БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РЕФЕРАТ

На тему:

«**Скользящая, параэзофагеальная, комбинированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**»

МИНСК, 2008

**Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**

Начальной стадией скользящей хиатальной грыжи является так называемая пищеводная грыжа, которая характеризуется перемещением в средостение только абдоминальной части пищевода, в то время как пищеводно-желудочное соединение остается расположенным на уровне диафрагмы. Она рассматривается как пограничное состояние между нормой и патологией и нередко обнаруживается у лиц пожилого возраста, привлекая к себе внимание лишь при развитии рефлюкс-эзофагита. В дальнейшем возможно последовательное смещение пищеводно-желудочного соединения и кардиального отдела желудка вверх через пищеводное отверстие диафрагмы в заднее средостение, в результате чего образуется кардиальная грыжа. При этом происходит дальнейшее расширение внутренних ножек диафрагмы и ее пищеводного отверстия соответственно размеру пролабированного желудка. Именно этот тип хиатальной грыжи принято считать истинной скользящей грыжей, поскольку при выхождении внутрибрюшинного органа за пределы грыжевых ворот в средостение не формируется типичный грыжевой мешок и часть грыжевого содержимого (абдоминальный отдел пищевода) оказывается не покрыт висцеральным листком брюшины.

Пищеводно-желудочное соединение в зависимости от положения тела, наполнения желудка, давления в брюшной полости может в разные периоды времени совершать скользящие движения вверх и вниз по вертикальной оси, находясь при этом в грудной полости или в своем нормальном внутрибрюшном положении, что позволило назвать этот тип грыжи аксиальной или осевой скользящей хиатальной грыжей, составляющей около четверти всех скользящих брюшных грыж.

Параэзофагеальная грыжа является истинной грыжей и имеет грыжевой мешок, образованный изнутри перитонеальным и снаружи плевральным листками. Изолированная или «чистая» параэзофагеальная грыжа встречается крайне редко, она почти всегда комбинированная с некоторой степенью скользящей кардиальной грыжи.

**Параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**

Параэзофагеальная грыжа встречается реже, чем скользящая, но потенциально более опасна. Полагают, что дефект диафрагмы начинает формироваться рядом с пищеводом вследствие возросшего интраабдоминального давления и ослабления окружающей мышечной и соединительной тканей в области пищеводного отверстия. Через это расширенное отверстие диафрагмы фундальная часть желудка может смещаться вверх под действием положительного интраабдоминального давления при отрицательном внутригрудном давлении. При большой параэзофагеалыгай грыже весь свод и тело желудка перемещаются в средостение, подтягивая за собой пилороантральный отдел, который оказывается в зоне пищеводного отверстия диафрагмы, тогда как пищеводно-желудочное соединение остается в нормальном положении под Диафрагмой. В крайних случаях весь желудок, как бы перевернутый вверх дном, может лежать в грудной полости впереди пищевода и позади перикарда. В грыжевом мешке могут оказаться другие органы (поперечно-ободочная и тонкая кишка, большой сальник, селезенка).

Согласно другому мнению, первоначально дефект в диафрагме образуется между мышечными волокнами ее внутренних ножек с последующим формированием парахиатальной грыжи. При этом дно желудка находится в грыжевом мешке, будучи отделенным от пищевода слоем мышечной ткани, которая при увеличении грыжи атрофируется и трудно различима во время операции.

Комбинированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Комбинированная (скользящая и параэзофагеальная) или кардиофундальная грыжа образуется в результате последовательного смещения вверх через пищеводное отверстие диафрагмы дна желудка при уже сформировавшейся скользящей грыже, или вследствие перемещения пищеводно-желудочного соединения и кардиального отдела желудка при параэзофагеальной грыже.

В случае скользящей и комбинированной грыж пищеводно-желудочное соединение может находиться высоко в средостении — в 5-15 см от пищеводного отверстия диафрагмы и оставаться вместе с желудком, фиксированным в грудной полости. У этих больных пищевод вторично укорочен, что в большинстве случаев связано с рефлюкс-эзофагитом и трансмуральными фиброзно-склеротическими изменениями его стенки или спазмом ее продольной мускулатуры. При коротком пищеводе при нахождении пищеводно-желудочного соединения более, чем 4-5 см от пищеводного отверстия диафрагмы, могут встречаться технические трудности при низведении его в брюшную полость без натяжения. У больных с длительно существующей большой хиатальной грыжей пищеводное отверстие диафрагмы становится широким — до четырех «поперечных» пальцев и более (в норме при на
хождении обычного зонда в пищеводе оно пропускает только кончик указательного пальца). Иногда в этой ситуации пищеводное отверстие диафрагмы сливается с аортальным отверстием диафрагмы и образуется единое пищеводно-аортальное отверстие. При этом сама грыжа может достигать больших размеров, до 10 см в диаметре и более, и занимать значительное пространство в грудной полости.

**Хиатальные грыжи и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь**

До сих пор существует мнение, что скользящая хиатальиая грыжа играет основную роль в развитии слабости нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и расстройств моторики пищевода, ведущих к возникновению гастроэзофагеалыюй рефлюксной болезни (ГЭРБ). По данным рентгенологического и эндоскопического исследований, выполненных по другим показаниям, она обнаруживается приблизительно у 40-50% обследованных старше 50 лет. В то же время около 50% больных ГЭРБ имеют скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Примерно одна треть больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия не имеют признаков несостоятельности НПС и патологического рефлюкса.

В 1940-50-х гг. многие считали, что наличие скользящей хиатальной грыжи является непременным условием рефлюкс-эзофагита. Однако эти представления оказались недостаточно убедительными, когда стало очевидным, что больные с хиатальной грыжей часто не имеют рефлюкс-эзофагита и соответствующих симптомов, в то время как другие больные имеют рефлюкс-эзофагит при отсутствии хиатальной грыжи.

В 1960-70-х гг. было доказано, что решающим фактором в развитии ГЭРБ является несостоятельность НПС, после чего не стали придавать большого значения скользящей хиатальной грыже при клинической оценке больных с рефлюкс-эзофагитом.

В настоящее время не вызывает сомнения факт, что скользящая хиатальная грыжа часто сопутствует рефлюкс-эзофагиту. Тяжелый рефлюкс-эзофагит редко наступает без сопутствующей скользящей хиатальной грыжи.

Большинство авторов, занимающихся этой проблемой, считают, что смещение абдоминальной части пищевода и пищеводно-желудочного соединения в грудную полость выше пищеводного отверстия диафрагмы лишает НПС наружной, в основном, диафрагмальной поддержки и ослабляет его тонус. Потеря фиксации нижней части пищевода приводит к нарушению его моторной функции и кислотного клиренса. Тракции НПС натянутой диафрагмально-пищеводной связкой также ослабляют его замыкательную функцию. Полагают, что наличие скользящей хиатальной грыжи стимулирует более частые эпизоды транзиторной релаксации НПС. Остается, однако, неясным, является ли скользящая хиатальная грыжа предрасполагающим или причинным фактором нарушения функции НПС? Чтобы объяснить связь между рефлюкс-эзофагитом и скользящей хиаталыюй грыжей, необходимы дальнейшие исследования.

Клиника ГПОД

Обычно сама скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) не вызывает клинических симптомов, пока не наступит существенное увеличение ее размеров и компрессия соседних органов средостения. Симптомы появляются лишь при наличии патологического гастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом или певоспалительными изменениями пищевода.

«Чистая» параэзофагеальная грыжа часто протекает без клинических проявлений и в таких случаях диагностируется при рентгенологическом исследовании грудной клетки, выполненном по другим показаниям, в виде содержащего воздух затенения позади и справа от сердечной тени. Первыми клиническими проявлениями параэзофагеальной грыжи являются ощущение полноты, тяжести и вздутия живота в виде дискомфорта в эпигастральной области и за грудиной во время и после приема пищи, изредка сопровождающегося позывами к рвоте. Эти жалобы иногда игнорируются больным и врачом до тех пор, пока не станут более выраженными. Больные часто привыкают к ощущениям дискомфорта за грудиной и могут не обращать на них внимания. Однако после обильного приема пищи и особенно жидкости обычно наступает боль в области сердца и эпигастрия, а также одышка, связанные, прежде всего со сдавлением сердца и легких. Иногда может отмечаться икота и рвота, вызванные компрессией блуждающих нервов. Жалобы на перемежающуюся дисфагию могут быть связаны с перегибом и ротацией пищеводно-желудочного соединения. С увеличением размеров грыжи при интраторакальном положении желудка вследствие остро развившегося полного нарушения его проходимости в области кардии и пилоруса, вызванного его перегибом или заворотом, возникает постоянная интенсивная боль в эпигастральной области и за грудиной. Она обусловлена острым расширением и ишемией желудка. При этом отмечается одышка, цианоз, тахикардия и снижение артериального давления, как проявление сердечно-легочной недостаточности. Обнаруживается западение передней брюшной стенки в верхнем отделе живота, шум плеска в нижней части груди слева, что свидетельствует о нахождении желудка в грудной полости, его непроходимости и переполнении жидким содержимым.

Симптомы комбинированной хиаталыюй грыжи вариабельны и зависят от наличия или отсутствия воспалительных и невоспалительных изменений в пищеводе, вызванных патологическим рефлюксом, компрессии органов средостения, нарушения проходимости пищевода, желудка, а также ободочной и тощей кишки.

Диагностика

Основными методами диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы и возможных осложнений являются рентгенологическое и эндоскопическое исследования, и в затруднительных случаях — компьютерная томография. Исследование больного с подозрением на хиатальную грыжу следует начинать с бесконтрастного многоосевого рентгенологического исследования грудной клетки и верхнего отдела живота в вертикальном положении, особенно на высоте глубокого вдоха, способствующего повышению интраабдоминального давления. При этом выше нормально ожидаемого расположения диафрагмы в заднем средостении может быть обнаружена дополнительная тень с уровнем жидкости и воздушным пузырем желудка над ним. Иногда выявляются один-два газовых пузыря на фоне сердца или уровень жидкости. Газовые пузыри, и уровни жидкости могут быть связаны с нахождением в средостении, как желудка, так и части поперечной ободочной и тонкой кишки.

При рентгеноконтрастном исследовании внимание должно быть обращено, прежде всего, на область пищеводно-желудочного соединения, так как от уровня его нахождения во многом зависит установление диагноза скользящей грыжи. Рентгенологическими признаками скользящей грыжи являются: 1) расположение пищеводно-желудочного соединения выше пищеводного отверстия Диафрагмы; 2) расширение пищеводного отверстия диафрагмы и наличие складок слизистой желудка выше и ниже этого отверстия; 3) развернутый пищеводно-желудочный угол Гиса; 4) высокое впадение пищевода в желудок; 5) наддиафрагмалыюе нахождение желудка при коротком пищеводе; 6) обнаружение в нижней части пищевода мембрапозного кольца Шатцки, образующегося в результате анулярного фиброза в его соединительнотканном подслизистом слое вследствие скользящей грыжи.

Выполняя рентгенологическое исследование, следует помнить, что в норме абдоминальная часть пищевода вместе с ЫПС смещается вверх на 1-4 см во время акта глотания, в результате чего может создаться картина небольшой скользящей хиатальной грыжи. Возможно, именно этим и объясняется большая частота выявления скользящих хиатальных грыж при рентгенологическом исследовании. Необходимо также учитывать, что не все больные с рефлюкс-эзофагитом имеют хиатальную грыжу, а с другой стороны, у части больных с рефлюкс-эзофагитом небольшая скользящая грыжа может быть рентгенологически не обнаружена.

При «чистой» параэзофагеалыюй грыже пищевод впадает в желудок ниже диафрагмы, пищеводно-желудочное соединение находится в нормальном положении. Выявляется тесное прилегание дугообразно изогнутого пищевода к находящемуся в средостении дну желудка. Может быть обнаружено клювоиодобного вида расширение пищевода на уровне его соединения с желудком. В случае непроходимости пищеводно-желудочного соединения бариевая взвесь задерживается в пищеводе, в результате чего не представляется возможным определить положение желудка. При попадании контрастного вещества в желудок последний может оказаться дилатированным и находиться в изогнутом положении с нарушением проходимости в выходном отделе. Рентгенологическое исследование должно быть завершено оценкой состояния всего пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и проксимального сегмента тощей кишки, чтобы не пропустить других заболеваний и иметь представление о моторно-эвакуаторной функции этих органов. Ирригоскопия может быть полезной в обнаружении в грыжевом мешке части поперечной ободочной кишки.

По данным эзофагогастродуоденоскопии при скользящей грыже пищеводно-желудочное соединение располагается менее, чем в 38-40 см от верхних резцов, линия соединения цилиндрического и сквамозного эпителия пищевода также находится выше нормального уровня. При этом часто выявляется зияние кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит и его осложнения.

Дифференциальный диагноз

Следует исключить травматическую диафрагмальную грыжу. Параэзофагеальную и комбинированную грыжи приходится дифференцировать с пневмотораксом, гидрогшевмотораксом, так как на рентгенограммах определяются два уровня жидкости — один в плевральной полости при коллабированном легком, и другой — в желудке. Кроме того, следует иметь в виду буллезную эмфизему, кисту и абсцесс легкого.

Осложнения

Основным осложнением скользящей грыжи считается возможное развитие несостоятельности НПС и пептического рефлюкс-эзофагита. Параэзофагеальная и комбинированная грыжи, в отличие от скользящей, дают более опасные осложнения в виде: 1) развития хронической и острой непроходимости абдоминальной части пищевода, желудка, а также тонкой и ободочной кишки вследствие перегиба, ущемления или заворота в грыжевом мешке с вероятным омертвением и перфорацией, 2) образования язв желудка с возможной перфорацией в брюшную и плевральную полости, пенетрацией в аорту, перикард и кровотечением, 3) острого панкреатита вследствие обструкции протоков поджелудочной железы при смещении ее головки в средостение вместе с пилородуоденальным отделом желудка, 4) разрыва селезенки при ротации желудка, 5) интермиттирующей сердечно-легочной недостаточности, обусловленной смещением средостения и сдавлением сердца и легких, ателектазом и пневмонией.

Лечение ГПОД

При скользящей пищеводной и кардиальной грыже, когда изменения в пищеводе и клинические симптомы ГЭРБ отсутствуют, оперативное вмешательство не показано. Устранение скользящей хиатальной грыжи в случае ее обнаружения при ГЭРБ осуществляется при выполнении антирефлюксной операции — фундопликации.

При параэзофагеальных и комбинированных кардиофундальных грыжах, независимо от наличия или отсутствия симптомов показано оперативное лечение в связи с риском развития ущемления и непроходимости органов брюшной полости и кардиореспираторной недостаточности.

При «чистой» параэзофагеалыюй грыже, когда пищеводно-желудочное соединение находится в интраабдоминальном положении, НПС состоятелен, симптомы ГЭРБ отсутствуют, операция выполняется из трансабдоминального доступа. При этом производится низведение желудка, иногда вместе с другими органами, в брюшную полость и дефект диафрагмы ушивается впереди пищевода без мобилизации последнего.

Однако в большинстве случаев параэзофагеальных грыж необходима полная фундопликация по Ниссену после закрытия грыжевых ворот. Расширение пищеводного отверстия диафрагмы устраняется наложением швов на внутренние ножки диафрагмы, начиная от места их анатомического соединения позади пищевода. Однако при больших дефектах диафрагмы (более 5 см в диаметре) следует наложить один — два шва впереди пищевода, чтобы избежать его искривления кпереди.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Петровский Б.В.* Хирургия диафрагмы. — М.: Медицина, 1995.
2. *Анзимиров В. Л., Баженова А. П., Бухарин В. А. и др.* Клиническая хирургия: Справочное руководство / Под ред. Ю. М. Панцирева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с: ил.
3. *Милонов О. Б., Соколов В. И.* Хронический панкреатит. — М.: Медицина, 1976. — 188 с.
4. *Филин В. И.,* Неотложная хирургия. Справочник для врачей. — СПб.: Питер, 2004.
5. Хирургические болезни / Под ред. Кузина М.И. — М.: Медицина, 1995.