

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ 685
	Экземпляр	№
	Введен в действие	дата
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<p><i>Клинический протокол «Послеоперационная вентральная грыжа»</i></p> <p><i>Коды МКБ (K43.2)</i></p> <p><i>Возрастная группа - взрослые</i></p> <p><i>Год утверждения 2021г</i></p>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		
2021 г.				

**I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

**1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

По определению Европейского герниологического общества (EHS) послеоперационная вентральная грыжа (ПВГ) – это любой дефект брюшной стенки, без или с грыжевым выпячиванием, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, определяющийся при клиническом исследовании или визуализации.

Составными элементами грыжи являются: грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка и оболочки грыжи. Встречаются случаи, когда нет выраженных грыжевых ворот, но на большом протяжении брюшной стенки отсутствует мышечный слой, вследствие чего рубцово измененный апоневротический слой под действием внутрибрюшного давления

постепенно начинает выпячиваться.

## **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Причины возникновения послеоперационных вентральных грыж разнообразны. Хирургическая техника закрытия лапаротомной раны и послеоперационная раневая инфекция считаются наиболее важными причинными факторами, увеличивающими риск образования послеоперационной грыжи.

Возникновение послеоперационных грыж в течение первого года после операции чаще всего обусловлено наличием ранних послеоперационных осложнений (нагноение послеоперационной раны, эвентрация), которые, в свою очередь, могут развиваться вследствие необоснованного выбора хирургического доступа, травматичного оперирования, плохого гемостаза, сшивания неоднородных тканей, наложения чрезмерно частых или редких швов на апоневротические структуры, неправильного выбора шовного материала, выведения тампонов и дренажей через основную рану, плохого ухода за послеоперационной раной, неадекватного выбора антибактериальной терапии и др.. Немаловажными этиологическими факторами, приводящими к развитию послеоперационных грыж в течение первого года после операции, являются состояния и заболевания, которые способствуют повышению внутрибрюшного давления: психическое возбуждение, кашель, парез кишечника, хронические запоры, затрудненное мочеиспускание и т.п.

## **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Несмотря на совершенствование хирургической техники и использование современного шовного материала, по меньшей мере, 10% лапаротомий осложняются образованием грыж, а в группах риска частота их возникновения достигает 31%. Имеется множество работ, посвященных различным аспектам хирургического лечения этой патологии, но проблема во многом остается недостаточно разрешенной. Существует около 200 способов пластики брюшной стенки при послеоперационных грыжах, частота развития рецидивов после различных аутопластических операций достигает 60%. Даже при использовании эндопротезов частота рецидивов колеблется в широких пределах и может превышать 30%. Число рецидивов особенно велико при больших и гигантских грыжах [8,9,10]. В России в 2019 году зафиксировано 52 667 операций по поводу послеоперационной вентральной грыжи (45 случаев на 100 тыс. взрослого населения), из них в 36,8% выполнена пластика грыжевых ворот местными тканями, в 59,6% – с использованием импланта и в 3,6% – лапароскопическая герниопластика. Летальность составила 0,14% [11].

## **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

K43.2 Инцизионная грыжа без непроходимости и гангрены.

## **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В настоящее время существует множество классификаций послеоперационных грыж, хотя ни одна из них не получила широкого использования на практике. В России известна классификация послеоперационных грыж по К.Д. Тоскину и В.В. Жебровскому (1990), основанная на оценке размера грыжевого выпячивания, где учитывается анатомический принцип деления брюшной стенки на 9 областей. По этой классификации выделяется:

- малая грыжа - занимает менее 1-й области живота, не изменяет конфигурацию живота и определяется только пальпаторно;
- средняя грыжа - занимает часть области, выпячивая ее;
- обширная грыжа - занимает всю область, деформирует живот;
- гигантская грыжа - занимает 2-3 области и более, резко деформирует живот, мешает пациенту ходить.

Классификация, предложенная Европейским обществом герниологов (EHS), является результатом точного определения критериев и их всестороннего обсуждения (табл. 1).

Послеоперационные грыжи классифицируются по трем параметрам – локализации, ширине грыжевых ворот и наличию рецидива. По локализации на брюшной стенке: срединная (M); латеральная (L). По ширине грыжевых ворот: W1 (малая) – <4 см; W2 (средняя) – ≥4-10 см; W3 (большая) – ≥10 см. По частоте рецидивов: R0; R1; R2; R3 и т.д.

Таблица 1. Классификация послеоперационных вентральных грыж Европейского герниологического общества (EHS) [16].

<b>Срединная</b>	Субксифоидальная M1		
	Эпигастральная M2		
	Пупочная M3		
	Инфраумбиликальная M4		
	Надлобковая M5		
<b>Латеральная</b>	Подреберная L1		
	Боковая L2		
	Подвздошная L3		
	Поясничная L4		
<b>Рецидивная послеоперационная грыжа?</b>			Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>
<b>Длина:</b>	см	<b>Ширина:</b>	см
<b>Ширина (см)</b>	<b>W1</b> < 4 см <input type="radio"/>	<b>W2</b> ≥4-10 см <input type="radio"/>	<b>W3</b> ≥10 см <input type="radio"/>

Срединная (M) грыжа включает 5 зон (W1–W5) (рис. 1): M1 – субксифоидальная (от мечевидного отростка до 3 см каудально), M2 – эпигастральная (от 3 см ниже мечевидного отростка до 3 см над пупком), M3 – пупочная (3 см выше и ниже пупка), M4 – инфраумбиликальная (от 3 см ниже пупка до 3 см над лобком), M5 – надлобковая (от лобковой кости до 3 см краниально). Латеральная (L) грыжа включает 4 зоны: L1 – подреберная (латеральнее прямой мышцы между реберной дугой и горизонтальной линией на 3 см выше пупка), L2 – боковая (латеральнее прямой мышцы между горизонтальной линией на 3 см ниже и выше пупка) L3 – подвздошная (латеральнее прямой мышцы между горизонтальной линией на 3 см ниже пупка и подвздошной области), L4 – поясничная (латеральнее передней подмышечной линии).

Классификация EHS требует измерения размера грыжевых ворот во время хирургической операции. Ширина грыжевых ворот определяется как наибольшее расстояние по горизонтали в сантиметрах между краями грыжевых ворот (рис. 2). В случае множественных грыжевых ворот ширина измеряется между наиболее латерально расположенными краями грыжевых ворот. Длина грыжевых ворот определяется как наибольшее вертикальное расстояние в сантиметрах между наиболее краниальным и наиболее каудальным краем грыжевых ворот.

Локализация грыжи имеет большое значение для выбора хирургической стратегии. Необходимо

учитывать близость грыжи к костным структурам, напряжение в грыжевом мешке и состав фасциальных слоев.

Среди экспертов существует консенсус, что классифицировать вентральные и послеоперационные грыжи необходимо проспективно, чтобы получить полезные данные, которые помогут приблизиться к пониманию рецидива грыжи, позволить сопоставить результаты и оптимизировать алгоритмы лечения.

- Рекомендуется классифицировать вентральные и послеоперационные грыжи до хирургического вмешательства и использовать классификацию Европейского герниологического общества (EHS) [16].

## **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Основными симптомами заболевания являются наличие грыжевого выпячивания и боли в области грыжи. Выпячивание появляется при натуживании или вертикальном положении пациента и исчезает или уменьшается в горизонтальном положении без или после ручного вправления. Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физической нагрузке, ходьбе, резких движениях. Нередко появляются тошнота, отрыжка, вздутие живота, запоры. Развитие грыжи происходит, как правило, медленно. Выпячивание постепенно увеличивается, приобретает округлую или овальную форму. При длительном существовании послеоперационные грыжи достигают гигантских размеров, становятся невправимыми, появляются боли в поясничной области. С ростом величины грыжи отмечается снижение физической активности пациентов, а также нарушение их трудоспособности. У некоторых из них вследствие множественных операций передняя брюшная стенка обезображена широкими рубцами, которые бывают настолько истончены, что под ними легко пальпируются кишечные петли. Иногда перистальтика кишечника заметна визуально. Широкие, истонченные рубцы брюшной стенки подвержены мацерации и изъязвлению, что может привести к разрыву грыжи.

## **II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **Критерии установления диагноза**

Диагноз послеоперационной вентральной грыжи устанавливается на основании:

- 1). Жалоб пациента на наличие выпячивания в области брюшной стенки и указание на перенесенные операции на органах брюшной полости;
- 2). Определения при осмотре и пальпации эластичного образования, выходящего через дефект брюшной стенки в проекции послеоперационного рубца;
- 3). Дополнительных методов исследования (УЗИ, КТ) в случае отсутствия явных клинических признаков ПВГ.

## **2.1 Жалобы и анамнез**

- При расспросе пациента с подозрением на ПВГ рекомендуется обратить внимание на жалобы на наличие выпячивания в области послеоперационного рубца, боли в области выпячивания, диспепсические расстройства, явление дискомфорта, ограничение физической активности.

## **2.2 Физикальное обследование**

- Основным методом диагностики ПВГ является физикальное обследование пациента (визуальный осмотр и пальпация брюшной стенки), которое рекомендуется проводить в положении пациента стоя и лежа с целью определения дефекта в брюшной стенке и грыжевого выпячивания [1,2,8,9].

## **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

- Всем пациентам с ПВГ рекомендуется выполнять стандартный набор лабораторных исследований: общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический [74-79].

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- Пациентам с подозрением на ПВГ при отсутствии явных клинических признаков рекомендуется выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости и брюшной стенки с целью выявления дефекта в мышечно-апоневротическом слое в области послеоперационного рубца, а также для оценки состояния грыжевого мешка, определения его содержимого [18].
- В сложных случаях диагностики ПВГ обследование рекомендуется дополнить компьютерной томографией (КТ) органов брюшной полости с целью выявления грыжевого выпячивания или дефекта в передней брюшной стенке, а также для уточнения состояния тканей и органов в области грыжевого выпячивания [19,20,26].
- Пациентам при подозрении на рецидив грыжи рекомендуется выполнение КТ брюшной полости [21,22].

#### **2.5 Иные диагностические исследования**

- Всем пациентам с ПВГ и сопутствующей коморбидностью перед операцией рекомендуется консультация профильного врача-специалиста (врача-кардиолога, врача-пульмонолога, врача-эндокринолога и др.).

### **III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.**

#### **3.1. Показания для хирургического лечения**

- Всем пациентам с ПВГ рекомендуется хирургическое лечение в плановом порядке.
- При выявлении признаков ущемления ПВГ рекомендуется экстренная операция.

#### **3.2. Противопоказания для хирургического лечения**

- Плановое хирургическое лечение пациентам с ПВГ не рекомендуется при наличии абсолютных противопоказаний.

#### **3.3. Консервативное лечение**

- При противопоказаниях к операции пациентам с ПВГ рекомендуется консервативное лечение.

#### **3.4. Хирургическое лечение**

- Пациентам с ПВГ рекомендуется оперативное лечение с использованием имплантатов, в редких случаях – аутопластика.
- У пациентов с ПВГ с редукцией объёма брюшной полости рекомендуется использование хирургических методик разделения компонентов брюшной стенки с целью профилактики развития синдрома абдоминальной гипертензии.

- Пациентов с ПВГ, нуждающихся в применении хирургических методик разделения компонентов брюшной стенки, рекомендуется оперировать в хирургических отделениях, специализирующихся на лечении данной патологии.
- При выполнении пластики грыжевых ворот эндопротезом рекомендуется подобрать его размер таким образом, чтобы он перекрывал грыжевые ворота как минимум на 5 см с целью уменьшения количества рецидивов. При больших грыжах рекомендуется более обширное перекрытие, чем при небольших грыжах.
- При пластике дефектов брюшной стенки более 3 см в диаметре или рецидивирующих грыжах любого размера рекомендуется использование эндопротеза с целью минимизации риска рецидива грыжи.
- При выборе метода пластики брюшной стенки рекомендуется учитывать факторы риска у пациента и размер грыжевых ворот.

**Лапароскопическая (эндоскопическая) пластика послеоперационной вентральной грыжи (ЛППВГ)** – операция при послеоперационной грыже с использованием видеоэндоскопической технологии, при которой применяются жесткие эндоскопические видеосистемы и эндоскопические инструменты для работы в брюшной полости или в искусственно созданных в брюшной стенке полостях с целью протезирующей пластики.

- При выборе ЛППВГ врачу-хирургу рекомендуется учитывать предполагаемую сложность операции, возможности технического оснащения медицинской организации, собственный опыт и подготовленность к выполнению этой операции.
- Пациентам с ПВГ не рекомендуется выполнение операции с использованием видеоэндоскопических технологий при общих противопоказаниях к пневмоперитонеуму, выраженных сокращениях объема брюшной полости (грыжевой мешок вмещает больше 20% содержимого брюшной полости), больших грыжах (поперечный размер грыжевых ворот > 10 см), при расположении кожного трансплантата на кишечнике вследствие лечения методом открытого живота, после тяжелых повреждений живота и множественных обширных абдоминальных операций.
- При ПВГ пациентам с сахарным диабетом рекомендуется операция с использованием видеоэндоскопических технологий с целью минимизации риска хирургической инфекции [64].
- У пациентов с ИМТ 35 кг/м<sup>2</sup> и выше, рекомендуется операция с использованием видеоэндоскопических технологий в качестве предпочтительного метода лечения грыжи [64,65].
- Пациентам с ожирением рекомендуется снижение веса перед операцией герниопластикой [64,65].
- Оперативное лечение ПВГ не рекомендуется у пациентов с заболеваниями печени с негативными прогностическими факторами: возраст старше 65 лет; > 15 баллов по шкале Модели в конечной стадии заболевания (MELD); уровень альбумина < 30 г/л;.
- Рецидивные грыжи после открытых пластик рекомендуется оперировать с использованием видеоэндоскопических технологий с целью минимизации риска повторного рецидива и развития хирургической инфекции, а также более высокой возможности выявления скрытых грыжевых дефектов [59,60,61,82].

### 3.5. Предоперационная подготовка

- Пациентам перед операцией рекомендуется стандартная механическая подготовка кишечника для увеличения рабочего пространства и уменьшения риска контаминации брюшной полости при непреднамеренной энтеротомии.
- Катетеризация мочевого пузыря перед операцией рекомендуется при ожидаемой большой продолжительности вмешательства, а также при локализации грыж в надлобковой области.

### 3.6. Послеоперационные осложнения

#### Послеоперационная боль

- При послеоперационной боли рекомендуется прием анальгетиков и ношение бандажа, стабилизирующего брюшную стенку.

- При хронической послеоперационной боли рекомендуется выполнение УЗИ или КТ органов брюшной полости с целью исключения серомы или рецидива грыжи, как возможной причины боли [67].
- При хронической боли рекомендуется выполнение инъекций анестетиков (местных) в точки хронической боли (места фиксации эндопротеза). При отсутствии эффекта рекомендуется удаление фиксатора эндопротеза, с резекцией или без резекции боковой/концевой невриномы [61].

### **Динамическая и механическая кишечная непроходимость**

- При развитии динамической кишечной непроходимости рекомендуется назначение препаратов, стимулирующих моторику ЖКТ (антихолинэстеразных препаратов), постановка назогастрального зонда, активизация пациента.

### **Послеоперационная серома**

Послеоперационную серому (скопление серозной жидкости в области операционной раны) можно обнаружить при УЗИ почти у каждого пациента в раннем периоде после пластики грыжевых ворот с использованием эндопротеза. Клиническая выявляемость составляет до 35%. Серома не является осложнением данной операции, а лишь следствием вмешательства и максимально проявляется примерно к 7-му дню и почти у всех пациентов разрешается к 90-му дню после операции. Сверх этого срока серома считается хронической (3-4% случаев). Симптоматическую хроническую серому следует считать осложнением операции. По числу таких осложнений видеондоскопическая операция не отличается от открытой герниопластики.

Выраженность и продолжительность существования серомы зависит от методики размещения эндопротеза, техники фиксации протеза (частая фиксация, трансабдоминальные лигатуры через грыжевой мешок), невраивности грыжи, числа ранее перенесенных лапаротомий.

Способами профилактики серомы могут быть: иссечение грыжевого мешка; его абляция; ушивание грыжевых ворот; фиксация протеза, позволяющая жидкости оттекать из грыжевого мешка; дренирование ложа эндопротеза; ношение компрессионного белья.

- В случае симптоматической хронической серомы рекомендуется ее пункция с аспирацией содержимого.

### **Хирургическая инфекция**

- При образовании целлюлита в зоне операции рекомендуется лечение коротким курсом антибактериальных препаратов [69].
- С целью профилактики инфицирования эндопротеза рекомендуется придерживаться следующих правил: обязательная предоперационная санация хронических очагов инфекции, антибиотикопрофилактика, смена перчаток перед работой с эндопротезом в ходе операции, предупреждение контакта эндопротеза с кожей пациента [61,69].
- При развитии инфекции в области вмешательства эндопротезы с основой из политетрафторэтилена и полиэстера рекомендуется удалить, эндопротезы с основой из полипропилена рекомендуется сохранить путем ревизии послеоперационной раны с установкой закрытого проточно-промывного дренирования или вакуумной терапии [61,69].
- После удаления инфицированного протеза рекомендуется придерживаться одного из следующих вариантов:
  1. первичный шов кожи или апоневроза с отсроченной пластикой через 6-9 месяцев;
  2. сепарация компонентов с вакуумной терапией раны;
  3. пластика биологическим протезом, после обязательной подготовки хорошо кровоснабжаемого ложа, и вакуумная терапия.

### **Послеоперационное выпячивание**

Послеоперационное выпячивание брюшной стенки в месте закрытого грыжевого дефекта является проблемой как ЛППВГ, так и открытой операции, выполненной без ушивания грыжевых ворот, с мостовидным расположением эндопротеза. Оно развивается, по разным данным, у 1,6-17,4% пациентов. У большинства пациентов (~80%) после ЛППВГ без ушивания грыжевых ворот со временем отмечается сближение краев дефекта над протезом.

- Пациентов с симптоматическим выпячиванием, у которых УЗИ и КТ не подтвердили рецидив грыжи, рекомендуется ушивание грыжевых ворот над имплантатом и не ранее чем через 6 месяцев после предыдущей операции.

### **Рецидив грыжи**

Частота рецидивов в отдаленном периоде после ЛППВГ составляет менее 5%, что соответствует

усредненной частоте рецидивов после открытых операций. Размеры грыжевых дефектов – один из факторов, определяющих частоту рецидивов. При поперечном размере W1 и W2, частота рецидивов после ЛППВГ не имеет достоверных отличий от таковой после открытых протезирующих герниопластик. При поперечном размере W3, частота рецидивов после ЛППВГ занимает промежуточное положение между таковыми после открытой протезирующей герниопластики «Onlay» и «Sublay». Другими факторами, способствующими рецидиву, являются ожирение и другие причины хронического повышения внутрибрюшного давления, неадекватные размеры протеза, неадекватная фиксация, незамеченные грыжевые дефекты, инфекция протеза, травма.

### 3.8. Антибиотикопрофилактика

- Пациентам с ПВГ при хирургическом лечении рекомендуется стандартная антибиотикопрофилактика.
- Пациентам с ПВГ при хирургическом лечении рекомендуется за 30-60 минут до операции применение цефалоспоринового первого или второго поколения или #амоксциллин+клавулановая кислота\*\*, в стандартных дозировках. В рамках целевой профилактики (доказанный риск MRSA) может быть применен ванкомицин\*\*.
- Пациентам в случаях лапароскопической герниопластики при отсутствии факторов риска проведение антибиотикопрофилактики не рекомендуется.

### 3.9. Профилактика тромбоэмболических осложнений

- Профилактика тромбоэмболических осложнений рекомендуется с учетом факторов риска у каждого конкретного пациента в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений [72].
- После операции с целью профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется максимально быстро активизировать пациента, использовать компрессионный трикотаж интраоперационно и в послеоперационном периоде, а также использовать низкомолекулярные гепарины (B01AB группа гепарина) в профилактических дозах, рекомендуемых производителем для пациентов соответствующей категории риска.

### IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации. Профилактика.

- Пациентам, оперированным по поводу средних и малых ПВГ и гладким послеоперационным периодом специальные лечебные мероприятия не рекомендуются.
- Пациентам в первые 2-3 месяца после операции занятия спортом и тяжелая физическая нагрузка не рекомендуются.

#### Профилактика:

- С целью профилактики образования послеоперационной вентральной грыжи пациентам, перенесшим вмешательства на брюшной полости, рекомендуется проводить профилактику гнойных осложнений.
- С целью профилактики образования послеоперационной вентральной грыжи пациентам, перенесшим вмешательства на брюшной полости, рекомендуется для закрытия лапаротомной раны использовать нити длительного срока рассасывания или нерассасывающиеся мононити, предпочтительнее нити размера 2/0.
- Рекомендуется профилактическое использование эндопротеза для укрепления линии швов лапаротомной раны с целью снижения частоты формирования послеоперационных грыж.
- Проведение диспансерного осмотра врачом-хирургом пациента после операции по поводу ПВГ рекомендуется не менее 1 раза в год в течение 3 лет.

### V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Не требуется	
Клиническая лабораторная	Не требуется	



диагностика		
Цитологические, гистологические методы диагностики	Гистологическое исследование грыжевого мешка	
Иглорефлексотерапия	Не показаны	
Гирудотерапия	Не показаны	
Экстракорпоральные методы	Не показаны	
Методы традиционной китайской медицины	Не показаны	
Методы остеопатии	Не показаны	

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: информирования и передачи информации в Роспотребнадзор не требуется.

VII. Показания для госпитализации.

**Показания для плановой госпитализации:**

Наличие диагноза неосложненная послеоперационная вентральная грыжа для выполнения планового хирургического вмешательства.

**Показания для экстренной госпитализации:**

Наличие диагноза осложненная послеоперационная вентральная грыжа (ущемление, кишечная непроходимость, гангрена) для выполнения экстренного хирургического вмешательства.

**Показания к выписке пациента из стационара:**

Завершение курса специфического лечения и послеоперационной реабилитации.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности и рекомендаций (при наличии)
К 1	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический Визуальный осмотр общетерапевтический Пальпация общетерапевтическая Перкуссия общетерапевтическая Аускультация общетерапевтическая Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях	1 1 1 1 1 1 1		
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	УДД	УУР
1.	При наличии сопутствующих заболеваний перед операцией выполнена консультация профильного врача-специалиста	5	С
2.	Проведена стандартная антибиотикопрофилактика при хирургическом лечении	2	В
3.	Проведена профилактика тромбоэмболических осложнений с учетом факторов риска у пациента	5	С
4.	Выполнено оперативное лечение с использованием эндопротеза при отсутствии противопоказаний	2	В
5.	Использован эндопротез, перекрывающий грыжевые ворота минимум на 5 см во всех направлениях	2	В
6.	При ущемлении послеоперационной грыжи выполнена экстренная операция	1	А
7.	При редуцированном объеме брюшной полости использована хирургическая методика разделения компонентов брюшной стенки	1	А
8.	Отсутствие в послеоперационном периоде осложнений со стороны раны, брюшной стенки, внутренних органов и систем	3	В

### IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (наименование)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика			
Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический Визуальный осмотр общетерапевтический Пальпация общетерапевтическая Перкуссия общетерапевтическая Аускультация общетерапевтическая Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях	ПРИКАЗ от 4 сентября 2006 года N 638 Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с грыжей брюшной полости неуточненной		
2.			
3.			
Лечение			

1. Оперативное лечение			Клинически е рекомендаци и «Послеопера ционная вентральная грыжа» Коды МКБ (K43.2) Возрастная группа - взрослые Год утверждения 2021г
2.			
3.			
4.			

#### Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Пациенты должны начать ходить с первого дня после операции. Каждый пациент индивидуален и имеет разный болевой порог и уровень физической подготовки, поэтому минимального или, наоборот, максимального расстояния для ходьбы не существует. Управлять автомобилем разрешается начать, как только пациент почувствует, что действительно может это делать безопасно для себя и окружающих. Необходимо избегать плавания, посещения бани и сауны, пока послеоперационные раны не зажили полностью. Разрешается бегать трусцой, ездить на велосипеде и ходить в спортзал в пределах комфортности пациента. При этом рекомендуется в тренажерном зале снизить физические нагрузки.

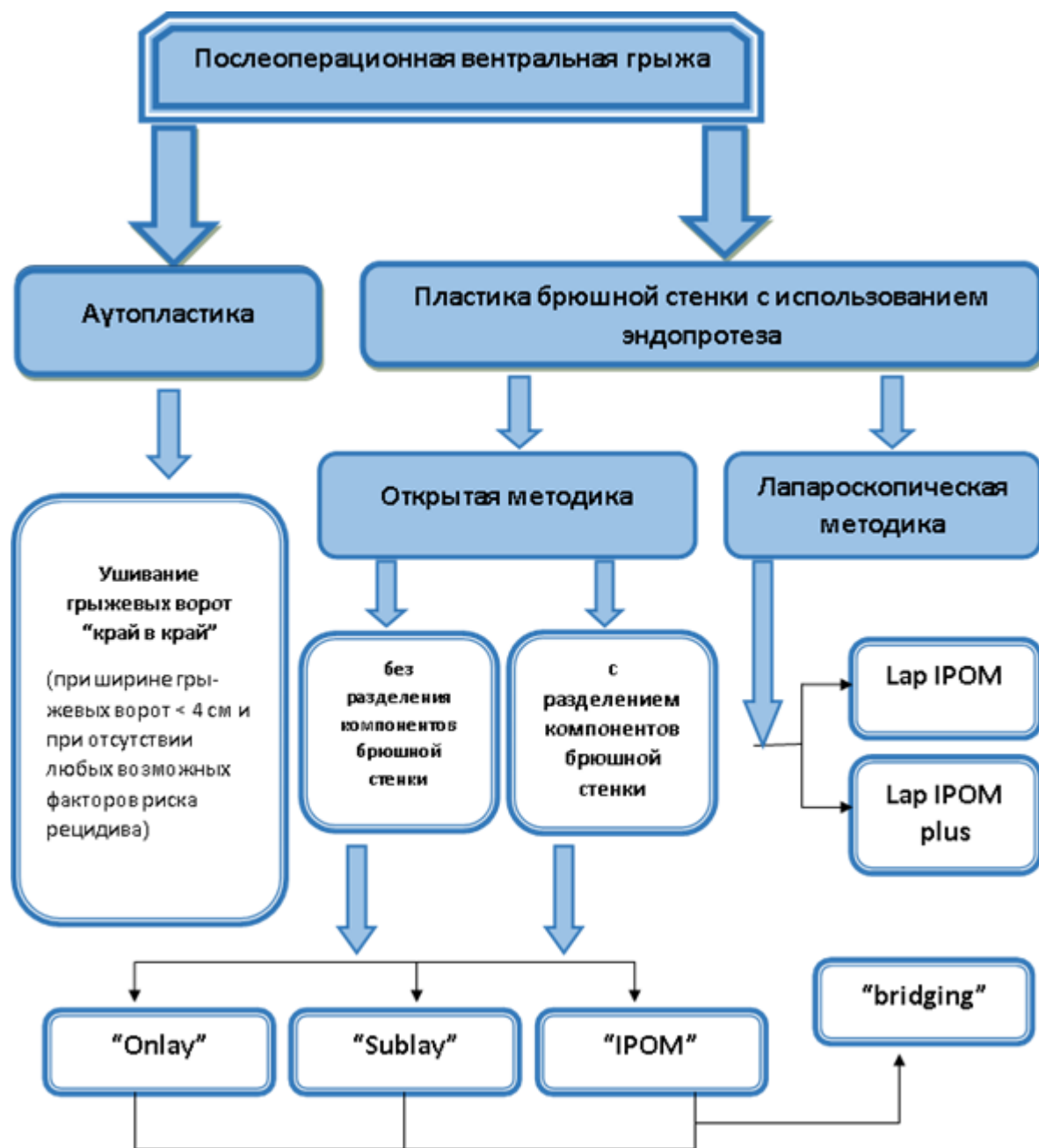
Послеоперационный бандаж рекомендуется носить в течение 1-2 месяцев после хирургического лечения, с учётом характера оперативного вмешательства, возраста пациента и состояния его здоровья. Правда, не все врачи выступают за использование послеоперационного бандажа.

Не существуют какие-либо диетические ограничения после операции по поводу послеоперационной грыжи, однако, могут быть в зависимости от наличия заболеваний внутренних органов. Здоровая пища, богатая белками и витаминами, поможет заживлению послеоперационных ран. Для нормализации работы кишечника необходимо употреблять продукты, богатые клетчаткой и большое количество жидкости, что поможет предотвратить возникновение запоров.

Как правило, к выполнению офисной работы за рабочим столом пациенты могут вернуться через 1-2 недели. Возвращение к выполнению тяжёлого физического труда возможно через 4-8 недель после операции. Следует отметить, что приведённые цифры являются ориентировочными – они зависят от течения послеоперационного периода и физического состояния пациента.

В долгосрочной перспективе пациенты могут заниматься обычной деятельностью. Нет совершенно никаких доказательств того, что напряжённая деятельность (в долгосрочной или даже краткосрочной перспективе) увеличивает вероятность рецидива грыжи.

#### XI. Алгоритмы действий врача (схема):



Лист ознакомления с Приказом № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021  
 «О внедрении клинических рекомендаций, утвержденных министерством здравоохранения Российской Федерации в ГБУ РД «Городская клиническая больница»»

№ п/п	ФИО	должность, структурное подразделение	подпись	дата
