

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
_____ Д.Л. Пиневиц
«12» декабря 2014 г.

Регистрационный №

Метод хирургического лечения опущения женских половых органов с
использованием биологического трансплантата

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик:
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Авторы:
Доцент, к.м.н. В.С. Вербицкий, профессор, д.м.н. О.К.Кулага,
профессор, д.м.н. Л.Ф.Можейко, доцент, к.м.н. М.С. Вербицкая, доцент,
к.м.н. С.Д.Шилова, профессор, д.м.н. Е.И. Барановская

Минск, 2014

В настоящей инструкции по применению (далее - инструкция) изложен метод и принципы применения биологических трансплантатов, например из полотен перикарда крупного рогатого скота (далее – протнз) для реконструкции тазового дна, позволяющий повысить эффективность и безопасность проводимого хирургического лечения и тем самым улучшить качество жизни пациенток.

Настоящая инструкция предназначена для врачей акушеров-гинекологов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациенткам с пролапсом тазовых органов, в том числе осложненных их дисфункцией.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ.

Клиническое, лабораторное и инструментальное обследование для производства влагалищных операций в соответствии с Приложением к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 09.10.2012 № 1182 «Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии».

Стандартная операционная, стандартный хирургический инструментарий, биологический протез, компрессионный трикотаж.

1. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Пролапс тазовых органов:

КОД ПО МКБ-10

N81.1 Цистоцеле.

N81.2 Неполное выпадение матки и влагалища.

N81.3 Полное выпадение матки и влагалища.

N81.5 Энтероцеле.

N81.6 Ректоцеле.

N81.8 Другие формы выпадения женских половых органов

(несостоятельность мышц тазового дна, старые разрывы мышц тазового дна).

N99.3 Выпадение свода влагалища после экстирпации матки.

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Беременность.

2. Острый инфекционный процесс или обострение хронического любой локализации.

3. Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации.

3. УСЛОВИЯ

Применение возможно при 1-2 степени чистоты влагалища.

4. ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДА.

4.1. ПОДГОТОВКА ПРОТЕЗА К ПРИМЕНЕНИЮ

Открыть контейнер. С помощью стерильного пинцета или зажима, используя атравматическую, стерильную технику, захватить протез за край и извлечь его из контейнера. Промыть протез в стерильном 0,9% растворе натрия хлорида, или 0,05% растворе хлоргексидина биглюконата перед использованием.

4.2. ХОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

4.2.1. Положение пациентки на операционном столе так, чтобы ягодицы располагались на краю стола, ноги, согнутые в тазобедренных и коленных суставах широко разведены, высоко приподняты и закреплены в ногодержателях.

4.2.2. Анестезиологическое пособие оказывается по общепринятым методикам.

4.2.3. Выкраивается треугольный лоскут слизистой задней стенки влагалища после предварительной гидропрепаровки стерильным 0,25% раствором новокаина;

4.2.4. Выделяется грыжевой мешок;

4.2.5. Вскрывается грыжевой мешок и иссекаются излишки брюшины, входящих в грыжевой мешок;

4.2.6. Ушивается брюшина кистным швом;

4.2.7. Определяются размеры дефекта ректовагинальной перегородки и выкраивается протез необходимого размера.

4.2.8. Фиксация протеза к краям дефекта мягких тканей с расчетом наложения протеза за края дефекта на 0,5 -1 см, середина

верхнего края протеза фиксируется отступя на 0,5 см от места ампутации шейки матки при Манчестерских операциях или отступя на 0,5 см от верхушки культи влагалища при влагалищных экстипациях, нижний край фиксировался к *m. levator ani*, после сшивания между собой их дистальных концов. Фиксация производится одиночными швами из длительно рассасывающего шовного материала. Для усиления фиксации протеза к окружающим тканям и профилактики образования осумкованных полостей возможно нанесение перфорационных отверстий в полотне протеза диаметром 1 – 3 мм в количестве не более 4 на 1 см².

4.2.9. Ушивание слизистой задней стенки влагалища непрерывным швом из длительно рассасывающего шовного материала, без подхватывания протеза.

4.2.10. Наложение отдельных швов на кожу промежности.

4.2.11. Катетеризация мочевого пузыря постоянным катетером.

4.2.12. Тугая тампонада влагалища марлевыми салфетками с синтомициновой эмульсией или мазями, улучшающими репарацию тканей.

5. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ.

1. Тугая тампонада влагалища на 48 часов с целью дислокации протеза и профилактики развития гематом в области операционной раны.

2. Удаление мочевого катетера через 24 часа. В случае затруднений мочеотделения используется катетеризация одноразовым катетером 3-4 раза в сутки до восстановления функции мочевого пузыря.

3. Очистительная клизма на 3-и сутки послеоперационного периода.

4. Коррекция питания, направленная на профилактику запоров (жидкая пища, питание богатое клетчаткой и т.д.).

5. Введение во влагалище лекарственных средств, saniрующих и улучшающих репарацию тканей влагалища.

6. Выписка осуществляется на 5-7 сутки с момента операции, руководствуясь сроками заживления раны.

6. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ .

1. Интраоперационные осложнения не связанные с использованием протеза(кровотечение, ранение смежных органов).

2. Ранние послеоперационные осложнения(гематомы, нагноение и инфильтрация тканей).

3. Поздние послеоперационные осложнения(рецидив пролапса половых органов, смещение протеза или его экспульсия, эрозия слизистой, диспареуния, кишечная дисфункция)

4. При несоблюдении правил асептики и антисептики возможно развитие инфекционных осложнений.

5. Возможно развитие аллергических реакций.