

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ В.А. Ходжаев
16 июля 2010 г.
Регистрационный № 056-0510

**МЕТОД ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ
БОЛЬШИХ И ГИГАНСТКИХ РАЗМЕРОВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный
медицинский университет», ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. В.Г. Богдан, д-р мед. наук, проф. Ю.М. Гаин

Минск 2010

Инструкция разработана с целью повышения эффективности предоперационной подготовки, выбора метода хирургического лечения и варианта пластики послеоперационных вентральных грыж больших и гигантских размеров.

Область применения: хирургия.

Уровень внедрения: отделения общей, плановой и экстренной хирургии.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Аппарат для электростимуляции мышц передней брюшной стенки синусоидальными модулированными токами.
2. Аппарат для измерения функции внешнего дыхания.
3. Аппарат для выполнения ультразвукового исследования, доплеровской флоуметрии и дуплексного сканирования.
4. Набор хирургических инструментов (скальпель, пинцеты, зажимы, цапки для белья, ножницы хирургические [Матъе, Купера, сосудистые], иглодержатель, корнцанг, крючки лапаротомные).
5. Сетка хирургическая полипропиленовая.
6. Шовный хирургический материал (нить полипропиленовая, рассасывающиеся и нерассасывающиеся атравматические нити).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Послеоперационные вентральные грыжи больших (грыжевое выпячивание от 15 до 25 см, полностью занимает одну анатомическую область передней брюшной стенки, деформирует живот больного, размер грыжевых ворот от 10 до 15 см) и гигантских (грыжевое выпячивание свыше 25 см, занимает более одной анатомической области передней брюшной стенки, резко деформирует живот, мешает больному ходить, размер грыжевых ворот более 15 см) размеров.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Наличие осложнений послеоперационной вентральной грыжи (ущемление, воспаление, травма) является противопоказанием к выполнению предоперационной подготовки.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Предоперационная подготовка включает выполнение под местной или комбинированной анестезией 2-3 пар разрезов кожи и подкожной клетчатки длиной до 3–4 см напротив друг друга по периметру грыжевого дефекта с обнажением апоневроза, к которому узловыми швами фиксируют петли из полипропиленовой хирургической сетки с последующим ушиванием до петель кожных ран. Затем проводят вправление грыжевого содержимого в брюшную полость и удержание его там с помощью пелота. В последующем в

течение 7–14 дней выполняется дозированное сведение краев грыжевого дефекта путем постепенного подтягивания петель посредством затягивания полипропиленовых трубок, проведенных через сетчатые петли, с ежедневным проведением сеанса электростимуляции мышц передней брюшной стенки синусоидальными модулированными токами. Данную процедуру выполняют на аппарате для электростимуляции мышц передней брюшной стенки синусоидальными модулированными токами (режим работы — I, род работы — II) с частотой 30 Гц, глубиной модуляции 75%, посылка-пауза 2–3^{II} → 4–6^{II}, продолжительностью по 3–5 мин с перерывом 1–2 мин. Достигнутым эффектом предоперационной подготовки является полное сопоставление краев грыжевых ворот с вправлением грыжевого содержимого в брюшную полость и хорошей адаптацией дыхательной и сердечно-сосудистой систем к повышенному внутрибрюшному давлению (профилактика развития абдоминального компартмент-синдрома после основного этапа хирургического вмешательства).

Дифференцированный объективный выбор рационального метода пластики передней брюшной стенки включает: а) регистрацию спирограммы и измерение показателей функции внешнего дыхания; б) определение максимальной линейной скорости кровотока в общей бедренной вене методом ультразвукового дуплексного сканирования, ее переднезаднего размера и величины фракции выброса сердца в начале и по завершении предоперационной подготовки; в) комплексную оценку динамики показателей. Показанием для выполнения корригирующего протезирования передней брюшной стенки без существенного уменьшения исходного объема брюшной полости (варианты 1–2) является сочетанное снижение значений изучаемых показателей на 20% от исходного уровня. В остальных случаях выполняют реконструктивную аллопластику передней брюшной стенки (вариант 3–4).

Корригирующее протезирование передней брюшной стенки без уменьшения объема брюшной полости (вариант 1) включает фигурное (окаймляющее послеоперационный рубец) рассечение кожи и подкожной клетчатки с иссечением их избытков и последующим выделением грыжевого мешка и грыжевых ворот. Из стенок грыжевого мешка формируют два лоскута с подшиванием края одного из них к противоположному краю грыжевых ворот и размещением хирургической сетки под апоневрозом (с захождением за края грыжевого дефекта на 5 см) и фиксацией ее двумя рядами непрерывных швов (к внутренней поверхности передней брюшной стенки и к краю грыжевого дефекта). Второй лоскут пришивают непрерывным швом к противоположному краю грыжевых ворот поверх хирургической сетки (после предварительной обработки его внутренней поверхности 96°-м этиловым спиртом). Подлоскутное пространство дренируется перфорированной трубкой по Редону. Мягкие ткани над зоной пластики ушивают послойно с дополнительным вакуумным дренированием подкожной клетчатки.

Корректирующее протезирование передней брюшной стенки без уменьшения объема брюшной полости (вариант 2) выполняют путем размещения хирургической сетки под апоневрозом с захождением за края грыжевого дефекта на 5 см и фиксации ее двумя рядами непрерывных швов к внутренней поверхности передней брюшной стенки и краю грыжевого дефекта. При этом отграничение хирургической сетки от органов брюшной полости осуществляется путем предварительного подшивания пряди большого сальника к внутренней поверхности передней брюшной стенки непрерывным швом с последующим ушиванием над хирургической сеткой остатков грыжевого мешка и мягких тканей. Подлобчатое пространство и подкожная клетчатка дренируются по Редону.

Реконструктивная аллопластика передней брюшной стенки (вариант 3) включает фигурное (окаймляющее послеоперационный рубец) рассечение кожи и подкожной клетчатки с иссечением их избытков и последующим выделением грыжевого мешка и грыжевых ворот, герниодаротомию, висцеролиз, мобилизацию и фиксацию большого сальника (с формированием «кармана» для хирургической сетки), установку и фиксацию сетки с последующим ушиванием над ней грыжевого дефекта (при этом нижний край большого сальника фиксируют непрерывным швом к верхнему краю мобилизованных по периметру нижнего отдела грыжевого дефекта и сшитых между собой двух лоскутов париетальной брюшины). Мягкие ткани над зоной пластики ушивают послойно. Подлобчатое пространство и подкожная клетчатка дренируются по Редону.

Реконструктивная аллопластика передней брюшной стенки (вариант 4) включает рассечение кожи и подкожной клетчатки, выделение грыжевого мешка и грыжевого дефекта, отделение при помощи электроножа подкожной клетчатки от апоневроза до средних подмышечных линий с обеих сторон. Затем производится пересечение в мышечной части обеих наружных косых мышц живота продольным разрезом длиной, равной продольной длине грыжевого дефекта с мобилизацией и ушиванием поперечной фасции вместе с париетальной брюшиной. Поверх них размещают хирургическую сетку с фиксацией ее П-образными сквозными швами к апоневрозу и ушиванием над ней грыжевого дефекта непрерывным швом (с дополнительным захватом в шов хирургической сетки). Подлобчатое пространство и подкожная клетчатка дренируются по Редону.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Смещение и деформация полипропиленовой хирургической сеткой.
2. Формирование межлобчатых гематом, сером, нагноение операционной раны.

Пути устранения:

1. Для предотвращения смещения и деформации полипропиленовой хирургической сеткой необходимо выполнять дополнительное прошивание

сетки непрерывным швом при сшивании мышечно-апоневротических структур над ней.

2. Контроль над эффективностью функционирования системы вакуумного дренирования раны, периоперационная антибиотикопрофилактика.