© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.329-007.64-07-089

А. Н. Тулупов, Г. И. Синенченко, М. И. Сафоев, А. В. Никитин

ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»
(дир. — д-р мед. наук проф. В. Е. Парфенов)

ЦЕЛЬ. Определение оптимального метода хирургического лечения ценкеровского дивертикула. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** 12 мужчин. При обследовании использованы рентгеновское контрастирование пищевода и фиброэзофагоскопия. Всем пациентам производилась плановая дивертикулэктомия из шейного доступа. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У всех лечение протекало без осложнений, с благоприятным исходом и хорошим отдаленным результатом. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Открытая дивертикулэктомия из шейного доступа при фарингоэзофагеальном дивертикуле является операцией выбора.

Ключевые слова: ценкеровский дивертикул, фарингоэзофагеальный дивертикул, пищевод

A. N. Tulupov, G. I. Sinenchenko, M. I. Safoev, A. V. Nikitin

ZENKER-DIVERTICULUM: DIAGNOSTICS AND TREATMENT

I. I. Dzhanelidze St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine

OBJECTIVE. The study determined an optimal method of surgical treatment of Zenker-diverticulum. **MATERIALS AND METHODS.** The patients (12 men) were examined using X-ray contrasting of the esophagus and fibroesophagoscopy. The planned diverticulectomy from cervical access was performed on all patients. **RESULTS.** The treatment was without complications and the patients had favorable outcomes and good long-term results. **CONCLUSIONS.** The open diverticulectomy using cervical access is the operation of choice.

Key words: Zenker-diverticulum, pharyngoesophageal diverticulum, esophagus

Введение. Проблема хирургического лечения заболеваний пищевода и, в частности, дивертикулов отличается особой сложностью. Это обусловлено особенностями анатомического строения и расположения пищевода, его взаимоотношениями с такими жизненно важными органами, как сердце, магистральные сосуды, легкие, сегментарностью кровоснабжения и т. д. [1, 3].

Глоточно-пищеводные дивертикулы относятся к числу редких заболеваний и среди других дивертикулов пищевода составляют от 1,3 до 5 %. У мужчин они встречаются в 2–3 раза чаще, чем у женщин. Возраст большинства пациентов составляет более 45 лет. Этиология заболевания во многом остается неизвестной, однако установлено, что предрасполагающими факторами являются пороки внутриутробного развития, язвенная и желчнокаменная болезнь, хронические холециститы, стоматиты, ларингиты и др.

Местом расположения фарингоэзофагеальных дивертикулов является треугольник Ланье — Хаккермана, боковые стороны которого образованы волокнами щитовидной части нижнего констриктора глотки, а основание — перстнеглоточной частью той же мышцы. Этот треугольник является местом наименьшего сопротивления, где нижний отдел глотки сдавливается между позвоночником и гортанью. Встречаются также дивертикулы треугольника Лаймера, вершиной обращенного книзу. Его боковые стороны образованы продольными пучками мышечной оболочки пищевода, а основанием служит перстнеглоточная часть нижнего констриктора глотки. Слабость задней стенки глоточно-пищеводного перехода более выражена слева, здесь же чаще и встречаются такие дивертикулы. Фарингоэзофагеальные дивертикулы правосторонней локализации носят имя Киллиана — Джеймисона [2].

Решающую роль в этиологии и патогенезе данного заболевания играет дисфункция нервно-мышечного аппарата глотки. Нижний констриктор глотки образован поперечнополосатой мускулатурой и состоит из двух частей: щито-глоточной мышцы, начинающейся от наружной поверхности пластинки щитовидного хряща гортани, и перстнеглоточной мышцы, начинающейся от боковой поверхности перстневидного хряща гортани. Мышечные пучки нижнего констриктора расходятся веером назад, вниз, горизонтально и вверх и на задней поверхности глотки срастаются с пучками аналогичной мышцы противоположной стороны, образуя по срединной линии шов глотки. Главная функция нижнего констриктора заключается в сужении просвета глотки. При поступлении болюса (пищевое комка или жидкости) в глотку продольные мышцы поднимают ее сверху, а констрикторы глотки сокращаются последовательно от верхнего констриктора к нижнему, в результате чего болюс проталкивается по направлению к пищеводу. Дискоординация между глотательным сокращением поперечнополосатой мускулатуры глотки и синхронным расслаблением глоточно-пищеводного сфинктера в настоящее время считается главным фактором патогенеза дивертикула Ценкера, т. е. механизм его формирования является пульсионным. Наличие гастроэзофагеального рефлюкса приводит к повышению давления в области слаботости мышцы и вместе с другими неблагоприятными факторами способствует выпячиванию слизистой оболочки пищевода [3].

F. Lahey [4] выделил три стадии формирования ценкеровского дивертикула:

I стадия — небольшое выпячивание слизистой оболочки в углах промежутка; пациента беспокоит лишь чувство раздражения его в момент попадания пищи; после покашливания неприятные ощущения исчезают;

II стадия — дивертикул расширяется и располагается сзади и вниз от глотки; в его полости скапливается пища; отмечается урчание вследствие заглатывания воздуха; затруднений при глотании нет;

III стадия — массивное расширение дивертикула; пищевод уходит вперед; устье дивертикула находится в начальной части глотки; пища попадает в дивертикул, а потом выбрасывается обратно в полость рта (дисфагия).

Первое описание дисфагии, связанной с наличием ценкеровского дивертикула, принадлежит английскому хирургу A. Ludlow [5].

Материал и методы. По поводу этого патологического состояния нами обследованы и оперированы 12 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. Все были курильщиками и имели

признаки хронического обструктивного бронхита. Кроме этого, 6 из них страдали рефлюкс-эзофагитом, 3 — язвенной болезнью, 3 — гипертонической болезнью. У 5 больных в анамнезе имелась аспирационная пневмония. Клинические признаки ценкеровского дивертикула (дискомфорт при проглатывании пищи, срыгивание, нарушение прохождения пищи по пищеводу, связанные с продолжительным застоем пищи в дивертикуле, неприятный запах изо рта, рвота) до момента обращения за медицинской помощью у них постепенно прогрессировали в течение от 2 до 5 лет. Трое для опорожнения дивертикула прибегали к глубокому надавливанию над левой ключицей после еды. При этом все они отмечали приносящие облегчение журчание и признаки регургитации пищи. У 7 пациентов диагностирована II стадия этого заболевания, у остальных 5 — III стадия. Перфорации дивертикула в анамнезе у наших пациентов не было, а эпизоды застойного дивертикулита отмечали все.

При обследовании пациентов, наряду с традиционными клиническими методами, использовали рентгеноскопию и прицельную рентгенографию пищевода с контрастированием при помощи взвеси сульфата бария, а также фиброэзофагогастродуоденоскопию. Рентгенологически при контрастировании пищевода в области фарингоэзофагеального перехода слева выявляли свисающее книзу мешковидное выпячивание стенки размером от 2×4 до 4×6 см с продолжительной задержкой взвеси сульфата бария (рис. 1).

При фиброэзофагоскопии в этой зоне диагностировали устье шейки дивертикула диаметром от 1 до 2 см. При аспирации, как правило, визуализировали поступление из дивертикула округлого комка слежавшейся твердой пищи (рис. 2). Отсутствие эндоскопических признаков дивертикулита (гиперемия и отечность слизистой оболочки) позволило произвести плановое оперативное вмешательство.

Рис. 1. Ценкеровский дивертикул при контрастировании пищевода.

а — рентгенограмма в прямой проекции; б — рентгенограмма в левой боковой проекции

Рис. 2. Фотографии при эндоскопии пищевода.

а, б — устье дивертикула; в — пищевой комок из дивертикула в просвете пищевода

Важное значение придавали предоперационной подготовке: санации полости рта и трахеобронхиального дерева, устранению застоя пищи в дивертикуле, купированию воспалительных явлений со стороны слизистой оболочки, профилактическому введению антибиотиков широкого спектра действия за 3 ч до операции.

Всем пациентам под общим обезболиванием с интубацией трахеи произведена классическая дивертикулэктомия из шейного доступа по Разумовскому. После интубации трахеи в пищевод вводили толстый зонд. Разрез мягких тканей длиной 8–10 см производили по внутреннему краю

левой грудиноключично-сосцевидной мышцы. Тупо разделяя мягкие ткани, обнаруживали дивертикул. Последний мобилизовали до основания его шейки и выводили в рану. Устье шейки дивертикула прошивали аппаратом УО-40 и пересекали (рис. 3). Культю обрабатывали спиртовым раствором йода и инвагинировали, после чего зонд из пищевода удаляли и рану зашивали наглухо. После операции в течение 3 сут осуществляли парентеральное питание, а в последующем — зондовое с постепенным переходом на диету № 1. Через 2 нед после оперативного вмешательства больных переводили на общий стол.

Все пациенты, участвовавшие в клиническом исследовании, дали на это письменное добровольное информированное согласие. Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в ред. 2013 г.).

Результаты и обсуждение. Осложнений после проведения таких операций не было. Все пациенты выздоровели и вернулись к труду. При контрольном осмотре через 1 год после оперативного лечения все они практически здоровы, качество их жизни удовлетворительное.

Альтернативой традиционному хирургическому вмешательству при ценкеровском дивертикуле является фиброэзофагоскопическое оперативное лечение [1]. Суть операции заключается в рассечении под эндоскопическим контролем электроножом перегородки между пищеводом и дивертикулом для улучшения условий для пассажа пищи. Анестезия — сочетанная (общая внутривенная и местная терминальная лидокаиновая). При противопоказаниях для общей анестезии такое вмешательство можно производить только под местным обезболиванием. Перегородку обрабатывают антисептиком. За один сеанс коагулируют около 1 см перегородки. Возможно использование игольчатого ножа и аргонплазменной коагуляции. При необходимости сеанс повторяют через 4 нед. Однако при таких операциях риск кровотечения выше, чем при проведении традиционного вмешательства. В своей практике эндоскопическое оперативное лечение дивертикулов мы не использовали.

Выводы. Операцией выбора при ценкеровском дивертикуле пищевода является классическая дивертикулэктомия при отсутствии признаков дивертикулита или перфорации пищевода.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Атлас хирургии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы и желчных путей / Под ред. П. А. Клавьева, М. Г. Сарра, Ю. Фонга: пер. с англ. М.: Изд-во Панфилова, БИНОМ, Лаборатория знаний, 2009. 980 с. [Atlas khirurgii verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta, pecheni, podzheludochnoi zhelezy i zhelchnykh putei / Pod red. P. A. Klav'eva, M. G. Sarra, Yu. Fonga: per. s angl. Moscow: Izd-vo Panfilova, BINOM, Laboratoriya znaniy, 2009. 980 p.]
2. Бобылев Д. А. Особенности клинической картины и данных рентгеноскопии в диагностике дивертикулов Ценкера

Рис. 3. Интраоперационные фотографии этапов дивертикулэктомии.

а — общий вид дивертикула в ране; б, в — мобилизация шейки дивертикула; г — прошивание основания шейки дивертикула аппаратом УО-40 перед отсечением

и Киллиана—Джеймисона // Бюл. мед. интернет-конференций. 2013. Т. 3, вып. 2. С. 212 [Bobylov D.A. Osobennosti klinicheskoi kartiny i dannykh rentgenoskopii v diagnostike divertikulov Tsenkera i Killiana—Dzheimisona // Byul. med. internet-konferentsii. 2013. Vol. 3, вып. 2. P. 212].

3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. 352 с. [Chernousov A.F., Bogopol'skii P.M., Kurbanov F.S.

Khirurgiya pishchevoda: Rukovodstvo dlya vrachei. Moscow: Meditsina, 2000. 352 p.].

4. Lahey F. Esophageal diverticula and the technic of their removal. In Surgical Practice of the Lahey // Clinic. Philadelphia. 1951. P. 175–195.

5. Ludlow A. A case of obstructed deglutition from a preternatural dilatation of bag formed in the pharynx // Medical observation and Enquiries, Society of Physicians. London, 1769. Vol. 3. P. 85–101.

Поступила в редакцию 09.12.2016 г.

Сведения об авторах:

Тулупов Александр Николаевич (e-mail: altul@narod.ru), д-р мед. наук, проф., руков. отд. сочетан. травмы;
Синенченко Георгий Иванович, д-р мед. наук, проф., руков. отд. неотлож. хир.; Сафоев Муса Искандерович (e-mail: bagdas@mail.ru),
канд. мед. наук, зав. отд. эндоскоп.; Никитин Александр Валерьевич (e-mail: aleknicitin@gmail.com), хирург отд. сочетан. травмы;
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург ул. Будапештская, 3.