

*Лекция*



# *Грыжи пищевода отверстия диафрагмы*

Уфа 2013

До 30- 40% населения стран Западной Европы и Северной Америки имеют симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Не менее чем у 26-50% больных, рефлюкс – эзофагит обусловлен диафрагмальной грыжей (Smout A. и соавт., 1992; Catalano F. и соавт., 1993). Истинная распространенность заболевания мало изучена, что связано с большой вариабельностью клинических проявлений от эпизодически возникающей изжоги до ярких признаков осложненных грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Это наглядно показал D.O.Castell (1985) в схеме "айсберга". У большинства больных имеются слабовыраженные и спорадические симптомы, по поводу которых они не обращаются к врачу, а самостоятельно принимают щелочи или пользуются советами знакомых ("телефонные"), - подводная часть "айсберга". Среднюю, надводную, часть "айсберга" составляют больные грыжами пищеводного отверстия диафрагмы с выраженными или постоянными симптомами, но без осложнений ("амбулаторные"). В таких случаях необходимо регулярное лечение. Наконец, вершина "айсберга" - это небольшая группа больных, у которых развились осложнения (пептические язвы, кровотечение, стриктуры) - "госпитальные" рефлюксы.

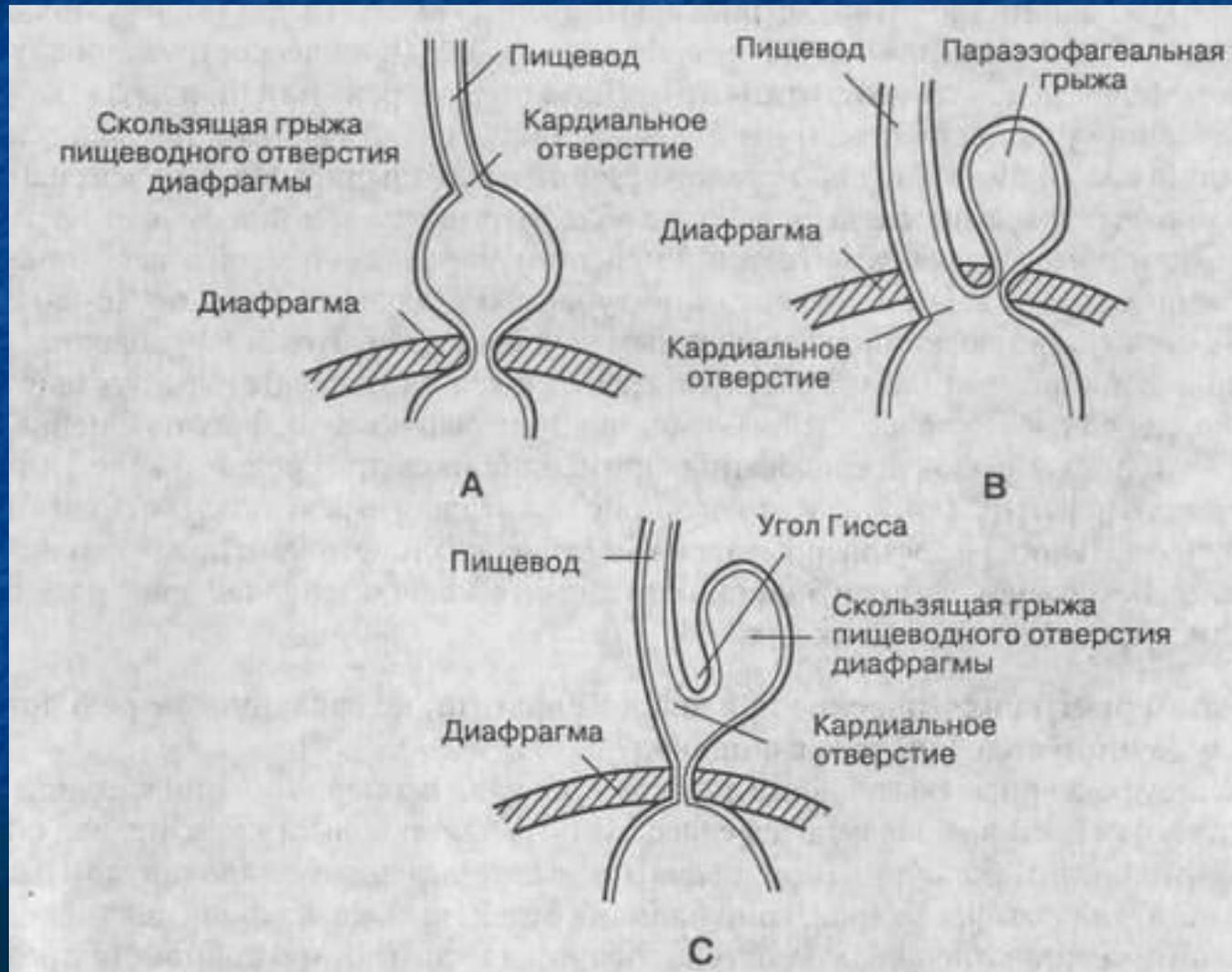
# Классификация

У нас в стране широко применяется классификация ГПОД, предложенная Б.В.Петровским, Н.Н.Каншиным. Последняя делит все ГПОД на: 1) скользящие, 2) параэзофагеальные, 3) короткий пищевод, 4) гигантские ГПОД. Наиболее часто встречающиеся ГПОД - скользящие называются также аксиальными вследствие того, что смещение пищевода и кардии вверх происходит строго по общей оси. В то время как при параэзофагеальных ГПОД смещение органов брюшной полости вверх происходит рядом с пищеводом. Скользящие ГПОД делятся в свою очередь на: кардиальные и кардиофундальные. Кардиальные ГПОД образуются при смещении в грудную клетку абдоминального отдела пищевода и части кардиального отдела желудка, а при кардиофундальных ГПОД в грудную клетку пролабирует не только кардия, но и дно желудка

# Скользящие грыжи



# ГПОД



# СИМПТОМЫ

Изжога - кардинальный симптом ГПОД - встречается у 20-40 % взрослого населения США, однако только 2 % лечатся по поводу ГПОД.

**Боль при грыже пищеводного отверстия диафрагмы** возникает у 40 – 50% пациентов. Боль бывает довольно интенсивной, ощущается за грудиной, имеет жгучий характер и, поэтому, нередко путается пациентами с болью при стенокардии. Боль при грыже пищевода чаще всего связана с наклонами, физической нагрузкой и усиливаются в положении лежа. Боль при грыже пищеводного отверстия диафрагмы часто сопровождается с забросом пищи в пищевод и, в тяжелых случаях, в рот (называется такое явление регургитация) При перемене положения тела боль часто стихает.

**Следующим частым симптомом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является отрыжка.** Отрыжка — непроизвольное

внезапное выделение газов через рот из желудка или пищевода, иногда с примесью содержимого желудка, встречается у 30 - 73% больных.

Отрыгивание происходит желудочным содержимым или воздухом.

Отрыжке, как правило, предшествует чувство распирания в подложечной области. Данное состояние возникает после еды или во время разговора.

Прием спазмолитиков бывает неэффективным, облегчение приносит лишь отрыжка значительным количеством пищи.

**Затруднение при прохождении пищи по пищеводу** при грыже пищеводного отверстия диафрагмы носит перемежающийся характер.

Часто провоцируется приемом очень холодной или наоборот очень горячей пищей, а также нервными перегрузками. Постоянный характер затруднений прохождения пищи по пищеводу должен насторожить в отношении осложнений (стриктуры пищевода, язвенные поражения пищевода, ущемление грыжи ПОД).

# Симптом «Шнурков»

# Патофизиология.

Поскольку в желудке давление выше, чем в грудной полости, рефлюкс желудочного содержимого в пищевод должен бы быть явлением постоянным. Однако благодаря запирательным механизмам кардии он возникает редко, на короткое время (менее 5 минут) и вследствие этого не рассматривается как патология

# Патофизиология.

ГПОД - многофакторное заболевание. I.W.Ferston и соавт. (1995) различают следующие факторы: стресс, ожирение, беременность, курение, прием лекарств (антагонисты кальция, антихолинергические препараты, бета-блокаторы и др.), факторы питания (жир, шоколад, кофе, фруктовые соки, алкоголь, острая пища).

Развитие заболевания связывают с рядом причин:

- 1) недостаточностью нижнего эзофагеального сфинктера;
- 2) рефлюксом желудочного и дуоденального содержимого в пищевод;
- 3) снижением пищеводного клиренса;
- 4) уменьшением резистентности слизистой оболочки пищевода.

Непосредственной причиной рефлюкс-эзофагита является длительный контакт желудочного (соляная кислота, пепсин) или дуоденального (желчные кислоты, трипсин) содержимого со слизистой оболочкой пищевода

Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера (НПС).

Возникновение желудочно-пищеводного заброса есть результат относительной или абсолютной недостаточности запирающего механизма кардии. К относительной недостаточности кардии приводит значительный рост интрагастрального давления. Например, интенсивное сокращение антрального отдела способно порождать гастроэзофагеальный рефлюкс даже у лиц с нормальной функцией нижнего пищеводного сфинктера. Относительная недостаточность кардиального затвора встречается у 9-13% больных ГПОД. Гораздо чаще имеет место абсолютная кардиальная недостаточность.

К механизмам, поддерживающим состоятельность функции области пищеводно-желудочного перехода, относятся: нижний пищеводный сфинктер, диафрагмально-пищеводная связка, слизистая "розетка", острый угол Гиса, внутрибрюшное расположение нижнего пищеводного сфинктера, круговые мышечные волокна желудка

Главная роль в "запирательном" механизме кардии отводится состоянию нижнего пищеводного сфинктера. У здоровых лиц давление в этой зоне составляет  $20,8 \pm 3$  мм рт.ст. У больных с ГЭРБ оно снижается до  $8,9 \pm 2,3$  мм рт.ст..

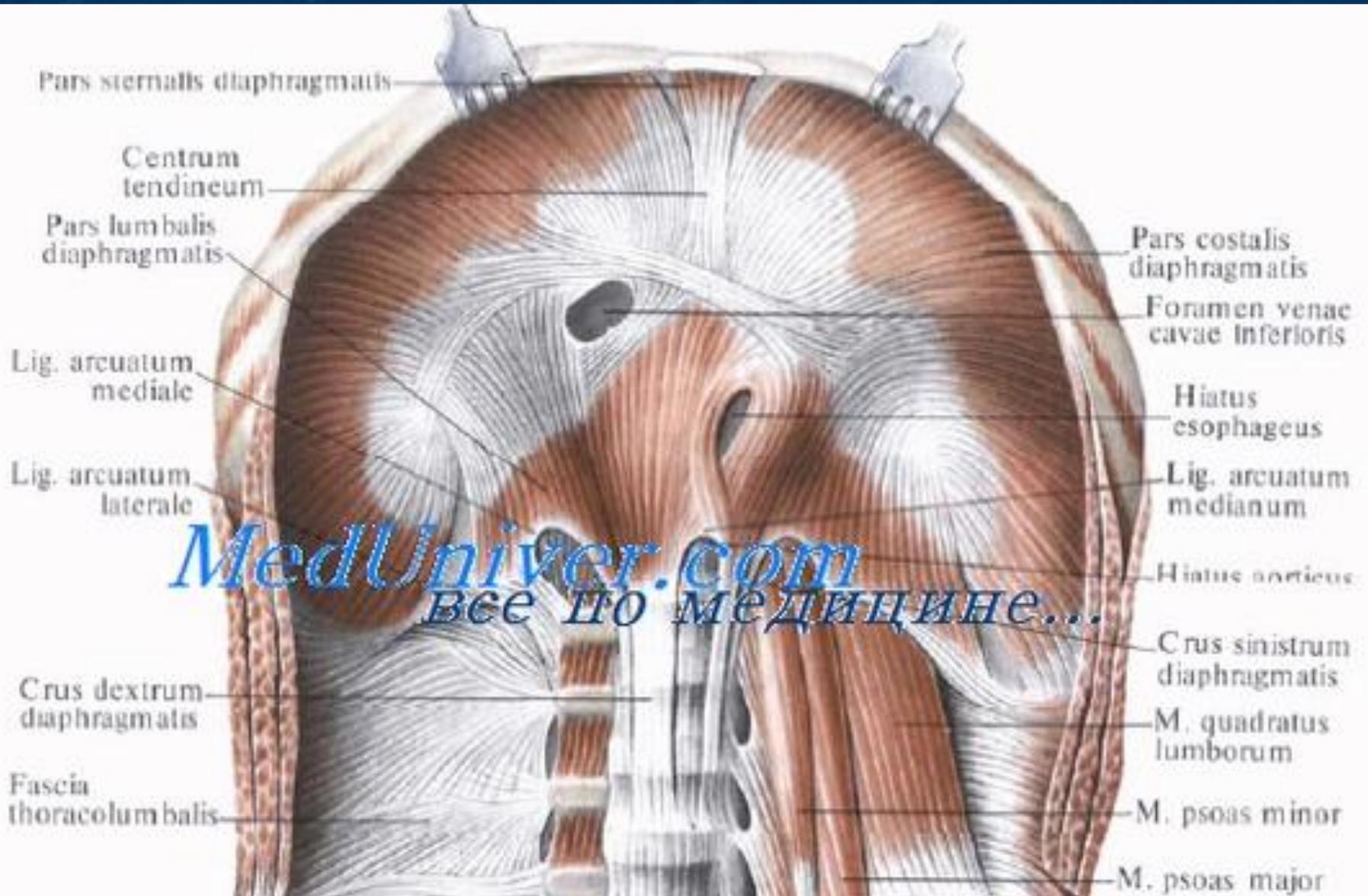
Тонус находится под воздействием значительного числа экзогенных и эндогенных факторов.

Давление в НПС снижается под влиянием ряда гастроинтестинальных гормонов: глюкагона, соматостатина, холецистокинина, энкефалинов, секретина, вазоактивного интестинального гормона).

Некоторые из широко применяемых лекарственных препаратов (холинергические, седативные и снотворные средства, бета-блокаторы, теофиллин и др.) также оказывают депрессивное воздействие на запирательную функцию кардии. Тонус НПС снижают некоторые продукты питания (жиры, шоколад, цитрусовые, томаты), а также алкоголь, никотин

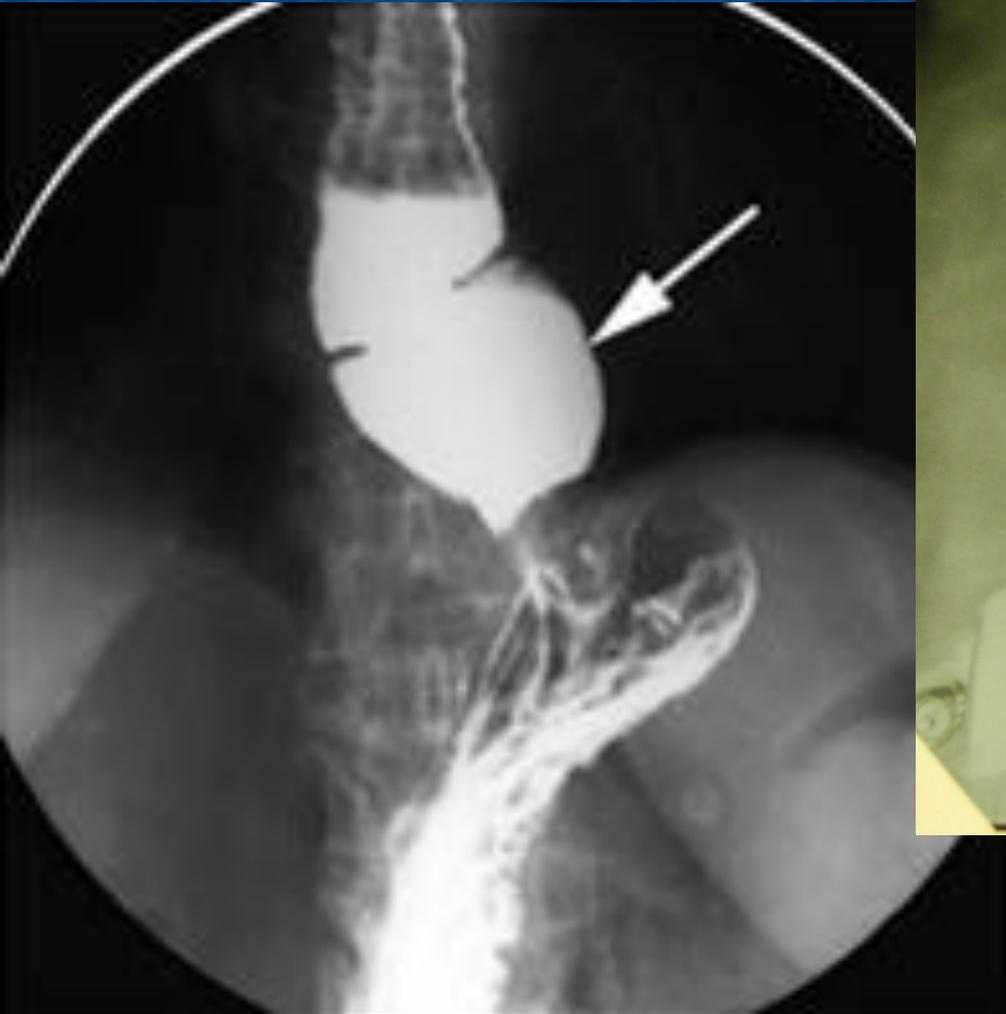
Часто ретроградное попадание желудочного или дуоденального содержимого в пищевод наблюдается у больных с хиатальной грыжей. Рефлюкс при грыже пищеводного отверстия диафрагмы объясняется рядом причин: 1) дистопия желудка в грудную полость приводит к исчезновению угла Гиса и нарушению клапанного механизма кардии (клапан Губарева); 2) наличие грыжи нивелирует запирающее действие диафрагмальных ножек в отношении кардии; 3) локализация нижнего пищеводного сфинктера в брюшной полости предполагает воздействие на него положительного внутрибрюшного давления, которое в значительной степени потенцирует запирающий механизм кардии

# Ножки диафрагмы



# Диагностика

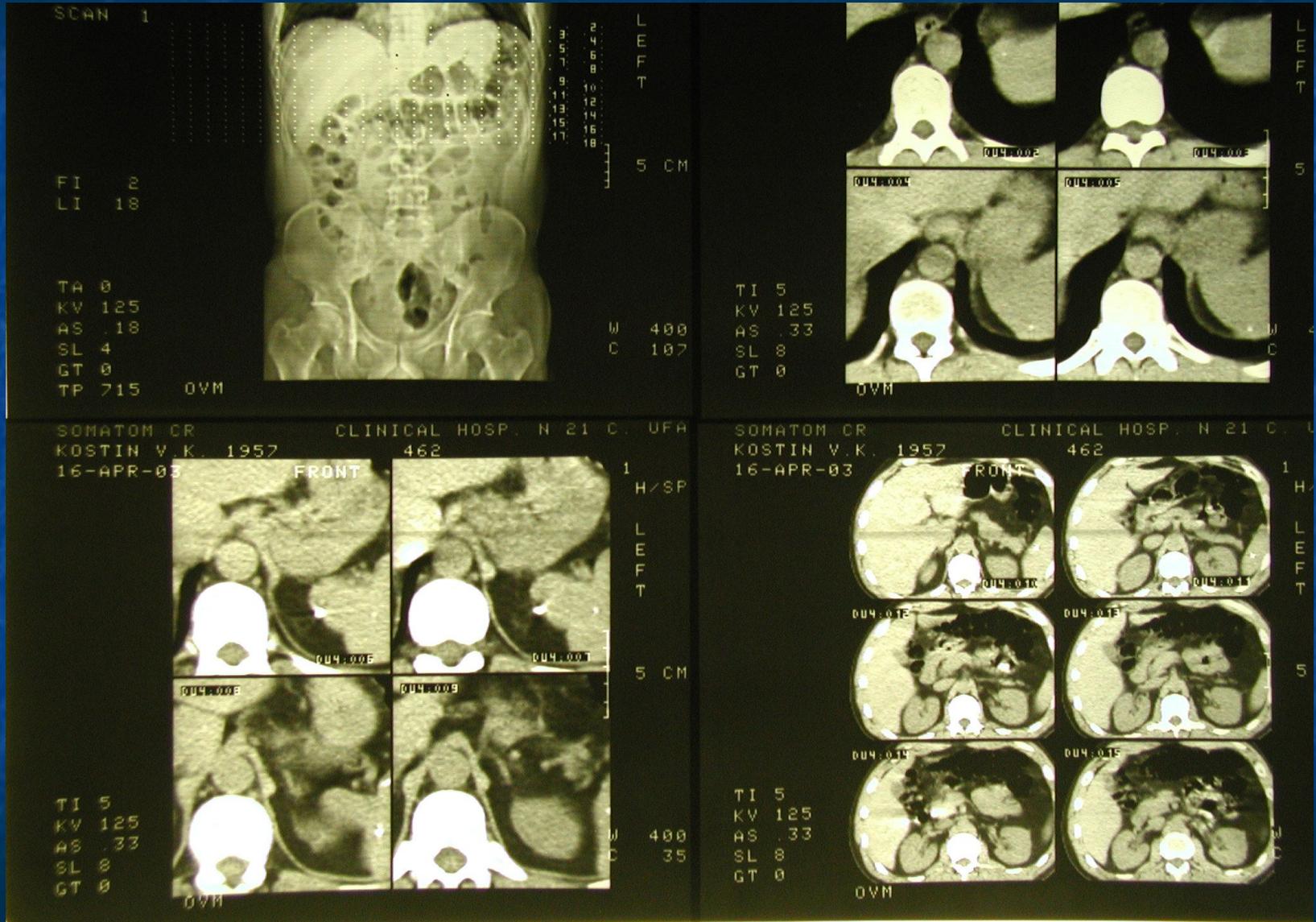
## Рентгенография



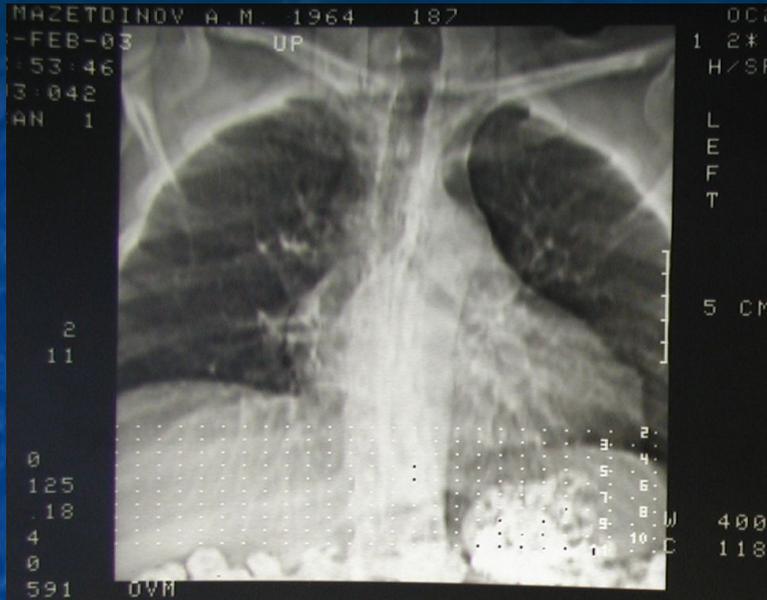
# Тракционная рентгенобаллонография (скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы)



# КТ в норме



# ГПОД



# Эндоскопия



При нормальных условиях в нижней трети пищевода уровень кислотности среды рН равен 6,0 (это можно определить с помощью суточной пищеводной рН-метрии). О наличии рефлюкса свидетельствует значение рН < 4,0 (кислотный гастроэзофагеальный рефлюкс). О наличии рефлюкса свидетельствует значение рН < 4,0 (кислотный гастроэзофагеальный рефлюкс) или же рН > 7,0 (щелочной, желчный дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс).

# ОСЛОЖНЕНИЯ.

1. Пептические язвы пищевода наблюдаются у 2-7% больных ГПОД, у 15% из них язвы осложняются перфорацией, чаще всего в средостение.
2. Острые и хронические кровопотери различной степени наблюдаются у всех пациентов с пептическими язвами пищевода, причем сильное кровотечение отмечается у половины из них.
3. Стенозирование пищевода придает заболеванию более стойкий характер: прогрессирует дисфагия, ухудшается самочувствие, снижается масса тела.
4. Стриктуры пищевода встречается примерно у 10% больных ГПОД. Клинические симптомы стеноза (дисфагия) возникают при сужении просвета пищевода до 2 см
5. Укорочение пищевода – довольно частое осложнение при пищеводных грыжах. Возникает вследствие постоянно протекающего воспаления слизистой оболочки пищевода. В результате укорочения пищевода, грыжа ПОД увеличивается и происходит фиксация части желудка в грудной клетке.
6. Рак пищевода может возникнуть при длительно существующей грыже ПОД, на фоне ее осложнений. Так у 5 – 7% больных раком пищевода при обследовании выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

К числу опасных осложнений ГПОД относится пищевод Баррета, поскольку при этом резко (в 30-40 раз) повышается риск возникновения рака. На фоне цилиндрической метаплазии эпителия часто образуются пептические язвы и стриктуры пищевода. Пищевод Баретта обнаруживается при эндоскопии у 8-20% больных ГПОД. Клинически он проявляется общими симптомами рефлюкс-эзофагита и его осложнениями. Диагноз пищевода Баретта должен подтверждаться гистологически (обнаружение в биоптатах цилиндрического, а не многослойного плоского эпителия)

# Лечение

Консервативное лечение направлено на предотвращение осложнений и улучшение самочувствия пациентов. Для лечения и профилактики рефлюкс-эзофагита назначают препараты, снижающие кислотность желудочного сока (омез, париет, ранитидин и т.д.), обволакивающие препараты (маолокс и др.), которые защищают слизистую пищевода от действия желудочного сока. Проводят лечение сопутствующих заболеваний. При этом пациентам надо абсолютно точно понимать, что вылечить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы консервативно невозможно, а можно добиться длительной ремиссии заболевания.

Средства повышающие тонус нижнего пищеводного сфинктера

## **1. метоклопрамид (реглан, церукал).**

2. В качестве прокинетики в качестве прокинетики применяют мотилиум. Курс лечения при катаральном или эндоскопически негативном эзофагите длится около 4 недель, при эрозивном 6-8 недель, при отсутствии эффекта лечение может быть продолжено до 12 недель и более.

Как и при ГЭРБ основой лечения рефлюкс-эзофагита является изменение образа жизни - нормализация массы тела, исключение курения, уменьшение потребления алкоголя, жирной пищи, кофе, шоколада, газированных напитков, пищу следует принимать небольшими порциями, регулярно, ужин не позднее, чем за 2-3 часа до сна, необходимо исключить нагрузки, связанные с повышением внутрибрюшного давления, а также ношение тесных поясов, ремней и т.п.

**Спать рекомендуется с приподнятым положением (15-20 см) головного конца кровати.**

Наиболее эффективным препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы. Наиболее эффективным препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП) – омепразол. Наиболее эффективным препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП) – омепразол, панторазол. Наиболее эффективным препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП) – омепразол, панторазол, лансопразол. Наиболее эффективным препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП) – омепразол, панторазол, лансопразол, рабепразол. Наиболее эффективным препаратами для лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП) – омепразол, панторазол, лансопразол, рабепразол и эзомепразол. Препараты эффективны и безопасны при длительном применении (месяцами).

При лечении ГЭРБ применяют невсасывающиеся антациды. При лечении ГЭРБ применяют невсасывающиеся антациды трёх поколений: I-е поколение – фосфалюгель. При лечении ГЭРБ применяют невсасывающиеся антациды трёх поколений: I-е поколение – фосфалюгель (алюминия фосфат). При лечении ГЭРБ применяют невсасывающиеся антациды трёх поколений: I-е поколение – фосфалюгель (алюминия фосфат в сочетании с антисептиком и агар-агаром), II-е поколение – алюминиево-магниевые антациды (маалокс). При лечении ГЭРБ применяют невсасывающиеся антациды трёх поколений: I-е поколение – фосфалюгель (алюминия

# Оперативное лечение

1. Операции, суживающие пищеводное отверстие диафрагмы и укрепляющие пищеводно-диафрагмальную связку.

2. Гастрокардиопексии.

3. Операции, воссоздающие угол Гиса.

4. Фундопликации.

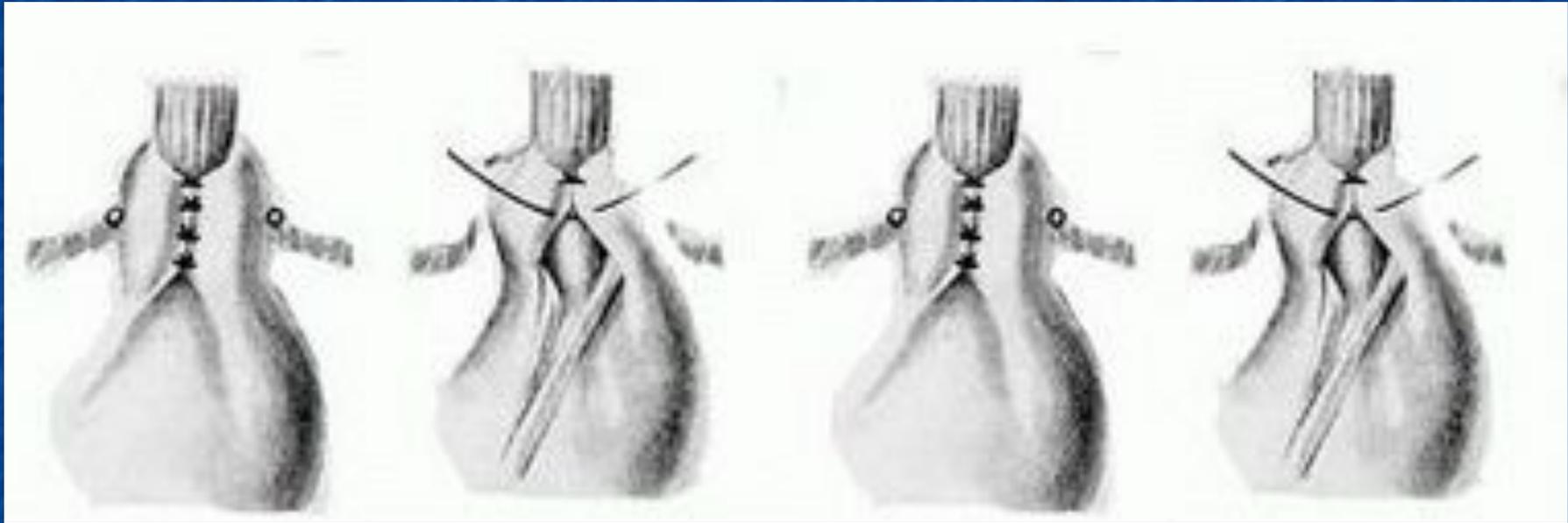
В отдельную группу выделяют операции при коротком пищеводе, вмешательства по поводу стриктур пищевода и оригинальные методики пластик.

К вмешательствам первой группы относятся: крурорафия (ушивание расширенного пищеводного отверстия диафрагмы) после устранения грыжи путем низведения смещенной части желудка и абдоминального отдела пищевода в брюшную полость была первой хирургической методикой, предпринятой при лечении больных СГПОД Harrington S., (1955).

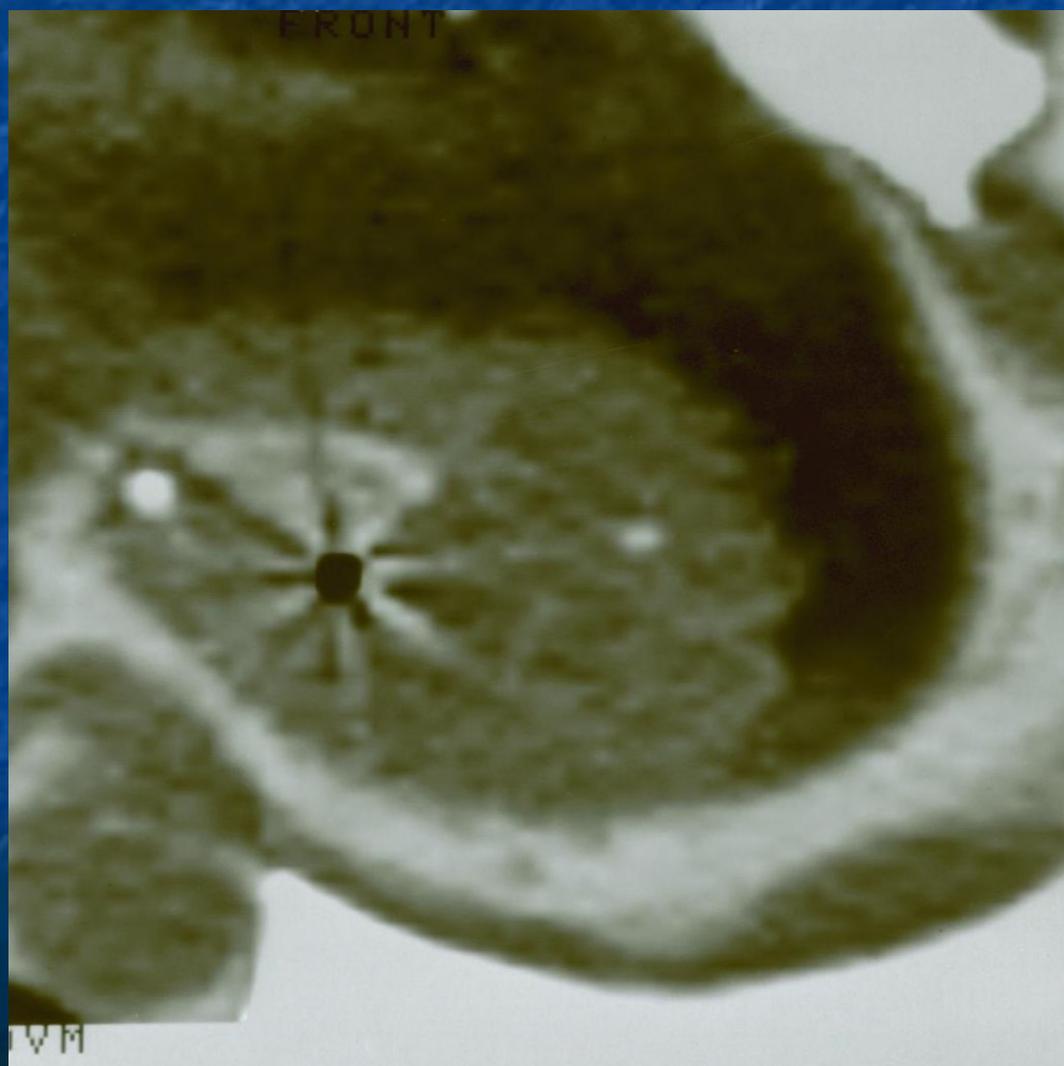
К операциям второй группы относятся вмешательства при которых используется элемент фиксации желудка к брюшной стенке, наибольшее распространение получила методика L. Hill (1967), заключающаяся в подшивании малой кривизны желудка к срединной дугообразной связке и известная под названием задней гастропексии.

Примером третьей группы может служить операция E.Husfeldt (1952), эзофагофундоррафия - подшивание дна желудка к левой стенке дистального отдела пищевода, восстанавливающая угол Гиса. Результаты таких операций также оказались неудовлетворительными.

Наибольшее распространение получили операции четвертой группы - фундопликации, выполняемые в различных модификациях. Они отличаются выраженным антиреф-люксным эффектом. Наиболее известным представителем является фундопликация Ниссена (1955). Однако оказалось, что, обеспечивая вполне надежный антирефлюксный эффект, фундопликация имеет существенные недостатки. Во-первых, она травматична. Широкая мобилизация дистального отдела пищевода и дна желудка, необходимая для полноценного антирефлюксного эффекта фундопликации, приводит к повреждению селезенки в 5 % наблюдений, повреждение блуждающих нервов с последующими пилороспазмом и гастростазом - в 8,2 %, в 3,1 % - 9,8 % наблюдений, развитию язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Во-вторых, было установлено, что создаваемый при фундо-пликации антирефлюксный механизм непредсказуемо часто оказывает чрезмерное действие на НПС и вызывает нарушение его нормальной физиологической функции. Это состояние, обозначаемое как гиперфункция фундопликационной "манжетки", проявляется в виде дисфагии, которая после операции отмечается у больных в 15 - 87 % наблюдений, и невозможности свободной отрыжки и акта рвоты, частота которой варьирует от 3 до 54 % наблюдений



# Фундопликационная манжетка после операции Nissen



Гастродуоденальные кровотечения являются одной из частых причин экстренной госпитализации и летальности больных. В начале 90-х годов по данным Горбунова В.Н. и Кульгиева А.А. от 10 до 20% больных язвенной болезнью имели такое осложнение, как кровотечение. Во второй половине десятилетия этот показатель возрос от 25% до 39-46,6% наблюдений (Шапкин Ю.Г. 2002г.).

В структуре источников всех острых желудочных кровотечений - язвы желудка и 12п.кишки составляют 61-67,5% (Уржумцева Г.А. 2002г.).

Общая летальность при этой патологии достигает 5-14% (Вербицкий В.Г. 2004г.).