

Министерство здравоохранения РСФСР

Башкирский государственный медицинский институт им.ХУ-летия ВЛКСМ

На правах рукописи

УДК.616.34-007.43-031+617.55-07-089

Галимов Олег Владимирович

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ
ДИАФРАГМЫ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ДИ С С Е Р Т А Ц И Я

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

(14.00.27 - хирургия)

Научный руководитель - заслуженный
деятель науки БАССР, доктор медицин-
ских наук, профессор В.Г.Сахаутдинов

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Введение	4
Глава I. Обзор литературы.	
I.1. Частота и патогенез сочетаний грыж пищеводного отверс-	
тия диафрагмы с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	8
I.2. Современные методы диагностики хиатусных грыж	10
I.3. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия	
диафрагмы с сопутствующей абдоминальной патологией	17
Глава II. Общая характеристика клинических наблюдений	26
Глава III. Особенности клинической картины грыж пищеводного	
отверстия диафрагмы при наличии сопутствующей абдоминальной	
патологии	32
Глава IV. Диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы	
4.1. Рентгенологическое исследование	50
4.2. Фиброэндоскопия	58
4.3. pH-метрия	62
4.4. Эзофагоманометрия	66
4.5. Комплексное инструментальное исследование	75
Глава V. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия	
диафрагмы при сопутствующих заболеваниях пищеварительного	
тракта	79
5.1. Определение показаний к операции при грыжах пищевод-	
ного отверстия диафрагмы сочетанных с заболеваниями органов	
брюшной полости	79
5.2. О выборе хирургического доступа	86
5.3. Интраоперационная диагностика и методика выполнения	
операций при хиатусных грыжах, сочетанных с заболеваниями	
органов брюшной полости	88
5.4. Результаты сочетанных операций	98

Заклучение	106
Выводы	118
Практические рекомендации	119
Литература	121

ВВЕДЕНИЕ

А к т у а л ь н о с т ь п р о б л е м ы .

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одним из самых распространенных заболеваний. Их диагностика и лечение в ряде наблюдений представляют нелегкую задачу, в частности, в связи с нередким сочетанием с другими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта. Частое сочетание ГПОД с гастродуоденальными язвами, хелециститом и другими заболеваниями органов брюшной полости считается патогенетически взаимообусловленным [93, 147, 213] .

Достижения медицинской техники способствовали разработке новых способов диагностики, а появление медицинских препаратов — улучшению лечения пациентов с хиатусными грыжами. В то же время в литературе продолжается дискуссия по ряду нерешенных вопросов — таких, как выбор оптимального метода диагностики, последовательности и объема диагностических исследований. Все еще затруднительно распознавание ГПОД при сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, желчно-каменной болезнью и другими заболеваниями пищеварительного тракта. До сих пор имеются сторонники как хирургического так и консервативного методов лечения. Не определены четко показания и выбор метода хирургической операции при ГПОД. Современное состояние абдоминальной хирургии позволяет выполнять операции, направленные на одновременное устранение ГПОД и сопутствующей патологии органов брюшной полости. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения побуждает к поиску новых путей хирургической коррекции ГПОД. Поэтому представляется весьма актуальной любая попытка разработки методов диагностики, лечения и профилактики этой тяжелой патологии.

Целью работы являлось совершенствование методов диагностики

ГПОД, сочетающихся с другой абдоминальной патологией, определение показаний к хирургическому лечению и обоснование выбора методики оперативного вмешательства.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Изучить распространенность ГПОД в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом, другими заболеваниями органов брюшной полости и выявить особенности клинической картины сочетанной патологии.

2. Разработать наиболее рациональный комплекс методов диагностики ГПОД, сочетающихся с заболеваниями органов брюшной полости на основании клинического, рентгенологического, эндоскопического методов исследования, внутрипищеводной манометрии и pH-метрии, ультразвуковой томографии.

3. Определить показания и объем оперативного вмешательства у этой категории больных.

4. Определить наиболее рациональную методику сочетанных операций, выполняемых при ГПОД с сопутствующей абдоминальной патологией.

Научная новизна исследования .

Подробно изучена распространенность и особенности клинического течения ГПОД при комбинации их с заболеваниями органов брюшной полости. Определен оптимальный комплекс методов обследования больных с хиатусными грыжами с учетом их диагностической ценности. Предложен новый способ диагностики ГПОД (Авторское свидетельство на изобретение № 1463233), позволяющий объективно и достоверно оценить тяжесть патологического процесса, в частности, определить размеры пищеводного отверстия диафрагмы, и в зависимости от этого выработаны показания к хирургическому лечению и обоснован выбор методики операции. Разработан оригинальный прибор для измерения

внутриполостного давления (рацпредложение № 1047). Предложен новый способ интраоперационного измерения пищеводного отверстия диафрагмы в международной системе единиц (рацпредложение № 984). Уточнена тактика лечения больных с ГПОД с сочетанной абдоминальной патологией, показания и выбор метода хирургических операций.

П р а к т и ч е с к а я ц е н н о с т ь .

Даны рекомендации по применению методов диагностики ГПОД с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости. Разработаны обоснования к широкому применению в плановой хирургии симультанных операций, включающих одномоментную коррекцию кардии и устранение сопутствующей абдоминальной патологии. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с ГПОД, имеющих сопутствующую патологию органов брюшной полости, показал высокую медико-социальную и экономическую эффективность сочетанных хирургических вмешательств.

А п р о б а ц и я р а б о т ы .

Основные положения работы докладывались на заседаниях республиканских обществ терапевтов и гастроэнтерологов (1987 г.), хирургов (1988 г.). Апробация работы проведена на совместной научной конференции хирургических кафедр Свердловского медицинского института 28 октября 1989 г.

П у б л и к а ц и и п о т е м е р а б о т ы .

По теме работы в центральной и местной печати опубликовано 10 статей, разработаны и внедрены 1 изобретение, 3 рационализаторских предложения.

О б ъ е м д и с с е р т а ц и и и е е с т р у к т у р а

Работа изложена на 145 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав (в том числе обзора литературы), заключения, практических рекомендаций, выводов и указателя литературы.

Диссертация иллюстрирована 17 рисунками, содержит 10 таблиц.

В работе приведены данные 140 отечественных и 106 зарубежных авторов.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

I.I. Частота и патогенез сочетаний грыж пищеводного отверстия диафрагмы с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Согласно современным представлениям считается, что по распространенности среди заболеваний пищеварительного тракта ГПОД занимают второе-третье место, конкурируя с язвенной болезнью и холециститом [107, 146, 240] .

M.Van Kemmel (1987) статистически рассчитал, что ГПОД встречаются у 10% популяции.

Независимо друг от друга B.Ulrich, K.Kremer (1983) из Италии и немецкий исследователь N.Schaub (1985) отмечали ГПОД в гастроэнтерологической практике у каждого второго больного пожилого возраста.

По данным Ассоциации Хирургов в Швейцарии ежегодно выполняется 1250 операций по поводу hiatusных грыж [176] .

A.И.Горбашко, В.Л.Шульгин (1987) из 17242 пациентов прошедших комплексное рентгенэндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта, у 4996 (28,9%) обнаружили нарушение функции кардии.

ГПОД составляют от 14 до 33% патологических изменений, выявленных во время рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта [106] . Аналогичные данные приводят и другие исследователи [71, 88, 213] . При этом большинство отечественных и зарубежных авторов отмечают как большую распространенность ГПОД, так и высокую частоту, достигающую 84-92%, их сочетаний с другими заболеваниями органов брюшной полости, такими как язвенная болезнь, хронический холецистит, дивертикулез желудочно-кишечного тракта, грыжи брюшной стенки, опухоли [24, 52, 183, 216, 242] .

Причины столь частых сочетаний очевидно не случайны. Многочисленные клинико-экспериментальные исследования подтвердили тесную связь между всеми отделами пищеварительного тракта, составляющими единую физиологическую систему, реагирующую на различные изменения в других органах. Анализируя сочетания хиатусных грыж с гастро-дуоденальными язвами, наблюдаемые в 7,4-50% [16, 59, 114] или холециститом, частота которых составляет 4,5-53,8% [7, 18, 48, 198] отчетливо выявляется этиопатогенетическая взаимообусловленность этих заболеваний.

В.Г.Кузнецов и соавт. (1979), обследовав 260 больных с ГПОД обнаружили у всех из них нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки.

Используя современные методы клинико-инструментального исследования у 310 пациентов с хиатусными грыжами, С.С.Баулин (1987), в 25% случаев выявил наличие хронического холецистита.

На основании подобных многочисленных наблюдений большинство исследователей сходятся во мнении, что вследствие постоянной травматизации блуждающих нервов при ГПОД возникают патологические висцеро-висцеральные рефлексы, вызывающие дискинезию желчевыводящих путей, нарушение функции пилорoduоденальной зоны, что приводит к образованию желчных камней, появлению язв и дивертикулов. С другой стороны раздражение блуждающих нервов при язвенной болезни или холецистите вызывает спастическое сокращение пищевода и образование тракционной грыжи [1, 39, 232, 234].

V.K.Jaeger (1977) доказал, что определенную роль в патогенезе сочетанной патологии играет нарушение синтеза коллагена приводящее к ослаблению связочного аппарата в результате расстройства липидного обмена и дефицита в организме аскорбиновой кислоты.

В.Д.Лукашевич (1983), изучая липидный состав желчи у больных с грыжами пищеводного отверстия статистически достоверно определил

что их желч обладает литогенными свойствами.

О генерализованной патологии соединительной ткани свидетельствует довольно частое сочетание ГПОД с различными другими проявлениями слабости соединительной ткани: грыжами передней брюшной стенки, варикозным расширением вен нижних конечностей, дивертикулами пищеварительного тракта, органоптозом, плоскостопием и т.п. [19, 160, 185, 225] .

К разрешающим факторам образования хиатусных грыж авторы, изучающие эту проблему относят инволютивные процессы, повышение внутрибрюшного давления вследствие неправильного питания, ожирения, запоров, травм, беременности и т.п. [II, 25, 44, 51, 178] .

Взаимообусловленность ГПОД и заболеваний органов брюшной полости подтверждается при изучении неудовлетворительных результатов абдоминальных операций. Так, например, А.П.Гуща и соавт.(1986), обследовав 1458 пациентов, перенесших холецистэктомию и анализируя причины так называемого "постхолецистэктомического" синдрома в 20% наблюдений выявили ГПОД некорригированные одновременно с операцией на желчных путях.

По многочисленным наблюдениям вследствие диагностических и тактических ошибок патология кардии обуславливает до 30% неудачных отдаленных результатов операций на органах верхнего этажа брюшной полости [49, 57, 116, 166, 207, 208] .

Интерес к сочетанным заболеваниям и возможности одномоментных операций при них значительно возрос в последние годы. Это обусловлено относительным ростом частоты сочетанных заболеваний органов брюшной полости, который связан с увеличением продолжительности жизни и совершенствованием клинико-диагностических методов.

1.2. Современные методы диагностики хиатусных грыж.

Сопутствующие заболевания могут давать "пеструю" клиническую картину и приводят к значительным трудностям в диагностике ГПОД,

поэтому решающее значение в распознавании хиатусных грыж и их осложнений придается инструментальным методам исследования.

Большинство авторов наиболее информативным и вместе с тем простым и доступным считают рентгенологический метод [8, 37, 54, 200, 201, 221].

Очевидно нельзя не согласиться с мнением А.Ф.Черноусова и др. (1981), которые считают, что исследование больных с подозрением на ГПОД всегда следует начинать с рентгеноскопии, поскольку применение других инструментальных методов при наличии в пищеводе опухоли, язв, дивертикулов может привести к тяжелым осложнениям (перфорация, кровотечение).

Рутинное рентгенконтрастное исследование позволяет не только диагностировать диафрагмальную грыжу, но и оценить состояние органов грудной клетки и брюшной полости, определить ее вид (аксиальная, параэзофагеальная). При этом обращается внимание на длину абдоминального отдела пищевода, величину угла Гиса, форму газового пузыря желудка [14, 63, 162]. Помимо прямых рентгенологических признаков грыжи, недостаточности кардии, некоторыми авторами выделяются и косвенные — комплекс функциональных нарушений, проявляющийся в изменении тонуса, формы, проходимости и перистальтики пищевода [104, 203].

Большинство ГПОД являются аксиальными и при рентгеноскопии в вертикальном положении могут быть не обнаружены. Установить наличие грыжи, уточнить ее вид и размеры, а также в ряде случаев выявить рефлюкс контрастного вещества в пищевод позволяет исследование на трохооскопе в горизонтальном положении больного или в положении по Тренделенбургу [102, 107, 233, 238].

А.А.Макаров (1973) для дифференциальной диагностики ГПОД рекомендует использовать ряд дополнительных методических приемов, вызывающих повышение внутрибрюшного давления: напряжение мышц живота,

поднятие кверху вытянутых ног, надавливание на эпигастральную область, пробы Вальсальвы и Мюллера. Однако ряд авторов подвергает сомнению целесообразность последних методик, считая их нефизиологичными. При этом появляется возможность получения картины хиатусной грыжи там, где ее нет в действительности [35, 113] .

Широкое применение в практической деятельности нашли методы двойного контрастирования (бариевая смесь+воздух), позволяющие оценить состояние слизистой оболочки дистального отдела пищевода, рентгенкинематография и различные фармакологические тесты, связанные с медикаментозным изменением тонуса кардии [20, 214] .

Предпосылки для улучшения диагностики ГПОД создало применение рентгентелевизионной и кинематографической техники [231] .

Достоверность рентгенологического метода, по мнению разных авторов колеблется от 40 до 83% [6, 110, 215] .

Одно лишь рентгенологическое обследование не дает полного представления о тяжести патологического процесса, о высоте заброса желудочного содержимого, не позволяет оценить динамику заболевания и результатов лечения, особенно хирургического. Так большинство авторов обращает внимание на существенное несовпадение числа рентгенологических и клинических рецидивов ГПОД после оперативного вмешательства [204, 209] .

Г. Mebes (1980) у 73% пациентов, практически излеченных после операции и не предъявляющих каких-либо жалоб обнаружил рентгенологические признаки рецидива грыжи.

Результативным диагностическим пособием, выгодно дополняющим рентгенологическое исследование является эндоскопия. С развитием волоконной оптики фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) начала играть важную роль в диагностике ГПОД, позволяя выявить некоторые детали, недоступные рентгенологическому исследованию [21, 129 193, 226] .

При ФЭГДС определяют грыжу, сопоставив границу перехода

слизистой пищевода в слизистую желудка и пищеводного отверстия диафрагмы. Диагностическими признаками являются также неполное смыкание кардии, укорочение пищевода, желудочно-пищеводный рефлюкс, свободное прохождение аппарата в грыжевой сегмент желудка на уровне пищеводного отверстия диафрагмы.

ФЭГДС позволяет диагностировать осложнения ГПОД - увидеть эзофагит, эрозии или пептические язвы пищевода, сужение и укорочение его вследствие спазма и рубцевания, дает возможность провести биопсию слизистой с гистологическим исследованием [38, 53, 115, 236] .

Вместе с тем, у многих пациентов за патологию принимается легко провоцируемый рвотный рефлекс (ятрогенная реакция), что вместе с другой аномалией "внутренний короткий пищевод" (когда место перехода слизистых располагается выше розетки кардии) лежат в основе гипердиагностики ГПОД [108] .

Выделяя значение ФЭГДС в диагностике ГПОД, выборе тактики лечения, G.Jonsell (1983) подчеркивает, что показания к операции при ГПОД должны основываться не на факте наличия грыжи, установленном рентгенологически, а на тяжести рефлюкса, обширности и степени патологических изменений кардии оцененных визуально при фиброскопии.

ФЭГДС находит все большее распространение, позволяя поставить правильный диагноз в 80,6% случаев [3, 29, 173, 174, 239] .

Однако ряд авторов отмечает, что методом фиброскопии можно выявить лишь относительно большие грыжи пищеводного отверстия [III, 182] , ФЭГДС непригодна для диагностики параэзофагеальных грыж, она не дает представления о размерах пищеводного отверстия диафрагмы.

Оптимальным способом диагностики желудочно-пищеводного заброса при ГПОД является внутрипищеводная pH-метрия [55, 62, 137, 151, 153] .

С одинаковой эффективностью в клинической практике используют радиотелеметрический вариант интраэзофагеальной рН-метрии и введение в дистальную часть пищевода стеклянного или сурьмяно-каломеелевого электрода. У здоровых людей рН в дистальной части пищевода обычно колеблется от 6,0 до 7,0 [194, 205]. Закислением, доказывающим наличие желудочно-пищеводного заброса принято считать снижение внутрипищеводного рН ниже 4,0. Эпизоды такого закисления определяются и у здоровых людей, но общая продолжительность его у них в среднем составляет 0,3% от того времени, когда обследуемые находились в вертикальном положении и 2% времени проведенного лежа [64, 153, 217]. Поэтому при распознавании желудочно-пищеводного рефлюкса по показателям внутрипищеводной рН-метрии ориентируются не на факт наличия эпизода закисления, а на длительность каждого периода снижения рН менее 4,0 и главное на общую продолжительность эпизодов закисления в течение рН-метрии. Ряд авторов считает полезным проводить 12-часовую или даже суточную рН-метрию, но подавляющее большинство исследователей полагает, что и часовая рН-метрия вполне информативна для суждения о наличии или отсутствии рефлюкса. При такой часовой рН-метрии дистальной части пищевода общая продолжительность эпизодов закисления более 5 минут указывает на гастроэзофагеальный рефлюкс, причем показатель 6-10 минут на рефлюкс умеренной выраженности, а более 10 минут на резко выраженный [27, 60, 247]. Таким образом, авторы отмечают прямую зависимость степени закисления пищевода, высоты и длительности желудочно-пищеводного заброса и тяжести рефлюкс-эзофагита [47, 50].

Как отмечают F. Jorgensen и соавт. (1988), применение современной компьютерной техники, способной разрабатывать специфические тесты, осуществлять постоянный мониторинг исследования и анализировать полученные данные, открывает новые перспективы развития рН-метрии [196].

Высокая точность и объективность результатов исследования позволяющие изучить одновременно на различных уровнях интенсивность и величину желудочно-пищеводного заброса, свидетельствует о большой ценности методики внутрипищеводной рН-метрии в диагностике ГПОД и их осложнений.

A.G.Little (1980) обследовал 50 больных ГПОД с различной степенью патологического процесса, при этом рН-метрия не выявила существенных различий между группами больных. Возможности метода ограничены у больных с анацидным состоянием желудочной секреции.

Ряд авторов [22, 83, 161] считают полезным с целью распознавания желудочно-пищеводного заброса определять уровень пепсина в аспирируемом из пищевода содержимом или использовать клиническую пробу Бернштейна, заключающуюся в непрерывном капельном введении через зонд в просвет пищевода 0,1 N раствора соляной кислоты. При наличии воспалительного процесса в слизистой оболочке пищевода пациенты ощущают чувство жжения и боли за грудиной. После прекращения введения раствора соляной кислоты и при введении физиологического раствора эти болезненные ощущения исчезают.

Однако, несмотря на то, что проба Бернштейна позволяет проводить дифференциальную диагностику между хронической коронарной недостаточностью и эзофагитом, оценка ее основывается на субъективных ощущениях больных, что не позволяет точно установить интенсивность и уровень желудочно-пищеводного рефлюкса.

По мнению J.Sampere (1987), наиболее чувствительным, специфичным и в то же время наименее инвазивным на современном этапе считается метод радиоизотопной сцинтиграфии пищевода. Для количественной оценки пищеводного клиренса в пищевод вводится 150 мкг/Ки коллоида Tc^{99} , растворенного в 15 мл. воды. В течение 10 минут исследуемый делает сухие глотки с интервалом 15 секунд. В норме через 4-10 минут изотоп в пищеводе уже не определяется. Увеличение

длительности клиренса более 10 минут отмечается у больных с избыточным гастро-эзофагеальным рефлюксом. Для количественной оценки рефлюкса 100-300 мкг/Ки изотопа вводят через зонд в желудок и регистрируют сцинтиграммы последовательно через 30 секунд. Наличие изотопа в зоне пищевода свидетельствует о рефлюксе из желудка, который оценивается количественно в виде индекса в процентах. Величину индекса более 4% считают достоверным критерием избыточного рефлюкса [5, 22, 223, 229] .

С.Д.Мясоедов и соавт. (1986) обращают внимание на возможность диагностики осложнений рефлюксной болезни у пациентов с ГПОД при радионуклидном исследовании, в частности определения заброса изотопа при желудочно-пищеводном рефлюксе в легкие.

Достоверную диагностику ГПОД обеспечивает манометрия пищевода с использованием радиотелеметрических капсул, микробаллонов или открытых катетеров, позволяющая измерить давление нижнего сфинктера пищевода, а также выявить нарушение моторной деятельности пищевода [90, 125, 126, 230] . Регистрация даже минимального смещения зоны повышенного давления выше диафрагмы, создаваемого тоническим напряжением кардиального жома, обуславливается непостоянным расположением кардии, что наряду с другими признаками (плато давления, двойная дыхательная реверсия, расслабление кардии выше диафрагмы) позволяет диагностировать самые малые рентгеннегативные ГПОД. А по градиенту кардиального и внутрижелудочного давления в разные фазы дыхания, снижению абсолютного значения давления нижнего пищеводного сфинктера ниже 10 мм.рт.ст. можно судить о потенциальной возможности рефлюкса. Об абсолютной недостаточности сфинктера можно говорить при снижении его тонуса, а относительная недостаточность кардии связана с увеличением внутрижелудочного давления и соотношения его с тонусом нижнепищеводного сфинктера при отсутствии существенного снижения этого тонуса в абсолютных цифрах [67, 145] . Появление на эзофагоманограммах

волн вторичных, третичных сокращений говорит о тяжести патологического процесса, нарушении двигательной функции пищевода.

Представляют интерес сообщения С.О.Н. Russel, L.D. Hill (1983), проводивших манометрию кардии на операционном столе, как критерий пластической операции, что позволило улучшить результаты лечения у 1300 больных, снизив процент рецидивов грыж с 4,8% до 1,5%.

Помимо обычных методик диагностики ГПОД используются сочетания эзофагоманометрии и рентгенткинематографии, а также синхронного определения внутрипищеводного давления и pH-метрии (ионометрия) [33, 77, 228]. Однако большинство исследователей относится отрицательно к совмещению этих процедур в одну, считая, что одновременное с нахождением в пищеводе pH-электродов, потягивание катетеров из желудка в пищевод неизбежно приведет к искажению результатов обоих исследований. [139].

Анализ литературных данных показал неоднозначность оценок в определении объема различных исследований и их эффективности в диагностике ГПОД, что свидетельствует о неудовлетворенности клиницистов. Успехи в лечении ГПОД могут быть достигнуты при условии разработки новых способов диагностики, тщательном анализе результатов имеющихся методик обследования с определением их значимости в выборе тактики лечения, в оценке отдаленных результатов и совершенствования их на этой основе.

1.3. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы с сопутствующей абдоминальной патологией.

Возросший интерес к проблеме лечения ГПОД объясняется как значительным увеличением числа больных этим заболеванием, так и разочаровывающими результатами лечения, в том числе хирургического [9, 121, 130, 141, 165, 246].

Появление новых медицинских препаратов способствует совершенствованию консервативной терапии рефлекс-эзофагита. Однако полное излечение больного, т.е. устранение ГПОД может быть достигнуто только путем оперативного вмешательства.

Показаниями к хирургическому лечению ГПОД принято считать:

- 1) параэзофагеальный тип грыжи, учитывая возможность их ущемления;
- 2) рефлекс-эзофагит с выраженными клиническими проявлениями, подтвержденный результатами инструментального обследования (рентгенэндоскопия, pH-метрия, эзофагоманометрия) и неподдающийся консервативной терапии;
- 3) наличие осложнений в виде пептического эзофагита с явлениями изъязвления и стенозирования, повторных кровотечений и развития гипохромной анемии, аспирационных бронхолегочных осложнений, подозрение на малигнизацию;
- 4) наличие сопутствующих заболеваний, требующих хирургического лечения [26, 45, 127, 138, 143, 156] .

Помимо диагностических ошибок, ведущих к неправильному отбору больных и определению показаний к операции, причиной неудач хирургического лечения хиатусных грыж могут быть также определенные труднопреодолимые анатомические и технические предпосылки [30, 42, 75, 117] .

При обсуждении современных методов коррекции ГПОД во главу угла становится прежде всего функциональная роль пищеводно-желудочного перехода. Именно в различии понимания функционирования сложного механизма, препятствующего желудочно-пищеводному рефлексу состоит принципиальная разница предлагаемых методов. Согласно современным данным у входа в желудок не имеется определенного анатомического образования типа сфинктера. Запирательный пищеводно-желудочный механизм связан с несколькими факторами: наличием диафрагмального "жома", так называемого "функционального нижнего пище-

водного сфинктера", косыми мышечными волокнами кардии, расположением дистального отрезка пищевода между зонами отрицательного внутригрудного и положительного внутрибрюшного давления [135, 171, 175] .

Указывая на сфинктероподобное состояние ножек диафрагмы у хиатального кольца P.Allison (1951) предложил операцию, направленную на сужение пищеводного отверстия и укрепление пищеводно-диафрагмальной связи. Однако исследования последних лет показали, что диафрагма выполняет лишь вспомогательную роль в функции замыкания кардии — как орган разграничивающий грудную и брюшную полости с различным давлением. При этом функция ножек диафрагмы сводится лишь к удержанию посредством пищеводно-диафрагмальной связки запирающего механизма кардии в определенном положении [28, 150] .

Хирурги, придерживающиеся "теории функционального внутреннего сфинктера кардии", основанной на тонической активности мышечных волокон абдоминального отдела пищевода, главным моментом антирефлюксных операций считают сохранение в брюшной полости дистального отрезка пищевода (на протяжении 3-4 см) и проксимального отдела желудка в области кардии [15, 131] .

Значение кардиального клапана А.П.Губарева, обусловленного наличием вилизиевой петли внутреннего косога мышечного слоя желудка благодаря которой угол между брюшным отделом пищевода и дном желудка поддерживается острым, в замыкательном механизме кардии признается большинство исследователей [56, 72, 76, 184] . Придавливаемая газовым пузырем к правой стенке пищевода складка слизистой оболочки препятствует забрасыванию желудочного содержимого в пищевод.

Определенную роль в запирающей функции кардии играет иннервация (преимущественно парасимпатическая) и связанная с ней моторная функция пищевода и кардии, а также эвакуаторная функция желуд-

ка [32, 152, 170, 171] .

Из вышеизложенного следует, что к хирургической коррекции ГПОД предъявляется два основных требования. Первое - восстановление нормальной анатомии путем репозиции кардии и удержания ее под диафрагмой. Второе - наиболее существенное - создание анти-рефлюксного барьера, который обеспечивается благодаря постоянному острому кардиофундальному углу.

Предложено большое количество (более 50) методов хирургической коррекции ГПОД. За последние годы описаны новые виды пластики с использованием различных биологических тканей (круглой связки печени, сальника, твердой мозговой оболочки) и синтетических материалов (марлекса, силиконового кольцевидного протеза Ангельчика и др.) [144, 167, 168, 218, 233] .

Обилие количества видов оперативных вмешательств при ГПОД свидетельствует об отсутствии методики, которая бы полностью удовлетворяла хирургов, была бы безопасной и не давала бы побочных эффектов. В настоящее время из арсенала методов хирургического лечения hiatusных грыж путем критического анализа возможных осложнений, ближайших и отдаленных результатов хирургами отобраны и в основном применяются 3 типа вмешательств: задняя гастропексия по **Hill** ; кардиопластика по **Mark Belsey** и фундопликация по **Nissen** .

Результаты пластики по **Hill** во многом зависят от квалификации хирурга. При ее выполнении велик риск повреждения аорты, чревного ствола и грудного лимфатического протока, а применение предложенной авторами с целью "калибровки кардии" интраоперационной эзофагоманометрии значительно усложняет методику [189, 219] .

Кардиопластика гофрирующими швами по **Mark Belsey** выполняется из трансторакального доступа. Она широко применяется при сочетании ГПОД с требующими хирургической коррекции заболеваниями органов грудной полости, а также у больных, перенесших ранее опера-

ции на желудке, сопровождающиеся большой потерей тканей. Однако по данным авторов, использующих данную методику, рецидив заболевания в отдаленные сроки достаточно высок - от 11,5% до 53%

[148, 235] .

Принцип операции Nissen заключается в создании из дна желудка манжеты, которая по всему периметру охватывает дистальный отрезок пищевода. Благодаря этому создается клапан, который, пережимая просвет пищевода при повышении внутрижелудочного давления, механически препятствует рефлюксу из желудка. При этом мышцы дна желудка, особенно его передней стенки, как отмечают M. Rosveetti, K. Hell (1977), также реагируют на нейрогуморальные импульсы как и мышцы терминального отдела пищевода [220] .

Помимо описанной методики рядом авторов используются неполная фундопликация, при которой пищевод охватывается не по всему периметру, а от 1/2 до 3/4 его. К их числу относятся передняя гемифундопликация по Dor, задняя гемифундопликация по Toupet, эзофагофундорафия по Петровскому-Каншину [117, 206] .

C. Cardiano и соавт. (1976) рекомендуют для лучшего функционирования фундопликационной манжеты фиксировать ее в брюшной полости к правой ножке диафрагмы [165] .

Методика, разработанная в клинике А.А. Шалимова отличается выделением стволов блуждающих нервов за пределы фундопликационной манжеты, выполнением при мобилизации дистального отдела желудка эзофаго-кардиальной ваготомии, использованием для гастропексии и хиатопластики круглой связки печени.

Большинство хирургов отмечают после фундопликации в различных ее модификациях хорошие результаты в 90-95% наблюдений [112, 155, 157, 202] .

Преимуществом фундопликации по принципу Ниссена является возможность выполнения ее из нетравматичного для больного верхне-срединного лапаротомного доступа. Абдоминальный подход облегчает про-

вести объективную оценку морфофункционального состояния кардии и органов брюшной полости, позволяет при наличии сопутствующей абдоминальной патологии провести ее адекватную коррекцию [91, 154, 187, 197] .

В связи с развитием анестезиологии и реаниматологии противопоказаний к выполнению сочетанных операций в плановой хирургии практически не существует. В то же время значительно улучшаются результаты лечения, налицо большой экономический эффект [79, 81, 103] .

На основании опыта лечения 338 больных ГПОД F.Lavorat(1983) пришел к выводу, что результаты хирургического лечения при одномоментной коррекции ГПОД и сопутствующей патологии значительно лучше, чем при операциях предпринятых только по поводу ГПОД и рефлюкс-эзофагита.

А.П.Гуща и соавт. (1986) считает, что следует усомниться в абсолютной достоверности существования ГПОД без сочетания с другими заболеваниями, скорее можно говорить о преимуществе симптоматики одного из них. Ликвидация одной из обнаруженных патологий может не только осложнить течение послеоперационного периода, но и привести к упущению сроков своевременного лечения сопутствующего заболевания [46, 80, 89] .

Таким образом, показания к коррекции ГПОД при операциях на желудке и желчных путях почти абсолютны. В настоящее время вопрос о симультанных операциях широко обсуждается в литературе, их целесообразность не вызывает сомнения при сочетании ГПОД с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и холециститом [36, 66, 84, 97, 191] .

F.Ferraris , A.Sube (1981) патогенетически обосновали необходимость антрумэктомии по РУ у больных страдающих язвенной болезнью с сопутствующим рефлюкс-эзофагитом, в том числе после безуспешных

антирефлюксных операций. Однако у многих больных после нее развивается жестокий эзофагит из-за рефлюкса доуденального содержимого [138] .

При сочетании язвенной болезни желудка с ГПОД, осложненной рефлюкс-эзофагитом легкой степени А.Ф.Черноусов и соавт. (1989), выполняют резекцию желудка, которая устраняет пептический фактор и у многих больных ликвидирует рефлюкс-эзофагит. При наличии выраженного рефлюкс-эзофагита большинство авторов рекомендуют дополнять резекцию желудка операцией, восстанавливающей барьерную функцию кардии, предпочтение при этом отдается фундопликации по Ниссену [96, 180, 190] .

Возможность рефлюкса тем выше, чем больше интрагастральное давление. На этом основано использование при ГПОД дренирующих операций - пилоропластики, гастроэнтеростомии [23, 87, 169] .

Еще в 1959 г. Е.Вerman , М.Вerman для хирургического лечения пептического эзофагита при ГПОД предложили концепцию "сбалансированной операции", обосновав необходимость дополнения эзофаго-фундорафии двусторонней поддиафрагмальной ваготомией и пилоропластикой в целях подавления желудочной секреции и улучшения эвакуации из желудка. Такая методика за 10 лет ее применения более чем у 400 больных дала положительные результаты [149] .

Ряд авторов применяли поддиафрагмальную стволовую ваготомию с пилоропластикой при лечении рефлюкс-эзофагита, сочетающегося с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки или гиперацидным гастритом [186] . Дальнейший опыт показал, что стволовая ваготомия дает большое число осложнений и не улучшает результаты антирефлюксных операций [212, 244] . Ее следует избегать при сочетании ГПОД с заболеваниями желчных путей [1] .

Н.А.Майстренко (1988), обследовав 165 пациентов в отдаленные сроки (до 15 лет) после ваготомии, пришел к выводу, что одна ваго-

томия не уменьшает желудочно-пищеводный рефлюкс, необходимо дополнение этой операции антирефлюксным вмешательством.

В связи с накоплением данных о характере желудочной секреции у больных с рефлюкс-эзофагитом в настоящее время представляется патогенетически оправданным сочетание фундопликации с селективно-проксимальной ваготомией (СПВ) тем более, что в техническом аспекте первая операция сопровождается мобилизацией и денервацией проксимального отдела желудка. Лишенная недостатков стволовой ваготомии, СПВ оказывает положительное влияние не только на течение язвенной болезни, но и на функциональное состояние кардиального жома [68, 74, 98].

В.Л.Маневич (1985) доказал, что повышение уровня гастрина в крови и подавление желудочной секреции после СПВ ведет к усилению тонуса физиологической кардии. Этот тезис полностью подтвердился изучением непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения больных рефлюкс-эзофагитом. В настоящее время отмечено, что фундопликация в сочетании с СПВ дает лучшие результаты и по мнению большинства хирургов она должна быть составной частью операции при сочетании ГПОД с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [86, 123, 124, 164].

У пациентов с ГПОД в комбинации с холециститом помимо обычных показаний к холецистэктомии, которые достаточно разработаны следует учитывать взаимоотношающиеся течение заболеваний, высокую частоту "постхолецистэктомического рефлюкс-эзофагита" и возможность обострения воспалительного процесса в удаленном желчном пузыре в ближайшем периоде после коррекции ГПОД [95, 133, 211].

Основываясь на 221 наблюдениях в клинике ВНИЦ сочетаний ГПОД с хроническим холециститом, Р.Б.Авакян (1984), отмечает, что хирургическое лечение только одного заболевания может не вернуть больному здоровья. Оставленная патология потребует в дальнейшем специального лечения, а у ряда больных - повторных операций.

Объем операций на желчных путях, как и всей сопутствующей ГПОД абдоминальной патологии, определяется обнаруженными изменениями, она выполняется после коррекции хиатусной грыжи [2, 172, 245] .

О хирургическом лечении ГПОД, сочетающихся с дивертикулами пищеварительного тракта, грыжами брюшной стенки, прочей патологией органов брюшной полости в литературе имеются единичные сообщения, основанные на изучении небольшого числа наблюдений. Окончательный выбор метода, как и показаний к операции обуславливается состоянием больного, наличием сопутствующих заболеваний, осложнений и определяется строго индивидуально.

Таким образом, оперативное лечение больных ГПОД сочетающихся заболеваниями органов брюшной полости остается серьезной проблемой, многие аспекты которой далеки от разрешения. Дальнейший прогресс в этом разделе хирургии может быть достигнут только при условии тщательного отбора больных для операции, улучшения методов диагностики данной патологии, изучения результатов хирургических вмешательств и разработки оперативных приемов, направленных на полное излечение больных.

ГЛАВА II. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

В клинике факультетской хирургии Башгосмединститута в 1983-1989 г. под наблюдением находилось 232 больных ГПОД. Сочетанные заболевания органов брюшной полости выявлены у 200 пациентов (86,2%). В своей практической работе мы придерживались классификации Петровского В.В. (1962), в которой выделено два основных типа *hiatus hernia* - скользящие или аксиальные и параззофагеальные. В наших наблюдениях они были выявлены соответственно в 198 (99%) и 2 (1%) случаях. Мужчин было 109 (54,5%), женщин - 91 (45,5%). Возраст больных колебался от 16 до 89 лет, в среднем - 45,2 года, т.е. наиболее трудоспособный. Длительность заболевания составила от 3-х месяцев до 40 лет. Примечательно, что большинство обследованных мужчин имело профессию, связанную с постоянной физической нагрузкой. Характерной особенностью женщин была повышенная масса тела и наличие неоднократных беременностей в прошлом.

Из общего числа пациентов лишь 32 обратились в клинику с диагнозом "хиатусная грыжа". В направлениях остальных больных (84%) значились различные заболевания, по поводу которых они безуспешно лечились в течение длительного времени у врачей различного профиля.

Нам удалось проследить течение болезни до момента обращения в клинику у 168 больных ГПОД с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости (рис. I).

Как видно из представленного рисунка, комбинации ГПОД с другой абдоминальной патологией могут протекать на протяжении ряда лет, а иногда и десятилетий. Инволютивные изменения и главное взаимоотношающее течение, присущее сочетанным заболеваниям при-

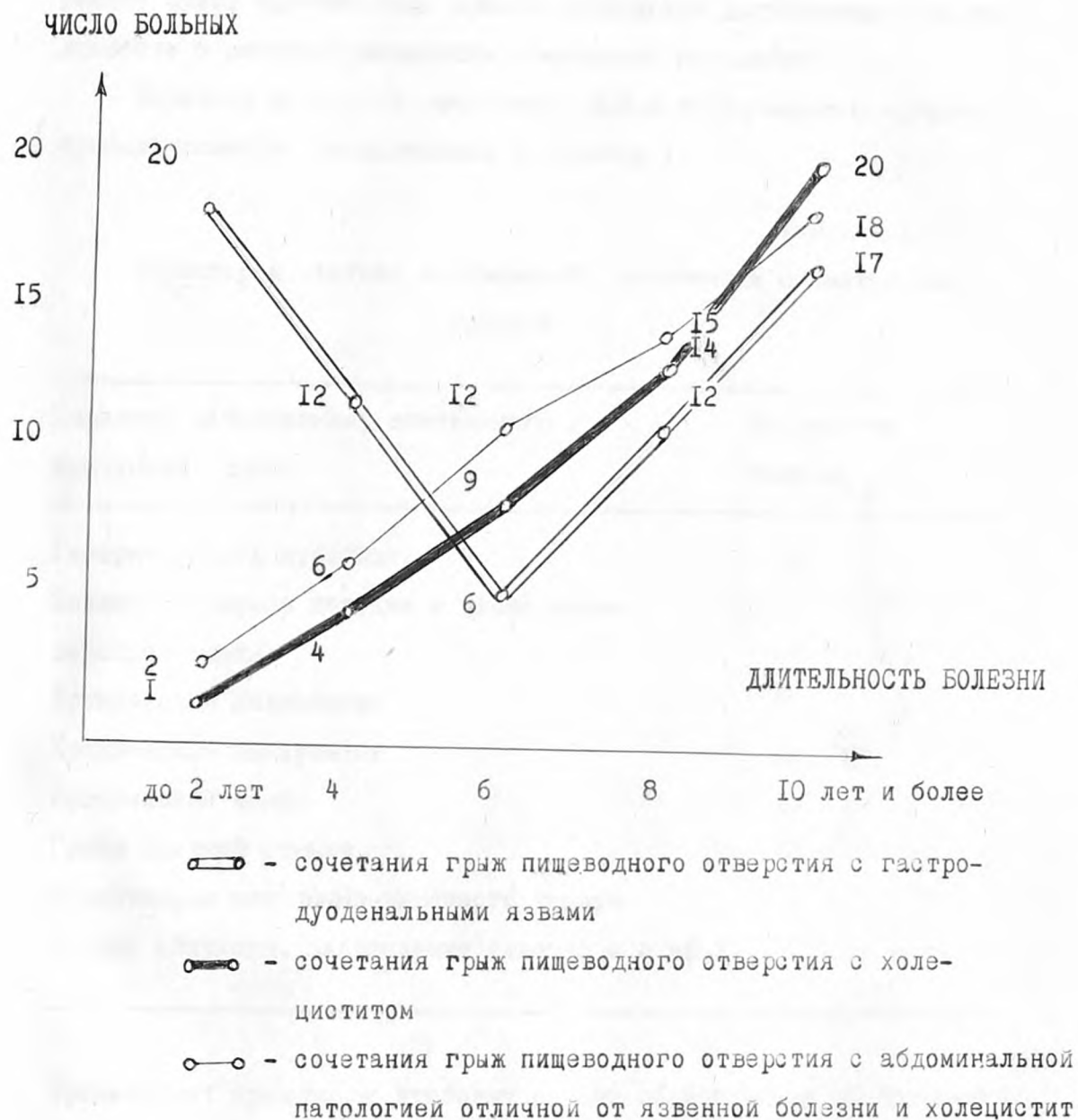


Рис. I. Распределение больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы с сочетанной патологией органов брюшной полости в зависимости от длительности клинического течения заболевания

водят к тому, что по мере длительности болезни пациенты чаще вынуждены обращаться за медицинской помощью. В связи с чем широкому кругу практических врачей необходима достаточная осведомленность о распространенности сочетанной патологии.

Характер и частота сочетаний ГПОД с заболеваниями органов брюшной полости представлены в таблице I.

Таблица I

Характер и частота заболеваний, сочетанных с хиатусными грыжами

Характер заболевания, сочетанного с хиатусной грыжей	Количество больных
Гастрит, гастродуоденит	71
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	67
Хронический холецистит	53
Хронический панкреатит	18
Хронический колит	15
Грыжи брюшной стенки	10
Дивертикулы желудочно-кишечного тракта	8
Прочие (опухоли, заболевания гениталии и др.)	7

Примечание: превышение итоговых данных общего числа обследованных (200) объясняется нередким сочетанием нескольких заболеваний у одного и того же больного.

Учитывая распространенность и этиопатогенетическую взаимосвязь очевидно, что наибольшее клиническое значение в абдоминальной хирургии придается выявлению сочетаний ГПОД с гастродуоденаль-

ными язвами и хроническим холециститом, которые отмечены у 120 больных (60%). У 26 больных (13%) ГПОД сочетались с двумя и более заболеваниями, в 5 случаях (2,5%) выявлена триада Casten (ГПОД, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит), в 2 случаях (1%) триада Saint (ГПОД, хронический холецистит, дивертикулез толстой кишки), в 1 случае (0,5%) триада Lorta Jacob (ГПОД, хронический холецистит, дивертикул пищевода).

В соответствии с целью исследования и поставленными задачами из общего числа больных были выделены 4 качественно различные группы.

В 1 группу включены 67 больных, у которых ГПОД сочетались с язвенной болезнью, среди которых у 41 язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 26 - в желудке.

Во 2 группу вошли 53 пациента, у которых ГПОД сочетались с хроническим холециститом. Из них у 40 холецистит был калькулезным, у 13 - бескаменным.

В 3 группу выделены 28 больных, у которых ГПОД сочетались с прочей патологией органов брюшной полости, требующей хирургического лечения (дивертикулы пищеварительного тракта, грыжи брюшной стенки, опухоли и др.).

4 группу составили 52 больных ГПОД, которые ранее перенесли операции на органах верхнего этажа брюшной полости (в основном холецистэктомия или резекцию желудка). Выделение данной группы позволяет лучше изучить патогенез и динамику течения сочетанных заболеваний, основываясь на исследовании функции кардии до и после абдоминальных операций.

Распределение пациентов в группах по возрастному и половым признакам представлено в таблице 2.

Особенности клинической картины и диагностики сочетаний ГПОД

Таблица 2

Распределение больных ГПОД с сочетанной
абдоминальной патологией по возрасту и полу

	Пол		до 20 лет	Возраст						Средний возраст
	муж.	жен.		21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 и стар- ше	
I группа	53	8	3	22	15	10	8	6	3	35,6
II группа	10	43	-	6	10	9	11	13	4	54,8
III группа	10	18	1	3	6	10	4	3	1	40,6
IV группа	30	22	1	2	18	14	10	6	1	49,8
Всего:	109	91	5	33	49	43	33	28	9	45,2

с различными заболеваниями органов брюшной полости изучены на основании обследования больных I, 2, 3 групп. Всем пациентам проведено комплексное исследование, включающее тщательное изучение клинической картины заболевания, использование инструментальных методов диагностики (рентгеноскопия, фиброэндоскопия, pH-метрия, эзофагоманометрия, ультрасонография и др.).

110 больным выполнены сочетанные оперативные вмешательства, включающие коррекцию ГПОД и устранение сопутствующей абдоминальной патологии. У всех пациентов изучены ближайшие, а у 75 отдаленные результаты в сроки наблюдения до 6 лет.

ГЛАВА III. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ НАЛИЧИИ СО- ПУТСТВУЮЩЕЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Только правильное и своевременное распознавание сочетанной патологии позволяет разработать наиболее целесообразный план лечения. При этом Дж.Х.Байрон и Ф.Муди (1988) считают, что точная диагностика ГПОД имеет большее значение, чем их хирургическая коррекция. Трудности диагностики обусловлены тем, что патогномич-ных проявлений ГПОД нет, клиническая картина этого заболевания полиморфна, со множеством "масок". Поэтому некоторые авторы называют клинику ГПОД "маскарадом верхнего отдела живота" [108]. Многообразие симптомов и синдромов приводят на практике к многочисленным ошибкам диагностики когда ГПОД принимают за инфаркт миокарда, стенокардию, рак, холецистит, панкреатит, колит и др. [2, 10, 140, 175].

Сочетание ГПОД с другими заболеваниями пищеварительного тракта еще более затрудняет диагностику. При этом чрезвычайно сложно отграничить симптомы, вызванные непосредственно самой грыжей от симптомов, связанных с другими заболеваниями. Наличие ГПОД может существенно изменить картину сопутствующего заболевания. Симптомы одного заболевания могут возникать на фоне длительно существующего другого, возможно их одновременное проявление, затушевывание симптоматики одного заболевания другим. В связи с наложением клинических проявлений нередко бывает трудно решить какое из заболеваний является ведущим [1, 26, 34, 134, 136].

В наших наблюдениях клиническая картина хиатусных грыж прева-лировала в 117 случаях (58,5%), в 83 случаях (41,5%) ГПОД выступали как сопутствующее заболевание.

Проявления ГПОД характеризуются главным образом симптомами,

обусловленными недостаточностью кардии, которая в свою очередь приводит к рефлюкс-эзофагиту. Наиболее постоянными признаками ГПОД являются боли, которые наблюдались у 180 обследованных нами больных (90%). При многих заболеваниях брюшной полости возникает боль сходная по локализации, но отличная по этиологии и связи с другими симптомами ГПОД. При скользящей хиатусной грыже появление боли связано с усилением желудочно-пищеводного рефлюкса, а при параэзофагеальной со смещением желудка и сдавлением его в пищеводном отверстии диафрагмы. По своей интенсивности боли носили различный характер — от умеренных болей после приема пищи до резких, жгучих, невыносимых. Локализация болей также весьма разнообразна, но наиболее часто они отмечались в верхней половине живота, за грудиной, в правом и левом подреберьях. Характерно усиление болей после приема пищи, в горизонтальном положении, при наклонах и физической нагрузке.

К числу наиболее часто встречающихся и упорных проявлений хиатусных грыж следует отнести изжогу, чувство жжения за грудиной, отмеченные нами у 125 пациентов, (62,5%). Этот симптом указывает на забрасывание желудочного содержимого в пищевод и раздражающее воздействие его на слизистую пищевода. Другим характерным симптомом ГПОД является дисфагия, наблюдавшаяся в 98 случаях (49%). Причиной ее является эзофагит, возникающий на почве эрозий, изъязвлений, рубцовых сужений, обуславливающих спазм пищевода. Обычно дисфагия носила непостоянный характер, исчезая в периоды ремиссий и усиливаясь во время обострений заболевания.

Несколько реже отмечалась отрыжка (чаще воздухом или кислым — 84 больных 42%), и срыгивание пищи — 57 больных (28,5%). Эти проявления ГПОД свидетельствуют о недостаточности клапанной функции кардии.

Тошнота и рвота, отмеченные у 52 пациентов (26%), обуслов-

лены висцеро-висцеральными рефлексами и часто встречаются у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Поэтому при отсутствии должной врачебной настороженности диагностируется другое заболевание, чаще всего "гастрит", как например в приводимом ниже наблюдении.

Больной Г., 76 лет (история болезни № 12878/87) в течение двадцати лет жалуется на изжогу, тошноту, отрыжку воздухом, по ночам отмечает срыгивание и чувство горечи во рту. Ранее неоднократно обследовался рентгенологически, заключения исследований - "гастрит", или "органических изменений не обнаружено". Объективно: больной правильного телосложения. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Пульс 82 в мин. АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий умеренно болезненный в эпигастрии. Наружное паховое кольцо справа расширено, при натуживании определяется выпячивание, вправимое в брюшную полость. Рентгенологическое исследование: пищевод и кардия свободно проходимы. Угол Гиса развернут. Газовый пузырь желудка малого размера. Желудок обычной формы и положения. Рельеф слизистой оболочки выражен, грубоват. Перистальтика и эвакуация не нарушены. Луковица и петля двенадцатиперстной кишки не изменены. При горизонтальном положении исследуемого абдоминальный отдел пищевода и кардия пролабируют через пищеводное отверстие в заднее средостечение (рис.2) ФЭГС: розетка кардии зияет, в терминальном отделе пищевода множественные эрозии. Заключение: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с сопутствующей правосторонней паховой грыжей.

В данном случае наличие хиатусной грыжи установлено лишь спустя много лет наблюдения больного в поликлинике. Неправильная тактовка диспептических явлений длительное время уводила врачей от правильного диагноза, в результате были упущены сроки этиопатогенетического лечения.

Указанные клинические направления ГПОД со стороны пищевари-

тельного тракта, обусловленные недостаточностью запирающей функции кардии, объединяются в так называемый "диспептический синдром" [20, 105, 109] .

Однако ГПОД могут сопровождаться и болями в области сердца, неотличимыми от стенокардии, и иногда снимающимися коронаролитиками, при отсутствии изменений на электрокардиограмме (ЭКГ), но связанными с другими проявлениями hiatusной грыжи.

Названный В.Х.Василенко и А.Л.Гребеневым (1978) "стенокардитический" тип проявлений ГПОД отмечался в 48 наблюдениях (24%). Многие из них на протяжении ряда лет безуспешно лечились амбулаторно и в терапевтических стационарах как кардиологические больные. Для иллюстрации приводим одно из таких наблюдений.

Больной Р., 53 лет (история болезни № 8507/7). Из собранного анамнеза стало известно, что пациент в течение последних десяти лет страдает болями в области сердца, по поводу которых безуспешно лечился амбулаторно. За несколько дней до поступления в клинику интенсивность болей значительно усилилась и больной бригадой скорой помощи доставлен в стационар с предположительным диагнозом инфаркта миокарда. Однако при изучении ЭКГ в динамике с применением нагрузочных проб, изменений, указывающих на коронарную недостаточность не отмечалось (имелось лишь отклонение электрической оси сердца влево). Наше внимание привлекла связь болевого синдрома с приемом пищи и диспептическими явлениями.

Проведено рентгенологическое исследование: легочные поля и конфигурация сердца в пределах возрастной нормы, при контрастном исследовании желудка выявлена нефиксированная аксиальная грыжа пищеводного отверстия. Эндоскопия и pH-метрия определили желудочно-пищеводный рефлюкс. При эзофагоманометрии выявлено смещение нижней зоны повышенного давления проксимальнее пищеводного отверстия диафрагмы, снижение градиента давления пищеводно-желудочного

перехода ниже 6 см вод.ст. Провокационная проба Бернштейна с соляной кислотой положительная. 22.06.87 года выполнена плановая операция, во время которой помимо хиатусной грыжи выявлена спаячная деформация антрального отдела желудка. Произведено рассечение спаек, деформирующих желудок, крурорафия и фундопликация по Ниссену. После проведенной операции состояние больного улучшилось и боли в области сердца исчезли.

В данном случае боли в области сердца несомненно были обусловлены ГПОД, так как после проведенного лечения состояние пациента резко улучшилось. Однако подобные боли в сердце могут носить и самостоятельный характер, обусловленный возрастными атеросклеротическими изменениями коронарных сосудов. Хиатусная грыжа может провоцировать истинную стенокардию или даже инфаркт миокарда. Подобные случаи инфаркта миокарда у больных ГПОД описаны в литературе [43, 78].

Нами представляется клинически оправданным у больных с ГПОД исключить прежде всего патологию сердца, а при стенокардии помнить о ГПОД и их псевдокардиальной маске.

Анемия при ГПОД развивается в результате микрорывов из эрозированной поверхности слизистой оболочки пищевода и грыжевой части желудка, что убедительно доказано исследованиями с применением радиоактивного хрома [43]. Геморрагии в виде кровавой рвоты или мелены встречаются значительно реже, чем повторные скрытые кровотечения. Насколько серьезна проблема анемии при ГПОД говорит тот факт, что французские авторы в классификации мало-кровия выделяют в отдельную группу анемии при диафрагмальной грыже, называя больных с ГПОД "кандидатами на анемию" [108].

Геморрагические осложнения хиатусных грыж отмечены в 21 наблюдении (10,5%), причем в 6 случаях (3%) внезапное массивное кровотечение являлось первым и единственным проявлением ГПОД.

Приводим одно такое наблюдение.

Больной А., 33 лет (история болезни № 4000/88) поступил в экстренном порядке с клиникой внутреннего кровотечения. В течение последних 3-х лет беспокоят сильная изжога, усиливающаяся при наклоне, отрыжка, срыгивание. 12 часов назад на фоне болей за мечевидным отростком, жжения, появилась слабость, рвота содержимым цвета "кофейной гущи". При поступлении: кожные покровы бледные. Пульс 100 ударов в 1 мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Анализ крови: эр. $2,8 \times 10^{12}$ /л, НВ - 50 ед. При экстренной ФЭГС определена ГПОД, эрозивный рефлюкс-эзофагит в области пищеводно-желудочного перехода, выявлены эрозии, из которых отмечается выделение крови алого цвета. Проводилась гемостатическая терапия. После стабилизации состояния и дообследования подготовлен к плановой операции. 04.04.88 г. выполнена передняя крурорафия, фундопликация по Ниссену с одномоментным грыжесечением по поводу имеющейся у больного грыжи белой линии живота. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 7-е сутки. В течение 2 лет кровотечений не наблюдалось, чувствует себя практически здоровым.

Таким образом, рефлюкс-эзофагит является наиболее частым осложнением клинического течения ГПОД и обуславливает в свою очередь дальнейшее развитие кровотечений и анемий, а также легочных осложнений в результате аспирации на почве рефлюкса и регургитации, протекающих как бронхиальная астма, хронический бронхит, что наблюдалось у II (5,5%) обследованных больных.

Что касается других осложнений хиатусных грыж, описанных в литературе таких как ущемление, злокачественное перерождение или формирование пептической стриктуры на фоне длительно протекающих ГПОД, они в наших наблюдениях не отмечены.

Постоянная травматизация элементов солнечного сплетения, блуждающих нервов при ГПОД способствует их вовлечению в патоло-

гический процесс, что постепенно приводит к срыву адаптационно-трофической функции вегетативной нервной системы 2, 34 . Солярно-диэнцефальный синдром у пациентов с ГПОД, характеризующийся разнообразной неврологической симптоматикой выявлен в 10 случаях (5%). Важнейшей особенностью ГПОД сочетанных с заболеваниями органов брюшной полости является их бессимптомное течение.

В наших наблюдениях оно отмечено у 19 больных (9,5%).

Данные о частоте различных клинических проявлений ГПОД с сопутствующей абдоминальной патологией представлены в таблице 3.

Результаты, представленные в таблице свидетельствуют, что частота и степень выраженности симптоматики ГПОД в комбинации с заболеваниями органов брюшной полости была разной в зависимости от характера сопутствующей хиатусной граже абдоминальной патологии. Остановимся подробнее на некоторых выявленных нами особенностях течения сочетанных заболеваний.

Таблица 3

Характер и частота клинических проявлений хиатусных
грыж с сочетанной абдоминальной патологией

Клинические проявления	Частота общая	Частота в различных группах		
		I группа	2 группа	3 группа
Боли	182	64	43	22
в верхней половине живота				
и за грудиной	126	50	26	11
в правом подреберье	76	26	28	4
в левом подреберье	63	36	10	4
в области сердца	48	10	16	8
Изжога	125	54	22	14
Дисфагия	98	30	20	11
Отрыжка	84	28	26	10
Тошнота	52	12	26	2
Рвота	52	26	10	6
Срыгивание	57	17	14	7
Анемия и кровотечение	21	17	—	2
Аспирационные бронхолегоч- ные осложнения	11	3	3	2
Солярно-диэнцефальный синдром	10	1	2	5
Бессимптомное течение	19	1	10	7
Всего больных	200	67	53	28

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Сочетание ГПОД и язвенной болезни (I группа) отмечено в 67 наблюдениях (33,5%). Преобладали мужчины - 59, женщин было всего 8. Средний возраст больных составил 35,6 лет.

ГПОД сочетались с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки у 41 пациента, с язвенной болезнью желудка у 26. При комбинации хиятусных грыж с язвенной болезнью более частую локализацию язвы в двенадцатиперстной кишке наблюдали и другие авторы [59, 84, 120], по нашему мнению это обусловлено более выраженными нарушениями моторной функции желудка и пищевода, более высокой пептической активностью желудочного сока у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Анализируя течение сочетанных заболеваний нами выявлена особенность комбинации ГПОД и язвенной болезни, заключающаяся в том, что большинство больных, по нашим данным, обращаются к врачебной помощи на протяжении первых двух лет от начала проявления первых симптомов заболевания (рис.1). Это обусловлено тем, что в этот период наиболее сильно проявляются клинические признаки заболевания, доставляя пациентам мучительные страдания. В дальнейшем происходит определенное приспособление - больные непроизвольно вырабатывают профилактические меры, которые уменьшают клинические проявления заболевания. Эту точку зрения подтверждают исследования В.В.Уткина и Б.К.Апиниса (1978). Затем происходит новый подъем заболеваемости, связанный со срывом компенсаторных механизмов и развитием осложнений.

Анамнестически порой трудно определить, что появилось раньше - грыжа или язва. Некоторые жалобы больных, расцениваемые как признаки язвенной болезни могут быть обусловлены функциональной

недостаточностью кардии, анатомическим субстратом которой являются ГПОД. По нашим данным, большинство пациентов данной группы - 55 (82,1%), связывают начальные проявления заболевания с язвенной болезнью. Возможно определенную роль в этом играет выработанный стереотип, основанный на большей информированности населения о данной патологии. Вместе с тем вполне логично считать язвенную болезнь первичным патологическим очагом, длительное течение которой сопровождается высокой пептической активностью желудочного сока, спазмом и стенозом привратника и повышением внутрижелудочного давления, что способствует возникновению ГПОД и рефлюкс-эзофагита.

Комбинация ГПОД и язвенной болезни имела выраженные клинические проявления. Пациенты жаловались на боли (92,5%), чаще локализующиеся в верхней половине живота, в левом подреберье. Почти постоянно наблюдалась изжога (80,6%), часто отмечалась отрыжка (41,2%), рвота (38,8%). В 10 случаях (14,9%) выявлен "стенокардитический синдром". Бессимптомное течение отмечено всего в 1 случае (1,5%).

У 40 пациентов преобладала симптоматика рефлюкс-эзофагита, а признаки язвенной болезни были выражены в меньшей степени. Клиническая картина при совместном течении двух заболеваний характеризовалась появлением боли не только натощак, но и во время или сразу же после еды, более отчетливой становилась связь диспепсии с положением тела и физической нагрузкой.

У 26 больных с сочетанной патологией ведущим заболеванием выступала язвенная болезнь. У этих пациентов боли обычно возникали через 1,5-2 часа после еды, чаще во второй половине дня, к вечеру, нередко наблюдались ночные боли, проходящие после приема пищи, изжога и отрыжка были непостоянными.

Течение болезни у 17 пациентов (25,4%) осложнилось кровотечением, из них у 14 из язвы двенадцатиперстной кишки, и у 3 из

эрозий в месте пищеводно-желудочного перехода. В 12 случаях наблюдалась клиническая картина пенетрации язвы и в 10 случаях пилоростеноза. Усиление проявлений одного заболевания приводило к повышению интенсивности симптомов сопутствующего. Это наглядно иллюстрируется следующим примером.

Больной Х., 38 лет (история болезни № 10583/86), на протяжении десяти лет страдал язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Последние два года до поступления в клинику, изжога стала почти постоянной, усиливающейся в горизонтальном положении и наклоне туловища, часто возникало чувство жжения за грудиной при прохождении пищи, срыгивание после еды. Противоязвенная терапия приносившая раньше облегчение, в последнее время эффекта не оказывала. При рентгеноскопии обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, а при исследовании больного в горизонтальном положении впервые выявлена небольшая скользящая грыжа пищеводного отверстия, снижение тонуса пищевода, забрасывание контрастной взвеси из желудка в пищевод. При ФЭГДС отмечено зияние кардии, эрозивный рефлюкс-эзофагит, на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки изъязвление диаметром 0,3 см. Исследование желудочной секреции выявило гиперацидное состояние ($\text{pH}-0,9$), в абдоминальном отделе пищевода закисление ($\text{pH}-3,8$), в горизонтальном положении выраженный рефлюкс, занимающий 15% времени исследования при часовой pH -метрии. При эзофагоманометрии определена хиатусная грыжа, недостаточность кардии, нарушение перистальтики пищевода. 10.09.86 г. выполнена операция СПВ с фундопликацией по Ниссену. Послеоперационное течение гладкое. Обследован через три года (ФЭГДС, pH -метрия, эзофагоманометрия), отклонений от нормы не выявлено.

Данное наблюдение показывает, что комбинация ГПОД с язвенной болезнью трудно поддается консервативной терапии, поэтому при лечении этой категории больных необходима более активная хирургическая

гическая тактика.

Резюмируя все вышеизложенное, можно прийти к заключению, что при сочетании ГПОД с гастродуоденальными язвами клиническое течение заболевания может проявляться необычными для язвенной болезни симптомами. Часто превалирует симптоматика рефлюкс-эзофагита, который является следствием той или иной степени выраженности нарушения функции кардии и моторики желудка и пищевода. В ряде случаев проявления рефлюкс-эзофагита затушевываются клиническими признаками язвенной болезни. Совместное течение двух заболеваний приводит к взаимоотношению и развитию осложнений. Обоснованное оперативное вмешательство при таком сочетании должно включать наряду с устранением ГПОД также патогенетическое воздействие на язвенную болезнь.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и хронический холецистит

Сочетание ГПОД и хронического холецистита (2 группа) выявлено в 53 случаях (26,5%). Из них в 40 случаях холецистит был калькулезным, в 13 - бескаменным. Если комбинации ГПОД с гастродуоденальными язвами наблюдались чаще у лиц молодого и среднего возраста, то в группе больных ГПОД с сопутствующим холециститом преобладали пожилые (таблица 2). Более половины пациентов данной группы были старше 50 лет, а средний возраст составил 54,8 лет.

Характерной особенностью сочетаний ГПОД и хронического холецистита является абсолютное превалирование женщин - 43 (81,1%). Мужчин всего было 10 (18,9%). Возможное объяснение этому феномену - особенности женского обмена веществ, в частности при таких состояниях как беременность, во время которой не только повышается литогенность желчи, но и увеличивается внутри-

брюшное давление и создаются условия для образования хиатусной грыжи.

При сочетании ГПОД и хронического холецистита жалобы больных обуславливались каждым из этих заболеваний и зависели от типа грыжи, особенностей патологии желчных путей, наличия осложнений.

Печеночная колика как наиболее общее и типичное проявление хронического холецистита отмечена в 39 случаях. Клинические проявления ГПОД обычно отодвигались на второй план по сравнению с более яркой симптоматикой холецистита. Этому способствует тот факт, что боли в правом подреберье сопровождающиеся рвотой, изжогой, отрыжкой, срыгиванием, чувством горечи во рту часто расцениваются как "типичные проявления желчно-каменной болезни" [49]. Наличие указанной симптоматики позволило нам заподозрить, а затем и выявить ГПОД. Проявления хиатусных грыж превалировали в 25 наблюдениях.

В рассматриваемой группе пациентов болевой синдром был выражен в 43 случаях (81,1%). Наиболее часто боли локализовались в правом подреберье (52,8%), за грудиной и в области сердца (30,2%). Причем в большинстве случаев на ЭКГ отмечались лишь незначительные изменения (горизонтальное положение оси сердца, левограмма, правограмма), а недостаточность кровоснабжения миокарда встретилась всего 4 раза. При ГПОД, сочетанных с холециститом, в отличие от комбинаций хиатусных грыж с язвенной болезнью, изжога наблюдалась значительно реже - 22 случая (41,5%). Ни разу не отмечено развитие геморрагического осложнения. Важной особенностью клинической картины сочетаний ГПОД и хронического холецистита является стертое или бессимптомное течение заболевания, отмеченное в 10 наших наблюдениях (18,9%). Причем у 6 пациентов хиатусные грыжи были выявлены как "случайные находки" во время рентгенологического исследования, а в двух случаях у больных страдающих

жестоким рефлюкс-эзофагитом и непредъявляющих каких-либо "печеночных" жалоб при ультразвуковом исследовании обнаружена желчно-каменная болезнь. Поэтому точная диагностика комбинаций ГПОД и хронического холецистита требует применения инструментальных методов и может представлять значительные трудности. Приведем одно из характерных наблюдений.

Больная Ю., 51 лет (история болезни № 7906/86), обратилась в клинику по поводу жалоб на боли в правом подреберье и области сердца, отрыжку, периодические рвоты. Больна II лет, лечилась амбулаторно по поводу хронического гастрита, ишемической болезни сердца. За последний год проявления заболевания значительно усилились, отчетливой стала связь диспепсии с физической нагрузкой и наклонами. При обследовании в клинике (рентгенэндоскопия), рН-метрия, эндоманометрия) диагностирована хиатусная грыжа, осложненная рефлюкс-эзофагитом легкой степени, с сопутствующим калькулезным холециститом (конкременты желчного пузыря обнаружены при ультразвуковом исследовании). ЭКГ не изменена. 23.07.86 г. произведена операция. Обнаружена грыжа пищеводного отверстия, которое расширено до 6 см, кроме того в области желчного пузыря спайки, в просвете его крупный камень. Произведена передняя диафрагмокрурорафия с сужением пищеводного отверстия до 3 см, фундопликация по Ниссену и холецистэктомия. Гистологическое исследование желчного пузыря показало наличие хронического холецистита. Послеоперационное течение гладкое, исчезли все диспептические явления и боли в сердце. При обследовании через два года жалоб не предъявляет, работает по специальности. Контрольное инструментальное исследование рецидива заболевания не выявило.

Данное наблюдение показывает, что трудности дифференциальной диагностики ГПОД и холецистита имеют место. Однако, то обстоятельство, что после хирургического устранения обоих заболева-

ний у пациентки исчезли имевшие до сих пор место характерные жалобы подтверждает, что они были обусловлены как хиатусной грыжей, так и холециститом.

Таким образом, сочетание ГПОД и хронического холецистита наиболее часто встречается у женщин старших возрастных групп. Для указанной комбинации характерны боли в правом подреберье, за грудиной и в области сердца, отрыжка. Часто отмечается стертое и атипичное течение, поэтому в диагностике этой сочетанной патологии большая роль отводится инструментальному исследованию.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и некоторые распространенные хирургические заболевания органов брюшной полости

ГПОД могут сочетаться не только с язвенной болезнью или холециститом, но и другой абдоминальной патологией, требующей хирургического лечения. Пациенты с данными сочетаниями (3 группа) составили 28 наблюдений (14%). Из них у 18 выявлены комбинации трех и более заболеваний органов брюшной полости. Кроме того следует отметить, что 8 больных имеющих сочетание нескольких заболеваний, сопутствующих хиатусной грыже вошли в другие клинические группы. Женщин в 3 группе было 18 (64,3%), мужчин - 10 (35,7%). Средний возраст больных составлял 40,6 лет.

В данной группе ГПОД наиболее часто сочетались с хроническими заболеваниями поджелудочной железы - 10 случаев (35,7%), кишечника - 9 (32,1%). Во всех этих наблюдениях этиопатогенез объясняется повышением внутрибрюшного давления при наличии воспалительного отека поджелудочной железы и вследствие частого и длительного натуживания при спастических запорах и метеоризме, которыми сопровождаются хронические колиты. Из других комбинаций хиатусных грыж с заболеваниями органов брюшной полости наибольший интерес с хирургической точки зрения представляют сочетания

ГПОД с грыжами брюшной стенки (пупочные, паховые, белой линии), отмеченные у 8 больных (28,6%), причем у 4 пациентов наблюдалось одновременно по две-три грыжи. Несколько реже ГПОД сочетались с дивертикулами и дивертикулезом пищеварительного тракта - 5 (17,9%). У 10 больных отмечены явления органоптоза в виде опущения матки или прямой кишки, что подтверждает закономерную связь проявлений генерализованной слабости соединительной ткани с образованием ГПОД.

Заподозрить сочетание хиатусной грыжи с другим заболеванием пищеварительного тракта позволяет разнообразие жалоб, неуклады - вающихся в рамки клинической картины одного заболевания. При этом решающее значение отводится определению источника ряда симптомов (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, срыгивание) долгое время считавшихся проявлением панкреатита, колита, дивертикулита, т.е. жалоб типичных для ГПОД.

Присоединение хиатусной грыжи меняло клиническую картину сочетанного с ней заболевания. Появлялась или усиливалась изжога, отрыжка, менялся характер болей. ГПОД с сочетанной абдоминальной патологией присуще взаимоотношающее течение, об этом свидетельствует тот факт, что обращаемость больных по мере длительности заболевания возрастала.

Для более цельного представления возможных вариантов клинического проявления сочетанной патологии у пациентов с ГПОД приведем одно наблюдение.

Больная Т., 60 лет, (история болезни № 12355/86), поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, отрыжку воздухом, тошноту, рвоту, вздутие живота, запоры. Заболела 15 лет назад, когда появились боли внизу живота, запоры.

В течение последних трех лет стала отмечать жгучую боль на уровне мечевидного отростка, изжогу, отрыжку, срыгивание, усили-

вающиеся при переедании, нарушении диеты, физической нагрузке. Появилось вздутие живота, участились запоры. Год назад при фиброэндоскопии выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Консервативная терапия безуспешна. Боли в животе, мучительная диспепсия, запоры стали постоянными. Возникновение тех или иных жалоб сопровождалось усилением других симптомов. При обследовании в клинике выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, дивертикулез нисходящего отдела ободочной кишки. Выполнена фундопликация по Ниссену, СПВ, левосторонняя гемиколэктомия. После операции основные проявления заболевания исчезли.

В приведенном наблюдении клиническая картина отличалась большим полиморфизмом и была обусловлена сочетанием нескольких заболеваний. Состояние прогрессивно ухудшалось по мере присоединения новых симптомов, что сопровождалось повышением интенсивности и продолжительности уже имевшихся клинических проявлений. Данное наблюдение иллюстрирует не только сложность клинической картины при наличии сопутствующей патологии у больных с хиатусными грыжами. Очевидна неэффективность консервативной терапии, неспособной прервать цепь возникающего "порочного круга".

В рассматриваемой группе больных помимо перечисленных выше диспептических явлений в 5 случаях отмечены неврологические нарушения, в 2 случаях наблюдались аспирационные бронхо-легочные и геморрагические осложнения. Бессимптомное течение ГПОД отмечено у 7 пациентов, они выявлены попутно при рентгенэндоскопическом исследовании, проводимом по поводу сочетанного заболевания пищеварительного тракта.

Из комбинированных с ГПОД заболеваний пожалуй лишь выявление грыж брюшной стенки не представляет затруднений при объектив-

ном обследовании, в то время как в диагностике большинства заболеваний внутренних органов решающее значение придается инструментальным методам.

ГЛАВА IV. ДИАГНОСТИКА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Поиск методов диагностики сочетанных заболеваний органов брюшной полости не привел к разработке специфического диагностического теста. Правильное и своевременное установление диагноза возможно лишь при комплексном обследовании, включающем не только тщательное изучение клинической картины заболевания, но и использование целого ряда инструментальных методов.

4.1. Рентгенологическое исследование.

Рентгенологический метод по своей доступности и эффективности по-прежнему остается самым массовым в комплексе средств диагностики заболеваний органов пищеварения.

Всем наблюдаемым нами 200 больным произведено поэтапное полипозиционное рентгенологическое исследование. Достоверными признаками хиатусной грыжи (рис.2) считали расположение части желудка в заднем средостении, выявленное у 142 больных (71%), наличие желудочно-пищеводного рефлюкса, обнаруженного у 120 пациентов (60%) и воспалительных изменений рельефа слизистой пищевода у 84 (42%). Кроме того у 30 больных зафиксированы косвенные признаки ГПОД: расправление угла Гиса, отсутствие газового пузыря желудка или смещение его к средней линии, укорочение длины абдоминального отдела пищевода. В 28 случаях (14%) отмечены функциональные нарушения тонуса и перистальтики пищевода. В двух случаях была диагностирована параэзофагеальная грыжа, для которой рентгенологическое исследование является единственным информативным методом диагностики. В остальных случаях хиатусные грыжи были аксиального типа. В тоже время у 28 пациентов с от -

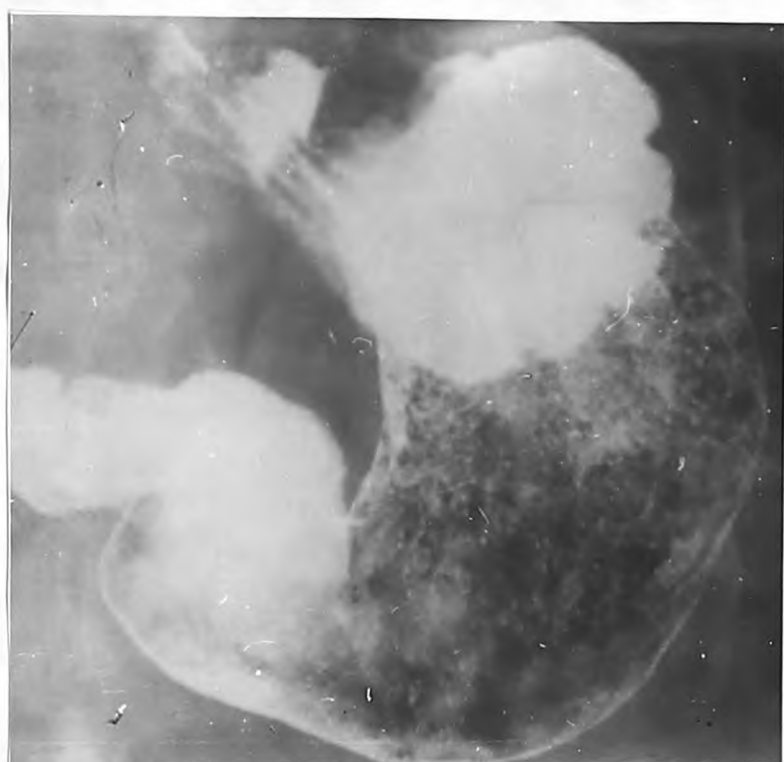


Рис. 2. Рентгенограмма больного Г. Скользящая грыжа
пищеводного отверстия диафрагмы

четливой клинической картиной ГПОД при рутинном рентгенологическом исследовании каких-либо изменений со стороны пищевода, желудка выявлено не было.

Достоверность рентгенологического метода разными авторами оценивается неоднозначно. Противоречивость полученных данных объясняется тем, что результаты метода во многом субъективны и зависят от тщательности соблюдения ряда методических указаний и квалифицированности рентгенолога. Традиционное многоэтапное исследование даже с применением различных специальных методик и современной рентгентелевизионной кинематографической техники не всегда позволяет дифференцировать ГПОД с ампулой пищевода и не дает серьезных оснований для суждения о степени выраженности патологического процесса, в частности о размерах грыжевых ворот.

Существенно улучшить результаты диагностики hiatusных грыж позволяет предложенный нами способ тракционной рентгенобаллонографии (Авторское свидетельство № I463233). В разработке и применении способа в клинической практике принимали участие Ш.Х.Ганцев, Е.И.Сендерович.

Исследование выполняется натощак в рентгенологическом кабинете. Производится обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении. Затем больному предлагается выпить 100 мл контраста (сульфат бария), при продвижении бариевой взвеси обращается внимание на форму, контуры пищевода, его двигательную активность. После этого больным с подозрением на ГПОД в желудок вводится зонд, снабженный рентгеноконтрастной оливой и раздувным баллончиком на конце. Как только конец зонда с оливой окажется в желудке производится раздувание баллона шприцем Жане до 50 мл. Накладывается зажим и осуществляется вытягивание раздутого баллона под контролем динамометра с силой 1 кг. В норме пищеводное отверстие, размеры которого по данным

Д.И.Тамулявичюте и соавт. (1986), составляют 2-3 см препятствует продвижению зонда с раздутым баллоном (рис.3). При грыже, когда пищеводное отверстие расширено баллон 50 мл свободно смещается в грудную клетку, увлекая за собой контурированное барьером дно желудка (рис.4). Причем поперечный размер раздутого газом баллона на уровне диафрагмы на рентгенологическом снимке точно соответствует размеру пищеводного отверстия диафрагмы (рис.5). Последнее особенно важно для определения тактики лечения, выбора метода хирургической операции. После того как снимается зажим и выпускается из баллона воздух, зонд извлекается. Исследование заканчивается общим исследованием желудка и 12-перстной кишки.

Способ тракционной рентгенобаллонографии нами применяется с 1986 года, за это время обследовано 286 больных с патологией желудка, желчных путей, в том числе всех больных с хиатусными грыжами и 28 здоровых людей, составивших контрольную группу. В 188 случаях были выявлены ГПОД с расширением пищеводного отверстия диафрагмы от 3,0 до 8,5 см. Каких-либо осложнений связанных с применением метода не наблюдалось. Результаты исследования верифицированы у 110 пациентов, оперированных на органах брюшной полости. У всех из них операционные находки точно соответствовали данным дооперационного обследования. Новый способ диагностики повысил достоверность рентгенологического метода до 94%. Методика не требует дорогостоящей аппаратуры и может выполняться амбулаторно.

Больная А., 50 лет (история болезни № 15036/86) поступила с жалобами на боли за грудиной, отрыжку, срыгивание, усиливающиеся в горизонтальном положении, в ночное время. Больная в течение 5 лет, последние два года на почве аспирации желудочного содержимого развился бронхит. Неоднократно обследовалась рентгенологически, патологии со стороны пищеварительного тракта не выявлено.

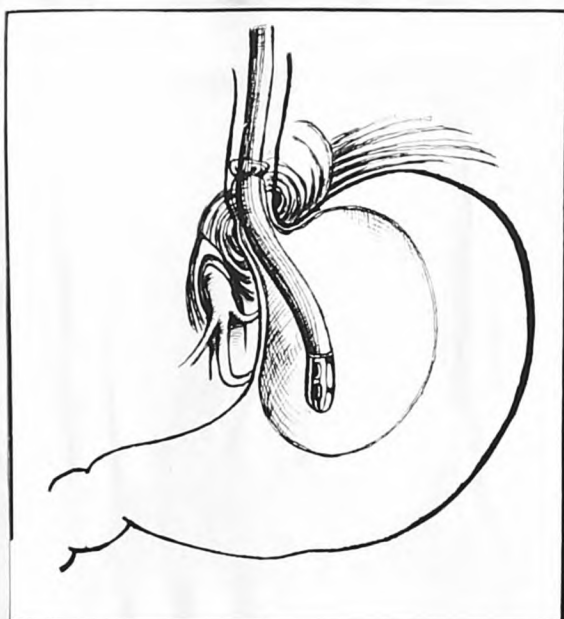


Рис. 3. Нормальные размеры пищеводного отверстия диафрагмы

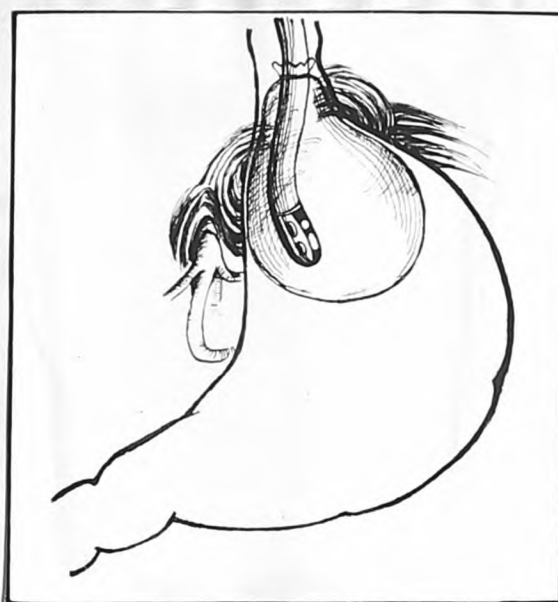


Рис. 4. Хиатусная грыжа. Пищеводное отверстие диафрагмы расширено



Рис.5 Поперечный размер раздутого газом баллона на уровне диафрагмы на рентгенологическом снимке соответствует диаметру пищеводного отверстия диафрагмы.

Выполнена тракционная рентгенобаллонография (рис.6). Раздутый баллон 50 мл при вытягивании из желудка с силой I кг свободно смещается в заднее среднестение, увлекая за собой контурированное барием дно желудка. Пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 6 см. Ультразвуковое исследование выявило желчно-каменную болезнь. Наличие осложненной хиатусной грыжи с сопутствующим калькулезным холециститом явилось показанием для хирургического вмешательства. На операции (22.01.87 г.): пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 6 см, кардия мобильна, легко смещается в заднее средостение, выражен периэзофагит. Желчный пузырь в спайках, в просвете его крупный камень. Произведена фундопликация по Ниссену, передняя диафрагмокрурорафия, холецистэктомия. Послеоперационное течение гладкое. Обследована через два года, каких-либо жалоб не предъявляет. При контрольном рентгенологическом исследовании (рис.7) сконструированный желудочно-пищеводный клапан препятствует вытягиванию раздутого баллона из желудка с силой I кг. Пищеводное отверстие диафрагмы нормальных размеров.

Следует отметить, что рентгенологическое исследование при ГПОД и другой сочетанной патологии пищеварительного тракта может производиться одновременно. Это позволяет не только сократить сроки обследования пациентов, но и уточнить причину деформации желудка при язвенной болезни, панкреатите, выявить холелитиаз, и таким образом разграничить симптомы связанные с ГПОД или другим клиническим состоянием. А применение релаксационной дуоденографии, холангиографии, ирригографии позволяет получить исчерпывающую информацию о состоянии пищеварительного тракта. В наших наблюдениях сопутствующие заболевания органов брюшной полости рентгенологически выявлены в 132 случаях (66%).

Таким образом, рентгенологическое исследование играет исключительно важную роль в диагностике ГПОД. Являясь самым доступным в комплексе диагностических средств, рентгенологический ме -



Рис. 6 Рентгенограмма больной .,до лечения.

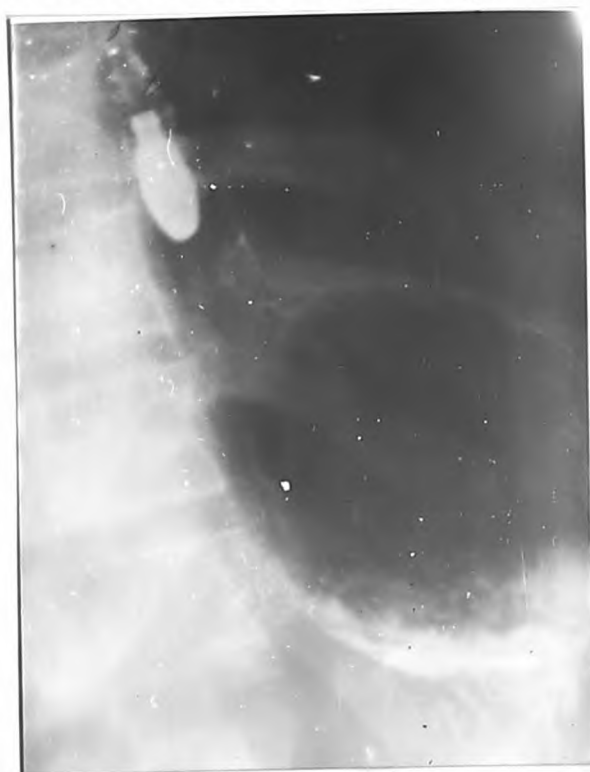


Рис. 7 Рентгенограмма этой же больной после операции.

тод при целенаправленном обследовании пациентов с соблюдением методических приемов, разработке и внедрении новых способов, позволяет точно выявить хиатусные грыжи в 94% случаев. При этом одновременно могут быть получены сведения о состоянии органов грудной клетки и брюшной полости. Вместе с тем, как отмечают многие исследователи, точность рентгенологического метода находится в прямой зависимости от тяжести воспалительных изменений в пищеводе и желудке. Исчерпывающую информацию о морфо-функциональном состоянии пищеводно-желудочного перехода дает фиброэндоскопия.

4.2. Фиброэндоскопия

Разрешающая способность оптической системы эндоскопов столь высока, что позволяет выявить начальные изменения слизистой оболочки пищевода, желудка, дистальных отделов двенадцатиперстной кишки, подчас невидимые при рентгеноскопии. Одним из важных достоинств ФЭГДС является возможность получения материала для гистологического исследования.

Эндоскопия всем 200 больным с ГПОД проводилась гибкими фиброэндоскопами EF-B3 фирмы Olympus (Япония). Хиатусные грыжи определялись при сопоставлении границы перехода слизистой пищевода в слизистую желудка (Z-линия) и контрактивного кольца, обусловленного давлением ножек диафрагмы, выявлении зияния или неполного смыкания кардии, наличии желудочно-пищеводного рефлюкса и осложнений в виде рефлюкс-эзофагита. ГПОД диагностированы эндоскопически у 164 пациентов (82%). Рефлюкс-эзофагит, обусловленный недостаточностью пищеводно-желудочного перехода наблюдался в 144 случаях (72%). Проведение биопсии считали показанным при подозрении на злокачественный характер процесса и нецелесообразным для подтверждения диагноза рефлюкс-эзофагита, так как точный диагноз

в подавляющем большинстве случаев можно поставить на основании одного эндоскопического исследования. При морфологической характеристике изменений слизистой пищевода мы пользовались классификацией А.Ф.Черноусова (1973), выделяющей 4 степени рефлюкс-эзофагита: легкую, средней тяжести, тяжелую и пептическую стриктуру. У 116 больных с легкой степенью эзофагита отмечались утолщение складок, отек и гиперемия слизистой оболочки нижней трети пищевода. В 24 наблюдениях при рефлюкс-эзофагите средней тяжести патоморфологические изменения характеризовались резкой отечностью и гиперемией слизистой оболочки нижней и средней трети пищевода, наличием в его надкардиальной части поверхностных эрозий. Микроскопия эзофагобиоптатов, взятых методом щипковой биопсии из дистальных 4 см отрезка пищевода и окрашенных гематоксилином и эозином, выявляла утолщение базально-клеточного слоя, увеличение высоты сосочков (акантоз), межклеточный отек шиповатого и зернистого слоев, вакуолизацию цитоплазмы их клеток, гранулоцитарную и лимфоидную инфильтрацию, гипер- и паракератоз. В 3-х случаях в абдоминальном отделе пищевода обнаружен эпителий желудочного типа. Наиболее выраженные изменения отмечены в 4 случаях при тяжелом рефлюкс-эзофагите. В нижней трети пищевода определялись множественные эрозии и изъязвления, покрытые фибринозным налетом, легкая контактная кровоточивость слизистой, чередование участков изъязвления со свежими грануляциями. В этих случаях всегда проводилась биопсия и гистологическое исследование на предмет исключения рака пищевода. Микроструктура биопсийного материала характеризовалась нарушением целостности многослойного плоского эпителия, фибринозно-некротическим налетом и выраженной инфильтрацией подслизистого слоя. Пептических стриктур в наших наблюдениях не выявлено.

При проведении настоящего исследования нас интересовало как

коррелирует тяжесть рефлюкс-эзофагита с наличием сочетанной патологии.

Таблица 4

Морфологические изменения в пищеводе, выявленные эндоскопически у больных с хиатусными грыжами, сочетающимися с заболеваниями органов брюшной полости.

Клинические группы	Изменений	Эзофагит		
	нет	легкой степени	средней степени	тяжелый
I группа	12	42	10	3
2 группа	12	37	4	-
3 группа	10	16	2	-
4 группа	22	21	8	1
Всего	56	116	24	4

Данные наших наблюдений свидетельствуют о том, что наиболее часто рефлюкс-эзофагит, обусловленный ГПОД отмечается у пациентов с сопутствующей язвенной болезнью (I группа) и холециститом (2 группа). На их долю приходится 66,7% осложненных форм эзофагита при ГПОД, причем указанным сочетаниям свойственны наиболее глубокие патоморфологические изменения пищевода.

В качестве примера, показывающего высокую диагностическую ценность метода фиброэндоскопии приведем клиническое наблюдение.

Больной П., 46 лет, (история болезни № 1176/86), поступил в клинику с жалобами на чувство жжения за грудиной, слабость, "дегтеобразный стул", появившийся два дня назад. Как стало известно из анамнеза, ранее многократно находился на лечении в

терапевтических стационарах по поводу анемии неясной этиологии. При поступлении выражены признаки внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов, тахикардия, до 100 ударов в I мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Анализ крови - Эр.- $2,6 \times 10^{12}$ /л, Нв 48 ед. Фиброэндоскопия: слизистая нижней трети пищевода резко гиперемизована, с мутноватым оттенком, отечна, в терминальном отделе пищевода выявляются слегка кровоточащие эрозии, диаметром до 0,3 см. Розетка кардии зияет. В протяжении всего исследования происходит регургитация желудочного содержимого в просвет пищевода. Слизистая желудка не изменена. В луковице двенадцатиперстной кишки на задней стенке обнаружен полип 0,3х0,3 см на ножке. Произведена эндоскопическая биопсия терминального отдела пищевода, орошение кровоточащих эрозий раствором нитрата серебра, удаление полипа двенадцатиперстной кишки. Заключение гистологического исследования: эрозивно-геморрагический эзофагит, железистый полип двенадцатиперстной кишки.

У данного пациента эндоскопическое исследование позволило в кратчайшие сроки определить источник кровотечения, подтвердило наличие рефлюкс-эзофагита, а также выявило сопутствующую патологию двенадцатиперстной кишки.

Всего же в наших наблюдениях сочетанные с хиатусными грыжами заболевания пищеварительного тракта во время ФЭГДС выявлены в 86 случаях. Метод эндоскопии представляет особую ценность в выявлении комбинации ГПОД с язвенной болезнью. У двоих больных именно при ФЭГДС удалось обнаружить сопутствующие ГПОД "немые" язвы желудка, которые не были выявлены при рентгенологическом исследовании.

Приведенный клинический пример наглядно демонстрирует технические возможности современной эндоскопии, которые позволяют осуществлять не только диагностические но и лечебные манипуляции.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что фиброэндоскопия является одним из наиболее достоверных методов диагностики ГПОД и их осложнений, позволяет изучить состояние слизистой оболочки пищевода и желудка на основании визуального осмотра, а также результатов гистологического и цитологического исследования полученного биопсийного материала. Однако эндоскопический метод не является безупречным, поскольку не позволяет диагностировать паразофагеальные грыжи, не дает ответа на столь важные вопросы, как форма и положение органа, состояние его наружных контуров. Кроме того количественная оценка интенсивности желудочно-пищеводного рефлюкса возможна лишь при условии точного знания показателей кислотности желудка и пищевода.

4.3. pH-метрия.

Исследование кислотопродуцирующей функции желудка всем пациентам проводили методом pH-метрии с помощью двухэлектродных pH-зондов отечественного производства, с графической приставкой.

Сначала измерялась исходная величина интрагастральной pH. Критериями оценки функционального состояния кислотообразующей системы желудка являлись показатели, разработанные Е.Ю.Линаром, Ю.М.Панциревым и др. (1973). В зависимости от данных желудочной секреции обследуемые пациенты распределялись следующим образом.

Таблица 5

Тип желудочной секреции	Клинические группы				Всего
	I группа	2 группа	3 группа	4 группа	
Гиперацидный (pH 1,9 и ниже)	47	20	7	8	82

Продолжение табл. 5

Тип желудочной секреции	Клинические группы				Всего
	I группа	2 группа	3 группа	4 группа	
Нормоцидный (рН 2,0-4,9)	9	13	10	12	44
Гипацидный (рН 5,0-6,9)	9	13	7	20	49
Анацидный (рН 7,0 и выше)	2	7	4	12	25

Гиперацидный тип желудочной секреции выявлен в 82 случаях (41%), из них в 47 с декомпенсацией ощелачивающей функции антральной зоны. У большинства пациентов с непрерывным кислотообразованием повышенной интенсивности была язвенная болезнь (57,3%). Нормоцидное состояние отмечено в 44 случаях (22%), гипо- и анацидное состояние в 74 (37%). Низкие показатели кислотности чаще отмечались в группе больных с ГПОД, перенесших операции на органах брюшной полости. При комбинации ГПОД с хроническим холециститом четкой взаимосвязи заболевания с определенным типом желудочной секреции не установлено.

После определения базальной, а в 63 случаях и стимулированной гистамином интрагастральной рН, проксимальный электрод зонда под рентгенологическим контролем устанавливали в абдоминальном отделе пищевода.

Закислением, доказывающим наличие желудочно-пищеводного рефлюкса считали снижение внутрипищеводной рН ниже 4,0. Оценивался уровень заброса, общая длительность закисления на протяжении часовой рН-метрии, способность пищевода освободиться от забрасываемого субстрата (клиренс), которая определялась измерением каждого эпизода рефлюкса.

Следует заметить, что распознавание желудочно-пищеводного заброса при рН-метрии у больных с гипо- и анацидным состояни-

ем крайне затруднительно. В таких ситуациях мы искусственно подкисляли содержимое желудка введением в него по зонду 0,1 N раствора соляной кислоты.

Желудочно-пищеводный рефлюкс pH-метрическим методом выявлен в 150 случаях (75%). При проведении настоящего исследования нас интересовало соответствие типа желудочной секреции с тяжестью рефлюкс-эзофагита. Наблюдения показали, что характер изменений слизистой пищевода и степень их выраженности находятся в прямой зависимости от величины и интенсивности рефлюкса. Сильный и интенсивный рефлюкс способствует более продолжительному контакту слизистой пищевода с забрасываемым содержимым, что приводит к более тяжелым изменениям в этом отделе пищевода при желудочно-пищеводном рефлюксе. В свою очередь величина рефлюкса зависит от кислотообразующей функции желудка (рис.7).

Наши данные подтверждают связь между высокой кислотностью желудочного сока и выраженностью рефлюкса и эзофагита. У 57% больных с осложненными формами эзофагита, в том числе у всех пациентов с рефлюкс-эзофагитом тяжелой степени, отмечен гиперацидный тип секреции. В тоже время наблюдения показали, что рефлюкс-эзофагит может развиваться у лиц с нормальной и даже пониженной кислотностью. Осложненные формы рефлюксной болезни при низких показателях секреции, обусловленные как считает F.Jorgensen (1988) "щелочным рефлюксом" дуоденального и энтерального содержимого, в наших наблюдениях выявлены в основном у пациентов, перенесших операции на органах брюшной полости.

Результаты наших исследований позволяют сделать вывод о том, что определение типа желудочной секреции имеет важное прогностическое значение у больных с хиатусными грыжами в отношении развития осложнений желудочно-пищеводного рефлюкса.

Для иллюстрации приведем краткое описание наблюдения из

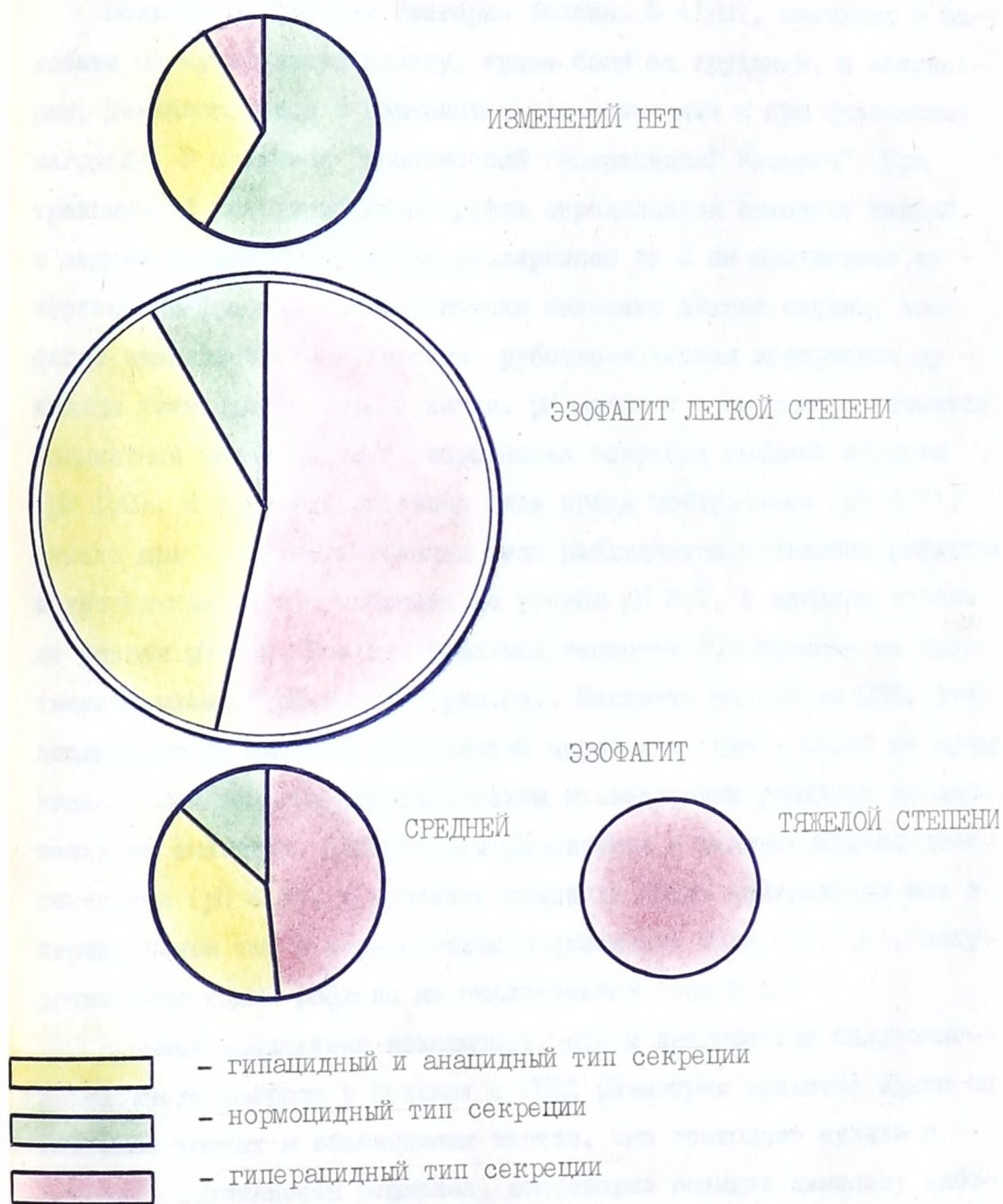


Рис.7 Частота и степень морфологических изменений в пищеводе в зависимости от показателей секреции

клинической практики.

Больной Б., 39 лет (история болезни № 41/87, поступил с жалобами на мучительную изжогу, тупые боли за грудиной, в эпигастрии, усиливающимися в горизонтальном положении и при физической нагрузке. В анамнезе "хронический гиперацидный гастрит". При тракционной рентгенобаллонографии определяется смещение кардии в заднее средостение, через расширенное до 5 см пищеводное отверстие диафрагмы. Эндоскопически выявлено зияние кардии, эзофагит средней степени тяжести, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. pH-метрия: в желудке отмечается повышенной интенсивности непрерывная секреция соляной кислоты (pH 1,0). В просвете пищевода сидя среда нейтральная (pH 6,7), однако при перемене положения тела наблюдается появление рефлюкса в дистальном отделе пищевода до уровня pH 2,7, в среднем отделе до уровня pH 3,8. Эпизоды рефлюкса занимают 10% времени на протяжении часовой pH-метрии (рис. 8а). Пациенту выполнена СПВ, фундопликация по Ниссену. Обследован через два года - жалоб не предъявляет. При рентгенэндоскопическом исследовании рецидива заболевания не выявлено. Контрольная pH-метрия: в желудке нормоцидное состояние (pH 4,0), в просвете пищевода среда нейтральная как в вертикальном так и горизонтальном положении тела (pH 7,0), желудочно-пищеводный рефлюкс не определяется (рис. 8 б).

Данное наблюдение показывает, что в диагностике желудочно-пищеводного заброса у больных с ГПОД pH-метрия является одним из наиболее точных и объективных тестов, она позволяет судить о степени выраженности рефлюкса, достоверно оценить динамику заболевания и эффективность проведенного лечения.

4.4. Эзофагоманометрия

Особое значение в выявлении изменений функции пищеводно-же-

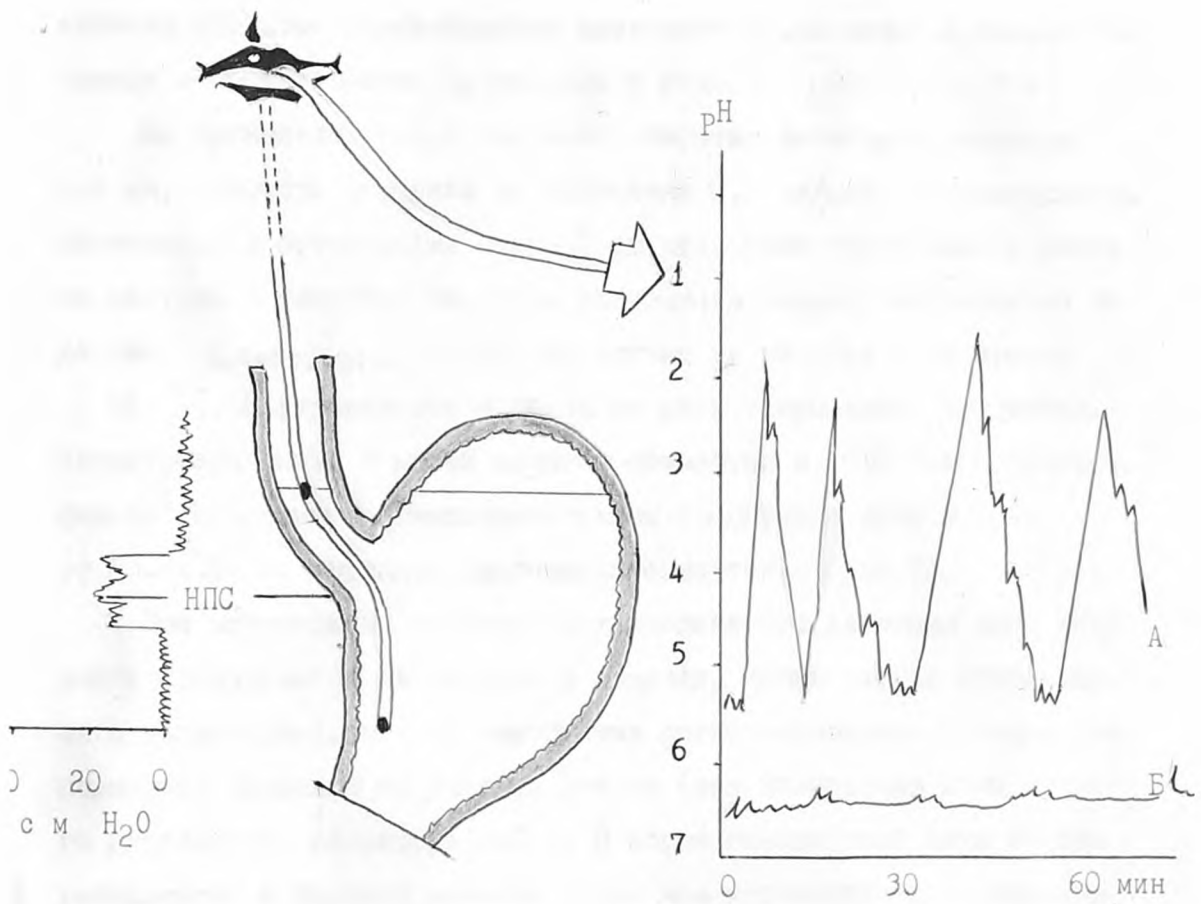


Рис.8 рН-грамма больного Б., до операции (А) и после хирургической коррекции кардии (Б).

лудочного перехода имеет эзофагоманометрия. Предложены различные способы измерения тонуса физиологической кардии. Наиболее адекватными в последние годы признаются методы, основанные на использовании открытых перфузируемых катетеров соединенных с тензодатчиками и протягиваемых из желудка в пищевод [188, 207, 209].

Мы применяли зонд с системой открытых катетеров диаметром 1,8 мм, скорость перфузии их составила 0,5 мл/мин. Осуществлялось поэтапное, с остановками через 1 см медленное протягивание зонда из желудка в пищевод. Скорость извлечения зонда, как известно по данным **T. Wehrauch** (1980) не влияет на результат измерения [243]. Внутриполостное давление регистрировалось специально сконструированным в нашей клинике совместно с СКТБ "Башнефтегеофизика" полостным пневмотензиографом (радиопредложение № 1047 от 05.01.87 г. выданное Башгосмединститутом) (рис.9).

При определении профиля внутриполостного давления зонд медленно продвигается из желудка в пищевод, когда датчик приближался к уровню диафрагмы на кимограмме регистрировалось постепенное повышение давления на участке 3-4 см (так называемая зона нижнего пищеводного сфинктера (НПС). В норме начало этой зоны всегда расположено в брюшной полости и для нее характерно расслабление после глотка. Давление НПС по нашим данным в норме колеблется от 260 до 360 мм вод.ст. Уровень давления кардии на высоте вдоха составил 380 мм вод.ст. и 220 мм вод.ст. на высоте выдоха. Градиент давления между желудком и пищеводом составлял в среднем 160 мм вод.ст. При дальнейшем продвижении датчика в проксимальном направлении у всех исследуемых определялась смена направлений дыхательных колебаний ("реверсия" дыхательных зубцов). Давление в просвете пищевода было меньше внутрижелудочного и по отношению к нему отрицательным (рис. 10 а,б).

Замыкательная функция кардии характеризуется двумя компонентами: клапанным и жомным. О нарушении клапанного компонента



Рис.9 Полостной пневмотензиограф.

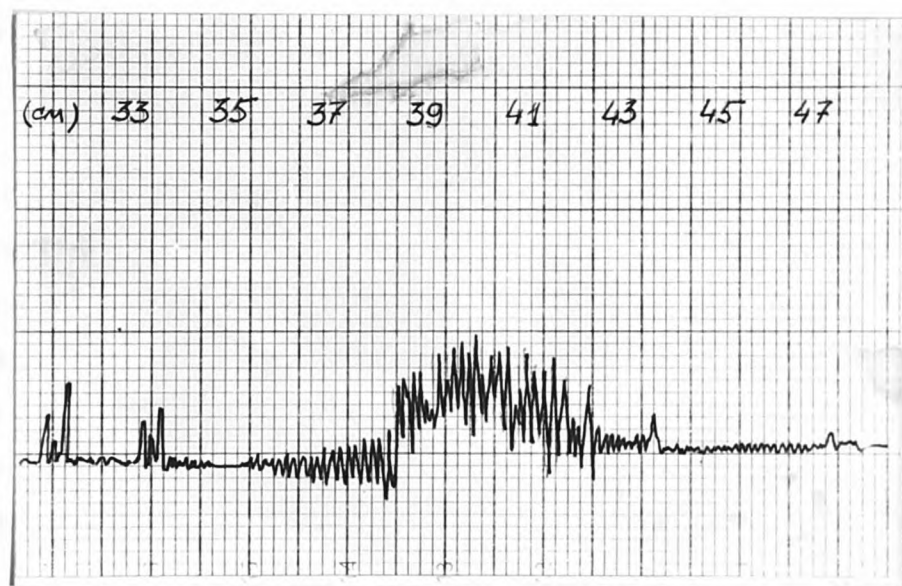


Рис.10 Эзофагоманограмма здорового человека (пациентка М.).

судят по небольшой разнице давления в кардии на вдохе и выдохе, и снижению градиента пищеводно-желудочного давления. Нарушение жомной функции определяется при признаку низкого давления в кардии и низкой амплитуде отрицательного давления (т.е. падения давления после глотка).

Основными манометрическими признаками ГПОД являются смещение кардии выше диафрагмы и появление на кимограмме двойной дыхательной реверсии (рис. II). Усиление моторики пищевода, появление вторичных и третичных сокращений наряду с наличием рефлюкса позволяет судить о различных степенях эзофагита.

Эзофагоманометрические признаки ГПОД выявлены у 182 обследованных больных (91%). Нарушение барьерной функции кардии отмечено у 176 пациентов (88%), из них в 42 наблюдениях определялась изолированная клапанная недостаточность, в остальных (134) — нарушение обоих компонентов антирефлюксного механизма. Абсолютной недостаточностью считали снижение тонуса кардии ниже 110 мм вод.ст. При этом наряду с уменьшением показателей давления НПС отмечалось и уменьшение длины этой зоны до 1-2 см. Признаки желудочно-пищеводного рефлюкса наряду с грубыми вторичными и третичными сокращениями характерными для морфологических изменений выявлены в 73%. Функциональные расстройства, проявляющиеся в усилении моторики пищевода наблюдались в 27%. Эзофагоманометрические данные о наличии хиатусной грыжи и отдельных ее характеристик сопоставили с результатами изучения состояния слизистой пищевода по данным фиброэндоскопии (таблица 6).

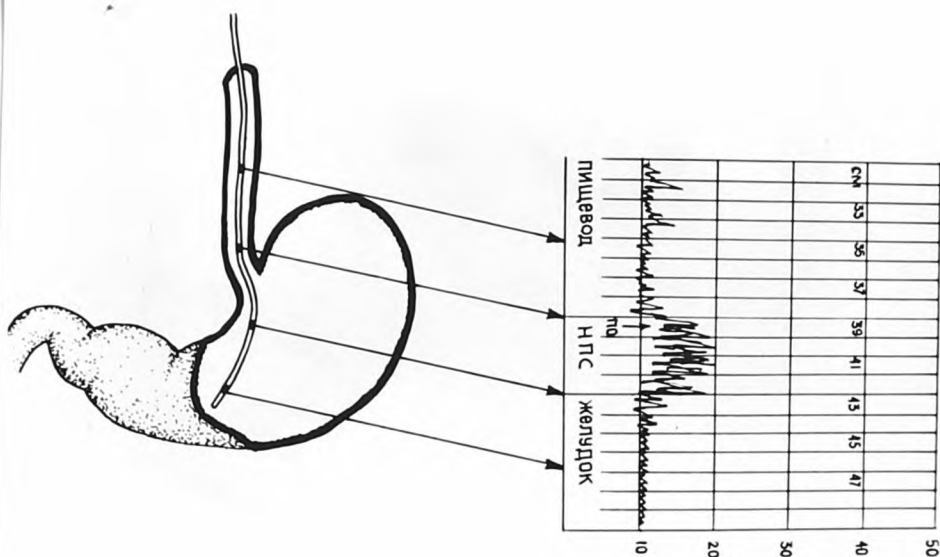


Рис. 106. Эзофагоманограмма здорового человека

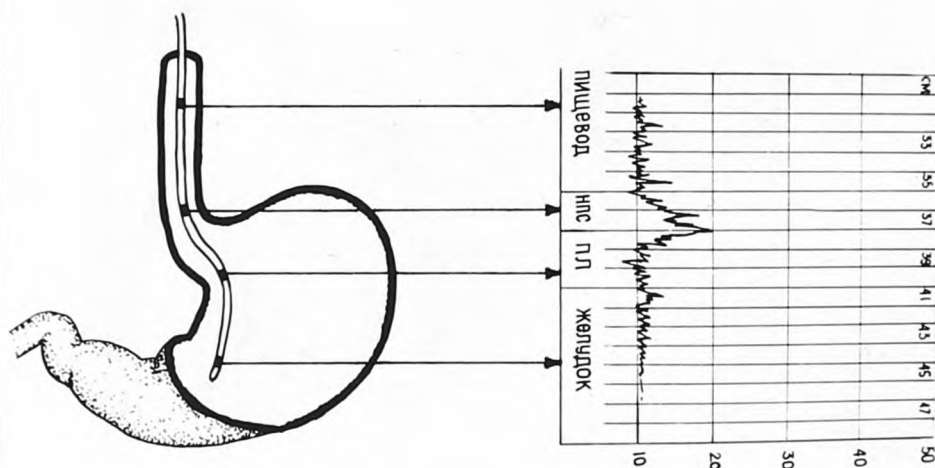


Рис. 11. Эзофагоманограмма больного скользящей грыжей
пищеводного отверстия диафрагмы

Таблица 6

Зависимость данных эзофагоманометрии от степени морфологических изменений кардии выявленных при фиброэндоскопии у больных с хиатусными грыжами

Данные эзофагоманометрии	Данные фиброэндоскопии			
	изменений нет	эзофагит		
		легкий	средний	тяжелый
Смещение кардии выше уровня диафрагмы (182)	36	116	26	4
Недостаточность клапанной функции кардии (176)	30	116	26	4
Абсолютная недостаточность кардии (136)	-	109	25	4
Желудочно-пищеводный рефлюкс, органическое нарушение моторики пищевода (146)	6	110	26	4
Нарушение моторики пищевода функционального характера (54)	50	4	-	-

Степень морфологических изменений слизистой пищевода находится в прямой зависимости от тонуса физиологической кардии, который может быть измерен при эзофаготометрии. У всех больных с тяжелыми формами рефлюксной болезни имелись грубые отклонения манометрических характеристик состояния пищеводно-желудочного перехода. Данные, полученные нами свидетельствуют о высокой достоверности метода эзофагоманометрии, который позволяет ставить правильный диагноз больным с ГПОД еще в функциональной стадии заболевания. У пациентов с легкой степенью эзофагита при отсутствии морфологических изменений эзофагоманометрическое исследова-

ние тонуса физиологической кардии представляет особую ценность. Продемонстрируем это на примере.

Больная Г., 55 лет (история болезни № 5893/86) поступила с жалобами на звучную отрыжку воздухом, которая делала невозможным пребывание пациентки в обществе. В течение 7 лет отмечает тупые боли в эпигастрии, правом подреберье, по поводу чего перенесла лапаротомию в районной больнице, во время которой патологических изменений органов брюшной полости не было обнаружено. За последний год состояние больной ухудшилось, мучительная отрыжка стала почти постоянной, усилились тупые боли в правой половине живота. Рентгенологически выявлена небольших размеров аксиальная грыжа, пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 4 см. При эндоскопии определяется зияние кардии на протяжении всего исследования, рефлюкс-эзофагит легкой степени. pH-метрия: в желудке гипацидное состояние (pH 5,2), в абдоминальном отделе пищевода pH-7,0. По данным ультразвукового исследования выявлен бескаменный холецистит.

Эзофагоманометрия: давление покоя в желудке 200 мм вод.ст. Кардия расположена выше уровня диафрагмы. Максимальное давление кардии 360 мм вод.ст., среднее - 260 мм вод.ст. Длина зоны повышенного давления - 1 см. Градиент пищеводно-желудочного давления снижен до 66 мм вод.ст. Амплитуда отрицательного давления -200 мм вод.ст. В пищеводе вторичные, третичные сокращения (рис.12).

Заключение: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, абсолютная недостаточность кардии, эзофагит.

Выполнено плановое хирургическое вмешательство. На операции: пищеводное отверстие 4 см в диаметре, желудок подтянут кверху, кардиофундальная складка не выражена. Желчный пузырь в спайках, деформирован, в области дна пузыря в стенке его определяется опухолевидное образование 0,8х0,8 см (гистологическое заключение-

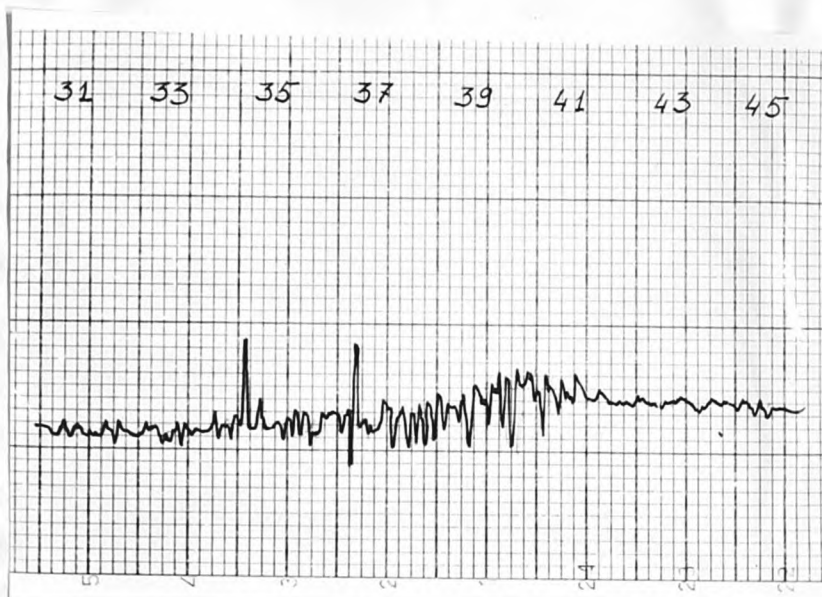


Рис.12. Эзофагоманограмма больной Г., до операции

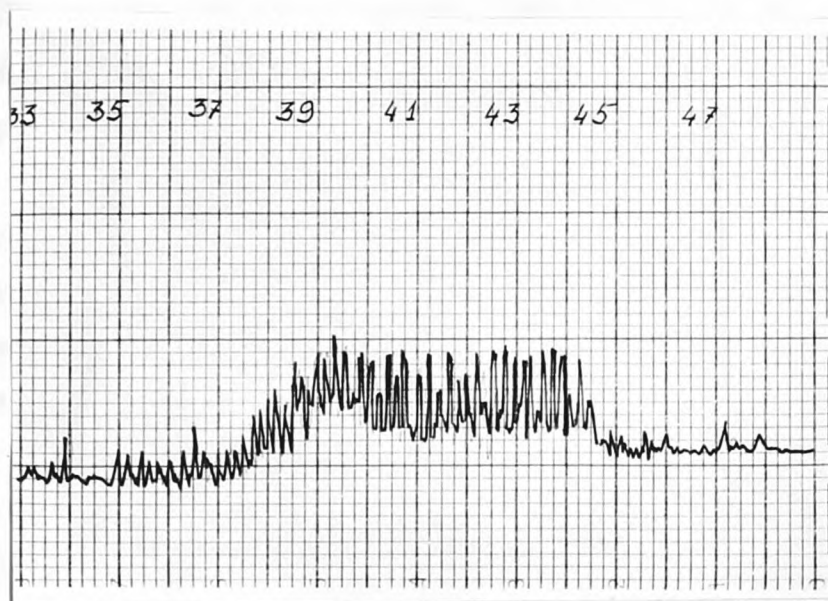


Рис.13. Эзофагоманограмма этой же больной Г., через 2 года после хирургической операции

-аденома желчного пузыря). Произведена фундопликация по Ниссену, холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Отрыжка, боли исчезли. Обследована через 2 года. Результат контрольного эзофагоманометрического исследования: давление покоя в желудке 212 мм вод.ст. Кардия расположена в брюшной полости, длина зоны повышенного давления 8 см. Максимальное давление кардии 460 мм вод.ст., среднее - 400 мм вод.ст. Градиент пищеводно-желудочного перехода - 200 мм вод.ст. Перистальтика пищевода не нарушена (рис.13).

В данном случае рентгенэндоскопические методы не выявили грубых морфологических изменений, и только эзофагоманометрия, являясь более чувствительной методикой диагностировала серьезные нарушения запирающей функции кардии, что совместно с оценкой клинической картины определило выбор тактики лечения в пользу операции, которая принесла больной полное выздоровление.

Таким образом, эзофагоманометрия, являясь высокоинформативным методом диагностики скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, позволяет объективно оценить тонус кардиального сфинктера и определить заболевание пищеводно-желудочного перехода в функциональной стадии. Существенным недостатком эзофагоманометрического, как и pH-метрического исследований, является их малая информативность в оценке сопутствующей хиатусной грыже абдоминальной патологии. В диагностике сочетанных заболеваний органов брюшной полости нами использованы дополнительные инструментальные методы.

4.5. Комплексное инструментальное исследование

В последние годы значительно вырос арсенал диагностических средств, применяемых в медицине. Совершенно очевидно, что монометодический подход не может дать ответы на все вопросы. В связи

с этим стала более актуальной проблема необходимого минимума методов в каждой конкретной диагностической ситуации и последовательность их применения. Нерациональное их использование ведет к удлинению сроков обследования и удорожанию процесса диагностики в целом.

Мы сформулировали следующий алгоритм обследования больных с предполагаемой сочетанной абдоминальной патологией учитывая, что роль дооперационного обследования состоит в основном в обосновании показаний к операции и определения объема ее, который окончательно уточняется с помощью методов интраоперационной диагностики. Следует также отметить, что дополнительные методы необходимо применять после непосредственного клинического обследования пациента, чтобы заранее знать направление исследования и правильно интерпретировать полученные данные.

Инструментальное обследование больных гастроэнтерологического профиля начинали с ультразвукового исследования (УЗИ). Главным достоинством УЗИ как высоко информативного метода диагностики на догоспитальном этапе является его неинвазивность. При УЗИ удается определить положение желудка, выявить наличие в нем жидкости натощак, косвенно свидетельствующее о гиперсекреции, оценить его эвакуаторную способность, а также заподозрить другую патологию органов брюшной полости и забрюшинного пространства [41, 61, 99]. В настоящее время УЗИ является оптимальным методом первичной диагностики холелитиаза в том числе у больных с непереносимостью контрастных препаратов.

В наших наблюдениях УЗИ проведено 98 больным. Мы пользовались установкой Tashisiba-38 и 77A. Желчнокаменная болезнь выявлена в 40 наблюдениях, признаки хронического панкреатита в виде уплотнения, увеличения размеров поджелудочной железы в 18, прочая абдоминальная патология - в 22. Благодаря ультразвуковому методу

определялся дальнейший план обследования, ставились показания к инвазивным рентгенэндоскопическим исследованиям, с помощью которых удавалось получить уточняющие данные, касающиеся выявленного патологического процесса.

В диагностике сочетанной с ГПОД абдоминальной патологии кроме традиционного рентгенэндоскопического обследования о котором рассказано в соответствующих разделах и которого в основном было достаточно для постановки правильного диагноза, в 48 случаях применялись специальные методики, такие как релаксационная дуоденография, ретроградная холангиопанкреатография для выявления патологии гепатопанкреатобилиарной зоны, а в диагностике заболеваний толстой кишки в 22 случаях ирригография и фиброколоноскопия. Комплексное обследование больных ГПОД с сочетанной патологией завершили pH-метрией, эзофагоманометрией, методами позволяющими более целенаправленно охарактеризовать состояние пищевода-желудочного перехода.

С целью выяснения достоверности различных диагностических приемов, мы сопоставили результаты обследования больных ГПОД с сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости (таблица 7).

Данные приведенные в таблице подтверждают ведущую роль рентгеноскопии и эзофагоманометрии в выявлении ГПОД. Желудочно-пищеводный рефлюкс имеет выраженные клинические проявления и лучше всего диагностируется при pH-метрии. Являясь высокоинформативным методом диагностики хиатусных грыж и их осложнений, фиброэндоскопия позволяет оценить степень морфологических изменений. В отличие от других методов эзофагоманометрия позволяет диагностировать заболевания пищевода-желудочного перехода в функциональной стадии. Рентгеноскопия и фиброэндоскопия позволяют одновременно выявить патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а УЗИ - заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы, соче-

Таблица 7

Результативность методов диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы с сочетанной абдоминальной патологией

Характеристика патологии	Метод диагностики					
	Клинические проявления	Эндоскопия	Рентгено-скопия	УЗИ	pH-метрия	Эзофаго-манометрия
I. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	58,5%	82%	94%	-	75%	91%
- смещение кардии в заднее средостение	85%	68%	71%	-	-	91%
- желудочно-пищеводный рефлюкс	70%	72%	60%	-	75%	73%
- морфологические изменения пищевода	70%	72%	42%	-	75%	73%
- функциональные изменения пищевода	-	-	14%	-	-	27%
II. Сопутствующая абдоминальная патология	41,5%	43%	66%	40%	-	-

тания которых с ГПОД этиопатогенетически обусловлены и широко распространены.

Данные наших наблюдений свидетельствуют о различной диагностической ценности этих методов, только комплексное их применение позволяет установить правильный диагноз у всех пациентов. Следовательно, ни один из этих методов не является конкурирующим, а только дополняющим друг друга. Важнейшим результатом комплексного применения наиболее информативных методов исследования в системе диагностических мероприятий при ГПОД с сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости явилось значительное сокращение сроков обследования больных с сочетанной патологией до двух-трех дней, в течение которых устанавливался правильный диагноз и определялась тактика лечения.

Таким образом, современные методы обследования (рентгенэндоскопия, pH-метрия, эзофагоманометрия, УЗИ) имеют высокую диагностическую эффективность в распознавании ГПОД и сочетанных заболеваний органов брюшной полости, получить важную но различную по характеру информацию. Отдельное применение каждого из этих методов не позволяет в полном объеме установить топiku и степень тяжести патологического процесса. Наилучший диагностический эффект достигается лишь при тесном взаимодействии способов обследования.

ГЛАВА V. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

5.1. Определение показаний к операции при сочетании хиатусных грыж с заболеваниями органов брюшной полости

Из анализа литературных источников следует, что показания к хирургическому лечению ГПОД основываются на типе грыжи, наличии осложнений желудочно-пищеводного рефлюкса, оценке антирефлюксного механизма с помощью инструментальных методов исследования, оценке эффективности консервативного лечения, наличии сопутствующей патологии.

Симультанная коррекция ГПОД при их сочетании с заболеваниями органов брюшной полости, требующих хирургического лечения по единодушному мнению хирургов, обладающих большим числом таких наблюдений показана при паразофагеальных грыжах, в виду угрозы их ущемления и при скользящих хиатусных грыжах с осложнениями рефлюксной болезни неподдающимися консервативной терапии [17, 132, 159, 188, 210] .

В отношении необходимости устранения ГПОД с неосложненными формами рефлюкса или при бессимптомном течении их, во время хирургических вмешательств на органах верхнего этажа брюшной полости в литературе имеются противоречивые суждения. Так, например В.Х.Василенко, А.Л.Гребенев (1978) считают, что при сочетании неосложненной хиатусной грыжи и холецистита, в случае отсутствия морфологических изменений в пищеводе в виде эзофагита, выявляемых эндоскопически, одна холецистэктомия обладает "достаточно лечебным действием". Основываясь на этих данных R.Erlam, H.Thomas (1978) предположили, что это объясняется уменьшением патологического дуодено-гастрального рефлюкса, вследствие нор -

мализации пилорического жома после холецистэктомии, снижением действия агрессивного желудочного содержимого на слизистую пищевода [I]. Однако исследования последних лет опровергли эту гипотезу, доказав, что операции на органах верхнего этажа брюшной полости зачастую приводят к усилению дуодено-гастрального рефлюкса [100, 181].

Напротив, другая многочисленная часть хирургов [208, 210] отмечают, что значительная часть пациентов перенесших хирургическое вмешательство по поводу абдоминальной патологии без коррекции сопутствующей неосложненной, но подтвержденной методами инструментальной диагностики хиатусной грыжи, оказываются после операции в числе больных с неудовлетворительными результатами и некоторые из них вынуждены оперироваться повторно. Приведем одно из наших наблюдений.

Больная Г., 59 лет (история болезни № 3253/88), поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку после приема пищи, усиливающиеся в горизонтальном положении. Полгода назад в одной из клиник города перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Диспептические явления, указанные в жалобах пациентки отмечались ранее, но значительно усилились после перенесенной операции, больная похудела на 30 кг. При поступлении состояние больной тяжелое, истощена (масса тела 48 кг). Ограничивает прием пищи из-за страха мучительной изжоги, отрыжки после еды. Живот правильной формы, мягкий, болезненный в эпигастрии. Физиогические отправления не нарушены. Рентгенологически определяется смещение кардии в заднее средостение через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы. УЗИ: незначительное увеличение размеров поджелудочной железы. При ФЭГДС выявлено зияние кардии, эрозивный рефлюкс-эзофагит. Эзофагоманометрия: снижение градиента давления пищеводно-желудочного перехода до 40 мм вод.ст.

Интенсивный желудочно-пищеводный рефлюкс, со снижением pH

в абдоминальном отделе пищевода до 2,0, занимает 15% времени исследования на протяжении часовой рН-метрии. 01.10.88 г. вы - полнена верхне-срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлено: холедох 0,9 см в диаметре, конкрементов не содержит, поджелудочная железа мягкая, размеры ее несколько увеличены, пищеводное отверстие диафрагмы расширено, кардия мобильна, легко смещается в заднее средостение, периэзофагит. Выполнена фундопликация по Ниссену. Послеоперационное течение гладкое. Осмотрена через I год - прибавила в весе 18 кг. При контрольном обследовании отклонений от нормы нет.

Очевидно, если бы своевременно были выставлены показания к симультанной коррекции патологии кардии, то для успешного результата лечения данной пациентки могло хватить и одного оперативного вмешательства.

Нами изучены 52 больных с ГПОД (4 группа), которые в сроки от 2 месяцев до 30 лет (в среднем 4 года) до поступления в клинику были оперированы в различных лечебных учреждениях по поводу заболеваний верхнего этажа брюшной полости. Мужчин было 30, женщин - 22, средний возраст больных составил 49,8 лет. Первичным оперативным вмешательством у 28 пациентов была резекция желудка по поводу язвенной болезни, у 20 - холецистэктомия по поводу холецистита (во всех случаях калькулезного), и у 4 пациентов прочие операции (спленэктомия, гастроэнтеростомия, ваготомия, устранение вентральной грыжи). Диагностический комплекс при ГПОД включал тщательный сбор анамнеза и изучение выписных документов, клиническое и инструментальное обследование, включающее рентгенологический, эндоскопический, манометрический и ацидометрический методы. В зависимости от результатов дооперационного исследования больные условно были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу вошли 14 пациентов (6 после резекции желудка, 4 после

холецистэктомии, 4 после прочих операций), у которых ГПОД до хирургического вмешательства не были диагностированы. Во второй подгруппе (38 больных) в результате исследования, проведенного перед операцией ГПОД были выявлены, но коррекция их не проводилась. В 36 случаях причиной тому послужило неосложненное или бессимптомное течение заболевания, в 2-х случаях отказ больных от сочетанных операций. В этой группе 22 больным выполнена резекция желудка, 16 пациентам - холецистэктомия, из которых в 4 случаях с дренированием желчных протоков.

Как показали наши наблюдения, клинические проявления ГПОД усиливались в основном в течение первого года после хирургического вмешательства. Соблюдение строгого режима, диеты, медикаментозной терапии у части больных приводило к облегчению состояния. В других случаях оставшиеся или даже усилившиеся боли в эпигастрии и за грудиной, изжога, другие проявления ГПОД нивелировали результаты хирургических операций.

С целью изучения динамики патологического процесса у пациентов второй подгруппы мы провели сравнение результатов до- и послеоперационного обследования.

Таблица 8

Динамика результатов обследования больных с некоррегированными хиатусными грыжами до и после операций на органах брюшной полости

Метод обследования	Число больных у которых признаки хиатусных грыж					
	до операции			после операции		
	выра- ны	выра- ны сла- бо	отсут- ству- ют	выра- жены	выра- жены сла- бо	отсут- ствуют
Клиническая картина	I	17	20	25	11	2
Рентгеноскопия	18	19	1	23	14	1

Продолжение табл. 8

Метод обследования	Число больных у которых признами хиатусных грыж					
	до операции			после операции		
	выраже- ны	выраже- ны сла- бо	отсут- ствуют	выра- жены	выра- жены сла- бо	отсут- ствуют
Фиброэндоскопия	I	17	20	23	13	2
Эзофагоманометрия	19	18	I	24	14	-
pH-метрия	13	14	11	24	13	I

Результаты, полученные в разобранный подгруппе обработаны статистически с использованием критерия сопряженных признаков. Расчеты показали высокую достоверность ($p < 0,01$) разницы результатов до и послеоперационной оценки клинического течения и морфологических изменений. Иными словами хирургическое вмешательство спровоцировало проявление тех функциональных нарушений кардии, которые до операции были выявлены более чувствительными методами диагностики какими являются рентгеноскопия, эзофагоманометрия, pH-метрия.

Известно, что операции на желудке, желчных путях сопровождаютс я нарушением нормальных анатомических соотношений в области пищеводно-желудочного перехода, повреждением ветвей блуждающих нервов, травматизацией связочного аппарата и изменением нормального кровообращения в дистальном отделе пищевода и кардии [57]. Обострению рефлюкс-эзофагита после перенесенной операции способствует вынужденное горизонтальное положение, парез кишечника и другие факторы, связанные с повышением внутрибрюшного давления.

При клиническом обследовании полное отсутствие диспепсии отметили лишь 2 больных после резекции желудка, у которых до операции была выраженная клиника исключительно язвенной болезни. В II случаях перенесенная операция не принесла полного выздоров-

ления больным, они отмечали боли, отрыжку, возникающие после приема пищи. В остальных случаях пациенты отмечали усиление проявлений ГПОД, а в 23 случаях при послеоперационном обследовании выявлен рефлюкс-эзофагит различной степени тяжести. Наиболее стабильные результаты исследований показали эзофагоманометрический, рентгенологический и pH-метрический методы, которые обладают большей чувствительностью в оценке тяжести патологического процесса области кардии. Если до операции морфологические изменения, которые определялись при фиброэндоскопии у большинства больных отсутствовали или были слабо выраженными, то после хирургического вмешательства у 23 отмечался эзофагит, в том числе у 8 средней тяжести и у 1 тяжелый. При анализе наблюдений осложненных форм заболевания, послеоперационные показатели рентгеноскопии, эзофагоманометрии и pH-метрии свидетельствовали о грубой патологии кардии. Так у всех этих больных при рентгеноскопическом исследовании определялось смещение кардии в заднее средостение, расширение пищеводного отверстия диафрагмы, при эзофагоманометрии снижение градиента давления пищевода-желудочного перехода ниже 100 мм вод.ст. и желудочно-пищеводный рефлюкс продолжительностью более 10% времени исследования при часовой pH-метрии.

Таким образом, ограничения показаний к операции, основанные на отсутствии морфологических изменений, которые выявляются при эндоскопии не всегда оправданы. По нашему мнению с целью улучшения результатов лечения сочетанных заболеваний, профилактики тяжелых послеоперационных рефлюкс-эзофагитов, даже при неосложненных формах ГПОД, но при подтверждении данными современных инструментальных исследований (рентгеноскопия, эзофагоманометрия, pH-метрия, фиброэндоскопия) несостоятельности антирефлюксного механизма кардии у больных с сопутствующими ГПОД заболеваниями органов брюшной полости, требующих хирургического лечения показано

оперативное вмешательство, предусматривающее коррекцию ГПОД одномоментно с устранением абдоминальной патологии. Пациенты, подготовленные к плановому хирургическому лечению заболеваний органов верхнего этажа брюшной полости должны быть обследованы на наличие ГПОД до операции и показания для симультанного вмешательства должны быть оговорены заранее, поскольку от этого зависит выбор хирургического доступа.

5.2. О выборе хирургического доступа

Как известно, рациональность доступа при проведении оперативных вмешательств определяется сочетанием целого ряда факторов. Среди них основное значение имеют создание оптимальных условий для выполнения операции (угол наклона оси операционного действия, глубина раны и т.д.). Именно с учетом указанных факторов в последнее время при хирургической коррекции ГПОД с сочетанной абдоминальной патологией используется верхняя срединная лапаротомия [159, 188]. Только абдоминальный подход позволяет провести наиболее точную морфо-функциональную оценку области кардии и при патологии ее устранить симультанно с коррекцией сопутствующих заболеваний органов брюшной полости. Применение верхней срединной лапаротомии обеспечивает хороший доступ к желудку, органам гепатопанкреатодуоденальной зоны и некоторых отделов кишечника при различных конституциональных особенностях больных и повышенном их питании. Улучшению условий для выполнения оперативного вмешательства способствует продление разреза книзу от пупка на 4-5 см, пересечение круглой связки и использование валика на уровне нижнегрудного отдела позвоночника. Верхняя срединная лапаротомия позволяет провести одномоментную пластику брюшной стенки при вентральных грыжах, сочетания с которыми у больных с ГПОД отмечены в 10 наших наблюдениях. Преимущества

данного оперативного доступа демонстрирует клинический случай.

Больная В., 47 лет, (история болезни № 3584/87), поступила в клинику в экстренном порядке с приступом острых болей в животе, тошноты, рвоты. В анамнезе операция грыжесечения по поводу грыжки белой линии живота. После купирования острого приступа пациентке проведено клинико-инструментальное обследование. (УЗИ, рентгеноскопия, фиброэндоскопия, эндоманометрия, pH-метрия), выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная рефлюкс-эзофагитом, калькулезный холецистит и рецидивная грыжа белой линии живота. Выполнена верхняя срединная лапаротомия (разрез кожи от мечевидного отростка грудины до пупка, с иссечением послеоперационного рубца). Выделен и вскрыт грыжевой мешок, содержащее - петля тонкой кишки выделена из сращений и погружена в брюшную полость. Произведена фундопликация с охватом фундопликационной манжетой 2/3 окружности пищевода спереди. Затем выполнена холецистэктомия. Пластика брюшной стенки осуществлена с применением аутодермального лоскута, обработанного по Янову. Продолжительность операции составила I ч 20 мин. Послеоперационное течение гладкое, заживление раны первичным натяжением.

Данное наблюдение показывает, что срединная лапаротомия является оптимальным доступом при сочетанных операциях, она позволяет осуществить полноценную ревизию органов брюшной полости и с минимальным травматизмом и затратами времени выполнить хирургическое вмешательство практически любого объема.

Роль дооперационного обследования состоит в основном в обосновании показаний к хирургическому вмешательству, тогда как уточнение объема и характера поражения достигается преимущественно с помощью методов интраоперационной диагностики.

5.3. Интраоперационная диагностика и методика выполнения операции при хиатусных грыжах, сочетанных с заболеваниями органов брюшной полости.

Осмотр и пальпация традиционно проводится во время каждого оперативного вмешательства. Тщательная ревизия органов брюшной полости при лапаротомии позволяет выявить патологию порой не диагностированную при дооперационном обследовании. Проиллюстрируем это на примере.

Больной З., 40 лет (история болезни № 3584/87), поступил в клинику с жалобами на мучительную изжогу, боли в эпигастрии, отрыжку кислым. Болен в течение 6 лет. Неоднократно безуспешно лечился в терапевтических отделениях по поводу гиперацидного гастрита. В клинике проведено инструментальное обследование, выявившее скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит. Во время планового хирургического вмешательства при ревизии органов брюшной полости кроме грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями выраженного периезофагита, обнаружена опухоль 3х3 см желудочно-ободочной связки. Выполнена экспресс-биопсия опухоли, гистологическое заключение – мезинхимомы, условно доброкачественная. Операция закончилась удалением опухоли, фундопликацией по Ниссену. Послеоперационное течение гладкое. Осмотрен через 2 года, жалоб не предъявляет, работает по специальности.

Данный случай представляет интерес не только редкостью сочетанной патологии (в литературе мы не нашли сообщений о сочетании хиатусной грыжи и мезинхимомы), но и подчеркивает значение интраоперационной диагностики, позволяющей выявить некоторые заболевания недоступные другим методам обследования.

Выполняемые рутинно осмотр и пальпация обычно мало информа-

тивны в диагностике ГПОД. У больных с параэзофагеальными грыжами выявляется общее пищеводно-аортальное отверстие и сформированный грыжевой мешок. При скользящих хиатусных грыжах определяется подтянутость желудка кверху, спайки, обусловленные травмированием грыжевой части желудка, расширение пищеводного отверстия диафрагмы.

В настоящее время размеры пищеводного отверстия оцениваются по количеству пальцев хирурга, введенных в пищеводное отверстие при наличии в пищеводе толстого желудочного зонда. При этом описания размеров пищеводного отверстия варьируют в широких пределах в зависимости от индивидуальных особенностей каждого конкретного хирурга. Эти данные не могут быть использованы для объективной оценки размеров пищеводного отверстия, а следовательно, и для выбора хирургического метода и прогнозирования результатов лечения.

Нами предложен способ интраоперационного определения размеров пищеводного отверстия диафрагмы в международной системе единиц (СИ) с помощью толстого зонда, имеющего раздувную манжетку (рацпредложение № 984 от 01.06.87, выданное Башгосмединститутом).

По выполнению лапаротомии шприцем Жане производится раздувание манжетки на введенном в желудок зонде до тех пор, пока при вытягивании из желудка под контролем хирурга, раздувная манжетка не будет с трудом проходить через пищеводное отверстие. Зная объем раздутого воздухом шара-манжетки, проходящего через пищеводное отверстие, по формуле: $D = 2\sqrt[3]{\frac{3V}{\pi}}$ где D - диаметр пищеводного отверстия, V - объем воздуха, введенного шприцем Жане в манжетку-шар, π - число "пи", легко рассчитать диаметр пищеводного отверстия, что является важным моментом в выборе методики хирургической операции (рис.14). При этом следует отметить, что расширение пищеводного отверстия диафрагмы, обнаруженное хирургом

только во время лапаротомии не всегда адекватно понятию и сути хиатусной грыжи и при отсутствии подтвержденных объективными методами исследования клинических проявлений не должно служить поводом к неоправданной операции на пищеводе.

Интраоперационное определение размеров пищеводного отверстия диафрагмы выполнено 160 пациентам, оперированным на органах брюшной полости, в том числе 110 больным оперированным по поводу ГПОД. У 70 больных результаты измерения выявили увеличение размеров пищеводного отверстия от 3,5 до 8 см. В тех случаях когда до операции производилась рентгенобаллонография, данные обследований совпадали. Наличие в желудке зонда с раздутой манжеткой облегчало фиксацию желудка при мобилизации его, выделении блуждающих нервов и формирование фундопликационной манжеты, позволило осуществлять по показаниям дозированную крурорафию и тем самым избежать послеоперационных осложнений, связанных с чрезмерным сужением пищеводного отверстия.

Одномоментная хирургическая коррекция ГПОД и сопутствующей абдоминальной патологии нами была выполнена 110 больным. Характер и виды симультанных операций представлены в таблице 9.

Все операции выполнены в плановом порядке из срединного лапаротомного доступа под эндотрахеальным наркозом. Предоперационная подготовка предусматривала терапию, направленную на стихание воспалительных процессов в органах брюшной полости, коррекцию и компенсацию нарушенных функций организма. Во всех случаях с пациентами заранее оговаривался предполагаемый объем сочетанной операции.

Очередность проведения операции решалась в каждом случае индивидуально. Так у больных с вентральными, пупочными и грыжами белой линии живота уже по ходу лапаротомии ликвидировали грыжу, а после проведения операции по поводу хиатусной грыжи выполняли пластику передней брюшной стенки. При сочетанных с ГПОД хирурги-



Рис. 14. Интраоперационное определение размеров пищевого отверстия диафрагмы

где D - диаметр пищевого отверстия

V - объем воздуха, введенного шприцем Жане
в раздуваемый шар-манжетку

π - число "пи"

ческих заболеваниях желудка, желчных путей, других органов брюшной полости последовательность операций определялась исходя из принципов асептики. Первым этапом обычно выполнялась коррекция ГПОД.

Основной задачей хирургического вмешательства по поводу хиатусных грыж является восстановление запирающего механизма пищевода-желудочного перехода и нормальных взаимоотношений области кардии. Из различных оперативных методик, предложенных для этой цели наибольшее распространение получила фундопликация, описанная Р.Ниссенom в 1955 г. Эта операция широко применяется как за рубежом, так и в нашей стране с хорошими результатами в отдаленном периоде.

В своей практической деятельности мы также отдавали предпочтение фундопликации по Ниссену. Для лучшего подхода к пищеводному отверстию рассекались треугольная и венечные связки и зеркалом А.Г.Савиных отводилась левая доля печени. После рассечения пищевода-диафрагмальной мембраны дистальный отдел пищевода на зонде отсепаровывался пальцем, таким образом пространство между пищеводом и аортой создавалось без травматизации важнейших анатомических структур. Тщательная и осторожная техника позволила избежать перфорации пищевода или желудка. Также ни разу не отмечено такое распространенное при вмешательствах на кардии интраоперационное осложнение как повреждение селезенки и кровотечение. Для уменьшения опасности травмирования селезенки в ряде случаев при мобилизации дна желудка перевязывали 1-2 короткие желудочные артерии. По окончании выделения кардии приступали к конструированию фундопликационной манжеты.

Фундопликация по Ниссену, в различных модификациях выполнена в 82 случаях. Эзофагофундорафию, заключающуюся в подшивании дна желудка к пищеводу с формированием острого угла Гиса, мы выполня-

Таблица 9

Виды оперативных вмешательств при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы с сочетанной абдоминальной патологией

Операции на органах брюшной полости	Коррекция грыж пищеводного отверстия			
	Фундопликация (82)		Эзофагофундорафия (28)	
	из них с круро- рафией (57)		из них с круро- рафией (13)	
Селективная проксимальная ваготомия (28)	22	20	-	-
в т.ч. с дренирующей операцией	6	3	-	-
Резекция желудка (18)				
по Бильрот I	2	-	8	4
по Бильрот II	2	-	7	3
Холецистэктомия (42)	20	18	4	2
с дренированием холедоха	14	4	2	-
с холедоходуоденостомией	2	2	-	-
Грыжесечения (10)	9	5	1	-
Прочие (12)	6	2	6	2
Всего	82	57	28	13

ли при снижении клапанной но относительно сохраненной жомной функции кардии с градиентом давления между кардией и желудком более 100 мм вод.ст. Эта операция применялась 28 раз. При фундопликации оптимальной длиной манжеты считали 4 см, уменьшение ее может привести к недостаточности, а увеличение к гиперфункции. Для предотвращения соскальзывания манжеты и развития так называемого феномена телескопа, в швы захватывались наружные слои стенки пищевода. Кроме того ее верхний край фиксировался к пищеводу отдельно. От подшивания фундопликационной манжеты и дна желудка отказались из-за выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде. Фундопликация по принципу Ниссена эффективно сдерживает желудочно-пищеводный заброс, что подтверждается данными инструментальных исследований. Состоятельность кардии достигается увеличением давления нижнего пищеводного сфинктера и удлинением части пищевода, подвергающейся действию положительного давления брюшной полости (рис.15).

Коррекция ГПОД завершается закрытием дефекта пищеводного отверстия диафрагмы. В отношении этого в специальной хирургической литературе и по сей день продолжается бурная дискуссия. Нужно или нет проводить диафрагмокрурорафию при ГПОД? В соответствии с основными положениями герниологии основным моментом лечения грыж считается ликвидация самой грыжи и ушивание грыжевых ворот. Пищеводное отверстие нуждается в укреплении тем более, что для мобилизации кардии, особенно при коротком пищеводе нередко приходится выполнять круротомию. Вместе с тем многие авторы считают, что крурорафия необходима при параэзофагеальных грыжах и необязательна для скользящих хиатусных грыж, для которых главным является создание надежного барьера желудочно-пищеводному рефлюксу и показана лишь при "значительном" расширении пищеводного отверстия диафрагмы [121]. При этом конкретные разъяснения этого опреде-

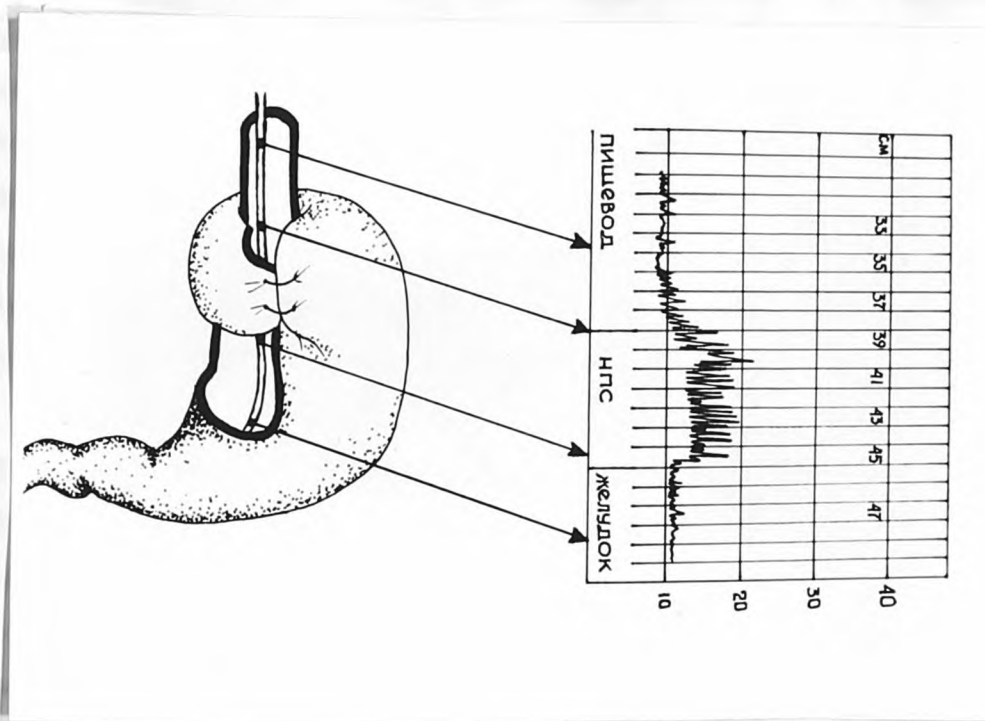


Рис.15. Эзофагоманометрическая кривая после операции фундо-
пликации по Р.Ниссену

ления не приводятся. Мы выполнили диафрагмокрурорафию у 70 пациентов при расширении пищеводного отверстия диафрагмы более 3,0 см. Все швы проводились через мышцы ножек вместе с сухожильными тканями без ущемления пищевода. Лучше сделать пищеводное отверстие слишком свободным, чем слишком сжатым. Цель крурорафии — только удержать фундопликационную манжету в брюшной полости. При выполнении крурорафии в 67 случаях ножки диафрагмы сшивались спереди пищевода, в 3 случаях произведена задняя крурорафия. Пищеводное отверстие сужали до 3 см. После коррекции ГПОД приступали к устранению сочетанной абдоминальной патологии.

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сопутствующей хиатусной грыже, операцией выбора считали селективно-проксимальную ваготомию. Она выполнена 28 раз, из которых в 6 случаях дополнена дренирующей операцией (4 раза пилоропластикой по Микуличу, 2 раза гастродуоденостомией по Джабулею). При язвах желудочной локализации, осложненных язвах двенадцатиперстной кишки в 18 случаях произведена резекция желудка (10 раз по Бильрот I и 8 раз по Бильрот II).

При патологии желчных путей холецистэктомия по поводу хронического холецистита выполнена у 42 пациентов. В 18 случаях выполнена холедохолитотомия с дренированием холедоха, а в 2 наблюдениях с наложением холедоходуоденоанастомоза.

Из других оперативных вмешательств выполненных одновременно при коррекции ГПОД наиболее часто отмечались грыжесечения по поводу грыж брюшной стенки — 10, удаление опухолей — 5, рассечение спаек — 4, дважды выполнена клиновидная резекция печени, 1 раз гемиколэктомия.

Следует отметить, что одномоментное проведение более одной операции требует от хирурга большого опыта, идеальной ориентации в брюшной полости и соблюдения целого ряда технических и тактических требований. В каждом конкретном случае приходится посту-

пать строго индивидуально в смысле выбора методики вмешательства. Сказанное подтверждает клиническое наблюдение.

Больная П., 52 лет (история болезни № 15749/88), поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, изжогу, отрыжку усиливающиеся при наклонах туловища. Больна в течение 10 лет, неоднократно с кратковременным эффектом лечилась в терапевтических отделениях по поводу хронического гастрита. Проведено обследование. Рентгеноскопия выявила скользящую хиатусную грыжу с расширением пищеводного отверстия до 5,0 см. Фиброэндоскопия: зияние кардии, рефлюкс-эзофагит легкой степени тяжести. pH-метрия: гиперацидное состояние (pH 1,7), желудочно-пищеводный рефлюкс, достигающий уровня средней трети пищевода и занимающий 10% времени исследования. Эзофагоманометрия: смещение зоны повышенного давления выше уровня диафрагмы, снижение градиента давления пищеводно-желудочного перехода до 40 мм вод.ст. УЗИ: хронический холецистит, камни желчного пузыря. С клиническим диагнозом: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, сопутствующий хронический калькулезный холецистит, пациентка подготовлена к плановой операции. Выполнена верхняя срединная лапаротомия (27.10.88), обнаружено: через расширенное до 5 см пищеводное отверстие диафрагмы кардия свободно смещается в заднее средостение, выражен периэзофагит. Желчный пузырь в спайках, в просвете его определяются крупные конкременты. Кроме того по противобрыжечному краю червеобразного отростка, длина которого 6 см, диаметр 1 см, обнаружен дивертикул цилиндрической формы длиной 1 см и диаметром 0,7 см, расположенный в 3 см от основания отростка. Произведена коррекция хиатусной грыжи фундопликацией по Ниссену, передней крурорафией с сужением пищеводного отверстия до 3 см. Затем выполнена холецистэктомия и заключительным этапом аппендэктомия (гистологическое исследование: стенка дивертикула идентична

строению стенки червеобразного отростка, определяется лейкоцитарная инфильтрация-дивертикулит). Послеоперационный период протекал гладко. На 8 сутки в удовлетворительном состоянии больная выписана из клиники.

Данное наблюдение интересно не только редкостью выявленной у пациентки сочетанной патологии. Представленный пример доказывает необходимость комплексного дооперационного обследования, важность интраоперационной диагностики и возможности хирургического лечения больных ГПОД с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости.

5.4. Результаты сочетанных операций

Для правильной оценки выбора хирургического лечения имеет значение анализ возможных осложнений в ближайшем и отдаленном периодах.

Результаты сочетанных операций изучены нами у всех больных в ближайшие и у 75 в отдаленные сроки после хирургического вмешательства. В наших наблюдениях летальных исходов не было. У 98 пациентов в ближайшем послеоперационном периоде исчезли все основные проявления заболевания и они выписались с выздоровлением на 8-10 сутки после операции. Проведенные перед выпиской больных из клиники рентгенологические и эзофагоманометрические исследования показали, что у этих пациентов был полностью восстановлен запирательный механизм кардии. Осложнения, отмеченные в ранние после операции сроки у 12 больных отражены в таблице 10.

Таблица 10

Виды и частота осложнений в ближайший послеоперационный период у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы с сочетанной абдоминальной патологией

Виды осложнений	Число наблюдений
1. Связанные с коррекцией грыжи:	
- дисфагия	3
- болевой синдром	2
- синдром "вздутия газами"	2
2. Связанные с устранением абдоминальной патологии:	
- острый панкреатит	1
- гастростаз и парез кишечника	1
- демпинг синдром	1
3. Общехирургические осложнения: (нагноение раны, пневмония, флебит поверхностных вен)	2
Всего	12

В 3 случаях отмечалась дисфагия, которая появлялась при одномоментном приеме большого количества плотной пищи или питье большими глотками. В 2 случаях пациенты отмечали чувство переполнения и распираания в эпигастрии после еды, связанное с затрудненной отрыжкой ("синдром вздутия газами"). Эти явления носили преходящий характер и исчезали самостоятельно в сроки от 2 недель до 3 месяцев после операции. Применение спазмолитиков ускоряет этот процесс. Болевой синдром, связанный с отеком и сдавлением фундопликационной

манжетой стволов блуждающих нервов и обострением эзофагита отмечен у 2 больных. Приведем одно из наших наблюдений.

Больная М., 41 лет (история болезни № 19066/88), оперирована в плановом порядке по поводу грыжи пищеводного отверстия, осложненной рефлюкс-эзофагитом, хронического холецистита, выполнена фундопликация по Ниссену, холецистэктомия. На вторые сутки после операции появились тошнота, рвота сопровождающаяся сильными болями в эпигастрии. Пациентка стала отмечать чувство "кома" в эпигастрии, дисфагию как на твердую так и жидкую пищу. Больной был установлен назогастральный зонд, позволяющий избежать рвотных движений, проведена лекарственная терапия включающая спазмолитики, анальгетики, седативные препараты. В результате лечения состояние стабилизировалось, боли, дисфагия прошли. После выписки из стационара в течение I месяца получала амбулаторное лечение. Осмотрена через I год, жалоб не предъявляет, при контрольном исследовании отклонений от нормы нет.

Данное наблюдение подтверждает целесообразность продолжения лечения эзофагита, начатое со дня установления диагноза в течение нескольких месяцев после выписки из стационара, так как устранение хиатусной грыжи не всегда приводит к одномоментному излечению эзофагита. Ведение больных с ГПОД в послеоперационном периоде предусматривает соблюдение гигиенического режима с ограничением физических нагрузок, диетотерапию, назначение лекарственных препаратов и физиопроцедур.

У 3 пациентов отмечены осложнения, связанные с сочетанием вмешательством на желудке и желчных путях (острый послеоперационный панкреатит, постваготомические расстройства), которые были купированы консервативным лечением. Общехирургические осложнения были нечасты и не представляли больших проблем.

Главным показателем эффективности хирургического лечения хи-

атусных грыж является количество рецидивов заболевания в отдаленном периоде. Отдаленные результаты прослежены у 75 больных в сроки наблюдения до 6 лет (в среднем 3 года). Оценку проводили по 3-х балльной системе на основании данных клиники, рентгенэндо-скопического, pH-метрического, манометрического исследования каждого больного. Результат считали хорошим в тех случаях, когда полностью отсутствовала клиническая картина заболевания, а при контрольном обследовании не выявлено патологических изменений со стороны органов брюшной полости. Хорошие результаты получены у 54 больных (72%), все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в применении медикаментов. Выполненное инструментальное исследование показало, что у этих пациентов полностью восстановлен запира-тельный механизм кардии. Продемонстрируем это на примере.

Больная Р., 45 лет (история болезни № 2939/87), поступила в клинику с жалобами на чувство давления и боли в подложечной об-ласти, особенно после еды, отрыжку кислым. У больной имелась небольшая невраправимая грыжа белой линии живота. Рентгенобаллоно-графия: кардия легко смещается в заднее средостение, пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 5 см (рис.16). Фиброэндоскопия: нижняя треть пищевода зияет, гиперемирована, отмечается рефлюкс желудочного содержимого. pH-метрия: в желудке гиперацидное состо-яние (pH 1,2), в пищеводе pH-5,0, в горизонтальном положении вы-раженный рефлюкс, достигающий уровня средней трети и занимающий 15% времени исследования. Эзофагоманометрия: зона повышенного дав-ления расположена выше уровня диафрагмы, градиент давления пищево-дно-желудочного перехода снижен до 48 мм водст., в пищеводе вторич-ные сокращения. Диагноз: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, грыжа белой линии живота.

01.10.87. Произведена операция - верхняя срединная лапарото-мия. Пищеводное отверстие на операции расширено до 5 см, периезо-

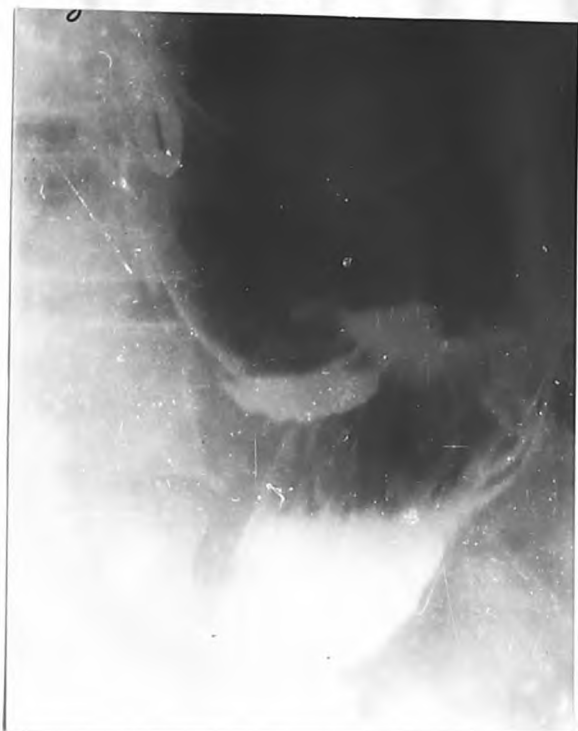


Рис.16 Рентгенограмма больной Р., до операции. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.



Рис.17 Рентгенограмма этой же больной Р., через 3 года после операции. Пищеводное отверстие нормальных размеров.

фагит. Выполнена фундопликация по Ниссену, передняя диафрагмо-
крурорафия, пластика грыжки брюшной стенки. Послеоперационное те-
чение гладкое. На протяжении 3 лет чувствует себя практически
здоровой, жалоб не предъявляет.

Контрольная рентгенобаллонография (через 3 года) показывает,
что кардия и абдоминальный отдел пищевода, окутанный фундоплика-
ционной манжеткой расположены в брюшной полости. Пищеводное отвер-
стие диафрагмы нормальных размеров (рис.17). Эндоскопически: сли-
зистая пищевода не изменена, розетка кардии смыкается. pH-метрия:
как в вертикальном, так и горизонтальном положении с проведением
пробы Вальсальвы в нижнем отделе пищевода среда нормоцидная
(pH-7,0), рефлюкса не определяется. Эзофагоманометрия: начало
зоны повышенного давления в брюшной полости, протяженность ее
6 см. Градиент давления между пищеводом и желудком составляет
200 мм вод.ст., моторика пищевода не нарушена.

Группу с удовлетворительным результатом лечения составили
20 пациентов (26,7%), которые отмечали улучшение состояния, но у
которых оставались или возникали после операции те или иные на-
рушения, подтвержденные объективными методами исследования, не
требующими стационарного или интенсивного амбулаторного лечения.
Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудо-
способность, восстановленную операцией.

Неудовлетворительный результат отмечен у I-го больного
(1,3%), у которого операция не принесла существенного улучшения
самочувствия, сохранились симптомы желудочно-пищеводного рефлюк-
са на фоне обострения хронического панкреатита, по поводу чего
больной нуждался в стационарном или постоянном амбулаторном ле-
чении.

Таким образом хирургическое лечение больных с хиатусными
грыжами представляет сложную задачу. В своей практической работе

мы убедились, что результаты симультанных операций при ГПОД с сочетанной абдоминальной патологией лучше, чем при устранении только одного заболевания.

Широкое применение сочетанных операций является одним из способов интенсификации хирургического лечения больных. При этом без дополнительных затрат и увеличения числа медицинских работников достигается ощутимый рост эффективности лечения больных и обеспечивается выраженный социально-экономический эффект. Считаем необходимым привести аргументирование экономического эффекта полученного от проведения сочетанных операций при ГПОД.

Подсчет выполнялся по общепринятым правилам [82, 101]. Величина предотвращенного экономического ущерба у неработающих больных определялась стоимостью пребывания одного дня в стационаре (14,46 руб.). У трудоспособных пациентов к этому добавлялись расходы из бюджета соцстрахования и потери национального дохода в связи с непроизведенной за день болезни общественно полезной продукции. В сумме стоимость пребывания больного за один день в стационаре составляет 39,95 руб. [101]. Кроме того затраты на излечение в условиях поликлиники при среднем посещении больным врача составляет 4,56 руб. [101].

По нашим данным достигнута экономия 40 дней временной нетрудоспособности, из них 12 приходится на время стационарного лечения, а 28 на период амбулаторного лечения и реабилитации в условиях поликлиники. Используя эти данные рассчитан экономический эффект от симультанных операций для работающих - 107791,2 руб., и неработающих пациентов - 3917,76 руб. Общая сумма предотвращенного экономического ущерба полученная от симультанных операций у 110 больных с ГПОД имеющих сопутствующую абдоминальную патологию составила 111708,96 руб. Нельзя считать проведенные расчеты абсолютно точными, поскольку на ряд показателей оказывают влия-

ние разные причины. Однако нет сомнения в том, что сочетанные операции наряду со значительной интенсификацией хирургического лечения дают существенный экономический эффект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинации хиатусных грыж с заболеваниями органов брюшной полости взаимообусловлены и широко распространены. В последние годы значительно возрос интерес к сочетанным заболеваниям и возможности одномоментных операций при них. Это обусловлено с одной стороны, значительной распространенностью сочетанных заболеваний, возможностью их дооперационной диагностики и, с другой стороны возросшим уровнем хирургического мастерства, анестезиологического и реанимационных пособий.

Однако проблема сочетанной патологии и в частности комбинаций ГПОД и других заболеваний органов брюшной полости решена далеко не полностью. Целью работы являлось совершенствование методов диагностики и хирургического лечения хиатусных грыж, сочетающихся с заболеваниями органов брюшной полости. Для достижения цели был поставлен ряд задач: изучить частоту и патогенез сочетаний ГПОД с язвенной болезнью, холециститом и другими заболеваниями брюшной полости и выявить особенности клинической картины сочетанной патологии, разработать наиболее рациональный комплекс методов диагностики ГПОД при сопутствующих заболеваниях органов брюшной полости, на основании клинического, рентгенологического, эндоскопического методов, внутрипищеводной pH-метрии, и манометрии, УЗИ определить показания и объем оперативного вмешательства у этой категории больных; определить наиболее рациональную методику операций, выполняемых при ГПОД с сопутствующей абдоминальной патологией.

В основе работы положен анализ 200 наблюдений пациентов у которых ГПОД сочетались с другими заболеваниями органов брюшной полости, что составило 86,2% от общего числа больных с хиатусными грыжами. Мужчин было 109 (54,5%), женщин - 91 (45,5%).

Средний возраст больных составил 45,2 лет. Согласно классификации Б.В.Петровского, в подавляющем большинстве случаев hiatusные грыжи были скользящего типа - 198 (99%), паразофагеальные грыжи отмечены лишь в 2 наблюдениях (1%).

Учитывая распространенность и этиопатогенетическую взаимосвязь очевидно, что наибольшее клиническое значение в абдоминальной хирургии придается выявлению сочетаний ГПОД с хроническим холециститом, язвенной болезнью, которые отмечены у 120 больных (60%). У 52 пациентов (26%) ГПОД сочетались с двумя и более заболеваниями.

В соответствии с целью исследования и поставленными задачами из общего числа больных были выделены 4 качественно различные группы. В I группу включены 67 больных, у которых ГПОД сочетались с язвенной болезнью, среди которых у 41 язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 26 - в желудке. Во 2 группу вошли 53 больных, у которых ГПОД сочетались с хроническим холециститом, из них у 40 пациентов холецистит был калькулезным, у 13 бескаменным. В 3 группу выделены 28 больных, у которых ГПОД сочетались с прочей патологией брюшной полости, требующей хирургического лечения (дивертикулы пищеварительного тракта, грыжи брюшной стенки, опухоли и др.). 4 группу составили 52 больных ГПОД, которые ранее перенесли операции на органах верхнего этажа брюшной полости (в основном холецистэктомии и резекции желудка). Выделение данной группы позволяло лучше изучить патогенез и динамику течения сочетанных заболеваний основываясь на изучении функции кардии до и после абдоминальных операций. Особенности клинической картины и диагностики сочетаний ГПОД с различными заболеваниями органов брюшной полости изучены на основании обследования пациентов I, 2, 3 групп. Всем больным проведено комплексное исследование, включающее тщательное изучение клинической картины заболевания, использование

современных инструментальных методов диагностики (рентгеноскопия, фиброэндоскопия, pH-метрия, эзофагоманометрия, УЗИ и др.). ИЮ пациентам выполнены сочетанные оперативные вмешательства, включающие коррекцию ГПОД и устранение сопутствующей абдоминальной патологии. У всех больных изучены ближайшие, а у 75 - отдаленные результаты.

Патогенез возникновения сочетаний ГПОД и других заболеваний органов брюшной полости обусловлен сочетанием ряда факторов - раздражением ветвей блуждающих нервов, обменными нарушениями и слабостью соединительной ткани, инволютивными процессами, повышением внутрибрюшного давления.

Клиническая картина ГПОД при сочетании с заболеваниями органов брюшной полости отличается чрезвычайным разнообразием, что приводит к многочисленным ошибкам на практике, в этом отношении показательно то, что до обследования в клинике ГПОД были диагностированы только в 32 случаях (16%). Проявления хиатусных грыж главным образом характеризуется симптомами, обусловленными недостаточностью кардии. Наиболее постоянными признаками ее являются боли в верхней половине живота, отмеченные в 90%, изжога (62,5%), дисфагия (49%), отрыжка (42%), срыгивание (28,5%). Кардиалгический тип проявлений ГПОД отмечен в 24% наблюдений. Течение хиатусных грыж у 10,5% больных осложнилось развитием кровотечения и анемии, у 5,5% пациентов наблюдались бронхолегочные осложнения протекающие как хронический бронхит или бронхиальная астма, в 5% отмечены неврологические нарушения. Важнейшей особенностью ГПОД сочетающихся с заболеваниями органов брюшной полости является бессимптомное течение, отмеченное в наших наблюдениях у 9,5% больных.

Частота и степень клинических проявлений заболевания в зависимости от комбинации сочетанной патологии была неодинаковой. При

сочетании с ГПОД язвенной болезни (I группа), отмеченном в 67 наблюдениях преобладали мужчины (88,1%) наиболее трудоспособного возраста. Средний возраст группы составил 35,6 лет. Язва чаще локализовалась в двенадцатиперстной кишке, чем в желудке, что связано с высокой пептической активностью желудочного сока у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Клиническое течение комбинаций ГПОД с гастродуоденальными язвами характеризовалось выраженными клиническими проявлениями. Больные жаловались на боли в верхней половине живота, почти постоянно наблюдались изжога, отрыжка, рвота. Совместное течение двух заболеваний приводит к взаимоотношению и развитию осложнений. У 25,4% пациентов этой группы течение заболевания осложнилось кровотечением, у 4,5% отмечены бронхо-легочные осложнения. Бессимптомное течение наблюдалось лишь в I случае (1,5%).

Сочетание ГПОД и хронического холецистита (2 группа) выявлено в 53 наблюдениях. Если комбинация ГПОД с язвенной болезнью наблюдалась у лиц молодого и среднего возраста, то в группе больных ГПОД с сопутствующим холециститом преобладали пожилые. Более половины пациентов данной группы были старше 50 лет, а средний возраст составил 54,8 лет. Характерной особенностью указанного сочетания является превалирование женщин (81,1%), что объясняется особенностями женского организма, связанными с детородными функциями. Клиническая картина сочетания ГПОД с холециститом характеризовалась как проявлениями hiatusных грыж, так и наличием жалоб связанных с холециститом. Наиболее часто боли локализовались в правом подреберье (52,8%), в области сердца (30,2%). В отличие от комбинаций ГПОД с язвенной болезнью значительно реже наблюдалась изжога. Ни разу не отмечены геморрагические осложнения. Особенностью клинической картины сочетаний ГПОД и хронического холецистита является стертое, атипичное или бессимптомное

течение заболевания, отмеченное в 18,9% наших наблюдений.

Сочетания ГПОД с абдоминальной патологией, отличной от язвенной болезни и холецистита (3 группа) выявлены в 28 наблюдениях. Наиболее часто отмечены комбинации ГПОД с заболеваниями поджелудочной железы, кишечника, грыжами брюшной стенки. Клиническая картина при этом отличалась большим полиморфизмом и разнообразием жалоб и обуславливалась взаимоотношающим течением сочетанных заболеваний. Из комбинации ГПОД с абдоминальной патологией пожалуй лишь выявление грыж брюшной стенки не представляет значительных затруднений при объективном обследовании, в то время как в диагностике большинства заболеваний внутренних органов решающее значение придается инструментальным методам.

Обследование больных ГПОД начинали с наиболее доступного и эффективного метода, каким является рентгеноскопия. Достоверные признаки хиатусных грыж (расположение части желудка в заднем средостении, наличие желудочно-пищеводного рефлюкса) выявлены в 71%. У 42% больных рентгенологически выявлены признаки грубых морфологических изменений в пищеводе. В 14% случаев отмечены функциональные нарушения тонуса и перистальтики пищевода. В 2 случаях была диагностирована параэзофагеальная грыжа, для которой рентгенологическое исследование является единственно информативным методом диагностики. В остальных случаях хиатусные грыжи были скользящего типа. В тоже время у 28 пациентов с отчетливой клинической картиной ГПОД при рутинном рентгенологическом исследовании каких-либо изменений области кардии выявлено не было. Существенно улучшить результаты диагностики ГПОД позволяет предложенный способ тракционной рентгенобаллонографии, который повысил достоверность рентгенологического метода до 94%. Методика не требует дорогостоящей аппаратуры и может выполняться амбулаторно. При этом одновременно могут быть получены све-

дения о состоянии органов грудной клетки и брюшной полости. В наших наблюдениях сопутствующая абдоминальная патология выявлена рентгенологически в 66% случаев.

Исчерпывающую информацию о морфо-функциональном состоянии пищеводно-желудочного перехода дает фиброэндоскопия. ГПОД диагностированы эндоскопически у 164 пациентов (82%). Рефлюкс-эзофагит, обусловленный недостаточностью пищеводно-желудочного перехода наблюдался в 144 случаях (72%). В соответствии с классификацией А.Ф.Черноусова (1973), легкая степень эзофагита отмечена в 116 наблюдениях, средняя - в 24, тяжелая в 4 случаях. Наиболее часто рефлюкс-эзофагит, обусловленный ГПОД отмечался у больных с язвенной болезнью и холециститом. На их долю приходится 66,7% осложненных форм эзофагита, причем указанным сочетаниям свойственны наиболее выраженные морфологические изменения пищевода. Сопутствующие хиатусным грыжам заболевания пищеварительного тракта при ФЭГДС выявлены в 86 случаях (43%). Отмечена особая ценность метода в выявлении комбинации ГПОД с язвенной болезнью. У 2 больных именно при ФЭГДС удалось обнаружить сопутствующие ГПОД "немые" язвы желудка, которые не были выявлены при рентгенологическом исследовании.

Исследование кислотопродуцирующей функции желудка проводилось методом pH-метрии. При этом гиперацидный тип желудочной секреции выявлен в 82 случаях (41%), из них в 56,1% с декомпенсацией ощелачивающей функции антральной зоны. Нормоцидное состояние отмечено в 22% случаев, гипо- и анацидное состояние секреции в 37%. У большинства пациентов с непрерывным кислотообразованием повышенной интенсивности была язвенная болезнь (57,3%). В группе больных, перенесших операции на органах брюшной полости чаще отмечались низкие показатели желудочной секреции. Желудочно-пищеводный рефлюкс выявлен в 150 случаях (75%). Наши данные подтверж-

дают связь между высокой кислотностью желудочного сока и выраженностью рефлюкса и эзофагита. У 57% больных с осложненными формами эзофагита, в том числе у всех пациентов с рефлюкс-эзофагитом тяжелой степени отмечен гиперацидный тип секреции. В тоже время рефлюкс-эзофагит может развиваться у лиц с нормальной и пониженной кислотностью.

Особое значение в выявлении изменений функции пищеводно-желудочного перехода имеет эзофагоманометрия. Внутриволокнистое давление, измеряемое методом "открытых катетеров" регистрировалось специально сконструированным нами полостным пневмотензиографом. Эзофагоманометрические признаки ГПОД выявлены у 182 больных (91%). Нарушения барьерной функции кардии отмечено у 176 пациентов (88%), из них в 42 наблюдениях определялась изолированная клапанная недостаточность, а в остальных 134 случаях - нарушение обоих компонентов антирефлюксного механизма. Признаки желудочного рефлюкса наряду с грубыми вторичными и третичными сокращениями, характерными для морфологических изменений выявлены в 73%. Функциональные расстройства, проявляющиеся в усилении моторики пищевода наблюдались в 27%. Являясь высокоинформативным методом диагностики скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагоманометрия позволяет объективно оценить тонус кардиального сфинктера и определить заболевание пищеводно-желудочного перехода в функциональной стадии. Существенным недостатком ее является малая информативность в оценке сопутствующей абдоминальной патологии.)

Применение УЗИ у пациентов с hiatusными грыжами позволило в 40 случаях выявить холелитиаз, в 18 - хронический панкреатит, в 22 другую сопутствующую абдоминальную патологию. Достоинством метода является высокая информативность и неинвазивность.

Сравнение результатов диагностических исследований подтверж-

дает ведущую роль рентгеноскопии и манометрии в выявлении ГПОД. Желудочно-пищеводный рефлюкс имеет выраженные клинические проявления и лучше всего диагностируется при pH-метрии. Являясь высокоинформативным методом диагностики хиатусных грыж и их осложнений, ФЭГДС позволяет оценить степень морфологических изменений. В отличие от других методов эзофагоманометрия позволяет диагностировать заболевания пищеводно-желудочного перехода в функциональной стадии. Рентгеноскопия и фиброэндоскопия позволяют выявить патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а УЗИ - заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы, сочетания которых с ГПОД этиопатогенетически обусловлены и широко распространены. Данные наших наблюдений свидетельствуют о различной диагностической ценности этих методов, ни один из них не является конкурирующим, а только дополняющим друг друга. Отдельное применение каждого из этих методов не позволяет в полном объеме установить топiku и степень тяжести патологического процесса, только комплексное их применение позволяет установить правильный диагноз у всех пациентов. Важнейшим результатом комплексного применения наиболее информативных методов исследования в системе диагностических мероприятий при ГПОД с сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости явилось значительное сокращение сроков обследования больных с сочетанной патологией до двух-трех дней, в течение которых устанавливался правильный диагноз и определялась тактика лечения.

Изучение результатов клинико-инструментального обследования 52 пациентов с ГПОД, в прошлом перенесших операции на органах верхнего этажа брюшной полости (4 группа), показало, что неустранимая во время вмешательства хиатусная грыжа нивелирует результаты хирургического лечения. Оценивая динамику показателей морфо-функционального состояния кардии с высокой степенью досто-

верности отмечено, что абдоминальные операции провоцируют нарушения функции пищеводно-желудочного перехода. Если до операции грубые морфологические изменения у большинства больных отсутствовали, то после хирургического вмешательства у 23 отмечался эзофагит, в том числе у 8 средней тяжести, а у 1 тяжелый. Сделан вывод, что ограничения показаний к одномоментной коррекции кардии во время абдоминальных операций, основанные на отсутствии морфологических изменений не всегда оправданы. При подтверждении данными современных инструментальных исследований (рентгеноскопия, эзофагоманометрия, pH-метрия, фиброэндоскопия) несостоятельности антирефлюксного механизма кардии у больных даже с неосложненными формами хиатусных грыж сочетающихся с другой абдоминальной патологией показано оперативное вмешательство. Пациенты, подготовленные к плановому хирургическому лечению заболеваний органов верхнего этажа брюшной полости должны быть обследованы на наличие ГПОД и показания для симультанных операций должны быть оговорены заранее, поскольку от этого зависит выбор хирургического доступа.

Срединный доступ является оптимальным при сочетанных операциях, он позволяет осуществить полноценную ревизию органов брюшной полости и выполнить хирургическое вмешательство практически любого объема.

Традиционные осмотры и пальпация обычно мало информативны в интраоперационной диагностике ГПОД. Нами предложен способ, позволяющий объективно оценить размеры пищеводного отверстия диафрагмы, на основании чего определялся выбор оптимальной методики хирургической операции. Применение способа у 70 пациентов с расширением пищеводного отверстия диафрагмы от 3,5 до 8 см позволило осуществить дозированную крурорафию и тем самым избежать послеоперационных осложнений, связанных с чрезмерным сужением пищеводного отверстия.

Одномоментная хирургическая коррекция ГПОД и сопутствующей абдоминальной патологии была выполнена 110 больным. Очередность выполнения операции решалась исходя из принципов асептики. Первым этапом обычно выполнялась коррекция ГПОД. Предпочтение отдавалось фундопликации по Ниссену, которая в различных модификациях выполнена в 82 случаях. Эзофагофундорафию выполнили 28 раз при снижении клапанной но относительно сохраненной жомной функции кардии. Каких-либо интраоперационных осложнений, связанных с коррекцией ГПОД не отмечено.

После устранения хиатусной грыжи приступали к вмешательству на органах брюшной полости. У больных с сопутствующей ГПОД язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки операцией выбора считали СПВ, которая выполнена 28 раз, из которых в 6 случаях с дополнением дренирующей желудок операцией (4 раза пилоропластикой по Микуличу, 2 раза гастродуоденостомией по Джабулеу). В 18 случаях произведена резекция желудка (10 раз по Бильрот I, 8 раз по Бильрот 2). При патологии желчных путей холецистэктомия выполнена у 42 пациентов. В 16 наблюдениях выполнена холедохолитотомия с временным дренированием холедоха, а в 2 случаях с наложением холедоходуоденоанастомоза. Из других оперативных вмешательств, выполненных симультанно при коррекции ГПОД, наиболее часто отмечались грыжесечения по поводу грыж брюшной стенки - 10, удаление опухолей - 5, рассечение спаек - 4, дважды выполнена клиновидная резекция печени, 1 раз гемиколэктомия. Следует отметить, что одномоментное проведение более одной операции требует от хирурга большого опыта, идеальной ориентации в брюшной полости и соблюдения целого ряда технических и тактических требований. В каждом конкретном примере приходится поступать строго индивидуально.

Результаты сочетанных операций изучены у всех больных в ближайшие и у 75 в отдаленные сроки после хирургического вмешательства.

В наших наблюдениях летальных исходов не было. У 98 пациентов в ближайшем послеоперационном периоде исчезли все основные проявления заболевания и они выписались с выздоровлением на 8-10 суток после операции. Проведенные перед выпиской больных из клиники рентгенологические и манометрические исследования показали, что у этих пациентов полностью восстановлен запирающий механизм кардии. В 3 случаях отмечена дисфагия, у 2 - болевой синдром и у 2 "синдром вздутия газами". Эти явления носили преходящий характер и исчезли самостоятельно в сроки от 2 недель до 3 месяцев после операции. Соблюдение режима, диетотерапия, назначение лекарственных препаратов ускоряет этот процесс. У 3 пациентов отмечены осложнения, связанные с сочетанным вмешательством на желудке и желчных путях, которые были купированы консервативным лечением. Общехирургические осложнения были нечасты и не представляли больших проблем. Оценку отдаленных результатов проводили на основании данных клиники, рентгенэндоскопического, pH-метрического и манометрического исследования больных. Хорошие результаты получены у 72% пациентов, все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в приеме медикаментов. Группу с удовлетворительными результатами составили 26,7% больных, которые отмечали улучшение состояния, но у которых оставались или возникали после операции те или иные нарушения, подтвержденные объективными методами исследования. Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную операцией. Неудовлетворительный результат отмечен у 1 больного (1,3%), у которого операция не принесла существенного улучшения самочувствия, сохранились симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса на фоне обострения хронического панкреатита, по поводу чего больной нуждался в стационарном или постоянном амбулаторном лечении.

Широкое применение сочетанных операций является одним из способов интенсификации хирургического лечения больных, при этом обеспечивается выраженный социально-экономический эффект. Общая сумма предотвращенного экономического ущерба, полученная от симультанных операций у 110 больных с ГПОД имеющих сопутствующую абдоминальную патологию составила 111708,96 руб.

ВЫВОДЫ

1. Сочетания грыж пищеводного отверстия диафрагмы с заболеваниями органов брюшной полости широко распространены, наиболее часто встречаются комбинации хиатусных грыж с гастродуоденальными язвами, холециститом (60% наблюдений от общего числа больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы).

2. Клиническая картина при сочетании грыж пищеводного отверстия диафрагмы с заболеваниями пищеварительного тракта сложна, поэтому диагностика указанной патологии должна основываться на данных комплексного инструментального обследования, включающего рентгеноскопию, фиброэндоскопию, манометрию, pH-метрию, ультразвуковое исследование.

3. При наличии хирургического заболевания органов брюшной полости и сопутствующей параэзофагеальной грыжи или скользящей хиатусной грыжи с несостоятельностью антирефлюксного механизма, подтвержденной результатами инструментальных исследований, показано выполнение симультанных операций.

4. При наличии требующей хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, комбинированной с холециститом, показаны фундопликации и холецистэктомия. При сочетании грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки операцией выбора является селективная проксимальная ваготомия и фундопликация, при сочетании хиатусной грыжи и язвенной болезни желудка — фундопликация и резекция желудка. При расширении пищеводного отверстия диафрагмы антирефлюксное вмешательство целесообразно дополнять диафрагмокрурорафией.

5. Обоснованные сочетанные хирургические вмешательства являются перспективным направлением абдоминальной хирургии и обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больных, предъявляющих жалобы на неопределенные боли в верхней половине живота, диспепсию, возникающие в горизонтальном положении тела, при физической нагрузке или после приема пищи, необходимо обследовать на наличие ГПОД.

2. Предложенный способ тракционной рентгенобаллонографии при тщательном соблюдении всех методических указаний обеспечивает достоверную диагностику ГПОД в 94% случаев. Учитывая то, что методика проста, не требует дорогостоящей аппаратуры ее можно выполнять в амбулаторных условиях.

3. Комплексное обследование больных с сочетанной абдоминальной патологией целесообразно начинать с УЗИ, затем проводить рентгенэндоскопию, и завершать pH-метрией и эзофагоманометрией - методами, позволяющими целенаправленно охарактеризовать состояние пищеводно-желудочного перехода.

4. Показания к сочетанным операциям и предположительный объем их должны оговариваться заранее, поскольку от этого зависит выбор хирургического доступа.

5. Сочетанные операции целесообразно выполнять из верхнего срединного лапаротомного доступа. Из соображений асептики вмешательства следует начинать с коррекции хиатусной грыжи.

6. При операциях на кардии использование зонда с раздувной манжеткой позволяет точно измерить пищеводное отверстие диафрагмы, облегчает фиксацию желудка при мобилизации его и выделении блуждающих нервов, облегчает формирование фундопликационной манжеты и позволяет по показаниям осуществить дозированную крурорафию и тем самым избежать послеоперационных осложнений, связанных с чрезмерным сужением пищеводного отверстия.

7. При формировании фундопликационной манжеты необходимо фиксировать ее к пищеводу, что позволяет избежать таких осложне-

ний как соскальзывание манжеты, рецидив рефлюкс-эзофагита.

8. С целью создания оптимальных условий для скорейшего выздоровления больных, ведение их в послеоперационном периоде предусматривает соблюдение гигиенического режима с ограничением физических нагрузок, диетотерапию, назначение лекарственных препаратов и физиопроцедур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Р.Б. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и хронический холецистит: Дис. ... канд.мед.наук.-М.,1984.-222с.
2. Агте В.С., Могилевский Ю.Т. Солярно-гипоталамический синдром при диафрагмальных грыжах. //Врачебное дело.-1978.-№ II.-С.46-49.
3. Азаров П.И. Диагностика и оперативное лечение недостаточности замыкательной функции кардии: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-Д.-1988.-20с.
4. Алексеенко А.В., Сеньотович Р.В., Столяр В.Ф. и др. Операция А.А.Шалимова при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. //Клиническая хирургия.-1988.-№ 10.-С.45-46.
5. Алиев М.А., Кашкин К.А., Дарменов Д.К. и др. Диагностика и лечение рефлюкс-эзофагита при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. //Рефлюкс-эзофагит.-М.,1986.-С.62-63.
6. Амбалов Р.А. Диагностика и лечение рефлюкс-эзофагита: Дис. ... канд.мед.наук.-Рига, 1981.-230с.
7. Андрианов В.А., Степанкин С.Н., Авакян-Р.Б. и др. Рефлюкс-эзофагит у больных с хроническим холециститом. //Рефлюкс-эзофагит.-.,1986.-С.81-83.
8. Араблинский В.М. Клинико-рентгенологическая диагностика недостаточности кардии после резекции дистальных отделов желудка. //Клиническая медицина.-1971.-№ 3.-С.50-52.
9. Баиров Г.А., Ярашев Г.Я., Немилова Т.Ж. и др. Отдаленные результаты оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы у детей. //Вестник хирургии.-1984.-№ 10.-С.95-97.
10. Балтыныш М.Г. О респираторных проявлениях грыж пищеводного отверстия диафрагмы и желудочно-пищеводного рефлюкса. //Современные аспекты практической гастроэнтерологии.-Рига,1986.-С.76-81.

11. Бараков В.Я. Возрастная, хирургическая и функциональная анатомия диафрагмы и вопросы патогенеза ее грыж: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. -Ташкент, 1968.-200с.
12. Барон Дж.Х., Муди Ф.Г. Гастроэнтерология. -М., 1988. -Т. I. -304с.
13. Баулин С.С. Взаимообусловленность холецистита и грыж пищевода и отверстия диафрагмы. //Актуальные вопросы диагностики и лечения холецистита и панкреатита. -Рязань, 1987. -Т. 93. -С. 51-55.
14. Бектаева Р.Р. Отдаленные результаты консервативного лечения поражений пищевода при грыжах пищевода и отверстия диафрагмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -М., 1980. -20с.
15. Березов Ю.Е., Ермолов А.С., Варшавский Ю.В. Некоторые аспекты хирургического лечения грыж пищевода и отверстия диафрагмы. //Хирургическое и комбинированное лечение заболеваний пищевода и желудка. -Томск, 1973. -С. 38-40.
16. Буянов В.М., Ковалев А.И., Анахасян В.Р. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки осложненная рефлюкс-эзофагитом. //Рефлюкс-эзофагит. -М., 1986. -С. 66-68.
17. Вагнер Е.А., Лишке А.А., Фирсов В.Д. и др. Диагностика и лечение хирургических заболеваний диафрагмы. //Хирургия. -1984. -№ 10. -С. 69-74.
18. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Мавчун А.А. и др. Грыжа пищевода и отверстия диафрагмы и хронический холецистит. //Хирургия. -1985. -№ 2. -С. 40-45.
19. Ванштейн Г.И. О синдроме Сента. //Клиническая медицина. -1965. -№ 7. -С. 146-149.
20. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Грыжа пищевода и отверстия диафрагмы. -М., 1978. -224с.
21. Васильев Ю.В. О диагностике грыж пищевода и отверстия диафрагмы. //Клиническая медицина. -1971. -№ 11. -С. 69-71.

22. Воронов А.А., Азаров П.И. Сердечно-сосудистые расстройства при нарушении замыкательной функции кардии. //Хирургия.-1987.- № 11.-С.40-43.
23. Витебский Я.Д., Суетин Г.Н. Вопросы диагностики вторичного рефлюкс-эзофагита. //Рефлюкс-эзофагит.-М.,1986.-С.14-16.
24. Галинаускас И., Маркяляне В. Сопутствующая патология грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Гастроэнтерология.-Вильнюс.-1978.-С.453-454.
25. Гвоздев М.П. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.-Л.,1972.-23с.
26. Гвоздев М.П. Легочные осложнения у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. //Вестник хирургии.-1971.-№ 4.-С. 54-56.
27. Геллер Л.И., Геллер А.Л., Петренко В.Ф. Желудочно-пищеводный рефлюкс. //Советская медицина.-1983.-№ 12.-С.64-68.
28. Гилевич Ю.С., Будилин И.С. К диагностике и выбору способа лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Клиническая хирургия.-1970.-№ 4.-С.76-80.
29. Глазов А.В., Синев Ю.В., Керин В.В. и др. Диагностика и эндоскопическое лечение рефлюкс-эзофагита. //Хирургия.-1989.-№ 4.-С.35-41.
30. Гомозова Л.Р. Отдаленные результаты хирургического лечения рефлюкс-эзофагита: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.-М.,1976.-18с.
31. Горбашко А.И., Шульгин В.Л. Комплексное рентгенэндоскопическое исследование в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы и функциональной недостаточности кардии. //Вестник хирургии.-1987.-№ 8.-С.141-144.
32. Горбашко А.И., Иванов М.Н. Эвакуаторная функция желудка у больных с пилородуоденальными язвами после селективно-проксимальной ваготомии. //Вестник хирургии.-1988.-№ 8.-С.21-22.

33. Гребенев А.Л., Сальман М.М., Степенко А.С. и др.
Изучение механизма замыкания кардии эзофаготометрическим и
рентгенкинематографическим методом. //Клиническая медицина.-
-1971.-№ 7.-С.86-92.
34. Греджев А.Ф., Каменецкий М.С., Колкин Я.Г. и др.
Рентгенэндоскопическая характеристика грыж пищеводного отверстия
диафрагмы. //Врачебное дело.-1980.-№ 7.-С.51-54.
35. Греджев А.Ф., Каменецкий М.С., Сидорова М.С. и др.
Рентгендиагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Вра-
чебное дело.-1986.-№ 12.-С.55-58.
36. Григорьев П.Я., Грищенко И.И., Яковенко Э.П. Язвенная
болезнь с сопутствующим рефлюкс-эзофагитом и ее лечение.
//Советская медицина.-1981.-№ 8.-С.30-31.
37. Григорьев К., Кочев К. К вопросу о клинике и диагностике
диафрагмальной грыжи. //Вестник рентгенологии и радиологии.-1981.-
-№ 3.-С.70-71.
38. Грищенко И.И. Особенности клинико-эндоскопических и не-
которых морфологических проявлений при язвенной болезни с сопут-
ствующим рефлюкс-эзофагитом: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-
-М., 1981.-18с.
39. Грязнов В.Н., Кошелев П.И., Филиппова Л.А. и др.
Морфофункциональные предпосылки возникновения рефлюкс-эзофагита.
//Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.17-19.
40. Гуца А.П., Подъяблонская И.А., Некрасов А.В. и др.
Сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с холециститом.
//Хирургия.-1986.-№ 5.-С.32-34.
41. Данилов М.В., Вишневский В.А., Котовский А.Е. и др.
Лечение больных желчно-каменной болезнью в хронической стадии
заболевания. //Хирургия.-1988.-№ 9.-С.54-59.
42. Двали Л.Г. Диафрагмопластика и хирургическое лечение

диафрагмальных грыж: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-Тбилиси, 1984.-20с.

43. Дибичева Г.В. Изменения внутренних органов и систем при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук.-М., 1976.-21с.

44. Долецкий С.Я. Диафрагмальные грыжи у детей: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук.-М., 1960.

45. Доценко Б.М., Гальперин М.Л., Мартыненко А.П. Диагностика и лечение рефлюкс-эзофагита и сочетанной с ним патологии. //Рефлюкс-эзофагит.-М.,-1986.-С.19-21.

46. Дуарте П.Г. О лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //XXIV-ый конгресс международного общества хирургов.-М., 1971.-Т 2.-с.137-141.

47. Евтушенко В.П. Состояние пищевода и кардиального сфинктера у больных с хроническим холециститом. //Врачебное дело.-1983.-№ 3.-С.8-10.

48. Земляной А.Г., Крылов А.А., Бугаев А.И. О сочетании желчнокаменной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Желчнокаменная болезнь.-Душамбе, 1981.-С.177-179.

49. Земсков В.С., Радзиковский А.П., Бобров О.Е. Причины, диагностика и лечение постхолецистэктомического синдрома. //Вестник хирургии.-1986.-№ 12.-С.30-33.

50. Ильинич В.К., Решетников Е.А., Баташова В.П. и др. Значение хронического холецистита и нарушений кислотообразующей функции желудка в развитии рефлюкс-эзофагита. //Врачебное дело.-1989.- № 1.-С.83-85.

51. Иорданская Н.И., Степанов Н.И., Орлов В.П. и др. Послеоперационные рефлюкс-эзофагиты и рефлюкс-гастриты. //Клиническая медицина.-1978.-№ 3.-С.55-58.

52. Иоф И.М., Абдурахманова Б.А., Мамедова Ш.С. и др.

К вопросу о сочетании грыж пищеводного отверстия диафрагмы с некоторыми заболеваниями внутренних органов. //Сб.научн.трудов НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии МЗ.Аз.ССР.,-Баку,1979.- Т.12.-С.56-63.

53. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Мостовая С.С. и др. Комплексный подход к выявлению недостаточности кардии у детей. //Клиническая хирургия.-1985.-№ 6.-С.1-4.

54. Каган Е.М. Рентгендиагностика заболеваний пищевода.-М.,-1968.-227с.

55. Калло П.П. Связь изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода с функцией кардии, кислотностью желудочного сока и основными болезнями желудка: Дис. ... канд.мед.наук.,Тарту, 1981.-180с.

56. Каншин Н.Н. Клапанная гастропликация при коротком пищеводе II степени. //Хирургия.-1969.-№ 12.-С.55-58.

57. Ковалев А.И., Анахасян В.Р. Рефлюкс-эзофагит как осложнение операций на желудке. //Рефлюкс-эзофагит.-М.,1986.-С.99-101.

58. Кузнецов В.Г., Лебединский Ю.Д., Казацкая Г.И. и др. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря, желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с недостаточностью пищеводно-желудочного перехода. //Актуальные вопросы заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы.-Днепропетровск,1979.-С.104-105.

59. Лагода А.Е. Недостаточность физиологической кардии и ее лечение у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением: Дис. ... канд.мед.наук.-Харьков, 1985.-186с.

60. Лебедева О.Д. Внутрижелудочная pH-метрия у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. //Советская медицина.- 1979.-№ 2.-С.41-44.

61. Лемешко З.А. Об ультразвуковом исследовании желудка. //Клиническая медицина.-1987.-№ 6.-С.67-71.

62. Логинов А.С., Васильев Ю.В., Фирсова Л.Д. и др. Методика объективной оценки состояния слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите. //Архив.патологии.-1981.-№ 12.-С.65-68.
63. Логинов А.С. Рефлюкс-эзофагит при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.-М.,1984.-12с.
64. Лорие Н.В., Радбиль О.С. Желудочно-пищеводный рефлюкс. //Советская медицина.-1984.-№ 6.-С.54-58.
65. Лукашевич В.Д. Липидный состав желчи у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. //Здравоохранение Белоруссии.-1983.-№ 3.-С.38-41.
66. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Карелина Е.А. и др. Ошибки диагностики стенозирующего рефлюкс-эзофагита при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.103-104.
67. Майкова Т.В., Кузнецов В.Г., Гругло Ю.В. Функция и структура пищеводно-желудочного перехода при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. //Клиническая медицина.-1981.-№ 4.-С.81-85.
68. Майкова Т.В. Структурные особенности верхних отделов пищеварительного канала при желудочно-пищеводном рефлюксе. //Гастроэнтерология.-Киев, 1982.-Вып.14.-С.13-15.
69. Майстренко Н.А. Рефлюкс-эзофагит в отдаленные сроки после ваготомии при дуоденальной язве. //Вестник хирургии.-1988.-№ 9.-С.11-12.
70. Макаров А.А. Рентгендиагностика малых грыж пищеводного отверстия диафрагмы и состояние пищеводно-кардиального отдела после фундопликации: Автореф. Дис. ...канд.мед.наук.-М.,1973.-21с.
71. Максумов Д.Н., Ходишметов А.К. Диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы, желудочно-пищеводного рефлюкса и рефлюкс-эзофагита. //Клиническая медицина.-1972.-№ 11.-С.31-35.
72. Малхсян В.А. Антирефлюксная пластика кардии. //Рефлюкс-эзофагит.-М.,1986.-С.38-39.

73. Маневич Л.В. О выборе операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и недостаточности кардии. // Хирургия.-1983.-№ 8.-С.8-11.

74. Марфин В.И., Бачурина И.Г. Результаты селективной ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с нарушением функции кардии. //Вестник хирургии.-1985.-№ 10.-С.25-26.

75. Маслов В.Г. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Клиническая хирургия.-1984.-№ 10.-С.19-21.

76. Маслов В.Г. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита: Дис. ... канд.мед.наук - Новосибирск, 1986.-127с.

77. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Климинский И.В. и др. Ионметрическое исследование пищеводно-желудочного перехода. //Хирургия.-1976.-№ 7.-С.53-59.

78. Мелашенко Г.И., Денисюк В.И., Ковальская Е.А. Состояние кровообращения при грыже пищеводного отверстия диафрагмы.//Врачебное дело.-1987.-№ 3.-С.69-72.

79. Милонов О.Б., Ванцян Э.Н. О сочетанных операциях на желчных путях и желудке. //Хирургия.-1971.-№ 5.-С.75-80.

80. Милонов О.Б., Абдулаев А.А. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения холецистита и их профилактика. //Хирургия.-1977.-№ 11.-С.126-130.

81. Милонов О.Б., Черноусов А.Ф., Авакян Р.Б. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии. //Хирургия.-1982.-№ 12.-С.87-90.

82. Михайлова Ю.Н., Чурляева Е.В. Врачебно-трудовая экспертиза при грыжах пищеводного отверстия. //Достижения науки - в практику здравоохранения.-Новокузнецк, 1986.-С.52-53.

83. Монахов Б.В. Способ ранней диагностики недостаточности кардии. //Здравоохранение Казахстана.-1974.-№ 4.-С.67-69.

84. Мышкин К.И., Толстокоров А.С., Максимов В.Ю. Сочетанные операции при гастродуоденальных язвах. //Хирургия.-1989.-№ 4.-С. 3-6

85. Мясоедов С.Д., Фурманенко Е.Д., Репаловский И.В. Значение радионуклидных методов исследования в диагностике рефлюкс-эзофагита. //Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.23-24.
86. Нечаев С.И., Чагин Г.Н., Буравлев А.В. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. //Физиология и патология органов пищеварения.-Новосибирск, 1986.-С.55-57.
87. Нихинсон Р.А., Мудрова Л.А. Антирефлюксные операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Современные методы применения клапанных анастомозов в гастроэнтерологии.-Курган, 1986.-С.-30-31.
88. Палтанавичюс К.И. Рентгенологическое исследование при недостаточности пищеводно-желудочного перехода: Дис. ... канд.мед. наук.-М., 1973.-160с.
89. Палтанавичюс К.И. Недостаточность пищеводно-желудочного перехода у больных после резекции желудка. //Хирургия.-1978.-№ 3.-С.15-16.
90. Панцирев Ю.М., Гринберг С.А., Чернякевич С.А. Методы исследования моторной функции желудка в хирургической клинике.-М., 1974.
91. Петровский Б.В. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Хирургия.-1962.-№ II.-С.3-8.
92. Петровский Б.В., Каншин Н.М., Николаев Н.О. Хирургия диафрагмы.-М., 1966.-336с.
93. Петровский Б.В. Проблема рефлюкс-эзофагита в хирургии. //Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.3-8.
94. Положенкова Л.А. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в терапевтической клинике: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-М., 1973.-20с.
95. Положенкова Л.А., Смаков С.Н. О сочетании грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с хроническим холециститом. //Советская

медицина.-1978.-№ 2.-С.139-141.

96. Полоус Ю.М., Жидловский В.А. Желудочно-пищеводный реф -
люкс при хирургическом лечении язвенной болезни. //Клиническая
хирургия.-1988.-№ 8.-С.21-23.

97. Полянцев А.А. Рефлюкс-эзофагит и язвенная болезнь двенад-
цатиперстной кишки: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-М.,1981.

98. Помелов В.С., Сальман М.М., Булгаков Р.А. и др. Влияние
селективной проксимальной ваготомии на функцию физиологической
кардии. //Хирургия.-1984.-№ 9.-С.25-31.

99. Портной Л.М., Рослов А.Л., Преображенская О.Б. и др.
Ультразвуковое исследование в диагностике заболеваний органов
брюшной полости. //Хирургия.-1988.- № 11.-С.77-81.

100. Постолов П.М., Зюбина Е.И. Рефлюкс-гастрит у больных
с постхолецистэктомическим синдромом. //Хирургия.-1988.-№ 9.-
-С.40-44.

101. Поташев Л.В., Седов В.М., Нурмаков А.Ж. Социально-эконо-
мические аспекты сочетанных операций при желчнокаменной болезни.
//Советская медицина.-1989.-№ 2.-С.43-45.

102. Ризаев М.Н., Худайбергенов А.М., Осоев А.Н. Рентген-
диагностика диафрагмальных грыж. //Медицинский журнал Узбекиста-
на.-1988.-№ 8.-С.71-76.

103. Сахаутдинов В.Г., Ганцев Ш.Х. Лечение сочетанных заболе-
ваний органов брюшной полости. //Хирургия.-1989.- № 4.-С.80-83.

104. Скотников В.И. О некоторых рентгенологических симпто -
мах грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. //Вестник рентгеноло-
гии и радиологии.-1986.- № 5.-С.15-18.

105. Степенко А.С. Рефлюкс-эзофагит Клиника, диагностика и
консервативное лечение: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-М.,1971.-
-20с.

106. Стрельников В.Е., Щедрин Д.Л., Новиков С.П. и др. Грыжи

пищеводного отверстия в сочетании с желудочно-кишечными заболеваниями. //Клиническая медицина.-1985.-№ 2.-С.88-91.

107. Тагер И.Л., Липко А.А. Клинико-рентгенологическая диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы.-Ташкент, 1965.-224с.

108. Тамулявичюте Д.И., Витенас А.М. Болезни пищевода и кардии.-М., 1986.-224с.

109. Уткин В.В., Апинис В.К. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.-Рига, 1976.-224с.

110. Уткин В.В., Амбалов Г.А., Апинис В.К. Рефлюкс-эзофагит и принципы его диагностики. //Советская медицина.-1983.-№ 3.-С. 94-97.

111. Уткин В.В., Демченко Ю.М., Амбалов Г.А. и др. Хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. //Вестник хирургии.-1983.-№ 6.-С.30-33.

112. Уткин В.В., Амбалов Г.А., Демченко Ю.М. Опасности и осложнения фундопликации по Ниссену. //Хирургия.-1986.-№ 3.-С.88-91.

113. Фирсов Е.Ф., Власова Л.В. О деформациях желудка при аксиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. //Деп. в ВНИИМИ.-№ Д-11776-86.-1986.-8с.

114. Фирсова Л.Д. Рефлюкс-эзофагит при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Дис. ... канд.мед.наук.-М., 1986.-86с.

115. Филлер А.А., Немировская Е.А. Одномоментная комплексная лабораторная диагностика желудочно-пищеводного рефлюкса. //Лабораторное дело.-1985.-№ 11.-С.659-662.

116. Харитонов Л.Г. Послеоперационный рефлюкс-эзофагит и его осложнения. //Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.109-111.

117. Худайбергенов А.М., Гурсева Х.Ф. К оценке современных методов пластики диафрагмы при грыже пищеводного отверстия. //Хирургия.-1983.-№ 7.-С.127-132.

118. Худайбергенов А.М., Хаджибаев А.М. Патогенетически обоснованные сочетанные операции при грыже пищеводного отверстия диаф-

рагмы. //Здравоохранение Узбекистана.-1987.-№ 10.-С.4-7.

119. Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М., Полянцев А.А. и др. Диагностика рефлюкс-эзофагита. //Советская медицина.-1981.-№6.-С.91-94.

120. Черноусов А.Ф., Полянцев А.А., Ануфриев А.М. и др. Сочетание скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы с гастродуоденальными язвами. //Хирургия.-1981.-№ 6.-С.59-64.

121. Черноусов А.Ф., Корчак А.М., Степанкин С.Н. и др. Повторные операции после фундопликации по Ниссену. //Хирургия.-1985.-№ 8.-С.5-10.

122. Черноусов А.Ф., Рижко В.В., Богопольский П.М. и др. Сочетанное хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и рефлюкс-эзофагита. //Вестник хирургии.-1989.- № 3.-С. 34-37.

123. Чернявский А.А., Черноусов А.Ф., Зубеев П.С. Профилактика рефлюкс-эзофагита при селективно-проксимальной ваготомии. //Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.75-77.

124. Чернякевич С.А., Бабкова И.В. Диагностика и хирургическая коррекция рефлюкс-эзофагита при язвенной болезни. //Рефлюкс-эзофагит.-М.-1986.-С.77-78.

125. Чиссов В.И., Юдин А.А., Прокофьева Л.С. О рефлюкс-эзофагите и его лечении: //Клиническая медицина.-1969.-№ 8.С.98-104.

126. Чиссов В.И., Каншин Н.Н. Эзофагоманометрия в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Советская медицина.-1970.-№ 4.-С.58-65.

127. Шалимов А.А., Пугачев А.Д., Гаер Я.В. и др. Лечение рефлюкс-эзофагита. //Клиническая хирургия.-1983.-№ 10.-С.16-19.

128. Шалимов А.А. Диагностика рефлюкс-эзофагита и рефлюкс гастрита.-Киев, 1985.-10с.

129. Шалимов С.А., Кондратенко П.Н. Рефлюкс-эзофагит при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. //Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.25-28.

130. Шарова Л.Е. Характеристика анатомо-функциональных изменений верхних отделов пищеварительного тракта до и после операций по поводу грыж пищеварительного отверстия диафрагмы. //Деп. в ВНИИМИ МЗ СССР № 15811-88.-Л., 1988.-8с.

131. Шейко В.З. Механизм замыкания кардии и его значение для хирургии пищевода и желудка. //Клиническая хирургия.-1969.-№ 5.-С.63-68.

132. Шеломова Т.П., Макарова Н.П. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Тез. докладов конференции хирургов г.Свердловск.-Свердловск, 1972.-С.51-63.

133. Шишкин В.В., Скворцов М.Б. Осложнения при операциях по поводу рефлюкс-эзофагита. //Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии.-Иркутск, 1988.-С.186-187.

134. Шраер Т.И., Кусков Е.С., Мурашковский А.Л. Некоторые особенности диагностики и лечения рефлюкс-эзофагита при сочетании его с заболеваниями органов брюшной полости. //Рефлюкс-эзофагит.-М., 1986.-С.28-30.

135. Штюкер Ф.И., Хаберер Г. Экспериментальное и клиническое исследование оперативного лечения недостаточности кардии. //XXIV-ый конгресс международного общества хирургов.-М., 1972.-Т.2.-С.134-137.

136. Шульцев Г.П., Дибичева Г.В. Изменения внутренних органов при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.-М., 1981.-106с.

137. Эзеритис Э.Г., Уткин В.В., Берзин С.А. и др. Значение pH-метрии пищевода в диагностике желудочно-пищеводного рефлюкса. //Хирургия.-1971.-№ 3.-С.23-25.

138. Эфендиев В.М. Хирургические аспекты рефлюкс-эзофагита: Дис. ... д-ра мед.наук.-М., 1986.-220с.

139. Юдин А.А. Клиническая диагностика и консервативное лечение рефлюкс-эзофагита при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы: Дис. ... канд.мед.наук.-М., 1970.-241с.

140. Юдин А.А., Чиссов В.И., Штырьков Р.В. и др. Клиническая диагностика скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы. //Клиническая медицина.-1971.-№ 11.-С.60-63.

141. Ackermann Ch., Margreth L., Muller C., Harder F., Das langzeit-
resultat nach Fundoplikatio // Helv.Chir.Acta. - 1987.- V.54,
N6. - S.803-807.
142. Allison P. Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and the
anatomy of repair // Surg.Gynec.Obstet. - 1951.- V.92, N4. -
P.119-131.
143. Ancona E., Zaninotto G., Merigliano S., Constantini M., Baesa-
to M., Bonavina L., Roveran A., Rossi M. La malattia da reflusso
gastro-esofageo: Indicazioni e limiti degli interventi chirurgici // Minerva chir. - 1987.- V.42, N19.- P.1503-1507.
144. Angelchik J., Cohen R. A new procedure for the treatment of
gastroesophageal reflux and hiatal hernia // Surgery Gynecology
Obstetrics // 1979.- V.48, N2. - P.246-248.
145. Bancewicz S., Mughal M., Marples M. The lower oesophageal sphincter
after floppy Nissen fundoplication // Brit.J.Surg. - 1987.-
V.74, N3.- P.162-164.
146. Belsey R. Gastroesophageal reflux // Amer.J.Surg. - 1980.- V.
139, N6.- P.775-781.
147. Belsey R. Surgical Treatment of Hiatus Hernia and Reflux Esophagitis
Introduction // World J.Surg. - 1977.- W1.- P.421-423.
148. Berman E., Berman S. Hiatal hernia complex // Amer.J.Surg. -
1965.- V.10, N5.- P.806-810.
149. Boulez J., Ducerf Ch. et Chabal J. Résultat de la fundo-plicature
de Nissen par voie abdominale pour reflux gastro-œsophagien. Etude
d'une série de 142 cas. // P4126 Lyon Chir. - 1987.- V.83, N2.-
P.87-90.
150. Bernat M. Własny sposób chirurgicznego leczenia przepuklin
żołądka przetykowego przepony i niedomogi układu zaporowego
wpustu // Polski przegląd chirurgiczny. - 1986.- V.58, N2.- P.142-
148.
151. Bertero D., Albertino B., Schieron R., Villata E., Bertino C.,
Oliaro A., Gasparri G., Casalegno P.A., Dei Poli M. La pH-metria
esofagea: ruolo attuale e prospettive diagnostiche // Minerva
chir. - 1987.- V.42, N22.- P.1789-1796.
152. Bettex M. The Hiatus Hernia Saga. Ups and Down in Gastroesophageal
Reflux: Past, Present, and Future Perspectives // Journal
of Pediatric Surgery. - 1983.- V.18, N6.- P.670-677.
153. Blum A.L. Die Reflux-Krankheit aus internistischer Sicht // Chirur-
g. - 1978.- V.48, N3.- P.129-136.

154. Bokobza B., Michot E., Teniere P. Evaluation de la fundoplicature de Nissen // Rev.franc.Gastroenterol.- 1987.- V.23, N231.- P.541-544. Bibliogr.17 ref.
155. Bonaldi U., Ribera M., Riva R. Funduplicatio incompleta nel trattamento del reflusso gastroesofageo patologica // Minerva med.- 1986.- V.77, N12.- P.419-423. Bibliogr. 5 ref.
156. Bonaldi V., Manenti W., Ribera M., Riva R. Indicazioni mediche e chirurgiche al trattamento dell' esopagite peptica da reflusso // Acta chir.ital.- 1987.- V.43, N3.- P.365-369.
157. Boulez J., Ducerf Ch., Crabal J. Resultats de la fundo-plicature de Nissen par voie abdominal pour reflux gastro-oesophagien.Etude d'une série de 142 cas // Lyon.chir.- 1987. - V.83, N 2.- P.87-90.
158. Boutelier Ph., Champault G., Cargill G.,Appreciation de la cure du reflux gastro-oesophagien et des hernies hiatales par la prothese d'Angelchik.// Chirurgie.- 1981.- V.107, N7.- P.485-487.
159. Boyd D.P. Transabdominal Repair of Hiatal Hernia // Surg.Clinics of North America.- 1971.- V.51, N3.- P.597-605.
160. Bretzke V.G. Das Saint Syndrom Zeit fur D.G.Inneke Medizin u in Gen.- 1977.- V.32, N22.- P.643-644.
161. Brindley G.V., Hightower N.C.Treatment of Gastroesophageal Reflux // Surg.Clin.N.America.- 1979.- V.59, N5.- P.841-851.
162. Busu J., Vasile I., Patici P., Manescu N., Nemis R., Mogos P. Consideratii clinice si terapeutice pe marginea a 201 hernii hiatale operate // Chirurgia.- 1982.- V.31, N4.- P.263-268.
163. Cardiano C., Querci G., Agugiaro S., Marilli G. Technical Modification of the Nissen fundoplication procedure // Surgery Gynecology and Obst.- 1976.- V.143, N6.- P.977-978.
164. Casulei G., Jordan P.H. Is an antireflux procedure necessary in

- conjunction with parietal cell vagotomy in the absence of pre-operative reflux ? // Amer.J.Surg.- 1987.- V.153, N2.- P.215-220.
165. Cathcart R.S., Gregorie H.B., Holmes S.L. Nonreflux complications of hiatal hernia // Amer.Surg.- 1987.- V.53, N6.- P.320-324.
166. Cestari R., Missale G., Braga M., Ravelli P. Lo studio del L. 2.S. nei parienti sottoposti a gastrectomia subtotale // Acta chir.ital.- 1986.- V.42, N2.- P.197-202.
167. Chesnik H. Operative Behandlung der Hiatus hernie durch Umschlingung mit einer Netzmanschette // Chirurg.- 1980.- V.51, N2.- P.115-118.
168. Cooper J.D., Jujubhoy K.N. Gastroesophageal reflux: Medical and Surgical management // Ann. Thorac.Surg.- 1981.- V.31, N6.- P.577-592.
169. Davidson B.R., Hurd D.M., Johnstone M.S. Nissen fundoplication and pyloroplasty in the management of gastro-vesophageal reflux in children // Br.J.Surg.- 1987.- V.74, N6.- P.488-490.
170. De Muster T.R., Bonavina L., Albertucci M. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients // Ann.Surg.- 1986.- V.204, N1.- P.9-20. Bibliogr. 16 ref.
171. De Santis G., Di Fabio G., Rosati O., Pancotti G. Ernia iatale. Considerazioni cliniche e risultati della tecnica chirurgica da noi adottata // Minerva chir.- 1987.- V.42, N4.- P.265-271.
172. Doldi S.B. Le Pseudosindromi post colecistectomia // Minerva chir.- 1986.- V.7, N3.- P.217-218.
173. Donahue P.E., Semelson S.L., Nyhus L.M., Bombeck C.T. The floppy Nissen fundoplication. Effective long-term control of patho-

- logic reflux. // Arch.Surg.- 1985.- V.120, N 6.- P.663-668.
174. Donahue P.E., Bombeck C.T., Nyhus L.M. Surgeonendoscopists in the management of gastrointestinal disorders 31 St Congress of the international Society of Surgery // Paris, september 1-6.- 1985.- Abstracts.- P.660.
175. Duart M.L., Paulet Ph., Blairon J. Evaluation along terme du traitement chirurgical de l'oesophagite par reflux gastrooesophagien // Acta gastroenterol.- 1987.- V.50, N2.- 187-194. Bibliogr. 16 ref.
176. Duda M., Sery Z., Rocek V. Refluxní nemoc jícnu a paraezofageální hernie // Cas.Lek.Cesk.- 1980.- V.119, N11.- P.321-325.
177. Earlam R. Die chirurgische Behandlung der Hiatushernie // Internist.- 1979.- V.20, N1.- P.30-35.
178. Esser G., Wirtz G. Indikation und Prognose prophylaktischer und simultaner Operationen in der Bauchhöhle // Zbl.Chir.-1987.- V.112, N17.- P.1099-1106. Bibliogr. 26 ref.
179. Ferraris V.A., Sube S. Retrospective study of the surgical management of reflux esophagitis // Surg.Gin.Obst.- 1981.- V.152, N1.- P.17-21.
180. Flook D., Stoddard C.J. Gastroesophageal Reflux and esophagitis before and after vagotomy for duodenal ulcer // Brit.J. Surg.- 1985.- V.72, N10.- P.804-807.
181. Forestieri P., Formisano C., Moucci E., Mazzeo F. Quadri Clinici del reflusso gastro-esofageo e duodeno-gastrico // Minerva chir.- 1987.- V.42, N19.- P.1513-1519.
182. Fuchs K.H., De Muster T.R., Albertucci M. Specificity and sensitivity of objective diagnosis of gastroesophageal reflux disease // Surgery.- 1987.- V.102, N4.- P.575-580. Bibliogr. 8 ref.

183. Gardner R.S., Bonnabeau R.C., Warden H.E. Surgical repair of gastroesophageal reflux with sliding hiatal hernia // Amer.J. Surg.- 1977.- V.133, N5.- P.554-556.
184. Ghilardi G., Bortolani E., Biasi G. Il ripristino del meccanismo antireflusso gastroesofageo attraverso la tecnica di Dor // Minerva chir.- 1987.- V.42, N9.- P.781-784.
185. Gossot D., Safati E., Azoulay D., Celerier M. Facteurs de morbidité de l'intervention de Nissen // J.Chir.- 1987.- V.124, N6-7.- P.367-371.
186. Gutierrez A.G., del Portal D.A., Molina S.B., Quinones W.H. Toipet's valvuloplasty for sliding hiatal hernia and incompetent inferior esophageal sphincter // Zbl.Chir.- 1988.- V.113, N12.- P.772-781.
187. Henderson R.D., Marryatt G.V. Transabdominal total fundoplication gastropasty to control reflux: a preliminary report // Canad.J.Surg.- 1985.- V.28, N2.- P.127-129.
188. Henderson R.D., Marryatt G.V. Total fundoplication gastropasty (Nissen gastropasty): Five-year review // Curr.Surg., 1986.- V.43, N2.- P.149-149.
189. Hill L.D. Progress in the Surgical Management of Hiatal Hernia // World.J.Surg.- 1977.- V.1, P.425-438.
190. Hooks V.H., Williams N.S., Johnston D., Dixon M.F., Burul C.J. Gastroesophageal reflux is not increased by highly selective vagotomy // Surg.Gynecol.Obstetr.- 1986.- V.163, N6.- P.547-551.
191. Ingegneros L., Pepe G., Pepe F., Moncino P., Rizza G., Parano E., Basile F., Cali V. La terapia chirurgica nella malattia da reflusso gastro-esofageo // Minerva chir.- 1987.- V.42, N12.- P.1023-1026.

192. Jaeger Von K., Holtz J., Sandberg D. Die operative Behandlung der Hdtushernie // Zentralblatt fur Chirurgie.- 1983.- V.108, N9.- P.521-526.
193. Johansson K.E., Boeryd B., Fransson S-G., Tibbling L. Oesophageal Reflux Tests, Manometry, Endoscopy, Biopsy and Radiology in Healthy Subjects // Scand.J.Gastroenterology.- 1986.- V.21, N4, P.385-512.
194. Johnsson F., Joelsson B., Gudmundsson K., Floren C.H., Walther B. Effects of fundoplication on the antireflux mechanism // Brit.J.Surg.- 1987.- V.74, N12.- P.1111-1114.
195. Jorgensen F., Elberg L., Hesse B. The diagnostic value of computerized short-term oesophageal pH-monitoring in suspected gastro-oesophageal reflux // Scand.J.Gastroenterol.- 1988.- V.23, N3.- P.363-368.
196. Jonsell G. The incidence of sliding hiatal hernias in patients with gastroesophageal reflux requiring operation // Acta chir. Scand.- 1983.- V.149, N1.- P.63-68.
197. Lago T.F., Pandolfi U., Gastagnoli L. Il trattamento chirurgico del reflusso gastro esofageo nell'ernia iatale Nota I-Proposta di modifica tecnica all'intervento di Lortat Jacob // Minerva chir.- 1985.- V.40, N12.- P.835-846.
198. Launois B., Paul J.L., Toboul F., Bourdonnec P., Cardin J.L., Campion J.P., Meunier B., de Chateaubriant P. Les résultats fonctionnels du traitement chirurgical du reflux gastroesophagien non compliqué. Analyse de 278 observations // Lyon Chir.- 1988.- V.84, N2.- P.82-86.
199. Lavorato F., Bedoni P., Samoci G., Toni A. Ernie iatali da scioglimento e associazioni di interesse chirurgico // Minerva chir.- 1983.- V.38, N21.- P.1799-1801.
200. Lewis R.Q., Cohen R. A new surgical Prosthesis for Hiatal Her-

- nia Repair // Radiology.- 1980.- V.135, N3.- 630p.
201. Little A.G., Ferguson M.K., Skinner D.B. Reoperation for failed antireflux operations // J.thorac.cardiovasc.Surg.- 1986.- V.91, N4.- P.511-517.
202. Lorenzini L., Lorenzi M. La funduplicatio secondo Dor nel trattamento chirurgico del reflusso gastroesofageo // Minerva chir.- 1986.- V.41(17/18).- P.1409-1412.
203. Maddern G.J., Jamieson G.G. Fundoplication enhances gastric emptying // Curr.Surg.- 1986.- V.43, N2.- P.145-146.
204. Mobes F. Erfahrungen mit dem hiatoplastischen zwerchfellhernienverschluss // Acta Chir.- 1978.- V.13, N6.- P.365-378.
205. Micali B., Cogliandolo A., Gulino F.M. Influenza del volume di reflusso e dell'esposizione acida sull'intensità dell'esofagite // Minerva chir.- 1987.- V.42(23/24).- P.1915-1919.
206. Mir J., Ponce J., Juan M., Garrigues V., Ibanez J-L., Berenguer J. The effect of 180° anterior fundoplication on gastroesophageal reflux // Amer.J.Gastroenterol.- 1986.- V.81, N3.- P.172-175.
207. Montorzi W. La sindrome post-colecistectomia Considerazioni conclusive // Minerva chir.- 1986.- V.7, N3.- P.227-230.
208. Mosci F., Boni M., Esposito S., Cesari M. L'esofagite cardiaca nei pazienti gastrectomizzati // Acta chir.ital.- 1986.- V.42, N2.- P.257-259.
209. Mussa A., Biugno G., Festa V., Celoria P. Correzione chirurgica secondo la tecnica di Dor modificata dell'ernia iatale con reflusso gastroesofageo // Minerva chir.- 1986.- V.41, N19.- P.1555-1557.
210. Ostic D., Cowley D. The lower esophageal sphincter in patients with gallstones // Brit.J.Surg.- 1976.- V.63, N2.- 154p.

211. Pelligrini G. Sindrome post colecistectomia: le discinesie duodeno-piloriche // Minerva chir.- 1986.- V.7, N3.- P.212-214.
212. Perrone G. Le ernie iatali non complicate da stenosi esofagea. Fi iopatologia e trattamento // Minerva chir.- 1986.- V.41, N 13/14.- P.1087-1094.
213. Peters V. Über die Häufigkeit des gemeinsamen Vorkommens von Chdelithiasis und Hiateshernia bei der röntgenologeschen Oberbauchdiagnostik. Ekgebnis von 2255 Untersuchungen. Diss ... von V.Peters // Bonn.- 1973.- 49s.
214. Powis S.J.®, Collis L.J. The value of simple tests for peristaltic activity in hiatus hernia // Thorax.- 1970.- V.25.- P. 457-458.
215. Prada A., Ferrara A., Porro A., Bozzini C., Bortoli A. Radiologia ed Endoscopia nella diagnostica del tratto gastroenterico superiore: confronto con i dati chirurgici // Chir.Gastroent.- 1986.- V.20, N2.- P.401-404.
216. Preston D.J. Esophageal Hiatus Hernia: A simplified Method for Transabdominal Repair // Abdominal Surg.- 1972.- V.14, N7.-P. 133-134.
217. Ramenofsky M.L., Pouell R.W., Curreri P.W. Gastroesophageal reflux. pH probe-directed therapy // Ann.Surg.- 1986.- V.203, N5.- P.531-536.
218. Regairar C., Boustiere O., Gauchet G. La Prothèse d'angelchik dans le traitment chirurgical du reflux gastro-oesophagien. Premier résultats à propos de 25 cas // Lyon Chir.- 1987.- V.83, N 5.- P.315-317.
219. Riva R., Ribera M., Banaldi U. Manometria intraoperatoria nella calibratura della funduplicatio incompleta secondo Toupet per reflusso gastro-esofageo // Acta chir.ital.- 1987.- V.43, N4.-

P.642-647.

220. Rossetti M., Hell K. Fundoplication for the Treatment of Gastroesophageal Reflux in Hiatal Hernia // World J.Surg.- 1977. - V.1.- P.439-444.
221. Rousseau L.G., Borbolla E., Castellanos O., Haedo W., Companioni S. La manometria, la radiologia y la endoscopia de la esofago en el diagnostico de la hernia hiatal // Rev.Cub.Cir.- 1986. - V.25, Julio-agosto.- P.339-344.
222. Russel C.O.H., Pope C.E., Gainer R.M., Allen F.D., Velasco N., Hill L.D. Does surgery correct esophageal motor dysfunction in gastroesophageal reflux? // Ann.Surg.- 1981.- V.194, N3.- P.290-295.
223. Russel C.O.H., Hell L.D. Gastroesophageal reflux // Curr.Probl. Surg.- 1983.- V.20, N4.- P.205-267.
224. Sampere J.M., Ruiz de Almodovar M., Padilla O., Ruiz J., Thomas J., Loper Ruiz J.M., Pedraza V. Valoracion de los procedimientos Radiosopicos en el diagnostico de la hernia de hiato esofagica con reflujo gastroesofagico // Rev.esp.Enferm.Apar.digest.- 1987.- V.72, N4,2.- P.404-410.
225. Saubier E.C., Guillat C., Teboul F. Traitement du reflux gastro-oesophagien par fundoplicature complete de Nissen. Resultats de 112 observations // Chir.Mem.Acad.Chir.- 1986.- V.112, N2.- P.123-131.
226. Savary M., Monnier Ph., Le reflux gastro-oesophagien L'apport de l'endoscopie dans l'indication operative et les controles post-operatoires // Helv.chir.Acta.- 1981.- V.47, N6.- P.693-706.
227. Schaub N. Die Pathogenese der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit // Schweiz.med.Wsch.- 1985.- V.115, N4.- P.114-125.
228. Schauwecker H.H., Otto R., Säuberli H., Geroulanos S., Largiader

- F. Simultane radiokinomatographische und Manometrische Untersuchungen in der Funktionsdynamik des unteren Oesophagussphincters // *Helv.Chir.Acta.*- 1976.- V.43, N1-2.- P.169-172.
229. Schildberg F.W., Witte J., Slucker F.J., Refluxbedingte Oesophagusstenosen // *Chirurg.*- 1978.- V.49, N3.- P.146-154.
230. Siewert J.R. Operative Behandlung der Reflux Krankheit // *Chirurg.*- 1979.- V.49, N3.- P.137-145.
231. Siewert J.R. Reeingriffe nach Fundoplicatio. Langenbocks // *Arch.Chir.*- 1986.- V.368, N4.- P.219-221.
232. Sifers E.C., Lawrence L. Trotbar, Heatal Hernia with Esophagitis // *Arch.Surg.*- 1973.- V.207.- ang.- P.195-200.
233. Starling J.R., Hamilton W., Reichelderfer M., Jamato D.T., Pellet J.R., Belrer F.O. Assessment of the angolchik prosthesis for treatment of symptomatic esophageal reflux // *Wold.J.Surg.*- 1987.- V.11, N3.- P.350-355.
234. Stirling M.C., Orringer M.B., Surgical Treatment after the Failed Antireflux Operation // *J.thorac.cardiovasc.Surg.*- 1986.- V.92, N4.- P.667-672.
235. Tremolada C., Cusumano A., Zaninotto G., Buin F., Rossi M. L' esofagite da reflusso londizione ad alto rischio di carcinoma dell'esophago // *Minerva chir.*- 1980.- V.35, N2.- P.1681-1684.
236. Ulrich B., Kremer K., Indication all trattamento chirurgico dell'ernia hiatale // *Minerva chir.*- 1983.- V.38, N5.- P.227-229.
237. Valle M., Serafini D., Balducci D. La tecnica di Nissen nel trattamento dell'ernia iatale con reflusso gastroesofageo // *Minerva chir.*- 1986.- V.41(17/18).- P.1413-1416.
238. Vane D.W., Harmel R.P., King D.R., Boles E.Th. The Effectiveness of Nissen Fundoplication in Neurologically Impaired Children

- with Gastroesophageal Reflux // Surgery.- 1985.- V.98, N4.- P.662-667.
239. Vankemmel M., Goachet C., Loblauc E., Bertaux D., Martin F.,
La cardioplastie: Indications et résultats // Chir.Mem.Acad.
Chir., 1987.- V.113, N6.- P.607-616.
240. Vankemmel M. Modalités du traitement chirurgical du reflux gastro-oesophagien et déductions techniques: La cardioplastie // Chir.Mem.Acad.Chir.- 1987.- V.113, N6.- P.599-606.
241. Vansant J.H., Baker J.W., Grant Ross D. Modification of the Hill technique for repair of hiatal hernia // Surg.Gynec.Obstet.- 1976.- V.143, N.4.- P.637-642.
242. Weihrauch T., Brummer A., Biewener H. Assessment of various factors influencing esophageal pressure measurement // Klin.Woch.Schrift.- 1980.- V.58, N6.- P.279-285.
243. Weiser H.F., Feussner H., Siewert J.R. Rezidiveingriffe nach antirefluxchirurgie // Chir.Prax.- 1988.- V.38, N4.- P.603-614.
244. Woodward E.R. Surgical treatment of gastroesophageal reflux and its complications // World J.Surg.- 1977.- V.1, N4.- P.453-466.
245. Woodward E.R., Hocking M.P. Postgastrectomy syndromes // Surg.Clin.N.Amer.- 1987.- V.67, N3.- P.509-520.
246. Zaninotto G., De Meester T.R., Schweizer W., Johansson K.E., Shih-Chuan Ching. The lower esophageal sphincter in health and disease // Amer.J.Surg.- 1988.- V.155,- P.104-111.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ДОВОД СОВЕТНИХ СОЛДАТОВСКИХ ВОДИТЕЛЕЙ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ
ПО ДЕЛАМ АВТОРЕСТАВРАЦИИ И ВОДИТЕЛЕЙ

АВТОРСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО

№ 123456

В авторском свидетельстве, выданном в соответствии с Законом СССР
от 12.04.1953 г. № 100-1, о государственной регистрации авторства
и охране авторских прав на произведения искусства, изобретения
и открытия, в области техники, литературы, искусства и науки,
содержится следующее:

Автор (авторы): Государственный Комитет по делам автостроительства,
Москва, ул. Ленина, д. 100.

Выдано: 1953 г.

Заявлено: 12.04.1953

Принято в авторское свидетельство: 12.04.1953

Владельцем авторского свидетельства является:
Государственный Комитет по делам автостроительства

В изобретении:

Авторское свидетельство является подтверждением авторства
содержимого на нем произведения (авторства).

Подпись: [подпись]

Подпись: [подпись]



СОЮЗ СОВЕТСКИХ СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ РЕСПУБЛИК

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

АВТОРСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО

№

1463233

На основании полномочий, предоставленных Правительством СССР, Государственный комитет СССР по делам изобретений и открытий выдал настоящее авторское свидетельство на изобретение:
"Способ диагностики трещки пилевого отверстия диафрагмы"

Автор (авторы): Сендерович Ефим Иосифович, Гангев Шамиль Хангафеевич и Галимов Олег Владимирович

Заявитель: ОНИ ДС

Заявка № 4086669

Приоритет изобретения 3 июля 1986г.

Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР

8 ноября 1988г.

Действие авторского свидетельства распространяется на всю территорию Союза ССР.

Председатель Комитета

Начальник отдела

С.А. Мухоморов
Зинев

ПОД УПРАВЛЕНИЕМ
РАБОТНИКОВ

КЛИМЧЕНКО
ЮРИЙ ЯН

168 3.

No

г. Москва, Мясницкая 25б.
тел. 142-51-51

Главный врач Московской городской
клинической больницы № 45

М. И. Пискунов

1988 года



Способ исследования основан на принципе тракционной рентгенобаллографии.

В отделении обследовано 7 больных, у которых чётко дифференцировалось пищеводное отверстие диафрагмы.

Полученные сведения облегчили выбор метода дальнейшего лечения пациентов. Способ исследования прост, информативен и доступен для использования в лечебных учреждениях у больных с патологией диафрагмы, пищевода и желудка.

Ответственный за внедрение

И.И.Прохорова



" У Т В Е Р Ж Д А Ю "

Главный врач Благовещенской ЦРБ

Н.М.Гололобов

1986 года

А К Т В Н Е Д Р Е Н И Я

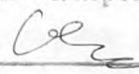
Способ диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы, разработанный канд. мед. наук Ш.Х.Ганцевым и О.В.Галимовым внедрен в лечебно-диагностический процесс хирургического отделения Благовещенской ЦРБ с июня 1986 года. Способ исследования позволяет точно определить размеры пищеводного отверстия диафрагмы, что облегчает определение показаний для оперативного лечения и выбор метода пластики грыж пищевого отверстия.

Ответственный за внедрение
зав. хирургическим отделением
Благовещенской ЦРБ: *А.Н.Ларионов* /А.Н.Ларионов/

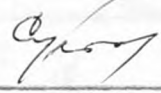
А К Т В Н Е Д Р Е Н И Я

Способ рентгенологической диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы внедрен в практическую работу хирургического отделения Акъярской ЦРБ Хайбуллинского района БАССР с 1.09.1989г. Обследование проведено 42 пациентам с патологией пищеводно-желудочного перехода. Методика измерения пищеводного отверстия, которое определяется на рентгенограммах проста, не требует сложной дорогостоящей аппаратуры и может выполняться амбулаторно. У тех больных, которые были оперированы операционные находки точно соответствовали данным дооперационного исследования. Каких-либо осложнений, связанных с применением метода не отмечено.

Зав. хирургическим отделением Акъярской ЦРБ

Баткулин С.Х. 

Глав. врач Акъярской ЦРБ

Султанов Д.А. 



А К Т В Н Е Д Р Е Н И Я

Способ интраоперационного определения размеров пищеводного отверстия диафрагмы внедрен в практическую работу хирургического отделения Акъярской ЦРБ Хайбуллинского района БАССР с 1 09.1988г. Измерение пищеводного отверстия во время операций на органах брюшной полости выполнено 32 больным. Методика измерения проста, доступна, не требует сложной дорогостоящей аппаратуры. Точное знание размеров пищеводного отверстия диафрагмы позволило выбрать наиболее рациональную хирургическую тактику и методику коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, каких-либо осложнений связанных с применением метода не отмечено.

Зав. хирургическим отделением Акъярской ЦРБ

Хайбуллин С.Х.

Глав. врач Акъярской ЦРБ

Султанов Т.А.



" УТВЕРЖДАЮ "

Главный врач больницы № 6 г. Уфы

М.М. Кагарманов М.М. Кагарманов

" " 1936г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Способ диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы, разработанный канд. мед. наук Ш.Х. Ганцевым и О.В. Галимовым внедрен в лечебно-диагностический процесс отделения грудной хирургии с апреля 1936г. Способ исследования позволяет точно определить размеры пищеводного отверстия диафрагмы, что облегчает определение показаний для оперативного лечения и выбор метода пластики.

Ответственный за внедрение
зам. главного врача по лечебной части

А.И. Исмагилова

Исмагилова

А К Т В Н Е Д Р Е Н И Я

Способ интраоперационного определения размеров пищеводного отверстия диафрагмы внедрен в практическую работу отделения абдоминальной хирургии городской клинической больницы № 21 с 1 марта 1986 года. Измерение пищеводного отверстия диафрагмы во время операций на органах брюшной полости выполнено 182 больным. Методика измерения проста, не требует сложной дорогостоящей аппаратуры. Точное знание размеров пищеводного отверстия диафрагмы позволило выбрать наиболее рациональную хирургическую тактику и методику коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Каких-либо осложнений, связанных с применением метода не отмечено.

Зам. главного врача по хирургии

В. П. Соколов

