

# Аномалии развития пищевода



Подготовил:  
Сапарбеков А.М.  
Группа: 608-2

Алматы 2015 г.

# К аномалиям развития пищевода относятся

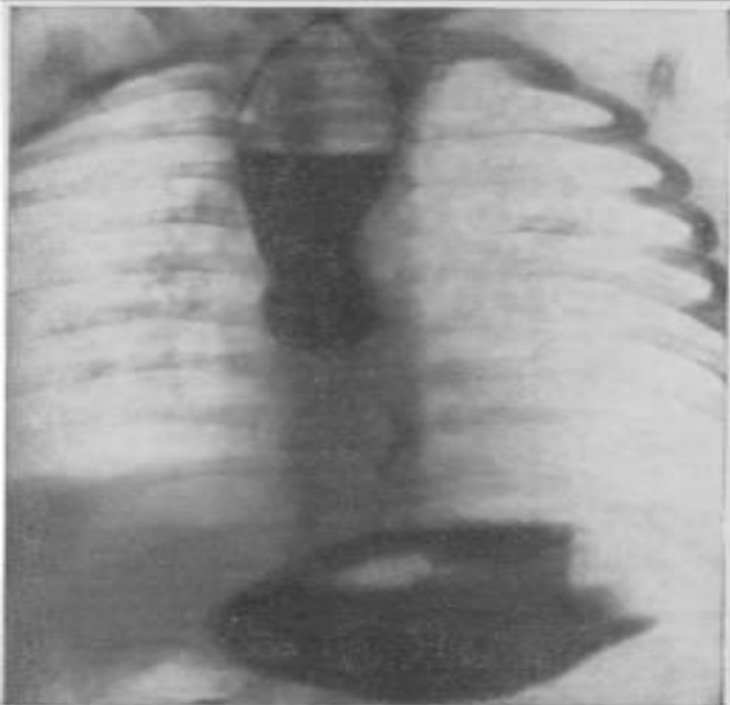
- Стенозы
- Удвоение пищевода
- Врожденный короткий пищевод
- Врожденную халазию кардии
- Атрезия пищевода
- Трахеоэзофагеальный свищ без атрезий



# Стенозы

Врожденный стеноз пищевода представляет собой сужение пищевода с участием всех слоев стенки органа. Может быть в результате гипертрофии мышечной оболочки, наличия в стенке пищевода фиброзного или хрящевого кольца, образования слизистой оболочкой тонких мембран. Небольшие стенозы длительное время протекают бессимптомно и проявляются дисфагией лишь при приеме грубой пищи. При выраженном стенозе отмечается дисфагия,

Постепенно происходит развитие супрастенотического расширения пищевода, пищевые массы задерживаются в нем и подвергаются гниению, появляется гнилостный запах



# КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают четыре формы врожденного стеноза:

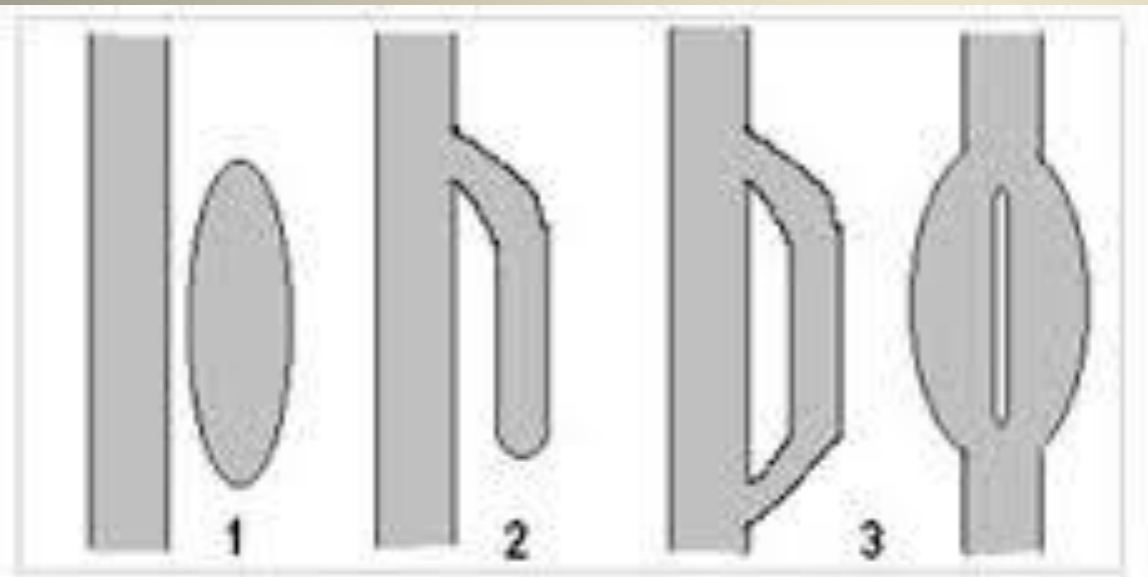
- мембранозный стеноз, вызванный наличием перепончатой перегородки с отверстием;
- сегментарный стеноз, вызванный фиброзномышечным утолщением стенки пищевода;
- комбинация мембранозного и сегментарного стенозов;
- трахеобронхиальные остатки в стромахе, сужающие дистальный отдел пищевода.

# Лечение

При наличии стеноза протяженностью не более 1,5 см в верхней и средней трети или в надкардиальном отделе пищевода можно произвести продольное рассечение его на участке сужения с последующим поперечным сшиванием краев разреза. Эта операция является более щадящей и менее опасной, чем сегментарная резекция с анастомозом конец в конец.

# Удвоение пищевода

Это дубликатура стенки с образованием в ней дополнительного просвета.



1 – кистозное; 2 – дивертикулярное; 3 – трубчатое (с параллельной трубкой и продольной перегородкой в просвете кишки)

Различают сферические (кистозные), тубулярные и дивертикулярные удвоения, имеющие изолированный или сообщенный с пищеводом просвет. Удвоения могут встречаться на всем протяжении

В полости рта встречается вариант кистозного удвоения, который называется подъязычной кистой. Она располагается под языком и внешне очень похожа на кисту подъязычной слюнной железы, которая называется ранулой. Та и другая подлежат удалению. Диагноз обычно ставится гистологами.

При подъязычной кисте в ее стенке находят все слои, характерные для пищеварительной трубки, в т.ч. и типичную для нее слизистую оболочку. Ранула выстлана эпителием



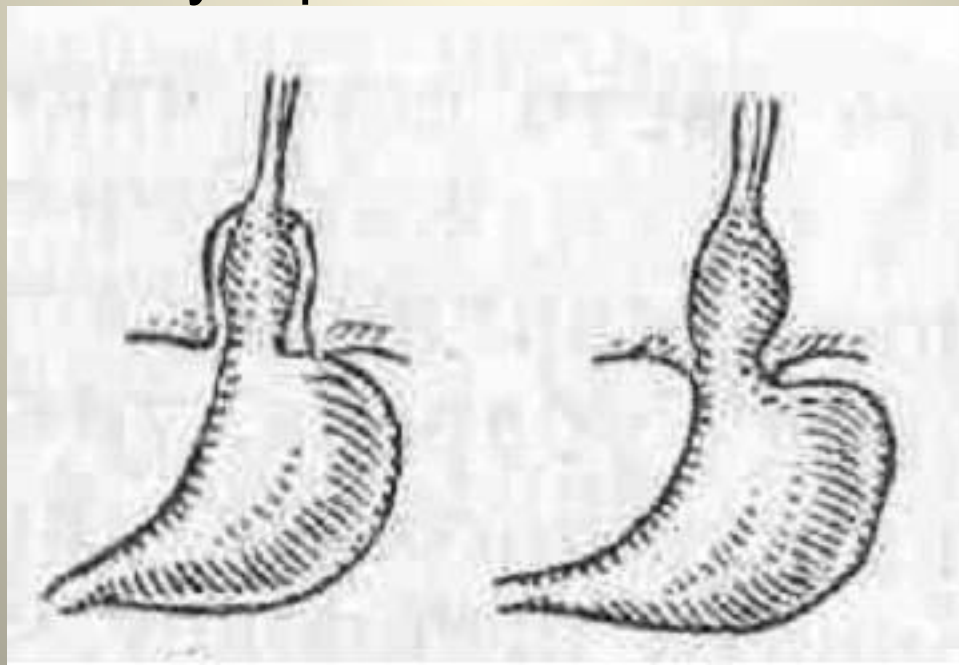


В области пищевода встречаются два вида удвоений — дивертикулярные и кистозные. Дивертикулы пищевода встречаются редко. Они находятся обычно под единой мышечной оболочкой, и существует два их варианта.

Лечение состоит в хирургическом удалении.

# Врожденный короткий пищевод

**Врожденный короткий пищевод** (брахиэзофагус, грудной желудок, неопущение желудка) представляет собой аномалию, при которой длина пищевода не соответствует высоте грудной клетки, в результате чего часть желудка располагается выше диафрагмы, отсутствует нижний пищеводный сфинктер, что способствует развитию патологического ГЭР.





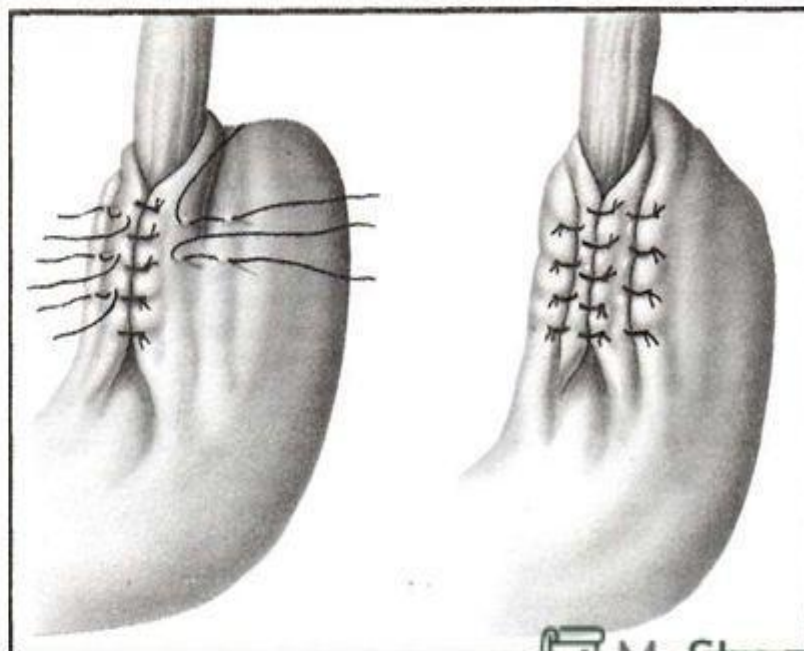
Во всех случаях имеется желудочно-пищеводный рефлюкс из-за нарушения функции кардиального жома.

Интраторакальная часть желудка снабжается кровью из аорты, а не из чревной артерии, как при грыжах.

Нижний эзофагеальный сфинктер отсутствует, в результате чего всегда существует гастроэзофагеальный рефлюкс, что приводит к тяжелому эрозивному эзофагиту с последующим развитием стриктуры.

# Лечение

Наиболее эффективной является фундопликация по Ниссену или Каншину.

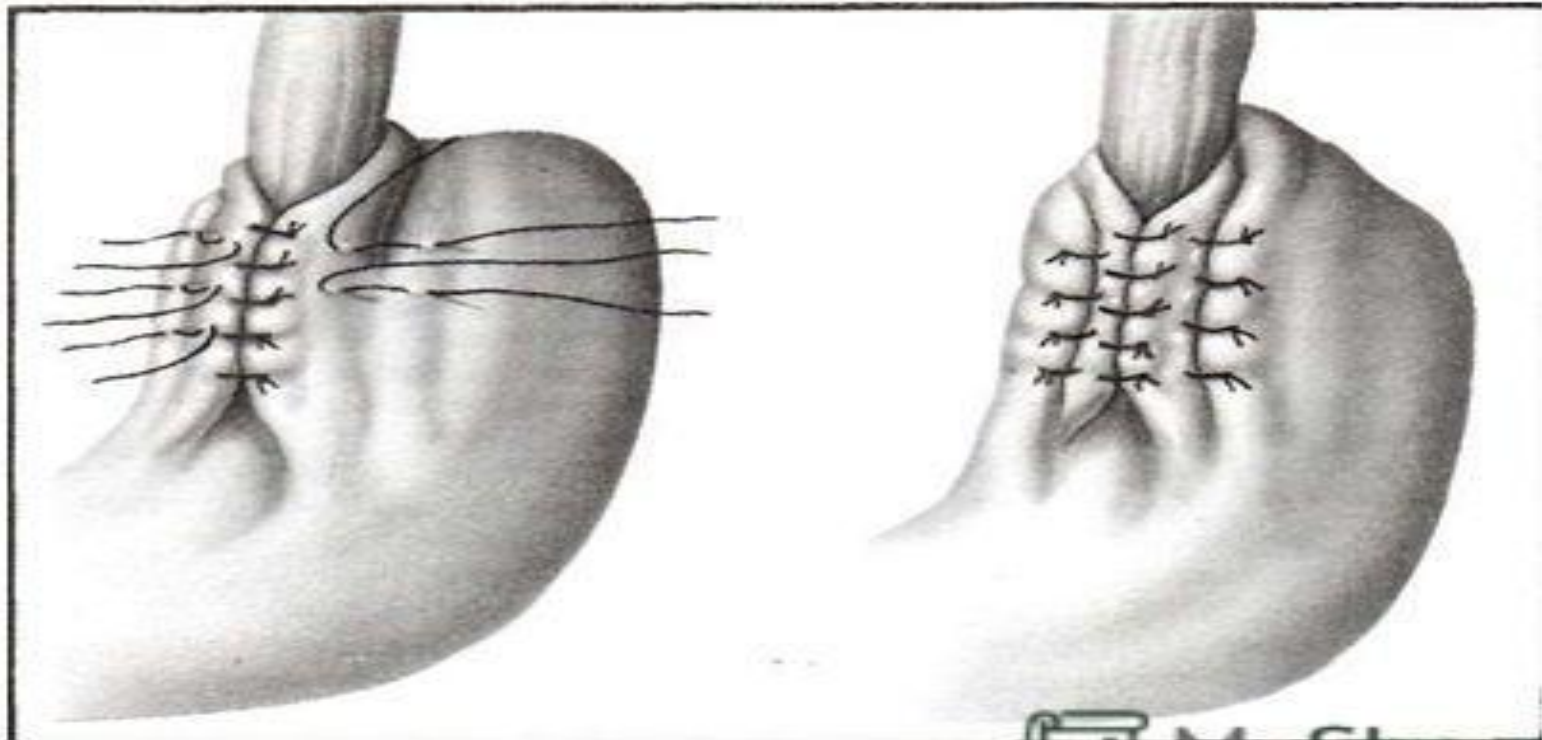




Операция Ниссена заключается в окутывании дистального отдела пищевода частью желудка в виде манжеты. В результате создается антирефлюксный механизм, напоминающий чернильницу непроливайку.



Отличием клапанной гастропликации по Каншину является то, что манжетой окутывается не дистальный отдел пищевода, а сформированный в трубку кардиальный отдел желудка, как бы удлиняющий пищевод. Антирефлюксные операции дополняются пилоропластикой для исключения пилороспазма как следствия травмы блуждающих нервов, а также для ускорения эвакуации из желудка



# КЛАССИФИКАЦИЯ

Известно около 100 вариантов этого порока, но выделяют 5 основных и чаще встречаемых форм атрезий пищевода

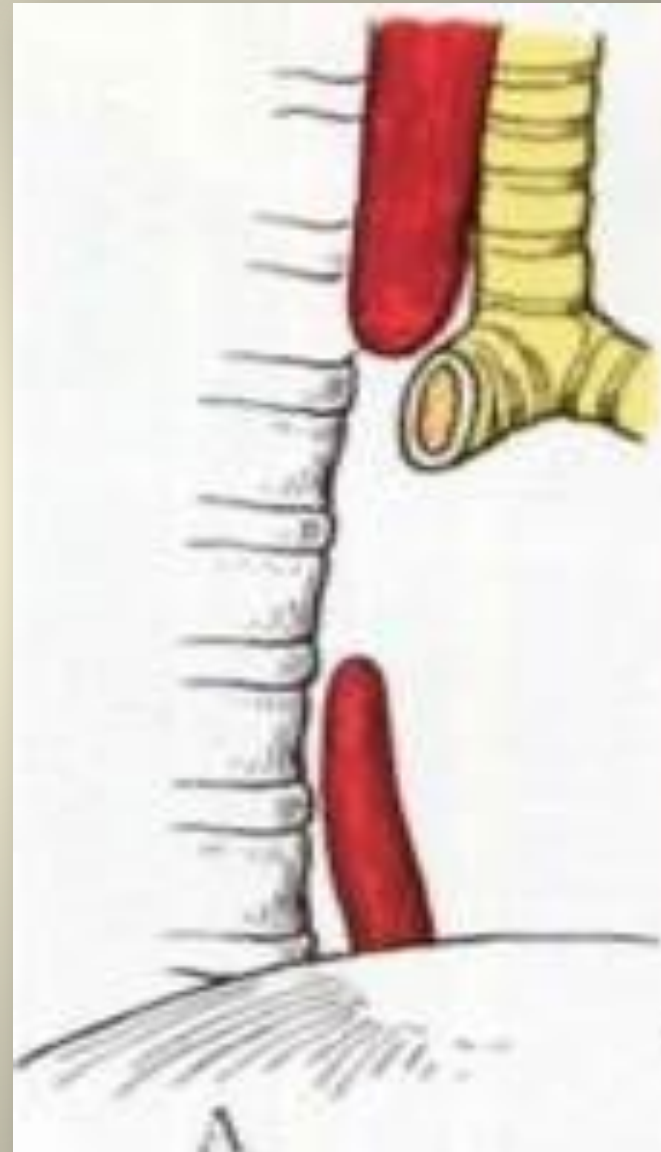
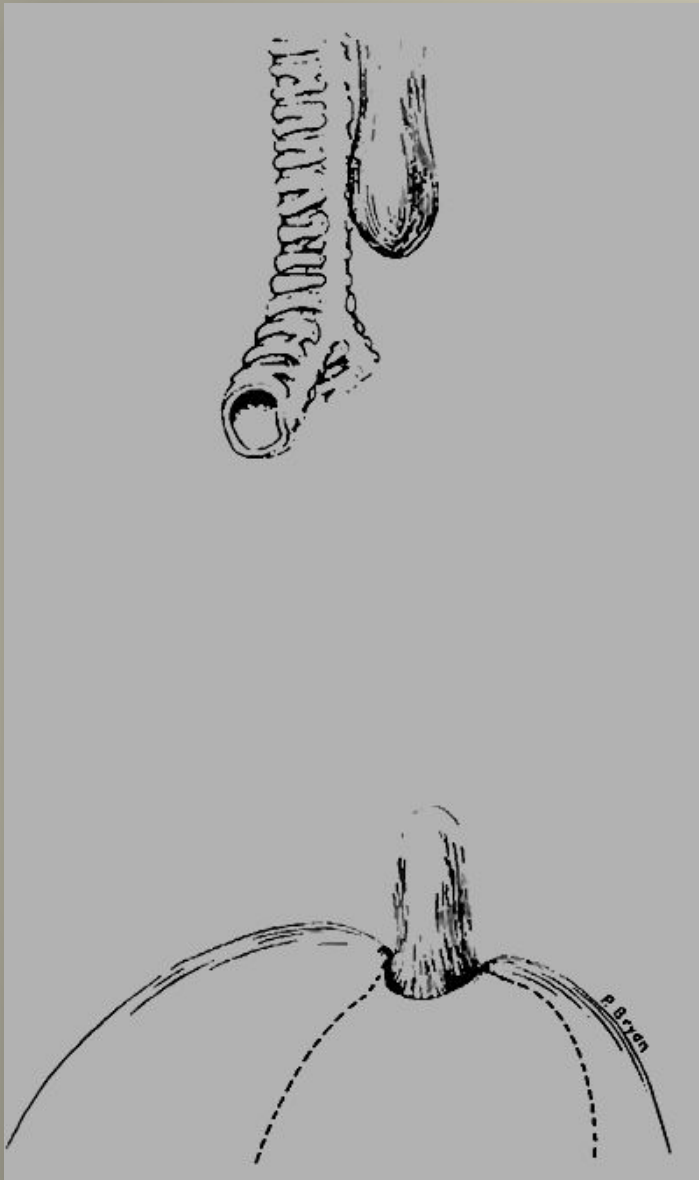
- Полное отсутствие пищевода;
- Изолированная атрезия
- Атрезия со свищом в дистальном отделе
- Атрезия со свищом в проксимальном отделе
- Атрезия с двумя трахеопищеводными свищами

# - Полное отсутствие пищевода;

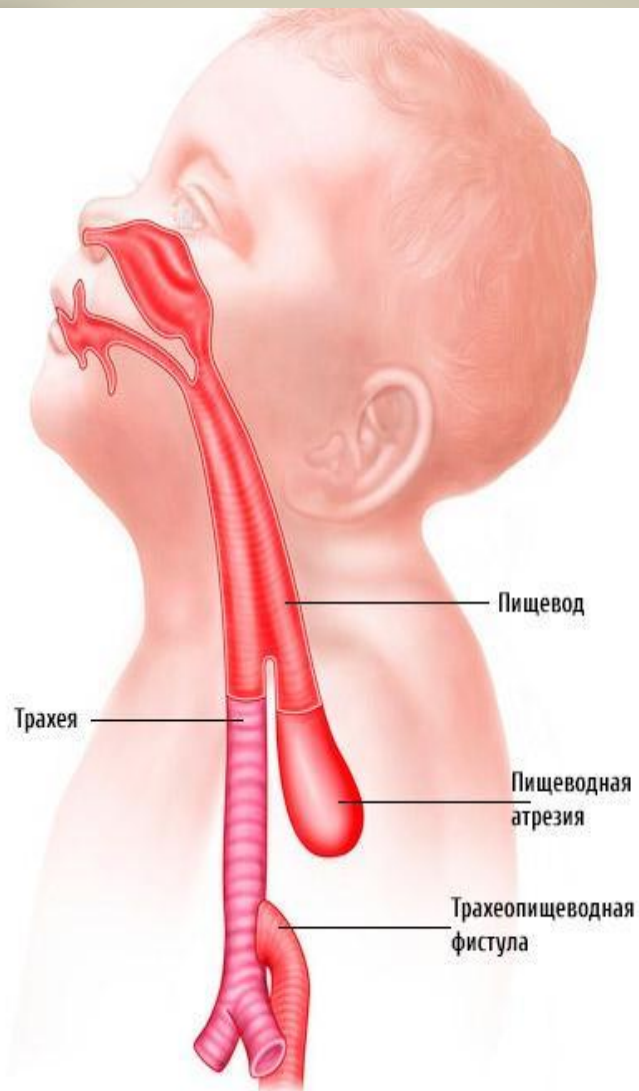




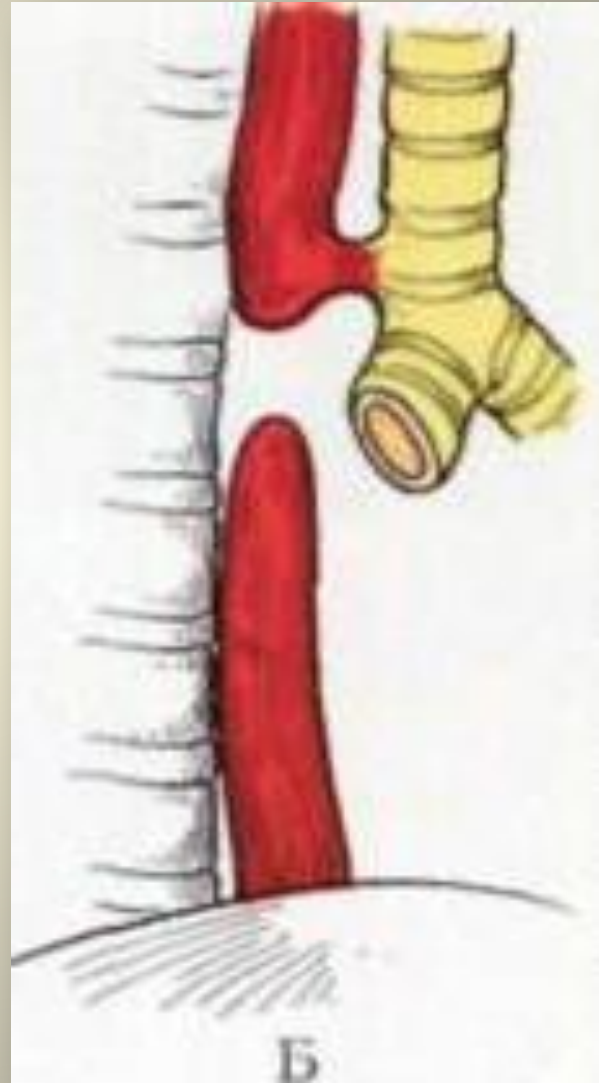
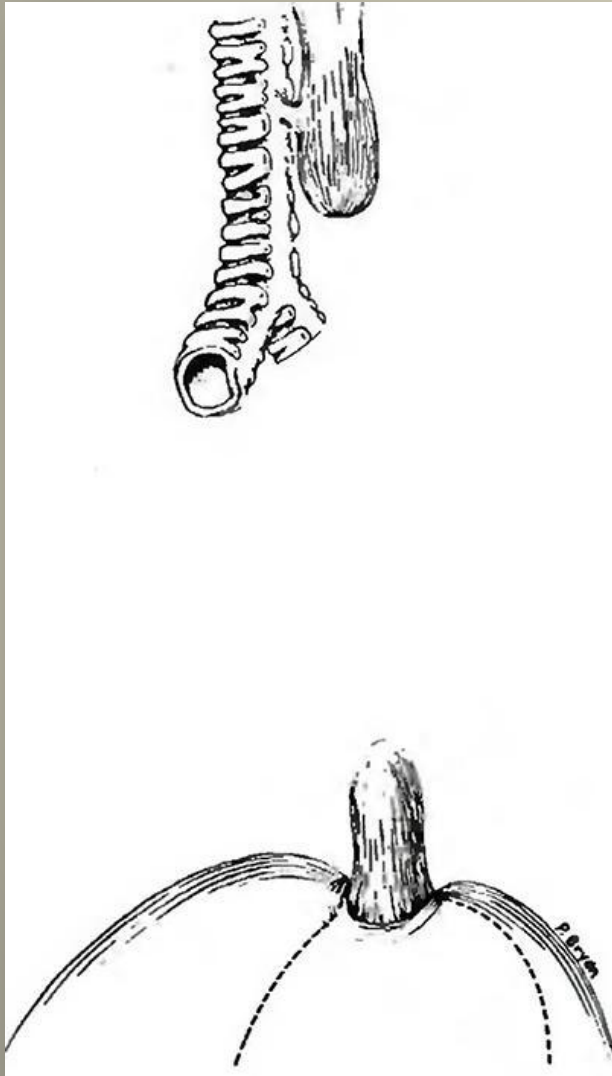
# - Изолированная атрезия



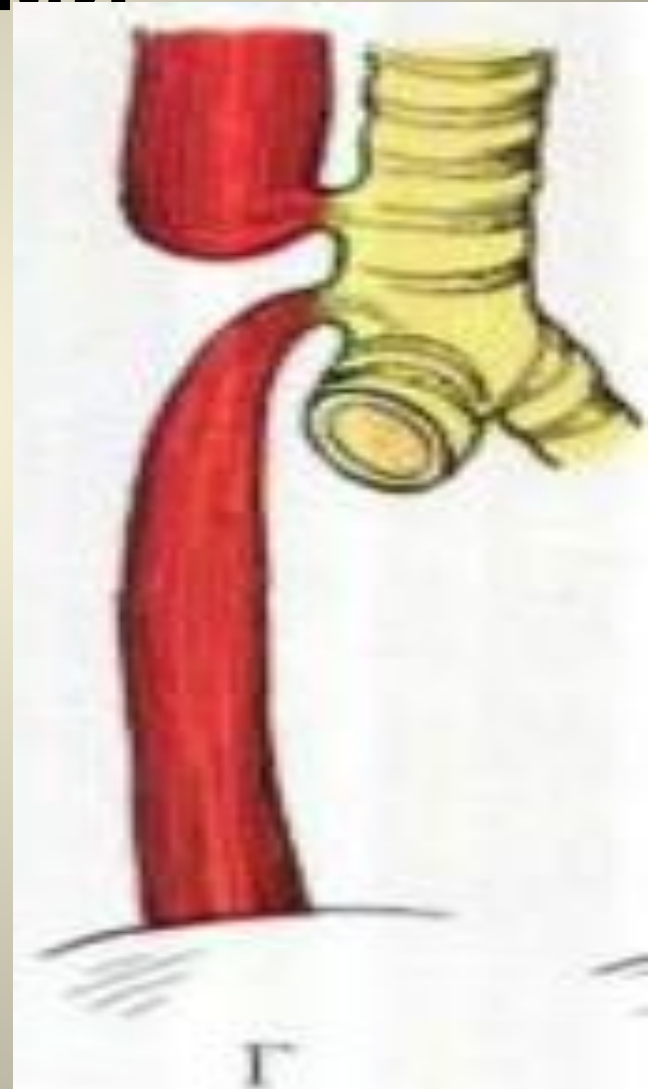
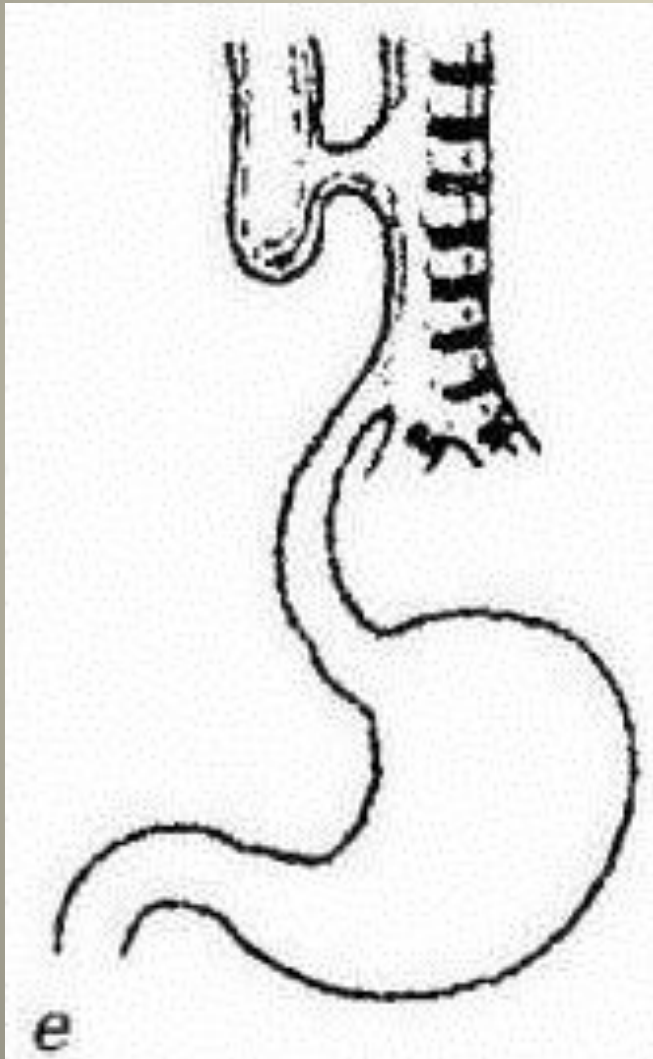
# - Атрезия со свищом

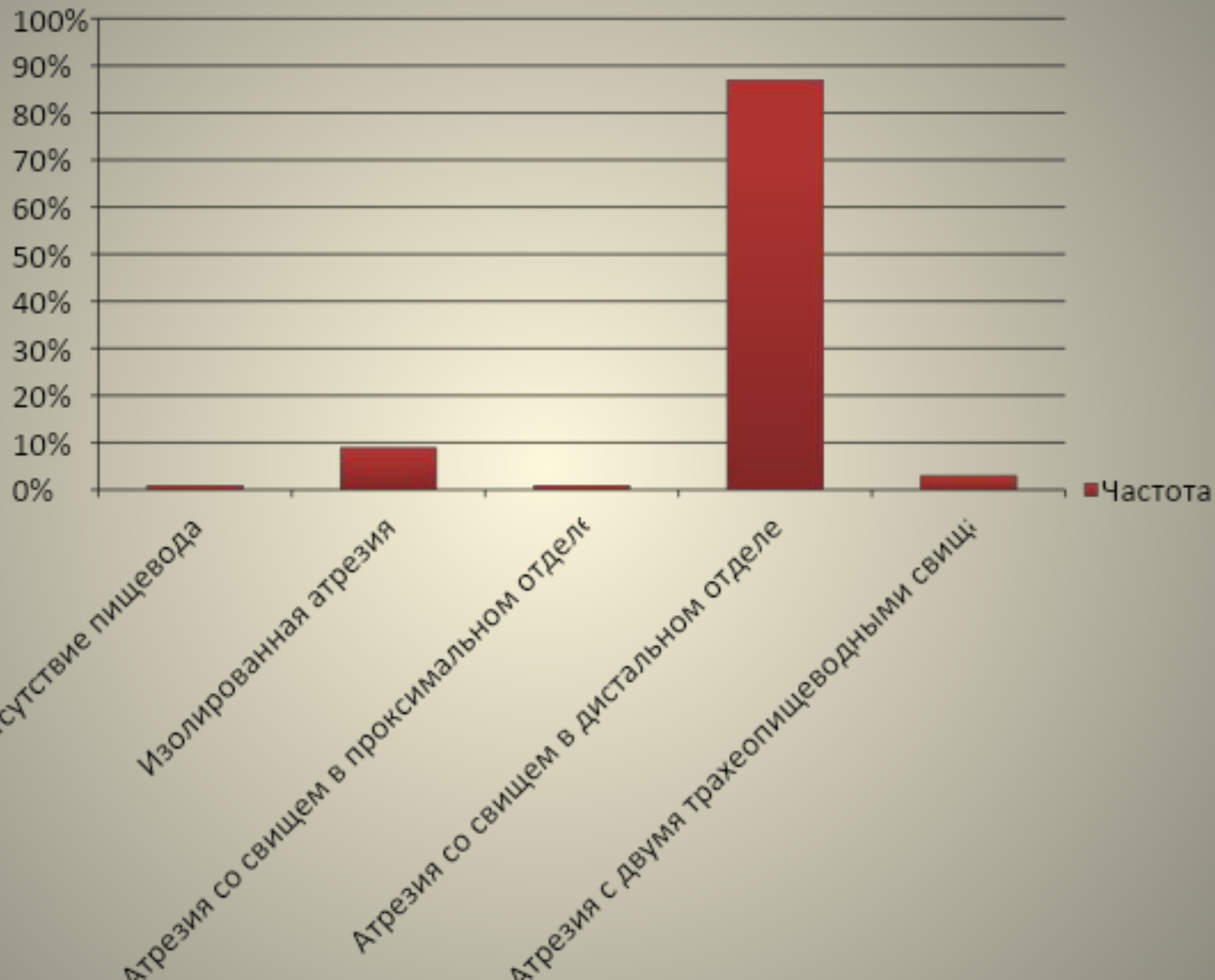


# - Атрезия со свищом



# Атрезия с двумя трахеопищеводными свищами







# Лечение только хирургическое

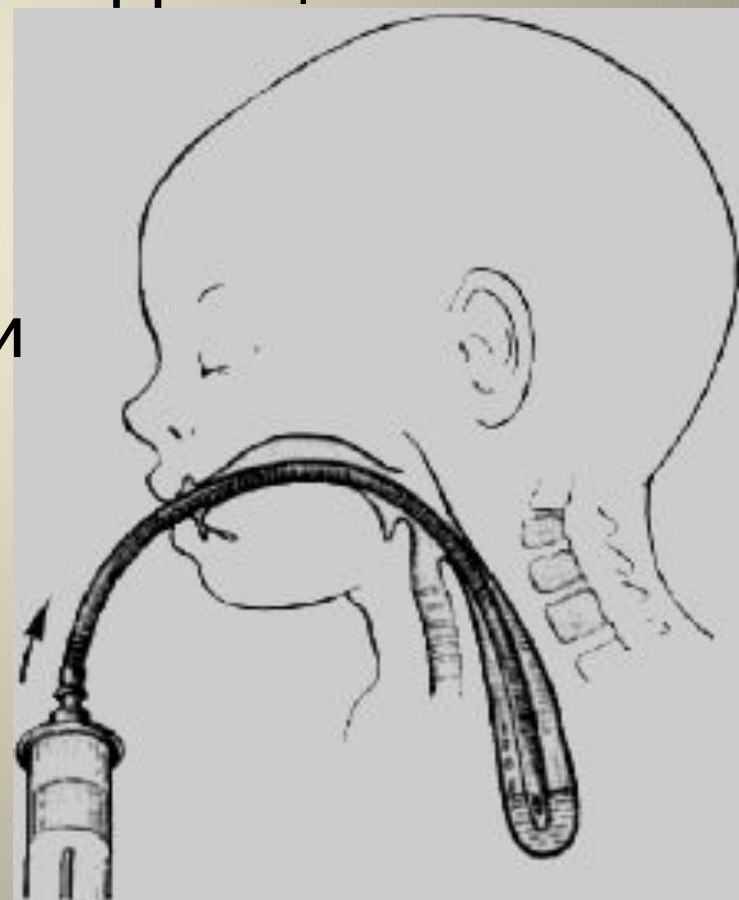
1. Предоперационная подготовка
2. Хирургическое лечение
3. Послеоперационный период

Атрезия пищевода приводит к гибели ребенка в самые ранние сроки, и спасти ему жизнь можно только с помощью экстренной операции, выполненной не позднее 36 ч после рождения.



Подготовка к операции заключается в аспирации содержимого рото- и носоглотки каждые 15-20 минут, подачу кислорода. Проводится инфузионная, антибактериальная, симптоматическая терапия для коррекции **Метаболических нарушений.**

составляет менее 2 кг, и атрезия пищевода сопровождается осложнениями или другими пороками развития, требуется дополнительная коррекция выявленных аномалий



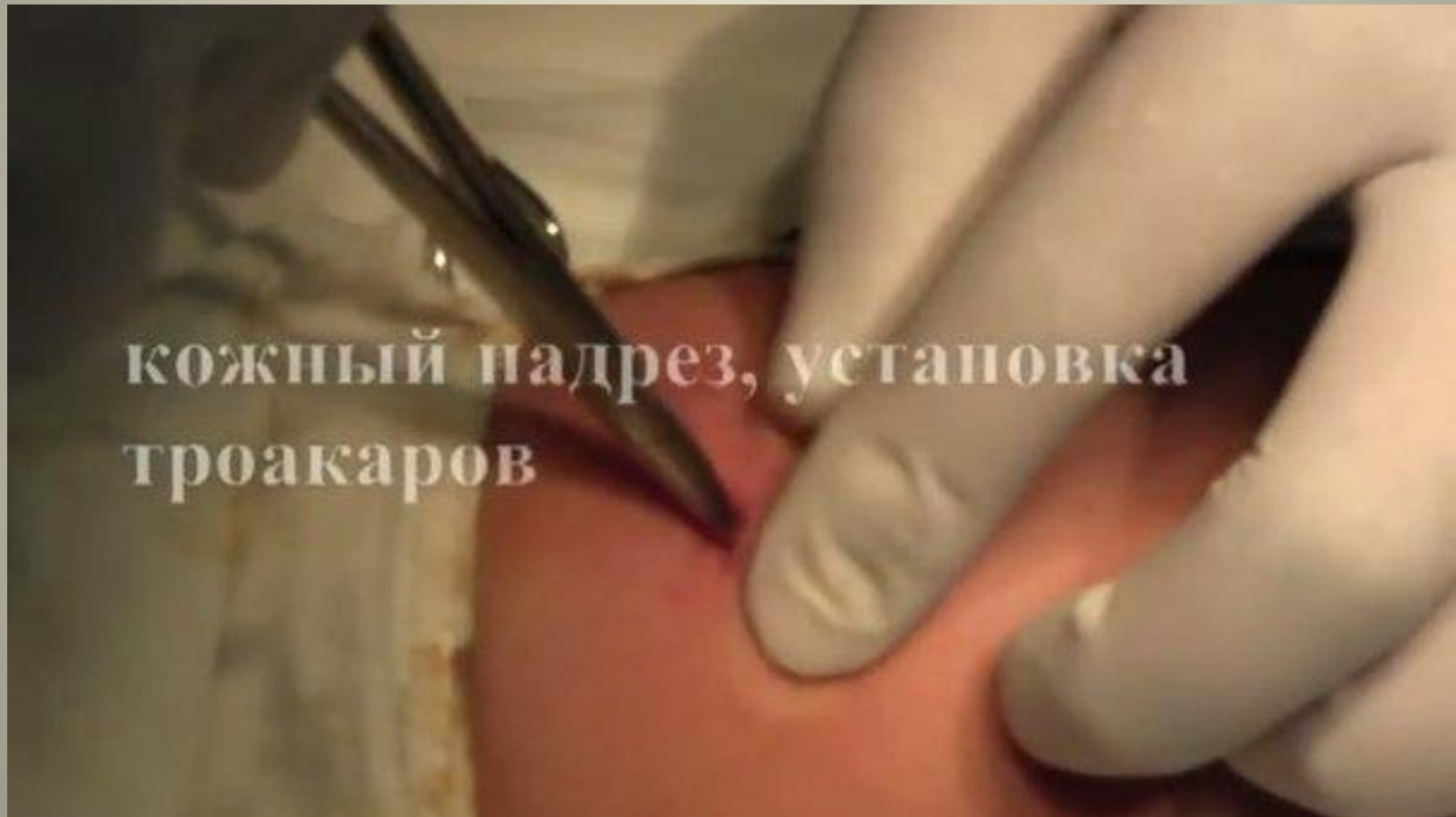
Транспортировка ребенка в хирургический стационар должна проводиться в транспортном кювезе в сопровождении специально подготовленного персонала



Положение ребенка на операционном столе на животе с приподнятым под углом 25-30° правым боком с небольшим валиком, подложенным под левый бок таким образом, чтобы максимально расширить межреберные промежутки с правой стороны. Головной конец операционного стола поднимается на 15-20° для того, чтобы правое легкое после



# Установка троакаров





# Выделение трахеопищеводного свища

Выделение трахеопищеводного  
свища



STORZ  
KARL STORZ — ENDOSKOPE

# Выделение пищевода от вагуса

Выделение пищевода от вагуса

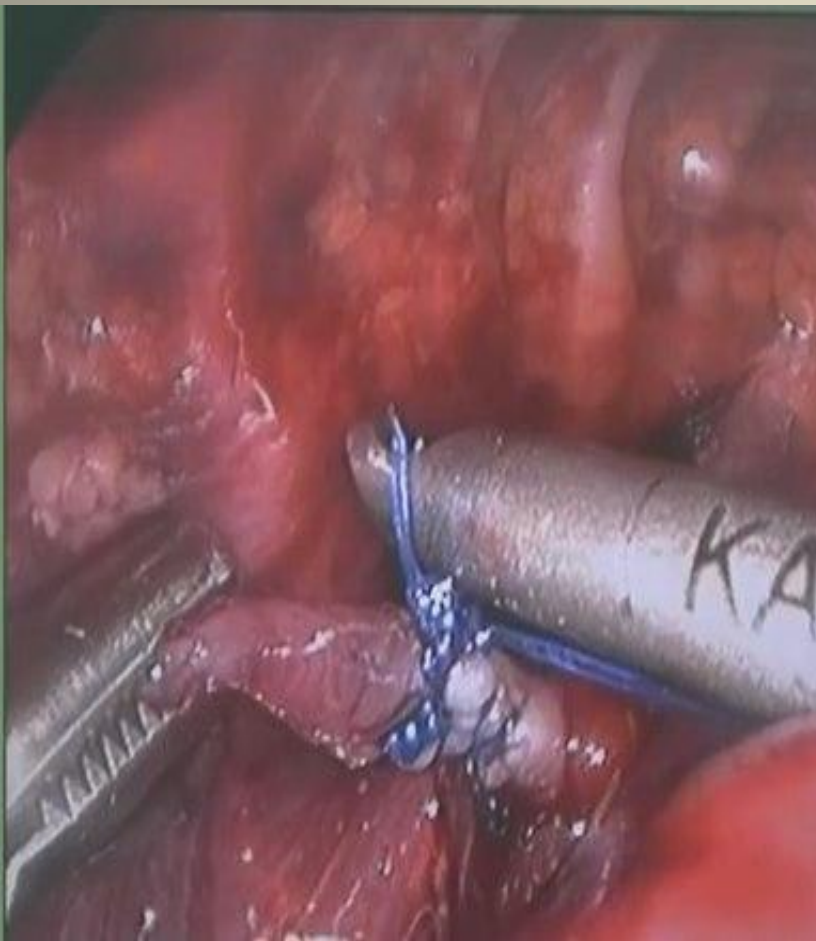
A surgical dissection showing the vagus nerve (CN X) being freed from the esophagus. The nerve is visible as a white, cord-like structure, and the surrounding tissues are being carefully separated. The esophagus is visible as a large, reddish, muscular structure. The dissection is performed in a dark, surgical field.

# Наложение швов на свищ как можно ближе к трахее

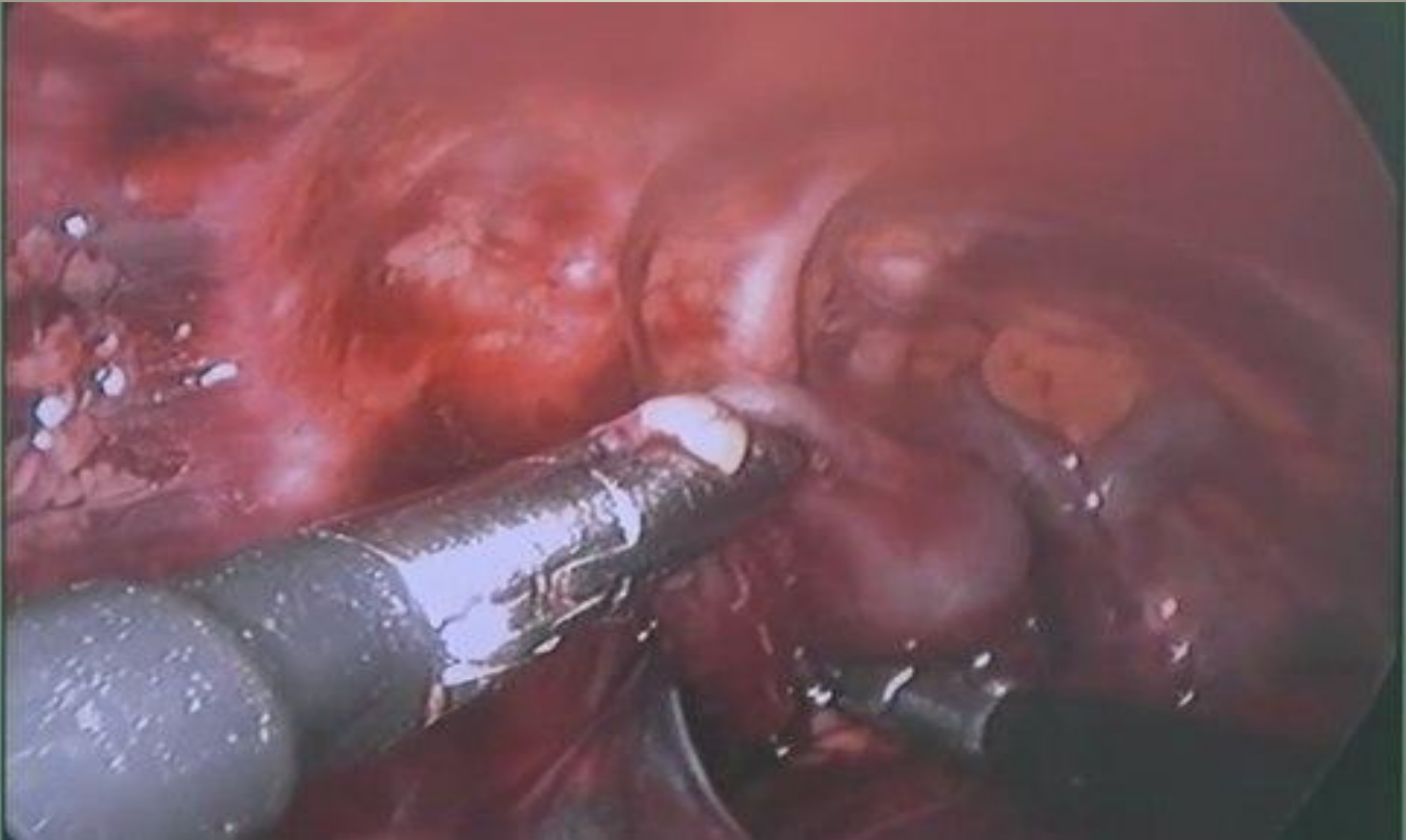




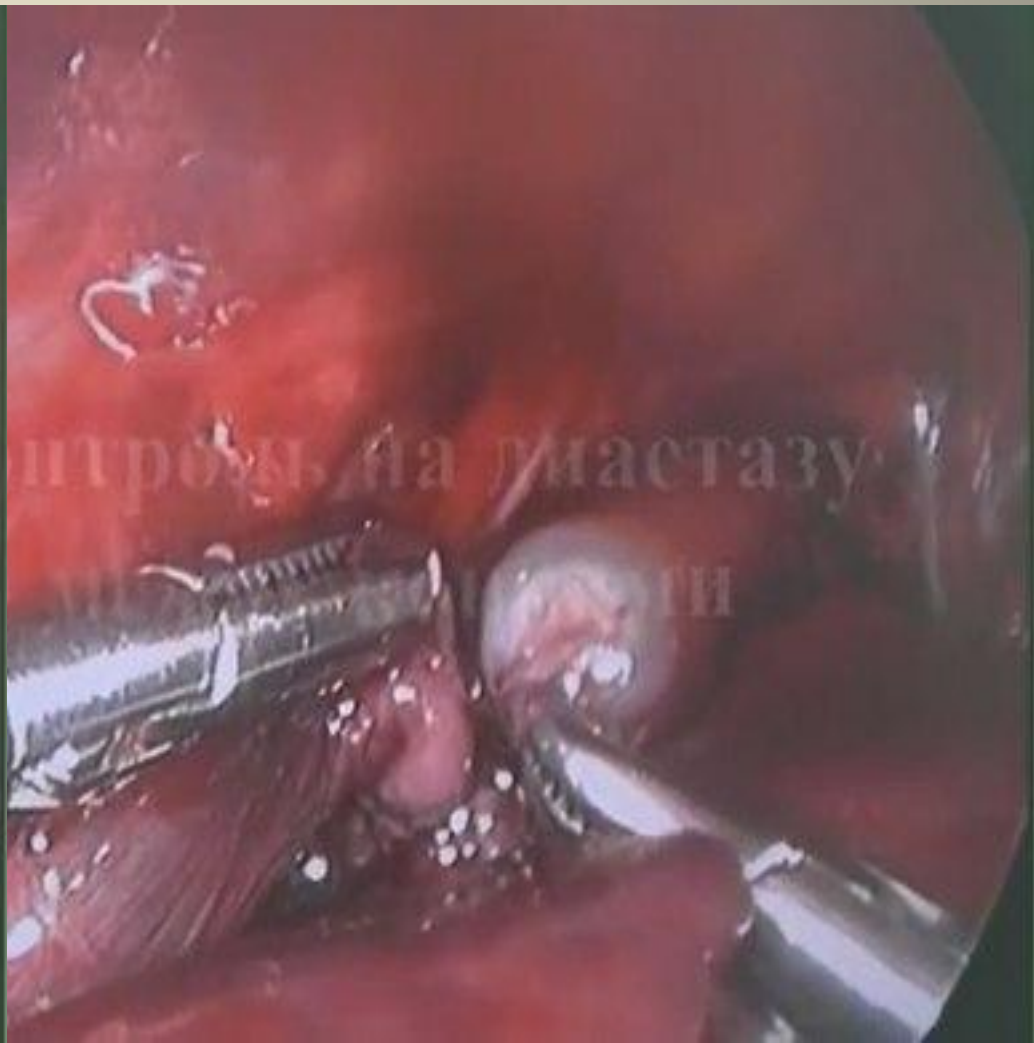
# Перевязка на обе стороны



# Выделение верхнего слепого конца пищевода



# Контроль на диастазу между концами



# Отсечение свища



отсечение свища

# Рассечение слепого конца

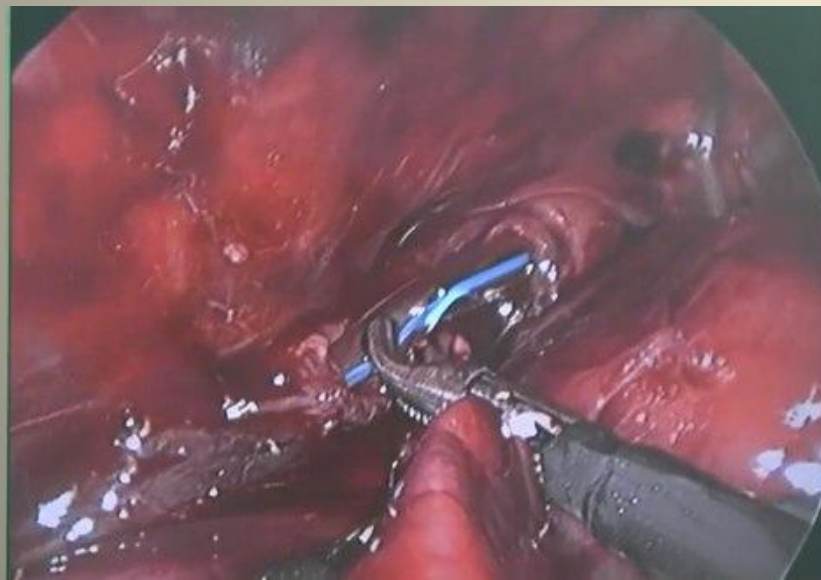
Рассечение слепого конца

An endoscopic view of a surgical procedure on the cecum. The image shows the reddish, mucosal surface of the large intestine. A surgical instrument, likely a stapler or stapler, is visible, positioned to perform a resection. The text "Рассечение слепого конца" is overlaid on the image in white, semi-transparent font.

# Создание анастомоза Первый шов на заднюю стенку



# Установка назогострального зонда

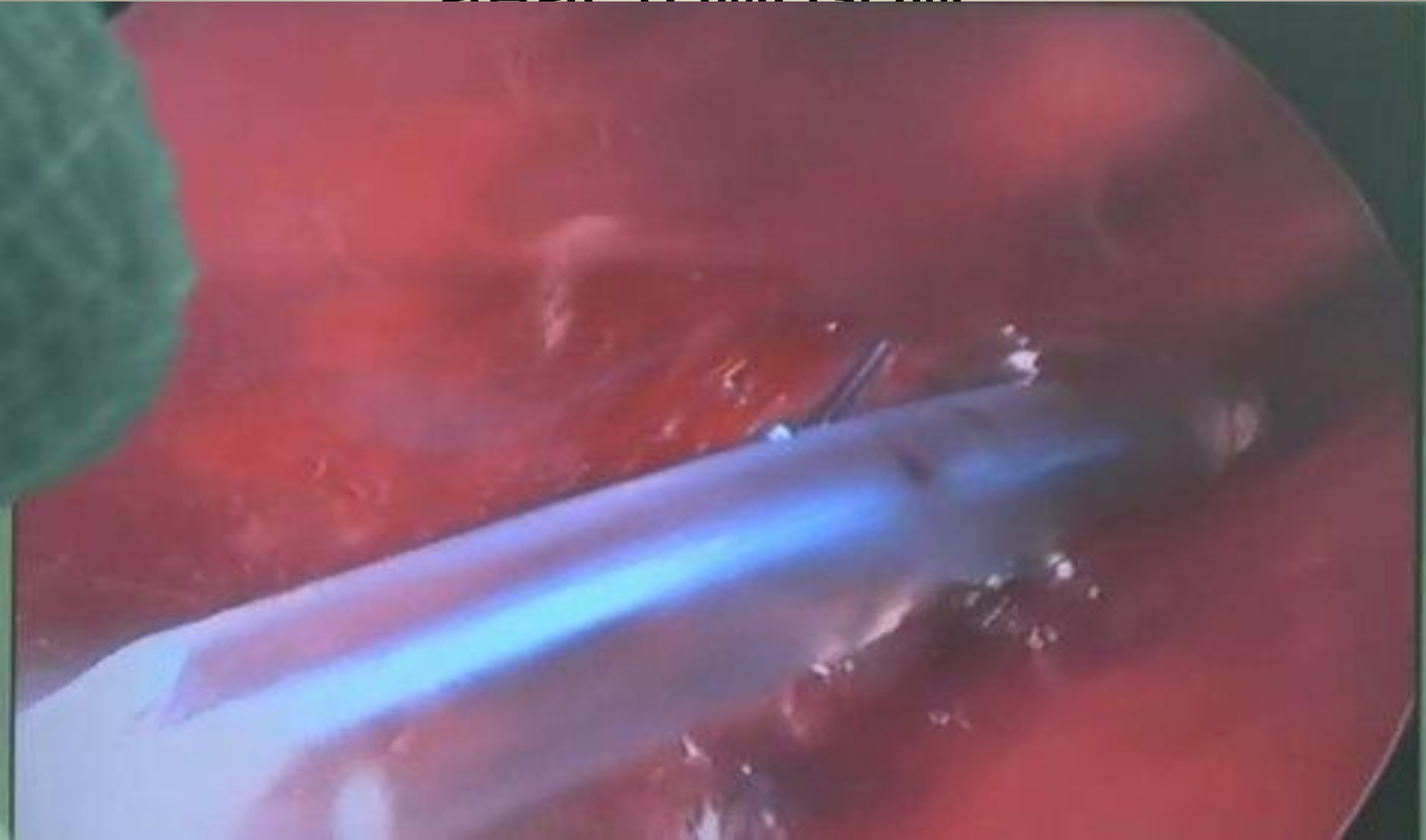


# Наложение швов на зонд





# установка плеврального дренажа рядом с анастомозом



# Конец операции





В первую неделю после операции кормление производят через зонд; после проверки состоятельности анастомоза и при отсутствии осложнений ребенка начинают кормить через рот антирефлюксными смесями. Через 2-3 недели выполняют контрольную фиброэзофагогастроскопию или рентгенологическое исследование пищевода. При рубцовом стенозе (стриктурах), развивающемся после операции в 30-40% случаев, проводится эндоскопическое бужирование анастомоза.

# Циркулярная миотомия по Livaditis

Удлинение верхнего сегмента пищевода путем циркулярного рассечения мышечной оболочки пищевода, смещения его дистального участка книзу с образованием демукуляризованного участка пищевода и создания анастомоза конец в конец между верхним и нижним сегментами атрезированного пищевода, отличающийся тем, что, с целью предупреждения несостоятельности анастомоза и расширения демукуляризованной стенки пищевода, создают межреберный мышечно-сосудистый лоскут после поднадкостничной резекции ребра и циркулярно укрывают им линию анастомоза и демукуляризованный участок пищевода.

# Возможные осложнения

Возможные осложнения сразу после операции:

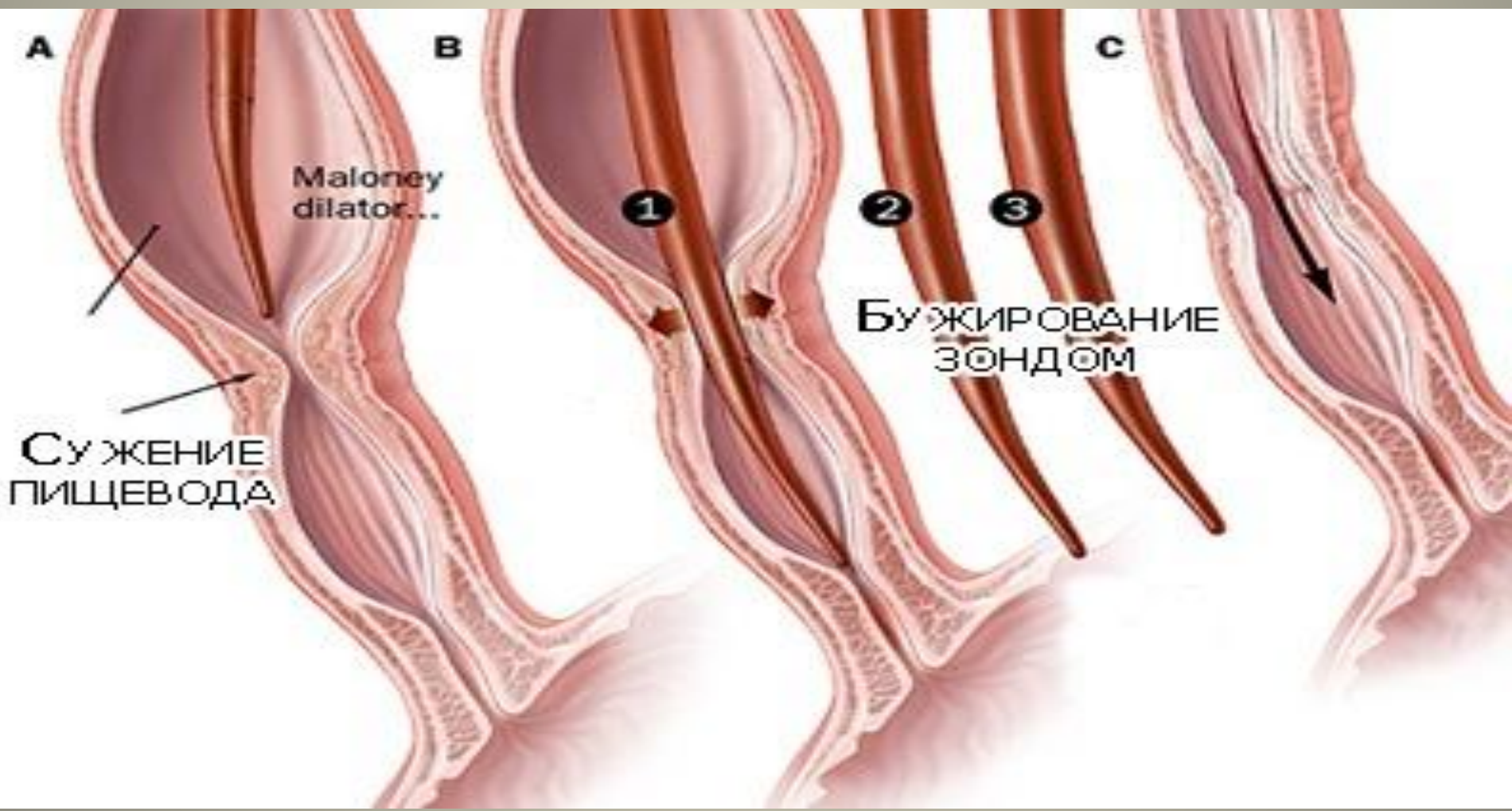
- инфицирование анастомоза (соединения);
- несостоятельность анастомоза (расхождение соединенных частей пищевода).

Осложнения в отдаленные сроки после операции:

гастроэзофагеальный рефлюкс (забрасывание содержимого желудка обратно в пищевод) из-за недоразвития мышц, закрывающих вход в желудок;

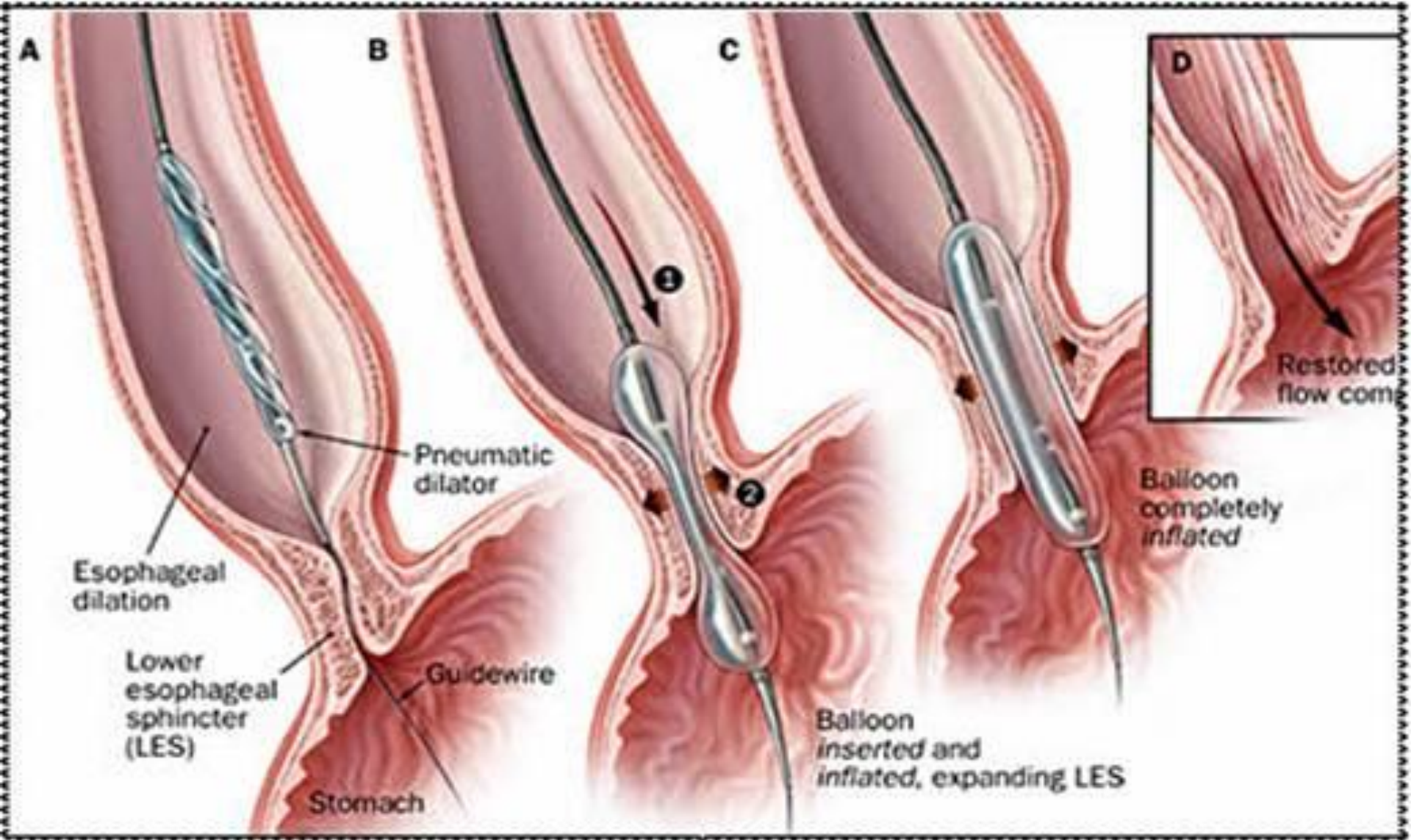


Сужение в месте соединения  
отрезков пищевода (вследствие чего  
затрудненное проглатывание).





# Баллонная дилатация





# Прогноз

При запоздалой диагностике атрезии пищевода дети умирают от тяжелой аспирационной пневмонии. Прогноз при ранней хирургической коррекции неосложненных форм атрезии пищевода – благоприятный.

При изолированной форме атрезии пищевода выживаемость составляет 90-100%, при наличии тяжелых сочетанных пороков и недоношенности – 30-50%.

# Литература

- <http://webaptekaru.ru/spisok-bolezney/bolezni-1/atreziya-pishhevoda-prichiny-simptomy-diagnostika-lechenie.html>
- <https://diseases.medelement.com/disease/view/NzY0MQ%253D%253D/fDEyfA%253D%253D>
- <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/esophageal-atresia>
- [http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/vrozhdennaya\\_atreziya\\_pischevoda/](http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/vrozhdennaya_atreziya_pischevoda/)
- <http://medical-diss.com/medicina/torakoskopicheskaya-korreksiya-atrezii-pischevoda-u-novorozhdennyh>
- <http://www.zdravosil.ru/detskaya-operativnaya-xirurgiya/page/202/>
- <http://medbe.ru/materials/anomalii-i-patologii/atreziya-pishchevoda-i-trakheopishchevodnye-anomalii-anatomiya-i-klassifikatsiya/>
- <http://lookmedbook.ru/disease/atreziya-pischevoda>
- <http://vunivere.ru/work7220>
- <http://www.gastroscan.ru/handbook/311/6882>
- <http://vunivere.ru/work7220>
- <http://extremed.ru/clinicchir/21-pishevar/2488-anomaliesgullet>
- [http://museppok.moy.su/news/detskaja\\_khirurgija\\_v\\_lekciyakh\\_uchebnik\\_kud\\_rjavcev\\_v/2013-03-30-32](http://museppok.moy.su/news/detskaja_khirurgija_v_lekciyakh_uchebnik_kud_rjavcev_v/2013-03-30-32)
- <http://www.myshared.ru/slide/882873/>