

Лекция 13.

4 Грудная хирургия

Тема 4.4 Диафрагмальные грыжи и грыжи пищеводного отверстия

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – грыжевое выпячивание, образующееся при смещении в грудную полость анатомических структур, которые в нормальном положении размещаются под диафрагмой – абдоминального отрезка пищевода, кардиального отдела желудка, петель кишечника. Отмечается загрудинная боль, изжога, регургитация, дисфагия, икота, аритмия. Диагностика предусматривает проведение рентгенографии пищевода и желудка, эзофагоманометрии, эзофагогастроскопии. Лечение может включать фармакотерапию гастроэзофагеального рефлюкса или хирургическую тактику – пластику диафрагмальной грыжи.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в современной герниологии встречаются достаточно часто. Вероятность образования диафрагмальной грыжи увеличивается пропорционально возрасту – с 9% у лиц моложе 40 лет до 69 % у лиц старше 70 лет. Наиболее часто грыжа пищевода образуется у женщин. В половине случаев заболевание протекает бессимптомно и остается нераспознанным. Иногда пациенты длительно лечатся у гастроэнтеролога по поводу сопутствующих заболеваний, определяющих ведущие клинические проявления, – хронического гастрита, холецистита, язвы желудка.

Причины

Параэзофагеальная грыжа может носить врожденный или приобретенный характер. У детей патология, как правило, связана с эмбриональным пороком - укорочением пищевода и требует хирургического вмешательства уже в раннем возрасте. Приобретенные грыжи обусловлены инволютивными изменениями – развивающейся слабостью связочного

аппарата пищеводного отверстия диафрагмы. С возрастом соединительнотканые структуры, удерживающие пищевод в диафрагмальном отверстии, подвергаются дистрофическим процессам, потере эластичности и атрофии.

Аналогичная ситуация часто наблюдается у астенизированных, детренированных лиц, а также людей, страдающих заболеваниями, связанными со слабостью соединительной ткани (синдромом Марфана, плоскостопием, варикозным расширением вен, геморроем, дивертикулезом кишечника и т. д.). В связи с этим параэзофагеальная грыжа нередко сопутствует бедренной грыже, паховой грыже, грыже белой линии живота, пупочной грыже.

Факторами, увеличивающими риск развития грыжи, служат обстоятельства, сопровождающиеся систематическим или внезапное критическим повышением внутрибрюшного давления: хронические запоры, неукротимая рвота, метеоризм, асцит, тяжелый физический труд, одномоментный подъем тяжелого груза, резкие наклоны, тупая травма живота, тяжелая степень ожирения. По имеющимся данным, около 18% женщин с повторной беременностью страдают диафрагмальной грыжей. Подъему внутрибрюшного давления может способствовать сильный и длительный кашель при хроническом обструктивном бронхите, бронхиальной астме и других неспецифических заболеваниях легких.

Также к развитию грыжи предрасполагает нарушение моторики пищеварительного тракта при гипермоторных дискинезиях пищевода, сопутствующих язвенной болезни ДПК и желудка, хроническому гастродуодениту, панкреатиту, калькулезному холециститу. Возникновению грыж способствует продольное укорочение пищевода вследствие его рубцово-воспалительной деформации, развившейся в результате рефлюкс-эзофагита, эзофагеальной пептической язвы, химического или термического

ожога. Прямым следствием ослабления связочного аппарата диафрагмы служит расширение пищеводного отверстия и образование грыжевых ворот, через которые абдоминальный участок пищевода и кардиальная часть желудка пролабируют в грудную полость.

Классификация

На основе рентгенологических признаков и объема смещения желудка в грудную полость современные абдоминальные хирурги и гастроэнтерологи различают три степени грыжевого выпячивания:

- **I степень.** Абдоминальная часть пищевода находится над диафрагмой, кардия расположена на уровне диафрагмы, а желудок непосредственно прилежит к ней.

- **II степень.** Отмечается смещение абдоминального отдела пищевода в грудную полость и расположение желудка в области пищеводного отверстия диафрагмы.

- **III степень.** В грудной полости находятся все поддиафрагмальные структуры - абдоминальная часть пищевода, кардия, дно и тело желудка (иногда антральный отдел желудка).

В соответствии с анатомическими особенностями выделяют скользящую, параэзофагеальную и смешанную диафрагмальную грыжи. При скользящей (осевой, аксиальной) грыже отмечается свободное проникновение абдоминальной части пищевода, кардии и дна желудка через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость и самостоятельный возврат (при смене положения тела) обратно в брюшную полость. Аксиальные грыжи встречаются в большинстве случаев и в зависимости от смещаемого участка могут быть кардиальными, кардиофундальными, субтотальными или тотальножелудочными.

Параэзофагеальная грыжа характеризуется нахождением дистальной части пищевода и кардии под диафрагмой, но смещением части желудка в грудную полость и его расположением над диафрагмой, рядом с грудным отделом пищевода, т. е. параэзофагеально. Различают фундальные и антральные параэзофагеальные грыжи. При смешанной грыже сочетаются аксиальный и параэзофагеальный механизмы. Также в отдельную форму выделяют врожденный короткий пищевод с «внутригрудным» расположением желудка.

Симптомы грыжи

Около половины случаев протекают бессимптомно или сопровождаются слабо выраженными клиническими проявлениями. Типичным признаком патологии считается болевой синдром, который обычно локализуется в эпигастрии, распространяется по ходу пищевода или иррадирует в межлопаточную область и спину. Иногда боль может носить опоясывающий характер, напоминая панкреатит. Нередко отмечаются за грудиной боли (некоронарная кардиалгия), которые могут приниматься за стенокардию или инфаркт миокарда.

Дифференциальными признаками болевого синдрома при грыже пищеводного отверстия диафрагмы служат:

- появление болей преимущественно после еды, физической нагрузки, при метеоризме, кашле, в положении лежа;
- уменьшение или исчезновение болей после отрыжки, глубокого вдоха, рвоты, смены положения тела, приема воды;
- усиление болей при наклоне вперед.

В случае ущемления грыжевого мешка возникают интенсивные схваткообразные боли за грудиной с иррадиацией между

лопатками, тошнота, рвота с кровью, цианоз, одышка, тахикардия, гипотония.

У трети больных ведущим симптомом является нарушение сердечного ритма по типу экстрасистолии или пароксизмальной тахикардии. Зачастую данные проявления приводят к диагностическим ошибкам и длительному безуспешному лечению у кардиолога. Поскольку грыжа закономерно ведет к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, возникает группа симптомов, связанных с нарушением пищеварения. Пациенты, как правило, жалуются на отрыжку желудочным содержимым или желчью, чувство горечи во рту, отрыжку воздухом. Нередко отмечается срыгивание недавно принятой пищи без предшествующей тошноты; регургитация чаще развивается в горизонтальном положении, ночью.

Патогномоничным проявлением заболевания служит дисфагия – нарушение прохождения пищевого комка по пищеводу. Данное проявление чаще сопровождает прием полужидкой или жидкой пищи, слишком холодной или горячей воды; развивается при поспешной еде или психотравмирующих факторах. Для грыжи пищевода также характерны изжога, икота, боли и жжение в языке, охриплость голоса.

Осложнения

При попадании желудочного содержимого в дыхательные пути может развиваться трахеобронхит, бронхиальная астма, аспирационная пневмония. В клинической картине часто отмечается анемический синдром, связанный со скрытым кровотечением из нижних отделов пищевода и желудка вследствие рефлюкс-эзофагита, эрозивного гастрита, пептических язв пищевода.

Диагностика

Обычно грыжи впервые выявляются при проведении рентгенографии ОГК, рентгенографии пищевода и желудка либо в ходе эндоскопического обследования (эзофагоскопии, гастроскопии). Рентгенологическими признаками патологии служат высокое расположение пищеводного сфинктера, нахождение кардии над диафрагмой, отсутствие поддиафрагмального отдела пищевода, расширение диаметра пищеводного отверстия диафрагмы, задержка бариевой взвеси в грыже и др.

В ходе эндоскопии, как правило, определяется смещение пищеводно-желудочной линии выше диафрагмы, признаки эзофагита и гастрита, эрозии и язвы слизистой. Для исключения опухолей пищевода производится эндоскопическая биопсия слизистой и морфологическое исследование биоптата. С целью распознавания латентного кровотечения из ЖКТ исследуется кал на скрытую кровь.

Особое место в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отводится эзофагеальной манометрии, позволяющей оценить состояние сфинктеров (глоточно-пищеводного и кардиального), двигательную функцию пищевода на различных уровнях (продолжительность, амплитуду и характер сокращений – спастический или перистальтический), а также отследить эффективность консервативной терапии. Для исследования среды ЖКТ проводится импедансометрия, гастрокардио-мониторинг, внутрипищеводная и внутрижелудочная рН-метрия.

Лечение грыжи пищевода

Лечение начинают с консервативных мероприятий. Поскольку в клинике на первый план выходят симптомы гастроэзофагеального рефлюкса, консервативное лечение направлено главным образом на их устранение. В комплексное медикаментозное лечение включаются антацидные препараты (гидроксид алюминия и магния, алюминия гидроксид, магния карбонат, магния оксид и др.), H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов (ранитидин),

ингибиторы протонного насоса (омепразол, пантопразол, эзомепразол). Рекомендуется нормализация веса, соблюдение щадящей диеты, дробное питание с последним приемом пищи не позднее 3-х часов до сна, сон в кровати с приподнятым изголовьем, исключение физических нагрузок.

К хирургическим методам прибегают при осложненных формах грыж (сужении пищевода, ущемлении диафрагмальной грыжи), безуспешности медикаментозной терапии или диспластических изменениях слизистой пищевода. Среди всего многообразия способов выделяют следующие группы вмешательств: операции с ушиванием грыжевых ворот и укреплением пищеводно-диафрагмальной связки (пластика диафрагмальной грыжи, крурорафия), операции с фиксацией желудка (гастропексия), операции по восстановлению острого угла между дном желудка и абдоминальным отделом пищевода (фундопликация). При формировании рубцового стеноза может потребоваться резекция пищевода.

Прогноз и профилактика

Осложненное течение грыжи сопряжено с вероятностью развития катарального, эрозивного или язвенного рефлюкс-эзофагита; пептической язвы пищевода; пищеводного или желудочного кровотечения; рубцового стенозирования пищевода; перфорации пищевода; ущемления грыжи, рефлекторной стенокардии. При длительном течении эзофагита повышается вероятность развития рака пищевода. После хирургического вмешательства рецидивы наблюдаются редко.

Профилактика образования грыжи, прежде всего, заключается в укреплении мышц живота, занятиях ЛФК, лечении запоров, исключении тяжелых физических нагрузок. Пациенты с диагностированной диафрагмальной грыжей подлежат диспансерному наблюдению у гастроэнтеролога.

Основной дыхательной мышцей человека является диафрагма, расположенная на границе между грудной и брюшной полостью. В связи с ее месторасположением, через мышечные и сухожильные слои проходит ряд органов и крупных сосудов, в том числе и пищевод. При различных состояниях через имеющиеся отверстия органы брюшной полости переходят в грудную, вызывая ряд неприятных симптомов. Особенно часто диагностируется грыжа пищевода, связанная с его перемещением совместно с частью желудка за пределы области живота.

Развитие грыж диафрагмы связано как с врожденными, так и с приобретенными факторами.

К первой группе причин относят: врожденное укорочение пищевода, при котором его брюшной отдел и часть желудка спокойно переходят в грудную полость и вызывают характерные симптомы, а также нарушения развития соединительной и мышечной ткани в области отверстий диафрагмы. Грыжи появляются на фоне известных предрасполагающих факторов, в связи с этим необходимо тщательно следить за своим здоровьем. К приобретенным факторам относят как отдельные заболевания, так и ряд особенностей образа жизни человека: В процессе старения происходит физиологическое ослабление мышечного и связочного аппарата, что создает предпосылки для образования грыж различной локализации, в том числе и грыж диафрагмы пищевода. Резкое похудание может привести к изменению положения внутренних органов и снизить степень их фиксации, подобное наступает и при беременности, из-за повышения внутрибрюшного давления. Дискинезии пищевода, то есть нарушения его двигательной активности, предрасполагают к образованию грыж. Перенесенные хирургические операции на пищеводе, желудке и диафрагме могут послужить толчком к возникновению слабости в мышечно-связочном аппарате и способствовать увеличению подвижности органов. Травматические повреждения живота как проникающие, так и непроникающие вызывают смещение внутренних

органов и могут быть связаны с нарушением целостности анатомических отверстий. Обычно, у одного пациента наблюдается несколько сосуществующих факторов, которые совместно приводят к развитию диафрагмальной грыжи пищевода.

Виды грыж пищевода

Разновидности грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Существует большое количество медицинских классификаций грыж пищевода. Однако большинство из них бесполезно для простого человека, и используется только в лечебных учреждениях. Необходимо выделить две больших группы заболевания: нетравматические и травматические грыжи. Последние возникают в результате проникающего ранения или любых других повреждений грудной и брюшной полостей. Помимо этого, каждая из указанных групп делится еще на два вида: истинные и ложные. Истинная грыжа диафрагмы характеризуется тем, что имеется сформированный грыжевой мешок, состоящий из органов брюшной полости (желудок, начальные отделы тонкого кишечника, большой сальник), которые покрыты брюшиной. Подобные грыжи могут привести к такому грозному осложнению, как ущемление с развитием тяжелых последствий для здоровья пациента. Ложная грыжа не имеет грыжевого мешка и часто наблюдается при нарушении локализации или фиксации органов. Очень часто ложная грыжа связана с выходом в грудную полость брюшного отдела пищевода или начальных частей желудка. Помимо этого, все грыжи делятся на две большие группы по времени возникновения: врожденные, характерные для новорожденных, и приобретенные, появляющиеся на всем протяжении жизни.

Жалобы и симптомы

Симптомы грыжи пищевода зависят от механизма ее возникновения (травматическая или нет), времени возникновения (острое или хроническое течение), с ущемлением или без. При остром возникновении неосложненной грыжи пищевода появляются следующие симптомы: Болевые ощущения за грудиной, усиливающиеся при любом мышечном напряжении и кашле. Одним из проявлений заболевания являются боли за грудиной. Изжога и чувство дискомфорта в нижней части грудной клетки, что связано с забросом желудочного сока в пищевод. Изжога становится интенсивнее после приема пищи и в положении больного лежа. Отрыжка кислым характерна для всех больных с пищеводными грыжами диафрагмы, и связана с попаданием желудочного сока в ротовую полость. Особенно часто больные ощущают кислый привкус после сна. Нарушения глотания, ощущение «комка» за грудиной при питье воды или употреблении жидкой пищи. При этом твердая пища спокойно проходит через пищевод и не вызывает указанных симптомов. В связи с нарушением продвижения пищевого комка может возникнуть вздутие живота и метеоризм. Пациенты жалуются на кашель, связанный со сдавлением легких грыжевым мешком. В случае возникновения больших грыж, больные жалуются на одышку, тяжесть дыхания и другие симптомы поражения дыхательной системы. После приема пищи ощущается сердцебиение или «трепыхание» сердца. Возможно появление урчания или «бульканья» в грудной клетке. При хроническом течении грыж диафрагмы длительное время пациент не испытывает какого-либо дискомфорта и не предъявляет жалоб. Однако, при прогрессировании заболевания появляются симптомы описанные выше. Одно из грозных осложнений любой грыжи – ущемление грыжевого мешка в измененном анатомическом отверстии. При этом появляются следующие симптомы: Возникает сильный болевой синдром в грудной клетке, как правило, слева, что может быть неправильно интерпретировано как приступ стенокардии или развивающийся инфаркт миокарда. Наблюдается тошнота, возможно со рвотой. Развивается вздутие живота с развитием клиники кишечной непроходимости. При подозрении на

ущемление грыжи пациенту необходима срочная госпитализация Развитие ущемления требует немедленной госпитализации и оказания медицинской помощи в условиях медицинского стационара.

Диагностика грыж

Начальный диагноз может быть поставлен на основании опроса пациента и его внешнего, физикального осмотра. Предположить грыжу пищевода можно на основании: Осмотра – снижается участие половины грудной клетки в акте дыхания, что связано со сдавлением легкого вышедшими органами брюшной полости в составе грыжевого мешка. Пальпации живота – в верхних отделах наблюдается напряжение мышц и болезненность при надавливании на стенку живота. Аускультации (выслушивании) – в грудной полости отчетливо слышно урчание и «бульканье», характерное для кишечника. Для подтверждения диагноза используют дополнительные методы обследования: Рентгенологическое исследование грудной клетки. Наиболее доступный, но малоинформативный метод исследования. Позволяет обнаружить нехарактерную для грудной клетки картину «кишечных петель» с уровнями жидкостями. Помимо этого, можно заметить смещение сердца и других органов средостения в сторону. Рентгенологическое исследование с использованием контрастного вещества позволяет выявить пищеводную грыжу в большинстве случаев. Контрастное вещество (сульфат бария) дают выпить пациенту и через определенные промежутки времени проводят последовательные снимки. Обнаружение контраста в грудной полости, вне анатомического расположения пищевода, позволяет выявить факт диафрагмальной грыжи. В качестве контрастного вещества при рентгеноскопии пищевода используется барий Ультразвуковое исследование может выявить наличие петель кишечника или желудка в грудной полости. Метод легко выполняется и не требует каких-либо специальных приготовлений со стороны пациента или врача. Компьютерная и магнитно-резонансная томография позволяют послойно визуализировать

органы грудной и брюшной полости и выявить различные аномалии в их расположении, в том числе и образовавшиеся грыжи. Назначать диагностические мероприятия и определять тактику лечения должен только лечащий врач. Методы лечения. Образование пищеводных грыж в отверстиях диафрагмы требует хирургического лечения, так как имеющиеся медикаментозные методы не могут обеспечить выздоровление, а только временно убирают имеющиеся симптомы. Раннее проведение операции после диагностирования грыжи – залог положительного течения послеоперационного периода и снижение риска развития рецидивов и различных осложнений. Как правило, подобное оперативное лечение выполняется в плановом порядке после тщательного обследования больного и проведения предоперационной подготовки. Во время операции производится возвращение органов брюшной полости «на место», а также пластика пищеводного отверстия диафрагмы. Последний пункт наиболее важен, так как позволяет избежать повторных рецидивов. Помимо хирургического лечения, очень важно изменить образ жизни больного и назначить вспомогательные лекарственные средства. Образ жизни и диета. Любой пациент с диафрагмальной грыжей пищевода, как правило, имеет и ряд сопутствующих заболеваний пищеварительного тракта, таких как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и рефлюкс-эзофagit. Данные состояния, ухудшающие течение грыжи пищевода, нуждаются в коррекции. С этой целью больному дают следующие рекомендации: Исключить из своего рациона все продукты, которые могут длительное время задерживаться в желудке или же приводить к повышенному газообразованию: бобовые культуры, жирная пища, капуста, грибы. Убрать из пищи все продукты, повышающие кислотность желудочного сока, то есть острую и жареную пищу, кофе, крепкий чай, пряности и специи. Полностью отказаться от употребления спиртных напитков и курения. Использование лекарственных средств. Помимо изменения образа жизни и рациона питания, всем больным назначают

лекарственные препараты, способствующие снижению уровня кислотности желудочного сока и обеспечивающие защиту слизистых оболочек пищевода и желудка.

К таким средствам относят: Антацидные препараты (Алмагель, Маалокс), покрывающие слизистую оболочку тонким защитным слоем и обеспечивающие нейтрализацию соляной кислоты в составе желудочного сока. Ингибиторы протонной помпы (Омез, Рабепразол) и блокаторы H₂-гистаминных рецепторов (Ранитидин) снижают уровень кислотности и агрессивность желудочного сока за счет снижения выработки соляной кислоты. Прокинетики (Ондансетрон, Домперидон) облегчают прохождение пищи через пищевод и желудок, препятствуя их растяжению и образования грыжевого мешка.

Препараты для консервативного лечения ГПОД

Комплексная терапия грыж диафрагмы – залог успешного лечения и полного выздоровления. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы встречаются очень часто, и в большинстве случаев длительное время протекают без каких-либо явных симптомов. Поэтому, появление любых жалоб на работу верхних отделов пищеварительной системы (изжога, нарушение глотания, боли за грудиной) должно сопровождаться обращением за медицинской помощью к своему лечащему врачу. Ранняя диагностика и адекватное лечение позволяют быстро избавиться от всех симптомов и предотвратить их появление в дальнейшем.