

doi: 10.31146/2415-7813-endo-65-4-36-39.

СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

МОСКВА

Шаповалов А. В., Терещенко С. Г., Е. С. Вакурова Е. С., Вербовский А. Н.

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт им. М. Ф. Владимирского», РФ

Ключевые слова: эндоскопия, хирургия, дивертикул Ценкера.

ВВЕДЕНИЕ

Дивертикул Ценкера (ДЦ) развивается преимущественно в пожилом возрасте, и в целом, являются довольно редким заболеванием и составляет 1,5-5% от всех дивертикулов пищевода [4]. Латентное течение ДЦ может привести к редким, но тяжелым последствиям, в виде нарушения глотания, регургитации и аспирации пищей, развития дивертикулита, малигнизации, кровотечения, и перфорации при форсированном эндоскопическом исследовании [4].

Предрасполагающими факторами развития могут быть пороки внутриутробного развития, дефекты и воспалительные процессы слизистой оболочки данной зоны, дисфункция глоточно-пищеводной мускулатуры, дегенеративные изменения позвоночника и др.

До настоящего времени способы лечения дивертикулов пищевода вызывают широкую дискуссию на страницах печати [6]. Это связано, в основном, отсутствием патогенетической терапии. Консервативное лечение дает кратковременное улучшение. Поэтому оперативные вмешательства продолжают оставаться единственным методом лечения ДЦ.

В современном мире все больший приоритет отдается малоинвазивным методикам оперативного лечения: резекции дивертикула с крикофарингеальной миотомией под контролем эндоскопа [1,2], баллонной дилатации глоточно-пищеводного перехода и введение препарата «Диспорт» в область крикофарингеальной мышцы [2], методика рассечения волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы с использованием струны-направителя и «двухлепестковой трубки» [2]. Данные тенденции обусловлены меньшей операционной травмой, лучшим косметическим эффектом, возможностью контролировать выделение ди-

вертикула из окружающих тканей и четко визуализировать волокна крикофарингеальной мышцы, что обеспечивает полноценное выполнение миотомии.

Клинический пример: Пациент М., 59 лет, поступил 13.04.2022 года в плановом порядке в хирургическое отделение ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. При поступлении больной предъявлял жалобы на затрудненное глотание, главным образом твердой пищи, срыгивание пищи, съеденной накануне, боли за грудиной, неприятный запах изо рта и похудание.

Считает себя больным в течение 15 лет, когда стал замечать сухость в горле и обильное выделение слюны, позже присоединилось ощущение препятствия при прохождении пищи по пищеводу, которое заставляло больного медленно и осторожно глотать малыми порциями хорошо прожеванную пищу.



Рис.1. Рентгенография шеи (боковая проекция) – крупный дивертикул

Больной правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледны. Пульс 80 уд.в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца не расширены, тоны чистые, несколько приглушены. АД 130/80 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. В левой половине шеи, по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы, видно опухолевидное образование овальной формы примерным размером до 3,0 см, мягкой консистенции. Щитовидная железа не увеличена, подвижность гортани при акте глотания сохранена.

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)

По данным эндоскопического исследования у больного на 22 сантиметрах

по задней стенке имеется дивертикул размером 4,5х3,0 см. Вход в пищевод затруднен. Слизистая дивертикула представляется бледной, покрытой густой слизью, с отдельными участками воспаления без изъязвлений. (Рис. 2)

Для объективной оценки состояния больных с дисфагией нами был разработан специальный опросник [3], который использовали для оценки дисфагии как до, так и после лечения. Мы использовали данные опросника для определения показаний к лечению, так если пациент набирал до 10 баллов – проводилась консервативная терапия; если пациент набирал от 10 до 45 баллов – выполнялась внутрипросветные эндоскопические вмешательства; если набиралось от 45 до 60 – выполнялось хирургическое лечение. По данным опросника пациент перед оперативным вмешательством набрал 32 балла.



Рис. 2. Эзофагоскопия. Визуализируется полость дивертикула, перемычка и суженный вход в пищевод



Рис. 3. Разрез слизистой пищевода для создания тоннеля в подслизистом слое

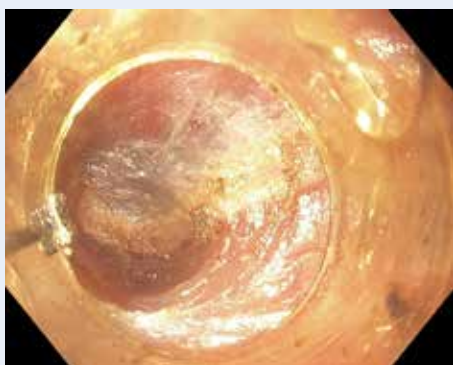


Рис. 4. Выделение и пересечение крикофарингеальной мышцы



Рис. 5. Клипирование слизистой в области вхождения в тоннель

После предоперационной подготовки 14.04.2022 г. больному выполнено внутриорганный вмешательство – тоннельная диссекция в подслизистом слое пищевода с рассечением крикофарингеальной мышцы. Выполнение тоннельной операции по поводу дивертикула Ценкера предусматривает формирование доступа в подслизистое пространство на несколько сантиметров проксимальнее уровня крикофарингеальной мышцы задней стенке глотки. После выполнения инъекции в подслизистый слой физиологического раствора, подкрашенного раствором индигокармина, выполняется продольный разрез слизистой оболочки. (Рис. 3)

Далее от области разреза слизистой методом диссекции в подслизистом слое формируется тоннель до уровня крикофарингеальной мышцы, образующей перегородку между полостью дивертикула и истинным просветом пищевода. Следующим этапом тоннель формируется в двух направлениях – отслаивая от мышечной перегородки слизистую дивертикула с одной стороны и слизистую пищевода с другой, продлевая пищеводную часть на 3 см дистальнее уровня дна дивертикула [5]. После полного выделения крикофарингеальной мышцы производится ее рассечение на всем протяжении до уровня перехода в циркулярные мышечные волокна пищевода. (Рис. 4)

Такой объем миотомии, соответствующий традиционному хирургическому лечению, позволяет адекватно ликвидировать гипертонус верхней трети пищевода и максимально снизить риск рецидива клинических проявлений заболевания. Операция завершается восстановлением герметичности слизистой с использованием эндоскопических клипс. (Рис. 5)

При внутриорганном вмешательстве использовали CO₂ инсуффлятор EndoMate фирмы EndoStar (Россия). Для рассечения слизистой оболочки и крикофарингеальной мышцы применяли эндоскопический нож Q-тип фирмы Finemedix (Корея). Гемостаз осуществляли с применением Coagrasper Olympus (Япония). Для рассечения и гемостаза использовали электрохирургический блок ESG 100 Olympus (Япония): рассечение в режиме PuleCut 35 W; гемостаз в режиме SoftCoag 40 W.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. После операции у больного отмечено улучшение общего состояния, явления дисфагии, боли за грудиной исчезли.



Рис. 6. Рентгеноскопия на следующий день после операции. Уменьшение в размерах дивертикула и свободное прохождение контраста в пищевод



Рис. 7. Эзофагоскопия через 6 месяцев. Полость дивертикула сравнялась с просветом пищевода

На следующие сутки послеоперационного периода была выполнена рентгенография с водорастворимым контрастом. Затеков контрастного вещества не выявлено, визуализируются три эндоскопические клипсы, дивертикул значительно уменьшился в размерах, отмечается беспрепятственное прохождение контрастного препарата через пищевод. (Рис. 6.) Начато самостоятельное питание полужидкой пищей.

По данным опросника в раннем послеоперационном периоде мы фиксируем уменьшение количества баллов до 16. На 3-е суток больной переведен на общий стол. На 5 сутки послеоперационного периода больной выписан.

Через 6 месяцев после оперативного вмешательства выполнена эзофагоскопия: в верхней трети пищевода сразу за устьем, визуализируется перемычка, представленная рубцовой тканью – на момент осмотра полость дивертикула полностью ликвидирована (Рис. 7)

ВЫВОД

Внутриорганный вмешательство – тоннельная диссекция в подслизистом слое пищевода с рассечением крикофарингеальной мышцы соблюдает основные принципы хирургического лечения дивертикула Ценкера как нерв-

но-мышечного заболевания, расширяет возможности хирургии в достижении хорошего клинического эффекта, малой травматичности, короткого периода восстановления больных и меньшего срока госпитализации. Данной демонстрацией клинического случая мы хотели показать эффективность данной методики, но для окончательного решения всех методологических аспектов их применения требуются накопление опыта и анализ отдаленных результатов лечения.

Конфликт интересов. Авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Ю. В., Сазонов Д. В., Панченков Д. Н., Шабловский О. Р., Истомин Н. П. Дивертикул Ценкера: современные подходы к хирургическому лечению. Клиническая практика-2016- № 3-С.17-23.
2. Королев М. П., Климов А. В., Антипова М. В., Ткаченко О. Б. Диагностика и оперативное лечение дивертикулов Ценкера с применением современной эндоскопической техники. Вестник хирургии им. И. И. Грекова –2011-Том170-№ 3- С. 35-39.
3. Шаповалов А. В., Терещенко С. Г., Богданов А. П., Кригер П. А., Шаповалов А. С. Создание универсальной анкеты-опросника на основе протоколов оценки степени тяжести дисфагии. Хирург 2021-№ 5-6. – С. 26-34.
4. Stoian S., Motofei I., Popescu B. et al. Zenkers diverticulum, a rare cause of upper gastrointestinal bleeding. Revista medico-chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Iasi 2013; 177 (2):297-301.
5. Li Q. L., Chen W. F., Zhang X. C., et al. Submucosal Tunneling Endoscopic Septum Division: A Novel Technique for Treating Zenker's Diverticulum // Gastroenterology. – 2016 Dec. – 151 (6). – P. 1071-1074.
6. Павлов И. А., Шишин К. В., Недолужко И. Ю., Курушкина Н. А., Шумкина Л. В. Современные подходы к лечению пациентов с дивертикулами Ценкера (обзор литературы) // Доктор.Ру. 2018. № 3 (147). С. 27-32.