

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: МНОГОЛИКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Сухих¹ Ж.Л., Корик¹ В.Е., Банькова¹ Е.М., Ридченко² Т.В., Семеняко² С.В.

*¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения Белорусского государственного медицинского
университета, г. Минск, Республика Беларусь*

²2-я городская клиническая больница, г. Минск, Республика Беларусь

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – состояние, при котором через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы смещаются нижняя часть пищевода, желудок и даже петли тонкого кишечника. Разнообразие симптомов и их неспецифичность, обилие осложнений и весьма частое сочетание с другими гастроэнтерологическими заболеваниями - объективные причины ошибок и трудности в диагностике ГПОД [1-3].

Приводим два клинических случая ГПОД с выраженными клиническими проявлениями.

Клинический случай 1. Пациент мужчина 65 лет, обратился за медицинской помощью в поликлинику с жалобами на кашель, который беспокоит его по вечерам и резко усиливается в положении лежа. Кашель появился 3 месяца назад, вначале был незначительным, затем стал усиливаться и сопровождаться ночным удушьем, причем столь выраженным, что неоднократно требовало вызывать «Скорую помощь» для их купирования. Со временем к приступам удушья присоединилась рвота. Было рекомендовано пациенту обследоваться для уточнения их причины (исключения бронхиальной астмы). В поликлинике пациент был консультирован пульмонологом: назначено общий анализ крови, SpO₂; спирометрия, рентгенография органов грудной клетки; ЭКГ, биохимический анализ крови: общий белок, магний, кальций, лактатдегидрогеназа, билирубин и его фракции, мочевины, креатинин, АлАТ, АсАТ, глюкоза, калий, натрий, хлор - без отклонения от референсных значений. Диагноз бронхиальной астмы был исключен. Для уточнения диагноза терапевтом было рекомендовано обследование (эзофагогастродуоденоскопия - ЭГДС).

ЭГДС: Через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость пролабирует абдоминальный отдел пищевода, субкардиальный и частично кардиальный отдел желудка. *Заключение:* ГПОД 2 ст.

После выполнения пациенту был назначен пантопрозол 40 мг 2 раза в сутки и даны стандартные рекомендации по коррекции образа жизни и питания, соблюдение которых привело к прекращению рвоты, однако не способствовало уменьшению кашля и приступов удушья. Пациент в течение месяца неоднократно консультирован пульмонологом, а также повторно гастроэнтерологом; рекомендована консультация хирурга. Хирургом было принято решение провести обследование в условиях хирургического стационара. Пациент госпитализирован в отделение экстренной хирургии.

Рентгеноскопия пищевода и желудка: Акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходим, тонус не изменен, контуры пищевода четкие, перистальтика прослеживается, стенки эластичные, складки слизистой не изменены. Кардия смыкается не полностью, имеет место заброс контраста из желудка в пищевод постоянно в положении лежа, через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость пролабирует абдоминальный отдел пищевода, субкардиальный и частично кардиальный отдел желудка, размерами 48 x 56 мм. *Заключение:* ГПОД 2 ст.

Компьютерная томография органов грудной клетки: Форма грудной клетки не изменена. Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, в легких в базальных отделах пневмосклероз, очаги пневмофиброза. Трахея, главные, долевые и видимые сегментарные бронхи проходимы, несколько расширены. Диафрагмальная грыжа правого купола до 18 мм, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Свободной жидкости в плевральных полостях не определяется. Костно-деструктивных изменений не выявлено. Мягкие ткани без особенностей. *Заключение:* ГПОД 2 ст.

В отделении экстренной хирургии было принято решение о хирургическом лечении – выполнены ушивание и пластика пищеводного отверстия диафрагмы по Ниссену эндоскопическим методом.

Контрольный осмотр пациента проведен через 3 месяц: состояние оценено как удовлетворительное, сохранялась единственная жалоба – осиплость голоса.

Комментарии. Бронхолегочный синдром – относительно редкое проявление ГПОД. Выраженность бронхолегочных проявлений зависит не столько от вида, величины или давности ГПОД, сколько от силы гастроэзофагеальной регургитации и развития рефлюкс-эзофагита. Характерным является появление кашля в ночное время, чаще после обильного ужина, возможны приступы удушья.

Клинический случай 2. Пациент мужчина 52 лет, доставлен бригадой «Скорой помощи» с жалобами на боли в эпигастральной области и за грудиной, резко усиливающиеся после приема пищи. Боли возникли в этот же день во время употребления в пищу мяса, сопровождались многократной рвотой.

ЭГДС: Разрыв слизистой оболочки пищевода, кровотечение, эндоскопический гемостаз. В пищеводе обнаружено инородное тело (мясо), которое спустилось в желудок при осмотре. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия пищевода (8 см). Эрозивный эзофагит С (La). Линейная язва кардиального отдела желудка, линейные эрозии на гребнях располагающиеся на уровне диафрагмы. Синдром Меллори-Вейса.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости, рентгенография пищевода и желудка (с водорастворимым контрастным веществом): Свободного газа и горизонтальных уровней в брюшной полости не выявлено. В грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы пролабирует дно, кардиальный отдел и частично тело желудка – ГПОД больших размеров (95 x128 мм), компремирует пищевод в нижней трети, что замедляет прохождение контраста по нему. Выхода контраста за контур стенок пищевода не выявлено. При полипозиционном исследовании с нагрузочными пробами отмечается регургитация контраста из желудка в грыжевое содержимое и в пищевод. Эвакуация из желудка не нарушена.

Заключение: ГПОД больших размеров. Выхода контраста за контур стенок пищевода не выявлено.

КТ органов грудной клетки: В легочной ткани инфильтративные и очаговые изменения не определяются. Просветы трахеи, главных, долевых и сегментарных бронхов сохранены. Свободной жидкости в плевральных полостях не выявлено. Средостение не смещено, не расширено. Сердце обычно расположено, камеры не увеличены. Жидкость в полости перикарда не визуализируется. Очаговый атеросклероз аорты. Медиастинальные л/узлы не увеличены, единичные паратрахеальные до 10 мм с жировыми включениями. Через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость пролабирует дно, кардиальный отдел и частично тело желудка, размер 56 x 56 мм на аксиальных сканах. Консолидированные переломы ребер с обеих сторон. В просвете желчного пузыря «сладж», конкременты. *Заключение:* Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 3 ст. Язва кардиального отдела желудка. Синдром Меллори-Вейса.

Пациент госпитализирован в отделение экстренной хирургии для наблюдения и медикаментозного лечения.

Комментарии. ГПОД может сопровождаться осложнениями, подчас грозными: язва пищевода, язва грыжевого мешка, стриктура пищевода, укорочение пищевода, ущемление ГПОД (протекает по типу клиники острого живота или острого инфаркта миокарда). В описанном случае ГПОД осложнялась язвой кардиального отдела желудка (повреждение Кэмерона – ПК). ПК связано с размерами грыжи, при этом особое значение имеет такое грозное осложнение ПК как желудочно-кишечное кровотечение [4]. Инородное тело стало причиной многократной рвоты с развитием синдрома Меллори-Вейса; что потребовало экстренной помощи и госпитализации, во время которой диагностирована ГПОД.

Несмотря на широкую распространенность ГПОД очень часто данная патология остается не выявленной. Нередко даже при наличии ярких

характерных признаков пациент продолжает безуспешно лечить неверно диагностированное заболевание.

Литература

1. Клинические рекомендации "Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы" (одобрены Минздравом России), год утверждения: 2024 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-gryzha-pishchevodnogo-otverstija-diafragmy-odobreny-minzdravom-rossii/>
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the diagnosis and management of GERD: summary and recommendations / ASGE Standards of Practice Committee // Gastrointestinal Endoscopy. - 2025. – Vol. 101, N 2. – P. 267-284.
3. Rieder E., Schoppmann S.F. Management of paraesophageal hernia 2025 // Current Opinion in Gastroenterology. – 2025. – Vol. 41, N 4. – P. 234-238.
4. Василенко В.В., Виноградов Д.Л., Хамидулина М.С. Синдром Кэмерона : обзор литературы и описание клинического случая // Archive of Internal Medicine.- 2016. - № №6. – С. 72-74.