

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население) с
ущемленными грыжами при
оказании медицинской помощи в
стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с ущемленными грыжами:

двусторонняя паховая грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – К40.0);

двусторонняя паховая грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К40.1);

односторонняя или неуточненная паховая грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К40.3);

односторонняя или неуточненная паховая грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К40.4);

двусторонняя бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К41.0);

двусторонняя бедренная грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К41.1);

односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К41.3);

односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К41.4);

пупочная грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К42.0);

пупочная грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К42.1);

грыжа передней брюшной стенки с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К43.0);

грыжа передней брюшной стенки с гангреной (шифр по МКБ-10 –

К43.1).

2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

3. Для целей настоящего Клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. При ущемленной грыже или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, пациент подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

5. Пациентам с ущемленными грыжами показано экстренное хирургическое вмешательство вне зависимости от сроков и локализации ущемления.

6. Насильственное вправление грыжи при ее ущемлении недопустимо.

7. Применение обезболивающих лекарственных средств, ванн, тепла или холода у пациентов с ущемленными грыжами противопоказано.

8. Задержка с операцией более 2 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения при установленном диагнозе недопустима.

9. При общем тяжелом состоянии пациентов по заключению врачебного консилиума операция может быть задержана не более чем на 2-3 часа для проведения кратковременной предоперационной подготовки.

10. При невозможности исключить ущемленную грыжу вопрос должен решаться в пользу операции.

11. По медицинским показаниям следует провести одним из методов профилактики тромбоэмболии легочной артерии:

препараты низкомолекулярных гепаринов: надропарин – инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3-0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

дальтепарин натрий подкожно 2,5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и затем по 2,5 тыс. МЕ каждый день утром;

гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ до операции и далее через 8 часов.

12. Средняя длительность стационарного лечения пациентов с ущемленными грыжами составляет 10 - 14 календарных дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

13. Обязательные диагностические мероприятия:

13.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

13.1.1. клинические:

жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

обязательны осмотр, пальпация и перкуссия грыжевого выпячивания;

13.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), определение количества тромбоцитов);

общий анализ мочи;

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

13.1.3. электрокардиограмма;

13.2. через 2-3 дня после операции и перед выпиской пациента из больничной организации здравоохранения:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ), определение количества тромбоцитов);

общий анализ мочи.

14. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости и грудной клетки;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

лапароскопия;

консультации смежных специалистов: врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-уролога и других.

ГЛАВА 3 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ

15. Оперативное вмешательство при ущемленных грыжах выполняется под общей анестезией. Допустима местная инфльтрационная анестезия.

16. Выбор операционного доступа осуществляется с учетом локализации грыжи.

17. Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка и удержания грыжевого содержимого недопустимо.

18. При сомнении в жизнеспособности тонкой кишки или при наличии явных признаков нежизнеспособности выполняется ее резекция в пределах безусловно здоровых тканей, но не менее 40 см приводящей и не менее 20 см отводящей петли. Накладывается межкишечный анастомоз методом «бок в бок» или «конец в конец». Если уровень анастомоза приходится на дистальный отдел подвздошной кишки, длина которого менее 15 - 20 см, следует накладывать тонкотолстокишечный анастомоз.

19. При тяжелых формах острой кишечной непроходимости и перитоните после резекции нежизнеспособной кишки может быть выведена проксимальная энтеростома или колостома. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта при отсутствии медицинских противопоказаний выполняется не позднее 2 - 3 месяцев после данной операции.

20. При самопроизвольном вправлении во время операции ущемленного органа его следует обязательно извлечь для осмотра и оценки кровоснабжения. Если это не удастся, показаны рассечение раны (герниолапаротомия) или срединная лапаротомия.

21. Закрытие грыжевых ворот выполняется в зависимости от вида грыжи. Первичная пластика не производится при флегмоне грыжевого мешка.

22. Алгоритм действий врача-хирурга при флегмоне грыжевого мешка:

22.1. 1-й этап операции:

срединная лапаротомия;

резекция некротизированной петли со стороны живота без рассечения ущемляющего кольца;

межкишечный анастомоз «бок в бок» или «конец в конец» для восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта;

концы петли кишки, подлежащей удалению, ушивают наглухо;

ушивание брюшной полости;

22.2. 2-й этап операции:
вскрытие грыжевого мешка;
рассечение ущемляющего кольца и удаление отключенной некротизированной части кишки;
иссечение некротически измененных мягких тканей;
ушивание брюшины (пластика брюшной стенки не производится);
санация и дренирование раны.

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

23. В послеоперационном периоде назначаются анальгетики: наркотические – по медицинским показаниям, ненаркотические.

24. При наличии флегмоны грыжевого мешка и других гнойно-воспалительных заболеваниях назначается антибиотикотерапия – цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем).

25. Инфузионная терапия проводится по медицинским показаниям.

26. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.