

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

06.05.2010 г.

Регистрационный № 010-0210

**СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ИМПЛАНТАТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: Новиков С.В., д-р мед. наук, проф. Рычагов Г.П., д-р мед. наук,
проф. Алексеев С.А.

Минск 2010

Проблема хирургического лечения вентральных грыж остается одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии. Связано это в первую очередь с большой распространенностью заболевания. Число лиц с данным заболеванием имеет постоянную тенденцию к абсолютному и относительному росту, чему способствует увеличение продолжительности жизни населения, и ежегодный рост числа операций на органах брюшной полости. Вопросы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки на современном этапе имеют большое практическое и экономическое значение.

На протяжении последних десятилетий стала понятной необходимость использования в некоторых случаях синтетических материалов для закрытия дефектов брюшной стенки. Эндопротезы замещают несостоятельные собственные ткани брюшной стенки. Наибольшее распространение получили имплантаты, выполненные из полипропилена.

Приоритетным направлением в современной герниологии является достижение максимальной радикальности герниопластики за счет полного либо частичного восстановления анатомической целостности брюшной стенки. А также снижение количества осложнений после грыжесечений, основными из которых являются рецидив грыжеобразования и синдром интраабдоминальной гипертензии (абдоминальный компартмент-синдром, синдром абдоминальной компрессии), развивающийся при использовании натяжных методов герниопластики и являющийся причиной летальности после операций по поводу грыж.

Предлагаемый метод может быть использован в условиях общехирургических стационаров врачами-хирургами для выполнения плановых операций.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Метод предназначен для использования в плановой хирургии при лечении пациентов с первичными, рецидивными и послеоперационными вентральными грыжами малых, средних, больших (обширных) и гигантских размеров (по классификации Тоскина К.Д., Жебровского В.В, 1990).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Метод не имеет противопоказаний, отличных от таковых к плановым операциям по поводу вентральных грыж.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Для лечения пациентов указанным методом требуется стандартное оборудование и оснащение операционных общехирургических стационаров, регламентируемое соответствующими юридическими документами.

ЦЕЛИ ПРЕДЛАГАЕМОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ.

1. Излечение пациентов от грыженосительства.
2. Восстановление функции передней брюшной стенки.

3. Снижение количества рецидивов грыжеобразования.

4. Профилактика развития синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Описание метода (Приоритетная справка № а 20081678 от 23.12.2008 на изобретение «Способ лечения вентральных грыж»).

Для пластики используется полипропиленовый сетчатый имплантат.

Этапы герниопластики. Герниолапаротомия. Ревизия грыжевого содержимого. Адгезиолизис при необходимости. Остатки грыжевого мешка на данном этапе не иссекаются. Изнутри по периметру дефекта в мышечно-апоневротическом слое, на расстоянии не менее 5 см от его краев, большой сальник, а при верхнесрединной локализации грыжевого дефекта – и висцеральная брюшина передней поверхности lig. gastrocolicum, подшивается к париетальной брюшине и заднему листку апоневроза передней брюшной стенки. Между последней и подшитым к ней большим сальником размещается полипропиленовый сетчатый имплантат. Имплантат фиксируется сначала к большому сальнику узловыми швами, расположенными в шахматном порядке на расстоянии 3-5 см друг от друга, а затем подшивается к мышечно-апоневротическому слою со стороны брюшной полости. После этого производится полное или частичное ушивание дефекта в мышечно-апоневротическом слое с захватом в шов сетчатого имплантата. В случае неполного ушивания дефекта последний закрывается путем сшивания между собой остатков грыжевого мешка. Иссекаются остатки грыжевого мешка и рана послойно ушивается. При необходимости производится дренирование подапоневротического пространства и подкожной жировой клетчатки через контрапертуры методом низкого вакуума (рац. предложения №№ 1697, 1698, 1699 от 19.01.2010).

Выбор тактики зависит прежде всего от размеров грыж:

Малые грыжи

У пациентов с рецидивными и послеоперационными вентральными грыжами малых размеров, а также с первичными грыжами малых размеров, с индексом массы тела, равным 25 и более, выполняется подапоневротическая герниопластика полипропиленовым имплантатом с ушиванием над ним мышечно-апоневротического слоя. Остальным пациентам с грыжами малых размеров выполняется пластика местными тканями.

Средние грыжи

У пациентов с вентральными грыжами средних размеров выполняется описанная выше герниопластика. Но полное сшивание апоневроза может привести к интраабдоминальной гипертензии и, как следствие, развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии. В связи с этим на анестезиологическом оборудовании производится контроль сатурации крови (pO_2). Критическая величина $pO_2 = 90\%$. При достижении указанного уровня дальнейшее сшивание апоневроза является недопустимым, так как может привести к развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Большие (обширные) и гигантские грыжи

Пациентам с вентральными грыжами больших (обширных) и гигантских размеров выполняется описанная выше герниопластика. Но

полное сшивание апоневроза может привести к интраабдоминальной гипертензии и, как следствие, развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии. В связи с этим на анестезиологическом оборудовании производится контроль сатурации крови (pO_2) и измеряется внутрибрюшное давление (ВБД). Критические значения показателей: $pO_2 = 90\%$, ВБД = 15 мм рт. ст. При достижении указанных значений дальнейшее сшивание апоневроза является недопустимым, так как может привести к развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии. ВБД целесообразно измерять по методу Iberti— Kron либо по предложенной нами модификации этого способа. Этот метод предусматривает определение ВБД посредством измерения давления внутри мочевого пузыря. Происходит это таким образом. Пациент лежит на спине. В мочевой пузырь через катетер Фолея с раздутым баллоном вводится 80–100 мл водного 0,02% раствора фурацилина. К катетеру присоединяется обычная система для измерения центрального венозного давления, фиксированная вертикально. За нулевую отметку принимается верхний край лонного сочленения (рац. предложение № 1678 от 05.09.2009).