**Дивертикулы пищевода.**

Пищеводные дивертикулы – мешкообразные выпячивания из просвета пищевода. Они могут быть классифицированы в зависимости от локализации, типа развития, а также от происхождения – являются ли они истинными или ложными.

В зависимости от анатомического положения они разделяются на фарингоезофагеальные, среднегрудные и эпифренальные.

По механизму образования они делятся на пульсионные, тракционные и комбинированные пульсионно-тракционные.

Дивертикулы разделяются также на врожденные и приобретенные.

К врожденным относят те, стенка которых содержит все слои пищеводной стенки, а у приобретенных дивертикулов имеется только небольшое количество мышечной ткани или ее не содержится вообще.

Фарингоэзофагеальные дивертикулы.

Пульсионные дивертикулы пищевода развиваются вследствие повышенного давления в просвете пищевода.

К пульсионным дивертикулам относится дивертикул Ценкера, располагающийся около фарингоэзофагеального соединения. Этот дивертикул не является истинно пищеводным, поскольку он находится в гипофарингеальной области. Слабым местом задней стенки фарингоэзофагеального соединения является треугольный дефект между косыми волокнами нижнего сжимателя гортани и поперечными волокнами перстнеглоточной мышцы. При нормальной нервно-мышечной координации во время прохождения пищи из гортани в пищевод и сокращения констриктора перстнеглоточные мышцы расслабляются. При нарушениях нервно-мышечной координации, сжатия констриктора и нерасслаблении перстнеглоточных мышц появляется выпячивание задней стенки глоточной ямки. Если это нарушение не ликвидируется, то скоро выпячивание переходит в мешкообразный дефект, причем в межмышечном промежутке выбухают только слизистый и подслизистый слои с очень редкими мышечными волокнами.

Существует несколько точек зрения на возникновение этого дивертикула, однако, вышеуказанная является наиболее распространенной.

Другой причиной может быть хронический фарингит, который нарушает нормальную релаксацию сфинктера и вызывает образование выпячивания.

Возможной причиной может быть также более широкий переднезадний диаметр глотки у мужчин, чем у женщин, что является причиной возникновения более высокого давления, что косвенно подтверждается частыми находками дивертикула у мужчин.

Этиологическую роль может играть также рефлюкс-эзофагит при пищеводной грыже. В стадии образования дивертикула его мешок, состоящий из слизистой и подслизистой оболочек, локализуется сначала на задней стенке, затем по мере увеличения смещается влево. В ранних стадиях грыжевой мешок имеет сферическую форму, позднее он становится грушевидным. Размеры его могут быть очень большими и смещаться в средостение, но даже при большом мешке входное отверстие остается небольшим.

Мужчины болеют в три раза чаще, чем женщины. Общая частота составляет 0,1%. В пожилом возрасте этиологическую роль может играть также ослабление мышц глотки.

Клиника. Развитие клинических симптомов проходит три стадии.

В первой стадии наблюдаются только воспалительные изменения в горле.

Во второй стадии присоединяется дисфагия.

В третьей появляются симптомы сдавления пищевода.

В большинстве случаев симптоматика нарастает постепенно. Вначале больные ощущают раздражение в горле, слюнотечение и чувство инородного тела при глотании. Помехи при глотании могут возникать даже при приеме жидкости. Иногда бывает сухой кашель. С увеличением дивертикула появляется регургитация, особенно ночью, после обильной еды, съеденной и не переваренной пищей. С началом регургитации могут присоединяться легочные осложнения в результате аспирации содержимого дивертикула. Рано или поздно присоединяется непроходимость пищевода, которая в редких случаях бывает полной. Наступает истощение, потеря веса. Иногда можно видеть выбухание и отечность с левой стороны шеи, но это бывает очень редко. Симптоматика в некоторых случаях развивается быстро, в течение нескольких месяцев, иногда в течение 10—15 лет.

Диагноз ставится обычно при рентгеноскопии с барием, иногда и без бария, если можно видеть уровень жидкости в ретротрахеальном пространстве.

При рентгеноскопии можно определить диаметр шейки дивертикула. Застой пищи наблюдается в дивертикулах больших размеров, что иногда принимается как дефект наполнения. Для более точного рентгенологического изучения необходимо опорожнить дивертикул перед исследованием.

Дивертикулы пищевода. Лечение.

Лечение.

Некоторое облегчение можно получить приемом полужидкой пищи, а также воды после еды, все же излечение может быть достигнуто только при хирургическом лечении. Расширение просвета пищевода из-за сдавления дивертикулом не рекомендуется из-за опасности перфорации стенки дивертикула.

Ранняя операция необходима вследствие опасности присоединения инфекции, медиастинита, пневмонии.

Имеется несколько методов операции.

Наибольшее распространение получила одномоментная резекция дивертикула. Разрез кожи по переднему краю грудинно-ключично-сосковой мышцы. Дивертикул обнажается путем ретракции щитовидной железы медиально и сонной артерия латерально. Шейка дивертикула, которая обычно достаточно узка, пересекается и дивертикул удаляется. Слизистая гортани ушивается отдельными узловыми швами. Края мышечного слоя также тщательно ушиваются. Операция не представляет особого риска, рецидивы редки. При небольших дивертикулах предлагается перстнеглоточная миотомия. Доступ тот же, дополнительно производится продольный разрез через перстнеглоточные мышцы длиной 3—4 см. Обоснованием этой операции является мнение о происхождении дивертикула вследствие дискоординации фарингоэзофагеального сфинктерного механизма. Иногда применяется эзофагоскопия для облегчения отыскания дивертикула, контроля за наложением швов на стенку, чтобы избежать сужения просвета пищевода.

При больших пограничных глоточно-пищеводных дивертикулах предложена [Королев Б. А., 1953] и с успехом выполнена операция наложения анастомоза между дном дивертикула и грудным отделом пищевода чресплевральным левосторонним доступом в IV межреберье.

Дивертикулы среднегрудного отдела пищевода.Эпифренальные дивертикулы.

Дивертикулы среднегрудного отдела пищевода - встречаются намного реже, чем в других областях.

Их обычно называют тракционными дивертикулами, потому что они образуются вследствие натяжения стенки пищевода.

Обычно дивертикулы развиваются против бифуркации трахеи или левого главного бронха. Из-за воспаления лимфатических желез образуются сращения, которые натягиваются три глотании, увлекая за собой стенку пищевода.

Тракционные дивертикулы при небольших размерах быстро наполняются и быстро опорожняются. Диаметр их редко бывает больше 2 см , они редко сопровождаются выраженной клинической симптоматикой. Очень редко встречаются осложнения в виде медиастинальных абсцессов и эзофаго-бронхиальных фистул, а также крайне редко частичная обструкция пищевода.

Наличие у больного эзофагита угрожает развитием в дивертикуле язвы с последующей перфорацией и развитием медиастинита.

Эпифренальные дивертикулы локализуются в дистальных отделах пищевода. Их иногда называют супрадиафрагмальными.

По классификации их относят к пульсационно-тракционным, но элементы тракции не всегда можно видеть. Почти половина больных с этим типом дивертикула страдает кардиоспазмом или диффузным спазмом пищевода.

При дивертикулах, как правило, находят гипертрофию мышц нижнего отдела пищевода.

Клиника.

По сравнению с дивертикулами верхнего отдела пищевода эпифренальные дивертикулы реже сопровождаются клинической симптоматикой, а иногда она полностью отсутствует. Диагноз обычно ставится на основании рентгенологического исследования. При рентгеноскопии дивертикулы выглядят как округлое депо бария, расположенное на 2- 4 см в диаметре, шейка его широкая и короткая. Небольшие дивертикулы иногда трудно дифференцировать от язвы, поэтому диагноз должен быть подтвержден при эзофагоскопии. Если дивертикул является причиной дисфагии, или сильных болей, или эзофагита, показано хирургическое лечение.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>