

Эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия при дисфагии сочетанного генеза у возрастного пациента (клинический случай)

И.Е. Судовых¹, Е.А. Дробязгин^{1,2}, Ю.В. Чикинев²

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница
630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130

² Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52

Резюме

Глоточно-пищеводный дивертикул Ценкера встречается чаще у пожилых пациентов, проявляется дисфагией и опасен аспирационными осложнениями. Клинический случай описывает сочетание впервые выявленного дивертикула Ценкера больших размеров, пневмонии, неврологической симптоматики у возрастного пациента 86 лет с афагией. Несмотря на комбинациюотягощающих факторов, выполнена пероральная эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия с использованием гибкого эндоскопа. После операции: нарушений акта глотания нет. Пациент питается жидкой и полужидкой пищей. Жалоб на дисфагию не предъявляет. При рентгенологическом контроле отмечается некоторая задержка контрастного вещества в дивертикуле, не препятствующая его опорожнению. Случай демонстрирует эффективность эндоскопического вмешательства при дивертикуле Ценкера больших размеров, возможность его выполнения у возрастных пациентов с сочетанной патологией, в том числе с неврологическим дефицитом, сохраняя шанс пациента на выздоровление.

Ключевые слова: дивертикул Ценкера, эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия, эндоскопия, гибкая эндоскопия, дисфагия.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Дробязгин Е.А., e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Для цитирования: Судовых И.Е., Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В. Эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия при дисфагии сочетанного генеза у возрастного пациента (клинический случай). *Сибирский научный медицинский журнал*. 2020; 40 (2): 68–72. doi: 10.15372/SSMJ20200209

Endoscopic diverticuloesophagotomy in dysphagia of combined genesis in aged patient (clinical case)

I.E. Sudovykh¹, E.A. Drobyazgin^{1,2}, Yu.V. Chikinev²

¹ State Novosibirsk Regional Clinical Hospital
630087, Novosibirsk, Nemirovicha-Danchenko str., 130

² Novosibirsk State Medical University of Minzdrav of Russia
630091, Novosibirsk, Krasny av., 52

Abstract

Zenker's pharyngeal-esophageal diverticulum is more common in elderly patients, manifests itself with dysphagia and is dangerous with aspiration complications. The clinical case describes a combination of the first detected large Zenker diverticulum, pneumonia, neurological symptoms in an 86-year-old patient with aphagia. Despite the combination of aggravating factors, oral endoscopic ventriculostomy was performed using a flexible endoscope. After surgery: there are no violations of the act of swallowing. The patient eats liquid and semi-liquid food. No complaints of dysphagia

were presented. At x-ray control, there is some delay of the contrast agent in the diverticulum, which does not prevent its emptying. The case demonstrates the effectiveness of endoscopic intervention in large-sized Zenker diverticulum, the possibility of its implementation in age-related patients with combined pathology, including neurological deficiency, preserving the patient's chance of recovery.

Key words: Zenker's diverticulum, endoscopic diverticuliesophagostomy, endoscopy, эндоскопия, flexible endoscopyб dysphagia.

Conflict of interests. Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

Correspondence author: Drobyazgin E.A., e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Citation: Sudovykh I.E., Drobyazgin E.A., Chikinev Yu.V. Endoscopic diverticuloesophagotomy in dysphagia of combined genesis in aged patient (clinical case). *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2020; 40 (2): 68–72. [In Russian]. doi: 10.15372/SSMJ20200209

Клинический случай

Мужчина 86 лет доставлен родственниками в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на нарастание явлений дисфагии в течение месяца, с невозможностью приема пищи и жидкости в течение последних двух дней. Также предъявлял жалобы на снижение массы тела, кашель с отхождением вязкой слизисто-гнойной мокроты, одышку в покое, подъемы температуры тела до 38 °С. Со слов пациента и родственников жалобы на нарушения глотания длительное время (давность указать не может). Сопутствующая патология: хроническая обструктивная болезнь легких. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность I–II ст. ИБС. Недостаточность кровообращения I. При фиброэзофагогастродуоденоскопии диагностирован широкий глоточно-пищеводный ди-

вертикул Ценкера глубиной около 55 мм (рис. 1). В связи с тяжестью состояния помещен в отделение реанимации и интенсивной терапии. При дообследовании (рентгеноскопия органов грудной клетки) выявлена двусторонняя пневмония (вероятно, связанная с нарушением глотания пищи и жидкости). Для предоперационной подготовки и обеспечения энтерального питания пациенту установлен назогастральный зонд по струне-проводнику. Лечение проводилось в условиях отделения реанимации.

Далее из-за сохраняющегося нарушения глотания и дисфагии сложного генеза (консультация невролога с выставлением диагноза «бульбарный синдром неясного генеза» – рассматривался вариант токсического характера) выполнена эндоскопическая гастростомия. На фоне стабилизации состояния, излечения пневмонии диагноз «бульбарный синдром» был снят. Основной и единственной причиной дисфагии признан дивертикул Ценкера больших размеров. Пациенту выполнена эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия с установкой гибкого дивертикулоскопа (рис. 2, 3). После выписки из стационара больной самостоятельно явился на контрольный осмотр через 3 мес.: дисфагия нивелирована, питается самостоятельно через рот без ограничений. Эндоскопически (рис. 4) и рентгенологически (рис. 5) сохраняется частичный объем дивертикула с задержкой контраста до 10–15 с, однако пациент отмечает комфортное глотание и прохождение пищевого комка по пищеводу.



Рис. 1. Эндоскопическая картина дивертикула Ценкера. Струна проведена в пищевод

Fig. 1. Endoscopic picture of Zenker diverticulum. The string is held in the esophagus

Обсуждение

Эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия широко и эффективно применяется у пациентов с дивертикулами Ценкера небольших размеров, однако ее клиническая эффективность снижается при больших дивертикулах, при которых более

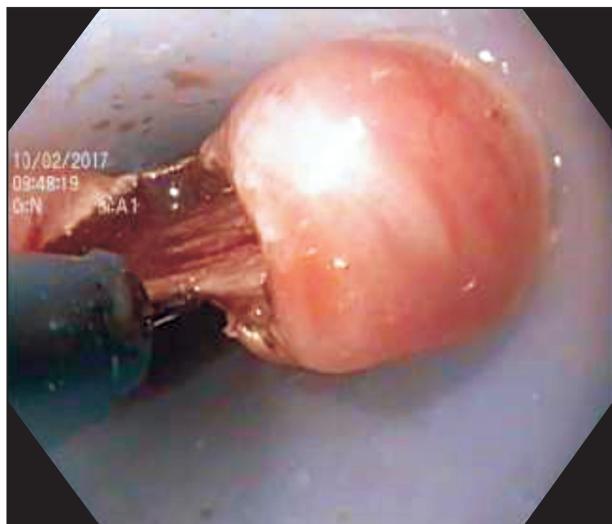


Рис. 2. Выполняется эндоскопическая дивертикулэзофагостомия. Гибкий дивертикулоскоп позиционирован на перегородке между пищеводом и дивертикулом

Fig. 2. Endoscopic diverticulo-esophagotomy is performed. A flexible diverticuloscope is positioned on the septum between the esophagus and the diverticulum

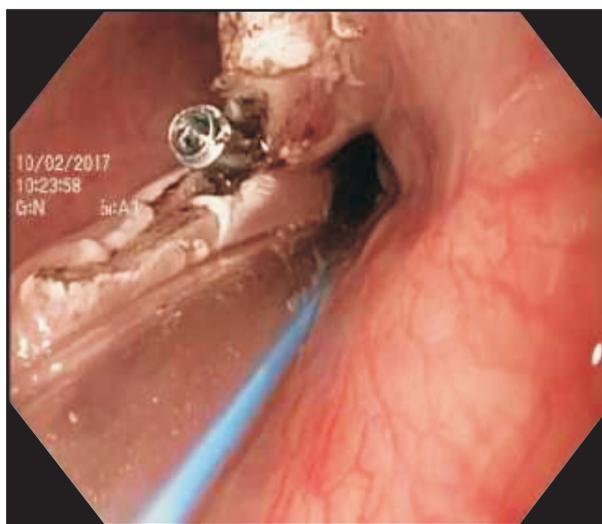


Рис. 3. На рану после эндоскопической дивертикулэзофагостомии наложена клипса. В пищевод проведен зонд

Fig. 3. A clip is placed on the wound after endoscopic diverticulo-esophagotomy. A probe was inserted into the esophagus



Рис. 4. Эндоскопическая картина через 3 месяца после вмешательства. Сохраняется перегородка и остаточная полость дивертикула. Просвет пищевода приоткрывается при инсуффляции газа во время исследования

Fig. 4. Endoscopic picture 3 months after the intervention. The septum and the residual cavity of the diverticulum are preserved. The lumen of the esophagus opens up during insufflation of gas during the study



Рис. 5. При рентгенологическом исследовании пищевода с бариевой взвесью определяется остаточная полость дивертикула с задержкой контраста

Fig. 5. The residual diverticulum cavity with delayed contrast is determined by X-ray examination of the esophagus with barium suspension

обоснована операция открытым хирургическим доступом, хотя она несет дополнительный риск осложнений [1, 2, 4–6]. Однако в ряде ситуаций эндоскопическое вмешательство оправдано даже при крупных дивертикулах [2, 4]. У возрастных пациентов с тяжелой сопутствующей патологией первостепенная задача – нивелировать дисфагию как фактор риска аспирации и обеспечить возможность питания через рот при минимальном риске хирургического вмешательства и анестезиологического пособия, и этим требованиям соответствует эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия [2]. Возможность проведения эндоскопического вмешательства при сложной анатомии и деформациях осевого скелета, сочетание малой инвазивности, клинической эффективности, возможности повторной щадящей коррекции «по требованию» при неполном купировании дисфагии, низкий риск осложнений позиционируют эндоскопическую дивертикулоэзофагостомию в качестве операции выбора у сложных пациентов [2, 3, 5].

Показательно, что у данного пациента полное рассечение с сохранением остаточной полости дивертикула не сопровождается дисфагией и не требует дополнительной коррекции. Вполне возможно, что это связано с кратковременной (до 10–15 с) задержкой контрастного вещества, возрастом больного, особенностями пищевого поведения (преимущественный прием полужидкой и жидкой пищи). По мнению других авторов [1–5], именно отсутствие жалоб у пациента является основным показателем при оценке результатов оперативного вмешательства. При необходимости возможна повторная операция с формированием еще большего соустья. Описанный случай показателен как пример эффективности комплексного подхода при дисфагии у пожилого пациента.

Заключение

Эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия может рассматриваться как метод выбора оперативной коррекции дисфагии при дивертикуле Ценкера больших размеров у возрастных пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Список литературы / References

1. Ciuc D., Birlă R., Panaitescu E., Tanțău M., Constantinoiu S. Zenker diverticulum treatment: endoscopic or surgical? *Chirurgia (Bucur.)*. 2018; 113 (2): 234–243. doi: 10.21614/chirurgia.113.2.234
2. Costamagna G., Iacopini F., Bizzotto A., Familiari P., Tringali A., Perri V., Bella A. Prognostic variables for the clinical success of flexible endoscopic septotomy of Zenker's diverticulum. *Gastrointest. Endosc.* 2016; 83 (4): 765–773. doi: 10.1016/j.gie.2015.08.044
3. Dişibeyaz S., Kuzu U.B., Parlak E., Saygili F., Öztaş E., Ari D., Şahin B. Endoscopic treatment of the Zenker diverticulum with flexible endoscopic myotomy: a single tertiary center experience. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2017; 27 (6): e136–e140. doi: 10.1097/SLE.0000000000000475
4. Jain D., Sharma A., Shah M., Patel U., Thosani N., Singhal S. Efficacy and safety of flexible endoscopic management of Zenker's diverticulum. *J. Clin. Gastroenterol.* 2018; 52 (5): 369–385. doi: 10.1097/MCG.0000000000000977
5. Pescarus R., Shlomovitz E., Sharata A.M., Cassera M.A., Reavis K.M., Dunst C.M., Swanström L.L. Trans-oral cricomyotomy using a flexible endoscope: technique and clinical outcomes. *Surg. Endosc.* 2016; 30 (5): 1784–1789. doi: 10.1007/s00464-015-4445-x
6. Tabola R., Lewandowski A., Cirocchi R., Augoff K., Kozminska U., Strzelec B., Grabowski K. Zenker diverticulum: Experience in surgical treatment of large diverticula. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97 (19): e0557. doi: 10.1097/MD.00000000000010557

Сведения об авторах:

Ирина Евгеньевна Судовых, к.м.н., ORCID: 0000-0002-4631-0384, e-mail: isudovykh@gmail.com

Евгений Александрович Дробязгин, д.м.н., ORCID: 0000-0002-3690-1316, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Юрий Владимирович Чикинев, д.м.н., проф., ORCID: 0000-0002-6795-6678, e-mail: chilinev@inbox.ru

Information about the authors:

Irina E. Sudovykh, candidate of medical sciences, ORCID: 0000-0002-4631-0384, e-mail: isudovykh@gmail.com

Evgeniy A. Drobyazgin, doctor of medical sciences, ORCID: 0000-0002-3690-1316, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru,

Yuriy V. Chikinev, doctor of medical sciences, professor, ORCID: 0000-0002-6795-6678, e-mail: chikinev@mail.ru

Поступила в редакцию 23.09.2019

После доработки 16.12.2019

Принята к публикации 13.02.2020

Received 2.09.2019

Revision received 16.12.2019

Accepted 13.02.2020