

Одобен  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «29» марта 2019 года  
Протокол №60

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### ВЕНТРАЛЬНАЯ ГРЫЖА

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

##### 1.1 Код(ы) по МКБ 10:

МКБ-10	
Код	Название
K43	Грыжа передней брюшной стенки. Включены: грыжа надчревная, послеоперационная. Исключена: паховая грыжа (40)
K43.0	Грыжа передней брюшной стенки с непроходимостью без гангрены. Грыжа передней брюшной стенки: (вызывающая непроходимость, ущемленная, невосправляемая) без гангрены. Странгуляционная грыжа.
K43.1	Грыжа передней брюшной стенки с гангреней. Гангренозная грыжа передней брюшной стенки.
K43.9	Грыжа передней брюшной стенки без непроходимости или гангрены.

##### 1.2 Дата разработки / пересмотра протокола: 2013 год (пересмотр 2018 г.)

##### 1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ВГ	—	вентральная грыжа
ГПБС	—	грыжа передней брюшной стенки
КТ	—	компьютерная томография
МРТ	—	магнитно-резонансная томография
ПГ	—	послеоперационная грыжа
СИАГ	—	синдром интраабдоминальной гипертензии (компартмент синдром)
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
IPOM	—	intraperitoneal onlay mesh
CST	—	component separation technique

##### 1.4 Пользователи протокола: хирурги.

##### 1.5 Категория пациентов: взрослые.

##### 1.6 Шкала уровня доказательности:

<b>A</b>	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>B</b>	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>C</b>	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
<b>D</b>	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
<b>GPP</b>	Наилучшая клиническая практика.

**1.7 Определение [6]: Грыжа брюшной стенки** – это врожденный или приобретенный дефект мышечно-апоневротической целостности брюшной стенки, который дает возможность для выпячивания через него любого образования, которое в нормальных условиях здесь не происходит.

### **1.8 Классификация [5-9]:**

Грыжи передней брюшной стенки классифицируют на первичные и послеоперационные грыжи [6].

Различают 4 основных типа первичных (вентральных) грыж [7]:

- пупочная;
- околопупочная;
- эпигастральная;
- грыжа спигелиевой линии.

Различают следующие виды грыж передней брюшной стенки [5, 9]:

#### **1. Первичная ГПБС (вентральная):**

- срединную первичную ГПБС, включающую эпигастральную и пупочную. Малые грыжи менее 2 см, средние от 2-х до 4 см, большие более 4 см.
- боковую первичную ГПБС, включающую грыжу Спигелевой линии и поясничную (люмбарную). Малые грыжи менее 2 см, средние от 2-х до 4 см, большие более 4 см.

#### **2. Послеоперационная ГПБС:**

- Медиальная грыжа или грыжа средней линии (обозначается буквой М).

Границы средней линии области определяются следующим образом:

- краниально: мечевидный отросток;
- каудально: лобковая кость;

- с боку: латеральные края прямой мышцы живота.

Различные дефекты в передней брюшной стенке вызванные одним разрезом рассматриваются как одна грыжа. Если различные дефекты были вызваны двумя и более различными операционными разрезами, то они должны быть рассмотрены как два и более грыжи.

- **Боковые грыжи (обозначается буквой L).**

Границы площади боковой поверхности определяются как:

- краниально: края реберных дуг;
- каудально: паховые области;
- медиально: латеральные края прямой мышцы живота;
- с боку: поясничная область.

По вправимости различают:

- вправимая (редуцируемые) с или без обструкции;
- невправимая (редуцируемые) с или без обструкции;

По наличию симптоматики:

- бессимптомная;
- симптоматическая.

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1-9]:**

### **Жалобы на:**

- опухолевидное образование в области послеоперационного рубца, в половине случаев могут наблюдаться боли в области грыжевого выпячивания и реже появляются симптомы, связанные с непроходимостью и гангреной внутреннего органа, ущемленного в грыжевых воротах.

### **Физикальное обследование:**

Аналогично первичным, большинство послеоперационных грыж может быть диагностировано с помощью сбора анамнеза и клинического обследования. У пациентов, обычно развивается выпячивание на передней брюшной стенке в области хирургического рубца. При пальцевом обследовании краев грыжи может часто прощупываться фасциальный дефект, хотя точная оценка размера дефекта при этом способе может быть затруднена. Размер грыжевого мешка и грыжевого содержимого может быть большим, а при этом грыжевые ворота могут быть небольшими, особенно у пациентов с ожирением, или у пациентов после нескольких полостных операций, где могут быть многочисленные мелкие грыжевые ворота. Многие послеоперационные грыжи могут протекать бессимптомно, но у 20-50% пациентов грыжа сопровождается значительной болезненностью. Пальпаторно определяют симптом кашлевого толчка, можно пропальпировать органы в большом грыжевом мешке.

**Лабораторные исследования:** обычно не ущемленная (не осложненная) ГПБС не влияет на показатели в общем анализе крови, мочи и других лабораторные показатели.

**Инструментальные исследования:**

- Ультразвуковое исследование обычно используется для подтверждения клинического диагноза. Ультразвуковое исследование грыжи позволяет определить параметры грыжевых ворот, содержимое грыжевого мешка, его увеличение при кашле пациента.
- КТ (с или без Вальсальвы) или МРТ у следующего контингента:
  - Тучные пациенты (индекс массы тела  $> 35$ );
  - Больных с рецидивами послеоперационной грыжи;
  - Пациенты с большими грыжами с потерей домена.
  - Пациенты с болями в брюшной стенке, но без клинически выявляемых грыж.

У этих пациентов КТ позволяет создание трехмерной реконструкции, что является полезным для выбора оперативного вмешательства.

**Показания для консультации специалистов:**

- консультация терапевта – для уточнения общесоматического состояния и определения степени операционного риска;
- консультация кардиолога для уточнения общесоматического состояния и определения степени операционного риска;
- консультация онколога – для исключения метастатического поражения передней брюшной стенки.

**2.1 Диагностический алгоритм:**



## 2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
грыжи передней брюшной стенки	увеличение идет очень медленно, умеренно выражен болевой синдром, и при объективном исследовании выявляется выпячивание в области живота.	физикальныйосмотр	увеличение выпячивания при повышении внутрибрюшного давления (плач, смех, натуживание), определение при пальпации выпячивания мягкоэластической консистенции; вправимость содержимого грыжевого мешка, особенно в горизонтальном положении, положительный симптом кашлевого толчка, пальпация грыжевых ворот. Выявление урчания при пальпации выпячивания и тимпанического оттенка при перкуссии, указывают, что содержимым его являются петли кишок.
доброкачественные новообразования брюшной стенки (липомы, фибролипомы, нейрофибромы)	увеличение идет очень медленно, умеренно выражен болевой синдром, и при объективном исследовании выявляется выпячивание в области живота.	физикальный осмотр	локальное разрастание ткани, постоянство размеров в любом положении тела, плотность образования, определяемая при пальпации, смещаемость образования (свободно приподнимаются в кожной складке), невозможность его вправления, отрицательный симптом кашлевого толчка, отсутствие грыжевых ворот, урчания и тимпанического звука при перкуссии. Особенностью нейрофибром является их множественность.

**3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:** нет.

**4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [1-3]:**

**4.1 Показания для плановой госпитализации:**

Все грыжи передней брюшной стенки должны быть устранены хирургическим путем [10].

**5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

устранение грыжевого выпячивания в передней брюшной стенке, вправление внутренних органов в брюшную полость и пластика грыжевых ворот.

**5.1 Немедикаментозное лечение:** нет.

**5.2 Медикаментозное лечение:**

В зависимости от размеров грыжевого дефекта, степени сложности и состояния тканей передней брюшной стенки, обезболивание может быть достигнуто либо местной анестезией, иногда дополняемой внутривенной седацией (медикаментозный сон), либо эндотрахеальным наркозом, когда требуется адекватная миорелаксация.

При малых грыжах операция может быть выполнена под местной анестезией 0,5 % раствором лидокаина гидрохлорида или под перидуральной анестезией 2 % раствором лидокаина гидрохлорида. В послеоперационном периоде назначаются анальгетические препараты, включая наркотические средства в первые сутки после операции.

При средних и больших грыжах протезирующую герниопластику проводят под общим обезболиванием с применением нейролептанальгезии (НЛА) с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) или при локализации грыж М2–М3 операцию допустимо проводить под перидуральной анестезией с использованием 2 % раствора лидокаина гидрохлорида.

**5.3 Хирургическое лечение [5,11,13,14,17]:**

Операцию выполняют, если нет абсолютных противопоказаний. Противопоказаниями к операции следует считать тяжелые сопутствующие заболевания, гнойно-деструктивные и злокачественные процессы, декомпенсацию функции органов дыхания и кровообращения. Наилучшим сроком для операции по поводу послеоперационных грыж является срок не ранее 6-12 месяцев от первой (предыдущей) операции [11].

**Виды оперативного устранения ГПБС:**



При лечении вентральных и послеоперационных грыж натяжные методы, в виде различных вариантов пластики местными (собственными) тканями, в настоящее время неактуальны и допустимы только при лечении малых грыж ( $W1 < 4$  см) [17]. К натяжным методикам относятся, например способы Мейо [21], Сапежко.

1. Метод герниопластики ГПБС 'onlay'(анлей)- накладка сетки сверху мышечно-апоневротического слоя;
2. Метод герниопластики ГПБС 'inlay'(инлей)- вкладка сетки между грыжевыми краями мышечно-апоневротического слоя;
3. Метод герниопластики ГПБС 'sublay» (саблей)- подкладка сетки снизу мышечно-апоневротического слоя с ограничением сетки от органов брюшной полости брюшиной (частью грыжевого мешка) или прядью большого сальника;
4. Метод герниопластики ГПБС 'TROM'(айпом) - внутрибрюшное наложение сетчатого протеза в области грыжевых ворот непосредственно на брюшину. Может быть выполнено открыто или лапароскопически;
5. Комбинированный метод герниопластики ГПБС - метод герниопластики с использованием собственных местных тканей с укреплением их алломатериалом (сеткой).

Комбинирование используется как дополнение двух самостоятельных пластик:

- а) Пластика местными тканями по принципу «край в край» или с созданием дубликатуры;
- б) Техника разделения компонентов (Component separation technique) – способ герниопластики с пересечением и взаимным перемещением компонентов брюшной стенки для закрытия фасциального (мышечно-апоневротического) дефекта.

## **6. Индикаторы эффективности лечения:**

- исчезновение после операции проявлений грыжи;
- заживление послеоперационной раны первичным натяжением;
- отсутствие в отдаленном послеоперационном периоде лигатурных свищей и проявлений рецидива грыжи;
- полное восстановление трудоспособности.

## **7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:**

### **7.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Жураев Шакир Шукурович – доктор медицинских наук, профессор, ГНС отделения хирургии желудочно-кишечного тракта и эндокринных органов АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Лауреат Государственной премии РК.
- 2) Медеубеков Улугбек Шалхарович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель председателя правления АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

3) Шокбаев Адиль Абасович – заведующий отделением хирургии желудочно-кишечного тракта и эндокринных органов АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

4) Калиева Мира Маратовна – кандидат медицинских наук, доцент, клинический фармаколог АО «Национальный медицинский университет».

**7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

### **7.3 Список рецензентов:**

1) Джумабеков Ауэсхан Толегенович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии с курсом колопроктологии АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования».

**7.4 Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

### **7.5 Список использованной литературы:**

1. Tanaka E. Y. et all. A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. *Hernia*. February 2010, Volume 14, Issue 1, pp 63-69.

2. Kharitonov S.V., Kuznetsov N.A., Aronov L.S., Gafarov U.O., Povarikhina O.A. Abdominal compartment syndrom in hernia surgery // *Bulletin of the International Scientific Surgical Association*. – Vol. 2, N.1, – 2007. – P. 110-112.

3. Pring CM, Tran V, O'Rourke N, Martin IJ. Laparoscopic versus open ventral hernia repair: a randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 2008;78(10):903-6. Sauerland S, Walgenbach M, Habermalz B, Seiler CM, Miserez M. Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD007781.

4. Sauerland S, Walgenbach M, Habermalz B, Seiler CM, Miserez M. Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011.

5. Muysoms, F. E. M. Miserez, F. Berrevoet et all. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009 August; 13(4): 407–414.

6. Chevrel JP, M. RA (2000) Classification of incisional hernias of the abdominal wall. *Hernia* 4:7–11.

7. Cassar K, Munro A. Surgical treatment of incisional hernia. *British Journal of Surgery* 2002;89(5):534-45.

8. Харитонов С.В., Кузнецов Н.А., Поварихина О.А., Гафаров У.О. Профилактика развития синдрома интраабдоминальной гипертензии в хирургическом лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами. Материалы юбилейной конференции «Актуальные вопросы герниологии», посвященной пятой годовщине со дня образования «Общества герниологов». – Москва, 2006г. Герниология. - 2006. - № 3(11). – С. 47-48.

9. Sanders DL, Kingsnorth AN. The modern management of incisional hernias. *BMJ*. 2012 May 9;344:e2843.

10. Нелюбин, П. С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / П. С. Нелюбин, Е. А. Галота, А. Д. Тимошин // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 69–74.
11. Henry, X. Is there a reasonable role for prosthetic materials in the emergency treatment of hernias? / X. Henry, V. Randriamanantsoa, P. Verhaeghe, R. Stoppa // Chirurgie. – 1994– 1995. – V. 120 (12). – P. 123–131.
12. den Hartog D, Dur AHM, Tuinebreijer WE, Kreis RW. Open surgical procedures for incisional hernias. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD006438. DOI: 10.1002/14651858.CD006438.pub2.
13. Girotto JA, Malaisrie SC, Bulkely G, Manson PN. Recurrent ventral herniation in Ehlers-Danlos syndrome. Plast Reconstr Surg 2000;106:1520-6.
14. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. Ann Surg 2004;240:578–585.
15. Welty G, Klinge U, Klosterhalfen B, Kasperk R, Schumpelick V: Functional impairment and complaints following incisional hernia repair with different polypropylene meshes. Hernia 2001; 5: 142–7.
16. Junge K, Klinge U, Rosch R, Klosterhalfen B, Schumpelick V: Functional and morphologic properties of a modified mesh for inguinal hernia repair. World J Surg 2002; 26: 1472–80.
17. Paul A, Korenkov M, Peters S, Köhler L, Fischer S, Troidl H. Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernias. European Journal of Surgery 1998;164:3 Rios A, Rodriguez JM, Munitiz V, Alcaraz P, Perez D, Parrilla P: Factors that affect recurrence after incisional herniorrhaphy with prosthetic material. Eur J Surg 2001; 167: 855–9.
18. San Pio JR, Damsgaard TE, Momsen O, Villadsen I, Larsen J: Repair of giant incisional hernias with polypropylene mesh: a retrospective study. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2003; 37: 102–6.
19. Godara R., Gar P. Raj g, H., Singla S.L.: Comparative Evaluation Of "Sublay" Versus "Onlay" Meshplasty In Ventral Hernias. *The Internet Journal of Surgery*. 2006 Volume 8.
20. Bauer J. et all. Rives-Stoppa procedure for repair of large incisional hernias: experience with 57 patients . Hernia. September 2002, Volume 6, Issue 3, pp 120-123;
21. Anthony T, Bergen PC, Kim LT, Henderson M, Fahey T, Rege RV et al.: Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy. World J Surg 2000; 24: 95–100.
22. Vries Reilingh TS, van Geldere D, Langenhorst B, de Jong D, van der Wilt GJ, van Goor H et al.: Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques. Hernia 2004; 8: 56–9.
23. Schumpelick V, Junge K, Rosch R, Klinge U, Stumpf M: Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany. Chirurg 2002; 73: 888–94.
24. Conze J, Kingsnorth AN, Flament JB, Simmermacher R, Arlt G, Langer C et al.: Randomized clinical trial comparing lightweight composite mesh with polyester or polypropylene mesh for incisional hernia repair. Br J Surg. 2005; 92: 1488–93.
25. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). E.access: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.

26. Bosanquet DC, Ansell J, Abdelrahman T, et al. Systematic review and meta-regression of factors affecting midline incisional hernia rates: analysis of 14,618 Patients. PLoS ONE 10(9): e0138745. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
27. Millbourn D, Cengiz Y, Israelsson LA. Effect of stitch length on wound complications after closure of midline incisions: a randomized controlled trial. Arch Surg. 2009;144:1056–1059. [[PubMed](#)]
- Deerenberg EB, Harlaar JJ, Steyerberg EW, et al. Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): a double-blind, multicentre, randomised controlled trial. Lancet. 2015;386:1254–1260. [[PubMed](#)]
28. Muysoms FE, Antoniou SA, Bury K, et al. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. Hernia. 2015;19:1–24. [[PubMed](#)]
29. Kössler-Ebs JB, Grummich K, Jensen K, et al. Incisional hernia rates after laparoscopic or open abdominal surgery—a systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2016;40:2319–2330. [[PubMed](#)]
30. Statistisches Bundesamt Gesundheit. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden: 2016. DRG-Statistik 2015 - Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Operationen und Prozeduren (OPS Version 2015). A) Operationen und Prozeduren nach Altersgruppen, 5-380 bis 5-759, 6-Steller. B) Sterbefälle nach Alter: 5-536.
31. Conze J, Klinge U, Schumpelick V. Narbenhernien. Chirurg. 2005;76:897–910. [[PubMed](#)]
32. Rogmark P, Petersson U, Bringman S, et al. Short-term outcomes for open and laparoscopic midline incisional hernia repair: a randomized multicenter controlled trial: the ProLOVE (prospective randomized trial on open versus laparoscopic operation of ventral eventrations) trial. Ann Surg. 2013;258:37–45.[[PubMed](#)]

