cavitatea abdominală, abordăm și separăm artera mezenterică inferioară, care se secționează între ligaturi și apoi se elimină împreună cu ganglionii limfatici și țesutul celular. Efectuăm mobilizarea colonului ascendent și a unghiului hepatic al colonului transvers, se rezecă jumătatea sfîngă a intestinului gros și realizăm anastomoza terminoterminală între porțiunile colonului transvers și ale celui rect. Se suturează breșa în mezoul intestinului gros și peritoneul parietal. Plaga operatorie a peretelui abdominal anterolateral se suturează strat cu strat.

**Rezecția colonului sigmoid.** Indicații: tumori, ocluzii, diverticuloză.

Poziția bolnavului — în decubit dorsal.

Anestezia — narcoză endotraheală.

**Tehnica operatorie.** După laparotomie și revizia organelor cavității abdominale, se efectuează mobilizarea colonului sigmoid (fig. 150). La tumoarea malignă a colonului, se extirpează maximal mezoul și ganglionii limfatici regionali. Rezecția se execută cu păstrarea maximală a vascularizației colonului descendent și a porțiunii supraampulare a rectului și crearea între ei a anastomozei terminoterminală. Se suturează orificiul în mezou și incizia în peritoneul parietal. Plaga operatorie în peretele abdominal anterolateral se suturează în planuri succesive. Cavitatea abdominală nu se drenează.

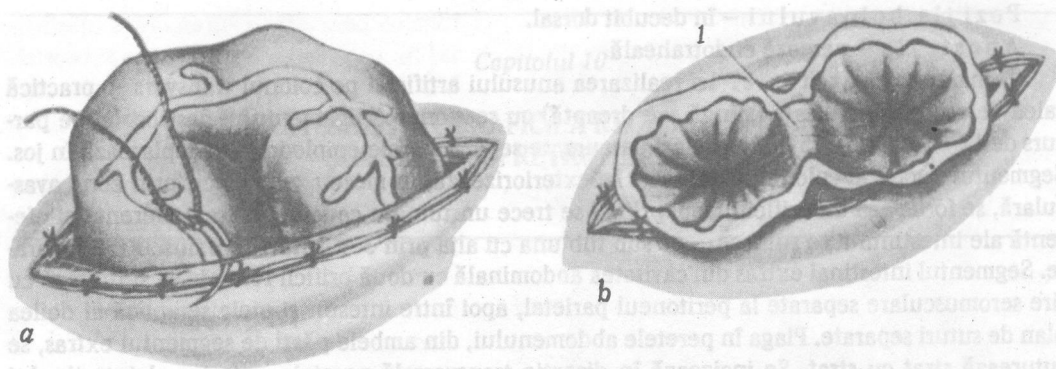


Fig. 151. Etapele în realizarea anusului artificial:

a – constituirea orificiilor; b – sigmoidotomia și formarea pintenului (1)

**Rectocolectomia totală.** Indicații: colita ulcerosă nespecifică.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză endotraheală.

**Tehnica operatorie.** Intervenția chirurgicală se efectuează în patru etape. În prima etapă se practică hemicolectomia dreaptă, în a doua – hemicolectomia stângă (tehnica operatorie e descrisă anterior). Etapele întâi și doi se termină cu mobilizarea intestinului gros pe tot parcursul și a ansei terminale a ileonului pe distanța de 10 cm. Cu aparatul de suturat se aplică suturi pe ileon corespunzător liniei de rezecție, apoi se secționează. La etapa a treia se practică extirparea rectului prin calea de acces peritoneoperineală. La început se mobilizează rectul pe parcurs. Intestinul gros împreună cu bontul ileonului se extirpează în bloc unic, se suturează peritoneul parietal și se realizează etapa a patra – formarea ileostomei. Tehnica de constituire e descrisă mai sus. Cavitatea abdominală se drenează. Plaga în peretele abdominal anterolateral se suturează strat cu strat.

**Colostomia (colostomia).** Indicații: ocluzia intestinală la care e necesară evacuarea conținutului intestinal, iar intervenția chirurgicală radicală e imposibilă. Colostomia poate fi practică în orice segment mobil al intestinului gros: cecostomia, transversostomia, sigmoidostomia. În prezent aceste operații se practică rar.

**Sigmoidostomia (sigmoideostomia).** Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză endotraheală.

**Tehnica operatorie.** Pentru realizarea fistulei colonului sigmoid, se deschide cavitatea abdominală în planuri succesive prin incizia oblică (variata) în regiunea inghinală stângă. După incizia strat cu strat a peretelui abdominal anterolateral, peritoneul parietal se suturează de marginile pielii pentru a evita infectarea țesutului celular subcutanat. Se exteriorizează o porțiune a colonului sigmoid, apoi se suturează peretele lui în jurul plăgii peretelui abdominal anterolateral, aplicând suturi separate, care unesc tunicile seroasă și musculară ale intestinului cu peritoneul parietal și fascia transversală. După formarea aderențelor între peritoneul visceral și parietal, peste 3–4 zile se deschide lumenul intestinului. În caz de urgență a colotomiei, peretele se secționează longitudinal, marginile intestinului se suturează de piele.

**Anusul artificial (anus praeternaturalis).** Anus artificial e numit orificiul în intestinul gros, prin care conținutul intestinal se elimină, fără a pătrunde în segmentele distale.

Indicații: tumori, leziuni, reducerea cicatrizată a rectului, fistula vezicii urinare și a rectului, anomalii congenitale.

Poziția bolnavului – în decubit dorsal.

Anestezia – narcoză endotraheală.

Tehnica operatorie. La realizarea anusului artificial pe colonul transvers se practică calea de acces transversală (stîngă sau dreaptă) cu secționarea ligamentului gastrocolic pe parcurs de 12–15 cm (fig. 151). Pe același parcurs, se separă marele epiploon și se deplasează în jos. Segmentul mobil al colonului transvers se exteriorizează, în mezou, nemijlocit prin zona avasculară, se formează un orificiu, apoi prin el se trece un tub din cauciuc. Ansele aferentă și eferentă ale intestinului se suturează pe sub tub una cu alta prin 3–4 suturi seromusculare separate. Segmentul intestinal extras din cavitatea abdominală cu două orificii formate se suturează cu fire seromusculare separate la peritoneul parietal, apoi între intestin și piele se aplică al doilea plan de suturi separate. Plaga în peretele abdomenului, din ambele părți de segmentul extras, se suturează strat cu strat. Se incizează în direcție transversală peretele anterior al intestinului suturat. Ambele orificii se acoperă cu pansamente separate. Dacă e necesar a exclude pe deplin pătrunderea fecalelor în segmentul eferent al intestinului, el se secționează perpendicular.