

| Клиническое руководство по хирургическому лечению гастроэзофагеального рефлюкса (краткая версия) | |
|---|--|
| Цель клинического руководства: | Предоставить руководство на доказательной основе в отношении проведения хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). |
| Список Рабочей группы по адаптации руководства: | Оспанов О.Б. – заведующий кафедрой эндохирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана, д.м.н., профессор, Президент Казахстанской ассоциации эндоскопических хирургов. Калиаскарова К.С. – руководитель отдела гепатологии Национального научного медицинского центра, вице – президент Казахской ассоциации гепатологов, д.м.н., профессор. Сарсенова Р.Т. – доцент кафедры эндохирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана, к.м.н., доцент. |
| Рецензенты клинического руководства: | Медеубаев Р.К. - заведующий курсом онкологии ФНПР и ДО, профессор кафедры хирургических болезней №2, Медицинский университет Астана, д.м.н. Исмаилов А.С - ассистент кафедры общей хирургии, Медицинский университет Астана, д.м.н. |
| Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.). | |

| Клиническое руководство по хирургическому лечению гастроэзофагеального рефлюкса (краткая версия) | |
|---|--|
| Цель клинического руководства: | Предоставить руководство на доказательной основе в отношении проведения хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). |
| Список Рабочей группы по адаптации руководства: | Оспанов О.Б. – заведующий кафедрой эндохирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана, д.м.н., профессор, Президент Казахстанской ассоциации эндоскопических хирургов. Калиаскарова К.С. – руководитель отдела гепатологии Национального научного медицинского центра, вице – президент Казахской ассоциации гепатологов, д.м.н., профессор. Сарсенова Р.Т. – доцент кафедры эндохирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана, к.м.н., доцент. |
| Рецензенты клинического руководства: | Медеубаев Р.К. - заведующий курсом онкологии ФНПР и ДО, профессор кафедры хирургических болезней №2, Медицинский университет Астана, д.м.н. Исмаилов А.С - ассистент кафедры общей хирургии, Медицинский университет Астана, д.м.н. |
| Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.). | |

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по проведению хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, но не реже чем 1 раз в 4 года. | | |
| Пользователи руководства: | Врачи–хирурги, врачи–эндоскописты, врачи–гастроэнтерологи, участковые терапевты. | |
| Категория пациентов: | Больные с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, нуждающиеся в хирургическом лечении. | |
| Ключевые слова: | Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хирургическое лечение, лапароскопическая хирургия. | |
| Уровни доказательств и степень рекомендаций | | |
| Уровень доказательности | Описание | Степень рекомендаций |
| I | доказательства получены из проведенных качественных рандомизированных контролируемых исследований. | Степень А |
| II | доказательства получены на основании контролируемых исследований без рандомизации, когортных исследований или исследований случай-контроль, серий случаев неконтролируемых испытаний. | Степень В |

| |
|---|
| Методология |
| <p>При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки для адаптации рабочей группой в Казахстане было рекомендовано клиническое руководство «Guidelines for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease», Practice/Clinical Guidelines published on: 02/2010 by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), подготовленное и разработанное комитетом разработчиков руководства Американского Общества Гастроинтестинальных и Эндоскопических хирургов (SAGES).</p> <p>В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.</p> |
| Ссылки |
| www.rcrz.kz |
| http://www.sages.org/publication/id/22/ |

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по проведению хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, но не реже чем 1 раз в 4 года. | | |
| Пользователи руководства: | Врачи–хирурги, врачи–эндоскописты, врачи–гастроэнтерологи, участковые терапевты. | |
| Категория пациентов: | Больные с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, нуждающиеся в хирургическом лечении. | |
| Ключевые слова: | Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хирургическое лечение, лапароскопическая хирургия. | |
| Уровни доказательств и степень рекомендаций | | |
| Уровень доказательности | Описание | Степень рекомендаций |
| I | доказательства получены из проведенных качественных рандомизированных контролируемых исследований. | Степень А |
| II | доказательства получены на основании контролируемых исследований без рандомизации, когортных исследований или исследований случай-контроль, серий случаев неконтролируемых испытаний. | Степень В |

| |
|---|
| Методология |
| <p>При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки для адаптации рабочей группой в Казахстане было рекомендовано клиническое руководство «Guidelines for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease», Practice/Clinical Guidelines published on: 02/2010 by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), подготовленное и разработанное комитетом разработчиков руководства Американского Общества Гастроинтестинальных и Эндоскопических хирургов (SAGES).</p> <p>В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.</p> |
| Ссылки |
| www.rcrz.kz |
| http://www.sages.org/publication/id/22/ |

| Индикаторы мониторинга/ аудита | Ссылки на определенные рекомендации |
|---|-------------------------------------|
| <p>1. Охват хирургическим лечением пациентов с ГЭРБ при наличии показаний (%).</p> <p>Формула: (пациенты с ГЭРБ, которым при наличии показаний было проведено хирургическое лечение) / (все пациенты с ГЭРБ, имеющие показания для хирургического лечения) X100%.</p> <p>Источник данных: история болезни, амбулаторная карта.</p> <p>Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%.</p> | Рекомендация 1 |
| <p>2. Эффективность лапароскопической антирефлюксной операции (%).</p> <p>Формула: (пациенты, у которых после проведенной лапароскопической антирефлюксной операции отмечается исчезновение изжоги, регургитации/ все пациенты, которым проведена лапароскопическая антирефлюксная операция)X 100 %.</p> <p>Источник данных: история болезни, амбулаторная карта.</p> <p>Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%</p> | Рекомендация 27 |

| III | описательные серии случаев, мнения экспертов. | Степень С |
|--|---|------------------|
| Рекомендации | | |
| Диагностика | | |
| <p>1. Диагноз ГЭРБ может быть установлен, если присутствует, по крайней мере, одно из следующих состояний: поражение слизистой при эндоскопии у пациента с типичными симптомами, на биопсии определяется пищевод Баррета, пептические стриктуры при отсутствии малигнизации, положительная рН-метрия (повышение показателя индекса ДеМистера).</p> <p style="text-align: center;">Показания к операции</p> <p>При уточнённом диагнозе рефлюксной болезни показаниями к хирургическому(оперативному) лечению являются:</p> <p>1) Неэффективное медикаментозное лечение (неадекватный контроль симптомов, тяжелая регургитация, не контролируемое подавление кислоты и побочные эффекты от приема медикаментов).</p> <p>ИЛИ</p> <p>2) Выбор пациентов, несмотря на успешное медикаментозное лечение (из соображений качества жизни, на которое влияет необходимость принимать</p> | | Степень А |

| Индикаторы мониторинга/ аудита | Ссылки на определенные рекомендации |
|---|-------------------------------------|
| <p>1. Охват хирургическим лечением пациентов с ГЭРБ при наличии показаний (%).</p> <p>Формула: (пациенты с ГЭРБ, которым при наличии показаний было проведено хирургическое лечение) / (все пациенты с ГЭРБ, имеющие показания для хирургического лечения) X100%.</p> <p>Источник данных: история болезни, амбулаторная карта.</p> <p>Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%.</p> | Рекомендация 1 |
| <p>2. Эффективность лапароскопической антирефлюксной операции (%).</p> <p>Формула: (пациенты, у которых после проведенной лапароскопической антирефлюксной операции отмечается исчезновение изжоги, регургитации/ все пациенты, которым проведена лапароскопическая антирефлюксная операция)X 100 %.</p> <p>Источник данных: история болезни, амбулаторная карта.</p> <p>Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%</p> | Рекомендация 27 |

| III | описательные серии случаев, мнения экспертов. | Степень С |
|--|---|------------------|
| Рекомендации | | |
| Диагностика | | |
| <p>1. Диагноз ГЭРБ может быть установлен, если присутствует, по крайней мере, одно из следующих состояний: поражение слизистой при эндоскопии у пациента с типичными симптомами, на биопсии определяется пищевод Баррета, пептические стриктуры при отсутствии малигнизации, положительная рН-метрия (повышение показателя индекса ДеМистера).</p> <p style="text-align: center;">Показания к операции</p> <p>При уточнённом диагнозе рефлюксной болезни показаниями к хирургическому(оперативному) лечению являются:</p> <p>1) Неэффективное медикаментозное лечение (неадекватный контроль симптомов, тяжелая регургитация, не контролируемое подавление кислоты и побочные эффекты от приема медикаментов).</p> <p>ИЛИ</p> <p>2) Выбор пациентов, несмотря на успешное медикаментозное лечение (из соображений качества жизни, на которое влияет необходимость принимать</p> | | Степень А |

| | |
|---|--|
| <p>медикаменты на протяжении всей жизни, дороговизна медикаментов и т.д.) ИЛИ</p> <p>3) Наличие осложнений ГЭРБ (например, пищевод Баррета, пептические стриктуры и др.) ИЛИ</p> <p>4) Наличие экстра-пищеводных проявлений (бронхиальная астма, осиплость, кашель, боль в груди, аспирация).</p> <p>Предоперационное обследование Цель предоперационного обследования - выбор подходящих пациентов с рефлюксом для хирургического лечения. Существует много различных подходов в отношении объема и порядка предоперационных исследований:</p> <p>1) Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) - одно исследование, которое должны иметь все пациенты перед операцией для подтверждения диагноза ГЭРБ, которое также идентифицирует другие причины нарушений эзофагогастральной слизистой и позволяет взять биопсию.</p> <p>2) рН-метрия: важна для пациентов с эндоскопически негативным ГЭРБ, когда диагноз ГЭРБ не может быть подтвержден ЭГДС или диагноз вызывает сомнение. Получение нормальных результатов после 24-</p> | |
|---|--|

| | |
|---|------------------|
| <p>31. Высокая степень интестинальной метаплазии (HGIN) и интрамукозная карцинома (IMC) могут эффективно лечиться эндоскопической терапией, включая PDT (фотодинамическая терапия), EMR (эндоскопическая резекция слизистой) и RFA (радиочастотная абляция) отдельно или в комбинации.</p> | Степень В |
| <p>32. Антирефлюксная операция при пищеводе Барретта может быть проведена после полной абляции (эрадикации) метаплазированного эпителия эндоскопическим внутрипросветным путем.</p> | Степень С |
| <p>33. Антирефлюксная операция может проводиться у пациентов с не-неопластической интестинальной метаплазией (IM), нечеткой неоплазией (IND) и низкой степени интестинальной неоплазии (LGIN); с или без эндоскопической терапии для эрадикации эпителия Баррета. В частности, RFA (радиочастотная абляция) является безопасной, клинически эффективной и затратно-эффективной при этих заболеваниях и может быть проведена у соответствующих пациентов до, во время или после антирефлюксной операции.</p> | Степень В |

| | |
|---|--|
| <p>медикаменты на протяжении всей жизни, дороговизна медикаментов и т.д.) ИЛИ</p> <p>3) Наличие осложнений ГЭРБ (например, пищевод Баррета, пептические стриктуры и др.) ИЛИ</p> <p>4) Наличие экстра-пищеводных проявлений (бронхиальная астма, осиплость, кашель, боль в груди, аспирация).</p> <p>Предоперационное обследование Цель предоперационного обследования - выбор подходящих пациентов с рефлюксом для хирургического лечения. Существует много различных подходов в отношении объема и порядка предоперационных исследований:</p> <p>1) Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) - одно исследование, которое должны иметь все пациенты перед операцией для подтверждения диагноза ГЭРБ, которое также идентифицирует другие причины нарушений эзофагогастральной слизистой и позволяет взять биопсию.</p> <p>2) рН-метрия: важна для пациентов с эндоскопически негативным ГЭРБ, когда диагноз ГЭРБ не может быть подтвержден ЭГДС или диагноз вызывает сомнение. Получение нормальных результатов после 24-</p> | |
|---|--|

| | |
|---|------------------|
| <p>31. Высокая степень интестинальной метаплазии (HGIN) и интрамукозная карцинома (IMC) могут эффективно лечиться эндоскопической терапией, включая PDT (фотодинамическая терапия), EMR (эндоскопическая резекция слизистой) и RFA (радиочастотная абляция) отдельно или в комбинации.</p> | Степень В |
| <p>32. Антирефлюксная операция при пищеводе Барретта может быть проведена после полной абляции (эрадикации) метаплазированного эпителия эндоскопическим внутрипросветным путем.</p> | Степень С |
| <p>33. Антирефлюксная операция может проводиться у пациентов с не-неопластической интестинальной метаплазией (IM), нечеткой неоплазией (IND) и низкой степени интестинальной неоплазии (LGIN); с или без эндоскопической терапии для эрадикации эпителия Баррета. В частности, RFA (радиочастотная абляция) является безопасной, клинически эффективной и затратно-эффективной при этих заболеваниях и может быть проведена у соответствующих пациентов до, во время или после антирефлюксной операции.</p> | Степень В |

| | |
|--|------------------|
| значительным улучшением в частоте дисфагии, изжоги и регургитации и должна рассматриваться у соответствующим отобранных пациентов и проводиться соответственно обученным хирургом. | |
| 28. Атипичные симптомы уменьшаются у большинства пациентов после антирефлюксной операции, но, тем не менее, сохранение частоты симптомов чаще в сравнении с пациентами с типичными симптомами и хирурги, следовательно, должны проводить тщательный отбор до операции. | Степень В |
| 29. Пациенты, подвергшиеся лапароскопической антирефлюксной операции, должны быть проинформированы до операции о возможной частоте рецидивов симптомов и возврате к препаратам, снижающим кислотность. | Степень А |
| <u>Пищевод Баррета</u> | |
| 30. Выявление пищевода Баррета с аденокарциномой, вовлекающей в процесс подслизистый слой или глубже, исключает пациента из планированных на антирефлюксную операцию и требует полной, соответствующей стадии, онкотерапии (эзофагэктомия, химиотерапия, и/или лучевая терапия). | Степень А |

| | |
|---|------------------|
| часового внутрипищеводного рН-исследования после H ₂ -блокаторов и ингибиторов протонной помпы требует свободного интервала до такого обследования с настоятельной рекомендацией альтернативной диагностики с проведением дополнительного диагностического обследования. | |
| 3) Пищеводная манометрия: часто проводится до операции и позволяет определить состояния, которые могут быть противопоказаниями к фундопликации (такие как ахалазия пищевода) или изменить тип фундопликации, согласно индивидуальному подходу, основанному на моторике пищевода. | |
| 4) Исследование с бариевой взвесью: часто проводимый тест для лучшего понимания анатомии. Может быть ценным у пациентов с большой грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, у которых есть укорочение пищевода. | |
| <u>Хирургическое или медикаментозное лечение</u> | |
| 1. Хирургическое лечение ГЭРБ - это равноценная эффективная альтернатива медикаментозному лечению и должна предлагаться пациентам, имеющим показания. | Степень А |
| 3. Хирургическая терапия эффективно решает механические проблемы, | Степень А |

| | |
|--|------------------|
| значительным улучшением в частоте дисфагии, изжоги и регургитации и должна рассматриваться у соответствующим отобранных пациентов и проводиться соответственно обученным хирургом. | |
| 28. Атипичные симптомы уменьшаются у большинства пациентов после антирефлюксной операции, но, тем не менее, сохранение частоты симптомов чаще в сравнении с пациентами с типичными симптомами и хирурги, следовательно, должны проводить тщательный отбор до операции. | Степень В |
| 29. Пациенты, подвергшиеся лапароскопической антирефлюксной операции, должны быть проинформированы до операции о возможной частоте рецидивов симптомов и возврате к препаратам, снижающим кислотность. | Степень А |
| <u>Пищевод Баррета</u> | |
| 30. Выявление пищевода Баррета с аденокарциномой, вовлекающей в процесс подслизистый слой или глубже, исключает пациента из планированных на антирефлюксную операцию и требует полной, соответствующей стадии, онкотерапии (эзофагэктомия, химиотерапия, и/или лучевая терапия). | Степень А |

| | |
|---|------------------|
| часового внутрипищеводного рН-исследования после H ₂ -блокаторов и ингибиторов протонной помпы требует свободного интервала до такого обследования с настоятельной рекомендацией альтернативной диагностики с проведением дополнительного диагностического обследования. | |
| 3) Пищеводная манометрия: часто проводится до операции и позволяет определить состояния, которые могут быть противопоказаниями к фундопликации (такие как ахалазия пищевода) или изменить тип фундопликации, согласно индивидуальному подходу, основанному на моторике пищевода. | |
| 4) Исследование с бариевой взвесью: часто проводимый тест для лучшего понимания анатомии. Может быть ценным у пациентов с большой грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, у которых есть укорочение пищевода. | |
| <u>Хирургическое или медикаментозное лечение</u> | |
| 1. Хирургическое лечение ГЭРБ - это равноценная эффективная альтернатива медикаментозному лечению и должна предлагаться пациентам, имеющим показания. | Степень А |
| 3. Хирургическая терапия эффективно решает механические проблемы, | Степень А |

| | |
|---|------------------|
| связанные с заболеванием, и приводит к долгосрочному улучшению состояния пациента. | |
| <u>Хирургическая техника</u> | |
| 4. Стандартизация техники антирефлюксной операции является предпочтительной, т.к. это приводит к хорошим послеоперационным исходам. | Степень А |
| 5. Хирурги с небольшим опытом в лапароскопии и проведении фундопликации должны иметь опытного руководителя во время проведения операции, что позволит минимизировать осложнения и улучшить исходы пациента. | Степень В |
| 6. Повторная антирефлюксная операция должна проводиться в высокоспециализированном (крупном) центре опытным гастроинтестинальным хирургом. | Степень В |
| <u>Лапароскопическое лечение и открытое лечения ГЭРБ</u> | |
| 7. Лапароскопическая фундопликация имеет преимущества над открытой фундопликацией, так как она связана с лучшими ранними исходами (более короткий срок госпитализации, возвращение к нормальной активности, меньшее количество осложнений), при этом нет значительной разницы в поздних исходах лечения (частота неудач лечения). | Степень А |

6

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

| | |
|--|------------------|
| 24. Частичная фундопликация должна использоваться у пациентов с дооперационным диагнозом выраженной депрессии, так как это может привести к лучшим исходам после фундопликации в этой группе пациентов. | Степень С |
| <u>Повторная антирефлюксная операция</u> | |
| 25. Лапароскопическая повторная антирефлюксная операция осуществима, безопасна и эффективна, но имеет большую частоту осложнений в сравнении с первичной операцией и должна проводиться только опытными хирургами, используя тот же подход, что и при первичной фундопликации. | Степень В |
| <u>Исходы операций и качество жизни пациентов</u> | |
| 26. Лапароскопическая антирефлюксная операция, при восстановлении механического барьера рефлюксу и воздействию кислоты, эффективна со значительным улучшением давления на нижнем сфинктере пищевода, может проводиться безопасно с минимальной послеоперационной заболеваемостью и смертностью, и приводит к высокой частоте удовлетворенности пациента и улучшает качество жизни. | Степень А |
| 27. Лапароскопическая антирефлюксная операция-это эффективная стратегия лечения типичных симптомов ГЭРБ со | Степень А |

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

11

| | |
|---|------------------|
| связанные с заболеванием, и приводит к долгосрочному улучшению состояния пациента. | |
| <u>Хирургическая техника</u> | |
| 4. Стандартизация техники антирефлюксной операции является предпочтительной, т.к. это приводит к хорошим послеоперационным исходам. | Степень А |
| 5. Хирурги с небольшим опытом в лапароскопии и проведении фундопликации должны иметь опытного руководителя во время проведения операции, что позволит минимизировать осложнения и улучшить исходы пациента. | Степень В |
| 6. Повторная антирефлюксная операция должна проводиться в высокоспециализированном (крупном) центре опытным гастроинтестинальным хирургом. | Степень В |
| <u>Лапароскопическое лечение и открытое лечения ГЭРБ</u> | |
| 7. Лапароскопическая фундопликация имеет преимущества над открытой фундопликацией, так как она связана с лучшими ранними исходами (более короткий срок госпитализации, возвращение к нормальной активности, меньшее количество осложнений), при этом нет значительной разницы в поздних исходах лечения (частота неудач лечения). | Степень А |

6

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

| | |
|--|------------------|
| 24. Частичная фундопликация должна использоваться у пациентов с дооперационным диагнозом выраженной депрессии, так как это может привести к лучшим исходам после фундопликации в этой группе пациентов. | Степень С |
| <u>Повторная антирефлюксная операция</u> | |
| 25. Лапароскопическая повторная антирефлюксная операция осуществима, безопасна и эффективна, но имеет большую частоту осложнений в сравнении с первичной операцией и должна проводиться только опытными хирургами, используя тот же подход, что и при первичной фундопликации. | Степень В |
| <u>Исходы операций и качество жизни пациентов</u> | |
| 26. Лапароскопическая антирефлюксная операция, при восстановлении механического барьера рефлюксу и воздействию кислоты, эффективна со значительным улучшением давления на нижнем сфинктере пищевода, может проводиться безопасно с минимальной послеоперационной заболеваемостью и смертностью, и приводит к высокой частоте удовлетворенности пациента и улучшает качество жизни. | Степень А |
| 27. Лапароскопическая антирефлюксная операция-это эффективная стратегия лечения типичных симптомов ГЭРБ со | Степень А |

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

11

| | |
|--|------------------|
| это приводит к снижению послеоперационной дисфагии, однако существует некоторый риск травмы пищевода. | |
| 20. Ограничены данные, доказывающие эффективность бужа толщиной 56 French. | Степень С |
| <u>Прогностические признаки успеха антирефлюксной операции</u> | |
| 21. Хирурги должны знать, что фундопликация у пациентов, которые не принимали ингибиторы протонной помпы до операции или имели плохой ответ на предоперационное лечение ингибиторами протонной помпы, имеют большую вероятность получения неблагоприятных послеоперационных исходов. | Степень С |
| 22. Возраст не должен рассматриваться как противопоказание к антирефлюксной операции у приемлемых кандидатов, так как исходы в этой группе пациентов схожи с исходами у молодых. | Степень С |
| 23. Послеоперационный уход должен проводиться с целью сведения к минимуму ранние послеоперационные симптомы: тяжелую тошноту, отрыжку, рвоту, так как имеются некоторые доказательства, что они могут привести к анатомическому нарушению фундопликации | Степень С |

| | |
|--|--|
| 8. Тем не менее, хирурги должны знать, что лапароскопическая фундопликация занимает больше времени и имеет более высокую частоту повторных операций, по меньшей мере, в раннем послеоперационном периоде. | Степень А |
| <u>Сравнение частичной и тотальной фундопликации</u> | |
| 9. При частичной фундопликации в сравнении с тотальной фундопликацией в течение 5 лет после операции отмечается меньшая частота послеоперационной дисфагии, повторных операций, схожая удовлетворенность пациентов и эффективность контроля ГЭРБ. | Степень А |
| 10. Передняя частичная фундопликация может быть менее эффективной при долгосрочном наблюдении за пациентами. | Степень В |
| 11. Хирурги, обученные минимальной инвазивной технике, которые проводят операцию при ГЭРБ, могут свести к минимуму послеоперационную дисфагию: - выбрав частичную фундопликацию. - или короткую тотальную фундопликацию (1 до 2 см), созданную над большим пищеводно-желудочным бужем (56 French). | Степень А Степень С |

| | |
|--|------------------|
| это приводит к снижению послеоперационной дисфагии, однако существует некоторый риск травмы пищевода. | |
| 20. Ограничены данные, доказывающие эффективность бужа толщиной 56 French. | Степень С |
| <u>Прогностические признаки успеха антирефлюксной операции</u> | |
| 21. Хирурги должны знать, что фундопликация у пациентов, которые не принимали ингибиторы протонной помпы до операции или имели плохой ответ на предоперационное лечение ингибиторами протонной помпы, имеют большую вероятность получения неблагоприятных послеоперационных исходов. | Степень С |
| 22. Возраст не должен рассматриваться как противопоказание к антирефлюксной операции у приемлемых кандидатов, так как исходы в этой группе пациентов схожи с исходами у молодых. | Степень С |
| 23. Послеоперационный уход должен проводиться с целью сведения к минимуму ранние послеоперационные симптомы: тяжелую тошноту, отрыжку, рвоту, так как имеются некоторые доказательства, что они могут привести к анатомическому нарушению фундопликации | Степень С |

| | |
|--|--|
| 8. Тем не менее, хирурги должны знать, что лапароскопическая фундопликация занимает больше времени и имеет более высокую частоту повторных операций, по меньшей мере, в раннем послеоперационном периоде. | Степень А |
| <u>Сравнение частичной и тотальной фундопликации</u> | |
| 9. При частичной фундопликации в сравнении с тотальной фундопликацией в течение 5 лет после операции отмечается меньшая частота послеоперационной дисфагии, повторных операций, схожая удовлетворенность пациентов и эффективность контроля ГЭРБ. | Степень А |
| 10. Передняя частичная фундопликация может быть менее эффективной при долгосрочном наблюдении за пациентами. | Степень В |
| 11. Хирурги, обученные минимальной инвазивной технике, которые проводят операцию при ГЭРБ, могут свести к минимуму послеоперационную дисфагию: - выбрав частичную фундопликацию. - или короткую тотальную фундопликацию (1 до 2 см), созданную над большим пищеводно-желудочным бужем (56 French). | Степень А Степень С |

| | |
|---|------------------|
| - и увеличить эффективность процедуры, выбрав тотальную фундопликацию. | Степень С |
| - или длинную (по меньшей мере 3 см) заднюю фундопликацию. | Степень С |
| Другие технические аспекты, которые могут влиять на исходы: | |
| - Отделение коротких сосудов желудка | |
| 12. Когда дно можно обернуть вокруг пищевода без значительного натяжения, нет необходимости в отделении коротких сосудов. | Степень А |
| 13. Отделение сосудов должно проводиться, когда фундопликацию невозможно провести без натяжения. | Степень В |
| 14. Для минимизации натяжения необходимо рекомендуется рутинное отделение коротких сосудов желудка. | Степень С |
| - Ушивание пищевода (хиатопластика) | |
| 15. Хиатопластика рекомендуется во время фундопликации, когда пищеводный хиатус большой и укрепление его сеткой необходимо для снижения частоты грыж. | Степень В |
| 16. Переднее закрытие ножки (крупорофия) может быть связано с меньшей послеоперационной дисфагией, но требуются дополнительные данные, | Степень С |

8

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

| | |
|---|------------------|
| чтобы обеспечить точность рекомендации. | |
| - Использование роботизированной хирургии | |
| 17. Несмотря на безопасность и эффективность использования роботизированной хирургии, большие затраты на проведение фундопликации этим методом в сравнении с обычной лапароскопией и практически схожие краткосрочные исходы делают его менее применимым в качестве начального варианта для лечения. | Степень В |
| - Применение антирефлюксной операции у пациентов с ожирением. | |
| 18. В связи с возможными негативными рисками после фундопликации у пациентов с ожирением (индекс массы тела более 35кг/м ²), и неспособности фундопликации решить проблему, лежащую в основе ожирения и связанных с ним сопутствующих заболеваний в этой группе операцией выбора должно быть шунтирование желудка с гастроэноанастомозом. | Степень В |
| - Использование расширителей пищевода | |
| 19. Применение бужа для пищевода во время проведения лапароскопической фундопликации рекомендуется, так как | Степень В |

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

9

| | |
|---|------------------|
| - и увеличить эффективность процедуры, выбрав тотальную фундопликацию. | Степень С |
| - или длинную (по меньшей мере 3 см) заднюю фундопликацию. | Степень С |
| Другие технические аспекты, которые могут влиять на исходы: | |
| - Отделение коротких сосудов желудка | |
| 12. Когда дно можно обернуть вокруг пищевода без значительного натяжения, нет необходимости в отделении коротких сосудов. | Степень А |
| 13. Отделение сосудов должно проводиться, когда фундопликацию невозможно провести без натяжения. | Степень В |
| 14. Для минимизации натяжения необходимо рекомендуется рутинное отделение коротких сосудов желудка. | Степень С |
| - Ушивание пищевода (хиатопластика) | |
| 15. Хиатопластика рекомендуется во время фундопликации, когда пищеводный хиатус большой и укрепление его сеткой необходимо для снижения частоты грыж. | Степень В |
| 16. Переднее закрытие ножки (крупорофия) может быть связано с меньшей послеоперационной дисфагией, но требуются дополнительные данные, | Степень С |

8

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

| | |
|--|------------------|
| чтобы обеспечить точность рекомендации. | |
| - Использование роботизированной хирургии | |
| 17. Несмотря на безопасность и эффективность использования роботизированной хирургии, большие затраты на проведение фундопликации этим методом в сравнении с обычной лапароскопией и практически схожие краткосрочные исходы делают его менее применимым в качестве начального варианта для лечения. | Степень В |
| - Применение антирефлюксной операции у пациентов с ожирением. | |
| 18. В связи с возможными негативными рисками после фундопликации у пациентов с ожирением (индекс массы тела более 35кг/м ²), и неспособностью фундопликации решить проблему, лежащую в основе ожирения и связанных с ним сопутствующих заболеваний в этой группе операцией выбора должно быть шунтирование желудка с гастроэноанастомозом. | Степень В |
| - Использование расширителей пищевода | |
| 19. Применение бужа для пищевода во время проведения лапароскопической фундопликации рекомендуется, так как | Степень В |

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

9