



*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*1 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

На основании заявки РГП на ПХВ «Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан» (далее – Заявитель) произведена экспертиза медицинской технологии «Лапароскопическое устранение грыжи передней брюшной стенки с применением имплантата или протеза» на соответствие критериям безопасности, эффективности и качества предложенного метода диагностики.

**Объект экспертизы:** новый метод лечения «Лапароскопическое устранение грыжи передней брюшной стенки с применением имплантата или протеза», предложенный Заявителем для применения на территории Республики Казахстан на 39 страницах.

Заявителем были представлены следующие материалы:

1. Заявка на применение – 4 стр.
2. Информация о положительных результатах клинических исследований – 14 стр.
3. Процедурный протокол «Лапароскопическое устранение грыжи передней брюшной стенки с применением имплантата или протеза» – 21 стр.

**Методы экспертизы:** анализ соответствия критериям безопасности, эффективности и качества предложенной к рассмотрению медицинской технологии.

**Критерии экспертизы:** клиническая эффективность и безопасность новой технологии.

**Содержательная часть:**

Среди всех хирургических вмешательств грыжесечение занимает второе место после аппендэктомии. Так в Европе ежегодно выполняется около 1000 000 грыжеиссечений, а материальные расходы на 700 000 герниопластик в США составили около 28 млрд. долларов [1]. С ежегодным увеличением количества хирургических вмешательств, по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, растет и число больных с послеоперационными и рецидивными грыжами.

По статистике свыше 3% всех лапаротомий осложняется послеоперационными грыжами в ближайшие сроки после операции, а через 3 года и более этот процент увеличивается до 15 и более [2, 3, 4]. После



*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*2 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

операций, выполненных по плановым показаниям, частота развития грыж может доходить до 31,5%, а после экстренных до 68,4% [5, 6].

Одной из основных причин образования грыж брюшной стенки является патология формирования соединительной ткани в области послеоперационного рубца в сочетании с другими этиологическими факторами, которые делятся на предрасполагающие и производящие. Предрасполагающие факторы: возраст больного, избыточная масса, беременность, снижение регенеративных способностей тканей и снижение общей реактивности организма (анемия, кахексия, ожирение, авитаминоз, эндокринные заболевания, сопутствующая патология) [7, 8, 9].

В настоящее время все большую популярность приобретает интраперитонеальный способ расположения протеза, особенно с использованием лапароскопической техники. Для проведения подобных операций необходимы эндопротезы с адгезивным барьером или композитные сетки с антиадгезивной поверхностью [10].

По мнению McCormack K. et al., основным преимуществом аллогенной пластики передней брюшной стенки (ПБС) является снижение количество рецидивов на 20-50% и широкая возможность лечения больных с большими и гигантскими грыжами.

Внедрение ненатяжных методов аллогерниопластики при больших и гигантских грыжах позволило улучшить результаты хирургического и повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде [11].

**Методика проведения процедуры:**

Лапароскопическая герниопластика выполняется только под общим (эндотрахеальным) наркозом.

В проведении процедуры выделяют следующие этапы:

1. доступ к грыже путем создания пневмоперитонеума и установки инструментов;
2. грыжесечение с удалением или без удаления грыжевого мешка;
3. пластика грыжевых ворот, которая проводится ненатяжным способом за счет установки сетчатого протеза (сетки).

Первый этап: доступ в брюшную полость может быть обеспечен стандартным лапароскопическим способом или способом ассистированного



**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан**

**Центр стандартизации здравоохранения**

**Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов**

Номер экспертизы и дата

Страница

№-163 от 2 ноября  
2016г.

3 из 14

**Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии**

(открытого) лапароскопического доступа. Установка троакара проводится там, где более удобно и безопасно, в зависимости от локализации и размеров грыжи, предпочтительно в левом боковом канале, затем проводят инсуффляцию углекислого газа (CO<sub>2</sub>), с последующим введением в брюшную полость лапароскопа и проводят ревизию брюшной полости. Особое внимание уделяют области грыжевого дефекта, оценке степени выраженности спаек и потенциальным местам ввода дополнительных троакаров. Затем устанавливают дополнительные троакары, насколько возможно латеральнее, обычно один 10-12-миллиметровый троакар располагают в левом нижнем квадранте и два 5-миллиметровых — справа.

Второй этап: Абдоминальные спайки разделяют эндожажимом и эндоножницами или ультразвуковыми ножницами, в результате висцеральное содержимое выходит из грыжевого мешка. Грыжевой мешок сохраняют интактным, если это возможно.

Либо выделяют грыжевой мешок и в зависимости от анатомических условий иссекают грыжевой мешок. Определяют границы грыжевого дефекта.

Третий этап. Экстракорпорально примеряют размер сетки к грыжевому дефекту. Сетка должна укрывать грыжевой дефект с захватом до 5-6 см здоровых тканей. Разметка краев грыжевого дефекта на коже живота может помочь в приготовлении сетки. Размер используемой сетки зависит от размеров дефекта брюшной стенки, с учетом интраперитонеальной установки используется сетка с противоспаечным покрытием.

Необходимо отметить ориентацию сетки перед введением в брюшную полость. Дальнейшая техника проведения операции зависит от метода фиксации сетки – степлером или наложением трансфасциальных швов.

При фиксации степлером, после подготовки сетки, ее вводят через 10-12-миллиметровый троакар, разворачивают в брюшной полости и прикрепляют над грыжевым дефектом к передней брюшной стенке, используя лапароскопический степлер.

При трансфасциальном наложении швов трансабдоминальными швами фиксируют края сетки (через 2–3 см) по всей окружности, для этого перед ее введением в брюшную полость накладывают лигатуры из нерассасывающегося материала. С помощью скальпеля с лезвием № 11



*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*4 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

делают микроразрезы кожи (длиной примерно 2 мм) для проведения иглы Берси через брюшную стенку для захвата швов. Затем наложенные лигатуры поочередно захватывают с помощью иглы Берси, выводят через брюшную стенку и затягивают подкожно. При необходимости накладывают дополнительные швы по периферии сетки.

Возможно комбинированное применение обоих методов фиксации сетки.

После завершения пластики троакары и газ удаляют из брюшной полости. Отверстия от троакаров диаметром более 10 мм требуют зашивания фасции. Кожные раны закрывают с помощью швов и/или скрепок, накладывают стерильные повязки.

После проведения данной процедуры риск развития сером незначительный, вследствие этого дренирование брюшной полости не является обязательным.

Противопоказаниями данного метода являются:

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации
2. Шоковые и коматозные состояния
3. Кахексия
4. Нарушения свертываемости крови
5. Острая и хроническая почечная недостаточность
6. Острая и хроническая печеночная недостаточность
7. Острое нарушение мозгового кровообращения или его ранние последствия
8. Цирроз печени в стадии декомпенсации
9. Острые инфекционные заболевания
10. Септические состояния
11. Онкологические заболевания

Одним из неотъемлемых компонентов для проведения данной процедуры является использование специальных сетчатых протезов.

Необходимые протезы включены в Государственный реестр лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Республики Казахстан:



*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*5 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

1. Сетка UltraPro хирургическая композиционная из PROLENE и MONOCRYL, стерильная, однократного применения, размерами (см): 30x30, 15x15, 15x10, 12x10, 6x11, 6x12x7.5, 6x12x10, 6x12x12, в упаковке №1, №3. Перерегистрация - 07.10.2014, регистрационный номер РК-ИМН-5№006523. Производитель – Johnson & Johnson Medical GmbH, Германия.

2. Многослойная неадгезивная хирургическая сетка для открытых и лапароскопических операций по пластике брюшной стенки Proceed овальной, прямоугольной и квадратной формы, размеры 5x10см, 7.5x15см, 10x15см, 10x20см, 15x15см, 15x20см, 20x25см, 20x30см, 25x35.5см, 26x34см, 30.5x30.5см. Регистрация - 14.03.2013, регистрационный номер РК-ИМН-5№011127. Производитель – Ethicon Inc., США.

3. Сетка хирургическая PHYSIOMESH для интраперитонеальной пластики, прямоугольной, овальной и квадратной формы, размеры 7 x 15 см, 10 x 15 см, 15 x15 см, 15 x20 см, 20 x25 см, 20 x30 см, 25 x35 см, 30 x35 см, 30 x50 см. Регистрация - 14.03.2013, регистрационный номер РК-ИМН-5№011128. Производитель – Johnson & Johnson Medical GmbH, Германия.

4. Имплантаты для внутреннего протезирования в комплекте. Регистрация – 26.07.2013, регистрационный номер РК-ИМН-5№011669. Производитель – Sofradim Production, Франция.

Также, Заявитель указывает на **наличие необходимой материально-технической базы** для проведения данного вида лечения и **информации о специалистах**, прошедших соответствующее обучение:

1. Видеоэндоскопический комплекс для проведения общехирургических вмешательств (лапароскопия аппараты) модель - 38.0301/09. Регистрация 21.04.2011 года, регистрационный номер РК-МТ-7№000674. Производитель - «Karl Storz GmbH & Co. KG», Германия.

2. Набор инструментов для малоинвазивных эндоскопических вмешательств, регистрация 08.07.2011 года, регистрационный номер РК-МТ-7№003385. Производитель - «Karl Storz GmbH & Co. KG», Германия.

3. Инструменты для лапароскопических операций, регистрация 29.06.2012 года, регистрационный номер РК-МТ-7№009924. Производитель - «Karl Storz GmbH & Co. KG», Германия.



**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан**

**Центр стандартизации здравоохранения**

**Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов**

Номер экспертизы и дата

Страница

№-163 от 2 ноября  
2016г.

6 из 14

**Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии**

**Сведения об аналогичных методах, используемых в Республике  
Казахстан**

В настоящее время в Республике Казахстан основным альтернативным методом хирургического лечения грыжи передней брюшной стенки является закрытие дефекта сетчатым протезом посредством проведения открытого оперативного доступа (лапаротомия).

Основными преимуществами лапароскопической герниопластики, особенно у пациентов с грыжами больших размеров, являются: снижение риска инфицирования в послеоперационном периоде, ранняя активизация больных, уменьшение длительности пребывания в стационаре.

Также лапароскопическая герниопластика позволяет своевременно диагностировать другие заболевания органов брюшной полости, в том числе выявление паховых грыж на ранних стадиях и при необходимости провести лечение выявленной патологии.

В настоящее время при проведении лапароскопической герниопластики передней брюшной стенки для интраперитонеальной установки используются сетчатые протезы с противоспаечным покрытием, размер которой зависит от размеров дефекта брюшной стенки. Чем большего перекрытия сеткой краев грыжевых ворот удастся достичь хирургу, тем реже частота возникновения рецидивов. Точная оценка размера грыжевых ворот и выбор соответствующего размера сетки являются неотъемлемыми условиями для успеха пластики.

Лапароскопическая пластика грыж с применением сетчатых протезов с противоспаечным покрытием устраняет дефект передней брюшной стенки, при этом достоверно уменьшается длительность госпитализации и количество инфекционных осложнений. Ниже представлены сравнительные характеристики открытой и лапароскопической операций.

<b>Критерии</b>	<b>Лапароскопическая герниопластика</b>	<b>Открытая операция</b>
Сроки пребывания в стационаре после операции	3-5	7-10 дней
Сроки выздоровления	10-14 дней	6-8 недель
Сроки ограничения	10 дней	4 месяца



*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*7 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

физической нагрузки		
Послеоперационный рубец	3 маленьких рубца до 1 см	Рубец около 10 см
Боль после операции	Минимальная	Значительная
Вероятность рецидива грыжи	0,3%	7%

Более подробная информация об эффективности метода представлена в разделе «Клиническая эффективность и безопасность».

Если в качестве критерия рассматривать эндоскопическое вмешательство, то в перечне клинико-затратных групп хирургических случаев лечения включены коды лапароскопических методов лечения паховых грыж, в том числе с применением трансплантатов или протезов (КЗГ – 553, коды 17.11, 17.12, 17.13, 17.21, 17.22, 17.23).

Коды лапароскопических методов лечения грыж передней брюшной стенки, в том числе послеоперационных, рецидивных и рецидивирующих, с применением имплантатов или протезов в вышеуказанный перечень клинико-затратных групп не включены.

**Клиническая эффективность и безопасность:**

Анализ клинической эффективности метода проводился на основе поиска и отбора соответствующих публикаций в Базе данных MEDLINE. Поиск публикаций проводился по следующим поисковым запросам: «Грыжа передней брюшной стенки» (Abdominal wall hernia) и «Лапароскопическое лечение» (laparoscopic treatment). Уточнение «laparoscopic treatment» было использовано с целью большей конкретизации метода, т.к. в заявке Заявителя идёт указание именно на лапароскопический метод лечения.

Временные ограничения на давность публикации составляли 5 лет.

При проведении оценки предлагаемого Заявителем метода также были выставлены фильтры на следующие типы публикаций: «систематический обзор», «мета-анализ» и «рандомизированное контролируемое исследование».

Таким образом, анализировались все доступные публикации, содержащие запросы «Грыжа передней брюшной стенки» (Abdominal wall



*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*8 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

hernia) и «Лапароскопическое лечение» (laparoscopic treatment) с учётом типа исследований (систематический обзор, мета-анализ и рандомизированное контролируемое исследование) и давности проведения исследования (не более 5 лет).

В мета-анализ и систематический обзор, проведённый в 2014 году (Zhang Y, Zhou H, Chai Y) вошли 11 исследований с общим количеством наблюдений равным **1003**. Авторы сравнили эффективность и безопасность лапароскопического и лапаротомического методов лечения грыж передней брюшной стенки (далее – ГПБС). По данным авторов, количество случаев раневой инфекции было значительно ниже после проведения лапароскопии (лапароскопия – 2,8%, лапаротомия – 16,2%). Однако, после лапароскопий наблюдалось намного больше повреждений кишечника (4,3%) по сравнению с лапаротомией (0,81%). Исследователи не зафиксировали существенного различия в частоте рецидивов, возникновении сером, гематом, непроходимости кишечника, гематом и необходимости проведения повторного оперативного вмешательства (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24777660>).

Al Chalabi H, Larkin J, Mehigan B в публикации «Систематический обзор лапароскопического и открытого метода лечения инцизионных грыж передней брюшной стенки с мета-анализом рандомизированных контролируемых исследований» (2015 год) рассматривают кратко- и долгосрочные результаты лечения инцизионных грыж передней брюшной стенки с помощью лапароскопического и открытого метода.

В анализ были включены результаты 5 РКИ, проведённых с 2008 по 2013 годы. В общей сложности были проанализированы **611** случаев лечения инцизионных ГПБС (306 случаев – с помощью лапароскопической методики, 305 – открытой лапаротомией). Период наблюдения составил от 2 до 35 месяцев.

Исследователи приводят следующие результаты: частота рецидивов была одинаковой в обеих группах ( $P = 0,30$ ), количество случаев развития раневой инфекции было выше в группе после открытой лапаротомии ( $P < 0,001$ ), длительность пребывания в стационаре статистически не различалось





*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*9 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

( $p = 0,92$ ), и, наконец, время проведения операции было выше группе после лапароскопического лечения, но не достигла статистической значимости ( $P = 0,05$ ). Таким образом, по мнению исследователей, краткосрочные и долгосрочные результаты лапароскопического и открытого методов лечения ГПБС эквивалентны. Оба метода являются безопасными и заслуживающими доверия (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26074289>).

В публикации «Лапароскопия по сравнению с лапаротомией при лечении вентральных грыж: систематический обзор и мета-анализ» 2014 года (Castro PM, Rabelato JT, Monteiro GG) также рассматриваются результаты 2-х способов лечения ГПБС. Были проанализированы результаты 6 РКИ с **566** случаями (283 случая – лапароскопическое лечение, 283 – лапаротомия). По итогам проведенного систематического обзора и мета-анализа, исследователи сделали следующие выводы: лапароскопия снижает риск инфицирования хирургической раны и формирования сером, после лапароскопического вмешательства пациенты имеют меньшую продолжительность госпитализации. В то же время, проведение лапароскопии увеличивает риск возникновения энтеротомий (повреждение стенки кишечника), развития послеоперационной боли и имеет более длительное время хирургического вмешательства. Не было зафиксировано никакой разницы в вероятности возникновения абсцессов, гематом и повторного возникновения ГПБС (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25296080>).

Результаты лечения **206** пациентов с ГПБС из 10 медицинских организаций, проходивших лечение с 1999 по 2006 годы представлены в публикации Eker NH, Hansson BM, Vuunen M, (2013 год). Пациенты были представлены 2 группами: после открытого и после лапароскопического лечения ГПБС.

По результатам проведенного исследования, были сделаны выводы о том, что объем кровопотери был ниже после лапароскопического лечения (10 мл против 50мл), необходимость дренирования раны также была ниже (3% против 45%). Время операции было выше при осуществлении лапароскопического доступа (100 минут против 76 минут). Уровень боли не показал значимых различий. Частота послеоперационных осложнений была



*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан*

*Центр стандартизации здравоохранения*

*Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов*

*Номер экспертизы и дата*

*Страница*

*№-163 от 2 ноября  
2016г.*

*10 из 14*

*Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии*

выше в группе после лапароскопического вмешательства (9% против 2%), при среднем периоде наблюдения в 35 месяцев, частота рецидивов была несколько выше после лапароскопического вмешательства (18% против 14%) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23552714>).

Jensen KK, Henriksen NA, Jorgensen LN в 2014 году описали результаты лечения **163** пациентов с ГПБС (Эндоскопическое лечение грыжи передней брюшной стенки вызывает меньше послеоперационных осложнений по сравнению с открытым методом лечения: систематический обзор и мета-анализ).

Как указывают авторы, частота раневых осложнений, включающих инфицирование раны, некроз кожи, подкожный абсцесс, серому, расхождение краев была значительно ниже в категории пациентов, которым было проведено лапароскопическое лечение. Частота рецидивов грыж составила 13% после лапароскопического и 16% после лапаротомического лечения. В 4 включенных исследованиях было указано на то, что продолжительность пребывания в стационаре была сопоставима между группами. Таким образом, авторы делают вывод, что использование лапароскопической техники способно значительно снизить частоту послеоперационных осложнений (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24942783>).

В публикации 2013 года (Rogmark P, Petersson U, Bringman S) приводятся результаты лечения **133** пациентов (64 – лапароскопическим методом и 69 – открытым) с 2005 по 2009 годы. Исследователи указывают, что уровень послеоперационной боли был примерно одинаковый при применении обоих способов, уровень осложнений был выше после лапаротомии (17 случаев против 1) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23629524>).

Учитывая тип найденных публикаций, медицинская технология «Лапароскопическое устранение грыжи передней брюшной стенки с применением имплантата или протеза» имеет уровень доказательности «А».



**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан**

**Центр стандартизации здравоохранения**

**Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов**

Номер экспертизы и дата

Страница

№-163 от 2 ноября  
2016г.

11 из 14

**Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии**

**Экономическая эффективность**

Голландские исследователи Roelman M, Apers J, van den Brand H провели многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование, направленное на оценку экономической эффективности открытого и лапараскопического лечения инцизионных грыж передней брюшной стенки (публикация 2013 года).

По **135** пациентов вошли в каждую из 2-х групп наблюдения. Оценка экономической эффективности проводилась посредством анализа продолжительности пребывания в стационаре и качества последующей жизни пациента. Как показало исследование, после применения лапароскопической техники длительность пребывания пациентов в стационаре снижается, а также снижается время полного восстановления пациента после проведённой операции. Таким образом, исследователи сделали вывод о том, что лапараскопическое лечение инцизионной грыжи является более экономически выгодным (эффективным) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24499061>).

Учитывая отсутствие опыта применения данной методики в Республике Казахстан, сделать вывод об экономической эффективности не представляется возможным, однако, принимая во внимание международные данные, можно предположить, что в Республике Казахстан будет иметь место аналогичная ситуация (более высокая стоимость лапароскопической операции будет перекрыта сокращением длительности пребывания пациента в стационаре и более быстрой трудовой реабилитацией).

**Выводы:**

1. Лапароскопическое устранение грыжи передней брюшной стенки является изученным и активно применяемым методом лечения ГПБС.
2. По данным различных авторов, данный метод хирургического лечения ГПБС является эффективным и безопасным методом, однако имеется вероятность развития осложнений в виде интраоперационного повреждения стенки кишечника.
3. Стоимость проведения лапароскопического вмешательства выше, однако экономическая эффективность данной методики выше за счёт



**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан**

**Центр стандартизации здравоохранения**

**Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов**

Номер экспертизы и дата

Страница

№-163 от 2 ноября  
2016г.

12 из 14

**Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии**

снижения длительности пребывания пациента в стационаре и более низкой частоты развития послеоперационных осложнений.

4. Данный метод является новым для Республики Казахстан.

5. Условия для внедрения данного метода в Республике Казахстан имеются.

**Преимущества метода:**

1. Использование лапароскопической техники отличается меньшей инвазивностью.

2. Имеется достаточный накопленный мировой опыт применения данной методики.

3. Сокращение сроков пребывания пациента в стационаре.

4. Снижение вероятности развития послеоперационных осложнений.

5. Ранняя трудовая и социальная реабилитация.

**Недостатки метода:**

1. Необходимость наличия высококвалифицированного персонала.

2. Необходимость наличия специального оборудования.

3. Риск развития осложнений, связанных с проведением хирургического вмешательства (повреждение стенки кишечника).

**Заключение:**

В настоящее время мировым медицинским сообществом накоплен большой клинический опыт проведения лапароскопического хирургического лечения ГПБС. Согласно найденным публикациям лапароскопическое лечение ГПБС является эффективным и безопасным методом лечения. Данная технология имеет уровень доказательности «А».

Таким образом, медицинская технология «Лапароскопическое устранение грыжи передней брюшной стенки с применением имплантата или протеза» является новым для Республики Казахстан, эффективным и безопасным методом лечения грыж передней брюшной стенки и рекомендуется для рассмотрения на заседании Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.



**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан**

**Центр стандартизации здравоохранения**

**Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов**

Номер экспертизы и дата

Страница

№-163 от 2 ноября  
2016г.

13 из 14

**Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии**

**При проведении экспертизы конфликта интересов  
зарегистрировано не было.**

**Список использованных источников:**

1. Грященко О.В. Сравнительная оценка некоторых методов ушивания лапаротомной раны при зевтрациях и релапаротомиях: Дис.канд. мед.наук/ О. В. Грященко.-Астрахань,1998.-95с.
2. Амренов М.Т. Выбор метода пластики при послеоперационных вентральных грыжах/ М.Т. Амренов, К. К. Николенко// Хирургия.- 1988.- №12.- С. 79-80.
3. Антропова Н.В. Предоперационная подготовка и хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами: Дис.др.мед.наук/ Н.В. Антропова;-М., 1993 .-341с.
4. Борисов А.Е. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки/ А.Е.
5. Даурова Т.Т. Реакция тканей на имплантацию различных полимеров/ Т. Т. Даурова, А. П. Майсюк// Экспериментальная хирургия и анестезиология.- 1963.- №3.- С.58-61.
6. Шорлуян П.М. Применение консервированной твердой мозговой оболочки при лечении рецидивных и послеоперационных грыж/ П.М. Шорлуян, В.Г. Химичев// Хирургия.-1978.- №10.-0.66-69.
7. Дерюгина М.С. Способ пластики обширных дефектов передней брюшной стенки/ М.С. Дерюгина// Хирургия.-2001.-№3.-С.52-54.
8. Егиев В.Н. Атлас оперативной хирургии грыж/ В.Н. Егиев, К. В. Лядов, П. К. Воскресенский и др.-М.: Медпрактика-М, 2003.-228с.
9. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота/ В. В. Жебровский.- М.:000«Медицинское информационное агентство», 2005.-384с.
10. Dolin S. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data / S. Dolin, J. Cashman, J. Bland // Br. J. Anaesth. — 2002. — № 89. — P. 409-423.
11. Фатхудинов И.М., Красильников Д.М. Выбор способа герниопластики у больных с ущемленными обширными и гигантскими



**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан**

**Центр стандартизации здравоохранения**

**Отдел оценки медицинских технологий и клинических  
протоколов**

Номер экспертизы и дата

Страница

№-163 от 2 ноября  
2016г.

14 из 14

**Экспертное заключение  
на применение новой медицинской технологии**

послеоперационными грыжами // Современные проблемы науки и образования. — 2008. — № 2. — С. 41-43.

**Эксперт по оценке  
медицинских технологий**

**Ким М.Е.**

**Главный специалист ОМТ и КП**

**Мауенова Д.К.**

**Начальник отдела ОМТ и КП**

**Ташпагамбетова Н.А.**

**И.о. руководителя ЦСЗ**

**Нургалиева Ж.Т.**