

Лапароскопические методы лечения заболеваний пищевода



1. Анатомия пищевода



2. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы



3. Ахалазия кардии

Пищевод, esophagus, имеет вид трубки, соединяющей **глотку** с **желудком**. Место перехода глотки в пищевод у взрослого соответствует уровню VI шейного позвонка или нижнему краю перстневидного хряща, а место перехода в желудок проецируется на уровне XI **грудного позвонка**. У живого человека эти границы могут изменяться при запрокидывании головы, глубоком вдохе или опущении желудка. Длина его в среднем 25–30 см у мужчин и 23–24 см у женщин

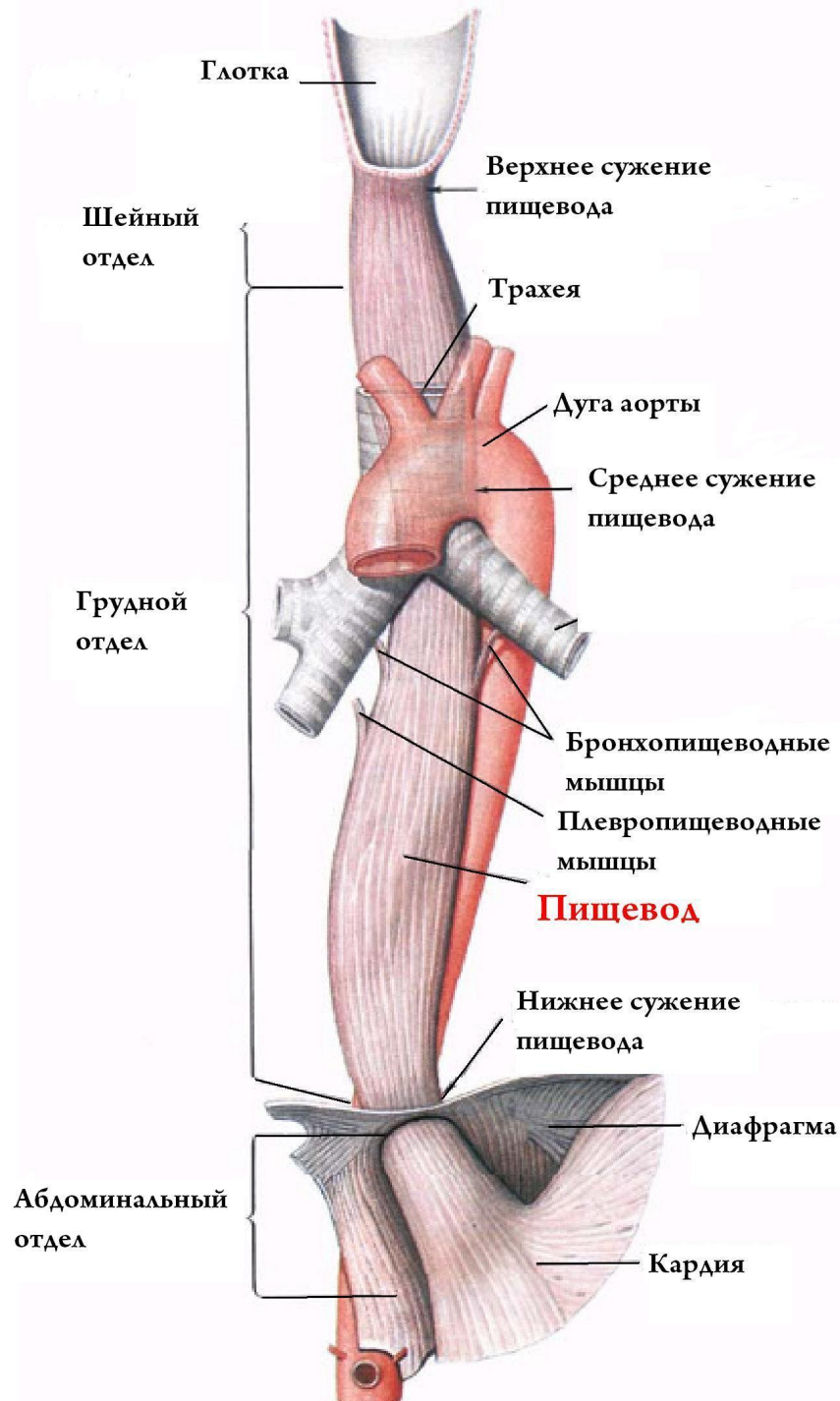
Шейная часть, pars cervicalis, располагается от уровня VI шейного позвонка до I–II грудного. Длина ее колеблется от 5 до 8 см.

Грудная часть, pars thoracica, имеет наибольшую длину – 15-18 см и заканчивается на уровне IX-X грудных позвонков, т.е. у места вхождения пищевода в пищеводное отверстие диафрагмы.

Брюшная часть, pars abdominalis. наиболее короткая, длина ее 1-3 см.

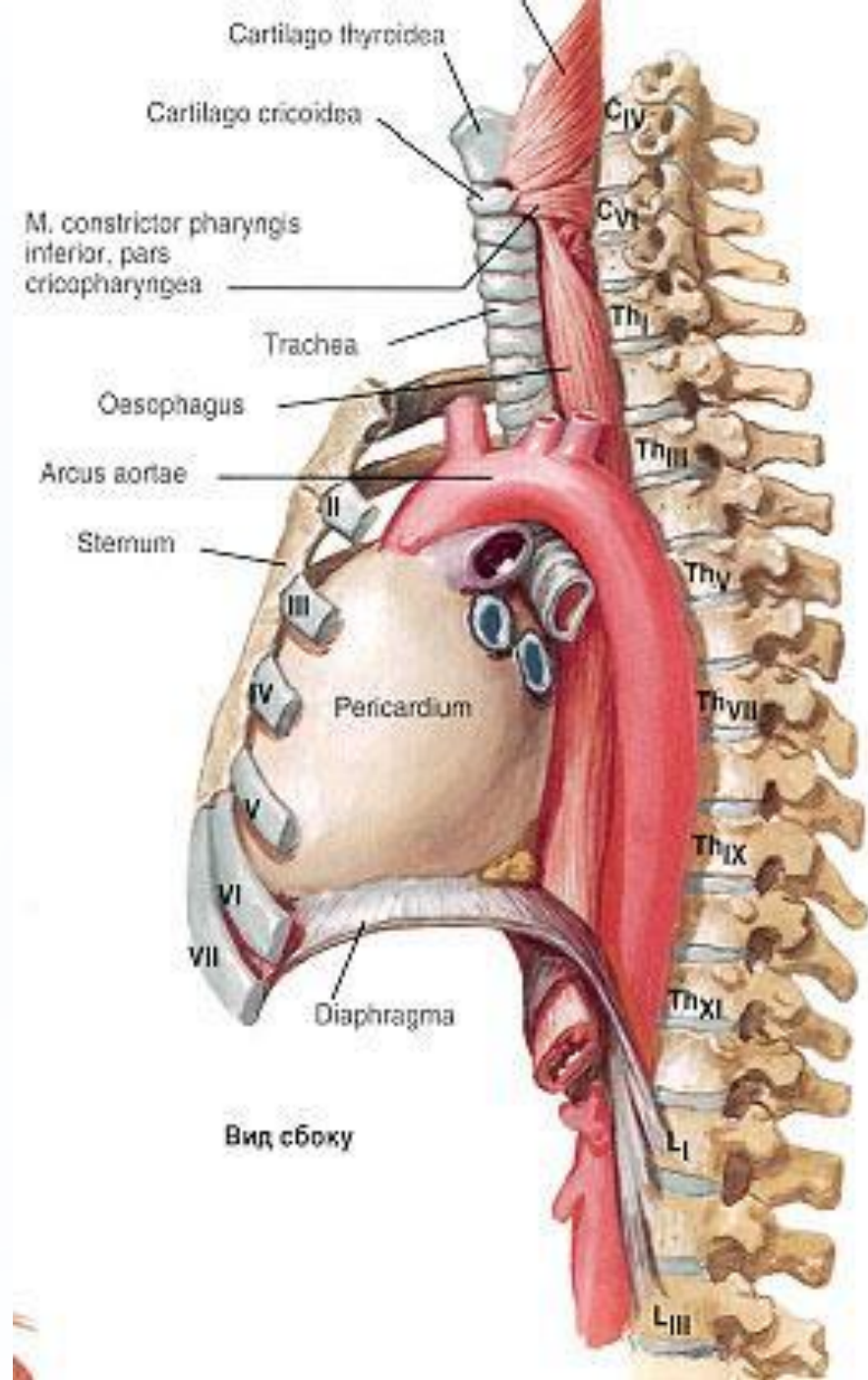
Пищевод лежит впереди **позвоночного столба** и на своем пути имеет 4 изгиба: два – в сагиттальной плоскости и два – во фронтальной плоскости.

* **Анатомия и топография пищевода**

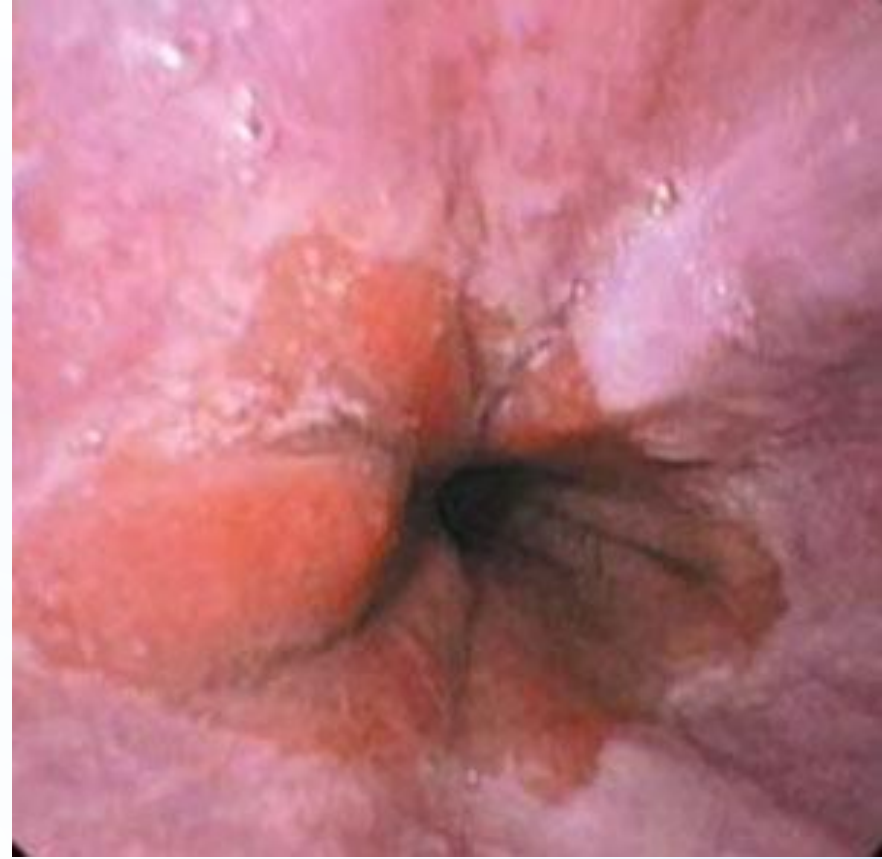


- * Анатомические сужения пищевода:
- * Фарингеальное - в области перехода глотки в пищевод на уровне VI–VII шейных позвонков
- * Бронхиальное - в области соприкосновения пищевода с задней поверхностью левого бронха на уровне IV–V грудных позвонков
- * Диафрагмальное - в месте прохождения пищевода через диафрагму
- * Физиологические сужения пищевода:
- * Аортальное - в области, где пищевод прилежит к дуге аорты на уровне Th IV
- * Кардиальное - при переходе пищевода в кардиальную часть желудка

* **Анатомия и топография пищевода**



Эндоскопическим признаком пищеводно-желудочного перехода является **Z-линия**, которая в норме располагается на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. Z-линия представляет собой место перехода эпителия пищевода в желудочный эпителий. Слизистая пищевода покрыта **многослойным плоским** эпителием, слизистая оболочка желудка покрыта **однослойным цилиндрическим** эпителием.



* Эндоскопическая картина



ГПОД и рефлюкс-эзофагит-
заболевание пищевода и связочного аппарата диафрагмы, при котором возникает расширение пищеводного отверстия диафрагмы и растягиваются связки, фиксирующие пищевод и желудок.

* **Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**

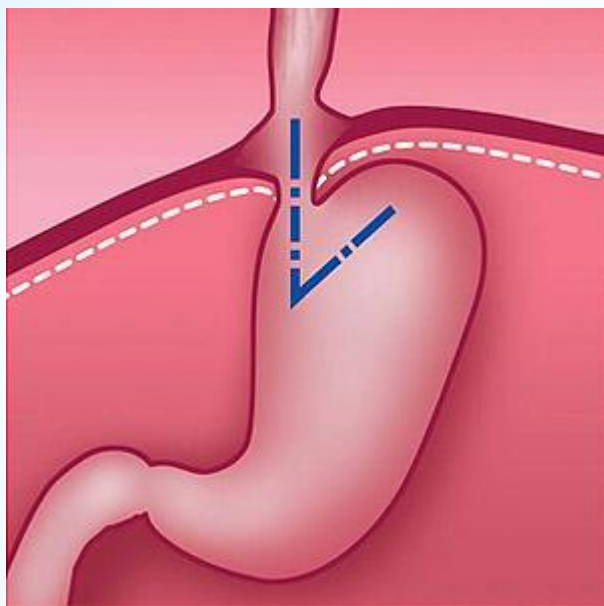


Рис. 1. Нормальное положение желудка и угла Гиса

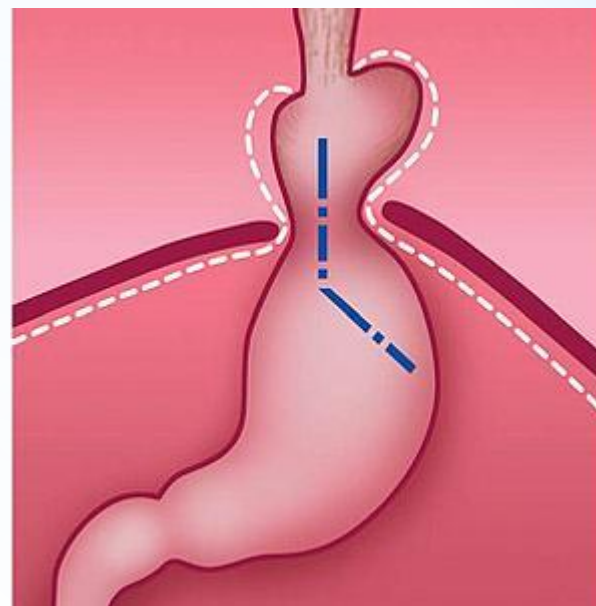


Рис. 2. Перемещение части желудка в грудную полость и изменение угла Гиса при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

В результате растяжения верхняя часть желудка выходит в грудную полость и нарушается работа нижнего пищеводного сфинктера



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В настоящее время по мнению многих авторов ГПОД считается одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ и по своей частоте среди прочей гастроэнтерологической патологии занимают 2-3 место, конкурируя со столь распространенными заболеваниями, как язвенная болезнь и холецистит.

* Статистика и риск развития онкопатологии

Скользкая

- Встречается почти у 90% больных. В этом случае кардия лежит выше пищеводного отверстия диафрагмы, в связи с чем изменяются соотношения между пищеводом и желудком, резко нарушается замыкательная функция кардии.

Параэзофагеальная

- Отмечается приблизительно у 5% больных. Характеризуется тем, что кардия не изменяет своего положения, а через расширенное отверстие выходят дно и большая кривизна желудка.

Короткий пищевод

- Как самостоятельное заболевание встречается редко и представляет аномалию развития. Обычно встречается в сочетании со скользкой грыжей и является следствием спазма, воспалительных изменений и рубцовых процессов в стенке пищевода.

*** Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы**

Степень
РЭ

- Эндоскопическая картина

Степень А

- Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.

Степень В

- Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.

Степень С

- Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода.

Степень D

- Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода.

* Лос-Анджелесская классификация РЭ

I стадия

- округлые и продольные поражения, которые не сливаются и распространяются от Z-линии к слизистой оболочке пищевода

II стадия

- сливающиеся транзиторные поражения в зоне Z-линии, не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки

III стадия

- язвенные поражения, сливающиеся в нижней части пищевода и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки

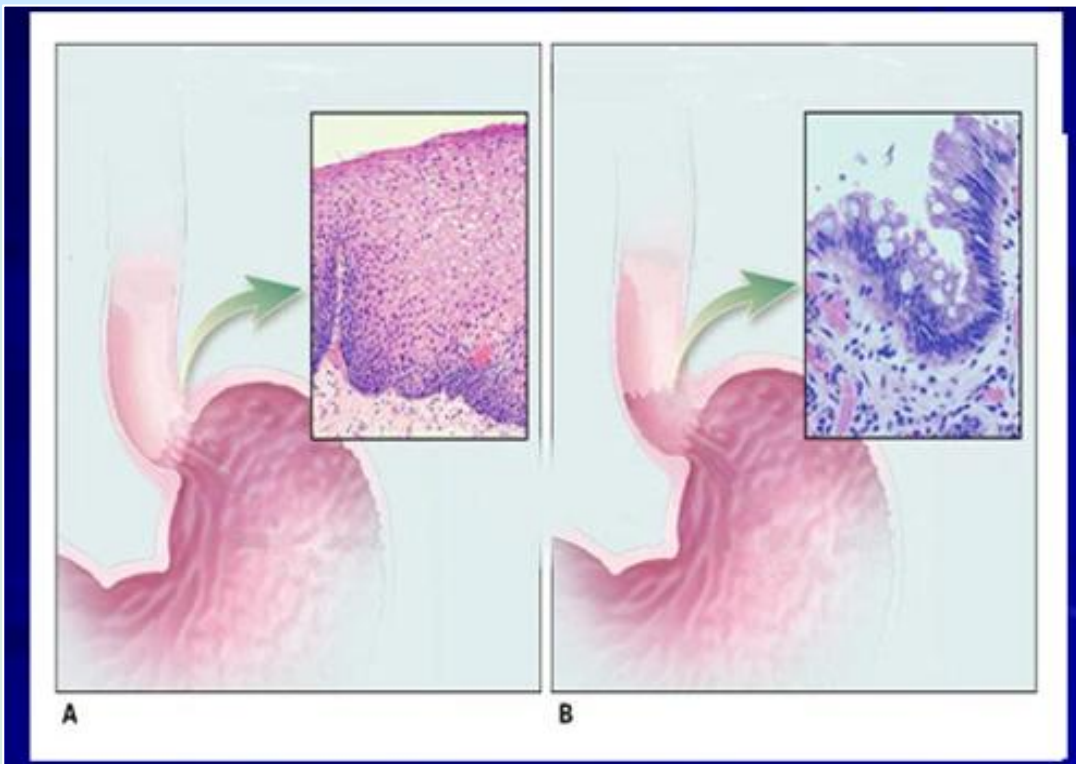
IV стадия

- хронические язвенные поражения пищевода, стриктуры, фиброзный стеноз или короткий пищевод

V стадия

- Эпителий Баррета в изолированном виде или в комбинации с поражениями характерными для I-IV степеней эзофагита

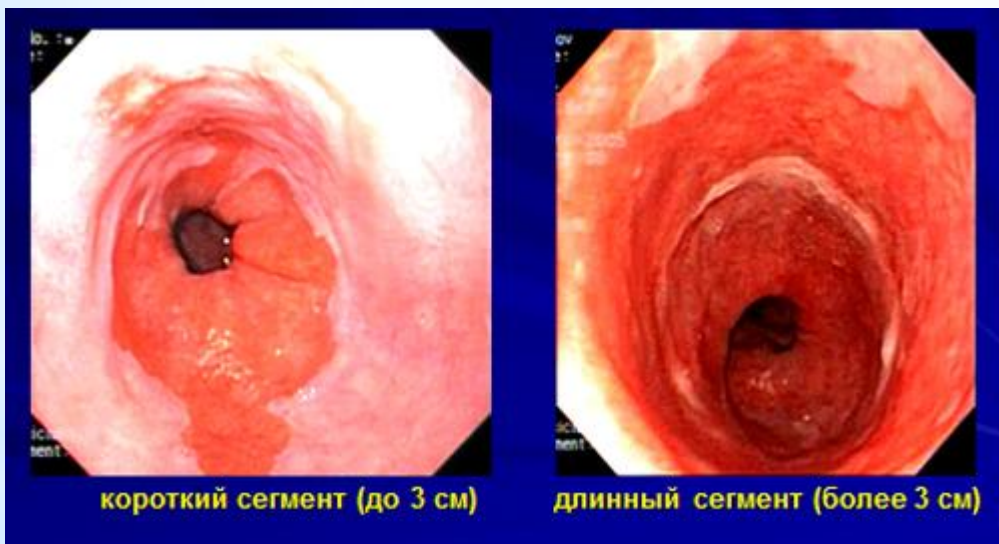
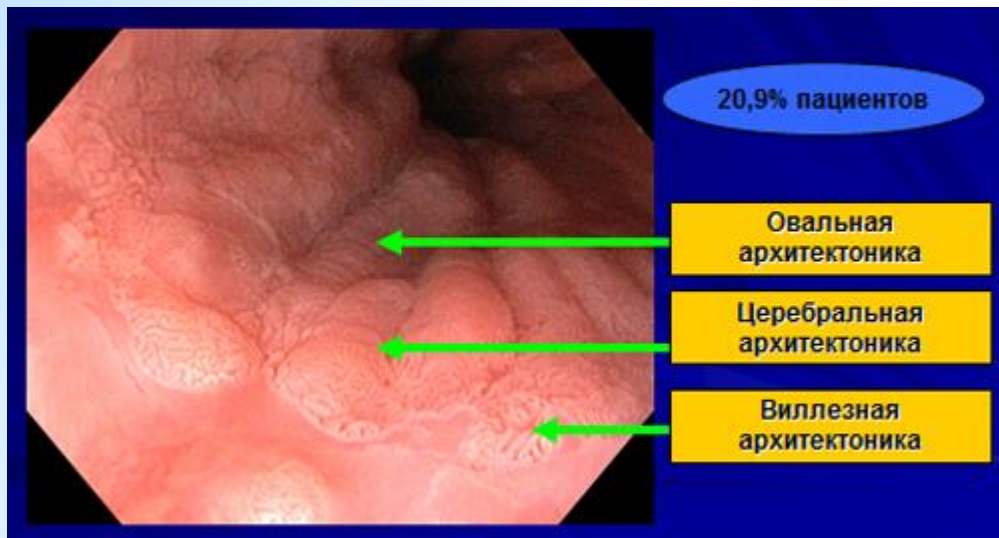
* **Классификация рефлюкс-эзофагита
по Savary-Miller**



Локализация пищевода Барретта в желудочно-пищеводном переходе

Пищевод Барретта - приобретенное состояние, являющееся одним из осложнений **гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)**, развивающееся в результате замещения разрушенного **многослойного сквамозного** эпителия нижней части пищевода специализированным ЦЭ, из-за чего возникает предрасположенность к развитию АП или аденокарциномы кардии.

* **Пищевод Барретта**



Визуальная картинка при эндоскопии, длина поражения слизистой при пищеводе Барретта

* Пищевод Барретта



*Симптомы ГПОД

Фиброгастроскопия

Рентгенография
пищевода и желудка

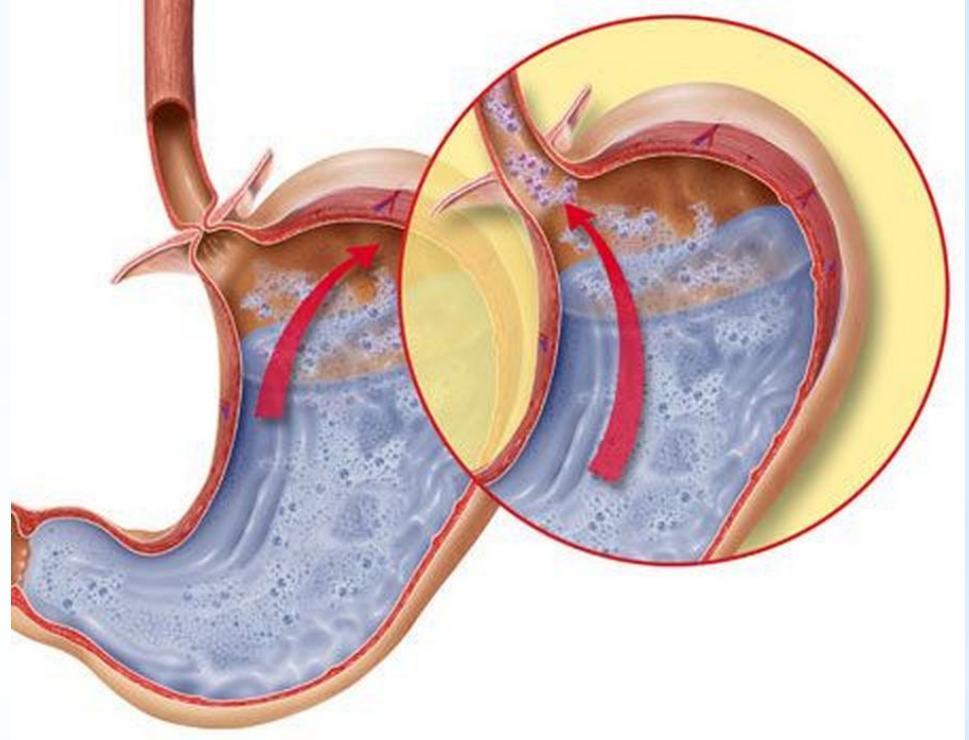
Суточная
рН-метрия

*Инструментальная
диагностика

* Лечение

Лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на 99% соответствует лечению ее осложнений – рефлюкс-эзофита и, к сожалению, терапевтическое лечение ГПОД является чисто симптоматическим.

Консервативному (терапевтическому) лечению у врача-гастроэнтеролога подлежат больные с небольшими нефиксированными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, без выраженной клинической картины и только в том случае, если пациент готов пожизненно принимать препараты, препятствующие возникновению рефлюкс-эзофита или уменьшающие симптомы заболевания.



неэффективно
сть
консервативно
го лечения

наличие
осложнений
ГПОД
(эзофагит,
эрозии и язвы
пищевода,
анемия,
кровотечения)

большие
размеры
грыжи,
ее фиксация
в грыжевых
воротах;

параэзофагеал
ьная (около
пищеводная)
скользящая
грыжа
(высокий риск
ущемления
грыжи)

дисплазия
слизистой
пищевода
(слизистая
пищевода
приобретает
строение
слизистой
тонкого
кишечника)

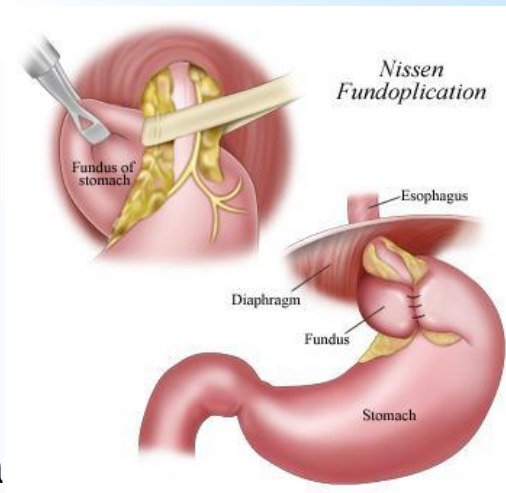
*** Показания к
оперативному
лечению**



• бариатрическая

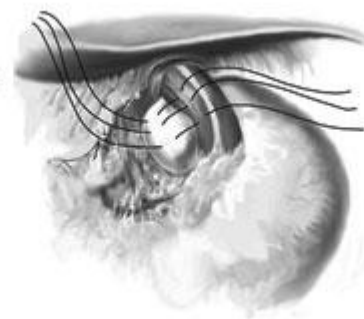
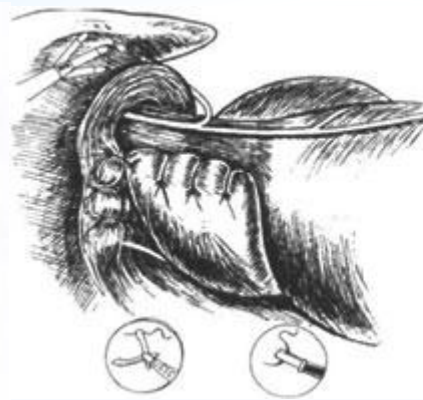
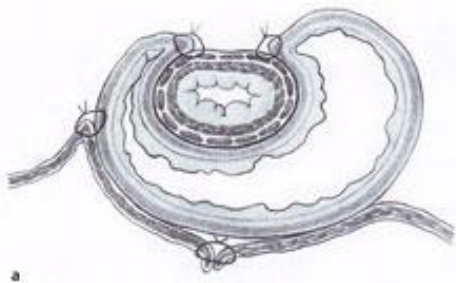


• лапароскопическая



- Фундопликация по Тупе
- Фундопликация по Ниссену

* Хирургическое лечение



ия по Тупе

по Toupet заключается в формировании симметричной передней и задней стенок фундального отдела желудка, на 270° (передний пищевод, оставляя свободной передне-правую ее часть (отсечение левого блуждающего нерва)

* Лапароскопическая фундопликация по Тупе

Пищевод



1 на 100 тысяч человек, в структуре всех сится к группе тяжёлых нервно-пищеварительного канала и чюй непроходимости пищеводно-а и изменением нормальной при ахалазии кардии пищевод ольшом участке. На этом фоне ьность к гастрину и енем, образуется место **стойкого лекторного** (при глотании), а путём **гидростатического давления**, тившейся к этому времени в

* Ахалазия кардии

Ахалазия кардии классифицируется в зависимости от стадии своего развития

I стадия

- происходит временное нарушение прохождения через кардиальный сфинктер пищи за счёт прекращения его расслабления в процессе глотания

II стадия

- сопровождается умеренной дилатацией стенки пищевода

III стадия

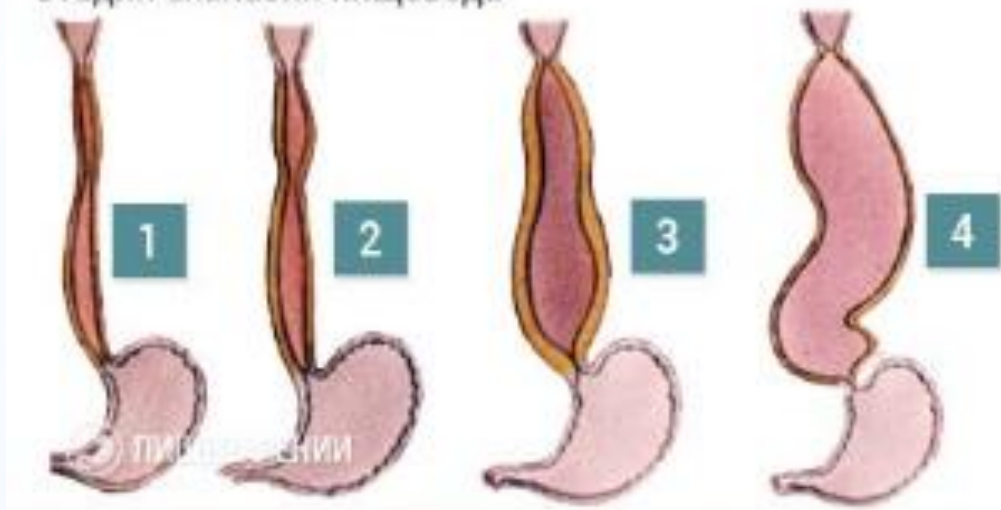
- характеризуется стойким надстенотическим расширением пищевода и наличием стойкого сужения в нижней части пищевода за счёт формирования рубцовых изменений

IV стадия

- характеризуется выраженной клинической картиной, которая развивается на фоне S-образного расширения пищевода и осложнений в виде эзофагита, периезофагита, фиброзного медиастинита, хронического бронхита, хронической пневмонии и ателектазов в легких

* КЛАССИФИКАЦИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Стадии ахалазии пищевода



* Стадии развития



* Симптомы ахалазии кардии

Рентгенография

Фиброгастроскопия

Манометрия

* **Инструментальная диагностика**

Медикаментозное

нитраты (изосорбид,
нитросорбид)

блокаторы
кальциевых каналов
(нифедипин)

ингибиторы
фосфодиэстеразы
(силденафил)

* Лечение

Эндоскопическое

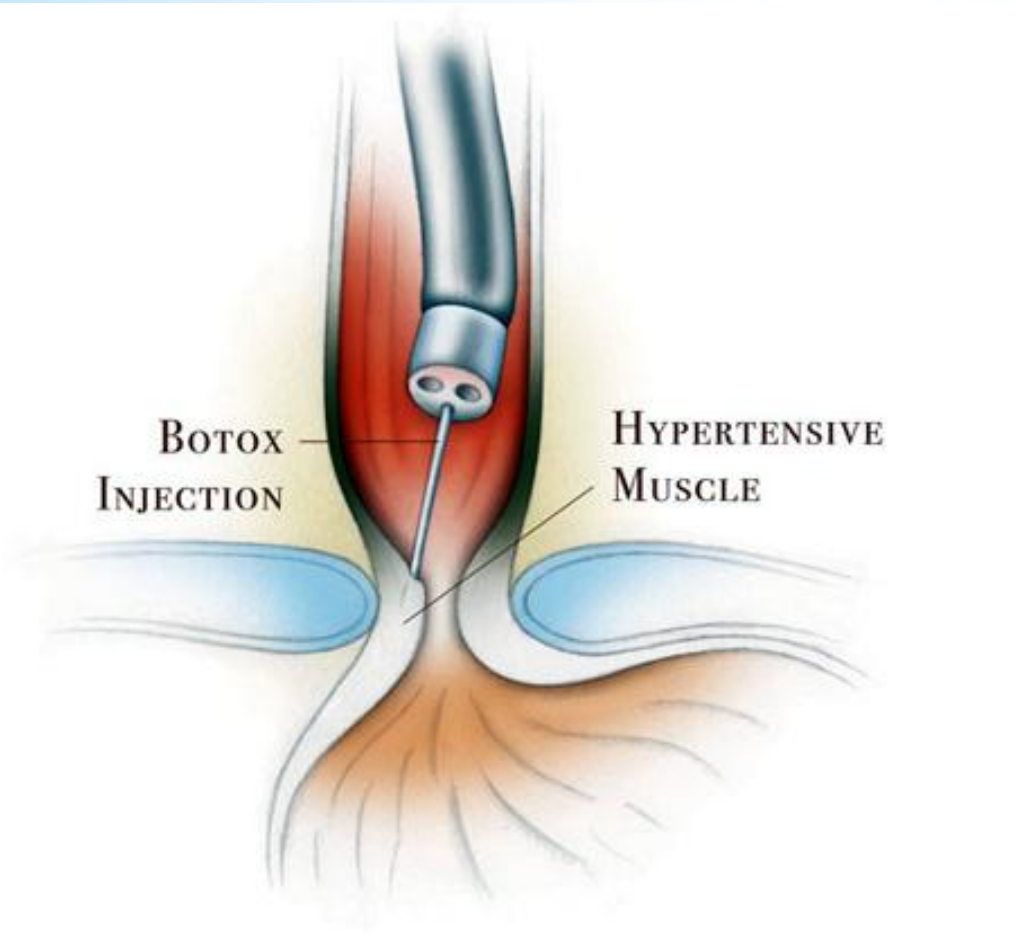
Инъекции
ботулотоксина

Баллонная
дилатация НПС

Пероральная
эндоскопическая
миотомия (РОЕМ)

Хирургическое

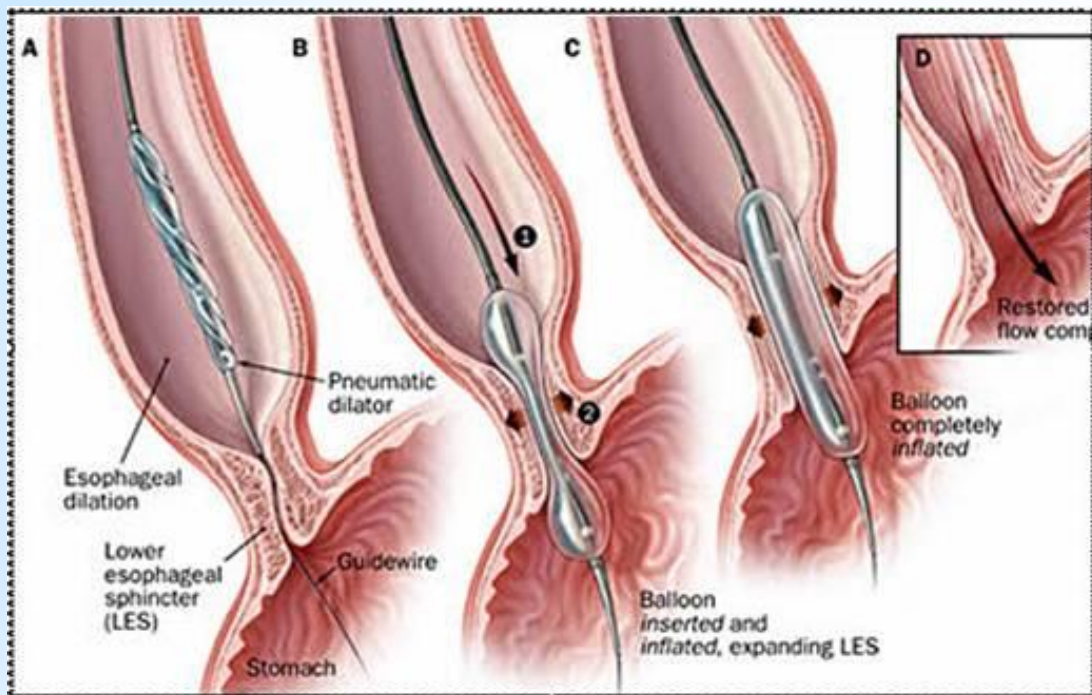
Лапароскопическая
миотомия по
Геллеру



кого токсина
ведения ботулинического токсина
лина, что вызывает опорожнение

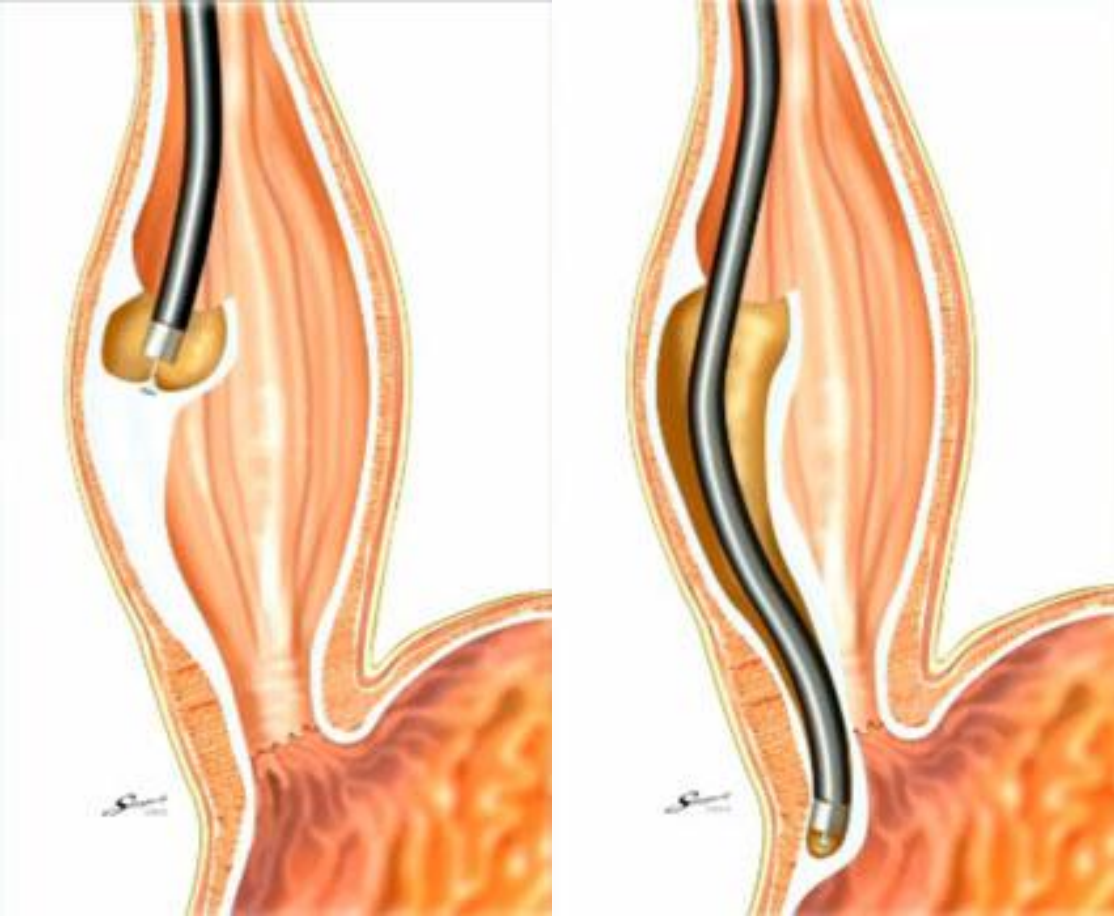
степени

***Инъекции ботулотоксина**



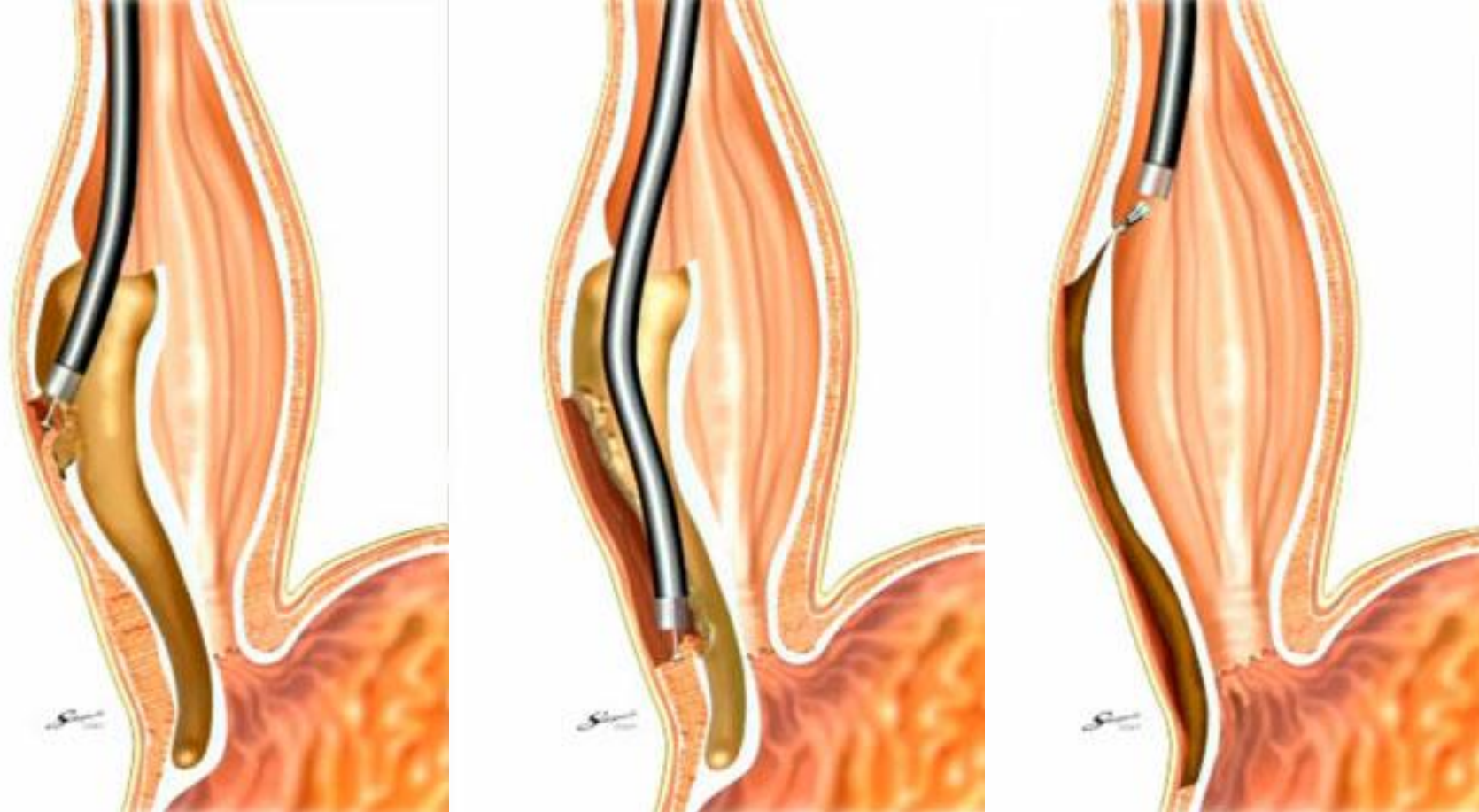
2-3 степени
ного, варикозное расширение вен
ский эзофагит, заболевания
зоточивостью, лихорадочные

* Баллонная дилатация



1щевода на уровне средней трети

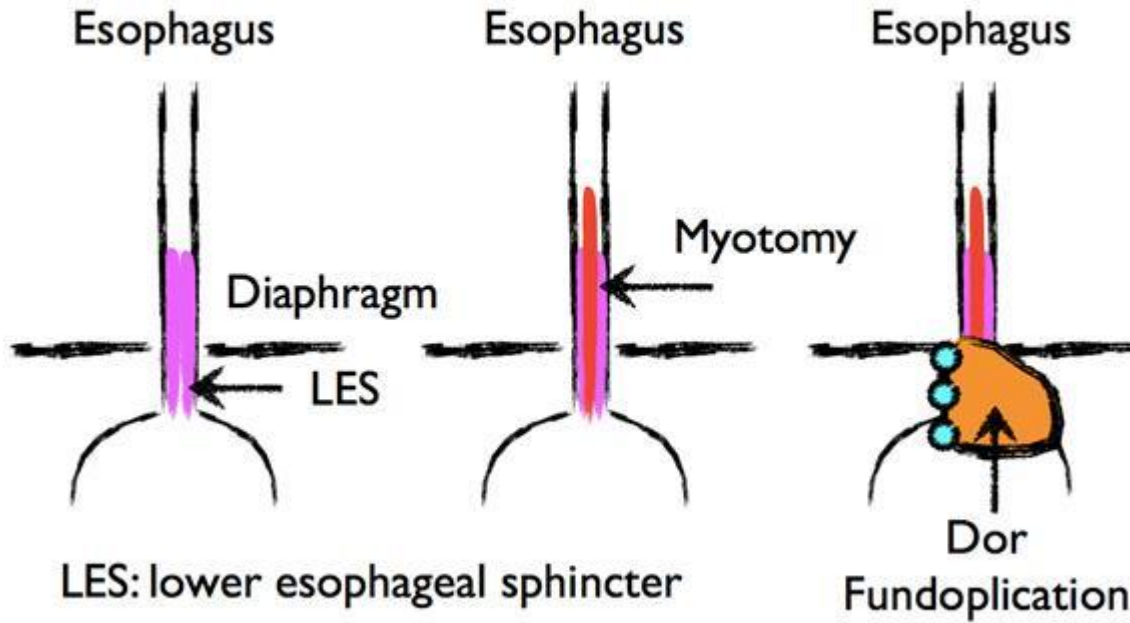
*** Пероральная эндоскопическая миотомия
(РОЕМ)**



О СЛОЯ
ИПС

** Пероральная эндоскопическая миотомия
(РОЕМ)*

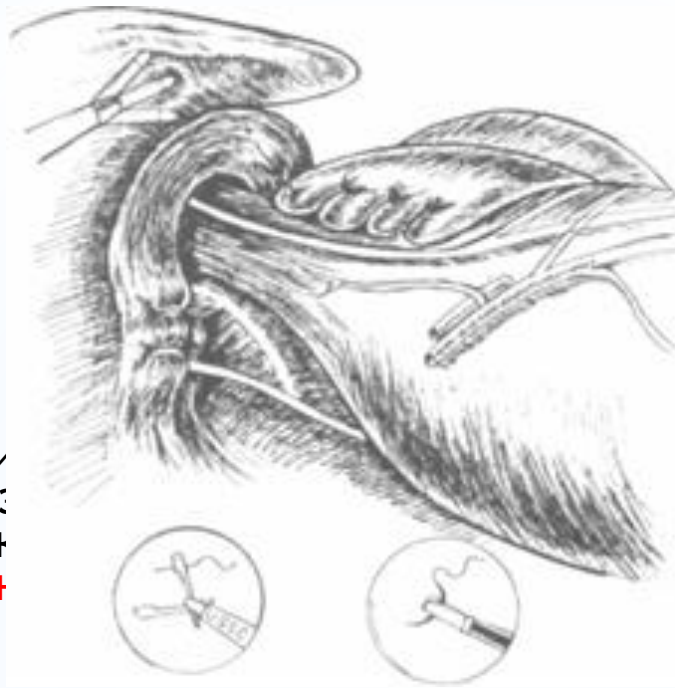
Heller's Myotomy for Achalasia



ью данной операции является

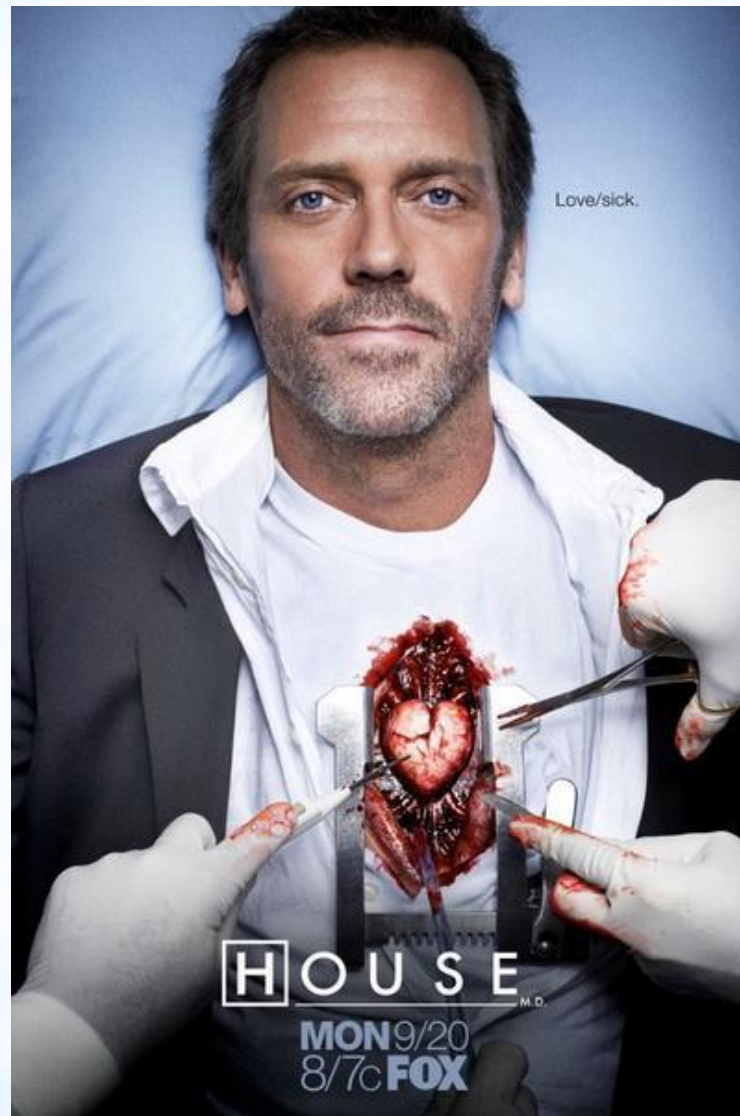
* Хирургические методы

- При **фундопликации** укладывают впереди правой стенке, при **эзофагопектии** — впереди левой диафрагмальной грыжи.



дальнего отдела желудка
эзофага и фиксируют к его
создается правая ножка
на **левой стенке пищевода и**

* **Фундопликация по Dor**



* Спасибо за внимание