

удалось понять и оценить характер сосудистых аномалий. В обоих случаях удалось отделить общую печеночную артерию от опухоли, однако вероятность ее прорастания опухолью при такой локализации очень высока. По литературным данным, аномальная общая печеночная артерия может являться единственной витальной структурой, пораженной опухолью, что требует ее резекции и обязательной реконструкции печеночного кровотока [3].

Таким образом, знание вариантов артериального кровоснабжения печени имеет важное значение при выполнении гастропанкреатодуоденальных резекций и позволит избежать тяжелых послеоперационных осложнений. У пациентов, которым планируется гастропанкреатодуоденальная резекция, по нашему мнению, целесообразно рутинное дооперационное исследование сосудов (КТ-ангиография).

Литература:

1. Yamaguchi H. Blood supply to the duodenal papilla and the communicating artery between the anterior and posterior pancreaticoduodenal arterial arcades / H.Yamaguchi, S. Wakiguchi, G. Murakami, F. Hata et al. // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2001. – Vol. 8. – P. 238-244.
2. Yang Y. Anatomical variation of the donor hepatic arteries: Analysis of 843 cases / Y.Yang, N.Jiang, Lu MQ et al. // Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao. – 2007. – Vol.27. – P. 1164-1166.
3. Shukla PJ. Vascular anomalies encountered during pancreatoduodenectomy: do they influence outcomes? / PJ. Shukla, SG. Barreto, A. Kulkarni // Ann Surg. Oncol. – 2010. – Vol.1. – P. 186-193.
4. Егоров В.И. Артериальные целиако-мезентериальные aberrации: сравнение операционных данных и КТ-ангиографии / В.И. Егоров, Н.И. Яшина, А.В. Федоров и др. // Хирургия. – 2009. – №11. – С. 4-9.

УДК 616.26-007.5:616Ю329-007.43]-035.7

ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Дедуль В.И.¹, Снитко В.Н.¹, Шишко В.И.¹, Лазута С.Ф.², Карева Л.В.³

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродзенская клиническая больница №2, г. Гродно»²

УЗ «Гродзенская областная клиническая больница»³, Гродно, Беларусь

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является одним из распространенных заболеваний органов пищеварения. Примерно около 0,3-0,5% взрослого населения страдают этой патологией. Однако в связи с тем, что не менее 1/3 пациентов не обращаются к врачу в связи с бессимптомным или малосимптомным течением заболевания, истинная частота гораздо выше. Наиболее часто эта патология обнаруживается у лиц пожилого и

старческого возраста, что связано с возрастной инволюцией связочного аппарата [1, 3, 4].

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, при котором через расширенное отверстие диафрагмы в грудную полость смещаются абдоминальный отдел пищевода, фундальный отдел желудка, а иногда и другие органы брюшной полости (петли кишечника, сальник). Основными причинами грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются ослабление соединительнотканых структур и повышение внутрибрюшного давления. Определенное значение имеют также нарушения режима питания, переедание, запоры. Повышенное давление в брюшной полости приводит к еще большему растяжению пищеводного отверстия диафрагмы и смещению органов брюшной полости в грудной клетке.

Различают несколько типов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Осевая (аксиальная) характеризуется тем, что абдоминальная часть пищевода, кардиальный и фундальный отделы желудка при повышении внутрибрюшного давления могут свободно «скользить» в грудную полость. Околопищеводные (параэзофагальные) грыжи отличаются от осевых грыж тем, что абдоминальный отдел пищевода остается в брюшной полости, тогда как фундальный или антральный отделы желудка, а иногда и другие органы брюшной полости могут проникать в грудную полость, располагаясь рядом с пищеводом.

Смешанная грыжа характеризуется сочетанием признаков осевых и околопищеводных грыж.

В большинстве случаев наблюдается типичная клиническая картина заболевания, которая характеризуется появлением болей в грудной клетке, симптомов гастроэзофагального рефлюкса и хронического рефлюкс-эзофита, неспецифических симптомов, связанных с рефлекторным влиянием диафрагмальной грыжи на ближайшие внутренние органы.

Наиболее яркими проявлениями данной патологии желудочно-кишечного тракта является болевой синдром. Жгучие или тупые боли разной интенсивности локализуются обычно в области нижней трети грудины, непосредственно под мечевидным отростком или в эпигастрии и могут иррадиировать в межлопаточное пространство и в области сердца. Чаще они возникают после еды, при физической нагрузке, подъеме тяжести, после приступов надсадного малопродуктивного кашля и сопровождаются отрыжкой, изжогой. Боли усиливаются в горизонтальном положении и ослабевают после отрыжки, рвоты, при изменении положения тела или после приема спазмолитиков. При отсутствии адекватного лечения и прогрессировании заболевания боль становится постоянной и плохо купируется лекарственными средствами. Особо интенсивными и продолжительными боли бывают при ущемлении диафрагмальной грыжи. В этих случаях боли не купируются после применения спазмолитиков, нитратов, имеют тенденцию к нарастанию [2].

Клинические проявления гастроэзофагального рефлюкса и рефлюкс-эзофагата часто преобладают в клинической картине диафрагмальной грыжи.

Важно помнить, что часто отмечаются и неспецифические симптомы поражения других внутренних органов (аритмии, кардиалгии, сухой кашель), что связано с рефлекторным влиянием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на эктопическую активность миокарда, состояние коронарного кровотока.

Однако необходимо помнить, что появление этих симптомов не исключает наличия у пациента сопутствующей патологии сердечной мышцы, острого коронарного синдрома. Иллюстрация этого положения выявляется после наблюдения.

Пациент К., 75 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на тупые боли в прекардиальной области, иррадиирующие в межлопаточное пространство, левую руку, отрыжку, горечь во рту. Заболел внезапно после поднятия тяжести (кошелки с яблоками). Улучшения после приема валокардина, нитроглицерина, но-шпы не отмечалось, в связи с чем и обратился в клинику.

В анамнезе отмечает в последние годы отрыжку воздухом, горечь во рту, тошноту. Кроме того, при быстрой ходьбе, подъеме на 3-4 этаж отмечал ноющие боли за грудиной, которые купировались в течение 2-3 минут после остановки или приема сублингвально 1 таблетки нитроглицерина. Общее состояние при поступлении – средней тяжести. Пациент повышенного питания (ИМТ 35,6). Отмечался небольшой цианоз губ.

Частота дыхания 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. При сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание.

Пульс 89 ударов/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы относительной сердечной тупости смещены влево в V-м межреберье на 1,5 см. При аускультации I тон приглушен, акцент 2-го тона над аортой. АД 140/85 мм рт. ст. Язык обложен серовато-желтым налетом на всем протяжении. Живот правильной формы, несколько вздут. При пальпации отмечалась умеренная болезненность в эпигастрии. При лабораторном исследовании крови выявлено увеличение числа лейкоцитов до $12,6 \times 10^9/\text{л}$, формула крови без особенностей. Активность КФК, тропониновый тест не определялся. На ЭКГ – ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца, диффузные мышечные изменения (зубец T с V₁ по V₆ снижен).

При рентгеноскопии органов грудной клетки с контрастированием пищевода выявлено, что контрастное вещество заполнило сместившуюся в грудную полость часть желудка. На уровне пищеводного отверстия диафрагмы контуры желудка деформированы, имеют своеобразное вдавление. Исходя из полученных данных, был поставлен диагноз: аксиальная, пищеводно-кардиальная нефиксированная скользящая грыжа

пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная рефлюкс-эзофагитом. ИБС, стенокардия напряжения ФК III, диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, ХСН 1 ст. Пациенту даны указания о режиме питания, назначены антациды, прокинетики, ингибиторы протонной помпы, пролонгированные нитраты. Состояние пациента к 3-4 дню пребывания в стационаре стабилизировалось. На 12-й день пребывания в стационаре произведена контрольная ЭКГ, на которой четко выявлены признаки подострого периода распространенного мелкоочагового инфаркта (без зубца Q) миокарда передне-перегородочной области, верхушки и боковой стенки левого желудочка.

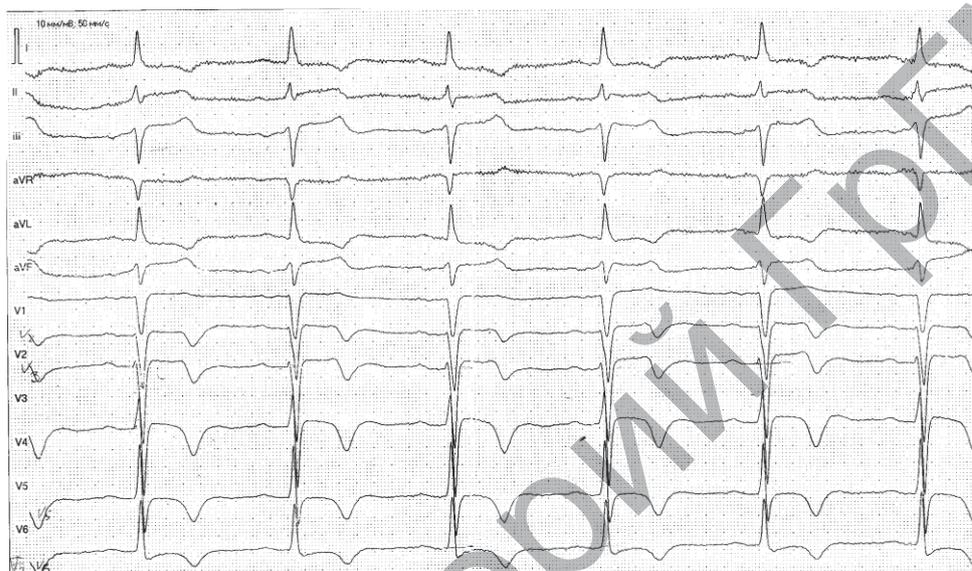


Рисунок 1 – ЭКГ пациента К.

Таким образом, практическим врачам необходимо всегда помнить о двойном «дне», когда на фоне болевого синдрома при грыже пищеводного отверстия диафрагмы возможно и одновременное развитие грозных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Литература:

1. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы //М. Медицина, 1978. – 224 с.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения //М., Медицина, 1993. – 336 с.
3. Демченко П.С., Посудевский С.С. Диагностика и лечение грыж диафрагмы и ее пищеводного отверстия // Клиническая хирургия. – 1991. №11. – С.33-35.
4. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Москва, 2003. – 171 с.