

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. Нырков, К.В. Шундилов. – 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 – utverzhdjen 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<sup>1</sup>, Н.А. Сергеев<sup>2</sup>, А.П. Барашков<sup>3</sup>, С.В. Щелоченков<sup>1</sup>

## СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ГИГАНТСКИМ ДИВЕРТИКУЛОМ КУЛЬТЫ ПИЩЕВОДА И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ АСПИРАЦИОННОЙ РЕФЛЮКС- АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

<sup>1</sup> Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

<sup>2</sup> Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

<sup>3</sup> 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 культы 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<sup>1</sup>, N.A. Sergeev<sup>2</sup>, A.P. Barashkov<sup>3</sup>, S.V. Schelochenkov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Faculty Therapy Tver State Medical Academy

<sup>2</sup> Surgical Diseases Department Tver State Medical Academy

<sup>3</sup> 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 требования 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 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 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 РНЦХРАМН (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 нарастающей одышки длилось с весны 2012 г., что расценива-

лось 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 парастеральной 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, ×10 <sup>9</sup> /л	RBC, ×10 <sup>12</sup> /л	HGB, г/л	PLT, ×10 <sup>12</sup> /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, 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 (ОФВ<sub>1</sub> – 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).

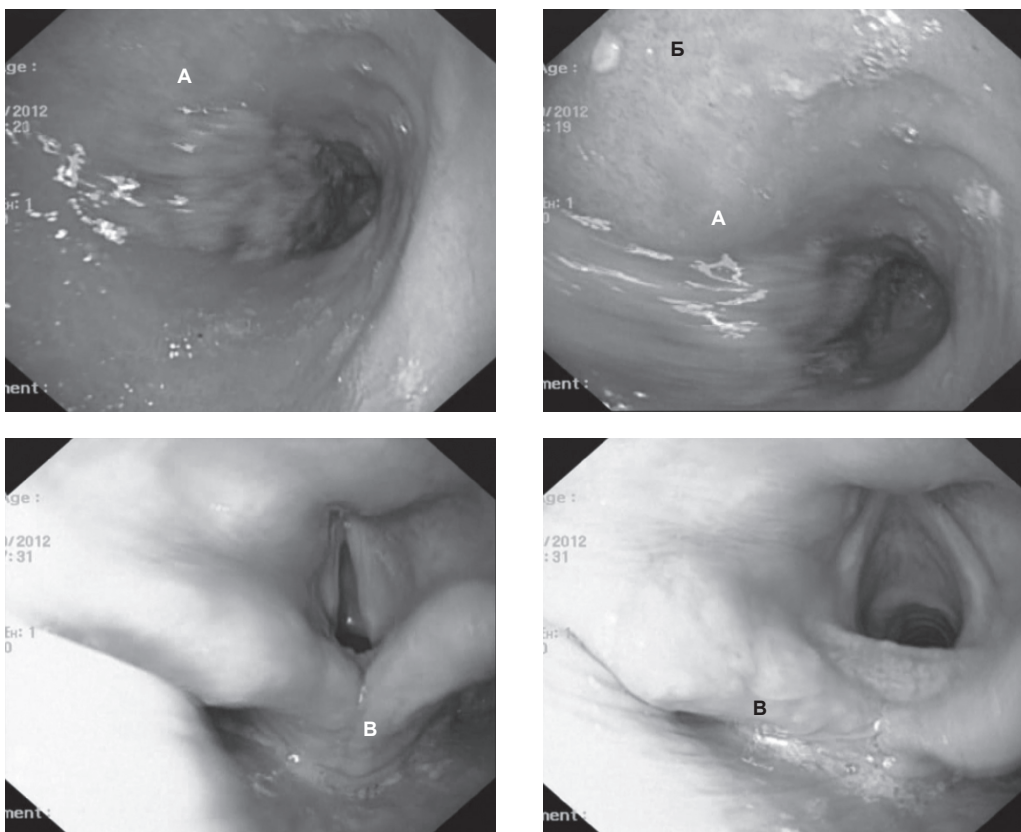


Рис. 1. Видеоэзофагоскопия. Отмечаются выраженный кишечный рефлюкс в пищевод (А), эрозии пищевода (Б), высокий рефлюкс до голосовых связок (В)

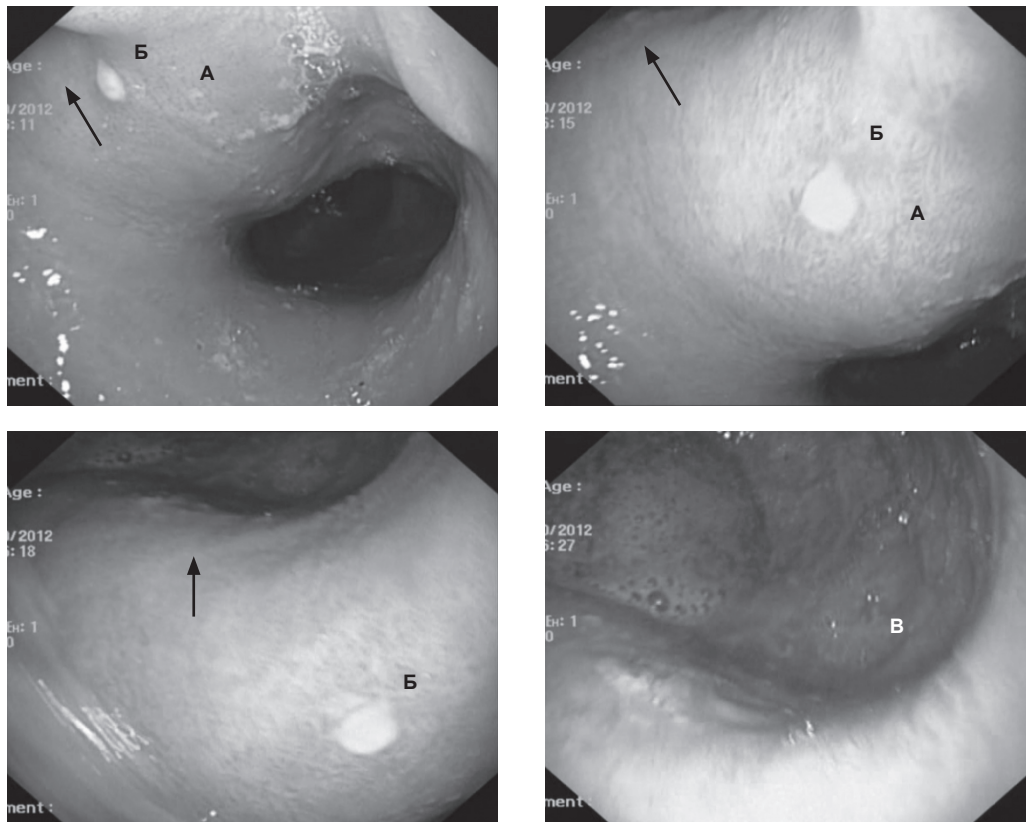


Рис. 2. Видеоэзофагоскопия. Выявлен дивертикул верхней трети пищевода с застойным содержимым: стрелкой обозначен вход в дивертикул; А – зона анастомоза; Б – эрозия в зоне анастомоза; В – собственно дивертикул культи пищевода

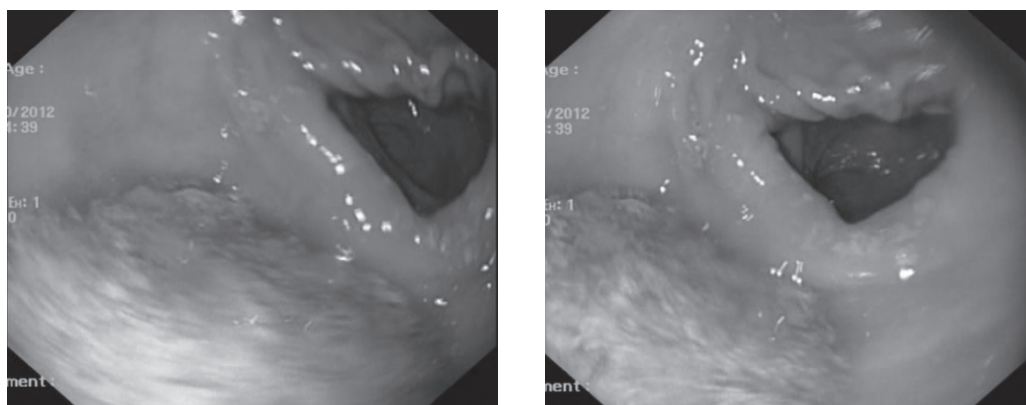


Рис. 3. Мешковидное выбухание стенки колонотрансплантата с застойным содержимым

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 пневмо-

нии 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.** 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, гастро-

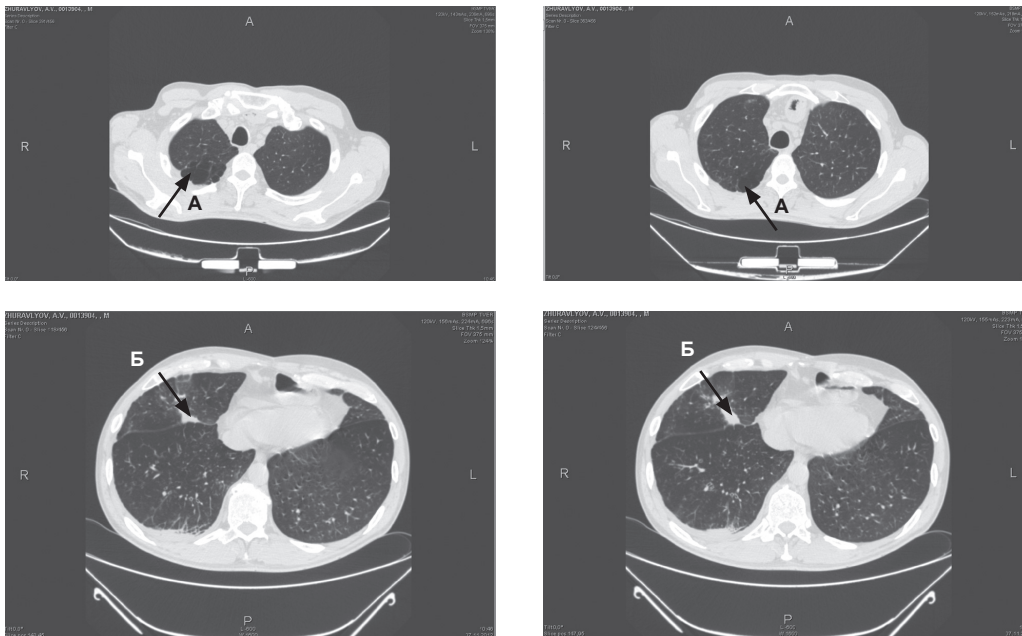


Рис. 4. Спиральная КТ органов грудной клетки. Диффузный пневмосклероз. Буллезная эмфизема в верхней доле правого легкого (А). Наблюдаются инфильтративные изменения в нижней доле справа (Б)

**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 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 пациента Ж.). К сожалению, бужирование пищевода у больного осложнилось его перфорацией на уровне глоточно-пищеводного перехода, послужившей показанием для эзофагопластики. Нельзя исключить, что в формирова-

нии выявленного дивертикула культи пищевода сыграла роль его перфорация (уровень локализации совпадает), однако доказать это не представляется возможным.

В данном клиническом наблюдении своевременная 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., Чернооков 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.
2. Черноусов А.Ф., Чернооков 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.
3. Аллавердян 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.
4. Аллавердян 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.
5. 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.
6. 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.
7. Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Беркасова И.В. и др. Сравнительная характеристика эзофагогастро- и эзофагоко-

лопластики 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. – Т. 111. – № 4. – С. 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.

Чепик Д.А. Sovremennye napravlenija plastiki pishhevoda u bol'nyh s posleozhogovymi rubcovymi strikturami pischevoda // Novosti hirurgii. – 2009. – Т. 17. – № 3. – С. 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. – Т. 4. – № 1. – С. 57–62.

7. Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Ипполитова Н.С. и др. Пластика пищевода при рубцовых сужениях. Анатомо-хирургическое 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 rubcovykh suzhenijah. Anatomico-hirurgicheskoe i funkcional'noe sostojanie // Sibirskij medicinskij zhurnal (g. Irkutsk). – 2009. – Т. 91. – № 8. – С. 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. – Т. 25. – № 4–1. – С. 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.