

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальность 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) Кафедра госпитальной хирургии</p>	<p>УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Госпитальная хирургия, детская хирургия» МОДУЛЬ «Госпитальная хирургия»</p>
---	---	---

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию  
для студентов VI курса лечебного факультета

**Тема: Заболевания пищевода.**

“Утверждаю”  
Зав. кафедрой, профессор



С.С. Маскин

“ 02 ” \_\_\_\_\_ июля \_\_\_\_\_ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № \_13\_

**Волгоград, 2018 год.**

## ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин изучить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и методы лечения (консервативные и оперативные) основных заболеваний пищевода.

## ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Анатомо-физиологические сведения о пищеводе.
- 2). Методы исследования (рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия, пневмомедиастинография, рентгенокинематография, радиоизотопная диагностика).
- 3). *Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода*. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.
- 4). Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика.
- 5). Лечение бужированием, методы бужирования, показания к ним. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода. Результаты оперативного лечения.
- 6). *Ахалазия кардии*. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения, кардиодилатация с помощью пневматического кардиодилатора. Техника. Показания к хирургическому лечению, принципы операции.
- 7). *Недостаточность кардии и рефлюкс-эзофагит*. Патогенез, клиника, диагностика и показания к оперативному лечению. Принципы оперативного лечения.
- 8). *Дивертикулы пищевода*. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
- 9). *Инородные тела пищевода*. Клиника, диагностика, лечение.
- 10). *Опухоли. Доброкачественные опухоли пищевода*. Клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
- 11). *Рак пищевода*. Факторы способствующие его развитию, профилактика. Патологическая анатомия, закономерности метастазирования. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Виды операций. Послеоперационные осложнения. Результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Показания к комбинированному лечению (химиотерапии, лучевой терапии), их результаты.

## I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

### **Химические ожоги пищевода**

В связи с широким распространением химических веществ в быту и на производстве происходит постоянный рост числа больных с химическими ожогами пищевода.

В остром периоде химического ожога летальность составляет 4,5% У 73% пострадавших возникает формирование стриктур пищевода в отдаленном периоде (М. С. Сапожников, 1976, А Ф Черноусов и солвт., 1995).

**Этиология и патогенез.** Химические ожоги пищевода связаны с ошибочным или намеренным (попытка к самоубийству) приемом сильнодействующих кислот и щелочей. Значительно реже ожоги пищевода происходят при употреблении перманганата калия, пергидроля и др. Механизм действия перманганата калия и пергидроля на ткани отличается от действия кислот и щелочей. Они действуют как окислители. Ожог захватывает полость рта, слизистую пищевода и нередко даже слизистую оболочку желудка. Степень ожога, обширность его, глубина поражений зависят от количества принятого вещества, его химической активности и времени контакта со стенкой органа.

Поверхностный слой слизистой пищевода, обожженный агрессивной жидкостью, тут же некротизируется, причем процесс омертвения распространяется и на более глубокие слои. Самые глубокие поражения слизистой отмечаются в местах физиологических сужений - у жома пищевода, у бифуркации и над входом в желудок.

Лишь в 24% химические ожоги пищевода ограничиваются поражением одной слизистой

оболочки и заканчиваются самоизлечением. В 76% остаются стойкие рубцы, суживающие и деформирующие просвет пищевода.

**Клиника и диагностика.** Клиническая картина обусловлена местным действием химического вещества и тяжестью синдрома эндогенной интоксикации. Кислоты вызывают коагуляционный некроз с образованием плотного струпа, который препятствует проникновению вещества в глубь тканей. Едкие щелочи приводят к образованию колликвационного некроза, который характеризуется более глубоким и распространенным поражением стенки пищевода.

В клиническом течении различают 4 стадии.

I - острая (период острого коррозивного эзофагита) продолжается в течение 5-10 суток и проявляется признаками шока, гемолиза (в случае приема уксусной кислоты), болью по ходу пищевода, рвотой, гиперсаливацией, выраженной дисфагией и иногда нарушением дыхания.

II - стадия мнимого благополучия (период хронического эзофагита) начинается с 7-го дня и продолжается до 4 недель. В этой стадии происходит уменьшение или прекращение дисфагии, стихание болей по ходу пищевода, улучшение общего состояния больных. Могут встречаться ранние осложнения - пищеводное кровотечение, перфорация стенки пищевода и развитие сепсиса.

III- стадия рубцевания с образованием стриктур пищевода. Начинается со 2-3-го месяца после ожога и продолжается до 2-3 лет. Она характеризуется появлением или нарастанием дисфагии, истощением.

IV- стадия поздних осложнений. Развиваются облитерация просвета пищевода, перфорация стенки, рак, пневмония, абсцесс легкого и пищеводно-бронхиальные свищи.

В зависимости от глубины поражения в острой стадии различают 3 степени ожога пищевода. 1-я степень - поражение поверхностного слоя на большем или меньшем участке слизистой пищевода, 2-я - характеризуется более обширными некрозами, распространяющимися на всю глубину слизистой пищевода, 3-я степень - некроз захватывает слизистый, подслизистый и мышечный слой стенки пищевода.

Возможно распространение процесса на параэзофагеальную клетчатку, плевру, перикард, трахею.

При поверхностных повреждениях эпителий слизистой может через некоторое время восстанавливаться. При более глубоких повреждениях на протяжении 3-4 дней происходит формирование некроза, затем некротические ткани отторгаются частями или в виде трубки, а с конца второй - начала третьей недели начинается процесс рубцевания, который может продолжаться 8-10 и более недель.

В связи с этим истинное представление о последствиях ожога пищевода, степени проницаемости последнего может быть составлено только после окончания процесса рубцевания.

При ожогах глубоких слоев, достигающих до внутреннего или даже до наружного мышечного слоя, процесс рубцевания переходит в дальнейшем и на околопищеводную клетчатку, вследствие чего образуются перегибы и перетяжки. Образовавшиеся в этих случаях мозолистые рубцы могут быть короткими (2-3 см), так называемыми кольцеобразными.

Встречающиеся сравнительно чаще длинные рубцы (10-15 см) носят название трубчатых стриктур и тотальных, если рубцевание захватывает весь пищевод. Выше места сужения развиваются гипертрофия и дилатация пищевода.

**Лечение** начинается с неотложной помощи на месте происшествия: противошоковая терапия, промывание желудка через зонд. В зависимости от характера агрессивного вещества для промывания используют слабые растворы щелочи или кислоты, направленные на нейтрализацию повреждающего агента. Больные затем обязательно госпитализируются в стационар.

На 3-й день после ожога пищевода больных начинают кормить, осуществляя «мягкое» бужирование на фоне противовоспалительной и детоксикационной терапии. Формирова-

нию рубцов препятствует применение кортикостероидов.

С 9-11-го дня проводят бужирование пищевода в течение 1-1,5 месяца специальными эластическими бужами или через наложенный желудочный свищ, при помощи нити, в сочетании с 2-недельным курсом лидазы. В последние годы наряду с ранним лечебно-профилактическим бужированием стали использовать эзофагопневмодилатацию с пиласиновой или амниоценовой мазью.

### **Рубцовые сужения пищевода**

Послеожоговые стриктуры имеют выраженную протяженность и чаще расположены в местах физиологических сужений пищевода. Стриктуры могут быть одиночные и множественные, полные и неполные. При резких сужениях развивается супрастенотическое расширение.

**Клиника и диагностика.** Основным симптомом послеожоговой стриктуры является дисфагия. При прогрессировании сужения пищевода выраженность дисфагии увеличивается.

При развитии супрастенотического расширения содержимое пищевода подвергается химическому и бактериальному разложению, что приводит к эзофагиту и периезофагиту. Часто наблюдаются боли за грудиной, особенно при приеме пищи, повышенная саливация, отрыжка, изжога.

Осложнениями рубцового сужения пищевода служат обтурация пищевода пищей, при которой требуется неотложная помощь - эзофагоскопия для удаления пищевого комка.

Вследствие частой регургитации пища может забрасываться в дыхательные пути и приводить к развитию воспалительных заболеваний бронхов и легких.

Наряду с клиническими данными большую роль в диагностике сужений пищевода имеют рентгенография пищевода и эзофагоскопия.

**Лечение.** Основным методом лечения послеожоговых стриктур пищевода является бужирование, которое приводит к выздоровлению до 85-95% больных.

Бужирование проводится в течение многих недель и даже месяцев.

Виды бужирования: 1) «слепое» бужирование через рот; 2) расширение пищевода рентгеноконтрастными полыми пластмассовыми бужами по металлическому проводнику; 3) бужирование под контролем эзофагоскопа; 4) бужирование по принципу «бужирования без конца»; 5) ретроградное бужирование.

Следует отметить, что «бужирование без конца» применяется при наличии гастростомы.

Показания к операции: 1) полная облитерация просвета пищевода; 2) неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру; 3) быстрое рецидивирование рубцовых стриктур после повторных бужирований; 4) наличие пищеводных свищей с трахеей или бронхом; 5) выраженные распространенные стриктуры; 6) повторные перфорации пищевода при бужировании.

При сегментарных стриктурах производят частичные пластики пищевода:

1) при поражении нижней части пищевода или кардии применяют: а) обходной пищево-желудочный анастомоз, б) резекцию шой кривизны желудка, участком тонкой или толстой кишки;

2. При поражении глотки, шейного или шейно-грудного отдела пищевода выполняют проксимальную частичную пластику с помощью трансплантата из толстой или тонкой кишки.

При общих стриктурах показана тотальная пластика пищевода с предгрудинным или внутригрудным расположением трансплантата. fС пластике следует приступать не ранее чем через 2 года после ожога пищевода.

### **Доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода**

К доброкачественным опухолям пищевода относятся: лейомиомы, фибромы, липомы, невриномы, остеохондромы, ангиомы, миксомы. Две трети доброкачественных опухолей пищевода составляют лейомиомы - опухоли, развивающиеся в мышечной оболочке пищевода и не вовлекающие в процесс слизистую оболочку. Доброкачественные опухоли, рас-

тущие в просвет пищевода, - полипы, липомы.

**Этиология и патогенез.** Причины возникновения доброкачественных опухолей неясны. Особенность течения заключается в том, что они чаще имеют собственную капсулу и не склонны к прорастанию соседних тканей и органов. Они чаще локализуются в местах физиологических сужений.

**Клиника и диагностика.** Течение болезни длительное и может продолжаться годы. Это очень важный отличительный признак. Опухоли не ведут к быстрому истощению больного. Следует помнить некоторые признаки доброкачественной опухоли - это интермиттирующая дисфагия, возникающая при употреблении твердой пищи. Она появляется временно и может с различными интервалами продолжаться годы. Кроме того, характерны боли за грудиной с иррадиацией в спину, лопатку. Может быть тошнота, рвота, потеря аппетита, изжога. Больших размеров опухоль может вызвать кашель, боли в сердце, аритмию.

При рентгенологическом исследовании определяется дефект наполнения и сужения просвета пищевода, но контуры дефекта, в отличие от таковых при раке, ровные, неизъеденные. Эзофагоскопически определяется либо отграниченная, подвижная опухоль на ножке, либо интрамуральная опухоль, покрытая неповрежденной слизистой оболочкой.

Доброкачественные опухоли могут давать кровотечения, малигнизацию. Основными диагностическими методами являются рентгеноскопия, эзофагоскопия и, в сомнительных случаях, биопсия.

Дифференциальный диагноз проводится с раком пищевода, ахалазией кардии, доброкачественными стенозами у больных с пептическими эзофагитами и язвами пищевода, рубцовыми сужениями пищевода после химических ожогов.

**Лечение** - только оперативное. Возможно производство сберегательных операций, заключающихся в обнажении пищевода на соответствующем уровне, и удалении опухоли (энуклеация). Если после удаления опухоли возникает значительный дефект стенки пищевода, показана пластика лоскутом на ножке, выкроенным из диафрагмы. Эндоскопически можно удалить опухоли небольших размеров на ножке.

### **Рак пищевода**

Заболеваемость раком пищевода колеблется от 5 до 7% среди всех злокачественных опухолей. Чаще (75%) болеют мужчины.

**Этиология и патогенез.** В развитии рака пищевода большую роль играет хроническое воспаление слизистой оболочки на почве механического, химического, термического раздражения.

Отмечено развитие рака у больных ахалазией (кардиоспазмом), дивертикулами пищевода, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, у больных с пептическим эзофагитом.

К развитию заболевания приводят ожоговые стриктуры пищевода, и они рассматриваются как предрак. При наличии полипов пищевода, папиллом всегда существует опасность их перерождения.

Предраком считают сидеропенический синдром (синдром Плам-мера-Винсона), который проявляется гипохромной анемией, ахлор-гидрией, атрофией слизистых оболочек, а позднее гиперкератозом слизистой оболочки полости рта, пищевода. Это заболевание возникает при недостаточном содержании в пище железа, витаминов, особенно А и С.

По частоте поражения на первом месте находится среднегрудной отдел (60%) на уровне дуги аорты и левого главного бронха, на втором месте - нижнегрудной и абдоминальный отдел (30%), на третьем - шейный и верхнегрудной (10%).

Рак шейного и верхнегрудного отдела чаще метастазирует в средостение, шею, над- и подключичные лимфоузлы, рак нижней трети пищевода - в паракардиальные и забрюшинные лимфоузлы, по ходу чревной артерии в печень. Рак среднегрудного отдела может метастазировать по обоим указанным путям.

### **Классификация по системе TNM:**

Первичная опухоль - Т:

нет проявления первичной опухоли;

T1 - преинвазивная карцинома (рак in situ);

опухоль протяженностью по пищеводу до 3 см;

T2 - опухоль протяженностью от 3 до 5 см,

T3 - опухоль протяженностью от 5 до 8 см;

T4 - опухоль протяженностью более 8 см.

Регионарные лимфоузлы - N: N0 - регионарные лимфоузлы не пальпируются; N1 - единичные метастазы в регионарной зоне; N2 - множественные метастазы в регионарных зонах; N3 - фиксированные лимфоузлы в регионарных зонах.

Отдаленные метастазы - M: M0 - нет отдаленных метастазов; M1A - солитарный метастаз; M1B - неудалимые отдаленные метастазы в лимфоузлы; M2 - метастазы в другие органы.

Различают 4 стадии рака пищевода:

1- четко отграниченная небольшая опухоль, прорастающая только слизистую и под слизистую оболочки, не суживая просвет и мало затрудняющая прохождение пищи; метастазы отсутствуют.

2- опухоль прорастает мышечную оболочку, но не выходит за пределы стенки пищевода; значительно нарушается проходимость пищевода; имеются единичные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

3- опухоль, циркулярно поражающая пищевод, прорастает всю его стенку, спаяна с соседними органами; проходимость пищевода нарушается значительно или полностью; имеются множественные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

4- опухоль прорастает все оболочки стенки пищевода, выходит за пределы органа, пенетрирует в близлежащие органы; имеются конгломераты неподвижных регионарных метастатических лимфатических узлов и метастазы в отдаленные органы.

**Клиника и диагностика.** В клинической картине выделяют две группы основных симптомов: местные, зависящие от поражения стенок пищевода и окружающих органов; общие.

Первым симптомом является дисфагия - это по существу поздний симптом. Для рака пищевода характерно прогрессирующее нарастание непроходимости пищевода; у одних больных развивается быстро, у других - медленно, в течение 1,5-2 месяцев.

Вначале застревает грубая, плохо пережеванная пища, в дальнейшем больные вынуждены принимать полужидкую и жидкую пищу. При распаде опухоли возможно улучшение проходимости.

При расположении опухоли в шейном отделе больные вначале жалуются на ощущение инородного тела, жжение и только позднее появляется дисфагия, прорастание опухоли в область верхнего гортанного нерва может привести к расстройству акта глотания.

Боли при раке пищевода наблюдаются при проглатывании пищи, но они могут быть и постоянными. Усиленное слюноотделение возникает в результате рефлекторного возбуждения слюнных желез.

Пищеводная рвота и срыгивание говорят о значительном стенозировании пищевода и зависят от скопления пищи над сужением.

Тошнота и отрыжка встречаются довольно часто, отрыжка может быть единственным симптомом рака в течение длительного времени.

Охриплость голоса - появляется при поражении возвратного нерва и указывает на запущенность заболевания, появляется синдром Горнера.

*Общие симптомы* - снижение массы тела, слабость, снижение работоспособности, эмоциональная подавленность, анемия являются следствием голодания и интоксикации и не могут быть опорными для раннего распознавания заболевания.

Диагностика - основная роль принадлежит рентгенологическому методу исследования. При начальных стадиях рака отмечается дефект наполнения на одной из его стенок.

Отличительным признаком рака пищевода в ранних стадиях являются потеря эластичности (ригидность) стенок пищевода в области опухоли. При распространенных опухолях

характерным симптомом является обрыв складок слизистой в области процесса, неровность и изъеденность контуров.

Для уточнения распространенности опухоли на соседние органы применяют рентгенологическое исследование в условиях пневмоме-диастинума. При необходимости делают томограммы в прямой и сагиттальной проекциях.

Эзофагоскопия показана во всех случаях подозрения на рак пищевода. Задача исследования - не только визуально подтвердить диагноз, но и получить гистологическое подтверждение диагноза.

Начальные формы рака могут выглядеть как плотный белесоватый бугорок или как ригидный участок пищевода, или имеют вид цветной капусты.

При язвенных и скirrosной формах, когда над опухолью имеется воспаление или изъязвление слизистой, необходимо прицельно взять из разных мест кусочки на гистологическое исследование. При эндоскопии надо делать цитологическое исследование.

Дифференциальный диагноз проводится с ахалазией кардии, руб-Цовыми сужениями после химических ожогов, доброкачественными стенозами у больных с пептическими эзофагитами и язвами пищевода, доброкачественными опухолями пищевода.

**Лечение** рака пищевода зависит от локализации опухоли, ее распространенности, состояния больного. Рак верхнегрудного отдела пищевода, расположенный выше дуги аорты, протекает неблагоприятно - рано прорастает окружающие органы и рано дает метастазы. Неудовлетворительные результаты операций заставляют хирургов отказаться от резекции пищевода у этих больных в пользу лучевой терапии.

В настоящее время радикальному хирургическому вмешательству предшествует предоперационная лучевая терапия. При невозможности выполнения хирургического или лучевого лечения применяется химиотерапия.

При раке среднегрудного отдела пищевода выполняют экстирпацию пищевода по Добромыслову - Тореку. В отдельных наблюдениях у крепких молодых людей допустима одномоментная операция с пластикой пищевода желудком с использованием правостороннего доступа - операция Льюиса с наложением высокого пищеводно-желудочного анастомоза.

При раке нижнегрудного отдела пищевода выполняют резекцию пищевода и накладывают пищеводно-желудочный анастомоз.

В настоящее время большинство хирургов склоняются в пользу двухмоментной операции: вначале экстирпация пищевода по Добромыслову - Тореку, а затем (спустя 3-6 мес.) - пластика тонкой или толстой кишкой, или желудком. При неоперабельной опухоли, при наличии отдаленных метастазов производят паллиативные вмешательства с целью улучшения питания больного - паллиативные резекции пищевода, реканализацию опухоли протезами, наложение гастростомы.

## I. II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /300 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 5 мин.
2. Посещение утренней врачебной конференции – 25 мин.
3. Обход с курацией больных (в т.ч. больных перед операцией) – 30 мин.
4. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия) – 30 мин.
5. Работа в перевязочной, операционной, процедурном кабинете; ознакомление и принятие участия в работе лечебно-диагностических подразделений стационара /расшифровка рентгенограмм, томограмм, протоколов ФГДС и УЗИ, лабораторных данных и т.д./ - 90 мин.
6. Опрос студентов по теме занятия (60 мин.)
7. Итоговый контроль знаний, подготовка к экзаменам (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 50 мин.
8. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 10 мин.

### III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

### IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

### V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Этиопатогенез химических ожогов пищевода.
2. Основные клинические признаки при химических ожогах пищевода.
3. Клинические симптомы при рубцовых сужениях пищевода.
4. Эндоскопическая диагностика при эзофагитах.
5. Рентгенологическая и эндоскопическая картина при рубцовых сужениях пищевода.
6. Какие ранние и поздние осложнения могут быть при химическом ожоге пищевода?
7. Какие лечебные мероприятия применяются в остром периоде при химических ожогах пищевода?
8. Методы эфферентной терапии при ожогах пищевода.
9. В какие сроки следует начинать профилактическое бужирование при химическом ожоге пищевода?
10. Виды паллиативных и радикальных операций при рубцовых сужениях пищевода.
11. Перечислите основные клинические признаки при доброкачественных заболеваниях пищевода.
12. Основные клинические признаки рака пищевода.
13. Какие дополнительные методы обследования применяются при раке пищевода?
14. Классификация рака пищевода.
15. Какие паллиативные операции при раке пищевода вы знаете?
16. Какие радикальные операции при раке пищевода различной локализации вы знаете?
17. В чем заключается комбинированное лечение рака пищевода?
18. Особенности предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода у больных с заболеваниями пищевода.
19. В чем особенность операции на пищеводе по Добромыслову - Торреку?



20. Перечислите причины осложнений и их характер после радикальных операций при раке пищевода.
21. Перечислите причины летальности после радикальных вмешательств на пищеводе.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

##### **Основная литература.**

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

##### **Дополнительная литература.**

1. Атлас онкологических операций / Под ред. Б.Е. Петерсона, В.И. Чиссова, д.И. Пачеса. М.- Медицина, 1987. 536 с
2. Березов Ю.Е. Рак пищевода. М.: Медицина. 1979. 190 с.
3. Ванцян Э.Н., Тоцаков Р.А. Лечение ожоговых рубцовых сужений пищевода. М.: Медицина, 1971. С 259.
4. Василенко В.Х., Гребнев А.Д., Сальман М.М. Болезни пищевода. М.: Медицина, 1971. 407 с.
5. Гамбург Ю.Л. Рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода. М.: Медицина, 1974. 263 с.
6. Петровский Б.В. Хирургические болезни. М.: Медицина. 1980. 582 с.
7. Петрсон Б.Е. и др. Результаты лечения рака пищевода // Хирургия. 1976. № 4. С. 4-12.
8. Полянецв А.А. Хирургическое лечение рака и доброкачественных стенозов пищевода. Волгоград, 1960. 493 с.
9. Ратнер Г.Л., Белоконев В.И. Ожоги пищевода и их последствия. М.. Медицина, 1982. 180 с.
10. Рубайлов Ю.А. и др. Лазерное облучение в комплексном лечении послеожоговых эзофагитов // Советская медицина 1991. № 3. С 22
11. Русанов А.А. Рак пищевода. Л.: Медицина. 1974. 248 с.
12. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. 2-е изд. М., 1986. 601 с.
13. Саутенко А.И. Комплексное лечение ранних послеожоговых эзофагитов в сочетании с лазерным облучением- Дис канд. мед. наук Волгоград, 1992. 152 с.
14. Сафронов В.М. Лечение острых химических повреждений пищевода и их последствий - Рубцовых сужений Дис канд мед наук Волгоград, 1966 201 с
15. Хирургия I Пер. с англ.; Под ред. Б. Джаррела, А. Карбаси; Гл. ред. русского издания Ю. М. Лопухин, В. С. Савельев. М.: ГЭОТАР «Медицина», 1997. 1074 с. (Серия «Руководство для врачей и студентов»).
16. Черноусов А.Ф., Сильвестров В.С, Курбанов Ф.С. Пластика пищевода желудком при раке и доброкачественных стриктурах. М.: Медицина. 1990. 142 с.
17. Шалимов А.А, Полупан В.Н Атлас операций на пищеводе, желудке и 12-перстной кишке М Медицина, 1975 304 с