

УДК: 616.39: 616-007.64 – 089

ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

В.В. Становенко, Н.Г. Харкевич, О.М. Васильев, Л.И. Шаркова
Витебский государственный медицинский университет

Резюме

В статье приведена современная классификация дивертикулов пищевода. Отражены основные симптомы и методы диагностики. Описаны способы консервативного и хирургического лечения.

Ключевые слова: пищевод, дивертикул, диафрагма.

Дивертикулы – одно из наиболее часто встречающихся доброкачественных заболеваний пищевода. 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.

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%, эпибронхиальные

в 26,8%, эпифренальные в 12,6% и абдоминальные в 3% случаев [1, 2, 3, 4].

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 [2, 4].

Лечение дивертикулов пищевода

Консервативное лечение показано при небольших, быстро опорожняющихся дивертикулах без явлений дивертикулита, при скудной клинической картине. Лечение должно быть направлено на уменьшение возможности развития дивертикулита (или ликвидации его в тех случаях, когда больному противопоказано оперативное лечение). Перед каждым приемом пищи рекомендуется употреблять ложку растительного масла. Пища не должна быть излишне горячей или холодной. Следует избегать острой пищи и спиртных напитков. Пищу необходимо тщательно разжевывать. В некоторых случаях целесообразно назначить больному полужидкую диету. После еды следует выпивать несколько глотков воды для механического очищения дивертикула. В случаях сочетания дивертикула с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы назначают лечение, направленное на борьбу с рефлюкс-эзофагитом.

Для лечения эзофагита применяют блокаторы протонной помпы (омез), блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (квamatел), антацидные средства (алюмаг), антибактериальную терапию.

Хирургическое лечение показано:

- при больших (более 2 см) дивертикулах с задержкой контрастной взвеси в мешке дивертикула;
- при небольших (менее 2 см) дивертикулах, но с длительной задержкой контрастной взвеси в них;
- при наличии дивертикулита;
- при выраженной клинической картине заболелания (дисфагия, срыгивание, рвота, боли за грудной, в спине), независимо от величины дивертикула;
- при осложнениях дивертикула (эзофагобронхальный или эзофаготрахиальный свищ, изъязвление, кровотечение, полипоз, рак).

Как явствует из обзора литературы, предлагались самые различные оперативные методы. В 1816 году Белл предложил дивертикулостомию, Ключе, в 1850 году – более радикальный способ – иссечение дивертикула, Жирар (1896) – инвагинацию дивертикула в просвет пищевода. В 1908 году Лотейссен предложил при наддиафрагмальных дивертикулах дивертикулогастроанастомоз. В 1964 году Б.В. Петровский, Э.Н. Ванцян предложили операцию – дивертикулэктомию с укреплением стенки пищевода лоскутом диафрагмы или плевры. При фарингоэзофагеальном дивертикуле в настоящее время выполняют только дивертикулэктомию из шейного доступа как наиболее радикальное вмешательство при этом заболевании.

При бифуркационных дивертикулах дивертикулэктомию выполняют из правостороннего торакального доступа, а при эпифренальных дивертикулах выполняется левосторонняя торакотомия. Уточняют область локализации дивертикула и рассекают медиастинальную плевру. Пищевод выделяют лишь настолько, чтобы можно было выполнить операцию. Брать его на держалку в большинстве случаев нет необходимости. Дивертикул выделяют из окружающих тканей до шейки и иссекают. После ушивания отверстия в пищеводе накладывают отдельные швы на медиастинальную плевру. Если мышечная оболочка пищевода выражена слабо, то требуется пластическое укрытие швов лоскутом диафрагмы или плевры. Инвагинация дивертикула чаще дает рецидивы и поэтому применяется лишь при небольших дивертикулах, главным образом при сочетанных операциях (например, при наличии эпифренального дивертикула и грыжи пищеводного отверстия) (рис. 1).

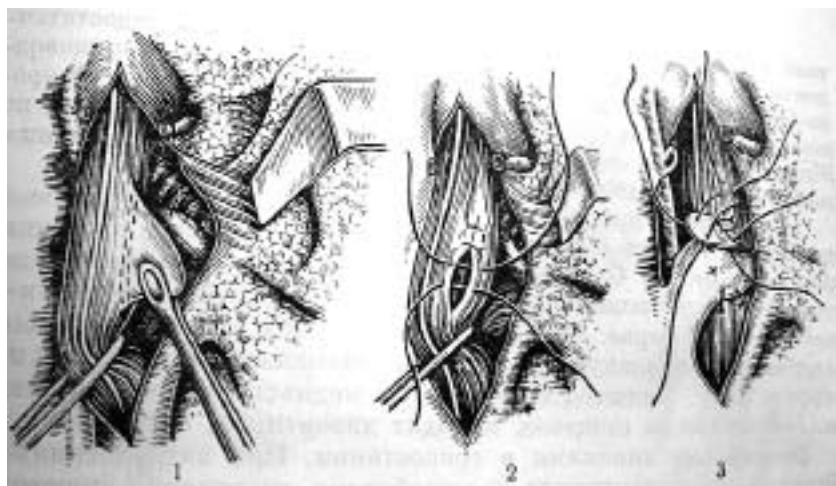


Рис. 1. Этапы дивертикулэктомии

На представленных рентгенограммах у больного Ш. 82 лет (рис. 2) выявлен бифуркационный дивертикул пищевода с длительной задержкой бария в дивертикуле. Оперативное лечение больному не выполнялось из-за тяжелой сердечно-легочной патологии. Больному назначен курс консервативной терапии.



Рис. 2. Бифуркационный дивертикул пищевода

На рентгенограмме у больного В. 60 лет выявлен эпифрениальный дивертикул с выраженным эзофагитом и дивертикулитом (рис. 3). После проведенного курса консервативной терапии и стихании воспалительных изменений в пищеводе и дивертикуле

В нашей клинике нередко встречаются пациенты с данной патологией. За последний год прооперировано 3 больных с использованием левостороннего торакального доступа. Произведена дивертикулэктомия с укреплением стенки пищевода листком плевры по Петровскому–Ванцяну. Послеоперационный период протекал без особенностей. При обследовании пациентов через 6 месяцев клинических проявлений заболеваний не выявлено, при контрольном рентгенологическом исследовании рецидива заболевания не установлено.

больной был оперирован. Из левостороннего торакотомного доступа выполнено иссечение дивертикула с ушиванием стенки пищевода и укреплением швов лоскутом плевры (операция Б.В. Петровского – Э.Н. Ванцяна). При контрольном обследовании (ФГДС, рентгеноскопия пищевода), спустя 6 месяцев после операции, жалоб больной не предъявлял, патологии со стороны стенок пищевода не выявлено.



Рис. 3. Эпифрениальный дивертикул с выраженным эзофагитом и дивертикулитом

У больного Н. 55 лет выявлен эпифрениальный дивертикул в первой стадии в сочетании с грыжей

пищеводного отверстия диафрагмы (рис. 4). Больному выполнена селективная проксимальная ваготомия, фундопликация по Ниссену, хиатопластика по Харрингтону. При контрольном обследовании

(ФГДС, рентгеноскопия пищевода и желудка), спустя год после операции, жалоб пациент не предъявлял, патологии со стороны пищевода и желудка не выявлено.



Рис. 4. Рентгенограммы больного Н. 55 лет с эпифренальным дивертикулом в первой стадии в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

Выводы

1. Дивертикулы – одно из наиболее часто встречающихся доброкачественных заболеваний пищевода.

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 дивертикулэктомию выполняют из правостороннего тора-

кального доступа, а при эпифренальных – через левостороннюю торакотомию.

4. У пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, при невозможности выполнить оперативное пособие необходимо назначать консервативную терапию, включающую диету, блокаторы протонной помпы (омез), блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (квamatел), антацидные средства (алюмаг), антибактериальную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Ю. Э. Хирургия пищевода // Ю. Е. Березов, М. С. Григорьев. – Москва: «Медицина», 1965. – 364 С.
2. Коломийченко М. И. Реконструктивная хирургия пищевода // М. И. Коломийченко. – Киев: «Здоровье», 1967. – 410 С.
3. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода // А. Ф. Черноусов, П. М. Богомольский, Ф. С. Курбанов // Москва: «Медицина», 2000. – 350 С.
4. Шалимов А. А. Хирургия пищевода // А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко, С. А. Шалимов. – Москва: «Медицина», 1975. – 368 С.