БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

РЕФЕРАТ

На тему:

«Виды травматических диафрагмальных грыж. Истинные грыжи слабых мест диафрагмы. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы»

МИНСК, 2008

**Виды травматических диафрагмальных грыж**

Травматические диафрагмальные грыжи разделяют на:

*острые,*

*хронические,*

*ущемленные.*

При острой диафрагмальной грыже, всегда относящейся к категории ложных, выпадение брюшных органов в плевральную полость происходит сразу после травмы.

При этом обычно отмечается боль в животе и соответствующей повреждению половине грудной клетки с иррадиацией в надключичную область, шею и руку. Возможны тошнота, рвота и схваткообразные боли в животе, вызванные частичной непроходимостью пищеварительного тракта.

В связи с компрессией легких, смещением средостения в здоровую сторону и нарушением функции диафрагмы могут быть одышка, цианоз, тахикардия, аритмия, а также артериальная гипотензия и анемия в случае кровопотери. В плевральной полости иногда определяются шум плеска и перистальтические шумы.

При рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки при выпадении желудка выявляется один большой газовый пузырь с горизонтальным уровнем жидкости, располагающимся выше диафрагмы.

При выпадении петель тонкой кишки обнаруживаются участки просветления, чаще округлой формы. Введение рентгеноконтрастного вещества через назогастральный зонд в желудок позволяет подтвердить нахождение последнего в плевральной полости.

При хронической травматической диафрагмальной грыже в застарелых случаях после приема пищи могут быть жалобы на появление или усиление болей в подложечной области, левой половине грудной клетки и подреберье, чувство тяжести и распирания после еды, возможность принимать пищу только малыми порциями.

Одышка и сердцебиение отмечаются сразу после приема пищи. У больного бывает ощущение бульканья в груди, сопровождающееся тошнотой и рвотой.

При перемещении значительной части органов брюшной подлости в грудную, отмечается западение живота преимущественно в эпигастральной и левой подреберной области, которое усиливайся при вдохе и уменьшается при выдохе.

Дыхательные движения грудной клетки на стороне поражения могут быть ограничены. При перкуссии отмечается смещение сердца в непораженную сторону, а также наблюдается необычное и непостоянное притупление и тимпанит. При аускультации в зоне, соответствующей притуплению и тимпаниту, выявляется значительное ослабление, а иногда и полное отсутствие дыхательных шумов, вместо которых хорошо выслушиваются перистальтические шумы, урчание и нередко шум плеска высоко в левой половине грудной полости.

Достоверный диагноз устанавливается при рентгенологическом исследовании. Стандартные рентгенограммы груди иногда показывают растянутый желудок, относительно большой горизонтальный уровень жидкости с газовым пузырем над ним или множественные жидкостные уровни в петлях тонкой кишки. Однако рентгенограммы грудной клетки могут показать плотную массу выше диафрагмы, если большой сальник является основной структурой, перемещенной в плевральную полость.

Прохождение назогастральной трубки в желудок, находящийся в грудной полости, и последующее рентгеноконтрастное исследование подтверждают диагноз. Ирригоскопия может показать неправильной формы пятна бария в ободочной кишке выше диафрагмы.

При ущемленных диафрагмальных грыжах развивается тяжелая клиническая картина с выраженным болевым синдромом в области живота и соответствующей половины грудной клетки с явлениями острой кишечной непроходимости по странгуляционному типу и тяжелыми кардиореспираторными нарушениями.

Небольшой по протяженности разрыв диафрагмы может стать причиной летального исхода в связи с несвоевременным распознаванием и устранением странгуляции.

Правильная оценка анамнестических, клинических и рентгенологических данных, а в случае необходимости результатов компьютерной томографии и ультразвукового исследования, как правило, дают возможность установить диагноз травматической диафрагмальной грыжи.

Дифференциальный диагноз включает врожденную диафрагмальную грыжу, релаксацию диафрагмы, буллезную эмфизему, кисты и ателектаз легкого, опухоли нижнего отдела плевральной полости, плевральный выпот. Известны случаи, когда ошибочная диагностика приводила к серьезным последствиям в связи с введением троакара и дренажа в брюшной орган, находящийся в*,* плевральной полости.

*Лечение*

Все диагностированные раны диафрагмы и все распознанные травматические диафрагмальпые грыжи подлежат хирургическому лечению. Показанием к операции является реальная опасность ущемления выпавших в грудную полость органов, которая особенно велика при этих грыжах. Другим показанием служит возможная нарастающая кардиореспираторная недостаточность, угрожающая жизни, при большой диафрагмальной грыже.

При ущемленной травматической диафрагмальной грыже, операция выполняется в экстренном порядке в связи с угрозой для жизни ввиду наступления некроза выпавших в грудную полость брюшных органов и кардиореспираторных расстройств.

Во многих острых случаях дефект диафрагмы распознается и устраняется во время показанной по другим причинам экстренной торакотомии или лапаротомии, а в ряде случаев при видеоторакоскопии. При этом травматический дефект диафрагмы может быть ушит как из торакального, так и лапаротомного доступа. Надежное сшивание краев раны диафрагмы производится наложением отдельных швов нерассасывающимися нитями. Нередко эта операция является сопутствующей другим вмешательствам на органах грудной и брюшной полости.

При хронической травматической диафрагмальной грыже после тщательного обследования и подготовки проводится плановая операция. Методом выбора является левосторонний трансторакальный доступ в седьмом межреберье.

При открытой плевральной полости производится мобилизация внутренних органов, если обнаружено их сращение с диафрагмой или другими внутригрудными структурами. При этом следует избегать повреждения подпаявшихся петель кишечника и желудка.

При необходимости производится рассечение узких грыжевых ворот. При острой и хронической диафрагмальной грыже выпавшие органы вправляются в брюшную полость.

При ущемленной грыже после устранения сдавления оценивается жизнеспособность органов и принимается решение о вправлении или предварительной резекции части желудка, петли кишки или большого сальника.

При редко встречающихся технических трудностях торакальный доступ может быть расширен до тораколапаротомного. После этого органы вправляются в брюшную полость, и отверстие в диафрагме ушивается нерассасывающимися нитями.

После устранения грыжи и восстановления целостности диафрагмы отмечаются хорошие результаты, и рецидивы практически не наблюдаются.

**Истинные грыжи слабых мест диафрагмы**

К этим грыжам относятся:

парастернальная грыжа Ларрея-Морганьи;

ретро- и парастернальная грыжа;

люмбокостальная грыжа Богдалека.

В этих уже от рождения слабых местах диафрагмы, обусловленных недостаточным развитием мышечной ткани, исходящей от мечевидного отростка, а также врожденно неполным соединением грудинной, реберной и поясничной частей диафрагмы могут образовываться грыжи.

Парастернальные грыжи впервые описал Morgagni в 1761 г. Они встречаются с одинаковой частотой с обеих сторон, хотя есть сведения о преобладании правосторонней локализации ввиду того, что эта область не прикрыта перикардом.

При ретростернальных и парастернальных грыжах грыжевым содержимым может быть чаще всего предбрюшинная клетчатка (так называемая предбрюшинная липома), реже — желудок, поперечноободочная кишка, тонкая кишка, большой сальник.

Эти грыжи чаще встречаются у взрослых женщин, чем у мужчин. Жалобы у больного часто отсутствуют, а грыжа чаще всего выявляется рентгенологом, когда исследование выполняется по другим показаниям. В особенности это касается парастернальных липом.

Иногда беспокоят боли неопределенного характера за грудиной, напоминающие стенокардию, возможны сердцебиение и одышка. Со стороны брюшной полости также наблюдаются боли в подложечной и подреберных областях, чувство тяжести, полноты, вздутие живота, особенно после приема пищи, также возможны тошнота, рвота и запоры.

Когда сегмент толстой или тонкой кишки ущемляется в грыжевых воротах, развивается странгуляционная кишечная непроходимость с характерной симптоматикой.

Появляются интенсивные приступообразные боли в соответствующей половине грудной клетки и (или) в животе, а также другие симптомы, свидетельствующие о возникновении также опасного для жизни осложнения.

Клиническая диагностика ретро- и парастернальных грыж представляет значительные трудности, так как жалобы не являются характерными только для этого заболевания, а данные объективного исследования весьма скудны. Если в грыжевом мешке находится большой сальник, возможно притупление в паравертебральной области и локальное ослабление дыхательных шумов. Определенный диагноз должен быть установлен на основании рентгенологического исследования.

Когда содержимым грыжи является исключительно большой сальник, на рентгенограммах грудной клетки определяется гомогенная масса низкой плотности с ровным очертанием в области сердечно-диафрагмального угла или за грудиной. Иногда в дополнение к большому сальнику в грыжевом мешке содержится часть желудка и кишечника. При наличии в грыже этих газосодержащих органов на рентгенограммах обнаруживается ячеистая тень над диафрагмой. Для уточнения диагноза некоторым больным накладывается пневмоперитонеум, производится компьютерная томография и видеоторакоскопия.

С этой же целью производится рентгеноконтрастное исследование всего желудочно-кишечного тракта. При парастернальной липоме и сальниковом типе грыжи необходима дифференциальная диагностика, которая должна включать низкорасположенную опухоль средостения и плевральной полости, частичную релаксацию купола диафрагмы, перикардиальную кисту.

*Лечение*

Все ретростернальные и парастернальные грыжи, содержащие брюшные органы, ввиду опасности их ущемления подлежат оперативному лечению. Операция также показана в затруднительных диагностических ситуациях, когда не удается исключить грыжу. Срединный лапаротомный доступ является предпочтительным.

Абсолютным показанием к неотложной операции является Редко встречающееся ущемление брюшного органа в грыжевом мешке. При ущемленной грыже после устранения странгуляции оценивается жизнеспособность пострадавших от сдавления органов и принимается решение о необходимости их резекции или перемещения в брюшную полость.

Находящиеся в грыжевом мешке органы обычно без больших трудностей низводятся в брюшную полость. Когда ретростернальная или парастернальпая грыжа обнаруживается при лапаротомии или торакотомии по другим показаниям, они тоже должны быть устранены.

Истинные люмбокостальные диафрагмальные грыжи Богдалека встречаются весьма редко, что обусловлено прикрытием щели соответствующей жировой капсулой почки и надпочечника.

В случае образования такой грыжи в грыжевом мешке могут оказаться части ободочной кишки и тонкой кишки, желудка, а также селезенки и верхнего полюса почки. Клинические проявления связаны с вовлечением в патологический процесс этих органов. При установленном диагнозе показано оперативное лечение, направленное на устранение грыжи и дефекта в диафрагме.

В настоящее время, наряду с традиционным оперативным лечением ретростернальных и парастернальных грыж лапаротомным или трансторакальным доступом, выполняются видеоторакоскопические операции, с помощью которых удается устранить эти грыжи.

**Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД)**

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, или хиатальные грыжи (от лат. hiatus oesophageus — пищеводное отверстие), представляют собой смещение абдоминальной части пищевода, пищеводно-желудочного соединения и проксимального отдела желудка в грудную полость, в ее заднее средостение, через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы. Выделяют три типа хиатальных грыж:

1) скользящая (80-90% случаев);

2) параэзофагеальная (5-10%);

3) комбинированная (10-15%).

Вместе они составляют около 3/4 всех диафрагмальных грыж.

Механизм возникновения хиатальных грыж остается не вполне ясным и требует дальнейшего изучения. В большинстве случаев, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются приобретеными истинными грыжами и развиваются, как правило, у взрослых лиц преимущественно женского пола.

Известно, что стабильная фиксация дистальной части пищевода и пищеводно-желудочного соединения в брюшной полости происходит за счет внутренних ножек диафрагмы, в основном правой, образующих мышечное кольцо вокруг пищевода, а также диафрагмально-пищеводной связки, представляющей собой соединительнотканную мембрану, соединяющую края пищеводного отверстия со стенкой пищевода.

Возникновение хиатальных грыж связывают с врожденной или приобретенной слабостью этих анатомических структур и растяжением пищеводного отверстия. Ослабление тканей, образующих пищеводное отверстие диафрагмы и обеспечивающих фиксацию дистальной части пищевода в интраабдоминальном положении, особенно диафрагмально-пищеводной связки, происходит вследствие их дегенеративных изменений, повышения внутрибрюшного давления и повреждений во время оперативных вмешательств в этой области. Дегенеративные изменения этих тканей могут развиваться при нормальном процессе старения, изнурительной болезни с похуданием, многократных беременностях и родах, употреблении гормональных контрацептивов и других гормонов, влияющих на состояние мышечной и соединительной тканей, избыточном образовании жировой клетчатки в пищеводном отверстии диафрагмы у лиц, склонных к полноте или страдающих ожирением. Врожденная генерализованная слабость соединительной ткани может быть результатом недостаточного синтеза коллагена. При этом наряду с хиатальной грыжей бывают грыжи другой локализации, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Повышение внутрибрюшного давления может быть связано с хроническим кашлем, запорами, затруднением мочеиспускания, беременностью, ожирением, тяжелой физической работой, ношением тугих корсетов. Повышение внутрижелудочного давления отмечается при хроническом нарушении проходимости выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, в основном, вследствие рубцово-язвенного стеноза, дуоденостаза и других причин.

В образовании грыж пищеводного отверстия диафрагмы имеют значение следующие механизмы: пульсионный, тракционный и смешанный. При пульсионном механизме под влиянием повышенного внутрибрюшного и внутрижелудочного давления при отрицательном давлении в грудной полости, а также при наличии слабости мышечной и соединительной ткани пищеводное отверстие становится более податливым к расширению, особенно при воздействии растянутого желудка. Истонченная и потерявшая эластичность диафрагмально-пищеводная связка существенно удлиняется и не в состоянии удержать пищеводно-желудочное соединение в нормальном внутрибрюшном положении.

Тракционный механизм может быть связан с тоническим сокращением продольной мускулатуры или фиброзными изменениями стенки пищевода. Последний укорачивается и подтягивает кверху кардиальный отдел желудка, который смещается в нижнее средостение. Укорочение пищевода может наступить при рефлюкс-эзофагите и ряде других заболеваний. Возможно сочетание пульсионного и тракционного механизмов происхождения рассматриваемых грыж.

Смешанный механизм образования скользящей хиатальной грыжи заключается в том, что вначале под влиянием приведенных выше факторов возникает скользящая грыжа, а в последующем развивается рефлюкс-эзофагит с продольным эзофагоспазмом, который способствует дальнейшему увеличению самой грыжи, вследствие чего возникает порочный круг.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Петровский Б.В.* Хирургия диафрагмы. — М.: Медицина, 1995.
2. *Анзимиров В. Л., Баженова А. П., Бухарин В. А. и др.* Клиническая хирургия: Справочное руководство / Под ред. Ю. М. Панцирева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с: ил.
3. *Милонов О. Б., Соколов В. И.* Хронический панкреатит. — М.: Медицина, 1976. — 188 с.
4. *Филин В. И.,* Неотложная хирургия. Справочник для врачей. — СПб.: Питер, 2004.
5. Хирургические болезни / Под ред. Кузина М.И. — М.: Медицина, 1995.