

Параэзофагеальные грыжи пищевода отверстия диафрагмы

Выполнил студент группы 1608
Зиновьев Георгий Владимирович

Определение

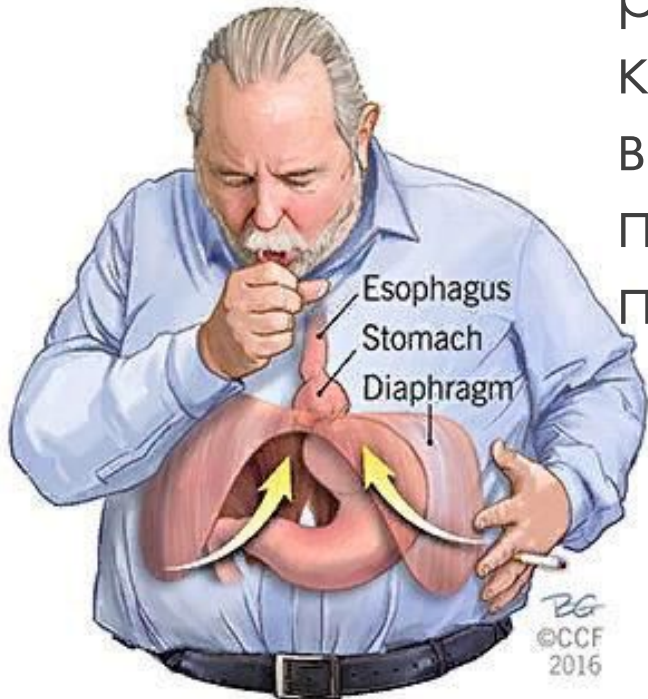
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — заболевание, при котором происходит смещение нижней части пищевода или желудка относительно диафрагмы из брюшной полости в грудную




Этиология

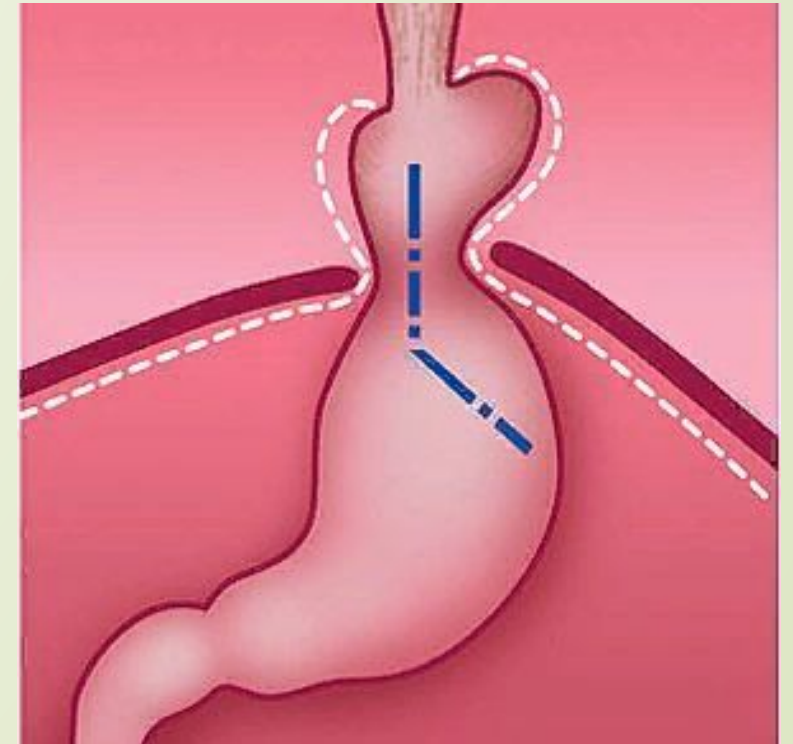
Среди причин возникновения ГПОД можно выделить несколько факторов:

- Механический фактор — расширение пищеводного отверстия некомпрессионного характера по причине раздвижения внутренних ножек диафрагмы. В результате этого отверстие увеличивается, и кардиальный отдел желудка постепенно подтягивается в средостение. Раздвижение ножек диафрагмы провоцирует интенсивная нагрузка на мышцы и повышение внутрибрюшного давления.



- 
- Морфологический фактор — структурно-функциональная недостаточность органов и их структурных элементов в районе пищеводного отверстия диафрагмы. Ввиду данной недостаточности ослабевают мышечные и соединительнотканые структуры диафрагмы и повышается внутрибрюшное давление.
 - Тракционный фактор — постепенное ослабление пищеводно-диафрагмальной связки и перерастяжение мышечно-сухожильного футляра (мембраны Бертелли-Лаймера). Недостаточность фиксирующего аппарата пищевода приводит к удлинению правой внутренней диафрагмальной ножки позади пищевода, что становится причиной образования отверстия, открывающего путь для продвижения кардиального отдела желудка в заднее средостение.

- Кроме того, на образование ГПОД влияет нарушение пищеводно-фундального угла (угла Гиса) и клапана Губарева (складки слизистой в месте перехода пищевода в желудок). Однако эти факторы не являются ведущими причинами образования грыжи, так как они возникают вследствие деструктивных процессов, указанных выше.



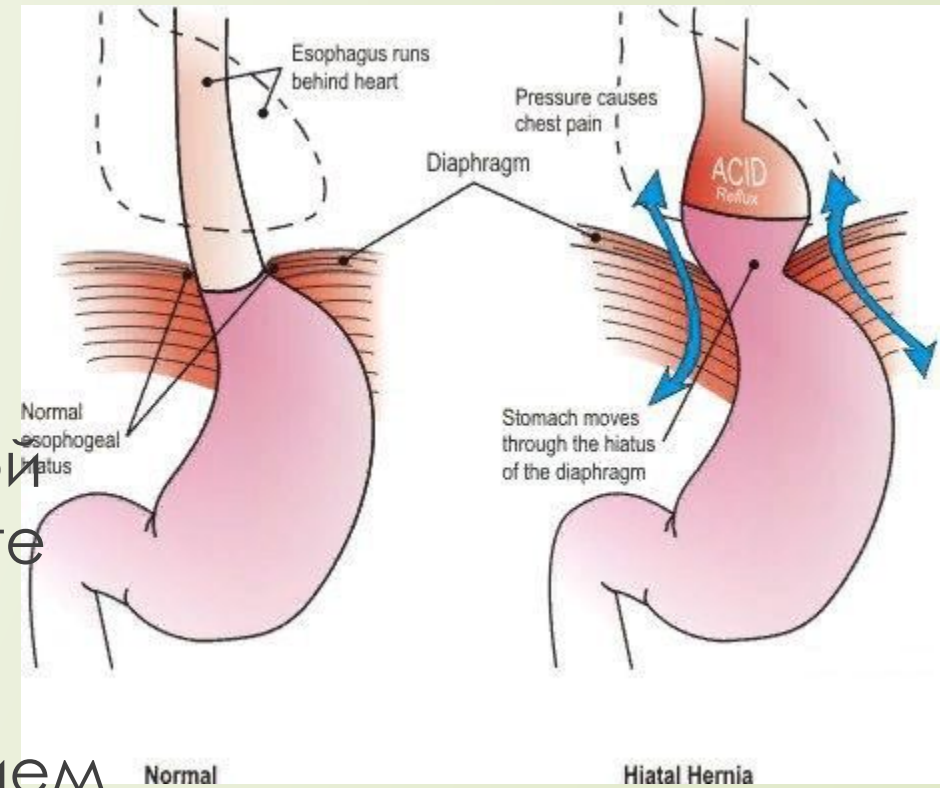


Патогенез

Предрасполагающими факторами грыжеобразования являются:


- процессы возрастного старения тканей;
- повышение внутрибрюшного давления по причине ненадлежащего рациона питания, ожирения, запоров, беременности и т. д.
- Нарушение связочного аппарата пищевода у пациентов с ГПОД также связано с нарушением липидного обмена и дефицитом аскорбиновой кислоты в организме.

□ Возникновению грыж способствует продольное укорочение пищевода вследствие его рубцово-воспалительной деформации, развившейся в результате рефлюкс-эзофагита, эзофагеальной пептической язвы, химического или термического ожога. Прямым следствием ослабления связочного аппарата диафрагмы служит расширение пищеводного отверстия и образование грыжевых ворот, через которые абдоминальный участок пищевода и кардиальная часть желудка пролабируют в грудную полость.



Клиническая картина

- Около половины случаев протекают бессимптомно или сопровождаются слабо выраженными клиническими проявлениями. Типичным признаком патологии считается болевой синдром, который обычно локализуется в эпигастрии, распространяется по ходу пищевода или иррадирует в межлопаточную область и спину. Иногда боль может носить опоясывающий характер, напоминая панкреатит. Нередко отмечаются загрудинные боли (некоронарная кардиалгия), которые могут приниматься за стенокардию или инфаркт миокарда.
- Дифференциальными признаками болевого синдрома при грыже пищеводного отверстия диафрагмы служат: появление болей преимущественно после еды, физической нагрузки, при метеоризме, кашле, в положении лежа; уменьшение или исчезновение болей после отрыжки, глубокого вдоха, рвоты, смены положения тела, приема воды; усиление болей при наклоне вперед. В случае ущемления грыжевого мешка возникают интенсивные схваткообразные боли за грудиной с иррадиацией между лопатками, тошнота, рвота с кровью, цианоз, одышка, тахикардия, гипотония.

- 
- У трети больных ведущим симптомом является нарушение сердечного ритма по типу экстрасистолии или пароксизмальной тахикардии. Зачастую данные проявления приводят к диагностическим ошибкам и длительному безуспешному лечению у кардиолога. Поскольку грыжа закономерно ведет к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, возникает группа симптомов, связанных с нарушением пищеварения. Пациенты, как правило, жалуются на отрыжку желудочным содержимым или желчью, чувство горечи во рту, отрыжку воздухом. Нередко отмечается срыгивание недавно принятой пищи без предшествующей тошноты; регургитация чаще развивается в горизонтальном положении, ночью.
 - Патогномоничным проявлением заболевания служит дисфагия – нарушение прохождения пищевого комка по пищеводу. Данное проявление чаще сопровождает прием полужидкой или жидкой пищи, слишком холодной или горячей воды; развивается при поспешной еде или психотравмирующих факторах. Для грыжи пищевода также характерны изжога, икота, боли и жжение в языке, охриплость голоса.



Диагностика

Для диагностики ГПОД, помимо детального расспроса пациента, используется почти все способы исследования, применяемые в гастроэнтерологии. К обязательным методам диагностики относятся:

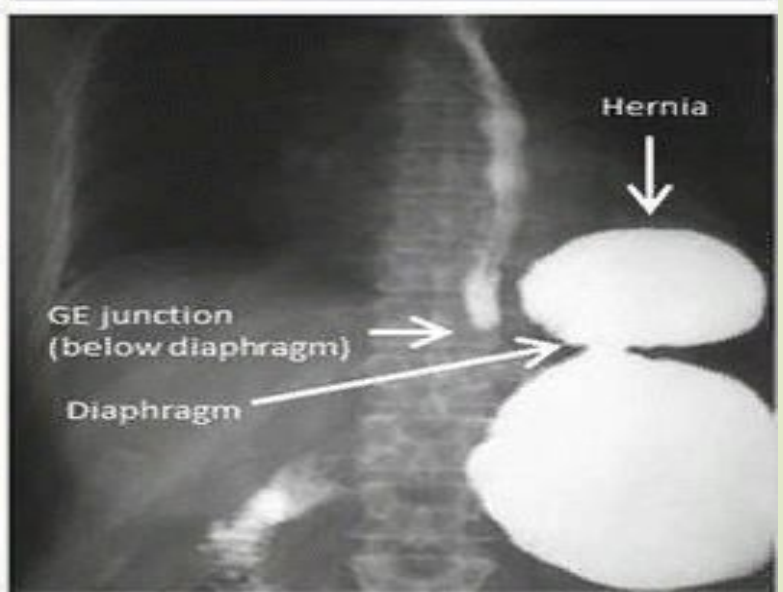
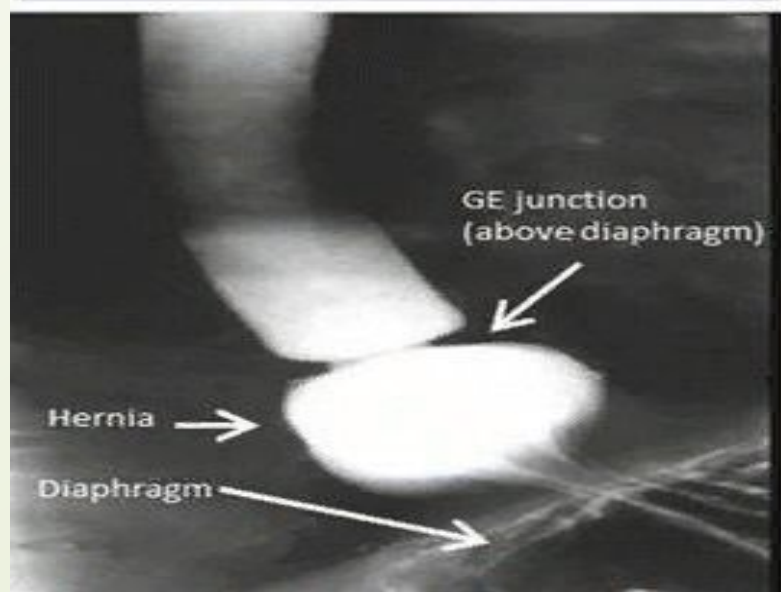
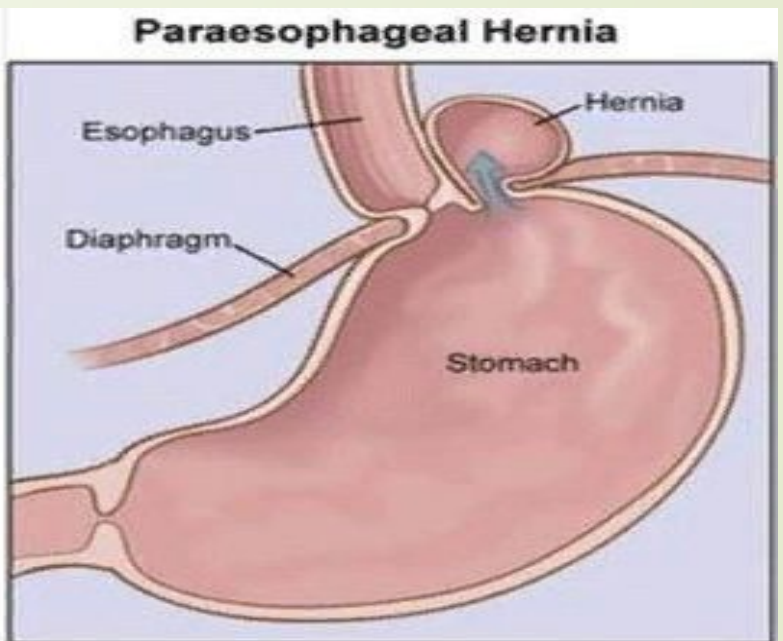
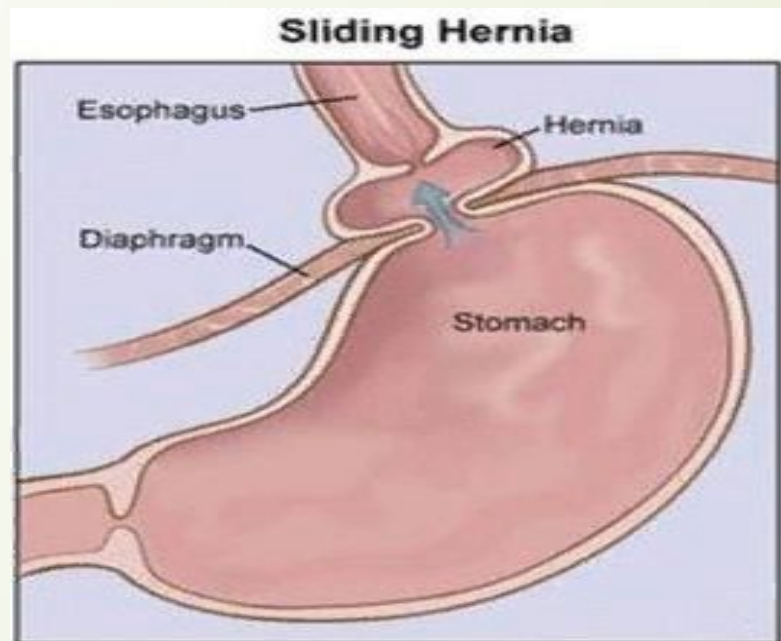
- клиническое и рентгенологическое обследование;
- фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС);
- эзофаготонометрия;
- рН-метрия пищевода и желудка;
- УЗИ брюшной полости.


Ведущими инструментальными методами считаются рентген-диагностика и ФЭГДС.



Рентген-диагностика

- Благодаря рентгенологическому методу диагностики произведены фундаментальные исследования ГПОД, разработаны классификации, изучены различные формы данной патологии, разработан ряд показаний и противопоказаний к различным видам лечения хиатальных грыж.
- Современное полное название — «Полипозиционное рентгенодиагностическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием жидкой взвеси сульфата бария на трахоскопе».
- Данное рентгенологическое обследование позволяет достоверно диагностировать различные формы ГПОД, включая “малые” эзофагеальные грыжи, выявлять недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит, исключать недостаточность кардии, связанную с нарушением пассажа пищи в нижележащих отделах ЖКТ.





Эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия

Особенность эндоскопической эзофагогастродуоденоскопии заключается в:

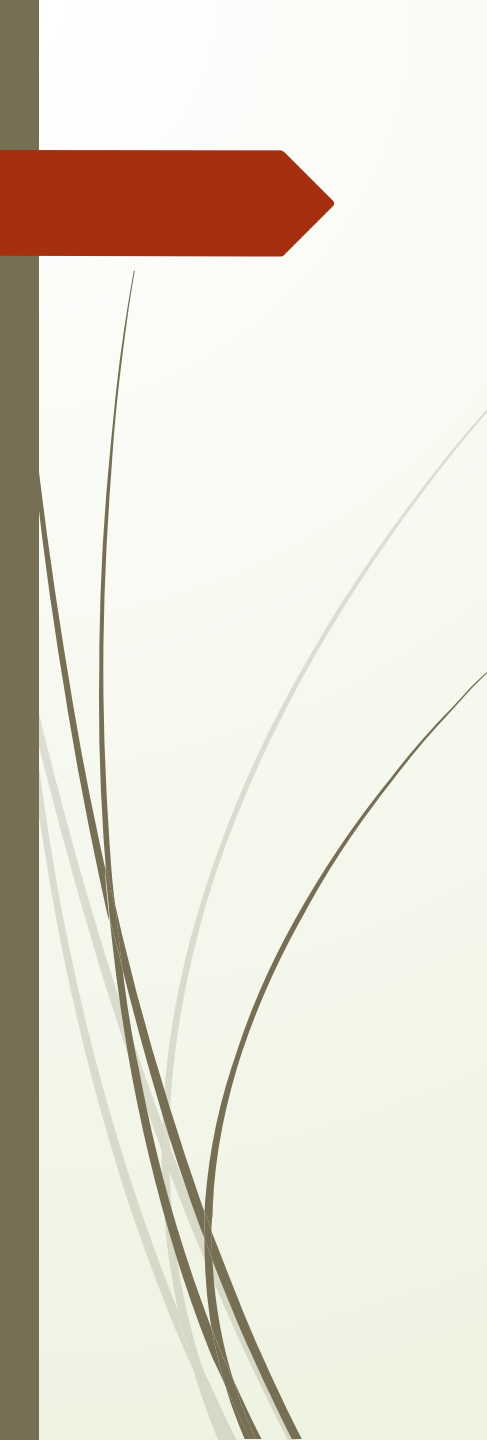
- использовании гибкой волоконной оптики и создании эндоскопических приборов — фиброгастроскопов;
- высокой разрешающей способности этих приборов с возможностью проводить исследования при визуализации изображения на мониторе;
- малоинвазивности эндоскопической диагностики;
- минимальном проценте возникающих осложнений;
- отсутствии необходимости специальной подготовки пациента, проводимой перед началом эндоскопических исследований;

- 
- амбулаторном характере способов эндоскопической диагностики.

Всё это позволяет рекомендовать данный метод диагностики не только пациентам, но и населению в целом для проведения диспансеризации и выявления заболевания на ранних этапах.

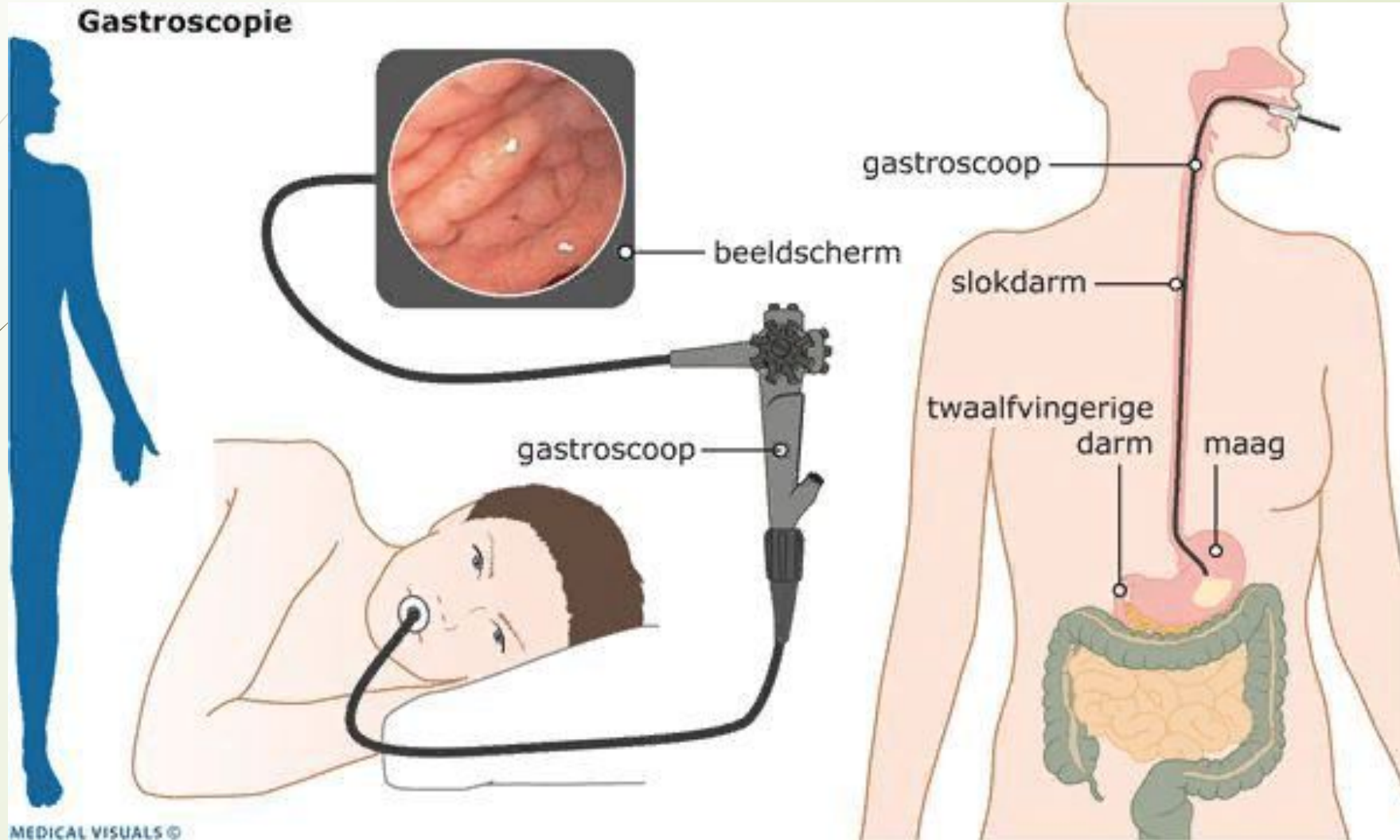
К основным прямым и косвенным симптомам ГПОД, обычно проявляющимся при осуществлении ФЭГДС, относятся:

- уменьшенное расстояние от передних резцов до кардии;
- уменьшенная длина абдоминального отдела пищевода;
- грыжевая полость;
- “второй вход” в желудок;
- зияние (раскрытие) кардии или её неполное смыкание;

- 
- пролапс (выпячивание) слизистой желудка в пищевод;
 - рефлюкс (обратный ток) содержимого желудка в полость пищевода;
 - сегментарная дилатация (расширение) пищевода в области девятого сегмента;
 - отсутствующая, слабо визуализирующаяся или размытая Z-линия; Z-линия пищевода
 - уплощённая складка кардиоэзофагального перехода, обнаруженная во время инверсионного осмотра кардии;
 - сглаженный угол Гисса, также обнаруженный во время инверсионного осмотра кардии.

Большую часть перечисленных эндоскопических симптомов ГПОД можно выявить благодаря видеомониторированию во время ФЭГДС, что помогает установить безошибочный диагноз.

Gastroscoopie





Лечение

- Лечение начинают с консервативных мероприятий. Поскольку в клинике на первый план выходят симптомы гастроэзофагеального рефлюкса, консервативное лечение направлено главным образом на их устранение. В комплексное медикаментозное лечение включаются антацидные препараты (гидроксид алюминия и магния, алюминия гидроксид, магния карбонат, магния оксид и др.), H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов (ранитидин), ингибиторы протонного насоса (омепразол, пантопразол, эзомепразол). Рекомендуется нормализация веса, соблюдение щадящей диеты, дробное питание с последним приемом пищи не позднее 3-х часов до сна, сон в кровати с приподнятым изголовьем, исключение физических нагрузок.

- К хирургическим методам прибегают при осложненных формах грыж (сужении пищевода, ущемлении диафрагмальной грыжи), безуспешности медикаментозной терапии или диспластических изменениях слизистой пищевода. Среди всего многообразия способов выделяют следующие группы вмешательств: операции с ушиванием грыжевых ворот и укреплением пищеводно-диафрагмальной связки (пластика диафрагмальной грыжи, крурорафия), операции с фиксацией желудка (гастропексия), операции по восстановлению острого угла между дном желудка и абдоминальным отделом пищевода (фундопликация). При формировании рубцового стеноза может потребоваться резекция пищевода.

