

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АССИСТЕНЦИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

Белый В.Я., Чернев В.Н., Гибало Р.В.

Отделение абдоминальной хирургии,
Главный военный клинический госпиталь Министерства обороны Украины, Киев

The Endoscopic Assistance in Operations for Esophagus Diverticulums

V.Y. Belyi, V.N. Chernev, R.V. Gibalo

Department of Abdominal Surgery, The Main Military Clinical Hospital of Defence Ministry, Kiev, Ukraine

Received: February 03, 2013

Accepted: March 11, 2013

Адреса для кореспонденції:

Відділення абдоминальної хірургії
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
тел.: +38-044-521-84-90
e-mail: rostislavgibalo@rambler.ru

Summary

In this article is proved expediency of uses of endoscopy support in surgical treatment of 35 patients with pharyngoesophageal and epiphrenic diverticulums of esophagus. This method allows to facilitate search and allocation of diverticulums, to prevent damage of the vital formations (vessels and nerves), to avoid narrowing of a gullet in a suture place, to check of tightness of seams.

Key words: esophagus, diverticulum, endoscopy.

Введение

Диагностика и лечение заболеваний пищевода в течение многих лет представляет значительный научный и практический интерес для врачей многих специальностей. Злокачественный опухоли пищевода, повреждения пищевода (особенно ожоги), стриктуры и деформации многие годы были в центре внимания хирургов, достаточно глубоко изучены,

лечебная тактика детально обсуждена на многочисленных съездах, симпозиумах, конференциях, подробно освещена в специальной литературе.

Но есть и другие заболевания пищевода, более «скромные», не удостоенные столь пристального внимания и изучения. К таким мы можем отнести дивертикулы пищевода — довольно часто встречающиеся и совершенно недостаточно изученные заболевания. Как показал опыт, большинство хирургов достаточно редко, эпизодически оперируют таких больных, мало осведомлены о деталях и опасностях оперативных вмешательств, руководствуются, в основном, только литературной информацией, что, к сожалению, нередко приводит к тяжелым последствиям.

Цель настоящей работы — обобщить, имеющийся в нашем распоряжении клинический материал и выработать в помощь хирургам практические рекомендации.

Материал и методы

Нами были прооперированы 35 больных с дивертикулами пищевода. У 20 из них были фаринго-эзофагальные (ценкеровские) дивертикулы, у 15 — эпифренальные дивертикулы. Операции выполнены в течении последних 25 лет в военно-лечебных учреждениях советской армии и Украины. Мужчин было 28, женщин — 7. Все больные до поступления в госпитали наблюдались и лечились консервативно в поликлиниках по месту службы или жительства в течении 3–5 лет. Возраст больных колебался от 31 до 65 лет.

Клиническая картина полностью определялась локализацией и стадией развития дивертикула. При ценкеровских дивертикулах у всех больных присутствовали симптомы раздражения глотки: сухость, першение, кашель, обильное слюноотделение, поташнивание, появление неприятного запаха изо рта. Отмечено выраженное нарушение акта глотания: чувство сдерживания пищи по ходу гортани или в верхней части пищевода, регургитация с симптомами ночного кашля. Обнаружились дисфагия, охриплость голоса, одышка.

При осмотре области шеи отмечали симметричное ее утолщение с образованием выпячивания мягкой консистенции, которое уменьшалось при пальпации и увеличивалось при приеме воды. Постукивание после приема воды вызывало отчетливый шум плеска.

Общее состояние всех больных с ценкеровскими дивертикулами было расценено как удовлетворительное. Описанных в литературе опасных для жизни осложнений (перфорации с развитием флегмоны шеи и медиастенитом, кровотечений, малигнизации, респираторных осложнений) — не наблюдали. У всех больных были отмечены явления дивертикулита и эзофагита.

При эпифренальных дивертикулах клинические проявления заболевания были значительно менее выраженными. У всех больных отмечены дисфагия, чувство тяжести за грудиной, срыгивание (часто накануне съеденной пищей), неприятный запах изо рта, одышка, сердцебиение, боль в области сердца. Основная причина обращения за хирургической помощью — постепенное нарастание перечисленных симптомов, безуспешность консервативного лечения. Опасное для жизни осложнение — рак пищевода с локализацией в области устья дивертикула наблюдали в одном случае.

Основными методами выявления и оценки дивертикулов пищевода были многоплоскостные контрастные рентгенологические исследования и эндоскопия. Рентгенологическое исследование позволяет четко определить размеры и форму дивертикула, его локализацию, по отношению к оси пищевода, длину, ширину и угол перегиба шейки, признаки дивертикули-

та, взаимоотношения с другими органами. Особое внимание необходимо уделить характеру содержимого дивертикула (его слоистость, наличие газового пузыря), рельеф слизистой оболочки, наличие заболеваний эзофаго-кардиального перехода (кардиоспазм), желудка. В отдельных случаях исследование проводили через 24 часа после дачи бария — оценивали опорожняемость дивертикула. Эндоскопическое исследование у больных с дивертикулами пищевода считаем обязательным. Эзофагоскопия позволяет оценить степень выраженности воспалительного процесса в дивертикуле, его распространение на стенку пищевода, возможность малигнизации, выявить папилломатозные разрастания, а также провести предоперационную санацию (промывание) полости дивертикула. При необходимости выполняется биопсия и забор материала для цитологического исследования.

Все больные были обследованы в объеме, определяемом для предоперационного обследования. Предоперационная подготовка заключалась в переводе на жидкую пищу в течении 3–4 дней, приеме симптоматических препаратов, назначенных анестезиологом и консультантами.

Техника операции и результаты лечения

Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. При операциях по поводу ценкеровского дивертикула [1] больного укладывали на спину с валиком под плечами. Голова откинута назад с поворотом подбородка в правую сторону. Разрез проводили вдоль передней границы грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. В верхнем углу раны проявляли особую осторожность — старались не пересечь шейный кожный нерв. Послойно, разъединяя ткани вдоль разреза, доходили до левой доли щитовидной железы, перевязывали левую верхнюю щитовидную артерию. Сдвигая сосудисто-нервный пучок шеи кнаружи, выходили на пищевод в его верхней трети.

В трех последних случаях мы использовали позаимствованный у нейрохирургов доступ по Cornell и Swann [2]. Разрез проводили по заднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. После рассечения *m. platyzma* тупо доходили до превертебральной фасции, после рассечения которой становился доступным пищевод.

Дальнейший этап операции представляет наибольшую сложность. Вследствие длительности заболевания, часто обостряющихся дивертикулита и эзофагита, воспалительный процесс распространяется на окружающие ткани с образованием различной степени выраженности рубцово-спаечных сращений. Выделение пищевода, поиск дивертикула и его мобилизация сопровождалась значительными техническими трудностями. Проблема была решена с помощью эндоскопической ассистенции. При подходе к пищеводу в последний вводим эзофагогастроскоп с торцевой оптикой. Пальпируемый через стенку пищевода желудок служит надежным ориентиром при выделении

пищевода из сращений. После обнажения задней стенки пищевода и глотки гастроскоп аккуратно вводили в дивертикул, раздували его воздухом. Раздувание дивертикула воздухом и трансиллюминация значительно облегчают его выделение из спаек до самого основания.

Эндоскопическая ассистенция позволяет надежно избежать повреждения крайне важного добавочного нерва. После полного выделения дивертикула на его шейку накладывали зажимы, между ними шейку пересекали и удаляли дивертикул. При этом с помощью эндоскопа определяли оптимальный уровень наложения ближнего к пищеводу зажима — не допуская сужения просвета, но и не оставляя избытка стенки. Стенку пищевода ушивали одиночными швами в два ряда. Второй ряд накладывали на мышцы пищевода, погружая (прикрывая) первый. После наложения швов проводили эндоскопический осмотр линии швов и, осторожно нагнетая воздух, проверяли швы на герметичность. Рану орошали, осушивали, проводили тщательный гемостаз, подводили к пищеводу дренажную трубку, послойно ушивали. В желудок вводили зонд для питания. С четвертого дня после операции больных переводили на жидкую диету. Осложнений после операции не было. Рецидивы не отмечены.

При операциях по поводу эпифренальных дивертикулов доступ определялся его локализацией (отношением к продольной оси пищевода), а также наличием ахалазии пищевода, требующей оперативной коррекции.

При отсутствии признаков ахалазии пищевода в четырех случаях воспользовались типичным трансплевральным доступом справа, в двух случаях — слева. После пересечения легочно-диафрагмальной связки отводим легкое вверх. В дивертикул вводим гастроскоп и осторожно нагнетаем воздух. Над выпячиванием (хорошо определяемом — светящимся) рассекали медиастинальную плевру и тщательно выделяли дивертикул из сращений, без мобилизации пищевода на протяжении. При необходимости использовали гидропрепаровку. Техника удаления дивертикула, ушивание пищевода, контроль за его качеством (отсутствие сужения, герметичность швов) были такими же, как и при церковских дивертикулах. Диафрагмопластику не проводили. К линии швов подшивали, для повышения надежности, листки рассеченной медиастинальной плевры. В желудок проводили зонд для питания. Плевральную полость дренировали. Кормление жидкой пищей начинали на 4-5 день. Осложнений и рецидивов не было.

При наличии у больных признаков ахалазии пищевода II-III ст. в 8 случаях выполняли верхнее-срединную лапаротомию. После рассечения брюшины над абдоминальной частью пищевода сагиттальной диафрагмотомии проводили мобилизацию нижней трети пищевода на протяжении 7-10 см. При этом, введенный в пищевод гастроскоп значительно облегчал мобилизацию, выполняя каркасную функцию. Затем с помощью гастроскопа обозначали расположение дивертикула, проводили его мобилизацию и удаление под эндоскопическим контролем.

Затем выполняли эзофагокардиомиотомию по общепринятой методике. И на этом этапе операции эндоскопическая ассистенция оказывала значительную помощь —

эндоскоп выполнял каркасную функцию, что облегчало выполнение миотомии, с его помощью контролировали целостность обнаженной слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка. Завершали эзофагокардиомиотомию фундопликацией по Дору [3]. Средостение дренировали силиконовой двухпросветной трубкой. Рану послойно зашивали.

Было одно осложнение. Через 2 часа после операции у больного развилось профузное пищеводное кровотечение из острой язвы, образовавшийся на стенке пищевода на 3 см выше ушитой шейки дивертикула. В этом месте дно дивертикулярного мешка было плотно фиксировано воспалительными сращениями к стенке пищевода (по типу синдрома Мириззи). Эндоскопическая остановка кровотечения не имела успеха. Была выполнена релапаротомия. С помощью эндоскопа было определено место расположения язвы, которая была прошита двухрядным швом со стороны средостения, без вскрытия просвета пищевода. Эндоскопический контроль подтвердил надежность гемостаза. Больной выздоровел. Через год он был оперирован по поводу вентральной грыжи.

В отдаленном периоде рецидивов в этой группе больных не выявлено.

В случае сочетания дивертикула пищевода с раком нижней трети пищевода выполнена типичная операция с использованием торако-абдоминального доступа. Через 2 года от развившихся метастазов опухоли в печени больной погиб.

При гистологическом исследовании удаленных дивертикулов во всех случаях были выявлены хронические воспалительные изменения с очаговыми обострениями, у 9 больных в стенке дивертикулов обнаружены инкапсулированные инородные тела (твердые частицы пищи), в 4 случаях — полипоз.

Заключение

При выполнении операций по поводу дивертикулов пищевода эндоскопическая ассистенция значительно облегчает поиск дивертикула, выделение его из воспалительных сращений, позволяет избежать повреждения жизненно важных образований (сосудов, нервов), проконтролировать надежность швов на пищеводе.

Литература

1. Золлингер Р.М. (1996) Атлас хирургических операций. (Москва). «Международный медицинский клуб». 360 с.
2. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. (1987) Хирургия пищеварительного тракта. (Киев) «Здоров'я». 568 с.
3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. (2000) Хирургия пищевода. (Москва). 80 с.