

Государственное учреждение образования
"Белорусская медицинская академия последипломного образования"

КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

Михайлов Анатолий Николаевич

Доктор медицинских наук

Академик Национальной академии наук Беларуси

Лауреат Государственной премии

профессор

Дивертикулы пищевода (Q 39.6+ K22.5)

Под дивертикулом пищевода (ДП) понимают ограниченное выпячивание его стенки. Обычно они обнаруживаются у больных старше 40 лет, чаще у женщин. По частоте занимают третье место после дивертикулов ободочной и 12-перстной кишок.

Классификация дивертикулов

1. По происхождению:
 - а) врожденные; б) приобретенные.
2. По количеству:
 - а) одиночные; б) множественные
3. По гистологическому строению:
 - а) истинные; б) ложные.
4. По клиническим проявлениям:
 - а) неосложненные; б) осложненные.

Локализация дивертикулов

Требованиям клиники более всего отвечает топографический принцип, по которому различают:

- ✓ глоточно-пищеводные (фарингоэзофагеальные, пограничные) дивертикулы Ценкера;
- ✓ бифуркационные (эпибронхиальные);
- ✓ эпифренальные (наддиафрагмальные).
Абдоминальные (поддиафрагмальные) ДП практически не встречаются.

I. Глоточно-пищеводные дивертикулы

Они образуются в задней стенке нижнего отдела глотки в месте перехода глотки в пищевод. Здесь имеются два участка слабо развитых мышц глотки и пищевода.

Первый носит название треугольника Ланнье — Геккермана, расположен между нижним сжимателем глотки и перстневидно-глоточной мышцей.

А между последней и мускулатурой пищевода находится второй слабый участок, который носит название треугольника Лемера — Киллиана.

Этиология дивертикула Ценкера

Этиологические факторы, по данным литературы, многообразны:

- ✓ пороки эмбрионального развития,
- ✓ наследственные факторы,
- ✓ приобретенные дефекты мышечных волокон,
- ✓ травмы слизистой оболочки,
- ✓ повреждения позвоночника,
- ✓ врожденная гипотония мышц,
- ✓ воспалительные процессы в глотке или пищеводе и др.

Этиология дивертикула Ценкера

По нашему мнению, основной причиной образования глоточно-пищеводных дивертикулов, как, между прочим, и других, является врожденная неполноценность стенки пищевода.

Дивертикул Ценкера

Увеличивается крайне медленно, годами, его размеры колеблются от вишни до размеров детской головки. Он содержит иногда до 1,5 л жидкости (эзофагоцеле).

Чаще дивертикул Ценкера лежит превертебрально в сторону верхнего средостения, сзади или левее пищевода.

Клинические проявления

Находятся в зависимости от величины дивертикула. Иногда случайно при рентгенологическом исследовании выявляется небольшой (до 1-2 см) пульсионный дивертикул устья пищевода, не ощущаемый больным. Практически это функциональная стадия дивертикула Ценкера (преддивертикул).

Различают 3 стадии болезни.

Клинические проявления I стадии

В начальной стадии течение может быть бессимптомным. Затем усиливается саливация, появляются чувство царапанья в горле, кашель и неловкость при глотании.

Иногда при еде или волнении к горлу подкатывает комочек – "признак клецки" Келе.

Клинические проявления I стадии

Постепенно больные приспособляются и уже не обращают внимания на напряжение мышц шеи и движения головы в процессе еды, частые покашливания, отрыжку, легко соблюдают вынужденную диету, привыкают запивать еду, полоскать горло после еды (туалет дивертикула) и т. д.

При пальпации у них выявляются напряжение и болезненность жевательной мышцы — симптом Поттенджера.

Эта стадия проходит под маской хронического фарингита.

Клинические проявления II стадии

Клиника связана с застоем слизи, пищи и воздуха в теле дивертикула, причем общее состояние больного остается удовлетворительным.

При осмотре заметно асимметричное утолщение шеи с мягким выпячиванием, которое уменьшается при пальпации и увеличивается во время еды.

Постукивание в центре утолщения после приема жидкой пищи вызывает шум плеска, а надавливание сбоку дает урчание – булькающие звуки (симптом Купера).

Клинические проявления II стадии

Перемена положения тела меняет перкуторный тимпанический звук над дивертикулом, а при аускультации слышен шум "клокочущего гейзера".

Давление дивертикула на соседние органы создает умеренно выраженный компрессионный синдром: дисфагию, регургитацию с симптомами ночного кашля и "мокрой подушки", дисфонию, кашель, одышку, дурной запах изо рта.

Эта стадия дивертикулита.

Клинические проявления III стадии

Это стадия декомпенсации. Она характеризуется большей выраженностью симптомов, исхуданием, ухудшением общего состояния.

Хронический дивертикулит приводит к перидивертикулиту и многочисленным осложнениям — асфиксии, пневмонии, абсцессу, венозному застою, синдрому Клода Бернара — Горнера, кровотечениям, перфорациям, медиастинитам, раковому перерождению.

Рентгенологическое исследование

Ведущим методом диагностики является многоплоскостное рентгенологическое исследование, но преимущественно в боковой проекции.

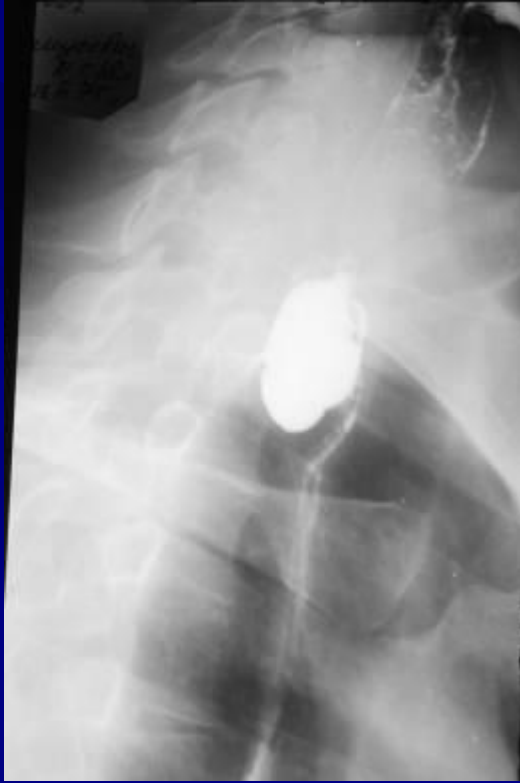
Оно позволяет выявить размеры и форму тела дивертикула, длину, ширину и угол перегиба шейки, признаки дивертикулита, состояние соседних органов, осложнения и сопутствующие заболевания.

Рентгенодиагностика

Обнаруживают ограниченное выпячивание стенки. Различают 3 рентгенологические формы дивертикула Ценкера:

- форма шипа розы (I стадия);
- форма булавы (II стадия);
- форма мешка (III стадия), не сдавливающего и сдавливающего и смещающего пищевод.

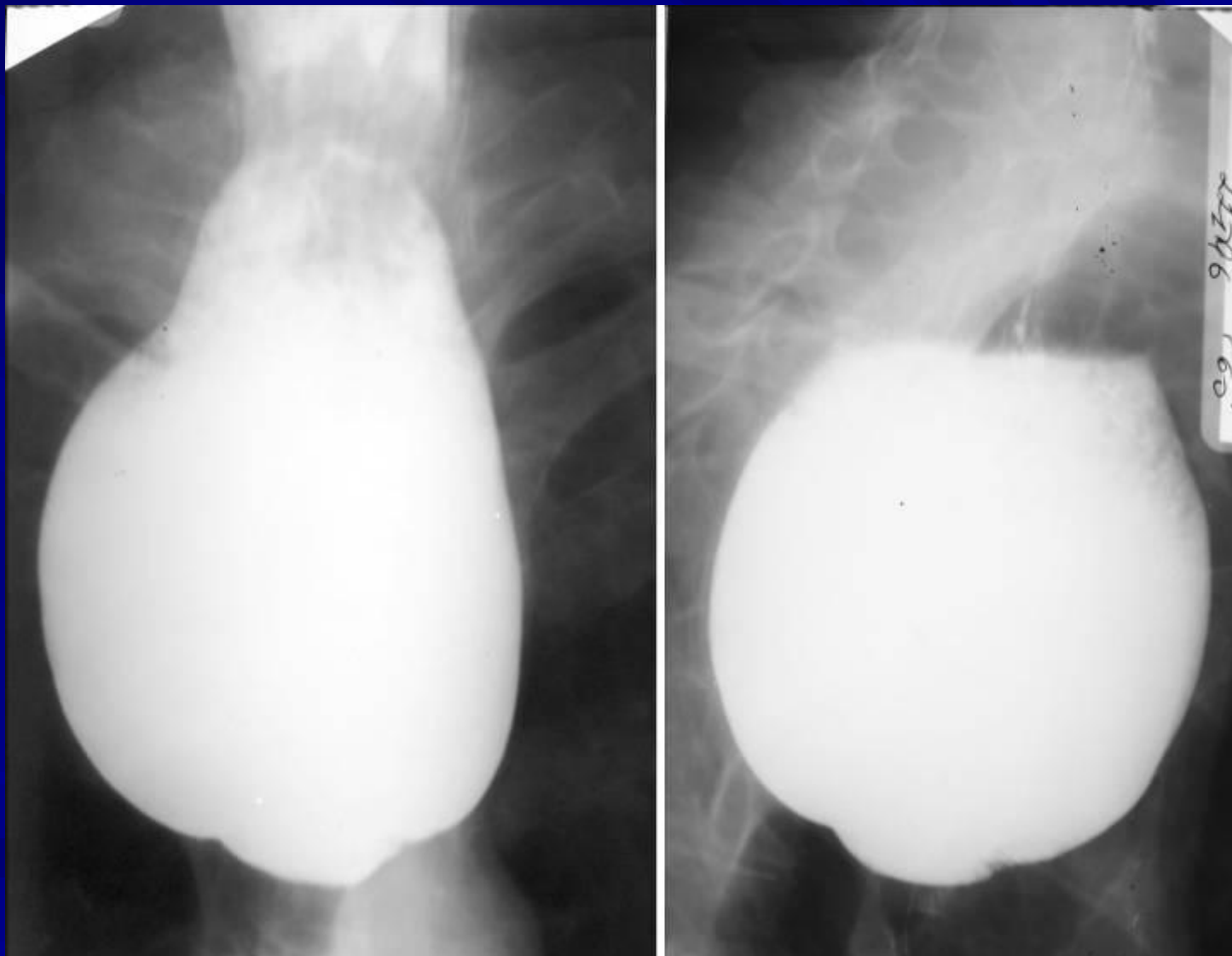
Рентгенодиагностика



Б-ой С-ич,
38 лет.
Небольшой
глоточно-
пищеводный
дивертикул

Б-ая Я-тик, 57 лет.
Осложненный глоточно-
пищеводный дивертикул

Рентгенодиагностика



Б-ой 3-кий, 60 лет. Гигантский глоточно-пищеводный дивертикул, спускающийся в верхнее средостение грудной полости

Лечение дивертикула Ценкера

Консервативное лечение заключается в щадящей и рациональной диете, дробном питании (4-5 раз в день) приподнятом положении головы.

Перед едой целесообразно принять 1-2 чайные ложки растительного масла, а после еды полоскать рот минеральной водой.

Если указанные мероприятия не дают эффекта и возникают осложнения, то показано оперативное лечение.

II. Бифуркационные дивертикулы (син.: эпибронхиальные, парабронхиальные, верхнегрудные)

На долю дивертикулов этой локализации приходится 70—80% всех ДП. Как и дивертикулы Ценкера, они возникают в возрасте 40—60 лет, но чаще у женщин (соотношение 3:2).

Бифуркационные дивертикулы

Это собственно пищеводные (парабронхиальные) дивертикулы чаще располагаются на уровне корней легких, несколько выше места пересечения пищевода с левым главным бронхом. Поэтому их иногда называют эпибронхиальными.

Бифуркационные дивертикулы

Имеют небольшие размеры, хорошо опорожняются, поэтому в течение длительного времени протекают бессимптомно, без осложнений, и чаще всего обнаруживаются случайно.

Дивертикулы размерами до 2 см в диаметре осложняются редко и лишь тогда дают клинические симптомы.

Клинические проявления

Дивертикулы с узким входом или больше 2 см, осложняясь дивертикулитом, проявляются периодическими болями за грудиной, в эпигастральной области, спине (псевдостенокардия), дисфагией, срыгиваниями, какосмией, субфебрилитетом. Без боли нет дивертикулита (абсолютный признак).

Истинные дивертикулы чаще приводят к острому дивертикулиту, а ложные — к хроническому.

Рентгенодиагностика



Рентгенологический метод исследования позволяет быстро и точно определить место локализации дивертикула, его форму и размеры. Рентгенологическое исследование может достоверно выявить не только большие дивертикулы (более 2 см), но и маленькие (менее 0,5 см) вплоть до интрамуральных микродивертикулов.

Б-ой М-ко, 40 лет.
Бифуркационный
дивертикул

Рентгенодиагностика

Как правило, дивертикул средней трети пищевода в зоне бифуркации трахеи — это конусообразное или округлое выпячивание его стенок, чаще передней или левой. Контуры дивертикула четкие, ровные, стенки эластичные. Независимо от количества попавшей в дивертикул бариевой взвеси она образует в нем горизонтальный уровень.



Б-ой Ф-ко, 37 лет.
Бифуркационный
дивертикул

Рентгенодиагностика

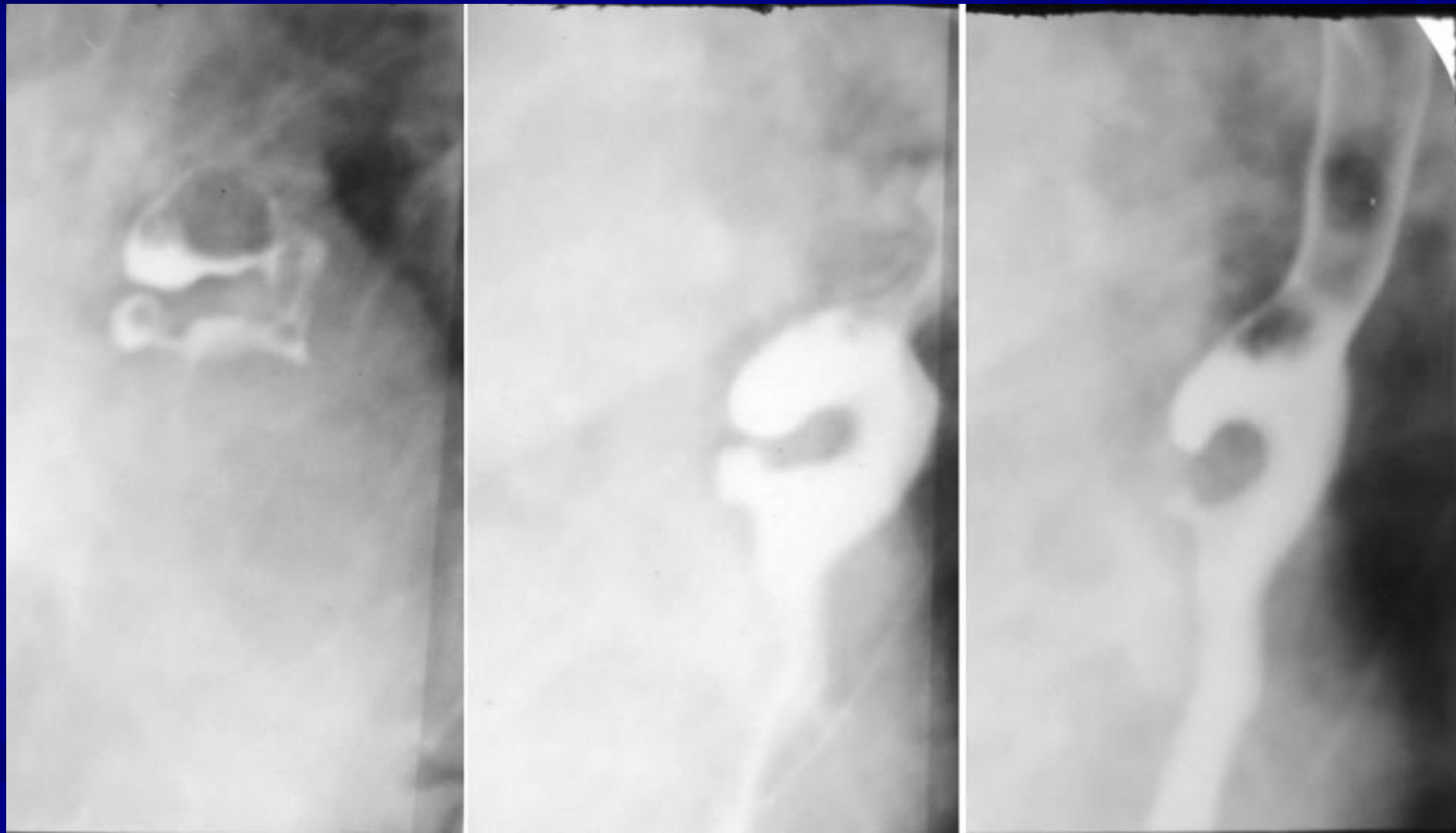
Бифуркационные ДП имеют широкий вход и хорошо контрастируются. Асцендентные и тракционные формы ДП требуют контрастирования в горизонтальном положении тела. Изредка дивертикулы имеют шейку и типичный симптом "воротничка" слизистой оболочки.

Б-ой Т-ч, 58 лет.

Б-ая К-ая, 50 лет.

Бифуркационные
дивертикулы

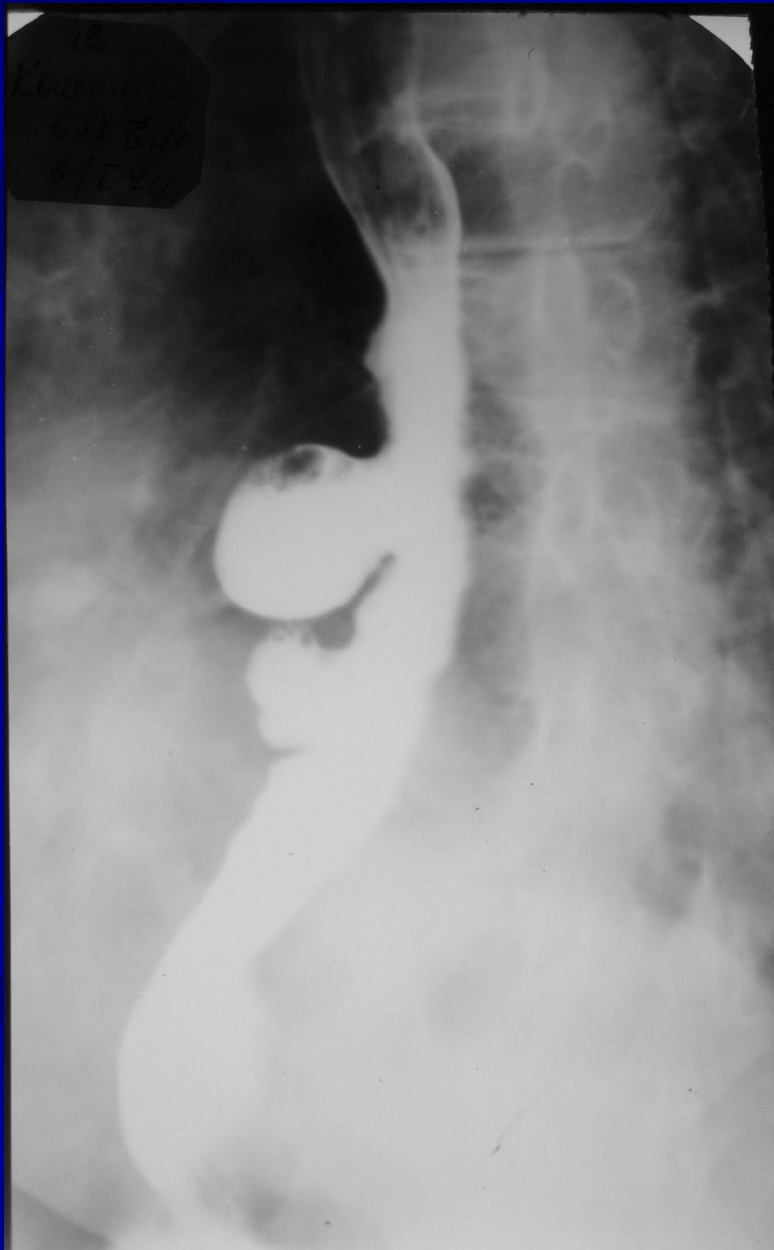
Рентгенодиагностика



Б-ой Я-кий, 68 лет.

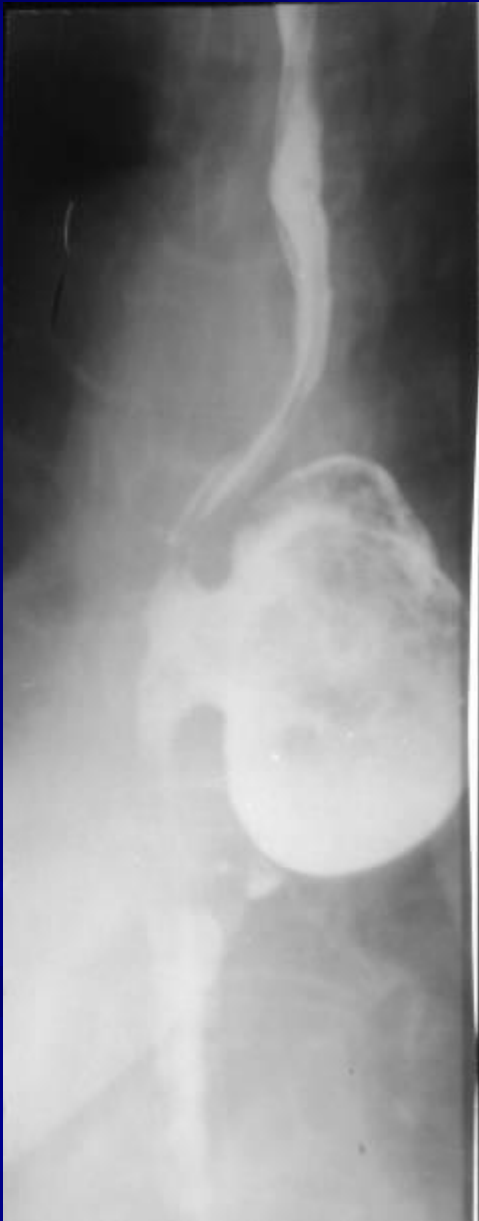
Тракционный эпибронхиальный дивертикул

Рентгенодиагностика



Б-ой К-ик, 65 лет.
Два бифуркационных
дивертикула

Рентгенодиагностика



Б-ой П-м, 38 лет.
Большой
пульсионный
дивертикул с
шейкой,
дивертикулит



Б-ая О-с, 79 лет.
Пульсионный бифуркационный
дивертикул с шейкой

Рентгенодиагностика

При тракционных дивертикулах шейка отсутствует и редко задерживается бариевая взвесь, вследствие чего не часто бывает виден горизонтальный уровень.

Исчезновение симптома "воротничка" слизистой оболочки и задержка контраста более 2 мин в теле дивертикула со слоистостью содержимого свидетельствуют о развитии дивертикулита.

Рентгенодиагностика



В пользу дивертикулита свидетельствуют также неровные контуры дивертикула, грубый рельеф слизистой, отек шейки и отсутствие сокращений стенок дивертикула.

Б-ая К-ая, 50 лет.

Бифуркационный дивертикул, осложненный воспалительным процессом

Рентгенодиагностика

Длительный дивертикулит растягивает полость дивертикула, деформирует его и шейку, задерживая контраст в течение нескольких часов и даже суток.

Макродивертикулы, или гигантские ДП ("дивертикулы – монстры"), достигают размеров 10х4 см и даже 12х6 см.

Осложнение дивертикулов

Длительный застой пищи приводит к воспалению и изъязвлению слизистой оболочки дивертикула. В результате могут произойти перфорация дивертикула в клетчатку заднего средостения, кровотечение или малигнизация.

Осложнение дивертикулов

Из осложнений следует отметить эрозивно-геморрагические эзофагиты, аспирационные пневмонии, бронхоэктазы, абсцессы легких, плеврит, эзофаго-бронхиальные свищи, медиастиниты.

Лечение

Консервативное лечение должно быть направлено на ослабление дивертикулита и эзофагита.

Симптоматическое лечение включает щадящую диету, оптимальные положения для еды и сна, общеукрепляющие средства.

Лечение

Местное лечение заключается в постуральном дренаже и промываниях пищевода и ДП теплой минеральной или кипяченой водой, иногда пенистыми смесями с перекисью водорода и ментолом.

Во II и III стадии заболевания радикальное хирургическое лечение заключается или в ушивании (до 2 см) или в удалении (дивертикулэктомия) ДП.

III. Эпифренальные дивертикулы (син.: наддиафрагмальные, нижнегрудные)

Это обычно пульсионные дивертикулы. Они встречаются намного реже бифуркационных, но в 2—3 раза чаще чем дивертикулы Ценкера. Их частота по данным литературы составляет 10—15% всех ДП; поражаются женщины в возрасте 50—60 лет в 2 раза чаще, чем мужчины.

Эпифренальные дивертикулы

Почти половина эпифренальных дивертикулов пищевода выявляется случайно, как рентгенологическая находка.

Обычно это дивертикулы диаметром до 2—3 см.

Клинические проявления

Клинические проявления больших дивертикулов связаны с раздражением блуждающего нерва и сдавлением передней стенки пищевода, что проявляется дисфагией, тяжестью за грудиной, иногда чувством остановки пищи, срыгиваниями, какосмией, тошнотой.

Клинические проявления

Спазм стенок пищевода или кардиоспазм вызывает боли после еды, регургитацию, а иногда и пищеводную рвоту. По мере увеличения размеров эпифренальных ДП появляются одышка, сердцебиение и боли в области сердца без изменений на ЭКГ (псевдостенокардия Фурньо), симптом "булькающего желудка" за грудиной, гнилостный запах изо рта и др.

Рентгенодиагностика



В большинстве случаев эпифренальный дивертикул располагается на 2-10 см выше диафрагмы.

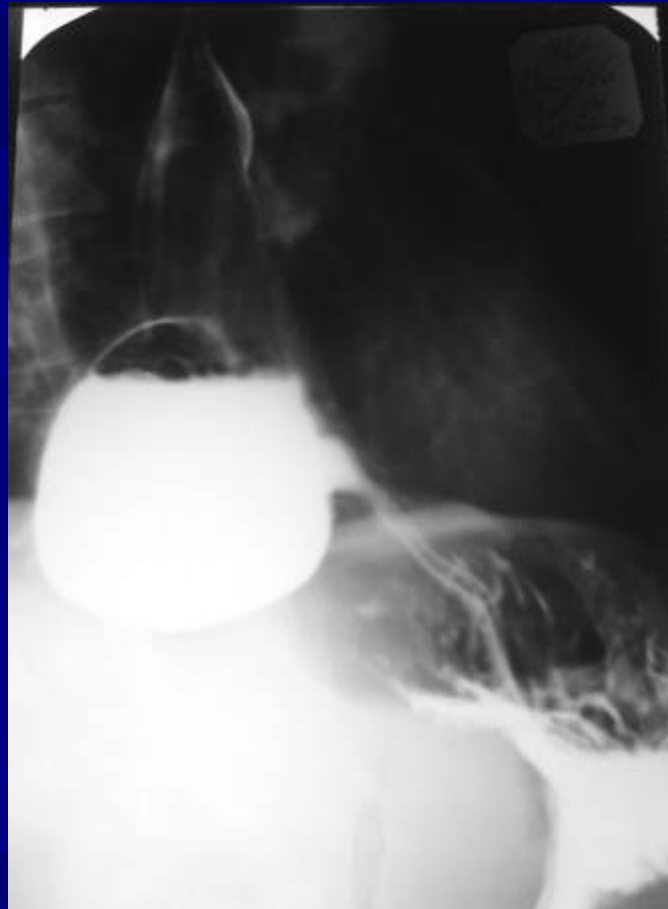
Форма дивертикула шарообразная или грибовидная, а иногда слегка удлиненная в виде мешка.

Размер чаще до 2-3 см, реже – 5-10см.

Б-ой Б-рь, 47 лет.

Эпифренальный дивертикул

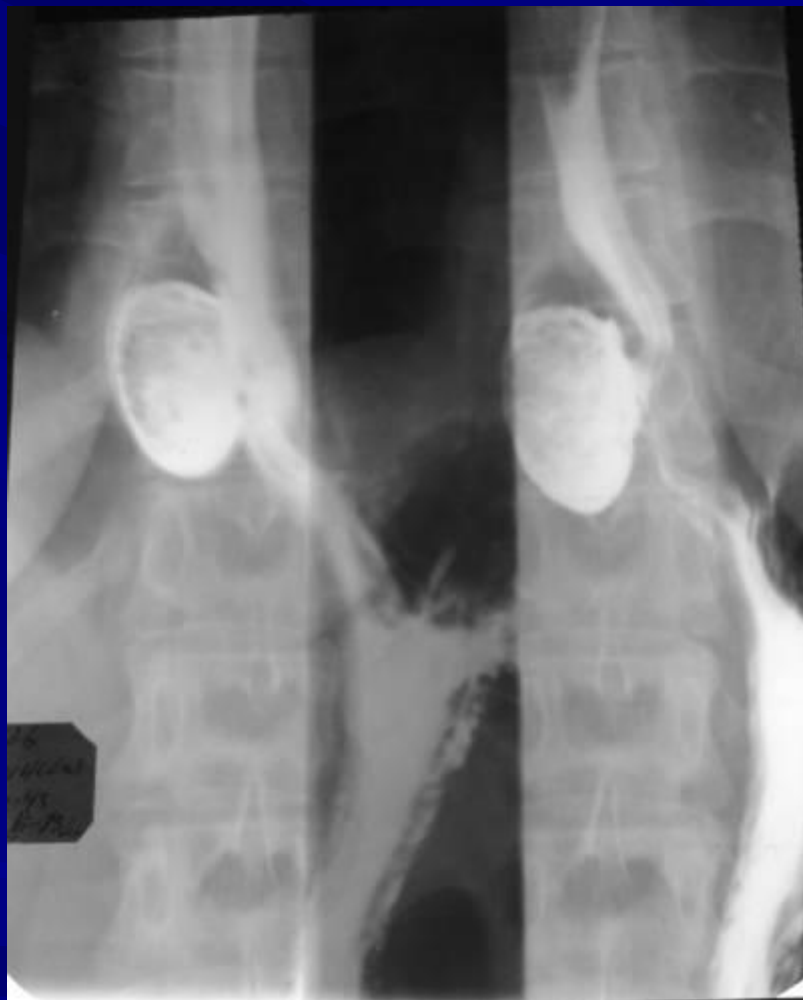
Рентгенодиагностика



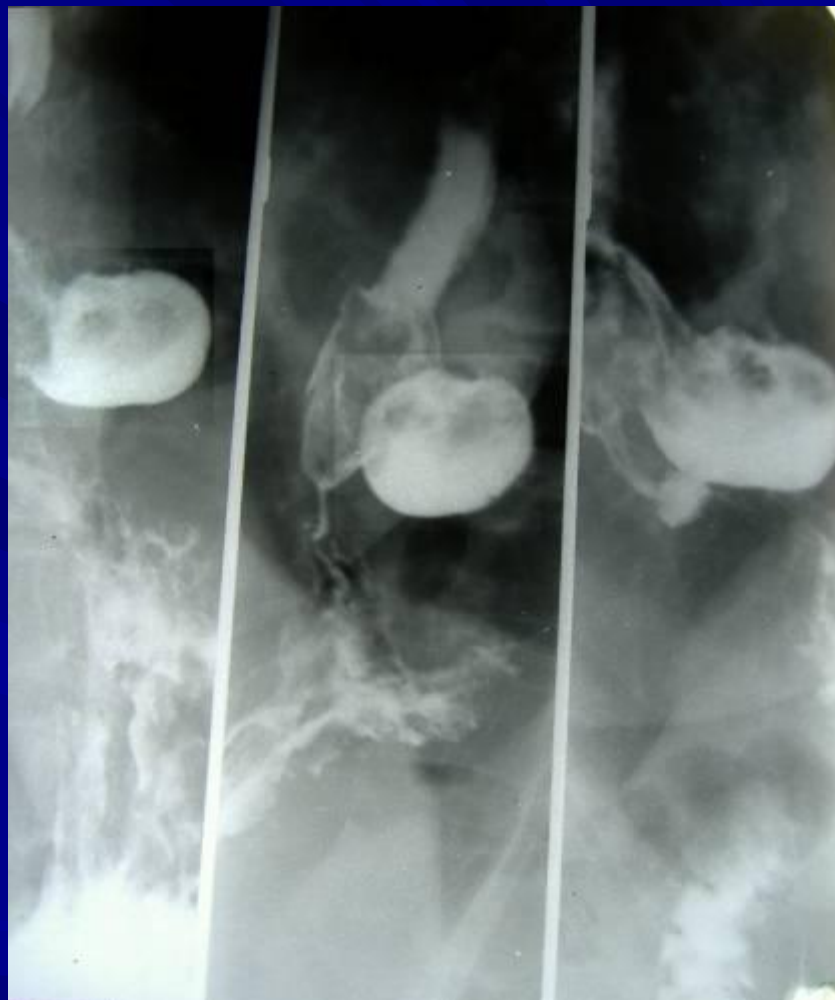
Иногда дивертикул может достигать больших размеров, занимая почти всю левую плевральную полость. Иногда в полости дивертикула над бариевой взвесью появляется пузырек воздуха. Лучшими положениями при рентгенологическом исследовании являются заднебоковое или Тренделенбурга

Б-ая К-бо, 54 года.
Эпифренальный дивертикул

Рентгенодиагностика



Б-ая Д-ая, 43 года.
Эпифренальный дивертикул,
осложненный дивертикулитом



Б-ая Ч-ая, 62 года.
Опухоль в эпифренальном
дивертикуле

Рентгенодиагностика

В дифференциальной диагностике эпифренального дивертикула следует исключить характерную грыжу, пептическую язву пищевода, деформацию при ахалазии, изъязвленную опухоль, удвоение пищевода, кисту средостения и др.

Лечение

Консервативное лечение эпифренального ДП в принципе не отличается от лечения ДП других локализаций.

Большие размеры дивертикула, дивертикулит и эзофагит, прогрессирующие симптомы болезни (осложнения) и неэффективность консервативного лечения являются показанием к операции – дивертикулэктомии с последующей пластикой дефекта мышечной оболочки.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

