



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

“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) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и основных ее осложнений.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Перфорация язвы желудка и 12-перстной кишки, дифференциальная диагностика в период резких болей, в период кажущегося улучшения и в период прогрессирующего перитонита. Особенности диагностики и тактики хирурга при прикрытой перфорации язвы. Тактика хирурга во время операции, последовательность ревизии органов брюшной полости. Выбор метода оперативного вмешательства. Особенности ведения послеоперационного периода. Ошибки, опасности при лечении перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки. Консервативная терапия при крайне тяжелом состоянии больных или категорическом отказе больных от операции, методика Тейлора.
- 2). Пилородуоденальный стеноз. Патогенез. Клиника и диагностика. Стадии заболевания, характер нарушений основных звеньев гемостаза. Показания к операции с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом.
- 3). Кровотечения язвенной этиологии. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к консервативному, эндоскопическому и хирургическому гемостазу. Выбор метода оперативного вмешательства. Особенности ведения послеоперационного периода. Ошибки, опасности и осложнения при операциях по поводу кровотечения из ЖКТ. Профилактика.
- 4). Перфорация и малигнизация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения. Послеоперационные осложнения и их профилактика.
- 5). Синдром Меллори-Вейса. Причины развития заболевания. Этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение: консервативное и оперативное.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенной болезнью страдает до 5% взрослого населения. Дуоденальные язвы преобладают над желудочными в пропорции 3:1.

Этиология и патогенез. В этиологии язвенной болезни большое значение придается кислотно-пептическому фактору агрессии и защитному слизисто-бикарбонатному барьеру. Наряду с ними важными причинами образования язв являются:

- травматизация слизистой оболочки;
- желудочная и дуоденальная дисмоторика;
- дуоденально-гастральный рефлюкс;
- нарушение антродуоденального механизма торможения желудочной секреции.

Основным звеном патогенеза язвенной болезни служит нарушение баланса защитных и агрессивных факторов. Эти звенья вступают в действие при появлении ряда факторов риска (стресс, наследственная предрасположенность, хроническое воспаление слизистой желудка и 12-перстной кишки, их функциональные расстройства, алиментарные факторы и вредные привычки, инфекция).

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки может давать тяжелые осложнения, и в ряде случаев - со смертельными исходами.

Классификация осложнений (А. Ф. Черноусов и соавт., 1996):

- Язва, осложненная кровотечением: легким, тяжелым (профузным), крайне тяжелым.
- Язва, осложненная перфорацией: открытой, прикрытой.
- Пенетрирующая и каллезная язвы.
- Язва, осложненная рубцовыми деформациями желудка и 12-перстной кишки, стенозом привратника: компенсированным, субкомпенсированным, декомпенсированным.
- Малигнизация язвы.

КРОВОТОЧАЩАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кровотечение встречается у 20% больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки с летальностью от 2,7 до 32,5% (А. Ф. Чер-ноусов с соавт., 1996).

Наблюдаются кровотечения чаще всего у больных с локализацией язв в средней трети желудка по малой кривизне и на задней стенке 12-перстной кишки.

Кровотечения могут быть выражены в разной степени, от микроскопических до обильных профузных. Они бывают чаще у мужчин, обычно в возрасте 30-50 лет.

Клиническая картина гастродуоденальных кровотечений характеризуется выраженным появлением симптомов острого кровотечения: слабости, головокружения, тошноты, бледности кожных покровов и слизистых оболочек, холодного пота, иногда обморока. Спустя некоторое время появляется рвота кровью, при дуоденальных кровотечениях кровавой рвоты может и не быть, а появляется дегтеобразный стул (мелена).

Пульс с самого начала кровотечения учащается, а в дальнейшем в связи с падением артериального давления он может все падать и стать еле ощутимым.

Для определения степени тяжести кровопотери наряду с клиническими тестами широко используются лабораторные показатели.

Степень тяжести кровопотери (А. И. Горбашко, 1982)

Легкая степень кровопотери: Эритроциты – 3,5 млн., гемоглобин – 100 г/л; Пульс – до 80 уд/мин. Систолическое давление – 110 мм.рт.ст. Гематокрит – 30. Дефицит ГО (глобулярного индекса) – до 20 %.

Средняя степень кровопотери: Эритроциты – 3,5 – 2,5 млн., гемоглобин – 80 - 100 г/л; Пульс – 80 - 100 уд/мин. Систолическое давление – 110 - 90 мм.рт.ст. Гематокрит – 25 - 30. Дефицит ГО (глобулярного индекса) – до 25 – 30 %.

Тяжелая степень кровопотери: Эритроциты – 2,5 млн., гемоглобин – 80 г/л; Пульс – 100 уд/мин. Систолическое давление – 90 мм.рт.ст. Гематокрит – 25. Дефицит ГО (глобулярного индекса) – 30 % и более.

Для установления источника и причины кровотечения предпочтение отдают срочному эндоскопическому исследованию.

Диагноз ставится на основании характерных жалоб, анамнеза (гематомезис, мелена, признаки острой кровопотери), данных физи-кального исследования (пульс, АД, ректальное исследование), лабораторных данных (гемоглобин, эритроциты, ОЦК), аспирации желудочного содержимого, выявления с помощью эзофагогастродуодено-скопии источника кровотечения, уточнения интенсивности кровотечения, установления факта продолжения кровотечения или его остановки.

Больные с кровотечением легкой степени госпитализируются в хирургическое отделение, с кровотечением средней и тяжелой степени - сразу же направляются в реанимационное отделение.

Для решения тактических задач в зависимости от тяжести кровопотери и нарушения общего состояния выделяют 4 группы больных:

- общее состояние больных удовлетворительное – кровопотеря легкой степени (стадия клинического благополучия);
- общее состояние больных средней тяжести – кровопотеря средней тяжести - геморрагический шок (I стадия - компенсированной кровопотери);
- общее состояние больных тяжелое - кровопотеря тяжелой степени - гемор-

рагический шок (II стадия - тяжелых гемодинамических нарушений);

- терминальное состояние - массивное профузное кровотечение, часто продолжающееся, геморрагический шок (III стадия - необратимого шока).

Лечение. При язвенном гастродуоденальном кровотечении следует придерживаться активно-выжидательной тактики, которая заключается в следующем.

экстренная операция (2-3 часа после поступления) показана при продолжающемся кровотечении из язвы и невозможности его эндоскопической остановки или при повторяющемся кровотечении в стационаре;

срочная операция производится в течение первых 2-5 суток у больных 3-й группы с массивной кровопотерей, когда несмотря на переливание 1500 мл крови состояние больного не стабилизируется, а также при сохранении угрозы кровотечения (при большом и рыхлом тромбе, большой глубокой язве и т. д.). Операция должна проводиться, за редким исключением, в дневное время.

Плановая операция проводится через 2-4 недели после быстрой и стойкой остановки кровотечения у больных 1-2-й группы с легкой или средней тяжестью кровопотери. Операцию целесообразно выполнять после рубцевания язвы или ее уменьшения. Вопрос о характере операции решается на основании тех же критериев, что и при хронической язве.

Лечение всех больных с гастродуоденальными кровотечениями начинают, как правило, с комплекса консервативных мероприятий. Средства консервативной терапии направлены на остановку кровотечения, коррекцию волемических нарушений, противоязвенное лечение.

Больным 1-2-й групп с коротким анамнезом язвенной болезни или без него после остановки кровотечения показана консервативная противоязвенная терапия.

Методы операций. При язве 12-перстной кишки прошивают кровоточащий сосуд или иссекают язву передней стенки в сочетании с пилоролластикой и ваготомией.

При сочетанных язвах 12-перстной кишки и желудка - резекция желудка.

При язве желудка - резекция желудка с удалением кровоточащей язвы.

В тяжелой клинической ситуации при операциях на высоте кровотечений могут быть использованы малоинвазивные операции, направленные на спасение жизни больного; гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда, клиновидное иссечение язвы.

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Перфоративная язва чаще развивается в 12-перстной кишке (25%) преимущественно наблюдается у мужчин в возрасте 20-40 лет с коротким язвенным анамнезом (до 3 лет).

Клиника и диагностика. В клиническом течении различают 3 фазы:

- фаза абдоминального шока (до 6 часов после перфорации);
- фаза мнимого благополучия (6-12 часов после перфорации);
- фаза разлитого перитонита (после 12 часов).

Характерным симптомом является острое начало с ощущением

больным внезапной, очень резкой («удар кинжалом») боли в верхнем отделе живота с иррадиацией в спину или плечо, с появлением холодного пота, выраженной бледности кожных покровов и падением температуры тела. При пальпации - «доскообразный» живот.

При перкуссии брюшной стенки обнаруживается отсутствие или уменьшение размеров печеночной тупости и появление тимпанического звука за счет скопления воздуха в свободной брюшной полости.

В случае атипичной перфорации желудочное содержимое поступает не в свободную брюшную полость, а в забрюшинное пространство (при перфорации задней стенки 12-перстной кишки) или в сальниковую сумку (при перфорации кардиального отдела или задней стенки желудка).

В самом начале при прикрытой перфорации клиническая картина может быть такой же, как и при обычных прободениях, но уже через несколько часов острые явления начинают стихать, и к началу второго дня остается лишь некоторое напряжение мышц перед-

ней брюшной стенки в эпигастрии и правом подреберье. Диагностика затруднительная, если прикрытие наступает сразу после перфорации или когда желудочное содержимое изливается в хорошо отграниченный спаечным процессом участок брюшной полости.

При постановке диагноза у этих больных большую роль играют данные о начале заболевания и рентгенологическое исследование, позволяющее определить скопление воздуха (в виде серпа) под куполом диафрагмы, чаще правым. Кроме этого, важным рентгенологическим признаком является высокий уровень жидкости в желудке. При прикрытых перфорациях производится пневмогастрография.

При диагностических затруднениях используются эзофагога-стродуоденоскопия и лапароскопическое исследование брюшной полости.

Лечение. В лечении больных с прободением язвы должно, как правило, проводится неотложное хирургическое вмешательство. Возможны следующие варианты:

ушивание прободного отверстия;

ушивание перфоративной язвы с селективной проксимально[^] ваготомией;

стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой;

резекция желудка;

ваготомия с антрумэктомией.

При невозможности выполнить операцию и при отказе больного от операции применяют консервативное лечение по методу Тейлора.

ПРОНИКАЮЩИЕ (ПЕНЕТРИРУЮЩИЕ) ЯЗВЫ

Язвы желудка могут проникать (пенетрировать) в соседние органы (печень, поджелудочную железу, малый сальник, переднюю брюшную стенку, в ткани забрюшинного пространства). Обычно речь идет о больших каллезных язвах.

При язвах 12-перстной кишки пенетрация чаще всего происходит в головку поджелудочной железы, в печеночно-дуоденальную связку, желчный пузырь, поперечно-ободочную кишку.

Клиника и диагностика. Пенетрация язвы в поджелудочную железу клинически проявляется интенсивными болями в спине.

Нередко появляются выраженная болезненность и напряжение брюшной стенки (картина местного перитонита). У ряда больных удается прощупать воспалительную опухоль (инфильтрат).

При пенетрации язвы в ткани забрюшинного пространства развивается симптоматика забрюшинной флегмоны с образованием натечника в правые поясничную и паховую области, на боковую поверхность груди.

Дополнительными методами исследования являются:

рентгенологическое исследование, позволяющее увидеть у этих больных ниши со значительным затеканием контрастной массы в соседние участки (органы);

эзофагогастродуоденоскопия, которая, как правило, дает возможность обнаружить язву больших размеров на задней стенке 12-перстной кишки.

Лечение. Методом выбора при пенетрирующих язвах является резекция желудка.

РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА

Заболевание является последствием рубцевания язв, локализующихся в области привратника или 12-перстной кишки, и сопровождается расширением желудка. Стенозирование выходного отдела желудка возникает у 5-10% больных язвенной болезнью.

Классификация пилородуоденального стеноза (Ю. М. Панцырев и соавт., 1977):

1) формирующийся; 2) компенсированный; 3) субкомпенсированный, 4) декомпенсированный.

Клиника и диагностика. Для формирующегося стеноза привратника четкой клинической картины нет. При рентгенологическом исследовании желудок не расширен, перистальтика нормальная или несколько усилена, желудок опорожняется полностью. Фиброгастро-дуоденоскопия обнаруживает рубцово-язвенную деформацию привратника, приврат-

ник полностью не раскрывается.

Компенсированный стеноз характеризуется появлением чувства тяжести и переполнения в верхней половине живота. Нередко появляется тошнота после приема пищи. Часто больные вызывают рвоту для облегчения своего состояния. При рентгенологическом исследовании желудок нормальных размеров или несколько расширен, натошак определяется жидкость, перистальтика ослаблена. Эвакуация контрастной массы из желудка задерживается на 6-12 часов. Фиброгастроскопия выявляет выраженную рубцовую деформацию пилорoduodenального канала с сужением просвета до 0,5 см.

Субкомпенсированный стеноз проявляется ощущением тяжести и переполнения в подложечной области, иногда сочетается с болью. Отмечается частая отрыжка большим количеством воздуха и желудочным содержимым неприятного вкуса. Рвота становится почти ежедневной. Развивается прогрессирующее похудание, обезвоживание, понижение тургора кожи. При рентгенологическом исследовании определяется снижение тонуса желудка и его умеренное расширение, натошак в нем сохраняется жидкость. Перистальтика ослаблена, барий задерживается в желудке на 12-24 часа. При фиброгастроскопии наблюдается растяжение желудка, изменение пилорoduodenального канала до 0,3 см.

В декомпенсированной стадии стеноза желудок не освобождается от пищи. Рвота становится регулярной и, как правило, содержит остатки пищи, съеденной накануне. Боль приобретает постоянный характер. Общее состояние резко ухудшается, нарастают истощение и обезвоживание, появляются судороги, нарушения электролитного обмена и симптомы азотемии (слабость, головная боль, жажда, зловонный запах изо рта, олигурия и др.). Отмечается западение нижней половины живота и выпячивание подложечной области за счет растянутого желудка. Натошак определяется «шум плеска». Обращают на себя внимание видимые перистальтические волны. Направляющиеся от кардиальной части к привратнику и обратно. Рентгенологические признаки, желудок резко растянут, натошак в нем большое количество жидкости. Перистальтика резко ослаблена, эвакуация пищи задерживается более чем на 24 часа.

При фиброгастроскопии отмечается большое растяжение желудка и атрофия слизистой оболочки. Пилорoduodenальный канал сужен до 0,1 см.

Лечение. Язвенный гастрoduodenальный стеноз – абсолютное показание к операции.

Цель операции:

- устранение препятствия на пути продвижения пищи;
- удаление стенозирующей язвы;
- стойкое удаление кислотно- и пепсинопродуцирующих зон желудка.

Больным с суб- и декомпенсированным стенозом необходима комплексная предоперационная подготовка, включающая:

коррекцию водно-электролитного обмена, белкового состава, волевых нарушений, деятельности сердечно-сосудистой системы,

борьбу с атонией желудка: промывание, стимулирующая терапия.

Больные без выраженных нарушений моторики желудка (стадии формирующегося и компенсированного стенозов) могут быть оперированы после сравнительно небольшого (5-7 дней) периода предоперационной подготовки (противоязвенная терапия, декомпрессия желудка).

Виды оперативных вмешательств зависят от стадии пилорoduodenального стеноза. Возможны следующие варианты:

- гастрэнтеростомия;
- резекция желудка (при декомпенсированном стенозе из-за значительного угнетения моторной функции - это операция выбора);
- ваготомия с дренирующими желудок операциями.

МАЛИГНИЗАЦИЯ ЯЗВЫ

У 10% больных с язвенной болезнью желудка происходит малигнизация язвы. Превращение язвы в рак чаще наблюдается при локализации процесса в антральном и субкар-

диальном отделах желудка. Малигнизация язв, локализующихся в 12-перстной кишке, происходит крайне редко. Имеются данные о том, что язвы, достигшие в диаметре 2,5 см, следует считать раковыми.

Клиника и диагностика. Симптомы ракового превращения язвы нечеткие. Исчезает периодичность в течении язвенного процесса, боли уменьшаются и перестают зависеть от приема пищи, появляется желудочный дискомфорт. Больной теряет аппетит, худеет, развиваются анемия и общая слабость, появляются диспептические расстройства.

При пальпации прощупывается безболезненная опухоль в эпигастральной области. В кале обнаруживается скрытая кровь. Отмечается уменьшение кислотности желудочного сока.

Для перерождения язвы в рак характерно появление таких рентгенологических и эндоскопических признаков, как увеличение язвенной ниши до 2,5 см и более и ее дальнейшее углубление, края язвы становятся неровными, изъеденными, мышечная стенка желудка - ригидной.

Для окончания диагностики решающее значение имеет биопсия краев и дна язвы с цитологическим и гистологическим исследованиями.

Для выявления метастазов важное значение имеют УЗИ и компьютерная томография.

Лечение. Лечение только хирургическое: перерождение язвы в рак является абсолютным показанием к операции. Основные типы радикальных операций: дистальная субтотальная резекция желудка; гастрэктомия; проксимальная субтотальная резекция желудка.

При врастании опухоли в соседние органы, если позволяет общее состояние и отсутствуют метастазы, производят комбинированные операции - субтотальная резекция желудка или гастрэктомия с удалением или резекцией части органа единым блоком.

При наличии отдаленных метастазов выполняют паллиативные резекции 2/3 или 3/4 желудка в тех случаях, когда риск операции небольшой.

Из других паллиативных хирургических вмешательств применяются гастроэнтеростомия, гастростомия, еюностомия.

II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 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. Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
2. Классификация осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
3. Основные симптомы кровоточащей язвы желудка и 12-перстной кишки.
4. Признаки, определяющие степень кровотечения.
5. Классификация тяжести кровопотери по А. И. Горбашко.
6. Современная тактика при кровоточащих язвах желудка и 12-перстной кишки.
7. Основные симптомы при прободной язве желудка и 12-перстной кишки.
8. Особенности клинического течения атипичной и прикрытой перфораций язв желудка и 12-перстной кишки.
9. Особенности клинической картины пепетрирующих язв в поджелудочную железу и забрюшинное пространство.
10. Методы выбора хирургического лечения при кровоточащей, прободной и пенетрирующих язвах желудка и 12-перстной кишки
11. Классификация пилородуоденального стеноза.
12. Клиническая картина различных стенозов привратника.
13. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных со стенозом привратника.
14. Виды оперативных вмешательств при различных стенозах привратника.
15. Клинические, рентгенологические и эндоскопические признаки малигнизации язв.
16. Показания к паллиативным операциям при малигнизации язв.
17. Основные типы радикальных операций при малигнизации язв.

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. Золлингер Р, Золтнгер Р (мл) Атлас хирургических операций М . Изд-во Межд. мед. клуба, 1996 436 с
2. Кочнев О С Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Казань Изд-во Казанского ун-та, 1984 288 с
3. Панцырев Ю М., Гинберг А А Ваготомия М Медицина, 1979 159 с.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред Савельева В С 2-е изд М • Медицина, 1986 601 с.
5. Хирургия / Пер с англ., Под ред. Б. Джаррела, А Карбаси; Гл. ред русского изда-

- ния Ю. А Лопухин, В. С Савельев. М ГЭОТАР «Медицина», 1997. 1070 с
6. Черноусое А Ф , Богопольский П М Курбаное Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки М. Медицина 1996. 254 с.
 7. Шалимов А А , Саенко В Ф Хирургия пищеварительного тракта, Киев Здоровье, 1987 567 с