

С.А. Воробьев¹, Н.А. Сергеев², А.П. Барашков³, С.В. Щелоченков¹
СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКИ,
ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ
ГИГАНТСКИМ ДИВЕРТИКУЛОМ КУЛЬТИ ПИЩЕВОДА И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ
АСПИРАЦИОННОЙ РЕФЛЮКС-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

¹*Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России*

²*Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России*

³*ГБУЗ Клиническая больница СМП г. Твери*

В статье описан клинический случай, развившийся после субтотальной эзофагоколопластики, выполненной по поводу протяженной послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода, и осложнившегося в отдаленном периоде формированием гигантского дивертикула культи пищевода, мешкообразным расширением трансплантата и рецидивирующей рефлюкс-ассоциированной аспирационной пневмонии.

Ключевые слова: *пластика пищевода, пневмония, аспирация*

S.A. Vorobev¹, N.A. Sergeev², A.P. Barashkov³, S.V. Schelochenkov¹
STATE AFTER SUBTOTAL ESOPHAGOCOLOPLASTY, COMPLICATED WITH
GIANT DIVERTICULUM OF THE ESOPHAGUS STUMP
AND RECURRENT ASPIRATION REFLUX-ASSOCIATED PNEUMONIA
IN THE LONG TERM PERIOD (CLINICAL OBSERVATION)

¹*Department of Faculty Therapy Tver State Medical Academy*

²*Surgical Diseases Department Tver State Medical Academy*

³*Clinical emergency hospital of Tver*

The article describes a clinical observation that developed after subtotal esophagocoloplasty made over an extended post-burn scar stricture of the esophagus, and in the long term complicated by the formation of a giant diverticulum of the esophagus stump, bag-like extension of the graft and recurrent reflux-associated aspiration pneumonia.

Keywords: *plastic esophagus, pneumonia, aspiration*

Введение

Известно, что химический ожог пищевода встречается у лиц трудоспособного возраста и в наиболее тяжелых случаях приводит к формированию рубцовых стриктур пищевода и его непроходимости. Еще 100 лет назад пациенты с послеожоговыми стриктурами пищевода были обречены на голодную смерть или постоянное питание через гастростому. Прогресс хирургии, гастроэнтерологии, анестезиологии и реаниматологии позволил детально разработать методики гастро-, еюно- и колонопластики пищевода, показания к ним, медикаментозную поддержку на всех этапах выполнения пособия, тем самым, обеспечив пациентам выживание и физиологический прием пищи.

В настоящее время больным с рубцовыми стриктурами пищевода, при неэффективности бужирования, возможно выполнение шунтирующей эзофагопластики, проводящейся с сохранением пищевода, либо операций сопровождающихся его экстирпацией, причем последние являются предпочтительными. В качестве пластического материала чаще используют желудочную трубку, а также фрагмент толстой, реже – тонкой кишки. При этом ряд методик эзофагопластики предполагает выполнение дренирующей желудка операции – различных вариантов гастростомии. За 6-12 месяцев питания через гастростому происходит структурно-функциональная адаптация трансплантата, после чего пациент переходит на физиологический прием пищи.

Большинство авторов признают функциональные преимущества желудочных трансплантатов при эзофагопластике. Однако при одновременном рубцовом поражении пищевода и желудка использование последнего технически затруднительно, и поэтому чаще выполняется колонопластика. Учитывая хорошее кровоснабжение, длину кишки, относительную простоту хирургической техники примерно в 40-80% случаев в качестве трансплантата используют левую половину толстой кишки, параллельно выполняя экстирпацию пищевода, либо ограничиваясь шунтирующей эзофагоколопластикой. Тем не менее, и сейчас выбор методики пластики пищевода во многом определяется опытом лечебного учреждения, не всегда с учетом анатомо-физиологических особенностей конкретного пациента.

В то же время современный подход к выбору методов лечения предъявляет все больше требований к качеству жизни пациентов. Соответственно актуализируются вопросы, касающиеся определения дифференцированных показаний к различным видам эзофагопластики, с учетом способов анатомического расположения трансплантата в грудной клетке, возможности его реваскуляризации, и, что особенно важно для терапевтов, гастроэнтерологов – тактики ведения отдаленных осложнений пластики пищевода.

Известно, что качество жизни пациентов с протяженными рубцовыми стриктурами пищевода значительно улучшается после реконструктивной операции, особенно проведенной в ранние сроки – до 6 месяцев после ожога. Однако нельзя не признать, что любой вариант эзофагогастро- либо колонопластики пищевода имеет значительный риск осложнений на разных этапах ведения больного. В их основе лежит невозможность обеспечения с помощью операции идеального физиологического транзита пищи. Пластика пищевода заведомо предполагает отдаленные осложнения, о которых следует информировать пациента заранее, объясняя не только возможности, но и ограничения современной клинической практики в данной ситуации.

Особое место среди осложнений занимает бронхолегочная патология. К сожалению, нередко обострения гнойно-обструктивного бронхита, развитие пневмоний, в генезе которых преимущественное значение имеет аспирация содержимого верхних отделов пищеварительного тракта вследствие желудочного либо кишечного рефлюкса в трансплантат. Изменения анатомо-физиологических параметров фарингоэзофагогастральной зоны (прежде всего, отсутствие физиологических сфинктеров) в случае эзофагопластики пожизненны, а явления хронической микроаспирации у данной категории пациентов во многом лимитируют качество и даже продолжительность жизни. Частые пневмонии, обострения гнойно-обструктивного бронхита ведут к формированию легочного фиброза и смешанной (обструктивно-рестриктивной) легочной недостаточности.

Мы не встретили в литературе описания в качестве отдаленного осложнения эзофагоколопластики формирования дивертикула культи пищевода.

Клиническое наблюдение

Пациент Ж., 44 лет, находился на лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ Тверской области «Клиническая больница СМП» с 11.10.2012 по 14.11.2012 года с диагнозом: «Внебольничная пневмония в нижней доле справа».

При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры тела до 38 С°, кашель с зеленоватой мокротой, одышку при физической нагрузке, слабость, потливость, дисфагию и выбухание в области левой полуокружности шеи при приеме пищи.

Из анамнеза известно, что в 2002 г. получил химический ожог пищевода и выходного отдела желудка неизвестной прижигающей жидкостью. Находился на лечение в торакальном отделении городской клинической больницы № 6 г. Твери, где было проведено неоднократное бужирование пищевода по струне-проводнику под общей внутривенной анестезией.

Течение заболевания осложнилось развитием декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка, что явилось основанием для выполнения операции наложения заднего позадиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом (06.03.2002). Очередное бужирование пищевода (18.03.2002) осложнилось его перфорацией на уровне глоточно-пищеводного перехода, что потребовало проведения чрезшейной медиастиномии слева, дренирования средостения и наложения гастростомы по Кадеру. Через гастростому пациент питался до апреля 2004 года.

Учитывая выраженную рубцовую стриктуру пищевода, сочетанное ожоговое поражение желудка с его стенозом, перфорацию пищевода, развившуюся в процессе его бужирования, встал вопрос о пластике пищевода, для чего пациент был направлен в

отделение хирургии пищевода и желудка РНЦХ РАМН (г. Москва). Здесь 08.10.2002 г. ему была выполнена резекция пищевода и его субтотальная пластика левой половиной толстой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений и 07.04.2004 г. в торакальном отделении городской клинической больницы № 6 г. Твери проведена операция по закрытию гастростомы. Установлена 3 группа инвалидности. В течение 2-х лет отмечалось относительно стабильное состояние. Алкоголем не злоупотреблял. Курил по 10 сигарет в день.

С 2006 года пациент начал часто обращаться с жалобами на кашель, поперхивание, дисфагию, эпизоды повышения температуры тела, общую слабость. В клиническом анализе крови периодически наблюдался лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы до палочкоядерных нейтрофилов, повышенные значения СОЭ. Неоднократно госпитализировался в терапевтические отделения ЛПУ г. Твери с диагнозом «внебольничная пневмония».

Настоящее ухудшение состояния в виде нарастания одышки длилось с весны 2012 года, что расценивалось кардиологом как проявление ИБС: стенокардии напряжения II функционального класса, сочетающейся с хронической обструктивной болезнью легких III стадии, с дыхательной недостаточностью II степени. Для лечения был направлен в терапевтическое отделение ГБУЗ Тверской области «Клиническая больница СМП» участковым терапевтом с диагнозом: «Внебольничная пневмония в нижней доле справа».

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски и влажности. На шее, передней грудной и брюшной стенках послеоперационные рубцы. На левой полуокружности шеи видны перистальтические волны пищевода, на уровне перстневидного хряща слева отмечается массивное выбухание при глотании воды и пищи. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка нормостеника, правая половина ее отстает в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами грудной клетки справа. При аускультации определяется везикулярное дыхание, справа крепитация по задне-боковой поверхности с уровня середины лопатки. ЧДД в покое 16 в мин. Верхушечный толчок локализован в 5-м межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см кнаружи от правого края грудины, левая – в 5-м межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии; верхняя – в 3-м межреберье слева по парастернальной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные. Шумы не выслушиваются. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 78 в мин.

Язык обложен желтым налетом. Живот с послеоперационным рубцом по срединной линии, симметричен, участвует в дыхании, мягкий, при пальпации

безболезненный, отмечается уплотнение в эпигастральной области. Выслушивается усиленная кишечная перистальтика. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Печень выступает из-под реберной дуги по срединно-ключичной линии справа на 2 см. Размеры печени по Курлову 10-8-7 см. Селезенка не пальпируется, при перкуссии ее размеры в пределах нормы.

На фоне стандартной антибактериальной терапии (азитромицин 500 мг/сутки 3 дня перорально в сочетании с цефтриаксоном 2 г/сутки внутривенно) отмечена положительная динамика в виде уменьшения кашля, регрессии аускультативной симптоматики, нормализации температуры тела. Спустя 4 дня вновь отмечен субфебрилитет, «возвращение» кашля, появление интенсивной крепитации при аускультации.

В связи с тем, что пациент указывал на периодически возникающее поперхивание при приеме пищи, постоянный привкус горечи и изжогу высказано предположение об аспирационном характере пневмонии. Это потребовало расширения программы обследования и пересмотра диагноза.

Данные лабораторно-инструментального исследования. В клиническом анализе крови на протяжении всей госпитализации отмечается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, умеренное повышение СОЭ (табл. 1).

Таблица 1

Динамические изменения показателей периферической крови у больного Ж., 44 лет

Дата	Показатели периферической крови									
	WBC, ×10 ⁹ /л	RBC, ×10 ¹² /л	HGB, г/л	PLT, ×10 ¹² /л	э, %	п, %	с, %	л, %	м, %	СОЭ, мм/ч
12.10.12	8,5	5,05	146	350	0	2	54	38	6	15
20.10.12	10,1	5,09	148	327	7	1	56	32	4	24
02.11.12	10,6	5,02	148	359	3	3	61	29	4	15
13.11.12	12,2	4,83	142	280	2	7	68	19	4	14

В биохимическом анализе крови отклонений от нормы не выявлено: АсТ – 24 ед, АлТ – 17 ед, билирубин - 7,05 ммоль/л, мочевины - 4,48 ммоль/л, креатинин - 65,7 мкмоль/л; общий белок - 74 г/л, глюкоза крови - 5,0 ммоль/л.

Анализ мочи на микобактерии туберкулеза и атипичные клетки (трижды) отрицательные. При посеве мочи на микрофлору и исследовании ее чувствительности к антибиотикам выявлен рост *S. saprophyticus*, чувствительный к пенициллину, ципрофлоксацину, эритромицину, гентамицину, оксациллину.

ЭКГ – синусовая тахикардия. Вертикальное положение электрической оси сердца.

Спирометрия: значительное снижение ЖЕЛ, резкие нарушения проходимости

дыхательных путей (ОФВ₁ – 58%).

Для оценки проходимости колонотрансплантата выполнена рентгеноскопия пищевода, которая выявила в проксимальном отделе пищевода на шее слева мешкообразно расширенный участок, где задерживается контраст (возможно, дивертикул). В остальных отделах проходимость не изменена.

Видеоэзофагогастроскопия выявила признаки, характеризующие состояние после реконструктивной операции по поводу химического ожога пищевода и желудка с наложением пищеводно-толстокишечного соустья. Трансплантат имеет гаустральный характер рельефа, типичный для нормотонического состояния толстой кишки. Рефлюксная болезнь. Особое внимание обращало на себя наличие выраженного высокого пищеводно-кишечного рефлюкса с забросом содержимого практически до голосовой щели (рис. 1-4). Было отмечено наличие гигантского дивертикула культи пищевода с застойным содержимым, а также мешкообразное расширение трансплантата толстой кишки (рис. 5-10).

Спиральная КТ грудной клетки обнаружила признаки аспирационной полисегментарной правосторонней пневмонии, состояние после пластики пищевода (рис. 11-14). Спустя 2 недели лечения отмечена КТ-положительная динамика в виде рассасывания участка воспалительной инфильтрации.

С учетом эзофагоколопластики в анамнезе, осложнившейся формированием гигантского дивертикула верхней трети пищевода, способствующего аспирации содержимого пищеварительного тракта в бронхо-легочную систему и рецидивирующим пневмониям, пациент был консультирован торакальным хирургом. Им был рекомендован после завершения лечения аспирационной полисегментарной пневмонии перевод пациента в специализированное торакальное отделение г. Твери для решения вопроса о реконструктивной операции на искусственном пищеводе.

Пациент был направлен в торакальное отделение 6-й городской больницы г. Тверь после разрешения пневмонии с **клиническим диагнозом:**

Основное заболевание: Т88.8. Болезнь оперированного пищевода и желудка: состояние после субтотальной пластики пищевода левой половиной толстого кишечника по поводу послеожоговых стриктур пищевода и желудка; состояние после позадибодочной гастроэнтеростомии, гастростомии по Кадеру.

Осложнения основного заболевания: Гигантский дивертикул культи пищевода. Высокий пищеводно-кишечный рефлюкс. Рецидивирующая аспирационная пневмония, двусторонняя.

Сопутствующие заболевания: Хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелой степени. Буллезная эмфизема. Смешанная (обструктивно-рестриктивная) дыхательная недостаточность II степени.

Обсуждение

В настоящее время в мире широко используются различные виды эзофагогастро- и колонопластики пищевода у пациентов с его злокачественными и доброкачественными заболеваниями. Эзофагоколопластику применяют у пациентов с сочетанным протяженным ожоговым поражением пищевода и желудка при отсутствии возможности использовать в качестве пластического материала желудочную трубку.

В настоящем клиническом наблюдении у пациента имел место сочетанный химический ожог пищевода и желудка. Это привело, с одной стороны, к рубцовой стриктуре пищевода и дисфагии, а, с другой стороны, – к рубцовому декомпенсированному стенозу выходного отдела желудка. Задняя позадибодочная гастроэнтеростомия была избрана как метод оперативного лечения, позволяющий мобилизовать свободную переднюю стенку желудка, что очень важно при необходимости последующего выполнения эзофагоколопластики (что и произошло в дальнейшем у этого пациента Ж.). К сожалению, бужирование пищевода у больного осложнилось его перфорацией на уровне глоточно-пищеводного перехода, послужившей показанием для эзофагопластики. Нельзя исключить, что в формировании выявленного дивертикула культи пищевода сыграла роль его перфорации (уровень локализации совпадает), однако доказать это не представляется возможным.

В данном клиническом наблюдении своевременно произведенная эзофагоколопластика позволила отказаться от гастростомы, помогла пациенту восстановить физиологический прием пищи и обеспечить полный регресс дисфагии на длительное время. В то же время несостоятельность сфинктерного аппарата эзофагогастральной зоны способствовала развитию высокого рефлюкса, поддерживающего хроническое воспаление трансплантата и аспирации кишечного содержимого в респираторную систему. Эти же обстоятельства, по-видимому, способствовали и повышению давления в полости пищевода с постепенным развитием дивертикула культи резецированного пищевода, возможно, в месте его перфорации. Формирование дивертикула клинически проявилось дисфагией и способствовало забросу пищи в бронхолегочную систему.

Значение наблюдения и полученный опыт

Сегодня во всем мире отмечается тенденция к росту числа пациентов, перенесших пластику пищевода (особенно после резекции его по поводу рака) и наблюдающихся у

терапевтов и гастроэнтерологов. Ранее считавшийся абсолютным противопоказанием к эзофагопластике пожилой возраст пациентов в настоящее время расценивается как противопоказание относительное, но, тем не менее, ограничивающее возможность выполнения реконструктивных операций. Поэтому вопрос о возможностях консервативной терапии у данного контингента пациентов актуален как никогда.

К сожалению, практически отсутствует основанная на принципах доказательной медицины информация по применению прокинетиков разного механизма действия у пациентов после пластики пищевода, болезнях оперированного желудка. Это касается как показаний к использованию, так и режима дозирования. Важным может оказаться и такой аспект проблемы, как тропность прокинетиков и спазмолитиков к гладкомышечным структурам разных отделов желудочно-кишечного тракта. В частности, если мебеверина гидрохлорид оказывает преимущественное влияние на гладкомышечные структуры толстой кишки, эффективно ли будет его применение у пациентов с колонопластикой пищевода?

На наш взгляд, у пациентов, перенесших эзофагоколопластику, большое значение имеет гигиена приема пищи, направленная на поддержание антирефлюксных механизмов.

Целесообразен прием пищи небольшими порциями, строго в вертикальном положении туловища с обязательной последующей прогулкой в течение 10-15 минут, употребление большого количества воды, сон на высоком изголовье и др. Возможно и ношение специального ортеза или бандажа на шею на время приема пищи и после него (по аналогии с бандажами, укрепляющими переднюю брюшную стенку при послеоперационных грыжах).

Литература / References

1. Зырина Г.В., Воробьев С.А. Клинико-функциональные проявления фуникулярного миелоза и хронического гастрита у больных в 12-дефицитной анемией // Клиническая медицина. - 2013. - Т. 91. - № 5. - С. 53-55.
2. Воробьев С.А., Немиров К.Е. Тяжелая тотальная пневмония у пациента с риносклеромой, симулировавшая гранулематоз Вегенера // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. - Т. 11. - № 4. - С. 42-45.
3. Джулай Г.С., Погорельцева О.А., Слюсарь Т.А., Воробьев С.А. Инсульт-индуцированные нозокомиальные пневмонии в остром периоде геморрагического инсульта: клинико-патогенетические и возрастные аспекты // Успехи геронтологии. - 2012. - Т. 25. - № 1. - С. 152-157.

4. Воробьев С.А. Морфологические особенности и секреторная функция желудка у больных хроническим гастритом на фоне в 1а-дефицитной анемии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2006. - № 4. - С. 11-16.
5. Воробьев С.А. Клинико-морфологические особенности хронического гастрита на фоне в 12и железодефицитной анемий // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2005. - № 6. - С. 33-36.
6. Волков В.С., Поселюгина О.Б., Свистунов О.П. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертонии у больных, потребляющих повышенное количество поваренной соли // Кардиология. - 2004. - Т. 44. - № 1. - С. 27-30.
7. Камакин Н.Ф., Мартусевич А.К. Современные подходы к кристаллоскопической идентификации состава биологических жидкостей организма человека // Экология человека. - 2003. - № 5. - С. 23-25
8. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М., Виноградов А.Ф. Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2006. - Т. 51. - № 4. - С. 20-25.
9. Леонов А.В., Матвеева Н.А., Кузмичев Ю.Г., Богомолова Е.С., Котова Н.В., Киселева О.С., Кувшинов М.В. Физическое развитие школьников Нижнего Новгорода // Российский педиатрический журнал. - 2004. - № 3. - С. 10-13.
10. Орлов Ю.А., Килейников Д.В., Мазур В.В., Мазур Е.С. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертонии у больных первичным гипотиреозом // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. - Т. 8. - № 2. С. 21-22.
11. Жмакин И.А. История становления и развития научно-исследовательской работы в тверской государственной медицинской академии // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. - Т. 9. - № 4. - С. 10-15
12. Новиков В.Е., Катунина Н.П. Фармакология и биохимия гипоксии // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. - 2002. - Т. 1. - № 2. - С. 73-87.
13. Брянцева В.М., Федотова Т.А., Жмакин И.А. Научно-исследовательский центр Тверской медицинской академии - важное звено в реализации научно-исследовательских работ // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. - Т. 9. - № 4. - С. 38-42.
14. Карпов С.М., Батурич В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Беякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. - 2013. - № 3. - С. 16-19.
15. Егорова Е.Н., Кузьмина М.И., Мазур В.В., Калинин М.Н., Мазур Е.С. Динамика факторов системного воспаления и аминотерминального мозгового

- натрийуретического пропептида при лечении хронической сердечной недостаточности // Терапевтический архив. - 2011. - Т. 83. - № 1. - С. 56-59.
16. Кириленко Н.П., Жмакин И.А. // Участие Тверской медакадемии в формировании здорового образа жизни среди населения тверской области: опыт прошлого и настоящего, к будущему // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. - Т. 7. - № 4. - С. 31-33.
 17. Якупова Л.А. Внутрикостная дентальная анестезия в эксперименте и клинике диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО "Тверская государственная медицинская академия". Тверь, 2006
 18. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С. Качество жизни и вегетативный статус больных язвенной болезнью // Терапевтический архив. - 2005. - Т. 77. - № 2. - С. 34-38.
 19. Елисеева И.В. Клинико-функциональные особенности соматического состояния и течения родов у женщин с пролапсом митрального клапана // Клиническая медицина. - 2003. - Т. 81. - № 3. - С. 22-24.
 20. Егорова Е.Н., Кузьмина М.И., Мазур В.В., Сергеева С.И., Калинин М.Н., Мазур Е.С. Маркеры системного воспаления и микробиоценоз толстого кишечника при хронической сердечной недостаточности // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. - Т. 9. - № 1. - С. 3-7.
 21. Джулай Г.С., Воробьев С.А. Мегалобластные анемии и морфологическая характеристика слизистой оболочки желудка у больных пожилого возраста // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2003. - № 5. - С. 137.

Воробьев Сергей Александрович (контактное лицо) – к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии Тверской государственной медицинской академии. Тел. 8-905-126-46-80; e-mail: dzuwadza@inbox.ru

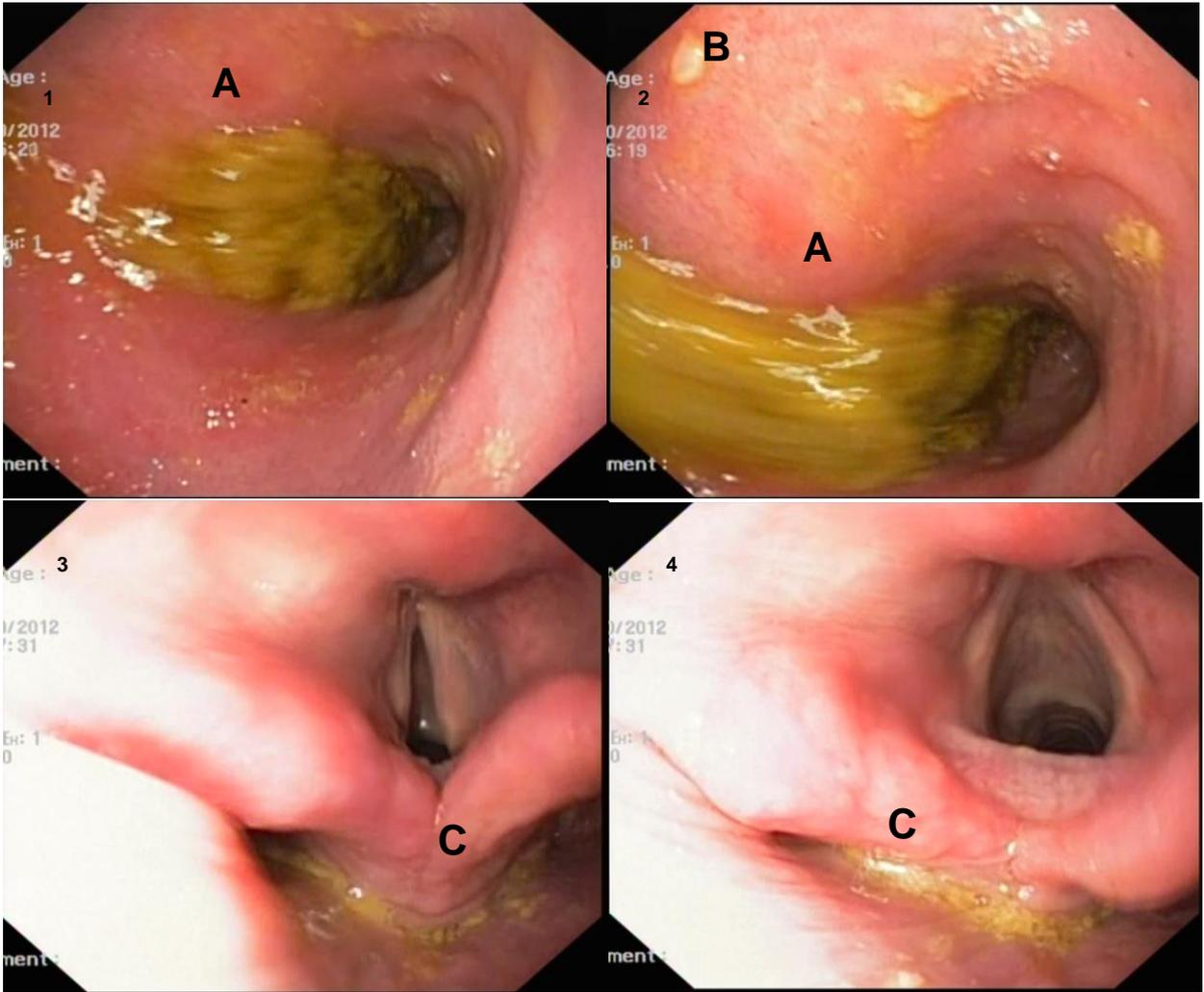


Рис. 1-4. Видеоэзофагоскопия. Отмечаются выраженный кишечный рефлюкс в пищевод (А), эрозии пищевода (В), высокий рефлюкс до голосовых связок (С)

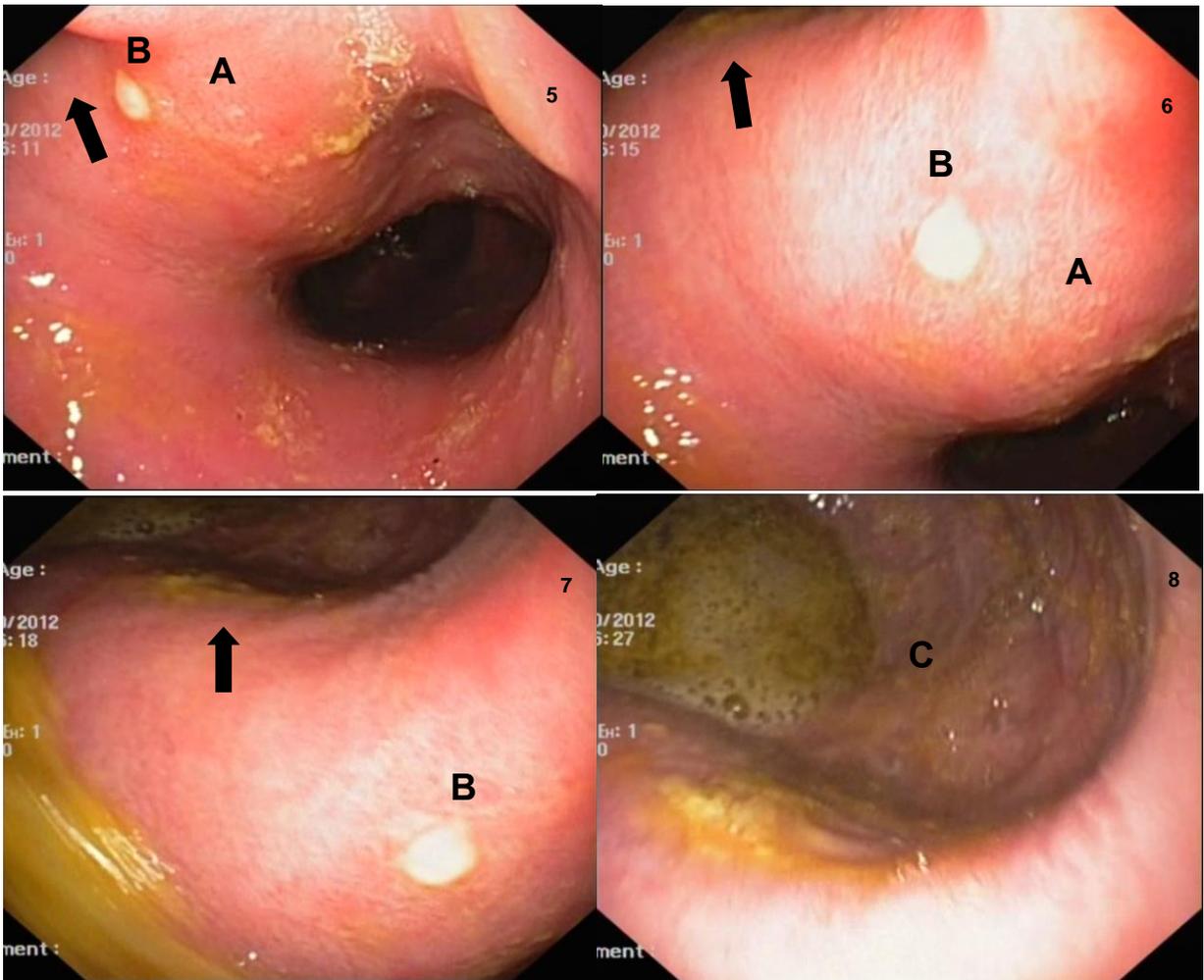


Рис. 5-8. Видеоэзофагоскопия. Выявлен дивертикул верхней трети пищевода с застойным содержимым: стрелкой обозначен вход в дивертикул, А – зона анастомоза, В – эрозия в зоне анастомоза, С – собственно дивертикул культи пищевода.



Рис. 9-10. Мешковидное выбухание стенки колонотрансплантата с застойным содержимым.

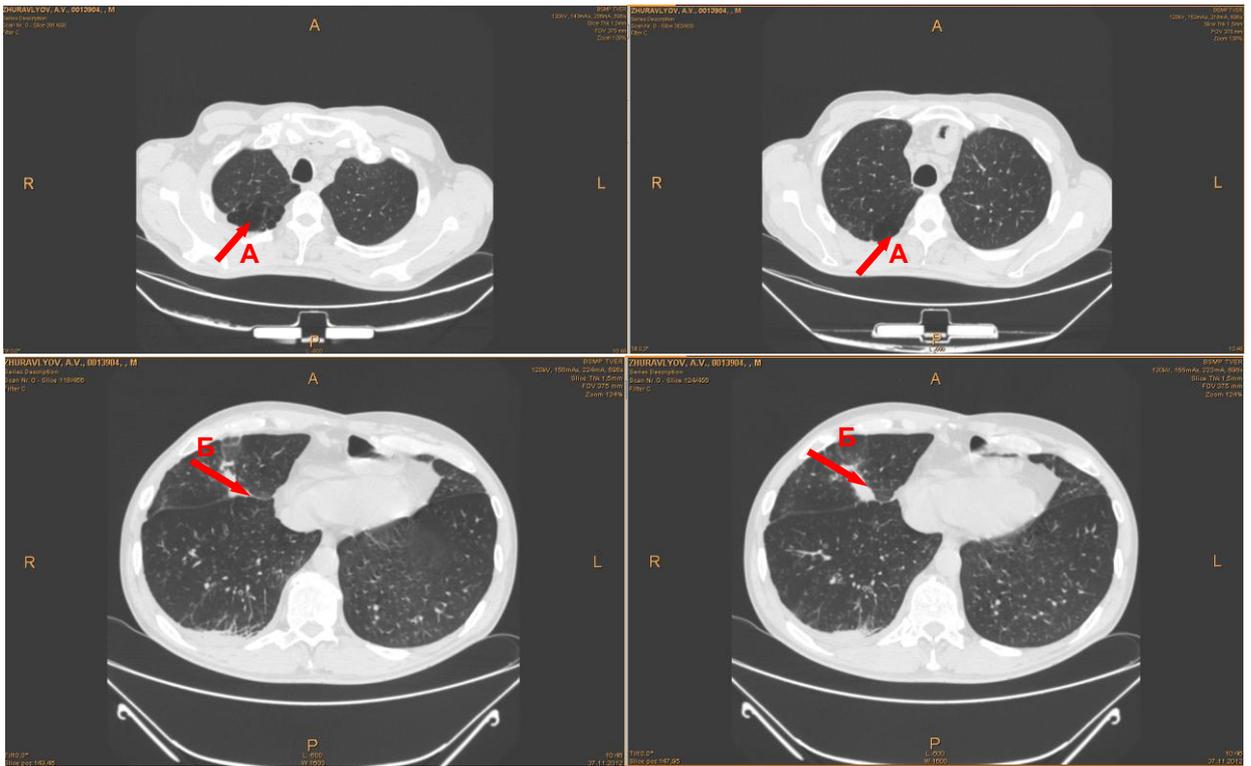


Рис. 11-14. Спиральная КТ органов грудной клетки. Диффузный пневмосклероз. Буллезная эмфизема в верхней доле правого легкого (А). Наблюдаются инфильтративные изменения в нижней доле справа (Б).