

© Коллектив авторов, 2021
DOI 10.21886/2712-8156-2021-2-1-115-120

ЖЕЛУДОК В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ИЛИ ЧТО НАМ ИЗВЕСТНО О ГИГАНТСКИХ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Г.В. Шавкута, М.Ф. Черкасов, В.М. Пахомова, Т.В. Шнюкова, Н.В. Яковлева,
Ю.М. Старцев, К.М. Галашокян, Д.М. Черкасов

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы рассматривается как один из факторов, способствующих развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, и требует полного и всестороннего обследования пациента. Рутинная эзофагогастродуоденоскопия не даёт полной картины заболевания, в связи с чем пациенты длительное время получают симптоматическое лечение. Параэзофагеальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы пока недостаточно хорошо изучены из-за довольно низкой частоты встречаемости, они могут протекать бессимптомно или проявляться болью в грудной клетке некардиального генеза. В качестве клинического случая представлен пациент с длительным анамнезом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ассоциированной с гигантской параэзофагеальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит, гигантская грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, параэзофагеальная грыжа, крурафия (ушивание ножек диафрагмы), лапароскопическая фундопликация.

Получено: 30.01.2021. **Принято к печати:** 04.02.2021.

Для цитирования: Шавкута Г.В., Черкасов М.Ф., Пахомова В.М., Шнюкова Т.В., Яковлева Н.В., Старцев Ю.М., Галашокян К.М., Черкасов Д.М. Желудок в грудной клетке, или что нам известно о гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2021;2(1):115-120. DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-1-115-120.

Контактное лицо: Пахомова Виктория Михайловна, victoria.pakhomova78@mail.ru.

STOMACH IN THE CHEST OR WHAT WE KNOW ABOUT GIANT HIATAL HERNIAS

G.V. Shavkuta, M.F. Cherkasov, V.M. Pakhomova, T.V. Shnyukova, N.V. Yakovleva,
Yu.M. Startsev, K.M. Galashokyan, D.M. Cherkasov

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

A hernia of the esophageal aperture of the diaphragm is considered as one of the factors contributing to the development of gastroesophageal reflux disease and requires a complete and comprehensive examination of the patient. Routine esophagogastroduodenoscopy does not give a complete picture of the disease, and therefore patients receive symptomatic treatment for a long time. Paraesophageal hernia of the esophageal aperture of the diaphragm are not well understood yet due to their relatively low frequency of occurrence, may be asymptomatic or manifest as chest pain of noncardiac origin. A patient with a long history of gastroesophageal reflux disease associated with a giant paraesophageal hernia of the esophageal aperture of the diaphragm is presented as a clinical case.

Key words: gastroesophageal reflux disease, reflux esophagitis, hernia of the esophageal aperture of the diaphragm, paraesophageal hernia of the esophageal aperture of the diaphragm, cruraphia (suturing of the legs of the diaphragm), laparoscopic fundoplication.

Received: 30.01.2021. **Accepted:** 04.02.2021.

For citation: Shavkuta G.V., Cherkasov M.F., Pakhomova V.M., Shnyukova T.V., Yakovleva N.V., Startsev Yu.M., Galashokyan K.M., Cherkasov D.M. Stomach in the chest or what we know about giant hiatal hernias. *South Russia Journal of Therapeutic Practices*. 2021;2(1):115-120. DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-1-115-120.

Corresponding author: Viktoriya M. Pakhomova, victoria.pakhomova78@mail.ru.

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и двенадцатиперстной кишки, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистых оболочек дистального отдела пищевода с развитием в нём дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарально-го или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии [1, 2, 3].

Патогенез развития ГЭРБ обусловлен нарушением моторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта: снижением функции антирефлюксного барьера, нарушением перистальтики грудного отдела пищевода и снижением секреции слюны, негативным воздействием рефлюктата на слизистую оболочку пищевода, повышением внутрибрюшного давления, нарушением опорожнения желудка [3].

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — важный этиологический фактор ГЭРБ.

ГПОД — это врождённый или приобретенный дефект, при котором через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость могут смещаться абдоминальный отдел пищевода, кардия, верхний отдел желудка, а иногда и другие органы брюшной полости. Согласно классификации Б.В. Петровского и Н.И. Каншина, среди ГПОД выделяют скользящие (аксиальные) и параэзофагеальные грыжи.

При скользящих ГПОД происходит перемещение в заднее средостение пищевода, кардии или желудка. Скользящие ГПОД называют иногда аксиальными, так как смещение происходит по оси

пищевода. На долю скользящих ГПОД приходится до 90–95 % случаев.

Параэзофагеальные ГПОД встречаются значительно реже (5–10%). Для этих грыж характерно смещение органов брюшной полости в средостение рядом с пищеводом, при этом кардия остается фиксированной под диафрагмой [4].

Гигантские грыжи и короткий пищевод являются разновидностями параэзофагеальных грыж. На их долю приходится от 0,4 до 15% от всех параэзофагеальных ГПОД [4, 5].

Общепринятого определения «гигантская грыжа пищеводного отверстия диафрагмы» не существует. Большинство исследователей сходятся во мнении, что при гигантской ГПОД в средостении находится от 1/3 до 1/2 желудка [6, 7].

Выделяют два фактора грыжеобразования. Пульсационный фактор — повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической нагрузке, переедании, метеоризме, беременности, постоянном ношении тугих поясов. Тракционный фактор — гипертония пищевода, связанная с частыми рвотами, а также нарушением нервной регуляции моторики. Предрасполагающими факторами возникновения ГПОД являются расширение пищеводного отверстия диафрагмы в связи с атрофией мышечных волокон медиальной ножки диафрагмы; растяжение пищевода-диафрагмальной мембраны; укорочение пищевода (спастическое или рубцовое); конституциональные особенности организма, слабость соединительной ткани; различные оперативные вмешательства на кардии, диафрагме, органах брюшной полости; состояния, приводящие к значительному повышению внутрибрюшного давления: ожирение, асцит, беременность, крупные опухоли брюшной полости, кашель, запоры, метеоризм, частые повторные рвоты.

Большая часть ГПОД протекают бессимптомно и зачастую диагностируются случайно при проведении инструментальных исследований. При длительном течении ГПОД возможна ма-

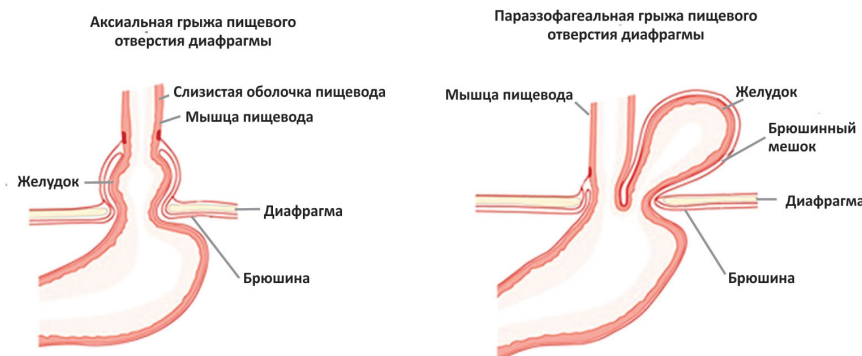


Рисунок 1. Виды грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

нифестация клинических проявлений с болей в грудной клетке и по ходу пищевода некардиального генеза, одино- и дисфагии, в дальнейшем присоединяются симптомы ГЭРБ (изжога, отрыжка, регургитация и др.) [8, 9, 3].

ГПОД, ассоциированная с рефлюкс-эзофагитом, не имеет чётких критериев диагностики. Регургитация и ночная аспирация обнаруживаются у 40% пациентов, изжога и рефлюкс — у 86%, тошнота и рвота — у 40% [5, 8, 10].

Осложненные формы ГПОД (острая непроходимость, ущемление) занимают 2–3-е места среди гастроэнтерологических заболеваний, конкурируя с холециститом и язвенной болезнью [11].

Для диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы традиционно применяют полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пищеводно-желудочного перехода, фиброгастроскопию, эндоскопическую внутрижелудочную рН-метрию, манометрию пищевода [4, 12, 13]. Иногда используется компьютерная томография.

До настоящего времени не разработан единый подход к тактике лечения больных ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД.

В подобных ситуациях цели лечения ГЭРБ заключаются в максимально быстром купировании клинических симптомов, улучшении качества жизни, лечении эзофагита, заживлении эрозий, профилактике рецидивирования, предотвращении или устранении осложнений. Консервативное лечение предполагает назначение антисекреторной терапии в сочетании с прокинетиками и гастропротекторами [1, 3, 8, 7, 9, 10].

По современным представлениям, хирургическое лечение аксиальных ГПОД в отсутствие ГЭРБ и бессимптомных параэзофагеальных ГПОД не показано.

Показанием к операции при ГПОД является:

- тяжелая или осложненная ГЭРБ, не поддающаяся консервативной терапии;
- все симптоматические параэзофагеальные грыжи, особенно при развитии острой непроходимости или ущемления [8].

Среди хирургических методов лечения ГПОД предпочтение отдаётся лапароскопической фундопликации.

На сегодняшний день отсутствует единое мнение по тактике хирургического лечения ГПОД и технике хиатопластики (использование сетки или типа фундопликации (Ниссен против Тупе)) [6].

Практически отсутствуют исследования о частоте рецидива ГЭРБ, ассоциированной с гигантскими ГПОД, после оперативного лечения. Возможен так называемый симптоматический рецидив ГЭРБ после восстановления пищеводного отверстия диафрагмы. Эти симптомы могут включать рецидивирующий рефлюкс, дис-

фагию, боль в груди, тошноту и вздутие живота [5]. Следует учитывать возможность возникновения бессимптомных рентгенологических рецидивов ГПОД в позднем послеоперационном периоде [14].

Клинический случай

Пациент, 49 лет, обратился к терапевту с симптомами острой респираторной вирусной инфекции и жалобами на повышение температуры тела до 37,7 °C, потерю обоняния, сдавливающие боли в грудной клетке, преимущественно слева. С целью исключения пневмонии выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки. Данных о пневмонии не выявлено. В грудной клетке параэзофагеально определялись желудок и часть двенадцатиперстной кишки, размер пищеводного отверстия диафрагмы больших размеров и составил 9 × 13 см в наибольшем аксиальном измерении, грыжевые ворота — 3,2 см.

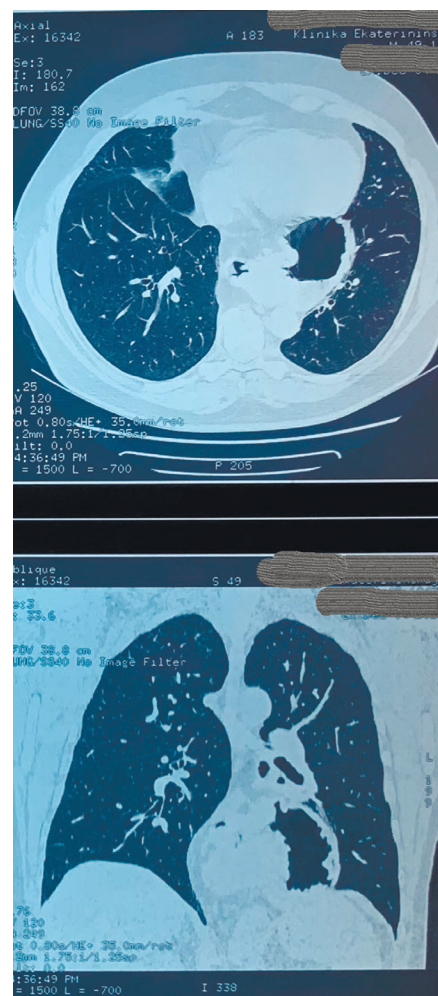


Рисунок 2. Аксиальные и фронтальные КТ-проекции гигантской грыжи отверстия диафрагмы.

Часть двенадцатиперстной кишки и весь желудок располагаются в грудной полости параэзофагеально.

При детальном расспросе пациент отмечал затруднение прохождения по пищеводу твердой и полужидкой пищи, появление интенсивных давящих болей за нижней третьей грудины, распространяющиеся в левую руку, шею, чувство онемения в левой руке, возникающее сразу после приема пищи, рвоту без предшествующей тошноты, которую пациент вызывал самостоятельно для купирования боли. Появлению симптомов предшествовала значительная физическая нагрузка — подъем тяжестей рывком с поворотом туловища.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение последних 9 лет, когда впервые появились и стали прогрессировать изжога и тяжесть в эпигастрии после приема пищи. Практически постоянно принимал ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) с положительным клиническим эффектом. При проведении ЭГДС в 2017 г. выявлены признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита ст. А, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, поверхностного гастрита.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально, наследственность неотягощена. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания у себя и в семье отрицает. Вредные привычки: курит (стаж курения — 14 лет, до 15 сигарет в сутки), последний год курит электронные сигареты, употребление алкоголя — «редко» (со слов пациента). Травмы и операции отрицает. Аллергологический анамнез благоприятный. Гемотрансфузионный анамнез: гемотрансфузии в 2017 и 2019 гг. по поводу железодефицитной анемии, без осложнений. Фармакологический анамнез: постоянно принимает ингибиторы протонной помпы.

С учётом результатов СКТ органов грудной клетки, жалоб, анамнеза заболевания, пациенту рекомендовано дообследование. Эзофагогастродуоденоскопия (январь 2021 г.) — выявлены признаки дистального рефлюкс-эзофагита, градиация А, недостаточности кардии, ГЭРБ, хиатальной грыжи, хронического гастрита, дуоденита. По данным рентгенологического исследования (январь 2021 г.) — рентгенологические признаки дистального рефлюкс-эзофагита, хронического гастрита, фиксированной ГПОД IV ст., дуоденита.

Пациенту по результатам обследований рекомендовано оперативное лечение гигантской грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В январе 2021 г. в хирургическом отделении Ростовского государственного медицинского университета проведены лапароскопическое устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, задняя крурорафия, фундопликация по Ниссену.

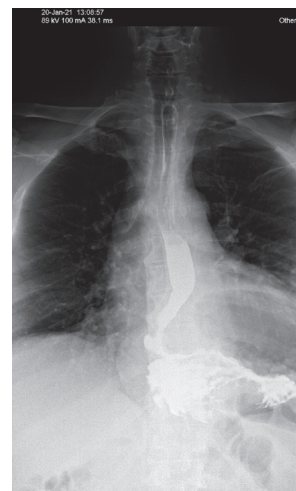


Рисунок 3. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ. Умеренное утолщение складок слизистой в дистальном отделе пищевода, теле и антральном отделе желудка. Газовый пузырь желудка в грудной полости.

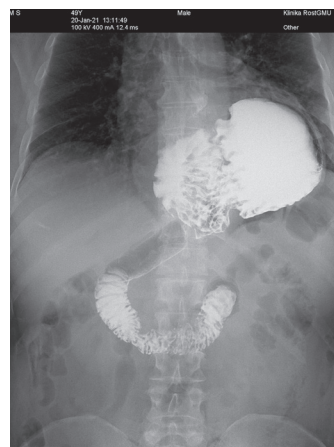


Рисунок 4. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ. Дислокация в 3, с/3 и части н/3 желудка в грудную полость. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы, размеров и положения, пассаж по дуге двенадцатиперстной кишки обычный.

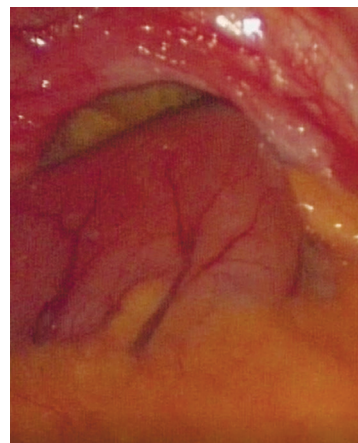


Рисунок 5. Грыжевые ворота. Расширение пищеводного отверстия диафрагмы.

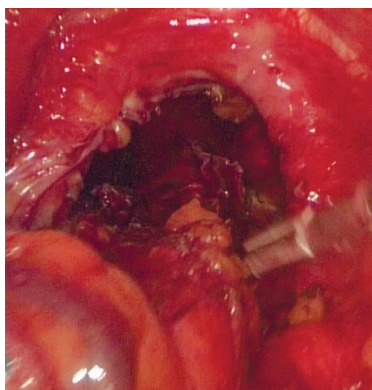


Рисунок 6. Выделение желудка в заднем средостении.

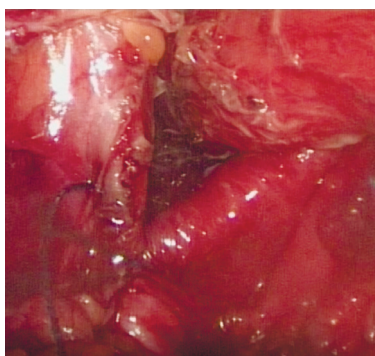


Рисунок 7. Задняя круорофия.

На следующие сутки после операции пациент переведен из отделения анестезиологии и реанимации в палату хирургического отделения, где проводились антибактериальная, спазмолитическая, антисекреторная терапии. Пациент

принимает полутвёрдую и жидкую пищу. Симптомы пищевода и желудочной диспепсии отсутствуют.

В послеоперационном периоде пациенту будет рекомендовано проведение немедикаментозной коррекции, а именно частое, дробное питание, полный отказ от курения и употребления алкоголя, отказ от интенсивных физических нагрузок, ношение удобной одежды, не стягивающей живот, нормализация работы кишечника и предотвращение запоров.

Медикаментозная коррекция предполагает назначение курса антисекреторной и цитопроTECTивной терапии.

Выводы

Параэзофагеальные гигантские грыжи пищевода отверстия диафрагмы — достаточно редкое явление. В литературе описаны единичные случаи диагностики и тактики хирургического лечения пациентов с данной патологией.

До настоящего времени не существует единых подходов к лечению пациентов с гигантской ГПОД.

Не разработан алгоритм послеоперационного, в том числе и отсроченного ведения пациентов с гигантской параэзофагеальной ГПОД.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Financing. The study did not have sponsorship.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. Authors declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020;30(4):70–97. DOI: 10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97
- Тумасова И.Н., Шавкута Г.В., Дерижанова И.С. Клинико-эндоскопические и морфологические особенности эрозивных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Баррета при долгосрочном наблюдении в амбулаторно-поликлинической практике. *Медицинская наука и образование Урала*. 2010;11(3(63)):147-149. eLIBRARY ID: 22783827
- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: методические рекомендации. Сост: Шавкута Г.В. Ростов-на-Дону, 2015;56. eLIBRARY ID: 43032015
- Огнерубов Н.А., Антипова Т.С. Тотальная желудочная грыжа пищевода отверстия диафрагмы. *Вестник ТГУ*. 2017;22(2):318-322. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-2-318-322
- Chan K.J., Smithers B.M., Michael W.H. Giant Hiatus Hernia and Association with Gastro-Oesophageal Reflux: A Review. *J Clin Gastroenterol Treat*. 2017;3:045. DOI: 10.23937/2469-584X/1510045.
- Awais O., Luketich J.D. Management of giant paraesophageal hernia. *Minerva chirurgica*. 2009;64:159-168. PMID: 19365316
- Mitek M.O., Andrade R.S. Giant hiatal hernia. *Annals of Thoracic Surgery*. 2010;89(6):2168-2173. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2010.03.022
- Никонов Е.Л. Хирургическое лечение грыж пищевода отверстия диафрагмы и возможности новых эндоскопических процедур. *Хирургия*. 2018;5:96-105. DOI: 10.17116/hirurgia2018596-105
- Шавкута Г.В. Эффективность ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в реальной клинической практике. *Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки*. 2006;S24:60. eLIBRARY ID: 9229060
- Башилов Н.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: показания к хирургическому лечению. *Эффективная фармакотерапия*. 2018;3:16-22. eLIBRARY ID: 35042558
- Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Старцев Ю.М., Меликова С.Г. Анатомические особенности и биомеханические свойства диафрагмы в патогенезе разви-

- тия грыж пищеводного отверстия диафрагмы. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2019;7:29-35. DOI: 10.17116/hirurgia201907129
12. Оскретков В.И., Андреасян А.Р., Овсепян М.А., Климова Г.И., Ганков В.А. Значение суточной внутрипищеводной рН-метрии при оценке эффективности антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. 2019;1:49–50.

13. Максимова К.И. Результаты эндоскопического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. *Международный журнал экспериментального образования*. 2017;3:39–41. eLIBRARY ID: 28779465
14. Wang Z., Bright T., Irvine T., Thompson S.K., Devitt P.G., Watson I.D. Outcome for Asymptomatic Recurrence Following Laparoscopic Repair of Very Large Hiatus Hernia. *J Gastrointest Surg*. 2015;19(8):1385-90. doi: 10.1007/s11605-015-2807-2

Информация об авторах

Шавкута Галина Владимировна, д.м.н., проф., заведующая кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия, ORCID 0000-0003-4160-8154, e-mail: semmed@mail.ru.

Черкасов Михаил Федорович, д.м.н., проф., заведующий кафедрой хирургических болезней № 4, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия. ORCID 0000-0001-7587-8406, e-mail: cherkasovmf@mail.ru.

Пахомова Виктория Михайловна, ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия. ORCID 0000-0003-4942-4827, e-mail: victoria.pakhomova78@mail.ru.

Шнюкова Татьяна Викторовна, к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия. ORCID 0000-0003-3932-868X, e-mail: tshnukova@yandex.ru.

Яковлева Наталья Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия. ORCID 0000-0002-0647-0084 e-mail: brungyl@yandex.ru.

Старцев Юрий Михайлович, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 4, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия. ORCID 0000-0002-5769-4598, e-mail: starcevvv111@mail.ru.

Галашокян Карпет Мелконович, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней № 4, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия. ORCID 0000-0001-5577-2436, e-mail: ya.carpusha88@yandex.ru.

Черкасов Денис Михайлович, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 4, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия. ORCID 0000-0003-0320-7923 e-mail: doctor1012@inbox.ru.

Information about the authors

Galina V. Shavkuta, Dr. Sci. (Med.), Professor, head of the Department of General medical practice (family medicine) (with courses of geriatrics and physiotherapy) Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0003-4160-8154, e-mail: semmed@mail.ru.

Mikhail F. Cherkasov, Dr. Sci. (Med.), Professor, head of the Department of Surgical Diseases No. 4 Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0001-7587-8406, e-mail: cherkasovmf@mail.ru.

Victoria M. Pakhomova, assistant of the Department of General medical practice (family medicine) (with courses of geriatrics and physiotherapy) Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0003-4942-4827, e-mail: victoria.pakhomova78@mail.ru.

Tatyana V. Shnyukova, Cand. Sci. (Med.), associate professor of the Department of General medical practice (family medicine) (with courses of geriatrics and physiotherapy) Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0003-3932-868X, e-mail: tshnukova@yandex.ru.

Natalia V. Yakovleva, Cand. Sci. (Med.), assistant of the Department of General medical practice (family medicine) (with courses of geriatrics and physiotherapy) Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0002-0647-0084, e-mail: brungyl@yandex.ru.

Yuri M. Startsev, Cand. Sci. (Med.), associate professor of the Department of Surgical Diseases No. 4 Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0002-5769-4598, e-mail: starcevvv111@mail.ru.

Karapet M. Galashokyan, Cand. Sci. (Med.), assistant of the Department of Surgical Diseases No. 4 Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0001-5577-2436, e-mail: ya.carpusha88@yandex.ru.

Denis M. Cherkasov, Cand. Sci. (Med.), associate professor of the Department of Surgical Diseases No. 4 Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russia, ORCID 0000-0003-0320-7923, e-mail: doctor1012@inbox.ru.