

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 616.329-089.844

*Б. И. Мирошников, А. П. Иванов, Э. Л. Латария,
А. В. Старенченко, Н. В. Галкина, А. А. Горелова*

ЭПИФРЕНАЛЬНЫЙ ЛОЖНЫЙ ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА СПАЕЧНОГО ГЕНЕЗА И ВАРИАНТ ЕГО УСТРАНЕНИЯ

Дивертикулы пищевода тракционного генеза в клинической практике встречаются сравнительно редко, и их возникновение обычно связывают с воспалительным процессом (чаще туберкулезом) в лимфатических узлах средостения [1–3]. По мере обратного развития лимфаденита наступает рубцевание и склерозирование рыхлой клетчатки средостения с втяжением в рубцы стенки пищевода. Дивертикулы пищевода такого происхождения характеризуются малыми размерами, бессимптомным течением и крайне редко нуждаются в хирургическом лечении [2]. По нашим данным, из 72 оперированных больных у 71 из них по механизму своего возникновения дивертикулы были пульсионными. При этом у 62 пациентов они являлись глоточно-пищеводными (ценкеровскими), а у 8 — эпифренальными различной локализации. И только в одном случае хирургическое вмешательство было предпринято по поводу дивертикула спаечного генеза. Его развитие было связано с оперативным вмешательством на средостении, а сам он характеризовался необычно большими своими размерами. В этой нестандартной ситуации наиболее сложным оказался вопрос выбора оптимального характера оперативного пособия по его устранению. В доступной нам литературе мы не встретили описания подобных случаев и поэтому сочли целесообразным поделиться с читателем своим наблюдением и предпринятыми тактическими действиями.

Мирошников Борис Иванович — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней, СПб Медико-Социальный институт

Иванов Андрей Петрович — кандидат медицинских наук, главный детский хирург Ленинградской области, ординатор хирургического отделения СПбГПМУ; e-mail: ap59@mail.ru

Латария Элгуджа Лаврентьевич — кандидат медицинских наук, главный врач, больница Петра Великого

Старенченко Анна Витальевна — зам. главного врача по хирургии, ГБУЗ СПб «Городская Покровская больница»

Галкина Наталья Викторовна — доцент, СПб Медико-Социальный институт

Горелова Анна Андреевна — студент, Санкт-Петербургский государственный университет

© Б. И. Мирошников, А. П. Иванов, Э. Л. Латария, А. В. Старенченко, Н. В. Галкина, А. А. Горелова, 2013

Больной А., 30 лет, был оперирован в одном из специализированных отделений по поводу предполагаемой крупной опухоли (10,0×10,0 см) заднего нижнего средостения (рис. 1). При последующем гистологическом исследовании это образование оказалось кистой. Спустя 3 месяца после операции появились первые признаки затрудненного прохождения пищи, а еще через 3 месяца наступила полная дисфагия. При исследовании констатируется резкое расширение нижнегрудного отдела пищевода на протяжении 8,2 см за счет его передней и правой стенок (рис. 2). Оно начиналось на уровне 29 см от передних резцов, а заканчивалось на 37 см, не доходя до кардиального перехода 3 см. Границы расширения в аксиальном сечении составляли 4,6×4,5 см и заметно менялись с приемом пищи (рис. 3). При этом обращал на себя внимание плавный переход к расширенной части и отсутствие как таковой «шейки дивертикула», а слизистый покров на этом участке пищевода являлся непосредственным продолжением его слизистой оболочки. Продвижение контрастной массы по этому участку проходило достаточно свободно с небольшой задержкой в нем. Данных за возможное наличие кардиоспазма или грыжи пищеводного отверстия диафрагмы не имелось.



Рис. 1. Компьютерная томограмма. Затенение округлой формы 10×10 см в заднем средостении (опухоль? киста?)



Рис. 2. Контрастное исследование. На уровне Th6-Th10 пищевод выбухает в правую плевральную полость в виде гигантского дивертикула с широкой шейкой (8,2 см)

Выявленные изменения трактовались как «тракционный дивертикул» пищевода, повлекший за собой большие структурные изменения органа. Необходимость хирургического вмешательства была весьма очевидной. Однако неоднозначным был вопрос выбора оптимального характера оперативного пособия. Многие специалисты из разных клиник склонялись к неизбежности резекции грудного отдела пищевода и пластики его желудочным трансплантатом. Однако больной от такого вида хирургического пособия категорически отказывался.

Анализируя все изложенное, мы пришли к заключению, что предрасполагающими факторами развития столь резкого расширения пищевода на значительном протяжении по типу его «дилатации» явились, по-видимому, расслоение или иссечение мышечного слоя пищевода при удалении опухоли (кисты) средостения и нарушение целостности медиастинального листка плевры. Последующее развитие рубцового процесса с вовлечением в него слизистой оболочки пищевода, на фоне разницы давлений в просвете последнего и плевральной полости, привело к развитию так называемого «ложного дивертикула».

Исходя из такой наиболее вероятной концепции развития осложнения рассматривались следующие возможные способы оперативного пособия.

Вариант резекции пищевода с замещением его желудочным трансплантатом, ввиду своей агрессивности и неминуемыми негативными последствиями, представлялся несопоставимым с характером и тяжестью заболевания.

Вариант резекция дивертикула нес в себе повышенный риск развития несостоятельности швов пищевода. К этому располагали большая протяженность формируемого шва (не менее 10–12 см), истонченность сшиваемого слизистого слоя, проблематичность в достаточности его кровоснабжения и высокая степень инфицированности раны. Поэтому и от такого вида оперативного пособия решено было отказаться.

Наиболее оправданным мы считали план построения хирургического вмешательства, направленный исключительно на восстановление и укрепление анатомических структур пищевода, избегая каких-либо резекционных пособий и используя собственный пластический материал.

Операция предпринята из правостороннего передне-бокового торакотомического доступа. Плевральная полость оказалась практически полностью свободной и только ниже корня легкого вдоль средостения имелись нежные плоскостные сращения. После их разделения констатировано, что средостение полностью обнажено и в полость плевры пролабирует резко увеличенный пищевод. При этом передняя и правая стенки его от уровня бифуркации трахеи до диафрагмы лишены мышечного слоя, а обнаженная слизистая на участке 5,0×4,0 см непосредственно сращена с базальной пирамидой нижней долей легкого по типу «присоски». Именно этот фактор, ввиду постоянных синхронных колебательных движений легкого, а не рубцовые изменения в средостении, следует признать основополагающим в развитии данного осложнения (рис. 4).

Пищевод выделен на $\frac{3}{4}$ своей окружности. На стенку дивертикула (слизистую оболочку), при эндоскопическом ассистировании, наложены в продольном направлении параллельно друг другу два ряда гофрирующих швов (викрил 4/0), что в значительной степени уменьшило его размеры (рис. 5). После этого на всем протяжении удалось восстановить мышечный слой пищевода.

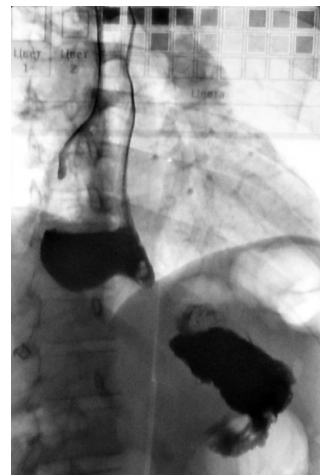


Рис. 3. Пищевод пустой, «дивертикул» сократился, четко определяются его границы

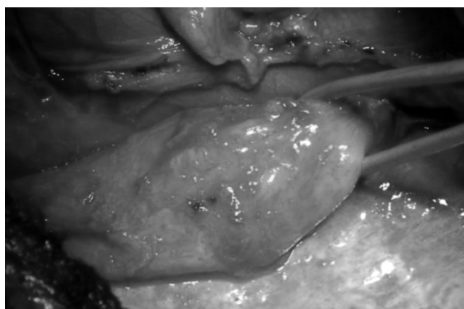


Рис. 4. Интраоперационные данные: слизистая пищевода лишена мышечного слоя и пролабирует в правую плевральную полость

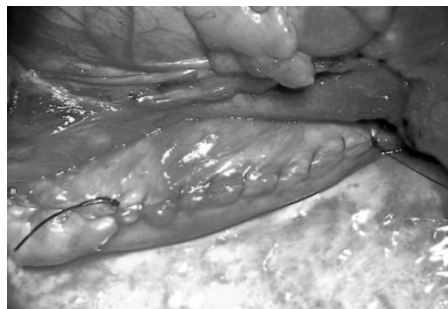


Рис. 5. Наложение гофрирующих швов на слизистую оболочку пищевода



Рис. 6. Лоскут плевры на ножке для окутывания пищевода



Рис. 7. Рентгенограмма через две недели после операции: пищевод обычной конфигурации, проходимость его хорошая, дивертикул не определяется

Актуальным продолжает оставаться вопрос выбора оптимального пластического материала для укрепления стенки пищевода и его изоляции от плевральной полости — диафрагмальный лоскут, плевра, перикард, сальник или синтетический материал. Каждый из этих видов имеет свои преимущества и недостатки. В данной ситуации в полной мере оправдал себя трансплантат из париетального листка плевры. Его удалось сформировать достаточной длины, ширины, толщины и обернуть им надлежащую часть пищевода (рис. 6).

Послеоперационный период протекал гладко. Рентгенологическое исследование пищевода на 10 сутки свидетельствовало о его обычном расположении, нормальных размерах, отсутствии дивертикул и свободном продвижении контрастной массы (рис. 7). Спустя 10 месяцев пациент чувствует себя хорошо, никаких жалоб не предъявляет, работает по специальности. Пищевод не претерпел каких-либо негативных изменений.

Таким образом, нарушение целостности мышечной оболочки пищевода во время хирургических вмешательств на органах средостения может повлечь за собой сращение обнаженной его слизистой с тканью легкого в послеоперационном периоде и развитие «ложного дивертикула» неограниченных размеров. С целью предупрежде-

ния данного осложнения слизистая пищевода нуждается в своем укреплении и изоляции от ткани легкого. Наиболее предпочтительным вариантом в этом случае является изначальное бережное отношение к медиастинальному листку плевры и его последующее восстановление. При необходимости устранения такого дивертикула, хирургическое вмешательство может быть ограничено гофрированием избыточной слизистой пищевода, восстановлением, по возможности, мышечного слоя и укреплением анатомических его слоев одним из видов пластического материала.

Литература

1. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода. М.: Медицина, 2000. 350 с.
2. Kaman L., Kundel B., Sinha S. K., Singh R. True epiphrenic diverticulum of esophagus secondary to tubercular adenitis // Indian J. Gastroenterol. 2003. Vol. 22, N 2. P. 65–66.
3. Kuttu C. P., Carstens S. A., Funahashi A. Traction diverticula of the esophagus in the middle lobe syndrome // Can. Med. Assoc. J. 1981. Vol. 124, N 10. P. 1320–1322.

Статья поступила в редакцию 15 августа 2013 г.