

иммунопозитивными клетками, к общей площади клеток в поле зрения и выражали в процентах. Во 2 группе экспрессия RTF1 снижалась на 46% по сравнению с 1 группой, что указывает на снижение устойчивости организма женщин с онкологической патологией к стрессорным воздействиям. Площадь экспрессии RON, Рах6, Сhх 10 в буккальном эпителии у женщин с раком молочной железы снижалась по сравнению со здоровыми обследуемыми соответственно на 44%, 24% и 60%.

На системном уровне индикаторами развития новообразований является снижение способности клеток к терминальной дифференцировке и подавление экспрессии белка RON, участвующего в противоопухолевой защите организма.

М.П. Королёв, А.В. Климов, М.В. Антипова, О.Б. Ткаченко.

СЛУЧАЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА

Санкт-Петербургская государственная медицинская педиатрическая академия

Дивертикулы пищевода известны с 1764 года, когда патологоанатом К.Ludlow во время аутопсии выявил мешковидные выпячивания стенки пищевода. В 1877 году F.Zenker и Zievssen впервые провели фундаментальную работу по анализу гипофренального дивертикула, который с тех пор называют Ценкеровским. (Ванцян Э.Н., Чассов В.И. 1968.г.; Бирёзов Ю.Е., Григорьев М.С. 1968г.).

В клинике общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургской государственной медицинской педиатрической академии на базе СПб ГУЗ «Городская Мариинская больница» находился на лечении с 17.12.2010 по 12.01.2011 больной К 35 лет с диагнозом : Дивертикул Ценкера.

При сборе анамнеза удалось выяснить, что периодическое затруднение глотания у больной отмечал с 2005 года. Значительные трудности при глотании отмечались с апреля 2007 года. При этом больной без затруднения употреблял жидкую и физически обработанную пищу. С 2009 года у больного появились специфические жалобы при употреблении пищи любой консистенции. В течении последующих шести месяцев у больного нарастали явления дисфагии, появился стойкий запах изо рта, срыгивание непереваренной пищей при физических нагрузках, снижение массы тела. С октября 2010 года больной отмечает ночной приступообразный кашель, с сисптом «пятна на подушке». На момент поступления больной самостоятельно питается жидкой пищей, при проглатывании которой приходится делать несколько глотков и поворачивать голову вправо. После проглатывания небольшого количества пищи, часто возникает кашель и

приходится делать длительные паузы в процессе приема пищи.

При физикальном осмотре состояние больного средне тяжелое. Больной пониженного питания. Гемодинамические показатели стабильны, соответствуют возрастной норме.

В клинику больной обследован. Выполнен клинический минимум исследований. По данным, анализа мочи, регистрации электрокардиограммы изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови отмечено снижение общего белка до 68 г/л., в клиническом анализе крови повышение количества лейкоцитов до 10,2.

Из специфических исследований больному выполнена эзофагогастродуоденоскопия и рентген-контрастное исследование пищевода.

По данным эндоскопического исследования у больного на 23 сантиметрах от передних резцов имеется дивертикул больших размеров. Вход в пищевод затруднен. Эзофагит. В области пищеводно-желудочного перехода имеется фиксированная грыжа больших размеров.

При рентген-контрастном исследовании у больного выявлен дивертикул больших размеров с широким входом. Эвакуация бариевой взвеси из дивертикула в течение 6 часов неудовлетворительная. (Рис.1)

Больному проводилась подготовка к оперативному лечению направленная на стабилизацию белкового обмена и купирования явлений дивертикулита.

Нами предпринята попытка эндоскопического лечения дивертикула Ценкера. Суть метода заключается в проведении в область дивертикула двулепестковой трубки, рассечении слизистой оболочки и нижней порции крикофарингеальной мышцы. Закрытие дефекта с помощью наложения клипс.

Для реализации данного метода нами изготовлена двулепестковая трубка. Данная трубка отвечает следующим характеристикам:

- гипкая и гофрированная;
- длина трубки 35 сантиметров;
- диаметр трубки 15 мм.;
- двулепестковое строение колпачка (лепесток проводимый в пищевод длиннее на 0,5 см.).

Данные характеристики позволяют провести трубку в дивертикул по эндоскопу, и выполнять все необходимые манипуляции в просвете последней. (рис 2.)

Операция выполнена 24.12.2010 г., под эндотрахеальным наркозом больному выполнен эндоскопический осмотр верхних отделов желудочно-кишечного тракта. На эндоскоп одета двулепестковая трубка. Аппарат введен в область глоточно-пищеводного перехода. По инструментальному каналу эндоскопа в пищевод проведена струна-направитель. По эндоскопу в область дивертикула подведена двулепестковая трубка. Которая установлена длинным

лепестком в пищевод, а коротким в дивертикул. Проведение длинного лепестка в пищевод осуществлялось по заранее проведенной струне. Правильность постановки трубки контролировалось визуалью с помощью эндоскопа.(рис 3.) После чего подача воздуха по эндоскопу отключалась и все последующие манипуляции проводились без инсуфляции. Струна-направитель извлекалась и по инструментальному каналу видеэндоскопа проводили игольчатый электронож. Затем рассекалась слизистая оболочка и нижняя порция крикофарингеальной мышцы. (рис 4,5.) Адекватность рассечения оценивалась по раскрытию раны. (рис 6.) Дефекта слизистой оболочки устранялся методом клипирования. На образовавшуюся рану было наложено 4 клипсы (НХ 610-135L). (рис 7.) Операция заканчивалась постановкой назогастрального зонда по струне-направителю.

К особенностям проведения операции относятся:

- использование широкопросветного загубника;
- проведение операции без инсуфляции;
- использование аспиратора при работе игольчатова электроножа;
- адекватность рассечения мышечных волокон.

В послеоперационном периоде питание больного осуществлялась через назо-гастральный зонд. На девятые сутки послеоперационного периода была выполнена рентгенография с водорастворимым контрастом(76% урографин). Затек контрастного вещества не выявлено, дивертикул значительно уменьшился в размерах. (рис 8.) На 10 сутки назо-гастральный зонд был удален. Начато самостоятельное питание полужидкой пищей. С 15 суток больной переведен на общий стол. Пища проходит без затруднений. На 18 сутки выполнено рентгенконтрастное исследование с применением бариевой взвеси. Дивертикул значительно уменьшился в размерах, опорожнение остаточной полости дивертикула проходит быстро. (рис 9.) Для оценки регресса рентенологической картины выполнено наложение снимков с совмещением костных структур до операции и на 18 сутки послеоперационного периода. (рис 10,11.) На 19 сутки послеоперационного периода больной выписан на амбулаторное звено.

Выводы:

Применение эндоскопического метода лечения дивертикула Ценкера, заключающегося в рассечении нижней порции крикофарингеальной мышцы дает хорошей клинический результат и является перспективным.