

УДК: 616.33-073.75

## Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в практике терапевта

А.В. Тумаренко, В.В. Скворцов

## Hiatal hernia in therapeutic practice

A.V. Tumarenko V.V. Skvortsov

ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ, Волгоград

**Ключевые слова:** грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, аксиальная форма, ингибиторы протонной помпы, H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы, прокинетики, итоприд, метоклопрамид, домперидон, трансторакальная эзофагофундопликация

**Г**рыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД, диафрагмальная грыжа) – хроническое рецидивирующее заболевание, связанное со смещением через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость абдоминального отдела пищевода, кардии, верхнего отдела желудка, а иногда и петель кишечника. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является очень распространенным заболеванием. Она встречается у 5% всего взрослого населения, причем у 50% больных она не дает никаких клинических проявлений и, следовательно, не диагностируется. Впервые заболевание было описано Морганьи в 1768 г. [5].

Для характеристики данного заболевания необходимо дать краткое описание структурно-функциональных особенностей области. 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 2,5 см.

Пищевод идет через это отверстие косо, над отверстием он лежит перед аортой, ниже отверстия несколько левее ее. Описано около 10-ти вариантов анатомии 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 вариабельна, 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 же-

*<sup>1</sup>ул. Никитина, 64, Волгоград, Волгоградская обл., Россия, e-mail 1vskvortsov@gmail.com*

лудка 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. [1,2,3,5].

Среди всех грыж пищеводного отверстия диафрагмы аксиальная встречается в 98,6-99,3% случаев, из которых кардиальные — в 95,9%, кардиофундальные — в 2,3% и субтотальные — в 0,4% случаев. Параэзофагеальные грыжи и «врожденный короткий пищевод» составляют 0,4-1,4% и 0,3% случаев соответственно [5].

## Причины и предрасполагающие факторы ГПОД

- Ожирение.
- Неправильная осанка, сутулость.
- Упорный кашель.
- Запор (что вызывает повышение внутрибрюшного давления при натуживании во время акта дефекации).
- Наследственная предрасположенность.
- Курение.
- Врожденные дефекты развития.

Существует также классификация грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в зависимости от объема проникновения желудка в грудную полость (И.Л. Тегер, А.А. Липко, 1965 г.). В основе этой классификации лежат рентгенологические проявления заболевания [3,7].

## Выделяют три степени грыжи:

- ГПОД I степени – в грудной полости (над диафрагмой) находится абдоминальный отдел пищевода, а кардия – на уровне диафрагмы, желудок приподнят и непосредственно прилежит к диафрагме.
- ГПОД II степени – в грудной полости располагается абдоминальный отдел пищевода, а непосредственно в области пищеводного отверстия диафрагмы – уже часть желудка;
- ГПОД III степени – над диафрагмой находятся абдоминальный отдел пищевода, кардия и часть желудка (дно и тело, а в тяжелых случаях даже и антральный отдел).

## Клиническая картина ГПОД

В происхождении ГПОД решающую роль играют, как минимум, три группы факторов: ослабление соединительнотканых структур, повышение внутрибрюшного давления и дискинезия пищеварительного тракта, в частности пищевода [2,3,7].

Болевой синдром приобретает весьма изменчивую окраску: боли могут быть глухими или острыми, широко иррадиировать. Они возникают, как правило, после еды или при повышении внутрибрюшного давления. Иногда боли в связи с переменной положения тела (обычно при вставании) уменьшаются из-за опускания желудка.

Приблизительно у 15-20% больных боль локализуется в области сердца и принимается за стенокардию или даже инфаркт миокарда. Следует также учесть, что возможно сочетание ГПОД и ишемической болезни сердца [1].

Происхождение болей при ГПОД обусловлено следующими основными механизмами:

- сдавление нервных и сосудистых окончаний кардии и фундального отдела желудка в области пищеводного отверстия диафрагмы при проникновении их в грудную полость;
- кислотно-пептическая агрессия желудочного и дуоденального содержимого;
- растяжение стенок пищевода при гастроэзофагеальном рефлюксе;
- гипертоническая дискинезия пищевода, развитие кардиоспазма;
- в некоторых случаях развивается пилороспазм.

Одним из самых распространенных симптомов аксиальных грыж является изжога. Она наблюдается после еды, при резкой перемене положения тела. В ночное время изжога возникает чаще, что объясняется повышением тонуса блуждающего нерва («царство вагуса») и как следствие некоторым ослаблением нижнего пищеводного сфинктера.

В происхождении изжоги немаловажное значение имеет гиперчувствительность воспаленной слизистой оболочки пищевода к различным раздражителям кислотно-пептический фактор желудочного сока, растяжение пищевода волной гастроэзофагеального рефлюкса, забрасывание дуоденального содержимого (в первую очередь желчи) в пищевод и т.д. В общем интенсивность изжоги определяется, с одной стороны, степенью «агрессивности» перечисленных факторов, а с другой — способностью органа к самоочищению («эзофагеальный клиренс»)

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы сопровождается и некоторыми сердечными симптомами: тахикардией, стенокардией и другими. Выходение части желудка в грудную полость наблюдается и при врожденном коротком пищеводе. Данная патология также сопровождается дисфагией, регургитацией, болями за грудиной, причем дисфагия может быть периодической или постоянной.

## Диагностика

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обычно хорошо обнаруживаются при рентгенологическом исследовании. В то же время выявление аксиальных грыж небольших размеров требует обязательного проведения исследования в положении лежа. [3,6,7].

По данным литературы, **все рентгенологические симптомы**, встречающиеся при ГПОД, делятся на прямые и косвенные признаки.

### Прямые признаки

1. Наличие в заднем средостении над диафрагмой ограниченного просветления с горизонтальным уровнем жидкости или без него, меняющегося по форме и величине в различные фазы дыхания, при натуживании, при компрессии брюшной полости, и в разные «временные промежутки».

2. Появление в заднем средостении над диафрагмой при натуживании, при наклонах, переведении в горизонтальное положение (или в положение Тренделенбурга) депо бариевой взвеси, которое меняется по форме и величине, и сообщается с частью желудка, расположенной под диафрагмой.

3. Наличие в области пищеводного отверстия диафрагмы типичных складок слизистой оболочки желудка, как бы соединяющих часть желудка, расположенного над диафрагмой, с частью желудка, расположенного под диафрагмой [3,7].

### Косвенные признаки

1. Отсутствие или уменьшение, особенно «исчезновение» газового пузыря желудка в процессе исследования или перемещение его частично или полностью в заднее средостение и появление «двух газовых пузырей».

2. Удлинение, дугообразное искривление, извитость наддиафрагмальной части пищевода, с одновременным перемещением его абдоминального отдела в средостение.

3. Перемещение части слизистой оболочки желудка в дистальный отдел пищевода.

4. Смещение или поворот сердца вокруг продольной оси.

5. Уплотнение свода желудка

6. Уменьшение размеров желудка, смещение его вправо, ограничение подвижности желудка.

При эндоскопическом исследовании аксиальные грыжи распознаются на основании смещения пищеводно-желудочной линии и слизистой оболочки желудка выше диафрагмы [3,6,7].

## Лечение

Лечение следует начинать с консервативных мероприятий, хирургическую операцию необходимо проводить строго по определенным показаниям (в первую очередь при осложненных формах ГПОД и

безуспешности медикаментозной терапии).

Лечение при рефлюкс-эзофагите (в том числе и при диафрагмальной грыже пищеводного отверстия) состоит в соблюдении диеты с исключением пищи, содержащей животные жиры, вызывающей диспептические явления, т.е. раздражающей слизистую оболочку пищевода и усиливающей кислотобразование: жареных блюд, консервов, экстрактивных веществ и пряностей, крепкого кофе.

Для ускорения эвакуации из желудка рекомендуют измельченную и кашецеобразную пищу, а также дробное (5-6 раз в сутки) питание с ужином за 3-4 ч до сна. После приема пищи следует избегать положения лёжа. Кроме того, больному рекомендуют отказаться от курения и приема алкоголя, нормализовать массу тела, ночью спать с приподнятым положением головного конца кровати [1,2].

Медикаментозное лечение подразумевает назначение ингибиторов протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол) – препаратов, подавляющих секрецию соляной кислоты, являющихся на сегодняшний день «золотым стандартом» лечения кислотозависимых состояний или, при их непереносимости либо в качестве дополнения, H<sub>2</sub>-блокаторов гистаминовых рецепторов (ранитидин, низатидин, фамотидин).

При наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, осложненной развитием гипохромной железодефицитной анемии, возникшей вследствие хронической кровопотери, помимо приема антацидных и местнодействующих противовоспалительных средств, конечно же, проводится антианемическая и гемостатическая терапия, обязательно включающая назначение препаратов, содержащих железо (гемофер, фенюльс, феррумлек).

При забросе в пищевод дуоденального содержимого, с присутствием довольно большого количества желчных кислот, целесообразным будет дополнительное назначение сорбентов (полисорб, энтеросгель) и прокинетиков.

В группе прокинетиков широко известны и достаточно давно применяются метоклопрамид и домперидон. Отдельно стоит остановиться на применении относительно недавно появившегося препарата прокинетического действия – итоприда. Он считается эффективным и наиболее безопасным на сегодняшний день прокинетиком. Согласно рекомендациям Digestive Disease Week (ежегодной конференции, посвященной заболеваниям пищеварительного тракта и их лечению), итоприд является «прокинетиком выбора», а в странах, где он недоступен, возможно применение домперидона и метоклопрамида.

Активное действующее вещество представлено итоприда гидрохлоридом, обладающим комбинированным механизмом действия. Препарат проявляет свойства антагониста периферических D<sub>2</sub>-допаминовых рецепторов и блокатора ацетилхолинэстеразы. Блокирование D<sub>2</sub>-рецепторов способствует увеличению активности аденилатцикла-

зы и уровня цАМФ в гладких мышцах пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с повышением двигательной активности этих отделов. Одновременно препарат активирует освобождение и обеспечивает увеличение периода полураспада эндогенного ацетилхолина, пролонгируя его влияние, что, в свою очередь, сопровождается повышением перистальтической активности тонкого и толстого кишечника. Кроме того, благодаря взаимодействию с D2-дофаминовыми хеморецепторами триггерной зоны, итоприд оказывает противорвотный эффект.

Препарат активирует пропульсивную моторику желудка за счет антагонизма с D2-рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы, оказывает специфическое действие на верхние отделы ЖКТ, ускоряет транзит по желудку, улучшает его опорожнение. Итоприд отличается наиболее высоким профилем безопасности по сравнению с другими прокинетики. Он не влияет на уровень сывороточного гастрин, практически не проникает через гематоэнцефалический барьер и поэтому не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС, не влияет на средний уровень пролактина в крови, не оказывает негативного воздействия на сердечно-сосудистую систему [4–6].

В отличие от цизаприда и мотилакрида, итоприд не обладает сродством к 5HT<sub>4</sub>-рецепторам, что делает его безопаснее других прокинетики при наличии у пациента кардиологической патологии. Об этом необходимо помнить при выборе терапии у больных с гипокалиемией и удлинённым интервалом QT, в т.ч. на фоне терапии амиодороном или соталолом. Учитывая факт триггерного влияния рефлюксов на возникновение коронарного ангиоспазма и аритмий, назначение итоприда при сочетании ишемической болезни сердца и ГПОД представляется патогенетически обоснованным. [2,3,4].

Всё вышесказанное, главным образом, имеет отношение к аксиальным грыжам.

Тактика консервативного ведения больных с параэзофагеальными грыжами пока недостаточно хорошо разработана из-за довольно низкой частоты встречаемости этой патологии. В таких случаях, когда речь идёт о пациентах молодого и среднего возраста, в основном выполняется хирургическая коррекция, если же заболевание выявлено у пожилого человека, имеющего к тому же тяжёлые сопутствующие соматические расстройства, основным направлением становится соблюдение диеты и соответствующая коррекция образа жизни [2,3].

Консервативное лечение при отсутствии показаний к хирургическому вмешательству должно всегда предшествовать операции. По завершении основного медикаментозного курса все больные с хиатальными грыжами обязательно ставятся на диспансерный учёт с целью профилактики, своевременной диагностики и коррекции рецидивов воспалительных поражений слизистой пищевода, а также предупреждения развития осложнений [3].

R. Belsey в 1955 г. впервые сообщил о транс-

ракальной эзофагофундопликации с последующей фиксацией к диафрагме 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). [3].

Радикальным способом коррекции ГПОД является оперативное вмешательство, которое в определенном проценте случаев позволяет добиться стойкого устранения грыжи. Из большого числа различных методов хирургического лечения скользящих грыж ПОД наибольшее распространение получили операции, направленные на ушивание грыжевых ворот и укрепление пищеводно-диафрагмальной связки (крурорафия), фиксацию желудка в брюшной полости (различные варианты гастропексии), восстановление острого угла Гиса, предотвращение или ликвидацию желудочно-пищеводного рефлюкса (фундопликация) [2,3].

### Литература

1. Мужин Н.А., Моисеев В.С. *Пропедетика внутренних болезней*. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 768 с.
2. *Внутренние болезни: Учеб. пособие / Под ред. Елисева Ю. Ю.* – М.: КРОН-ПРЕСС, 1999. 848 с.
3. *Руководство по гастроэнтерологии: В трех томах. Под общей редакцией Ф. П. Комарова и А. А. Гребенева. Т. 1. Болезни пищевода и желудка*, М.: Медицина, 1995. 672 с.
4. В.Т. Пивакин, Т.А. Лапина и др. *Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Рук. для практикующих врачей*. М, «Литтерра», 2003. 1046 с.
5. Василенко В.Х., Гребнев А.А. *Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы*. М., Медицина, 1978, 223 с.
6. Ермолов А.С., Пинчук Т.П., Абакумов М.М., Галанкина И.Е., Погодина А.Н., Квардакова О.В., Кудряшова Н.Е. *Инструментальная диагностика рефлюкс-эзофагита // Хирургия*. 2003. № 10. С.25-32.
7. Сиваш В.С., Левченко С.В. *Рентгенологическая диагностика рефлюкс-эзофагита // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2004. № 1. С.178.

## Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в практике терапевта

*А.В. Тумаренко, В.В. Скворцов*

Данная статья посвящена вопросам этиологии, патогенеза, клинической симптоматики, подходам к диагностике и терапии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, аксиальная форма, ингибиторы протонной помпы, H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы, прокинетики, итоприд, метоклопрамид, домперидон, трансторакальная эзофагофундопликация.

## Hiatal hernia in therapeutic practice

*A. V. V. Tumarenko Skvortsov*

Summary. This article deals with problems of etiology, pathogeny, clinical symptomatology, approaches to detection and treatment of hiatal hernia.

Key words: hiatal hernia, proton pump inhibitors, H<sub>2</sub>-yistamin-blockers, prokinetics, itopride, metoclopramide, domperidone, transthoracic esophagoplication.