

Статья поступила в редакцию 15.05.2025 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2025-2-85-89 EDN: KROUIV

Информация для цитирования:

Павленко В.В., Фролов П.А., Каменева Е.А., Лупивок А.И., Кокоулина Ю.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТА С ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНЫМ ДИВЕРТИКУЛОМ (ЦЕНКЕРА) // Медицина в Кузбассе. 2025. №2. С. 85-89.

Павленко В.В., Фролов П.А., Каменева Е.А., Лупивок А.И., Кокоулина Ю.А.

Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского, Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТА С ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНЫМ ДИВЕРТИКУЛОМ (ЦЕНКЕРА)

В статье приводится клинический случай перфорации пищевода у пациентки с глоточно-пищеводным дивертикулумом (Ценкера), который является редким и потенциально опасным для жизни состоянием. Уровень смертности при неоперативном лечении перфораций пищевода составляет 20-38%.

Ключевые слова: глоточно-пищеводный дивертикул; дивертикул Ценкера; перфорация пищевода; ЭГДС

Pavlenko V.V., Frolov P.A., Kameneva E.A., Lupivok A.I., Kokoulina U.A.

Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

A CLINICAL CASE OF ESOPHAGEAL PERFORATION IN A PATIENT WITH PHARYNGEAL-ESOPHAGEAL DIVERTICULUM (CENKER)

The article presents a clinical case of esophageal perforation in a patient with pharyngeal-esophageal diverticulum (Cenker), which is a rare and potentially life-threatening condition. The mortality rate for non-surgical treatment of esophageal perforations is 20-38%.

Key words: pharyngeal-esophageal diverticulum; Cenker's diverticulum; esophageal perforation; EGDS

Дивертикул Ценкера (глочный дивертикул, глоточно-пищеводный дивертикул) — это патологическое мешкообразное выпячивание слизистой оболочки задней стенки гортаноглотки между нижним констриктором глотки и перстневидно-глоточной мышцей. Дивертикул Ценкера по патогенезу относится к пульсионным дивертикулам. Причиной образования глоточного дивертикула считается несоординированная работа перстневидно-глоточной мышцы, выступающей в роли верхнего пищеводного сфинктера, и констрикторов глотки во время акта глотания, что приводит к повышению давления в гортаноглотке и образованию мешковидного выпячивания слизистой оболочки. Пролапс слизистой оболочки через мышечный слой происходит в зоне наименьшего сопротивления между косыми волокнами щитовидно-глоточной и горизонтальными волокнами перстневидно-глоточной мышцы в так называемом треугольнике Киллиана. Распространенность дивертикула Ценкера среди населения в целом составляет 1-11/100000. Обычно он встречается у людей старше 60-70 лет и редко встречается в возрасте до 40 лет [1]. Мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины. К клиническим проявлениям относят дисфагию, регургитацию, аспирацию, кашель, халитоз, снижение массы тела, охриплость и

удушие. Основными методами диагностики глоточно-пищеводного дивертикула являются рентгенография и рентгеноскопия пищевода с контрастированием. Эзофагогастродуоденоскопия не является рутинным методом диагностики при подозрении на дивертикул Ценкера из-за риска перфорации его стенки [2].

Эндоскопические процедуры являются наиболее частой причиной ятрогенных перфораций пищевода, а наиболее часто повреждаемым местом является область гортаноглотки. Подкожная эмфизема часто наблюдается при перфорации шейного отдела [3].

Несмотря на широкое применение в клинической практике эндоскопических исследований и эндоскопических вмешательств (бужирование и дилатация стриктур пищевода, дилатация кардии, стентирование пищевода), существует риск перфорации пищевода. При стандартном эндоскопическом исследовании составляет от 0,1% до 3% [3].

По данным литературы, отмечены единичные случаи ятрогенного повреждения пищевода при выполнении ЭГДС.

Перфорация пищевода является серьезной и потенциально опасной для жизни неотложной медицинской ситуацией. Учитывая этиологию и различ-

ные клинические проявления, диагностика и лечение начинаются, как правило, несвоевременно.

Выраженность клинических признаков перфорации зависит от уровня поражения, локализации повреждения, глубины и времени с момента перфорации.

Тяжесть перфорации обусловлена развитием гнойно-воспалительного процесса в клетчатке шеи и средостения (медиастинита). Высокая летальность при перфорации пищевода удерживается за счет особенностей анатомического строения заднего средостения, содержащего жизненно важные органы, а также рыхлой клетчатки, которая пронизана кровеносными, лимфатическими сосудами, нервными сплетениями. Постоянные изменения объема средостения, связанные с пульсацией сердца, перистальтикой пищевода, создают условия для распространения гнойной инфекции. В течение первых часов возникает отек, эмфизема околотрахеальной клетчатки. Особенно обширная и резко выраженная эмфизема наблюдается при перфорации пищевода во время ЭГДС с инсuffляцией воздуха в его просвет. Распространение инфицированного воздуха из просвета пищевода в средостение, мягкие ткани шеи, лица, грудной стенки способствуют генерализации воспалительного процесса [3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В статье представлен клинический случай перфорации пищевода у пациента с пищеводно-глоточным дивертикулом (Ценкера), который является редким, нередко фатальным процессом, требующим своевременной диагностики и лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больная Н., 80 лет, поступила в приемное отделение ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского» 19.09.2024 с жалобами на боль в области шеи и за грудиной, изменение голоса, одутловатость шеи, общую слабость, сухость во рту.

Из анамнеза: утром 19.09.2024 в поликлинике выполняла ЭГДС. Со слов пациентки, во время процедуры она отметила резкую боль, с иррадиацией в правую часть грудной клетки, выделение крови из ротовой полости. Исследование было прекращено в связи невозможностью прохождения аппарата через пищевод. Пациентку отправили домой. Важно отметить, что ранее пациентке был диагностирован глоточно-пищеводный дивертикул Ценкера. В связи с ухудшением состояния вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была доставлена в приемное отделение ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского.

Объективный статус при поступлении. Общее состояние тяжелое, обусловлено основным заболеванием. В сознании, 15 баллов по шкале Глазго. Шея увеличена в размере. При пальпации — крепитация подкожно-жировой клетчатки. Голос осиплый. Аускультативно дыхание над всей поверхно-

стью легких везикулярное, хрипов нет. Тахипноэ нет.

Пациентка была обследована в условиях приемного отделения. По данным мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки от 19.09.2024 — Эмфизема мягких тканей шеи и средостения, грудной клетки справа. Вероятна перфорация пищеварительной трубки на уровне С6-С6 позвонков. Двусторонний гидроторакс.

По данным рентгенологического исследования органов грудной клетки от 20.09.2024 — в легких без видимых очагово-инфильтративных изменений, рентгенологические признаки умеренного расширения левых отделов сердца, возрастных изменений органов грудной клетки.

По данным рентгенологического исследования пищевода от 20.09.2024 — пищевод для контраста проходим. Отмечено поступление контрастного вещества в желудок. Параэзофагеально справа в верхней и средней трети отмечено наличие бесформенных следов контрастного вещества в средостении без четких контуров. Также отмечена полоска контрастного вещества парамедиастинально слева и следы контраста парамедиастинально справа. В мягких тканях шеи и средостении отмечено наличие воздуха. В плевральной полости с обеих сторон, больше справа, имеется свободная жидкость. *Заключение:* Рентген картина разрыва пищевода. Пневмомедиастинум. Двусторонний гидроторакс.

По данным УЗИ плевральных полостей — в левой плевральной полости толщина полоски свободной жидкости 5 мм. В правой плевральной полости толщина полоски свободной жидкости 25 мм. *Заключение:* Ультразвуковые признаки малого двухстороннего гидроторакса.

По общему анализу крови — Лейкоцитоз $11.00 \times 10^9/\text{л}$. Прокальцитонин 0.54 нг/мл. С-реактивный белок > 96 мг/л.

По результатам обследования пациентки был выставлен диагноз: Перфорация пищевода. Цервикальный медиастинит.

Тактика согласована с торакальным хирургом, выставлены показания к экстренному оперативному вмешательству в объеме вскрытия и дренирования параэзофагеального пространства.

Ход операции. Разрез кожи и подкожной жировой клетчатки по переднему краю левой грудно-ключично-сосцевидной мышцы. Поэтапно вскрыто параэзофагеальное пространство. При этом выдвинулось до 50 мл пенистой мутной жидкости. Взята на посев, аспирирована. При ревизии четко визуализировать дефект в пищеводе не удалось. При ревизии полость распространяется в сторону средостения. Выполнено дренирование параэзофагеального пространства и верхнего средостения двумя трубками и турундами с антисептиком. Установлен назогастральный зонд.

В ближайшем послеоперационном периоде состояние пациентки тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Показан перевод в реанимационно-анестезиологическое отделение.

Пациентка находилась в реанимационно-анестезиологическом отделении с 20.09.2024 г. по 26.09.2024 г. За время нахождения в реанимации пациентка перешла с ИВЛ в принудительном режиме на самостоятельное дыхание через естественные дыхательные пути. Состояние тяжелое. Проводилась интенсивная антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия по схеме сепсиса.

В динамике мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки от 23.09.2024 г. в сравнении с исследованием от 19.09.2024 г. — отмечен регресс воспаления в средостении, появился гидроторакс справа. Под контролем УЗИ выполнена пункция, эвакуировано 500 мл серозного выпота.

По данным мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки от 24.09.2024 г. — Эмфизема мягких тканей шеи и средостения, грудной клетки справа. Двусторонний гидроторакс.

Была консультация по телефону с торакальным хирургом. Показаний для экстренной операции нет.

25.09.2024 г. пациентка была переведена в хирургическое отделение для дальнейшего наблюдения и лечения.

На 8-е сутки после оперативного вмешательства пациентка предъявляет жалобы на болезненность в области стояния дренажей, слабость. АД 110/70 мм рт. ст. Температура 36,8°C. По страховым дренажам из паразофагеального пространства гнойное отделяемое с примесью слюны, в динамике меньше. Дренажи промыты раствором водного хлоргексидина, рана гранулирует, глубиной 6 см слева направо, спереди назад, сверху вниз ширина 4,5 × 3 см.

На 14-е сутки пациентка предъявляет жалобы на дискомфорт в области стояния дренажей, умеренную слабость. По страховым дренажам из паразофагеального пространства гнойное отделяемое с примесью слюны. Дренажи промыты раствором водного хлоргексидина, рана уменьшилась в размерах.

Была выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки. В сравнении с 23.09.2024 г., определяется положительная динамика: практически полное купирование воздуха в средостении, небольшое количество в правых отделах. Средостение структурно, скоплений жидкости в нем не выявлено. Уменьшение количества жидкости в правой плевральной полости до 50 мл. Прилежащие отделы правого легкого умеренно неравномерно компримированы, инфильтративные изменения в процессе разрешения. Практически полное купирование левостороннего гидроторакса (следы жидкости).

На 19-е сутки состояние пациентки стабильное. АД 120/80 мм рт. ст. Температура 36,3°C. По дренажам гнойное отделяемое 20 мл, санированы, взят посев. Рана прежних размеров. Назогастральный зонд самостоятельно удалила.

09.10.2024 г. было выполнено рентген исследование пищевода с водорастворимым контрастом.

Отмечены следы контраста в полости гортани. Контраст свободно поступает в желудок.

Выполнено ЭГДС с целью установки назоинтестинального зонда. Пищевод свободно проходим. На расстоянии 17-18 см от резцов по левой боковой стенке дивертикул диаметром 10 мм, глубиной 20 мм, в дне визуализируется перфоративное отверстие диаметром 2-3 мм (рис.). Слизистая пищевода бледно-розовая, ровная, блестящая. Кардия смыкается плотно. Зубчатая линия просматривается четко. Уровень пищевода отверстия диафрагмы соответствует анатомическому. Желудок обычной формы и размеров, содержит небольшое количество желчи, аспирирована. Складки слизистой среднего калибра, эластичные. При ретрофлексии кардиальный жом плотно охватывает тубус эндоскопа. Слизистая желудка ровная, блестящая, бледно-розового цвета, истонченная. Привратник смыкается ритмично, свободно проходим. Луковица ДПК обычной формы, проходима. Слизистая кишки бледно-розовая. БДС не визуализируется. Желчь в кишку поступает. По рабочему каналу заведен кишечный одноканальный рентгенконтрастный полиэтиленовый зонд 7С, проксимальный конец выведен трансназально, фиксирован к коже пластырем.

На 22-е сутки послеоперационного периода состояние стабильное. Пациентка предъявляет жалобы на дискомфорт в области установки дренажей. АД 140/80 мм рт. ст. Температура 36,3°C. Локально: в боковой проекции поверхности шеи слева рана вдоль кивательной мышцы прежних размеров, отделяемое 1 мл серозное, в динамике меньше. По общему анализу крови лейкоцитоз. (WBC) Лейкоциты $16.00 \times 10^9/\text{л}$.

На 26-е сутки послеоперационного периода состояние пациентки стабильное. Пациентка предъявляет жалобы на дискомфорт в области установки дренажей, слабость, АД 110/70 мм рт. ст. Температура 36,2°C. По дренажам 20 мл инфицированного отделяемого, в динамике больше.

По данным фистулографии от 15.10.2024 г. — Дренажная трубка установлена в средних отделах заднего средостения. Через дренажную трубку контраст поступает в пищевод и далее в желудок. На конце дренажа участок скопления контраста неправильной формы, размером примерно 22×27 мм.

На 34-е сутки послеоперационного периода состояние пациентки стабильное. Пациентка предъявляет жалобы на дискомфорт в области стояния дренажей. Выписка. Локальный статус: дренажи в пространстве средостения, фиксированы к коже, отделяемое инфицированное, следовое количество. Перифокального воспаления нет. Снижение лейкоцитоза. (WBC) Лейкоциты $8.93 \times 10^9/\text{л}$.

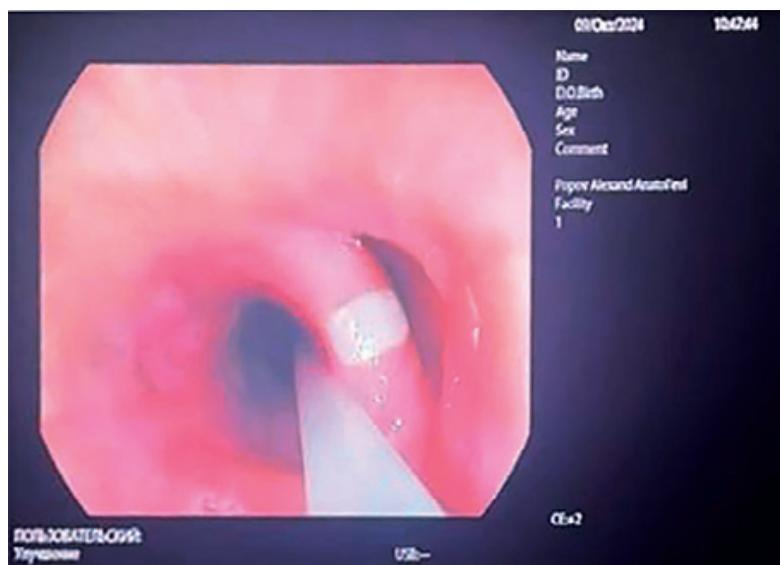
Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: Наблюдение у хирурга по месту жительства. Перевязки, промывать дренажи средостения 1-2 раза в сутки. Фистулография через 1 месяц. Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки через 3 недели в динамике.

Рисунок

Просвет пищевода с назоинтестинальным зондом, справа полость

Figure

Lumen of the esophagus with a nasointestinal probe, on the right is the cavity of the diverticulum



Очная консультация торакального хирурга с результатами дообследования для определения дальнейшей тактики. Питание в назоинтестинальный зонд. В условиях дневного стационара – инфузионная терапия. Антибиотикотерапия: пefлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки на 14 дней.

За время нахождения в стационаре пациентка получила интенсивную антибиотикотерапию: Ванкомицин 1000 мг + Меропенем 1000 мг; дегидратационную терапию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует, что адекватное дренирование гнойного очага,

выключение зоны повреждения из транзита пищи и воды, обеспечение энергетических потребностей организма, интенсивная антибиотико- и дезинтоксикационная терапия привели к регрессу воспалительного процесса в легких и средостении. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап. Госпитальный период составил 33 койко-дня.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Droblyazgin EA, Chikinev YuV, Anikina MS. Diagnostics and treatment of patients with tool esophageal perforation. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2016; 175(3): 64-67. Russian (Дроблязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Аникина М.С. Диагностика и лечение пациентов с инструментальной перфорацией пищевода //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2016. Т. 175, № 3. С. 64-67.) doi: 10.24884/0042-4625-2016-175-3-64-67
2. Shapiro J. Zenker's Diverticulum. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2002; 5(1): 81-84. doi: 10.1007/s11938-002-0010-5
3. Abdominal surgery. National leadership: a short edition /ed. by II Zatevakhin, AI Kiriyenko, VA Kubyshkin. М.: GEOTAR-Media, 2016. 912 p. Russian (Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание /под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 912 с.)

Сведения об авторах:

ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: pavlenkovv@list.ru

ФРОЛОВ Павел Александрович, зав. эндоскопическим отделением № 1, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: pafrolov@mail.ru

КАМЕНЕВА Евгения Александровна, доктор мед. наук, главный врач, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: kmr-kkbsmp@kuzdrav.ru

Information about authors:

PAVLENKO Vladimir Vyacheslavovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: pavlenkovv@list.ru

FROLOV Pavel Aleksandrovich, head of the endoscopy department N 1, M.A. Podgorbunsky Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care, Kemerovo, Russia. E-mail: pafrolov@mail.ru

KAMENEVA Evgeniya Aleksandrovna, doctor of medical sciences, chief physician, M.A. Podgorbunsky Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care, Kemerovo, Russia. E-mail: kmr-kkbsmp@kuzdrav.ru

ЛУПИВОК Арина Игоревна, клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: arina.lupivok.99@mail.ru

КОКОУЛИНА Юлия Андреевна, ассистент кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: juliatinuviel1995@yandex.ru

LUPIVOK Arina Igorevna, clinical resident of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: arina.lupivok.99@mail.ru

KOKOULINA Yulia Andreevna, assistant of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: juliatinuviel1995@yandex.ru

Корреспонденцию адресовать: ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: pavlenkov@list.ru