Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K44.0, K44.1, K44.9 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — перемещение абдоминального отдела пищевода, кардии, части или всего желудка и иногда других органов через расширенное отверстие диафрагмы в грудную полость. Рекомендация охватывает диагностику, выбор хирургической тактики при разных типах грыжи, послеоперационную реабилитацию и наблюдение.

Главное

- По современной анатомической классификации выделяют четыре типа: I — скользящая грыжа со смещением гастроэзофагеального перехода; II — параэзофагеальная; III — сочетание I и II; IV — тип III с перемещением других органов брюшной полости.
- ГПОД часто протекает бессимптомно; типичные проявления — изжога, жгучая боль после еды и в горизонтальном положении, регургитация, отрыжка. Острые дисфагия и интенсивная боль могут указывать на ущемление параэзофагеальной грыжи.
- Диагноз подтверждают рентгеноскопией пищевода и желудка, ЭГДС или КТ; основным методом при подозрении на ГПОД считается рентгеноскопия с барием, а ЭГДС выполняют всем пациентам с подозрением или установленной грыжей.
- Консервативного лечения самой ГПОД не существует: медикаментозная терапия направлена на сопутствующую ГЭРБ и ее осложнения.
- При ГПОД I типа операцию не выполняют при отсутствии осложнений ГЭРБ; показаниями являются осложнения ГЭРБ, отсутствие эффекта от ее консервативного лечения в течение 6 месяцев или отказ пациента от длительной консервативной терапии.
- ГПОД II–IV типов обычно лечат хирургически в плановом порядке, однако в отдельных случаях параэзофагеальной грыжи допустима тактика наблюдения с учетом операционного риска; риск ущемления в литературе указан как 1,4%. УУР С, УДД 5.
- После операции контроль хирурга проводят через 3 и 12 месяцев, затем не реже одного раза в год в течение 3 лет; рентгеноскопию с барием — через 3 и 12 месяцев, далее только при подозрении на рецидив. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: отдельно оценить симптомы рефлюкса и признаки смещения органов в средостение — регургитацию пищи, постпрандиальную боль, загрудинное сдавление, респираторные симптомы, кровотечение и анемию. УУР В, УДД 2.
2. Провести осмотр, перкуссию, пальпацию и аускультацию грудной и брюшной полостей с обязательной оценкой нутритивного статуса и осложнений. УУР С, УДД 5.
3. При неосложненной ГПОД лабораторные тесты диагностического значения не имеют; их объем определяют при подготовке к операции с учетом сопутствующих заболеваний, анестезии и планируемого вмешательства.
4. Выполнить рентгеноскопию пищевода и желудка с барием: она уточняет размер и тип грыжи, нарушения моторики, стриктуру или стеноз, а также наличие и степень короткого пищевода. УУР В, УДД 2.
5. Выполнить ЭГДС для оценки пищеводно-желудочного перехода, ГЭРБ и ее тяжести, пищевода Барретта, язвы Камерона и подозрительных на злокачественность поражений. УУР В, УДД 2.
6. КТ грудной клетки вместе с КТ брюшной полости показана при гигантской грыже, подозрении на ущемление, неясной клинической ситуации и для поиска сопутствующей патологии. УУР В, УДД 2.
7. Перед антирефлюксной операцией при ГПОД I типа выполнить суточную внутрипищеводную pH-метрию и манометрию высокого разрешения для количественной оценки рефлюкса и исключения нарушений моторики, включая ахалазию. УУР В, УДД 1.

Лечение

- Специфической консервативной терапии ГПОД нет; лечат сопутствующую ГЭРБ и рефлюкс-эзофагит.
- При ГПОД I типа без осложнений ГЭРБ операцию не проводят. Операция показана при осложнениях ГЭРБ, неэффективности консервативного лечения в течение 6 месяцев либо отказе пациента от длительной медикаментозной терапии. УУР B, УДД 1 — при отсутствии осложнений; УУР C, УДД 5 — при наличии показаний.
- При симптоматических ГПОД II, III и IV типов выполняют плановое хирургическое лечение; его цель — вернуть желудок в брюшную полость и скорректировать смещение органов, независимо от наличия ГЭРБ. УУР C, УДД 5.
- Предпочтителен лапароскопический доступ. Лапаротомию используют в экстренных ситуациях, при интраоперационных осложнениях, перитоните или некрозе желудка. УУР C, УДД 4 и УУР C, УДД 5 соответственно.
- Во время операции необходимо сохранить передний и задний стволы блуждающего нерва, мобилизовать грыжевой мешок и полностью или частично удалить его из средостения. УУР B, УДД 2 и УУР C, УДД 4.
- После устранения грыжи и пластики пищеводного отверстия при любом типе ГПОД выполняют фундопликацию; гастропексия не должна быть самостоятельной операцией и может использоваться только как дополнение. УУР A, УДД 1 и УУР C, УДД 5.
- Сетчатый имплант при ГПОД II–IV типов выбирают индивидуально; при дефекте более 5 см его применение рекомендуется. При антирефлюксной операции у пациентов с ГПОД I типа рутинная аллопластика не рекомендуется. УУР A, УДД 1 и УУР B, УДД 2.
- После операции в день вмешательства соблюдают голодание; с первых суток и в течение 2 месяцев назначают щадящую диету, в первые сутки проводят раннюю мобилизацию, дыхательную гимнастику и медленную ходьбу. Подъем тяжестей ограничивают на 6 месяцев. УУР C, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Направить пациента к хирургу при подозрении или выявлении ГПОД; при невозможности лечения на первичном уровне — в организацию специализированной хирургической помощи.
- Плановая госпитализация показана при ГПОД II, III или IV типа, рецидиве, а также при ГПОД I типа с осложнениями ГЭРБ, неэффективностью ее лечения в течение 6 месяцев или отказом от длительной консервативной терапии.
- Экстренно госпитализировать пациента при ущемленной ГПОД для выполнения неотложной операции.
- Плановые операции целесообразно проводить в хирургических или торакальных отделениях третьего уровня; сложные, рецидивные ГПОД и случаи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями — в организациях третьего уровня или специализированных федеральных центрах.

Частые вопросы

Какие исследования нужны для подтверждения ГПОД?

Диагноз устанавливают по рентгеноскопии пищевода и желудка, ЭГДС или КТ. Основным методом считают рентгеноскопию с барием; ЭГДС выполняют всем пациентам с подозрением или установленной ГПОД.

Нужно ли выполнять ЭГДС при уже подтвержденной ГПОД?

Да. ЭГДС нужна для оценки ГЭРБ, пищевода Барретта, язвы Камерона и исключения онкологического заболевания. УУР B, УДД 2.

Есть ли консервативное лечение самой грыжи?

Нет, консервативного лечения ГПОД не существует. Медикаментозная терапия направлена на ГЭРБ и ее осложнения, прежде всего рефлюкс-эзофагит.

Когда оперировать ГПОД I типа?

При осложнениях ГЭРБ, отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 6 месяцев или отказе пациента от длительной консервативной терапии. При ГПОД I типа без осложнений ГЭРБ операция не рекомендуется.

Когда при ГПОД нужна сетка и обязательна ли фундопликация?

При ГПОД II–IV типов сетчатый имплант выбирают индивидуально, а при дефекте более 5 см его применение рекомендуется; при ГПОД I типа рутинная аллопластика не нужна. После устранения любой ГПОД и пластики отверстия выполняют фундопликацию. УУР А, УДД 1 — для фундопликации; УУР А, УДД 1 — для сетки при дефекте более 5 см.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/849-gryzha-pishchevodnogo-otverstiya-diafragmy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/849_1