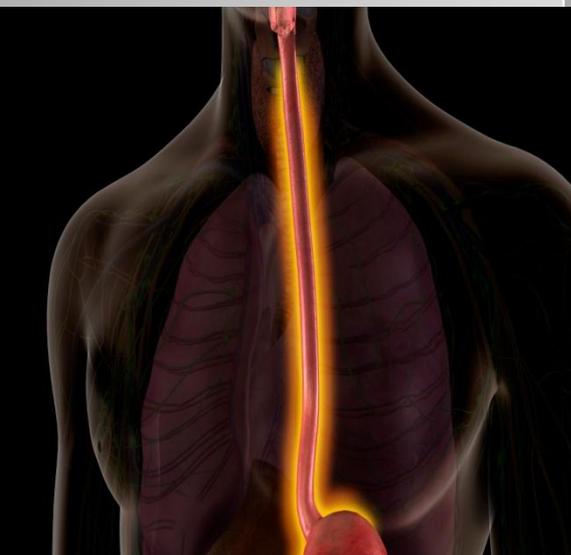




**Кафедра оперативной и клинической хирургии
с топографической анатомией имени С.А. Симбирцева**

Презентация к практическому занятию:

**«ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ
АНАТОМИЯ ПИЩЕВОДА.
ОПЕРАЦИИ НА ПИЩЕВОДЕ»**



**Подготовила: ассистент кафедры, к.
М.Н.**

Гайнуллина Регина Фоатовна

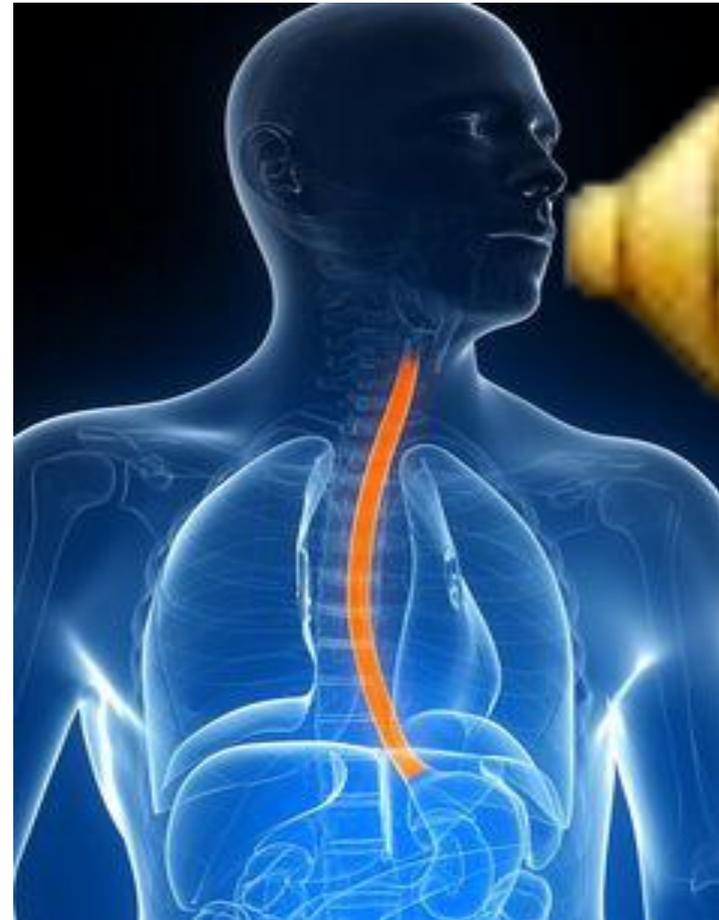
Пищевод «*esochagus*»



Пищевод – это мышечная трубка, выстланная слизистой оболочкой.



Поступление пищи в желудок



ОТДЕЛЫ ПИЩЕВОДА

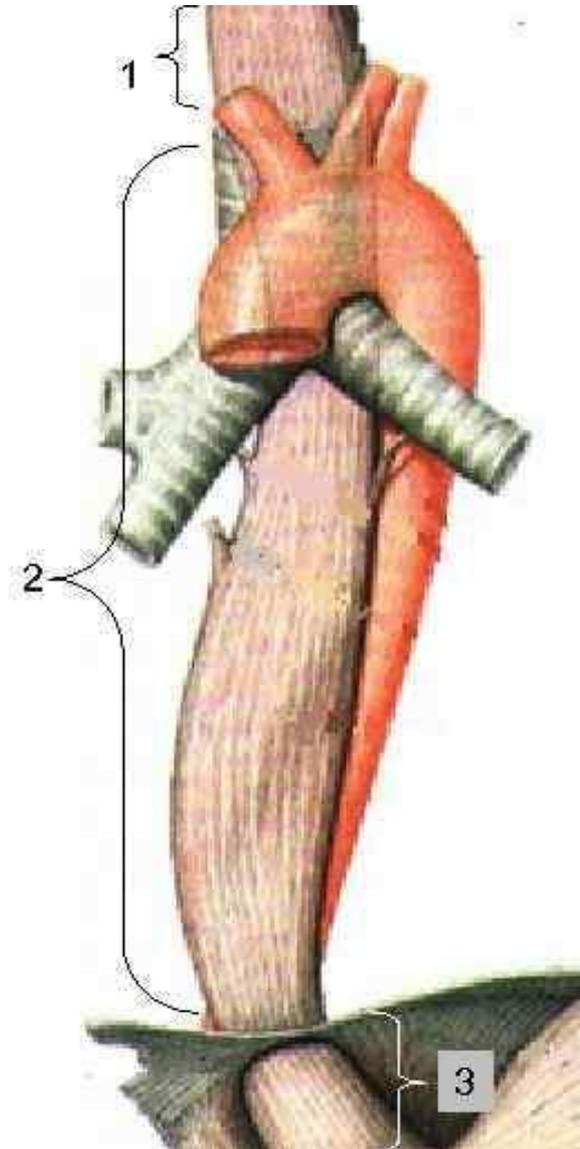
• Выделяют **3**
части

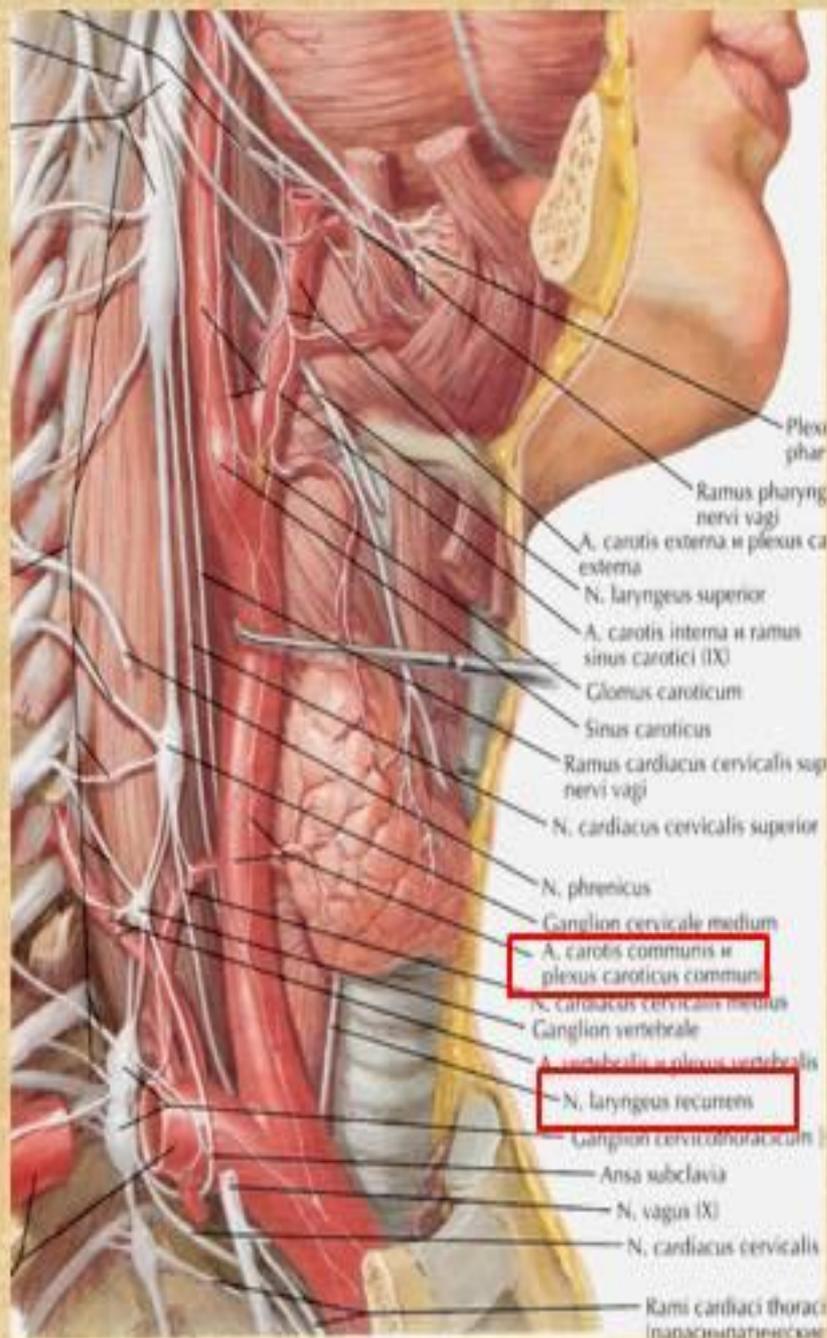
пищевода:

➤ **Шейная(1)**

➤ **Грудная(2)**

➤ **Брюшная(3)**





Топография шейной части пищевода:
от перстневидного хряща до вырезки
грудины

Синтопия:

Спереди – трахея, правый возвратный
гортанный нерв.

Сбоку - общая сонная артерия, нижние
полюса долей щитовидной железы.

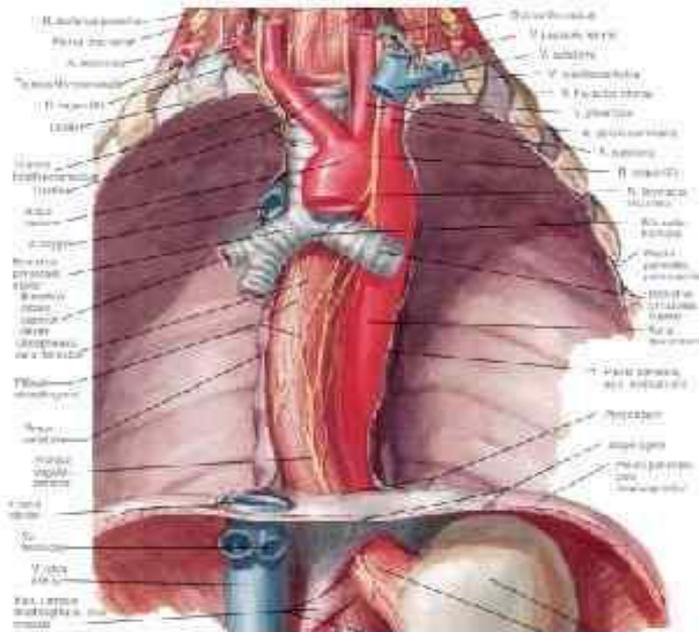
Сзади - предпозвоночная пластинка
шейной фасции.

**Позадипищеводное и околопищеводное
клетчаточные пространства**



ПИЩЕВОД

грудной отдел
простирается
от II до XI грудного
позвонка.



Спереди проецируется на грудную клетку от яремной вырезки рукоятки грудины до пищеводного отверстия диафрагмы.

Длина от 15 до 18 см

В грудном отделе выделяют 3 части:

- **верхнюю** (до дуги аорты);
- **среднюю** (соответствующую дуге аорты и бифуркации трахеи);
- **нижнюю** (от бифуркации трахеи до пищеводного отверстия диафрагмы).



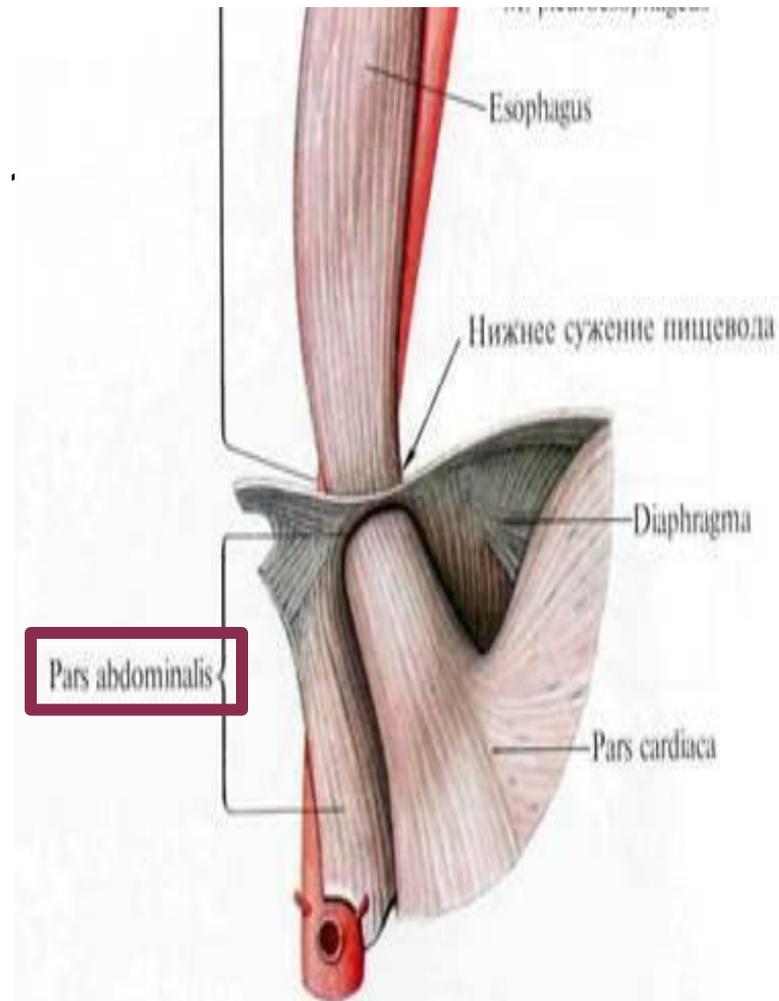
Брюшная часть (3-4 см)

Голотопия: брюшная полость.

Скелетотопия: Th10 - Th11

Синтопия: покрыт брюшиной интраперитонеально или мезаперитонеально.

Спереди и справа - левая доля печени.

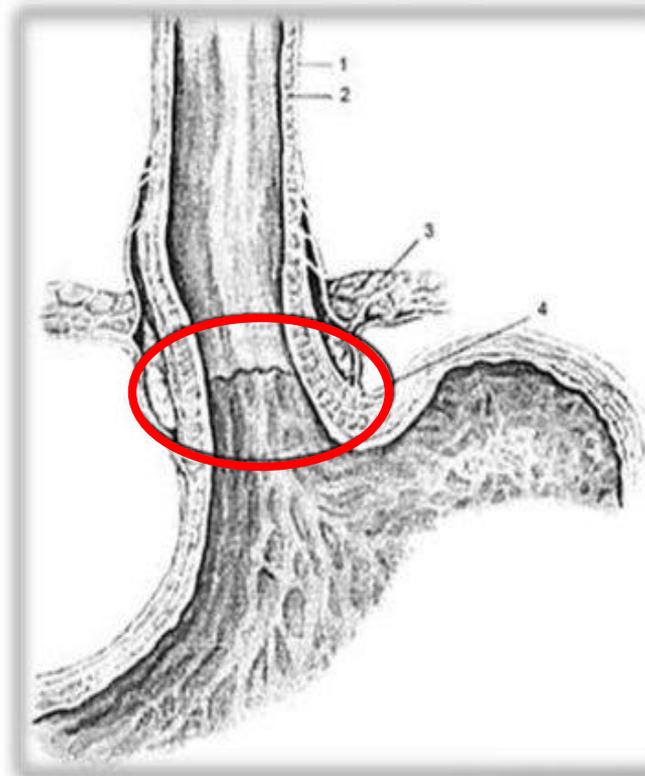
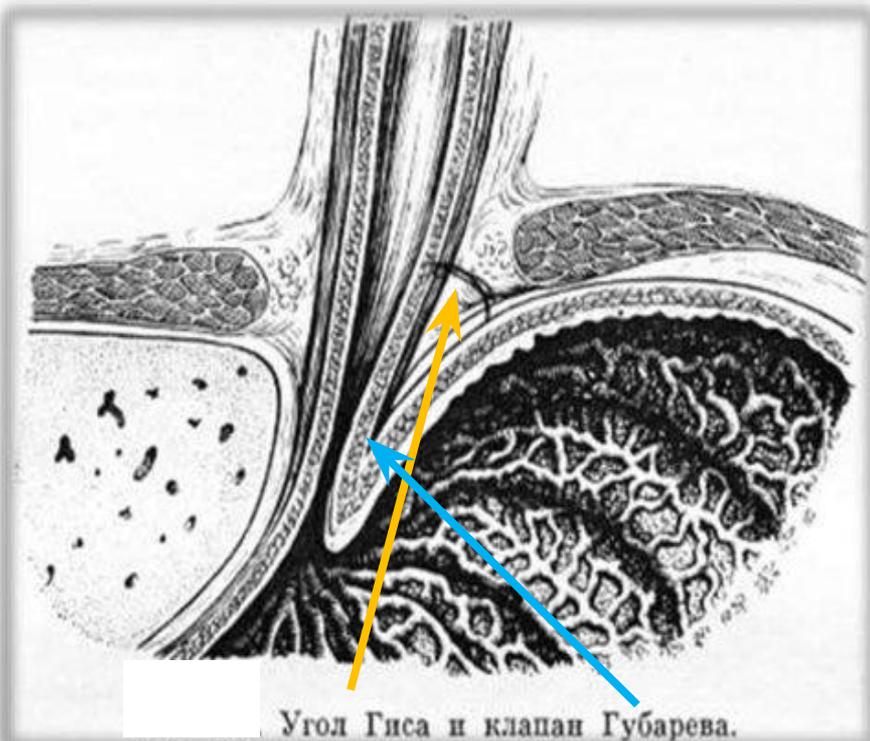


Брюшная часть:

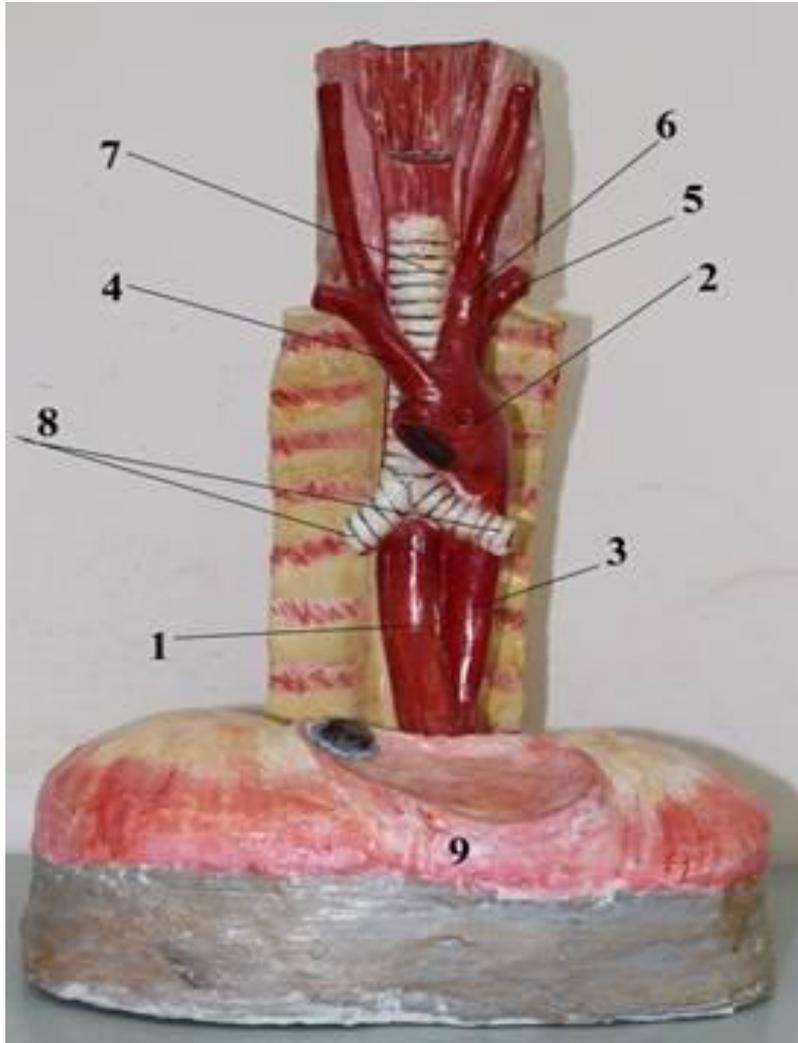
Зубчатая линия – линия перехода пищевода в желудок. Эпителий из многослойного плоского переходит в цилиндрический. Это анатомическая кардия.

Физиологическая кардия включает дистальную часть пищевода и кардиофундальную часть желудка. 3-5см.

Слева пищевод образует с дном желудка угол Гиса (кардиальная вырезка). Соответственно вершине угла в просвет пищевода вдается складка слизистой оболочки, образуя со стенками пищевода и желудка складку Губарева.



СИНТОПИЯ ПИЩЕВОДА



- 1. Пищевод
- 2. Дуга аорты
- 3. Нисходящая часть аорты
- 4. Плечеголовной ствол
- 5. Левая подключичная артерия
- 6. Левая общая сонная артерия
- 7. Трахея
- 8. Бронхи
- 9. Диафрагма

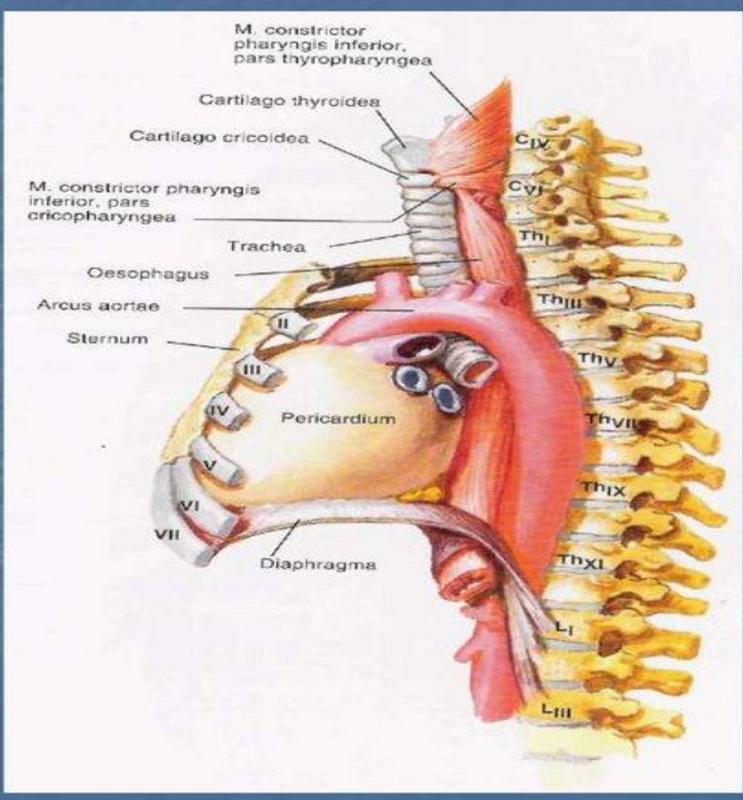
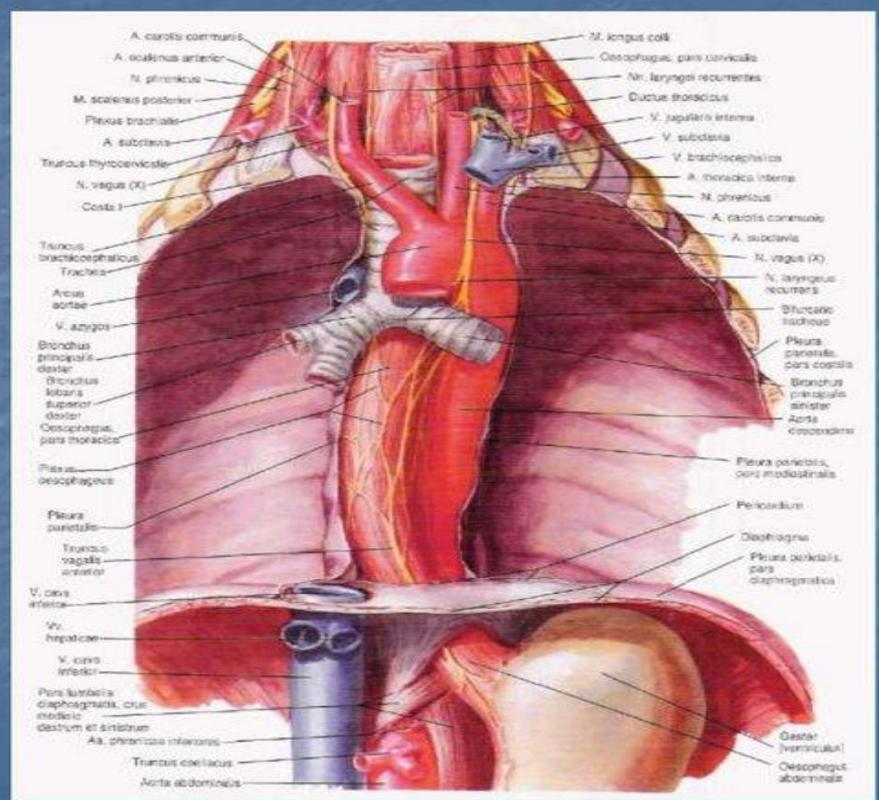


ИЗГИБЫ ПИЩЕВОДА

Фронтальные изгибы зависят от взаиморасположения пищевода с органами шеи и груди.

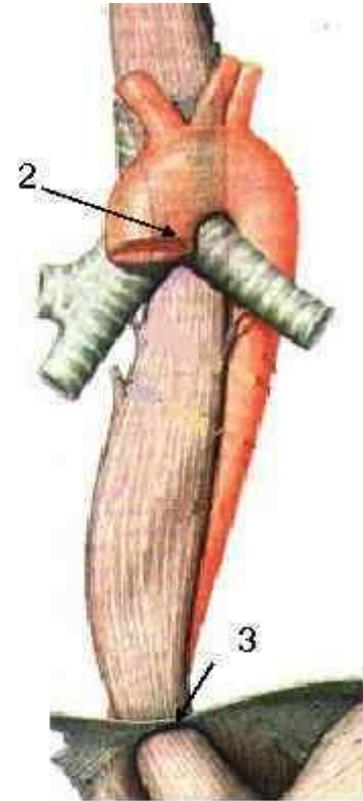


Сагитальные изгибы соответствуют изгибам позвоночника.



АНАТОМИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

- Пищевод имеет **3 анатомических сужения:**
- **Фарингеальное(1)** – у его начала.
- **Бронхиальное(2)** – на уровне раздвоения трахеи.
- **Диафрагмальное(3)** – в месте, где пищевод проходит через диафрагму.



ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА



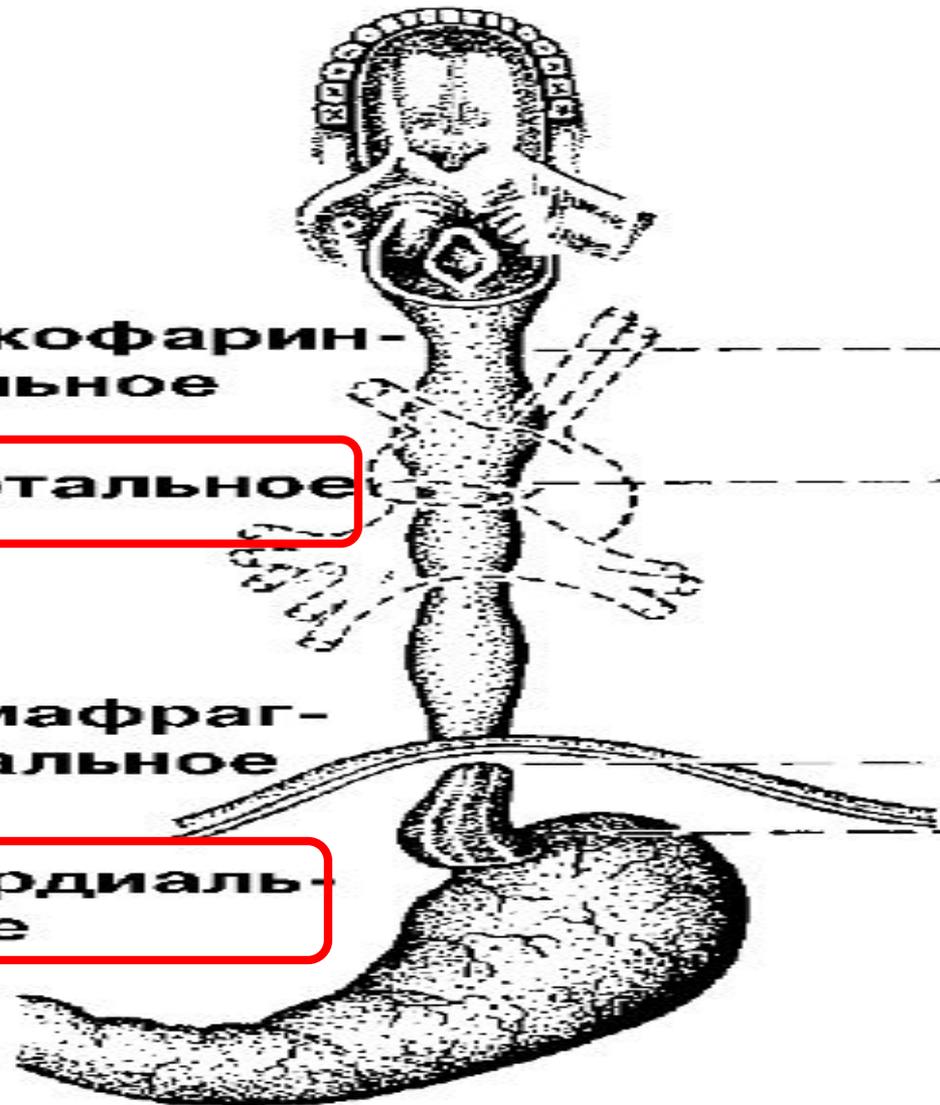
Физиологические сужения

Крикофарин-
геальное

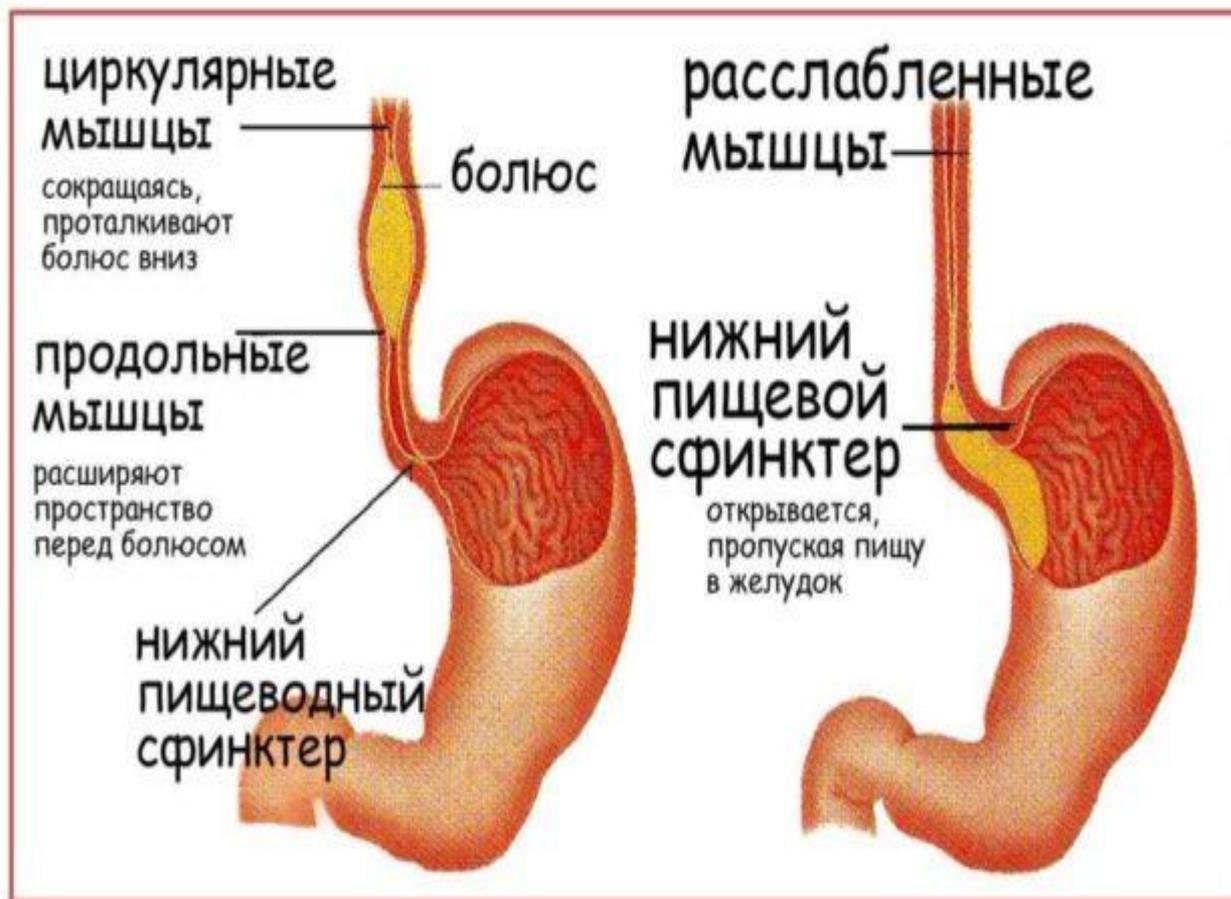
Аортальное

Диафраг-
мальное

Кардиаль-
ное

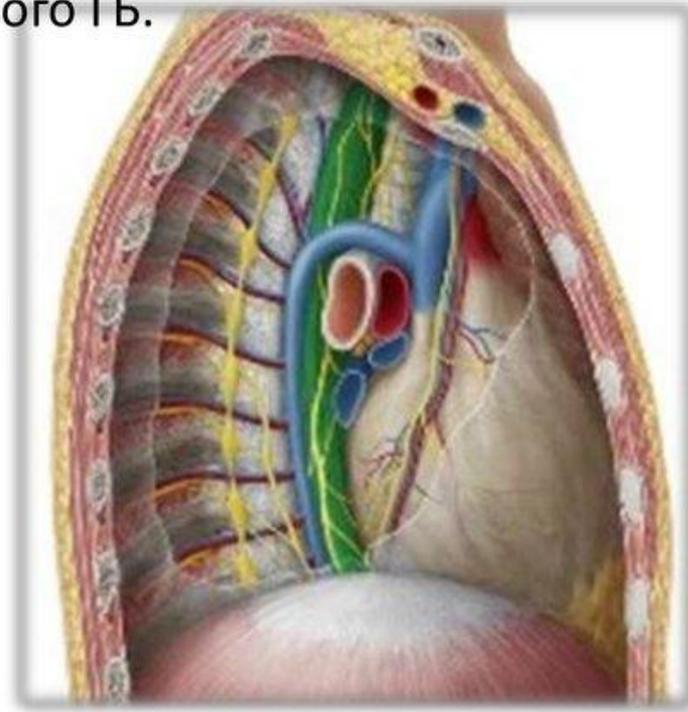
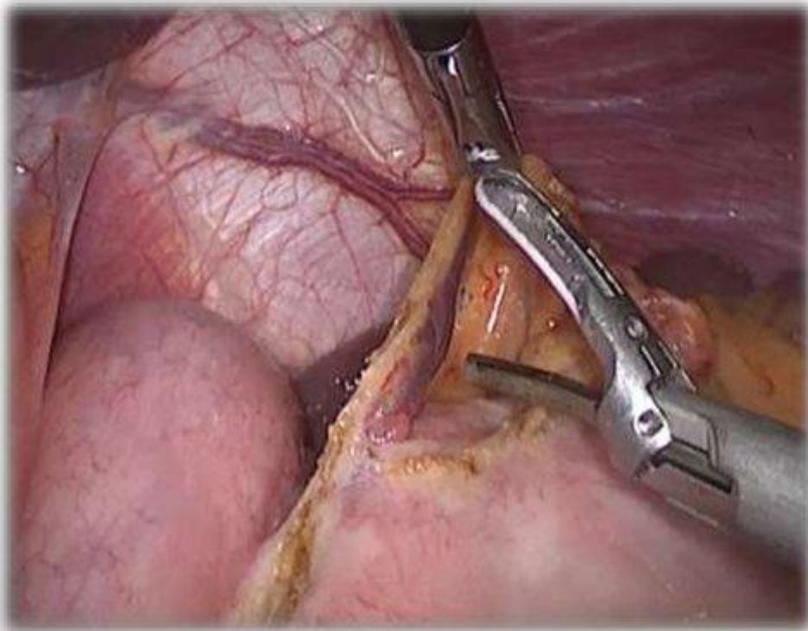


МЫШЦЫ ПИЩЕВОДА



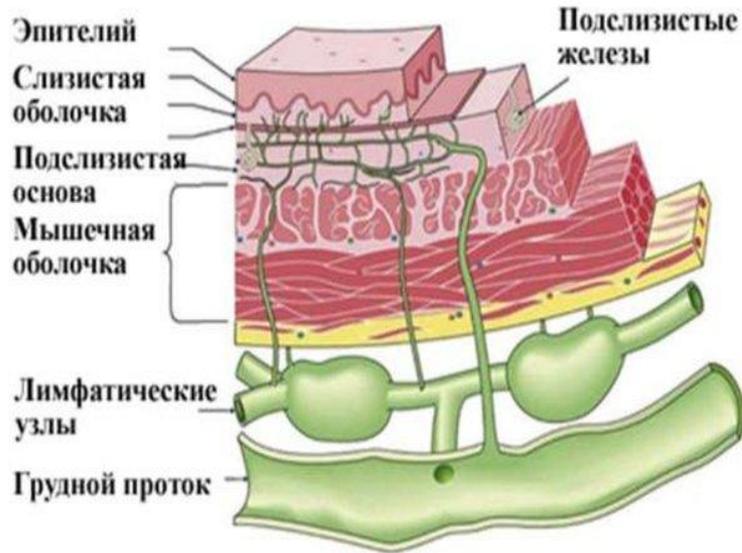
СВЯЗКИ ПИЩЕВОДА

- **Связка Морозова – Савина** (пищеводно-диафрагмальная мембрана) фиксирует пищевод к диафрагме и аорте, соединяет задненижние углы плевральных синусов.
- **Пищеводно – аортальная связка** – между заднелевой стенкой пищевода и вогнутой частью дуги аорты.
- **Пищеводно – бронхиальная связка** – между переднелевой стенкой пищевода и основанием левого ГБ.

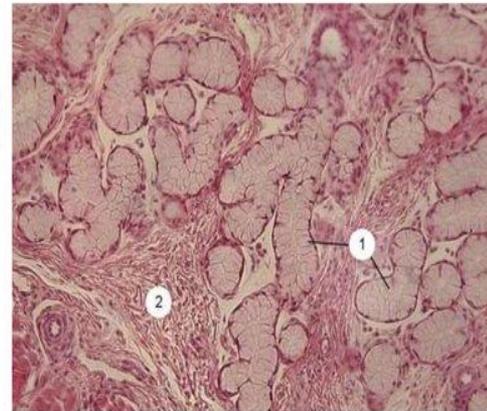
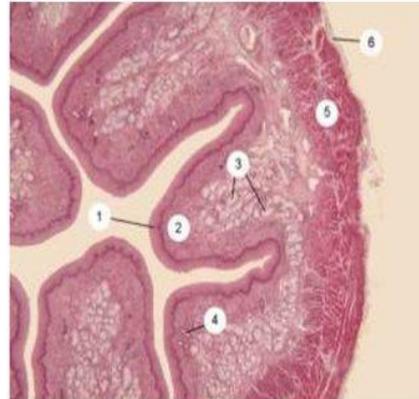


ВНУТРЕННЕЕ СТРОЕНИЕ ПИЩЕВОДА

Пищевод



Поперечный разрез пищевода



Собственные железы пищевода.
сложные разветвлённые слизистые железы (1)
расположены в соединительной ткани
подслизистой оболочки (2)

Слизистая пищевода



ПИЩЕВОД: КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ:

- **Верхняя треть** – пищеводные ветви из нижней щитовидной артерии
- **Средняя треть** – пищеводные ветви от аорты
- **Нижняя треть** – нижняя диафрагмальная и левая желудочная артерии

ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК:

- **Верхняя треть** – плечеголовная вена
- **Средняя треть** – непарная и полунепарная вены
- **Нижняя треть** – притоки воротной вены

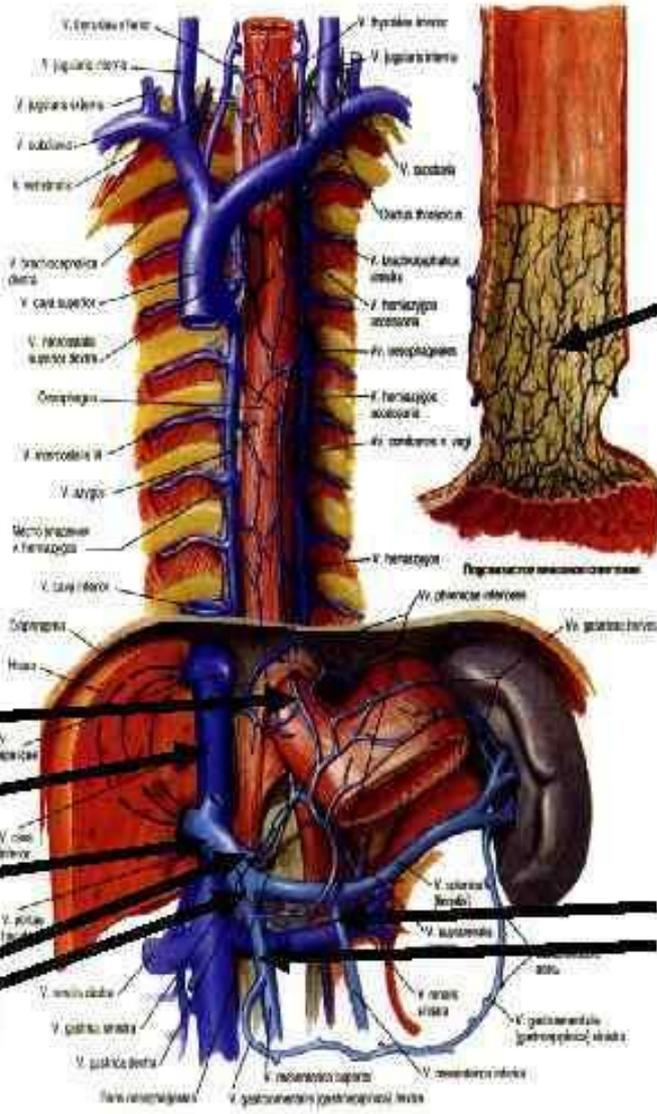


Кровоснабжение пищевода

Отделы пищевода	Источники кровоснабжения
Шейный	Правая нижняя щитовидная а. (100%) Левая нижняя щитовидная а. (100%) Левая верхняя щитовидная а. (6%) Правый щито-шейный ствол (2 %) Правая подключичная а. (7%) Левая подключичная а. (3%)
Верхнегрудной отдел	Правая верхняя щитовидная а. (58%) Левая верхняя щитовидная а. (64%) Ветви реберно-шейных стволов Ветви подключичных а. Правый щито-шейный ствол Правая позвоночная а. Правая внутренняя грудная а.
Среднегрудной отдел	Бронхиальные а. (100%) Пищеводные ветви грудной аорты Правые межреберные а. (первая и вторая)
Нижнегрудной отдел	Пищеводные ветви грудной аорты Собственная пищеводная а, отходящая от аорты (Th7 - Th9) Ветви правых межреберных а.
Брюшной отдел	Пищеводно-кардиальные ветви левой желудочной а. Пищеводная а. (из грудной аорты) Левая нижняя диафрагмальная артерия

Вены пищевода

Вены пищевода, желудка



Вены подслизистого сплетения пищевода

Вены пищевода

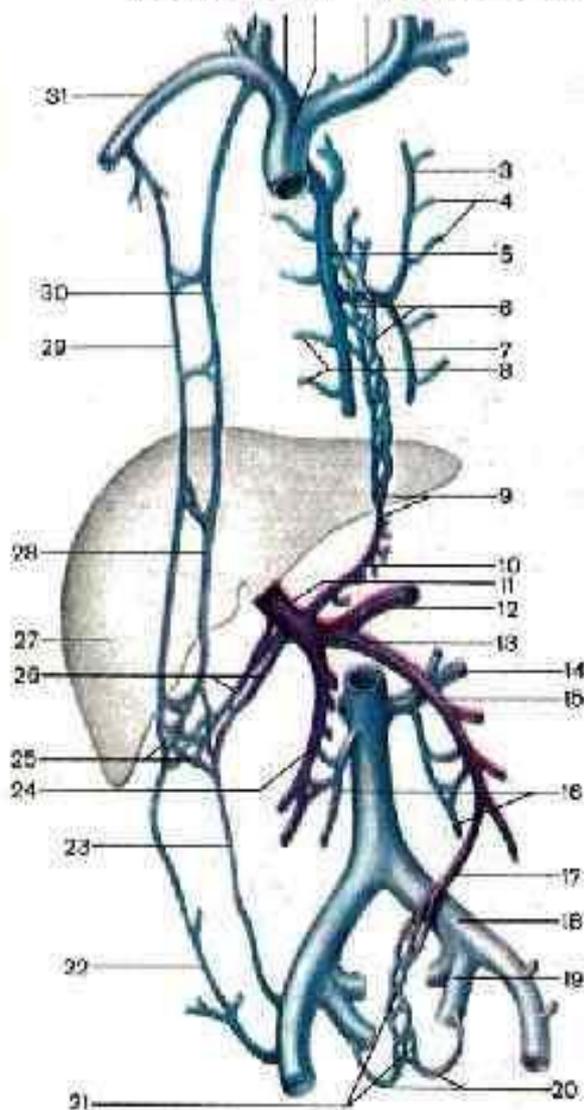
В. Нижняя полая

Портальная вена

Желудочные вены

Брыжеечные верхняя и нижняя

Понятие о порто-кавальных и каво-кавальных анастомозах



Под этими анастомозами понимается последовательная цепочка вен, расположенных в пределах внутренних органов и стенок туловища, обеспечивающих связь между тремя крупнейшими венами организма: верхней и нижней полыми и воротной венами



Иннервация пищевода

- Осуществляется ветвями nn. Vagi, образующими на его поверхности **переднее и заднее сплетения**. -> интрамуральные нервные сплетения: мышечно-кишечное (ауэрбахово) и подслизистое (мейснерово)
- **Шейная часть** – возвратные нервы
- **Грудная часть** – ветвь блуждающих нервов и волокна симпатического нерва
- **Брюшная** – ветви чревного нерва

Парасимпатический отдел – регуляция моторной функции пищевода и нижнего пищеводного сфинктера

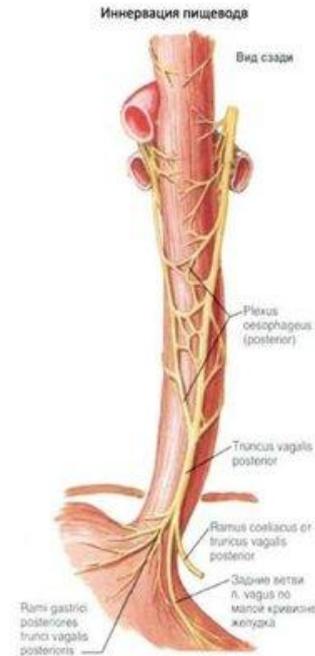


Схема иннервации пищевода

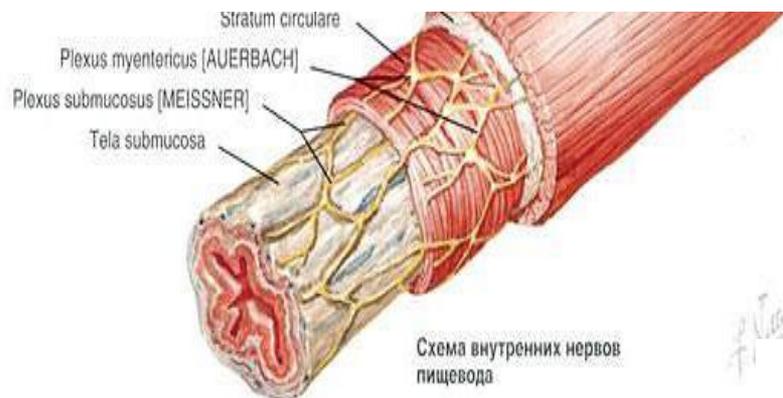
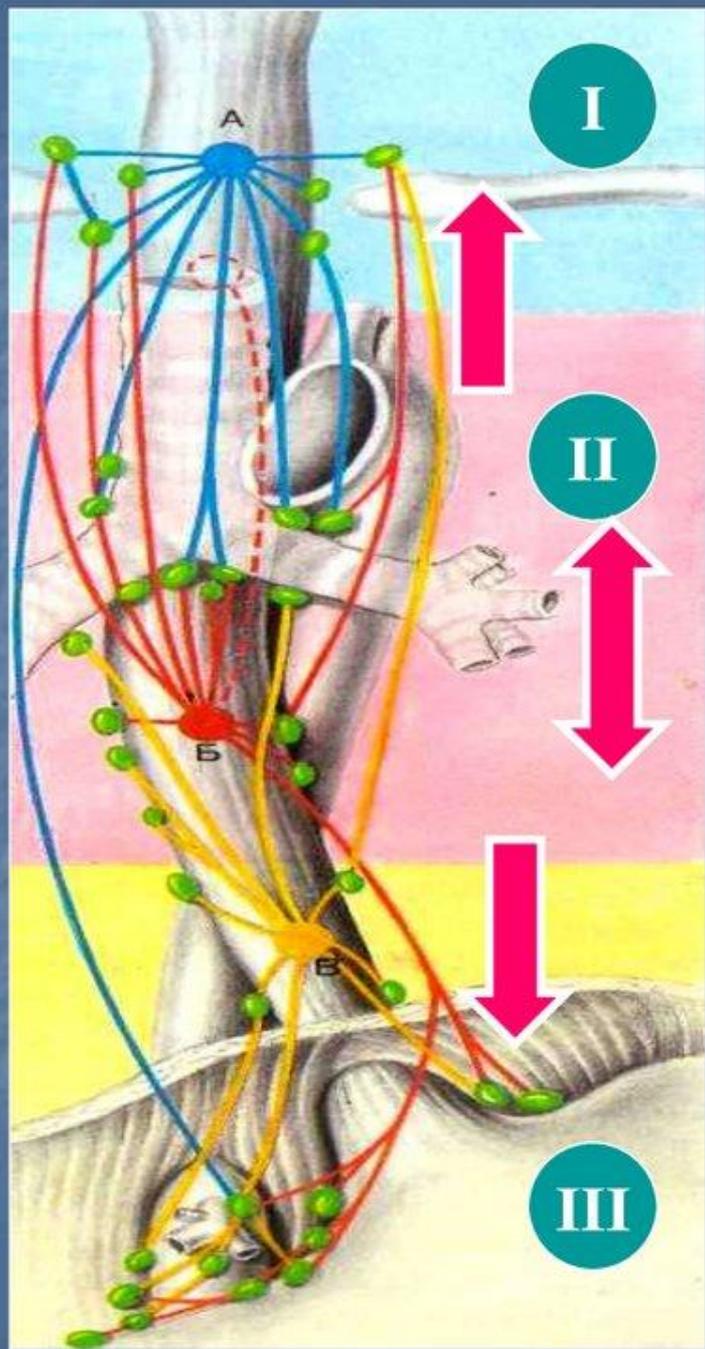


Схема внутренних нервов пищевода



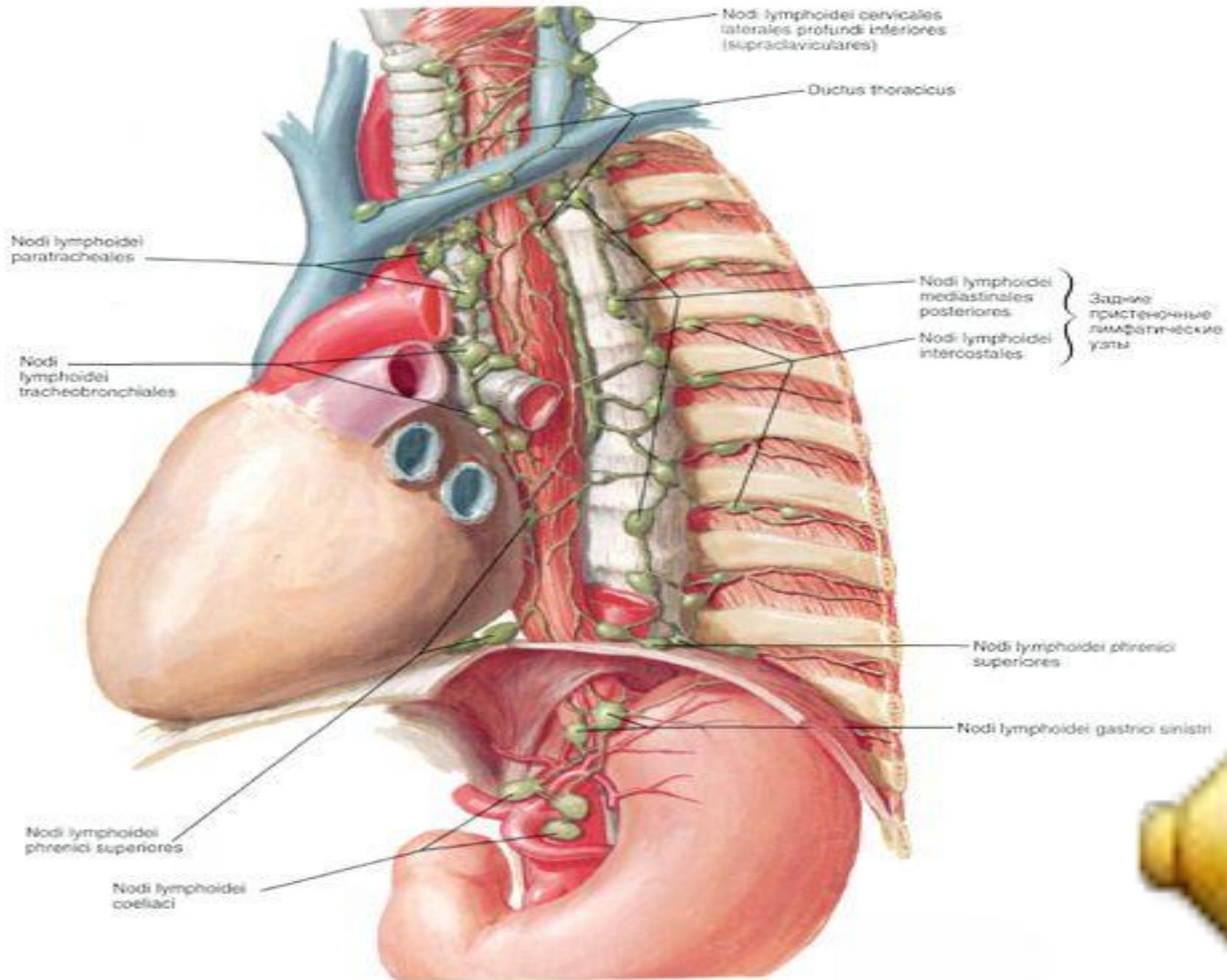


Пути оттока лимфы от различных отделов пищевода

- I - от верхней трети;
- II - от средней трети ;
- III - от нижней трети;
- А, Б, В, - пути оттока лимфы от различных отделов пищевода.
- Регионарными лимфатическими узлами пищевода являются: - для шейного отдела пищевода - шейные и надключичные;
- для грудного отдела пищевода - верхние и нижние околопищеводные, бифуркационные, медиастинальные, перигастральные (в т.ч.чревные).



Лимфатические узлы и сосуды пищевода

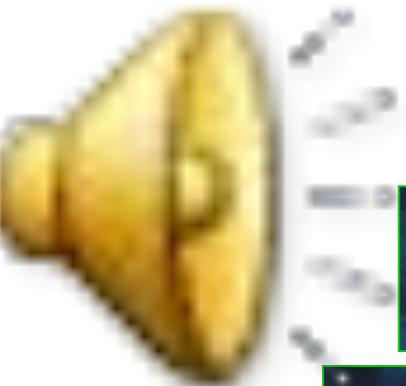


of 11 302

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА



МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОДА



ФИБРОЭЗОФАГОСКОПИЯ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ

ЭЗОФАГОМАНОМЕТРИЯ

ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ PH-МЕТРИЯ

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

КОМПЬЮТЕРНАЯ И МР - ТОМОГРАФИИ

*ОЖОГИ
И
РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ
ПИЩЕВОДА*



ТЯЖЕСТЬ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА И ЕГО ТОКСИЧЕСКОЕ

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ ЗАВИСЯТ:

- от концентрации принятого вещества,
- количества,
- химической природы,
- времени воздействия на слизистую,
- сроков оказания первой помощи,



Химические ожоги пищевода

Кислоты



Коагуляционный
некроз

Щёлочи



Колликвационный
некроз





← Ожог щёлочью

Ожог кислотой →



СТЕПЕНИ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА:

- 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.



ПЕРИОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ:

- 1) острый период, который длится до 2 недель и характеризуется выраженными воспалительными и дегенеративно-дистрофическими изменениями в стенке пищевода;**
- 2) период мнимого благополучия продолжительностью 2 – 3 недели – происходит отторжение некротических масс и образование грануляционной ткани, что приводит к уменьшению или полному исчезновению дисфагии;**
- 3) период формирования рубцовой стриктуры (начиная с 4 – 5 недели), когда происходит замещение грануляций плотной фиброзной соединительной тканью, вновь возникает дисфагия.**
- 4) период поздних осложнений (облитерация просвета, развитие рака и др.).**



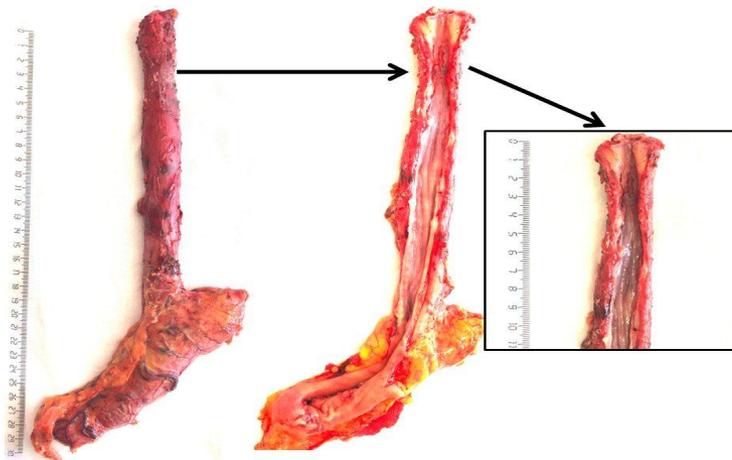
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ОСТРЫЙ ПЕРИОД (СРАЗУ ПОСЛЕ ПРОГЛАТЫВАНИЯ
ХИМИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА)

ПЕРИОД МНИМОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЫ

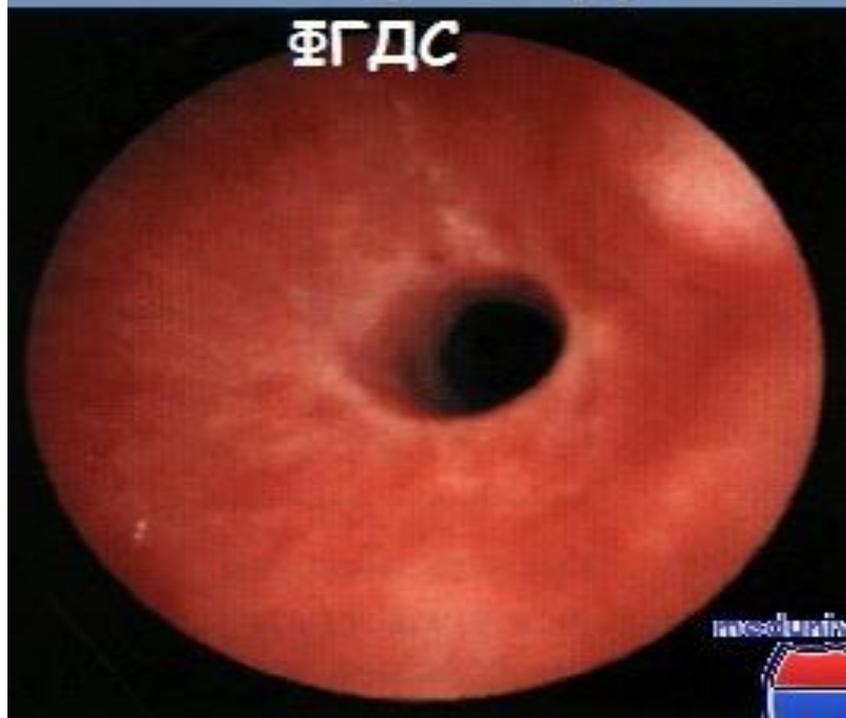
ПЕРИОД ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ



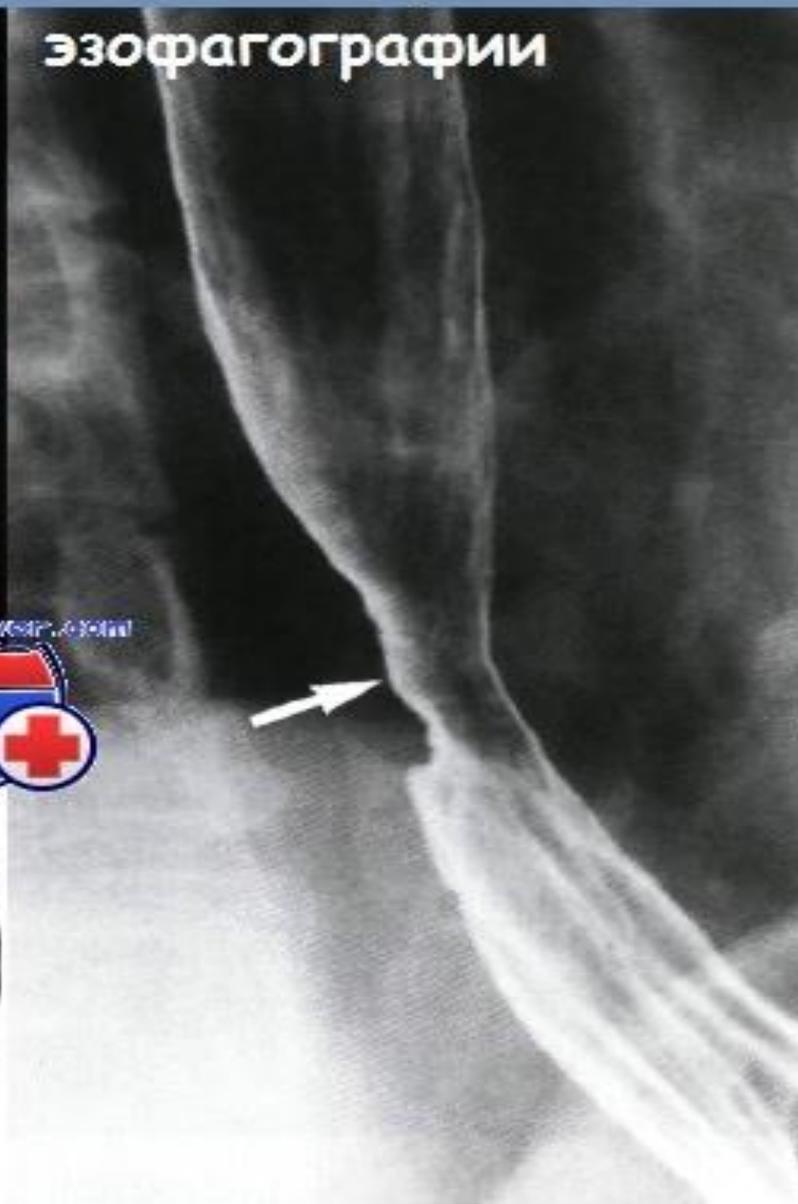
**ОЖОГ ПИЩЕВОДА
(ожоговая стриктура)-
макропрепарат**

Стриктура пищевода при:

ФГДС



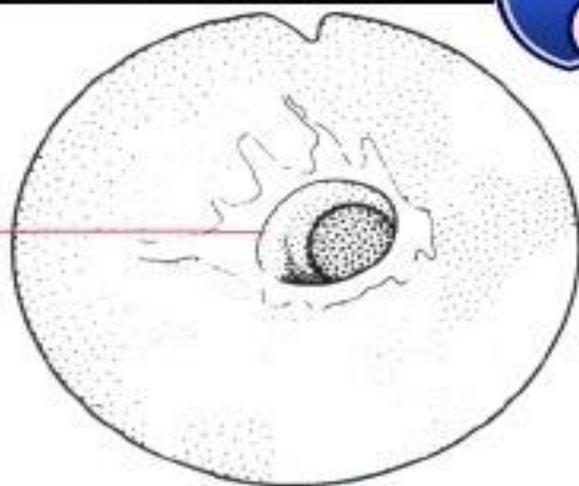
эзофагографии



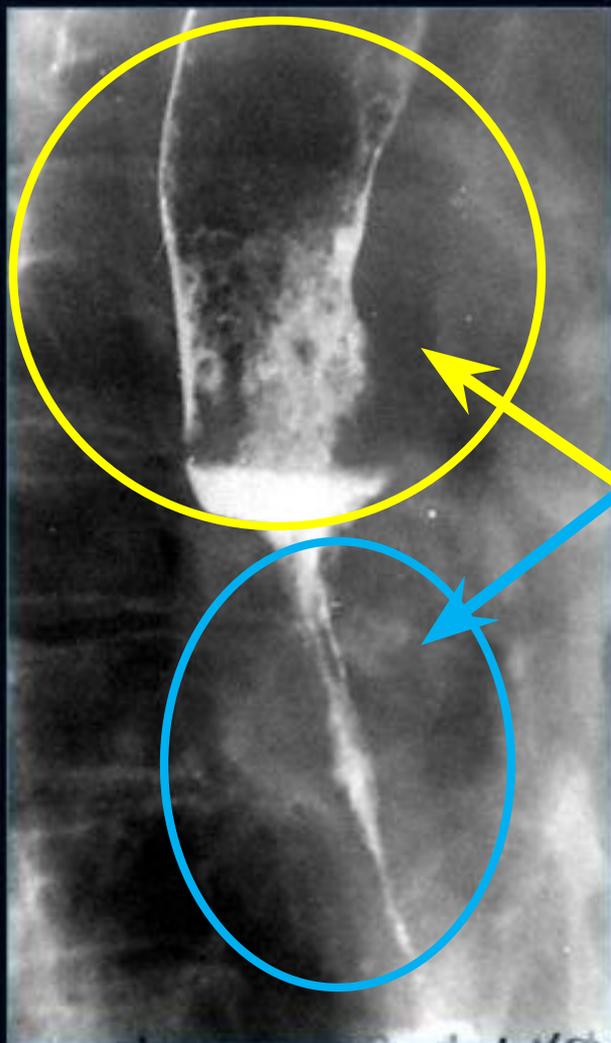
www.medicina.ru



Стриктура
пищевода



После химического ожога



- Рубцовая стриктура пищевода после химического ожога
- Протяженное сужение нижних отделов пищевода, супрастенотическое расширение

**ПРОТЯЖЕННАЯ
РУБЦОВАЯ СТРИКТУРА
СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ
ТРЕТИ ПИЩЕВОДА
(БОКОВАЯ ПРОЕКЦИЯ).**



Комплексное лечение химического ожога пищевода



- ▶ Для обезболивания используют промедол, морфин, анальгин.
- ▶ Для снятия спазма пищевода назначают атропин 0,5-0,6 мл.
- ▶ В качестве успокоительного для снятия возбуждения – реланиум.
- ▶ Для снятия шокового состояния – преднизолон, раствор бикарбоната натрия, реополиглюкин, солевые растворы внутривенно.
- ▶ Для профилактики образования рубцов на стенках пищевода вводят препараты коры надпочечников.
- ▶ Для предупреждения инфекционных осложнений применяют антибиотики широкого спектра действия – цефамезин, ампиокс
- ▶ При необходимости назначают препараты, нормализующие деятельность сердца и почек



ЛЕЧЕНИЕ

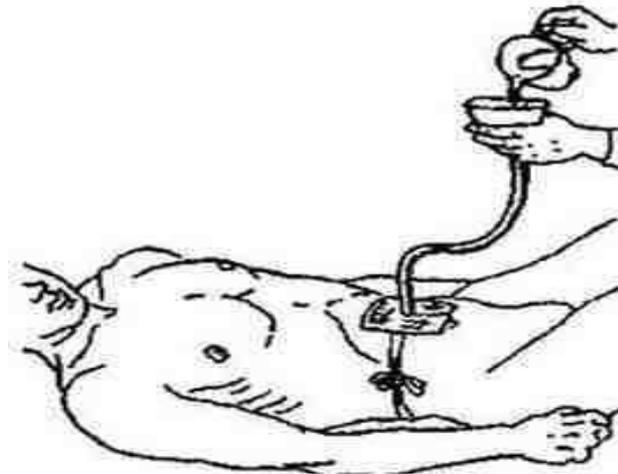
Гастростома

Гастростома – это искусственно созданное отверстие в передней брюшной стенке и желудке .

Показания к стомированию

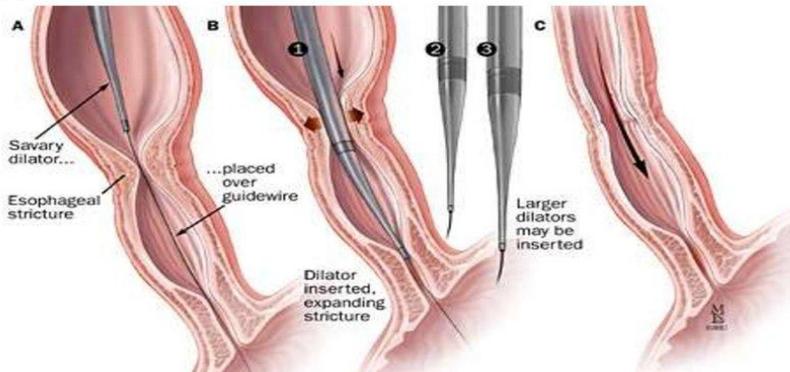
- непроходимость пищевода (опухоль, ожог, травма)

Гастростома накладывается для введения в желудок пищи, минуя пищевод.



Бужирование

- Раннее бужирование (с 9-11-х суток после ожога) носит профилактический характер.
- Позднее бужирование проводят в целях расширения уже развившегося сужения пищевода, начинают его с 7-й недели.



ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА ДОЛЖНО БЫТЬ КОМПЛЕКСНЫМ И ПРОВОДИТЬСЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ!



ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ:

- ✓ полная облитерация просвета пищевода;
- ✓ невозможность провести буж из-за плотных рубцов;
- ✓ быстро возникающие после повторных курсов бужирования рецидивы стриктуры (через 3 - 6 месяцев);
- ✓ сочетания ожоговой стриктуры пищевода, глотки и желудка;
- ✓ ожоговые стриктуры, осложнённые пищеводными свищами;



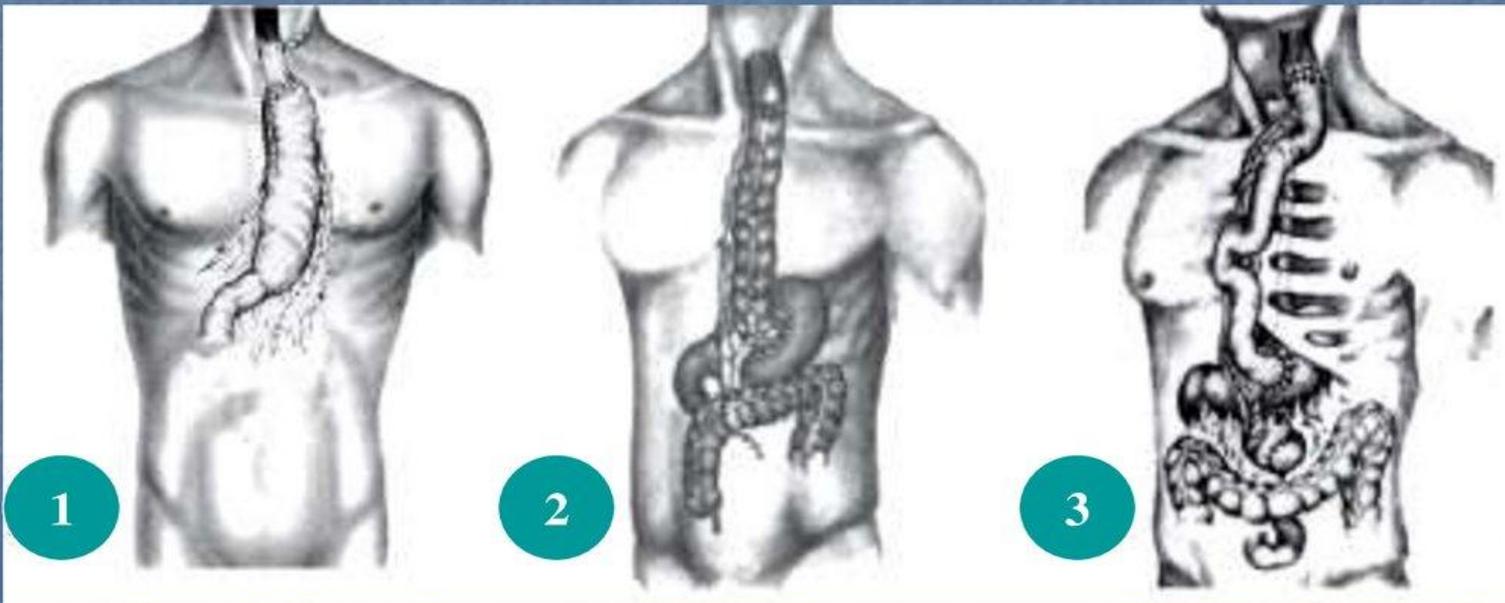


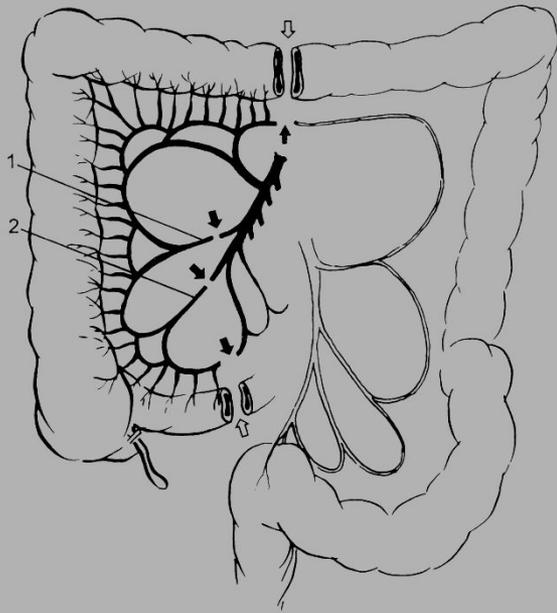
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ



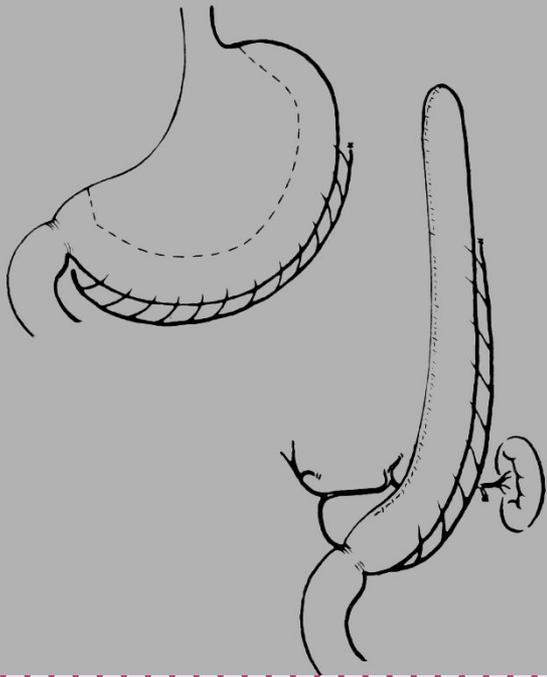
Варианты замещения пищевода

- 1- желудочным трансплантатом; 2 – толстой кишкой; 3 – тонкой кишкой.

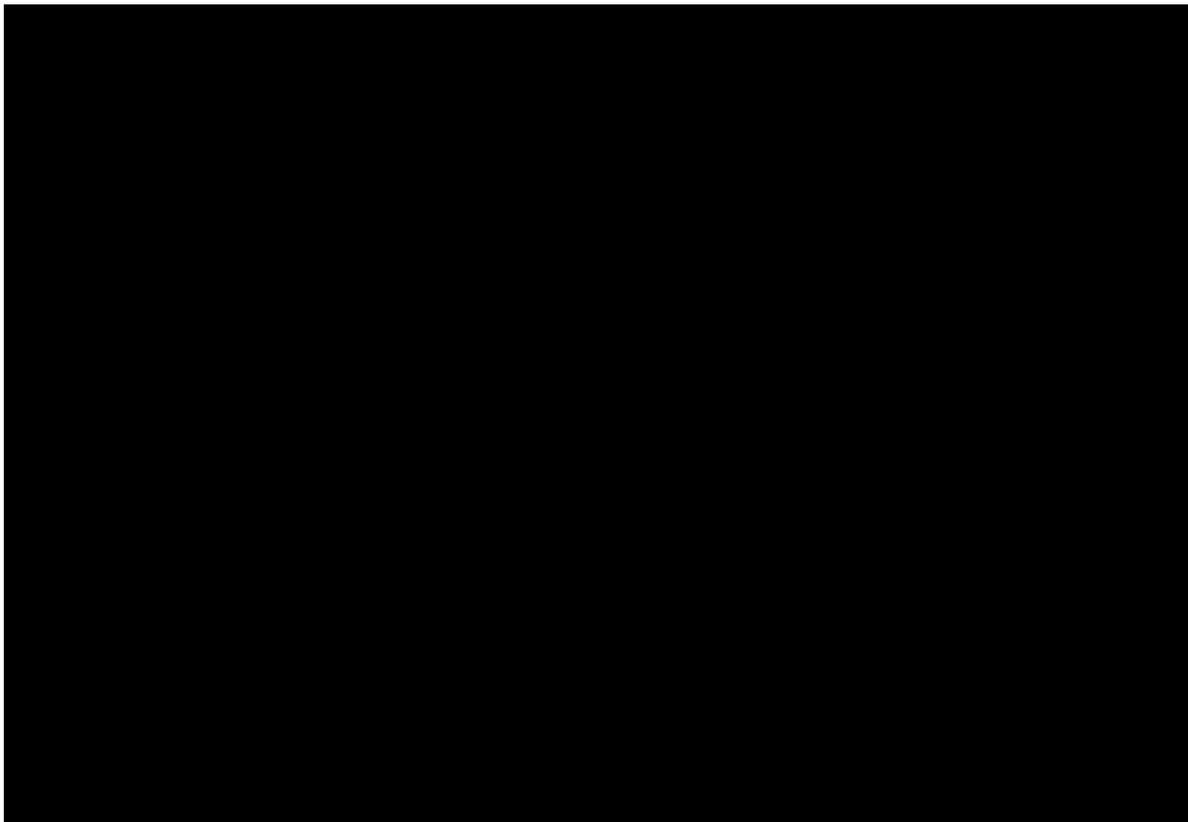




Стрелками указаны места пересечения
кишки и сосудов



Хирургия ожоговых стриктур пищевода.
Пластика пищевода толстой кишкой.



 Кликкай сюда

НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА



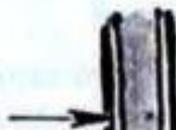
ОСНОВНЫЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

- ① **КАРДИОСПАЗМ**
- ① **АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА**
- ① **ДИФФУЗНЫЙ ЭЗОФАГОСПАЗМ**



Ахалазия кардии

● Нарушение перистальтики



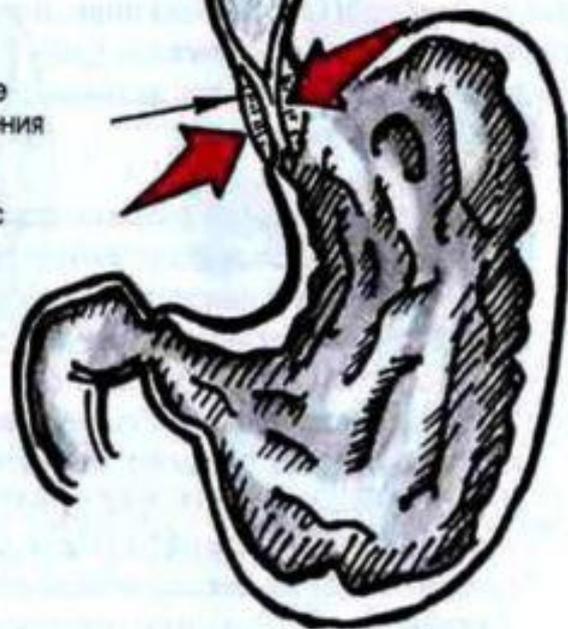
● Постстенотическое расширение пищевода



● Нарушение расслабления НПС



● Гипертонус НПС



A



B



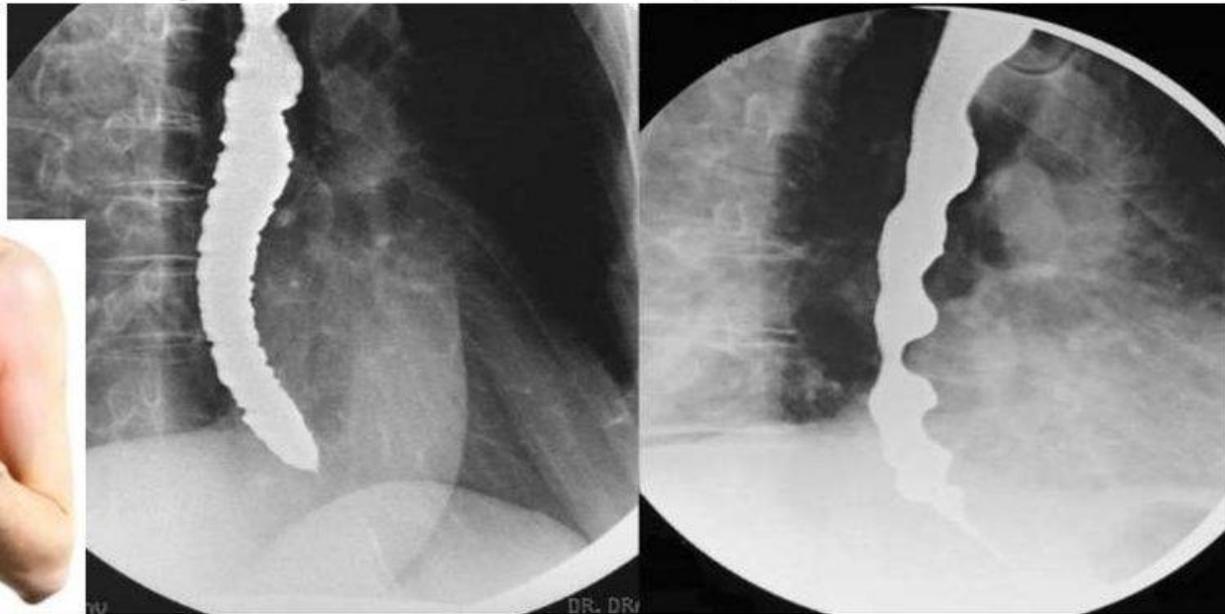
Чем кардиоспазм отличается от ахалазии кардии?

Кардиоспазм, в отличие от ахалазии – это стойкий спазм дистального отдела пищевода (ахалазия кардии – это стойкое нарушение рефлекторного (на глоток) раскрытия именно кардиального сфинктера)

Проще говоря – кардиоспазм это нарушение моторики дистального отдела пищевода, ахалазия кардии – это нарушение рефлекса раскрытия кардии

Диффузный спазм пищевода

- Потеря тормозного контроля за гладкой мускулатурой пищевода при нормальном функционировании НПС. Беспорядочные интенсивные сокращения всех отделов пищевода.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

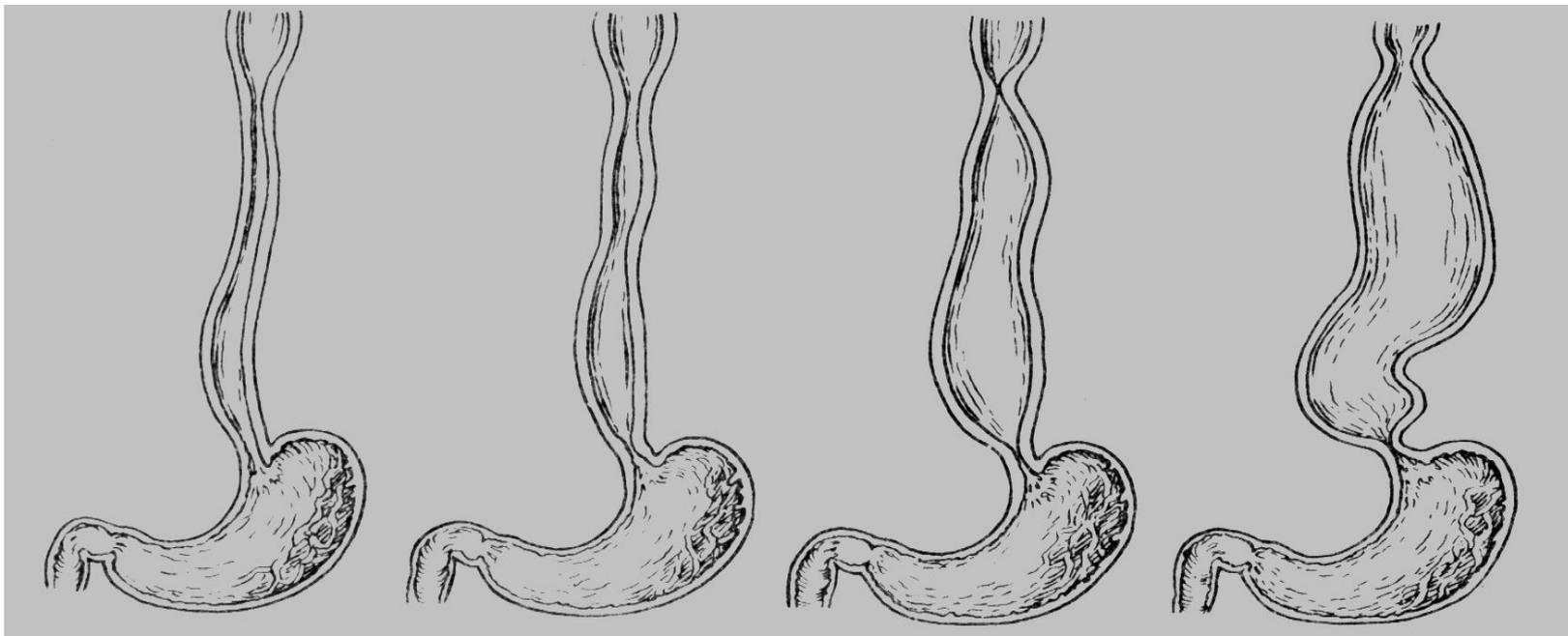
СУЩЕСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕОРИИ



- теория врождённого спазма,
- теория патологических изменений в окружающих органах,
- инфекционная теория,
- рефлекторная теория,
- теория нарушения обмена оксида азота,
- психогенная теория и др.



СТАДИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ (ПИЩЕВОДА) ПО Б.В. ПЕТРОВСКОМУ



I СТАДИЯ

II СТАДИЯ

III СТАДИЯ

IV СТАДИЯ



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

КЛИНИКА

- **ДИСФАГИЯ**
- **РЕГУРГИТАЦИЯ**
- **БОЛИ В ГРУДИ**



ДИАГНОСТИКА

- **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ**
- **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
- **МАНОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**АХАЛАЗИЯ КАРДИИ
(ПИЩЕВОДА) III СТАДИИ
(ПРЯМАЯ ПРОЕКЦИЯ)**



**ДИФФУЗНЫЙ СПАЗМ
ПИЩЕВОДА
(БОКОВАЯ ПРОЕКЦИЯ).**



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА (КАРДИИ) И КАРДИОСПАЗМА (ПО А.Ф. ЧЕРНОУСОВУ)

КАРДИОСПАЗМ	АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА (КАРДИИ)
КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА	
ОБЫЧНО ДИСФАГИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НЕОЖИДАННО	В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ДИСФАГИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСТЕПЕННО
ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАСТО	ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
ИНТЕНСИВНАЯ СПАСТИЧЕСКАЯ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ	РАСПИРАЮЩАЯ БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, ВОЗНИКАЮЩАЯ РЕДКО
РЕГУРГИТАЦИЯ ВО ВРЕМЯ ИЛИ ПОСЛЕ ЕДЫ	РЕГУРГИТАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ИЛИ ПРИ НАКЛОНЕ ТУЛОВИЩА ВПЕРЕД, ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОСЛЕ ЕДЫ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА	
ПИЩЕВОДНАЯ МОТОРИКА УСИЛЕНА, ВЫРАЖЕНЫ СЕГМЕНТАРНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ ПИЩЕВОДА	МОТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ПИЩЕВОДА СНИЖЕНА, СЕГМЕНТАРНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ ОТСУТСТВУЮТ
ТЕРМИНАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПИЩЕВОДА ИМЕЕТ КОНУСОВИДНУЮ ФОРМУ	ТЕРМИНАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПИЩЕВОДА ЗАКРУГЛЕНА, СУЖЕНИЕ ЧАСТО РАСПОЛОЖЕНО ЭКСЦЕНТРИЧНО
ПИЩЕВОД ОПОРОЖНЯЕТСЯ ПУТЁМ ПРОДАВЛИВАНИЯ КОНТРАСТА ЧЕРЕЗ УЗКИЙ СЕГМЕНТ – СИМПТОМ «ШПРИЦА»	НАЧАЛО ОПОРОЖНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЫСОТОЙ СТОЛБА БАРИЕВОЙ ВЗВЕСИ И НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ГИДРОСТАТИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ПО ТИПУ «ПРОВАЛА»
РАССЛАБЛЕНИЕ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ ХОЛИНОЛИТИКОВ	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ТЕСТ НА ХОЛИНОЛИТИКИ

Основные методы лечения ахалазии пищевода и кардиоспазма

Лекарственная терапия

- Атропин
- Местные анестетики
- Нитраты
- Ганглиоблокаторы
- Седативные средства
- Витамины группы В

Внутрисфинктерное введение ботокса

Балонная кардиодилатация

Хирургические методы

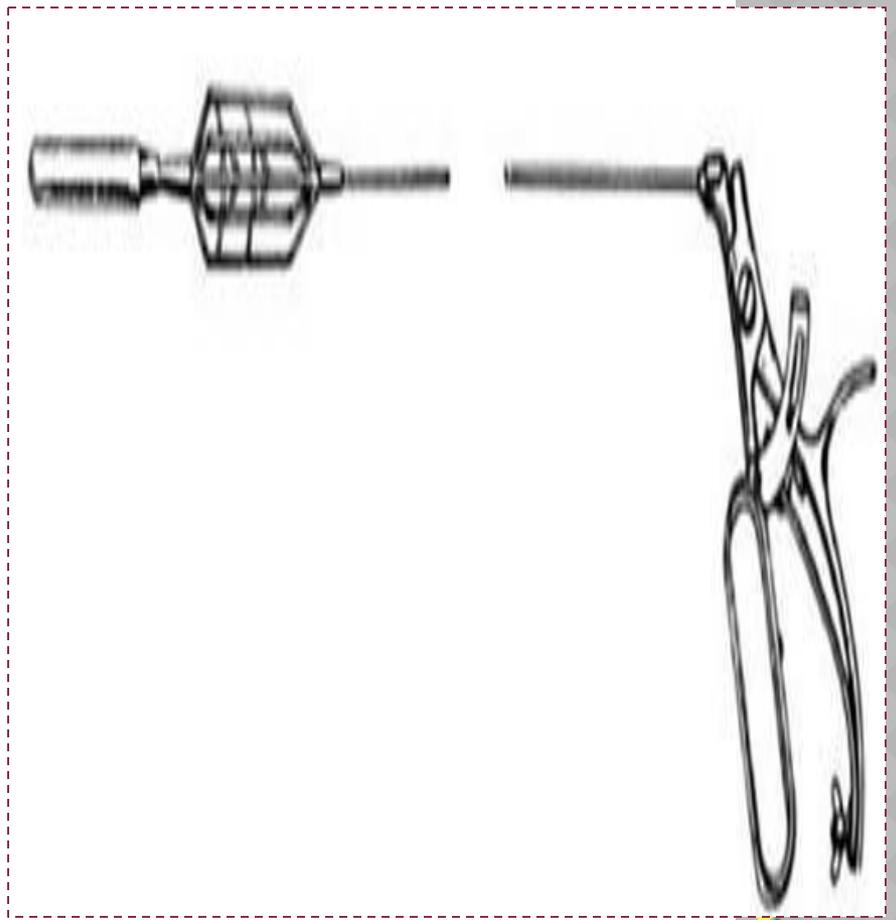
(Более 60 видов вмешательств)

- Модификации операции Геллера
- Резекционные методы
- Эзофагофундостомии
- Пластика пищевода





**ПНЕВМАТИЧЕСКИЙ
КАРДИОДИЛАТАТОР**



**МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ
КАРДИОДИЛАТАТОР**



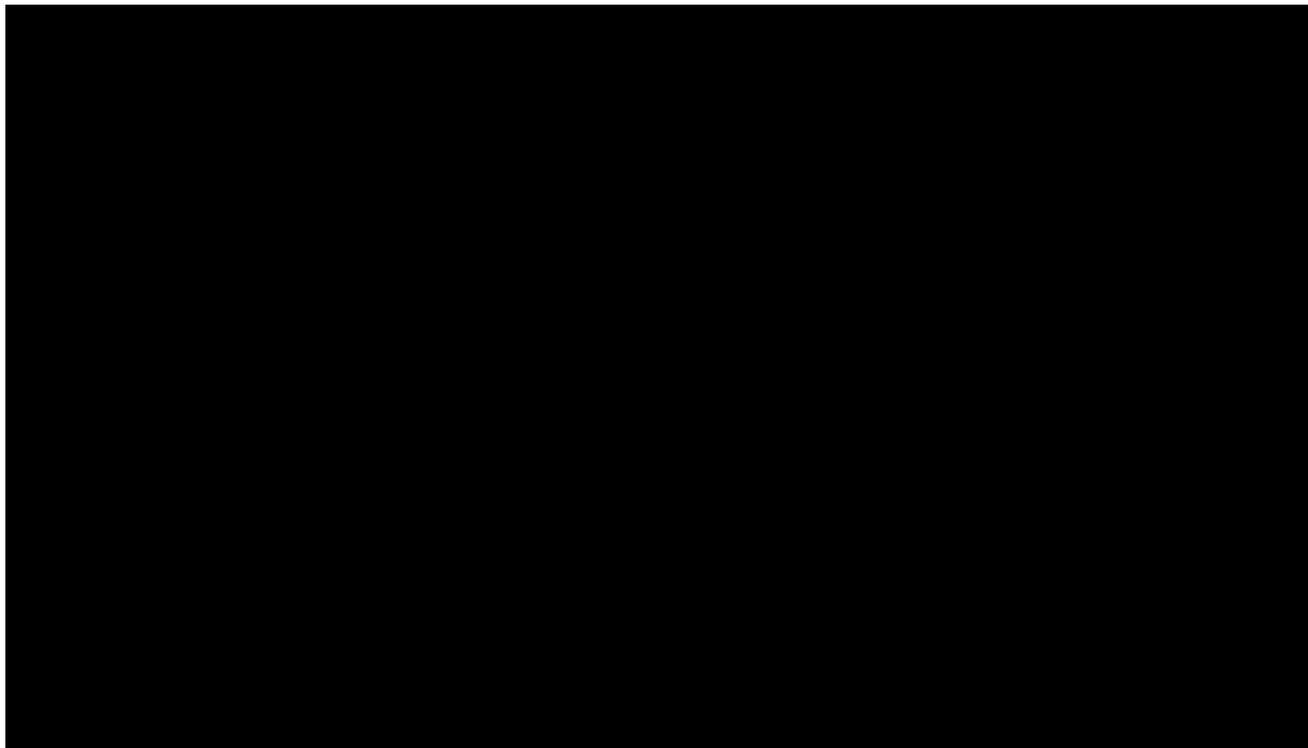
ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ (ПИЩЕВОДА) И КАРДИОСПАЗМА

ХИРУРГИЧЕСКОЕ

- ❑ **ЭКСТРАМУКОЗНАЯ (ВНЕСЛИЗИСТАЯ) ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИЯ ПО ГЕЛЛЕРУ С НЕПОЛНОЙ ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ (ОПЕРАЦИЯ ДОПОЛНЯЕТСЯ ПЕРЕДНЕЙ ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ ПО ДОРУ);**
- ❑ **СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ;**
- ❑ **В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПОЛУЧАЕТ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ- ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ;**
- ❑ **АССИСТИРОВАННЫЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ЭКСТИРПАЦИИ И РЕЗЕКЦИИ ПИЩЕВОДА.**

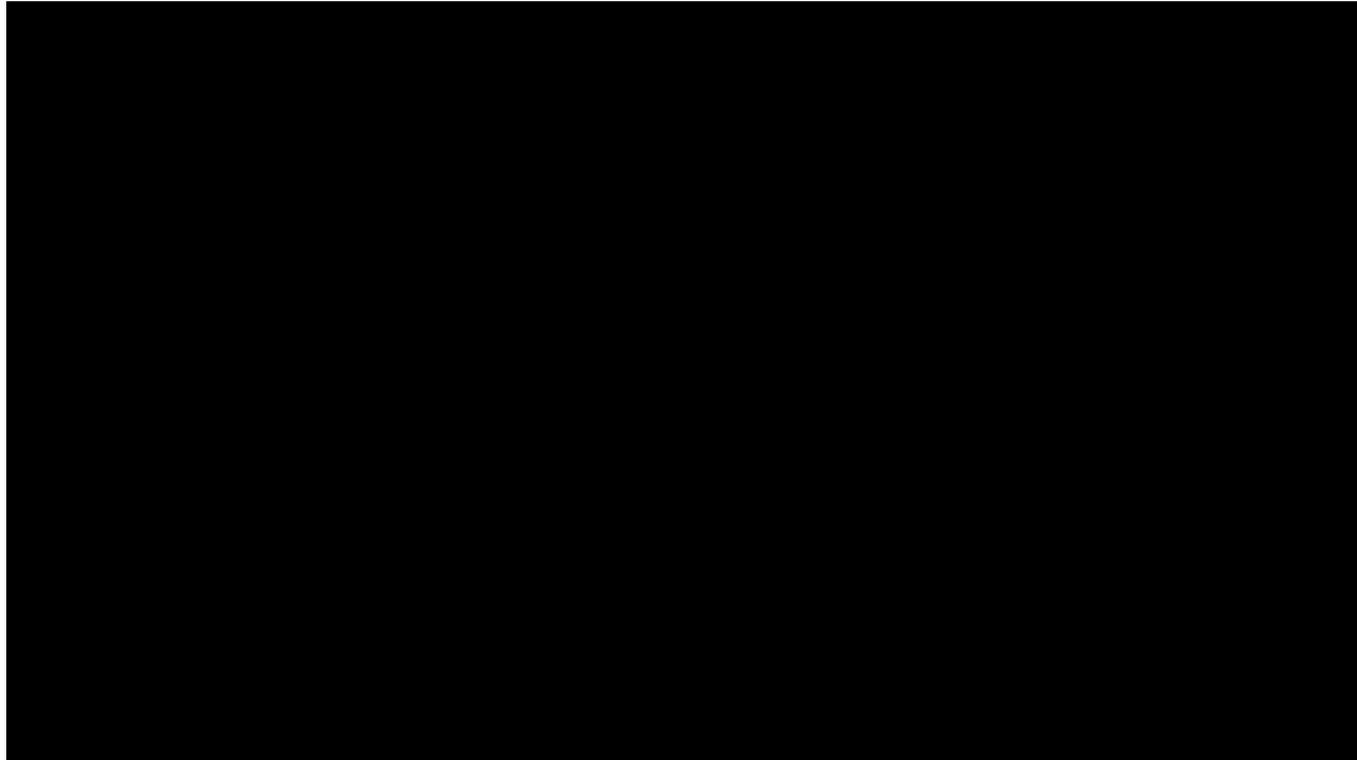


Современный метод лечения ахалазии. Пероральная эндоскопическая миотомия.



 **Кликай сюда**

*Лапароскопическая операция Геллера с
фундопликацией по Дору*



 **Кликай сюда**

ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНОГО СПАЗМА ПИЩЕВОДА

КОНСЕРВАТИВНОЕ

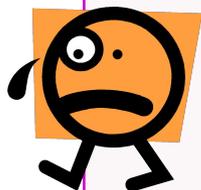
- ❑ АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ (ВЕРАПАМИЛ, КОРИНФАР),
- ❑ НИТРАТЫ (НИТРОГЛИЦЕРИН, НИТРОСОРБИТ),
- ❑ СЕДАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ,
- ❑ ВИТАМИНОТЕРАПИЯ,
- ❑ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (НО-ШПА, ПЛАТИФИЛЛИН, ПАПАВЕРИН),
- ❑ ФИЗИОПРОЦЕДУРЫ (ЭЛЕКТРОФОРЕЗ С НОВОКАИНОМ, СУЛЬФАТОМ МАГНИЯ, ХЛОРИДОМ КАЛИЯ).

КАРДИОДИЛАТАЦИЯ НЕ ДАЁТ ВЫРАЖЕННОГО ЭФФЕКТА

ХИРУРГИЧЕСКОЕ

ЭКСТРАМУКОЗНАЯ ЭЗОФАГОМИОТОМИЯ (РАССЕЧЕНИЕ АДВЕНТИЦИАЛЬНОГО И МЫШЕЧНОГО СЛОЯ ПИЩЕВОДА) НА ПРОТЯЖЕНИИ ОТ ДУГИ АОРТЫ ДО НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА .

*ГРЫЖИ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ
ДИАФРАГМЫ*



ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ –

**СМЕЩЕНИЕ КАКОГО-ЛИБО ОРГАНА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ,
ПОКРЫТОГО БРЮШИНОЙ, ЧЕРЕЗ ПИЩЕВОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ
ДИАФРАГМЫ В ЗАДНЕЕ СРЕДОСТЕНИЕ.**

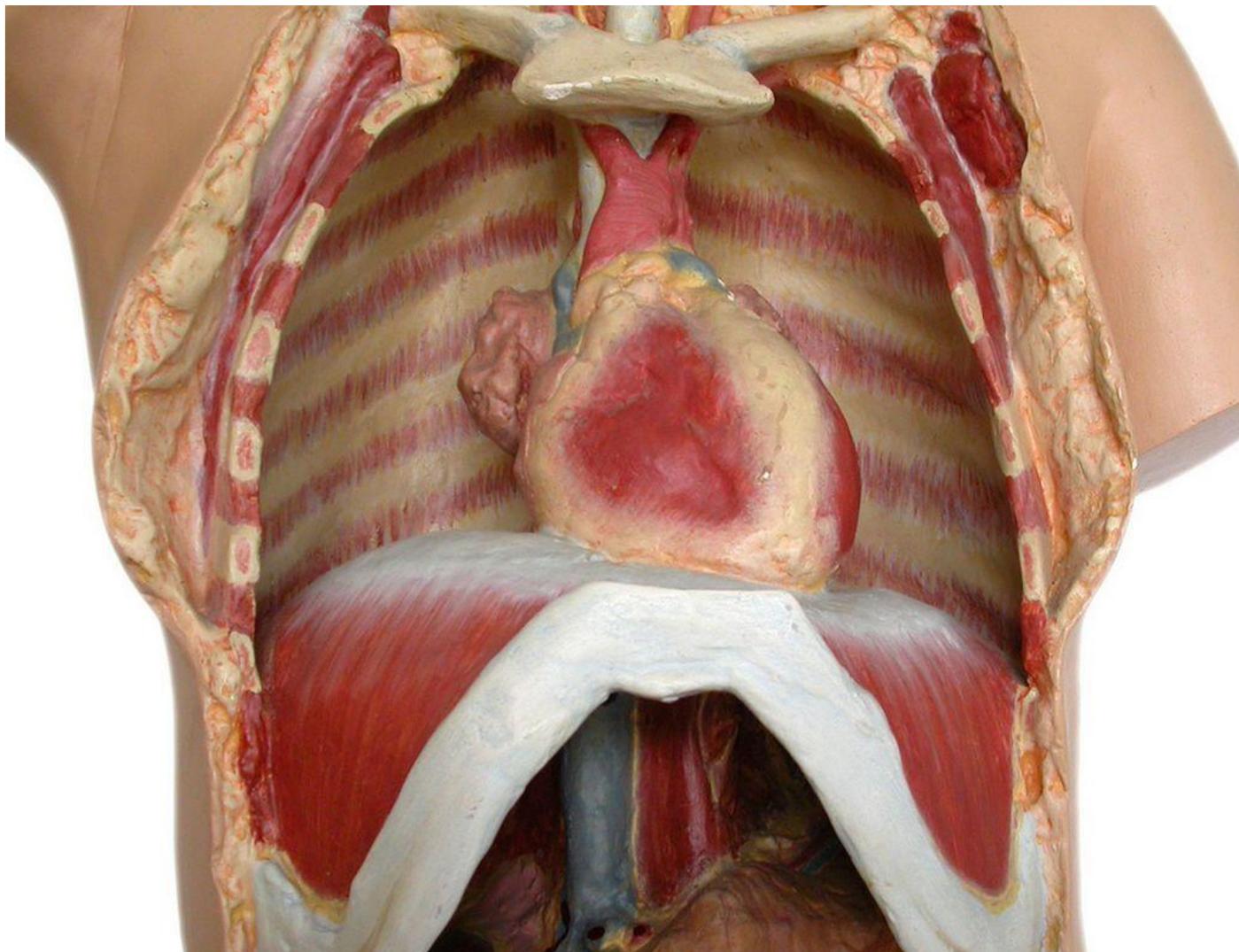
СКОЛЬЗЯЩИЕ (АКСИАЛЬНЫЕ)

**ПИЩЕВОДНЫЕ,
КАРДИАЛЬНЫЕ,
КАРДИОФУНДАЛЬНЫЕ,
СУБТОТАЛЬНЫЕ
ЖЕЛУДОЧНЫЕ,
ТОТАЛЬНЫЕ
ЖЕЛУДОЧНЫЕ.**

ПАРАЭЗОФАГАЛЬНЫЕ

**ФУНДАЛЬНЫЕ,
АНТРАЛЬНЫЕ,
КИШЕЧНЫЕ,
КИШЕЧНО-
ЖЕЛУДОЧНЫЕ,
САЛЬНИКОВЫЕ.**

НЕМНОГО О ДИАФРАГМЕ...



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- **ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В СВЯЗОЧНОМ АППАРАТЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (СТАРИКИ, БЕРЕМЕННЫЕ, БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ ОЖИРЕНИЕМ);**
- **ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ.**



- ◆ **СОЧЕТАНИЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НОСИТ НАЗВАНИЕ ТРИАДЫ КАСТЕНА,**
- ◆ **СОЧЕТАНИЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ДИВЕРТИКУЛЁЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ - ТРИАДЫ САЙНТА.**

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

КЛИНИКА

- **ЖГУЧИЕ ИЛИ ТУПЫЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ**
- **ОТРЫЖКА, СРЫГИВАНИЕ, ИЗЖОГА**
- **ДИСФАГИЯ, ИКОТА**
- **СКРЫТОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ**

ДИАГНОСТИКА

- **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ**
- **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
- **МАНОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
- **ВНУТРИПИЩЕВОДНАЯ рН-МЕТРИЯ**

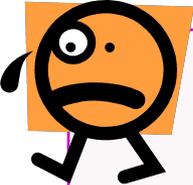
СПЕЦИАЛЬНЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА БЕРНШТЕЙНА. ВВЕДЕНИЕ 0,1 МЛ РАСТВОРА ХЛОРИСТОВОДОРОДНОЙ КИСЛОТЫ В ПИЩЕВОД ПРИ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИВОДИТ К ПОЯВЛЕНИЮ ТИПИЧНОЙ СИМПТОМАТИКИ.



**ГРЫЖА
ПИЩЕВОДНОГО
ОТВЕРСТИЯ
ДИАФРАГМЫ**



*РЕФЛЮКС -
ЭЗОФАГИТ*



РЕФЛЮКС – ЭЗОФАГИТ (ПЕПТИЧЕСКИЙ ЭЗОФАГИТ)

ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ОБУСЛОВЛЕННО ПОВТОРНЫМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА СЛИЗИСТУЮ ПИЩЕВОДА ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, ЖЕЛЧИ, ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ,
- ЯЗВЕННЫЙ СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА,
- СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИИ,
- ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА,
- ТЯЖЁЛАЯ РВОТА,
- ДЛИТЕЛЬНОЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛУ,
- СИНДРОМ БАРРЕТА.



В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ЛЕЖИТ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАРДИИ, НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТРА

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

КЛИНИКА

- **БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ**
- **ОТРЫЖКА, ИЗЖОГА**
- **ДИСФАГИЯ**

ДИАГНОСТИКА

- **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ**
- **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
- **МАНОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
- **ВНУТРИПИЩЕВОДНАЯ рН-МЕТРИЯ**



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПО А.Ф. ЧЕРНОУСОВУ

- 1 СТЕПЕНЬ - лёгкий эзофагит;**
- 2 СТЕПЕНЬ - эзофагит средней тяжести;**
- 3 СТЕПЕНЬ - тяжёлый эзофагит;**
- 4 СТЕПЕНЬ - пептическая стриктура пищевода.**

ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И РЕФЛЮКС ЭЗОФАГИТА

КОНСЕРВАТИВНОЕ

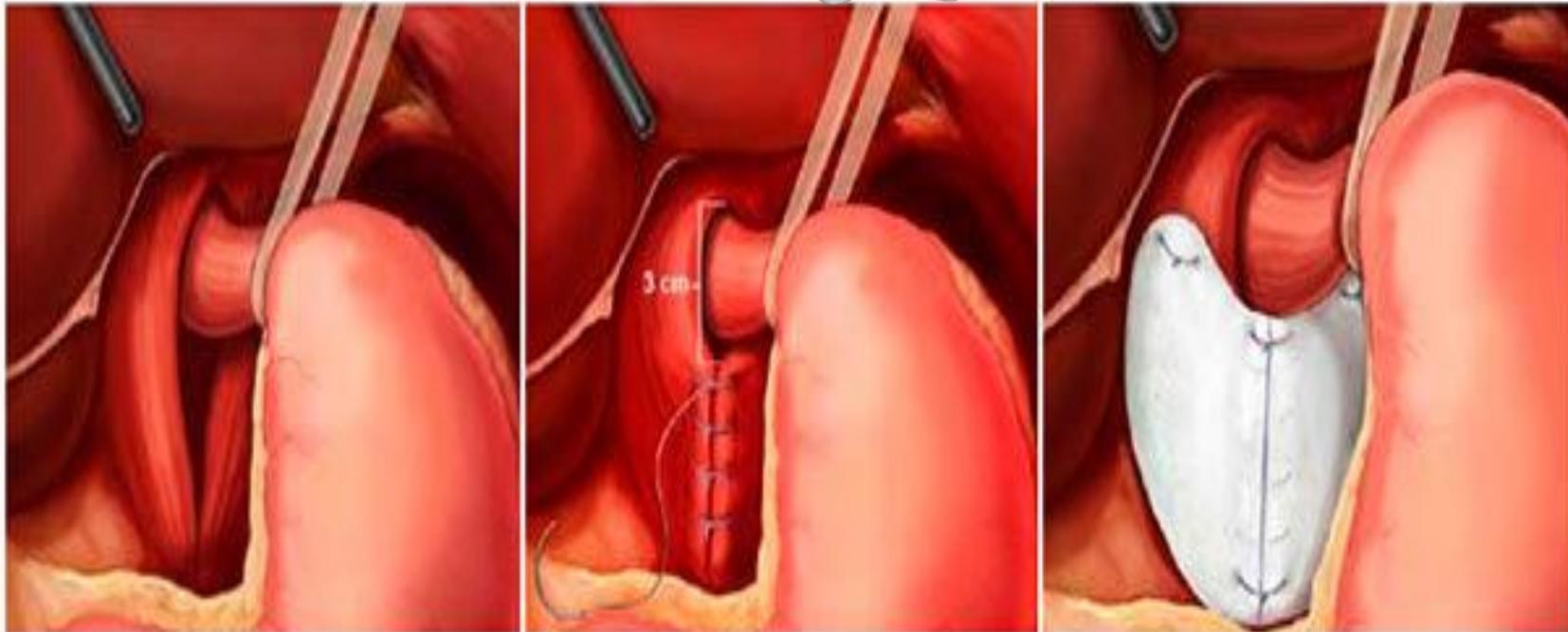
- ❑ РЕЖИМ ПРИЁМА ПИЩИ (ИЗБЕГАТЬ ПЕРЕЕДАНИЯ),
- ❑ НЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ТЯЖЕЛЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ, НОШЕНИЕ ТУГОЙ ОДЕЖДЫ,
- ❑ H₂-ГИСТАМИНОВЫЕ БЛОКАТОРЫ (РАНИТИДИН, ФАМОТИДИН И ДР.),
- ❑ ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ (ОМЕПРАЗОЛ, ЛАНСОПРАЗОЛ И ДР.),
- ❑ ПРОКИНЕТИКИ (МОТИЛИУМ, КООРДИНАКС),
- ❑ АНТАЦИДНЫЕ СРЕДСТВА (МААЛОКС, ФОСФАЛЮГЕЛЬ И ДР.).



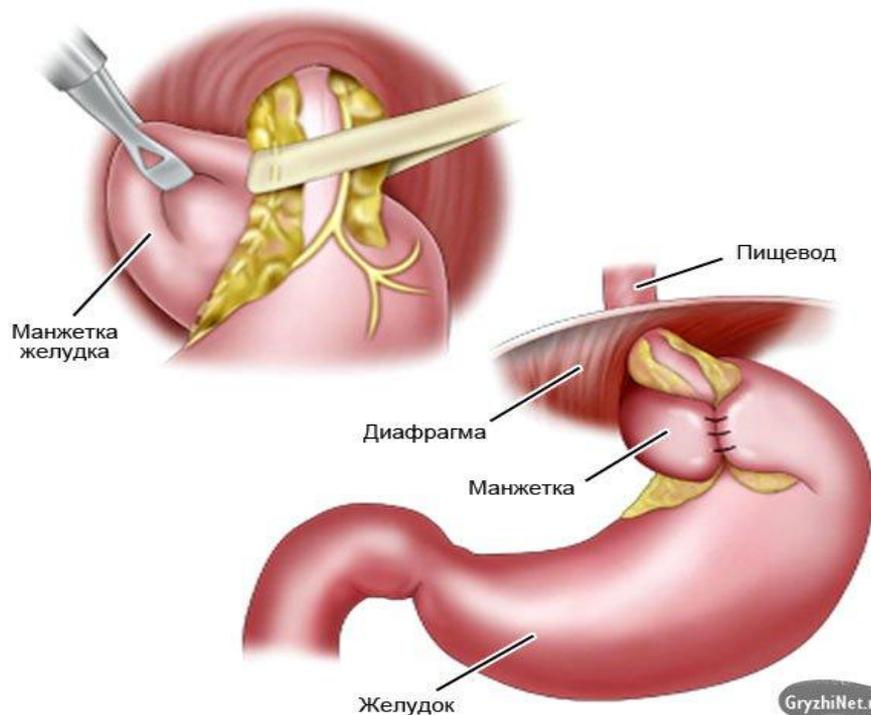
ПРИ СФОРМИРОВАВШЕЙСЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ НА ФОНЕ ПРОВОДИМЫХ КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОВОДЯТ БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА, ЧАЩЕ ВСЕГО В КАЧЕСТВЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ.

ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И РЕФЛЮКС ЭЗОФАГИТА

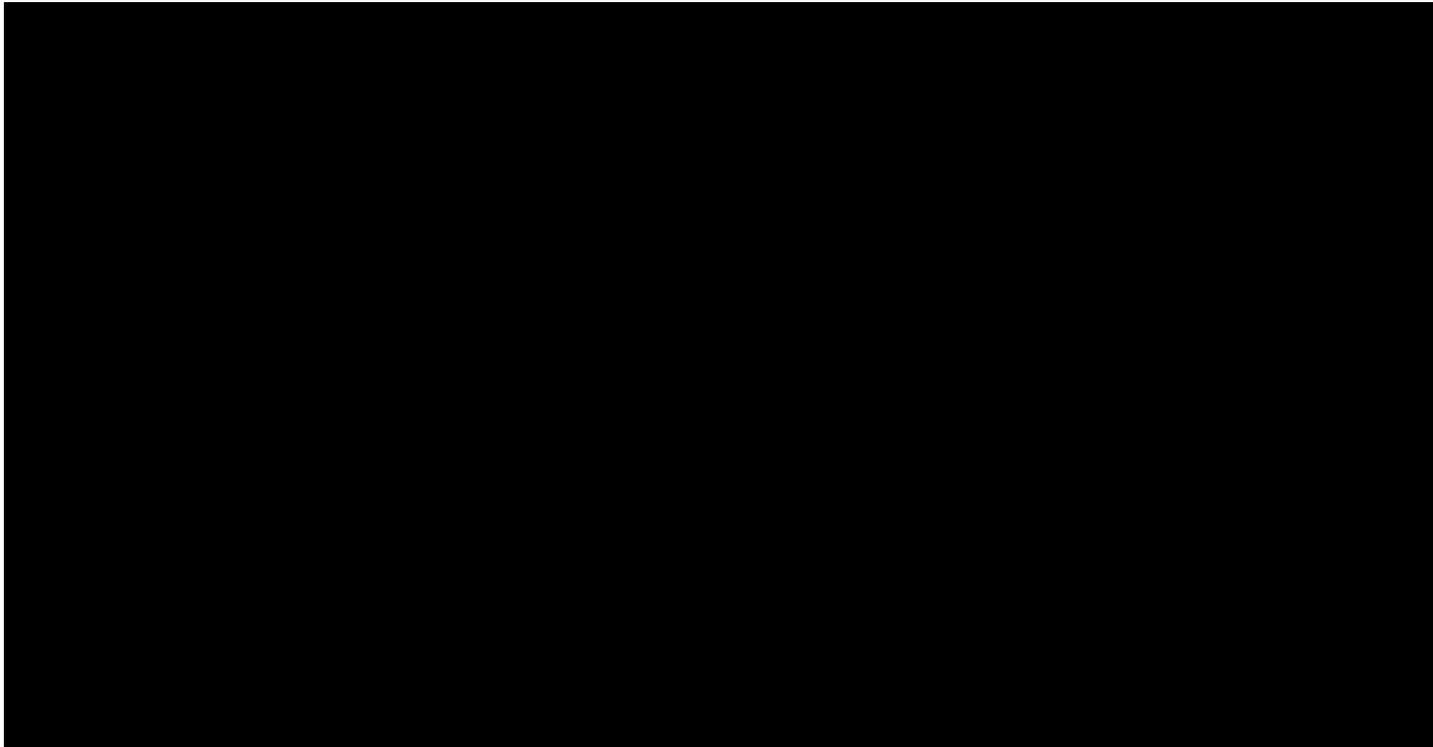
ХИРУРГИЧЕСКОЕ



Фундопликация по Ниссену (англ. *Nissen fundoplication*) — антирефлюксная операция, заключающаяся в том, что дно желудка обворачивают вокруг пищевода, создавая манжетку, препятствующая забросу желудочного содержимого в пищевод. Впервые антирефлюксная операция — фундопликация была проведена Рудольфом Ниссенем 1955 году, предложившим формировать муфту из верхней части дна желудка состоявшую в 360-градусной пликацией 5-сантиметровой манжетки вокруг нижней части пищевода ([Васнёв О.С.](#)). При проведении фундопликации восстанавливается не только анатомическое строение, но и функциональное состояние нижнего пищеводного сфинктера: восстанавливается тонус, уменьшается количество преходящих расслаблений при растяжении желудка, улучшается его опорожнение.



Лапароскопическая фундопликация по Ниссену с крурорафией при гигантской параэзофагеальной грыже



 **Кликай сюда**

ДИВЕРТИКУЛЫ

ПИЩЕВОДА

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ СТОЙКОЕ МЕШКОВИДНОЕ ВЫПЯЧИВАНИЕ СТЕНКИ ДАННОГО ОРГАНА В ПОЛОСТЬ СРЕДОСТЕНИЯ.

КЛАССИФИКАЦИЯ

ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ:

ВРОЖДЁННЫЕ, ПРИОБРЕТЁННЫЕ

ПО МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ:

ПУЛЬСИОННЫЕ, ТРАКЦИОННЫЕ

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

ФАРИНГО-ЭЗОФАГЕАЛЬНЫЕ (ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЕ), БИФУРКАЦИОННЫЕ, ЭПИФРЕНАЛЬНЫЕ (НАДДИАФРАГМАЛЬНЫЕ)

ПО СТРОЕНИЮ:

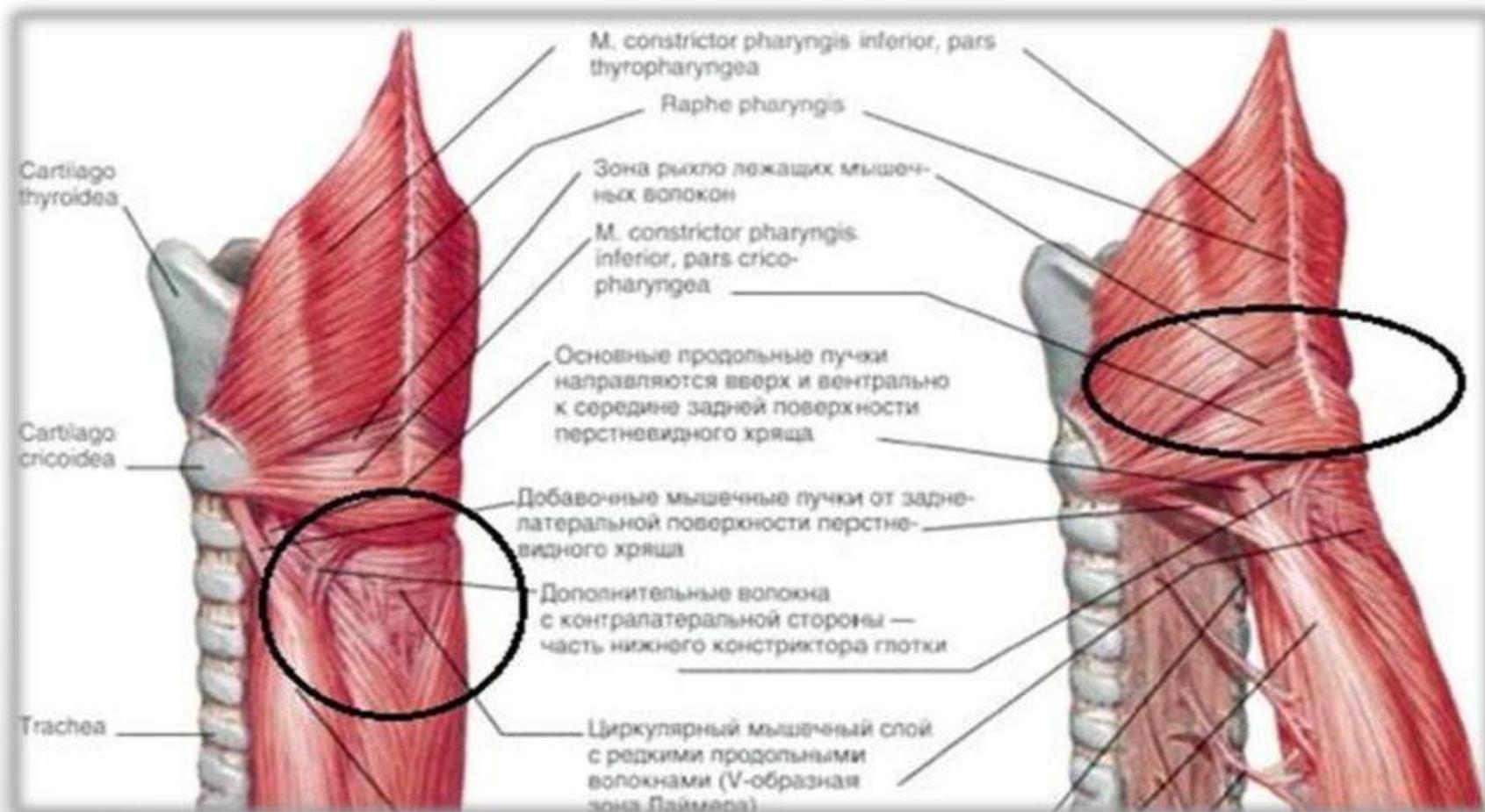
ИСТИННЫЕ, ЛОЖНЫЕ

ПО КОЛИЧЕСТВУ:

ОДИНОЧНЫЕ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ



! Треугольник Лаймера – Киллиана и треугольник Ланнье – Геккермана – места образования глоточно – пищеводных дивертикулов.



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

КЛИНИКА



- **ДИСФАГИЯ**
- **СРЫГИВАНИЕ**
- **НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА**
- **ЭЛАСТИЧЕСКОЕ ВЫПЯЧИВАНИЕ**
- **СДАВЛЕНИЕ СОСЕДНИХ СТРУКТУР**
- **ОДЫШКА, СЕРДЦЕБИЕНИЕ**
- **НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН**
- **ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА**
- **СИНДРОМ ГОРНЕРА**
- **БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ И В СПИНЕ**
- **ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ, ОТРЫЖКА**

ДИАГНОСТИКА

- **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ**
- **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**БИФУРКАЦИОННЫЙ
ДИВЕРТИКУЛ
ПИЩЕВОДА
(БОКОВАЯ ПРОЕКЦИЯ)**



**ЭПИФРЕНАЛЬНЫЙ
ДИВЕРТИКУЛ
ПИЩЕВОДА
(ПРЯМАЯ ПРОЕКЦИЯ)**



ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

КОНСЕРВАТИВНОЕ

(при небольших дивертикулах без явлений дивертикулита)

- ❑ НЕТОРОПЛИВЫЙ ПРИЁМ ПИЩИ,
- ❑ ДИЕТА ДОЛЖНА БЫТЬ МЕХАНИЧЕСКИ, ТЕРМИЧЕСКИ И ХИМИЧЕСКИ ЩАДЯЩЕЙ, НО ПОЛНОЦЕННОЙ ПО АМИНОКИСЛОТНОМУ И ВИТАМИННОМУ СОСТАВУ,
- ❑ ПРОМЫВАНИЕ ПОЛОСТИ ДИВЕРТИКУЛА РАСТВОРАМИ АНТИСЕПТИКОВ (ПЕРМАНГНАТ КАЛИЯ, ФУРАЦИЛИН И ДР.).

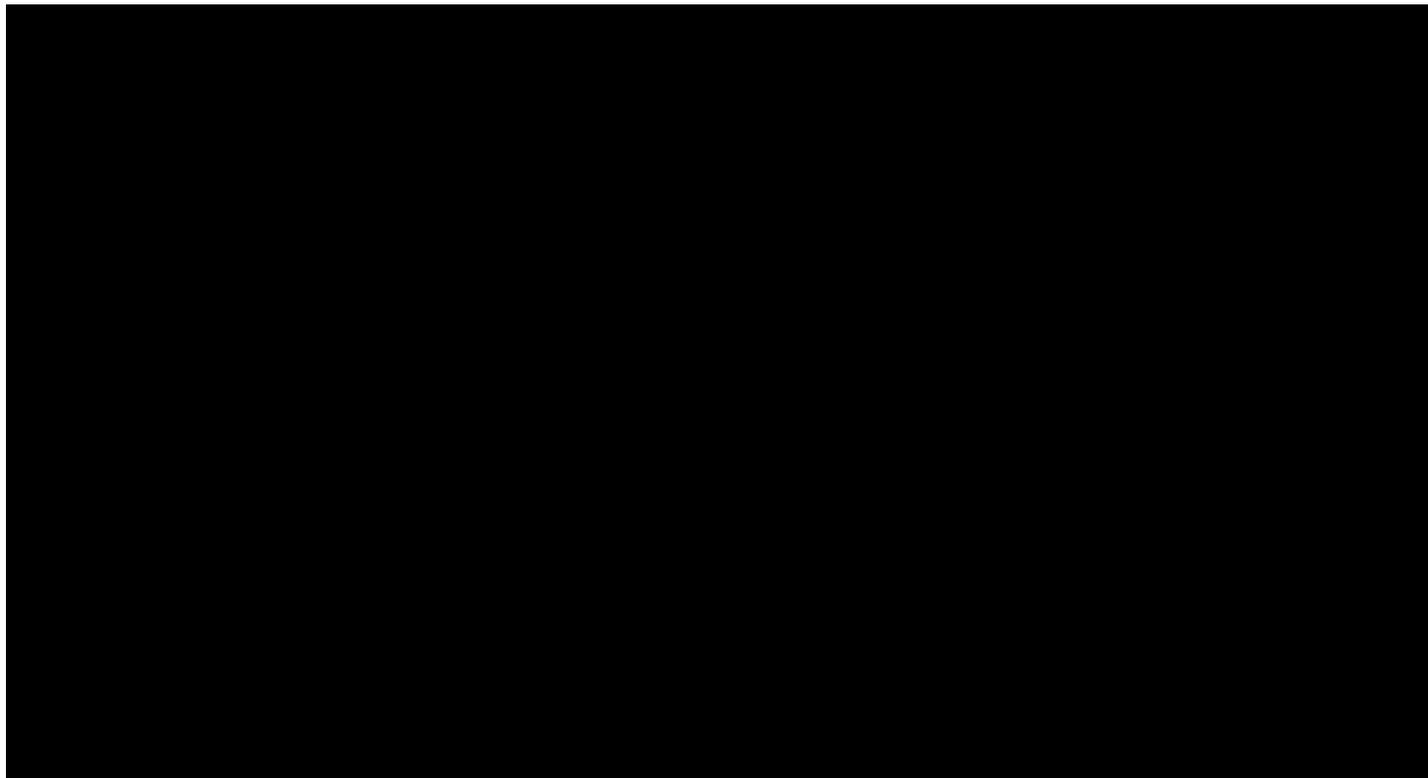
ХИРУРГИЧЕСКОЕ

- ❑ ИНВАГИНАЦИЯ ПО ЖИРАРУ,
- ❑ ДИВЕРТИКУЛЭКТОМИЯ, ДОПОЛНЕННАЯ ЭЗОФАГОМИОТОМИЕЙ



ВНЕСЛИЗИСТОЙ

Видеоторакоскопическое (VATS) удаление бифуркационного дивертикула пищевода



 **Кликай сюда**

*ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ
ОПУХОЛИ И КИСТЫ
ПИЩЕВОДА*

КЛАССИФИКАЦИЯ

ПО ХАРАКТЕРУ РОСТА

**ВНУТРИПРОСВЕТНЫЕ (ПОЛИПООБРАЗНЫЕ),
ВНУТРИСТЕНОЧНЫЕ**

ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ

АДЕНОМАТОЗНЫЕ ПОЛИПЫ,
ПАПИЛЛОМЫ,
КИСТЫ.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ (МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ)

ЛЕЙОМИОМЫ, РАБДОМИОМЫ,
ЛИПОМЫ, ФИБРОМЫ,
ГЕАНГИОМЫ, ХОНДРОМЫ И
ДР.



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

КЛИНИКА



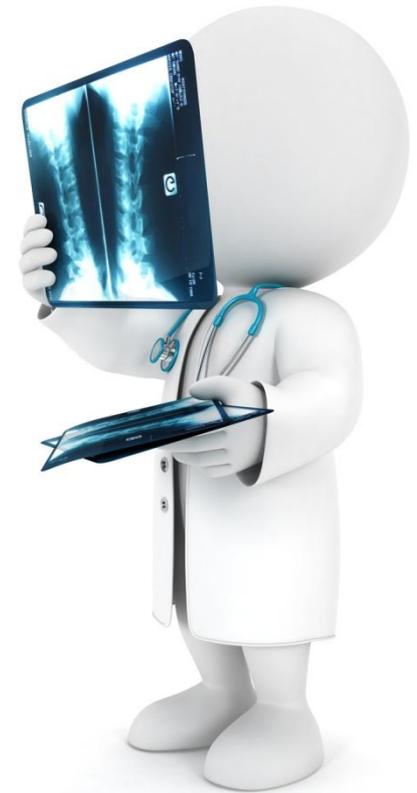
- ЗАБОЛЕВАНИЕ В ПОЛОВИНЕ СЛУЧАЕВ ПРОТЕКАЕТ БЕССИМПТОМНО
- ДИСФАГИЯ
- БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ
- ТОШНОТА, СЛЮНОТЕЧЕНИЕ
- ОЩУЩЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ЗА ГРУДИНОЙ
- ПРИ РЕГУРГАТАЦИИ ОПУХОЛИ НА НОЖКЕ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ АСФИКСИЯ
- СДАВЛЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ
- ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ И КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПРОСВЕТ КИСТЫ, ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ МИКРОБНОЙ ФЛОРОЙ КИСТЫ МОГУТ НАГНАИВАТЬСЯ

ДИАГНОСТИКА



- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ
- ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Лейомиома пищевода.



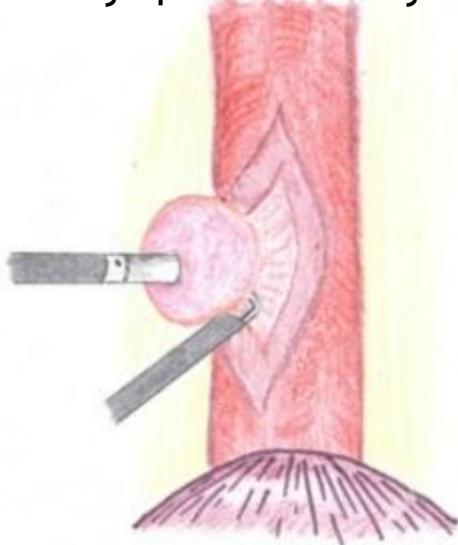
Лейомиома пищевода



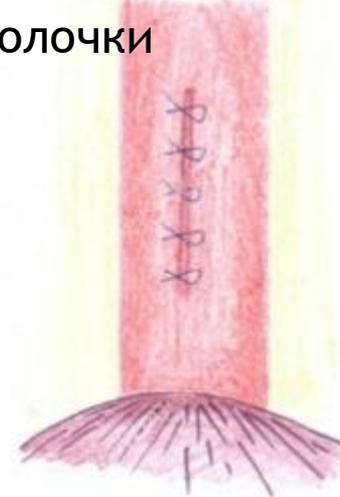
Видеоэндоскопическая энуклеация лейомиомы



а Вылуцывание опухоли



б Ушивание мышечной оболочки

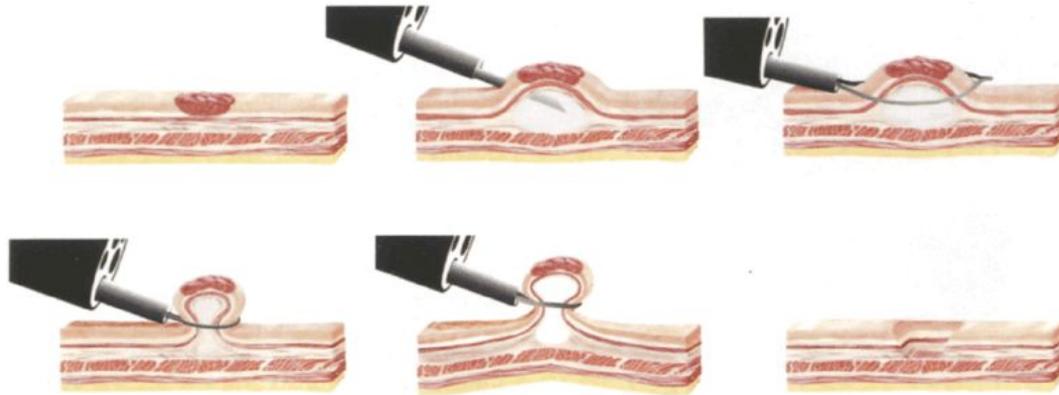




ЛЕЧЕНИЕ

ТОЛЬКО ХИРУРГИЧЕСКОЕ

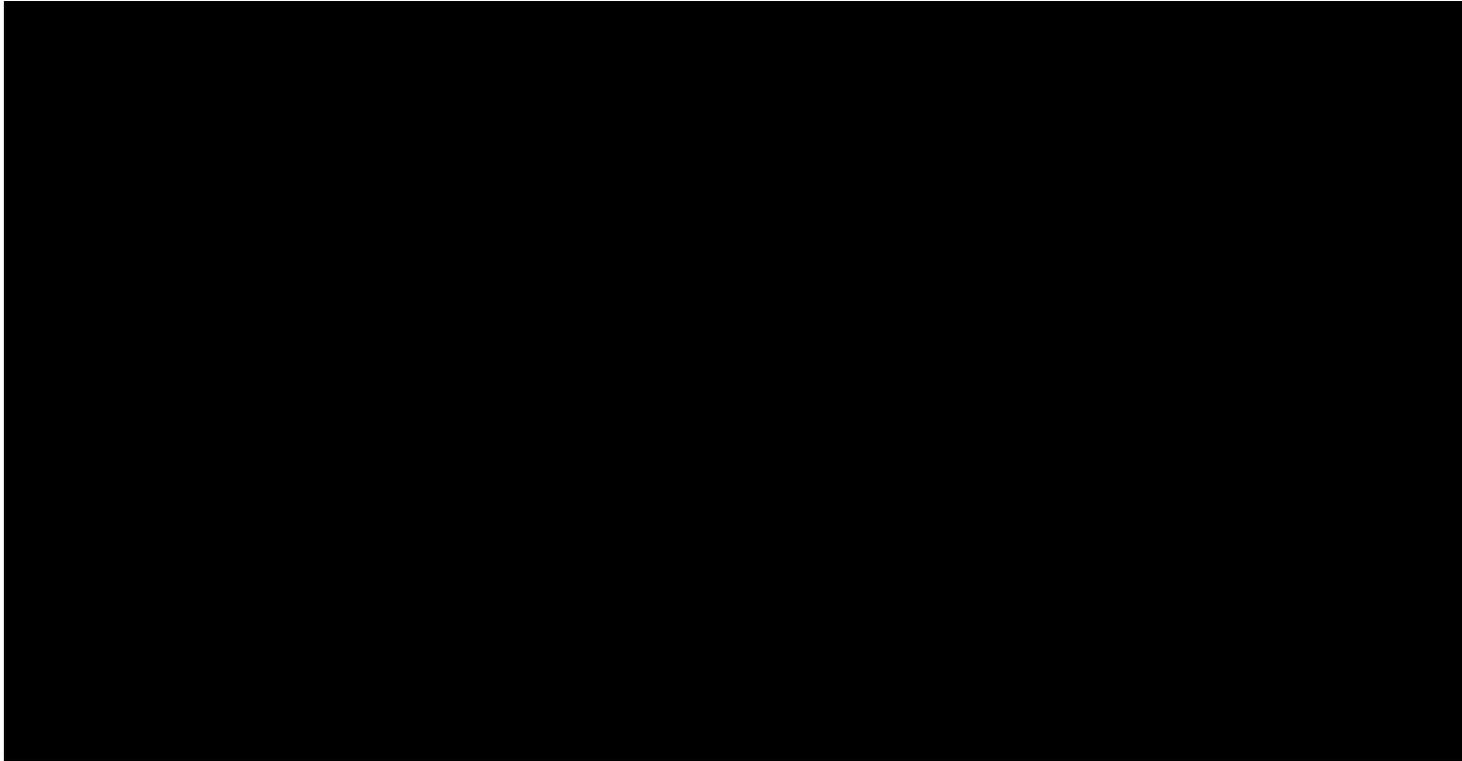
□ ЭЛЕКТРОЭКСЦИЗИЯ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОСКОПА



□ ВЫЛУЩИВАНИЕ (ЭНУКЛЕАЦИЯ) ОПУХОЛИ



*ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ
ЭНУКЛЕАЦИЯ
ЛЕЙОМИОМЫ*



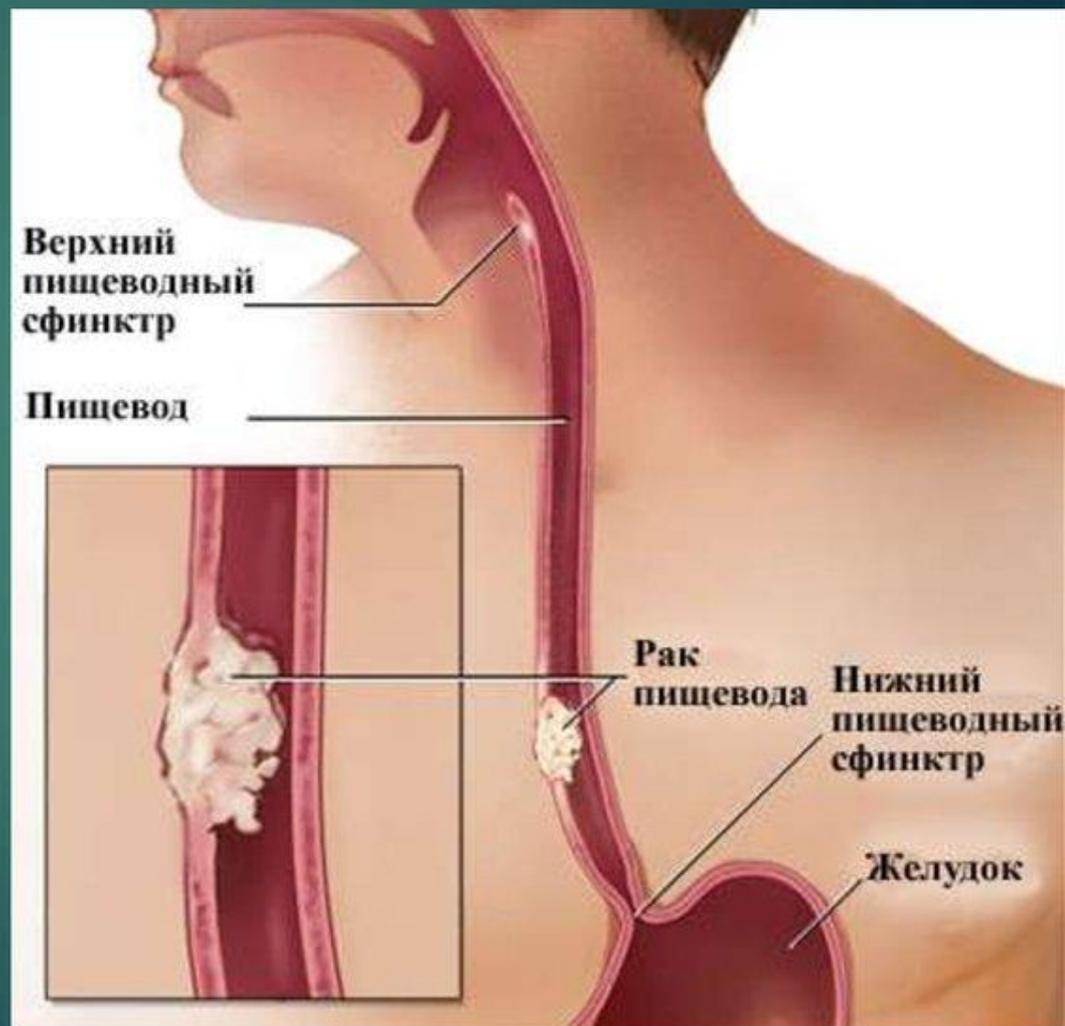
 **Кликай сюда**

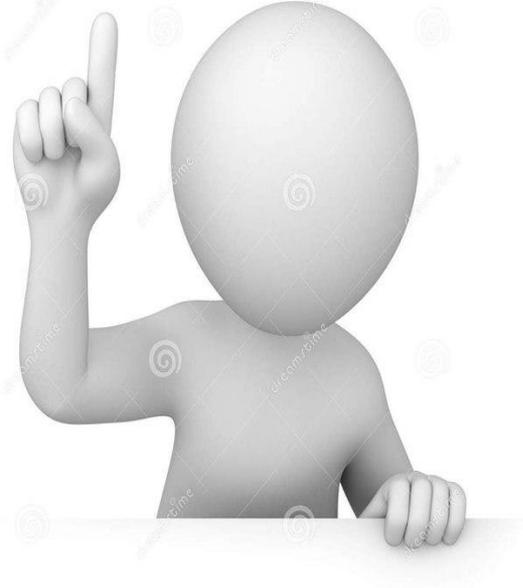
РАК
ПИЩЕВОДА

Рак пищевода



- ▶ Рак пищевода - это онкологическое заболевание пищевода, сопровождаемое прогрессирующим нарушением глотательной функции и снижением массы тела, составляющее от 80 до 90 % от всех заболеваний этого органа





ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА ТАК ЖЕ МАЛО ИЗВЕСТНЫ, КАК И ПРИЧИНЫ РАКА ВООБЩЕ

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

- Ⓜ СТАРЕНИЕ ОРГАНИЗМА
- Ⓜ ОЖГОВЫЕ И ПЕПТИЧЕСКИЕ РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ
- Ⓜ КАРДИОСПАЗМ
- Ⓜ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ
- Ⓜ ДИВЕРТИКУЛЫ
- Ⓜ ЛЕЙКОПЛАКИИ
- Ⓜ СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (PLUMMER-VINSON)

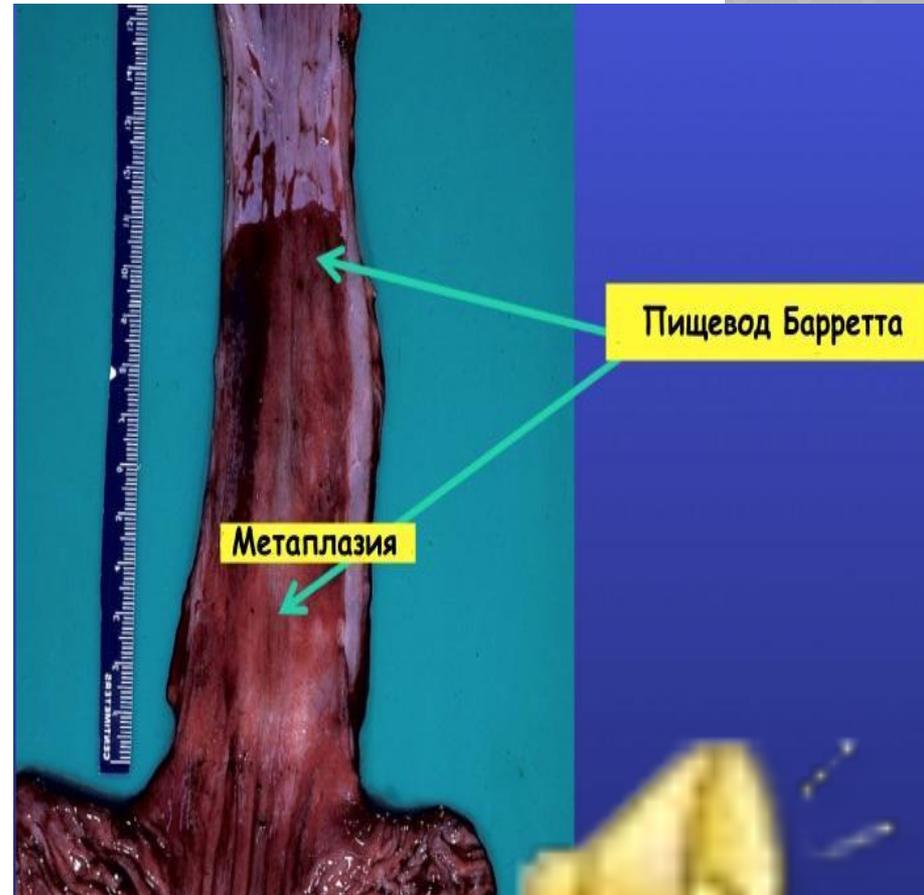


ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ПИЩЕВОДА

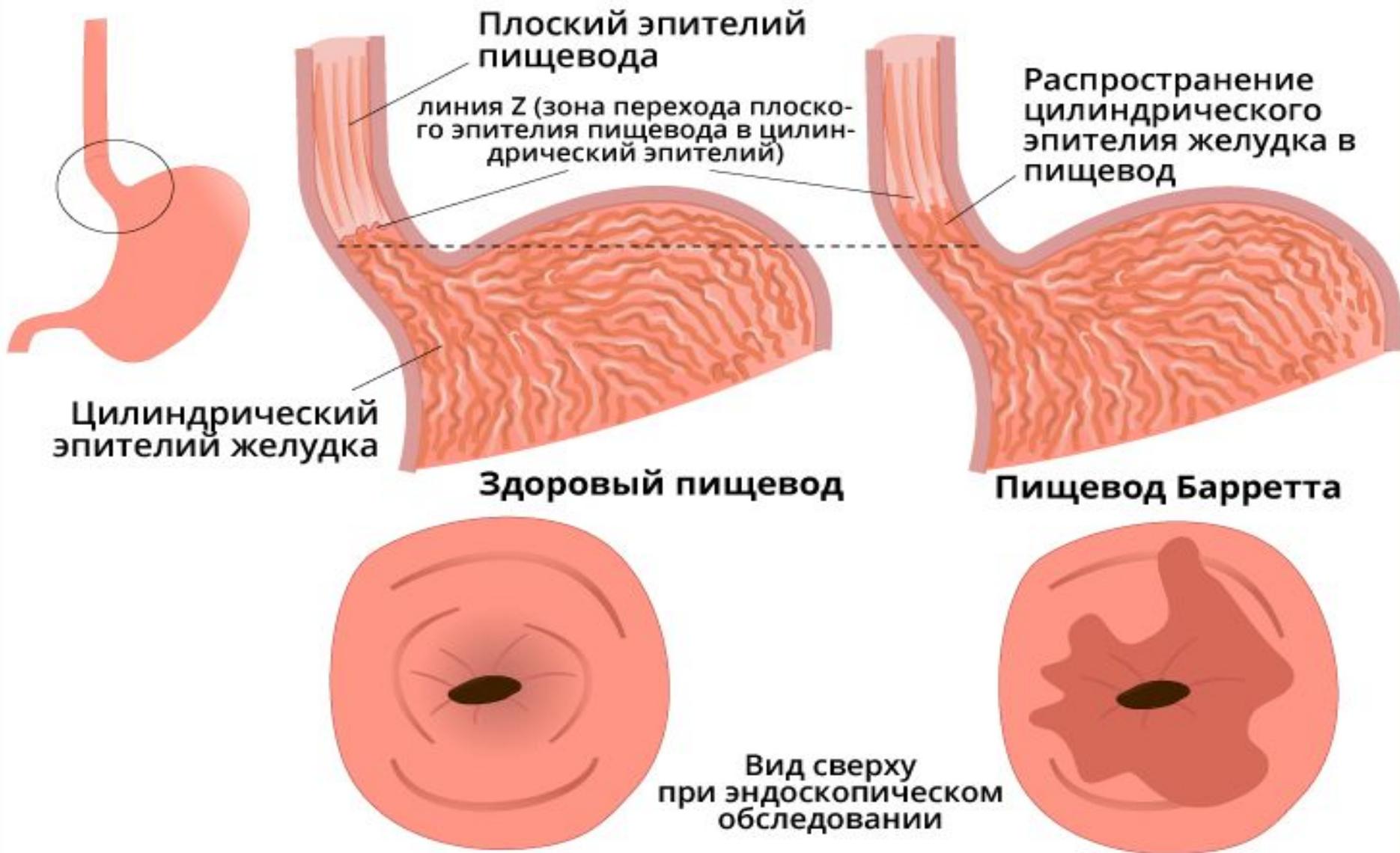
ПИЩЕВОД БАРРЕТТА - ОБЛИГАТНЫЙ ПРЕДРАК ПИЩЕВОДА

Это приобретенное патологическое состояние, метапластическое замещение плоскоклеточного эпителия пищевода на железистый, с формированием структур, соответствующих слизистой оболочке желудка, нередко - с кишечной метаплазией.

Риск злокачественной трансформации составляет более 50%.



ПИЩЕВОД БАРРЕТТА



Расстояние
в см

0
5
10
15
20
25
30
35
40
45

Верхние
резцы

Верхний
пищеводный
сфинктер

Azygos v.

Inferior
Pulmonary v.

Диафрагма

Частота по отделам пищевода

Шейный
отдел

Верхний
грудной
отдел

Средний
грудной
отдел

Нижний
грудной
отдел

Верхняя треть пищевода

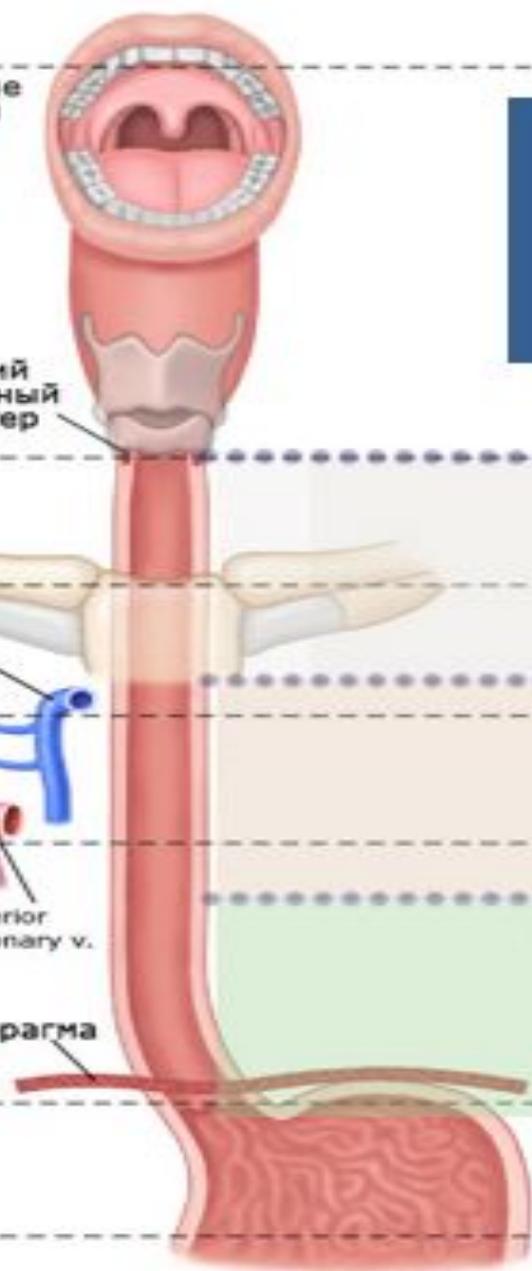
15%

Средняя треть пищевода

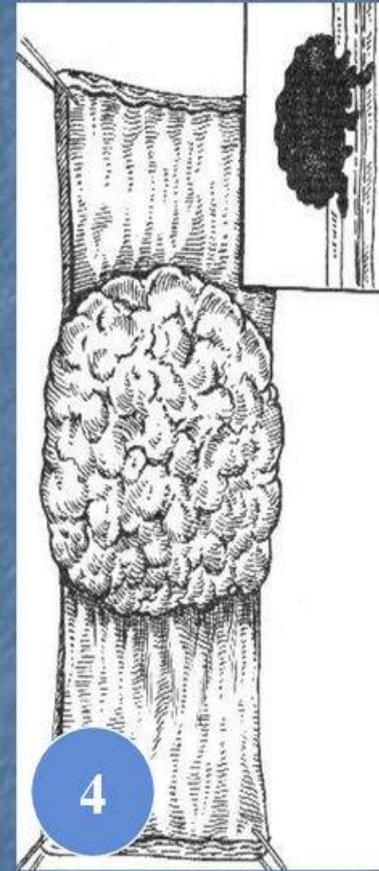
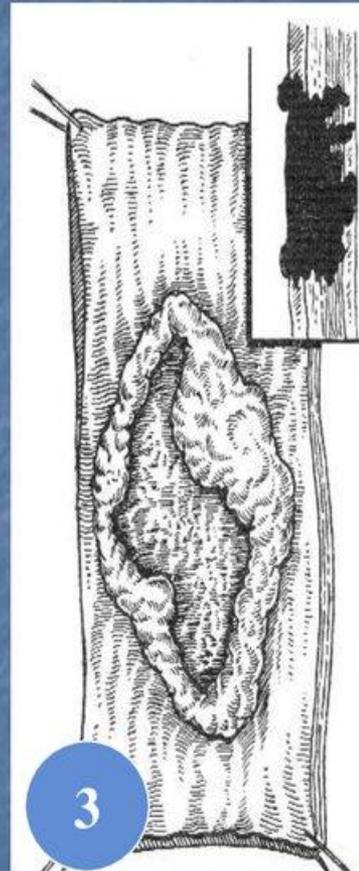
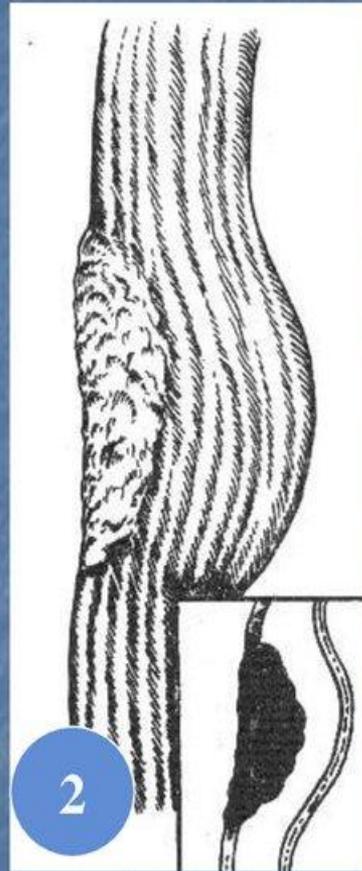
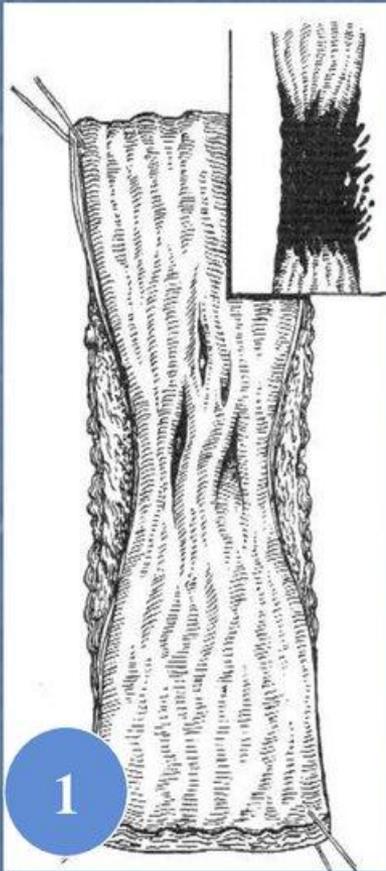
25%

Нижняя треть пищевода

65%



Формы роста рака пищевода



1 – скирр, 2 – внутристеночный рак,
3 – язвенный рак, 4 – узловый рак.



РАК ПИЩЕВОДА. КЛАССИФИКАЦИЯ.

Плоскоклеточный рак (высокой, средней и низкой

дифференцировки).....95%

Аденокарцинома1%

Смешанный, железисто-плоскоклеточный рак, карциносаркома.....1%

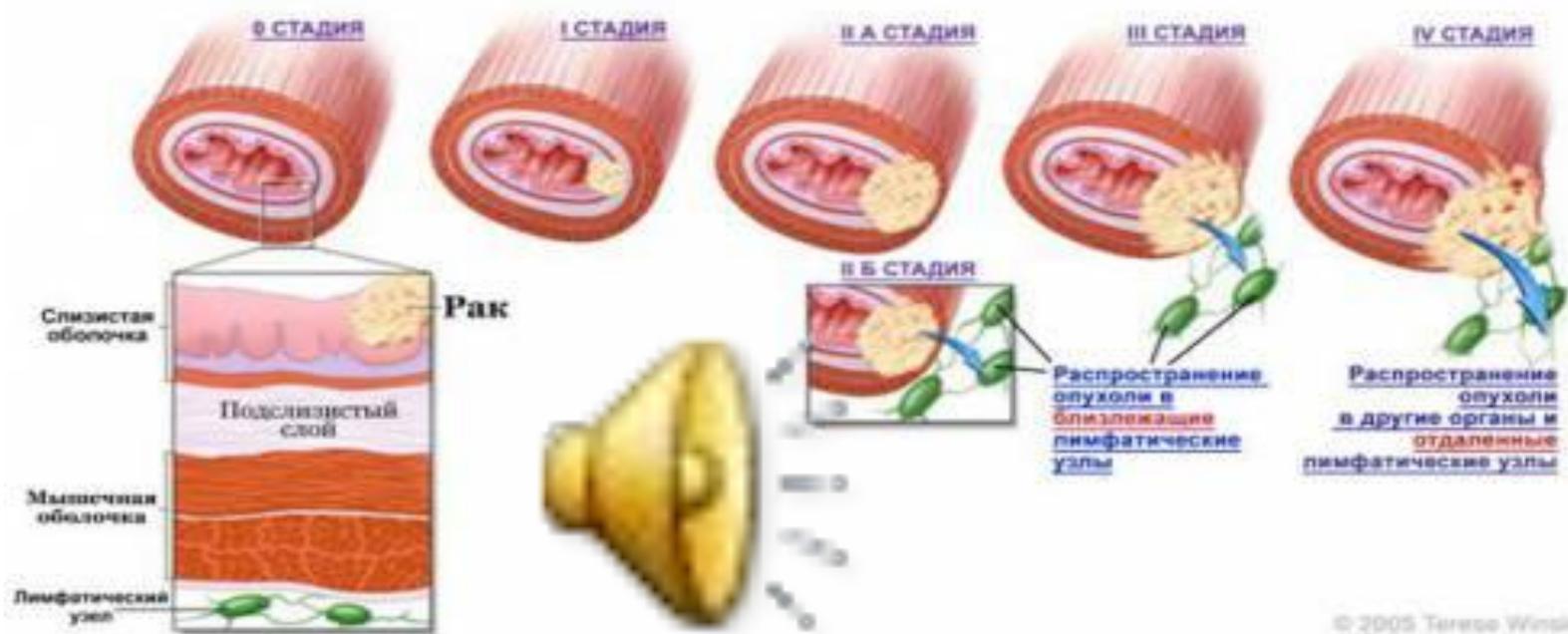
Карциноидные опухоли. Саркома Капоши...1%

Мезенхимальные опухоли (мышечные, нейрогенные, GIST*).....1-3%



СТАДИЙНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- **I стадия** – опухоль располагается в пределах слизистой оболочки, метастазов нет;
- **II стадия** – опухоль прорастает в подслизистый слой и внутренние слои мышечной оболочки, имеются единичные метастазы в ближайшие лимфатические узлы;
- **III стадия** – опухоль прорастает во все слои стенки пищевода и периэзофагеальную клетчатку, имеются регионарные метастазы;
- **IV стадия** – опухоль прорастает в соседние органы, имеются отдаленные метастазы.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM

T - первичная опухоль

Tis - преинвазивная карцинома

T₁ - опухоль вовлекает менее 5-ти см длины пищевода, не вызывая сужения его просвета. Циркулярного поражения стенок пищевода нет. Внепищеводного распространения опухоли не отмечается.

T₂ - опухоль более 5-ти см по длине пищевода. Опухоль любого размера, вызывающая сужение просвета пищевода. Опухоль распространяющаяся на все стенки пищевода. Внепищеводного распространения опухоли не отмечается.

T₃ - опухоль распространяется на соседние структуры.

N - региональные лимфатические узлы.

N₀ - регионарные лимфатические узлы не определяются

N₁ - подвижные лимфатические узлы на стороне поражения

N_{1a} - увеличенные лимфатические узлы не содержат метастазов

N_{1b} - содержат метастазы

N₂ - подвижные лимфатические узлы на противоположной стороне либо 2-х сторонние

N_{2a} - не содержат метастазы

N_{2b} - содержат метастазы

N₃ - фиксированные лимфатические узлы

M - отдаленные метастазы.

M₀ - отсутствие метастазов.

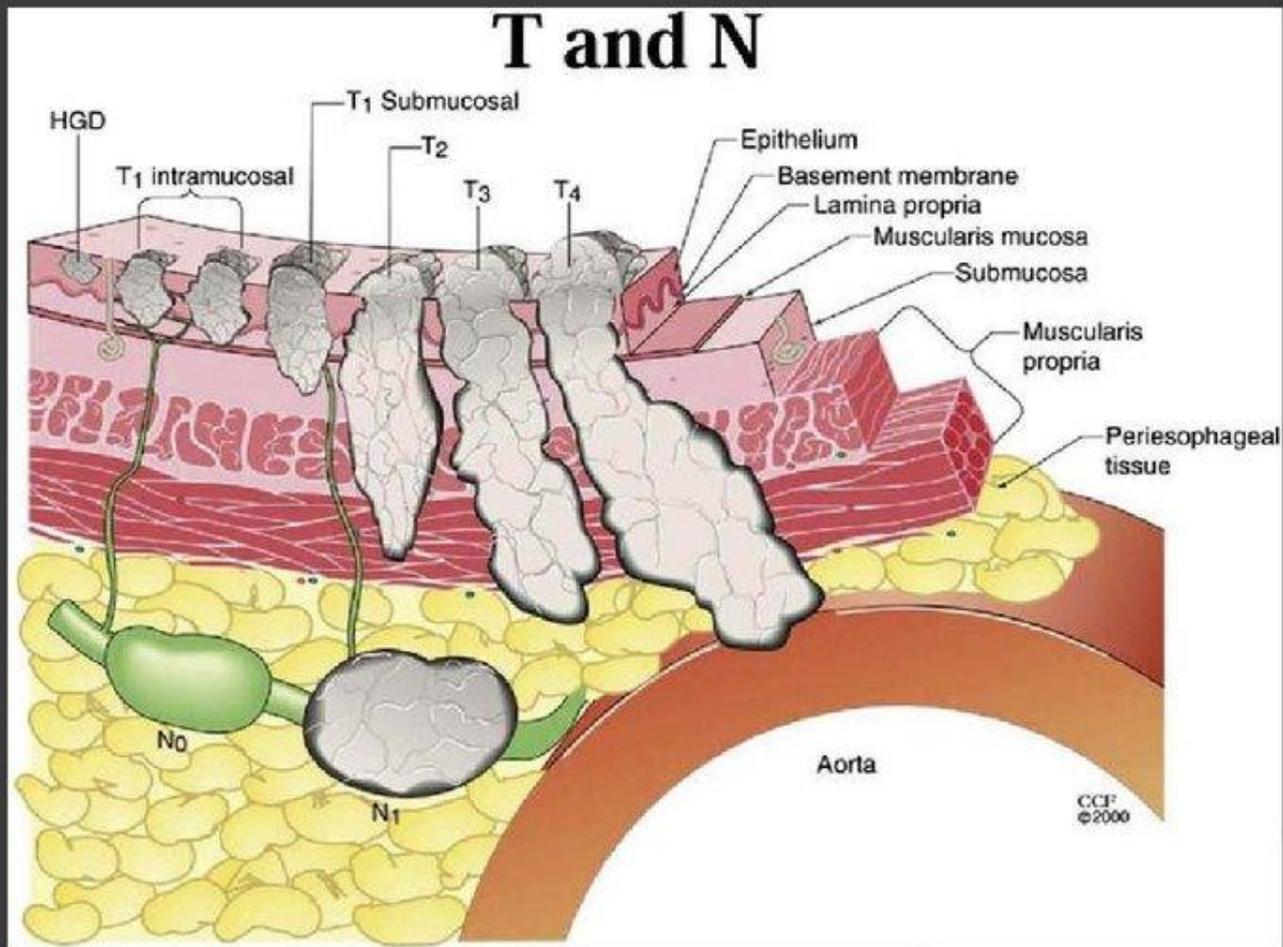
M₁ - имеются отдаленные метастазы

M_{1a} - метастазы в отдаленные лимфатические узлы.

M_{1b} - другие отдаленные метастазы

Рак пищевода

Классификация по TNM



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

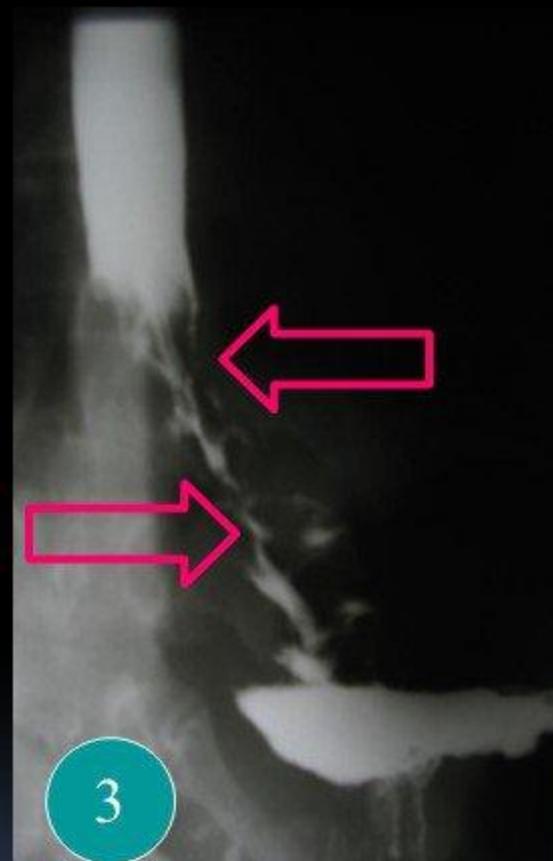
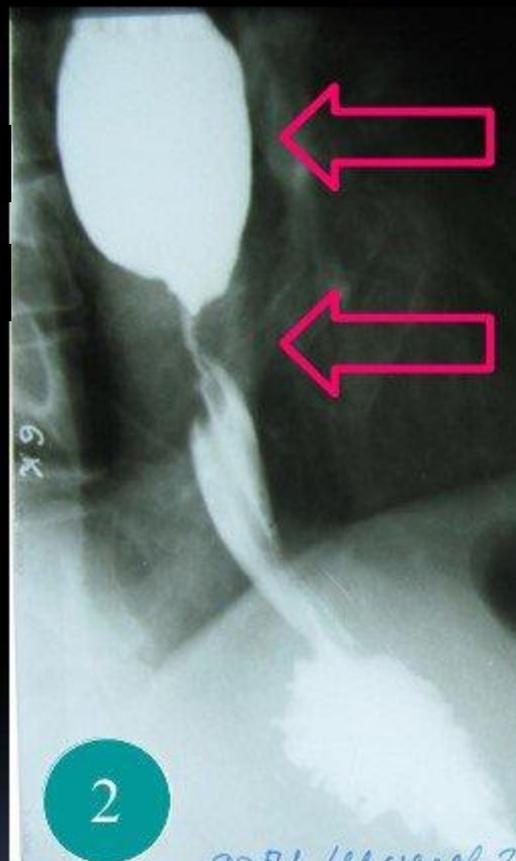
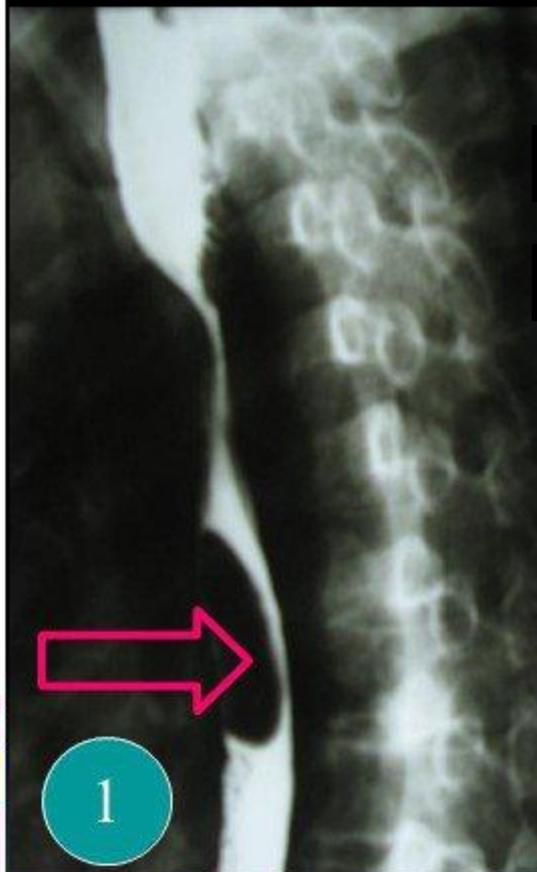
КЛИНИКА

- 
- ЗАБОЛЕВАНИЕ НА РАННЕЙ СТАДИИ ПРОТЕКАЕТ БЕССИМПТОМНО
 - ДИСФАГИЯ
 - БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ
 - ЗАГРУДИННЫЙ ДИСКОМФОРТ, ЧУВСТВО ИНОРОДНОГО ТЕЛА
 - СЛЮНОТЕЧЕНИЕ, ТОШНОТА, ОТРЫЖКА
 - ПОХУДАНИЕ И СЛАБОСТЬ
 - РЕГУРГИТАЦИЯ
 - ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА

ДИАГНОСТИКА

- 
- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ
 - ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
 - КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ
 - ТРАНСЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ
 - ТРАХЕОБРОНХОСКОПИЯ

Диагностика рака пищевода

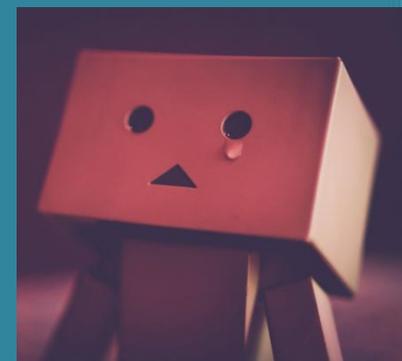


1 - дефект наполнения, 2 - дилатация и сужение просвета пищевода, 3 - изъеденность внутреннего контура.



Осложнения рака пищевода

- Дисфагия и обструкция, вначале для твердой, а затем для жидкой пищи.
- Потеря веса и истощение.
- Кровотечение и гангрена пищевода (сепсис)
- Трахео-эзофагеальные и эзофаго-медиастинальные свищи
- Медиастинит, плеврит, перикардит.



ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

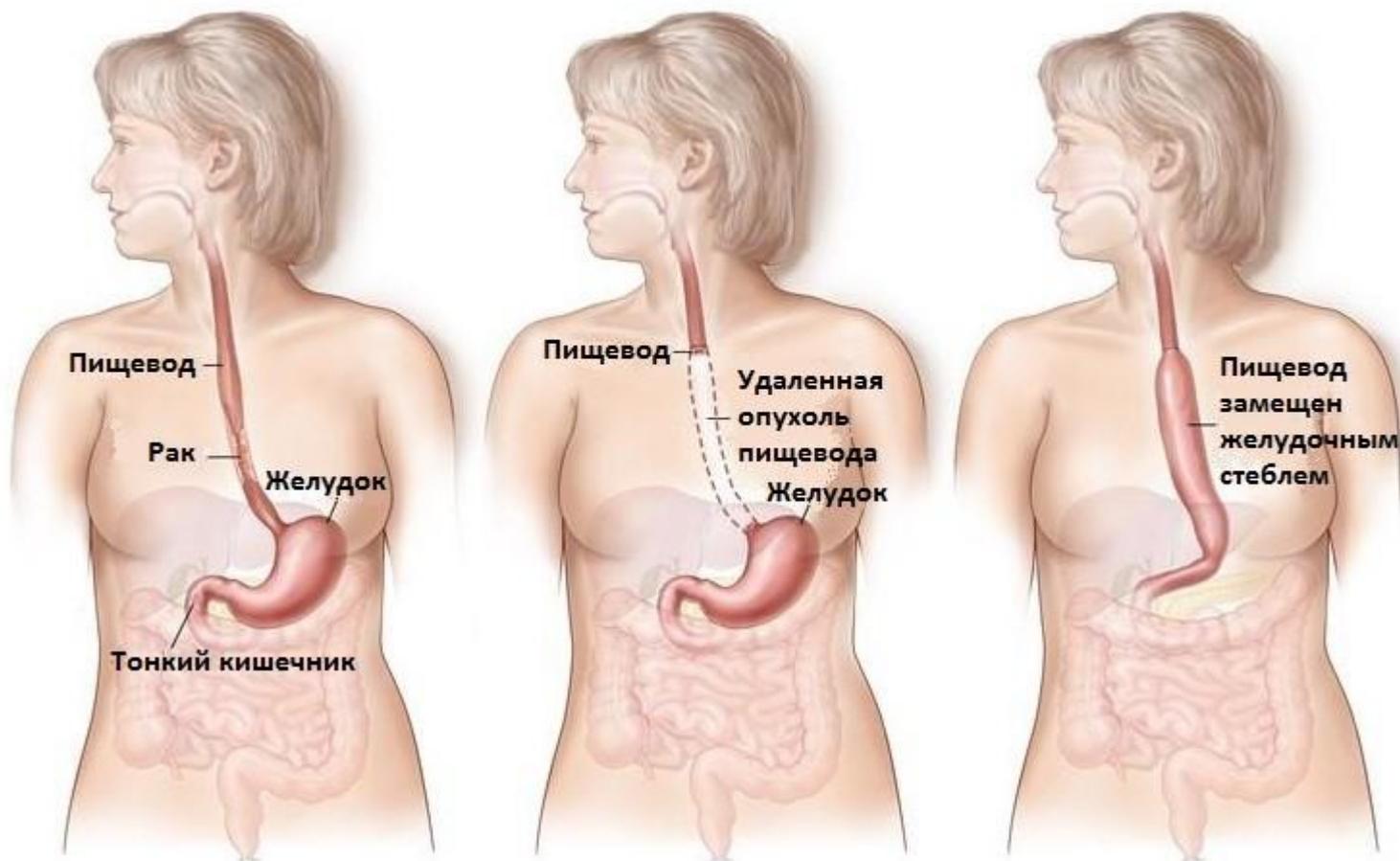
НЕСМОТРЯ НА ПРОГРЕСС, НАБЛЮДАЕМЫЙ ПРИ ЛУЧЕВОЙ И ХИМИОТЕРАПИИ, ЕДИНСТВЕННО РАДИКАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА ОСТАЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ.

ПРИМЕНЯЮТ ТРИ ОСНОВНЫХ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ПОДХОДА

- ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**
- ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**
- ХИМИОТЕРАПИЯ**



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

В настоящее время применяют следующие операции:

- Резекция или экстирпация пищевода вместе с опухолью с одновременным созданием эзофагостомы на шее и гастростомы (операция Добромыслова–Торека);*
- Резекция нижней половины пищевода из левостороннего торако-абдоминального доступа с одновременным наложением пищеводно-желудочного внутригрудного анастомоза;*
- Резекция пищевода вместе с опухолью с одновременной реконструктивной операцией и восстановлением проходимости для пищи по Льюису;*
- Резекция или экстирпация пищевода из абдоминального и шейного доступов с одномоментной пластикой пищевода изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка или целым желудком с анастомозом на шее.*

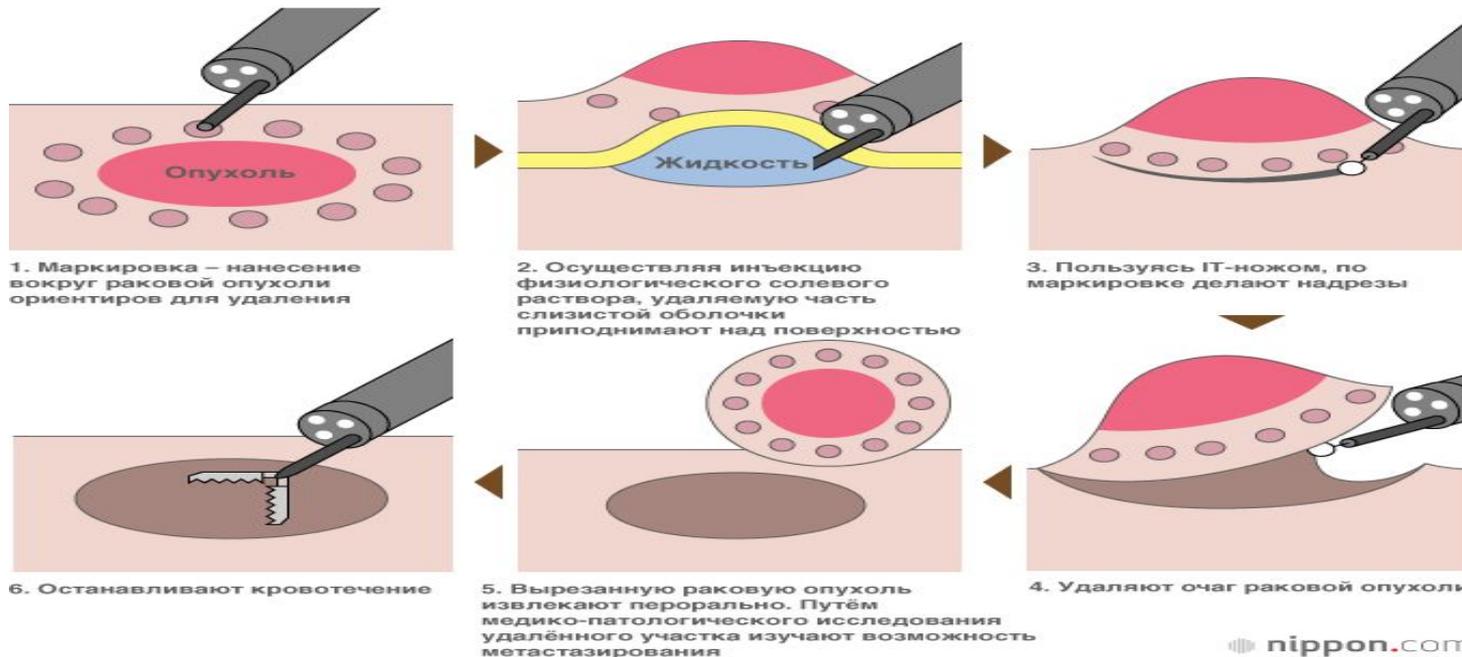
ЭНДСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Существует несколько вариантов этой процедуры:

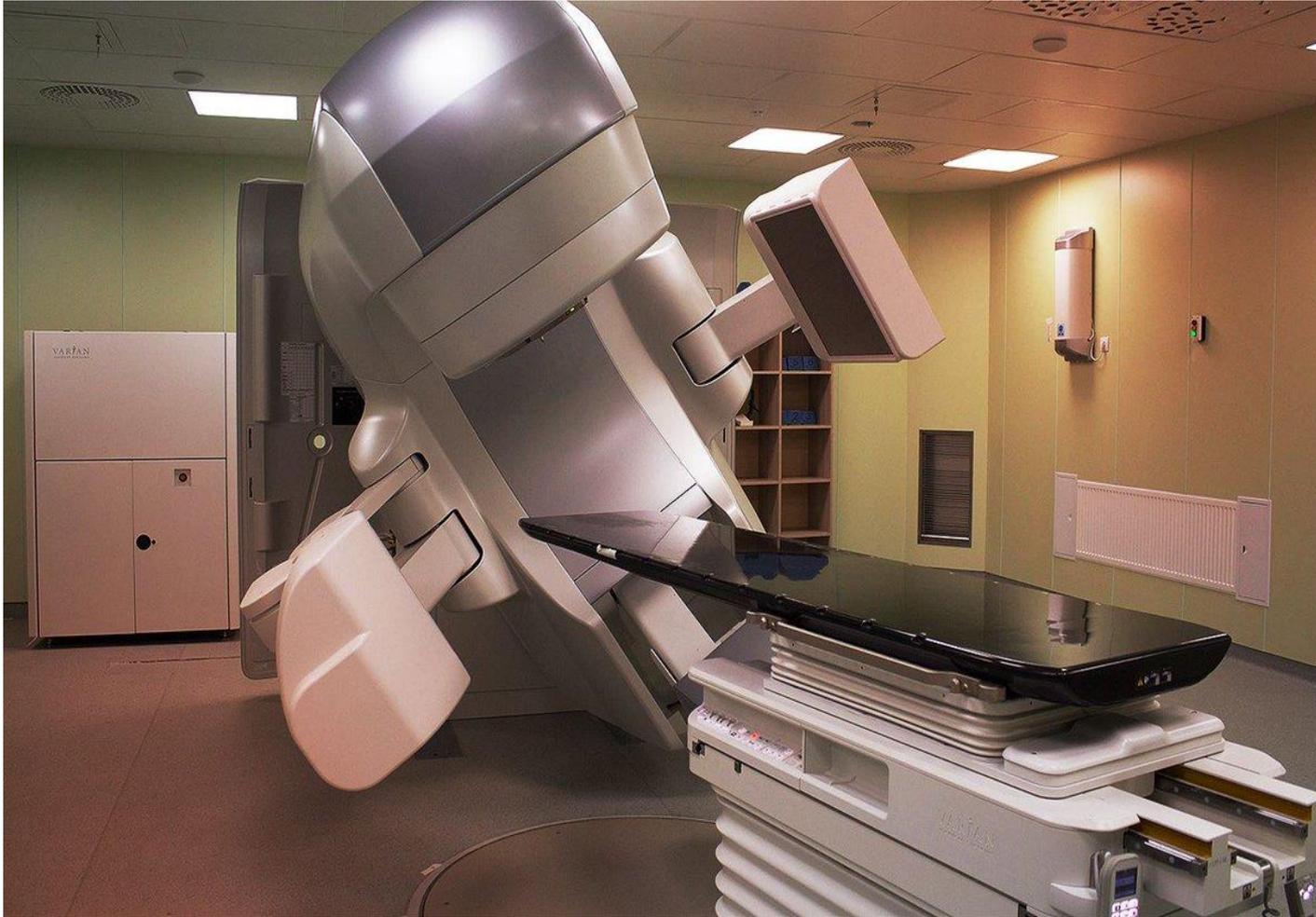
- эндоскопическая электрорезекция опухоли;
- эндоскопическая мукозэктомия;
- эндоскопическая лазерная деструкция;
- инъекционные методы



Эндоскопическое иссечение в пределах подслизистого слоя (ESD) повышает эффективность лечения раковых опухолей на ранней стадии



Лучевая терапия



Химиотерапия



Комбинированный метод



Каков прогноз при раке пищевода?

У больных, которым сделали операцию и провели курс химио- и лучевой терапии, выживаемость более 5 лет составляет:

на I стадии более 90%;

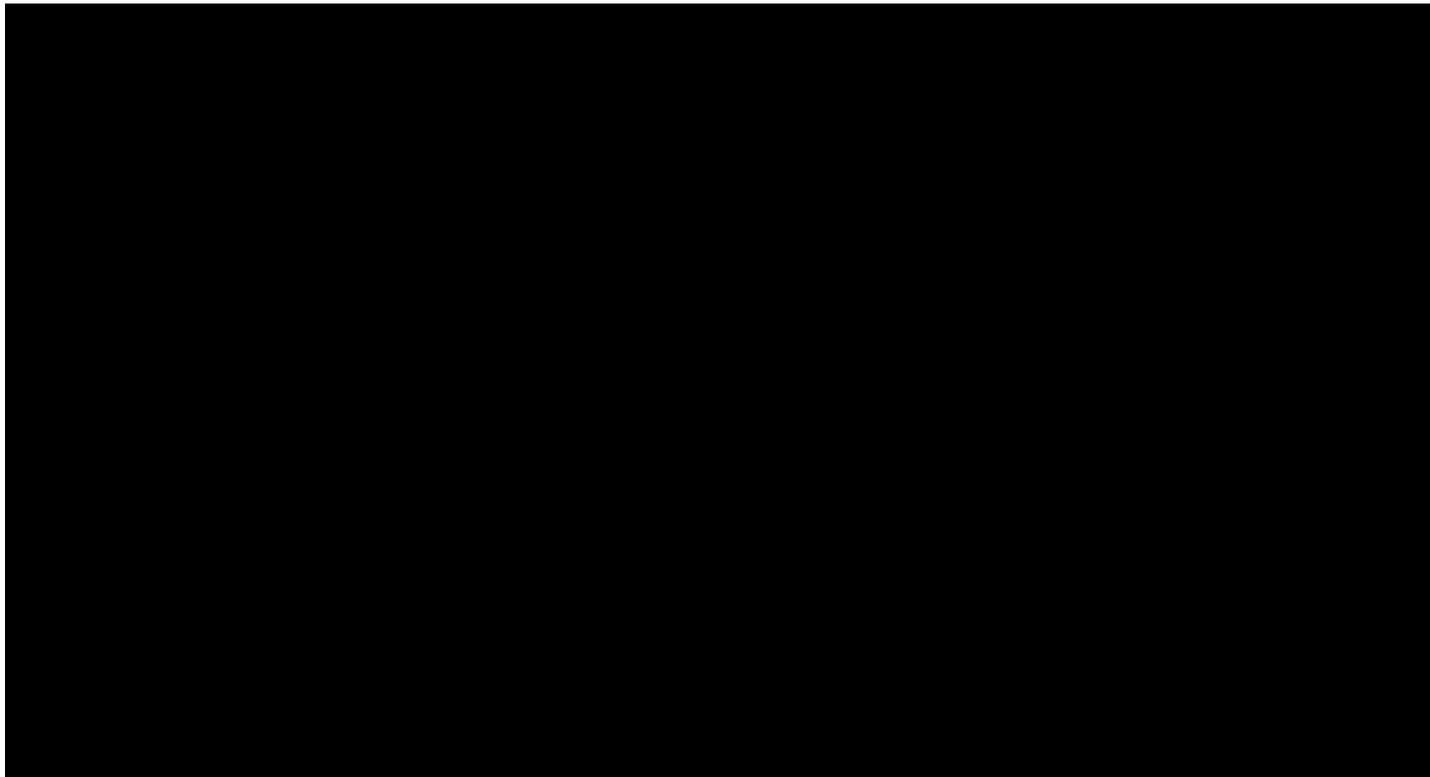
на II стадии – 50%;

на III стадии – около 10%.

Успех лечения зависит от особенности болезни: скорости роста опухоли, ее распространенности, наличия метастазов и сопутствующих заболеваний, общего состояния человека.



Экстирпация пищевода и желудка с этапной загрудинной эзофагоколопластикой



 [Кликай сюда](#)

**ЕСЛИ ХИРУРГИЮ ПИЩЕВОДА
СПРАВЕДЛИВО МОЖНО СЧИТАТЬ ОДНОЙ ИЗ
ТРУДНЕЙШИХ ГЛАВ НАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ
НАУКИ, ТО ТЕМ ПРИЯТНЕЕ ОТМЕТИТЬ, ЧТО В
РАЗВИТИИ ЕЁ РУССКИЕ ХИРУРГИ ВСЕГДА
ЗАНИМАЛИ ВЫДАЮЩЕЕСЯ МЕСТО.**

С.С. ЮДИН.





DEMOTIVATORS.RU



Хирурги считают

внутренний мир человека лучше всего раскрывается на операционном столе



*СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!*