

ОЦЕНКА ПРИЗНАКОВ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Е.П. Шармазанова¹, Е.В. Панченко², Е.А. Кравцова², Н.А. Бортный¹

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

²ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков

В последние годы в области восстановительной хирургии пищевода медицина сделала большой шаг вперед. Это обусловлено, с одной стороны, развитием анестезиологии, а с другой — разработкой новых и совершенствованием старых методик оперативных вмешательств. К сожалению, до настоящего времени многие операции сопровождаются большим числом послеоперационных осложнений и значительной летальностью. Наиболее опасным осложнением одномоментных эзофагопластик остается несостоятельность швов пищеводно-кишечного или пищеводно-желудочного анастомоза. По сводным данным многих авторов, частота несостоятельности швов пищеводных анастомозов составляет от 0,6 до 7,5% [1, 4, 5] оперированных больных с патологией пищевода, летальность среди них составляет 26-35% [2, 3].

К настоящему времени принято единое мнение о том, что несостоятельность пищеводных анастомозов является полиэтиологичным осложнением. Различают следующие причины несостоятельности:

1. связанные с анатомическими особенностями органа;
2. зависящие от воздействия опухолевого процесса;
3. обусловленные проблемами тактико-технического плана.

Несостоятельность швов пищеводного соустья после гастрэктомии иногда проявляется уже в первые 3-5 дней после операции, и в этих случаях осложнение протекает особенно остро. Клиническая картина ранней несостоятельности швов анастомоза, как правило, яркая. Внезапно ухудшается общее состояние пациента, появляется резкая боли в эпигастрии и левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, плечо и лопатку, сжимающая боль за грудиной. Боль распространяется затем по всему животу, особенно по ходу левого и правого латеральных каналов. Дыхание становится поверхностным, лицо покрывается холодным потом, черты его заостряются. Появляется акроцианоз. Пульс учащается до 120-140 ударов в мин, температура повышается до 38-39 °С [2, 6].

До настоящего времени наиболее информативными методами определения состояния анасто-

моза являются эндоскопический, рентгенологический и ультразвуковой методы исследования. Однако инсuffляция воздуха, которая сопровождается эндоскопией, приводит к повышению внутрипросветного давления и может нарушить герметичность наложенных швов в ранний послеоперационный период.

В литературе вопросы лечебной хирургической тактики ведения таких пациентов хорошо изучены, вопросы же рентгенологической диагностики несостоятельности пищеводных анастомозов освещены недостаточно. Поэтому целью нашей работы явилось уточнение рентгенологических признаков несостоятельности пищеводных анастомозов в зависимости от их локализации в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы

Проанализированы результаты рентгенологического исследования 28 пациентов, находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» за период 2013-2014 гг., с подозрением на несостоятельность анастомоза пищевода. Возраст пациентов колебался от 39 до 75 лет. Мужчин было 19 (67,8%), женщин — 9 (32,2%). Шейные пищеводные анастомозы были наложены 8 (28,5%) пациентам, грудные — 7 (25%), абдоминальные — 13 (46,5%) больным. Пищеводно-желудочные анастомозы были сформированы у 11 (39,3%) больных, пищеводно-кишечные анастомозы — 17 (60,7%) пациентов.

Всем пациентам проведено цифровое полипозиционное рентгенологическое исследование органов грудной клетки и брюшной полости в вертикальном и горизонтальном положении на 2-8-е сутки после оперативного вмешательства на аппарате «GMM Opera T30 csx», в режиме рентгенографии и флюороскопии с последующей цифровой записью исследования для уточнения деталей изображения, документации и оценки динамики клинической ситуации.

Результаты и их обсуждение

Рентгенологические признаки несостоятельности швов анастомоза, которые были выявлены во

время исследования, мы разделили на две группы: прямые и косвенные.

К прямым признакам относится появление затека контрастного вещества за пределы пищеварительного канала. Затекание контраста за пределы анастомоза нами выявлено у всех 28 (100%) пациентов: в плевральную полость затек контраста выявлен у 13 (46,4%) обследованных, в средостение — у 7 (25%), в клетчатку шеи — у 8 (28,5%), в брюшную полость — у 13 (46,4%), пищеводно-бронхиальный свищ обнаружен у 1 (3,6%) пациента. У 50,0% пациентов наблюдалось сочетание затекания контраста в плевральную полость и средостение либо в клетчатку шеи и средостение: чаще сочетание симптомов отмечено у пациентов с локализацией анастомоза в грудном отделе.

Вторую группу признаков несостоятельности пищеводных анастомозов, по результатам проведенного рентгенологического исследования, составили следующие проявления: локальная эмфизема мягких тканей шеи выявлена у 8 (28,5%) пациентов, эмфизема средостения — у 6 (21,4%), односторонний гидроторакс — у 18 (64,3%) пациентов, двухсторонний гидроторакс — у 11 (39,3%), упорный односторонний гидропневмоторакс — у 9 (32,1%) пациентов, воспалительная инфильтрация легочной ткани — у 1 (3,6%) больного, выраженный пневмоперитонеум — у 13 (46,4%) больных, горизонтальные тонко- и толстокишечные уровни жидкости — у 11 (39,3) обследованных, полость с горизонтальным уровнем жидкости в зоне анастомоза определялась у 10 (35,8%) пациентов.

Указанные рентгенологические признаки расценивались нами как косвенные признаки несостоятельности анастомоза. Практически у каждого пациента отмечено по три косвенных признака несостоятельности пищеводного анастомоза в различных сочетаниях. Выявление косвенных признаков несостоятельности швов анастомоза явилось показанием к раннему проведению рентгенологического исследования пищевода с использованием водорастворимого контрастного вещества.

Водорастворимые контрастные вещества не раздражают ткани средостения, быстро всасываются, обладая малой вязкостью, хорошо проникают даже в небольшие раневые дефекты. Эти свойства позволяют использовать их на 2-5-е сутки после операции. В качестве контрастного вещества нами применялся омнипак 35,0–50,0 мл в разведении с физиологическим раствором 1:1, который пациент принимал перорально в горизонтальном положении.

При анализе полученных результатов нами установлено, что косвенные рентгенологические признаки несостоятельности пищеводных анастомозов зависят от локализации зоны анастомоза. При локализации анастомоза в области шеи определялась эмфизема мягких тканей шеи (рис. 1). При грудной локализации пищеводных анастомозов – эмфизема средостения, одно- или двухсторонний гидроторакс, упорный односторонний гидропневмоторакс, пищеводно-бронхиальный свищ, воспалительная инфильтрация легочной ткани (рис. 2, 3).



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма грудной клетки пациента В., 54 г. Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза. Эмфизема шеи и средостения, затек контраста в жировую клетчатку шеи и средостения

При абдоминальной локализации анастомоза чаще определялись горизонтальные тонко- и толстокишечные уровни жидкости, полость с горизонтальным уровнем жидкости в зоне анастомоза (рис. 4, 5). Горизонтальные тонко- и толстокишечные уровни жидкости расценивались нами как признаки динамической кишечной непроходимости.

Своевременное выявление косвенных признаков несостоятельности пищеводных анастомозов и проведение рентгеноконтрастного исследования пищевода дает возможность выбрать адекватную лечебную тактику для таких пациентов.



Рис. 2. Обзорная рентгенограмма грудной клетки больной Ж., 72 г. Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза: затек контраста в средостение, левую плевральную полость. Левосторонний пневмоторакс



а



б

Рис. 3. Обзорная (а) и прицельная (б) рентгенограммы грудной клетки больной П., 48 лет. Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза: воспалительная инфильтрация правого легкого, малый гидроторакс (а). Пищеводно-бронхиальный свищ справа (б).



а



б

Рис. 4. Обзорные рентгенограммы органов брюшной полости больного Л., 55 лет. Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза: множественные тонко- и толстокишечные горизонтальные уровни жидкости, выраженный пневмоперитонеум (а). Левосторонний гидроторакс, затек контраста в брюшную полость (б).



Выводы

1. Рентгенологическая диагностика является неотъемлемым этапом обследования пациентов с подозрением на несостоятельность пищеводных анастомозов.
2. Косвенные признаки несостоятельности пищеводных анастомозов зависят от их локализации.
3. Выявление косвенных признаков несостоятельности швов анастомоза является показанием к раннему проведению рентгеноконтрастного исследования пищевода после оперативных вмешательств.
4. Прямым признаком несостоятельности анастомоза является затек контрастного вещества за пределы исследуемого органа.

Рис. 5. Рентгенограмма органов брюшной полости больной П., 48 лет, в боковой проекции. Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза: полость с горизонтальным уровнем жидкости в зоне анастомоза

ЛИТЕРАТУРА

1. Богушевич Е. В. Рентгенодиагностика внутривентрикулярных хирургических осложнений в послеоперационном периоде у больных раком пищевода и кардии / Е.В. Богушевич, Л.И. Оситрова, В.Т. Малькевич // *Новости лучевой диагностики*. – 2001. – № 1-2. – С. 25-28.
2. Волков С.В. Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза у больных после типовых и комбинированных гастрэктомий: клинические и хирургические аспекты / С.В. Волков // *Вестник Чувашского университета*. – 2010. – № 3. – С. 34-37.
3. Новиков Е.А. Формирование пищеводных анастомозов с учетом профилактики их несостоятельности и рубцовых структур / Е.А. Новиков // *Автореферат на соискание уч. степени к.м.н.* — Харьков, 2014. — 22 с.
4. Сидоренко Ю.С. Патогенетический подход к профилактике и лечению несостоятельности пищеводных анастомозов / Ю.С. Сидоренко, В.Ф. Касаткин // *Хирургия, журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2009. – № 1. – С. 25-29.
5. Deepak Vora. Comparative study of gastrointestinal anastomosis stapler suture / Deepak Vora, Rushit Dave // *Indian journal of applied research*. — 2014. — Vol. 4. — Issue 6. — P. 348-350.
6. Hussain A. Continuous figure – of-eight suturing in upper and lower gastrointestinal anastomosis / Hussain A., Mahmood H. // *Original article. Singapore Med. Journal*. – 2008. – Vol. 49(9) – P. 672-675.

ОЦЕНКА ПРИЗНАКОВ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПО ДАННЫМ РЕНТЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Е.П. Шармазанова, Е.В. Панченко,
Е.А. Кравцова, Н.А. Бортний

Проанализированы результаты рентгенологического исследования 28 пациентов с несостоятельностью пищеводного анастомоза, находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» в 2013-2014 гг. Выделены прямые и косвенные рентгенологические признаки несостоятельности пищеводного анастомоза. Установлены особен-

ности косвенных признаков несостоятельности в зависимости от уровня наложения анастомоза пищевода. **Ключевые слова:** несостоятельность пищеводного анастомоза, рентгенологическое исследование, прямые и косвенные рентгенологические признаки.

ОЦІНКА ОЗНАК НЕПРОМОЖНОСТІ СТРАВОХІДНИХ АНАСТОМОЗІВ ЗА ДАНИМИ РЕНТЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

О.П. Шармазанова, Е.В. Панченко,
Е.А. Кравцова, Н.А. Бортний

Проанализованы результаты рентгенологических исследований 28 пациентов с несостоятельностью стравохідного анастомоза, что перебували на виконанні в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» у 2013-2014 рр. Виділені прямі та побічні рентгенологічні ознаки неспроможності стравохідного анастомозу. Встановлені особливості побічних ознак неспроможності залежно від рівня накладання анастомозу стравоходу. **Ключові слова:** неспроможність стравохідного анастомозу, рентгенологічне дослідження, прямі і побічні рентгенологічні ознаки.

EVALUATION OF ESOPHAGEAL SIGNS OF ANASTOMOSIS INSOLVENCY ACCORDING TO X-RAY EXAMINATION

E. P. Sharmazanova, E. V. Panchenko,
E. A. Kravtsova, N. A. Bortnyuk

The results of roentgenologic research are analyzed of 28 patients with failure of esophageal anastomosis executed in GU «Institute of general and urgent surgery the name of V.T. Zayceva NAMN Ukraine» in 2013-2014. The direct and indirect roentgenologic signs of failure are selected. Dependence of indirect signs is exposed on the level of imposition of anastomosis.

Keywords: failure of esophageal anastomosis, roentgenologic research, direct and indirect roentgenologic signs.

НОВІ КНИГИ

Лазар Д.А., Мечев Д.С., Розуменко В.Д., Чеботарьова Т.І

Променева терапія пухлин головного мозку — К.: Телеоптик, 2010. — 190 с.

Автори: доктор мед. наук, професор **Д.А. Лазар**, доктор мед. наук, професор **Д.С. Мечев**, доктор мед. наук, професор **В.Д. Розуменко**, кандидат мед. наук, доцент **Т.І. Чеботарьова**

Рецензенти: завідувач кафедри радіології та радіаційної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор мед. наук, професор **М.М. Ткаченко**; керівник відділу променевої терапії Національного інституту раку доктор мед. наук, професор **В.С. Іванкова**.

В монографії висвітлені основні дані відносно епідеміології, класифікації пухлин головного мозку, описана клінічна симптоматика та сучасні методи діагностики і лікування. Особлива увага приділена новітнім методам та методикам променевої терапії й хірургії пухлин головного мозку залежно від гістологічної форми новоутворень, їх радіобіологічних особливостей та локалізації. Описані питання хіміотерапії та супровідної терапії злоякісних пухлин головного мозку. Матеріали монографії базуються на результатах власних досліджень та на даних вітчизняної і світової літератури.

Монографія розрахована на радіологів, нейрохірургів, онкологів, лікарів загальної практики, слухачів академій, інститутів та факультетів післядипломної освіти.

Рекомендовано до видання Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (протокол № 4 від 18.04. 2009 р.).

Друкується згідно з свідоцтвом про внесення академії до державного реєстру видавництв (серія ДК, № 1337).

Замовити книги можна за телефоном: +38044 503-04-39

