

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневиц

 2016 г.

Регистрационный № 076 - 0815

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

Учреждение здравоохранения

«Брестская областная больница»

АВТОРЫ:

д.м.н., профессор А. С. Карпицкий, Г. А. Журбенко

Гродно, 2016

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц  
08.09.2016  
Регистрационный № 076-0815

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Гродненский государственный  
медицинский университет», УЗ «Брестская областная больница»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. А.С. Карпицкий, Г.А. Журбенко

Гродно 2016

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод, который позволит улучшить результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы путем лапароскопической клапанной эзофагофундопликации.

Инструкция может использоваться в хирургических стационарах лечебных учреждений III и IV уровней оказания помощи.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Раствор антисептический для наружного применения «Йодискин» или его аналог для обработки операционного поля.

2. Антимикробная хирургическая разрезаемая пленка для покрытия операционного поля.

3. Лапароскопическая стойка: оптика (косая) 10 мм.

4. Лапаропорт 10 мм — 2 шт.

5. Лапаропорт 5 мм — 3 шт.

6. Инструменты для диссекции тканей: ультразвуковые ножницы или электрокоагуляционный блок 5 и 10 мм.

7. Эндоскопические захватывающие щипцы 5 мм для отведения левой доли печени.

8. Набор инструментов 5 мм:

- ножницы — 1 шт.;

- диссектор — 1 шт.;

- мягкий зажим кишечного типа (бэбкок) с клемальерой — 2 шт.;

- вакуум-аспиратор — 1 шт.;

- иглодержатель — 2 шт.;

- клипатор — 1 шт.;

- переходник с 10 на 5 мм — 2 шт.;

- игла Вереша — 1 шт.;

- крючок-коагулятор — 1 шт.

9. Игла скорняжная хирургическая — 1 шт.

10. Нить синтетическая полифиламентная с одной колющей иглой длиной 90 см в качестве нити-держалки на пищевод.

11. Нить синтетическая, плетеная, полифиламентная, нерассасывающаяся, длина 75 см с двумя колющими иглами для выполнения фундопликации.

12. Нить рассасывающаяся, синтетическая, плетеная с покрытием для ушивания послеоперационных ран.

13. Марлевые повязки на 5 послеоперационных ран.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Скользкая или параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы без непроходимости или гангрены (K44.9).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (K21).

Хронический неосложненный рефлюкс-эзофагит (K20).

Хронический рефлюкс-эзофагит, осложнившийся рубцовой стриктурой пищевода, после бужирования рубцовой стриктуры (K22.2).

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Спаечная болезнь брюшной полости в стадии суб- или декомпенсации (K66).

Тяжелая сопутствующая патология различных органов или систем, являющаяся противопоказанием к интубационному наркозу и/или лапароскопическому хирургическому вмешательству.

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

После обработки операционного поля антисептическим раствором и наклеивания на кожу брюшной стенки антимикробной хирургической пленки в брюшную полость вводится 5 лапаропортов. Схема расположения лапаропортов представлена на рисунке 1.

После лапароскопической ревизии брюшной полости через лапаропорт № 3 эндоскопическими захватывающими щипцами производится ретракция левой доли печени. Далее выполняется мобилизация и низведение абдоминального отдела пищевода, а также мобилизация дна желудка на протяжении 5 см с пересечением коротких желудочных артерий на этом уровне. По окончании мобилизации появляется свободное ретроэзофагеальное пространство (рисунок 2). После мобилизации пищевода и дна желудка по стандартной методике выполняется круорофия (сшивание ножек диафрагмы).



1 — лапаропорт 10 мм для оптики; 2 — лапаропорт 5 мм для манипуляторов;  
3 — лапаропорт 5 мм для эндоскопических захватывающих щипцов (ретракция левой доли печени); 4 — места укола скорняжной иглы и вывода концов нити-держалки;  
5 — лапаропорт 10 мм для диссекционных инструментов; 6 — лапаропорт 5 мм для манипуляторов

**Рисунок 1. — Схема расположения лапаропортов на передней брюшной стенке**

Следующий этап — формирование антирефлюксного механизма на 90° заднелевой окружности абдоминального отдела пищевода с использованием мобилизованного дна желудка. Для этого пищевод в области кардии берется на нить-держалку (позиция 3 на рисунке 2), концы которой при помощи хирургической скорняжной иглы выводятся на переднюю брюшную стенку в левом подреберье (позиция 4 на рисунке 1). Далее создается дубликатура из задней стенки пищевода и дна желудка с формированием острого угла Гиса вдоль задней стенки пищевода. Первым швом при этом выполняется абдоминализация пищевода, т. е. фиксация низведенной в брюшную полость его части к ушитым ножкам диафрагмы (позиция 6 на рисунке 3).

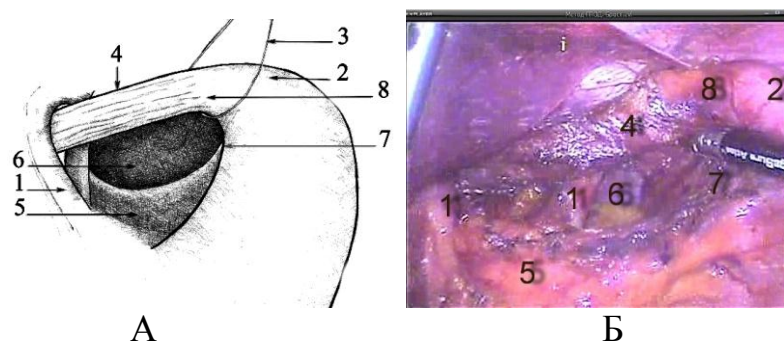


Схема (А) и вид этапа хирургической операции (Б)  
 1 — правая ножка диафрагмы; 2 — кардиальный отдел желудка; 3 — нить-держалка;  
 4 — абдоминальный отдел пищевода; 5 — малый сальник; 6 — свободное позадипищеводное пространство (ретроэзофагеальный тоннель); 7 — малая кривизна желудка; 8 — пищеводно-желудочный переход

**Рисунок 2. — Этап мобилизации пищевода, кардии и дна желудка**

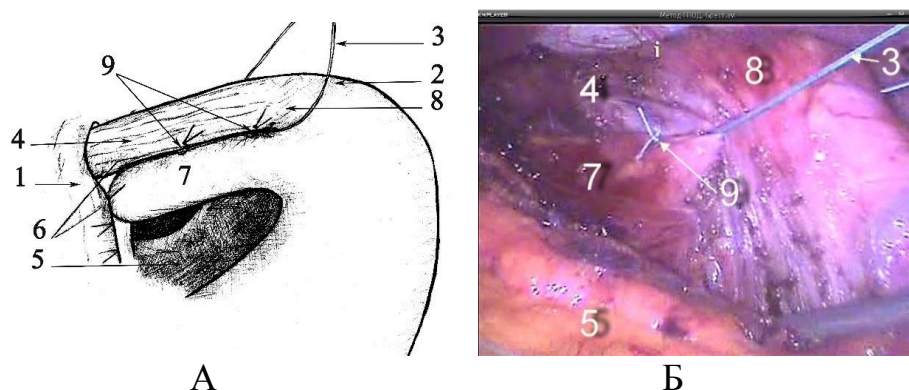


Схема (А) и вид этапа хирургической операции (Б)  
 1 — правая ножка пищеводного отверстия диафрагмы; 2 — кардиальный отдел желудка; 3 — нить-держалка; 4 — пищевод; 5 — малый сальник; 6 — нить шва, фиксирующего пищевод и дно желудка к правой ножке пищеводного отверстия диафрагмы; 7 — дно желудка, формирующее заднюю стенку антирефлюксного механизма; 8 — пищеводно-желудочный переход; 9 — швы, формирующие заднюю стенку антирефлюксного механизма

**Рисунок 3. — Этап формирования острого угла Гиса по задней стенке пищевода**

Затем формируется острый угол Гиса по левой боковой стенке абдоминального отдела пищевода. Обязательным условием при выполнении этого этапа является фиксация первым швом абдоминального отдела пищевода и дна желудка к левой ножке диафрагмы (позиция 4 на рисунке 4).

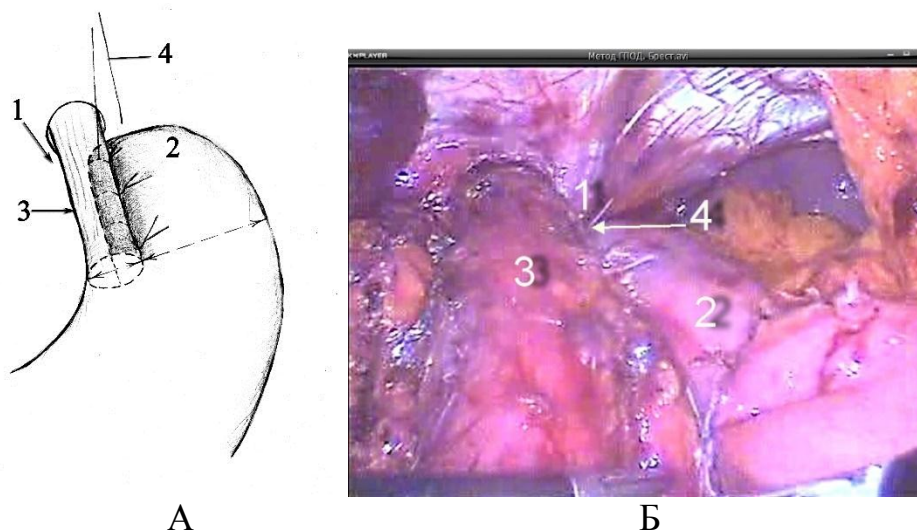


Схема (А) и вид этапа хирургической операции (Б)

1 — правая ножка пищеводного отверстия диафрагмы; 2 — дно желудка, формирующее боковую стенку эзофагофундопликационного клапана;  
3 — абдоминальный отдел пищевода; 4 — нить шва, фиксирующего боковую стенку абдоминального отдела пищевода и дно желудка к левой ножке пищеводного отверстия диафрагмы

#### **Рисунок 4. — Завершающий этап формирования антирефлюксного механизма**

Антирефлюксный эффект предлагаемого вмешательства наряду с оригинальным способом создания острого угла Гиса проявляется за счет смещения стенки пищевода, участвующей в формировании угла Гиса ( $90^\circ$  окружности), в сторону просвета пищевода при попадании в область дна желудка жидкого или газового рефлюктата. Таким образом дупликатура стенок пищевода и желудка, смещаясь в сторону просвета пищевода, действует как клапан.

#### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

1. Кровотечение из сосудов большой и малой кривизны желудка при их мобилизации. Пути устранения — электрокоагуляция, клипирование, лигирование с прошиванием.

2. Перфорация, коагуляционное повреждение стенки пищевода и желудка на этапе мобилизации. Пути устранения — ушивание дефекта стенки, гастростомия по показаниям.

3. Сужение просвета пищеводно-желудочного перехода при формировании фундопликационной манжеты. Профилактика — формирование манжеты с установленным в желудок зондом 64 Fr.

4. Повреждение селезенки, кровотечение. Пути устранения — электрокоагуляция, использование синтетических клеевых основ, спленэктомия.

5. Повреждение левой доли печени. Пути устранения — электрокоагуляция, использование синтетических клеевых основ, ушивание повреждения.

6. Повреждение медиастинальной плевры при выделении элементов грыжевого мешка в средостении с развитием напряженного пневмоторакса. Пути устранения — дренирование плевральной полости на стороне пневмоторакса,

7. Формирование порочной фундопликационной манжеты при неправильном позиционировании дна желудка по отношению к абдоминальному отделу пищевода. Пути устранения — рефундопликация.

название	УТВЕРЖДАЮ Главный врач
учреждения	И.О. Фамилия
здравоохранения	_____ 201_ г. МП

### А К Т

учета практического использования инструкции по применению

1. Инструкция по применению: **«Метод хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы».**

2. Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь **08.09.2016 № 076-0815.**

3. Кем предложена разработка: *сотрудниками УЗ «Брестская областная больница»: главным врачом А. С. Карпицким и врачом-хирургом Г. А. Журбенко – соискателем кафедры общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет».*

4. Материалы инструкции использованы для \_\_\_\_\_

5. Где внедрено \_\_\_\_\_

наименование учреждения здравоохранения, подразделения

6. Результаты применения метода за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
 общее кол-во наблюдений «\_\_\_»  
 положительные «\_\_\_»  
 отрицательные «\_\_\_»

7. Эффективность внедрения (восстановление трудоспособности, снижение заболеваемости, рациональное использование коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники) \_\_\_\_\_

8. Замечания, предложения: \_\_\_\_\_

Ответственные за внедрение

должность	подпись	Ф.И.О.
_____ 201_ г.		

Примечание: акт о внедрении направлять по адресу:

кафедра общей хирургии,  
 УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
 ул. Горького, 80  
 230009, г. Гродно