

Н.Х. МУСАБАЕВ, Ф.Т. КАМБАРОВ, Ш.Г. АБДИЕВ, С.А. КАЙЫРЖАНОВА, А.К. РАХИМЖАНОВА

*Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
Кафедра хирургии №3 с курсом сердечно-сосудистой хирургии*

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА

В статье описаны современные оперативные методы лечения дивертикула пищевода, приведена современная классификация дивертикулов пищевода. Описана клиника, отражены основные симптомы и методы диагностики. Дивертикулы пищевода составляют 0,5-7,7% всех доброкачественных заболеваний пищевода. Продемонстрированы методы хирургического подхода к решению данной проблемы: схематически показаны способы хирургического лечения, в том числе инновационный метод лечения эндоскопического удаления дивертикула пищевода. При анализе исходов лечения больных, оперированных различными методами, установлено что у 11,1% возникли послеоперационные осложнения, что соответствует уровню мировой статистики. У 8,3% больных отмечено нагноение послеоперационной раны, у 2,8% из них парез возвратного нерва (после дивертикулэктомии открытым способом). В 5,6% случаях возник рецидив болезни (при инвагинации бифуркационных дивертикулов). Летальных исходов не было отмечено.

Ключевые слова: *пищевод, дивертикул, диафрагма.*

Актуальность. Дивертикулы – одно из наиболее часто встречающихся доброкачественных заболеваний пищевода в 0,5-7,7%. Первые описания дивертикулов пищевода принадлежат Ludlov (1764) и Deguise (1804). Rokitansky (1840) разделил все дивертикулы пищевода на пульсионные и тракционные. Он же подробно описал эпибронхиальные дивертикулы, а Zenker (1877) – пульсионные дивертикулы в области шеи, на границе пищевода и глотки, которые получили в последующем название пищеводно-глоточных, или ценкеровских дивертикулов. При анализе исходов лечения больных, оперированных различными методами, установлено что у 11,1% возникли послеоперационные осложнения, что соответствует уровню мировой статистики. У 8,3% больных отмечено нагноение послеоперационной раны, у 2,8% из них парез возвратного нерва (после дивертикулэктомии открытым способом). В 5,6% случаях возник рецидив болезни (при инвагинации бифуркационных дивертикулов). Летальных исходов не было отмечено.

Целью данной работы является рассмотрение современных оперативных методов лечения дивертикула пищевода.

Современная классификация дивертикулов пищевода по Б.В. Петровскому и Э.Н. Ванцяну (1961)

- по локализации: фаринго-эзофагеальные (ценкеровские), бифуркационные, эпифренальные, абдоминальные;
- по происхождению: врожденные, приобретенные;
- по механизму: пульсионные, тракционные;
- по количеству: одиночные, множественные.

Пульсионные дивертикулы обычно развиваются при повышении давления в пищеводе в результате нарушения его моторики, стенозов нижележащих отделов пищевода. Стенка пищевода в этом случае выпячивается в более слабом месте.

Тракционные дивертикулы образуются в результате сращения между стенкой пищевода и окружающими органами. Обычно сращение происходит при воспалительном процессе в лимфатических узлах корней легких, трахеи. При этом орган, к которому припаяна часть пищевода, тянет ее на себя, стенка пищевода растягивается, образуется выпячивание – дивертикул.

Большинство авторов также выделяют истинные и ложные дивертикулы пищевода.

Истинный дивертикул – это выпячивание, стенки которого образованы всеми слоями пищевода (слизистой, мышечной и наружной оболочкой).

Ложный дивертикул – это выпячивание слизистой оболочки через дефект в мышечном слое стенки пищевода. Стенка такого выпячивания состоит только из слизистой и наружной оболочки.

По литературным данным, глоточно-пищеводные дивертикулы встречаются в 57,6%, эпибронхеальные в 26,8%, эпифренальные в 12,6% и абдоминальные в 3% случаев.

Дивертикулы чаще бывают у мужчин, чем у женщин, в возрасте от 50 до 70 лет.

Клиника дивертикулов пищевода. Ценкеровский дивертикул в начальной стадии может проявляться только неопределенным дискомфортом (некоторая неловкость при глотании, периодически «царапанье» в области глотки). При увеличении размеров мешка симптоматика становится более богатой. Вследствие попадания пищи в дивертикул и сдавления пищевода появляется дисфагия, которая облегчается после опорожнения дивертикула. После еды, особенно в положении лежа, наблюдается регургитация непереваренных пищевых масс из дивертикула; у больных появляется неприятный запах изо рта. Регургитация во время сна пищевых масс и слизи приводит к развитию легочных осложнений. Из других осложнений дивертикула заслуживают упоминания изъязвления и перфорации пищевода, кровотечения; в редких случаях развивается рак. При больших ценкеровских дивертикулах в области шеи может быть видна эластичная опухоль, которая при нажатии на шею может исчезать, так как наступает опорожнение мешка.

Бифуркационные дивертикулы, особенно небольшие, с широкой шейкой, протекают бессимптомно, чаще всего являясь случайной рентгенологической находкой. Основными симптомами при дивертикулах бифуркационного отдела пищевода служат различной выраженности дисфагия, загрудинные боли или боли в спине. Дисфагия при

небольших дивертикулах зависит от сегментарного эзофагита в области шейки и спазма пищевода. Боли могут быть вызваны как дивертикулитом и перидивертикулитом, так и сегментарным эзофагитом.

Эпифренальные дивертикулы при небольших размерах и широкой шейке могут протекать бессимптомно. При значительных размерах дивертикула и возникновении дивертикулита больные жалуются на дисфагию, срыгивание, загрудинные боли, тяжесть за грудиной после еды. В ряде случаев боли напоминают стенокардию. В некоторых случаях клиническая картина весьма сходна с таковой при кардиоспазме или грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

Диагностика дивертикулов пищевода. В распознавании дивертикулов рентгенологическое исследование играет основную роль. Показано тщательное, многоосевое исследование в различных положениях больного. Задача состоит не только в том, чтобы выявить дивертикул, но и точно локализовать его, определить, на какой стенке он расположен, какова шейка (узкая, широкая), как длительно задерживается бариевая взвесь, имеются ли нарушения проходимости пищевода и явления сопутствующего эзофагита. Необходимо тщательно обследовать стенки дивертикула, так как возможно развитие в нем полипа и рака. Следует помнить о возможности формирования эзофагомедиастинальных и эзофагореспираторных свищей. Более детальную информацию о локализации и соотношении с другими органами дает компьютерная томография. Эндоскопическое исследование показано при подозрении на свищ, рак или полип, для уточнения роли дивертикула как возможного источника кровотечения и в ряде случаев для установления показаний к хирургическому лечению в плане выявления дивертикулита и изъязвлений дивертикула.

Некоторую помощь в диагностике может оказать эзофагоманометрия, при которой в области дивертикула определяется снижение давления покоя. В случае сегментарного эзофагита в ответ на глоток здесь может быть зафиксирован спазм пищевода.

Лечение дивертикулов пищевода

Показания: плохо опорожняющиеся большие дивертикулы (больше 2 см), дивертикулит, дисфагия, регургитация, кровотечение, перфорация и медиастинит.

Противопоказания: тяжелые сердечно-легочные заболевания. При небольших легко опорожняющихся дивертикулах без клинических проявлений операция не показана.

Техника операции. При цепкероиском дивертикуле глотку и пищевод обнажают косым разрезом на шее спереди и параллельно левой кивательной мышце, при этом в пищевод вводят толстый желудочный зонд. Дивертикул острым путем выделяют из окружающих тканей и иссекают, потягивая его окончатый зажимом (рисунок 217, а, б, 218). При этом стараются сильно не вытягивать слизистую оболочку, чтобы не вызвать стеноза глоточно-пищеводного перехода.

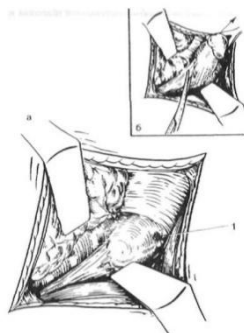


Рисунок 1 – При цепкероиском дивертикуле.

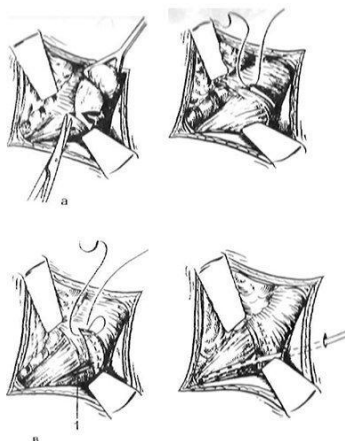


Рисунок 2 – Иссечение дивертикулита и ушивание раны

Слизистую оболочку с подслизистым слоем ушивают в поперечном направлении узловыми атравматическими швами. Второй ряд швов накладывают на мышцы глотки. Можно также прошить мешок дивертикула у основания стэйплером, затем иссечь и наконец ушить мышцы в поперечном направлении. Иногда выполняют миотомию нижнего констриктора глотки по ее задней стенке. В рану ставят дренаж для активной аспирации, вводят назогастральный зонд для декомпрессии.

Бифуркационные и эпифренальные дивертикулы удаляют через правосторонний трансторакальный доступ в V—VI межреберье (при этом определить локализацию дивертикула помогает инсуффляция воздуха в пищевод через зонд).

Рассекают медиастинальную плевру, выделяют дивертикул из окружающих тканей, иссекают его и рану пищевода ушивают продольно послойно двумя рядами швов. Пищевод выделяют лишь настолько, чтобы можно было свободно иссечь дивертикул. Циркулярное выделение пищевода в большинстве случаев излишне. Иногда для облегчения доступа к бифуркационному дивертикулу целесообразно пересечь между лигатурами непарную вену. Операцию заканчивают дренированием плевральной полости и введением назогастрального зонда для декомпрессии.

При эпифренальном дивертикуле после его выделения и иссечения рану пищевода ушивают узловыми швами в два ряда в продольном направлении. Если дивертикул не визуализируется, полезно инсуффлировать воздух в пищевод через зонд. При очень широкой шейке дивертикула возможно ушивание раны пищевода в поперечном направлении. Операцию заканчивают дренированием плевральной полости и введением назогастрального зонда для декомпрессии (рис. 219—221). Если стенка пищевода в месте швов слабая, ее укрепляют соседними тканями, например лоскутом плевры или диафрагмы на ножке (рис. 222—223).

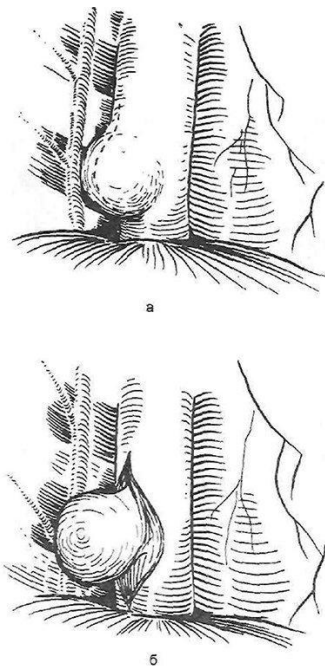


Рисунок 3 – Операция при эпифренальном дивертикуле. а — линия рассечения медиастинальной плевры; б — выделение дивертикула

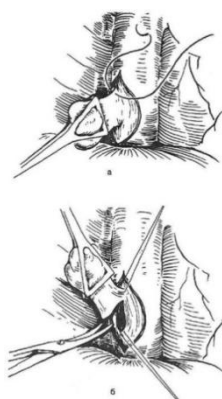


Рисунок 4 – Прошивание дивертикула у шейки (а) и отсечение его в продольном направлении (б).

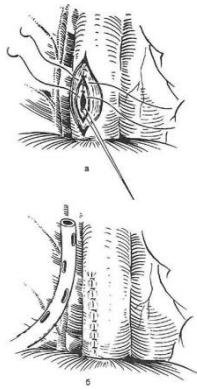


Рисунок 5 - Послойное ушивание раны пищевода (а) и дренирование плевральной полости (б).

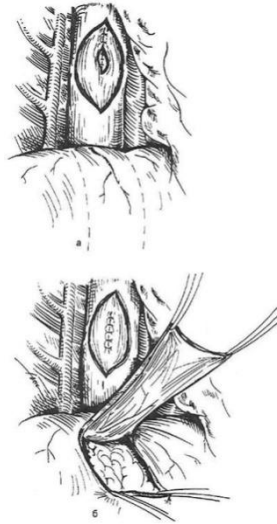


Рисунок 6 - Укрепление швов стенки пищевода диафрагмальным лоскутом на сосудистой ножке.
а — линия выкраивания лоскута обозначена пунктиром; б — сформированный диафрагмальный лоскут.

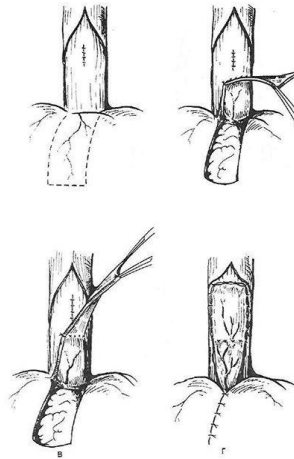


Рисунок 7 - Фиксация диафрагмального лоскута вокруг линии швов пищевода и ушивание диафрагмы (а—г).
Объяснения в тексте.

Подобным образом выполняют операцию и при бифуркационном дивертикуле пищевода. Инвагинация дивертикула по Жирару (1896) применима лишь при небольших дивертикулах во время сочетанных операций. При инвагинации дивертикула целесообразно сделать одним из способов пластическое укрытие области его шейки.

Современные методы лечения: эндоскопическое удаление.

Показания: перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз пищевода, рак, развитие свищей.

Противопоказания: заболевания сердечно-сосудистой системы.



Рисунок 8 – Начало септотомии. «Мостик» дивертикула в просвете.



Рисунок 8 – Обработка «мостика» дивертикула игольчатым электроножом.



Рисунок 9 – «Мостик» дивертикула пересечена

Больному выполняется эзофагогастродуоденоскопия, при извлечении эндоскопа в момент нахождения на уровне верхней трети пищевода с аппарата в область дивертикула устанавливалась «двулепестковая» трубка. Более длинный лепесток проводится в пищевод, а короткий лепесток в дивертикул. Затем осуществляется рассечение «мостика» между пищеводом и дивертикулом с помощью игольчатого электроножа. Закрытие дефекта слизистой оболочки осуществлялось методом клипирования.

Выводы:

1. Дивертикулы – одно из наиболее часто встречающихся доброкачественных заболеваний пищевода в 0,5-7,7%.
2. Операцией выбора при дивертикулах пищевода является дивертикулэктомия с укреплением стенки пищевода лоскутом плевры или диафрагмы (операция Б. В. Петровского – Э. Н. Ванцяна).
3. При бифуркационных дивертикулах дивертикулэктомия выполняется из правостороннего торакального доступа, а при эпифренальных – через левостороннюю торакотомия.
4. Внедрение видеоэндоскопических операций при дивертикулах пищевода уменьшает количества послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.
5. У пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, при невозможности выполнить оперативно-хирургическое лечение необходимо назначать консервативную терапию, включающую диету, блокаторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, антацидные средства, антибактериальную терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ю. Е. Березов, М. С. Григорьев. Хирургия пищевода. – М.: «Медицина», 1965. – 364 с.
- 2 Коломийченко М. И. Реконструктивная хирургия пищевода. – Киев: «Здоровье», 1967. – 410 с.
- 3 Ванцян Э.Н., Часов В.И. Дивертикулы пищевода и принципы их хирургического лечения. Грудная хирургия. – 1968. – № 4. – С. 84 – 93.
- 4 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000 – 352 с.

Н.Х. МУСАБАЕВ, Ф.Т. КАМБАРОВ, Ш.Г. АБДИЕВ, С.А. КАЙЫРЖАНОВА, А.К. РАХИМЖАНОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ӨНЕШ ДИВЕРТИКУЛЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

Түйін: Мақалада өнеш дивертикулының қазіргі заманғы хирургиялық емдеу әдістері сипатталған, өнеш дивертикулдарының қазіргі заманғы жіктелуін көрсетеді. Клиникасы сипатталған, негізгі симптомдары мен диагностикалық әдістері көрсетілген. Өнеш дивертикулдары өнештің катерсіз ауыруларының 0,5-7,7% құрайды. Бұл мәселені шешу үшін, хирургиялық емдеу әдістері көрсетілген: хирургиялық емдеу тәсілдері схема түрінде көрсетілген, соның ішінде инновациялық жолымен өнеш дивертикулдарының эндоскопиялық жолымен алуы. Әр түрлі хирургиялық емдеумен емделген науқастардың анализдерін талдау кезінде 11,1% науқастарда отадан кейінгі асқынулар байқалады, бұл деген әлемдік статистикаға сәйкес келеді.

8,3% науқастарда жараның отадан кейінгі іріңдеуі, 2,8% науқастарда қайтарымды нервтің парезі байқалады (дивертикулэктомияның ашық тәсілінде). 5,6% жағдайларда ауырудың қайталануы байқалды (дивертикулдың бифуркациялық инвагинация кезінде). Өлім жағдайлары байқалған жоқ.

Түйінді сөздер: өңеш, дивертикул, диафрагма.

N.H. MUSABAEV, F.T. KAMBAROV, SH.G. ABDIEV,

S.A. KAYYRZHANOVA, A.K. RAKHIMZHANOVA

Asfendiyarov Kazakh national medical university

MODERN OPERATIVE METHODS OF ESOPHAGUS DIVERTICULUM TREATMENT

Resume: The article describes modern operational methods of treatment of esophageal diverticulum and shows the current classification of esophageal diverticulum. Disease manifestation which is described in this article reflects the main symptoms and diagnostic methods. Diverticulum of esophagus constitute 0,5-7,7% of all benign esophageal diseases. Methods of surgical approach for solving this problem: schematically shows methods of surgical treatment, including an innovative method of treatment of endoscopic removal of esophageal diverticulum are showcased. When analyzing the treatment outcomes of patients operated on by different methods, it's found that 11.1% of all patients had postoperative complications, which corresponds to the global statistics. In 8.3% of cases patients had a postoperative wound festering, 2.8% of them had paresis of the recurrent nerve (after opened technichs of divertikulektomy). In 5.6% of cases there were cases of disease recurrence (after bifurcation diverticula intussusception). No deaths were noted.

Keywords: esophagus, diverticulum, the diaphragm.