

# Д и с ф а г и я

**D I S F A G I A**

РАСТРОЙСТВО - ЛЮБОЙ  
ФАЗЫ АКТА ГЛОТАНИЯ

*Анатомия:* пищевод - полая цилиндрическая мышечная трубка длиной примерно 25 см ( от глотки до кардиального отдела).  
– соединяющая глотку с желудком и расположенная на уровне C<sub>6</sub>-Th<sub>11</sub>.

- Шейный отдел - 5 см,
- грудной отдел – 15 см,
- кардиальный отдел 3-4 см.

## Физиологические сужения пищевода:

- **Верхнее** - у места перехода нижней части глотки в пищевод (С6-С7).
- **Среднее** - при перекресте с левым бронхом (Th4-Th5).
- **Нижнее** - в месте прохождения пищевода через отверстие диафрагмы (Th10). Здесь расположен нижний сфинктер пищевода, препятствующий забрасыванию кислого желудочного содержимого в пищевод.

# I ВНЕПИЩЕВОДНАЯ ДИСФАГИЯ

верхняя	средняя	нижняя
<p><b>А) заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ щитовидной железы</li><li>✓ Лимфоузлов</li><li>✓ Мышц</li><li>✓ позвоночника</li><li>✓ других органов</li></ul> <p><b>Б) психогенная дисфагия</b></p>	<p>заболевания органов заднего средостения</p>	<p>а) опухоли и кисты диафрагмы</p> <p>б) гепато-спленомегалия</p>

# II ВНУТРИПИЩЕВОДНАЯ ДИСФАГИЯ

высокая	средняя	низкая
<ul style="list-style-type: none"><li>■ спазмы устья пищевода (фарингоэзофагальная ахалазия)</li><li>■ пограничные дивертикулы Ценкера</li><li>■ инородные тела</li><li>■ острое и хроническое воспаление слизистой оболочки рта глотки, и гортани.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ функциональные нервно-мышечные расстройства</li><li>■ органические поражения (эзофагиты, язвы, стриктуры, опухоли, дивертикулы и др.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ ахалазия</li><li>■ грыжи ПОД</li><li>■ рефлюкс-эзофагиты, язвы, стриктуры</li><li>■ опухоли</li><li>■ транскардиальные смещения слизистой оболочки, эпифренальные дивертикулы и др. -</li></ul>

# Классификация заболеваний пищевода.

1. Пороки развития	<u>Врожденная атрезия пищевода и пищеводнотрахеальные свищи.</u> <u>Врожденные стенозы пищевода.</u> <u>Врожденная мембранная диафрагма пищевода.</u> <u>Врожденный короткий пищевод.</u> <u>Врожденные эзофагеальные кисты.</u> <u>Аномалии сосудов.</u>
2. <u>Повреждения</u>	1. <u>Травматические повреждения: наружные и внутренние</u> 2. <b>Ожоги пищевода и их последствия</b>
3. Заболевания пищевода	1. <b>Дивертикулы: пульсионные и тракционные</b> 2. <b>Воспалительные заболевания: эзофагит</b>
4. Опухоли пищевода	1. <b>Доброкачественные опухоли</b> 2. <b>Злокачественные опухоли</b>
5. Нарушение моторики пищевода (кардиоспазм)	1. <b>Ахалазия</b> 2. <b>Эзофагоспазм</b>

# Повреждения пищевода

- **Повреждающие факторы:**

- механические,
- химические,
- лучевые.

- **По виду повреждения**

- Закрытые
- Открытые (редко).

# **Повреждение пищевода может наступить в результате:**

- ✓ диагностических манипуляций;**
- ✓ лечебных мероприятий;**
- ✓ вследствие пролежней на фоне нахождения зонда, манжеты интубационной трубки при продолжительной искусственной вентиляции легких.**
- ✓ рвоты (спонтанные разрывы);**
- ✓ тупых травма шеи, груди, живота;**
- ✓ при автомобильных катастрофах;**
- ✓ при облучении вследствие возникающего распада; злокачественной опухоли.**

# Ожоги пищевода

## *классификация*

По степени:

I - поражается только **поверхностный слой слизистой** оболочки.

II - в процесс вовлекается **подслизистая основа и внутренний слой мышечной оболочки**

III- осложнения угрожающие жизни больного обусловлены шоком, интоксикацией и тяжелыми местными повреждениями, **распространяющимися на все слои стенки пищевода.** (вплоть до ее перфорации), параэзофагальную клетчатку и окружающие органы.

## Ожоги пищевода

### *Клиническая картина*

Определяется тяжестью ожога и проявляется:

- ✓ Болью при глотании;
- ✓ Усилением саливации;
- ✓ Рвотой, с примесью крови, а симптомами медиастенита, коллапса, шока (в тяжелых случаях)

# Ожоги пищевода

## ***Неотложная помощь***

удаление и нейтрализация проглоченных  
едких веществ

профилактика или лечение шока

дезинтоксикационная терапия

**NB !!! Промывание желудка через зонд нейтрализующими растворами оправдано в ближайшее время (до 6 часов) после отравления**

# **ЛЕЧЕНИЕ ДИСФАГИИ ПРИ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА**

## **✓ Бужирование**

а) раннее - ( с 7-11 дня) в течение 1- 1,5 мес. + лидаза (ронидаза ) п/к 2 раза в неделю;

б) позднее - с 7 недели Противопоказания к бужированию - медиастинит, пищеводнобронхиальный свищ.

### **Виды бужирования :**

- " Слепое" - через рот.
- Полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику.
- Под контролем эзофагоскопа
- По принципу "бужирование без конца" ( при наличии гастростомы у больных с извитыми и множественными стриктурами.
- Ретроградное ( через гастростому ) .

### *Показания к оперативному лечению*

- Полная облитерация просвета пищевода
- Неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру
- Рецидив стриктуры после бужирования
- Пищеводно-трахеальные , пищеводно-бронхиальные свищи
- Перфорация пищевода при бужировании
- Более 2- х лет после ожога.

# *Виды операций при дисфагии*

- Наложение обходного пищеводно-желудочного анастомоза, резекция пораженного участка и замещение его трубкой, образованной из большой кривизны желудка, трансплантатом из тонкой или толстой кишки.
- Проксимальная частичная пластика (при поражении глотки, шейного или шейно-грудного отдела пищевода).
- Тотальная пластика пищевода с предгрудинным или внутри-грудным (ретростернальным, внутриплевральным, заднемедиастенальным) расположением трансплантата.
- Создание искусственного пищевода (не ранее 2-х лет с

# ***Исходы ожогов пищевода***

**I степень ожога**

**Выздоровление**

**II –III степень ожога**

- Рубцовые стриктуры пищевода
- Укорочение пищевода
- Развитие скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- Недостаточность кардии
- Рефлюкс-эзофагит

# **Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**

# Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

## *классификация*

Скользящая  
(аксиальная)



**60-70%**

Параэзофагальная  
(фундальная)



**30-40%**

# Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

## ***клиническая симптоматика***

- Гастроэзофагальный рефлюкс;
- Жжение за грудиной, иррадирующее в область шеи и в верхние конечности;
- Аэрофогия (внезапная отрыжка и икота)

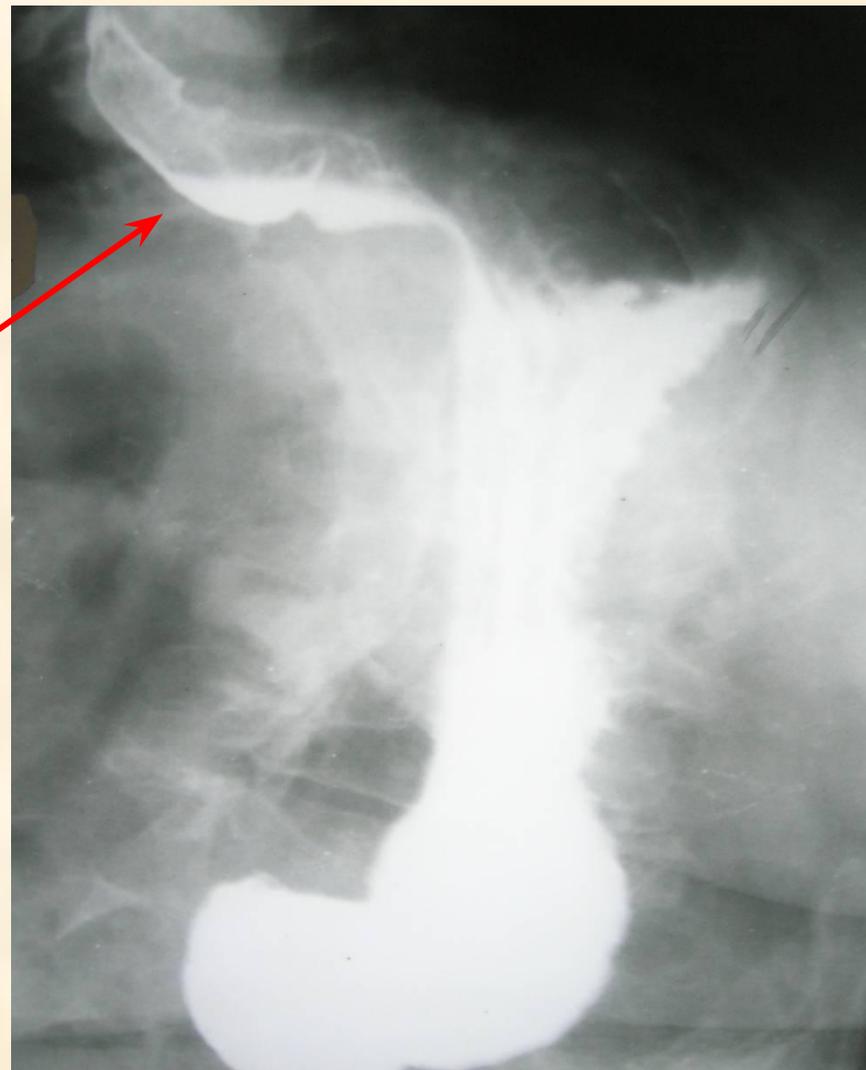
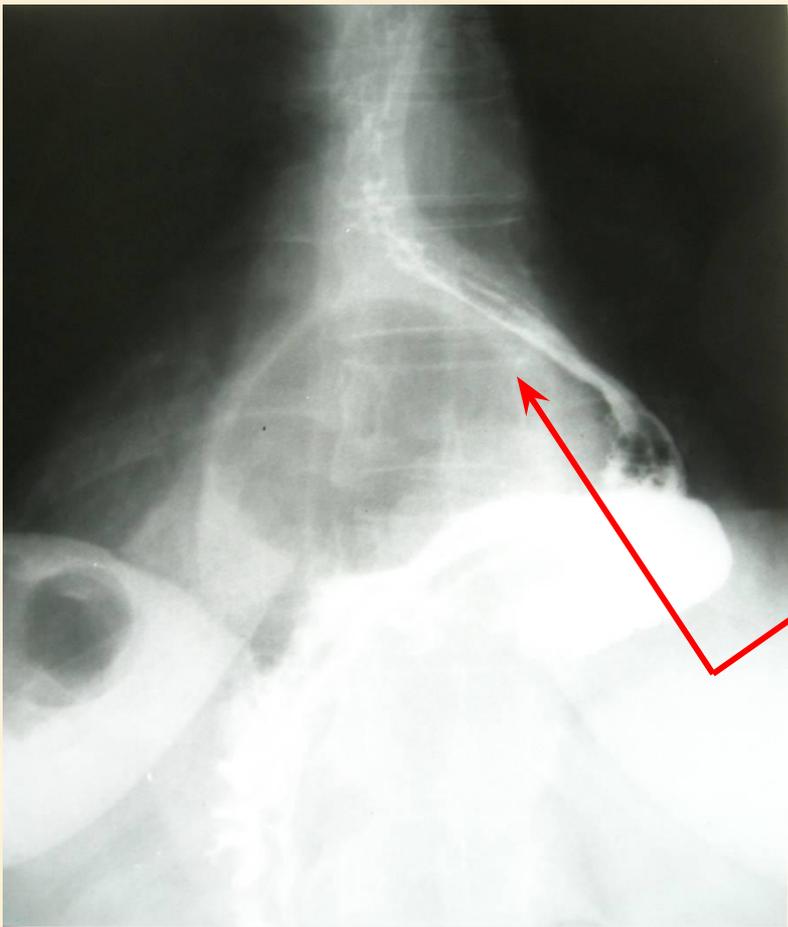
## ***Диагностика***

- **Рентгеноскопия (графия)**  
в положении Тренделенбурга
- **Эзофагоскопия**  
(уточняет, в какой стадии изменения находится слизистая дистальной части пищевода).

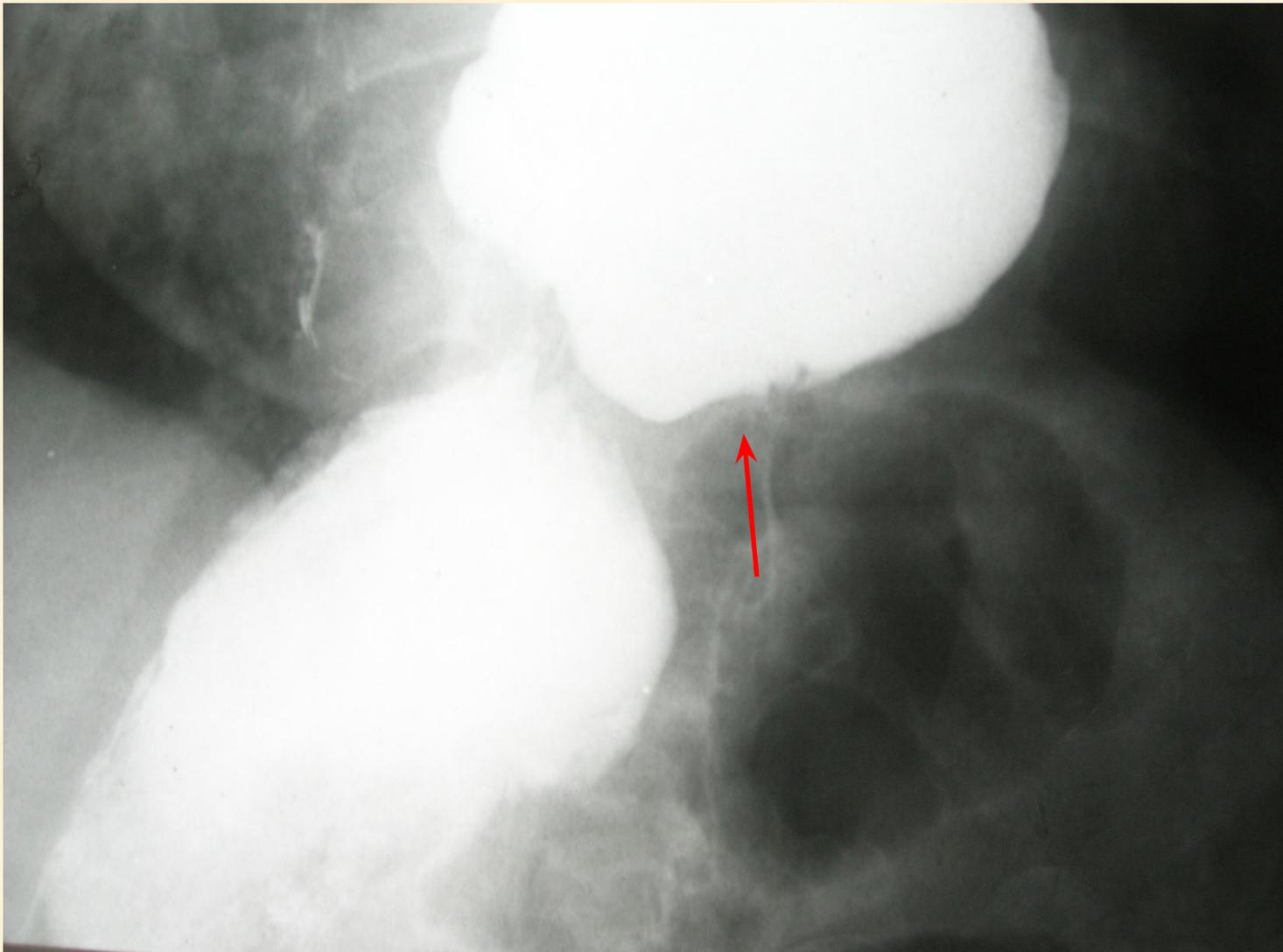
### ***Цитологическое исследование***

эксфолиативная цитодиагностика - методом смыва

абразивный метод - методом соскоба *(противопоказан при воспаленной, рыхлой кровоточащей слизистой пищевода)*



**Скользящая  
(аксиальная)**



**Параэзофагальная  
(фундальная)**

# Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

## ***Показания к операции***

- **При приобретенной скользящей ГПОД**  
– появление характерных признаков гастроэзофагального рефлюкса с воспалением пищевода.
- **При параэзофагальных грыжах**  
*всегда* показано оперативное лечение т.к. имеется реальная опасность ущемления и перекрута желудка.

## ***Основные задачи оперативного вмешательства***

- Устранение рефлюкса
- Ликвидация грыжи

# Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

## *операции*

- **Фундопликация по Ниссен – Розетти;**



# **А Х А Л А З И Я ( КАРДИОСПАЗМ )**

## **ЛЕЧЕНИЕ :**

**1. Кардиодилатация** ( противопоказана при портальной гипертензии и варикозном расширении вен пищевода, выраженном эзофагите, заболевании крови, сопровождающимся повышенной кровоточивостью.

**2.показания к оперативному лечению:**

\* невозможность провести кардиодилатацию или отсутствие от нее эффекта.

\* выраженные пептические стриктуры, развившиеся после перерастяжения кардии и неподдающиеся консервативной терапии и бужированию.

\* резкое расширение S-образное искривление пищевода в сочетании с рубцовыми изменениями кардии.

\* при любых аспирированных изменениях.

\* III- IV ст. ахалазии ( по Б.В. Петровскому ).

## Дооперационное обследование.

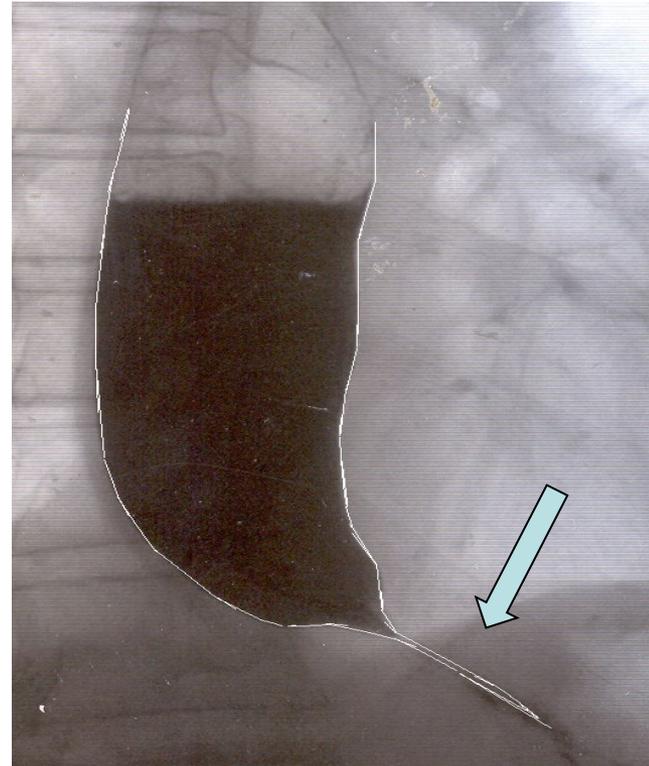
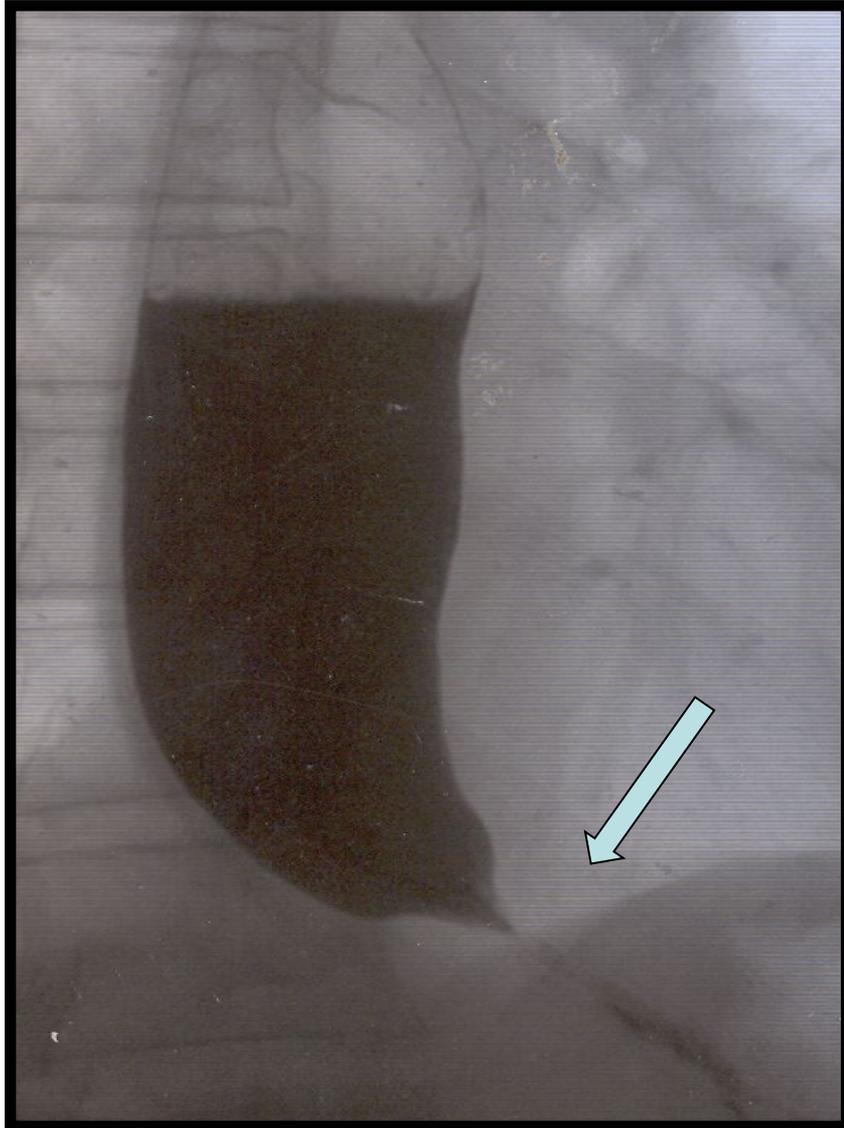
- Контрастное рентгенологическое исследование пищевода и желудка в положении стоя и положении Тренделенбурга, во время которых определяют наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и желудочно-пищеводного рефлюкса. Контрастное рентгенологическое исследование пищевода обнаруживает характерное для ахалазии циркулярное сужение просвета органа. Исследование устанавливает степень ахалазии.

2. Эзофагогастроскопия с биопсией слизистой пищевода для определения степени воспалительных изменений и исключения рака.

3. Пищеводная манометрия предназначена для определения моторики пищевода и кардиального жома.

4. Определение pH в просвете пищевода позволяет уточнить степень закисления.

# Ахалазия кардии



**Симптом  
«МЫШИНОГО ХВОСТИКА»**



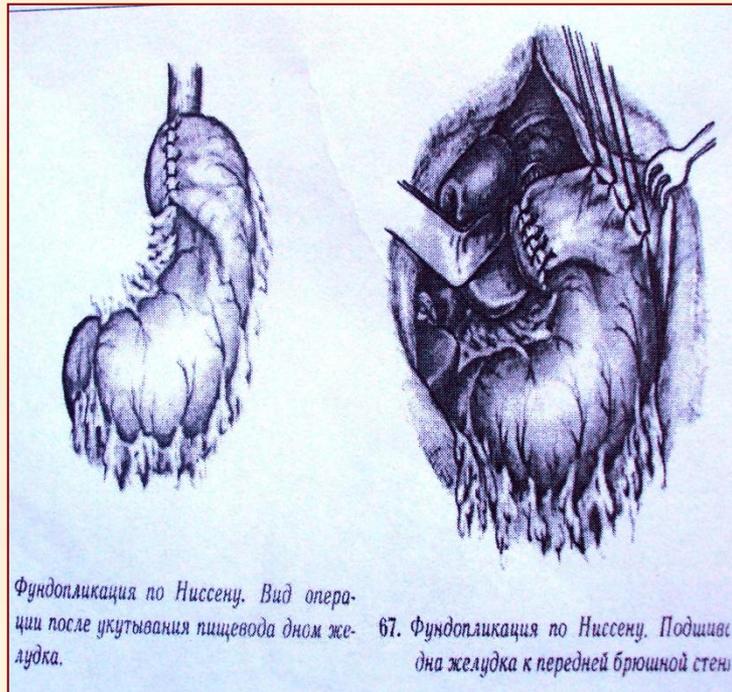
# Виды оперативного лечения

- Наиболее распространенной и эффективной операцией, как в “открытой” хирургии, так и видеолапароскопических вмешательствах, признана фундопликация по Ниссену. Другие варианты — операции Тупе и Дора. Цель этих вмешательств — устранение рефлюкса желудочного содержимого в пищевод и, связанного с этим рефлюкс-эзофагита
- **Показания.**
  1. Неэффективность антацидной терапии рефлюкс-эзофагита, проводимой в течении 1 года.
  2. Пептический эзофагит.
  3. Пищевод Баррета.
  4. Хронические воспалительные заболевания дыхательных путей, связанные с рефлюкс-эзофагитом
  5. Загрудинные боли при отсутствии сердечной патологии.

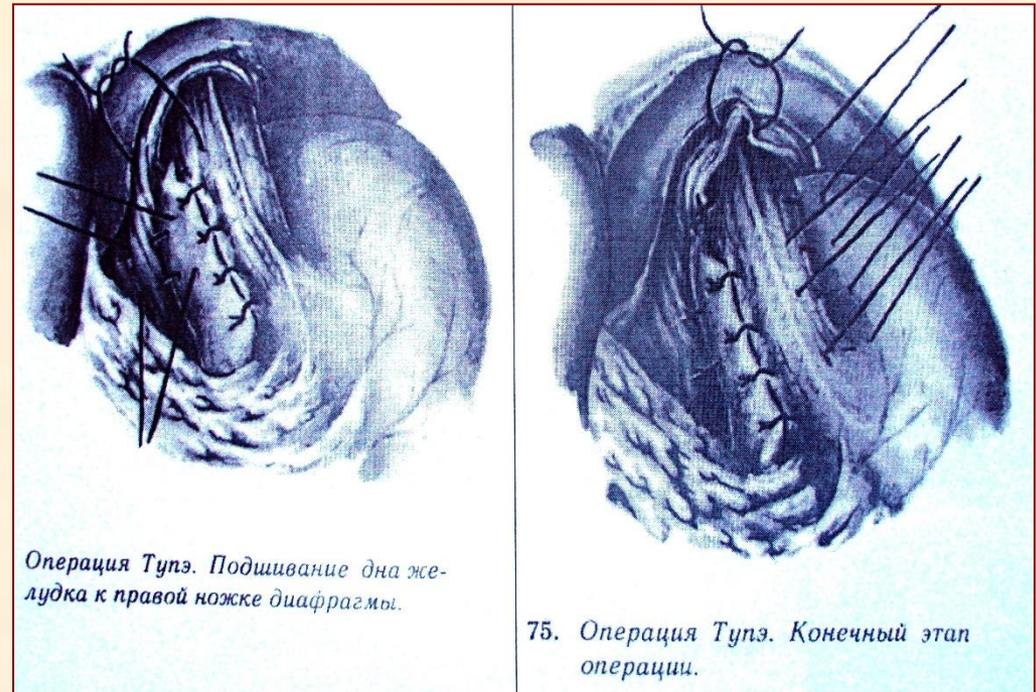
## **Противопоказания к видеолапароскопической операции:**

1. Общие противопоказания к лапароскопическим операциям.
2. Обширный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости после перенесенных ранее вмешательств.
3. Укороченный пищевод, требующий трансторакальной антирефлюксной операции.
4. Необходимость в симультантной операции, невыполнимой лапароскопически.

# Операция Ниссена



# Операция Тупэ

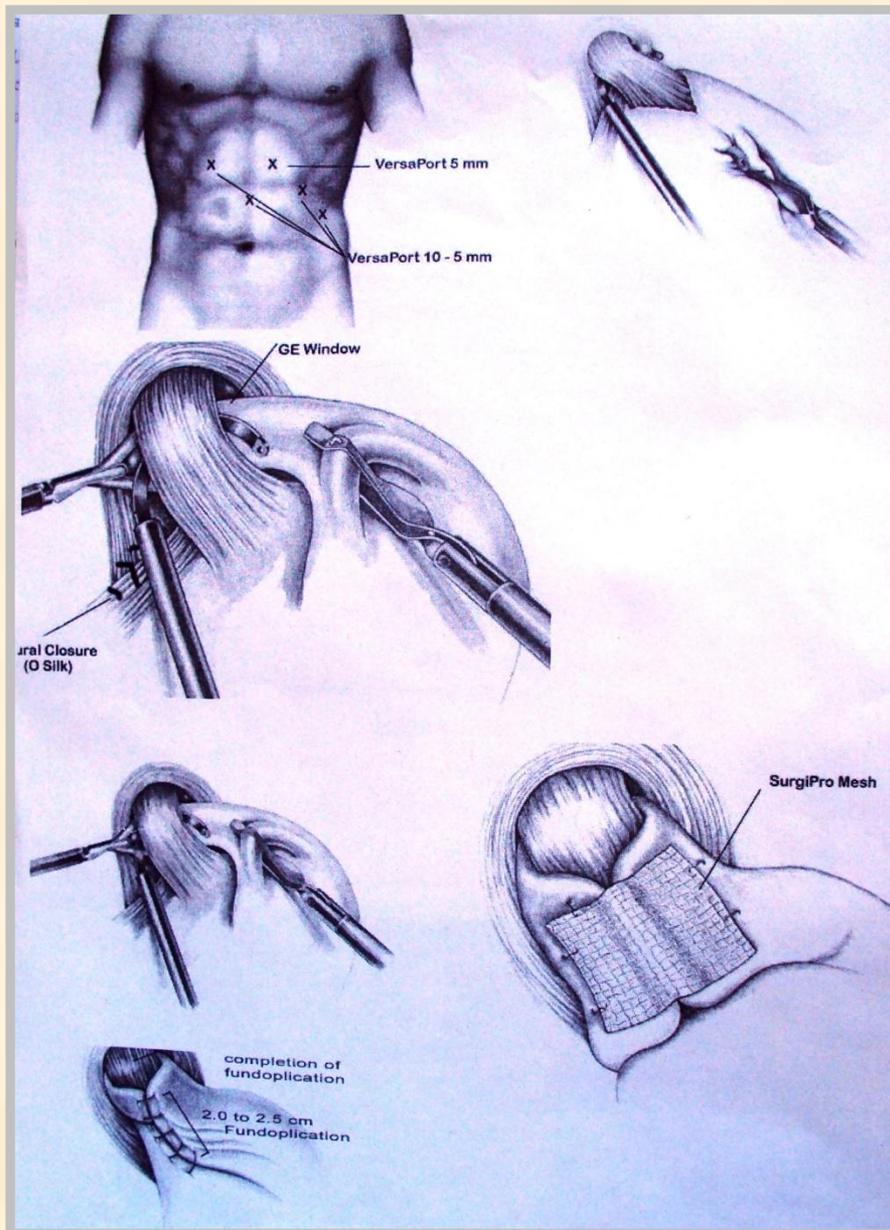


## Фундопликация по Тупэ

В отличие от циркулярной фундопликации по Ниссену, при данной операции пищевод окутывают дном желудка лишь сзади.

Мобилизованное дно желудка заводят в сформированное позади пищевода окно и фиксируют его последовательно к правому и левому краю пищевода (иногда дополнительно фиксируют к левой и правой ножкам диафрагмы).

# Виделапароскопическая фундопликация по Ниссену



## • Осложнения и их профилактика

1. Рассечение париетальной брюшины в области пищеводного отверстия диафрагмы при давлении газа в брюшной полости более 14 мм рт.ст. может привести к пневмомедиастинуму и возникновению подкожной эмфиземы на шее.

2. При манипуляциях в области левой ножки диафрагмы возможно повреждение левой медиастинальной плевры и возникновение напряженного пневмоторакса, что может сделать лапароскопическую операцию невозможной. При выделении ножек диафрагмы необходимо помнить о близости кардиодиафрагмального синуса плевральной полости.

3. Травма блуждающих нервов должна быть предупреждена первоначальной их визуализацией и отведением из зоны действия хирурга.

4. При мобилизации задней стенки пищевода для профилактики ее повреждения целесообразно ввести фиброэзофагоскоп и выполнить трансиллюминацию.

5. При выделении большой кривизны желудка следует быть особо осторожным в связи с опасностью повреждения селезёнки и коротких желудочных сосудов.

6. Для предупреждения возникновения в послеоперационном периоде дисфагии необходимо формировать манжетку на толстом желудочном зонде.

- **Операции при ахалазии пищевода и кардиоспазме**

Дисфагия, вызванная ахалазией пищевода, является показанием к оперативному лечению. Как и в “открытой” хирургии, **кардиомиотомия по Геллеру признана операцией выбора для восстановления естественного пассажа пищи**

**Показания.**

Ахалазия 1 — 3 степени.

**Противопоказания.**

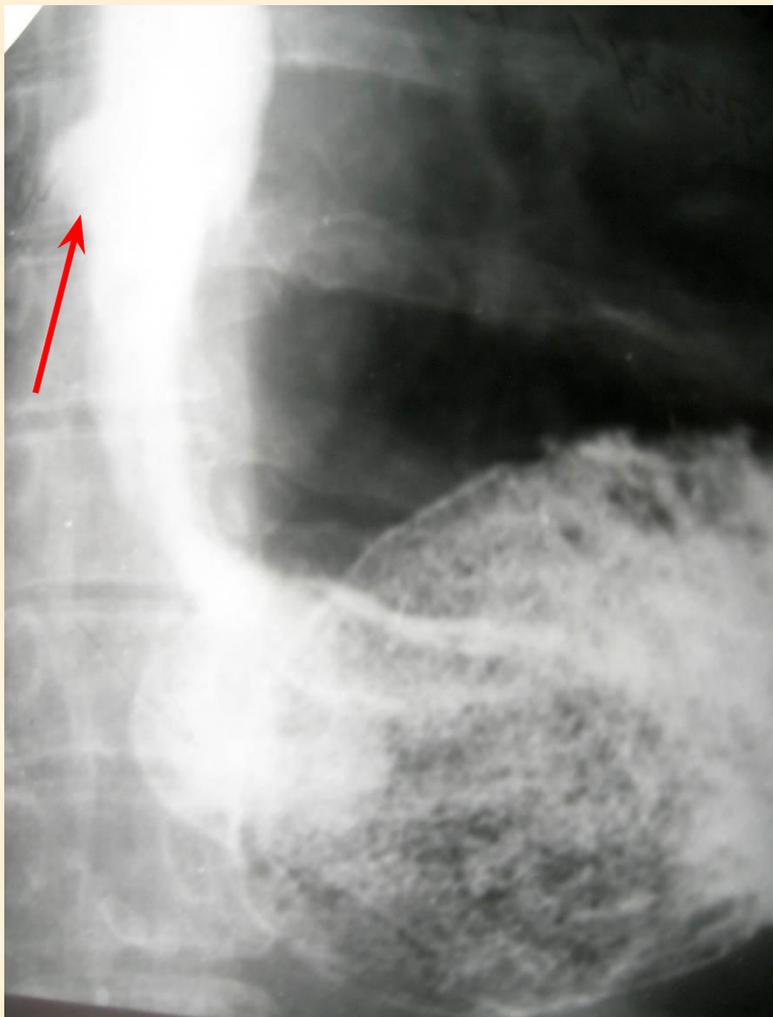
1. Общие противопоказания к лапароскопическим вмешательствам.
2. Обширный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости после перенесенных ранее операций.
3. Ахалазия 4 степени.

### Оперативная техника

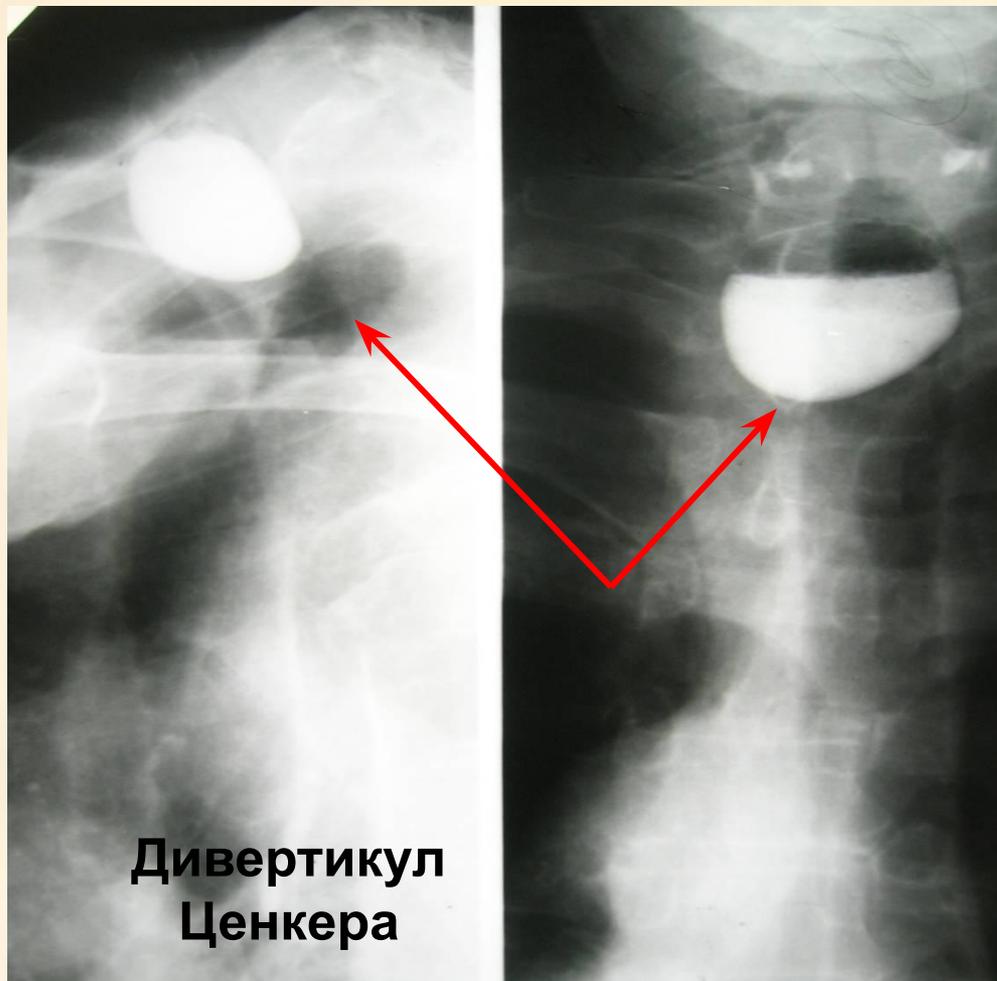
- Выделяют пищевод до уровня пищеводного отверстия диафрагмы, идентифицируют и отводят в сторону передний блуждающий нерв.
- Мобилизацию пищевода в средостении заканчивают на 6-7 см выше кардиального жома.
- В желудок вводят толстый зонд.
- Электрохирургическим крючком рассекают продольные мышечные волокна передней поверхности кардиоэзофагеального перехода.
- Разрез начинают на 2-3 см ниже кардиального жома и продлевают вверх на 6-7 см.
- Залегающие глубже циркулярные волокна рассекают ножницами или крючком.
- Мышечный слой пищевода отделяют от слизистой
- В просвет пищевода вводят фиброэзофагоскоп и проводят гидравлическую пробу.

*Целостность слизистой оболочки пищевода контролируют следующим образом: область операции заливают жидкостью, через эндоскоп инсуфлируют в просвет пищевода воздух. Отсутствие пузырьков газа подтверждает сохранность слизистой.*

# ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

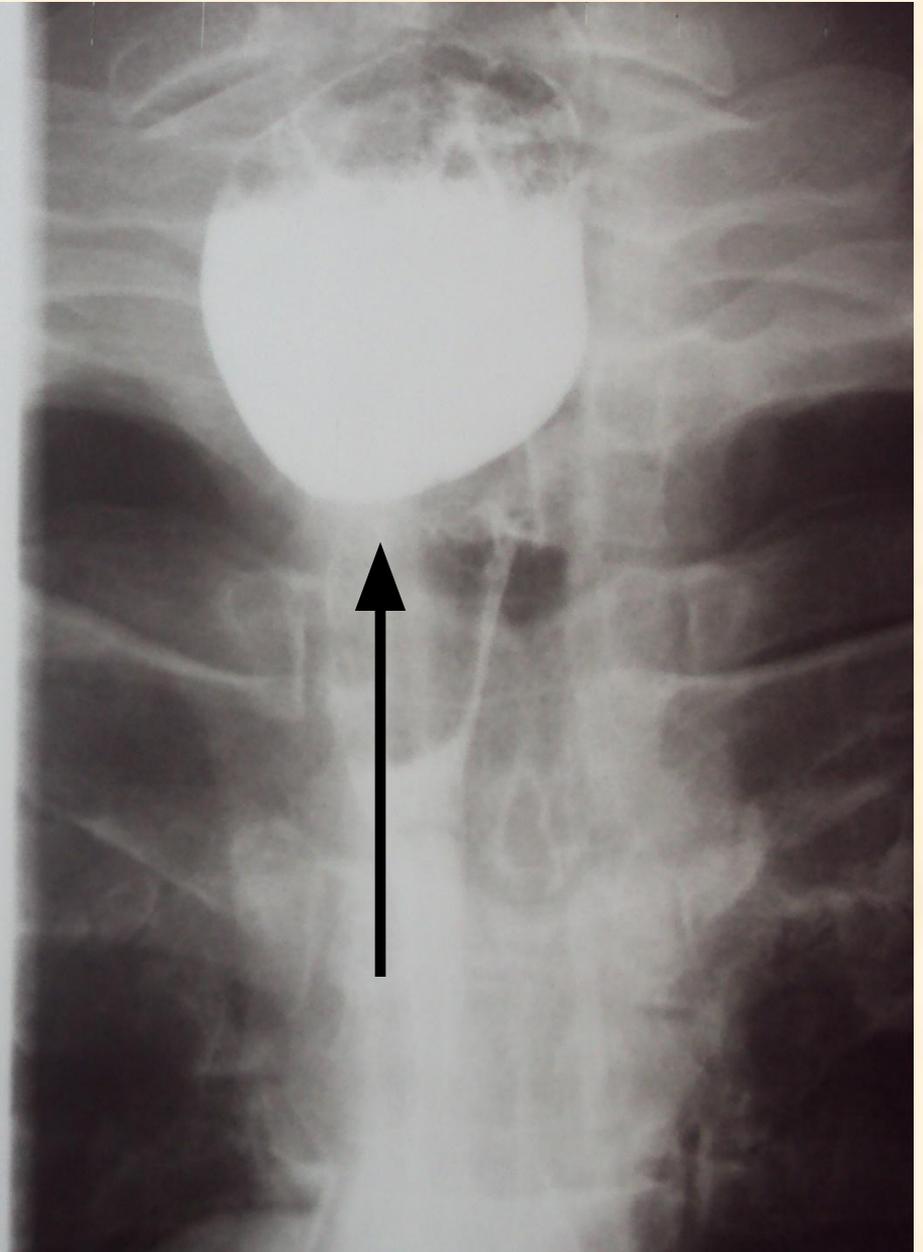
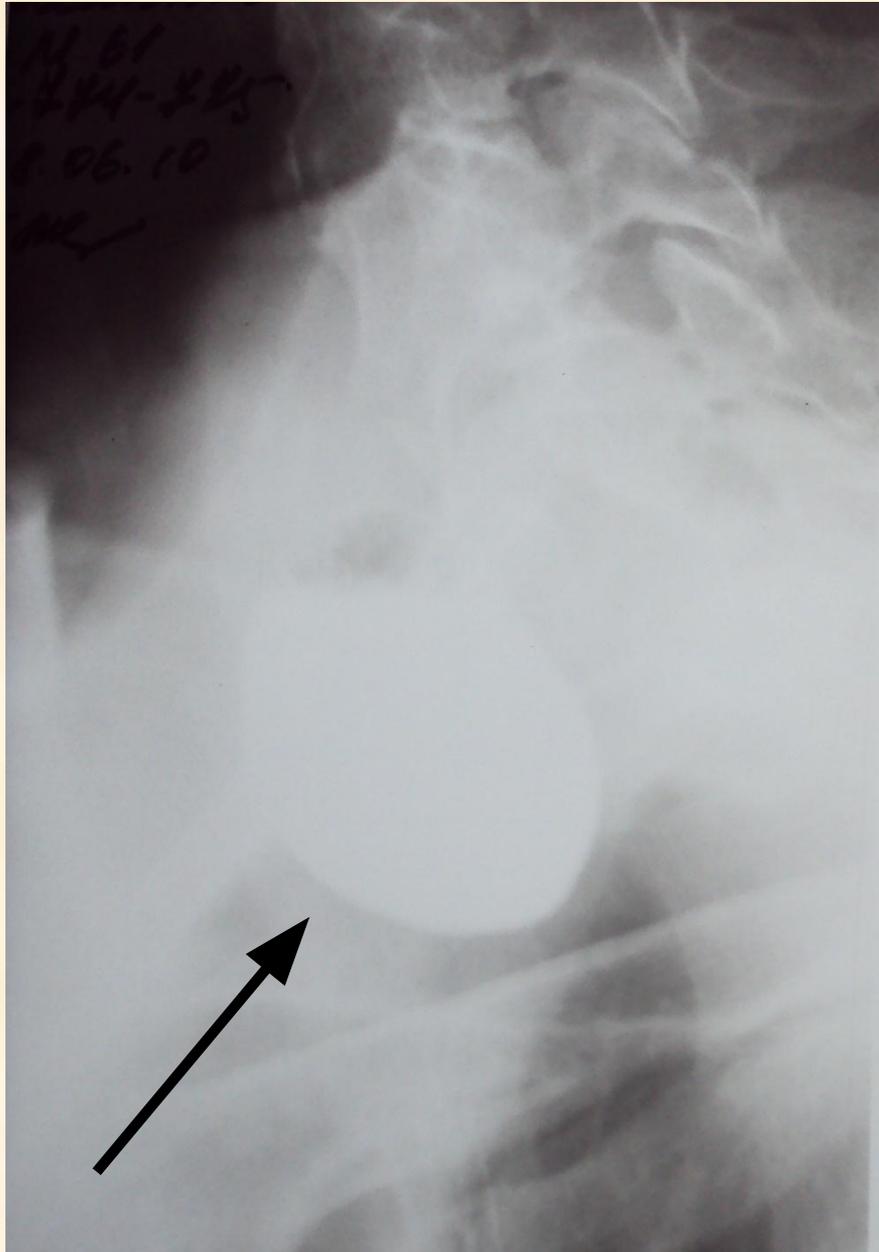


Дивертикул  
н/3 пищевода



Дивертикул  
Ценкера

# Дивертикул Ценкера



# ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

**показания к хирургическому лечению:** - осложнения ( перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз, рак, при развитии свищей) .

**Операция :**

- дивертикулэктомия,
- пластика стенки пищевода лоскутом диафрагмы, плевры).

# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И КИСТЫ ПИЩЕВОДА

- электрокоагуляция ( при небольших опухолях на ножке)
- иссечение с участком стенки пищевода.
- удаление через эзофагоскоп
- энуклеация

A misty, atmospheric photograph of a river or lake. The water is calm and reflects the surrounding environment. On the right bank, there is a rocky shore with some fallen logs and trees. The background is heavily obscured by a thick mist or fog, creating a sense of depth and mystery. The overall color palette is muted, with greys, blues, and greens.

**Спасибо  
за внимание!**