ную атмосферу общения между преподавателем и студентом. Вторым способом является работа в малых группах. Студенты объединяются в группы по 3–4 человека, обсуждают предложенную ситуацию, коллективно принимают решение. Один участник группы представляет решение, а другие могут его дополнять. Таким образом, формируются навыки работы в коллективе, уважение чужого мнения.

Воспитанию правовых чувств и выработке правовых убеждений также способствует использование таких активных методов обучения, как деловая игра, групповые дебаты, мозговой штурм. Ролевая учебная игра имитирует процесс принятия решений специалистами в различных ситуациях, способствует формированию познавательных и профессиональных мотивов и интересов, умений и навыков. Для игры можно использовать ситуации из трудовых, семейных или гражданских отношений, связанных с медицинской деятельностью, чтобы сформировать у студентов представление о различных аспектах их будущей профессиональной деятельности с учетом эмоционально-личностного восприятия.

Независимо от формы практические занятия ценны тем, что они обеспечивают возможность непосредственного, активного общения преподавателя со студентами и студентов друг с другом, в результате не только приобретаются юридические знания, но и усваиваются элементы правовой культуры, уважительное отношение к закону, формируется активная социально-правовая позиция.

Немаловажную роль в формировании правового сознания и правовой культуры играет использование в учебном процессе справочно-правовых систем по законодательству РФ «Гарант» и «Консультант-плюс». С их помощью студенты могут легко найти необходимую правовую информацию, а также ознакомиться с судебной практикой и образцами документов.

Таким образом, в процессе освоения дисциплины «Правоведение» в свете современных образовательных программ у будущего специалиста правовые знания преобразуются в личные убеждения, в прочную установку строго следовать велениям права, а затем во внутреннюю убежденность и привычку соблюдать закон, проявлять правовую и профессиональную активность.

Литература / References

1. *Хропанюк В.Н.* Теория государства и права: учебник для высших учебных заведений / Под ред. В.Г. Стрекозова. – М.: Интерстиль, Омега-Л, 2008. – 384 с.

Hropanjuk V.N. Teorija gosudarstva i prava: Uchebnik dlja vysshih uchebnyh zavedenij / Pod red. V.G. Strekozova. – M.: Interstil', Omega-L, 2008. – 384 s.

2. Теория государства и права. Элементарный курс: учебное пособие / А.В. Малько, В.В. Ныркov, К.В. Шундиков. – М.: КНОРУС, 2009. – 240 с.

Teorija gosudarstva i prava. Jelementarnyj kurs: uchebnoe posobie / A.V. Mal'ko, V.V. Nyrkov, K.V. Shundikov. – M.: KNORUS, 2009. – 240 s.

3. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования – утвержден Министерством образования и науки Российской Федерации 08.11.2010 г., № 1118 (060101, лечебное дело).

Federal'nyj gosudarstvennyj obrazovatel'nyj standart vysshego professional'nogo obrazovanija – utverzhden Ministerstvom obrazovanija i nauki Rossijskoj Federacii 08.11.2010 g., № 1118 (060101, lechebnoe delo).

Степанова Любовь Викторовна (контактное лицо) – старший преподаватель кафедры судебной медицины с курсом правоведения. 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4, Тверская медицинская академия. Тел. кафедры 35-68-91, тел. моб. 8-904-008-20-72; e-mail: stepluvi@rambler.ru.

УДК 616.329-089.844-06:616.329-007.64+616.24

С.А. Воробьев[1], Н.А. Сергеев[2], А.П. Барашков[3], С.В. Щелоченков[1]

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 осложнившейся в отдаленном периоде формированием гигантского дивертикула культи пищевода, мешкообразным расширением трансплантата и рецидивирующей рефлюкс-ассоциированной аспирационной пневмонией.

Ключевые слова: *пластика пищевода, пневмония, аспирация.*

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)

S.A. Vorobev[1], N.A. Sergeev[2], A.P. Barashkov[3], S.V. Schelochenkov[1]

[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.

***Key words**: 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 [1].

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 [1]. В качестве пластического материала чаще используют желудочную трубку, а также фрагмент толстой, реже – тонкой кишки. При этом ряд методик эзофагопластики предполагает выполнение дренирующей желудок операции – различных вариантов гастростомии. За 6–12 мес. 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 [1–4]. Однако при одновременном рубцовом поражении пищевода и желудка использование последнего технически затруднительно, и поэтому чаще выполняется колонопластика [1, 2, 4]. 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 [1, 4–6]. Тем не менее и сейчас выбор методики пластики пищевода во многом определяется опытом лечебного учреждения, не всегда с учетом анатомо-физиологических особенностей конкретного пациента [7].

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 мес. после ожога [1]. 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 [8–11]. К сожалению, нередки 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 [12]. 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 г. по 14.11.2012 г. 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 лечении в торакальном отделении городской клинической больницы № 6 г. Твери, где было проведено неоднократное бужирование пищевода по струнепроводнику 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 чресшейной медиастинотомии слева, дренирования средостения и наложения гастростомы по Кадеру. Через гастростому пациент питался до апреля 2004 г.

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-я группа инвалидности. В течение 2 лет отмечалось относительно стабильное состояние. Алкоголем не злоупотреблял. Курил по 10 сигарет в день.

С 2006 г. 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 г., 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/сут 3 дня перорально в сочетании с цефтриаксоном 2 г/сут 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.

Таблица

Динамические изменения показателей периферической крови у больного Ж. 44 лет

Дата	Показатели периферической крови									
	WBC, $\times 10^9$/л	RBC, $\times 10^{12}$/л	HGB, г/л	PLT, $\times 10^{12}$/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

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

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

Анализы мокроты на микобактерии туберкулеза и атипичные клетки (трижды) отрицательные. При посеве мокроты 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 ($ОФВ_1$ – 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). Было отмечено наличие гигантского дивертикула культи пищевода с застойным содержимым, а также мешкообразное расширение трансплантата толстой кишки (рис. 2, 3).

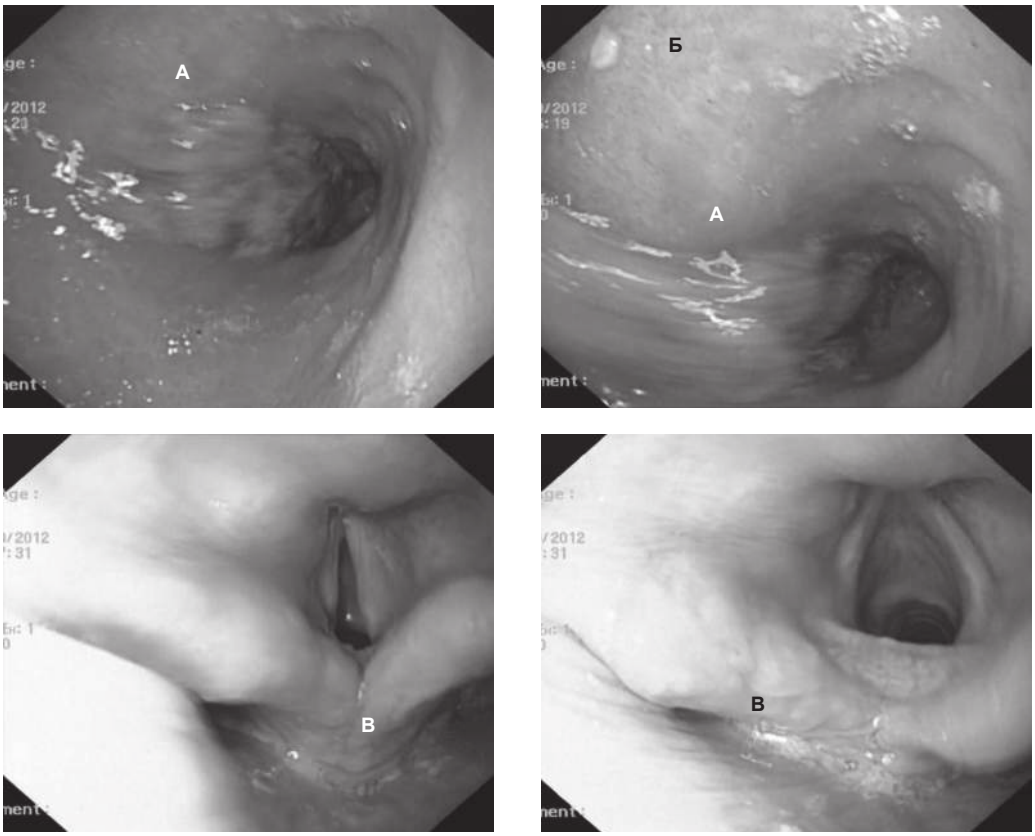


Рис. 1. Видеоэзофагоскопия. Отмечаются выраженный кишечный рефлюкс в пищевод (А), эрозии пищевода (Б), высокий рефлюкс до голосовых связок (В)

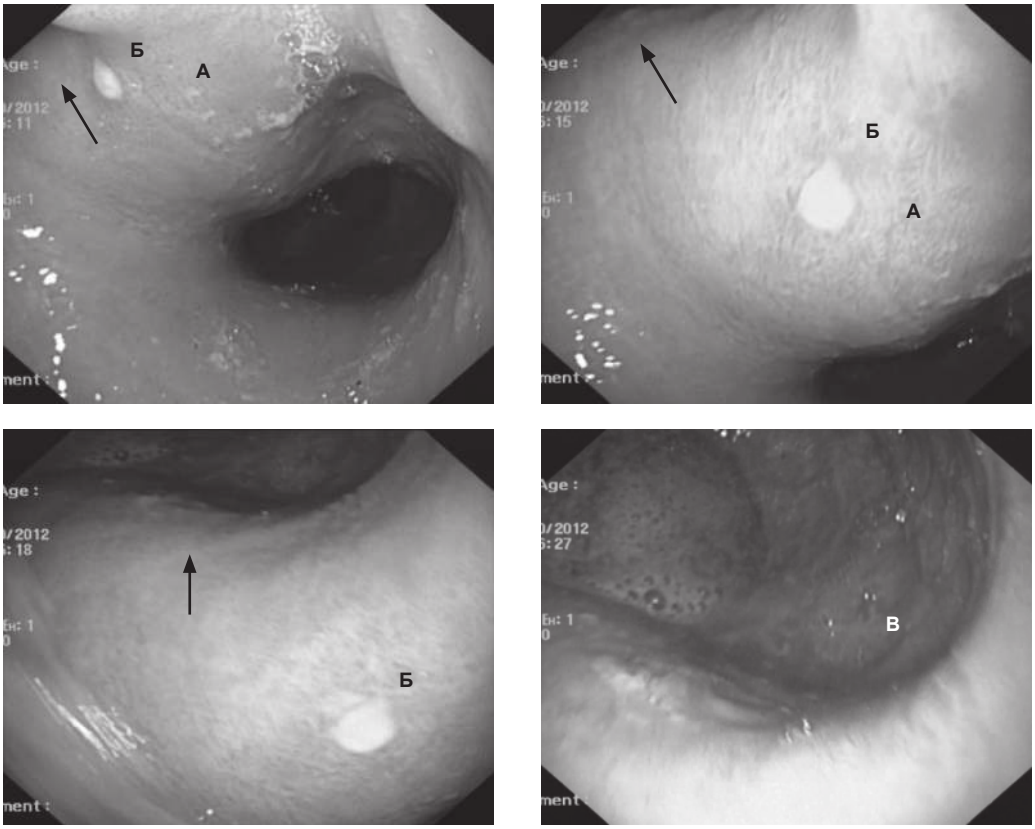


Рис. 2. Видеоэзофагоскопия. Выявлен дивертикул верхней трети пищевода с застойным содержимым:
стрелкой обозначен вход в дивертикул; А – зона анастомоза; Б – эрозия в зоне анастомоза; В – собственно дивертикул культи пищевода

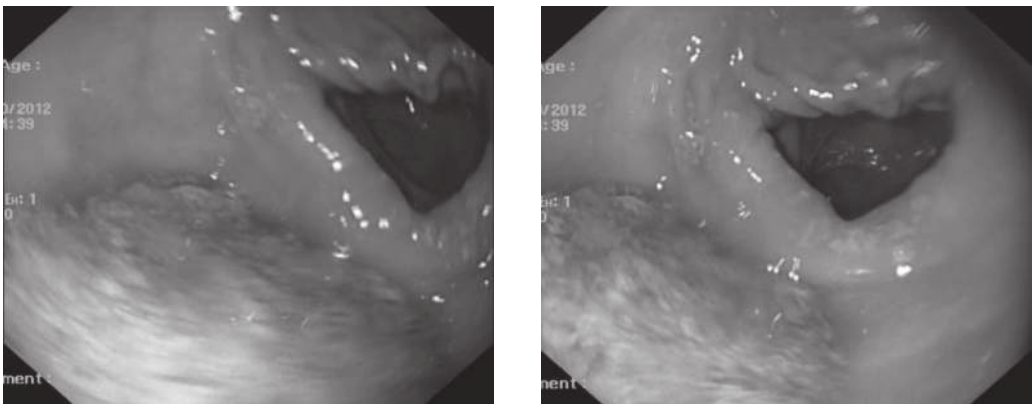


Рис. 3. Мешковидное выбухание стенки колонотрансплантата с застойным содержимым

Спиральная КТ грудной клетки обнаружила признаки аспирационной полисегментарной правосторонней пневмонии, состояние после пластики пищевода (рис. 4). Спустя 2 нед. 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 бронхолегочную 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. Твери после разрешения пневмонии с ***клиническим диагнозом****:*

Основное заболевание. *T88.8. Болезнь оперированного пищевода и желудка: состояние после субтотальной пластики пищевода левой половиной толстого кишечника по поводу послеожоговых стриктур пищевода и желудка; состояние после позадиободочной гастроэнтеростомии, гастростомии по Кадеру.*

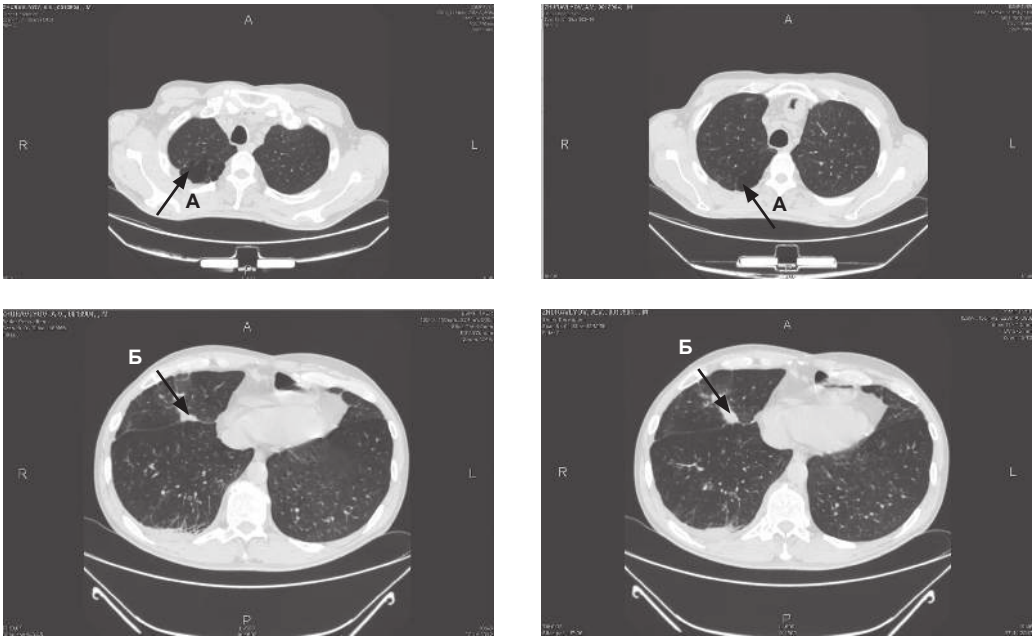


Рис. 4. Спиральная КТ органов грудной клетки. Диффузный пневмосклероз. Буллезная эмфизема в верхней доле правого легкого (А). Наблюдаются инфильтративные изменения в нижней доле справа (Б)

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 – к рубцовому декомпенсированному стенозу выходного отдела желудка. Задняя позадиободочная 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 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 перфорация (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 мин, 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. *Черноусов А.Ф., Черноков А.И., Ручкин Д.А. и др.* Лечебная тактика и выбор способа хирургического лечения больных с протяженными ожоговыми стриктурами пищевода // Хирургия. – 2002. – № 4. – С.11–16.

Chernousov A.F., Chernookov A.I., Ruchkin D.A. i dr. Lechebnaja taktika i vybor sposoba hirurgicheskogo lechenija bol'nyh s protjazhennymi ozhogovymi strikturami pischevoda // Hirurgiya. – 2002. – № 4. – S.11–16.

2. *Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г. и др.* Пластика пищевода при сочетанном послеожоговом поражении пищевода и желудка // Альманах клинической медицины. – 2007. – № 16. – С. 16–20.

Allahverdjan A.S., Mazurin B.C., Titov A.G. i dr. Plastika pischevoda pri sochetannom posleozhogovom porazhenii pischevoda i zheludka // Al'manah klinicheskoj mediciny. – 2007. – № 16. – S. 16–20.

3. *Лобачев Р.С., Жерлов Г.К., Кошель А.П.* Хирургическое лечение рубцовых послеожоговых стриктур пищевода и желудка // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2009. – Т. 89. – № 6. – С. 99–102.

Lobachev R.S., Zherlov G.K., Koshel' A.P. Hirurgicheskoe lechenie rubcovyh posleozhogovyh striktur pischevoda i zheludka // Sibirskij medicinskij zhurnal (g. Irkutsk). – 2009. – T. 89. – № 6. – S. 99–102.

4. *Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Беркасова И.В. и др.* Сравнительная характеристика эзофагогастро- и эзофагоколопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2012. – Т. 111. – № 4. – С. 136–139.

Chikinev Ju.V., Drobjazgin E.A., Berkasova I.V. i dr. Sravnitel'naja harakteristika jezofagogastro- i jezofagokoloplastiki pri dobrokachestvennyh zabolevanijah pischevoda // Sibirskij medicinskij zhurnal (g. Irkutsk). – 2012. – T. 111. – № 4. – S. 136–139.

5. *Чепик Д.А.* Современные направления пластики пищевода у больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода // Новости хирургии. – 2009. – Т. 17. – № 3. – С. 154–167.

Chepik D.A. Sovremennye napravlenija plastiki pishhevoda u bol'nyh s posleozhogovymi rubcovymi strikturami pischevoda // Novosti hirurgii. – 2009. – T. 17. – № 3. – S. 154–167.

6. *Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Кутепов А.В. и др.* Эзофагопластика у больных с ожоговыми стриктурами пищевода // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 4. – № 1. – С. 57–62.

Chikinev Ju.V., Drobjazgin E.A., Kutepov A.V. i dr. Jezofagoplastika u bol'nyh s ozhogovymi strikturami pischevoda // Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoj hirurgii. – 2011. – T. 4. – № 1. – S. 57–62.

7. *Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Ипполитова Н.С. и др.* Пластика пищевода при рубцовых сужениях. Анатомохирургическое и функциональное состояние // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2009. – Т. 91. – № 8. – С. 55–65.

Skvorcov M.B., Kozhevnikov M.A., Ippolitova N.S. i dr. Plastika pischevoda pri rubcovyh suzhenijah. Anatomo-hirurgicheskoe i funkcional'noe sostojanie // Sibirskij medicinskij zhurnal (g. Irkutsk). – 2009. – T. 91. – № 8. – S. 55–65.

8. *Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Кутепов А.В.* Качество жизни пациентов после эзофагопластики // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2010. – Т. 25. – № 4–1. – С. 110–115.

Chikinev Ju.V., Drobjazgin E.A., Kutepov A.V. Kachestvo zhizni pacientov posle jezofagoplastiki // Sibirskij medicinskij zhurnal (g. Tomsk) . – 2010. – T. 25. – № 4–1. – S. 110–115.

9. *Cheng B.C., Xia J., Liu X.P. et al.* Observation on the long-term complications after esophageal replacement with colon // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2007 Jan 15. – Vol. 45 (2). – P. 118–120.

10. *Cherki S., Mabrut J.Y., Adham M. et al.* Reinterventions for complication and defect of coloesophagoplasty // Ann Chir. – 2005 Apr. – Vol. 130 (4) – P. 242–248.

11. *Ciprian B., Stoica R., Paleru C. et al.* Respiratory complications following resection and reconstruction of the esophagus // Pneumologia. – 2012. Oct-Dec. – Vol. 61 (4). – P. 237–239.

12. *Jiang Y.G., Wang R.W., Zhou J.H. et al.* Pharyngo-colonic anastomosis for esophageal reconstruction in the treatment of diffuse corrosive esophageal stricture // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2004 May 22. – Vol. 42 (10). – P. 611–613.

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.