Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Реферат на тему:**

Дивертикулы пищевода   
  
  
 Выполнил: Аргаткин И.С  
 Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова О.В.

Красноярск 2021

**Содержание**

1. Определение, актуальность проблемы
2. Этиология и патогенез.
3. Клиническая классификация.
4. Клиническая картина.
5. Диагностика.
6. Лечение.
7. Перфорации пищевода как осложнение инструментального исследования
8. Заключение.
9. Список использованной литературы.
10. **Определение, актуальность.**

Дивертикулы пищевода – мешковидные выпячивания стенки пищевода, возникающие преимущественно вследствие расстройств его моторики.

Дивертикул Ценкера стали диагностировать со второй половины XVIII   
столетия. Первое сообщение об обнаружении дивертикула Ценкера принадлежит Ludlow из Бристоля, который в своем письме Hunter’y, датированном 1764 годом, сообщает, что при вскрытии он столкнулся с «противоестественным карманом».

Среди больных с дивертикулами пищевода, наиболее  выраженные клинические проявления у больных с дивертикулом Ценкера. В настоящее время дивертикул Ценкера является одной из причин развития дисфагии, наряду с такими заболеваниями, как опухоли пищевода, кардиоспазм, ожоговая болезнь пищевода, ГЭРБ и инородными телами пищевода.

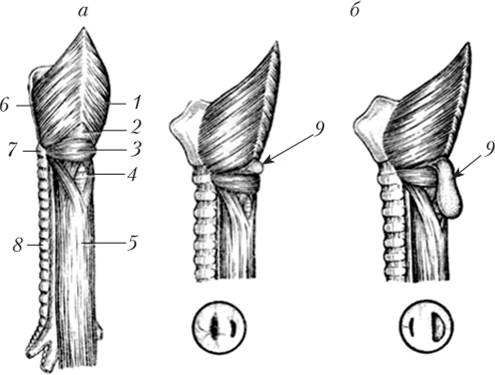
В современной медицине наиболее часто диагноз дивертикул Ценкера выставляют врачи - эндоскописты, что связано с растущим количеством эндоскопических исследований при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Дивертикулы пищевода наблюдают чаще в возрасте 40-60 лет , в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин.

1. **Этиология и патогенез.**

Основные теории связаны либо с предположением о врожденном характере дивертикула Ценкера, сводящемся к нарушению формирования пищеварительной трубки на различных сроках эмбрионального развития плода, либо с анатомо-физиологическими особенностями пищевода. 

F.A. Zenker пришел к мнению, что главную роль в развитии глоточно-пищеводных дивертикулов играет повышенное внутреннее пищеводное давление и наличие «слабых» мест.

Анатомически имеются два слабых места в глоточнопищеводном переходе: между нижним сжимателем глотки (m. constrictor pharyngis   
inferior) и перстневидно-глоточной мышцей (m. cricopharyngeus), а также между перстневидно- глоточной мышцей (m. cricopharyngeus) и мускулатурой пищевода. Данные анатомические образования носят названия треугольников Ланье— Геккермана и Лаймера—Киллиана.

****

а — строение мышечной оболочки глотки и проксимальной части пищевода; б — этапы развития дивертикула Ценкера;

* 1 — т. thyropharyngeus; 2 — треугольник Киллиана; 3 — т. cricopharyngeus;
* 4 — треугольник Лаймера, виден циркулярный слой мышечной оболочки пищевода;
* 5 — пищевод; 6 — щитовидный хрящ; 7,8 — трахея; 9 — дивертикул

Повышение внутрипищеводного давления приводит к выпячиванию и растягиванию стенки, что влечет за собой образование дивертикула. Факторами, способствующими повышению внутрипищеводного давления, являютя: частое надавливание пищи на заднюю стенку глотки, нарушение функции и координации m. сricopharyngeus, длительное сокращение глоточно-пищеводного сфинктера и его преждевременное закрытие.

Ряд авторов придают большое значение рефлюкс- эзофагиту в образовании дивертикулов глоточно- пищеводного перехода. Это объясняется наличием постоянного сокращения мышц пищевода, что приводит к повышению внутрипищеводного давления и нарушению работы пищеводных сфинктеров, также происходит увеличение паузы сокращения m. сricopharyngeus. Такая длительная пауза ослабляет пространство между констрикторами и ведет к образованию дивертикула.

Механизмы образования шейных дивертикулов:

– наличие «слабого» места в глоточно-пищеводном переходе;

– наличие физиологического сужения с замедленным прохождением пищевых масс через данное анатомическое образование;

– увеличение внутрипищеводного давления;

– нарушение сократительной способности мышечного аппарата пищевода;

– нарушение работы сфинктеров

1. **Клиническая классификация.**

По происхождению выделяют врожденные и приобретенные дивертикулы пищевода.  
  
Врожденные дивертикулы пищевода встречаются исключительно редко, располагаясь в основном по правой полуокружности пищевода.

Приобретенные дивертикулы пищевода по локализации делят на:

* глоточно-пищеводные (пограничные или ценкеровские) дивертикулы пищевода
* бифуркационные дивертикулы пищевода
* эпифренальные дивертикулы пищевода
* множественные дивертикулы пищевода

Наиболее опасны из-за риска осложнений, особенно у начинающих эндоскопистов - дивертикул Ценкера.

Морфологически различают дивертикулы пищевода стенка которых представлена:

* всеми слоями стенки пищевода
* состоящие только из слизистой оболочки и подслизистого слоя.

По механизму возникновения выделяют:

* пульсионные дивертикулы пищевода
* тракционные дивертикулы пищевода
* смешанные дивертикулы пищевода

**Пульсионные дивертикулы пищевода** развиваются в наиболее слабых местах стенки пищевода в результате повышения внутрипросветного давления.  
  
**Тракционные дивертикулы пищевода** возникают в результате вытягивания стенки пищевода в результате спаечного процесса, инициированного воспалением лимфатических узлов средостения, иногда с формированием свищей.  
  
В ряде случаев тракционный дивертикул в последующем развивается по пульсионному механизму (т.е. повышение внутрипищеводного давления приводит к увеличению размера дивертикула).

1. **Клиническая картина.**

Клиническая картина дивертикула Ценкера зависит от его размеров и индивидуальных особенностей больного. Длительность существования дивертикула и наличие осложнений также оказывают влияние на развитие клинической картины заболевания. Клинические проявления глоточно-пищеводных дивертикулов имеют стадийное течение. Выделяют три стадии развития дивертикула.

Первая стадия характеризуется выпячиванием слизистой оболочки через «слабое» место - треугольник Киллиана. Во время развития первой стадии дивертикула клинические проявления, как правило, неспецифичны. Жалобы пациентов заключаются в наличии чувства першения или царапанья в нижних отделах шеи, сухости или обильном слюноотделении, неловкости при глотании, покашливании и поперхивании при приеме пищи. Также у пациентов можно наблюдать незначительное напряжение мышц шеи и вынужденные движения головы при приеме пищи. Часто первая стадия развития дивертикула проходит под маской фарингита или протекает бессимптомно.

Вторая стадия дивертикула глоточно-пищеводного перехода заключается в формировании дивертикулярного мешка, который не является прямым продолжением глотки. При этом клинические проявления становятся разнообразней и связаны с застоем пищи, слизи и воздуха в просвете дивертикула. Пациенты предъявляют жалобы на чувство жжения, першения, сухость в глотке, гиперсаливацию, боли царапающего характера, неприятный запах изо рта. При этом давление дивертикула на соседние органы создает компрессионный синдром, который может проявляться дисфагией, регургитацией малоизмененной пищи, симптомами ночного кашля и «мокрой подушки», дисфонией, и одышкой. При осмотре больного можно выявить асимметричное утолщение шеи с мягким на ощупь выпячиванием, которое уменьшается при пальпации и увеличивается при приеме пищи. Чаще данное выпячивание можно наблюдать в левой половине шеи. При перкуссии выпячивания после приема жидкой пищи отмечается шум плеска, а при надавливании шум усиливается. Аускультативно слышен звук «клокочущего гейзера». Со временем пациенты привыкают к появившимся симптомам, начинают есть медленно, меняя положение головы, чаще нагибая ее вперед. Периодически во время еды наступает полное нарушение прохождения пищи. Нередко можно наблюдать, как пациенты после приема пищи оказывают себе ручное пособие, надавливая на дивертикулярное выпячивание рукой, что способствует опорожнению дивертикула.

Третья стадия (декомпенсации), характеризуется увеличением размеров дивертикула, в результате чего дивертикул опускается в средостение, где он становится прямым продолжением глотки. Клинические проявления становятся более выраженными, постоянное срыгивание приводит к попаданию содержимого дивертикула в дыхательные пути и развитию аспирационных пневмоний и абсцессов легких. При значительных размерах дивертикула отмечается сдавливание трахеи, пищевода, крупных сосудов, паралич возвратного нерва. У ряда пациентов отмечался венозный застой половины лица. Отмечаются потеря массы тела, вплоть до дистрофии, ухудшение самочувствия.

Таким образом, клиническая картина дивертикула Ценкера разнообразна и имеет длительный анамнез развития. На ранних стадиях заболевания симптомы малоспецифичны, что, как правило, затрудняет своевременную диагностику.

1. **Диагностика.**

При подозрении у больного на дивертикул Ценкера следует начинать диагностический поиск с рентгенологических методов обследования. Диагноз дивертикула Ценкера является клинико-рентгенологическим. При дифференциальной диагностике дисфагии и подозрении на дивертикул Ценкера имеются обязательные и дополнительные методы исследования.

1. Обязательные методы исследования.

– рентгенологическое исследования шеи и грудной клетки;

- рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка;

– эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно – кишечного тракта;

2. Дополнительные методы исследования.

– зумэндоскопия и хромоскопия слизистой оболочки дивертикула и пищевода;

– биопсия слизистой оболочки дивертикула и пищевода при подозрении на злокачественный процесс;

– измерение РН пищевода и внутрипищеводного давления;

– ультразвуковое исследование мягких тканей шеи;

– компьютерная томография шеи и грудной клетки;

– магнитно – резонансная томография шеи и грудной клетки;

– эндоскопическая ультрасонография пищевода и дивертикула для уточнения состояния крикофарингеальной мышцы.

Следует отметить, что эндоскопический метод исследования противопоказан больным с перфорацией дивертикула Ценкера. В случае подозрения на перфорацию дивертикула больному показано рентгеновское исследование пищевода с водорастворимым контрастом. Больным с наличием перфорации дивертикула, эндоскопический метод может быть использован интраоперационно с целью уточнения места перфорации и контроля герметичности пищеводных швов после резекции дивертикула.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА.**

При эндоскопии пищевода необходима тщательная оценка следующих признаков:

– локализация дивертикула, его размеры, состояние устья, шейки и дна;

– степень компрессии пищевода дивертикулом Ценкера;

– характер содержимого мешка дивертикула;

– состояние слизистой оболочки дивертикула: воспаление (гиперемия, отек, пленки фибрина), эрозии и язвы, атрофия, рубцы, деформация, лейкоплакии, опухоли; – перистальтика пищевода и ее влияние на форму дивертикула;

– эластичность стенок дивертикула.

При эндоскопическом исследовании возможно выделить следующие виды дивертикулита:

1. Катаральный дивертикулит — слизистая оболочка в дивертикуле ярко гиперемирована и отечна, рыхлая, легко кровоточит при контакте с инструментом.

2. Атрофический дивертикулит — слизистая оболочка в дивертикуле истончена, серовато - розового цвета с выраженным сосудистым рисунком, эластичность слизистой оболочки не нарушена.

3. Эрозивно-язвенный дивертикулит — слизистая оболочка в дивертикуле ярко-красного цвета с наличием поверхностных и глубоких дефектов. Последние могут быть от точечных до 0,5 см, различных форм от округлой до полигональной. На слизистой оболочке может быть фибрин.

4. Рубцово - деформирующий дивертикулит — слизистая оболочка в дивертикуле белесоватая, неровная за счет рубцовой деформации, при инструментальной пальпации отмечается снижение эластичности и отсутствие смещаемости слизистой оболочки.

5. Фибринозно-гнойный дивертикулит — характеризуется наличием фибринозных наложений на стенках дивертикула.

6. Лейкоплакии. В дивертикуле имеются бляшковидные утолщения округлой формы, белесовато-серого цвета, слегка выступающие над поверхностью, размерами от 1 до 8 мм, плотноэластической консистенции.

7. Очаговые гиперплазии — слизистая оболочка в виде отдельных бляшек с гладкой поверхностью и полиповидные выросты, выступающие в просвет дивертикула.

8. Рак в дивертикуле.

1. **Методы лечения.**

Лечение больных ДП было консервативным и хирургическим. Выбор метода лечения зависит от локализации дивертикула, его размеров, наличия явлений дивертикулита и клинических проявлений.

Консервативное лечение заключалось в соблюдении диеты. Мы рекомендовапи больным четырехкратный прием физически и химически щадящей пищи, преимущественно жидкой. Через 15-20 минут после еды пациенты должны выпивать около 200 мл жидкости. После приема пищи больному необходимо занимать горизонтальное положение с возвышенным головным концом, на противоположном боку относительно дивертикула. Медикаментозная терапия подбиралась больным в индивидуальном порядке. Во всех случаях назначались Н2 блокаторы, омепразол, антацидные, спазмолитические препараты, обволакивающие средства, прокинетики.

Показаниями к хирургическому лечению являются: 1. Наличие клинически значимого дивертикула (дисфагия 11-1У степени и любой из перечисленных симптомов — дивертикулит и передивертикулит); 2. Развитие рака в дивертикуле; 3. Перфорация дивертикула; 4. Медиастинит; 5. Кровотечение из полости дивертикула; 6. Наличие свища с другими органами.

Наиболее распространенными способами хирургического лечения дивертикулов пищевода являются:

1. Открытые операции: a) резекция дивертикула; b) резекция дивертикула в сочетании с крикофарингеальной миотомией под контролем эндоскопической техники; c) инвагинация дивертикула; d) резекция дивертикула с укреплением линии швов твердой мозговой оболочкой.

2. Эндоскопические операции: a) диатермическое рассечение мостика тканей между пищеводом и дивертикулом с рассечением нижней порции крикофарингеальной мышцы; b) лазерные эндоскопические манипуляции; c) эндоскопические вмешательства с применением сшивающих аппаратов.

ТОННЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ- В настоящее время развивается новый тип эндоскопических вмешательств, обеспечивающих доступ к мышечной стенке пищевода и желудка путем формирования тоннеля в подслизистом пространстве.

1. **Перфорации пищевода как осложнение инструментального исследования**

Более чем в 80% случаев перфорации пищевода являются ятрогенными, зачастую в амбулаторных условиях эндоскопического исследования.

Существуют технические аспекты выполнения верхней эндоскопии, позволяющие уменьшить риск такого осложнения.

1. Выполнение всей процедуры под контролем зрения — «красное пятно» в окуляре эндоскопа должно удержать от его дальнейшего проведения вперед. Необходимо визуализировать просвет либо путем инсуфляции воздуха, либо просто «отойти» назад.

2. Исключение преодоления возникшего сопротивление проведению эндоскопа путем чрезмерного применения силы. Кроме того, расположение правой руки на отметке не ближе 20 см от конца аппарата позволяет более безопасно войти в пищевод и уменьшить риск перфорации грушевидных синусов, так как конец эндоскопа будет обладать «пружинящим эффектом».

3. Выполнение пациентам эндоскопии только при адекватной седации. Резкий поворот головы или изменение положения тела пациента может привести к опасным последствиям.

1. **Заключение**

В настоящее время варианты лечения дивертикула Ценкера включают в себя открытую операцию, ригидную или гибкую эндоскопию. Все вмешательства направлены на восстановление нормального пассажа пищевого болюса на уровне глоточно-пищеводного перехода при помощи миотомии с резекцией дивертикула или без таковой. Тактика лечения должна быть определена в зависимости от размера дивертикула, состояния пациента и опыта хирурга. Эндоскопическое пероральное вмешательство с использованием ригидных оптических операционных систем и гибких эндоскопов по эффективности и частоте осложнений зарекомендовало себя равноценным аналогом традиционной дивертикулэктомии . Как часть общей тенденции к минимально инвазивным подходам гибкая эндоскопия является привлекательной альтернативой как открытой хирургии, так и ригидной эндоскопии и может преодолеть некоторые их технические ограничения. Новая методика эндоскопической тоннельной крикофарингоэзофагомиотомии соблюдает основные принципы хирургического лечения дивертикула Ценкера как нервно-мышечного заболевания с нарушением синхронизации сокращения и расслабления циркулярных мышечных волокон верхнего пищеводного сфинктера и проксимального отдела пищевода. Тоннельная эндоскопическая операция по поводу дивертикула Ценкера позволяет с успехом расширить объем оперативного вмешательства за счет выполнения продленной миотомии и создать условия для профилактики рецидива заболевания, тем самым обеспечивая лучший результат лечения. Для достоверной оценки результатов требуются накопление опыта и анализ отдаленных результатов лечения.

**Список использованной литературы.**

* 1. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта С.А Палевская 2020г
  2. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта С.А Блашенцев 2009г
  3. Гастроскопия Блок Б. 2019г
  4. Статьи: Диагностика и лечение дивертикулов Ценкера (Королёв М.П. Федотов Л.Е. Климов А.В. Антипова М.В. Оглоблин А.Л. Мамедов Ш.Д. Габдрахманова Л.А. 2016г.)
  5. <https://endoexpert.ru/> Статья: Классификация дивертикулов пищевода 2020г
  6. Современные подходы к лечению пациентов с дивертикулами Ценкера (обзор литературы) И. А. Павлов , К. В. Шишин, , И. Ю. Недолужко , Н. А. Курушкина , Л. В. Шумкина. 2018г
  7. Петровский, Б.В. Дивертикулы пищевода / Б.В. Петровский, 1968
  8. Диагностика и лечение дивертикулов пищевода Климов А. 2014г
  9. Clarence, T.S. Association between Zenker diverti¬culum and gastroesophageal reflux disease: development of working hypothesis / T.S. Clarence, A.R. Dougias, H. Jagdepp // The American Journal of Medicine. — 2003 Aug.