Послеоперационная вентральная грыжа

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K43.0, K43.1, K43.2, K43.3, K43.5 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Всероссийская общественная организация "Общество герниологов"

Послеоперационная вентральная грыжа — дефект брюшной стенки в зоне послеоперационного рубца, выявляемый при клиническом исследовании или визуализации. Рекомендация содержит положения по диагностике, хирургическому лечению, применению сетчатых имплантов и профилактике периоперационных осложнений.

Главное

- ПОВГ может быть без выраженного грыжевого выпячивания; она определяется при клиническом исследовании или визуализации.
- Основные проявления ПОВГ — грыжевое выпячивание и боль в области грыжи, возникающая при физической нагрузке, ходьбе и резких движениях.
- Для планирования операции грыжу классифицируют по EHS до вмешательства: срединная или латеральная локализация, ширина ворот W1 < 4 см, W2 — ≥4–10 см, W3 — ≥10 см, а также наличие и число рецидивов. Учитывают перенесённые операции, размеры дефекта и факторы риска рецидива. УУР С, УДД 5.
- Наличие ПОВГ является показанием к плановой операции; при признаках ущемления нужна экстренная операция. Плановое вмешательство позволяет оперировать до выраженного изменения тканей и органов. Плановая операция: УУР В, УДД 3; экстренная при ущемлении: УУР С, УДД 5.
- Основной хирургический подход — пластика с сетчатым имплантом; видеоэндоскопические методы также применяют, аутопластику выполняют в редких случаях. При дефекте более 3 см или рецидивирующей грыже любого размера рекомендуется эндопротез. Общая рекомендация: УУР В, УДД 2; использование эндопротеза при таких дефектах: УУР С, УДД 4.
- Имплант должен перекрывать грыжевые ворота минимум на 5 см во всех направлениях; при больших дефектах перекрытие делают больше. УУР А, УДД 3.
- При редукции объёма брюшной полости применяют разделение компонентов брюшной стенки для профилактики абдоминальной гипертензии; таких пациентов следует оперировать в специализированных отделениях. УУР С, УДД 4 и УДД 5 соответственно.
- После операции рекомендуется максимально ранняя активизация, профилактика тромбоэмболических осложнений, компрессионный трикотаж и низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах, рекомендованных производителем для пациентов соответствующей категории риска.
- После операции рекомендуется диспансерный приём врача-хирурга не менее 1 раза в год в течение 3 лет.

Диагностика

1. Соберите анамнез: наличие выпячивания в зоне послеоперационного рубца, боль, диспепсические расстройства, дискомфорт и ограничение физической активности. УУР С, УДД 5.
2. При установлении диагноза учитывают указание на перенесённые операции на органах брюшной полости.
3. При подозрении на ущемление выясните время появления боли и была ли грыжа ранее вправимой и безболезненной. УУР С, УДД 5.
4. Ищите признаки ущемления: внезапную боль, которая не стихает после прекращения физического усилия, невозможность вправления ранее вправимой грыжи и увеличение грыжевого выпячивания. При кишечной непроходимости дополнительно оценивают схваткообразную боль, повторную рвоту, жажду, сухость во рту и задержку стула и газов.
5. Осмотрите и пропальпируйте брюшную стенку стоя и лёжа, включая зону рубца и остальные отделы. Оцените размеры, вправимость и болезненность выпячивания; при натуживании или подъёме туловища выявляйте дополнительные дефекты. УУР С, УДД 5.
6. Для оценки коморбидности и перед операцией выполните общий клинический анализ крови, общий клинический анализ мочи и общетерапевтический биохимический анализ крови. УУР С, УДД 4.

7. Если клинические признаки неочевидны, выполните комплексное УЗИ органов брюшной полости и брюшной стенки: оно позволяет выявить дефект, оценить размеры и содержимое грыжевого мешка, дополнительные ворота и кровоток в ущемлённом органе. УУР В, УДД 2.
8. При подозрении на ущемление дополните обследование обзорной рентгенографией органов брюшной полости для выявления раздутых кишечных петель и горизонтальных уровней жидкости. В сложных случаях и при подозрении на рецидив используйте КТ; при подозрении на рецидив КТ рекомендуется. УУР С, УДД 5 для рентгенографии; УУР В, УДД 2 для КТ.

Лечение

- Неосложнённую ПОВГ оперируют планово; установленное ущемление требует экстренной операции. УУР В, УДД 3 для планового лечения; УУР С, УДД 5 для экстренного.
- Плановое хирургическое лечение не рекомендуется при абсолютных противопоказаниях: остром коронарном синдроме, нестабильной стенокардии, стенокардии IV функционального класса, инфаркте миокарда давностью менее 6 месяцев, сердечной недостаточности III–IV функционального класса, некорригированной артериальной гипертензии, выраженных нарушениях ритма и проводимости сердца, хронических заболеваниях лёгких в стадии обострения или осложнённых дыхательной недостаточностью 3 степени, бронхообструктивном синдроме тяжёлой степени, декомпенсированном сахарном диабете, циррозе печени в стадии декомпенсации, острых гнойных и инфекционных заболеваниях. УУР С, УДД 5.
- При противопоказаниях к операции рекомендуется консервативное лечение, основу которого составляет ношение бандажа; также применяют подбор диеты и при необходимости медикаментозные средства для предупреждения запоров. УУР С, УДД 5.
- Предпочтительна пластика с сетчатым имплантом; видеоэндоскопическую пластику и, реже, аутопластику выбирают с учётом размера грыжи, загрязнения операционного поля и опыта хирурга. При дефекте более 3 см или рецидиве любого размера применяют эндопротез. УУР В, УДД 2 и УУР С, УДД 4 соответственно.
- Имплант должен перекрывать ворота минимум на 5 см во всех направлениях; для больших грыж требуется более широкое перекрытие. Это правило относится и к лапароскопической герниопластике. УУР А, УДД 3.
- У пациентов с сахарным диабетом рекомендуется видеоэндоскопическая операция с целью минимизации риска хирургической инфекции; при ИМТ 35 кг/м² и выше её считают предпочтительным методом. При ожирении до операции необходимо снижать вес. УУР С, УДД 4 для выбора видеоэндоскопической операции; УУР В, УДД 3 для снижения веса.
- При ущемлении проводят ликвидацию ущемления, оценивают жизнеспособность органа и выполняют пластику ворот; нежизнеспособную кишку резецируют. При сомнительной жизнеспособности допустима диагностическая лапароскопия или запрограммированная релапаротомия через 12 часов. Предоперационная подготовка включает опорожнение мочевого пузыря, гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства, установку назогастрального зонда и эвакуацию желудочного содержимого.
- За 30–60 минут до операции применяют цефалоспорин I или II поколения либо амоксициллин/клавулановую кислоту в стандартной дозировке; при доказанном риске MRSA возможен ванкомицин. При ущемлении с резекцией кишечника проводят 48-часовую антимикробную профилактику, а при перитоните — антимикробную терапию. УУР С, УДД 4 для стандартной профилактики; УУР С, УДД 5 для осложнённых случаев.
- После операции пациента активизируют как можно раньше, используют компрессионный трикотаж и низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах по инструкции производителя с учётом риска. УУР С, УДД 5.
- Пациентам в первые 2–3 месяца после операции не рекомендуются занятия спортом и тяжёлая физическая нагрузка. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении ПОВГ пациента направляют на консультацию к хирургу для первичной специализированной помощи.
- Плановая госпитализация показана при неосложнённой ПОВГ, если пациенту планируется хирургическое вмешательство.
- Экстренная госпитализация нужна при ущемлении, кишечной непроходимости или гангрене.

- Гигантские, многократно рецидивирующие грыжи, инфицирование эндопротеза, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарный диабет и необходимость симультанной операции — основания для лечения в хирургическом отделении медицинской организации третьего уровня.
- Перед операцией при коморбидности требуется консультация профильного специалиста: кардиолога, пульмонолога, эндокринолога и других врачей по показаниям.

Частые вопросы

Как подтверждают послеоперационную вентральную грыжу?

Обычно диагноз устанавливают по анамнезу, осмотру и пальпации стоя и лёжа. При неясной клинической картине используют УЗИ; в сложных случаях или при подозрении на рецидив — КТ.

Какие признаки требуют экстренной операции?

Внезапная боль, увеличение выпячивания и невозможность вправить ранее вправимую грыжу указывают на возможное ущемление. Рвота, схваткообразная боль и задержка стула и газов говорят о возможной кишечной непроходимости.

Когда при ПОВГ нужен сетчатый имплант?

Эндопротез применяют как основной вариант хирургического лечения. При дефекте брюшной стенки более 3 см или рецидиве грыжи любого размера его рекомендуют для снижения риска рецидива.

На сколько должен заходить имплант за края грыжевых ворот?

Минимальное перекрытие составляет 5 см во всех направлениях. При больших грыжах требуется более обширное перекрытие.

Когда предпочтительна лапароскопическая пластика?

Её предпочитают при ИМТ 35 кг/м² и выше, а у пациентов с сахарным диабетом используют для минимизации риска хирургической инфекции. Метод не применяют при общих противопоказаниях к пневмоперитонеуму, выраженном сокращении объёма брюшной полости, кожном трансплантате на кишечнике после лечения методом открытого живота, тяжёлых повреждениях живота и множественных обширных абдоминальных операциях.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/685-posleoperacionnaya-ventralnaya-gryzha. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/685_2