

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ЦХАЙ В.Б., ЕРМОШКИН О.А., МАКАРЕНКО Т.А., ПРОХОРЕНКОВА А.С.,
УЛЬЯНОВА И.О.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У БЕРЕМЕННОЙ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ

В.Б. Цхай, О.А. Ермошкин, Т.А. Макаренко, А.С. Прохоренкова, И.О. Ульянова

Красноярская государственная медицинская академия им. В.Ф. Войно-
Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; МУЗ Городская больница
№6, гл. врач – к.м.н., доцент А.М. Чихачев.

***Резюме.** В статье представлен случай скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы во время беременности. В данном случае возникли существенные трудности в диагностике этой патологии у беременной женщины как в связи с редкой частотой встречаемости, так и наличием сопутствующей патологии – острого пиелонефрита. Значительный интерес, на наш взгляд, представляет вопрос о сроках и способах родоразрешения при наличии у беременных грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.*

***Ключевые слова:** скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, беременность.*

Диафрагмальные грыжи (ДГ) составляют 2% от всех видов грыж. Это заболевание встречается в 5-7% у больных с желудочными жалобами во время рентгенологического исследования [2,5]. Под диафрагмальной грыжей следует понимать проникновение внутренних органов через дефект в диафрагме из одной полости в другую.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) занимает 2-3 место среди других заболеваний органов пищеварения [2,5]. Данных, указывающих на частоту встречаемости ГПОД у женщин, не существует, но известно, что в 2% у женщин данное заболевание встречается во время беременности, причем чаще у многорожавших женщин в возрасте старше 30 лет. По данным С.Г. Буркова (1994)), в 18% повторно беременных женщин обнаруживаются скользящие ГПОД, возможно, поэтому женщины страдают чаще мужчин [1].

Имеется несколько вариантов ГПОД. Ниже приведена классификация грыж, разработанная В.Х. Василенко с соавт. (1971) [2]:

I. Анатомическая характеристика: 1) аксиальные или скользящие (кардиальные, кардиофундальные, субтотально- и тотально-желудочные), нефиксированные и фиксированные; 2) параэзофагеальные (фундальные и антральные), нефиксированные и фиксированные; 3) врожденный короткий пищевод с грудным желудком.

II. Клинические формы: 1) бессимптомная; 2) диспепсическая; 3) алгическая; 4) кардиалгическая.

III. Основные осложнения: 1) пищеводно-желудочное кровотечение и анемизация; 2) пептический эзофагит (при аксиальных грыжах и врожденном коротком пищеводе): а) без заметного стенозирования и (или) укорочения пищевода, б) со стенозированием и (или) укорочением пищевода; 3) ущемление пищевода (при параэзофагеальных грыжах).

Б.В. Петровским (1962) предложена следующая классификация [4]:

I. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (кардиальная, кардиофундальная, субтотальная желудочная, тотальная желудочная)

II. Параэзофагеальные грыжи (фундальная, антральная, кишечная, киечно-желудочная, сальниковая).

Скользкая 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.

Причиной возникновения скользящей грыжи является патология френоэзофагеальной связки, которая фиксирует пищеводно-желудочное соустье внутри пищеводного отверстия диафрагмы. Непосредственными причинами грыжеобразования могут быть следующие факторы: повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической нагрузке, переедании, метеоризме, беременности, постоянном ношении тугих поясов, а также гипермоторика пищевода, связанная с частой рвотой. Скользящая грыжа встречается почти в 90% у людей с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы: место соединения пищевода и желудка, которое в норме расположено ниже диафрагмы, перемещается выше диафрагмы. Скользящая ГПОД никогда не ущемляется [5,6].

Наиболее типичными клиническими признаками ГПОД являются: боль после еды в подложечной области, отрыжка, рвота. 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 в 90% случаев. Боли могут локализоваться в эпигастральной области, левом подреберье и даже в области сердца [2,5]. При длительном пребывании желудка в грыжевом отверстии диафрагмы может возникнуть расширение вен дистального отдела пищевода и кардии, проявляющееся кровавой рвотой [2,10].

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 [10,13].

По данным большинства специалистов, основной и наиболее часто встречающейся жалобой является изжога. Изжога является проявлением воспалительного процесса в пищеводе. Воспаление возникает в ответ на раздражение слизистой оболочки пищевода содержимым желудка или двенадцатиперстной кишки, которое забрасывается обратно в пищевод (т.н. «рефлюкс»). Причиной возникновения рефлюкса является неполное смыкание клапана между пищеводом и желудком, которое может быть обусловлено наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы [9,11,12,14].

Грыжа может быть причиной развития пептических язв желудка, поскольку пассаж пищи из деформированного желудка нарушается. Эти язвы плохо поддаются лечению и часто осложняются кровотечением или перфорацией [2,5].

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 [2,9].

В диагностике скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы золотым стандартом признаются рентгенологическое и эндоскопическое исследования пищевода и желудка [5,6]. Для того, чтобы выяснить тип грыжи, очень важно определить локализацию пищеводно-желудочного соустья. С помощью эзофагоскопии можно диагностировать сопутствующий эзофагит. Диагноз ставится в основном при рентгенологическом исследовании, если обнаруживается газовый пузырь в грудной полости. Исследование с барием подтверждает диагноз.

В последние годы появились сообщения о том, что эхография может стать равноправным методом диагностики скользящих ГПОД наряду с традиционными рентгенологическим и эндоскопическим методами [1].

Консервативное лечение при скользящей грыже с эзофагитом обычно не приносит большого успеха. При неэффективности консервативного лечения, повторных кровотечениях, стенозе пищевода показано оперативное лечение. Существует множество хирургических методов лечения ГПОД. К ним предъявляются в основном два требования: репозиция и удержание под диафрагмой пищеводно-желудочного перехода; восстановление постоянного острого кардиофундального угла. Чаще применяют эзофагофундопликацию по Ниссену. При рубцовом стенозе пищевода может возникнуть необходимость в его резекции. Прогноз обычно благоприятный [2,3,4].

Сегодня во всем мире широко используется лапароскопический способ по устранению грыжи [6,7]. Операция в техническом отношении достаточно сложная, и проводить ее должны хорошо подготовленные врачи с опытом работы, как в открытой, так и в эндоскопической хирургии. Суть заключается в выделении и сшивании между собой ножек диафрагмы и выполнении фундопликации [3,6,13].

Мы решили представить один клинический случай неблагоприятного течения скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) у беременной в третьем триместре, приведший к досрочному родоразрешению путем операции кесарева сечения.

Больная Н. 27 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи 4.02.2007 года в приемное отделение ГКБ№6 с жалобами на ноющие боли в левой поясничной области, тошноту, неоднократную рвоту. Из анамнеза заболевания выяснено, что тошнота беспокоит больную в течение последних 3-х недель, рвота появилась внезапно, как и боли в левой поясничной области, сопровождающиеся подъемом температуры тела до 38С. В приемном покое осмотрена врачом урологом и акушером-гинекологом.

Данные осмотра врача уролога. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 80 в мин, АД-100/70 мм. рт.ст. Живот увеличен за счет беременной матки. Имеется умеренная болезненность при глубокой пальпации в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом XII ребра слева «+», справа «-». Мочеиспускание регулярное, не затруднено.

Данные осмотра врача акушера-гинеколога. Последняя менструация 18.06.2006 года. Беременность – 4, роды – 1. Живот правильной продольно-овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует 32-33 недель беременности. Матка при пальпации безболезненна, в нормальном тонусе, не возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка, неплотно прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 142 уд в минуту. Околоплодные воды не изливались.

Данные внутреннего акушерского исследования: влагалище нерожавшей женщины; слизистая влагалища розовая, шейка матки сохранена, выделения умеренные, слизистые; шейка матки ретропонирована, частично размягчена, длиной до 2 см, цервикальный канал проходим для 1,5 см до области внутреннего зева; через своды определяется головка плода, неплотно прижата ко входу в малый таз; плодный пузырь цел: таз достаточной емкости.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Развернутый анализ крови: лейкоцитов – $13,0 \times 10^9$ /л., п/я – 16, с/я – 63, лимф. – 10, моноц. – 9, Нб – 113 г/л., СОЭ – 43мм/ч., анизоцитоз +. Результаты биохимических показателей крови – в пределах нормы. Общий анализ мочи: кол-во – 50 мл, цвет – мутная, уд. вес – 1007, эпит. плоский – 9–11 в п/з, лейкоциты – 15-20 в п/з, эритроциты – 4–6 в п/з, слизь +, оксалаты +.

УЗИ почек – утероектазия и пиелокаликоектазия слева, каликопиелоектазия справа.

На основании результатов проведенных клинико-лабораторных и инструментальных исследований выставлен диагноз: Беременность 32-33 недели. Острый левосторонний пиелонефрит.

С учетом диагноза лечебные мероприятия включали в себя проведение цистоскопии, катетеризацию левого мочеточника, постановку уретрального катетера, назначение антибактериального, противовоспалительного, симптоматического лечения.

Со второго дня пребывания в стационаре отмечалась частая рвота застойным содержимым желудка, изжога, боли в эпигастральной области. При осмотре: $t-37,2$; живот вздут и умеренно болезненный в мезо- и эпигастральной области, перистальтика кишечника – вялая. На основании клинических данных диагностирован парез кишечника и желудка. Через назогастральный зонд, эвакуировано около 100 мл застойного желудочного содержимого. Сделана очистительная клизма. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, выявлены: протоковые изменения в печени и диффузные изменения в поджелудочной железе. В тоже время, данных за острую хирургическую патологию на данном этапе установлено не было. Таким образом, на первое место вышли симптомы заболевания органов желудочно-кишечного тракта, в то время как симптомы острого пиелонефрита отошли на второй план.

С утра третьих суток у больной отмечается частая рвота «кофейной гущей», стал прогрессирующе нарастать астенический синдром. Данные объективного осмотра: кожные покровы и видимые слизистые бледные; $t - 37,1C^{\circ}$; язык суховатый, обложен белым налетом; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; сердечные тоны ясные, ритмичные; пульс 82 в минуту, ритмичный; АД – 110/70 мм. рт. ст.; живот увеличен за счет беременной матки. При пальпации отмечается умеренная болезненность в левом подреберье; матка в нормальном тоне, не возбудима, безболезненна. Симптом XII ребра слева «+», справа «-». Мочеточниковый и уретральный катетер функционируют, за сутки по мочеточникову катетеру – 400 мл мочи, по уретральному – 900 мл, общий суточный диурез составил 1300 мл.

На основании клинических данных заподозрен синдром Мелори-Вейса, кровотечение. Больной была произведена фиброгастроуденоскопия, по результатам которой установлено: эрозивный гастрит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, остановившееся кровотечение. Forest 2“В”. К лечению добавлены гемостатические (Sol. Aethamsylati 12,5% – 4ml, Sol. Vicasoli 2ml), антацидные (Quamateli 20mg в/в), противорвотные (Sol. metoclopramidi 2,0 в/м) препараты.

В течение последующих двух суток существенной положительной динамики не отмечалось, продолжалась рвота до 8 раз в сутки, сопровождающаяся выраженным астеническим синдромом, сохранялись боли в левом подреберье и левой позвоночной области. В связи с сохраняющейся выраженной рвотой и симптомами пареза кишечника к лечению добавлены очистительная клизма, с целью лечения эзофагита назначены альмагель и маалокс. На фоне положительного диуреза и нормальных показателей по данным анализов мочи были удалены мочеточниковый и уретральный катетеры.

На четвертые сутки пребывания в стационаре наступило некоторое улучшение в состоянии больной, рвота значительно уменьшилась, появился аппетит. В тот же день был собран консилиум. Решением консилиума был выставлен диагноз: Беременность 34 недели. Острый пиелонефрит слева. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Принимая во внимание, наметившуюся положительную динамику в состоянии больной на фоне проводимого лечения было принято решение на данном этапе пролонгировать беременность. В дальнейшем методом родоразрешения было отдано предпочтение операции кесарева сечения в связи с высокой вероятностью ущемления грыжи в родах. С учетом высокой вероятности досрочного родоразрешения и рождения недоношенного плода была назначена и начата профилактика РДС плода (Амбробене 500 мг в течение 5 дней). К лечению был добавлен омепразол 40 мг/сут.

В дальнейшем, несмотря на прекращение рвоты, больную продолжает беспокоить тошнота, слабость, умеренные боли в левом подреберье и левой подвздошной области. При осмотре на пятые сутки обращает внимание сохраняющаяся бледность кожных покровов. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. АД – 110/70 мм. рт. ст. Пульс – 68 в мин., удовлетворительных свойств. Температура тела – 36,9С. Живот остается умеренно подвздутым в эпигастральной области, незначительно болезненным при пальпации. С-м XII ребра слабо положительный слева, отрицательный справа. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Диурез достаточный.

УЗИ почек: признаки уретропиелокаликоектазии правой почки, признаки пиелокаликоектазии левой почки. ФГДС: Эрозивный гастрит. Недостаточность кардии III ст. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Развернутый анализ крови: Hb – 84 г/л., лейкоцитов – $11,3 \times 10^9$ /л., п/я – 4, с/я – 68, л – 22, м – 5, э – 1, СОЭ – 21 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во – 80 мл, цвет – желтая, уд. вес – 1020, эпит. плоский – 3-5 в п/з, лейкоциты – 4-6 в п/з, эритроциты – 1-2 в п/з, слизь ++, оксалаты +. Биохимический анализ крови: общ. билирубин – 16,9; белок – 61 г/л; мочевины – 4,7; креатинин – 78,7; К – 3,5; Na – 150; ПТИ – 110; фибриноген – 3,55; АЧТВ – 32,5.

На шестые сутки пребывания в стационаре больная повторно осмотрена консилиумом. Было решено, принимая во внимание тяжелое клиническое течение заболевания, изнуряющее больную, срок беременности 34-35 недель, достаточную зрелость плода (в течение 5 дней произведена профилактика РДС плода), рекомендовать проведение досрочного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Операция выполнена 12.02.2007 г. чревосечение по Пфаненштилю. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки по Гусакову. На операции родилась живая недоношенная девочка массой 2300 грамм, с самостоятельным адекватным дыханием, с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Новорожденная с учетом профиля стационара переведена в отделение новорожденных детской больницы. Послеоперационный диагноз: Беременность 35 недель. Скользящая

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит. Острый пиелонефрит слева.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Тошнота и рвота исчезли практически сразу после родоразрешения. Клинические симптомы гастрита, эзофагита и пиелонефрита относительно быстро были купированы. Нормализовались лабораторные показатели. На десятые сутки после родоразрешения больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом определенный практический интерес представленного нами клинического случая, видится нам как в редкой встречаемости скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, так и определенных трудностях проведения дифференциальной диагностики у беременных женщин. К тому же в приведенном нами случае имело место наличие сопутствующего заболевания – острого левостороннего пиелонефрита, что не только осложняло диагностику, но и существенно утяжеляло состояние больной.

CLINICAL CASE OF SLIDING HERNIA OF ESOPHAGEAL OPENING OF PREGNANT WOMAN IN THE THIRD TRIMESTER

V.B. Tshaj, O.A. Ermoshkina, T.A. Makarenko, A.S. Prohorenkova, I.O.

Ulyanova

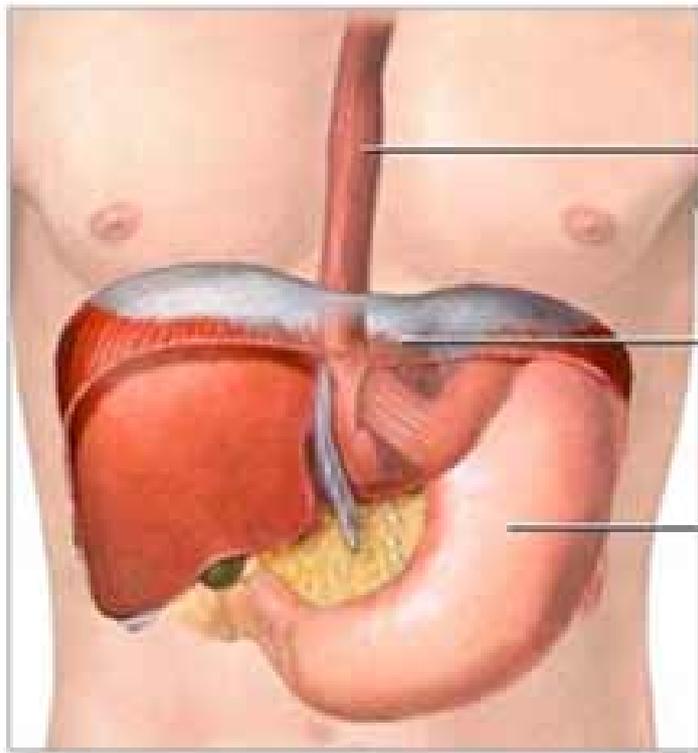
Krasnoyarsk state medical academy named in honour of V.F. Vojno-Yasenetskij

The case of sliding hernia of esophageal opening during pregnancy was given in the article. There was a difficulty in diagnostics of this pathology in pregnant woman, because of rare frequency. Also there was additional pathology – pyelonephritis. The problem of terms and methods of delivery of pregnant women with sliding hernia of esophageal opening has significant interest.

Литература

1. Бурков С. Г. Возможности ультразвуковой оценки состояния желудка и 12-перстной кишки у беременных женщин // Рос. жур. гастроэнтерол., гепатологии. – 1994 – Т.3 – С.
2. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: Медицина, 1978. – 222 с.
3. Матвеев Н.Л., Протасов А.В., Кривцов Г.А. и др. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса // Эндоскоп. хирургия. – 2000. – №3. – С.21-25.
4. Петровский Б.В., Каншин Н.Н. Хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Хирургия. – 1962. – №11. – С.3 -14.
5. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // М.: Издательство «МЕДПРАКТИКА», 2003. – 172 с.
6. Сапко Г. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Мед. вестник. – Минск. – 2006. – №7. – С.7-9.
7. Федоров А.В., Емельянов С.И., Протасов А.В., и др. Способ лапароскопического лечения гастроэзофагеального рефлюкса с использованием сетчатого имплантата // Хирургия. – 2001. – №6. – С. 45-50.
8. DiBaise J.K., Olusola B.F., Huerter J.V. et al. Role of GERD in chronic resistant sinusitis: a prospective, open label, pilot trial // Am. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 97. – P. 843–850.
9. Rozmanic V., Velepich M., Ahel V. et al. Prolonged esophageal pH monitoring in the evaluation of gastroesophageal reflux in children with chronic tubotympanic disorders // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2002. – Vol.34. – P.278–280.
10. Tasker A., Dettmar P.W., Panetti M. et al. Is gastric reflux a cause of otitis media with effusion in children? // Laryngoscope – 2002. – Vol.112. – P.1930–1934.
11. Irwin R.S., Richter J.E. Gastroesophageal reflux and chronic cough. // Am. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol.95. – P. 9–14.

12. Mokhlesi B., Morris A.L., Huang C.F. et al. Increased prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in patients with COPD // *Chest*. – 2001. – Vol.119. – P.1043–1048.
13. Palmer S.M., Howell D.N., Tapson V.F. et al. Gastroesophageal reflux as a reversible cause of allograft dysfunction after lung transplantation. // *Chest*. – 2000. – Vol.118. – P.1214–1217.
14. Ing A.J., Ngu M.C., Breslin A.B. Obstructive sleep apnea and gastroesophageal reflux // *Am. J. Med.* – 2000. – V.108. – P.120–125.



Пищевод

Диафрагма

Желудок

Рис.1. Нормальное строение пищеводно-желудочного перехода.

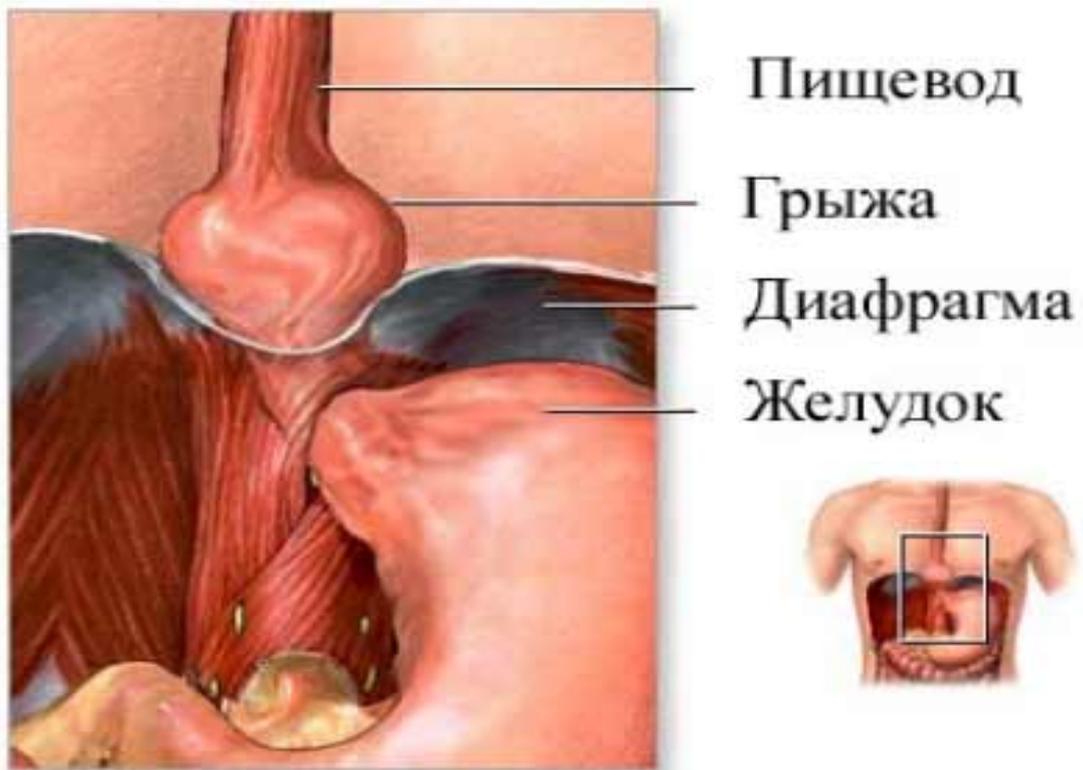


Рис.2. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

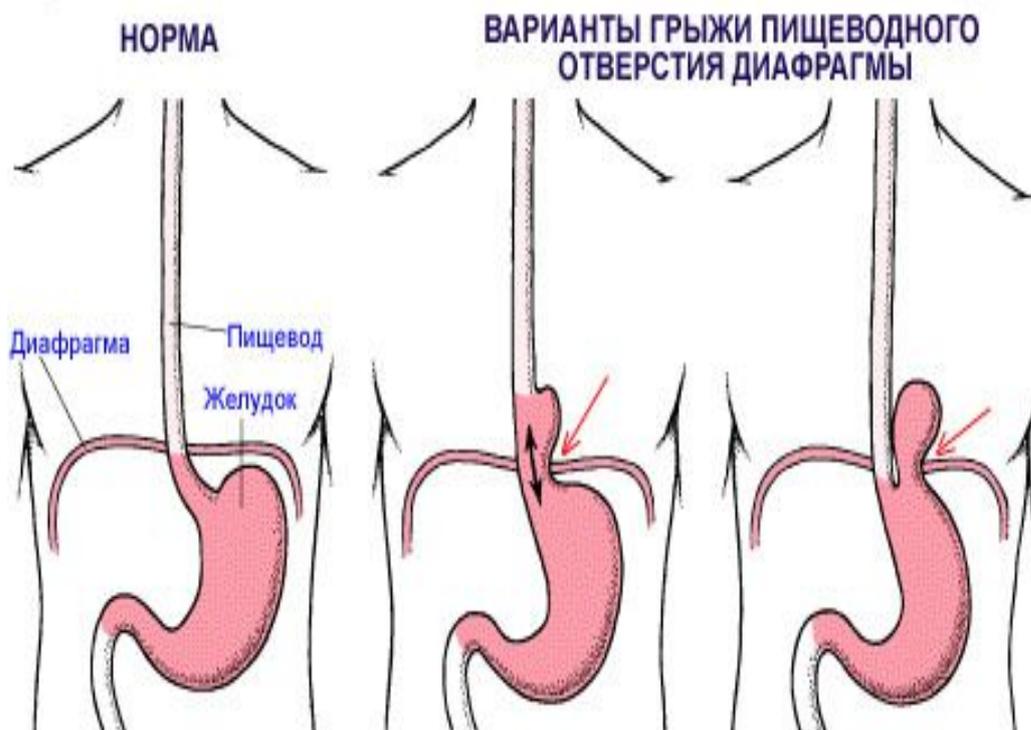


Рис.3. Варианты грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (слева на право – норма, аксиальная грыжа, параэзофагеальная грыжа).