

Опыт малоинвазивного лечения дивертикулов Ценкера

М.П. Королёв, А.В. Климов, М.В. Антипова, Л.Е. Федотов, Ш.Д. Мамедов

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета
Мариинская больница, Санкт-Петербург

В работе представлен опыт лечения 21 пациента с дивертикулами Ценкера малоинвазивными методами. Предложен способ эндоскопического лечения дивертикула Ценкера с применением препарата «Диспорт» и метод эндоскопического рассечения волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы. Получены хорошие клинические результаты лечения.

Проблема лечения больных с дивертикулом Ценкера до настоящего времени остается актуальной. Основным методом лечения данного заболевания в России остается открытая операция – резекция или инвагинация дивертикула в просвет пищевода с проведением миотомии нижней порции крикофарингеальной мышцы. Данные методики оперативного лечения отработаны в 70–80х годах XX столетия [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 15,].

Наша клиника обладает опытом лечения 74 больных с дивертикулом Ценкера. Из них 53 пролечены с применением открытых операций, большая часть которых выполнялась с эндоскопическим ассистированием, что облегчало выделение дивертикула из окружающих тканей, позволяло выполнить резекцию дивертикула на проведенном в пищевод эндоскопе и произвести миотомию нижней порции крикофарингеальной мышцы под контролем эндоскопа. В современных условиях у нас появилась реальная возможность воздействовать на дивертикул Ценкера с помощью альтернативных методик лечения, не прибегая к открытым операциям.

Изучив опыт зарубежных авторов, мы увидели, что имеется мировая тенденция применения эндоскопических операций при дивертикулах Ценкера. Часто применяемая методика лечения сводится к эндоскопическому рассечению нижней порции крикофарингеальной мышцы – основного этиологического фактора формирования дивертикула [4, 9, 10, 12, 13, 14].

Этиология возникновения дивертикула глоточно-пищеводного перехода связана с наличием слабого места в этой области (треугольник Ланье – Геккермана и Ламера – Киллиана), гипертрофии нижней порции крикофарингеальной мышцы и функциональными нарушениями со стороны верхних отделов ЖКТ (рис. 1). После проведения адекватного рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы вход в дивертикул становится широким и слизистая оболоч-

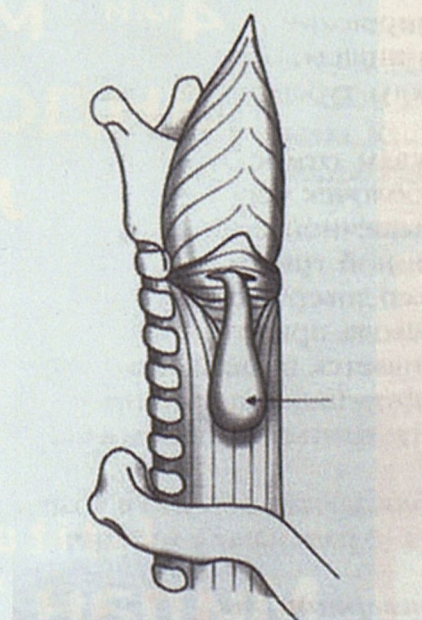


Рис. 1. Место возникновения дивертикула Ценкера

ка дивертикула сокращается. Больной отмечает полный регресс клинической симптоматики.

На основе опыта лечения больных с кардиоспазмом, успешного применения ботулотоксина у данной группы больных и имеющегося сходства в этиологии (наличие мышечного спазма) нами разработана методика эндоскопического лечения дивертикула Ценкера, заключающаяся в баллонной дилатации глоточно-пищеводного перехода с введением препарата «Диспорт» в область крикофарингеальной мышцы.

В клинике в период с 1992 по 2012 годы пролечены 74 пациента с дивертикулом Ценкера. Лечение проводилось тремя методами (табл.).

Малоинвазивные методики лечения дивертикулов Ценкера применяются нами с 2008 года. Трём больным с клинически значимыми дивертикулами была выполнена эндоскопическая баллонная дилатация с введением препарата диспорт в область крикофарингеальной мышцы. Суть метода заключается в баллонной дилатации глоточно-пищеводного перехода,

Таблица. Способы оперативного лечения дивертикула Ценкера

Больные с дивертикулами Ценкера	Количество больных
Резекция или инвагинация дивертикула с крикофарингеальной миотомией под контролем эндоскопа	53 (71,6%)
Эндоскопическое рассечение нижней порции крикофарингеальной мышцы	18 (24,3%)
Эндоскопическая баллонная дилатация с введением препарата диспорт в область крикофарингеальной мышцы	3 (4,1%)

с последующим введением ботулотоксина в область крикофарингеальной мышцы. В условиях операционной больному в пищевод по проведенной струне, ориентируясь на метки, проводили баллонный дилатор. Заполнение дилатора осуществлялось под контролем манометра до 1,5 атмосфер. Экспозиция по времени составляла 30 минут. Уровень положения дилатора контролировали визуально (рис. 2). Особенностью процедуры является сложность фиксации дилатора в данной зоне — при заполнении баллона физ.раствором возможна его миграция. Для ее предотвращения необходимо дополнительно фиксировать дилатор на уровне загубника. Следующим этапом является введение с помощью инъектора в область m. cricopharyngeus 250 единиц препарата диспорт (рис. 3). У больных наблюдали регресс клинической картины. Через три недели больные повторно госпитализировались для проведения повторной процедуры. При рентгенконтрастном исследовании отмечали значительное уменьшение размеров дивертикула (рис. 4). Опорожнение дивертикула проходило быстро.

Метод может быть использован при имеющимся сертификате на введение препарата диспорт. У всех оперированных по данному методу больных данным имелся регресс клинической симптоматики.

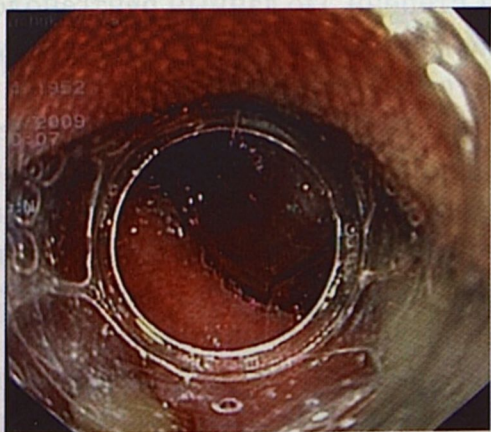


Рис. 2. Положение баллонного дилатора

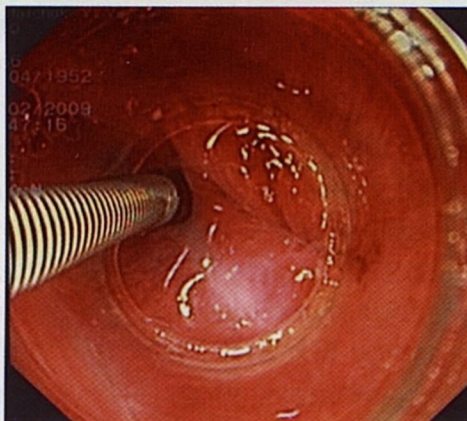
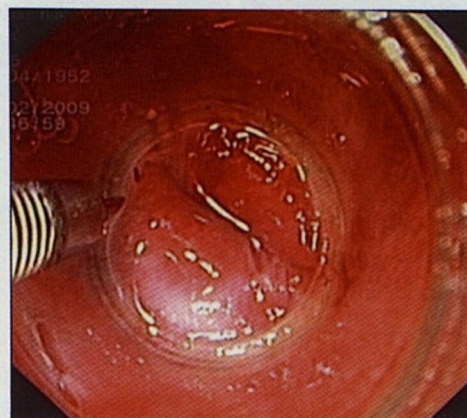


Рис. 3. Введение препарата диспорт в область крикофарингеальной мышцы

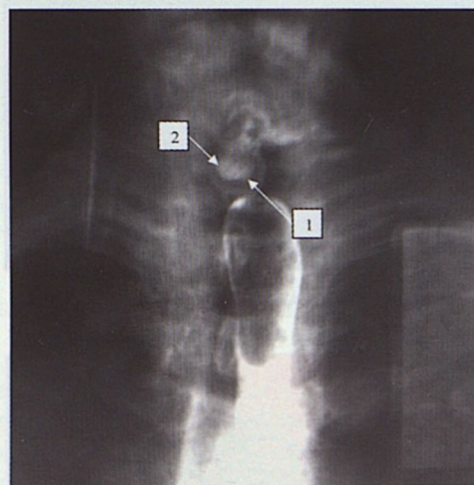


Рис. 4. Данные рентгенографии до и после эндоскопической баллонной дилатации с введением препарата диспорт (снимки наложены друг на друга с совмещением костных структур). 1 – До введения препарата. 2 – После введения препарата

Ограничением использования препарата dysport является его высокая цена.

С 2009 года нами применяется метод эндоскопического рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы. По данной методике пролечены 18 больных с дивертикулумом Ценкера. Для выполнения операции по данному методу нами изготовлена двулепестковая трубка, отвечающая следующим характеристикам:

- гибкая и гофрированная;
- длина 35 сантиметров;
- диаметр 15 мм;

— двулепестковое строение колпачка (лепесток, проводимый в пищевод, длиннее на 0,5 см). Трубка проводится в дивертикул по эндоскопу, и все необходимые манипуляции выполняются в просвете последнего (рис. 5). Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Больному выполняется эзофагогастроудоденоскопия, при извлечении эндоскопа в момент нахождения на уровне верхней трети пищевода с аппарата в область дивертикула устанавливалась «двулепестковая» трубка. Более длинный лепесток проводится в пищевод, а короткий лепесток — в дивертикул (рис. 6). После установки двулепестковой трубки обязательным является отключение инсуффляции. Затем осуществляется рассечение «мостика» между пищеводом и дивертикулом с пересечением нижней порции крикофарингеальной мышц с помощью игольчатого электроножа (рис. 7, 8). Закрытие дефекта слизистой оболочки осуществлялось методом клипирования. Наиболее оптимальным является применения клипс НХ 610-135L (рис. 9). Операция заканчивалась постановкой назогастрального зонда по струне-направителю.

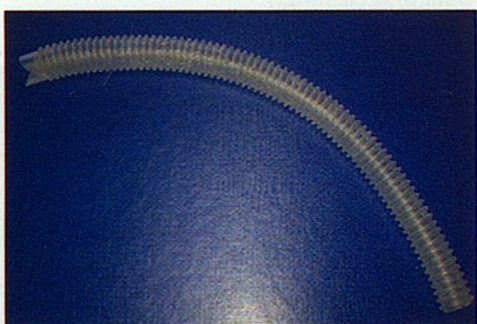


Рис. 5. Двулепестковая трубка

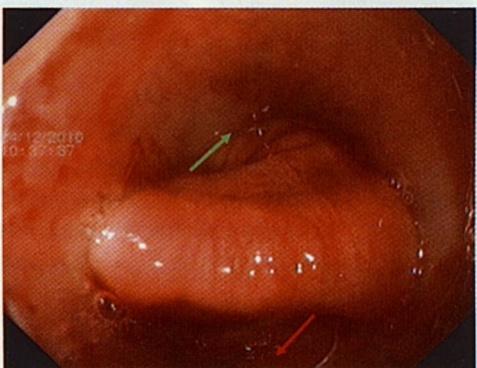


Рис. 6. Двулепестковая трубка установлена в дивертикул и пищевод: 1 — лепесток в дивертикуле, 2 — лепесток в пищеводе



Рис. 7. Рассечение «мостика» между дивертикулом и пищеводом



Рис. 8. Рассечение волокон крикофарингеальной мышцы



Рис. 9. Устранение дефекта с помощью наложения клипс

К особенностям проведения операции относятся:

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

В послеоперационном периоде питание больного осуществлялась через назогастральный зонд.

Эффективность метода подтверждалась полным отсутствием клинических симптомов и данными рентгеноконтрастного исследования (рис. 10). Контроль проводился через 1 и 6 месяцев (рис. 11).

У трех больных после проведения рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы в сроке до 6 месяцев отмечено появление клинических симптомов, характерных для дивертикула Ценкера. Симптоматика была слабовыраженной и уровень дисфагии не превышал 1 степени. По данным рентгенологического исследования, выявлен рецидив дивертикула Ценкера. Данной группе больных было выполнено повторное рассечение нижней порции крикофарингеальной мышцы. Рецидив заболевания был связан, по нашему мнению, с неполным рассечением мышечных волокон при первой операции. После рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы у больных отмечалось исчезновение клинической симптоматики и отсутствие дивертикула при контрольных рентгеновских исследованиях. Отдаленные результаты прослежены у 19 больных оперированных в сроки от года

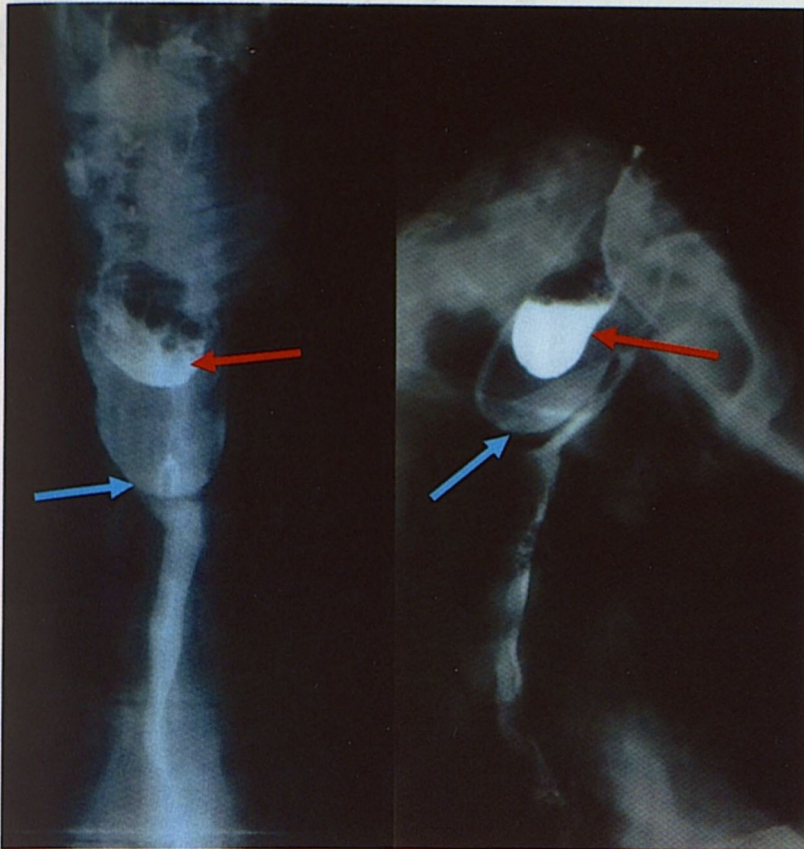


Рис. 10. Данные рентгенографии до и после (на 18-е сутки послеоперационного периода) эндоскопического рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы (снимки наложены друг на друга с совмещением костных структур). 1–Дивертикул до операции. 2–Дивертикул на 18-е сутки после операции

до четырех лет – осложнений и рецидива не наблюдалось.

Таким образом, предварительные результаты нашего исследования следующие.

1. Сочетание эндоскопических и хирургических вмешательств позволяет улучшить результаты лечения дивертикула Ценкера, свести к минимуму возможные осложнения и уменьшить время операции.

2. Применение эндоскопической баллонной дилатации с введением препарата «Диспорт» в область крикофарингеальной мышцы и эндоскопическое рассечение волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы дает хороший клинический результат. Данные методики эндоскопического лечения являются перспективными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванцян Э.Н., Чассов В.И. Дивертикулы пищевода и принципы их хирургического лечения. Грудная хирургия. – 1968. – № 4. С. 84 – 93.
2. Гаджиев С.А. Дивертикулы пищевода и их хирургическое лечение. Вестник хирургии. – 1964. – № 8. – С. 41 – 46.
3. Земляной А.Г. Дивертикулы желудочно – кишечного тракта. Ленинград 1970. – С. 19 – 32.
4. Ивашкин В.Т., Трухланов А.С. Эндоскопические операции при ценкеревском дивертикуле. Болезни пищевода. – М., 2000 г. – С. 162 – 165.

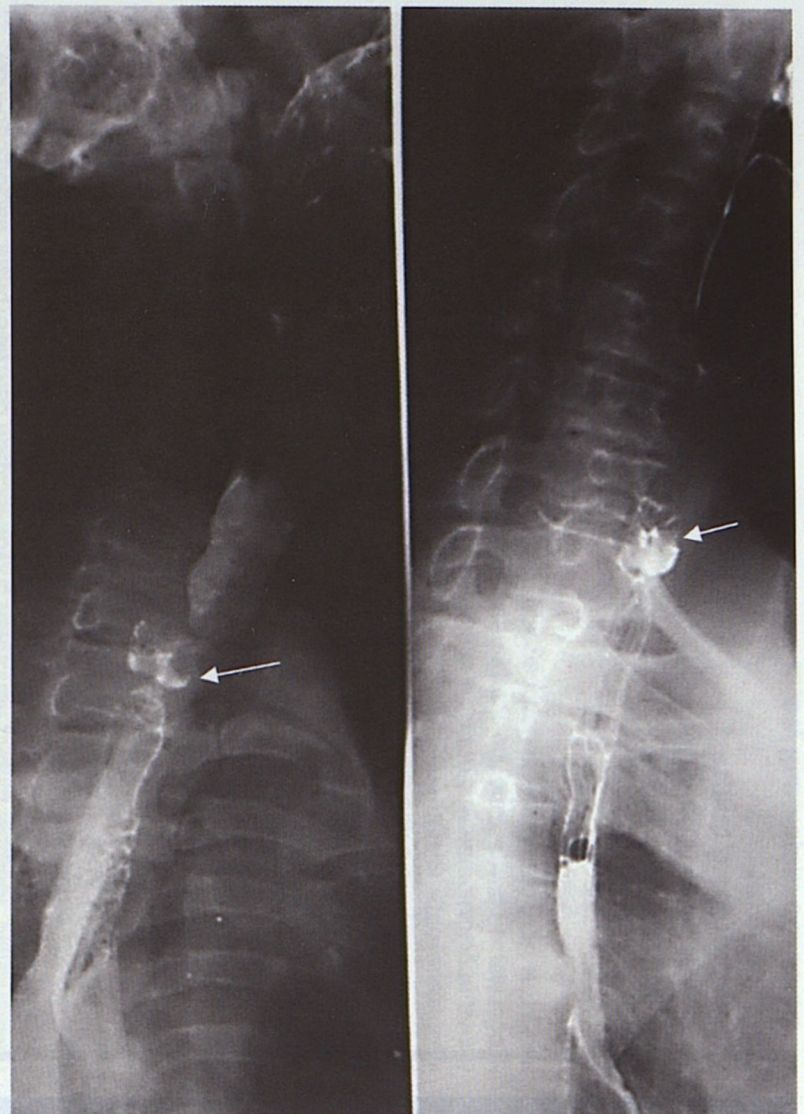


Рис. 11. Рентген контроль через 6 месяцев после операции эндоскопического рассечения нижней порции крикофарингеальной мышцы

5. Иншаков Л.Н. Эндоскопическая диагностика дивертикулов пищевода. Клиническая медицина. – 1973. – № 6. – С. 74 – 76.
6. Королёв Б.А. Хирургическое лечение больших дивертикулов пищевода. // Учёные труды Горьковского государственного медицинского института им. С.М. Кирова. Вопросы анестезиологии и грудной хирургии. – 1962. – Том № IV. – С. 397 – 407.
7. Петровский Б.В. О хирургическом лечении дивертикулов пищевода. Хирургия. 1961. № 6. С. 3 – 9.
8. Тамулевичюте Д.И., Витенас А.М. Болезни пищевода и кардии. – М: Медицина, 1986.
9. Adams J, Sheppard B, Andersen P, Myers B, Deveney C, Everts E, Cohen J (2001) Zenker's diverticulostomy with cricopharyngeal myotomy. Surg Endosc 15: 34–37
10. Chiari C., Yeganehfar W. , Scharitzer M. , Mittelbach M. , Armbruster C., Roka R., R. Fgger, E. Wenzl, P. Pokieser, G. Bischof (2003) Significant symptomatic relief transoral endoscopic staple-assisted treatment of Zenker's diverticulum. Surg Endosc 17: 596–600
11. Fraczek Mariusz, Karwowski Andrzej, Krawczyk Marek, Paluszkievicz Refal, Zieniewicz Krzysztof, Nyckowski Pawel Odlegle wyniki leczenia uchyłkow przelyku szyjnego Pol. prz. Chir.. 1997. 69, n 11, c. 1140–1144. Пол.; рез. англ.. PL. ISSN 0032–5432
12. Gay G.L., Calloc'h F., Prades J.M., Porcheron J., Martin C., Balique J.G. Sophagodiverticulostomie endoscopique pour diverticule de Zenker Ann. chir.. 1998. 52, N 5, c. 477. Фр.. FR ISSN 0003–3944

13. Krespi Y., md, Kacker A., md, and M. Remacle. Endoscopic treatment of Zenker's diverticulum using CO2 laser. Otolaryngology-Head and Neck Surgery October 2002. 309-314
14. Paulo Sakai, MD, Shinichi Ishioka, MD, Fauze Maluf-Filho, MD, Dalton Chaves, MD, Eduardo G. H. Moura, MD. Endoscopic treatment of Zenker's diverticulum with an oblique-end hood attached to the endoscope. Gastrointestinal endoscopy volume 54, № 6, 2001
15. Vecchio R., Mosca F., Ciaccio G. Aspetti fisiopatologici e terapeutici dei diverticoli dell'esofago Minerva chir.. 1997. 52, n 4, c. 329-355. Ит.; рез. англ.. ИТ. ISSN 0026-4733

КОНТАКТЫ

Алексей Владимирович Климов – ассистент кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии и ухода за хирургическими больными (зав. – проф. М.П. Королев). ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Тел.: 8 911 9798051



www.webendoscopy.com

COURSE DIRECTORS



H. Inoue
Yokohama (Japan)
A. Repici
Milano (Italy)
R. Rosati
Milano (Italy)
P. Zhou
Shanghai (China)

E-mail: poemcourse@webendoscopy.com

Scientific Secretariat Area Qualità
E-mail: poemcourse@webendoscopy.com

OLYMPUS

Dräger medical

CONMED

NIHON KONDEN

FUJIFILM

ESCAPALZER

apallo

GI Supply

125284, Г. МОСКВА, БЕГОВАЯ УЛ., Д. 3

СТР. 1, БЦ НОРДСТАР ТАУЭР, ОФ. 3118

ТЕЛ.: +7 (495) 287-27-27

ФАКС: +7 (499) 277-13-80

МОБ.: +7 (916) 267-01-67

EMAIL: MEDEXPERT@ME.COM

664005 Г. ИРКУТСК

УЛ. ПУШКИНА, ДОМ 8

ТЕЛ.: +7 (3952) 63-94-49, 39-50-55

HTTP: //WWW.NMCOM.RU

日本の医療

ЯПОНСКАЯ
МЕДИЦИНА

Продукция "GI Supply" является шагом вперед в гастроэнтерологии, благодаря чему Ваша практика станет более эффективной, действенной и безопасной.

GI Supply



SPOT

Endoscopic Marker

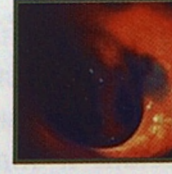
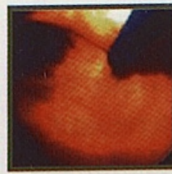
• Уникален

• Стерилен

• Безопасен

• Биологически совместим

• Удобен в применении



spot

Что такое Spot®

SPOT является специальным биологически совместимым препаратом, предназначенным для эндоскопической маркировки участков повреждения в желудочно-кишечном тракте. SPOT является раствором, содержащим высокоочищенные и очень мелкие частицы углерода, которые остаются на месте инъекции в подслизистую, оставляя постоянную отметку. В каждом шприце содержится 5 кубических сантиметров стерильной апиrogenной и стерилизованной паром суспензии для маркировки.

Почему Spot® лучше для пациентов

Spot® – это единственный продукт для маркировки участков повреждения желудочно-кишечного тракта, утвержденный Федеральным управлением США по контролю качества продуктов питания, напитков и лекарственных препаратов.

Spot® безопасен.

Препараты на основе китайской туши содержат шеллак, фенол и аммиак, которых лучше избегать даже в разбавленном растворе. Препарат Spot является биологически совместимой, нетоксичной лекарственной формой.

Spot® стерилен.

Spot является изданием одноразового использования, таким образом его стерильность легко обеспечить. Каждый шприц стерилизован паром перед упаковкой и отправкой.

Почему Spot® лучше для использования

Каждый шприц уже заполнен.

Подготовка упрощена благодаря конструкции изделия, обеспечивающей его готовность к применению. Каждый шприц наполнен 5 кубическими сантиметрами маркировочной жидкости. Перед использованием шприц необходимо сильно потрясти.

Удобность в применении.

Срок годности Spot® составляет два года.

Устойчивость.

Препараты, такие как метиленовый голубой краситель, недолговечны. В качестве маркеров иногда используются металлические скобки, но они часто отпадают. При введении в подслизистую ткань Spot устойчив. При последующей эндоскопии или хирургии маркировка Spot будет на том же месте.

Результаты клинических исследований

В результате клинического исследования было установлено, что с препаратом Spot "у вас нет необходимости выполнять трудоемкую процедуру перед введением. Spot можно использовать, чтобы маркировать толстую кишку permanently, при этом Spot совершенно безопасен.

Состав SPOT:

- Вода для инъекции
- Глицерол, Полисорбат 80
- Бензиловый спирт
- Симетикон
- Высокоочищенный уголь

