

Эндоскопическая анатомия пищевода. Хиатальные грыжи

Лекция.

АНАТОМИЯ ПИЩЕВОДА.

- **Пищевод** (esofagus) имеет вид полый трубки, соединяющей полость глотки с полостью желудка.
- Начинается пищевод на уровне 17 - 18 см от резцов по отметкам на эндоскопе.
- Длина его в среднем у взрослого человека составляет 25 см (и колеблется у женщин в пределах 20—26 см, у мужчин 23—30 см).
- Нижняя граница пищевода располагается на 40 – 41 см от резцов.
- Пищевод впадает в желудок под острым углом (угол Гиса $< 90^\circ$) с формированием свода и газового пузыря желудка, а также полулунной складки кардии (клапан Губарева).
- Место перехода пищевода в желудок, обозначаемое как кардия, со стороны просвета пищевода маркировано «зубчатой» линией (Z-линией) – линией перехода плоскоклеточного эпителия пищевода в цилиндрический эпителий желудка.
- Диаметр просвета пищевода составляет в среднем 2,5 см.
- Толщина стенки около 3—4 мм.

Функции пищевода

- Моторно-эвакуаторная
(перемещение пищевого комка,
участие в акте глотания)
- Секреторная (секреция слизи)
- Защитно-барьерная
(предотвращение рефлюкса)

Физиология пищевода

- Физиологическая роль пищевода заключается в проведении пищи из полости глотки в желудок. Вне акта глотания пищевод представляет собой тонически напряженную мышечную трубку, не имеющую просвета.
- Верхний и нижний пищеводные сфинктеры (ВПС и НПС), ограничивающие эту трубку, плотно закрыты.

Фазы глотания

- **1 фаза** (волевой акт) – проталкивание пищи из ротовой полости в полость глотки;
- **2 фаза** (рефлекторная) – мощно сокращаются мышцы глотки при закрытых голосовых связках и открытом устье пищевода – “впрыскивающий эффект” глотки. Пища проталкивается в полость пищевода;
- **3 фаза** – прохождение пищи по пищеводу в желудок. Три основных фактора принимают участие в осуществлении этой фазы:
 - 1) энергетический запас, создаваемый “впрыскивающим эффектом” глотки;
 - 2) сила тяжести и гидростатического давления пищи;
 - 3) активное сокращение стенок пищевода.

Топографическая анатомия пищевода



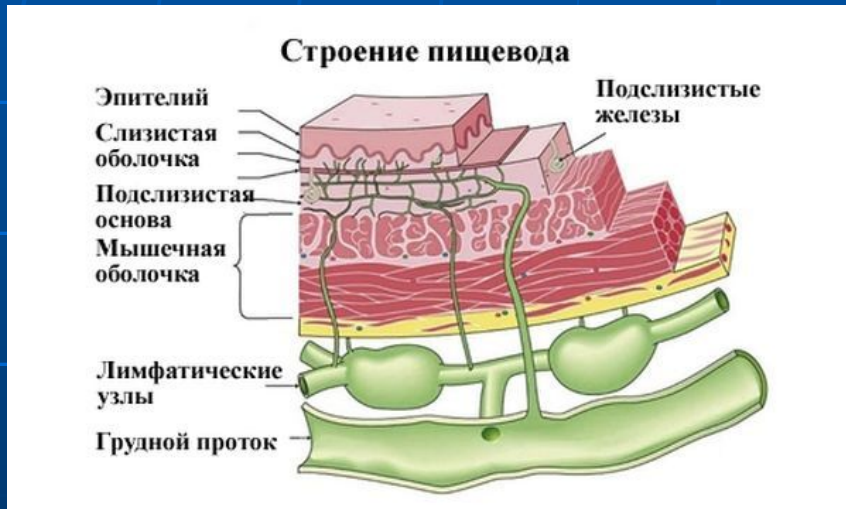
- Переход глотки в пищевод располагается на уровне VI шейного позвонка, или позади перстневидного хряща.
- Длина шейной части пищевода (от уровня перстневидного хряща до вырезки грудины, или до уровня III грудного позвонка) — 4,5—5 см.
- Грудной отдел – от яремной вырезки рукоятки грудины до пищеводного отверстия диафрагмы (Th10). Его длина 15-18 см
- Брюшной отдел – длина 2,5-3 см. Переход пищевода в желудок обычно соответствует Th1

На всем протяжении пищевод покрыт висцеральным листком 4-й фасции шеи. Подвижность пищевода как в вертикальном, так и в боковых направлениях довольно значительна.

Строение стенки пищевода

В стенке пищевода различают:

- **слизистую оболочку** (многослойный плоский неороговевающий эпителий, немногочисленные клетки Лангерганса и эндокринные клетки, собственная соединительнотканная и мышечная оболочки)
- **подслизистую основу**
- **мышечную оболочку** (внутренний циркулярный и наружный продольный слой)
- **адвентициальную оболочку.**



Железы пищевода

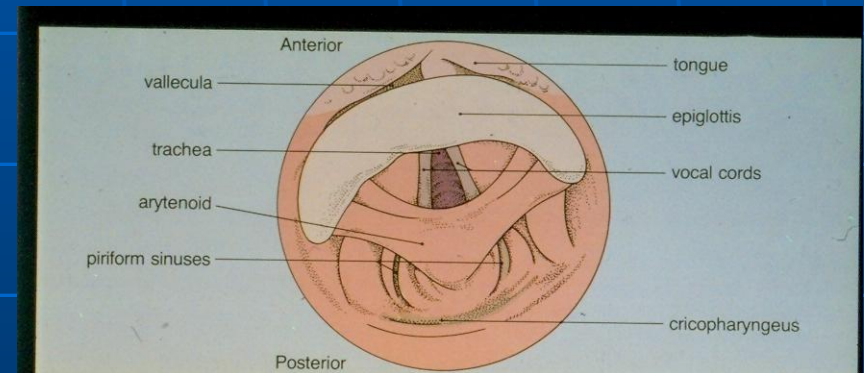
- **Собственные железы** - это сложные разветвленные альвеолярно-трубчатые слизистые железы с мерокриновой секрецией, расположены в подслизистой основе на протяжении всего пищевода, более плотно в в/3.
- **Кардиальные железы** – это простые разветвленные трубчатые железы, залегающие в собственной пластинке СО двумя группами: на уровне перстневидного хряща гортани и в нижней части пищевода на уровне его входа в желудок.

Физиологические сужения пищевода

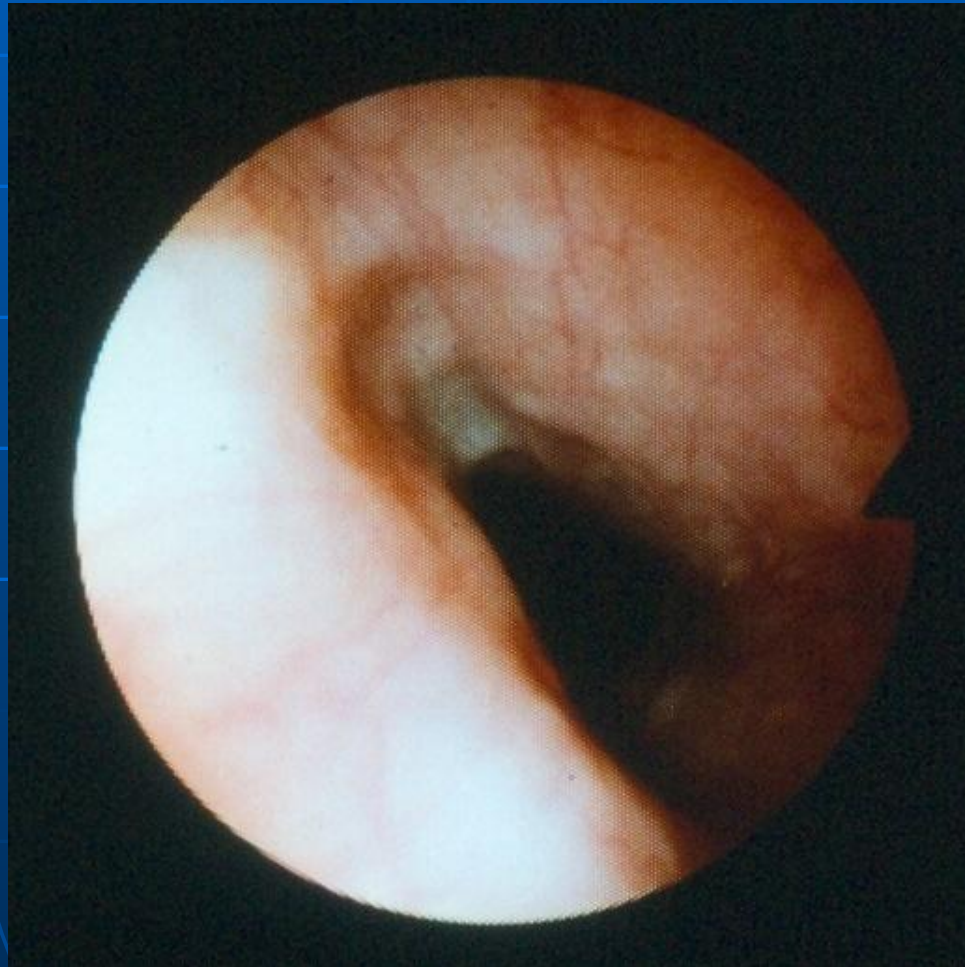
- **1-ое** – располагается тотчас за входом в пищевод, образовано перстневидно-глоточной мышцей и верхним пищеводным сфинктером (ВПС). Длина ВПС 3 – 3,5 см; давление в ВПС 80 – 120 мм рт ст.
- **2-ое** (аортальное) – располагается на 23 см от резцов, менее заметное, обусловлено давлением дуги аорты и левого главного бронха на пищевод (можно заметить пульсацию).
- **3-е** – располагается на 38 см от резцов, имеет вид сходящихся к центру просвета складок. Это сужение выявляется только при минимальной инсuffляции воздуха, вызвано тоническим напряжением нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Протяженность НПС 3 – 3,5 см; давление в НПС не ниже 15 мм рт ст.
- **4-е** – располагается на 41 см от резцов на уровне кардии и обусловлено давлением ножек диафрагмы (при положении больного лежа на левом боку происходит смещение кардии в проксимальном направлении).
- **3 и 4 сужения могут «сливаться»**



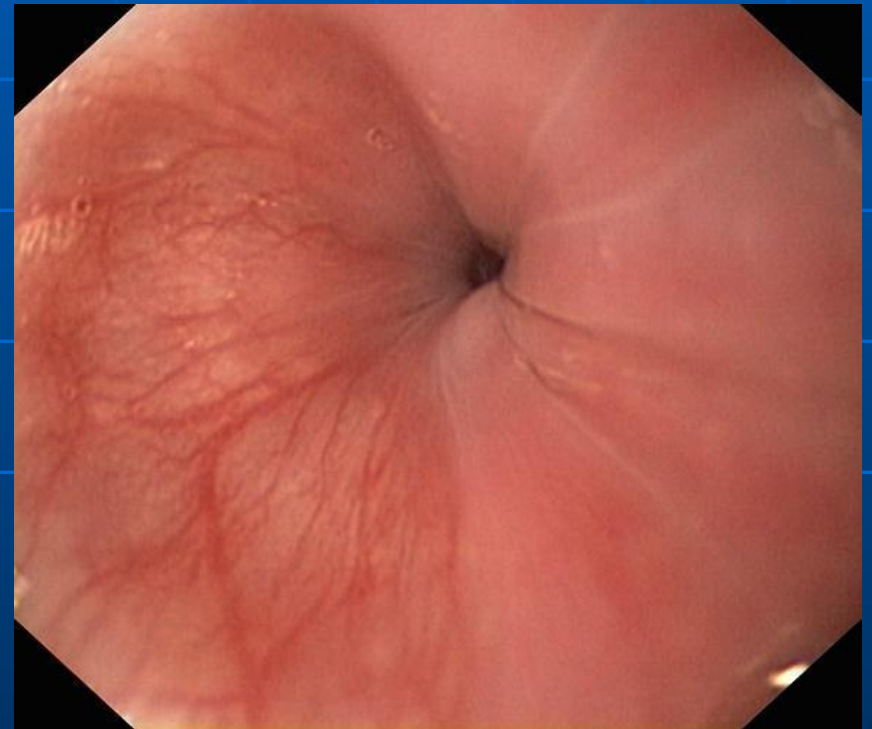
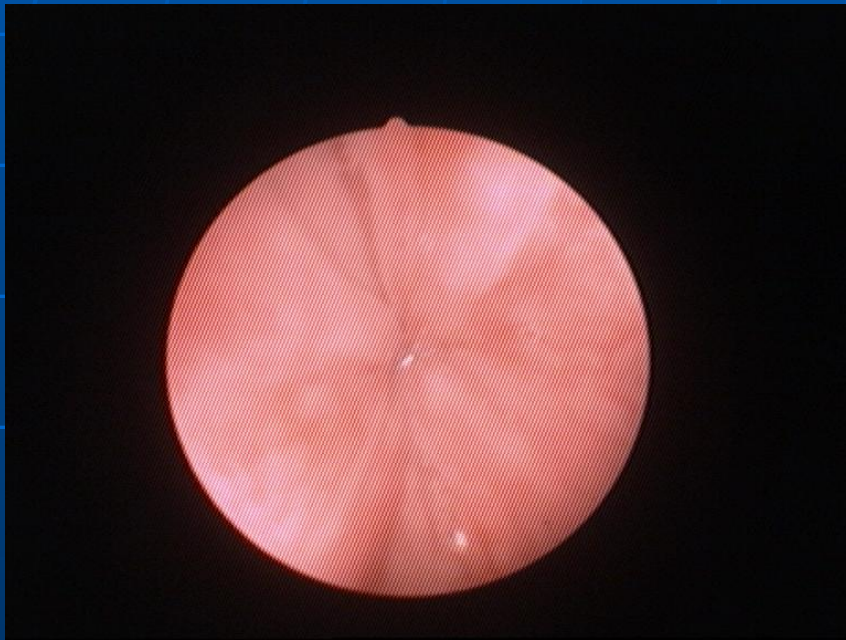
Устье пищевода



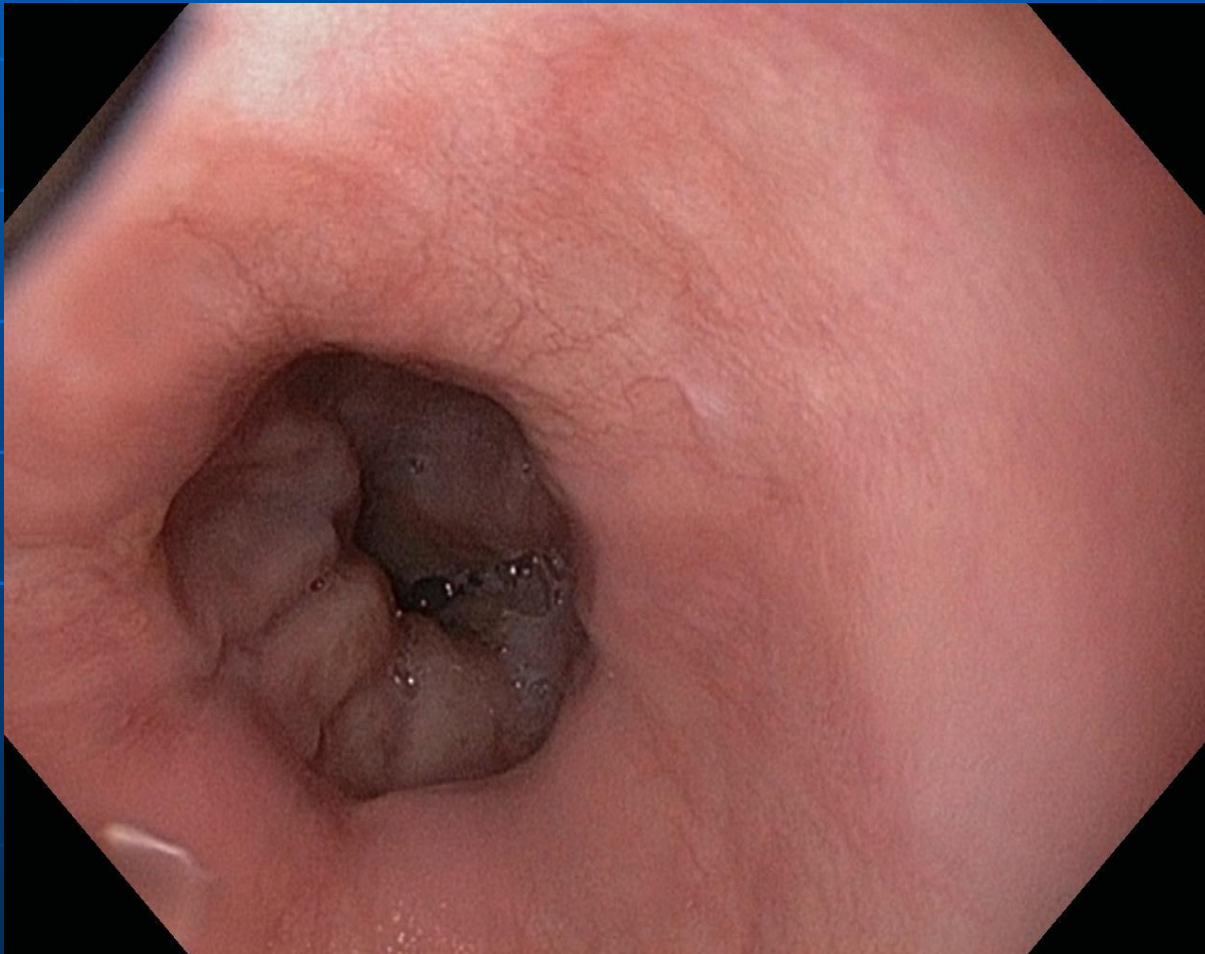
Аортальное сужение.



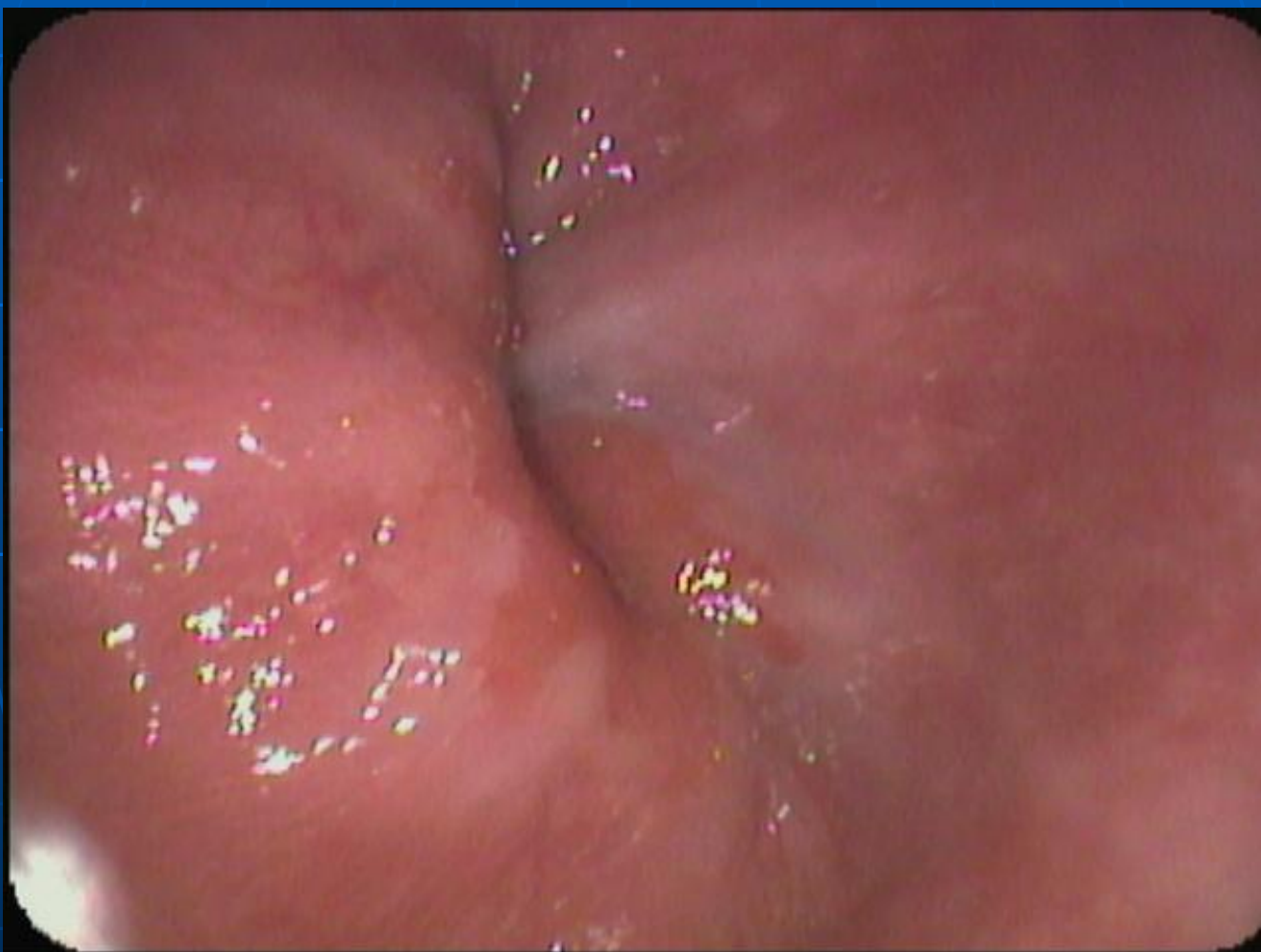
Нижний пищеводный сфинктер (НПС).



НПС открыт, видно 3 и 4 сужения



Кардия (зубчатая линия)



Name:NAME

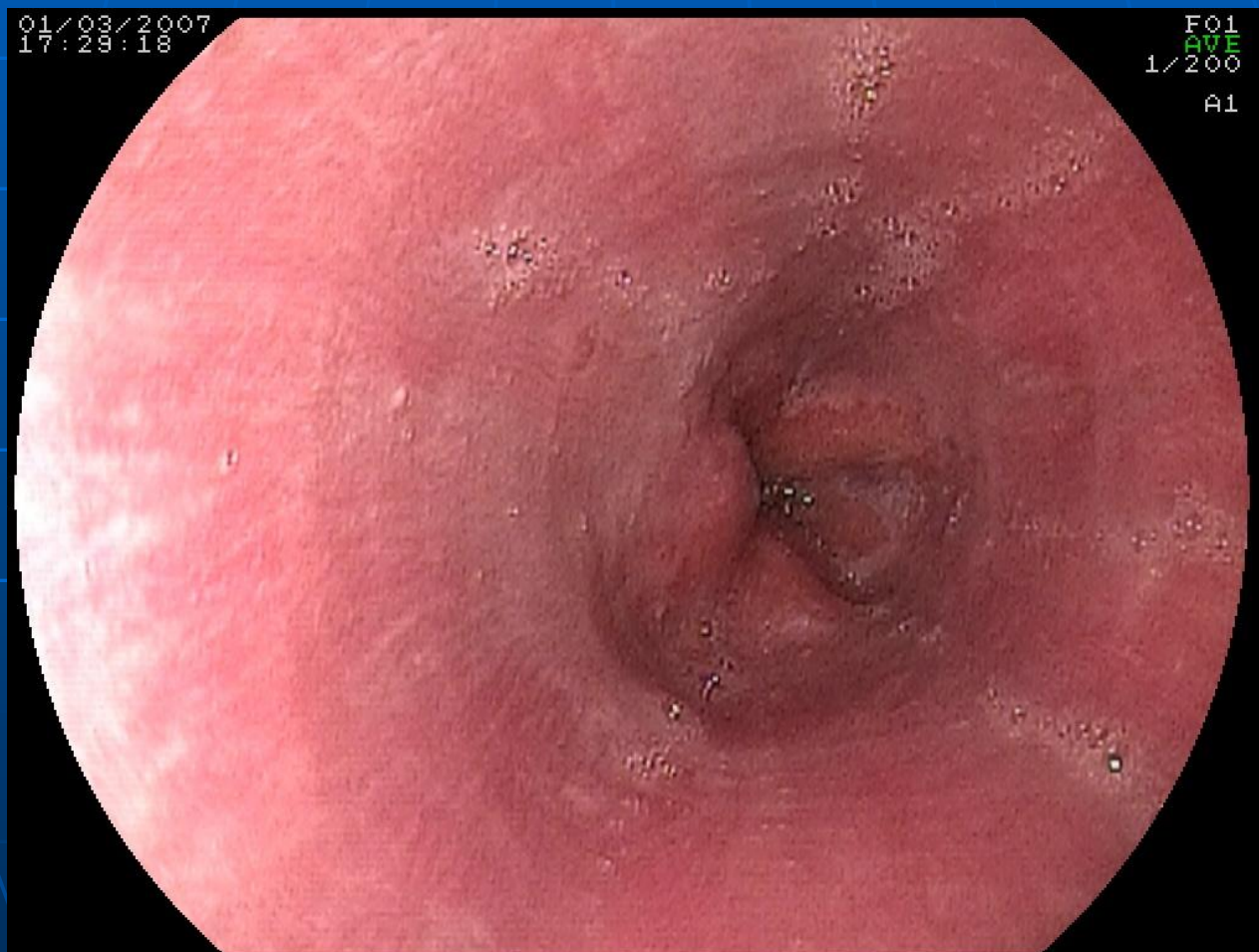
ID:ID Age:AGE Sex:

Comment:COMMENT

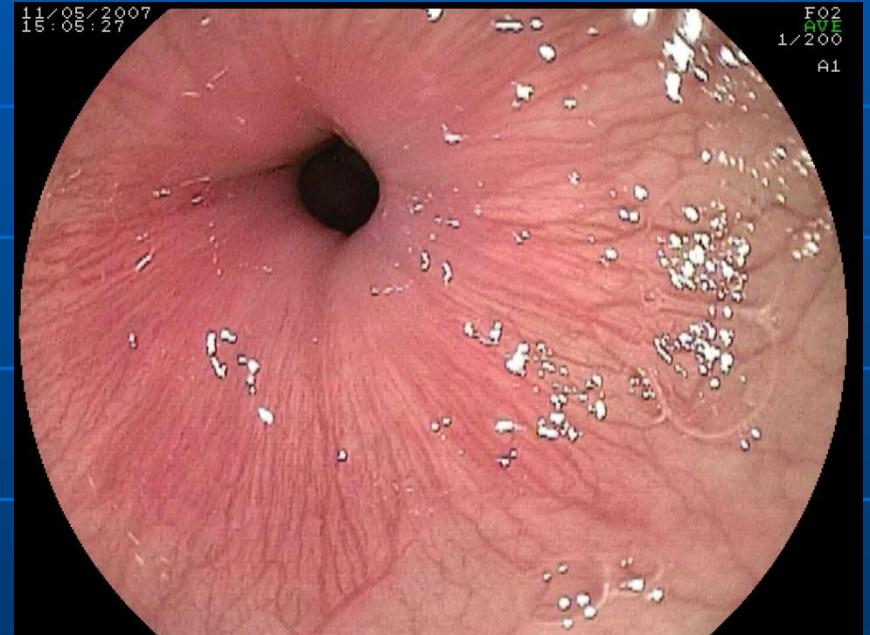
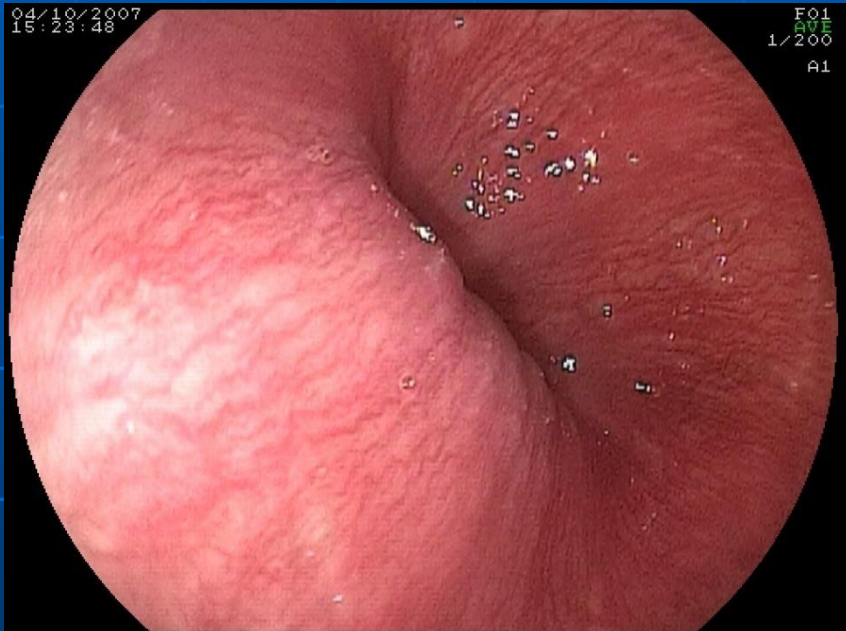
Doctor:Dr.

Date:2004/09/14 11:02:06

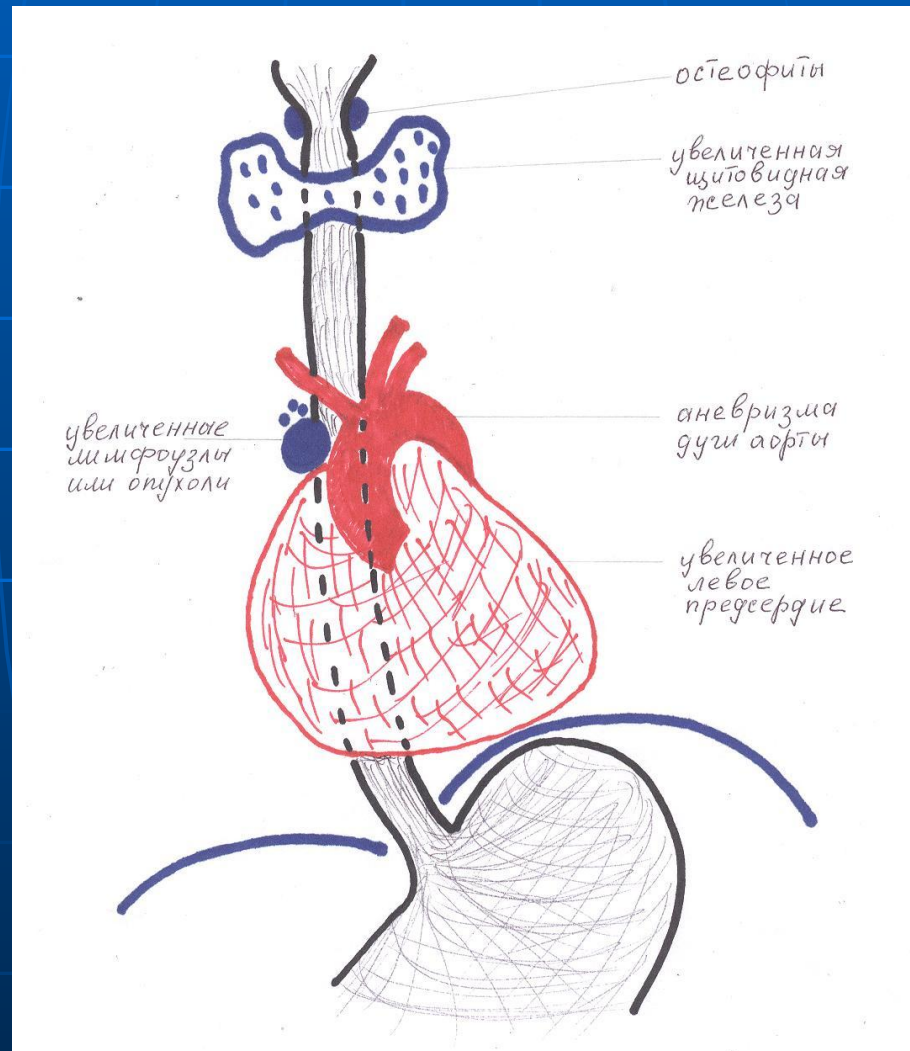
Кардия (зубчатая линия)



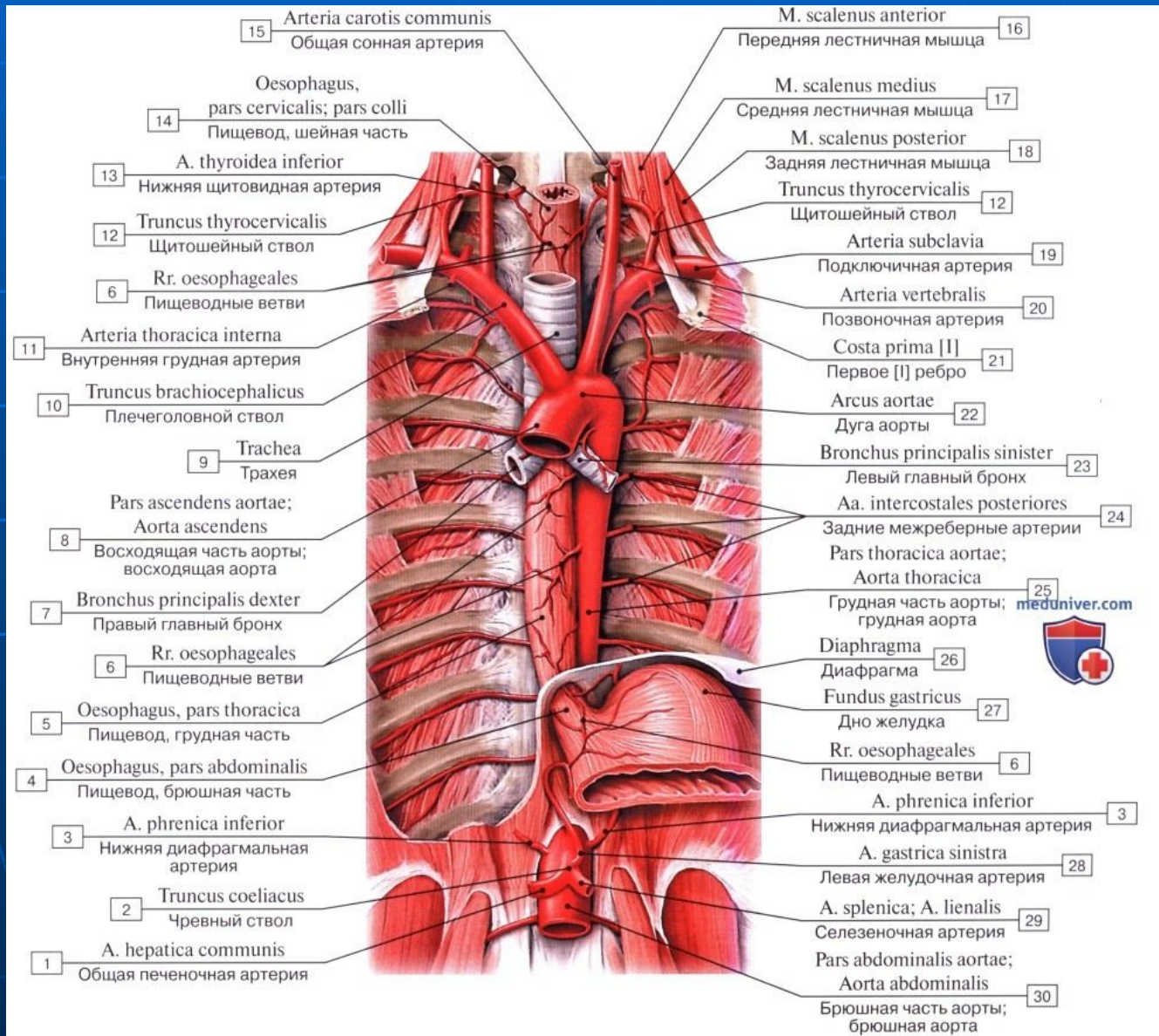
Эндоскопическая картина пищеводно-желудочного перехода (кардии) в норме



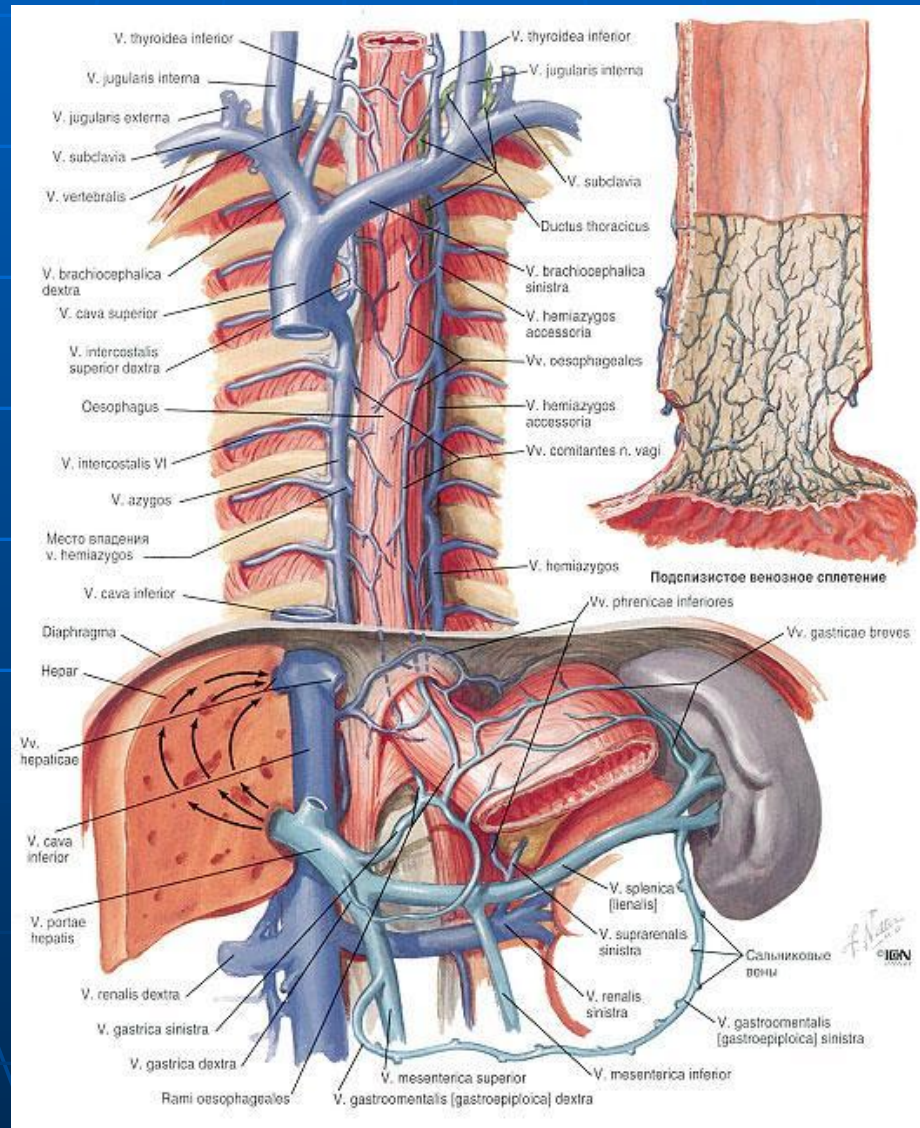
Патологические сужения пищевода



Кровоснабжение пищевода



Кровообращение пищевода



Кровоснабжение пищевода

- **Верхний участок** – нижняя щитовидная артерия и щитошейный ствол (система a.subclavia)
- **Средний участок** – пищеводные и бронхиальные ветви грудного отдела аорты
- **Нижний участок** – нижние диафрагмальные артерии и левая желудочная артерия

- **Венозная кровь** проходит по парной и полунепарной венам. С грудного отдела кровь собирается в систему воротной вены. Если в ней повышено давление, то может появиться *варикозное расширение вен пищевода*

Лимфатическая система пищевода

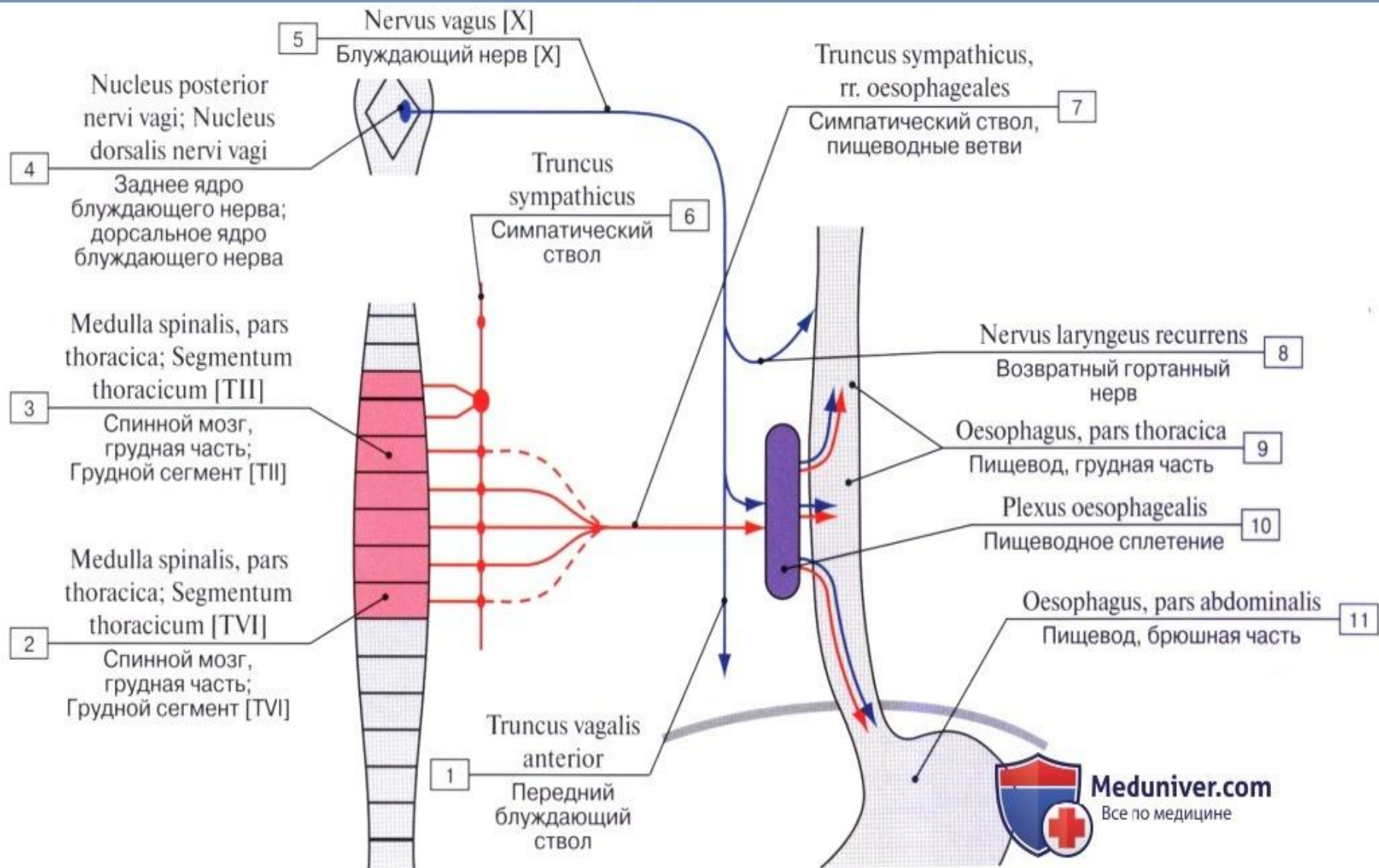
- **основная сеть** лимфатических сосудов – в подслизистом слое. Лимфатические сосуды идут как в направлении ближайших регионарных лимфатических узлов, прободая при этом мышечный слой, так и продольно, по ходу пищевода. При этом лимфоотток в продольных лимфатических сосудах в верхних 2/3 пищевода идет в направлении вверх, а в нижней трети пищевода – вниз. Этим объясняется метастазирование не только в ближайшие, но и в отдаленные лимфатические узлы.
- второстепенная сеть – в мышечном слое, она независима, но частично соединяется с подслизистой сетью. Из этой сети лимфоотток идет в ближайшие регионарные лимфатические узлы.
 - **лимфа из шейного отдела** пищевода направляется в паратрахеальные узлы или в узлы вдоль внутренних яремных вен на шее.
 - **Лимфа средней трети** пищевода оттекает в медиастинальные, бифуркационные и трахеобронхиальные лимфатические узлы,
 - **Лимфа из нижнего отдела** пищевода – в поддиафрагмальные, паракардиальные, и лимфоузлы располагающиеся по ходу левой желудочной артерии и вдоль малой кривизны желудка.
- Для лимфатической системы пищевода характерна продольная ориентация, т. е. отток лимфы или вверх в сторону глотки или вниз в сторону желудка. В связи с этим метастазы при раке пищевода сначала распространяются интрамурально и лишь позднее обнаруживаются в регионарных лимфатических узлах. Иногда лимфатические сосуды открываются прямо в грудной проток.

Иннервация пищевода

Парасимпатическая иннервация осуществляется через блуждающие и возвратные нервы, **симпатическая** – через узлы пограничного и аортального сплетений, ветви легочного и сердечного сплетений, волокна солнечного сплетения и ганглиев субкардии. Блуждающие нервы образуют крупнопетлистое поверхностное сплетение, а также глубокие интрамуральные сплетения – межмышечное ауэрбахово и подслизистое мейсснерово. Эти сплетения широко анастомозируют между собой. В них есть своеобразные ганглиозные клетки (клетки Догеля), обуславливающие автономную внутреннюю иннервацию и местную регуляцию двигательной функции пищевода.

Шейный и верхнегрудной отделы пищевода иннервируются в основном за счет возвратных нервов, отходящих от блуждающих нервов. **Среднегрудной отдел пищевода** иннервируется передним и задним нервными сплетениями, в которые входят также ветви пограничного симпатического ствола и больших чревных нервов. **В нижнегрудном отделе** из сплетений вновь формируются фактически смешанные стволы – правый (задний) и левый (передний) блуждающий нервы. Симпатическая иннервация осуществляется за счет нижнего шейного и первого грудного узлов в верхнем отделе, грудной симпатической цепочки и больших чревных нервов – в нижнем и среднем отделах. Волокна возвратного нерва иннервируют поперечнополосатую мускулатуру шейного отдела, симпатического – гладкую мускулатуру пищевода.

Вегетативная иннервация пищевода



Meduniver.com
Все по медицине

1 – Anterior vagal trunk; 2 – Spinal cord, thoracic part; Thoracic segment [TVI]; 3 – Spinal cord, thoracic part; Thoracic segment [TII]; 4 – Posterior nucleus of vagus nerve; Dorsal nucleus of vagus nerve; 5 – Vagus nerve [X]; 6 – Sympathetic trunk; 7 – Sympathetic trunk, oesophageal branches; 8 – Recurrent laryngeal nerve; 9 – Oesophagus, thoracic part; 10 – Oesophageal plexus; 11 – Oesophagus, abdominal part

Основные анатомические компоненты замыкательного механизма кардии (антирефлюксный барьер)

- Расположение ножек диафрагмы на уровне НПС.
- Внутрибрюшной сегмент пищевода (не менее 1 см). Положительное внутрибрюшное давление влияет на сдавливающую силу абдоминальной части НПС.
- Угол Гиса с формированием газового пузыря желудка и клапана Губарева.



Анатомия хиатального отверстия

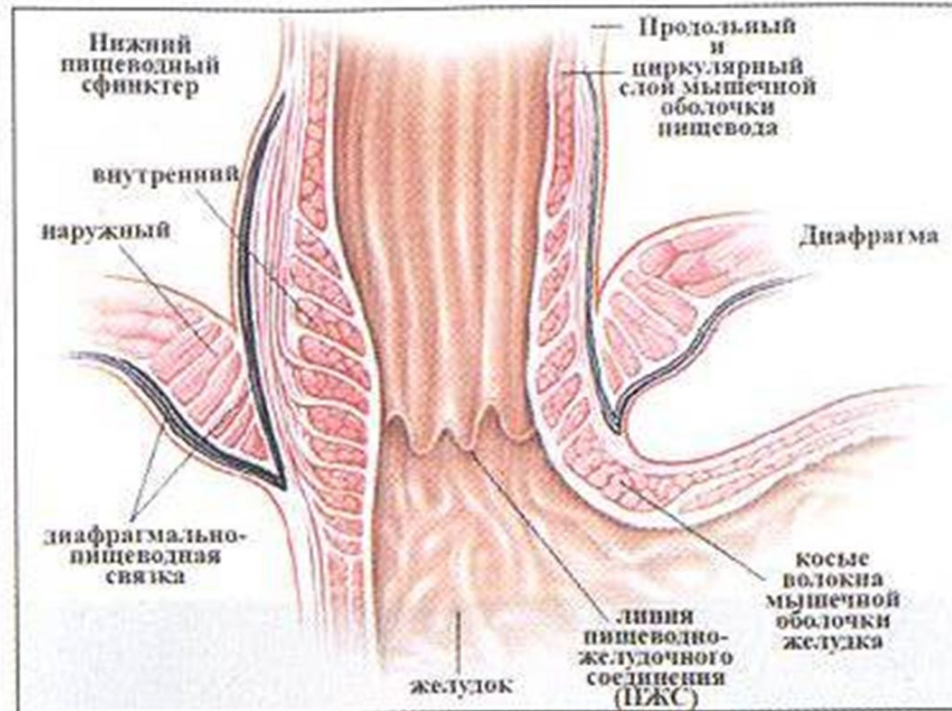


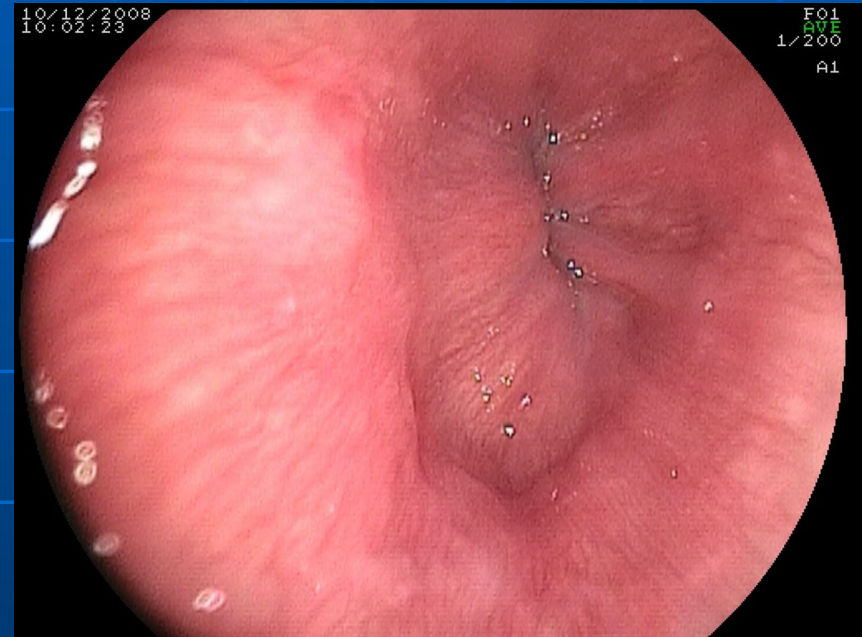
Рис. 2. Строение пищеводно-желудочного соединения. Нижний пищеводный сфинктер. Адаптированный рисунок R. K. Mittal & D. H. Balaban [142]

Особенности пищеводно-желудочного перехода

- Кардия фиксирована в хиатальном отверстии не жестко и обладает подвижностью в пределах 2 см.
- При эндоскопическом осмотре в положении пациента лежа на левом боку кардия смещается в проксимальном направлении. При этом ножки диафрагмы (хиатальное сужение) располагаются на уровне кардии – кардия сомкнута (4-е физиологическое сужение пищевода).
- Переход пищевода в желудок (кардия) со стороны слизистой оболочки в норме маркирован Z-линией (линией перехода плоскоклеточного эпителия пищевода в цилиндрический эпителий желудка). Линия перехода четко видна за счет разности окраски плоскоклеточного и цилиндрического эпителия и имеет неровный зубчатый вид, в том числе за счет сдавления кардии в хиатальном отверстии.

Основные визуальные характеристики пищеводно-желудочного перехода в норме

- При минимальной инсуффляции воздуха в дистальной части пищевода (около 38 см от резцов) определяется сужение просвета в виде сходящихся складок (проксимальная граница НПС). При раздувании воздухом сфинктер открывается.



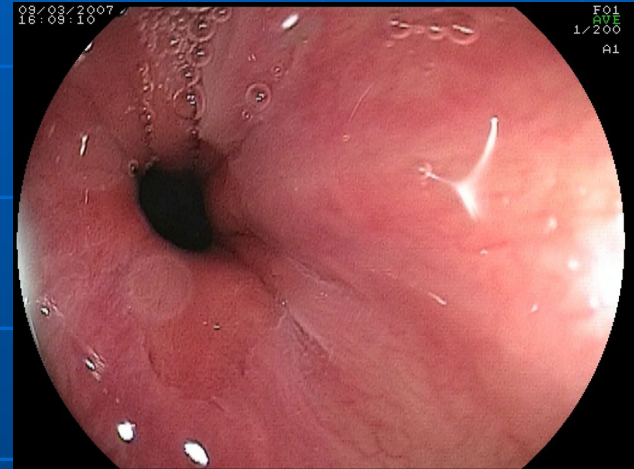
Основные визуальные характеристики пищеводно-желудочного перехода в норме

- В дистальной части пищевода хорошо видны сосуды, идущие параллельно просвету («частокол»), обрывающиеся у Z-линии).



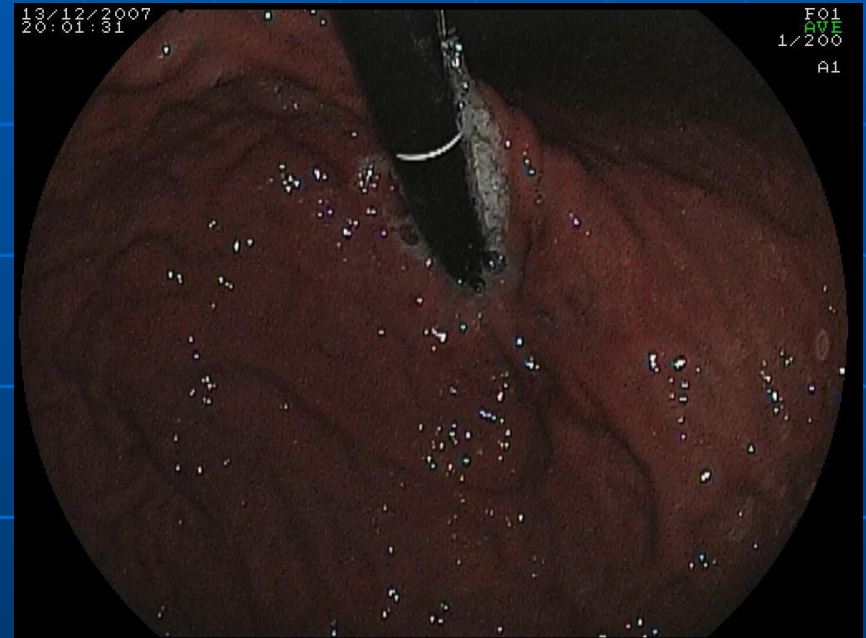
Основные визуальные характеристики пищеводно-желудочного перехода в норме

- Примерно на 41 см от резцов определяется сужение просвета, за счет сдавления кардии в пищеводном отверстии диафрагмы, которое расширяется и сужается в такт дыхательным движениям. Z-линия не видна, или видна частично.



Основные визуальные характеристики пищеводно-желудочного перехода в норме

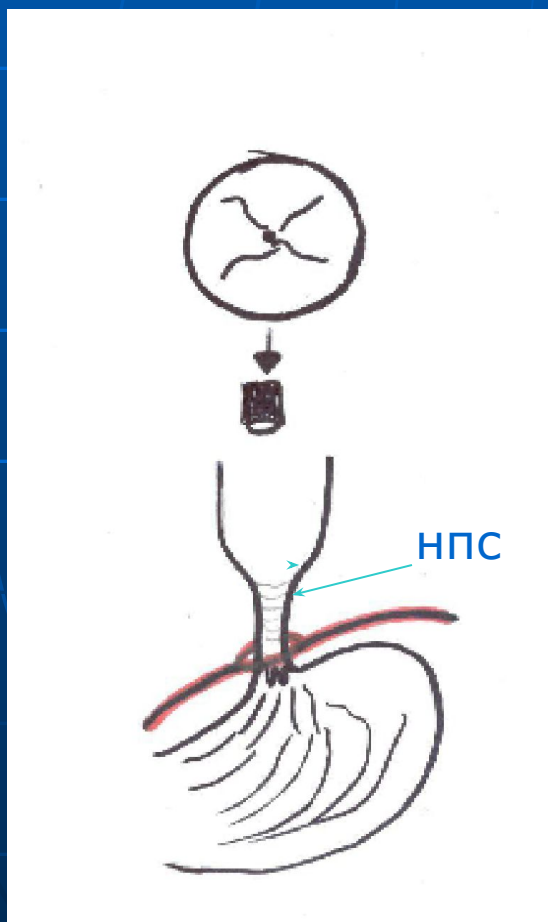
- При инверсионном осмотре кардии визуализируются эндоскоп, плотно охваченный кардией, складка Губарева и свод желудка. Z-линия не видна или видна частично.



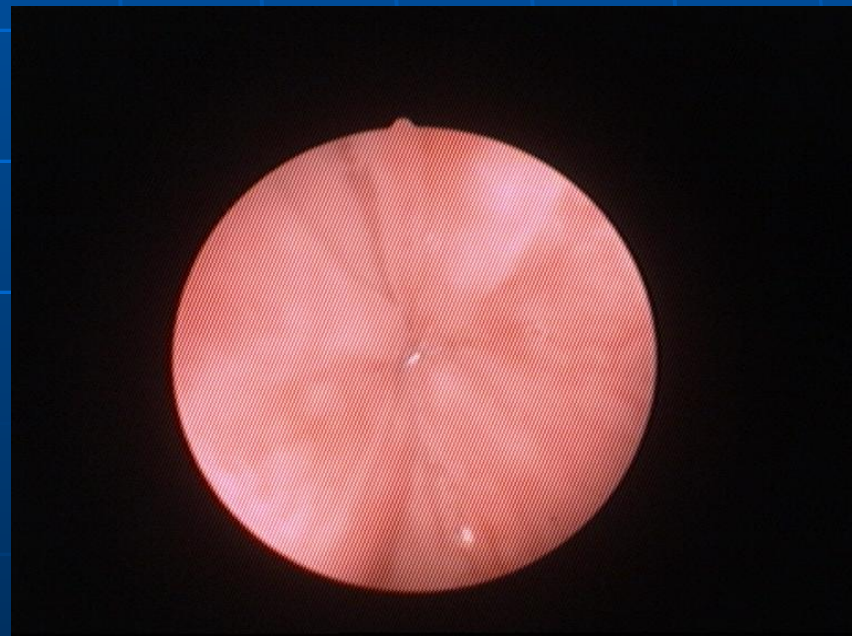
Эндоскопическая картина дистальной части пищевода в норме

(3-е физиологическое сужение пищевода – проксимальная граница НПС)

НПС сомкнут (схема)

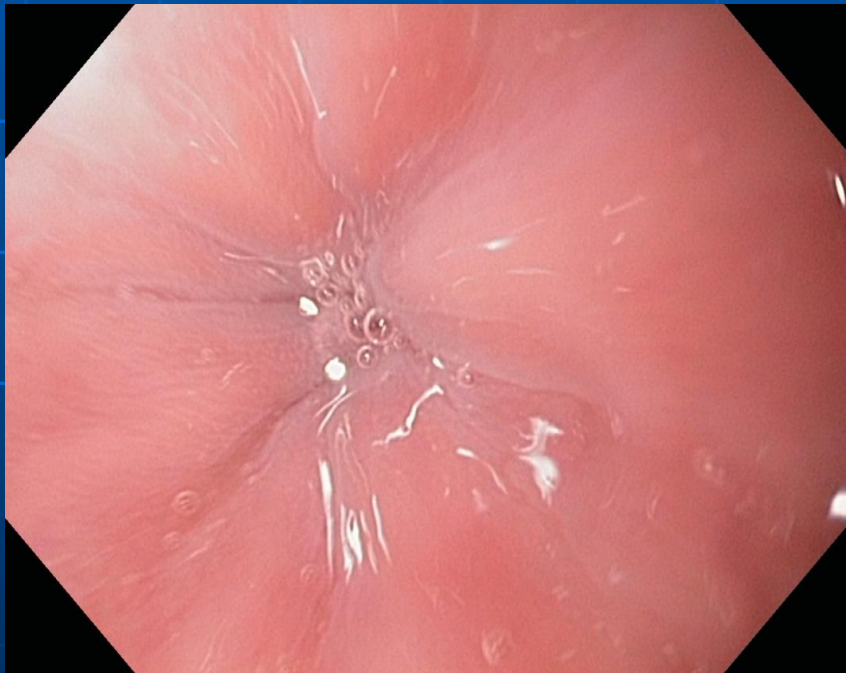


**НПС сомкнут
(располагается на 38 см от резцов)**

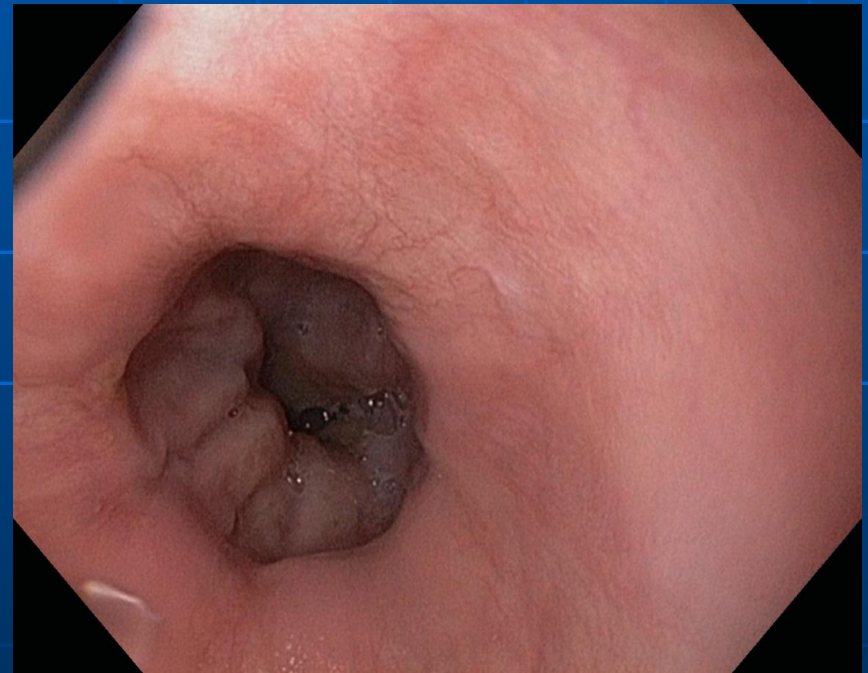


Эндоскопическая картина дистальной части пищевода в норме

НПС сомкнут

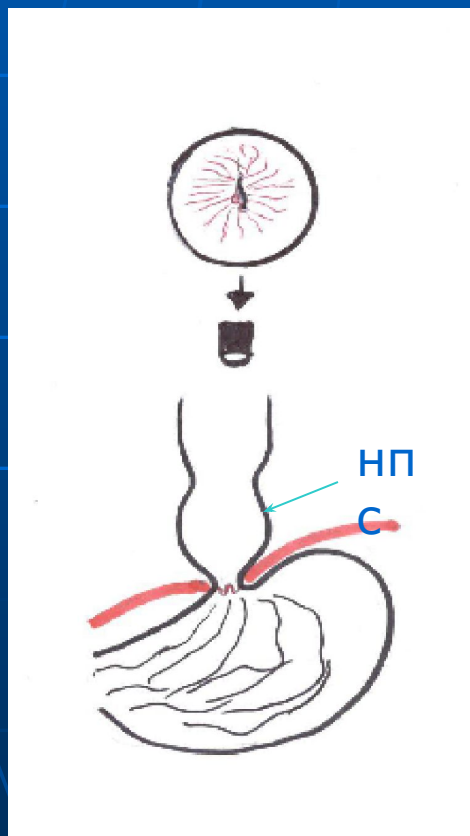


НПС открыт

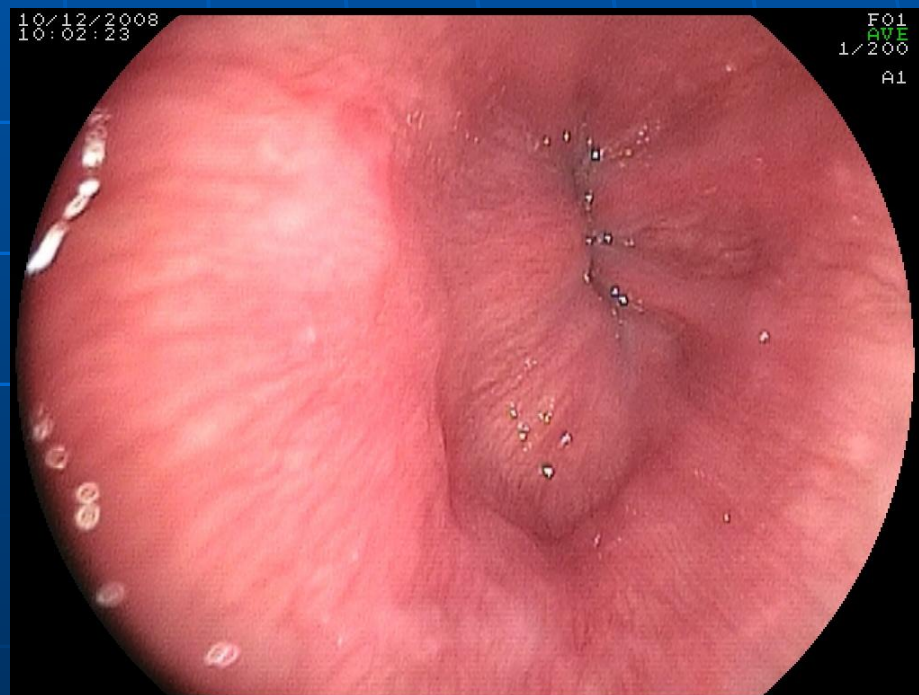


Эндоскопическая картина дистальной части пищевода в норме

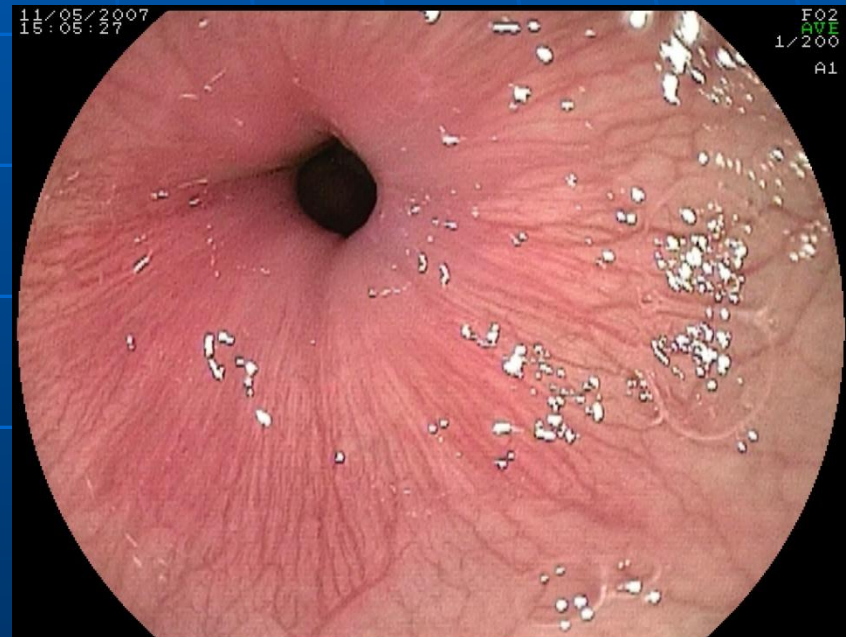
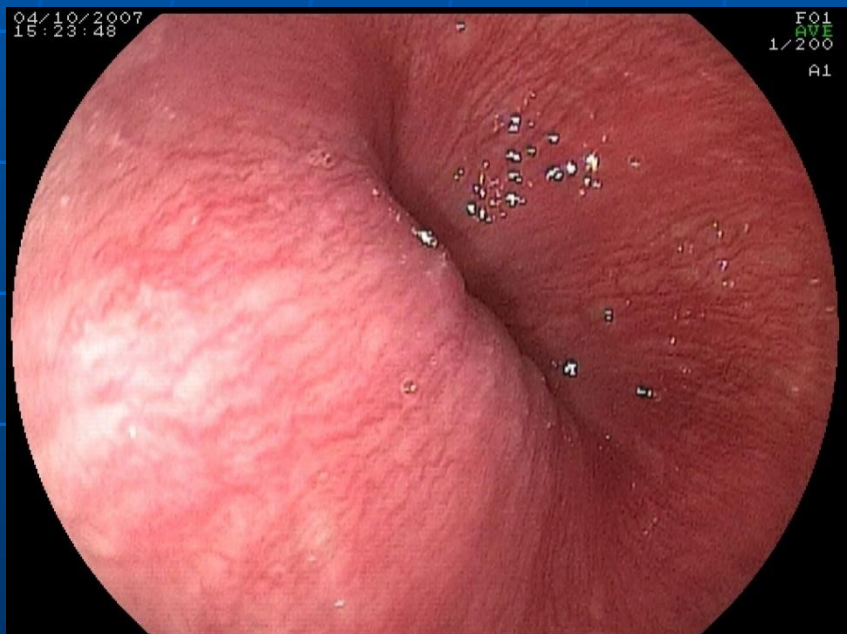
НПС открыт (схема)



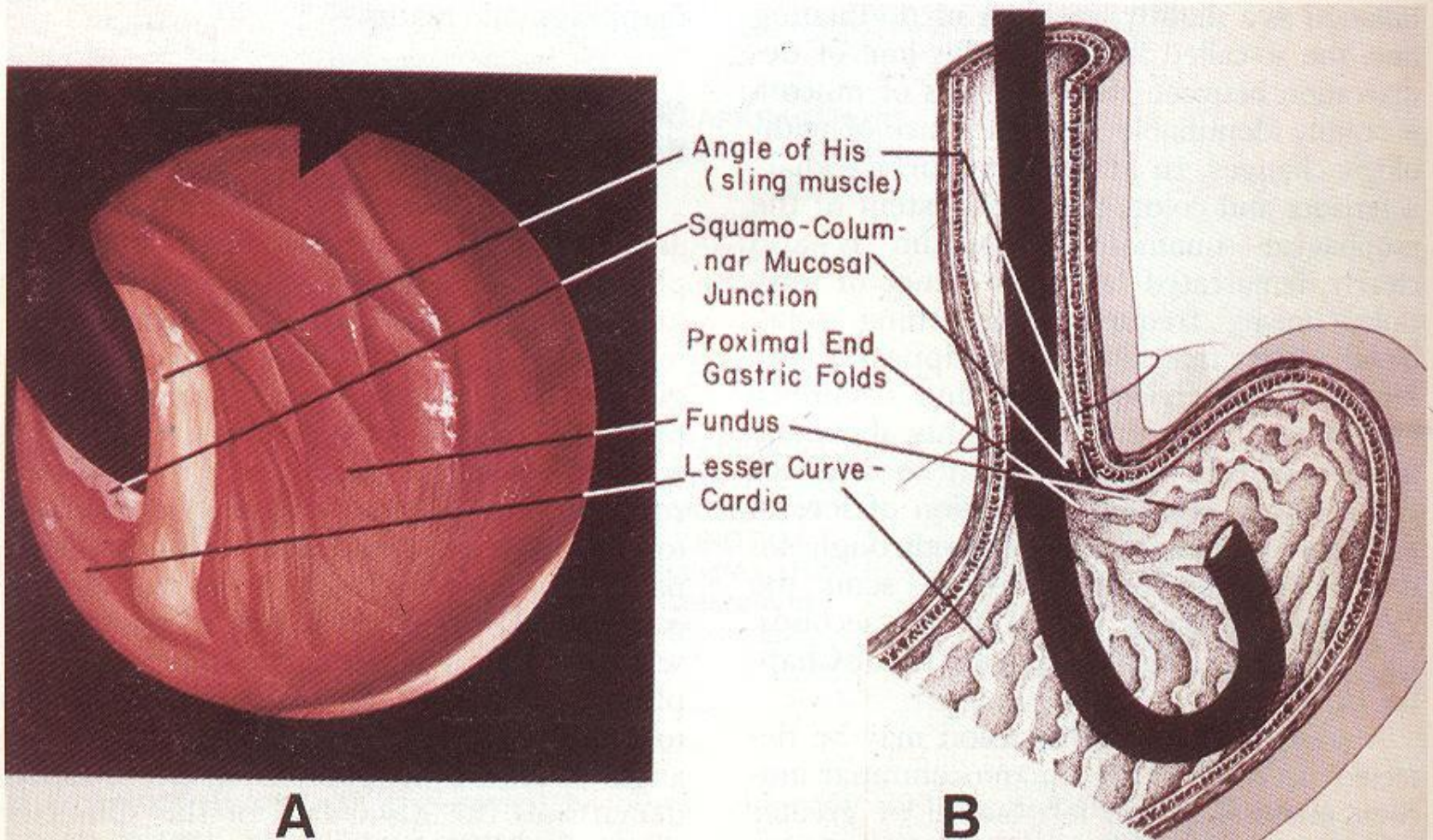
Кардия сомкнута, виден контур открытого НПС, видны параллельно идущие сосуды – «частокол», Z-линия не видна



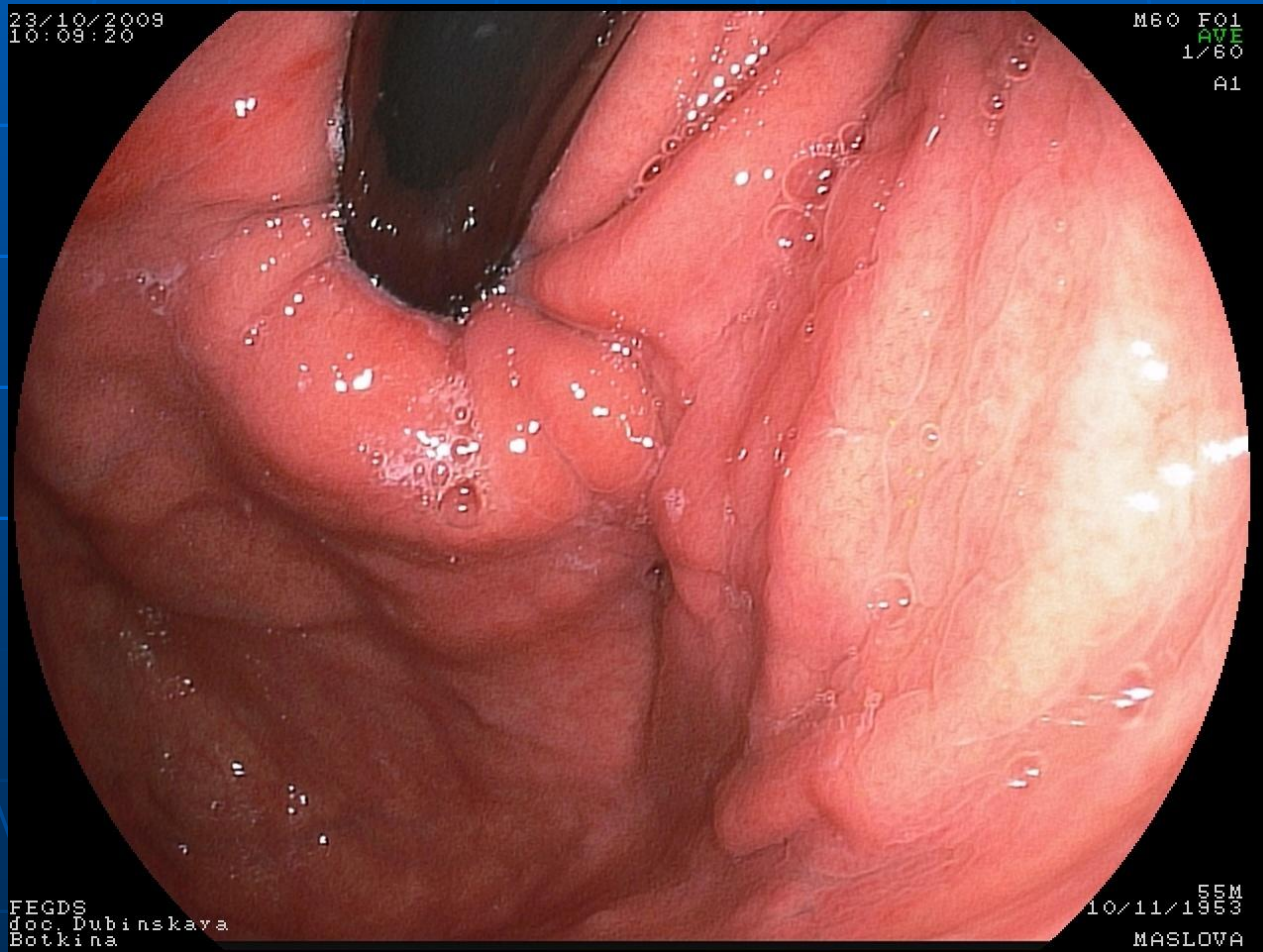
Эндоскопическая картина пищеводно-желудочного перехода (кардии) в норме (4-е физиологическое сужение, Z-линия не видна)



Осмотр свода желудка и кардии в инверсии.



Осмотр кардии и свода желудка в инверсии (норма, видна Z-линия)



Осмотр кардии и свода желудка в инверсии, варианты нормы (складка Губарева может быть выражена в различной степени)



Хиатальные грыжи (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, ГПОД)

Под хиатальной грыжей принято понимать смещение желудка, а иногда и других органов брюшной полости, через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы (хиатальное отверстие) в заднее средостение.

Хиатальные грыжи (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, ГПОД)

- **Аксиальная грыжа** -
когда абдоминальная часть пищевода и фундальная часть желудка проникают через расширенное пищеводное отверстие в грудную полость и возвращаются обратно в брюшную полость.
- **Параэзофагеальная грыжа** –
дистальная часть пищевода и кардия остаются, как в норме, под диафрагмой, но часть фундального отдела желудка проникают в грудную полость и располагается рядом с грудным отделом пищевода (параэзофагеально). – 5 % хиатальных грыж
- **Смешанный вариант**

Аксиальные хиатальные грыжи по степени фиксации

- Фиксированные – связаны с врожденным укорочением пищевода либо это длительно существующие грыжи 2-3 ст.
- Скользящие – желудок смещается из брюшной полости в грудную и обратно в зависимости от положения тела и внутрибрюшного давления

Хиатальные грыжи (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, ГПОД)

Причины развития врожденных ГПОД

- неравномерное развитие мышц и отверстий диафрагмы;
- неполное опущение желудка в брюшную полость;
- слабость соединительной ткани в пищеводном и аортальном отверстиях диафрагмы и ряд других причин.

Причины образования приобретенных ГПОД

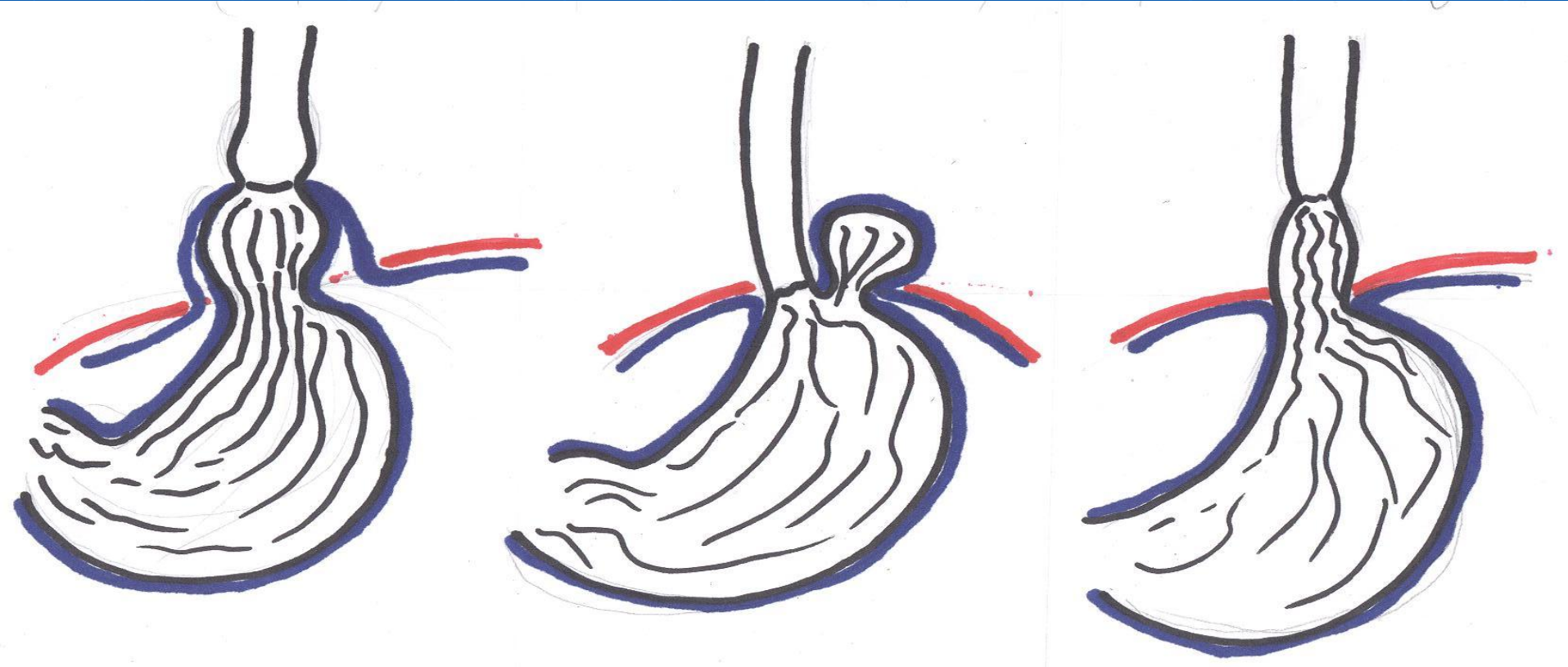
- **повышенное внутрибрюшное давление;**
- **инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и диафрагмально-пищеводной связки (Морозова–Савина) (возрастное ослабление соединительно-тканых структур);**
- **прогрессирующее рубцовое укорочение пищевода** в результате его воспалительных заболеваний, ожогов, дивертикулов, язв и т.д.;
- **систематический эзофагоспазм** с последующей тракцией желудка в средостение как результат раздражения блуждающего нерва при различных патологических состояниях пищевода и кардии.

Классификация хиатальных грыж

Аксиальная
(99,2%)

Параэзофагеальная
(0,4%)

Короткий пищевод
(0,4%)



Чёрная линия-контуры желудка и пищевода
Синяя линия – брюшина
Красная линия - диафрагма

Основные клинические симптомы аксиальной хиатальной грыжи (АХГ)

- **Диспепсия** – изжога (чувство ретростернального жжения), отрыжка (аэрофагия), срыгивание пищи (регургитация);
- **Дисфагия** – как результат гиперкинезии пищевода и эзофагоспазма, реже стриктур. Она длительно интермиттирует, а не прогрессирует, зависит от положения тела и физических нагрузок, часто появляется в конце еды – “дисфагия последнего куска”. Однако этот симптом настораживает и требует детального осмотра на предмет исключения рака;
- **Боли** – характеризуются разнообразием локализации и иррадиации. Чаще возникают у мечевидного отростка с иррадиацией в межлопаточную область, в основном, после еды. Боли носят позиционный характер: усиливаются в горизонтальном положении и при наклонах – симптом “шнурка”.
- **Икота** – развивается при больших грыжах вследствие раздражения диафрагмального нерва и сокращений диафрагмы.

Частота симптомов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Симптом	Частота, %	Симптом	Частота, %
Ухудшение состояния в горизонтальном положении	88	Одышка, кровотечение	13
Сердцебиение	83	Боль в плече, руке	8
Кашель	47	Боль по типу стенокардии	5
Дисфагия	40	Боль в шее, ушах	3
Тошнота, рвота	21	Регургитация	23
Боль в спине	16	Бронхит	35
Лихорадка	16	Астматические приступы	16
Кровохарканье	13	Пневмония	16

3 степени грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

- 1 степень: в грудной полости над диафрагмой находится абдоминальный отдел пищевода, кардия на уровне диафрагмы, желудок приподнят и прилежит к диафрагме.
- 2 степень: над диафрагмой находится абдоминальный отдел пищевода и кардии, в области пищеводного отверстия диафрагмы располагается часть желудка.
- 3 степень: над диафрагмой находится абдоминальный отдел пищевода, кардия и часть желудка

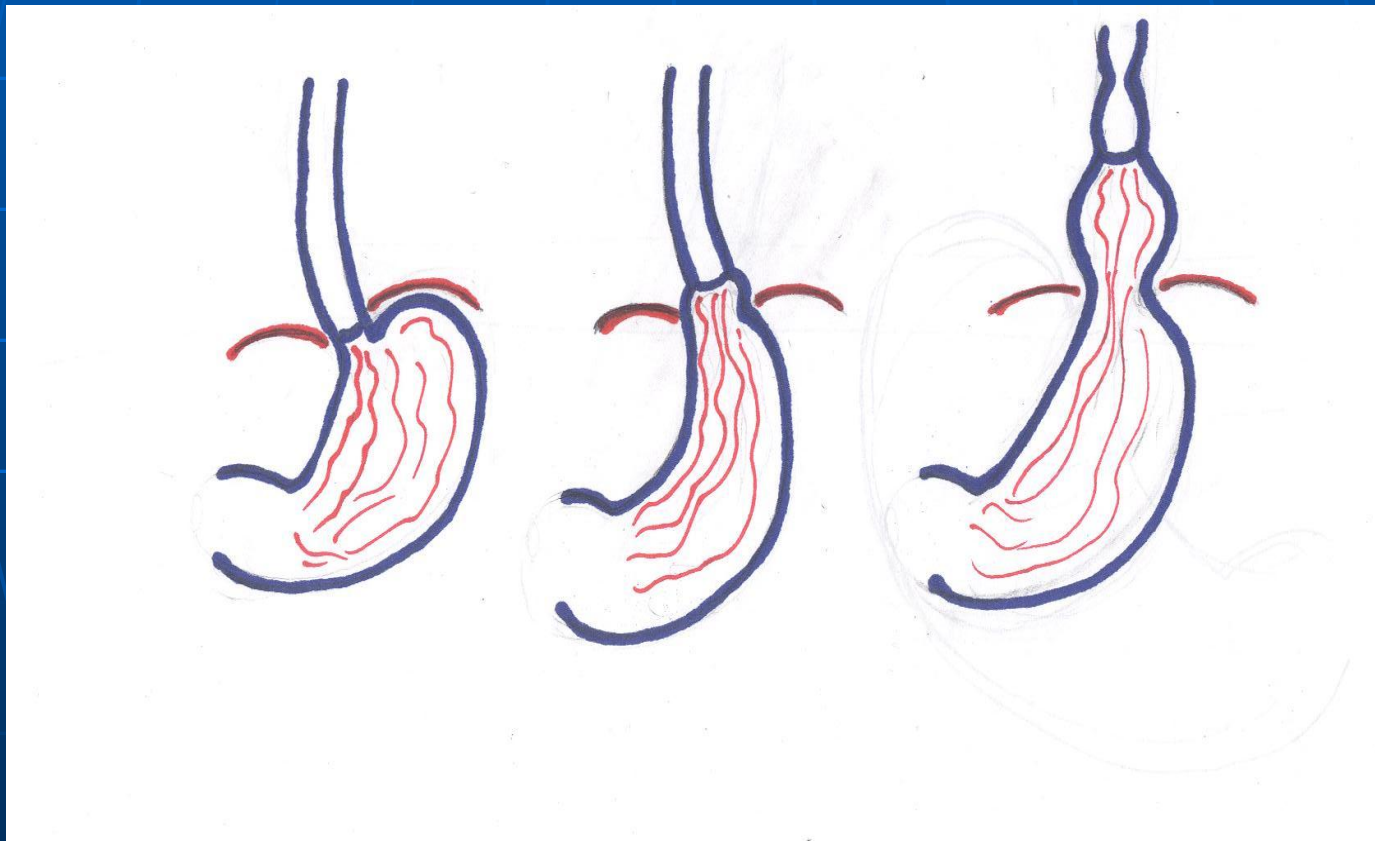
Классификация аксиальных хиатальных грыж (АХГ)

(предложена И.Л.Тагером и А.А.Липко в 1965г.)

I степень

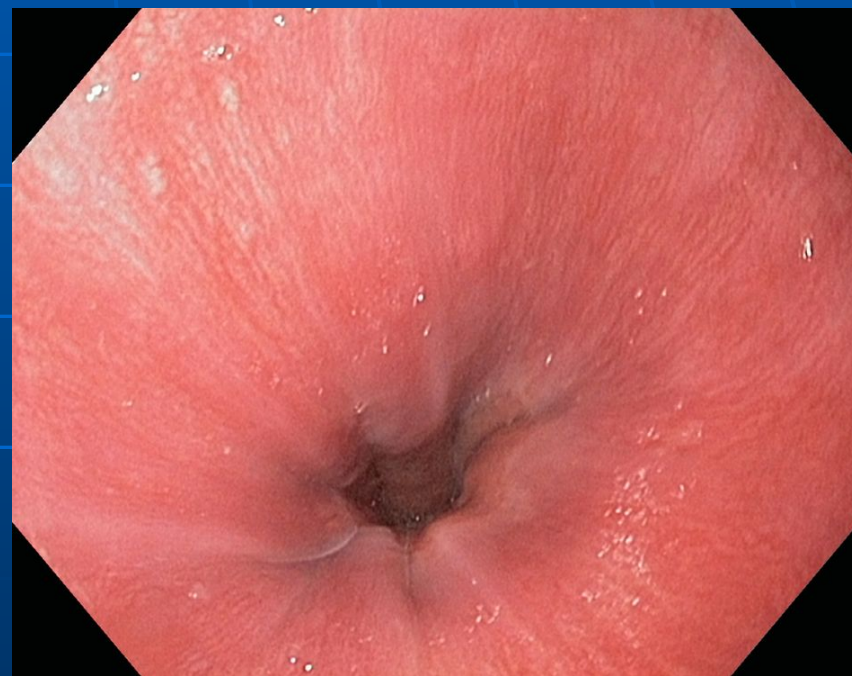
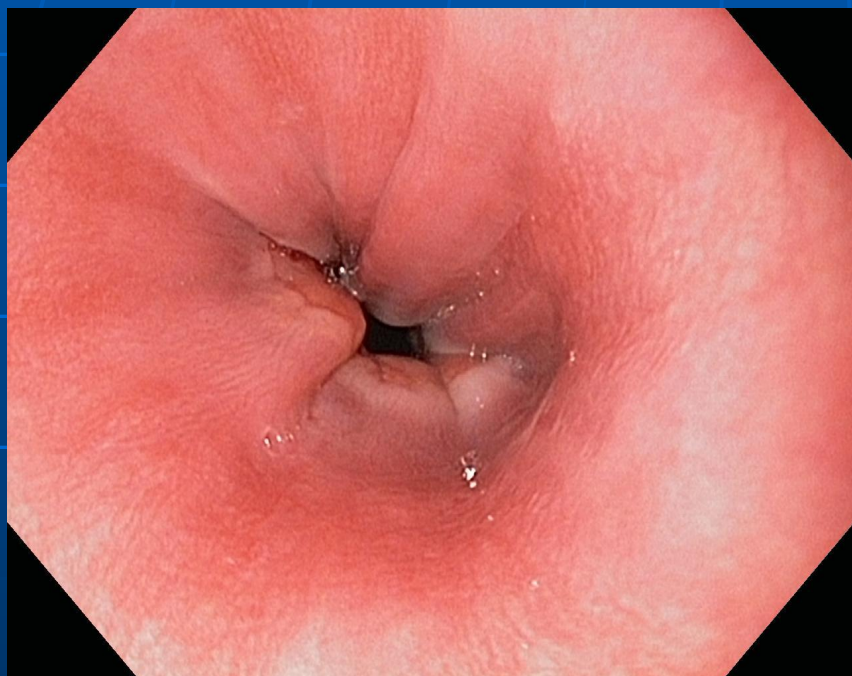
II степень

III степень

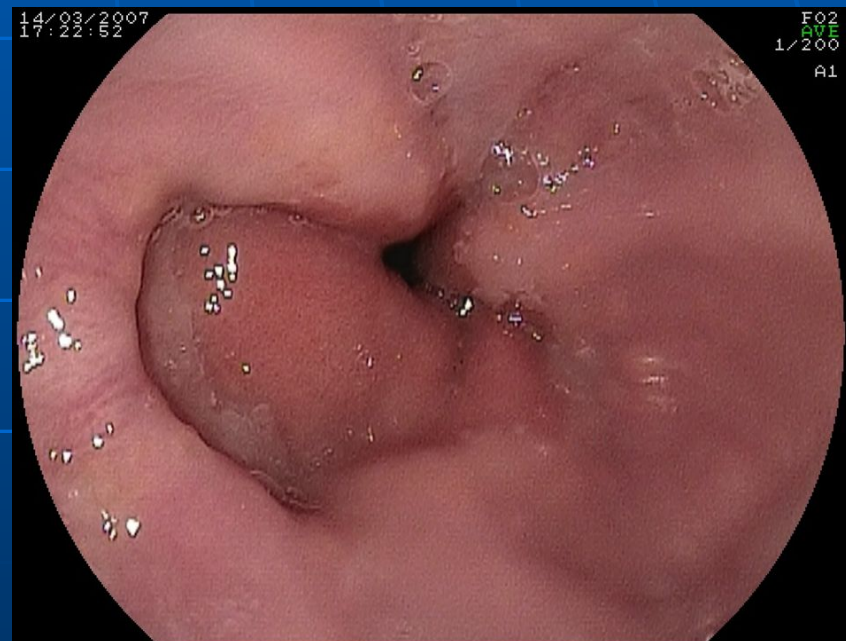
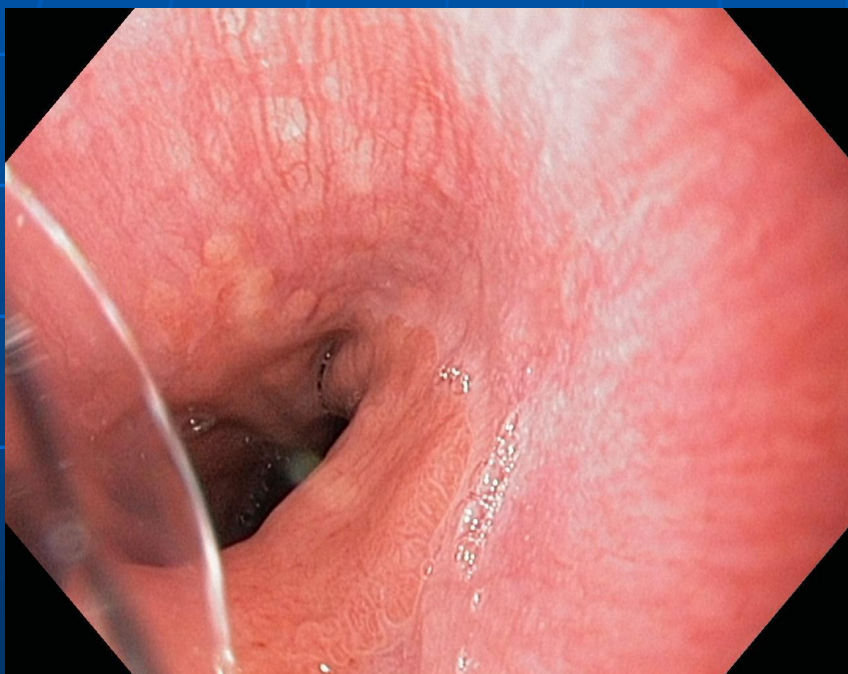


диафрагмы
рудка

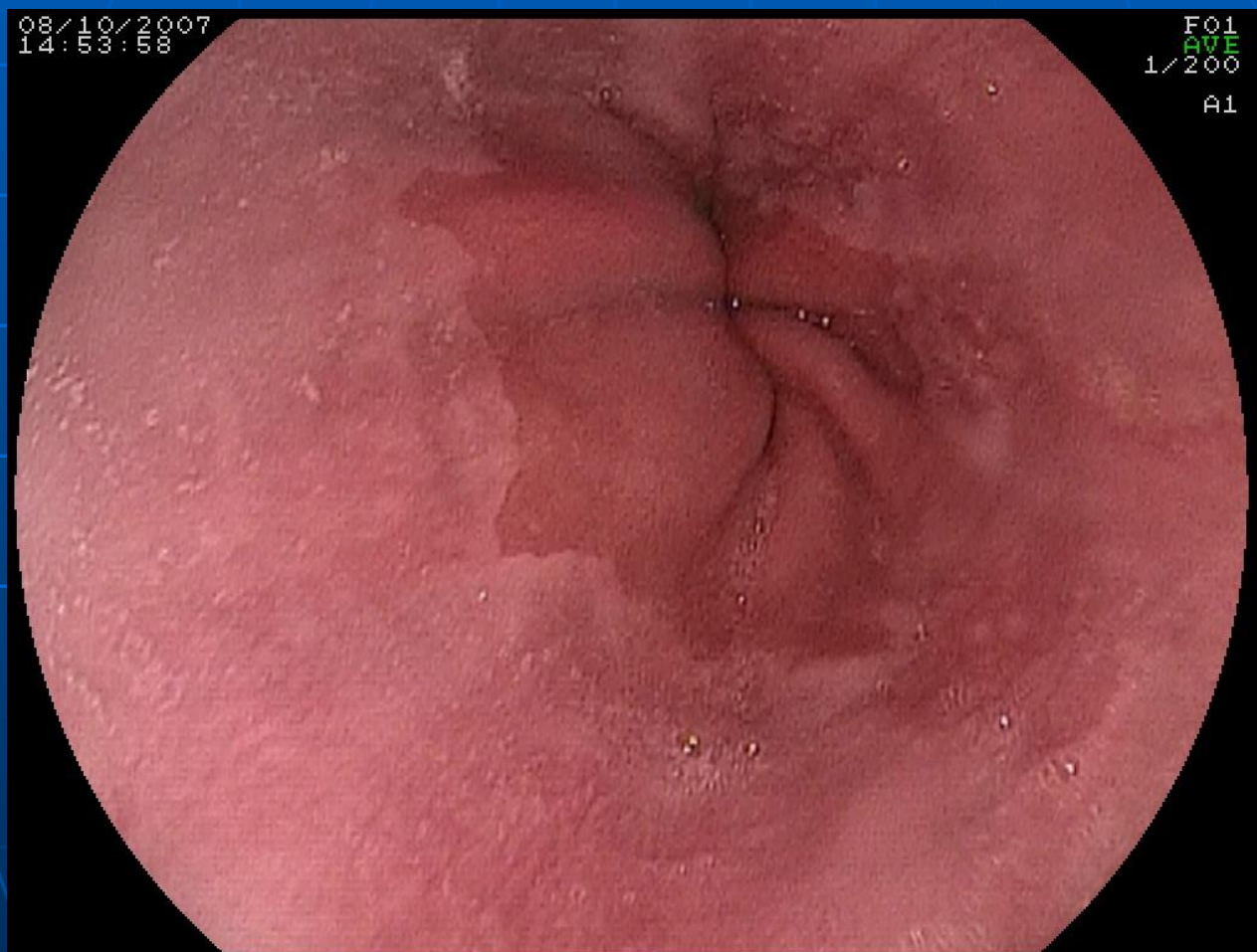
АХГ 1-ой степени



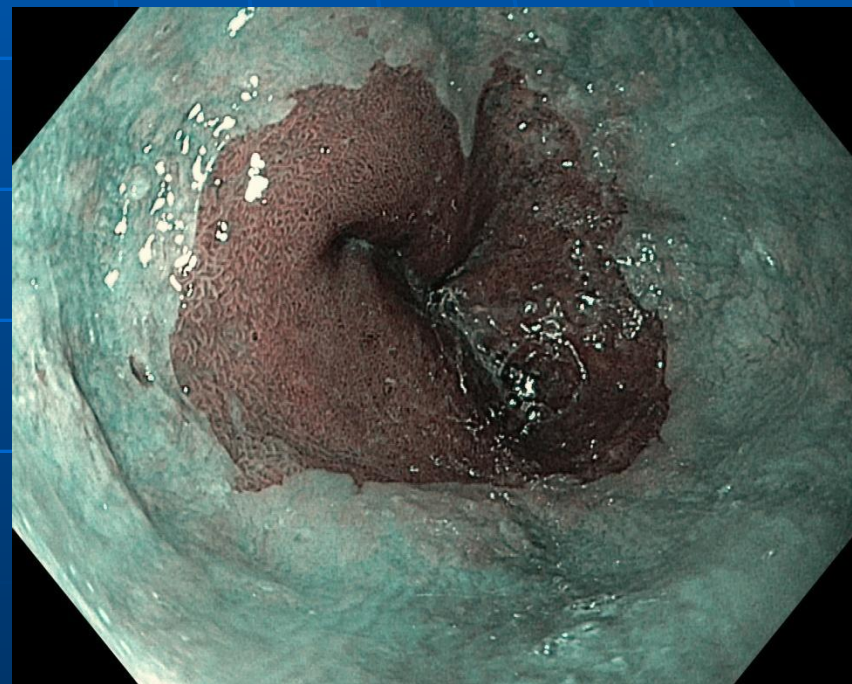
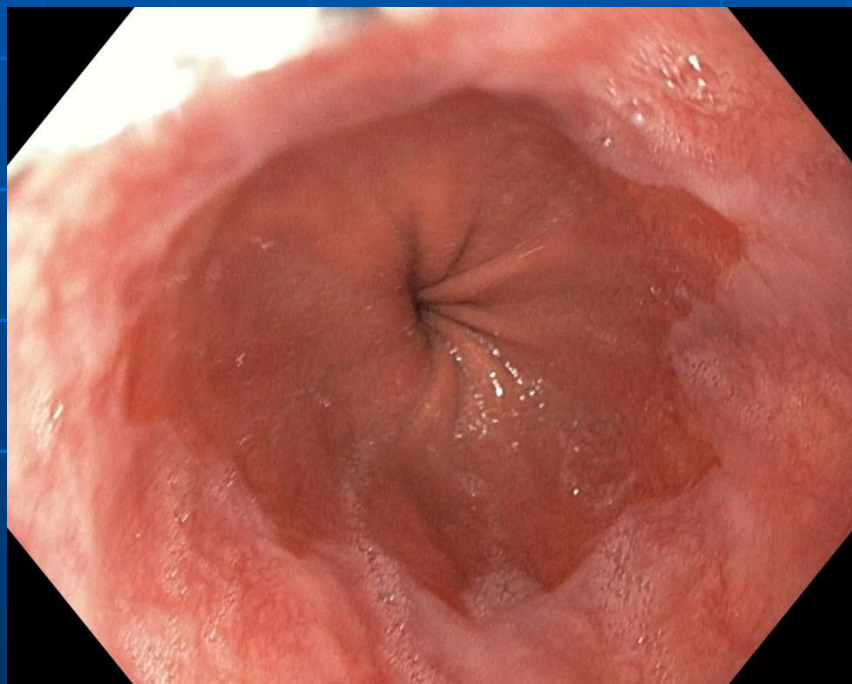
АХГ 1 - 2 степени



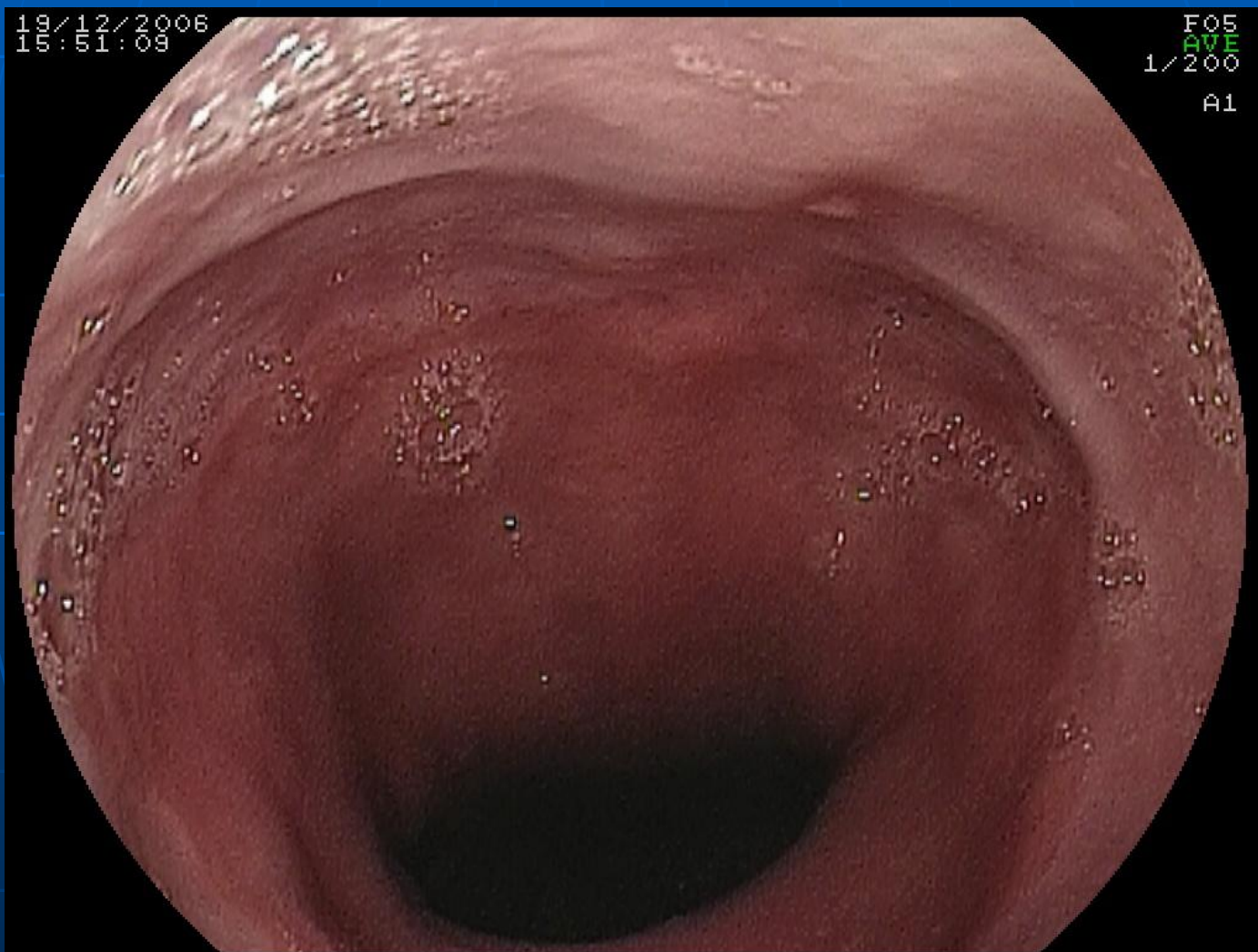
АХГ 2 степени



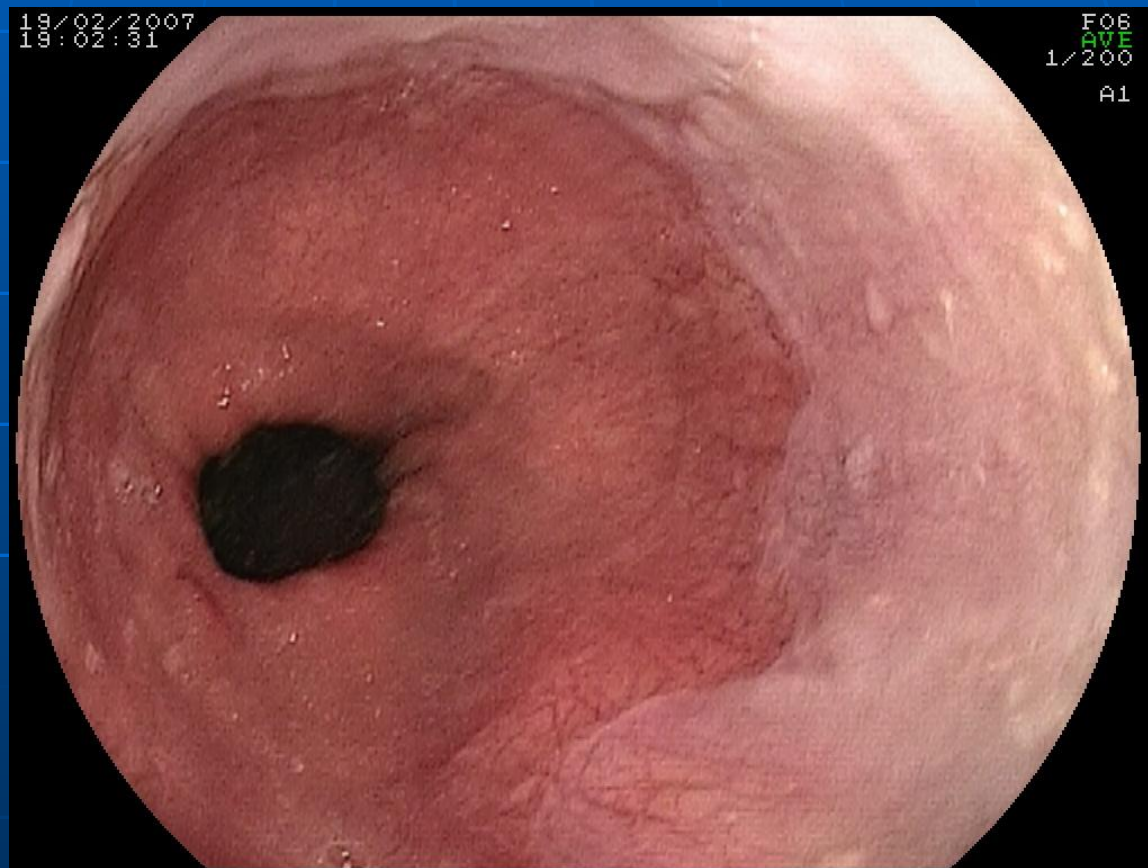
АХГ 2 степени



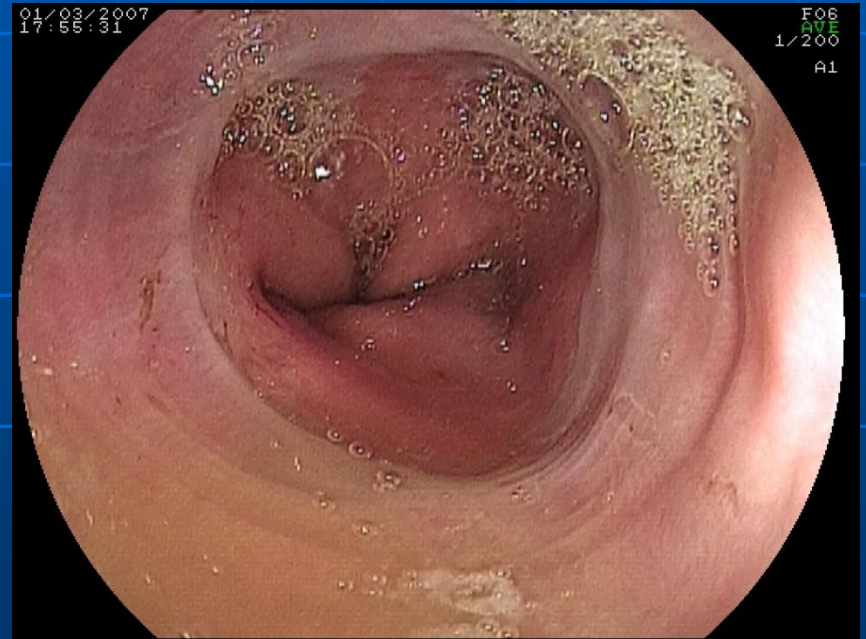
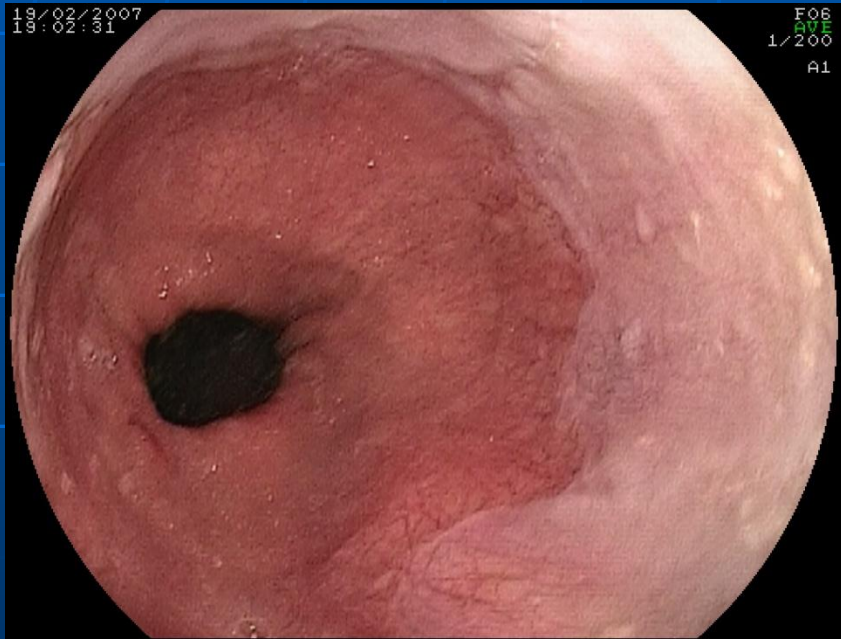
АХГ 3 степени



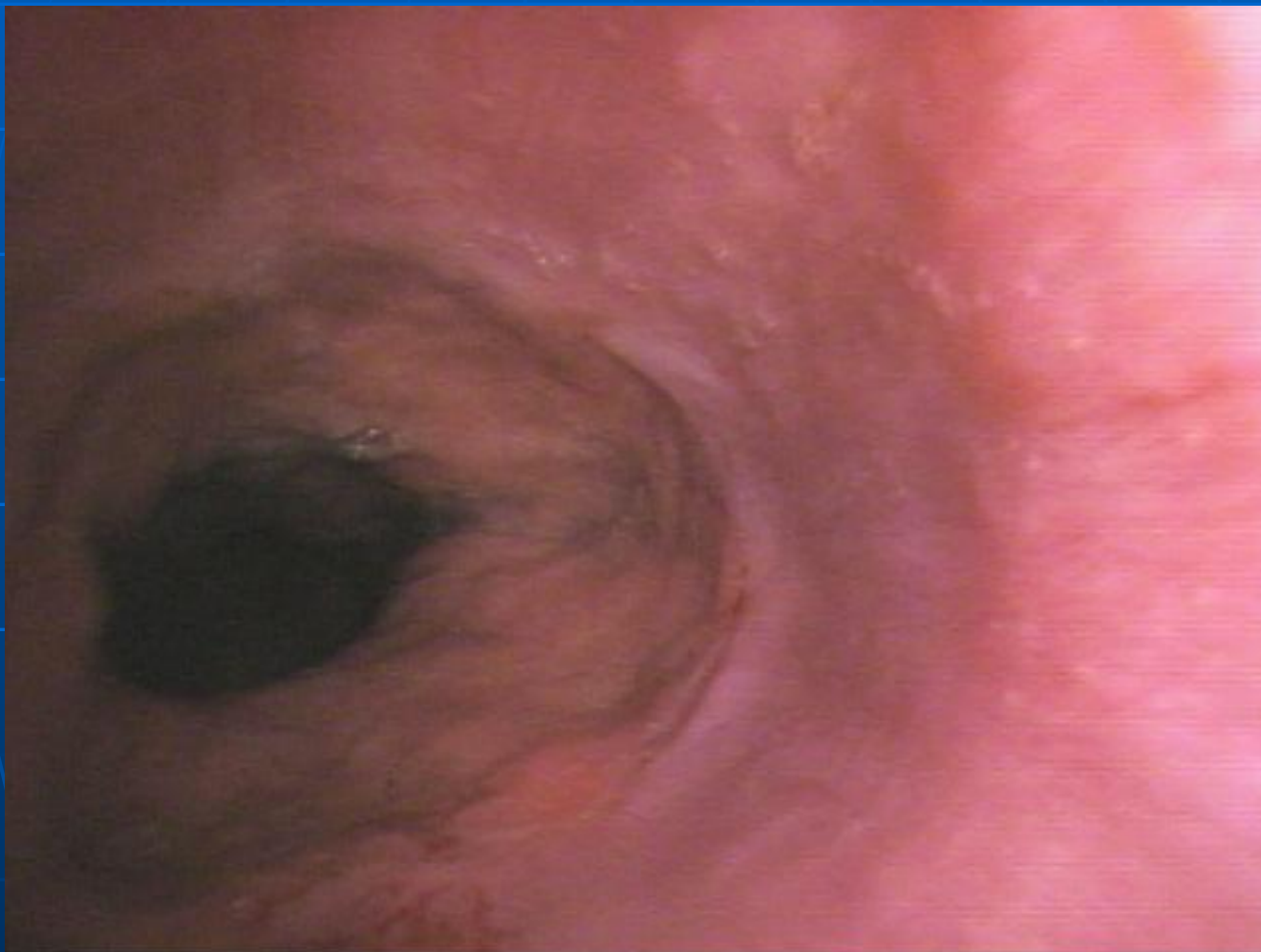
АХГ 2-3 степени



АХГ 2-ой степени



АХГ 2-ой степени



Name:NAME

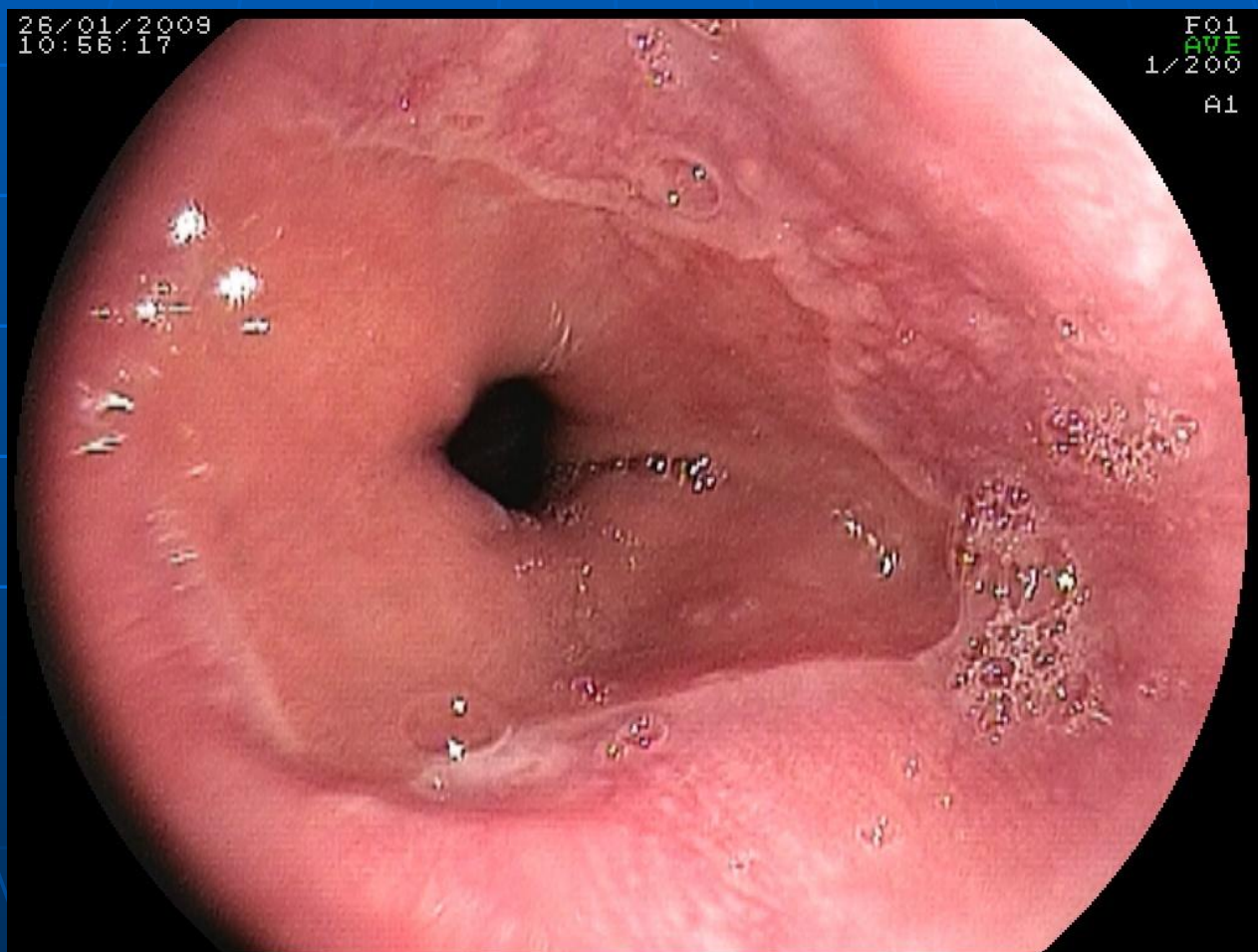
ID:ID Age:AGE Sex:

Comment:COMMENT

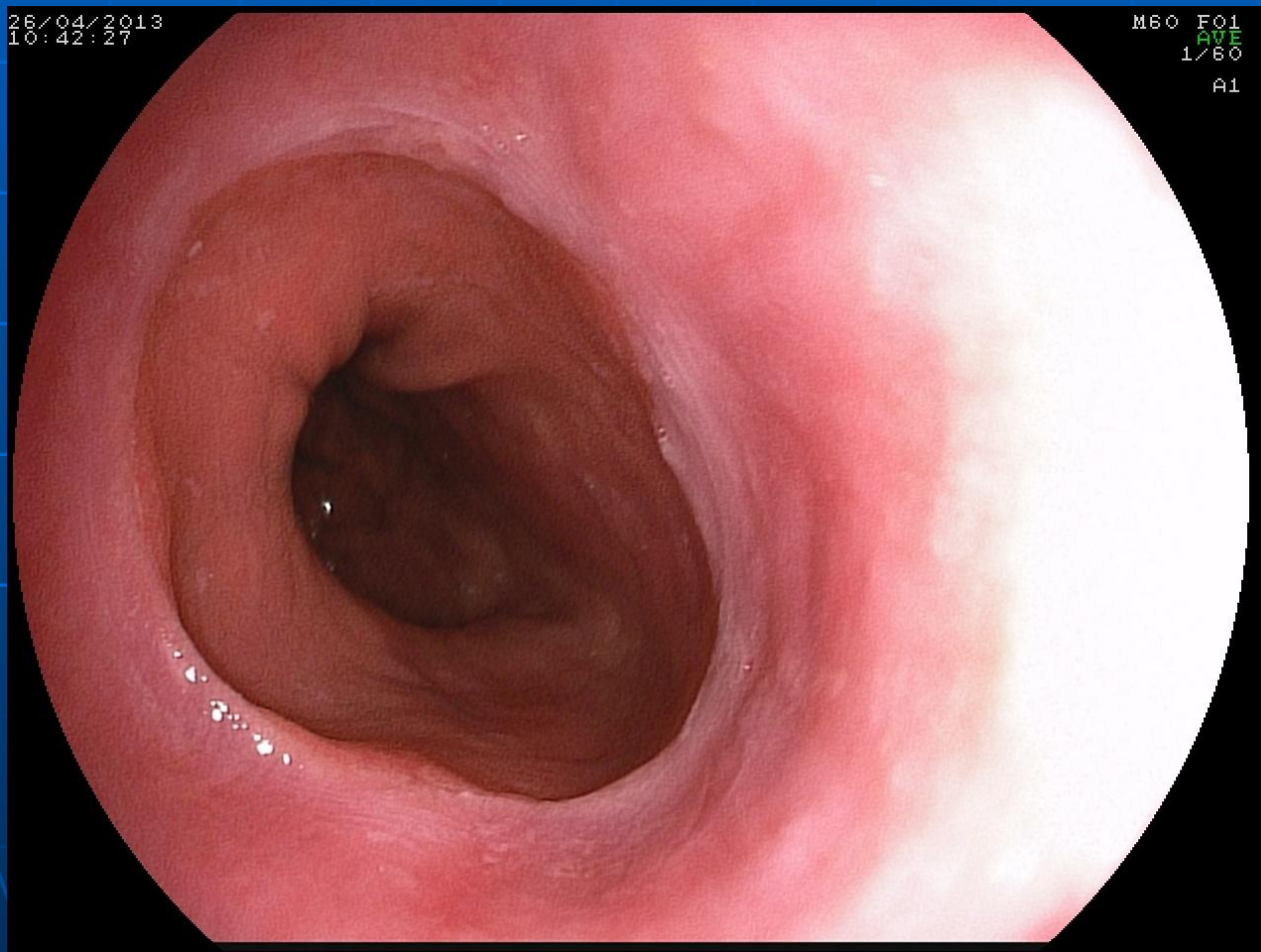
Doctor:Dr.

Date:2005/06/02 09:15:20

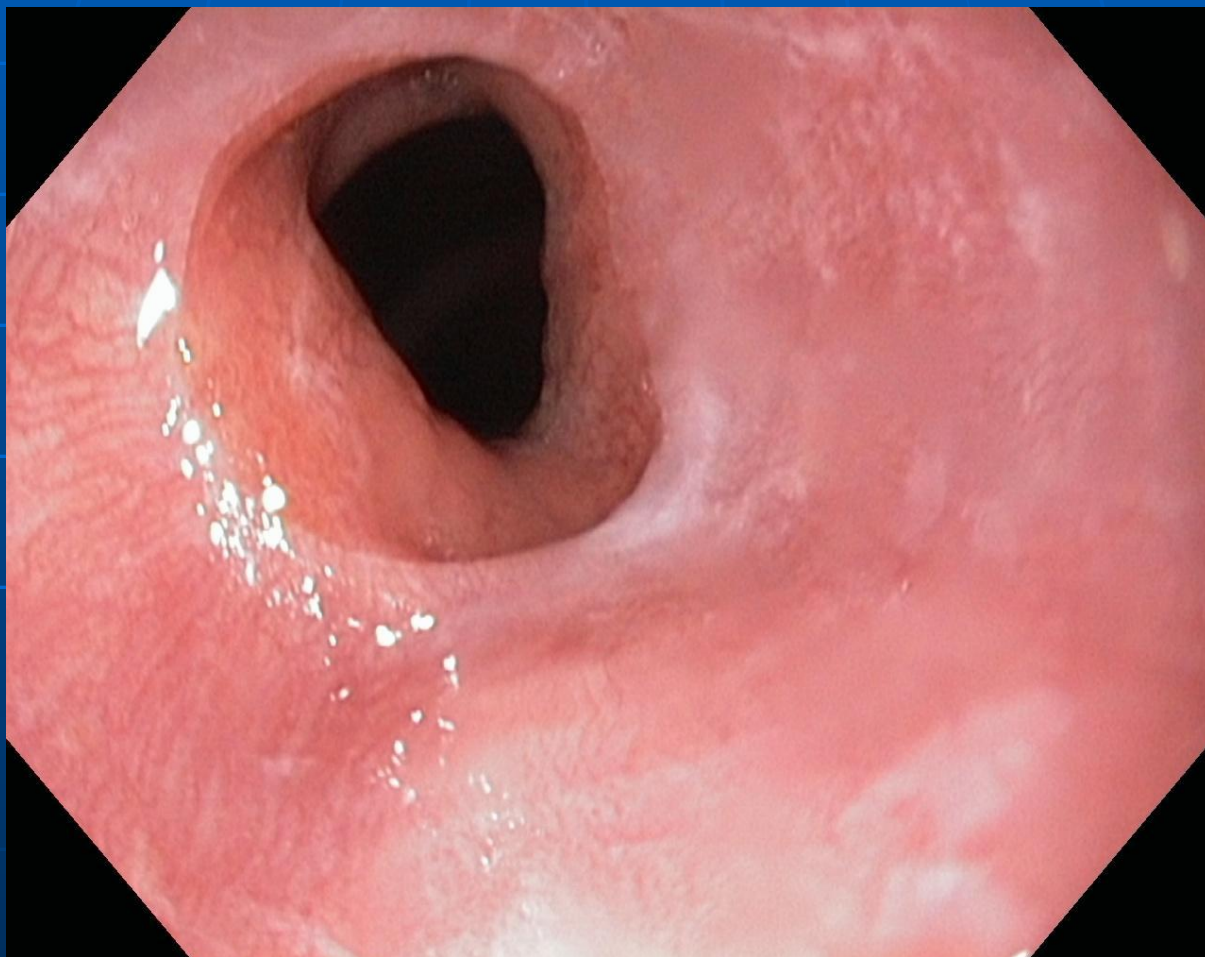
АХГ 2-ой степени



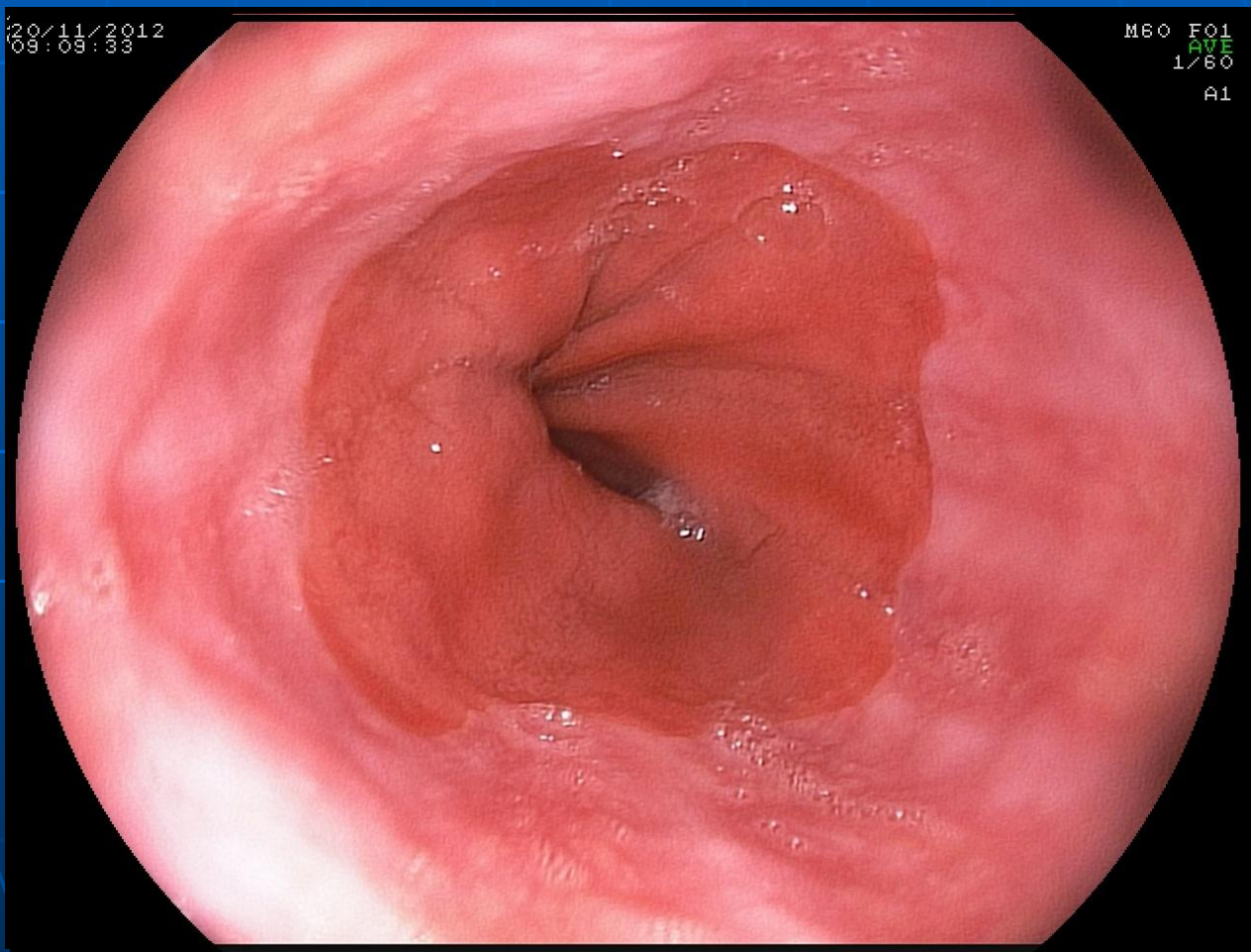
АХГ 2-ой степени



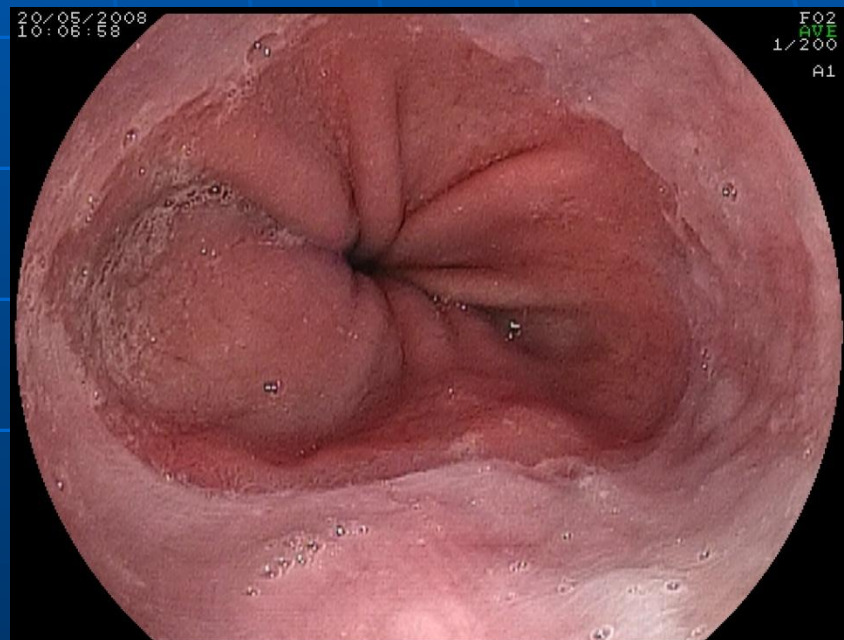
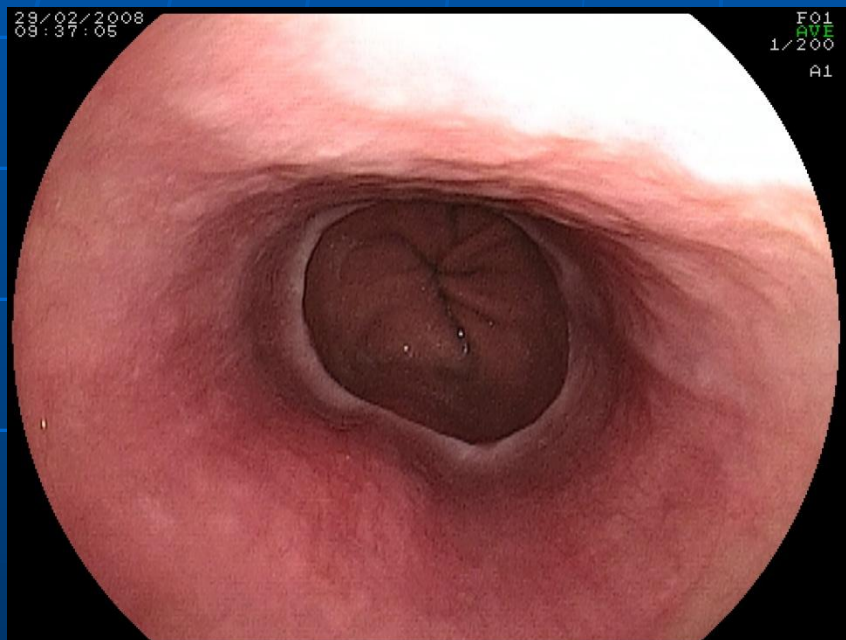
АХГ 1-2 степени



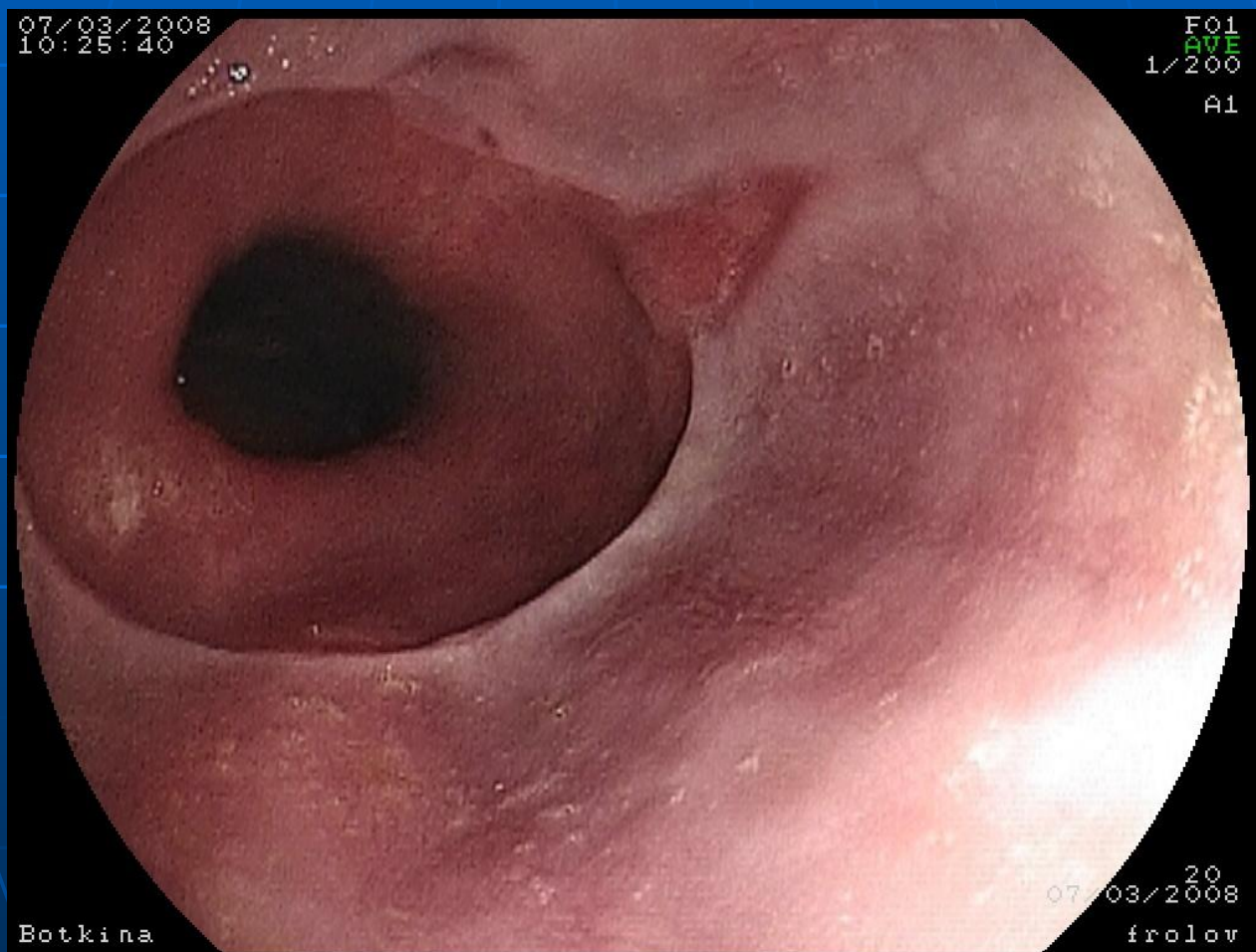
АХГ 2-ой степени



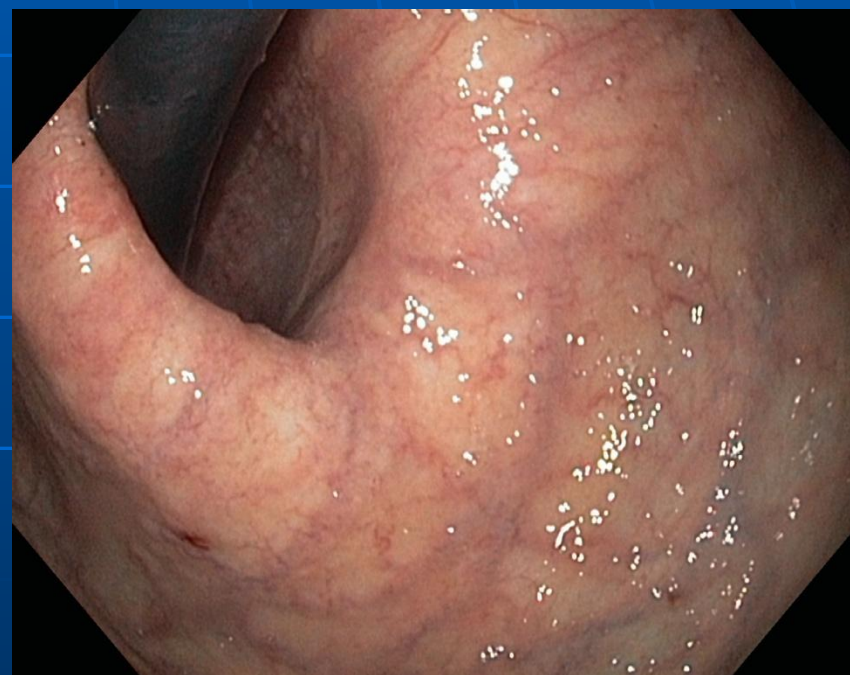
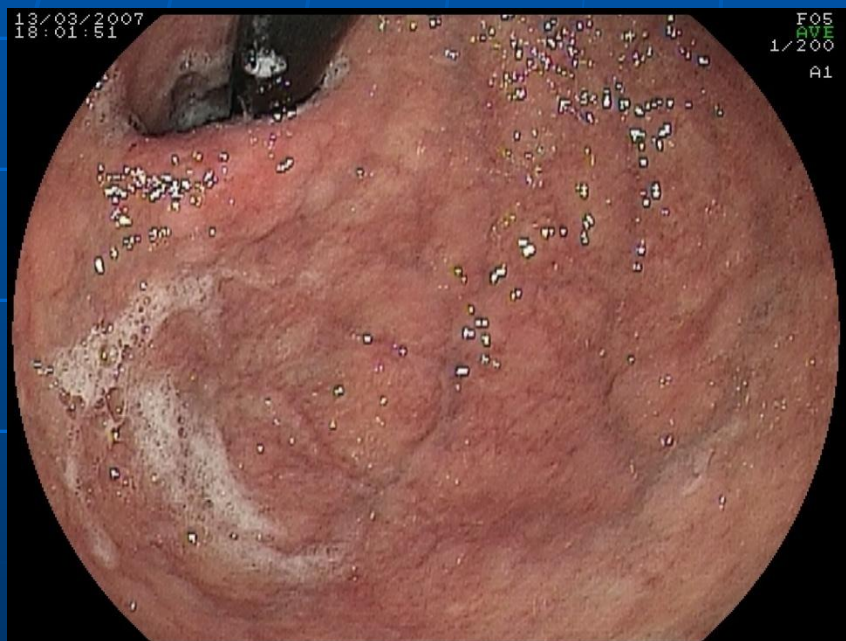
АХГ 2 степени



АХГ 2 ст., эпителизированная эрозия

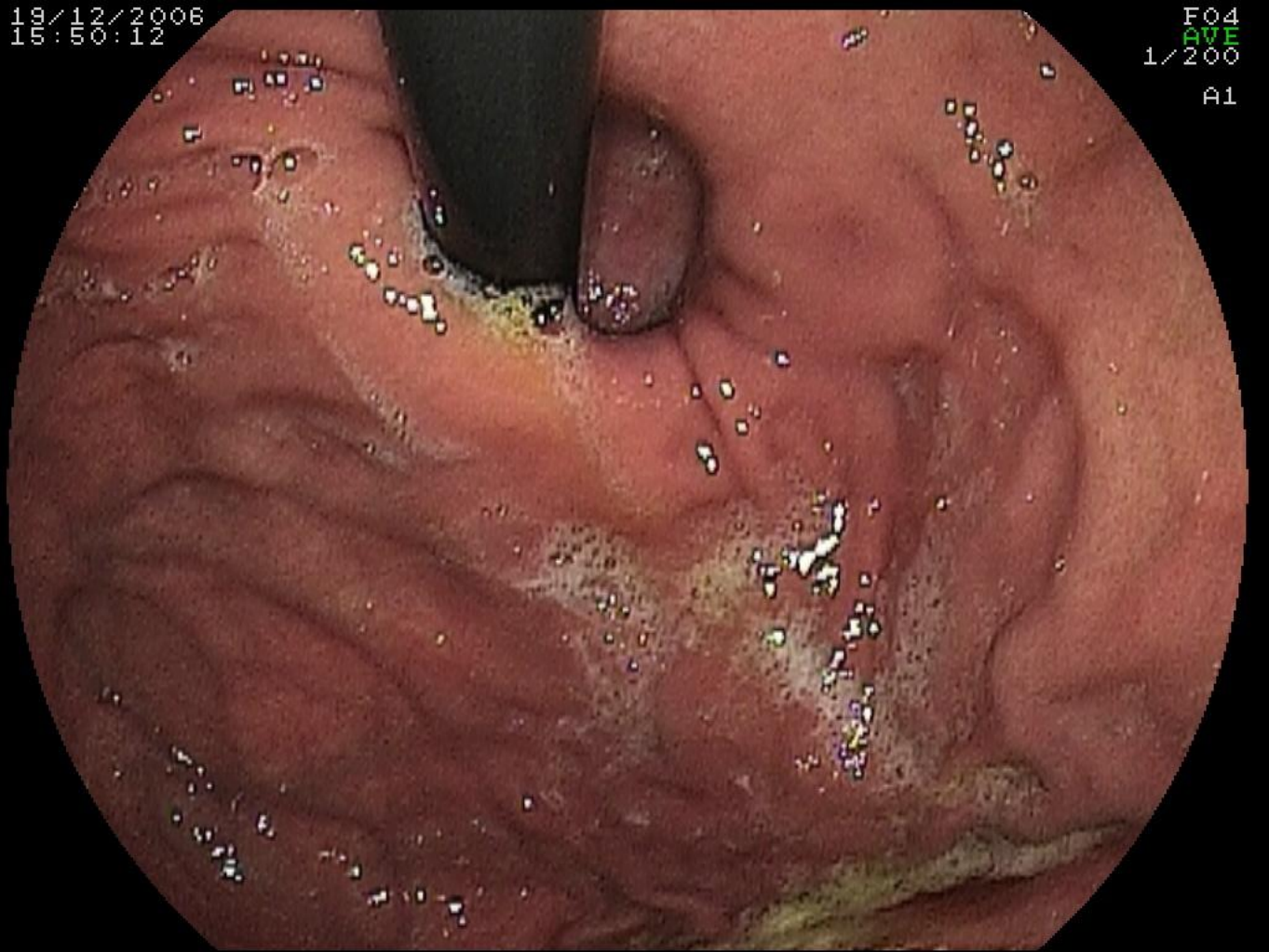


Ахг 2 степени, осмотр в инверсии



19/12/2006
15:50:12

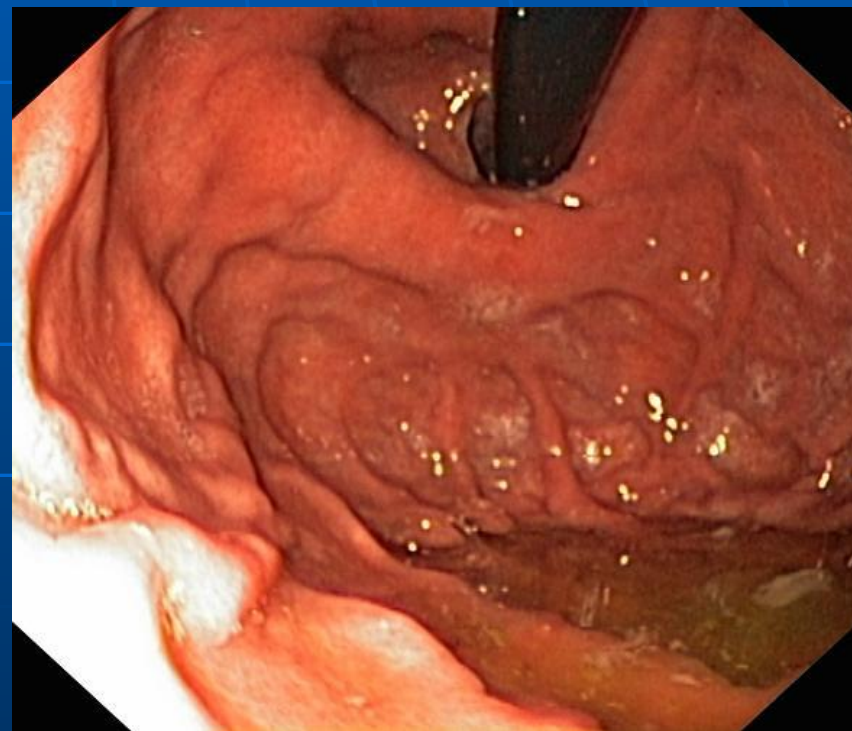
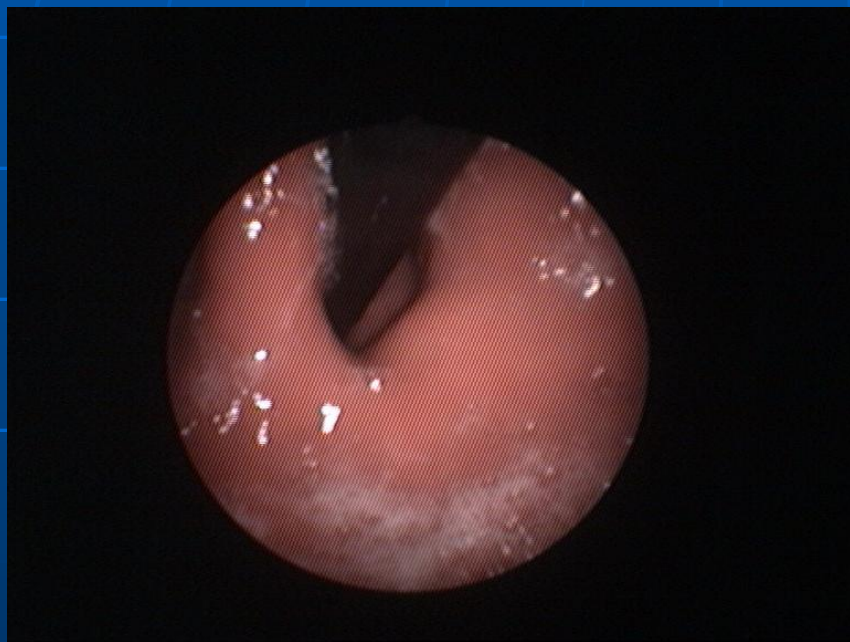
F04
AVE
1/200
A1



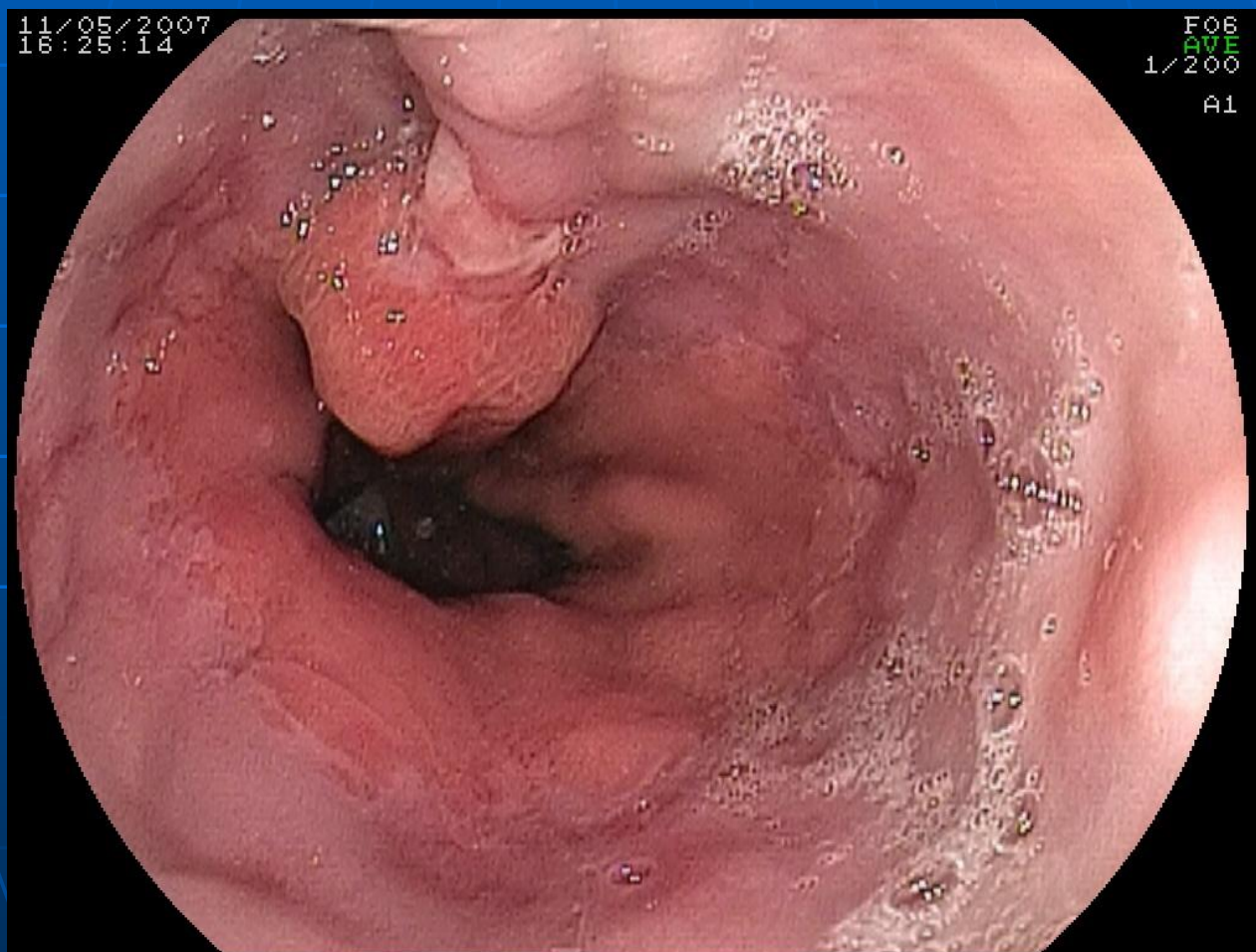
АХГ в инверсии (видео)



АХГ 2 степени (инверсия)

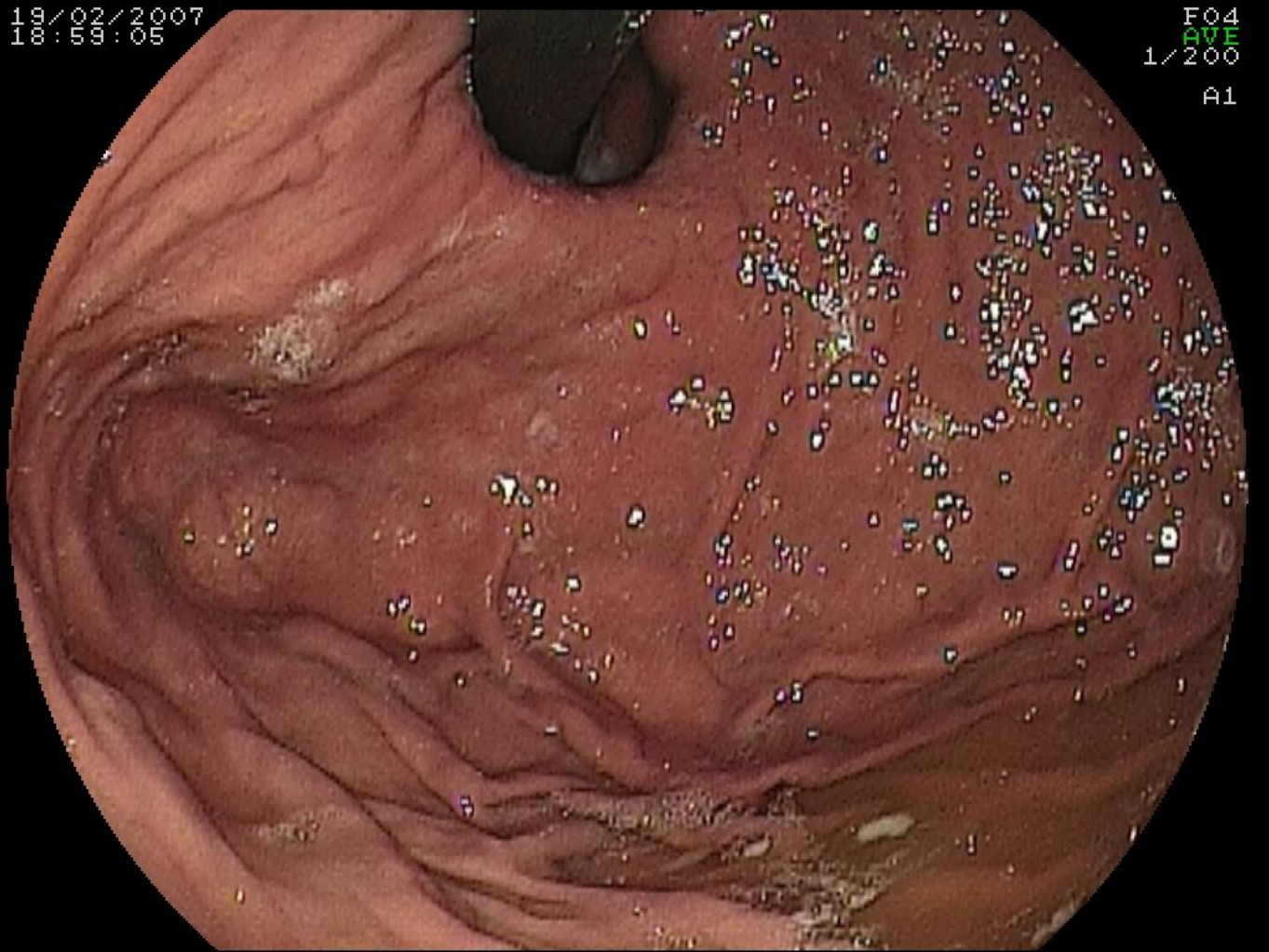


«Сторожевой бугорок»



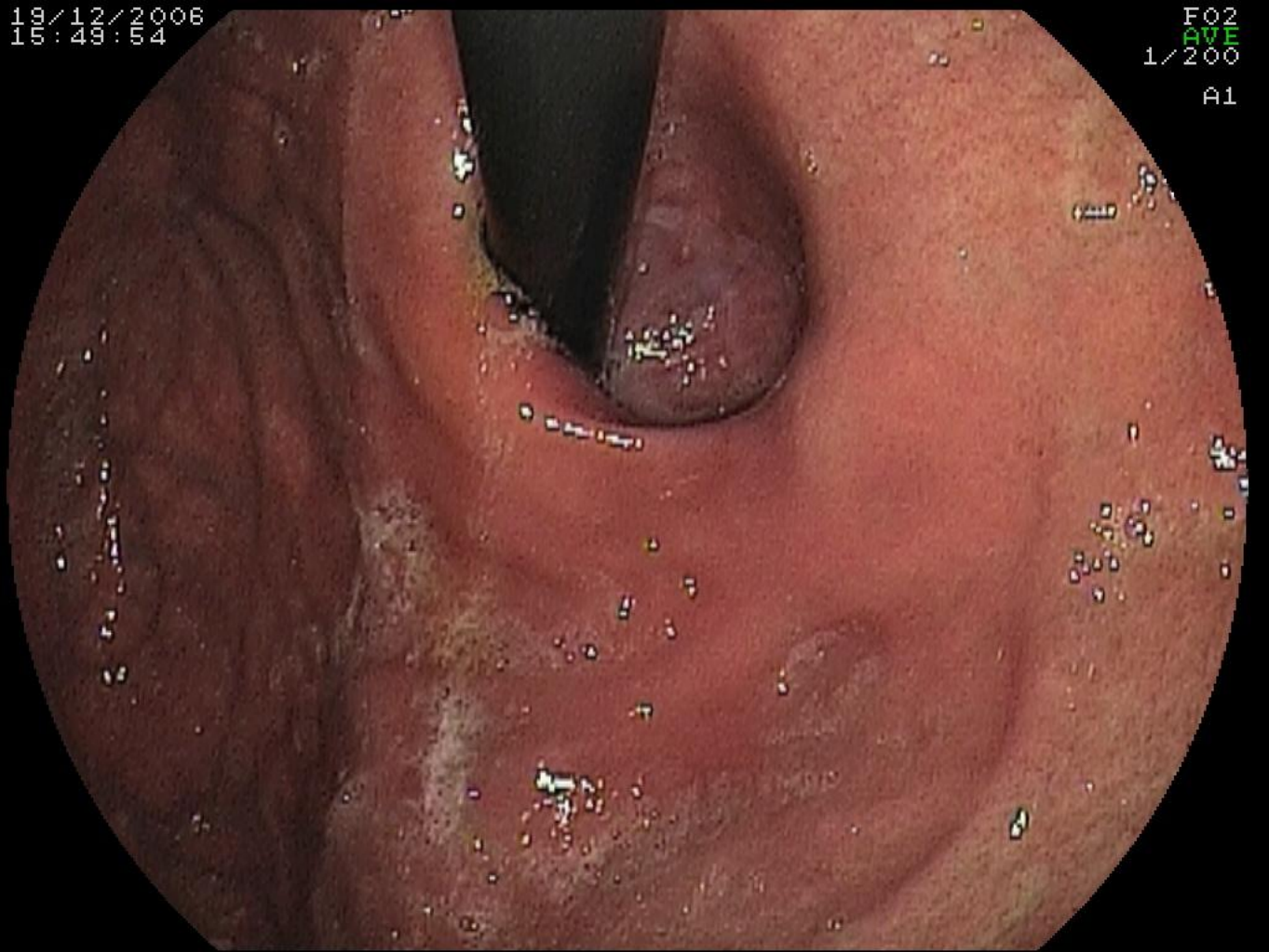
19/02/2007
18:59:05

F04
AVE
1/200
A1

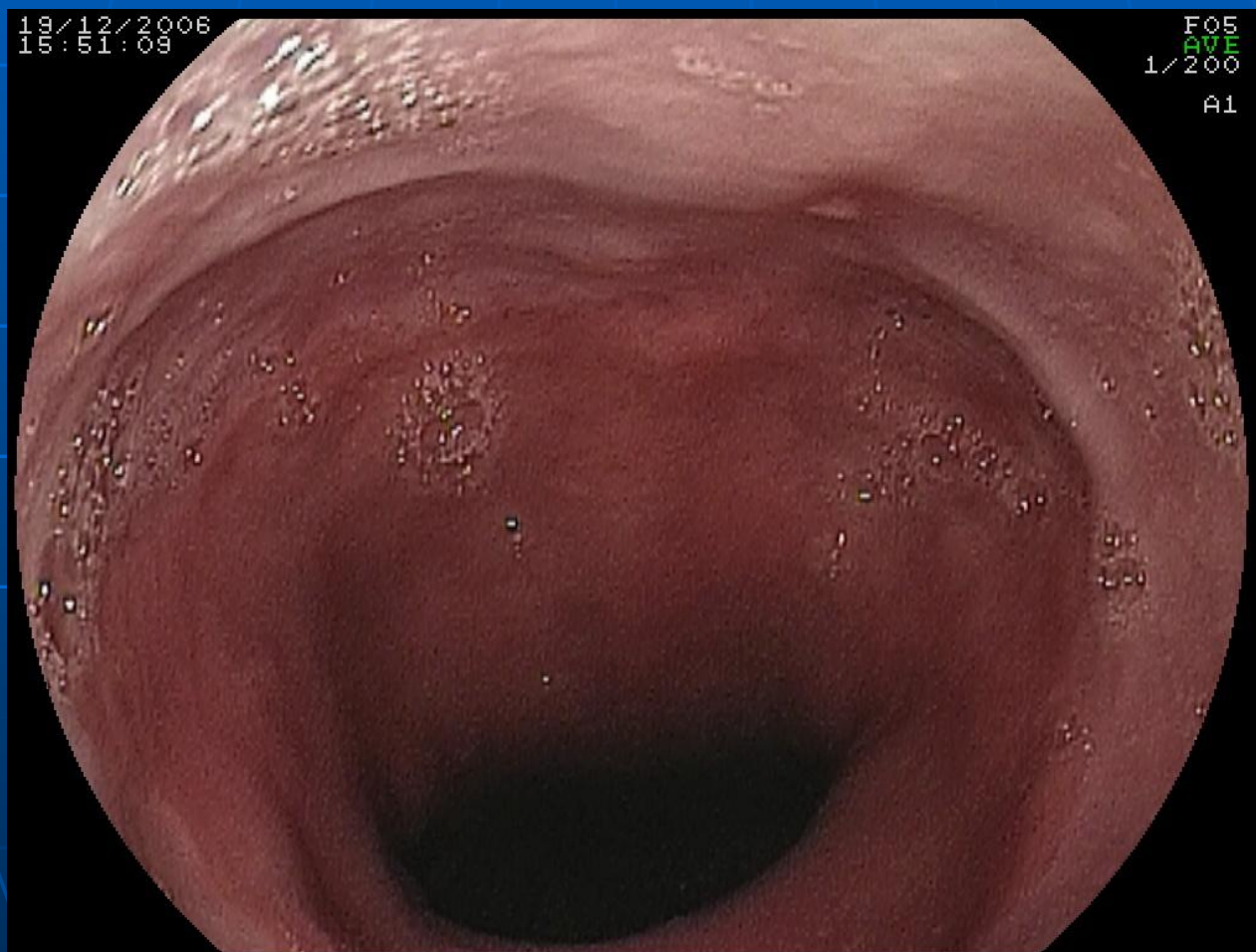


19/12/2006
15:49:54

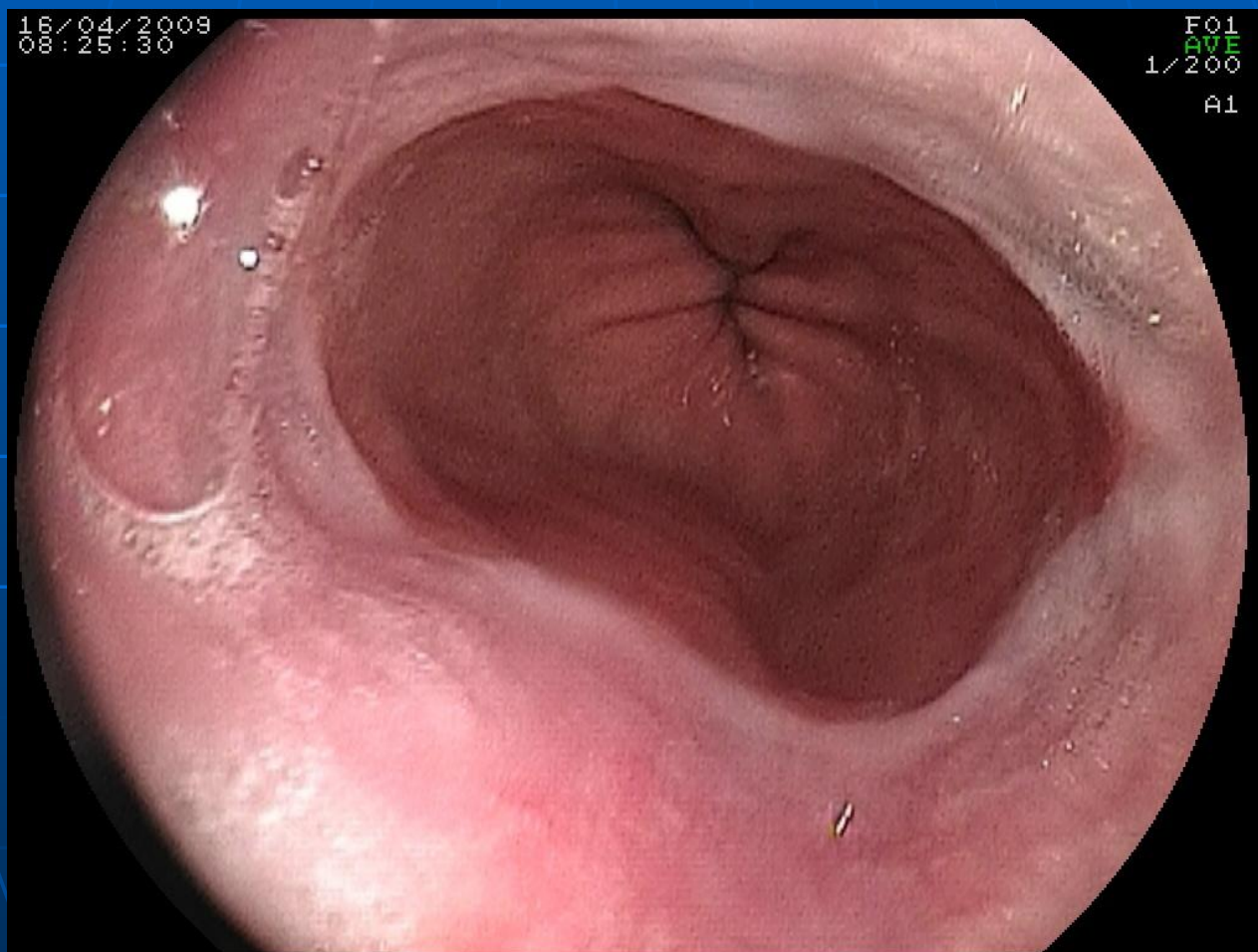
F02
AVE
1/200
A1



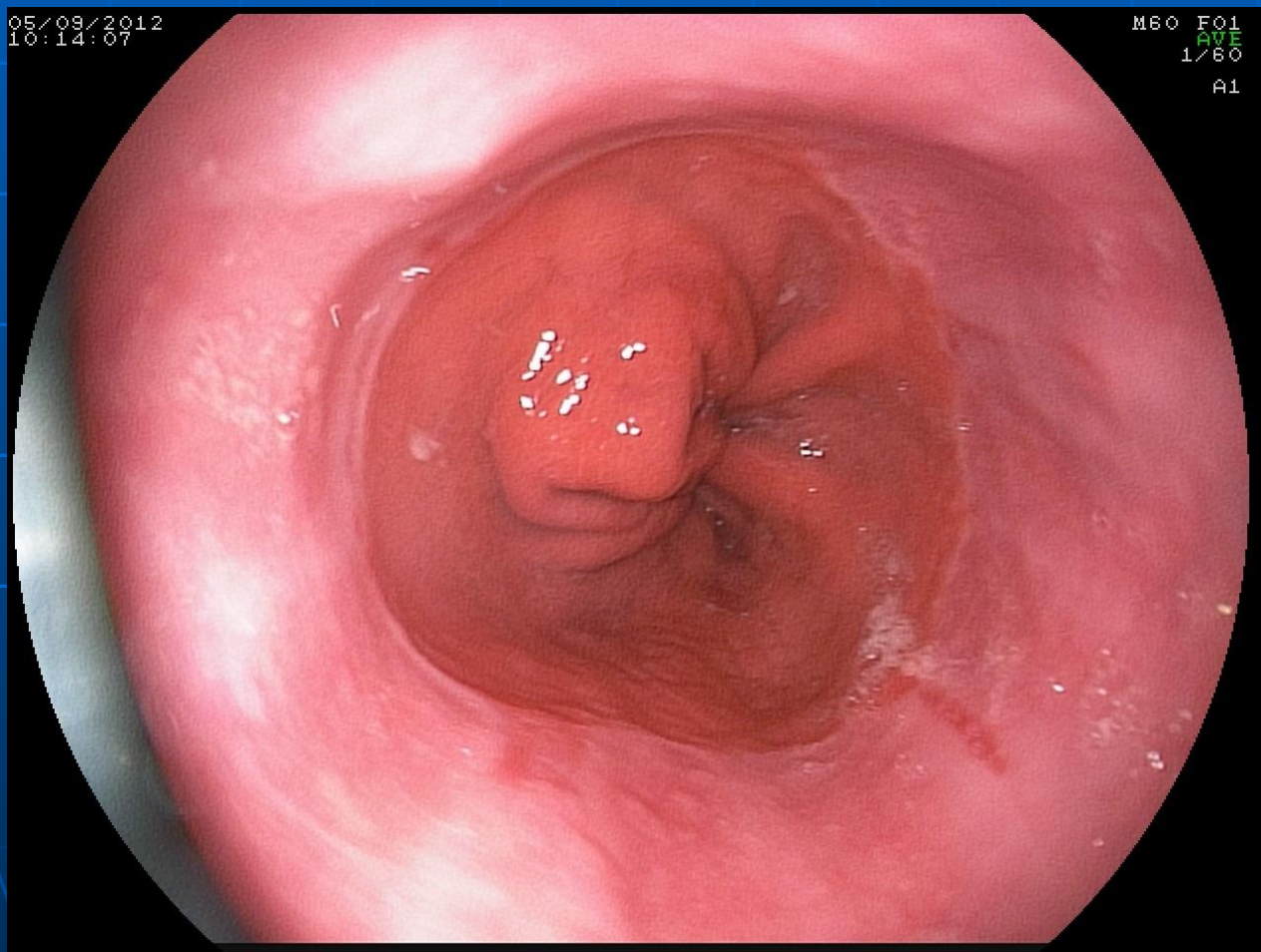
АХГ 2 – 3 степени



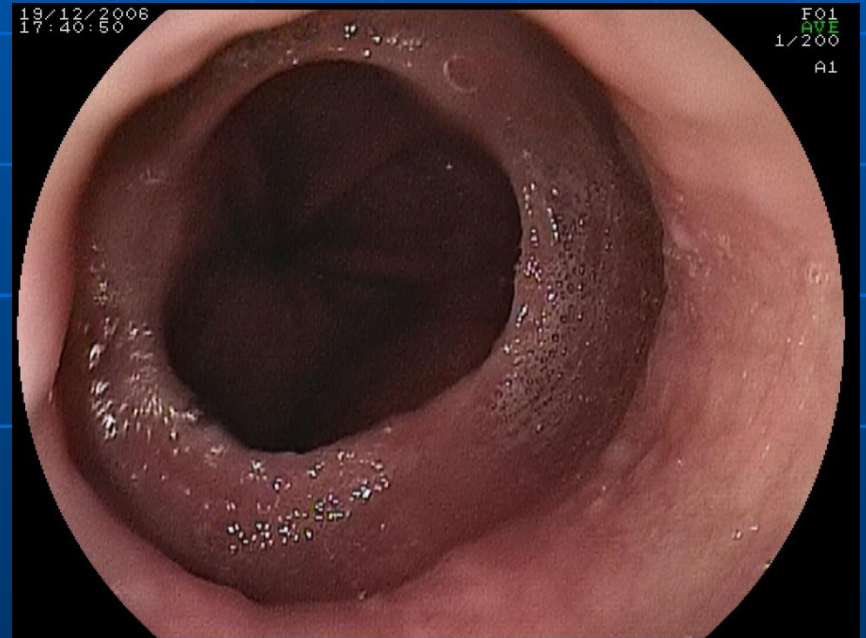
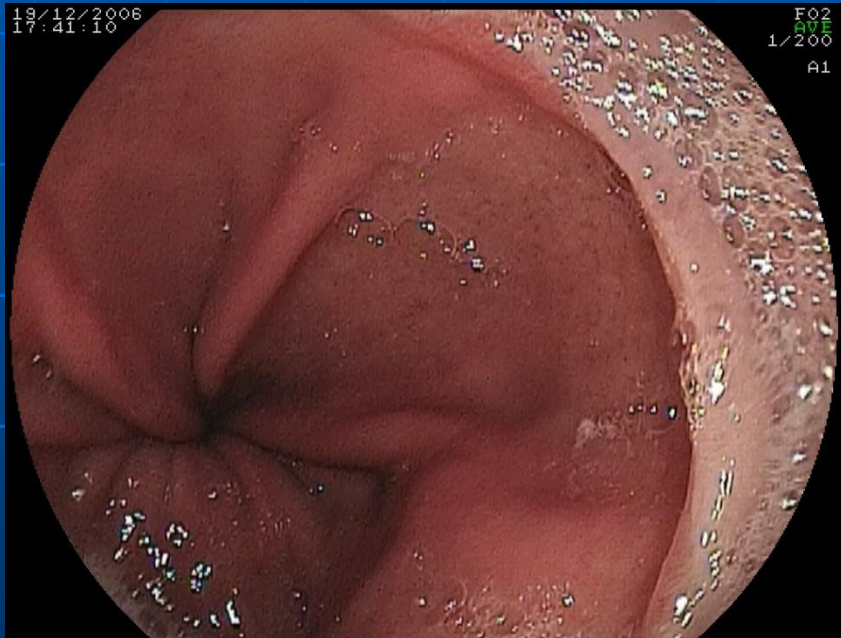
АХГ 3 степени



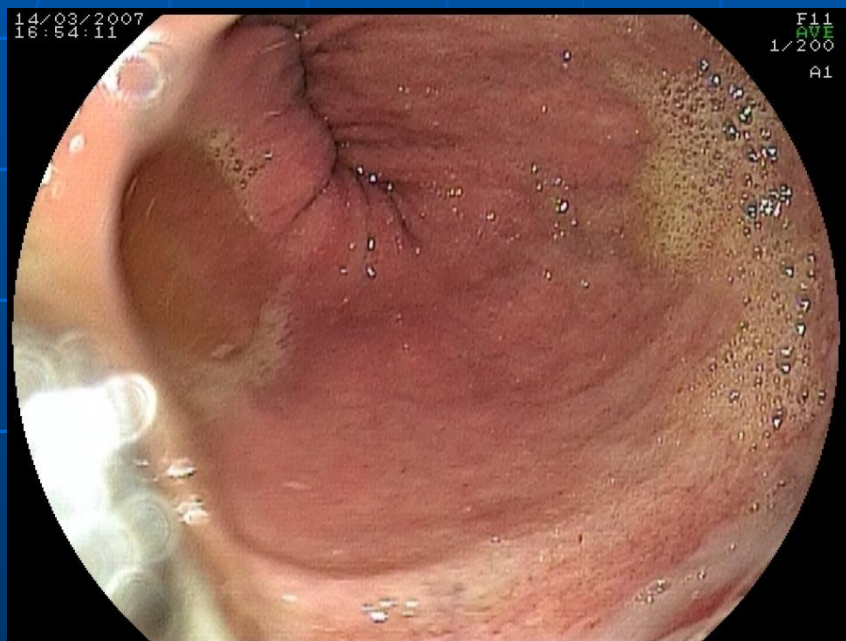
АХГ 2 – 3 степени



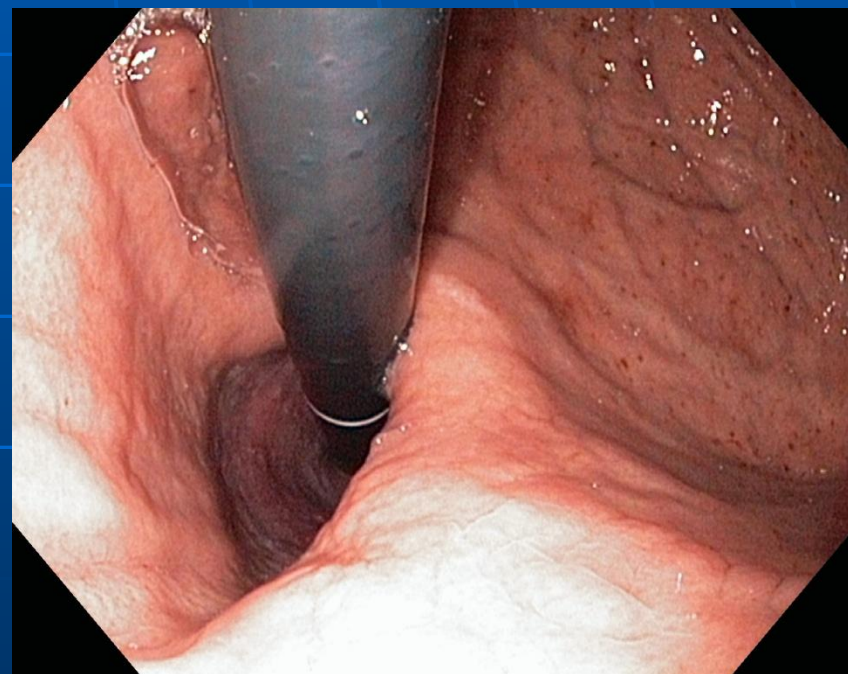
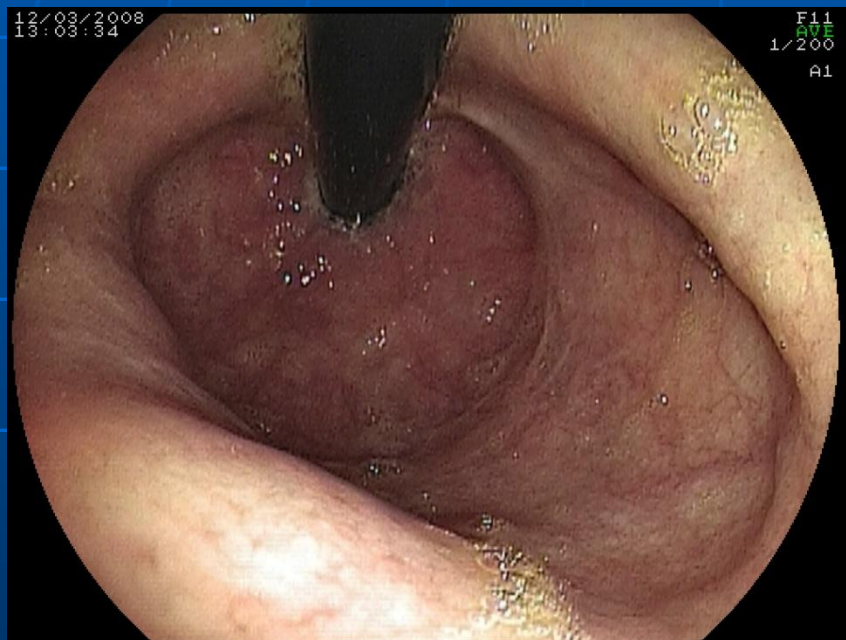
АХГ 3-ей степени



АХГ 3 степени (прямой осмотр и в инверсии)



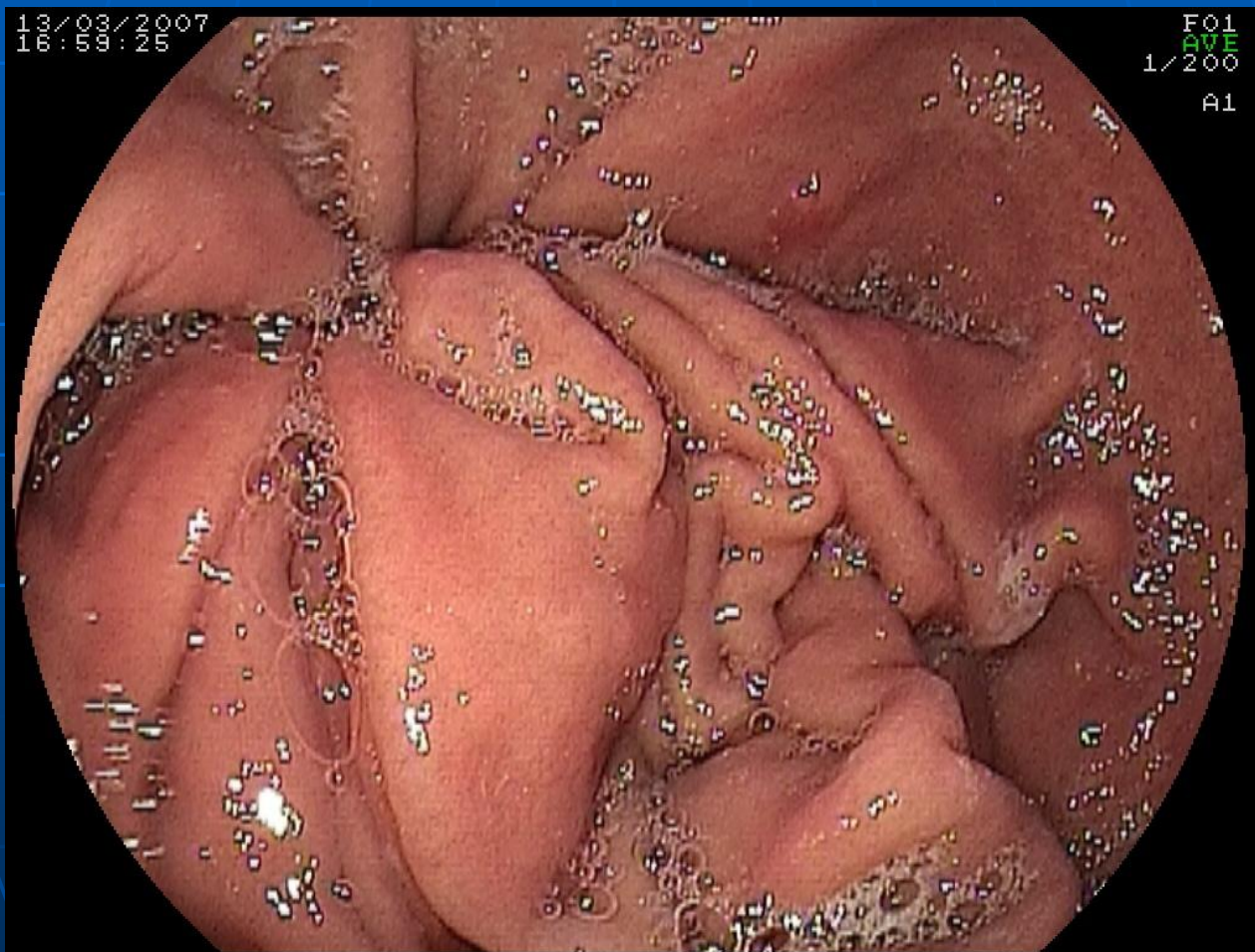
АХГ в инверсии



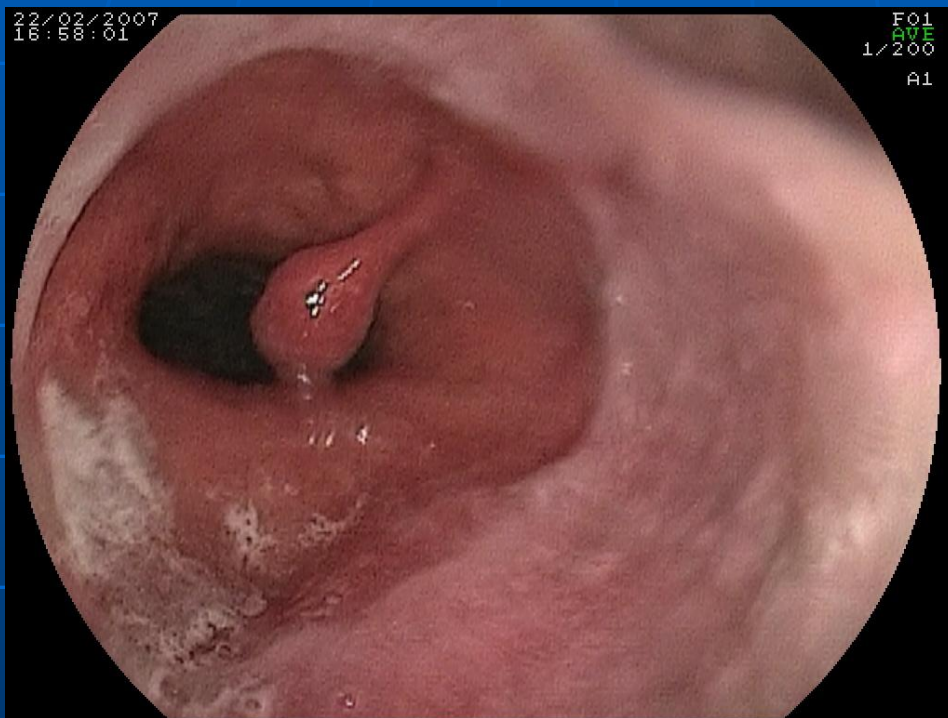
АХГ в инверсии (видео)



Грыжа 3 степени (грыжевая полость)

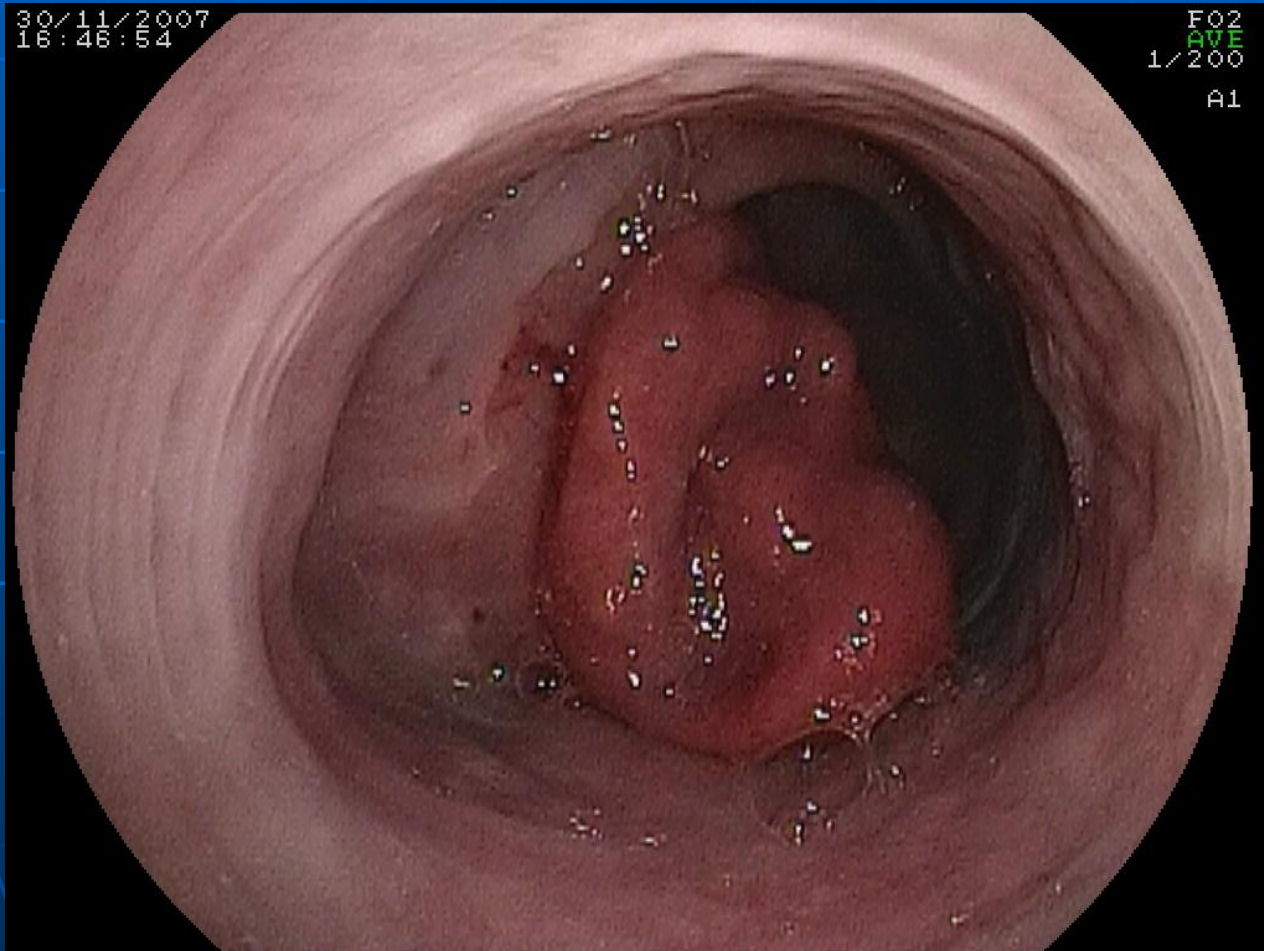


АХГ 3 степени и полип



Такой полип часто ошибочно называю полипом нижней трети пищевода, так как он расположен выше хиатального сужения. На самом деле это полип желудка (той части его, которая поднялась выше ножед диафрагмы вследствие формирования АХГ

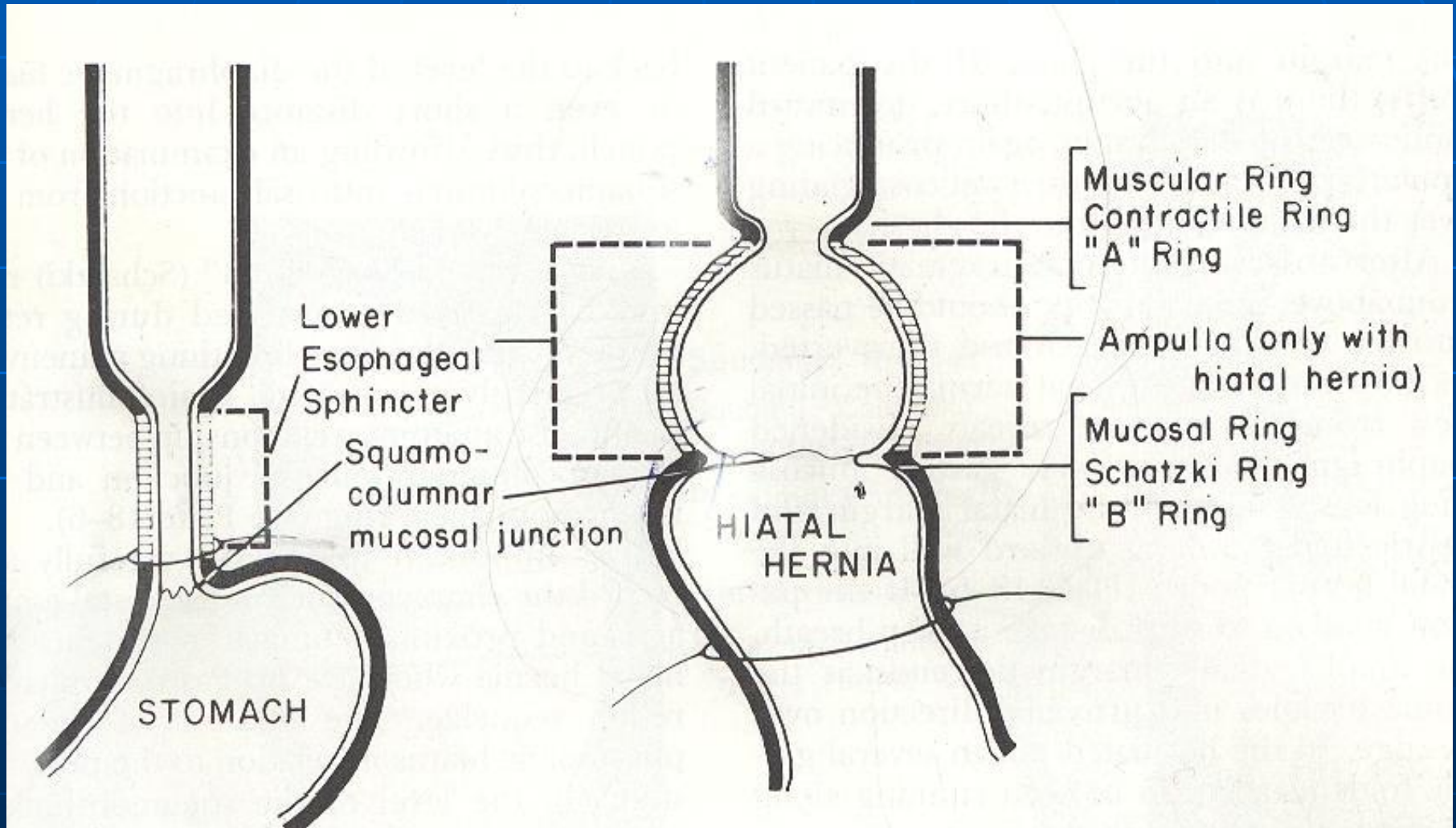
Проляпс слизистой оболочки желудка в пищевод



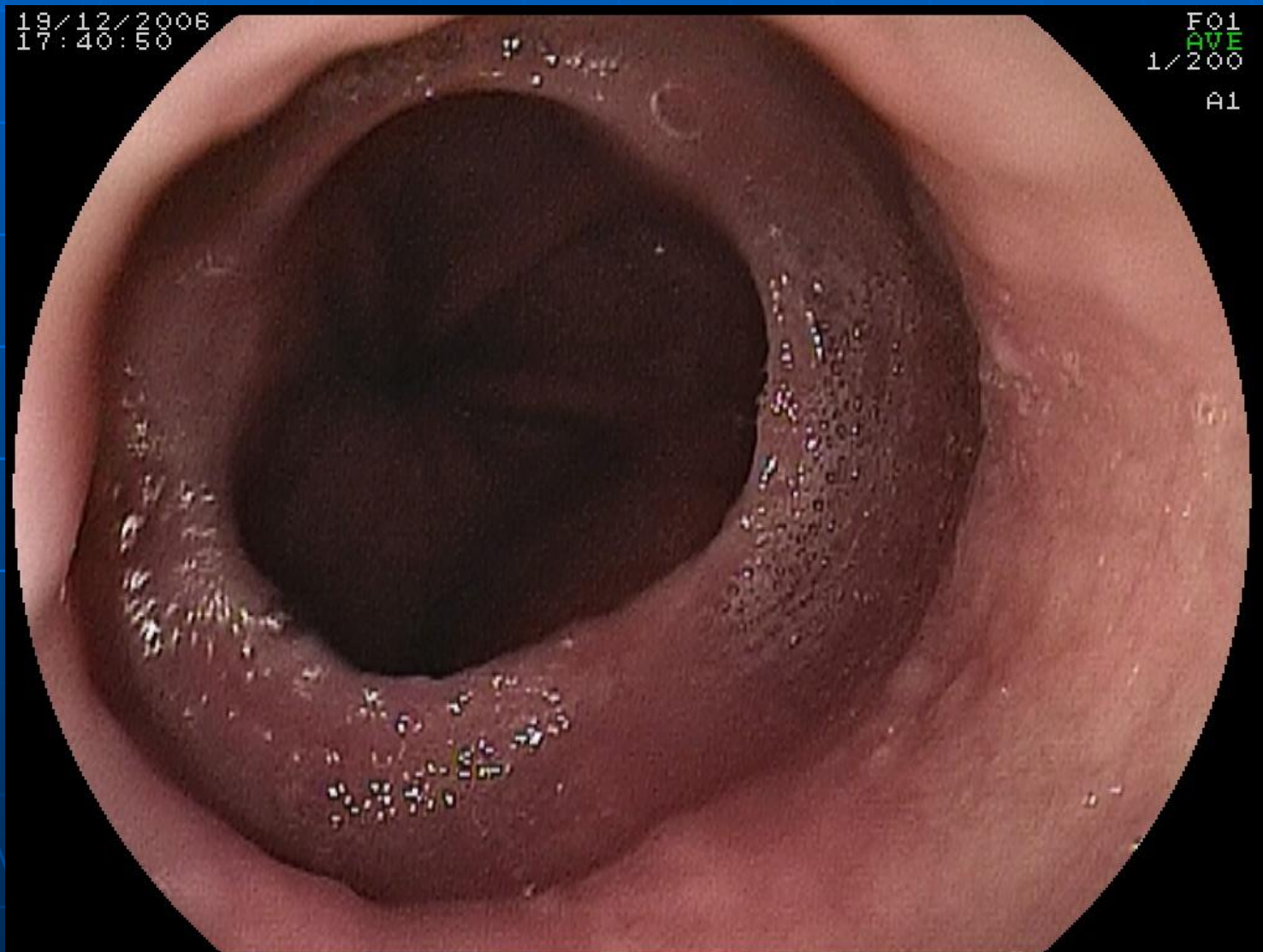
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АХГ

- Укорочение пищевода.
- Формирование пищеводных колец (А и Б).
- Наличие грыжевой полости.
- Наличие хиатального сужения (“второго входа” в желудок).
- Зияние кардии или неполное ее смыкание.
- Пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод (желудочно-пищеводный пролапс).
- Гастроэзофагеальный рефлюкс (желудочно-пищеводный рефлюкс).

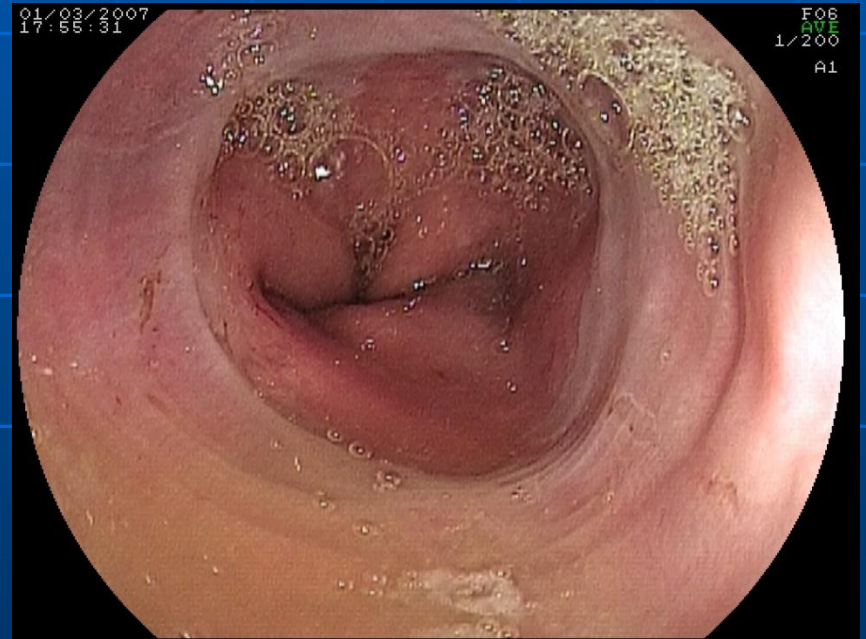
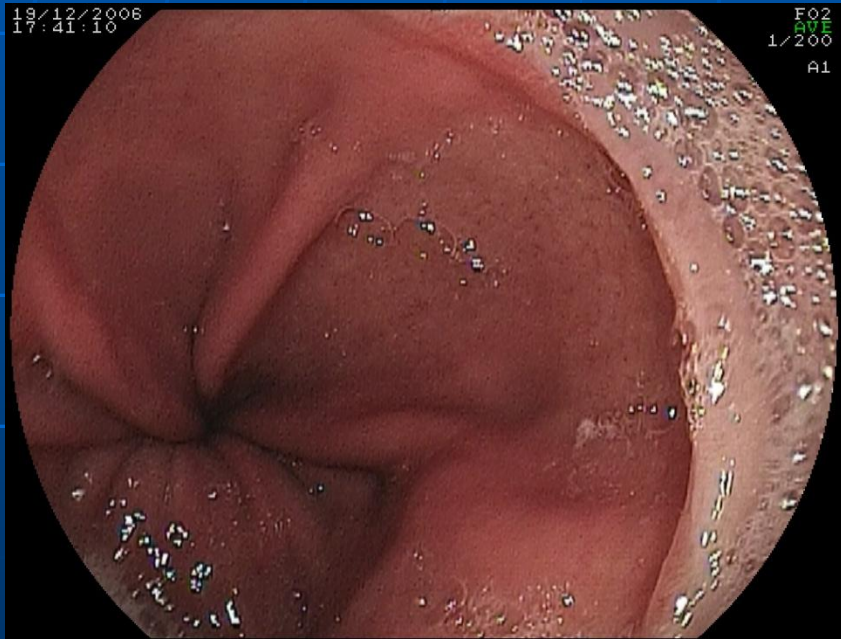
Пищеводные кольца (схема)



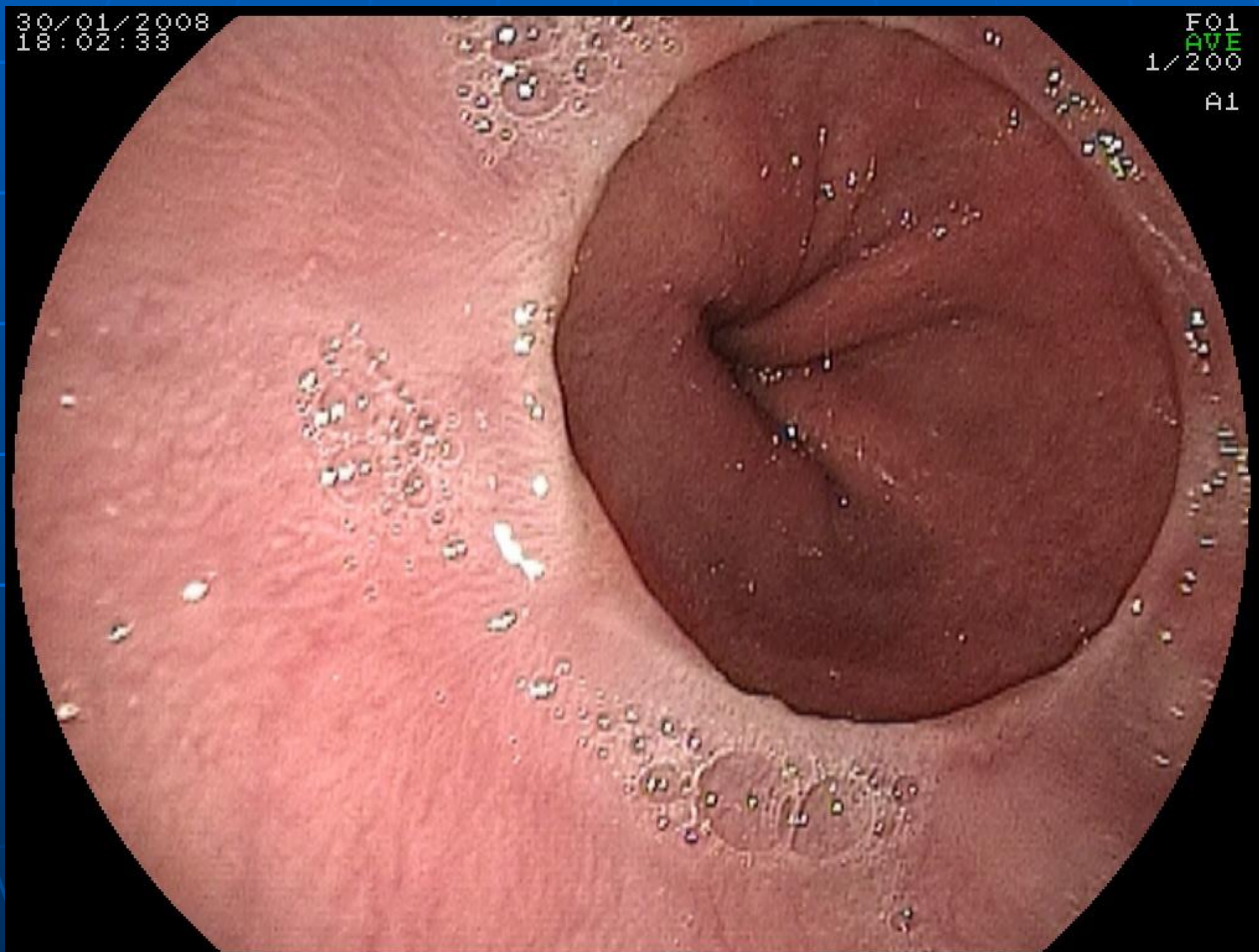
Пищеводные кольца А и Б



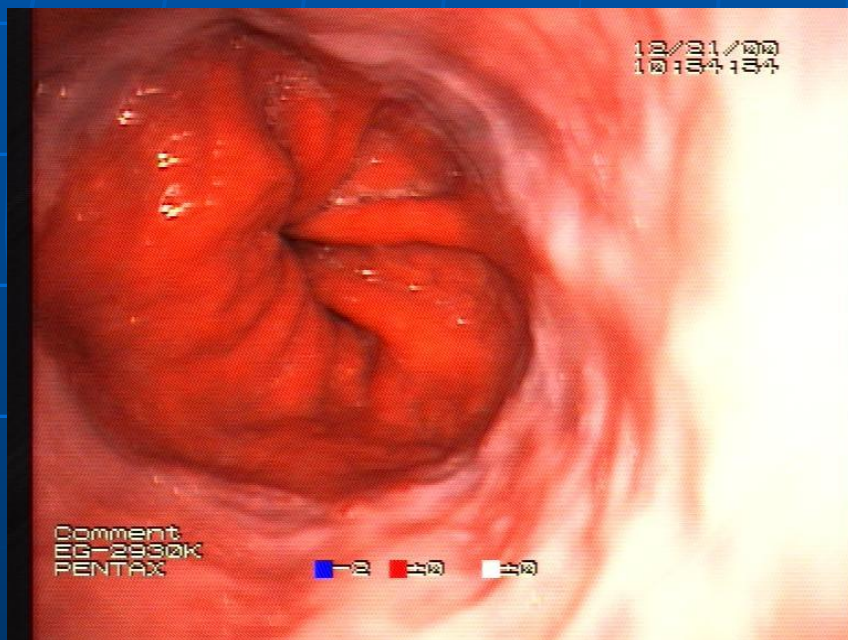
Пищеводное кольцо Б (Шацкого)



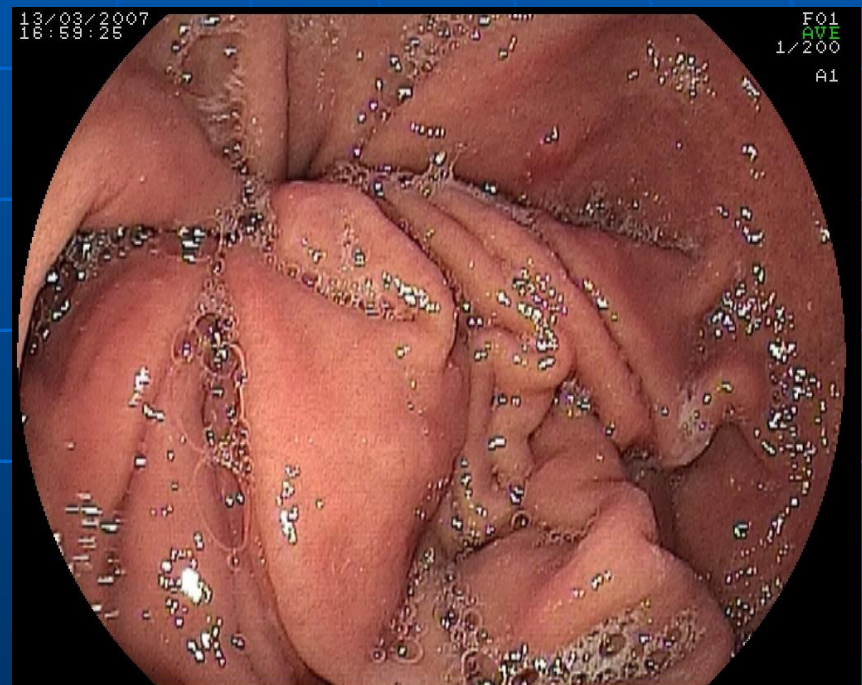
Пищеводное кольцо Б (Шацкого)



Пищеводное кольцо Б



Грыжевая полость



13/03/2007
16:59:25

F01
AVE
1/200
A1

Name:NAME

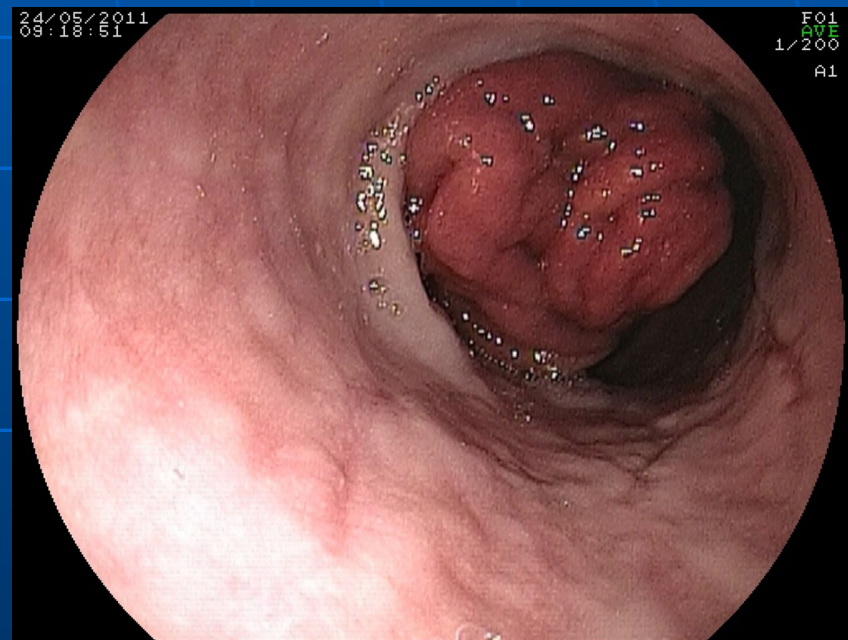
Doctor:Dr.

ID:ID Age:AGE Sex:

Date:2004/10/18 09:37:51

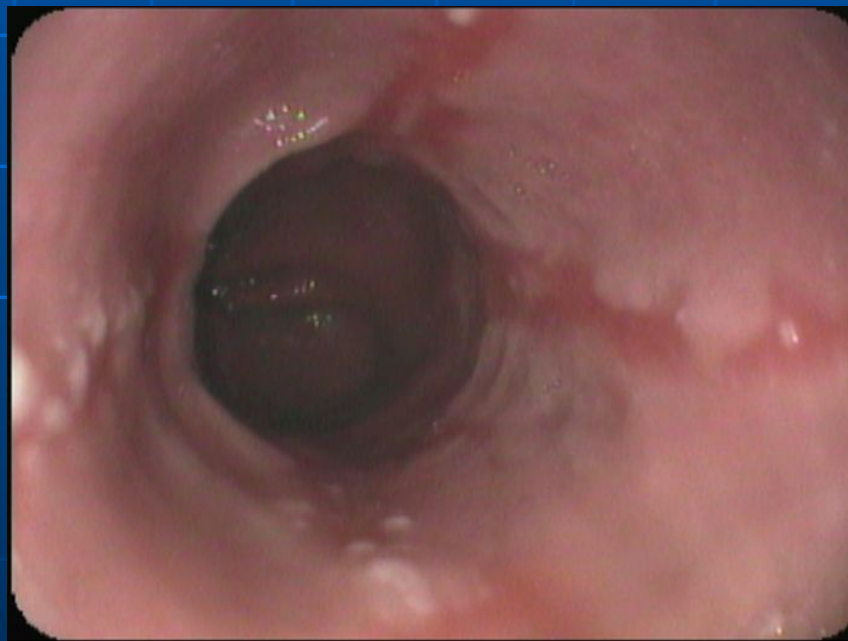
Comment:COMMENT

Проплапс слизистой желудка в пищевод



Признаки желудочно-пищеводного рефлюкса

Рефлюкс-эзофагит



Name:NAME Doctor:Dr.
ID:ID Age:AGE Sex:
Comment:COMMENT Date:2004/09/29 10:29:07

Содержимое желудка в пищеводе



NAME AGE SEX 03/02/2004
ID 1 16:31:36

COMMENT Facility

Меры профилактики прогрессирования АХГ и развития осложнений

- **Исключить повышение внутрибрюшного давления** (тяжелые физические упражнения, наклоны, запоры, переедание, натужный кашель и т.п.);
- **2-3 часа после еды не ложиться;**
- **Спать с приподнятым головным концом кровати** (кубики по 15 см под головной конец кровати);
- **Заниматься лечебной физкультурой**, направленной на восстановление мышечного тонуса диафрагмы;
- **Похудеть** (нормализовать массу тела);
- **Не носить тугих поясов;**
- **Не курить;**
- **Соблюдать диету** с исключением алкоголя, острой, горячей, холодной пищи, газированных напитков, жиров, кофе, шоколада, выпечки, цитрусовых;
- **Ограничить прием лекарств, угнетающих перистальтику пищевода и тонус НПС** (нитраты, теофиллин, холиноблокаторы) и оказывающих повреждающее действие на слизистую оболочку (НПВС, некоторые антибиотики и т. п.).

Современная медикаментозная терапия позволяет избавить большинство пациентов от симптомов ГЭРБ, но не способна устранить анатомические изменения (АХГ), которые являются основой развития ГЭРБ.

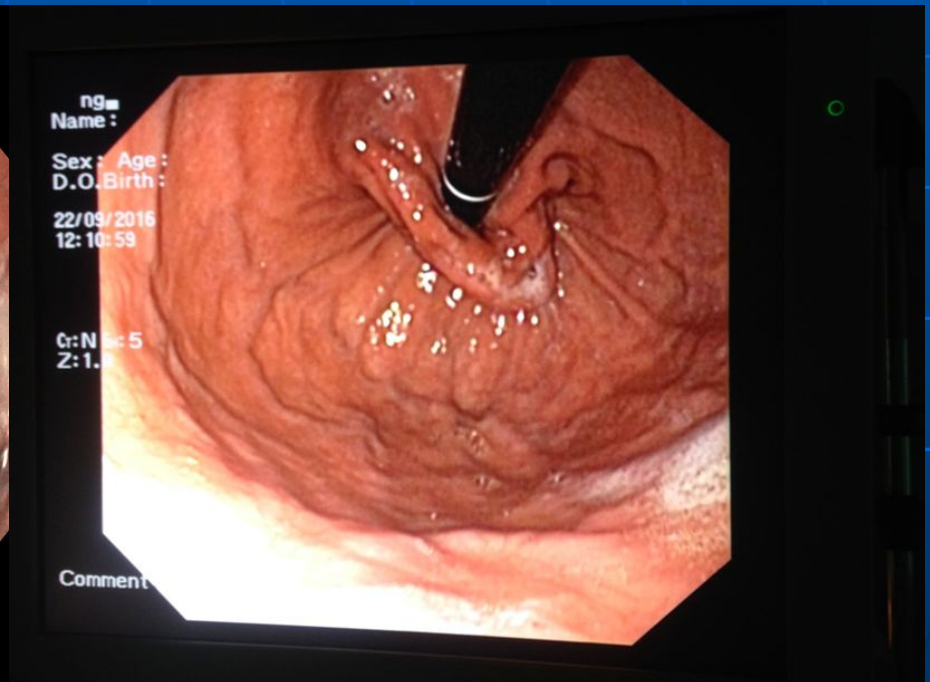
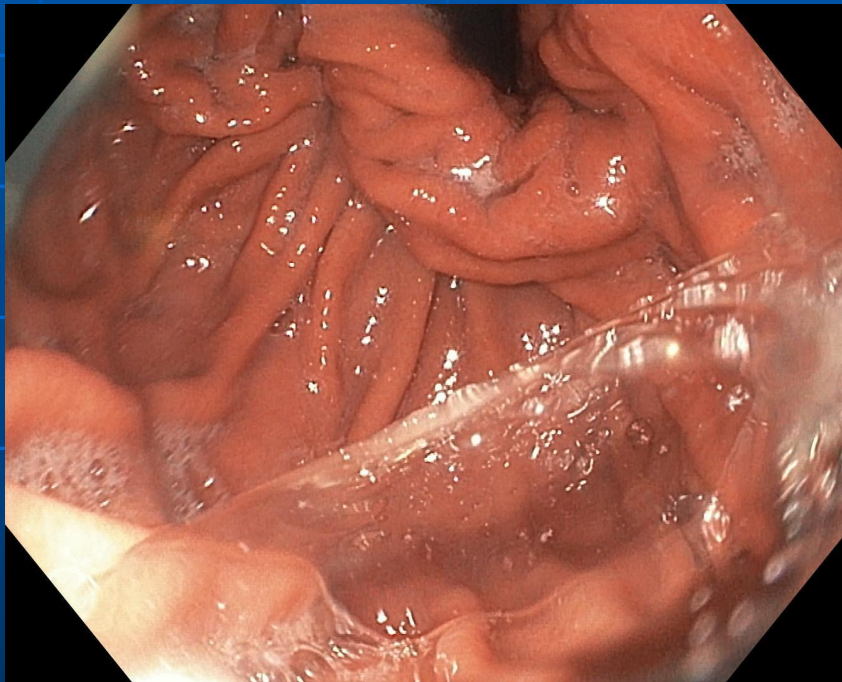
Показания к хирургическому лечению АХГ:

- Выраженные клинические проявления
- Рефлюкс-эзофагит, не поддающийся консервативной терапии
- Осложнения (язва, стеноз, и тд)
- Сопутствующие заболевания, требующие хирургической коррекции (ЖКБ, ЯБДПК, ХДН, кисты печени)

Основные принципы оперативного лечения

- Перемещение грыжи в брюшную полость
- Фиксация пищевода и дна желудка в брюшной полости
- Уменьшение хиатального отверстия

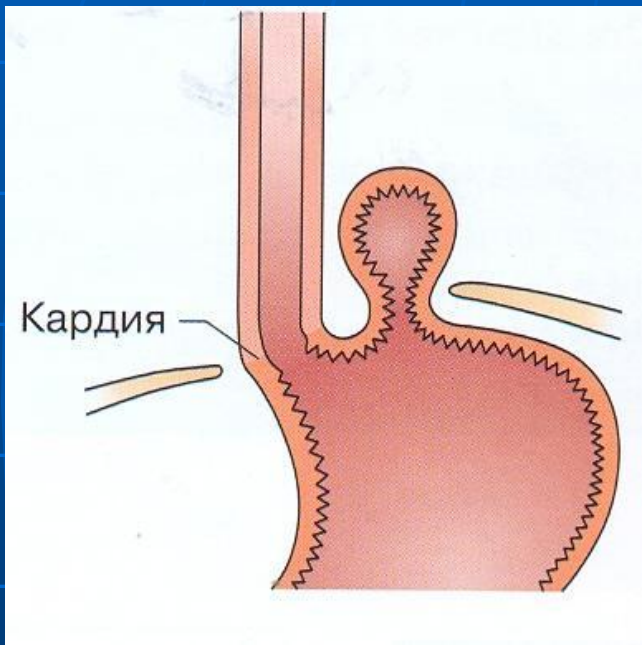
После фундопликации (инверсия)



Осложнения операции фундопликации

- Тугая петля
- Соскальзывание петли
- Послеоперационная ахалазия
- Пищеводная диарея (демпинг-синдром)
- Синдром скопления газа (невозможность срыгнуть воздух)
- Послеоперационный гастропарез (тяжесть, боли, быстрое насыщение)

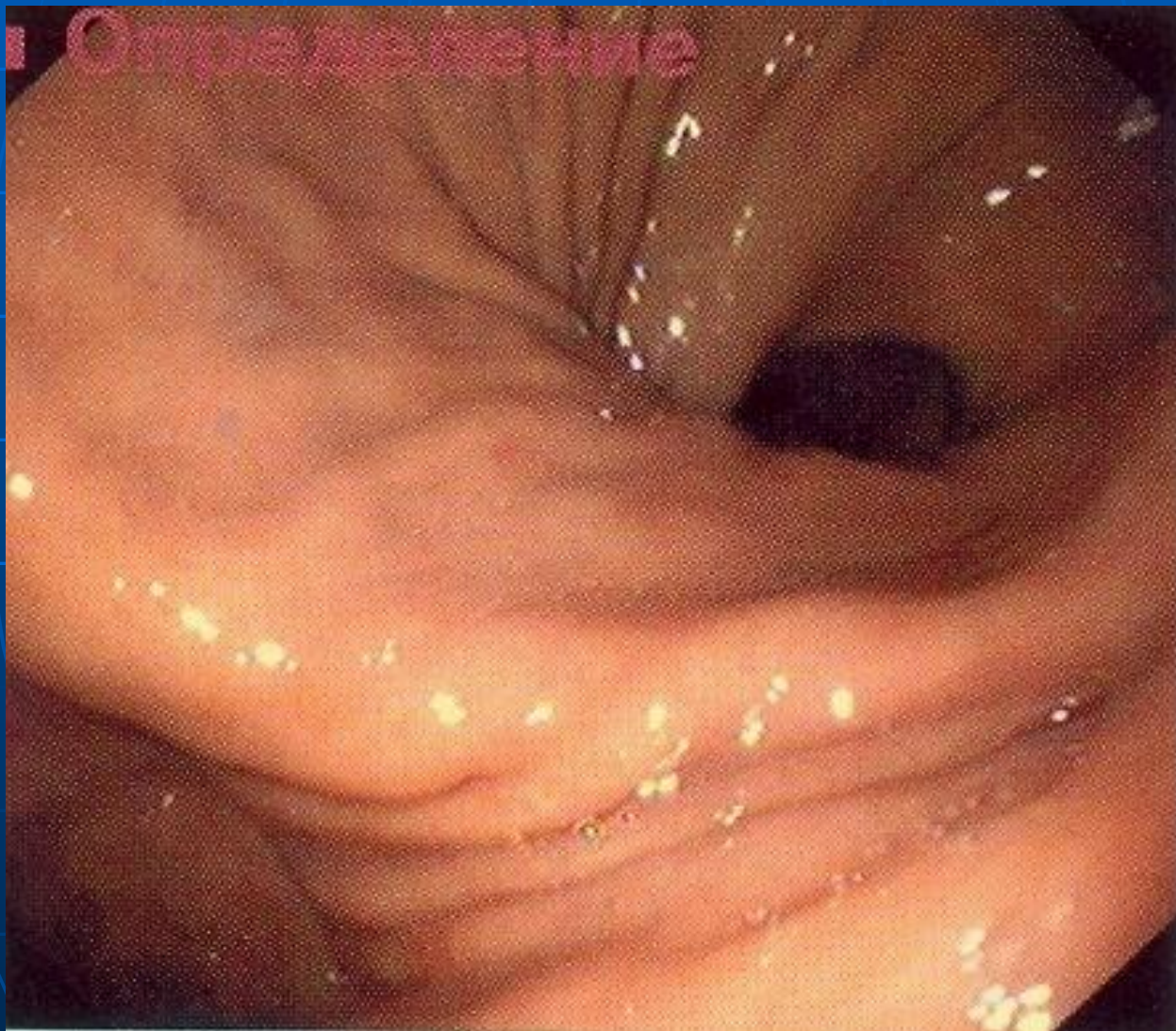
Параэзофагеальная грыжа



Основной
этиологический фактор
– травмы

смещение части желудка
через расширенное
хиатальное отверстие в
заднее средостение
(рядом с пищеводом).
Нижний пищеводный
сфинктер и кардия
расположены нормально,
поэтому эта грыжа видна
только при инверсии.

Параэзофагеальная грыжа (ретроградный осмотр)



Параэзофагеальная грыжа (ретроградный приближенный осмотр)



Параэзофагеальная грыжа (ретроградный осмотр)



Параэзофагеальная грыжа (видео)



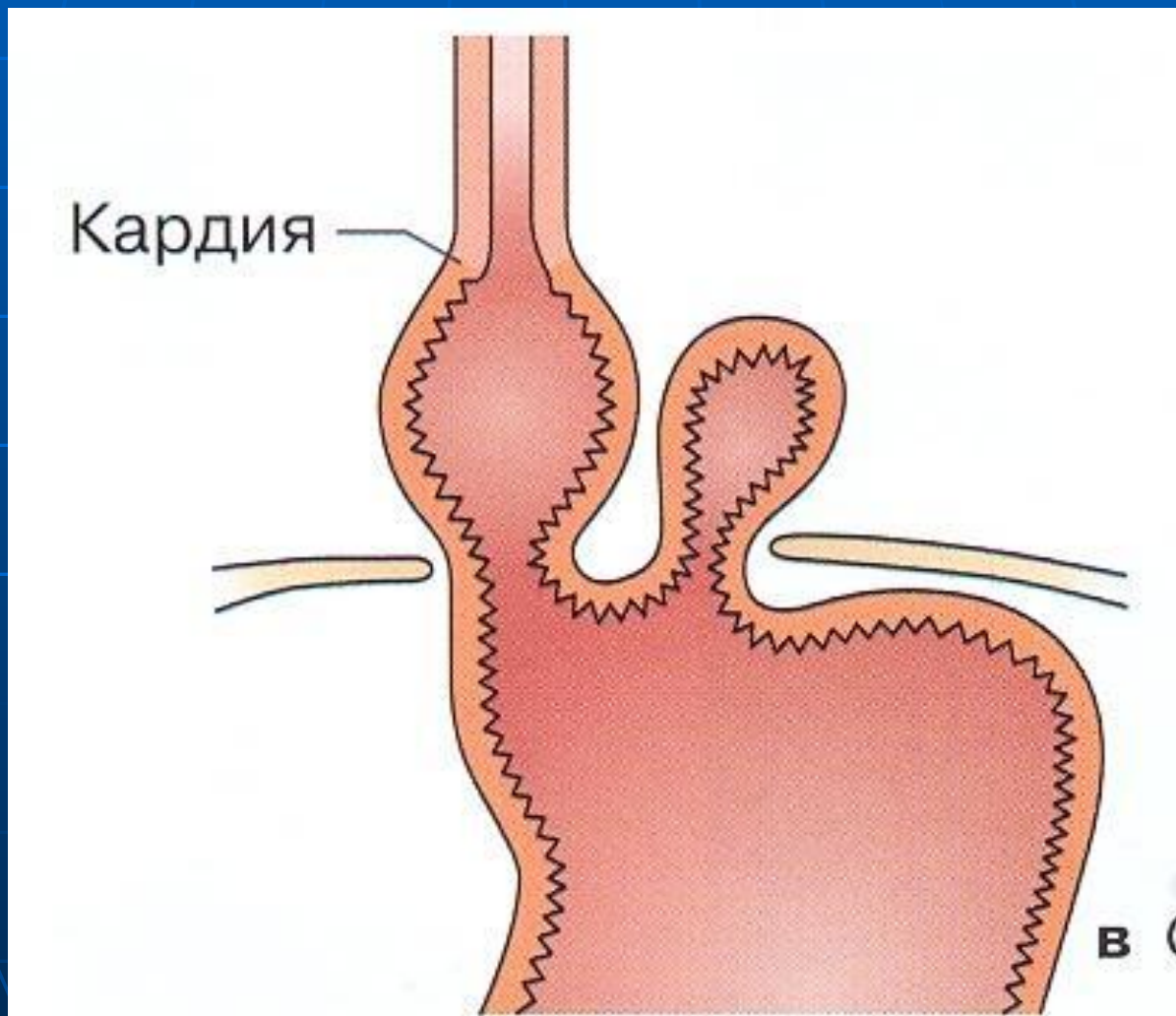
Эндоскопические диагностические критерии параэзофагеальной грыжи:

- визуализируется только при инверсии;
- форма кардии не изменена;
- рядом с кардией расположена вторая полость, в которую радиально уходят складки слизистой оболочки.

Тактика ведения больных параэзофагеальной грыжей.

- Грыжа часто осложняется ущемлением, поэтому даже при отсутствии симптомов показано хирургическое лечение (гастропексия, фундопликация при комбинированных грыжах).

Смешанный вариант грыжи (аксиальная и парэзофагеальная грыжи)



**Благодарю за
внимание!**

№ 1. Основным эндоскопическим критерием наличия АХГ является

А. Зияние кардии

Б. Рефлюкс-эзофагит

В. Расположение хиатального сужения ниже кардии

Г. Пролапс слизистой желудка в пищевод

№ 2. Основным эндоскопическим критерием недостаточности кардии является

- А. Зияние кардии
- Б. Рефлюкс-эзофагит
- В. Расположение хиатального сужения ниже кардии
- Г. Пролапс слизистой желудка в пищевод
- Д. Наличие грыжевой полости

№ 3. 3-е физиологическое сужение пищевода обусловлено:

- А. Давлением ножек диафрагмы
- Б. Тоническим напряжением нижнего пищеводного сфинктера
- В. Особым анатомическим строением зоны кардиоэзофагального перехода
- Г. А и Б
- Д. А и В

№ 4. 4-е физиологическое сужение пищевода обусловлено:

- А. Давлением ножек диафрагмы
- Б. Тоническим напряжением нижнего пищеводного сфинктера
- В. Особым анатомическим строением зоны кардиоэзофагального перехода
- Г. А и Б
- Д. А и В

№ 5

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АХГ

А. Укорочение пищевода.

Б. Пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод (желудочно-пищеводный пролапс).

В. Формирование пищеводных колец (А и Б).

Г. Зияние кардии или неполное ее смыкание.

Д. Рефлюкс-эзофагит.

№ 6. Пищеводное кольцо А это

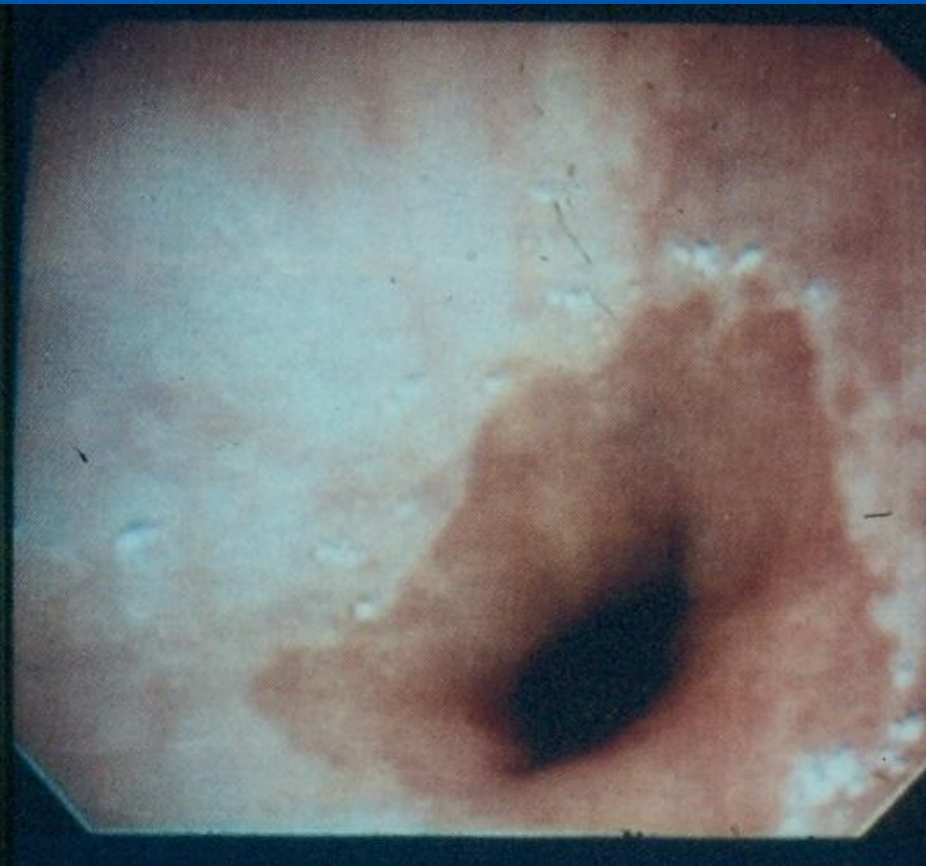
- А. Мышечное контрактильное кольцо
- Б. Кольцо из слизистой оболочки
- В. Кольцо из фиброзной ткани

№ 7. Нижнее пищеводное кольцо Б

ЭТО

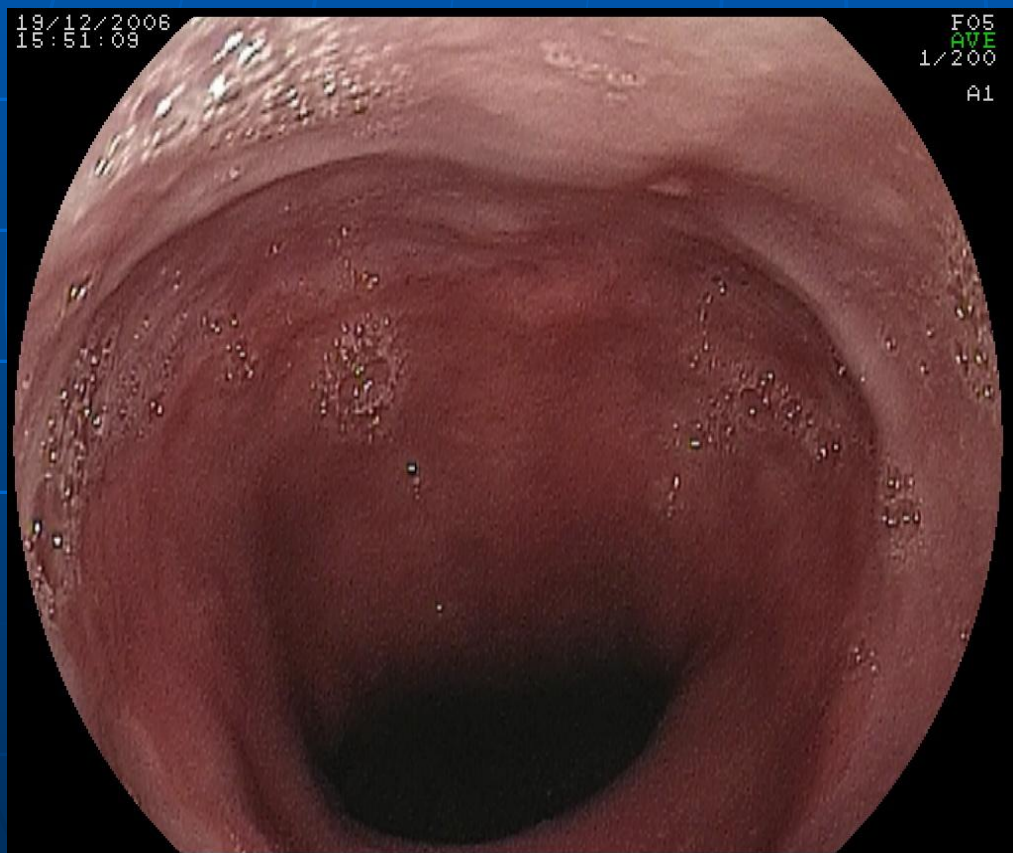
- А. Мышечное контрактильное кольцо
- Б. Кольцо из слизистой оболочки
- В. Кольцо из фиброзной ткани

№ 8. Ваше заключение



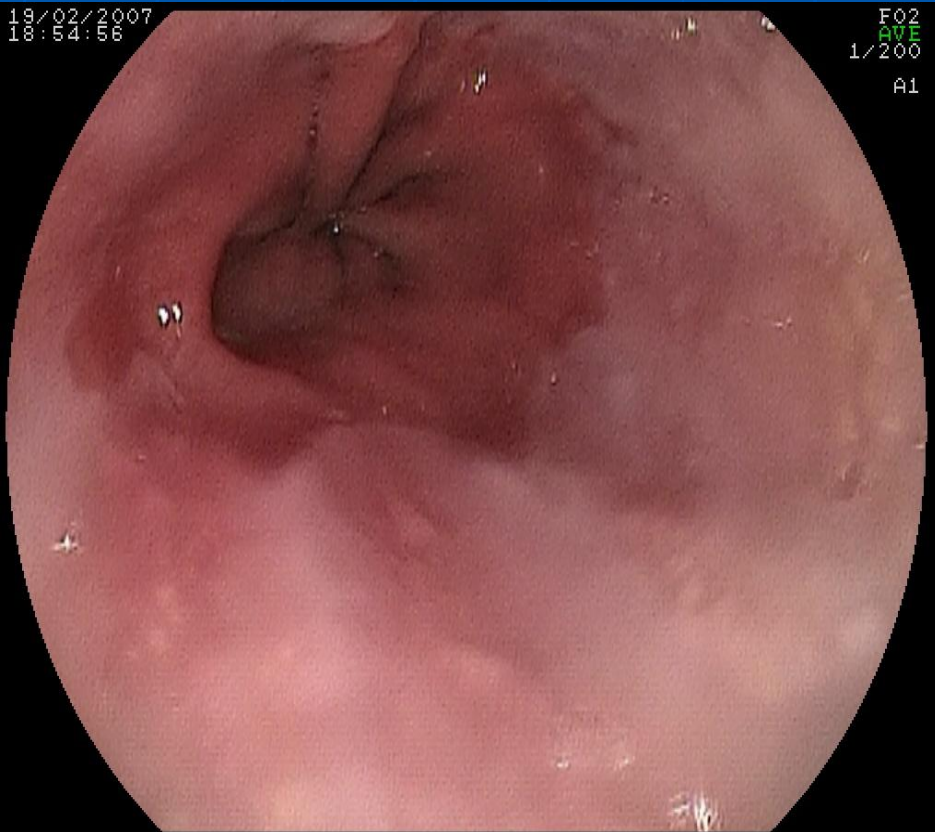
- А. АХГ 1 ст
- Б. АХГ 2 ст
- В. АХГ 3 ст

№ 9. Ваше заключение



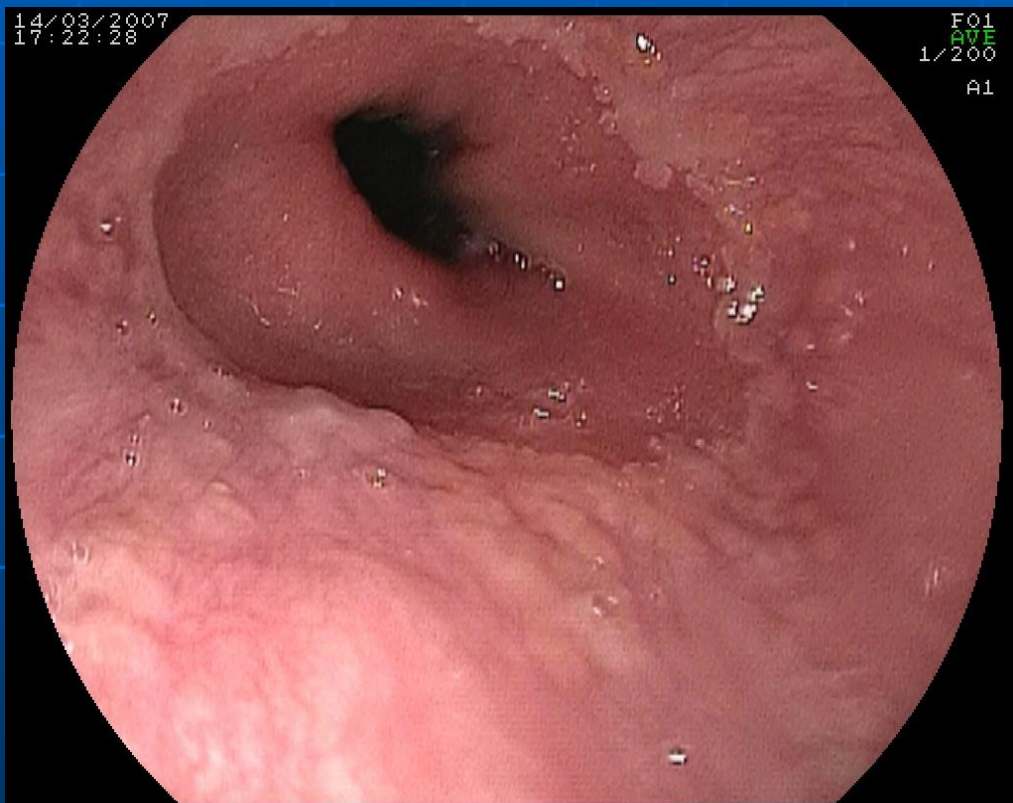
- А. АХГ 1 ст
- Б. АХГ 2 ст
- В. АХГ 3 ст

№ 10. Ваше заключение



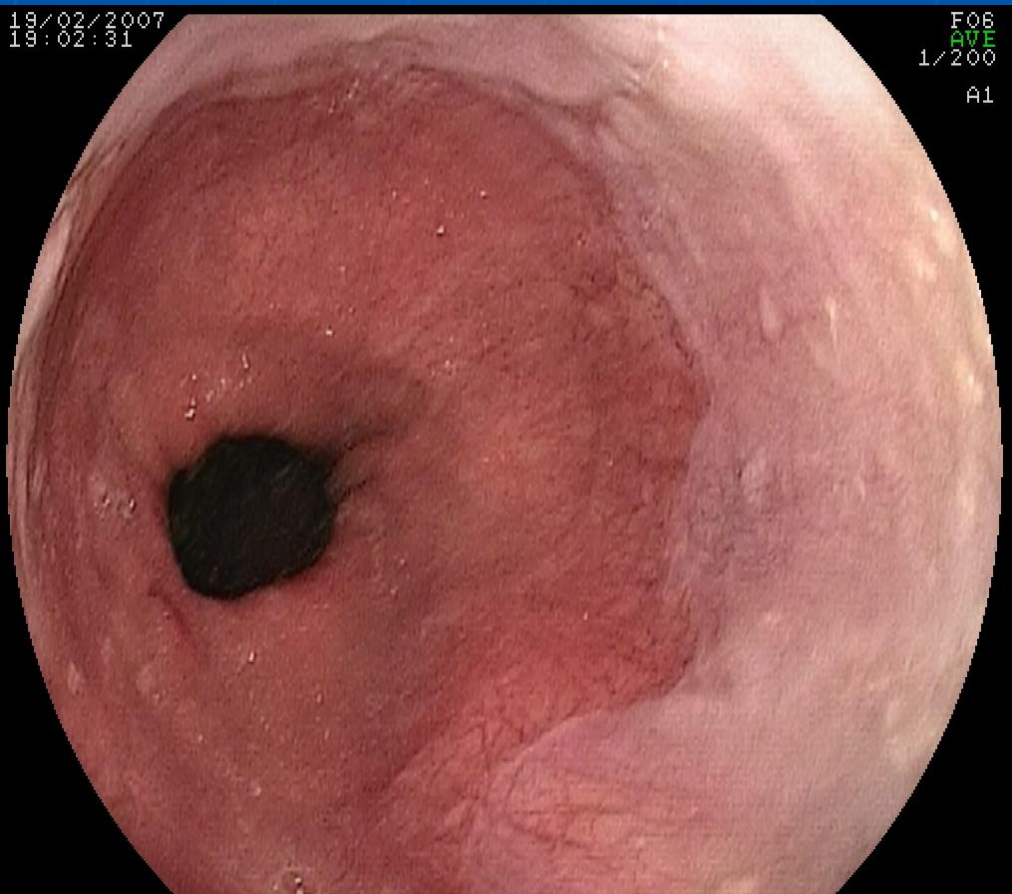
- А. АХГ 1 СТ
- Б. АХГ 2 СТ
- В. АХГ 3 СТ

№ 11. Ваше заключение



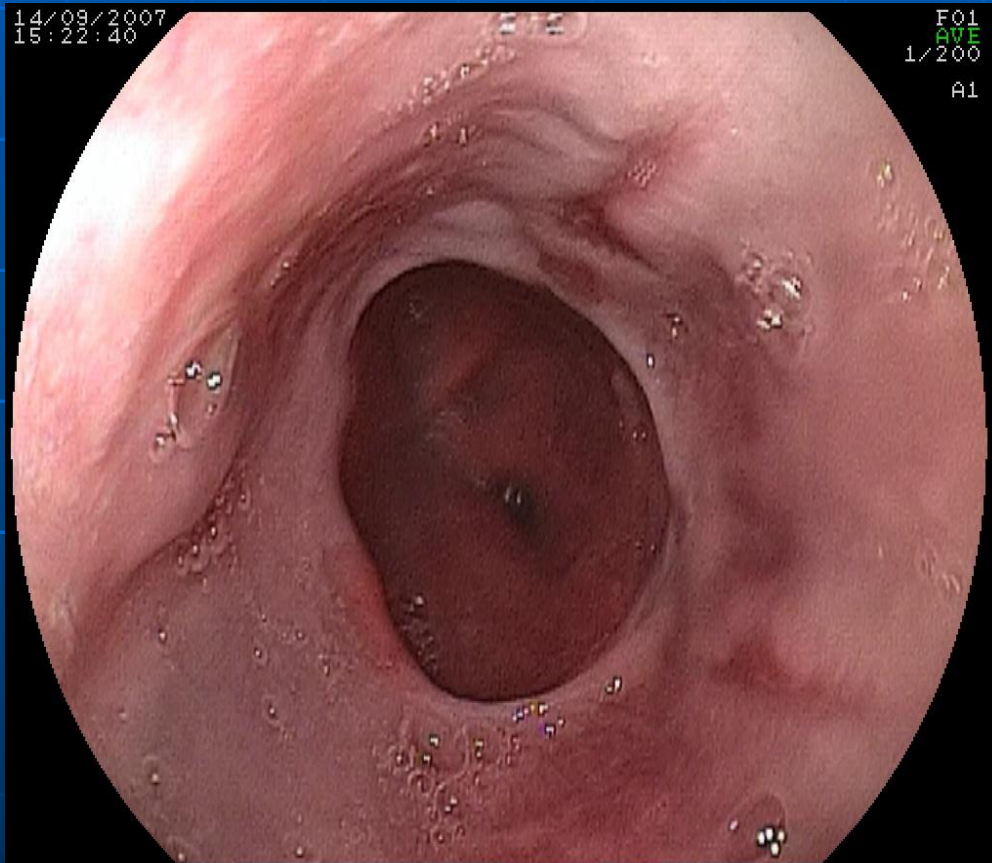
- А. АХГ 1 ст
- Б. АХГ 2 ст
- В. АХГ 3 ст

№ 12. Ваше заключение



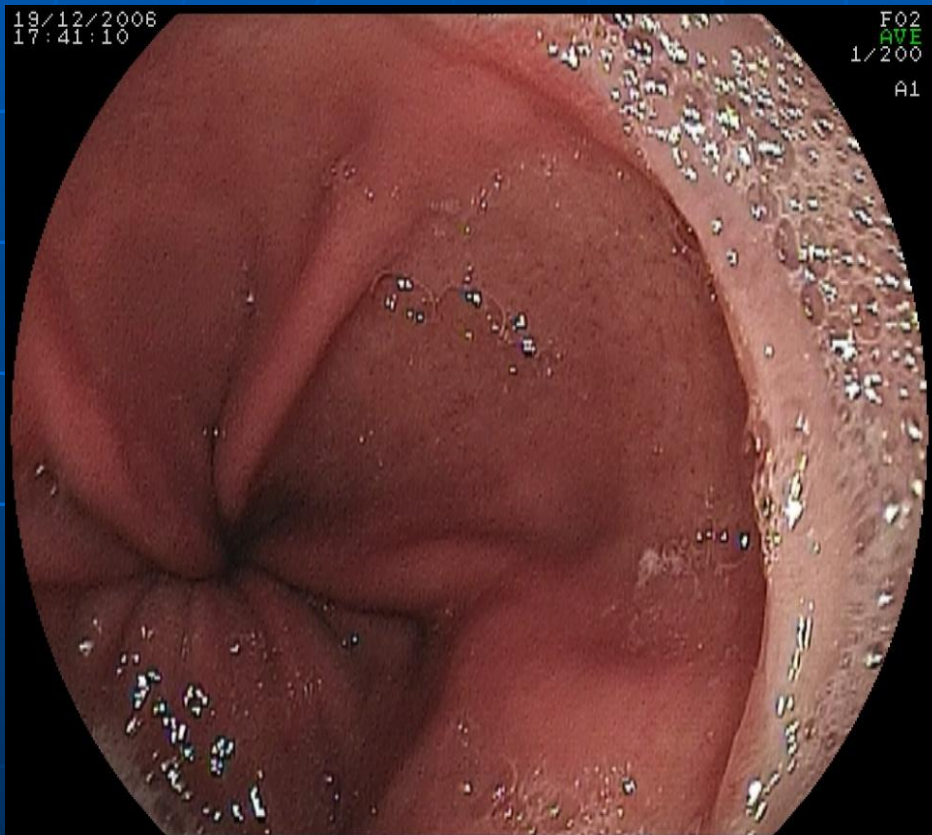
- А. АХГ 1 ст
- Б. АХГ 2 ст
- В. АХГ 3 ст

№ 13. Ваше заключение



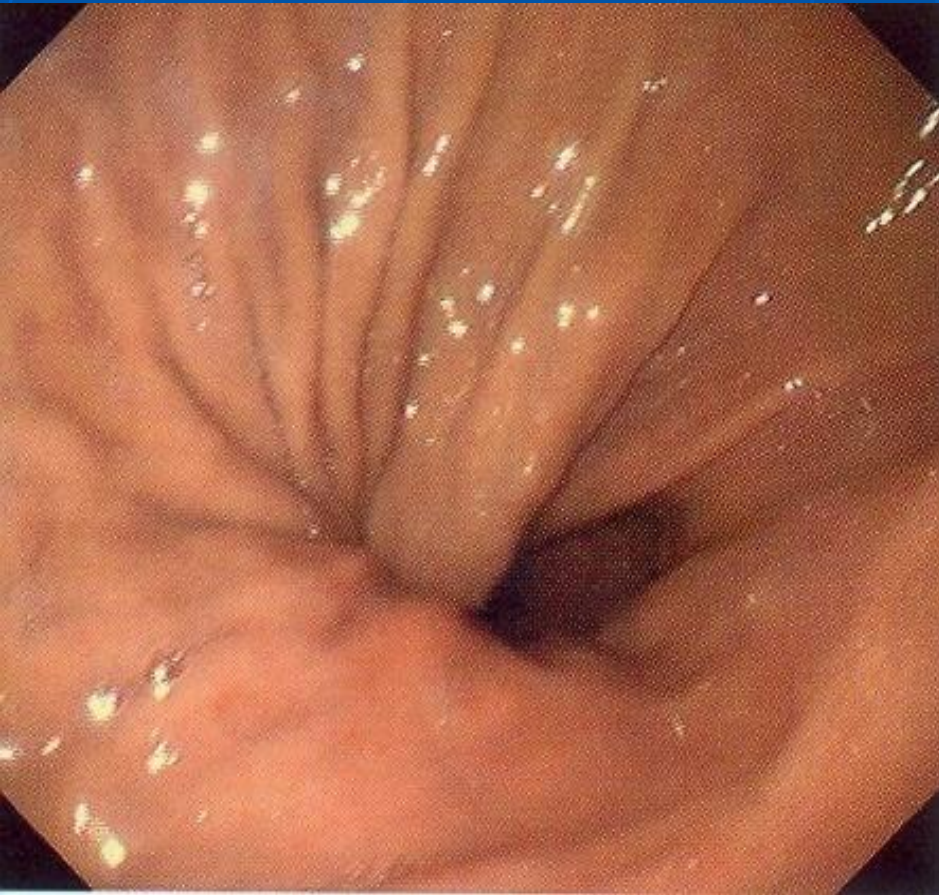
- А. АХГ 1 ст
- Б. АХГ 2 ст
- В. АХГ 3 ст

№ 14. Ваше заключение



- А. АХГ 1 СТ
- Б. АХГ 2 СТ
- В. АХГ 3 СТ

№ 15. Осмотр свода в инверсии.
Ваше заключение



- А. Дивертикул свода желудка
- Б. АХГ 3 ст.
- В. Параэзофагальная грыжа
- Г. Состояние после операции фундопликации