

УДК 618.19-616-006 + 004.891.3

UDC 618.19-616-006 + 004.891.3

**РЕНТГЕНОСКОПИЯ КАК МЕТОД
ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА
С КЛИНИЧЕСКИМИ СЛУЧАЯМИ
НА БАЗЕ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ № 2**

**THE CLINICAL CASES OF X-RAY
EXAMINATION AS A METHOD
OF DIAGNOSING ZENKER'S DIVERTICULUM
IN REGIONAL CLINIC HOSPITAL № 2**

Сухорукова Елена Александровна – канд. мед. наук,
доцент

Sukhorukova Elena Alexandrovna – MD

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Кирячкова Наталья Сергеевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Kiryachkova Natalia Sergeevna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Дородных Карина Александровна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Dorodnykh Karina Alexandrovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

В связи с увеличением числа пациентов с жалобами на нарушение проходимости твердой и жидкой пищи, отрыжку, хронический кашель, ощущение «комка» в горле, неприятного запаха изо рта диагноз «дивертикул Ценкера» установлен врачами-эндоскопистами.

Due to the increasing the number of patients with complaints of impaired passage of solid and liquid food, belching, chronic cough, a feeling of a "lump" in the throat, and bad breath, the diagnosis of "Zenker diverticulum" was endoscopy established.

В статье рассмотрены патология, с которой часто встречается врач-рентгенолог, рентгенологические критерии дивертикула Ценкера, а также представлены клинические случаи диагностики и успешного лечения заболевания на базе Краевой клинической больницы № 2.

The article highlights the pathology that is often encountered by an X-ray specialist, the X-ray criteria for Zenker diverticulum. The clinical cases of diagnosis and successful treatment of this disease at the RCH № 2 were also presented.

Ключевые слова: ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ
ДИВЕРТИКУЛ, ЗАДНИЙ ДИВЕРТИКУЛ
ГОРТАНОГЛОТКИ, ЗАДНИЙ
ГИПОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ДИВЕРТИКУЛ

Key words: PHARYNGOESOPHAGEAL
DIVERTICULUM, POSTERIOR
LARYNGOPHARYNGEAL DIVERTICULUM,
POSTERIOR HYPOPHARYNGEAL
DIVERTICULUM

Введение

Дивертикулы пищевода представлены мешкообразным выпячиванием стенки, сообщаемой с его просветом. В зависимости от уровня локализации дивертикулы классифицируют:

- 1) уровень шеи – фарингоэзофагеальные, или ценкеровские,
- 2) уровень бифуркации трахеи – бифуркационные,
- 3) над диафрагмой – эпинефральные.

Дивертикулы Ценкера под действием повышенного внутреннего пищевого давления образуются в анатомически «слабой» области – задней стенки глоточно-пищеводного отдела, так называемом треугольнике Киллиана, над перстневидно-глоточной мышцей на уровне С5-С6 позвонков.

Основной предрасполагающий фактор – процесс старения в результате снижения эластичности ткани и мышечного тонуса, что объясняет распространенность патологии среди пациентов среднего и пожилого возраста.

Стадийность формирования ценкеровского дивертикула:

I стадия – небольшое выпячивание слизистой оболочки в углах промежутка; пациента беспокоит чувство раздражения в момент попадания пищи; после покашливания неприятные ощущения исчезают;

II стадия – дивертикул расширяется и располагается сзади и вниз от глотки; в его полости скапливается пища; отмечается урчание вследствие заглатывания воздуха; затруднений при глотании нет;

III стадия – массивное расширение дивертикула; пищевод уходит вперед; устье дивертикула находится в начальной части глотки; пища попадает в дивертикул, а потом выбрасывается обратно в полость рта (дисфагия).

Патология пищевода не является самостоятельной единицей, конкурирующее заболевание придает более выраженную клиническую картину, побуждающую пациентов обращаться за помощью.

Основные сопутствующие патологические изменения:

– гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ);

- рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД);

- спазм пищевода, ахалазия;

- язвенная болезнь.

Рентгенологическая картина дивертикула Ценкера

Рентгенологическое исследование позволяет наиболее точно определить локализацию, форму и величину дивертикула, эластичность его стенок, характер заполнения и опорожнения, взаимоотношения с соседними органами.

Для обнаружения дивертикулов учитывают технические критерии:

- обеспечение попадания в полость дивертикула контрастной массы;
- проведение рентгенологического исследования пищевода с учетом фаз перистальтики, разных проекций и положений тела пациента;

- применение функциональных приемов для лучшего заполнения дивертикула.

При выполнении бесконтрастной рентгенографии в проекции верхнего средостения визуализируется уровень газ – жидкость.

В исследовании используют бариевую взвесь для исследования пищевода в разных проекциях:

- передняя – мешковидное выпячивание, заполненное контрастом, расположено ниже уровня гортаноглотки;

- боковая или косая – мешковидное выбухание, заполненное бариевой взвесью, позади шейного сегмента пищевода – «ворота» дивертикула находятся со стороны задней стенки нижних отделов глотки над перстневидно-глоточной мышцей.

В результате давления извне возникает сужение просвета проксимальных отделов пищевода, может наблюдаться назофарингеальная регургитация.

Рентгенологически различают четыре стадии развития дивертикула Ценкера:

стадия I – напоминает «шип розы»;

стадия II – вид «булавы»;

стадия III – приобретает форму мешка, но не сдавливает пищевод;

стадия IV – сдавливает пищевод и оттесняет его кпереди.

Врач-рентгенолог при составлении описания и заключения в протоколе указывает обязательные моменты:

- 1) уровень нахождения дивертикула;
- 2) расположение на стенке пищевода;
- 3) размер и конфигурацию дивертикула;
- 4) длительность задержки контрастной массы в полости дивертикула;
- 5) наличие осложнений.

Дополнительные диагностические методы

1. Эндоскопическое исследование

Патологию диагностируют при проведении эндоскопии. Совместно с рентгеноскопией это взаимодополняющий метод, позволяющий оценить состояние слизистой оболочки, выделить содержимое и виды дивертикула: катаральный, атрофический, эрозивно-язвенный, рубцово-деформирующий, фибринозно-гнойные, лейкоплакия, очаговые гиперплазии, рак в дивертикуле.

2. Компьютерная томография. Проводят для исключения опухолей средостения, перфорации дивертикула, а также при осложненном течении послеоперационного периода.

3. Эндосонографическое исследование. Трансэзофагеальная ультразвукография позволяет оценить слои стенки пищевода в области дивертикула, состояние крикофарингеальной мышцы и окружающие ткани.

4. Ультразвуковой метод исследования шеи. Визуализация полости с уровнем жидкости в переднем треугольнике шеи. Применяют при подозрении на перфорацию, что позволяет выявить жидкость вокруг дивертикула и наличие пузырьков воздуха в мягких тканях шеи.

Клинический случай № 1

Пациентка С., 70 лет, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами: боли при глотании, дискомфорт при прохождении твердой пищи, осиплость голоса, кашель в течение дня, ощущение кома в горле, изжога. Лечение у оториноларинголога не оказалось эффективным.

Самостоятельно прошла фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) в частной клинике: эндоскопические признаки дивертикула Ценкера. Дистальный рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии. Гиперемическая атрофическая гастропатия. При проведении рентгеноскопии с бариевой взвесью: в проекции С6-С7 по задней стенке пищевода отмечали дивертикул до 1,5 см в диаметре. В процессе исследования свободно опорожнялся от контрастной массы (рисунок 1).

Заключение: дивертикул Ценкера.

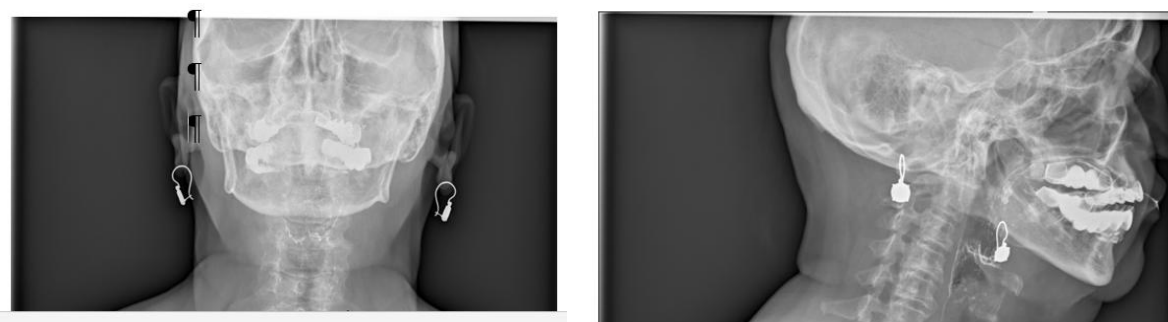


Рисунок 1 – Дивертикул Ценкера по ФГДС у пациентки С., 70 лет

Клинический случай № 2

Пациент А., 72 года, обратился к хирургу с жалобами на умеренные боли, чувство тяжести после приема пищи, тошноту, общую слабость, которые беспокоят в течение двух лет.

Направлен на ФГДС, по результатам которой установлен диагноз: дивертикул Ценкера. При проведении рентгеноскопии с бариевой взвесью в проекции глоточно-пищеводного перехода по задней стенке определяли контрастируемое выпячивание стенки (дивертикул) до 3,0 см в диаметре (рисунок 2). Заключение: дивертикул Ценкера.

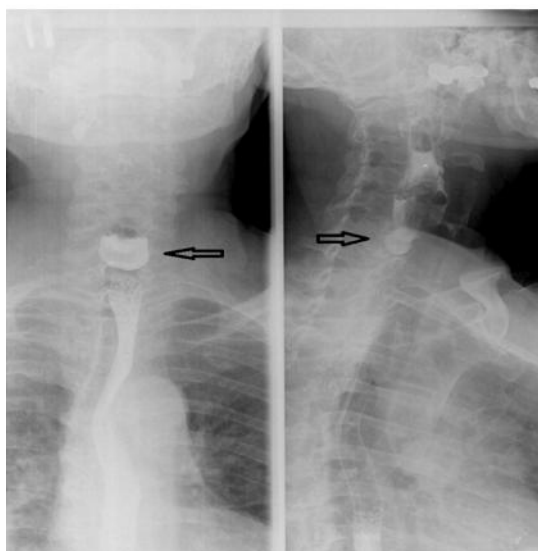


Рисунок 2 – Дивертикул Ценкера по ФГДС у пациента А., 72 года

Пациенту проведено хирургическое лечение – иссечение дивертикула пищевода (эндоскопическая эзофагостриктомиотомия).

При повторном проведении рентгеноскопии с бариевой взвесью в проекции С7-Th1 отмечали тени эндоклипс (3 шт.) – с/п устранения дивертикула Ценкера. Затеков контраста нет. Контуры четкие, ровные.

Заключение: состояние после эндоскопического устранения дивертикула Ценкера (рисунок 3).

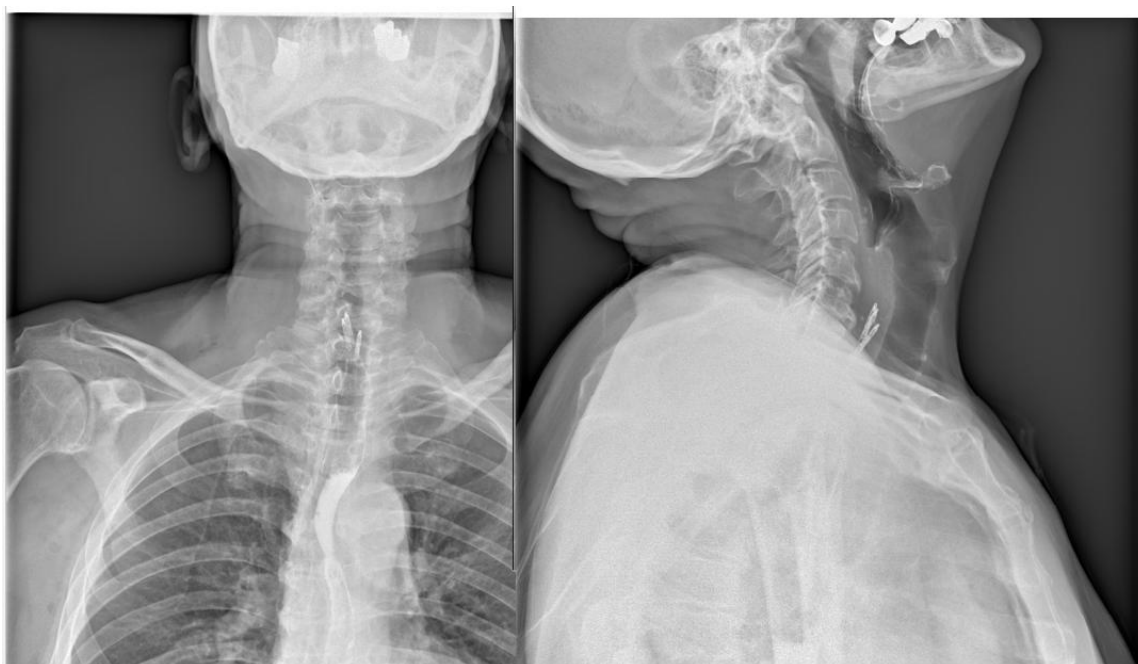


Рисунок 3 – Состояние пациента после устранения дивертикула Ценкера

При повторном проведении рентгеноскопии с бариевой взвесью: в проекции С7-Th1 отмечали тени эндоклипс (3 шт.) – с/п устранения дивертикула Ценкера. Затеков контраста нет. Контуры четкие, ровные.

Заключение: состояние после эндоскопического устранения дивертикула Ценкера.

Клинический случай № 3

Пациентка Ш., 80 лет, неоднократно обращалась к отоларингологу и гастроэнтерологу с жалобами на осиплость голоса, кашель, дискомфорт в горле. Лечение не было эффективным. Направлена на консультацию к гастроэнтерологу. При проведении рентгеноскопии с бариевой взвесью – в проекции С7, по задней стенке глоточно-пищеводного перехода определили контрастируемое выпячивание стенки (дивертикул), диаметром до 2,0 см. Заключение: дивертикул Ценкера (рисунок 4).

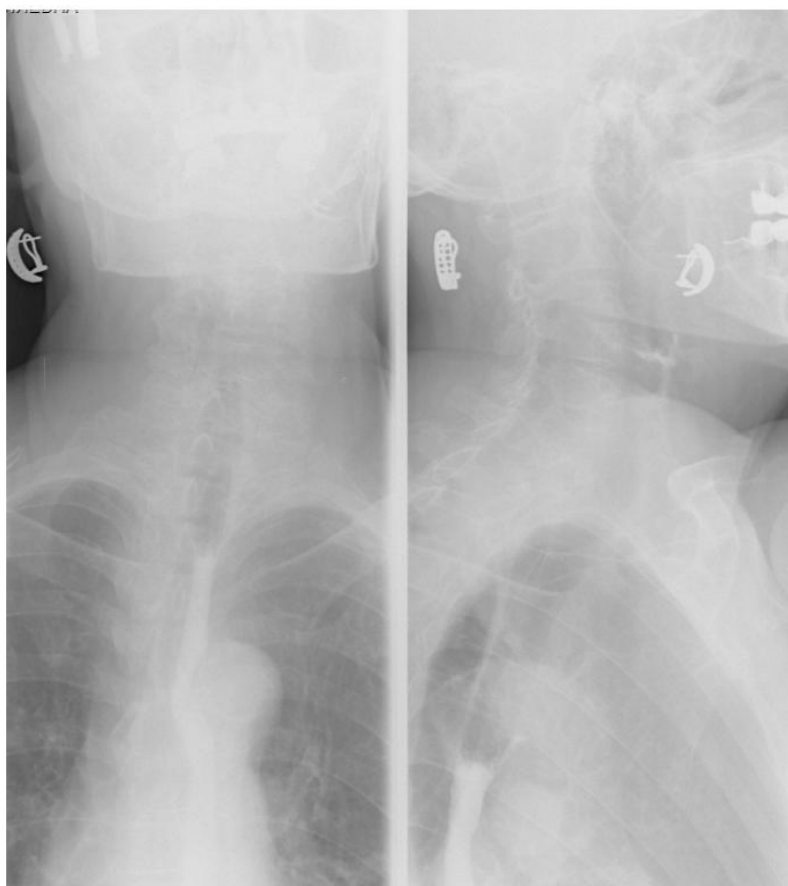


Рисунок 4 – Дивертикул Ценкера после проведения рентгеноскопии с бариевой взвесью у пациентки Ш., 80 лет

Направлена на ФГДС. Выполнена пластика пищевода (эндоскопическая эзофагокрикофарингомиотомия). Полость дивертикула расправилась.

Заключение

Несмотря на обширный спектр диагностических методов, актуальность рентгеноскопии подтверждена ключевой ролью в дифференциальной диагностике патологии ЖКТ. Полученная информация позволяет выбрать эффективную тактику лечения для получения динамических данных.

В Краевой клинической больнице № 2 успешно применяют малоинвазивные методики, проводят эндоскопические операции при дивертикуле Ценкера. Малоинвазивные хирургические вмешательства обеспечивают получение эффективного клинического результата при минимальной операционной травме.

Список литературы

1. *Ванцян Э. Н.* Клиника и диагностика дивертикулов пищевода : автореф. дис.... д-ра мед. наук / *Э. Н. Ванцян*. – 1964. – 25 с.
2. *Lahey F. H.* Pharyngoesophageal diverticulum / *F. H. Lahey, W. B. Hoover* // *N. Engl. J. Med.* – 1937; 216: 591–7.
3. *Каган Е. М.* Рентгенодиагностика заболеваний пищевода / *Е. М. Каган*. – М.: Медицина, 1968. – 226 с.
4. *Федерле, Майкл П.* Лучевая диагностика. Органы брюшной полости / *Майкл П. Федерле и Раман, Шива П.* – М.: Издательство Панфилова, 2019. – С. 202–206.
5. *Розенфельд Л. Г.* Рентгенодиагностика дивертикулов пищевода и их осложнений : автореф. дис. ... канд. мед. наук / *Л. Г. Розенфельд*. – Киев, 1966. – 15 с.
6. *Ludlow A.* A case of obstructed deglutition from a preternatural dilatation of bag formed in the pharynx / *A. Ludlow* // *Medical observation and Enquiries, Society of Physicians.* London, 1769. – Vol. 3. – P. 85–101.
7. *Wychulis A. R.* Carcinoma occurring in pharyngoesophageal diverticulum: report of three cases / *A. R. Wychulis, G. H. Gunnlaugsson, O. T. Clagett* // *Surgery.* – 1969; 66(6):976–979.
8. *Klockars T.* Familial Zenker's diverticulum / *T. Klockars, E. Sihvo, A. Mäkitie* // *Acta Otolaryngol.* – 2008; 128(9): 1034–6.
9. *Clarence T. S.* Association Between Zenker diverticulum and gastroesophageal reflux disease: development of working hypothesis / *T. S. Clarence, A. R. Dougias, H. Jagdepp* // *The American Journal of Medicine.* – 2003. – Aug. – 115 (3a): 169–171.