

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



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

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение «Гомельская областная специализированная клиническая больница»

АВТОРЫ: д.м.н., профессор Лызиков А.Н., к.м.н., доцент Берещенко В.В., Ворущенко А.В.

Гомель, 2018

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод хирургического лечения паховых грыж у пациентов, находящихся на перитонеальном диализе. 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.

Применение метода позволит улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с паховыми грыжами, которым предстоит, или уже проводится перитонеальный диализ. Он позволяет снизить частоту осложнений и рецидивов заболевания и повысить качество жизни данных пациентов.

Метод включает технику проведения хирургического вмешательства пациентам, находящимся на перитонеальном диализе 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 НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РЕАКТИВОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И Т.Д.

1. Набор хирургических инструментов для кожных иссечений.
2. Диатермокоагулятор.
3. Стандартное оборудование и оснащение операционных общехирургических стационаров (приказ министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 ноября 2008 г. №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 перитонеальном диализе 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, спинномозговой 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 мешок вскрывают, содержимое грыжевого мешка 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 первые сутки – постельный, далее – без ограничения активности.

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

*Обезболивание* – назначение внутримышечно анальгетика (раствор тримеперидина 2% – 1 мл) 2-3 раза в сутки на протяжении 2 дней послеоперационного периода.

*Диализная терапия* – в первые двое суток однократные перитонеальные заливки (от 0,5 до 2 л) без оставления диализного раствора в брюшной полости. Затем проводят стандартную диализную терапию в соответствии с приказом министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.07.2013 г. №806.

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

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

Проблема лечения паховых грыж у пациентов с перитонеальным диализом (ПД) сохраняет свою актуальность ввиду тяжести их состояния при наличии хронической болезни почек (ХБП) 5 стадии. Распространенность данной патологии у пациентов с почечно-заместительной терапией путем ПД составляет от 9 до 32% (1). Выполнение оперативных вмешательств при осложнениях грыж (ущемление, воспаление, невправимость) у пациентов, находящихся на ПД, представляет трудности, вследствие развития диализного перитонита, затрудняющего диагностику и лечение острой хирургической патологии органов брюшной полости (2, 3, 4). В свою очередь, повышение внутрибрюшного давления и снижение мышечной массы при ПД приводит к образованию грыж передней брюшной стенки в её слабых местах (5). Выявление грыженосителей до или во время ПД, своевременно выполненная пластика грыжевых ворот позволяет снизить количество осложнений и повысить качество жизни данной категории пациентов (6, 7).

Практических рекомендаций ведения пациентов с грыжами, находящихся на ПД в протоколах лечения нет (8, 9). Таким образом, целесообразна разработка метода хирургического лечения паховых грыж у пациентов, находящихся на ПД.

Применение предложенного метода герниопластики позволяет снизить риск инфицирования брюшной полости и многослойно укрепить заднюю стенку пахового канала, тем самым минимизировать 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.

Литература:

1. Abdominal wall hernias in end-stage renal disease patients on peritoneal dialysis / G. Martínez-Mier [et all.] // *Peritoneal Dialysis International*. – 2008. – Vol. 28, №4. – P. 391–396.
2. Surgical peritonitis in patients on peritoneal dialysis / B.M. Shrestha, P. Brown, M. Wilkie // *Peritoneal Dialysis International*. – 2008. – Vol. 28, №4. – P. 331–334.
3. Emergency laparotomy in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis / C. Carmeci [et all.] // *The American surgeon* – 2001. – Vol. 67, №7 – P. 615–618.
4. Perforative Peritonitis caused by Appendicitis in a Patient on Peritoneal Dialysis / M. Mizuno [et all.] // *The Japanese Society of Internal Medicine*. –2013. – Vol. 52. – P. 1177–1181.
5. Impact of Hernias on Peritoneal Dialysis Technique Survival and Residual Renal Function / S. Balda [et all.] // *Peritoneal Dialysis International*. – 2013. – Vol. 33. – №6. – P. 629–634.
6. Prevalence and management of hernias in peritoneal dialysis patients / M.A. García-Ureña [et all.] // *Peritoneal Dialysis International*. – 2006. – Vol. 26, №2. – P. 198-202.
7. Sustaining continuous ambulatory peritonealdialysis after herniotomy / T. Mettang [et all.] // *Adv. Peritoneal Dialysis*. – 2001. – Vol. 17. – P. 84–87.
8. Клинические протоколы диализного лечения пациентов при остром повреждении почек, программного гемодиализа пациентов при хронической болезни почек, перитонеального диализа пациентов при хронической болезни почек // Приложение к приказу Министерства

здравоохранения Республики Беларусь 18.07.2013 N. 806. – Мн.: 2013.

9. Лечение пациентов с хронической болезни почек 5 стадии методом перитонеального диализа / Ассоциации нефрологов России. Российское диализное общество. Столичная Ассоциация Врачей нефрологов // Клинические рекомендации. – М.: 2016.

Д.м.н., профессор, профессор кафедры  
хирургических болезней №1  
с курсом сердечно-сосудистой хирургии  
УО «Гомельский государственный  
медицинский университет»

А.Н. Лызиков

К.м.н., доцент, доцент кафедры  
хирургических болезней №3  
с курсом урологии  
УО «Гомельский государственный  
медицинский университет»

В.В. Берещенко

Заведующий областным  
нефрологическим отделением  
и программного гемодиализа  
У «Гомельская областная  
специализированная клиническая  
больница»

А.В. Ворущенко