

УДК 616.329-007.431-06

АКСИАЛЬНАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННАЯ КОРОТКИМ ПИЩЕВОДОМ

Батвинков Н.И.¹, Русин И.В.,² Карпович В.Е.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

*Представлено клиническое наблюдение успешного лечения пациентки со скользящей грыжей пищевода от-
верстия диафрагмы, которая осложнилась укорочением пищевода первой степени.*

Ключевые слова: грыжа пищевода отверстия диафрагмы, короткий пищевод, хирургическое лечение.

Диафрагмальные грыжи возникают в результате проникновения органов брюшной полости в грудную через естественные или искусственно образовавшиеся дефекты диафрагмы. Чаще всего встречаются грыжи пищевода отверстия диафрагмы, что обусловлено врожденной слабостью соединительной ткани при наличии причин, способствующих повышению внутрибрюшного давления (беременность, тяжелые виды спорта, подъем тяжестей, хронические запоры и т.д.). Различают два типа ГПОД: аксиальные (скользящие) и параэзофагеальные. Первые встречаются значительно чаще (до 90% всех грыж диафрагмы). Они характеризуются смещением кардии и желудка через пищеводное отверстие в средостение, при этом, смещаясь, париентальная брюшина образует грыжевой мешок. Различают три стадии ГПОД. При первой кардия располагается на уровне диафрагмы, вторая характеризуется смещением в средостение кардиального отдела желудка. Наиболее сложная ситуация наблюдается при третьей стадии, когда в средостение проникает дно, тело, а иногда и антральный отдел желудка, что приводит к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при которой воспалительные и рубцовые процессы в стенке пищевода приводят к вторичному его укорочению – так называемый короткий пищевод. Выделяют две степени укорочения пищевода. У пациентов первой степени кардия расположена не более 4 см выше уровня диафрагмы, при второй – более проксимально. Клиническими проявлениями ГПОД являются: постоянная изжога, отрыжка пищевых масс, в том числе во время сна, что может сопровождаться кашлем из-за попадания пищи в дыхательные пути, боль в грудной клетке, напоминающая стенокардию, может развиваться анемия. В зависимости от стадии развития заболевания лечение пациентов с ГПОД проводится гастроэнтерологами и хирургами. Техника оперативных вмешательств при ГПОД хорошо разработана, в том числе с применением эндоскопических операций, однако часто это не относится к пациентам, у которых данное заболевание осложнилось коротким пищеводом.

Консервативное лечение рефлюкс-эзофагита в этих случаях малоэффективно, а оперативное вмешательство представляет весьма сложную проблему. Большинство хирургов при скользящей грыже пищевода отверстия с укорочением пищевода I степени предпочтение отдают фундопликации в модификации Российского научного центра хирургии имени академика Петровского Б.В. (РНЦХ), дополняя указанное вмешательство селективной проксимальной ваготомией.

Приводим клиническое наблюдение

Пациентка К., 58 лет, 9 августа 2013 года поступила в 1-ю клинику хирургических болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет» с жалобами на часто возникающие приступы острой боли за грудиной и в эпигастриальной области, сопровождающиеся рвотой. Беспокоили также горечь во рту, отрыжка воздухом, выраженная общая слабость, похудание, которое связывает с резким ограничением приема пищи из-за возникновения болей и рвоты. Болеет в течение 5 лет, однако состояние значительно ухудшилось 6 месяцев назад, что заставило пациентку в феврале 2013 г. обратиться в специализированное отделение хирургической клиники г. Минска, где была диагностирована грыжа пищевода отверстия (рис. 1).



Рисунок 1 – Обзорная рентгенограмма брюшной и грудной полостей в боковой проекции. Кардиофункциональный отдел желудка находится в средостении

Хирургическое вмешательство не выполнялось. После выписки из стационара состояние пациентки резко ухудшилось в связи с прогрессированием заболевания. Из-за приступов боли в эпигастрии отказывалась от приема пищи, развивалась анемия, нарастало похудение, что заставляло обратиться за медицинской помощью.

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Дыхание в легких везикулярное, частота 16 в минуту, пульс – 76 уд. в мин, АД – 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Со стороны клинического и биохими-

ческого анализ крови – без отклонения от нормы. Фиброэзофагогастроскопия от 13.08.2013: пищевод проходим с наличием множественных эрозий с фибринозным налетом, аналогичная картина со стороны желудка. Гастрологическое заключение: фрагменты гиперплазированной слизистой желудка и многослойного плоского неороговевающего эпителия.

Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью 19.08.2013: пищевод свободно проходим, укорочен. Желудок деформирован, кардиофункциональный отдел находится в средостении (рис. 2, 3).



Рисунок 2 – Эзофагогастрорентгенограмма у пациентки К. со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в боковой проекции



Рисунок 3 – Эзофагогастрорентгенограмма у пациентки К. со скользящей грыжей пищеводного отверстия

Установлен диагноз: аксиальная кардио-фундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с укорочением пищевода I степени.

После проведенного консервативного лечения 27.08.2013 года пациентка подверглась оперативному вмешательству. Под интубационным наркозом с миорелаксантами выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии установлено, что проксимальный отдел желудка находится в средостении, пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 8 см, при этом отмечаются выраженные рубцовые сращения кардиального и фундального отделов желудка, мобилизации которых производилась с большими техническими сложностями. Выявлено укорочение пищевода (абдо-

минальный отдел отсутствует, кардия над диафрагмой - в пределах 4 см). Произведено иссечение грыжевого мешка. Выполнена селективная проксимальная ваготомия. Для формирования абдоминального отдела пищевода мы использовали предложения Каншина Н.Н. (рис. 4), которое заключается в формировании антирефлюксной манжеты вокруг смоделированной по диаметру пищевода кардиальной части желудка.

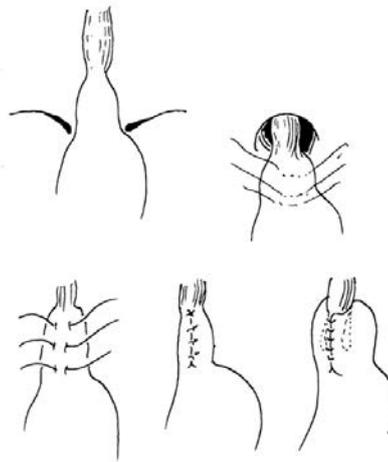


Рисунок 4 – Фундогастропликация в модификации РНЦХ

В отличие от нас эту методику автор применил при второй степени укорочения пищевода. Кроме того, в нашем случае операция была закончена ограниченным сужением пищеводного отверстия путем сшивания ножек диафрагмы с целью профилактики соскальзывания манжеты и развития феномена «телескопа».

Послеоперационный период протекал удовлетворительно, однако потребовалось консервативное лечение эрозивного гастрита. 12.09.2013 выполнено рентгенологическое исследование (рис. 5).

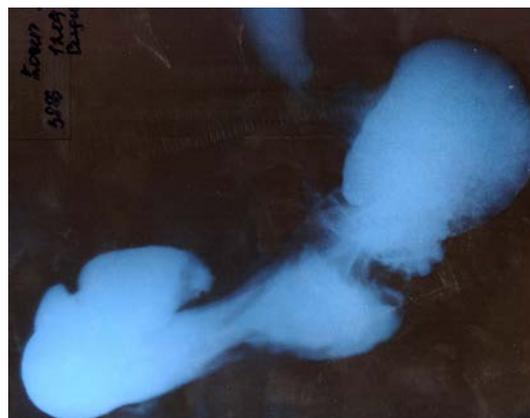


Рисунок 5 - Эзофагогастрорентгенограмма после операции пациентки К.

Пациентка осмотрена 12.08.2013, особых жалоб не предъявляет, возвратилась к прежней работе – технолога.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с развитием короткого пищевода, как осложнения прогрессирования скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, что является серьезной проблемой хирургического вмешательства.

AXIAL HIATAL HERNIA COMPLICATED BY SHORT ESOPHAGUS

Batvinkov N.I.¹, Rusin I.V.², Karpovich V.E.²

¹- Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²- Health Care Establishment «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

Clinical observation of successful treatment of a female patient with sliding hiatal hernia, complicated by first degree esophageal shortening.

Key words: *hiatal hernia, short esophagus, surgical treatment.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: hir1@grsmu.by

Поступила 10.01.2014