



М. М. Багіров¹, Р. І. Верещако^{2,3}, А. Н. Агаєв¹

¹ Національна медична академія последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ України, Київ

² Національний медичний університет имени А. А. Богомольца, Київ

³ Київська городська клінічна лікарня № 17

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО ДИВЕРТИКУЛА

Цель работы — усовершенствовать хирургическую технику и внедрить новые варианты операций для лечения осложненного и неосложненного глоточно-пищеводного дивертикула.

Материалы и методы. В клинике в период с 1988 по 2013 г. пролечено 54 пациента с глоточно-пищеводным дивертикулумом. Мужчин было 36, женщин — 18, возраст — от 24 до 87 лет, в среднем — 54,3 года. Осложненное течение заболевания зафиксировано у 64,8% больных. Описаны диагностические подходы, позволяющие уточнить состояние дивертикула, характер осложнения и выбрать оптимальный вариант лечения.

Результаты и обсуждение. В ранний послеоперационный период наблюдали 1 (1,85%) осложнение, в отдаленные сроки — 1 (1,85%) рецидив дивертикула. Продолжительность хирургического вмешательства зависела от сложности операции и составляла от 30 до 220 мин, в среднем — 82 мин. Летальных исходов не было.

Выводы. Диагностика глоточно-пищеводных дивертикулов требует особой тщательности, так как они могут иметь осложненное течение. Удаление дивертикула с раздельным прошиванием слизистого и мышечного слоев его устья и пересечением перстневидно-глоточной мышцы позволяет получить наилучшие результаты в ближайший и отдаленный период. При дивертикуле, осложненном рубцовым стенозом глоточно-пищеводного перехода, удаление дивертикула и реконструкция стенозированного сегмента — единственно возможное вмешательство, позволяющее устранить одновременно сложную комбинированную патологию пищевода и глотки.



Ключевые слова: дивертикул, глотка, пищевод, рубцовый стеноз, эзофагопластика.

Ценкерровский дивертикул — редкая патология (2 случая на 100 тыс. населения) [7] и в то же время наиболее частая причина нарушения функции глоточно-пищеводного перехода [4]. Этиология этого заболевания до конца не ясна. Общепринята теория дисфункции при глотании между гипофаринксом и верхним сфинктером пищевода, последний несвоевременно и недостаточно расслабляется, что приводит к увеличению давления в просвете нижнего отдела глотки с последующей атрофией мышечного слоя и развитием дивертикула [4]. Золотой стандарт хирургического лечения глоточно-пищеводного дивертикула — иссечение патологического выпячивания через левостороннюю цервикотомию с пересечением перстневидно-глоточной мышцы [2, 3, 6, 7]. В последние годы развивается миниинвазивная хирургия ценкерковского дивертикула [3—9]. Это связано как со значительным возрастом пациентов с дан-

ной патологией, так и со стремлением сократить продолжительность пребывания в стационаре. С помощью лазера или степлера выполняют трансоральную эзофагодивертикулостомию [3, 5—7, 9]. Такой вариант эндоскопической хирургии уступает по радикальности классической дивертикулэктомии с пересечением перстневидно-глоточной мышцы.

М. Mortensen и соавт. [8] попытались расширить возможности эндоскопической коррекции данной патологии. Они описали 6 случаев трансоральной дивертикулэктомии в сочетании с пересечением перстневидно-глоточной мышцы. У одного пациента пришлось прервать вмешательство, поскольку после пересечения мышцы развилось кровотечение. Условием выполнения эндоскопической дивертикулэктомии является диаметр дивертикула меньше 3 см. Большинство авторов [3, 4, 6, 7] также отмечают эффективность эндоскопической хирур-

Верещако Роман Иванович, д. мед. н., доцент кафедры
01133, м. Київ, пр-в. Лабораторний, 20. КМКЛІ № 17. Тел. (44) 528-77-83. E-mail: romver@i.ua

© М. М. Багіров, Р. І. Верещако, А. Н. Агаєв, 2014

гии при малых размерах ценкеровского дивертикула. Даже при неосложненных глоточно-пищеводных дивертикулах эндоскопические вмешательства сопряжены с интраоперационными осложнениями: перфорацией пищевода [3, 5, 9], травмой возвратного гортанного нерва [9], кровотечением [8], медиастинитом [6]. Часть пациентов, перенесших транс-оральную коррекцию, в последующем нуждались в повторной операции по классической открытой методике [3, 5] в связи с сохранением функциональных нарушений глоточно-пищеводного перехода. С. А. Gutschow и соавт. [6] отметили лучшие функциональные результаты, особенно у пациентов с дивертикулами маленького размера, при выполнении операции из цервикотомного доступа. Открытые операции не требовали повторных вмешательств по поводу рецидива заболевания [3]. Все авторы единодушны относительно гигантских осложненных дивертикулов — восстановление функции глотки и пищевода в таких случаях возможно только с применением цервикотомного доступа. Этот подход не вызывает сомнения, особенно при таких серьезных осложнениях, как стеноз пищевода ниже устья дивертикула, кровотечение из стенки дивертикула, перфорация истонченной и воспаленной стенки дивертикула. Описаны такие редкие осложнения, как рак стенки дивертикула [11] и кровоточащий гигантский дивертикул, пролабирующий в верхний отдел правого гемиторакса [10]. Радикальное лечение в этих случаях возможно только через цервикотомный доступ.

Цель работы — усовершенствовать хирургическую технику и внедрить новые варианты операций для лечения осложненного и неосложненного глоточно-пищеводного дивертикула.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике в период с 1988 по 2013 г. пролечено 54 пациента с глоточно-пищеводным дивертику-

лом. Мужчин было 36, женщин — 18, возраст — от 24 до 87 лет, в среднем — 54,3 года. Учитывая локализацию ценкеровского дивертикула, клиническая картина была обусловлена, прежде всего, компрессионным синдромом. Основным симптомом заболевания у 43 (79,6 %) больных была дисфагия разной степени выраженности. У 6 пациентов вследствие дисфагии отмечен дефицит массы тела от 5 до 30 кг. Второе место по частоте (74 %) занимала отрыжка в сочетании с регургитацией задержавшейся в дивертикуле пищи, часто перед этим имела место тошнота с последующей рвотой. Стойкий кашель, обусловленный хроническим бронхитом в связи с попаданием содержимого дивертикула во время сна в трахеобронхиальное дерево, наблюдали у 5 пациентов. Редкими симптомами были: охриплость голоса (1 случай), выпячивание на шее (2), ощущение урчания в области шеи (3). Длительность клинических проявлений составляла от 6 мес до 10 лет.

Обязательное обследование этой группы больных включало обзорную рентгенографию органов грудной полости, эзофагографию, фиброэзофагогастроскопию. При выявлении патологических очагов в легких (рис. 1А), как правило, дополнительно выполняли компьютерную томографию органов грудной полости (рис. 1Б).

На представленных рентгенограмме и компьютерной томограмме хорошо виден абсцесс верхней доли левого легкого. Пациент отказывался от операции по поводу ценкеровского дивертикула в течение 10 лет, в результате был госпитализирован в клинику с клинической картиной пневмонии. После проведенной антибактериальной терапии и клинического выздоровления выполнена дивертикулэктомия. Такое осложнение в группе больных наблюдали в 1 случае. Аспирационная пневмония зафиксирована у 7 (13 %) пациентов. В 2 (3,7 %) случаях компьютерная томография

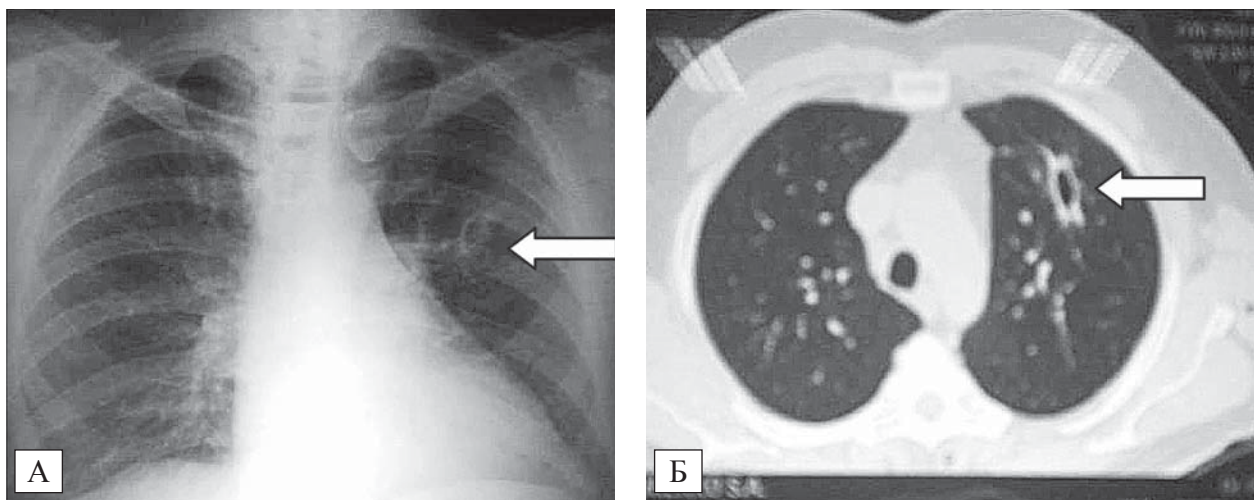


Рис. 1. Больной С. Стрелкой указан очаг деструкции (абсцесс) в левом легком: рентгенограмма, прямая проекция (А); компьютерная томография органов грудной полости (Б)

позволила діагностувати компресію шейного відділу трахеї.

Езофагографія дозволяє визначити локалізацію ценкерівського дивертикула (лівосторонній, правосторонній), розміри власне дивертикула і його устя (шейки). 2 пацієнта мали дивертикули діаметром до 2 см, 22 (40,7%) — діаметром 2—4 см, 27 (50%) — діаметром 4—8 см, 3 (5,6%) — діаметром більше 8 см (рис. 2).

Длительним анамнезом у більшості пацієнтів, ймовірно, пояснюється формування дивертикулів великого розміру, що в подальшому стало причиною ускладненого перебігу захворювання, а не тільки функціональних розладів, пов'язаних з глотанням. Розміри устя дивертикулів, визначаються на езофагограмі, як правило, збігалися з ендоскопічними даними. Устя шириною до 1 см виявлено у 6 (11,1%) пацієнтів, 1—2 см — у 30 (55,6%), 2—4 см — у 18 (33,3%). При гігантських дивертикулах (більше 8 см в діаметрі) ширина устя була найбільшою (більше 3 см).

Ендоскопічне дослідження дозволяло оцінити локалізацію устя дивертикула, стан слизової оболонки дивертикула, ступінь компресії пищевода нижче устя дивертикула. С допомогою даного дослідження дивертикуліт виявлено у 18 (33,3%) пацієнтів, стеноз пищевода дистальніше устя дивертикула — у 3 (5,6%).

Таким чином, ускладнений перебіг дивертикула, проявляючися морфологічними змінами, мало місце у 35 (64,8%) хворих. Найбільше

частими ускладненнями були дивертикуліт, пневмонія, бронхіт. Ускладнений перебіг захворювання спостерігали при тривалому анамнезі (рік і більше).

С лікувальною метою всім пацієнтам виконана дивертикулектомія в поєднанні з перерізанням перстневидно-глоточної м'язи. Для доступу в 43 (79,6%) випадках використана лівостороння цервикотомія по Разумовському, в 8 — правостороння, в 3 — поперечна цервикотомія. При використанні цервикотомії по Разумовському вибір сторони її виконання залежав від розташування дивертикула по відношенню до пищевода. Поперечна цервикотомія застосована з косметичною метою за бажанням пацієнтів, хоча цей доступ менш зручний порівняно з цервикотомією по Разумовському.

Основні етапи операції: повне виділення дивертикула з оточуючих тканин з виключенням надмірної мобілізації пищевода і травмирования возвратного гортанного нерва; обов'язкова міотомія сфінктера на межі глотки і пищевода. Цей етап операції краще виконувати після виділення слизової оболонки устя дивертикула; окреме прошивання слизової оболонки в зоні устя дивертикула; перевірка герметичності шва слизової оболонки з допомогою окрашеного розчину; відновлення м'язового шару на завершальному етапі дивертикулектомії з виключенням деформації і порушення кровопостачання в області шва; постановка тонкого назогастрального зонда для харчування після завершення основної операції. Всі етапи опе-

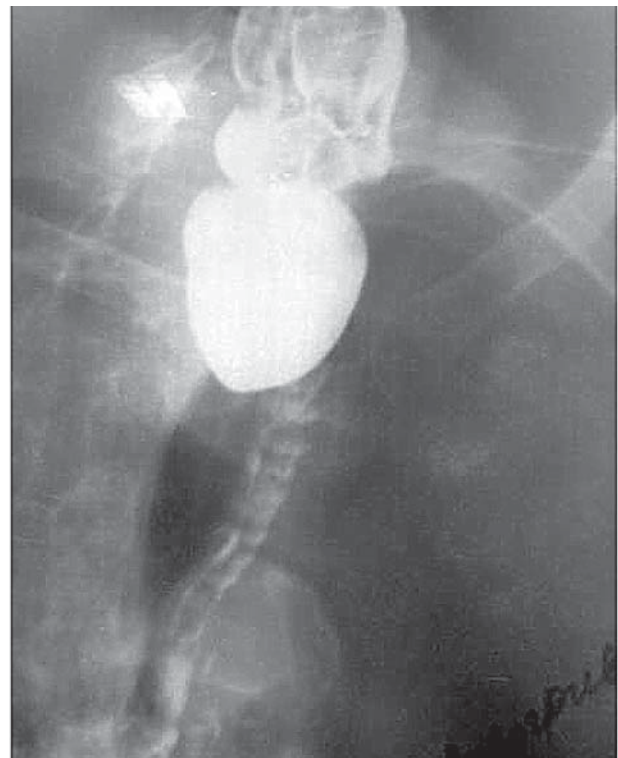
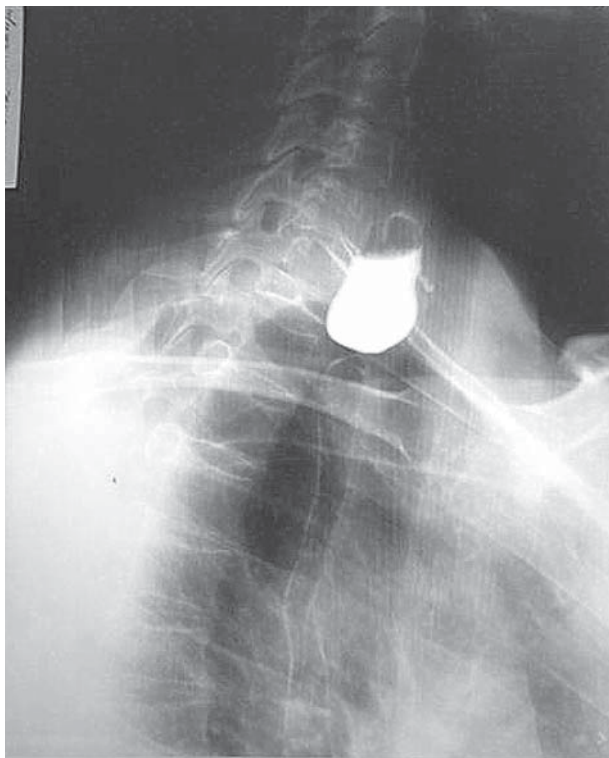


Рис. 2. Рентгеноконтрастне дослідження дивертикулів різного розміру

рации выполняли при наличии широкопросветного зонда в пищеводе.

С особыми техническими трудностями были сопряжены хирургические вмешательства при глоточно-пищеводном дивертикуле, осложненном рубцовым стенозом пищевода. Такое сочетание наблюдали у 3 пациентов. Этим пациентам выполнены три варианта реконструкции пищевода с одновременным полным или частичным удалением глоточно-пищеводного дивертикула.

Больной Р., 24 г. С 8 лет страдал нарушением глотания. При эзофагографии выявлено расширение глотки до 5 см, по левой стенке глотки на границе с пищеводом определяется дивертикул до 2 см в диаметре с устьем до 0,5 см. Пищевод на уровне первого физиологического сужения циркулярно сужен до 0,4 см. Протяженность суженного участка — до 1,5 см. Контраст через стеноз проходит с трудом. С целью устранения выявленной патологии выполнена левосторонняя цервикотомия, частичная мобилизация левой доли щитовидной железы. Это позволило визуализировать левую стенку глотки, дивертикул, стенозированный сегмент пищевода протяженностью 1,5 см, окруженный гипертрофированным мышечным слоем. Продольно рассечены устье дивертикула и пищевод над стенозом. Кончик зажима через суженный участок не проходил. Выполнено рассечение в зоне стеноза стенки пищевода с гипертрофированным мышечным слоем. Овальное поперечное иссечение стенозированного сегмента пищевода и стенки глотки с дивертикулом. В пищевод проведен толстый зонд и наложен глоточно-пищеводный анастомоз в 3/4 (рис. 3). Проверка шва на герметичность. Тонкий назогастральный зонд. Дренаж. Ушивание раны шеи.

Второй вариант реконструкции пищевода выполнен пациенту С., 47 лет. Болел с 1992 г. В 1994 г.

выполнена дивертикулэктомия слева. Развилось осложнение — несостоятельность шва глоточно-пищеводного перехода. Дренирование шеи. Сформировался пищеводно-кожный свищ. В течение 1995 г. 4 раза выполняли левостороннюю цервикотомию с целью ликвидации свища. В нашу клинику поступил в 1997 г. с жалобами на боли в левой половине шеи при глотании, поперхивание. Выполнена эзофагография с бариевой взвесью: акт глотания не нарушен, пищевод на уровне первого физиологического сужения деформирован, с дивертикулоподобным выпячиванием по левой боковой стенке диаметром до 2,5 см, с кратковременной остановкой контрастного вещества в его полости. Глотка несколько супрастенотически расширена. При фиброэзофагоскопии обнаружен вход в дивертикул на уровне первого физиологического сужения по левой стенке пищевода. Осмотр затруднен из-за содержимого дивертикула. Выполнена шестая левосторонняя цервикотомия. Мощные послеоперационные рубцы не позволяли идентифицировать даже общую сонную артерию. Последняя вместе с рубцовой капсулой отделена от пищевода до передней поверхности позвоночника. Освобождены левая боковая стенка пищевода и нижнего отдела глотки. Выше послеоперационного рубца и глоточно-пищеводного перехода свисает глоточный дивертикул диаметром 2 см, ширина устья — 1 см. Иссечены в поперечном направлении рубцово-измененная стенка пищевода и часть дивертикула, прилегающая к стенозу. После этого удалось провести толстый зонд в пищевод и на нем наложить глоточно-пищеводный анастомоз в 3/4 с включением в анастомоз оставшейся стенки дивертикула (рис. 4).

Линия анастомоза дополнительно укрыта мышечно-рубцовым кровоснабжаемым лоскутом. Учитывая обширность рубцовых изменений в этой области после нескольких цервикотомий и иссе-

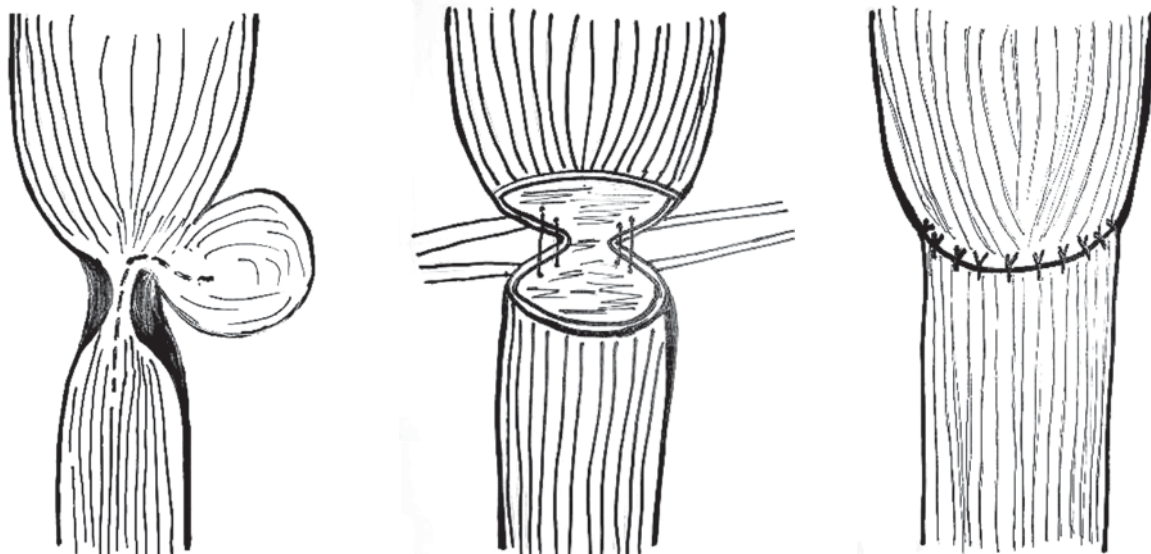


Рис. 3. Схема операции больного Р.

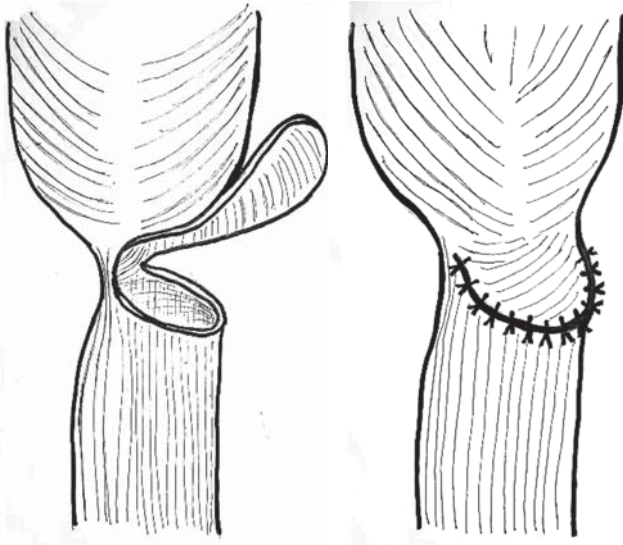


Рис. 4. Схема операції больно́го С.

чений свища, використання проксимальної частини дивертикула, після резекції дистальної порції разом з рубцевим сегментом, для формування нового глоточно-пищеводного переходу було оптимальним рішенням. Такий підхід дозволив ліквідувати порожнину дивертикула, що виключає можливість його рецидива, і сформувати глоточно-пищеводний анастомоз без натяження і достаточного просвіта.

Больна С., 87 лет. В течение 10 лет отмечала периодическое нарушение проходимости пищевода. За месяц до поступления дисфагия стала нарастать и достигла IV степени, что привело к потере массы тела и слабости. Выполнена рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом. Исследование проводили в горизонтальном положении на спине. После приема глотка контрастного вещества в зоне глоточно-пищеводного перехода определился дивертикул с четкими ровными контурами диаметром 6 см. При глотательных движениях отмечена регургитация содержимого дивертикула в глотку, только через 20 мин зафиксировано поступление контраста тонкой струйкой в пищевод (рис. 5).

Выполнена фиброэзофагоскопия, эндоскоп в пищевод не проходил, попадал в полость дивертикула, устье последнего шириной 2,5 см по правой стенке пищевода. В связи с истощением и обезвоживанием пациентки проведен короткий курс (2 дня) инфузионной терапии и назначено хирургическое вмешательство. Доступ — цервикотомия по Разумовскому справа. Послойно мобилизован до шейки дивертикул. Даже под контролем хирурга не удалось провести в пищевод тонкий зонд. Опорожненный дивертикул достигал в диаметре 6 см. Фаринготомия у устья дивертикула. Обнаружен узкий (2 мм) вход в пищевод. Эзофаготомия в зоне стеноза (2 см) и дистальнее на протяжении 1 см

(рис. 6). После этого проведен зонд № 30 до желудка. В зоне фарингоэзофаготомии на уровне глоточно-пищеводного перехода наложено по два шва в поперечном направлении с целью сближения глотки и пищевода. Большая протяженность стеноза пищевода не позволяла надежно восстановить просвет этого участка только поперечным швом. Поэтому после частичного удаления дивертикула из его стенки выкроено 2 лоскута: один — с включением всех слоев стенки, второй — без слизистой оболочки (рис. 7). С помощью первого лоскута закрыт дефект глотки и пищевода. Толстый зонд свободно находился в просвете в зоне реконструкции. Проба с окрашенным раствором на герметичность отрицательная. После этого вторым (фиброзно-мышечным) лоскутом прикрыта линия глоточно-пищеводной пластики (рис. 8). (Патент Украины № 102982) [1]. Толстый зонд заменен на тонкий назогастральный для питания в ранний послеоперационный период.

В этом варианте реконструкции мы также использовали часть дивертикула для восстановления просвета пищевода в зоне стеноза и профилактики несостоятельности шва глотки и пищевода в зоне пластики. Риск этого осложнения был довольно высок, принимая во внимание возраст пациентки и ее истощение вследствие дисфагии IV степени.

Учитывая такие факторы, как возраст пациента, истощение, многократность операций, протяжен-

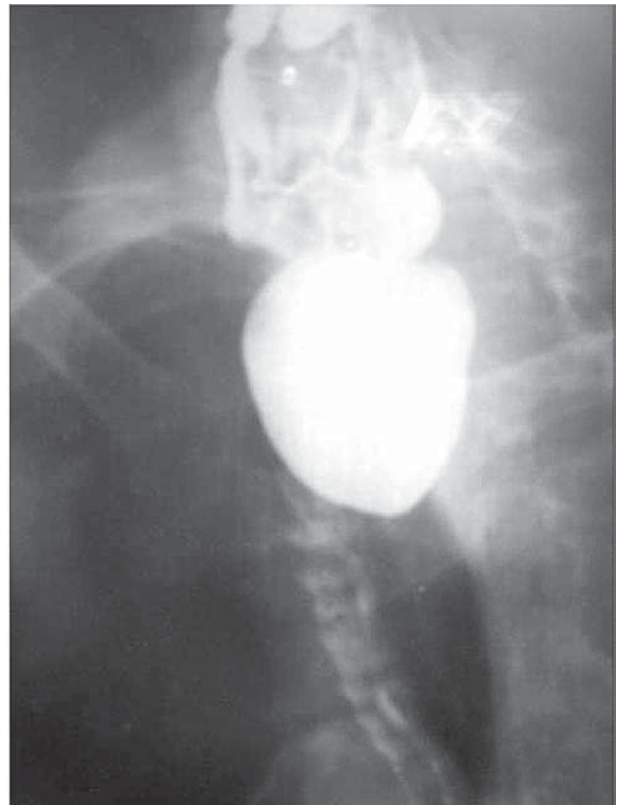


Рис. 5. Контрастированный гигантский дивертикул больно́й С.

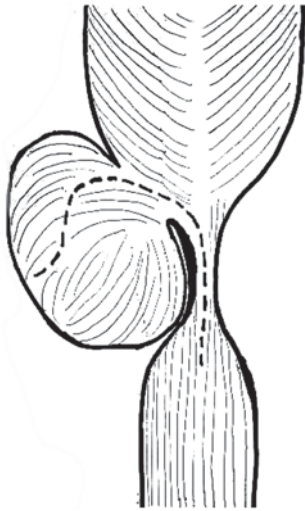


Рис. 6. Схема рассечения дивертикула и пищевода у больной С.

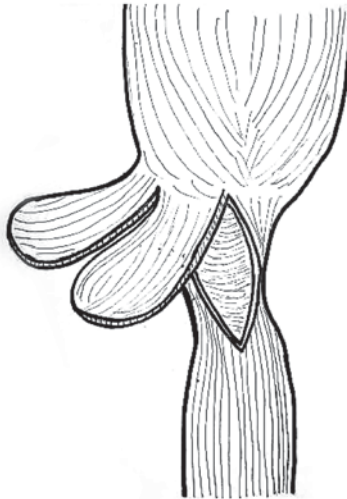


Рис. 7. Схема выкраивания лоскутов из удаленного дивертикула и рассечения зоны стеноза пищевода

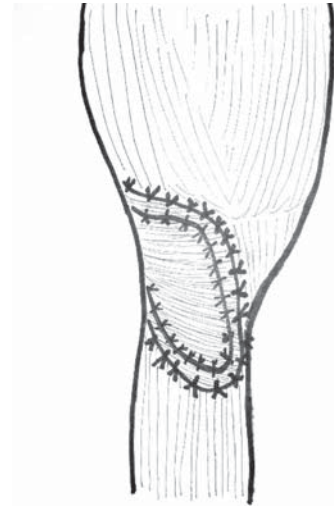


Рис. 8. Окончательный вид операции: реконструкция пищевода в зоне стеноза с помощью лоскутов из стенки дивертикула

ность резекции стенозированного пищевода, у 3 описанных больных в ранний послеоперационный период осуществляли кормление через назогастральный зонд в течение 7—9 дней. После этого выполняли эзофагографию с водорастворимым контрастом в положении Тренделенбурга (рис. 9).

Отсутствие затеков контраста за пределы глотки и пищевода позволяло начать кормление *per os*.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группе из 54 больных мы наблюдали 1 (1,85 %) осложнение в ранний послеоперационный период

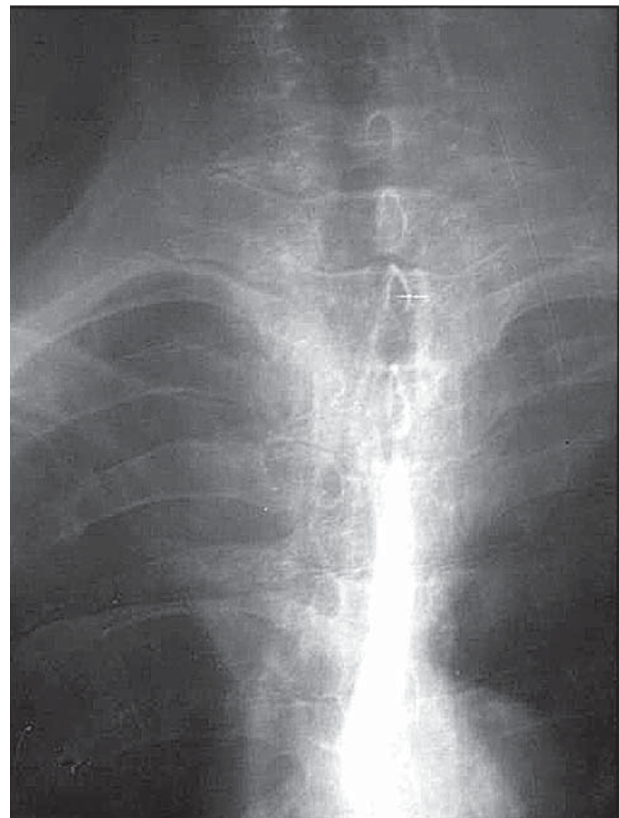
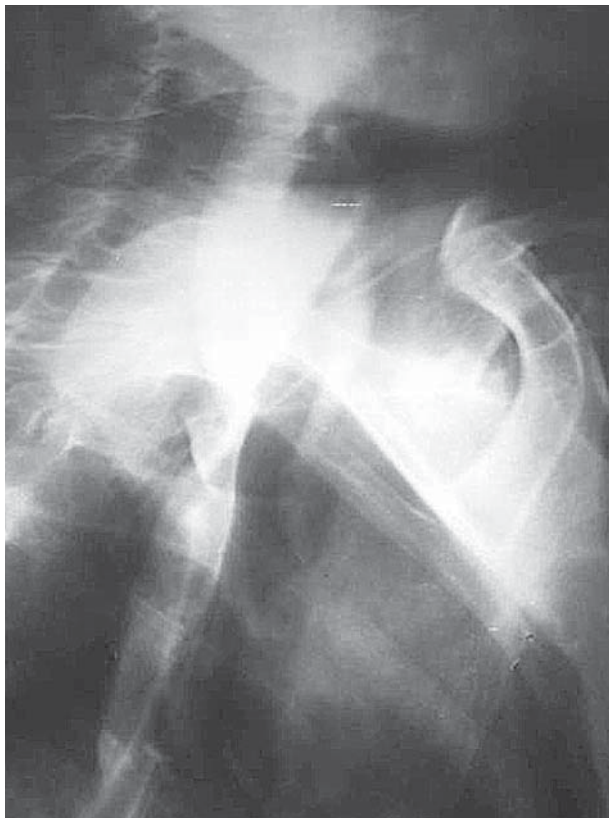


Рис. 9. Контрольная эзофагография с водорастворимым контрастом

и 1 (1,85%) рецидив дивертикула в віддалені терміни. Будь-які операції на шлунку сопряжені з високим ризиком несостоятельности шва в перші дні після втручання из-за погрешности хірургической техніки и нарушения кровоснабжения шлунку в зоні шва. Часто перша причина влечет за собою другу. В нашому спостереженні у хворого на четверті сутки після дивертикулэктомии появились класическіє ознаки несостоятельности: біль і підшкірна емфізема в області передньої поверхності ший, підвищення температури тіла до 38 °С. В цей же день розкрито післяопераційна рана і виконано ревизия шва шлунку (несостоятельность не виявлено), дренирование переднього середостення і рани. В течение 20 днів після цього неодноразово виконували обстеження (езофагографія з водорозчинним контрастом і фіброезофагоскопія). Несостоятельности шва не виявлено. Хворий почав їсти через рот. Спустя 12 днів при повторній езофагографії виявлено затек рентгеноконтраста за межі шлунку на рівні С7. Возобновлено харчування через зонд, але через 20 днів при повторній езофагографії картина не змінилася. Виконано повторна цервікотомія, оглянуто шов шлунку: несостоятельность не виявлено. Установлено дренаж к лінії шва. Через два тижні свищ закрится і возобновлено харчування через рот, хворий виписано. Длительність курсу лікування — 85 днів. На наш погляд, причина несостоятельности після дивертикулэктомии заключалась в хірургической погрешности. Аналіз операції виявив: надмірну мобілізацію шлунку, що погіршало кровоснабження в зоні операції; накладення шва на устя дивертикула через всі шари, тоді як ми практикуємо окреме

прошивання слизової і м'язової оболонок устя дивертикула. Такий підхід по досвіду нашої клініки забезпечує зниження кількості несостоятельности шва при операціях на шлунку.

Рецидив дивертикула ми спостережали у хворого 50 років через 2 роки після дивертикулэктомии. Аналіз першої операції показав, що причиною рецидива була непорезанна перстневидно-глоточна м'язова, в результаті чого збереглося перешкода при глотанні їжі. Виконано повторна дивертикулэктомія в поєднанні з міотомією.

Продовжительність хірургического втручання залежала від складності операції і варіювала від 30 хв до 3 ч 40 хв, середня тривалість операції — 82 хв.

Летальних ісходів в описаній групі хворих не було.

ВИВОДИ

Діагностика глоточно-шлункових дивертикулів великого розміру в поєднанні з довгим анамнезом захворювання вимагає особливої уваги, так як вони можуть мати ускладнене перебіг.

Операція по видаленню дивертикула через цервікотомний доступ з окремим прошиванням слизової і м'язової шарів його устя і порезанням перстневидно-глоточної м'язової дозволяє уникнути інтраопераційних і післяопераційних ускладнень і виключити рецидив в віддаленому періоді.

При дивертикулі, ускладненому рубцовим стенозом глоточно-шлункового переходу, реконструкція цієї зони вимагає індивідуального підходу. В якості пластичного матеріалу може бути використана стінка дивертикула.

Література

1. Патент 102982 Україна, А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування ускладнених дивертикулів шлунку / М. М. Багіров, Р. І. Верещако, А. Н. Агаєв (Україна). Заявл. 24.12.2012. — опубл. 27.08.2013, бюл. № 16.
2. Carlini M., Dell'Avanzato R. et al. Surgical treatment of a severe, massive, symptomatic Zenker's diverticulum in a very elderly patient // *Chir. Ital.* — 2007. — Vol. 59, N 3. — P. 397—403.
3. Chang C. W., Burkey B. B., Netterville J. L. et al. Carbon dioxide laser endoscopic diverticulotomy versus open diverticulectomy for Zenker's diverticulum // *Laryngoscope.* — 2004. — Vol. 114, N 3. — P. 519—527.
4. Constantin A., Mates I. N., Predescu D. et al. Principles of surgical treatment of Zenker diverticulum // *J. Med. Life.* — 2012. — Vol. 5, N 1. — P. 92—97.
5. Folia M., Chanteret C., Duvallard C., Romanet P. Zenker's diverticulum: technique and results of endoscopic treatment with Endo-GIA 30 stapler // *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord).* — 2008. — Vol. 129, N 2. — P. 101—105.
6. Gutschow C. A., Hamoir M., Rombaux P. et al. Management of pharyngoesophageal (Zenker's) diverticulum: which technique? // *Ann. Thorac. Surg.* — 2002. — Vol. 74, N 5. — P. 1677—1683.
7. Lang R. A., Spelsberg F. W., Winter H. et al. Transoral diverticulotomy with a modified Endo-Gia stapler: results after 4 years of experience // *Surg. Endosc.* — 2007. — Vol. 21, N 4. — P. 532—536.
8. Mortensen M., Schaberg M. R., Genden E. M., Woo P. Transoral resection of short segment Zenker's diverticulum and cricopharyngeal myotomy: an alternative minimally invasive approach // *Laryngoscope.* — 2010. — Vol. 120, N 1. — P. 17—22.
9. Siddiq M. A., Patel P. J. Pharyngeal pouch surgery: a five year review // *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord).* — 2000. — Vol. 121, N 1. — P. 37—40.
10. Tulinsky L., Dostalík J. Giant Zenker's diverticulum: A case report // *Rozhl. Chir.* — 2011. — Vol. 90, N 7. — P. 386—388.
11. Zitsch R. P., O'Brien C. J., Maddox W. A. Pharyngoesophageal diverticulum complicated by squamous cell carcinoma // *Head Neck Surg.* — 1987. — Vol. 9, N 5. — P. 290—294.

М. М. Багіров¹, Р. І. Верещако^{2,3}, А. Н. Агаєв¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

³ Київська міська клінічна лікарня № 17

ПРИНЦИПИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛОТКОВО-СТРАВОХІДНОГО ДИВЕРТИКУЛУ

Мета роботи — удосконалити хірургічну техніку та впровадити нові варіанти операцій для лікування ускладненого і неускладненого глотково-стравохідного дивертикулу.

Матеріали і методи. У клініці в період з 1988 до 2013 р. проліковано 54 пацієнтів з глотково-стравохідним дивертикулом. Чоловіків було 36, жінок — 18, вік — від 24 до 87 років, у середньому — 54,3 року. Ускладнений перебіг захворювання зафіксовано у 64,8% хворих. Описано діагностичні підходи, які дають змогу уточнити стан дивертикулу, характер ускладнення та обрати оптимальний варіант лікування.

Результати та обговорення. У ранній післяопераційний період спостерігали 1 (1,85%) ускладнення, у віддалені терміни — 1 (1,85%) рецидив дивертикулу. Тривалість хірургічного втручання залежала від складності операції і становила від 30 до 220 хв, у середньому — 82 хв. Летальних наслідків не було.

Висновки. Діагностика глотково-стравохідних дивертикулів потребує особливої ретельності, тому що вони можуть мати ускладнений перебіг. Видалення дивертикулу з роздільним прошиванням слизового і м'язового шарів його гирла та перетином перстневидно-глоткового м'яза дає змогу отримати найкращі результати у найближчий і віддалений період. При дивертикулі, ускладненому рубцевим стенозом глотково-стравохідного переходу, видалення дивертикулу та реконструкція стенозованого сегмента — єдине можливе втручання, яке дає змогу усунути одночасно складну комбіновану патологію стравоходу і глотки.

Ключові слова: дивертикул, глотка, стравохід, рубцевий стеноз, езофагопластика.

M. M. Bagirov¹, R. I. Vereshchako^{2,3}, A. N. Agaev¹

¹ P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

² O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

³ Kyiv City Clinical Hospital N 17

SURGERY PRINCIPLES FOR PHARYNGO-ESOPHAGEAL DIVERTICULUM

The aim — to improve the surgical techniques and introduce the treatment options in the complicated and uncomplicated pharyngeal-esophageal diverticulum treatment.

Materials and methods. 54 patients with pharyngeal-esophageal diverticulum from 1988 to 2013 were treated in clinic. Men were 36, women — 18, aged from 24 to 87 years, on average — 54.3 years. Complicated course of the disease was observed in 64.8% of patients. The diagnostic approaches to clarify the diverticulum character complications and to select the optimal treatment option are described.

Results and discussion. In the early postoperative period one (1.85%) complication, in the later period — one (1.85%) relapsed diverticulum was observed. Duration of surgery depend on the operation complexity and ranged from 30 to 220 minutes on average — 82 min. It was no lethal outcome.

Conclusions. Diagnostic of pharyngeal-esophageal diverticulum require special attention because they may have a complicated course. The diverticulum resection with split mucous and muscular layers stitching and the pharyngeal-esophageal muscle intersection allow obtaining the best results in the early and long periods. When the diverticulum complicated by pharyngeal-esophageal junction stenosis, diverticulum resection and stenosis segment reconstruction is the only possible intervention that allow curing combined esophagus and throat pathology.

Key words: diverticulum, pharynx, esophagus, scar stenosis, esophagoplasty.