

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

Фомченко Юрий Олегович

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Шарибзянов Валерий Викторович

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Дивертикул пищевода – выпячивание стенки пищевода в виде мешка, слепой трубы, которые сообщаются с просветом пищевода.

Существуют следующие классификации дивертикулов:

1. Классификация в зависимости от происхождения:
 - a. Врожденный дивертикул;
 - b. Приобретенный дивертикул;
2. Классификация по типу:
 - a. Истинный дивертикул;
 - b. Ложный дивертикул;
3. Классификация в зависимости от локализации:
 - a. Глоточно-пищеводные дивертикулы (ценкеровские дивертикулы);
 - b. Эпибронхиальные (бифуркационные, среднепищеводные) дивертикулы;
 - c. Наддиафрагмальные (эпифренальные) дивертикулы;
 - d. Поддиафрагмальные (абдоминальные) дивертикулы.
4. Классификация в зависимости от механизма развития:
 - a. Пульсионные дивертикулы;
 - b. Тракционные дивертикулы;
 - c. Пульсионно-тракционные дивертикулы;
5. Классификация в зависимости от количества:
 - a. Одиночный дивертикул;
 - b. Множественные дивертикулы.

Отличие истинного дивертикула от ложного заключается в том, что он представляет собой выпячивание, стенки которого образованы всеми слоями пищевода, в то время как ложный дивертикул является выпячиванием слизистой оболочки через дефект в мышечном слое органа.

Пульсионный механизм развития дивертикула реализуется вследствие повышенного давления в пищеводе, в результате чего нарушается его моторика, стеноза нижележащих отделов органа. Следствием пульсионного механизма является выпячивание пищевода в наиболее слабом месте.

Тракционный механизм развития дивертикула связан со сращением стенки пищевода с окружающими тканями, что может наблюдаться при воспалительных процессах в лимфоузлах корней легкого, трахеи. Результатом данного механизма развития дивертикула является тяга стенки пищевода в сторону органа, к которому припаян пищевод, и образование таким образом выпячивания.

Клиническая картина дивертикулов пищевода во многом определяется локализацией выпячивания.

Наиболее выраженная симптоматика наблюдается при ценкеровских дивертикулах, расположенных в области глоточно-пищеводного перехода. При данном виде дивертикулов довольно рано развиваются явления дисфагии, при которой наблюдается затрудненное прохождение пищи как твердого, так и жидкого характера. Остатки пищи могут скапливаться в дивертикуле, после чего возможны отрыжка непереваренной пищей, неприятный запах изо рта. Характерной также является регургитация в горизонтальном положении, например во время сна, вследствие которой пациенты обнаруживают остатки пищи и слизи на подушке после пробуждения. К симптомам ценкеровских дивертикулов относятся также першение и царапание глотки, ощущение кома в горле, сухой кашель, тошнота, повышенное слюноотделение, изменение тембра голоса. Патогномичным для данного состояния является феномен «блокады»: после приема пищи наблюдается выраженное покраснение лица, ощущение удушья, головокружение с возможным развитием обморочного состояния. Феномен «блокады» купируется после рвоты.

Бифуркационные и эпифренальные дивертикулы пищевода малого размера (до 2 см) чаще всего протекают без клинической симптоматики. В случае превышения дивертикула этого размера могут наблюдаться явления дисфагии, отрыжка непереваренной пищей, заглатывание пациентом воздуха, некардиальные боли в грудной клетке, тошнота, кашель.

Абдоминальные дивертикулы могут характеризоваться, помимо расстройств пищеварения, рефлекторными одышкой, тахикардией и бронхоспазмом, а также некардиальными болями в грудной клетке и изменениями в электрокардиограмме.

Дивертикул при определенных условиях может воспалиться (дивертикулит), что может привести к флегмоне шеи, медиастиниту, образованию свища между пищеводом и средостением.

Объективный физикальный осмотр при подозрении на дивертикул пищевода неинформативен, за исключением ценкеровского дивертикула больших размеров: при отведении головы пациента с ценкеровским дивертикулом назад возможно обнаруживание выпячивания на шее, мягкой консистенции и уменьшающееся при надавливании на него.

Таким образом, решающую роль в верификации дивертикула пищевода играют инструментальные методы исследования:

1. Рентгеноскопическое исследование пищевода и желудка с контрастными веществами, являющееся основным методом исследования дивертикулов пищевода, который позволяет оценить размеры дивертикула, время задержки в нем бария, а также моторные нарушения органа и возможные осложнения;
2. Компьютерная томография органов грудной клетки, позволяющая визуализировать дивертикулы больших размеров, представляющие собой сообщающиеся с пищеводом стриктуры, заполненные воздухом или жидкостью;
3. Эндоскопическое исследование, использующееся редко и с осторожностью, т.к. существует риск перфорации дивертикула.

Для исследования наиболее распространенной локализации дивертикулов было исследовано 32 пациента (21 мужчина, 11 женщин) с инструментально подтвержденным наличием дивертикула пищевода.

В результате исследования историй болезней были выявлена следующая распространенность локализаций дивертикулов пищевода:

Таблица 1.

Распространенность локализаций пищеводных дивертикулов в группе пациентов

Локализация	Количество	пациентов
-------------	------------	-----------

Глоточно-пищеводный дивертикул	20	
Эпибронхиальный дивертикул	9	
Эпифренальный дивертикул	2	
Абдоминальный дивертикул	1	

Наиболее распространенной локализацией является глоточно-пищеводная область (ценкеровский дивертикул), на долю которой пришлось 62,5% от всех случаев. Более четверти от всех случаев (28,5%) составляют эпибронхиальные дивертикулы, и малую часть случаев – эпифренальные и абдоминальные дивертикулы (6,2% и 3,1% соответственно).

Данное исследование показывает частоту встречаемости различных локализаций дивертикулов пищевода, знание которой важно в диагностике и лечении данного заболевания.

Список литературы:

1. Анохина, Е.Ю., Особенности хирургического лечения дивертикулов пищевода с применением видеоэндохирургических методов / Е.Ю. Анохина, И.А. Лазарев // Кубанский научный медицинский вестник – 2010. – № 3-4. – С. 17-20.
2. Клинические рекомендации: Дивертикул пищевода – 2016.
3. Становенко, В.В., Лечение дивертикулов пищевода / В.В. Становенко, Н.Г. Харкевич [и другие] // Вестник Смоленской медицинской академии – 2010. – № 1. – С. 88-91.