

УДК 616.329-007.64-07-07

**НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА***Ф.А. Греджев., А.М. Дудин., О.Н. Ступаченко., А.Е. Кузьменко**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Реферат.** Приведен анализ результатов лечения 97 больных с дивертикулами пищевода в возрасте 39-65 лет, из них 54 (56%) мужчины и 43 (44%) женщины. При дивертикулах пищевода больше 2 см в диаметре и выраженной клинической картине целесообразна дивертикулэктомия. При наличии дивертикулита показана антибактериальная, противовоспалительная терапия, как предоперационная подготовка. Несостоятельность швов пищевода после операции наблюдали у 2 больных.

**Ключевые слова:** дивертикул пищевода, диагностика, лечение.

Больше двух столетий прошло с момента первого описания дивертикула пищевода Лудлоу в 1769 г., тем не менее проблема диагностики и лечения данной патологии остается актуальной. Хирургическое лечение больных с дивертикулами пищевода относится к сложным и актуальным вопросам торакальной хирургии и требует дальнейшей разработки [3]. По мнению многих авторов, это связано с особенностями анатомического строения, топографией пищевода, его кровоснабжением, отсутствием патогномичной клинической картины [4].

Данные о распространенности дивертикулов противоречивые. Это заболевание выявляется приблизительно у 0,8-1% больных, которым проводится рентгенологическое исследование пищевода и желудка [1, 4]. Среди дивертикулов верхних отделов пищеварительного тракта чаще всего встречаются дивертикулы пищевода [1, 2].

**Материал и методы**

С 1998 до 2000 гг. в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна лечились 97 больных в возрасте от 39 до 65 лет с дивертикулами пищевода, из них 54 (56%) мужчины и 43 (44%) женщины. Все больные госпитализированы в плановом порядке.

По локализации дивертикулы разделились соединяющим образом: фарингоэзофагеальные – 35 (36%), бифуркационные – 37 (38%), эпифренальные – 24 (26%).

Клиническая картина определялась локализацией дивертикула. Ведущим синдромом у больных с фарингоэзофагеальными дивер-

тикулами была дисфагия, степень выраженности которой зависела от размеров дивертикула. Характерным признаком было нарастание дисфагии вплоть до полной непроходимости по мере заполнения дивертикула пищевыми массами. Болевой синдром зависел от размеров дивертикула, диаметра шейки дивертикула, выраженности дивертикулита. Боли при этом локализовались в области шеи и левого грудинно-ключичного сочленения с иррадиацией в левую подчелюстную и левую окологрудную область. У 45 больных отмечена усиленная саливация, особенно в ночное время, у 25 больных – отрыжка содержимым дивертикула. Неприятный запах изо рта наблюдали у 28 больных. Наиболее выраженная клиническая картина была у пациентов с фарингоэзофагеальными дивертикулами.

У больных с бифуркационными дивертикулами клиническая картина была менее выражена. 18 больных беспокоили боли разной локализации (за грудиной, в межлопаточной области), которые возникали во время и после еды. Умеренно выраженную дисфагию отмечали 12 больных, неприятный запах изо рта – 21.

В клинической картине больных с эпифренальными дивертикулами на первый план выступают умеренно выраженные боли в проекции нижней трети грудины и эпигастральной области с иррадиацией в спину. У 13 больных были функциональные нарушения сердечной деятельности: тахикардия, экстрасистолия. У 1 больного выявлен фарингоэзофагеальный и бифуркационный дивертикул размером 5×7 см и 1,5×1,5 см соответственно. Клиническая картина определялась фарингоэзофагеальным дивертикулитом. Из осложнений дивертикулов пищевода мы наблюдали дивертикулит у 29 больных.

Ведущим исследовательским приемом у пациентов с дивертикулами пищевода является контрастное рентгенологическое исследование пищевода в прямой и боковой проекциях, с использованием сульфата бария и водорастворимых контрастных веществ. У всех боль-

ных применялась фиброэзофагогастроуденоскопия, при которой оценивалось состояние слизистой оболочки пищевода, локализация и размеры шейки и тела дивертикула.

#### **Результаты и обсуждение**

У 35 больных фарингоэзофагеальные дивертикулы имели диаметр от 3 до 5 см. У одного больного размеры дивертикула составляли 5×7 см, симптомы дивертикулита отмечены у 3 человек. У 2 больных с бифуркационными дивертикулами диаметр дивертикула не превышал 2 см, у 5 – от 3 до 4 см, у 3 – от 5 до 7,5 см, у 2 пациентов выявлен дивертикулит. Размеры дивертикулов эпифренальной локализации: у 2 больных – до 2 см, у 4 – от 2 до 3 см, у 2 – от 4 до 5,5 см в диаметре. У двух пациентов отмечены симптомы дивертикулита. Из 27 больных оперированы 23 (85,2%).

Противопоказаниями к операции у 2 больных с бифуркационными дивертикулами размеры были меньше 2 см и отсутствие клинических проявлений. Двое больных с эпифренальным и бифуркационным дивертикулом более 2 см в диаметре не оперированы в связи с тяжелой сопутствующей кардиальной патологией.

Всем оперированным больным выполнена дивертикулэктомия под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. При фарингоэзофагеальных дивертикулах использован хирургический доступ по медиальному краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы слева. При бифуркационных дивертикулах целесообразна переднебоковая торакотомия справа в 4-5 межреберье, при эпифренальных – переднебоковая торакотомия справа в 6-7 межреберье. Особое внимание уделяли мобилизации дивертикула, выделению, обработке и укрытию культи шейки дивертикула. Волокна мышечной стенки пищевода разъединялись тупо. Шейка дивертикула прошивалась аппаратом УО-40, после отсечения дивертикула культи шейки инвагинировалась узловыми швами в мышечную стенку пищевода. После удаления бифуркационных и эпифренальных дивертикулов швы на пищеводе дополнительно прикрывались листком медиастинальной плевры. После удаления фарингоэзофагеальных дивертикулов к линии швов подводился резиновый выпускник. При операциях по поводу бифуркационных и эпифренальных дивертикулов к линии швов подводилась мягкая

силиконовая трубка, в обязательном порядке дренировалась плевральная полость. В 5 случаях при фарингоэзофагеальных и в 3 случаях при бифуркационных дивертикулах для герметизации линии швов после дивертикулэктомии использовали пластины Тахокомб®, размером 4,8×4,8×0,5 см. Фиксация препарата проводилась прижатием тупфером по всей площади пластины. Применение этого средства позволило получить надежную герметизацию линии швов. Послеоперационный период у этих больных протекал без осложнений.

В послеоперационном периоде всем больным проводилось зондовое и парентеральное питание, назначалась антибактериальная терапия.

У 2 больных, оперированных по поводу фарингоэзофагеальных дивертикулов, послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов пищевода. Свищи, которые образовались, закрылись после консервативного лечения.

#### **Заключение**

Таким образом, при дивертикулах пищевода больше 2 см в диаметре и выраженной клинической картине показана дивертикулэктомия. При наличии дивертикулита показана предоперационная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Определяющее значение в профилактике несостоятельности швов имеет оперативная техника. Применение Тахокомба® позволяет получить надежную герметизацию линии швов.

#### **НАШ ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛІВ СТРАВОХОДУ**

*Ф.А. Греджев, О.М. Дудін, О.М. Ступаченко, О.Є. Кузьменко*

**Реферат.** Приведен аналіз результатів лікування 97 хворих з дивертикулами стравоходу у віці 39-65 років, з їх 54 (56%) чоловіка і 43 (44%) жінки. При дивертикулах стравоходу більш 2 см у діаметрі, вираженій клінічній картині доцільна дивертикулектомія. При наявності дивертикуліта показана антибактеріальна, протизапальна терапія як предопераційна підготовка. Неспроможність швів стравоходу після операції спостерігали в 2 хворих, нориці закрилися самостійно.

**Ключові слова:** дивертикул стравоходу, діагностика, лікування.

**OUR EXPERIENCE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL DIVERTICULUM**

*F.A. Gredjev, A.M. Dudin, O.N. Stupachenko, A.E. Kuzmenko*

**Abstract.** The results of treatment of 97 patients with esophageal diverticulums between the ages of 39-65, 54 (56%) men and 43 (44%) woman have been analysed. At esophageal diverticulum more than 2 cm in a diameter, that is an expressed clinical pattern, an expedient diverticulectomy is considered to be reasonable. Contraindications to the operation at 2 patients with bifurcating diverticulum were: the dimensions less than 2 cm, absence of clinical manifestations. Antibacterial, antiinflammatory therapy as preoperative preparation is shown in case of diverticulum. An incompetence of sutures of an esophagus after the operation was observed in 2 patients.

**Key words:** diverticulum of an esophagus, diagnostics, treatment.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Ванцян З.Н. Ошибки и опасности в хирургии дивертикулів пищевода / З.Н. Ванцян, А.Н. Корчак, М.М. Кебедов, М.Н. Вабичев // Хирургия. – 1986. – № 4. – С. 103-107.
2. Войтенко Н.К. Диагностика и лечение дивертикулів пищевода / Н.К. Войтенко, А.А. Хартоник // Вестн. хир. – 1988. – Ч. 2. – С. 15-20.
3. Ротенберг М.И. К этиологии дивертикулів пищевода (к 225-летию первого сообщения в дивертикулах пищевода) / М.И. Ротенберг // Вестн. рентгенол. – 1995. – Ч. 1. – С. 31-34.
4. Тамулевичюте Д.И. Болезни пищевода и кардии / Д.И. Тамулевичюте, А.М. Витенас // М.: Медицина, 1975. – 268 с.