

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю  
Руководитель направления подготовки  
31.08.67 «Хирургия»  
Владимирова О.В.  
«29» августа 2024 год

**Методические рекомендации к лекциям для ординаторов  
по дисциплине**

**31.08.67 «ХИРУРГИЯ»**

**Модуль 4 «Грудная хирургия»**

**Тема 4. Диафрагмальные грыжи и грыжи пищеводного отверстия.**

Лекция № 23 Диафрагмальные грыжи и грыжи пищеводного отверстия Диагностика.  
Клиника. Методы лечения.

Методические рекомендации  
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии  
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии  
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой  
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)  
«29 » августа 2024 год,  
протокол № 1

Ставрополь, 2024

## Модуль 4 «Грудная хирургия»

Тема 4 Диафрагмальные грыжи и грыжи пищеводного отверстия.

Лекция № 23 Диафрагмальные грыжи и грыжи пищеводного отверстия. Диагностика. Клиника. Методы лечения.

### Цели, задачи, компетенции

**Цели и задачи** – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

### Требования к результатам освоения дисциплины

формируемые компетенции:

#### универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

#### профессиональными компетенциями:

##### Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
  - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
  - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
  - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
  - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
  - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
  - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
  - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
  - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
  - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
  - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
  - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
  - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### Вопросы, рассматриваемые на лекции:

1. Понятие о диафрагмальных грыжах.
2. Современная классификация.

3. Основные клинические признаки.
4. Методы диагностики и лечения диафрагмальных грыж.

### Основная литература:

#### Основная литература:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [и др.] ; под ред. В.В. Левановича. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-плевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

#### Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

### ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Диафрагмальные грыжи (ДГ) составляют 2% от всех видов грыж. Это заболевание встречается в 5-7% у больных с желудочными жалобами во время рентгенологического исследования.

Первое описание диафрагмальной грыжи принадлежит Амбруазу Паре (1579). Под диафрагмальной грыжей следует понимать проникновение внутренних органов через дефект в диафрагме из одной полости в другую. Следует напомнить, что развитие диафрагмы происходит за счет соединения с двух сторон плевроперитонеальной мембраны, поперечной перегородки и мезозофагуса.

Нарушения, возникающие при осложненном эмбриональном развитии, могут привести к возникновению у новорожденного частичного или полного дефекта диафрагмы. Когда нарушения развития происходят до формирования мембраны диафрагмы, то тогда грыжа не имеет грыжевого мешка (правильнее говорить об эвентрации). При более поздних сроках развития, когда уже образовалась мембранозная диафрагма и только задерживается развитие мышечной части, через не содержащие мышцу грыжевые ворота происходит проникновение грыжевого мешка, состоящего из двух серозных пленок.

Местом проникновения грудинно-реберных грыж (стернокостальных) является лишенная мышц область соединения с грудиной и реберной частью. Это место носит название стернокостального треугольника Ларрея, а такие грыжи носят название грыж треугольника Ларрея. При отсутствии серозного покрова имеется стернокостальное отверстие Морганьи.

В связи с анатомическими особенностями расположения передних и задних мышц в пределах пояснично-реберного треугольника Бохдалека в этом месте может возникнуть грыжевое выпячивание.

Классификация диафрагмальных грыж по Б.В.Петровскому:

I. Травматические грыжи:

истинные;

ложные.

II. Нетравматические:

ложные врожденные грыжи;

истинные грыжи слабых зон диафрагмы;

истинные грыжи атипичной локализации;

грыжи естественных отверстий диафрагмы:

а) пищеводного отверстия;

б) редкие грыжи естественных отверстий диафрагмы.

Травматические грыжи вследствие ранений в основном ложные, закрытых травм – истинные и ложные.

При нетравматических грыжах единственной ложной является грыжа врожденная – дефект диафрагмы, вследствие незаращения между грудной и брюшной полостями.

Из слабых зон диафрагмы – это грыжи зоны грудинно-реберного треугольника (щель Богдалека). Грудная клетка в этих областях отделена от брюшной полости тонкой соединительно-тканной пластинкой между плеврой и брюшиной.

Область слабо развитой грудинной части диафрагмы – ретростеральные грыжи

Редкие (крайне) грыжи щели симпатического нерва, полой вены, аорты. По частоте на первом месте – грыжи пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД), они составляют 98% всех диафрагмальных грыж нетравматического происхождения.

Грыжи пищевода отверстия диафрагмы

Анатомические особенности. Пищевод переходит из грудной полости в брюшную через hiatus oesophagus, сформированный из мышц, входящих в состав диафрагмы. Мышечные волокна, образующие правую и левую ножки диафрагмы, формируют также переднюю петлю, которая в большинстве случаев образуется из правой ножки. Позади пищевода ножки диафрагмы не соединяются интимно, образуя V-образный дефект. В норме пищеводное отверстие имеет достаточно широкий диаметр, приблизительно около 2,6 см, через которое свободно проходит пища. Пищевод идет через это отверстие косо, над отверстием он лежит перед аортой, ниже отверстия несколько левее ее. Описано 11 вариантов анатомий мышц в области пищеводного отверстия. В 50% случаев пищеводное отверстие образуется из правой ножки диафрагмы, в 40% имеются включения мышечных волокон из левой ножки. Обе диафрагмальные ножки начинаются от боковых поверхностей с I -IV поясничных позвонков. Эзофагеальное кольцо несколько сокращается при вдохе, в результате чего увеличивается изгиб пищевода в пищеводном отверстии. Абдоминальный отрезок пищевода небольшой, длина его переменна, в среднем около 2 см. Пищевод входит в желудок под острым углом. Дно желудка располагается выше и слева от пищеводно-желудочного соединения, занимая почти всё пространство под левым куполом диафрагмы. Острый угол между левым краем абдоминального отдела пищевода и медиальным краем дна желудка называется углом Гиса. Складки слизистой оболочки пищевода, спускающиеся в просвет желудка с вершины угла, (клапан Губарева), играют роль дополнительного клапана. При подъеме давления в желудке, особенно в области его дна, левая половина полукольца пищеводно-желудочного соединения смещается вправо, перекрывая при этом вход в пищевод. Кардиальный отдел желудка в месте соединения с пищеводом представляет узкое кольцо около 1 см в диаметре. Структура этого отдела очень похожа на строение пилорического отдела желудка. Подслизистая оболочка рыхлая, париетальные и главные клетки отсутствуют. На глаз можно видеть место соединения слизистой оболочки пищевода со слизистой желудка. Место соединения слизистых находится рядом с соустьем, но не обязательно соответствует ему.

Анатомически выраженного клапана в этой области нет. Нижняя часть пищевода и пищеводно-желудочное соединение удерживаются в пищеводном отверстии френоэзофагеальной связкой. Она состоит из листков поперечной фасции живота и внутригрудной фасции. Диафрагмо-эзофагеальная связка прикрепляется по окружности пищевода в диафрагмальной его части. Прикрепление связки происходит на довольно широком участке – от 3 до 5 см в длину. Верхний листок френоэзофагеальной связки обычно прикрепляется на 3 сантиметра выше места перехода плоского эпителия в цилиндрический. Нижний листок связки на 1,6 сантиметра ниже этого соединения. Прикрепление мембраны к стенке пищевода осуществляется через тончайшие трабекулярные перепоны, соединяющиеся с мышечной оболочкой пищевода. Это прикрепление обеспечивает динамическое взаимодействие между пищеводом и диафрагмой во время акта глотания и при дыхании, когда абдоминальный отдел пищевода удлиняется или сокращается.

Замыкательный механизм пищевода. Анатомически выраженного сфинктера в области кардиального отдела нет. Установлено, что диафрагма и ее ножки не принимают участия в замыкании кардии. Рефлюкс желудочного содержимого в пищевод нежелателен, поскольку эпителий пищевода чрезвычайно чувствителен к переваривающему действию кислого желудочного сока. В норме давление, казалось бы, предрасполагает к его появлению, поскольку в желудке оно выше атмосферного, а в пищеводе – ниже. Впервые работами Code и Ingeifinger было доказано, что в нижнем отрезке пищевода на 2-3 сантиметра выше уровня диафрагмы существует зона повышенного давления. При измерении давления баллоном было показано, что давление в этой зоне всегда выше, чем в желудке и в верхних отделах пищевода, вне зависимости от положения тела и дыхательного цикла. Этот отдел обладает выраженной моторной функцией, которая убедительно доказывается физиологическими фармакологическими и радиологическими исследованиями. Эта часть пищевода действует как пищеводно-желудочный сфинктер, смыкание производится полностью на всем участке, а не в виде сокращения отдельных сегментов. При приближении перистальтической волны он полностью расслабляется.

Имеется несколько вариантов грыж пищеводно-желудочного отверстия диафрагмы. Б.В. Петровским предложена следующая классификация:

I. Скользящие (аксиальные) грыжи пищевода отверстия диафрагмы.

Без укорочения пищевода. С укорочением пищевода.

кардиальная;  
кардиофундальная;  
субтотальная желудочная;  
тотальная желудочная.

## II. Параэзофагеальные грыжи.

фундальная;  
антральная;  
кишечная;  
кишечно-желудочная;  
сальниковая.

Следует различать:

1. Врожденный "короткий пищевод" с интрагастрическим расположением желудка.
2. Параэзофагеальную грыжу, когда часть желудка внедряется сбоку от нормально расположенного пищевода.
3. Скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, когда пищевод вместе с кардиальным отделом желудка втягивается в грудную полость.

Скользящая грыжа называется так потому, что задне-верхняя часть кардиального отдела желудка не покрыта брюшиной и при смещении грыжи в средостение соскальзывает по типу выхождения мочевого пузыря или слепой кишки при паховой грыже. При параэзофагеальной грыже орган или часть органа брюшной полости проходит в пищеводное отверстие слева от пищевода, а кардиальный отдел желудка остается фиксированным на месте. Параэзофагеальные грыжи, так же как и скользящие, могут быть врожденными и приобретенными, но врожденные грыжи встречаются намного реже, чем приобретенные. Приобретенные грыжи чаще встречаются в возрасте старше 40 лет. Имеет значение возрастная инволюция тканей, которая приводит к расширению пищеводного отверстия диафрагмы, ослаблению связи пищевода с диафрагмой.

Непосредственными причинами грыжеобразования могут быть два фактора. Пульсационный фактор - повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической нагрузке, переедании, метеоризме, беременности, постоянном ношении тугих поясов. Тракционный фактор - гипермоторика пищевода, связанная с частыми рвотами, а также нарушением нервной регуляции моторики.

### Параэзофагеальная грыжа

Грыжевой дефект располагается слева от пищевода и может быть различной величины - до 10 сантиметров в диаметре. Часть желудка выпадает в грыжевой мешок, выстланный фиброзно измененной диафрагмальной брюшиной. Желудок как бы завертывается в дефект по отношению к фиксированному в отверстии пищеводно-желудочному соединению. Степень заворота может быть различной.

Клиника. Клиническая симптоматика при параэзофагеальной грыже обусловлена главным образом скоплением пищи в желудке, частично расположенном в грудной полости. Больные чувствуют давящие боли за грудиной, особенно интенсивные после еды. Сначала они избегают приема пищи в больших количествах, затем в обычных дозах. Наблюдается потеря веса. Симптомы, характерные для эзофагита, бывают только при сочетании параэзофагеальной грыжи со скользящей.

При ущемлении грыжи наступает прогрессирующее растяжение выпавшей части желудка вплоть до разрыва. Быстро развивается медиастинит с сильными болями, признаками сепсиса и скоплением жидкости в левой плевральной полости. Грыжа может быть причиной развития пептической язвы желудка, поскольку пассаж пищи из деформированного желудка нарушается.

Эти язвы плохо поддаются лечению и часто осложняются кровотечением или перфорацией. Диагноз ставится в основном при рентгенологическом исследовании, если обнаруживается газовый пузырь в грудной полости. Исследование с барием подтверждает диагноз.

Для того, чтобы выяснить тип грыжи, очень важно определить локализацию пищеводно-желудочного соустья. С помощью эзофагоскопии можно диагностировать сопутствующий эзофагит.

Клиника. Наиболее типичными признаками являются: боль после еды в подложечной области, отрыжка, рвота. При длительном пребывании желудка в грыжевом отверстии диафрагмы может возникнуть расширение вен дистального отдела пищевода и кардии, проявляющееся кровавой рвотой.

Лечение. Консервативная терапия заключается в особом режиме питания. Пища должна приниматься часто и малыми порциями. Диета в общих чертах сходна с противоязвенной. После еды рекомендуется делать прогулки и ни в коем случае не лежать. Для предотвращения возможных осложнений - ущемления и разрыва стенки показано хирургическое лечение. Оптимальный доступ - трансабдоминальный. Осторожным потягиванием желудок низводится в брюшную полость. Производится ушивание грыжевых ворот с дополнительным ушиванием угла Гиса или эзофагофундопликацией. Рецидивы редки. После операции уменьшается клиническая симптоматика, улучшается питание.

## Скользкая грыжа

Причиной возникновения этой грыжи является патология френоэзофагеальной связки, которая фиксирует пищеводно-желудочное соустье внутри пищеводного отверстия диафрагмы. Часть кардиального отдела желудка смещается вверх в грудную полость. Френоэзофагеальная связка истончается и удлиняется. Пищеводное отверстие в диафрагме расширяется. В зависимости от положения тела и наполнения желудка пищеводно-желудочное соустье смещается из брюшной полости в грудную и наоборот. При смещении кардии вверх угол Гиса становится тупым, сглаживаются складки слизистой оболочки. Диафрагмальная брюшина смещается вместе с кардией, хорошо выраженный грыжевой мешок бывает только при больших грыжах. Фиксация и сужение рубцами могут привести к укорочению пищевода и постоянному нахождению пищеводно-желудочного соустья выше диафрагмы. В запущенных случаях наступает фиброзный стеноз. Скользящие грыжи никогда не ущемляются. Если наступает сдавление смещенной в грудную полость кардии, то нарушение кровообращения не наступает, поскольку отток венозной крови осуществляется по пищеводным венам, содержимое может опорожниться через пищевод. Скользящая грыжа часто сочетается с рефлюкс-эзофагитом.

Смещение кардиального отдела вверх приводит к сглаживанию угла Гиса, нарушается деятельность сфинктера, создается возможность гастропищеводного рефлюкса. Однако эти изменения не являются закономерными, и у значительного числа пациентов рефлюкс-эзофагит не развивается, поскольку физиологическая функция сфинктера сохраняется. Поэтому одного смещения кардии недостаточно, чтобы развилась недостаточность сфинктера, кроме того, рефлюкс может наблюдаться и без скользящей грыжи. Неблагоприятное соотношение между величиной давления в желудке и в пищеводе способствует проникновению желудочного содержимого в пищевод. Эпителий пищевода очень чувствителен к действию желудочного и дуоденального содержимого. Щелочной эзофагит вследствие влияния дуоденального сока протекает даже тяжелее, чем пептический. Эзофагит может становиться эрозивным и даже язвенным. Постоянный воспалительный отек слизистой оболочки способствует легкой ее травматизации с кровоизлияниями и кровотечением, что иногда проявляется в виде анемии. Последующее рубцевание приводит к образованию стриктуры и даже полному закрытию просвета. Наиболее часто рефлюкс-эзофагит сопровождает кардиальную грыжу, реже кардиофундальную.

Клиника. Скользящие грыжи без осложнений не сопровождаются клинической симптоматикой. Симптомы возникают тогда, когда присоединяется гастро-эзофагеальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит. Больные могут жаловаться на изжогу, отрыжку, срыгивания. Появление этих симптомов обычно связано с изменением положения тела, боли усиливаются после еды. Наиболее частый симптом жжения за грудиной наблюдается у 90% больных. Боли могут локализоваться в эпигастриальной области, левом подреберье и даже в области сердца. Они не похожи на язвенные, поскольку появляются сразу после приема пищи, связаны с количеством принятой пищи, особенно мучительные после обильной еды. Облегчение наступает после приема средств, понижающих кислотность в желудке. Регургитация наступает в половине случаев, особенно после приема обильной пищи, часто ощущается горечь в гортани. Дисфагия является поздним симптомом и наблюдается в 10% случаев. Она развивается вследствие спазмов воспаленного дистального конца пищевода. Дисфагия периодически возникает, периодически исчезает. Если воспалительные изменения прогрессируют, дисфагия наблюдается чаще и может стать постоянной. Из образовавшихся изъязвлений пищевода могут возникать кровотечения, которые протекают скрыто.

Синдром Кастена – сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронического холецистита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Диагностика трудна. Больные чаще всего трактуются как страдающие язвенной болезнью, холециститом, стенокардией или плевритом. Известный случай ошибочной пункции плевральной полости и прокола или даже дренирования полого органа (в своей практике наблюдали, как дважды дренажная трубка была установлена в дно желудка) в связи с подозрением на наличие экссудативного плеврита.

Триада Сента : грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменная болезнь, дивертикулез толстой кишки

Диагностика сложна. Больные чаще трактуются как страдающие желчнокаменной болезнью или хроническим колитом. Выявляется чаще во время операции по поводу острого калькулезного холецистита или острой кишечной непроходимости при ущемлении толстой кишки в грыже.

Помочь может рентгенологическое исследование. Но помогло нам поставить правильный диагноз и избрать оптимальную тактику у больной, поступившей с клиникой острого деструктивного холецистита. Больной выполнена холецистэктомия, устранение неврической грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с резекцией поперечно-ободочной и нисходящей кишок, ушиванием грыжевых ворот с эзофагофундопликацией по Ниссену.

Решающую роль в постановке диагноза играет рентгеновское исследование. В диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы основной диагностический метод – рентгенологический. Положение Квинке (ноги выше головы). К прямым симптомам грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относят отек кардии и свода желудка, повышенную подвижность абдоминального отдела пищевода, сглаженность отсутствия угла Гиса, антиперистальтические движения пищевода ("танец глотки"), выпадение слизистой пищевода в желудок. Грыжи до 3 см в диаметре расценивают как малые, от 3 до 8 – как средние и более 8 см – как крупные.

На втором месте по информативности стоят эндоскопические методы, которые в сочетании с рентгенологическими исследованиями позволяют довести процент выявления данного заболевания до 98,5%. Характерны:

- 1) уменьшение расстояния от передних резцов до кардии;
- 2) наличие грыжевой полости;
- 3) наличие "второго входа" в желудок;
- 4) зияние или неполное смыкание кардии;
- 5) транскардиальные миграции слизистой оболочки;
- 6) гастроэзофагеальный рефлюкс;
- 7) признаки грыжевого гастрита и рефлюкс-эзофита (РЭ);
- 8) наличие контрактильного кольца;
- 9) наличие очагов эктопии эпителия – "пищевод Баррета".

Внутрипищеводная рН-метрия позволяет выявить РЭ у 89% больных. Манометрический метод определения состояния НПС. При параэзофагеальном типе грыж предлагается диагностическая торакоскопия.

Лабораторные исследования играют подсобную роль. Значительное количество, больных с пищевой грыжей и эзофагитом страдают также дуоденальной язвой или желудочной гиперсекрецией, характерной для язвенной болезни. Чем тяжелее эзофагит и вызванные им расстройства, тем чаще у больных бывает сопутствующая язва 12-перстной кишки. В целях уточнения диагностики в сомнительных случаях проводится тест Бернштейна. В нижний конец пищевода вводится желудочный зонд и через него вливается 0,1% раствор соляной кислоты, чтобы больной не мог этого видеть. Введение соляной кислоты вызывает у больного симптомы эзофита.

Лечение. Консервативное лечение при скользящей грыже с эзофагитом обычно не приносит большого успеха. Необходимо исключить табак, кофе, алкоголь. Принимать пищу следует небольшими порциями, она должна содержать минимальное количество жира, остающегося в желудке в течение длительного времени. Подъем головного конца кровати уменьшает возможность наступления рефлюкса. Медикаментозная противоязвенная терапия целесообразна, хотя эффективность ее невысока. Антисептики противопоказаны, поскольку они увеличивают застой в желудке. Показаниями к операции служат: неэффективность консервативной терапии и осложнения (эзофагит, нарушение проходимости пищевода, резкая деформация желудка и др.).

Существует множество хирургических методов лечения ГПОД. К ним предъявляются в основном два требования:

- 1) репозиция и удержание под диафрагмой пищеводно-желудочного перехода;
- 2) восстановление постоянного острого кардиофундального угла.

Интересна операция анталатерального перемещения ПОД с ушиванием грыжевых ворот наглухо.

R. Belsey в 1955 г. впервые сообщил о трансторакальной эзофагофундопликации с последующей фиксацией к диафраме V - образными швами. Рецидив в 12% наблюдений. Многие хирурги обычно подшивали желудок к передней брюшной стенке. В 1960 году L. Hill разработал операцию задней гастропексии с "калибровкой" кардии. Некоторые хирурги для восстановления клапанной функции кардии применяют эзофагофундорафию (сшивание дна желудка с терминальным отделом пищевода).

Чрезбрюшинный доступ предпочтительнее при неосложненных грыжах. Если грыжа сочетается с укорочением пищевода за счет стеноза, лучше применить трансторакальный. Трансабдоминальный доступ заслуживает внимания еще и потому, что часть больных с эзофагитом имеют поражения желчных путей, которые нуждаются в хирургической коррекции. Приблизительно 1/3 больных с эзофагитом страдают дуоденальной язвой, поэтому устранение грыжи целесообразно сочетать с ваготомией и пилоропластикой. Распространенным хирургическим методом лечения является операция Ниссена в сочетании с закрытием угла Гиса. В 1963 г. Ниссен предложил фундопликацию для лечения пищевой грыжи, осложненной эзофагитом. При этой операции дно желудка завертывается вокруг абдоминального отдела пищевода, края желудка сшиваются вместе со стенкой пищевода. При особенно широком пищеводном отверстии сшиваются ножки диафрагмы. Эта операция хорошо предупреждает кардио-эзофагеальный рефлюкс и при этом не препятствует прохождению пищи из пищевода. Фундопликация по Ниссену одинаково хороша и для лечения грыжи и для предупреждения рефлюкса. Рецидивы заболевания наблюдаются редко, особенно в

незапущенных случаях. Восстановление анатомических взаимоотношений при скользящей грыже приводит к излечению от рефлюкс-эзофагита. При грыжах, сочетающихся с укорочением пищевода вследствие эзофагита, лучшие результаты дает операция Б.В. Петровского. После фундопликации производится рассечение диафрагмы впереди, желудок подшивается отдельными швами к диафрагме и остается фиксированным в средостении (медиастинолизиция кардии). После этой операции рефлюкс исчезает ввиду наличия клапана и не происходит ущемления желудка, так как отверстие в диафрагме становится достаточно широким. Фиксация к диафрагме предупреждает дальнейшее его смещение в средостение. Ниссен при расположении кардии в средостении выше 4 см над уровнем диафрагмы рекомендует применять у таких больных фундопликацию трансплевральным доступом, оставляя верхний отдел кардии в плевральной полости. Б.В. Петровский в этих случаях применяет клапанную гастропликацию, которую можно произвести трансабдоминально, что очень важно для пожилых больных.

Травматические диафрагмальные грыжи. Особо следует различать диафрагмально-межреберные грыжи, когда разрыв диафрагмы происходит в месте прикрепления ее волокон к нижним ребрам или в области запянутого плеврального синуса. В этих случаях грыжевое выпячивание попадает не в свободную плевральную полость, а в одно из межреберий, как правило, слева.

Клиническая картина. Различают симптомы острого перемещения органов, возникающего вслед за травмой и хронической диафрагмальной грыжи.

Характерны:

- 1) расстройства дыхания и сердечной деятельности;
- 2) симптомы нарушений со стороны брюшной полости (рвота, запоры, вздутие живота)

Осложнения. Невправимость и ущемление (30-40% всех ДГ). Грыжи после ранений более склонны к ущемлению.

Факторы способствующие ущемлению: малые размеры дефекта, ригидность кольца, обильный прием пищи, физическое напряжение. Клиническая картина при ущемлениях – соответствует клинике кишечной непроходимости. При ущемлении желудка не удается установить желудочный зонд.

Дифференциальная диагностика между диафрагмальной грыжей и релаксацией диафрагмы. Пневмоперитонеум

Лечение оперативное. Чрезплевральным или трансабдоминальным доступами.

Задачи врача общей практики:

- при появлении жалоб характерных для гастроинтестинальных проявлений (дисфагия, тошнота, рвота, перистальтические шумы в грудной клетке и пр., в особенности после приема пищи, подъема тяжестей) или кардиореспираторных (цианоз, одышка, приступы, асфиксии при тех же условиях) следует направить больного на обследование.