

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**



**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ
У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ
ДИАЛИЗЕ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Гомельский государственный
медицинский университет», Учреждение «Гомельская областная
специализированная клиническая больница»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. А. Н. Лызиков, канд. мед. наук., доц.
В. В. Берещенко, А. В. Ворущенко

Гомель 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневич
01.07.2018
Регистрационный № 037-0418

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ
У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ
ДИАЛИЗЕ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Гомельский государственный
медицинский университет», Учреждение «Гомельская областная
специализированная клиническая больница»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. А. Н. Лызиков, канд. мед. наук., доц.
В. В. Берещенко, А. В. Ворущенко

Гомель 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод хирургического лечения паховых грыж у пациентов, находящихся на перитонеальном диализе (ПД). Метод основан на выполнении оперативного вмешательства без вскрытия грыжевого мешка при прямых паховых грыжах и удалении грыжевого мешка с тщательной герметизацией брюшины у пациентов с косыми паховыми грыжами.

Метод позволит улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с паховыми грыжами, которым предстоит, или уже проводится перитонеальный диализ. Благодаря его применению удастся снизить частоту осложнений и рецидивов заболевания и повысить качество жизни данного контингента.

Метод включает технику хирургического вмешательства пациентам, находящимся на ПД или подготовки к нему при выявлении паховых грыж.

Инструкция предназначена для врачей-хирургов, врачей-нефрологов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам с паховыми грыжами, находящимся на перитонеальном диализе при хронической болезни почек.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Набор хирургических инструментов для кожных иссечений.
2. Диатермокоагулятор.
3. Стандартное оборудование и оснащение операционных общехирургических стационаров (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.11.2008 № 1044).
4. Полипропиленовый сетчатый эндопротез.
5. Шовный материал (полипропилен 2/0, 3/0).
6. Раствор тримеперидина для инъекций 20 мг/мл — 1 мл.
9. Перевязочный материал.
10. Оборудование для общей анестезии.
11. Антисептический раствор.
12. Белье операционное.
13. Перчатки хирургические.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Первичные и рецидивные паховые грыжи у пациентов, находящихся на ПД при хронической болезни почек.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Инфекционный процесс в области хирургического доступа.
2. Диализный перитонит.
3. Острый инфаркт миокарда.
4. Острое нарушение мозгового кровообращения.
5. Пневмония.
6. Сепсис.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Основной задачей оперативного вмешательства, которое выполняется под местной, спинно-мозговой или общей анестезией, является устранение грыжевого образования с сохранением герметичности брюшины.

После рассечения кожи и подкожной клетчатки вскрывают паховый канал и выделяют грыжевой мешок до грыжевых ворот. При прямой паховой грыже грыжевой мешок инвагинируют в брюшную полость, поперечную фасцию ушивают непрерывно полипропиленовой нитью (2/0, 3/0). Дополнительно заднюю стенку пахового канала укрепляют полипропиленовым сетчатым эндопротезом путем фиксации его нижнего края непрерывным полипропиленовым швом (2/0, 3/0) к паховой связке, а в дальнейшем по периметру отдельными полипропиленовыми узловыми швами к мышечно-апоневротическим тканям. Передняя стенка пахового канала ушивается непрерывным полипропиленовым швом (2/0, 3/0).

При косой паховой грыже выделяют грыжевой мешок из элементов семенного канатика до шейки. Затем его вскрывают, содержимое погружают в брюшную полость. Отступив от шейки грыжевого мешка на 1–1,5 см дистальнее, его прошивают, перевязывают и избыток мешка иссекают. Культю перед погружением в брюшную полость дополнительно коагулируют. Поперечную фасцию ушивают непрерывно полипропиленовой нитью (2/0, 3/0). Заднюю стенку пахового канала дополнительно укрепляют полипропиленовым сетчатым эндопротезом путем фиксации его нижнего края непрерывным полипропиленовым швом (2/0, 3/0) к паховой связке, а в дальнейшем по периметру отдельными полипропиленовыми узловыми швами к мышечно-апоневротическим тканям. Передняя стенка пахового канала ушивается непрерывным полипропиленовым швом (2/0, 3/0). В обоих случаях ушивание поперечной фасции производят непрерывным полипропиленовым швом (2/0, 3/0), уменьшая внутреннее паховое кольцо до диаметра семенного канатика пациента. Рану послойно ушивают, подкожную клетчатку при необходимости активно дренируют по Редону.

Заполнение брюшной полости диализным раствором производят сразу после хирургической операции без оставления раствора в брюшной полости. Перитонеальный диализ, начиная со следующих суток, проводят ежедневно.

Послеоперационное ведение пациента

Режим в 1-е сут — постельный, далее — без ограничения активности.

Диета «Н» в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 135 от 29.08.2008.

Обезболивание — назначение внутримышечно анальгетика (раствор тримеперидина 2 % — 1 мл) 2–3 раза/сут на протяжении 2 дней послеоперационного периода.

Диализная терапия — в первые 2-е сут однократные перитонеальные заливки (от 0,5 до 2 л) без оставления диализного раствора в брюшной полости. Затем стандартная диализная терапия в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 806 от 18.07.2013.

Уход за операционной раной — ежедневно выполняется туалет раны, смена асептической повязки. Кожные швы удаляются на 12–14-е сут после оперативного вмешательства.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Возможные осложнения при выполнении метода:

1. Образование в послеоперационной ране сером, гематом.
2. Нарушение герметичности брюшины и инфильтрация послеоперационной раны диализным раствором.
3. Инфицирование послеоперационной раны.

Пути устранения осложнений:

1. Соблюдение техники выполнения хирургической операции.
2. Тщательный гемостаз в операционной ране.
3. Дренирование послеоперационной раны.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Проблема лечения паховых грыж у пациентов с перитонеальным диализом (ПД) сохраняет свою актуальность ввиду тяжести их состояния при наличии хронической болезни почек V стадии. Распространенность данной патологии у пациентов с почечно-заместительной терапией путем ПД составляет от 9 до 32 %. Выполнение оперативных вмешательств при осложнениях грыж (ущемление, воспаление, невправимость) у лиц, находящихся на ПД, представляет трудности вследствие развития диализного перитонита, затрудняющего диагностику и лечение острой хирургической патологии органов брюшной полости. В свою очередь, повышение внутрибрюшного давления и снижение мышечной массы при ПД приводит к образованию грыж передней брюшной стенки в ее слабых местах. Выявление грыженосителей до или во время ПД, своевременно выполненная пластика грыжевых ворот позволяет снизить количество осложнений и повысить качество жизни данной категории пациентов.

Практические рекомендации по ведению пациентов с грыжами, находящихся на ПД в протоколах лечения, отсутствуют. Таким образом, целесообразна разработка метода хирургического лечения паховых грыж у лиц с ПД.

Применение предложенного метода герниопластики позволяет снизить риск инфицирования брюшной полости и многослойно укрепить заднюю стенку пахового канала, тем самым минимизировав рецидив грыжи при повышении внутрибрюшного давления. Пациентам после выполненной многослойной пластики пахового канала выполняется практически сразу сеанс ПД, тем самым отсутствует перерыв в почечно-заместительной терапии.