

Санкт-Петербургский Городской Педиатрический Медицинский Университет

Ахалазия пищевода

Выполнила студентка 426 группы
Стрельникова А.С.

Ахалазия

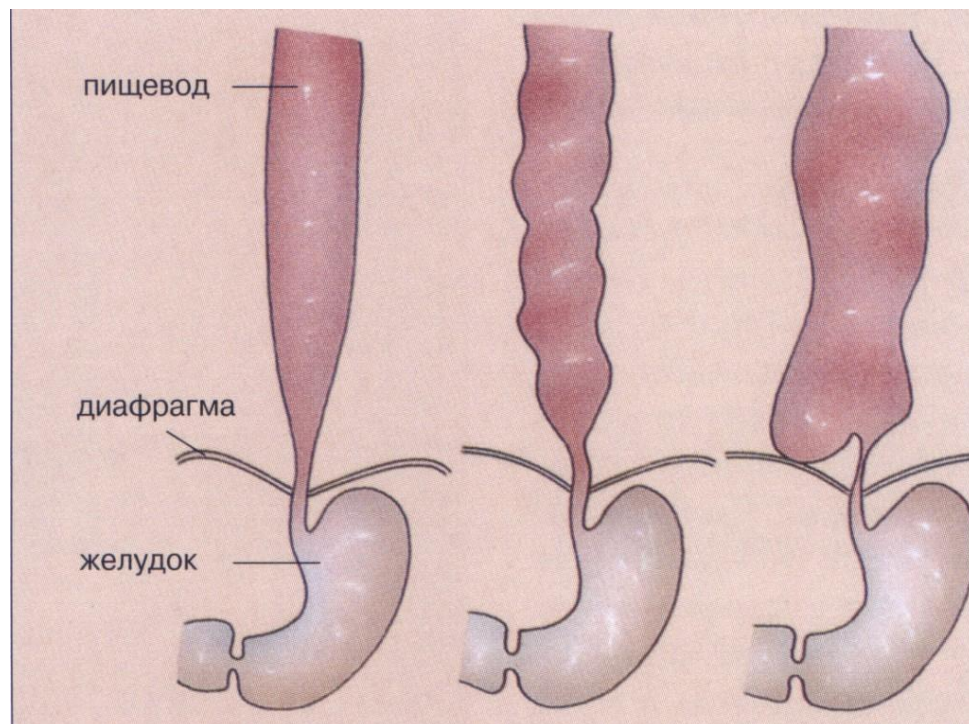
Это хроническое заболевание, характеризующееся отсутствием или недостаточным рефлекторным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего происходит непостоянное нарушение проходимости пищевода, вызванное сужением его отдела перед входом в желудок (кардия) и расширением вышерасположенных участков.

Развиваться может в любом возрасте. Чаще в 20-40 лет. Этиология пока не известна.



Синонимы:

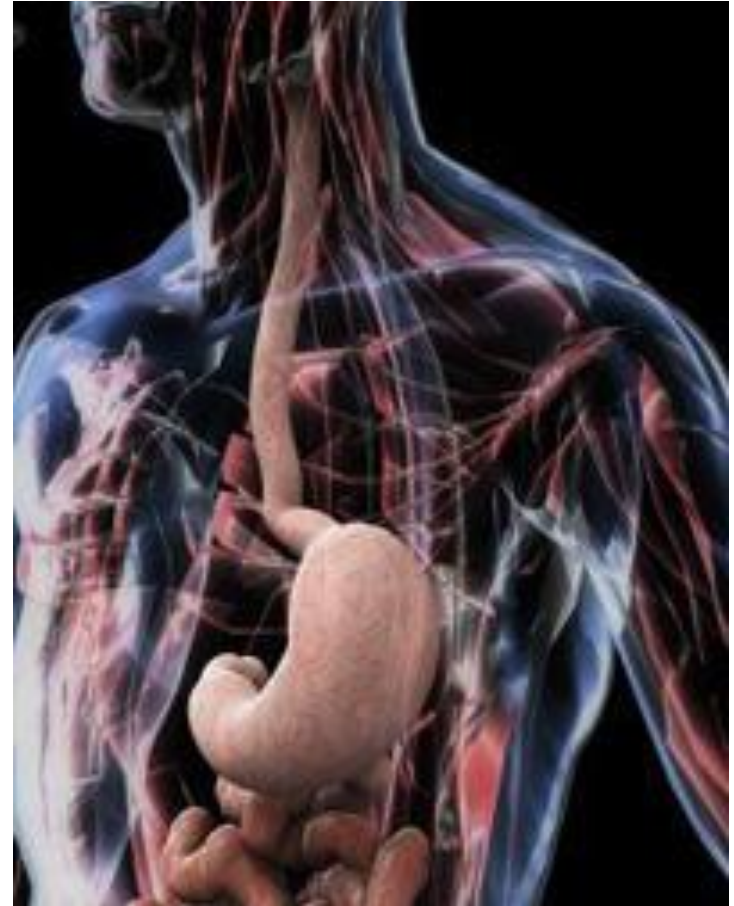
- ахалазия кардии
- кардиоспазм
- аперистальтика пищевода
- мегаэзофагус



Ахалаз

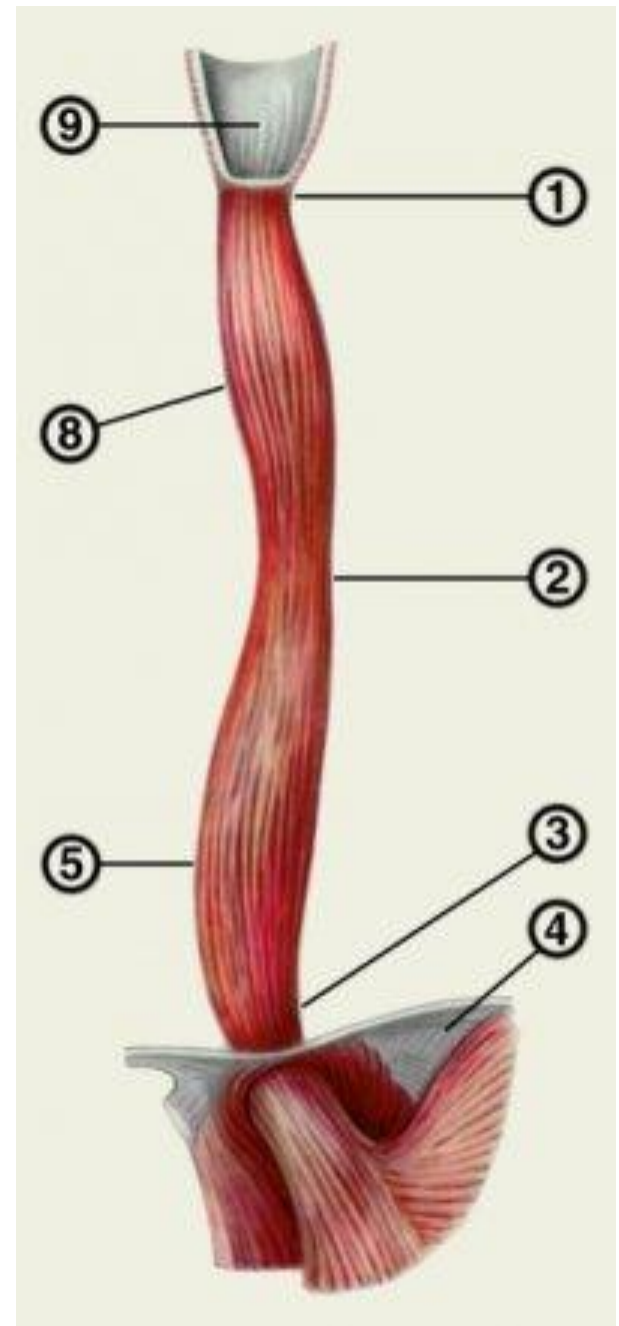
Механизм **ИЯ** возникновения ахалазии кардии связан с нарушением процесса прохождения нервных импульсов к мышцам стенки пищевода (начиная со средней трети пищевода). Это происходит в результате появления патологических изменений в нервных клетках, расположенных между мышечными слоями стенки пищевода (ауэрбахово сплетение). Нервные клетки этого сплетения ответственны за обеспечение двигательной активности (перистальтики) пищевода.

В некоторых случаях к ахалазии кардии могут приводить опухоли, сахарный диабет и болезнь Шагаса.



Пищевод

Пищевод - это цилиндрическая трубка длиной 25-30 см, которая соединяет глотку с желудком. Он начинается на уровне VI шейного позвонка, проходит через грудную полость, диафрагму и впадает в желудок слева от X-XI грудного позвонка. Различают три части пищевода: шейную(8), грудную(5) и брюшную. Брюшная часть пищевода длиной 1-3 см соединяется с кардиальным отделом желудка. В трех местах имеет анатомические сужения: первое (1) - на уровне VI-VII шейных позвонков, переход глотки в пищевод; второе (2) - IV-V грудных позвонков, в зоне прилегания пищевода к задней поверхности левого бронха; третье (3) - в месте прохода пищевода через диафрагму. Кроме того, различают и два физиологических сужения: первое - в месте пересечения пищевода с аортой и второе - в месте перехода в желудок.



Симптомы

Клиническая картина ахалазии кардии характеризуется медленным, но неуклонным прогрессированием всех основных симптомов заболевания:

1. Дисфагия
2. Регургитация
3. Загрудинные боли
4. Похудение
5. Другие симптомы

Дисфаг

ИЯ

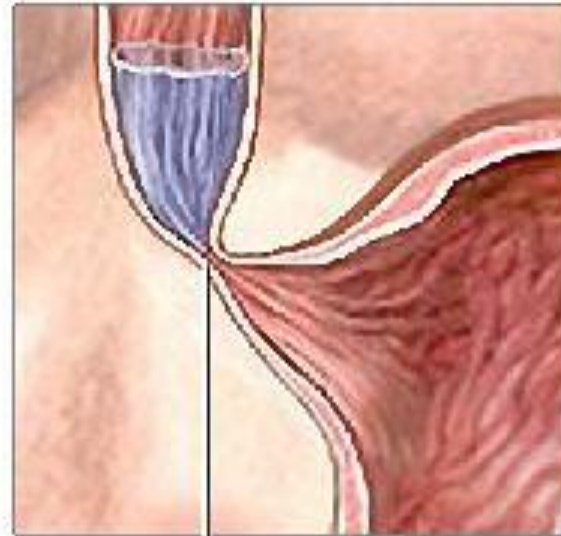
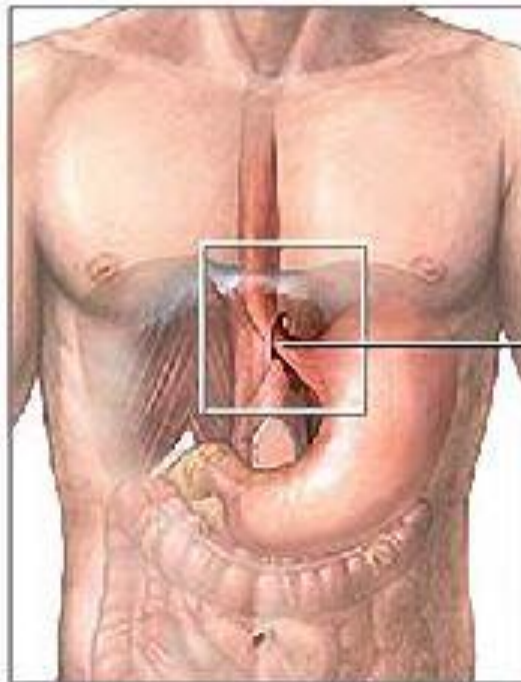
Это наиболее ранний и постоянный симптом, который возникает при употреблении как твердой, так и жидкой пищи. В большинстве случаев при ахалазии кардии проявления пищеводной дисфагии постепенно усиливаются, хотя этот процесс может растягиваться на достаточно длительный срок.

Особенности:

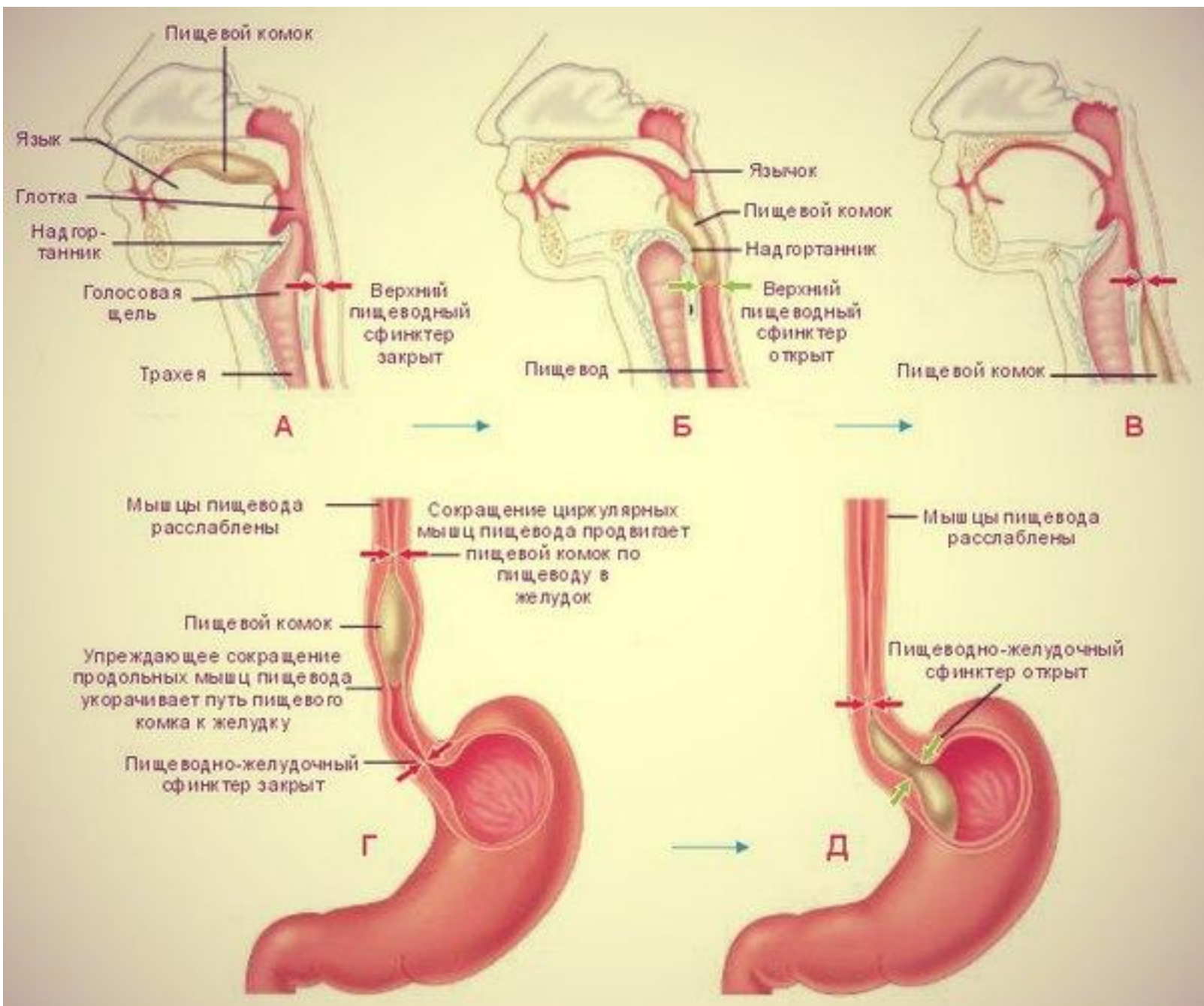
- затруднение в прохождении пищи появляется не сразу, а спустя 2-4 секунды от начала глотания;
- задержка пищевого комка ощущается больным не в области горла или шеи, а в грудной клетке;
- отсутствуют симптомы, характерные для дисфагии, вызванной двигательными нарушениями на уровне глотки (попадание пищи в носоглотку или трахеобронхиальная, возникающая непосредственно во время глотания, осиплость голоса, хрипота и др.)



Lower esophageal sphincter fails to relax

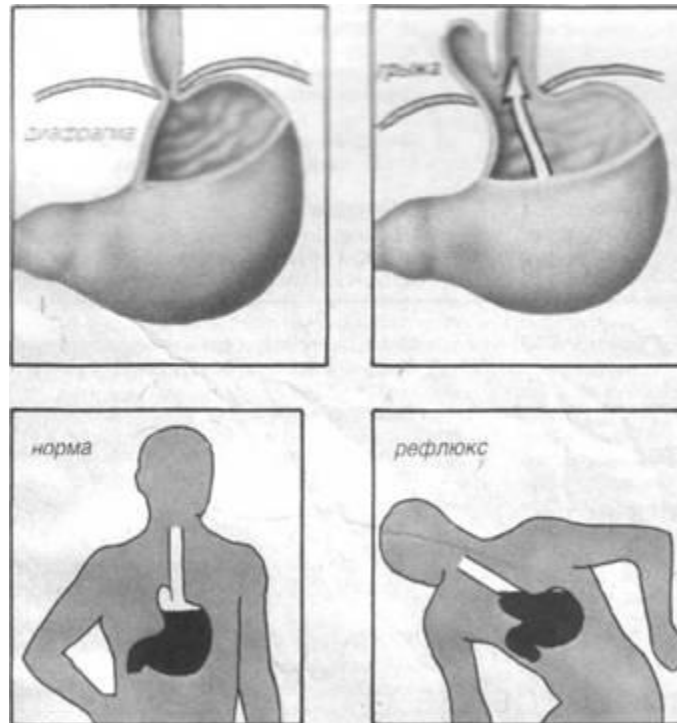


Lower esophageal sphincter



Регургитац

Это пассивное **ия** поступление в полость рта содержимого пищевода или желудка, которое представляет собой слизистую жидкость или не переваренную пищу, съеденную несколько часов назад. Регургитация (срыгивание) обычно усиливается после приёма достаточно большого количества пищи, а также при наклоне туловища вперёд или ночью, когда больной принимает горизонтальное положение («синдром мокрой подушки»).



Боли за

грудиной

Напоминают таковые при стенокардии, также исчезают при приеме нитроглицерина, но никогда не связаны с физической нагрузкой. Развивается у 60 % больных и связана либо со значительным переполнением расширенного пищевода пищей, либо со спастическими сокращениями гладкой мускулатуры. Боль может локализоваться за грудиной, в межлопаточном пространстве и нередко иррадируется в шею, нижнюю челюсть и т. п.

Похудан

ие

У больных с выраженным нарушением прохождения пищи по пищеводу (3-4 стадия ахалазии кардии), как правило, выявляется заметное похудание, несмотря на то, что у многих больных имеется повышенный аппетит. Чаще всего похудание связано с сознательным ограничением приёма пищи из-за боязни появления после еды болей в грудной клетке и дисфагии.

Другие

СИМПТОМЫ

При прогрессировании заболевания и значительном сужении просвета пищевода (4 стадия ахалазии кардии) у больных могут появиться симптомы так называемого застойного эзофагита: тошнота, отрыжка тухлым, повышенное слюноотделение, неприятный запах изо рта. Эти симптомы связаны с застоем и разложением пищи в пищеводе. Изредка у больных с ахалазией кардии появляется изжога, обусловленная ферментативным расщеплением пищи в самом пищеводе с образованием большого количества молочной кислоты. Изжога при ахалазии кардии не связана с возникновением гастроэзофагеального рефлюкса забросом кислого содержимого желудка в просвет пищевода, поскольку при этом заболевании имеет место резкое повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, который препятствует возникновению гастроэзофагеального рефлюкса.

Стади

И

1 стадия (функциональная)	Характеризуется непостоянным нарушением прохождения пищи по пищеводу вследствие кратковременных нарушений расслабления нижнего пищеводного сфинктера при глотании и умеренного повышения его базального тонуса. Расширение пищевода отсутствует.
2 стадия	отмечается стабильное повышение базального тонуса, значительное нарушение его расслабления во время глотания и умеренное расширение пищевода выше места постоянного функционального спазма нижнего пищеводного сфинктера.
3 стадия	Наблюдаются рубцовые изменения дистальной части пищевода, что сопровождается резким органическим его сужением (стенозом) и значительным (не менее чем в 2 раза) расширением вышележащих отделов.
4 стадия	Отмечается выраженное рубцовое сужение пищевода в сочетании с его расширением, S-образной деформацией и развитием осложнений - эзофагита и параэзофагита.

Диагностика

В связи с близкой симптоматикой, ахалазия может быть ошибочно диагностирована, как например, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), диафрагмальная грыжа и, даже, психосоматические расстройства.

Для диагностики ахалазии применяются следующие исследования:

- Рентгенография
- Манометрия
- Эндоскопия пищевода и желудка.
- Компьютерная томография

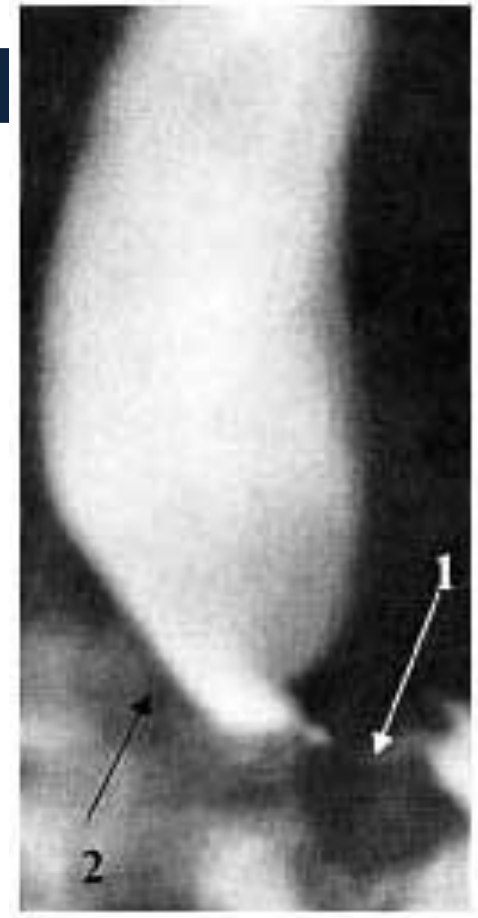
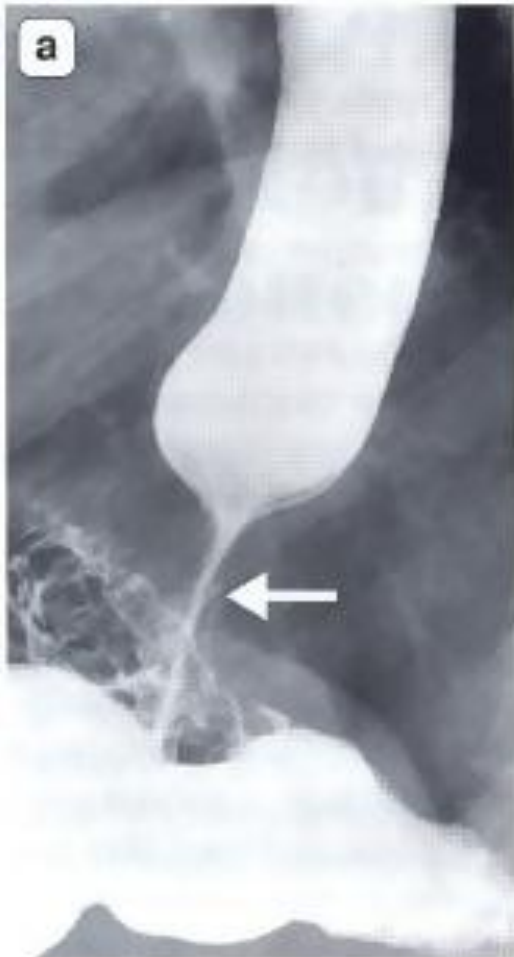
Рентгенограф



Обзорный снимок органов
грудной клетки –
отсутствие газового пузыря
желудка

Рентгенография

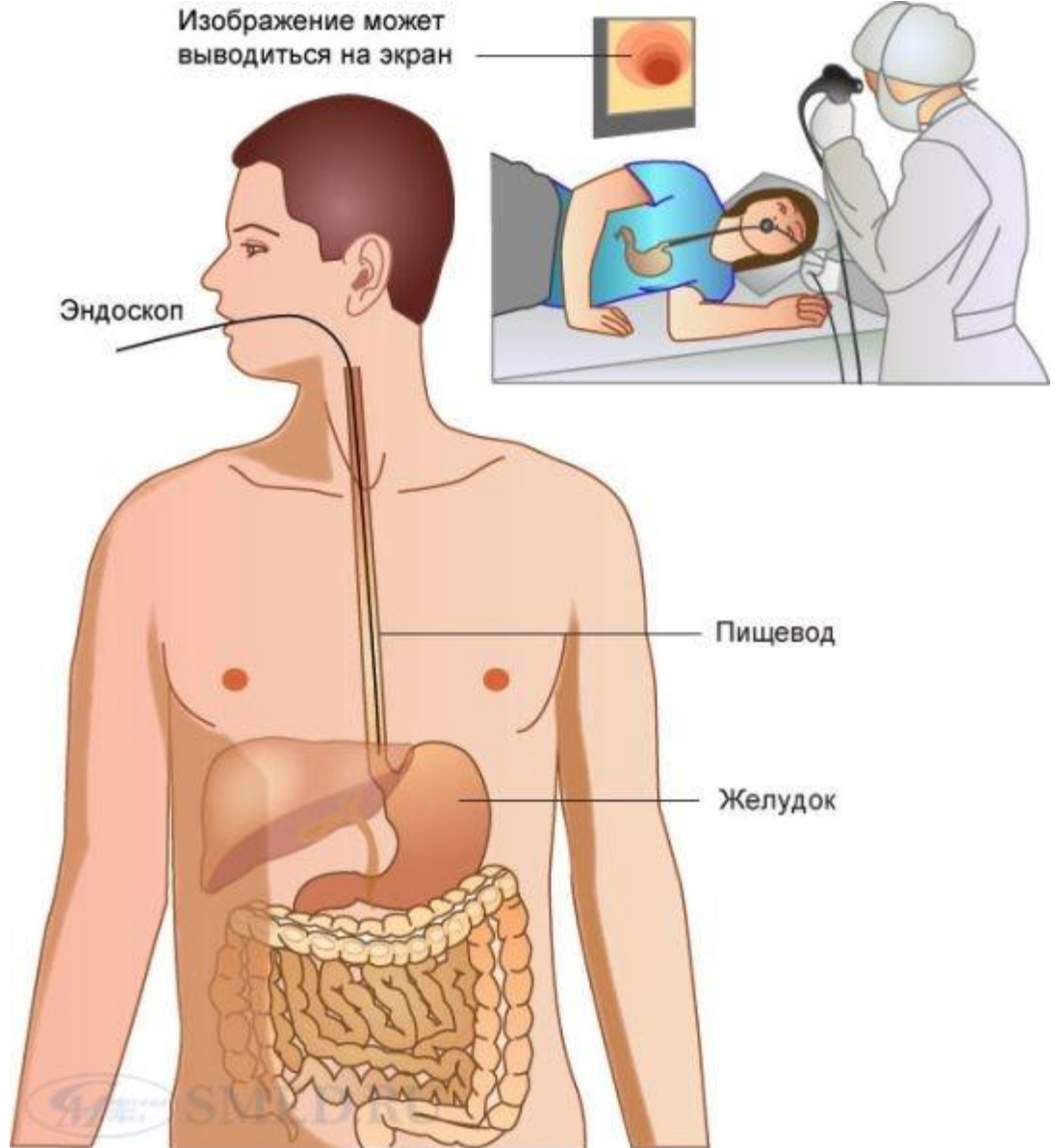
С



Рентгеноскопия с контрастированием пищевода взвесью сульфата бария. Пищевод расширен. В нем задерживается контрастное вещество

Манометрия

Это ключевой тест для установления диагноза. Это исследование позволяет объективно оценить двигательную активность глотки, пищевода, верхнего и нижнего пищеводного сфинктера. С помощью манометрического катетера измеряются волны давления в различных частях пищевода и желудка в процессе акта глотания.

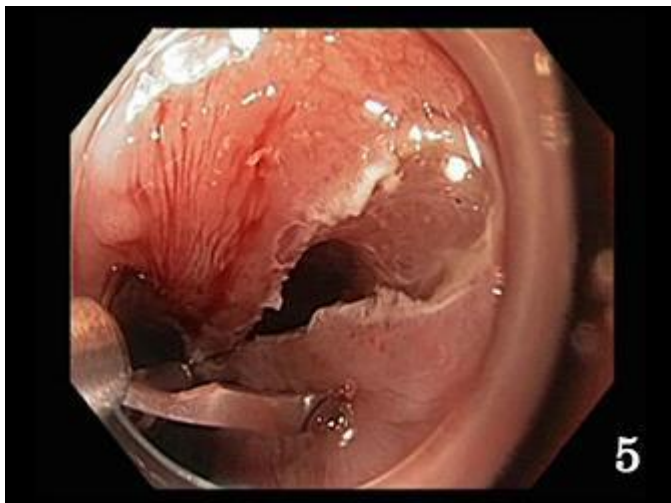


Эндоскоп

Особое **в**нимание уделяется осмотру гастроэзофагеального перехода в тот момент, когда эндоскоп проходит через не расслабленный нижний пищеводный сфинктер.

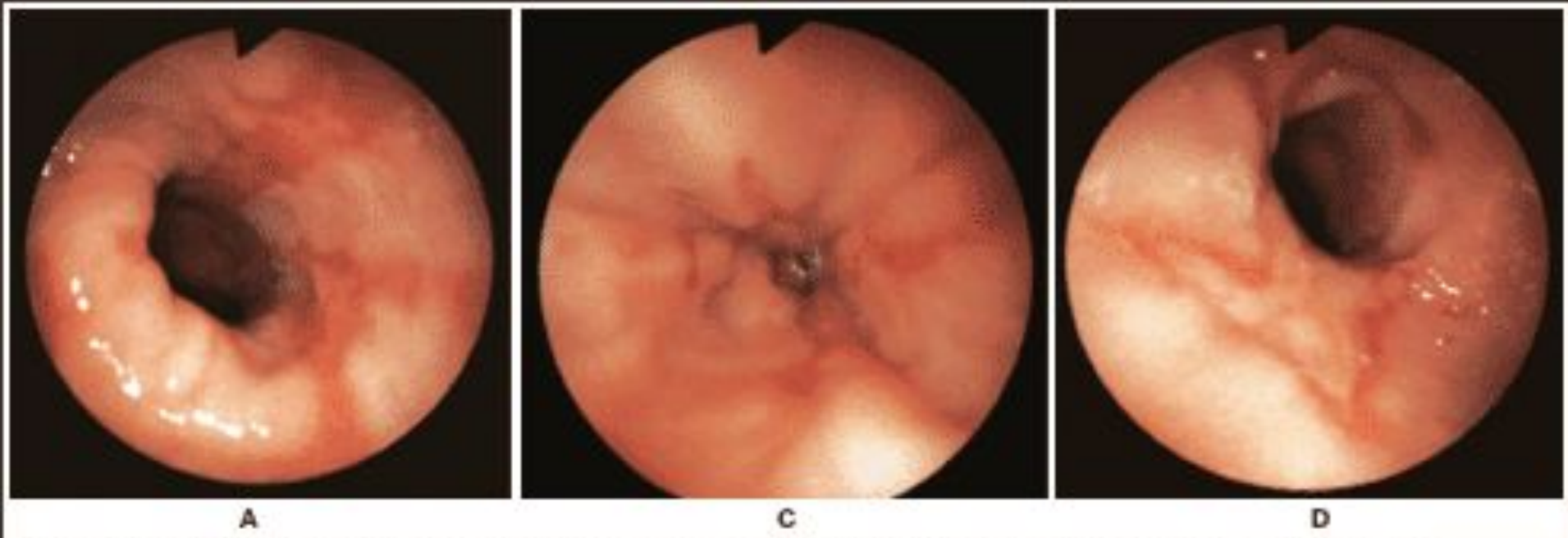
Исследование позволяет обнаружить проблемы раскрытия нижнего сфинктера пищевода при данном заболевании.

В процессе продвижения эндоскопа через ахалазированный кардиальный сегмент пищеводной трубки можно отметить некоторое сопротивление. Иногда оно может быть настолько значительным, что дистальный конец аппарата с большим трудом проходит в полость желудка.

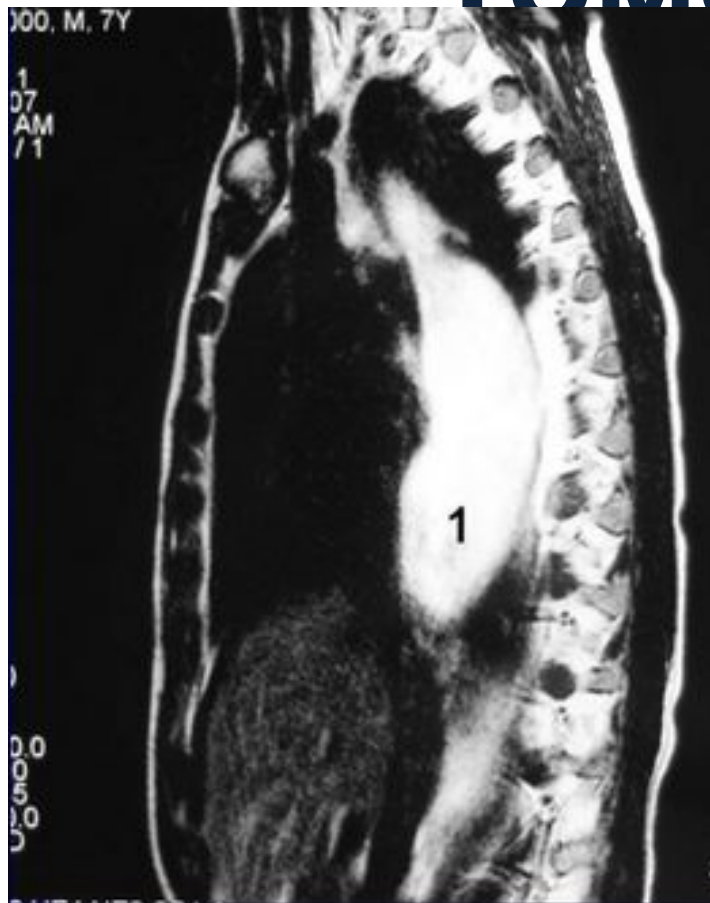


Эндоскоп

ид



Компьютерная Томография



1. – расширенный пищевод

Лечени

Целью лечения является уменьшение выраженности проявлений заболевания за счет устранения препятствия на пути прохождения пищи, которое вызывается повышением давления в нижнем сфинктере пищевода. Для лечения ахалазии кардии применяются немедикаментозные, медикаментозные и хирургические методы лечения.

Немедикаментозное

лечение

Проводится при первой стадии болезни. Заключается в нормализации пищевого режима. Рекомендуется питаться малыми порциями, 5-6 раз в день, хорошо прожевывая пищу. После еды необходимо выпить жидкость для удаления из пищевода остатков пищи. Пища должна быть механически и химически щадящей, нейтральной температуры.

Медикаментозное

лечение

- 1. Нитраты.** Способствуют снижению давления в нижнем пищеводном сфинктере.
Обычно используются пролонгированные формы: изосорбида динитрат (Кардикет , Нитросорбид); иногда может применяться нитроглицерин (Нитроглицерин) под язык (при болях в грудной клетке).
- 2. Блокаторы кальциевых каналов.** Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин (Кордафлекс , Кордипин-ретард), верапамил (Изоптин, Финоптин)) снижают давление в нижнем пищеводном сфинктере. Эффективны примерно в 10% случаев. Назначаются в основном пациентам пожилого возраста, имеющим противопоказания для проведения хирургического лечения.
- 3. Седативные препараты:** Валерианы экстракт , Пустырника экстракт, Персен, Пиона настойка, Негрустин .
С осторожностью применяются: домперидон (Мотилиум), метоклопрамид (Церукал).
- 4. Наряду с медикаментозным лечением рекомендована психотерапия.**

Хирургическое

лечение

1. Пневматическая кардиодилатация
2. Эндоскопическая кардиодилатация.
3. Химическая денервация
4. Кардиомиотомия
5. Парциальная лапароскопическая фундопликация
6. При неэффективности указанных методов лечения прибегают к удалению пищевода.

Пневматическая кардиодилатация

При неэффективности консервативного лечения и при 2-3 стадиях заболевания выполняется расширение пищевода пневматическими кардиодилататорами.

Этот метод лечения эффективен в 70-80% случаев; в 25% случаев может развиваться

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Сущность метода заключается в форсированном расширении нижнего пищеводного сфинктера баллоном, в который под высоким давлением нагнетается воздух или вода.

Сначала в пищевод под контролем флюороскопии вводится баллон и размещается в нем так, чтобы он расширял нижний пищеводный сфинктер, достигая уровня диафрагмы. После этого баллон раздувается.

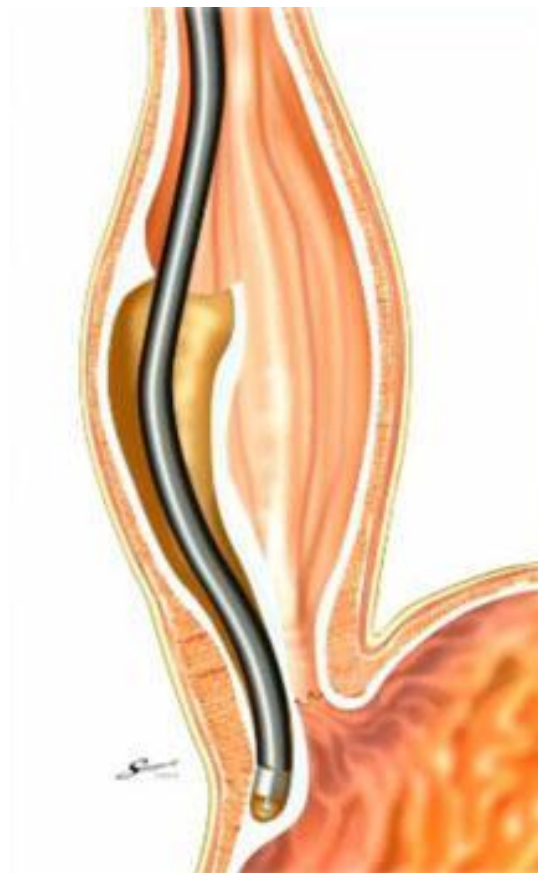


Пероральная эндоскопическая

MI

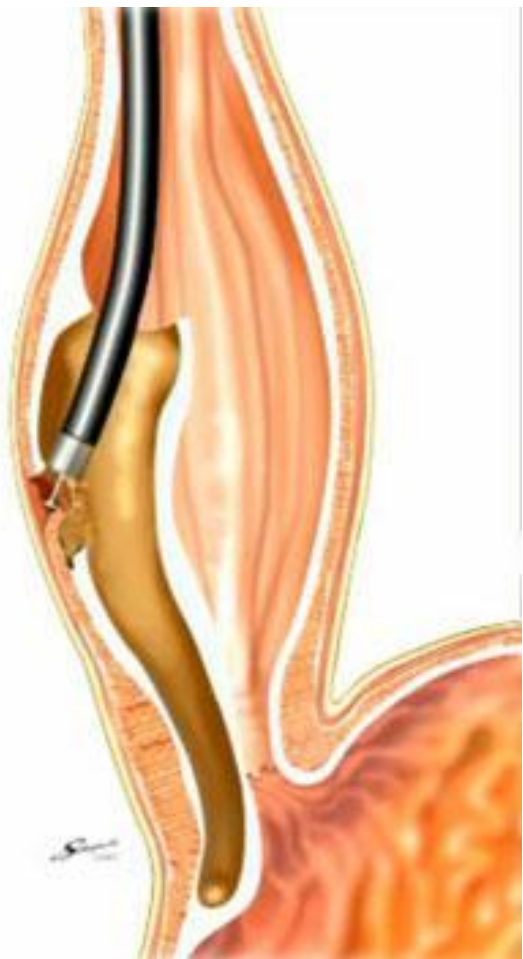


Разрез и диссекция слизистой оболочки пищевода на уровне средней трети



Формирование подслизистого тоннеля

Пероральная эндоскопическая МИО*



Кардиомиотомия циркулярного слоя мышц с сохранением продольного слоя

Пероральная эндоскопическая миотомия

Закрытие дефекта слизистой оболочки
пищевода путем наложения клипс



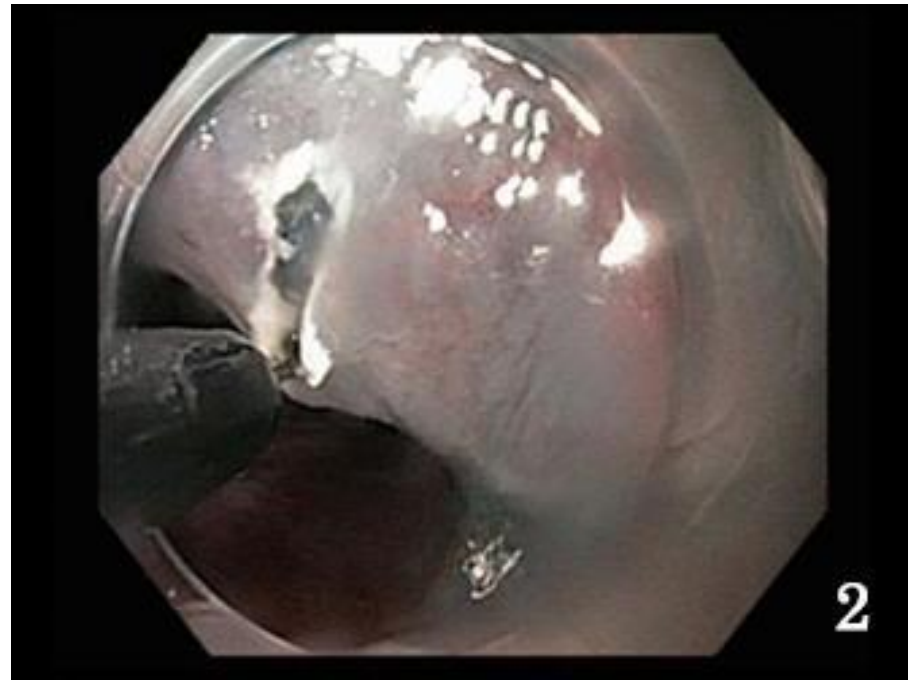
Операция

Геллера

Метод подслизистой эндоскопической миотомии пищевода заключается в рассечении внутреннего циркулярного мышечного слоя пищевода и кардиального отдела желудка, выполняемом из подслизистого тоннеля, создаваемого через небольшой разрез слизистой оболочки грудного отдела пищевода.

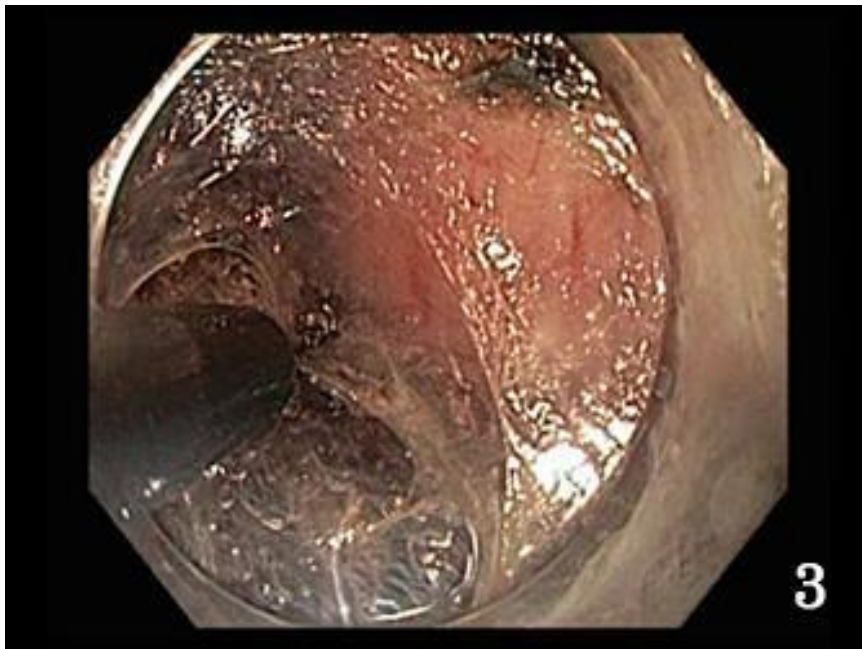


Формирование «гидроподушки»



Начало рассечения слизистой оболочки

Операция Геллера

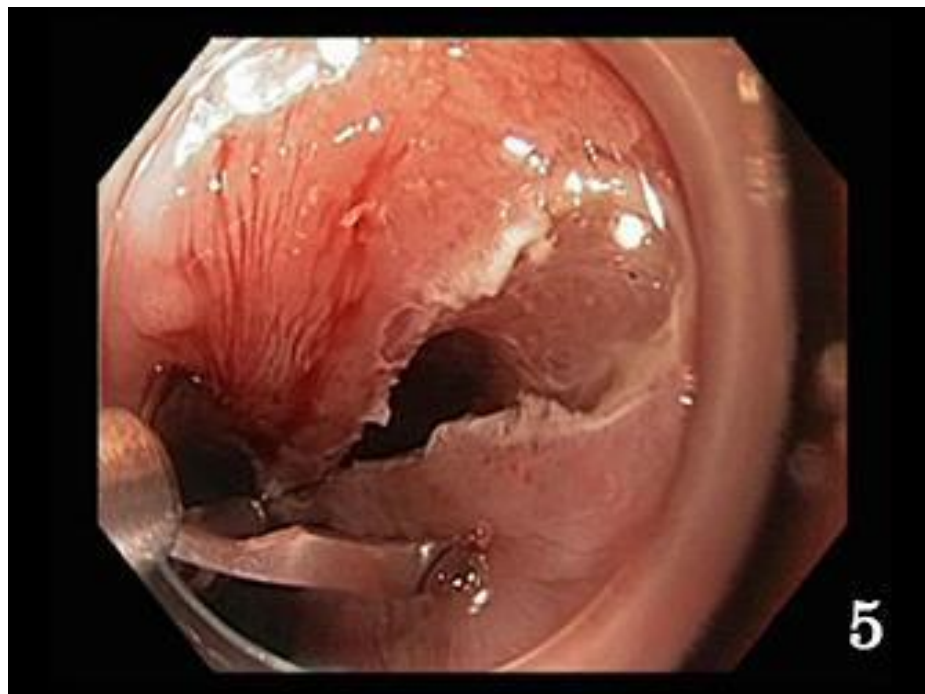


Сформированный доступ в подслизистый слой



Этап послойной миотомии циркулярного мышечного слоя

Операция Геллера



Начальные этапы закрытия дефекта слизистой оболочки путем клипирования



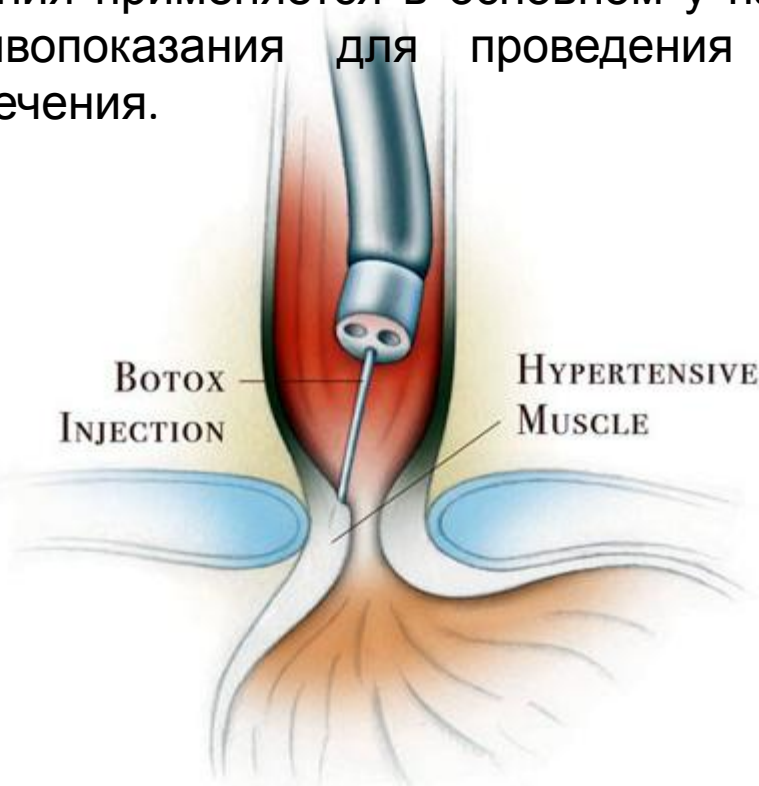
Полное укрытие дефекта слизистой оболочки

Химическая

денервация

При ахалазии кардии может применяться введение в нижний пищеводный сфинктер (химическая денервация) ботулотоксина или этаноламина олеата с помощью эндоскопической иглы. Инъекции могут повторяться 1 раз в несколько месяцев. Улучшение наступает у 70-80% пациентов и сохраняется от 6 мес. до 1 года.

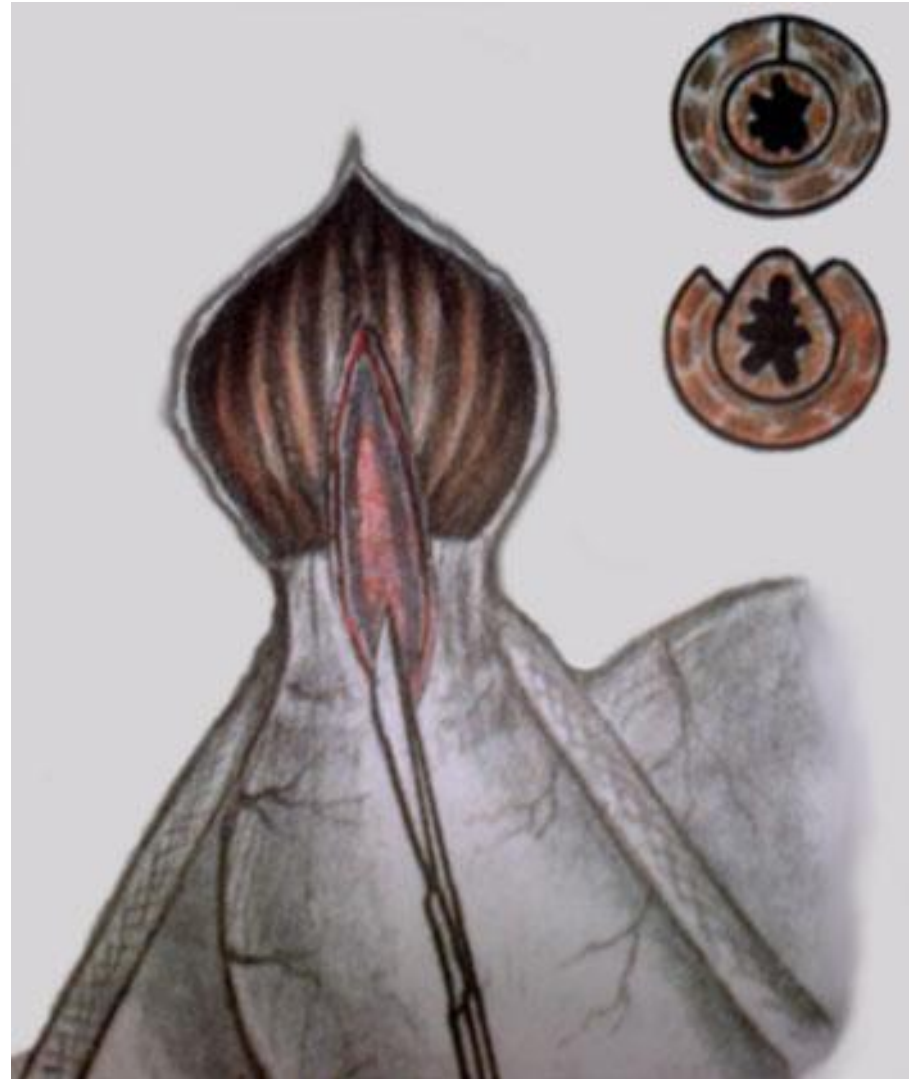
Этот метод лечения применяется в основном у пациентов пожилого возраста, имеющих противопоказания для проведения расширения пищевода и хирургического лечения.



Эндоскопическое введение ботулинического токсина

Кардиомиотом

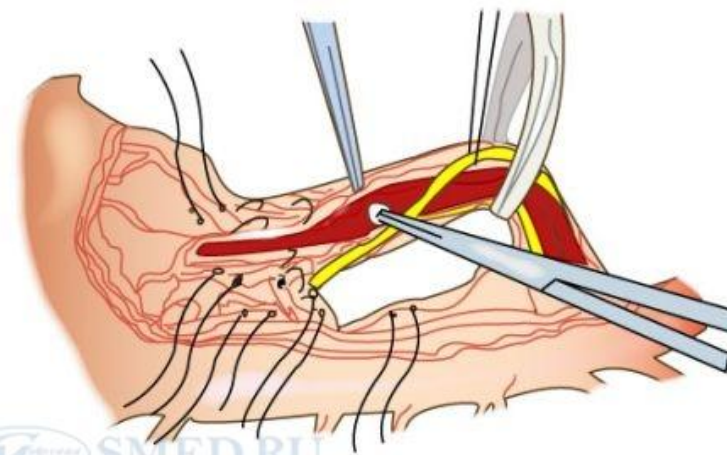
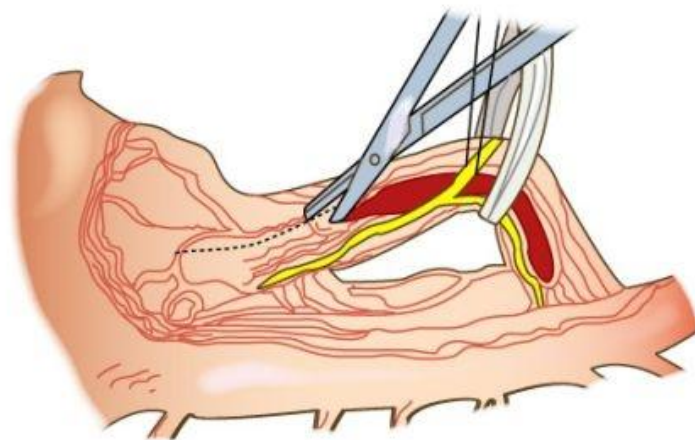
При неэффективности проведения расширения пищевода выполняется кардиомиотомия (эзофагокардиотомия по Геллеру). Операция заключается в иссечении мышечных волокон нижнего пищеводного сфинктера. После удаления содержимого пищевода под местной анестезией или наркозом больным выполняется поэтапное расширение места перехода из пищевода в желудок (кардии) баллонами различного диаметра (от 30 до 40-50 мм) при различном давлении (от 180-200 до 340-360 мм рт. ст.). Длительность процедуры 1-2 мин; курс лечения 4-6 процедур с интервалом между процедурами 4-5 дней.



Парциальная лапароскопическая фундопликация

В ходе операции рассекается мышечная оболочка места перехода пищевода в желудок с последующим подшиванием к краям разреза дна желудка.

После операции больные остаются в стационаре в течение 24-48 часов, а общий период нетрудоспособности составляет 2 недели.



Парциальная лапароскопическая

дупликация

Суть фундопликации по Touret заключается в формировании симметричной манжетки из передней и задней стенок фундального отдела желудка, на 270 градусов окутывающей пищевод, оставляя свободной передне-правую ее поверхность (локализация левого блуждающего нерва)

