

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ КИСТЫ ПИЩЕВОДА

Щербаков П. Л., Орлов С. Ю.¹, Левченко С. В., Комиссаренко И. А., Десятниченко И. Г., Ефремов Л. И.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москва

¹ГКБ № 31 ДЗ г. Москвы

Ефремов Леонид Ильич

111123 г. Москва, ш. Энтузиастов, д.86

Тел.: (495) 3043019

E-mail: gastroenter@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

В статье представлен клинический случай кисты пищевода, выявленной у больной в зрелом возрасте, а также приведен обзор литературы, отражающий вопросы клиники, диагностики и лечения кист средостения.

Ключевые слова: клинический случай; киста пищевода; клиника; диагностика; лечение.

SUMMARY

The paper present a clinical diagnosis of cysts of the esophagus surveillance, identified the patient in adulthood, as a review of the literature, reflecting the questions of clinic, diagnosis and the treatment of esophageal cysts.

Keywords: esophageal cysts; clinical case; diagnosis and treatment.

Кисты по частоте занимают второе место среди интрамуральных доброкачественных новообразований пищевода.

Внутристеночные опухоли чаще локализуются в нижних двух третях пищевода. Из интрамуральных доброкачественных опухолей пищевода наиболее частым видом является лейомиома, развивающаяся из гладких мышечных волокон. Второе по частоте место среди доброкачественных интрамуральных образований пищевода занимают кисты.

Кисты могут быть врожденными или приобретенными.

Врожденные кисты возникают в результате порока развития в период отшнуровывания трахеи от кишечной трубки. Врожденные кисты могут быть выстланы цилиндрическим эпителием респираторного типа, железистым эпителием желудочного типа, сквамозным эпителием или переходным эпителием.

Приобретенные ретенционные кисты появляются вследствие обструкции экскреторных протоков желез и располагаются в подслизистом слое пищевода.

Кисты варьируют в размере и обычно расположены интрамурально (в стенке пищевода), а в ряде

случаев — под подслизистым слоем, чаще в середине нижней трети пищевода.

Кисты пищевода представляют собой тонкостенные однокамерные образования, содержащие слизистую тягучую жидкость. Они никогда не достигают больших размеров, растут медленно, длительное время не вызывают клинических симптомов и обнаруживаются случайно при исследовании желудочно-кишечного тракта.

Клинические их проявления зависят от уровня локализации, величины и наличия осложнений (изъязвление, воспаление, давление на соседние органы). Наиболее частые симптомы — периодическая, медленно нарастающая дисфагия, возникающая при употреблении твердой пищи, затрудненное прохождение пищи по пищеводу, диспепсические явления. Характерны боли, ощущение давления или переполнения за грудиной с иррадиацией в спину, лопатку. Могут быть тошнота, срыгивание, рвота, потеря аппетита, изжога.

Кисты пищевода могут нагнаиваться. Вследствие сдавливания опухолью органов средостения (bronхи, легкое, пищевод) могут возникнуть кашель, одышка, цианоз, сердцебиение, боли в области сердца, аритмия, кашель. Возможно злокачественное

перерождение кист пищевода, риск инфицирования, разрыва кисты и кровотечения в просвет кисты.

Течение болезни длительное и может продолжаться годы.

Диагноз кисты пищевода ставят на основании анализа клинической картины заболевания, данных компьютерной томографии, контрастного рентгенологического исследования пищевода, эзофагоскопии, но самым информативным методом является эндосонография. Нередко их обнаруживают при различных исследованиях, назначаемых по поводу заболеваний желудка. Изъязвления слизистой оболочки пищевода при кистах пищевода наблюдаются очень редко.

Для доброкачественных опухолей пищевода характерны следующие рентгенологические признаки: четкие ровные контуры дефекта наполнения, располагающегося на одной из стенок пищевода, сохраненность рельефа слизистой оболочки и эластичности стенок пищевода в области дефекта, четкий угол между стенкой пищевода и краем опухоли (симптом «козырька»). При этом противоположная дефекту наполнения стенка пищевода выбухает. Контрастная масса проходит, не задерживаясь. Даже в области опухоли определяются изменяющиеся контуры стенки пищевода.

Киста обычно имеет форму продолговатого овала или «висячей капли», тогда как лейомиома имеет округлую форму. Киста изменяет свою форму в различные фазы дыхания и при перемене положения больного, чего не наблюдается при лейомиоме.

Всем больным с доброкачественными образованиями пищевода показана эзофагоскопия для уточнения характера образования, его локализации и протяженности, состояния слизистой оболочки.

В связи с высокой вероятностью присоединения симптоматики (сдавление бронха, пищевода, инфицированием) удаление кисты целесообразно даже при бессимптомном течении, поскольку на этом этапе операция протекает значительно проще. Удаление кисты пищевода рекомендуется во всех случаях, если только нет жизнеугрожающих противопоказаний.

При осложненном течении (нагноение или перфорация) показано хирургическое лечение. При интрамуральных кистах пищевода проводится хирургическое иссечение (энуклеация) без повреждения слизистой оболочки, иссечение с частью стенки пищевода или резекция пищевода.

Прогноз при радикальном оперативном лечении и неосложненном послеоперационном течении благоприятный — полное выздоровление.

Осложнения. Доброкачественные опухоли редко осложняются кровотечением, малигнизацией, нагноением или разрывом.

Профилактика — полноценное регулярное питание, без злоупотребления алкоголем, без куре-

ния. Рекомендуется избегать приема очень горячей пищи и напитков, очень острых продуктов.

Больная Б., 1967 года рождения, поступила в ЦНИИГ с диагнозом: желчнокаменная болезнь: хронический калькулезный холецистит. При поступлении больная жаловалась на ноющие боли в правом подреберье, возникавшие через 30–60 минут после погрешностей в диете и купировавшиеся после приема спазмолитических препаратов, на периодически возникавший дискомфорт при употреблении твердой пищи, на затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу.

Из анамнеза заболевания известно, что с детских лет больная отмечала периодически возникавший дискомфорт при употреблении твердой пищи и затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу. Больная не обследовалась, к врачам не обращалась. С 2005 года больная впервые стала отмечать ноющие боли в правом подреберье после употребления жареной, жирной, острой пищи, возникавшие через 30–60 минут и уменьшавшиеся после приема спазмолитических препаратов. В сентябре 2008 г., когда у больной вновь появились боли в правом подреберье, в поликлинике проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Впервые в желчном пузыре были выявлены множественные конкременты от 0,5 до 0,7 см в диаметре. Больная соблюдала диету, на фоне которой боли в правом подреберье несколько уменьшились, но продолжали беспокоить. Для дальнейшего обследования и лечения больная госпитализирована в ЦНИИГ.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовой окраски, эластичные, чистые. Видимые слизистые оболочки, конъюнктивы верхнего и нижнего века бледно-розовой окраски. Язык чистый, у корня обложен белым налетом. Подкожный жировой слой и мышечная система нормальной степени развития. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы. При пальпации безболезненная, эластичная. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы и подвижность нижнего края легких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 16 в 1 мин. При пальпации верхушечный толчок в 5-м межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. При перкуссии границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 64 в минуту, АД — 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех



отделах. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные лабораторного и инструментального обследования. Показатели клинических и биохимических анализов крови, анализов мочи в пределах референсных значений.

Эзофагогастродуоденоскопия (Fujinon-N530) (трансназально). После анестезии глотки и носовых ходов 10%-ным лидокаином через правый нижний носовой ход эндоскоп свободно введен в пищевод, а затем в желудок. Просвет пищевода не деформирован, при инсуффляции воздухом расправляется хорошо. Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, с подчеркнутым подслизистым сосудистым рисунком. Просвет пищевода деформирован за счет вдавления извне. На расстоянии от 35 до 40 см от резцов визуализируется выпячивание по левой стенке с переходом на переднюю стенку пищевода размером до 3,0 x 6,0 см шаровидной формы, пульсирующее, не постоянное. После прохождения перистальтической волны или изменения положения больного образование исчезает, при появлении вновь полностью перекрывает просвет пищевода. Слизистая над образованием не изменена, визуально не отличается от слизистой других отделов пищевода. Розетка кардии смыкается периодически. Просвет желудка не деформирован, при инсуффляции воздухом легко расправляется. В желудке умеренное количество жидкости, с примесью слизи и умеренным количеством желчи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, истончена, просматривается подслизистый сосудистый рисунок. Слизистая оболочка желудка умеренно гиперемирована по вершинам складок. Складки средней величины, эластичные, правильно ориентированы. Перистальтика удовлетворительная, симметричная. Угол не изменен. Привратник округлый. Луковица двенадцатиперстной кишки средних размеров, слизистая бледно-розовая. Постбульбарные отделы: слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая. Большой дуоденальный сосочек не изменен. *Заключение:* экстрапищеводное пульсирующее отдавливание. Поверхностный гастрит. Уреазный тест через 15 минут отрицательный.

С целью выявления проявлений экстрапищеводного отдавливания и оценки состояния органов грудной клетки проведены следующие инструментальные обследования.

УЗИ органов брюшной полости. Печень не увеличена, паренхима эхооднородна, сосудистый рисунок не изменен. Общий желчный проток 3 мм в диаметре. Желчный пузырь 6,0 x 2,6 см, перегиб в шейке, стенка 2,5–2,6 мм, слой смещаемых конкрементов до 7 мм в диаметре без тени. Сократительная функция желчного пузыря после приема 200 мл сливок 10%-ной жирности через 40 минут составила 45%,

через час — 56% (норма 50–75%). Поджелудочная железа обычной формы, головка 34 мм (норма до 30), эхогенность паренхимы мелкоячеисто-неоднородна. Вирсунгов проток 1,7 мм в диаметре. Селезенка — 10 x 5 см, паренхима эхооднородна. Почки не изменены. *Заключение:* холециститиаз. Нормальная сократительная функция желчного пузыря. Хронический панкреатит.

УЗИ поджелудочной железы повторно через 10 дней. Поджелудочная железа обычной формы, головка 28 мм (норма до 30), эхогенность паренхимы мелкоячеисто-неоднородна. Вирсунгов проток 2,2 мм в диаметре. *Заключение:* хронический панкреатит.

По поводу ЖКБ (холециститиаз) больная консультирована хирургом и специалистом в области патологии желчных путей: Рекомендована литолитическая терапия — УДХК по 3 капсулы на ночь в течение 3 месяцев под УЗИ контролем органов брюшной полости; в хирургическом лечении в настоящее время не нуждается.

Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки. На серии аксиальных срезов в режиме *Helical* получено изображение органов грудной клетки. В паренхиме легких очагов, инфильтративных изменений не выявлено. Легочный рисунок не изменен. Трахея и крупные бронхи проходимы. Крупные сосуды расширены. Корни легких структурны. Средостение не смещено, не расширено. На уровне нижней трети пищевода определяется овальной формы образование с ровными контурами, интимно прилегающее к правой стенке, размерами 42 x 22,6 x 19,6 мм, неоднородной плотности. Лимфатические узлы средостения и корней легких патологически не увеличены. В плевральных полостях выпота не выявлено. *Заключение:* признаки объемного образования нижней трети пищевода.

Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Акт глотания не нарушен. Пищевод и кардия свободно проходимы. Тонус пищевода и его слизистая не изменены. Складки слизистой оболочки продольные. В нижней трети пищевода отмечается небольшое отдавливание извне по задней стенке. Желудок натощак пуст. Газовый пузырь небольшой. Угол Гиса выпрямлен. В верхней трети желудка отмечается перегиб кзади, расправляющийся в процессе исследования. Контур желудка четкие, стенки эластичные. Складки слизистой оболочки извиты. Перистальтика глубокая, симметричная. Эвакуация своевременная. Верхняя горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки несколько удлинена (вариант развития). *Заключение:* небольшое вдавление извне в нижней трети пищевода. Недостаточность кардии.

Снимки рентгенологического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки консультированы заведующим рентгенологическим отделением (д. м. н. Э. С. Сиваш): у больной

рентгенологическая картина не исключает диагноз лейомиомы пищевода. Для верификации диагноза рекомендована эхо-эндоскопия.

На обзорной прямой рентгенограмме грудная клетка цилиндрической формы. Очаговых и инфильтративных изменений по легочным полям не определяется. Легочный рисунок не изменен. Корни структурны, не расширены. Синусы дифференцируются. Контуры диафрагмы четкие. Тень средостения обычной конфигурации, не смещена.

ЭКГ. Полувертикальное положение электрической оси сердца. Ритм синусовый, правильный. ЧСС — 97.

Эхо-КГ. Диаметр корня аорты 3,3 см. Створки аортального клапана не уплотнены. Амплитуда раскрытия створок аортального клапана 1,8 см. Полость левого предсердия не увеличена. Левый желудочек: конечный систолический размер 2,9 см, конечный диастолический размер 4,1 см, фракция выброса 60%. Толщина межжелудочковой перегородки 0,9 см, толщина задней стенки левого желудочка 0,9 см. Зоны гипокинезии, гиперкинезии, дискинезии, акинезии не выявлены. Заключение: систолическая и диастолическая функция левого желудочка сохранена. Размеры полостей сердца в пределах нормы.

Учитывая данные ЭГДС и рентгенологического исследования пищевода, высказано мнение о наличии у больной доброкачественной опухоли. Для уточнения характера данного образования пищевода рекомендовано проведение *эндоскопической ультрасонографии пищевода, которое оказалось решающим в диагностическом поиске.*

Эндоскопическая ультрасонография пищевода. Видеоэзоэндоскоп GFUM160 свободно проведен в пищевод. Выполнено сканирование стенок пищевода и периезофагеального пространства с частотой 5, 7,5 и 12 МГц. Стенка пищевода на всем протяжении равномерно пятислойная. На уровне средней трети по левой стенке определяется расположенное в подслизистом слое анэхогенное овальное образование размерами до 26 мм, слизистая над ним и мышечный слой под ним четко прослеживаются, позади образования определяется усиление ультразвукового сигнала, образование смещается и компрессируется баллоном, прилежит к передней стенке

аорты. Заключение: дубликационная киста стенки средней трети пищевода.

Таким образом, на основании данных комплексного обследования, включающего оценку клинической картины, результатов инструментальных методов исследования больной установлен диагноз: дубликационная киста стенки средней трети пищевода.

Показано динамическое наблюдение с контрольным исследованием через 6–12 месяцев. При увеличении размеров кисты рекомендована тонко-игольная пункция под контролем эндосонографии.

Заключение. Представленное наблюдение демонстрирует случай трудно диагностируемого и редко встречаемого доброкачественного заболевания пищевода.

Киста пищевода чаще всего обнаруживается случайно при исследовании желудочно-кишечного тракта. У данной больной ведущими в клинической картине являлись жалобы на боли в правом подреберье. А периодически возникающий дискомфорт при употреблении твердой пищи и затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу выявлены только при прицельном расспросе, по поводу которых больная не обращалась в лечебные учреждения.

С другой стороны, киста пищевода может быть случайной диагностической находкой у больных, проходящих обследование по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта (холецистолитиаз).

Считаем необходимым обратить внимание врачей на то, что диагноз кисты пищевода был поставлен на основании эндосонографии и анализа клинической картины заболевания. Данные компьютерной томографии, контрастного рентгенологического исследования пищевода, эзофагоскопии были недостаточно информативными методами для диагностики кисты пищевода.

Авторы статьи выражают благодарность сотрудникам ЦНИИГ: Э. С. Сиваш, Э. Я. Селезневой, О. С. Васневу, М. Г. Гусейнзаде, К. К. Носковой за консультативную помощь, оказанную в период курации больной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вуджиоклакис Т., Мицелу А., Даллас П. и др. Инклюзионная киста пищевода: клинический случай и обзор литературы//Эксперим. онкология. — 2003. — Т. 25, № 1.
2. Гостищев В. К. Общая хирургия. — М.: Медицина, 1997. — 672 с.
3. Донченко В. Л., Гарчар Й. Й., Наконечный О. В. Диагностика и хирургическое лечение бронхогенных кист//Хирургия. — 2004. — № 7. — С. 45–46.
4. Каган Е. М. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода. — М.: Медицина, 1968. — С. 50–54.
5. Клименко В. Н., Барчук А. С., Лемехов В. Г. Видеоторакотомия в онкологической практике. — СПб.: ЭЛБИ, 2005. — 144 с.
6. Русаков В. И. Основы частной хирургии. — М.: Медицина, 1997. — 512 с.
7. Arbona J. L., Fazzi J. G. F., Mayoal J. Congenital esophageal cyst. Case report and review of literature//Am. J. Gastroenterol. — 1984. — № 79. — P. 177–182.
8. Kitano Y., Iwanaka T., Tsuchida Y. et al. Esophageal duplication cyst associated with pulmonary cystic malformations//J. Ped. Surg. — 1995. — № 30. — P. 1724–1727.
9. Mironenko O. N., Mironenko T. V., Valoski V. V. Tumours and Cystics of mediastinum: clinic, diagnostics, treatment//Arch. Clin. Exp. Med. — 2002. — Vol. 11, № 2. — P. 166–168.
10. Rattan K. N., Magy S., Rohilla S. Mediastinal foregut duplication cyst//Indian J. Pediatr. — 2004. — № 71. — P. 103–105.

