

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2013

УДК 616.26-007.43(075.8)
ББК 54.17 я73
Д44

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 03.10.2012 г., протокол № 1

А в т о р ы: В. Е. Корик, А. Л. Попченко, С. И. Перепелица, А. С. Жидков

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. 2-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета С. И. Третьяк; д-р мед. наук, проф., зав. каф. хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования А. В. Воробей

Диафрагмальные грыжи : учеб.-метод. пособие / В. Е. Корик [и др.]. – Минск : Д44 БГМУ, 2013. – 20 с.

ISBN 978-985-528-741-5.

Рассмотрены основы клиники и диагностики диафрагмальных грыж, представлены показания к оперативному лечению и его принципы.

Предназначено для курсантов и слушателей 5–6-го курсов военно-медицинского факультета, врачей-интернов, врачей-ординаторов.

УДК 616.26-007.43(075.8)
ББК 54.17 я73

ISBN 978-985-528-741-5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2013

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 7 ч.

Диафрагмальные грыжи составляют около 2 % грыж всех локализаций. Их диагностика в достаточной степени специфична и затруднена, особенно на догоспитальном этапе. Зачастую это приводит к запоздалым операциям, что чревато увеличением числа послеоперационных осложнений и летальных случаев.

Цель занятия: получить теоретические знания и приобрести практические навыки в вопросах диагностики диафрагмальных грыж, ознакомиться с основными способами оперативного лечения.

Задачи занятия:

1. Закрепить знания по нормальной и топографической анатомии диафрагмы.

2. Приобрести навыки оценки результатов клинического, рентгенологического, ультразвукового, лабораторных методов исследования больных с различными видами диафрагмальных грыж.

3. Освоить классификацию диафрагмальных грыж.

4. Узнать клинические проявления хирургических осложнений основных видов диафрагмальных грыж.

5. Изучить методы консервативного и оперативного лечения диафрагмальных грыж. Усвоить основные показания к операциям и особенности их проведения.

Требования к исходному уровню знаний. Для усвоения темы необходимо повторить:

– из курса нормальной анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии: строение диафрагмы, взаиморасположения естественных отверстий диафрагмы и ее слабых мест;

– нормальной и патологической физиологии: основные функции диафрагмы, причины повышения внутрибрюшного давления, причины нарушения функции кардиального жома.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомическое строение пищевода.

2. Физиология пищевода.

3. Этиопатогенез рефлюкс-эзофагита.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Общая характеристика диафрагмальных грыж.

2. Классификация диафрагмальных грыж.

3. Основные клинические симптомы диафрагмальных грыж.

4. Диагностика диафрагмальных грыж.

5. Основные виды хирургических вмешательств при диафрагмальных грыжах.
6. Принципы консервативного лечения.
7. Показания к оперативному лечению.
8. Осложнения диафрагмальных грыж.
9. Основной принцип операции Allison.
10. Основные осложнения в послеоперационном периоде.

ВВЕДЕНИЕ

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы представляют собой смещение желудка и других органов из брюшной полости в грудную через расширенное пищеводное отверстие. Патология впервые описана Morgagni в 1769 г. Заболевание встречается довольно часто. Его обнаруживают у 2–16 % лиц, страдающих желудочно-кишечными расстройствами, и у 5–15 % больных, подвергшихся рентгенологическому обследованию по поводу заболевания пищеварительного тракта (Е. М. Каган, 1968; Jonson и соавт., 1969). В пожилом возрасте частота заболевания достигает 50 % (Stein, Finkelstein, 1960). Болеют преимущественно женщины в возрасте старше 50 лет.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Основу всех современных классификаций составляет классификация Akerlud (1926) и Sealy (1961). Авторы выделили три основных типа грыж пищеводного отверстия диафрагмы:

1. **Скользящую грыжу.** Встречается почти у 90 % больных с грыжами пищеводного отверстия. В этом случае кардия лежит выше пищеводного отверстия диафрагмы, в связи с чем изменяется соотношение между пищеводом и желудком, резко нарушается замыкательная функция кардии.

2. **Параэзофагеальную грыжу.** Отмечается приблизительно у 5 % больных. Характеризуется тем, что кардия не изменяет своего положения, а через расширенное отверстие выходят дно и большая кривизна желудка.

3. **Короткий пищевод.** Как самостоятельное заболевание встречается редко и представляет собой аномалию развития. Обычно наблюдается в сочетании со скользящей грыжей и является следствием спазма, воспалительных изменений и рубцовых процессов в стенке пищевода.

СКОЛЬЗЯЩАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Этиология и патогенез. Появлению скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы способствуют изменения строения структур, образующих пищеводное отверстие, повышение внутрибрюшного давления, ожирение.

При изменении конфигурации формирующих пищеводное отверстие ножек диафрагмы в нем образуются слабые участки, преимущественно по задней полуокружности. Внедряющиеся в них ткани или органы не встречают достаточного сопротивления, и происходит постепенное расширение пищеводного отверстия, его мышечных и соединительно-тканых структур. Фиксирующие структуры (пищеводно-диафрагмальная мембрана, желудочно-печеночная и желудочно-диафрагмальные связки) могут быть врожденно ослабленными либо подвергаться возрастным инволюционным изменениям и легко растягиваться, надрываться. Подобные изменения в соединительнотканых структурах возникают вследствие плохого питания, тяжелых заболеваний.

Определенную роль в образовании грыжи пищеводного отверстия диафрагмы играет повышенное внутрибрюшное давление, наблюдающееся при ожирении, беременности (у 18 % повторно беременных находят грыжу пищеводного отверстия диафрагмы), асците, длительном кашле, хронических заболеваниях легких, рвоте, поднятии тяжестей.

Ожирение, кроме повышения внутрибрюшного давления, способствует отложению жира в забрюшинном пространстве позади пищеводно-желудочного соединения, что приводит к расширению этой зоны.

Большое значение придают также ослаблению и растяжению пищеводно-диафрагмальной мембраны, которая у здорового человека препятствует смещению кардии вверх.

При повышении внутрибрюшного давления увеличиваются размеры пищеводного отверстия, через которое кардия смещается в грудную полость, укорачивается брюшная часть пищевода, выпрямляется угол Гиса. Перемещению кардии способствует отрицательное давление в грудной полости, пищеводно-диафрагмальная связка растягивается, возрастает боковая тяга на стенке пищевода, изменяется функция нижнего пищеводного сфинктера. В результате этого резко нарушается замыкательная функция кардии, создаются благоприятные условия для забрасывания желудочного содержимого в пищевод и возникновения рефлюкс-эзофагита. Вместе с тем возникающие в результате пептического эзофагита спастические сокращения пищевода или его рубцовое укорочение способствуют увеличению фиксации грыжи пищеводного отверстия. Таким

образом, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит взаимно отягощают друг друга.

Клиническая картина. Клиническая симптоматика скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы обусловлена недостаточностью аппарата кардии и возникающим вследствие этого желудочно-пищеводным рефлюксом и пептическим эзофагитом.

Основными симптомами являются боль, регургитация, изжога, дисфагия, анемия. Наиболее частый и мучительный симптом — боль. Она обычно локализуется в нижней трети грудины, в области мечевидного отростка и отдает в спину, левое плечо, левую руку. Периодичность, интенсивность и продолжительность боли у одного и того же пациента различны. У ряда больных ее трудно отличить от боли при стенокардии или инфаркте миокарда, и лишь электрокардиограмма позволяет дифференцировать эти заболевания. Однако в ряде случаев грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать спазм венечных сосудов с последующим развитием морфологических изменений в мышце сердца. Bergman (1932) описал эпифренальный синдром, характеризующийся загрудинной болью, нарушением сердечного ритма, вызванный сдавлением стволов блуждающих нервов в пищеводном отверстии диафрагмы желудком, выходящим в грудную полость.

Обычно боль появляется после поднятия тяжести, при наклоне туловища вперед (симптом «шнурков», по определению французских авторов), а также под воздействием других факторов, способствующих повышению внутрибрюшного давления. У многих пациентов боль усиливается после еды, в горизонтальном положении, ночью. В. Х. Василенко и А. А. Гребенев (1978) ведущими моментами в возникновении боли считают пептический фактор, мышечную дискинезию (эзофагоспазм) и растяжение стенок пищевода при желудочно-пищеводном рефлюксе. Н. Н. Каншин (1963) считает, что возникновение боли при грыже пищеводного отверстия диафрагмы связано с натяжением правого блуждающего нерва и его чревной ветви, идущей к чревному сплетению.

Следствием недостаточности замыкательной функции кардии является забрасывание кислого желудочного содержимого в пищевод и изжога. Последняя носит упорный и мучительный характер и так же, как боль, чаще возникает в горизонтальном положении больного. Изжога уменьшается после еды, приема молочных продуктов, масла и усиливается после употребления острой пищи. У некоторых больных проглоченная пища возвращается в полость рта без рвотных движений.

Дисфагия в начальных стадиях заболевания обычно возникает в результате спазма нижнего сегмента пищевода, а в поздних стадиях — вследствие образования пептических стриктур пищевода.

Особым симптомом является эпизодическая афагия, отмеченная Rostlethwait (1979) у 17,5 % больных. Она возникает внезапно, вызывается приемом пищи и питьем жидкости. Во время приступа больной полностью не может глотать. Приступ может длиться несколько часов. Отмечается боль, образуется значительное количество слизи. Афагия прекращается внезапно или же уменьшается постепенно.

Длительная регургитация желудочного содержимого приводит к возникновению пептического эзофагита, который в свою очередь способствует образованию эрозий и язв пищевода.

Кровотечение с последующим развитием анемии встречается у 15–20 % больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Чаще кровотечение бывает скрытым, и единственным проявлением заболевания является прогрессирующая анемия. Источниками кровотечения обычно служат эрозии и язвы пищевода и желудка.

Данные о частоте различных симптомов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (Urschel, Paulson, 1967) представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота симптомов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Симптом	Частота, %	Симптом	Частота, %
Ухудшение состояния в горизонтальном положении	88	Одышка, кровотечение	13
Сердцебиение	83	Боль в плече, руке	8
Кашель	47	Боль по типу стенокардии	5
Дисфагия	40	Боль в шее, ушах	3
Тошнота, рвота	21	Регургитация	23
Боль в спине	16	Бронхит	35
Лихорадка	16	Астматические приступы	16
Кровохарканье	13	Пневмония	16

У ряда больных во время сна желудочное содержимое попадает в дыхательные пути, вызывая различные легочные осложнения, которые Paulson (1973) отметил у 60 % больных с гастроэзофагиальным рефлюксом. К ним относятся кашель, бронхит, астматический бронхит, пневмония, кровохарканье, одышка. Описаны случаи развития диффузного легочного фиброза (Mays и соавт., 1976).

К редким осложнениям грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относится инвагинация пищевода в желудок, впервые описанная Sarasin и Hoch (1951). В клинически выраженных случаях при инвагинации пищевода отмечаются приступы боли в надчревной области, дисфагия, усиленное слюноотделение. У многих больных грыжа пищеводного отверстия диафрагмы сочетается с желчнокаменной болезнью, язвой двенадцатиперстной кишки и др. Все это обуславливает пеструю клиническую картину и значительные диагностические трудности.

ПАРАЗОФАГЕАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

Параэзофагеальная грыжа является более редкой патологией, чем скользящая грыжа. По данным Postlethwait (1979), она составляет 15 % всех случаев грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

В этом случае пищеводно-желудочное соединение располагается под диафрагмой, пищеводно-диафрагмальная связка хорошо выражена и не растянута. Дно желудка и большая кривизна желудка смещаются в грудную полость через расширенное отверстие пищевода. Содержимое параэзофагеальной грыжи со всех сторон покрыто брюшиной, т. е. имеется грыжевой мешок. Иногда грыжевое выпячивание располагается не рядом с пищеводом, а отделено от него фиброзно-мышечными волокнами. При увеличении размеров грыжи может сместиться в средостение кардия. В таких случаях говорят о комбинированной грыже. Кроме желудка, содержимым грыжевого мешка могут быть тонкая и толстая кишка, сальник и селезенка. При бессимптомном течении параэзофагеальная грыжа может быть случайно диагностирована во время рентгенологического исследования. В клинически выраженных случаях параэзофагеальная грыжа проявляется симптомами сдавления или ущемления выпавших органов. Диагностика не представляет больших затруднений. При обзорной рентгеноскопии отмечается внутригрудное расположение газового пузыря желудка. Исследование желудка и кишечника с помощью контрастного вещества позволяет точно определить содержимое грыжевого мешка.

Ввиду опасности увеличения грыжи и угрозы ущемления, параэзофагеальные грыжи подлежат оперативному вмешательству. Операция заключается в ушивании грыжевых ворот. Кроме того, при больших и комбинированных грыжах выполняют фундопликацию по Ниссену.

КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД

Короткий пищевод может быть врожденным и приобретенным. Врожденный представляет собой аномалию развития, при которой происходит задержка опускания желудка в брюшную полость. При этом часть желудка располагается в грудной полости и лишена брюшинного покрова; ее кровоснабжение осуществляется сосудами, отходящими непосредственно от аорты. Olson и Harrington (1948) наблюдали врожденный короткий пищевод у 9 (4 %) из 220 больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Приобретенный короткий пищевод является следствием тяжелого пептического эзофагита. Н. Н. Каншин и В. И. Чиссов (1969) обнаружили

врожденное укорочение пищевода у 10 % больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Авторы различают две степени заболевания: при I степени кардия фиксирована на 4 см выше диафрагмы, при II степени укорочение пищевода выражено больше. Окончательный дифференциальный диагноз возможен лишь на операции. Клинически короткий пищевод проявляется симптомами тяжелого рефлюкс-эзофагита. Оперативное лечение связано с трудностями низведения желудка в брюшную полость.

ДИАГНОСТИКА

Основным методом диагностики, наряду с клиническими данными, является рентгенологическое исследование. При больших фиксированных грыжах уже при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости можно на фоне тени сердца наблюдать просветление и горизонтальный уровень жидкости. Особенно хорошо виден газовый пузырь с горизонтальным уровнем жидкости в боковой проекции. Исследование с контрастным веществом позволяет окончательно обнаружить часть желудка с типичными складками слизистой оболочки, расположенную над диафрагмой. При этом также отмечается зияние кардиального отверстия с забрасыванием контрастного вещества в пищевод. Особенно хорошо заметно перемещение желудка выше уровня диафрагмы. Недостаточность кардии определяется в положении Тренделенбурга с дозированной компрессией живота. Этот прием обязателен при диагностике небольших нефиксированных грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

К косвенным рентгенологическим признакам относятся уменьшение или исчезновение газового пузыря желудка, удлинение и дугообразное искривление наддиафрагмального отдела пищевода. Отмечаются также проявление рефлюкс-эзофагита, гипокинезия и эзофагоспазм. Наличие в наддиафрагмальном отделе пищевода более четырех складок слизистой оболочки указывает на их принадлежность к слизистой оболочке желудка. Для выявления рефлюкса В. Х. Василенко и А. Л. Гребнев (1978) рекомендуют вводить холинолитические и миотропные спазмолитические средства (атропина сульфат и метицин), что приводит к увеличению недостаточности кардии.

При инвагинации пищевода наблюдается рентгенологический симптом «воротничка», описанный Г. И. Вайнштейном (1963). Стенки желудка, окружающие пищевод, напоминают воротничок, надетый на шею. Эзофагоскопия позволяет не только точно установить диагноз, но и обнаружить некоторые детали, недоступные при рентгенологическом исследовании. При эзофагоскопии пищеводно-желудочное соединение об-

наруживается выше диафрагмы, диагностируется недостаточность замыкательного аппарата кардии, затекание желудочного содержимого в пищевод. Слизистая оболочка нижней трети пищевода отечна, воспалена, покрыта поверхностными эрозиями. При наличии пептической стриктуры отмечается сужение просвета и укорочение пищевода вследствие спазма и рубцевания его стенки. Диагноз грыжи пищеводного отверстия диафрагмы подтверждается также данными эзофагоманометрии, при которой определяется смещение зоны повышенного давления вверх от уровня диафрагмы. Для выявления желудочно-пищеводного рефлюкса применяют все описанные пробы. Как правило, чем более выражены результаты проб, тем тяжелее явления эзофагита.

ЛЕЧЕНИЕ

При небольших бессимптомных грыжах лечение не показано. В случае грыж, вызывающих незначительные жалобы больного, рекомендуется консервативное лечение, направленное на снижение внутрибрюшного давления, устранение запоров, длительного кашля, и борьба с ожирением. Назначают средства для уменьшения желудочно-пищеводного рефлюкса, подавления кислотно-пептического фактора желудочного сока, устранения эзофагита и нарушений моторики пищевода. Противопоказаны: курение, тяжелая физическая нагрузка, ношение тугих поясов, бандажей, повышающих внутрибрюшное давление. Больному необходимо спать с приподнятым головным концом кровати. Рекомендуется дробное питание. Диета должна быть механически, химически и термически щадящей. Последний раз больному следует принимать пищу за 3–4 ч до сна.

Медикаментозная терапия заключается в приеме антацидных (альмагель, гефал, маалокс и др.), вяжущих (висмута нитрат, винилин) средств. Широко применяют комбинации указанных препаратов с учетом тяжести рефлюкс-эзофагита, сопутствующих заболеваний. При нарушении моторики пищевода и желудка используются спазмолитические (папаверина гидрохлорид, но-шпа), холинолитические (атропина сульфат, платифиллина гидротартрат) средства, а также метоклопрамид. В комплекс лечения включают анаболические гормоны, метаболические активаторы (метилурацил, пентоксил и др.), витаминные препараты. Дополнительно применяют физиотерапевтические процедуры (воротник по Щербакову, электрофорез с новокаином).

Хирургическое лечение показано при наличии больших грыж, не поддающихся консервативному лечению, пептическом болевом эзофагите с явлениями стенокардии, выраженной дисфагии, кровотечении, пептической стриктуре пищевода, выраженной регургитации и легочных

осложнениях.

Первые операции по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выполнили Стоянов (1901) и Don (1908). При операциях по поводу скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы используют абдоминальный и чресплевральный доступы. Абдоминальный доступ применяют у пожилых больных, а также в тех случаях, когда имеется сопутствующая патология со стороны органов брюшной полости (язвенная болезнь, камни желчного пузыря и др.). К его недостаткам следует отнести большую глубину операционной раны, что затрудняет обнажение ножек диафрагмы и наложение на них швов. Чресплевральный доступ показан относительно молодым, а также тучным больным. Он обеспечивает большую свободу манипуляций, дает возможность достаточно мобилизовать, низвести в брюшную полость пищевод, восстановить пищеводное отверстие диафрагмы. Вместе с тем при этом доступе затруднена ревизия органов брюшной полости.

Большое количество оперативных приемов, применяющихся при хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы, можно разделить на следующие группы:

- 1) сужение пищеводного отверстия диафрагмы и укрепление пищевода-диафрагмальной связки;
- 2) гастрокардиопексия;
- 3) воссоздание угла Гиса;
- 4) фундопликация.

Наиболее распространены в настоящее время операции Хилла, Ниссена и Белей. Общим для них является укрепление пищеводного сфинктерного механизма и восстановление клапанного механизма. Как показали исследования Hendersona и соавт. (1947), наиболее эффективно сфинктерный механизм пищевода функционирует при длине брюшной части пищевода 2,5–4 см. Усиление сфинктера обеспечивается круговым окутыванием дистального отдела пищевода верхней частью желудка. По мнению Siewert и соавт. (1974), создаваемая при этом манжетка оказывает не только механическое действие на сфинктерную зону. Мышцы дна желудка чувствительны к гормональным влияниям, и их тонус возрастает при действии пентагастрина, что имеет определенное значение в положительном антирефлюксном эффекте фундопликации.

Одной из первых операций, предложенных для лечения скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, была операция Allison (1951). В настоящее время ее применяют реже, преимущественно в виде различных модификаций.

Allison придавал большое значение осуществлению замыкательной функции кардии правой ножкой диафрагмы и функции пищеводно-

диафрагмальной связки. Операция, разработанная им, направлена на укрепление этих образований

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ALLISON

Производят левостороннюю торакотомию по седьмому-восьмому межреберью. Отделяют легкое от медиастинальной плевры. Последнюю рассекают над пищеводом и продлевают разрез на грыжевое выпячивание. Пищевод выделяют из окружающих тканей до уровня нижней легочной вены. Обнажают ножки диафрагмы и накладывают 3–5 провизорных швов. В верхний шов захватывают и стенку пищевода. На расстоянии 3 см от края пищеводного отверстия рассекают диафрагму и вскрывают брюшную полость. Пальцами, введенными через разрез в брюшную полость, выпячивают в грудную полость пищеводно-диафрагмальную связку. Отступя 1 см от пищевода, рассекают связку, иссекают ее избыток, производят тщательный гемостаз. Остатки пищеводно-диафрагмальной связки на пищеводе подшивают П-образными швами к краям пищеводного отверстия диафрагмы, в результате чего пищеводно-диафрагмальная связка фиксируется к нижней поверхности диафрагмы. После этого завязывают наложенные на ножки швы и суживают пищеводное отверстие диафрагмы так, чтобы оно могло пропускать кончик пальца. Ушивают отверстие в диафрагме, дренируют и ушивают плевральную полость.

В последующем были предложены различные модификации этой операции. Они в основном касаются способа фиксации пищеводно-диафрагмальной связки. Brain и Maynard (1968) считают, что при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы пищеводно-диафрагмальная связка резко растянута и ослаблена. В связи с этим используют лоскут широкой фасции бедра, который фиксируют вокруг пищевода к ножкам диафрагмы. К краям укрепленного таким образом пищеводного отверстия диафрагмы подшивают остатки пищеводно-диафрагмальной связки. После этого суживают пищеводное отверстие диафрагмы.

Для укрепления пищеводного отверстия Poilleux (1958) рассекает диафрагму кпереди от пищевода, выкраивает из нее лоскут, который проводит вокруг пищевода, подшивает к диафрагме и ушивает в ней отверстие. Б. В. Петровский (1962) после ушивания пищеводного отверстия окутывает пищевод лоскутом из диафрагмы, создавая своего рода жом для предупреждения рефлюкса. Maurer и Keirle (1962), сшивая ножки, для большей прочности захватывают в шов позвоночную фасцию.

Операцию Allison можно выполнить и из абдоминального доступа. Накладывают швы на ножки и подшивают остатки пищеводно-диафрагмальной мембраны к краям пищеводного отверстия диафрагмы, восстанавливая угол Гиса.

После операции Allison у 10 % больных отмечаются рецидивы грыж, у 25 % сохраняются явления рефлюкса. В связи с этим в настоящее время эту операцию в самостоятельном виде применяют редко, она является составной частью более сложных операций.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Послеоперационная дисфагия может быть обусловлена механической причиной (сужение пищевода швами) или нейромышечными нарушениями функции нижней трети грудной части пищевода. При накладывании швов на ножки диафрагмы следует помнить, что после завязывания швов палец хирурга должен легко проходить через пищеводное отверстие. Дисфагия чаще встречается после фундопликации по Ниссену, что обусловлено сдавлением пищевода желудочной манжетой.

В первые дни после операции многие больные отмечают замедление прохождения пищи. Наблюдается также нарушение глотания плотной пищи. Неприятные ощущения обычно проходят через 1–2 месяца после операции. Больному рекомендуют тщательно пережевывать пищу, не употреблять острые блюда. В тяжелых случаях прибегают к бужированию.

Синдром порочной фундопликации. Больные отмечают увеличение живота, ощущение переполнения желудка, быстрое насыщение, метеоризм. Симптоматика менее выражена у больных, способных срыгивать. Как известно, эффективные антирефлюксные операции ограничивают способности пациента к срыгиванию и рвоте, что усугубляет симптомы, вызванные скопившимся газом. Больного следует предупредить о том, что он не сможет рвать и что при возникновении тошноты и позывов на рвоту он должен немедленно обратиться к врачу. В подобных случаях рекомендуется применение трансназального зонда, парентеральное введение жидкостей, назначение седативных препаратов.

О возможности этого осложнения необходимо помнить во время выполнения операции. Регургитация зависит от размеров брюшной части пищевода. Если ее длина превышает 4 см, затруднения при срыгивании и рвоте возрастают. Чаще всего синдром вздутия отмечается после фундопликации по Ниссену.

Послеоперационное расширение желудка. У некоторых больных в ранний послеоперационный период скапливается большое количество газа в желудке, сопровождающееся тахикардией, одышкой, снижением артериального давления. Резкое расширение желудка вызывает натяжение швов и способствует их прорезыванию и рецидиву заболевания. Необходимо тщательное наблюдение и введение по показаниям желудочного зонда.

Повреждение блуждающих нервов. Частичное повреждение или сдавление блуждающих нервов у некоторых больных вызывает задержку пищи в желудке и его расширение. В большинстве случаев эти явления самостоятельно проходят в течение 2 месяцев после операции и не требуют лечения. Если стаз сохраняется, выполняют пилоропластику.

Рецидив рефлюкса или грыжи. Вероятность рецидива уменьшается при тщательном соблюдении техники операции. Достаточная мобилизация пищевода обеспечивает соответствующую длину брюшной его части. Швы надо накладывать тщательно. Подготовка к операции включает антацидную терапию и возвышенное положение в кровати в течение 2 недель.

Перфорация пищевода или желудка возможна во время эзофагоскопии или бужирования. Ушивание по возможности следует сочетать с антирефлюксной операцией и устранением сужения. Повреждение пищевода и желудка возможно при глубоком наложении швов. При своевременной диагностике швы снимают и рану ушивают. При запоздалой диагностике требуется повторное вмешательство.

Кровотечение. При абдоминальных операциях возможно повреждение селезенки. Для уменьшения этого осложнения рекомендуют перевязывать 1–2 короткие желудочные артерии.

Рецидив стриктуры. Если стриктура легко поддается бужированию до операции, резекция суженного участка излишня. Производят интраоперационное бужирование и антирефлюксную операцию. При бужирующейся стриктуре показана резекция суженного участка.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

К осложнениям скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы относятся:

- пептическая язва пищевода;
- пищевод Баррета;
- язва грыжевой части желудка;
- кольцо Schatzki;
- панмуральный эзофагит;
- пептическая стриктура пищевода.

По существу, все эти осложнения являются результатом **рефлюкс-эзофагита**, под которым понимают воспалительный процесс в пищеводе, развивающийся вследствие заброса в него желудочного или кишечного содержимого. В 90 % случаев (Rosetti и соавт., 1971) рефлюкс вызывается скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Кроме того, его возникновению способствует первичная и вторичная недостаточность нижнего сфинктера пищевода. Последняя обычно наблюдается при про-

должительной рвоте, длительном зондировании желудка, удлинении или разрушении сфинктера. Развитие рефлюкса обуславливают оперативные вмешательства на пищеводе и желудке, которые сопровождаются травмой или удалением последнего, натяжением связочного аппарата желудка, выпрямлением угла Гиса. Особенно это касается обширных резекций желудка с гастродуоденальным анастомозом по Бильрот-1. Способствующими факторами также могут быть варикозное расширение вен пищевода, склеродермия, опухоли, химические ожоги пищевода.

Как самостоятельное заболевание рефлюкс-эзофагит был выделен Quinke (1879). В отечественной литературе эту патологию впервые описал В. С. Розенберг (1892). Много работал над решением этой проблемы Allison (1946, 1951, 1956), который и предложил термин «рефлюкс-эзофагит». Автор подчеркнул связь заболевания с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Как показали исследования Ismail-Beigi и соавт. (1970–1974), при рефлюкс-эзофагите наблюдается характерное изменение многослойного плоского эпителия пищевода — утолщение базального слоя за счет потери поверхностных слоев эпителия под влиянием желудочно-кишечных соков.

В выраженных стадиях возникают язвы пищевода, располагающиеся преимущественно продольно, соответственно ходу складок слизистой оболочки, чаще на задней стенке. Язвы могут проникать через все слои пищевода, пенетрируя в соседние органы. В хронических случаях заболевания язвы чередуются с островками регенерирующего эпителия, стенка пищевода утолщена, рубцово изменена, циркулярно сужена и укорочена по длиннику. Skinner и Belsei (1967) различают **четыре степени тяжести рефлюкс-эзофагита:**

- I — гиперемия и отечность слизистой оболочки пищевода;
- II — наличие поверхностных язв и фиброзных наложений на слизистой оболочке пищевода;
- III — хронические язвы на слизистой оболочке пищевода, фиброз и укорочение пищевода;
- IV — прогрессирующий фиброз, сопровождающийся сужением пищевода, образованием пенетрирующих язв пищевода.

Пептическая язва пищевода встречается у 3–7 % больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Она образуется вследствие забрасывания в пищевод кислого желудочного содержимого. Нередко пептическая язва пищевода сочетается с язвой двенадцатиперстной кишки, особенно стенозирующей. К характерным жалобам больных относится сильная загрудинная боль, нередко иррадиирующая в область сердца и межлопаточную область. Боль обычно связана с приемом пищи. Отмечается изжога, появляющаяся или усиливающаяся в горизонтальном поло-

жении, особенно во время сна. Отек слизистой оболочки, спазм, рубцовое сужение пищевода приводят к дисфагии. Реже наблюдаются кровотечения, рвота, потеря массы тела. Рентгенологическая и эндоскопическая диагностика нередко затруднена из-за сужения, которое возникает в зоне язвы. Язва обычно располагается на задней стенке в зоне пищеводно-желудочного соединения. Консервативное лечение включает весь комплекс мероприятий, применяемых при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. При отсутствии эффекта показано оперативное лечение из-за склонности язв пищевода к пенетрации и малигнизации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Больные диафрагмальными грыжами должны получать полноценное комплексное лечение. Знание вопросов клиники, диагностики и лечения данной патологии врачами общей практики, хирургами позволяет сократить количество осложнений заболевания, своевременно ставить показания к оперативному лечению. Правильно и в полном объеме произведенная операция является залогом удовлетворительных результатов.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациентка А., 62 года, поступила с жалобами на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, отрыжку кислым, тошноту. Ранее не обследовалась, хотя болеет в течение 10 лет.

Перечислите обязательные методы обследования:

- а) ЭКГ;
- б) рентгеноскопия органов грудной клетки;
- в) эзофагогастроскопия;
- г) УЗИ органов брюшной полости;
- д) КТ органов брюшной полости.

Задача 2

Пациент Т., 28 лет, поступил с клиникой желудочного кровотечения: многократная рвота с примесью свежей крови. Стул дегтеобразный, дважды. Болеет в течение 6 ч., язвенного анамнеза нет. ОАК: Hb 82 г/л; эр. $2,8 \cdot 10^6$. Назовите предполагаемый вами диагноз:

- а) язвенная болезнь желудка или язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- б) диффузный полипоз желудка;

- в) дивертикул пищевода;
- г) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита.

ТЕСТЫ

1. Положение кардии при скользящей грыже:
 - а) обычное;
 - б) выше пищеводного отверстия;
 - в) ниже пищеводного отверстия.
2. Способствует ли повышение внутрибрюшного давления образованию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) не всегда?
3. Локализация боли при грыже пищеводного отверстия диафрагмы:
 - а) в подключичных областях;
 - б) в нижней трети грудины;
 - в) в левом подреберье.
4. Изжога при грыже пищеводного отверстия диафрагмы появляется:
 - а) натощак;
 - б) после еды;
 - в) в горизонтальном положении;
 - г) в положении сидя.
5. Частота кровотечения при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (%):
 - а) до 5; б) 5–10; в) 15–20; г) 25–30.
6. Основной метод диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:
 - а) ФГДС;
 - б) рентгенологический;
 - в) УЗИ;
 - г) КТ;
 - д) ЯМРТ.
7. Недостаточность кардии при рентгенографии определяется:
 - а) в положении стоя;
 - б) в положении сидя;
 - в) в положении Фовлера;
 - г) в положении Тренделенбурга.
8. Применяются ли при лечении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы антациды:
 - а) да;

- б) нет;
 - в) не всегда;
 - г) перед оперативным вмешательством?
9. Операция Allison выполняется:
- а) при скользящей грыже;
 - б) параэзофагеальной грыже;
 - в) коротком пищеводе.
10. Сколько степеней тяжести рефлюкс-эзофагита:
- а) 1; б) 2; в) 3; г) 4?

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Шалимов, А. А.* Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. Киев : Здоровье, 1987. 59 с.
2. *Хирургия* / под ред. Ю. М. Лопухина, В. С. Савельева. М. : Медицина, 1998. 1070 с.

Дополнительная

3. *И. Литтманн.* Брюшная хирургия / Литтманн, И. Будапешт, 1970. 575 с.
4. *Эмилио Итала.* Атлас абдоминальной хирургии : в 3 т. / Итала Эмилио. М., 2007. Т. 2. 26 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Введение	4
Классификация	4
Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	5
Параэзофагеальные грыжи.....	8
Короткий пищевод.....	8
Диагностика	9
Лечение	10
Техника операции Allison	12
Послеоперационный период	13
Осложнения диафрагмальных грыж.....	14
Заключение	16
Самоконтроль усвоения темы.....	16
Ситуационные задачи.....	16
Тесты	17
Литература	18

Учебное издание

Корик Владимир Евгеньевич
Попченко Андрей Леонидович
Перепелица Сергей Иванович
Жидков Алексей Сергеевич

ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В. Е. Корик
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 04.10.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».
Печать ризографическая. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,87. Тираж 50 экз. Заказ 68.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.