

На правах рукописи

БУЛЫНИН Виктор Викторович

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИСФАГИИ

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Воронеж - 2009 г.

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор
Пархисенко Юрий Александрович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор академик РАМН
Черноусов Александр Федорович

доктор медицинских наук, профессор
Затолюкин Василий Данилович

доктор медицинских наук, профессор
Темирбулатов Владимир Ибрагимович

Ведущая организация: Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Защита диссертации состоится «___» _____ 2009 года в ___ часов на заседании диссертационного совета Д.208.009.01 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (394036 г. Воронеж, ул. Студенческая, 10).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава».

Автореферат разослан «___» _____ 2009 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Глухов А.А.

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы. Хирургия пищевода относится к наиболее трудным разделам торакальной хирургии. Глубокое расположение и сложные топографо-анатомические взаимоотношения этого небольшого, но важного органа, большое число различных заболеваний и часто встречающихся повреждений, грозящих опасностью тяжелых, иногда смертельных, осложнений, трудности клинической и инструментальной диагностики и, наконец, чисто технические сложности оперативного лечения определяют правомерность такого утверждения. Реконструктивная хирургия при доброкачественных и злокачественных новообразованиях, а также различных травмах пищевода до настоящего времени остаётся одним из сложных разделов хирургии пищеварительного тракта. Врождённая непроходимость, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, пептические и ожоговые рубцовые стриктуры, нейромышечные заболевания в далеко зашедших стадиях, доброкачественные и злокачественные опухоли, дивертикулы и свищи, химические и механические травмы, болезни оперированного и искусственного пищевода часто требуют проведения сложных реконструктивных операций, к сожалению, не всегда эффективных (Littmann I., 1982; Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С., 2000; Кованов В.В., 2001; Мирошников Б.И., Лебединский К.М., 2002; Ганул В.Л., Киркилевский С.И., 2003; Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А., 2004; Ганцев Ш.Х., 2004).

Известные и общие черты присущие хирургии пищевода: обширность вмешательств, их травматичность и продолжительность, сложность хирургической техники, достаточно высокий процент осложнений и летальности продолжают сдерживать широкое применение одноэтапных операций в клинике (Мирошников Б.И., Лебединский К.М., 2002).

Углубленные исследования при изучении заболеваний пищевода ведут к появлению новых терминов, таких как гастроэзофагорефлюксная болезнь и разделов медицинской науки, изучающих ее диагностику и лечение. Отсутствие однозначных мнений по многим разделам хирургии пищевода стало основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Разработка и внедрение новых концептуальных подходов к диагностике и лечению заболеваний пищевода, проявляющихся синдромом дисфагии.

Задачи исследования.

1. Обосновать выбор алгоритма диагностики, тактики лечения опухолей пищевода различной локализации и кардии, дать рекомендации по оптимальному использованию различных методик.

2. Разработать и внедрить методики лечения больных с патологией оперированного пищевода и кардии с явлениями дисфагии. Изучить значимость хирургической техники в этиологии возникновения рецидивов рака и образования рубцовых стриктур в зоне анастомоза у больных, оперированных по поводу онкопатологии пищевода и кардии.

3. Предложить критерии индивидуального подхода к диагностике и лечению ахалазии и кардиоспазма консервативными и оперативными методами или их сочетанием.

4. Повысить результативность диагностики и лечения пациентов с рубцовой стриктурой пищевода на фоне эзофагита путем создания скринингового метода диагностики и многокомпонентного алгоритма коррекции.

5. Оптимизировать применение методик лечения сформировавшихся рубцовых стриктур после химических ожогов пищевода и желудка, обосновать клиническую и экономическую эффективность профилактики послеожоговых осложнений.

6. Определить зависимость исходов лечения больных с инородными телами пищевода от соотношения временного фактора перфорации и оперативного лечения, а также вида используемого при диагностике контраста.

7. Предложить методики лечения редких вариантов заболеваний, вызывающих синдром дисфагии.

Научная новизна.

Обоснована тактика диагностики и лечения пациентов с заболеваниями пищевода, проявляемыми синдромом дисфагии.

Предложен и внедрен ряд новых методов диагностики и лечения: способ пластики пищевода толстой кишкой (пат. № 2243726 RU от 10.01.05), способ наложения гастростомы (пат. № 2234864 RU от 27.08.04), способ лимфоаденэктомии при злокачественных опухолях пищевода (пат. № 2285453 RU от 20.10.06).

Разработаны и применены принципы лечения, профилактики рубцовых стриктур пищевода и желудка после химических ожогов: способ профилактики рубцовых стенозов пищевода после химических ожогов (пат. № 2246312 RU от 20.02.2005), включающий раннее бужирование, с использованием озониро-

ванного растительного масла, способ лечения рубцовых стенозов привратника после химических ожогов пищевода и желудка (пат. № 2283039 RU от 10.09.06).

Для лечения стенозов пищевода на фоне эзофагита разработан и внедрен новый метод – способ лечения сформировавшихся рубцовых сужений пищевода (пат. № 2283127 RU от 10.09.06). Разработаны и применены различные варианты магнитных компрессионных устройств (авторское свидетельство № 1438738 SU от 22.07.88), а также ряд методик, позволяющих в редких, крайне тяжелых лечебных ситуациях, достичь положительного эффекта: способ закрытия перфорационных отверстий желудка (пат. № 2246908 RU от 27.02.05), способ лечения перфораций пищевода после пульмонэктомии слева (пат. № 2283040 RU от 10.09.06).

Практическая значимость работы.

В результате проведенного исследования в клиническую практику введен универсальный методологический подход к лечению больных с заболеваниями пищевода, разработан ряд методик, позволяющих упростить и улучшить помощь, оказываемую больным с синдромом дисфагии.

Дано обоснование тактики лечения рубцовых стриктур пищевода после химического ожога. Разработка и внедрение способа профилактики образования рубцовых стриктур пищевода после химических ожогов позволяют значительно уменьшить количество образовавшихся стриктур пищевода у пациентов этой группы, получить существенный экономический эффект за счет внедрения этой методики в работу лечебно профилактических учреждений России.

Эффективность диагностики и лечения стеноза пищевода, возникшего на фоне эзофагита, применяемых до хирургической коррекции причин вызвавших эзофагит, позволяют снизить среднее пребывание больного в стационаре с 24,6 до 16,3 дней и увеличить количество хороших результатов более чем на 18%.

Предложен и внедрен ряд оригинальных оперативных вмешательств при крайне редко встречающихся заболеваниях, проявляющихся синдромом дисфагии, позволяющих сохранить жизнь и провести удовлетворительную реабилитацию пациентов.

Результаты диссертации внедрены в работу отделения торакальной хирургии, эндоскопии ГУЗ «ВОКБ № 1», диагностического центра г. Воронежа, отделения эндоскопии РНЦХ г. Москвы, учебный процесс Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Теоретическая значимость.

Доказано, что во всех случаях рака пищевода и кардии анализ только симптомов не позволяет поставить диагноз и не дает возможности предположить выполнение одного из видов лечения, так как симптомы не являются специфичными.

Рассчитаны экономические преимущества использования предложенных методов профилактики формирования рубцовых ожогов пищевода для специализированных стационаров в масштабах России.

Разработаны теоретические предпосылки изменения кислотности эрозированной поверхности пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) под воздействием озонированного масла.

Достоверность полученных результатов определялась большим объемом исследования – в общей сложности более двух с половиной тысяч наблюдений пациентов с изучаемой патологией, использованием современных методов диагностики, консервативного и оперативного лечения, подробных анамнестических данных, адекватностью методов математической обработки результатов исследований.

Объем и структура диссертации.

Работа состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 7 глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 93 рисунками и 51 таблицей. Список литературы содержит 423 источников, из них 312 источников отечественных и 111 зарубежных авторов. Диссертация изложена на 284 страницах машинописного текста.

Основные положения, выносимые на защиту.

У пациентов с онкологической патологией кардии и нижней трети пищевода необходимо проведение лапароскопического исследования; с онкологической патологией верхней трети пищевода – бронхоскопии; с онкологической патологией средней трети – использование сочетания этих методов. Такой алгоритм обследования позволяет отследить поражение трахеи, метастазирование в органы брюшной полости и оптимизировать тактику лечения.

Торакоабдоминальный доступ слева более эффективен, чем абдоминальный при лечении опухолей нижней трети пищевода и кардии, так как количество рецидивов по линии резекции при торакоабдоминальном доступе меньше.

Применение дилататора Штарка при ахалазии и кардиоспазме более эффективно, чем применение баллонных дилататоров.

Ретроградное бужирование или бужирование по струне являются наиболее безопасными методами лечения сформировавшихся стриктур пищевода, так как сопровождаются наименьшим количеством осложнений.

Использование способа ранней механической дилатации пищевода в сочетании с применением озонированного масла позволяет на порядок уменьшить количество образовавшихся рубцовых стриктур пищевода при его химических ожогах.

Разработанные способы лечения острых стриктур привратника после химических ожогов желудка и гастростомии при химических ожогах пищевода дают возможность устранить осложнения, наблюдаемые при применении традиционных методов.

Разработанный способ лечения перфорации при неоперабельной опухоли кардии позволяет восстановить целостность желудка в случаях, когда другие способы закрытия перфорации применить не представляется возможным.

Апробация работы.

Основные положения диссертации доложены на:

Всеукраинской конференции с международным участием “Актуальные проблемы восстановительной хирургии” (Запорожье, 15-16 ноября 2001 г.), всероссийской научно-практической конференции “Актуальные вопросы хирургии пищевода” (Санкт-Петербург, 24-25 октября 2002 г.), межрегиональной конференции, посвященной 70-летию профессора, заслуженного деятеля науки Российской Федерации Виктора Ивановича Булынина “Современные подходы науки и практики в хирургии” (Воронеж, 2002 г.), международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы торакальной и абдоминальной хирургии» (Алушта, 27-29 мая 2004 г.), учредительном съезде Российского общества хирургов – гастроэнтерологов “Физиология и патология заболеваний пищевода” (Сочи, 3-5 ноября 2004 г.), межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых “Новые технологии в биологии и медицине” (Воронеж, 2004 г.), международном хирургическом конгрессе «Новые технологии в хирургии» (Ростов, 5-7 октября 2005 г.), XXI съезде хирургов Украины (Запорожье, 2005 г.), VI всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Озон в биологии и медицине» (Нижний Новгород, 21-23 сентября 2005 г.), межрегиональной научно – практической конференции «Актуальные вопросы современной хирургии» (Курск, 18 ноября 2005 г.); научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации «Актуальные вопросы клинической хирургии» (Ярославль,

7-8 июня 2008г.); 1 съезде Российского общества хирургов гастроэнтерологов «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (Геленджик, 5-7 ноября 2008г.); заседаниях Воронежского научно-практического общества хирургов (2000-2008 гг.).

По теме исследования опубликовано 65 печатных работ, в том числе 15 публикаций в журналах, рекомендованных «Перечнями...» ВАК РФ.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава» (зав. каф. д.м.н., профессор Пархисенко Юрий Александрович) и торакальном отделении ГУЗ «ВОКБ № 1» (главный врач д.м.н., профессор Эктов Владимир Николаевич). В работе использованы материалы воронежского областного онкологического клинического диспансера (главный врач, к.м.н. Чевардов Николай Иванович) и торакального отделения курской областной клинической больницы (главный врач, к.м.н. Кожухов Михаил Алексеевич).

Исследование проводилось в соответствии с планом научных исследований ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава» по разделу «Современные технологии в лечении и реабилитации хирургических больных», номер госрегистрации темы 01200700008.

В понятие синдром дисфагии включен комплекс патологических симптомов, возникающих при нарушении функции пищевода и кардии, вызванных различными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. К этим симптомам отнесены нарушение пассажа пищи, болевые ощущения, изжога, срыгивание. По данным исследования медицинской документации пациентов с синдромом дисфагии, пролеченных в торакальном отделении ГУЗ «ВОКБ №1», частота различных заболеваний вызывающих синдром дисфагии неодинакова. С целью сравнения различных методов лечения больных с заболеваниями пищевода, вызывающими синдром дисфагии, проанализированы истории болезней 2577 пациентов, находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии воронежской областной клинической больницы с 1990 по 2005г. и 108 больных лечившихся в отделении торакальной хирургии курской областной клинической больницы (ахалазия и кардиоспазм с 1991 по 2007 годы). Исходя из задач, поставленных в работе, исследуемый контингент разделен на 8 групп, соответствующих заболеваниям, вызывающим синдром дисфагии (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных согласно группам исследования.

Группа пациентов	абс.	%
Рак пищевода и кардии	897	34,8
Ахалазия кардии	312	12,1
Рубцовый стеноз пищевода на фоне эрозивного эзофагита	385	14,9
Заболевания оперированного пищевода	164	6,4
Ожоговые стриктуры пищевода	657	25,5
Инородные тела пищевода	136	5,3
Редкие варианты заболеваний, вызывающих синдром дисфагии	26	1
Всего	2577	100%

К заболеваниям, вызывающим синдром дисфагии относятся: рак пищевода и кардии, химический ожог пищевода и вызванная им стриктура пищевода, ахалазия кардии и кардиоспазм, пептический эзофагит на фоне ГЭРБ, инородные тела пищевода, стриктуры пищеводно-желудочных, пищеводно-кишечных анастомозов, заболевания редко вызывающие синдром дисфагии.

Всем пациентам проводилось обследование, которое определялось спецификой заболевания в исследуемой группе.

Основные инструментальные исследования, произведенные пациентам представлены на рис. 1.

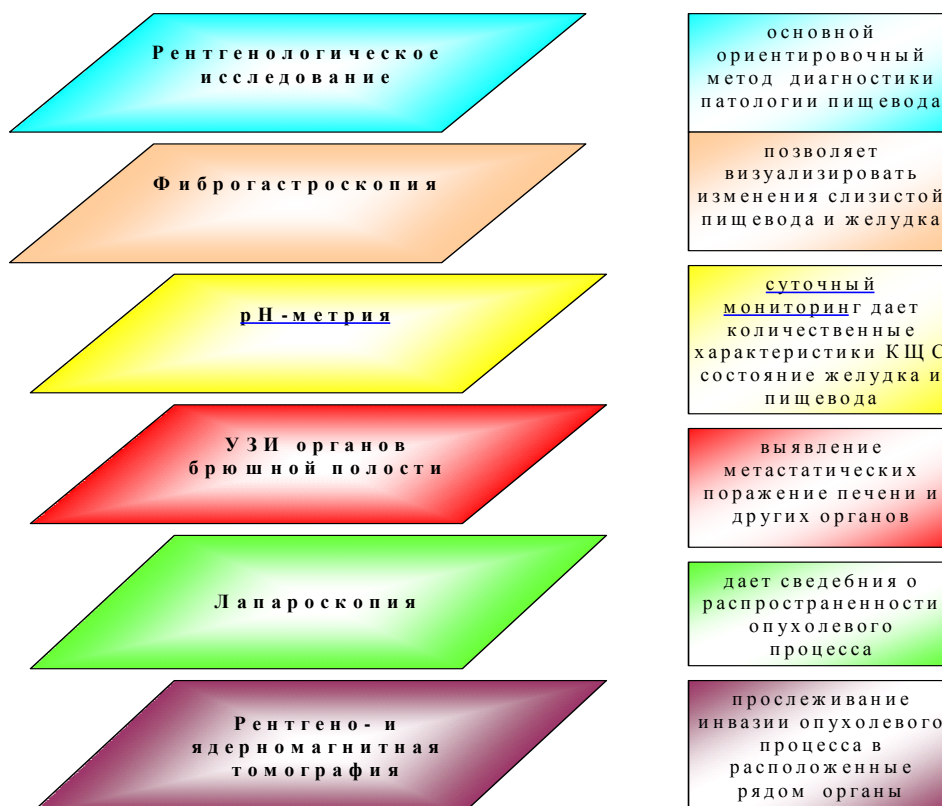


Рис. 1. Основные диагностические методы исследования.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась на ПЭВМ типа Pentium с помощью пакетов прикладных программ Excel, SSPS.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Раковые стриктуры пищевода

Рак кардии и пищевода

Рак кардии и пищевода прослежен на историях болезней 897 пациентов, лечившихся в отделении торакальной хирургии ГУЗ «ВОКБ № 1» за период с 1986-2005 гг.

Диагностика рака кардии и пищевода имеет определенные трудности, так как это заболевание не имеет на ранних стадиях развития четко определенных симптомов. Появление строго обозначенной симптоматики часто говорит о распространении и запущенности заболевания. Чаще всего больные для оперативного лечения попадают в III- IV стадиях.

Симптом дисфагии является ведущим в клинической картине рака кардии и нижней трети пищевода, по нашим наблюдениям встречается в 87,27% случаев, почти в половине случаев этот симптом дополняется другими симптомами. Следующими, по частоте симптомами являются боль, потеря веса. В 43,4% случаев отмечена комбинация симптомов. Однако, наличие моно симптомов или их сочетание при РСН не позволяют достоверно предопределить возможность проведения одного из видов лечения, так же как и при РКН какой-либо симптом или их сочетание не дают возможность определить стадию заболевания, о чем свидетельствуют результаты корреляционного анализа между симптомами рака кардии и пищевода и объема хирургического лечения (табл. 2).

Из таблицы следует, что статистически значимой корреляции между изученными показателями нет – полученные коэффициенты не превышают 0,3 и не могут рассматриваться как свидетельство достоверной взаимосвязи между симптомами и видом вмешательства.

При обследовании пациентов с раком кардии, нижней и средней трети пищевода, необходимо проводить лапароскопию в обязательном порядке, так как метастазирование в органы брюшной полости, по нашим данным, при раке кардии и нижней трети пищевода 45,9%, а раке средней и нижней трети пищевода 29,3%. Отказ от лапароскопии у этих больных ведет к неоправданно большому числу эксплоративных операций (рис. 2).

Отказаться от проведения лапароскопии можно лишь в тех случаях, когда выполнение операции невозможно избежать. В эту группу входят пациенты с полной или почти полной непроходимостью пищевода. Метастазирование в брюшную полость при раке верхней трети не отмечено.

При обследовании пациентов с раком средней и верхней трети пищевода

необходимо проведение бронхоскопии, что позволит сократить количество эксплоративных операций (рис. 3).

Таблица 2.

Соотношение симптомов рака кардии и пищевода и объема хирургического лечения.

коэффициент корреляции между показателями	Радикальные операции	Удаление опухоли и единичных метастазов	Гастростомия, энтеростомия	Эксплоративные вмешательства	Операция не предлагалась	Отказ больного от операции
дисфагия	0,268	0,035	0,041	0,244	0,004	0,017
дисфагия + боль	0,088	-0,268	0,052	0,063	0,042	0,037
дисфагия + потеря веса	0,122	-0,086	0,037	0,028	-0,019	0,098
дисфагия + боль + потеря веса	-0,030	0,190	-0,116	-0,010	0,190	-0,030
дисфагия + изжога + боль + отрыжка	0,062	0,049	0,086	0,069	0,015	0,073
дисфагия + изжога + отрыжка	-0,150	0,251	0,082	0,120	0,035	0,075
боль	-0,070	-0,050	0,263	0,028	-0,044	0,074
боль + потеря веса	0,082	0,240	0,157	0,060	0,035	0,007
кровотечение	0,003	-0,056	0,035	0,059	0,034	0,092
нет жалоб	0,104	0,170	0,098	0,116	0,044	0,050

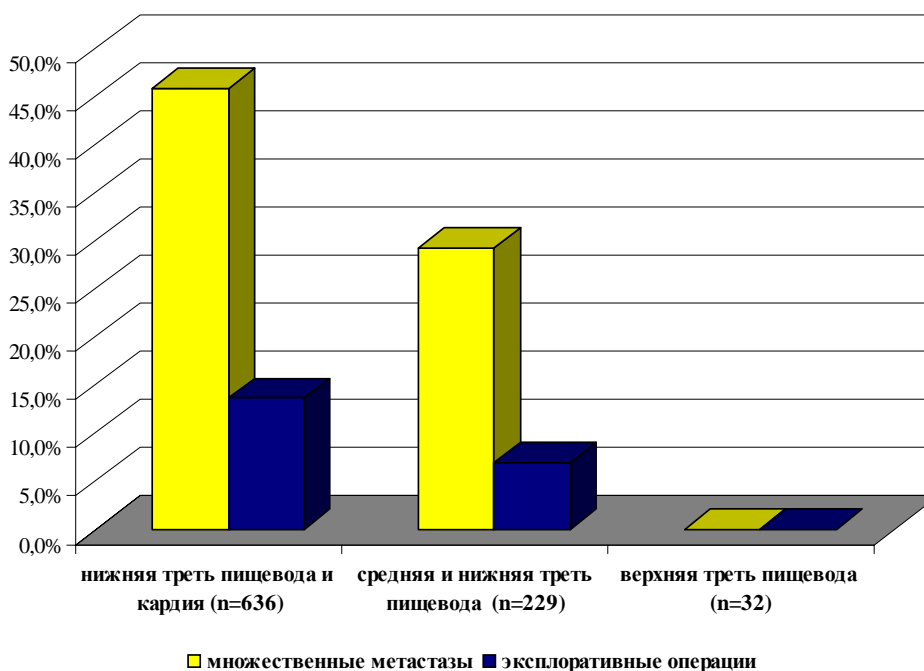


Рис. 2. Частота метастазирования в брюшную полость.

Отказ от бронхоскопического исследования нецелесообразен, так как велика вероятность прорастания опухоли в трахею – средняя и нижняя треть пищевода 3,9%; верхняя треть пищевода - 12,5%.

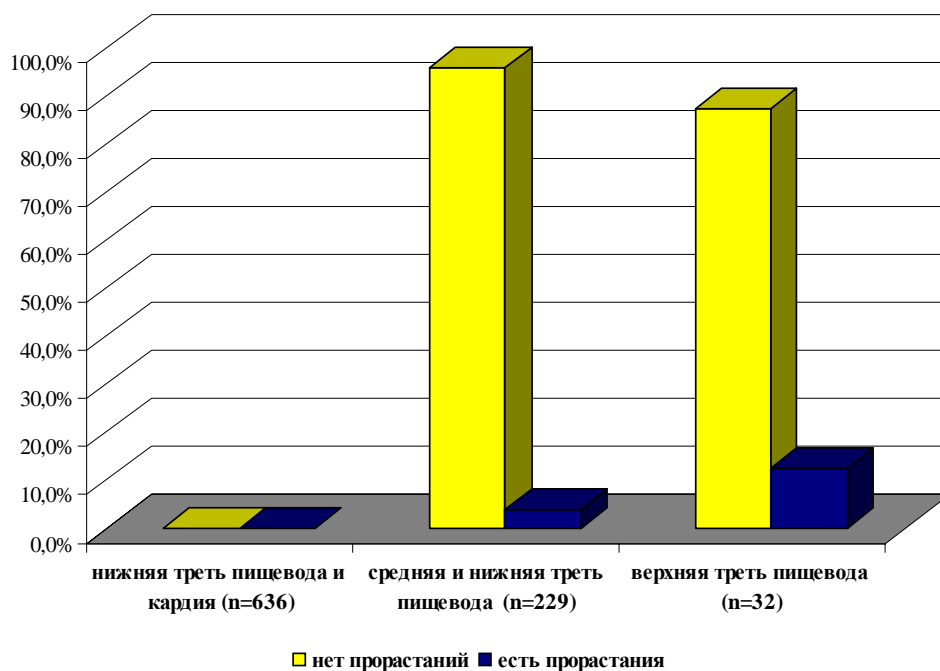


Рис. 3. Частота инвазии опухоли пищевода в трахеобронхиальное дерево.

Повторные вмешательства у больных, перенесших операции по поводу рака пищевода и кардии

Лечение стриктур пищеводных анастомозов

В отделении торакальной хирургии ГУЗ «ВОКБ № 1» лечились 164 человека, оперированных ранее, с наложением пищеводных анастомозов в различных лечебных учреждениях России. 159 человек составляли пациенты, оперированные по поводу онкологической патологии пищевода и кардиального отдела желудка. Повторно после проксимальной резекции желудка в отделение торакальной хирургии поступил 71 больной, более чем у половины из них наблюдалось нарушение пассажа пищи в зоне анастомоза, обусловленное стенозом различной этиологии (рис. 4).

Лечение стенозов пищеводных анастомозов является серьезной проблемой пищеводной хирургии, которую решить хирурги без помощи эндоскопистов не могут. В отделении торакальной хирургии пролечено 76 пациентов со стриктурами пищеводных анастомозов неопухолевой этиологии.

До 2000 года в клинике проводилось бужирование стриктур анастомозов антеградно под контролем ФГС и ФГС аппаратом (после достижения определенного просвета анастомоза).

С 2003 года в клинике применяется способ лечения сформировавшихся стриктур анастомозов, заключающийся в бужировании стриктуры анастомоза по струне под эндоскопическим контролем, с последующим поддерживающим самобуживанием эластичным зондом диаметром 1,2 см с озонированным маслом (пат. № 2283127 RU от 10.09.2006).

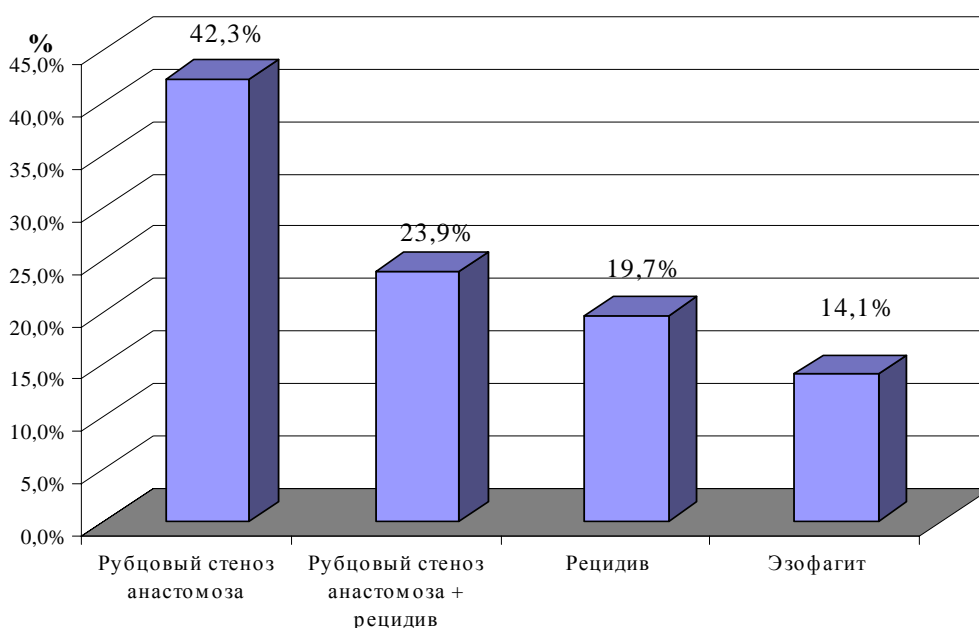


Рис. 4. Осложнения после проксимальной резекции желудка по поводу рака.

Бужирование по этой методике проведено 9 пациентам со стриктурами анастомозов, локализовавшихся в разных участках пищевода.

В период до 2000 года из 191 пациента, оперированного по поводу рака пищевода и кардии с наложением пищеводного анастомоза, у 67 (35,1%) наблюдался рубцовый стеноз анастомоза. У 149 пациентов, перенесших подобные операции после 2000 года, количество рубцовых стриктур уменьшилось до 17 (11,4%), что связано с применением современных рассасывающихся шовных материалов. Достоверная связь количества послеоперационных стриктур и вида используемого шовного материала подтверждается данными таблицы 3.

Таблица 3.

Корреляционная матрица зависимости количества рубцовых стриктур анастомоза от вида шовного материала.

Вид оперативного вмешательства	Вид шовного материала	
	не атравматический	атравматический
Проксимальная резекция желудка и нижней трети пищевода	0,95	0,11
Гастрэктомия	0,81	0,14
Трансхиатальная пластика пищевода желудочной трубкой	0,71	0,68
Операция Льюиса	0,87	0,26

Повторные вмешательства по поводу рецидива рака пищевода

В отделении торакальной хирургии ГУЗ «ВОКБ №1» повторно оперированы 43 пациента. Из них 35 (81,4%) пациентов были оперированы и выписаны на амбулаторное лечение с улучшением.

В раннем послеоперационном периоде умерло 8 (18,6%) пациентов из числа оперированных. Из них один пациент погиб в результате гастрэктомии, произведенной после проксимальной резекции желудка и нижней трети пищевода. В результате резекции анастомоза и еюностомии, выполненной после гастрэктомии, погибло два и один пациент соответственно.

В результате пластики тонкой кишкой, выполненной после операции Торека, летальный исход наблюдали в одном случае.

Таким образом, согласно данным литературы и нашим исследованиям, повторные оперативные вмешательства представляют большую трудность для хирурга. Однако, приведенные данные, полученные в результате нашей работы, подтверждают возможность их выполнения и продления жизни пациенту.

Пластика пищевода после экстирпации культи желудка и пищевода у пациентов с рецидивом опухоли после проксимальной резекции выполнена 2 больным по разработанной в клинике методике (пат. №2243726 RU от 10.01.2005).

Материалы проведенных нами исследований позволяют утверждать, что количество рецидивов рака кардии после проксимальной резекции желудка и гастрэктомии по поводу рака кардии и нижней трети пищевода на 16,1% и 6,8% соответственно чаще при применении абдоминального доступа, чем торакоабдоминального, особенно в течение первого года. При гастрэктомиях рецидивов рака в зоне анастомоза меньше, чем при проксимальных резекциях. Количество

рецидивов больше при операции Льюиса на 11,8 %, чем при трансхиатальной пластике пищевода желудочной трубкой.

Использование предлагаемого способа пластики пищевода толстой кишкой позволяет производить реконструктивную операцию при рецидиве рака пищевода-желудочного перехода трансхиатально.

Применение современных шовных материалов (рассасывающихся нитей с атравматической иглой) значительно снижают количество рубцовых стриктур при операциях на пищеводе.

Явления анастомозита наблюдаются значительно чаще при наложении анастомоза с петлей тонкой кишки, чем при наложении анастомозов конец в конец с кишкой, подготовленной по способу Ру.

Эндоскопическая дилатация стеноза пищеводного анастомоза и переход к самобуживанию с озонированным маслом является эффективным средством при лечении этой патологии.

Лечение ахалазии кардии и кардиоспазма

В отделении торакальной хирургии ГУЗ «ВОКБ № 1» с 1990 по 2005 годы пролечено 204 больных с ахалазией кардии и кардиоспазмом (АиК), В отделении торакальной хирургии курской ОКБ с 1991 по 2006 годы пролечено 108 больных. Основными методами диагностики этих заболеваний были: анализ жалоб, ФГС, рентгенография пищевода с контрастом.

При анализе жалоб выявлено, что преобладающим симптомом является нарушение прохождения пищи по пищеводу.

Симптом дисфагии наблюдался в 94,6%, в 12,3% он дополнялся другими симптомами, такими как боль (2%), отрыжка (4%), изжога (3,5%) и только у 2 (1%) пациентов жалобы отсутствовали, а заболевание было обнаружено случайно при обследованиях по другому поводу.

Основным методом лечения ахалазии и кардиоспазма была кардиодилатация. Дилатация аппаратом Штарка была применена у 201 больного, баллонная у 87. Метод Штарка позволил достичь положительных результатов более чем в 91% случаев, а баллонной дилатации 81,6%. Оба метода эффективны при проведении 1-2 курсов дилатации, при проведении третьего и более курсов дилатации эффективность этих методов значительно снижается.

Однократная дилатация с хорошим эффектом произведена не только при 1-2, но и при 3-4 стадиях заболевания (рис. 5).

В результате проведенных исследований установлено, что при диагностике ахалазии и кардиоспазма необходимо применять в комплексе ФГС и рентгеновское исследования, особенно на ранних стадиях развития заболевания.

Медикаментозная терапия язвенной болезни, гастрита, дуоденита, ЖКБ, эзофагита должна проводиться параллельно с основными методами коррекции патологии желудочно-пищеводного перехода.

Наиболее эффективным методом лечения АиК является кардиодилатация механическим кардиодилататором, эффективность применения этого метода при 3-4 стадиях снижается, но применение её возможно, особенно у обратившихся впервые пациентов.

Выбор метода лечения данной патологии должен быть строго индивидуальным и необходим своевременный переход от медикаментозной терапии к кардиодилатации и оперативному лечению или сочетания этих методов.

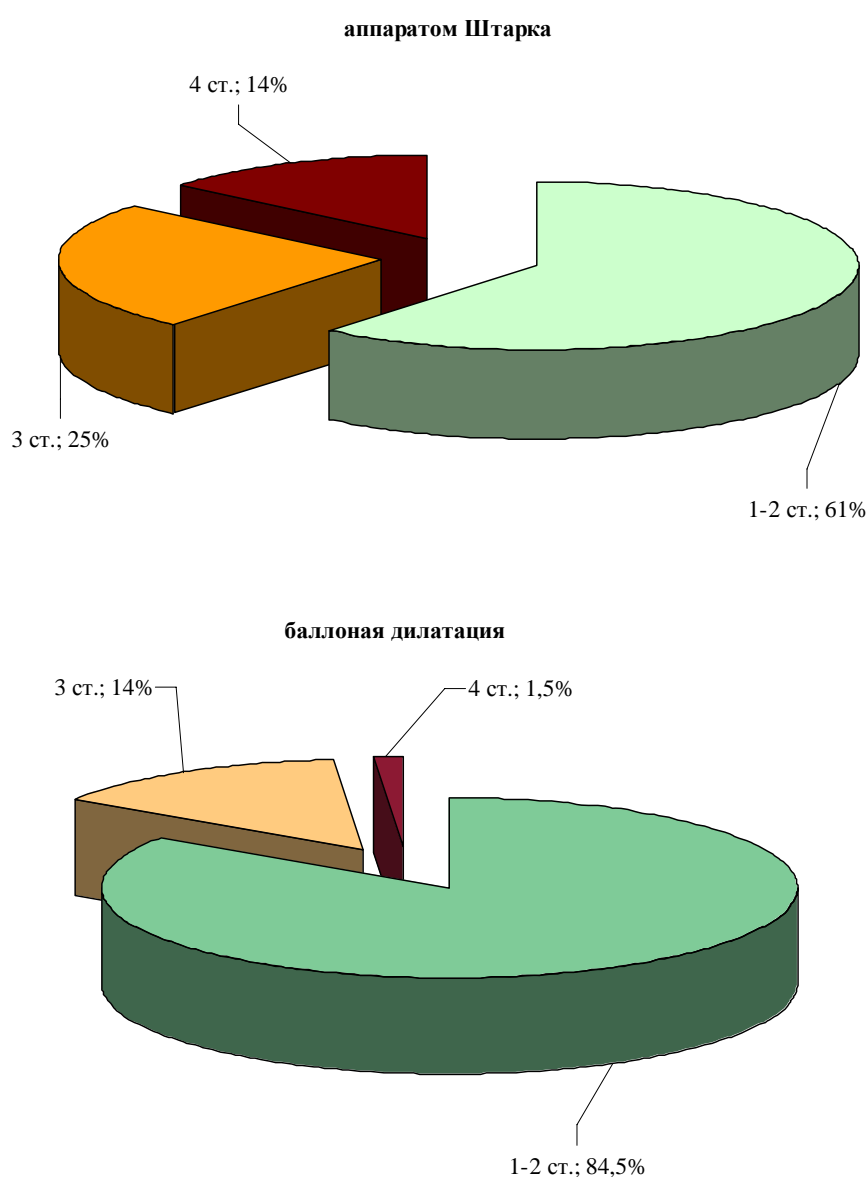


Рис. 5. Сравнительная эффективность кардиодилатации, выполненной различными дилататорами.

Диагностика и лечение рубцового стеноза пищевода на фоне эрозивного эзофагита

Алгоритм диагностики и лечения эрозивного эзофагита

В отделении торакальной хирургии ГУЗ «ВОКБ № 1» с 1990 по 2005 годы пролечено 627 больных со злокачественными опухолями кардии и нижней трети пищевода. У 601 (95,9%) пациентов при сборе анамнеза, по данным ФГС или рентгенографических исследований выявлен эзофагит различной выраженности, длительности, предшествовавший возникновению рака кардии и нижней трети пищевода. Это обстоятельство заставляет более серьезно относиться к проблеме диагностики и лечения эзофагита.

Существующие в настоящее время трудности в диагностике эзофагита, заключающиеся в дороговизне инструментального обеспечения и зависимости специфичности жалоб и причин возникновения эзофагита послужили основанием к разработке мобильного, легко выполнимого, недорогого «скринингового» способа диагностики эзофагита и причин его возникновения (пат. № 2295908 RU от 27.03.07). В предложенном нами способе раствор метиленового синего прокрашивает слизистую пищевода от кардиального отдела вплоть до средней и верхней трети его, что свидетельствует об интенсивности желудочно-пищеводного рефлюкса, при этом эрозированные участки и участки пищевода Баррета имеют отличную окраску, что позволяет прицельно брать биопсию (рис. 6).

Предлагаемой методикой можно пользоваться в любых учреждениях, имеющих фиброгастроскоп и врача эндоскописта, она не требует значительных дополнительных материальных затрат, что позволяет ее широко применять в медицинской практике в качестве скринингового метода.

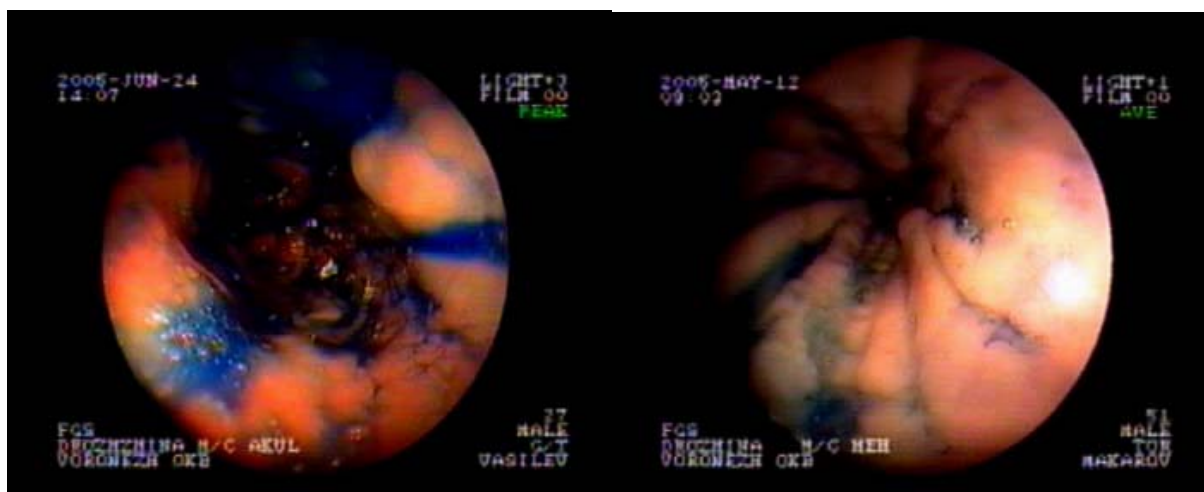


Рис. 6. Уровень окраски пищевода (верхняя и средняя треть) и участок пищевода Баррета.

Подход к лечению эзофагита различен в зависимости от причин его возникновения. Лечение пациентов с нормальным количеством рефлюксов (до 5) и нормальной их длительностью (в сумме до 1 часа), но с повышенной кислотностью их содержимого при снижении рН до 4,0 и ниже осуществляется с помощью современных лекарственных средств (антацидные препараты, блокаторы H₂ – рецепторов гистамина и ингибиторов протонной помпы). Разнообразие и эффективность этих препаратов настолько выражены, что за последние пять лет нам не приходилось при лечении эзофагитов прибегать к хирургическим способам снижения кислотообразования. Из 112 пролеченных в торакальном отделении больных с эзофагитом у 50 (44,6 %) был эрозивный эзофагит, который вызвал пептический рубцовый стеноз пищевода. У 17 (81%) пациентов из 21 с недостаточностью кардии наблюдался эрозивный эзофагит. Это свидетельствует в пользу того, что недостаточность нижнего пищеводного сфинктера не обусловленную другими заболеваниями, не корригируемую лекарственными препаратами, как при очень кислых (рН ниже 4,0), щелочных (рН выше 7,0) так и при нормоацидных (рН около 6,0) забросах необходимо лечить оперативным путем. Визуально позитивные эзофагиты при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, сопровождающихся специфичными жалобами пациента на изжогу, боли за грудиной, отрыжку часто очень длительно лечатся медикаментозно, при этом заболевание приобретает постоянно рецидивирующий характер и приводит к грозным осложнениям (рис. 7).

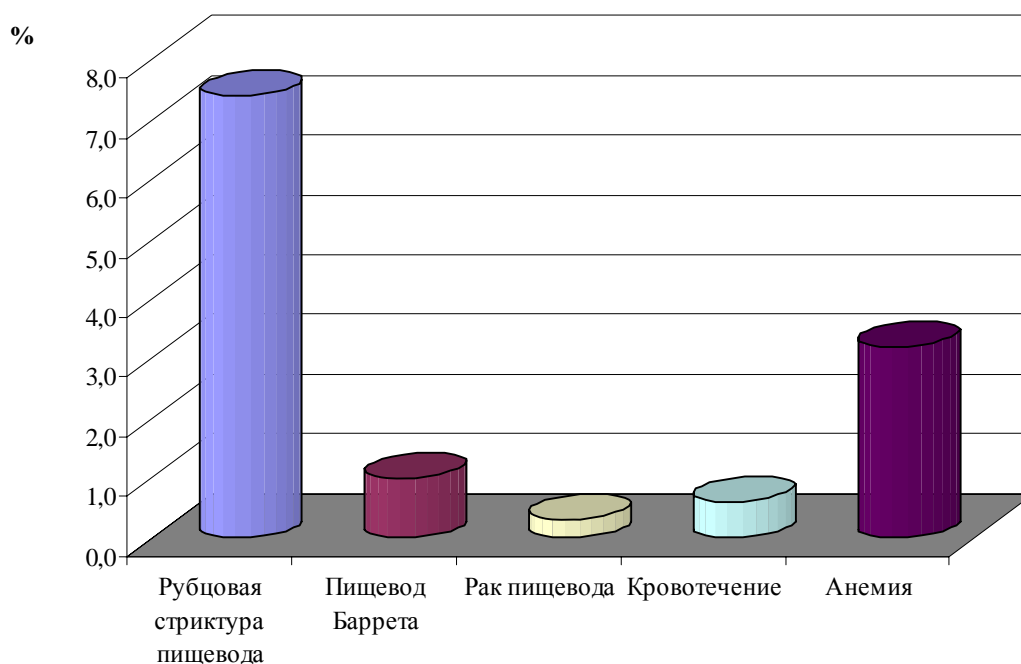


Рис. 7. Осложнения при грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

Нами разработан алгоритм лечения пептических эзофагитов, повышающий качество лечения больных с этой патологией (рис. 8).

Пациентам с жалобами, характерными для пептического, эзофагита проводится специальное обследование, заключающееся в проведении фиброэзофагогастроскопии и определения желудочно-пищеводного рефлюкса с помощью красителя, рентгеновского исследования пищевода и желудка, 24-часовой рН-метрии. При выявлении пептического эзофагита, сочетающегося с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточностью кардиального сфинктера пищевода, больному проводится курс консервативного лечения в соответствии с последними известными схемами лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в течение 4 недель, что позволяет нормализовать кислотность и способствует регенерации эрозированной слизистой пищевода. После проведенного курса лечения выполняется фундопликация открытым или видеолaparоскопическим методом.

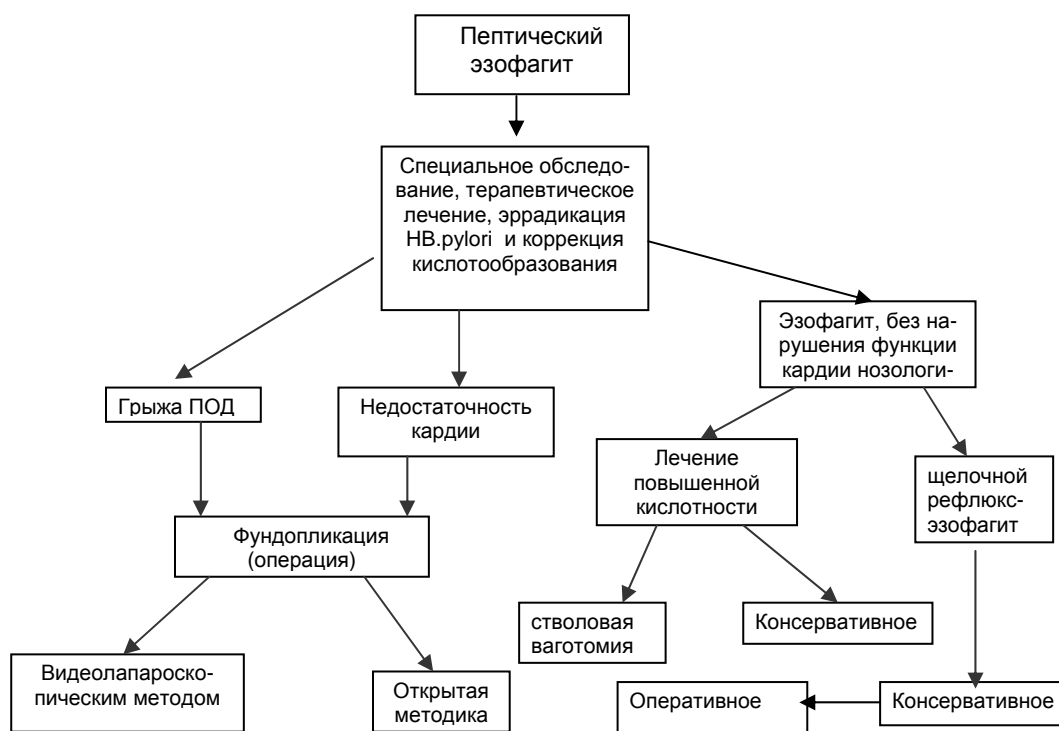


Рис. 8. Алгоритм лечения пептического эзофагита

Лечение рубцового стеноза пищевода на фоне рефлюкс-эзофагита

Сформировавшийся пептический стеноз пищевода значительно усложняет проведение лечения больного и увеличивает сложность и риск проводимых вмешательств. В отделении торакальной хирургии ГУЗ «ВОКБ № 1» с 1990 по 2005 годы лечилось 50 пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода на фоне

эрозивного рефлюкс-эзофагита. В 24 случаях рефлюкс-эзофагит с рубцовой стриктурой был результатом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), в 26 случаях рубцовая стриктура пищевода была вызвана рефлюкс-эзофагитом другой этиологии (повышением желудочной кислотности, недостаточностью кардии). Виды лечения, проведенного пациентам с этой патологией, представлены на рис. 9.

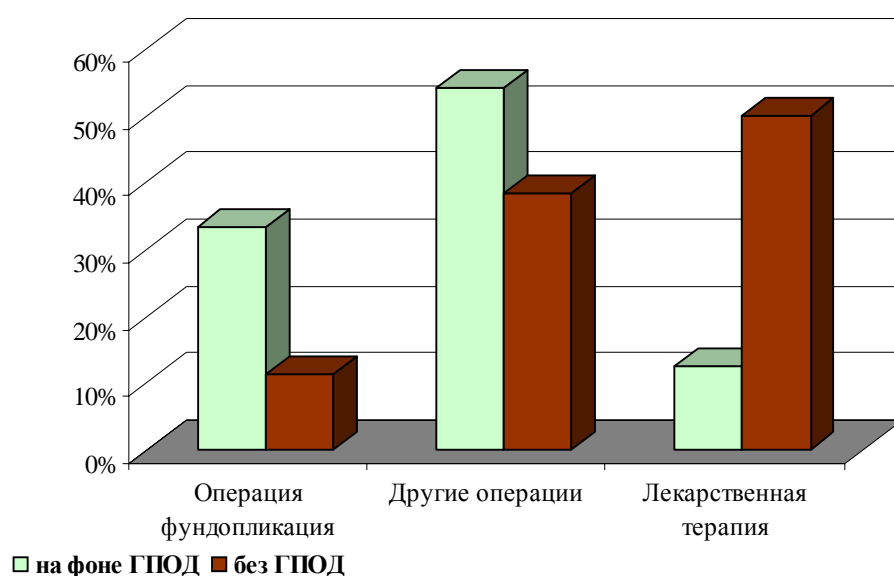


Рис. 9. Лечение пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода на фоне рефлюкс-эзофагита.

Применение методики эндоскопического бужирования с последующим самобуживанием позволили снизить количество осложнений до 13,3%.

Проведенные нами клинические исследования позволили разработать алгоритм лечения пептического стеноза пищевода, позволяющего более чем на 18% улучшить результаты лечения этой патологии

При лечении пациентов с пептической стриктурой кардиального отдела пищевода нами разработана методика бужирования больных под контролем фиброгастроскопии с последующим самобуживанием (пат. № 2283127, RU).

Алгоритм лечения пептического стеноза пищевода отличается от алгоритма лечения пептического эзофагита (см. рис. 8) звеньями, включающими действия, направленные на восстановление проходимости пищевода в области стриктуры, дающие возможность питать и обследовать больного.

Результаты проведенных исследований позволяют утверждать, что эндоскопический метод диагностики с метиленовой синью может быть применен в качестве скринингового метода диагностики ГЭРБ и ее осложнений. Лечение

эзофагита должно проводиться различно, в зависимости от причин, вызвавших его с использованием алгоритма лечения.

Хеликобактерная инфекция усугубляет течение эзофагита и эрадикация *Helicobacter pylori* должна стать неотъемлемой частью лечения этого заболевания.

Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, не обусловленную другими заболеваниями, не корригируемую лекарственными препаратами, необходимо лечить оперативным путем.

Эффективное лечение стеноза пищевода, возникшего на фоне эзофагита, достигается применением способа самобужирования с озонированным маслом. Это лечение необходимо применять до хирургической коррекции причин, вызвавших эзофагит (алгоритм лечения), что позволяет снизить среднее пребывание больного в стационаре с 24,6 до 16,3 дней и улучшить количество хороших результатов более чем на 18%.

Эзофагит при ахалазии и кардиоспазме не является пептическим эзофагитом, за исключением случаев неадекватного лечения, приведшего к недостаточности кардии и должен лечиться коррекцией основного заболевания.

Ожоговые стриктуры пищевода

Лечение рубцовых стриктур пищевода и желудка

В работе дан анализ результатов лечения 657 пациентов со стриктурами пищевода. В период с 1977 по 1997г бужирование проводилось по стандартной методике, с 1998 года уточнены и разработаны новые показания к использованию различных способов лечения пациентов с уже сформировавшимися стриктурами пищевода, обоснованность которых подтверждена исследованием результатов лечения 151 пациента (табл. 4).

Таблица 4.

Соотношение осложнений при различных видах вмешательств у больных с ожогами пищевода .

Виды бужирования	Всего пролечено (n=151)	Их них с осложнениями	
		абс.	%
Антеградное	13	1	7,7
Ретроградное	66	0	0
Ретроградное + ортоградное	11	0	0
ФГС бужирование	44	1	2,3
Самобужирование с озонированным маслом	13	0	0
Пластика пищевода	4	1	25

На основании анализа приведенных нами клинических исследований можно сделать следующие заключения.

Метод ретроградного бужирования за нить наиболее безопасен и позволяет достичь стойкого положительного результата в 98,9% случаев (1977-2006г.).

Применение метода слепого антеградного бужирования противопоказано при наличии выраженного престенотического расширения пищевода и просвете пищевода в зоне стриктуры меньше 0,6 см.

С целью улучшения качества жизни больного рекомендуется индивидуальное сочетание методов бужирования на различных этапах лечения стриктур пищевода.

До 1998 года осложнения в виде отхождения желудка от передней брюшной стенки после гастростомии по Кадеру были у 1 % больных, с 1998 года мы широко начали применять, разработанную в клинике методику наложения гастростомы (пат. № 2234864 RU от 27.08.2004), что позволило практически полностью устранить осложнения (рис. 10).

В группе из 13 пациентов проведено лечение рубцовых стриктур по следующей схеме. Бужирование антеградное по струне до бужа № 40 по шкале Шарьера, затем пациента обучали самобуживанию эластичным зондом d 11-12 мм с озонированным маслом. После освоения техники бужирования больных выписывали на амбулаторное лечение и самобуживание они продолжали дома. В зависимости от эндоскопической картины и времени прошедшего после ожога, бужирование проводилось от одного до трех раз в сутки. Через 1, 3, и 6 месяцев пациента обследовали и в зависимости от клинической картины пациенту изменяли периодичность бужирования. В анализируемую группу входили пациенты со стриктурами средней и нижней трети пищевода в различные сроки после ожога (рис.10, 11)

У пациентов в сроки от 15 до 30 суток после ожога самобуживание оказалось мало эффективным из-за невозможности бужирования эластичным зондом слишком грубых стриктур и выраженного болевого синдрома

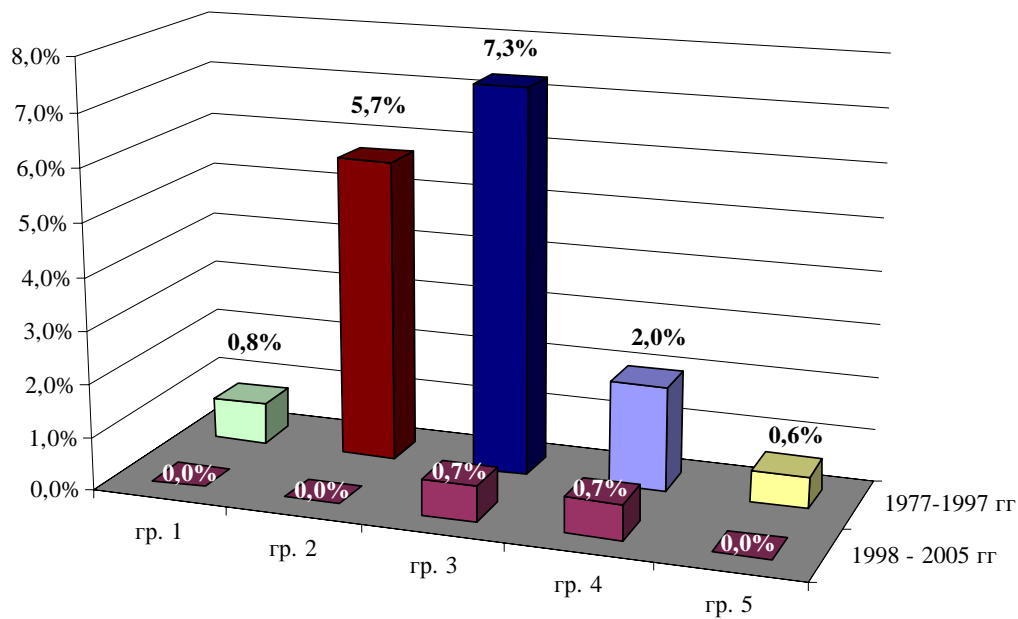


Рис. 10. Сравнительная динамика осложнения при различных видах бужирования в зависимости от дифференцированного подхода к выбору показаний для выполнения манипуляций.

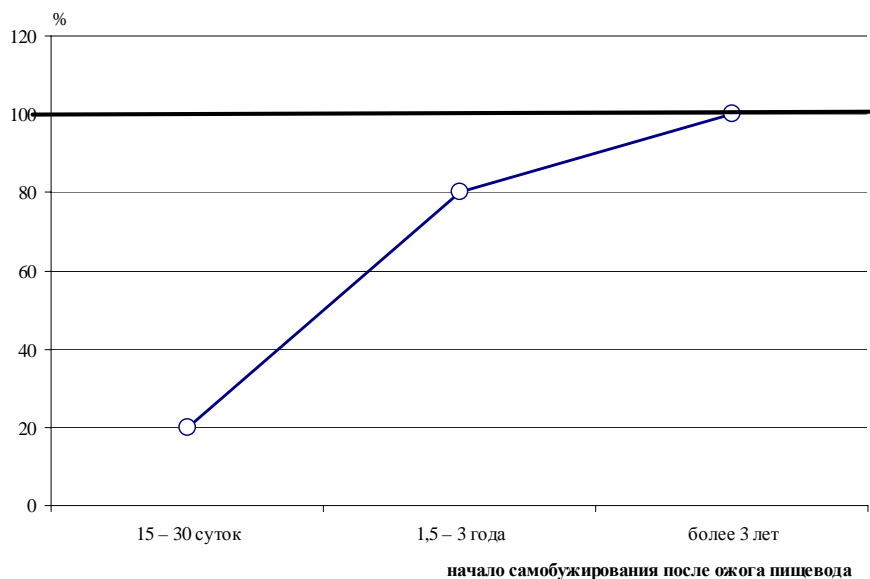


Рис. 11. Положительный результат лечения больных в зависимости от времени начала самобужирания. Общее количество пациентов для каждого срока наблюдения принято за 100 %.

Переход на самобужирание эластичным зондом с озонированным оливковым маслом после проведения бужирования традиционными способами возможно через 1,5-3 года после ожога, но решение этого вопроса должно быть строго индивидуальным и в значительной мере зависит от эластичности стриктур пищевода. Особенно эффективно самобужирание эластичным зондом с

озонированным оливковым маслом у пациентов, стриктуры пищевода которых возникли через несколько лет после ожога, но приступать к бужированию у этих пациентов можно только после тщательного обследования и исключения у них онкологической патологии.

Двум больным с ожогом пищевода проведена реконструкция пищевода после незавершенной эзофагопластики. Хирургическое лечение пациентов с незавершенной эзофагопластикой подразумевало решение двух задач: возмещение недостающего отрезка пищевода и восстановление его проходимости. Первую задачу решали путем микрохирургической аутотрансплантации свободного васкуляризированного тонкокишечного аутотрансплантата под кожу шеи и передней поверхности грудной клетки. Вторую – наложением анастомозов трансплантата с пищеводом и кишкой с помощью магнитов.

Профилактика рубцовых стриктур пищевода

Неудовлетворенность результатами лечения сформировавшегося рубцового стеноза заставила продолжить поиск эффективных и безопасных способов профилактики и лечения рубцовых стриктур пищевода (РСП). Наше внимание привлекла возможность программируемого моделирования роста соединительной ткани в периодах формирования и созревания рубца путем ранней механической дилатации стенки пищевода (бужирование). В качестве смазки при бужировании применялось озонированное оливковое масло, обладающее мощным антисептическим, выраженным антигипоксантным, обезболивающим и иммуномодулирующим эффектами, длительно сохраняющее активность в масляной форме.

Проведенный анализ данных Центра острых отравлений ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1» за период с 1995 по 2005 г. выявил, что с химическими ожогами пищевода поступают на стационарное лечение ежегодно более 100 пациентов. Из них до 25-30% – с тяжелыми ожогами, сопровождающимися развитием язвенно-некротического эзофагита и формированием рубцового стеноза пищевода.

Сочетание повреждения пищевода и желудка наблюдается чаще при наиболее тяжелых формах отравления прижигающими ядами, что создает дополнительные трудности и ухудшает прогноз при лечении этого контингента больных, однако это не является противопоказанием для проведения превентивного бужирования с озонированным маслом. Виды вмешательств и их осложнения произведенных при тяжелых ожоговых повреждениях пищевода представлены на рисунке 12.

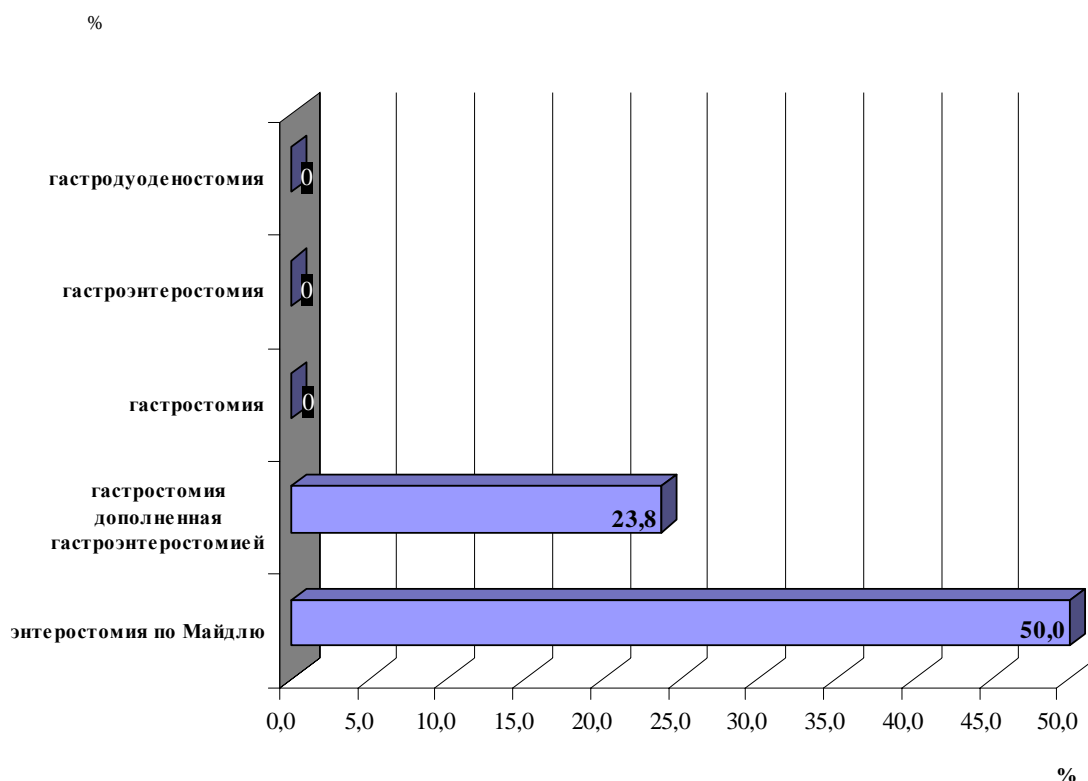


Рис. 12. Объем осложнений при различных видах вмешательства, произведенных больным с ожогами пищевода и желудка за период с 1998 по 2005 годы.

Гастродуоденостомия контингенту пациентов с ожоговым стенозом привратника проведена по предложенной нами методике (пат № 2283039 RU от 10.09.2006;

рис. 13). У всех 6 пациентов, тяжелый ожог пищевода сочетался с тяжелым ожогом пилорического отдела желудка, сопровождавшимся стенозом привратника и антрального отдела желудка.

Использование предлагаемого способа позволяет производить адекватное физиологичное дренирование желудка в двенадцатиперстную кишку при острых рубцовых стриктурах пилорического и антрального отделов желудка, вызванных ожогом прижигающими ядами, и тем самым, улучшить качество жизни больных этой группы.

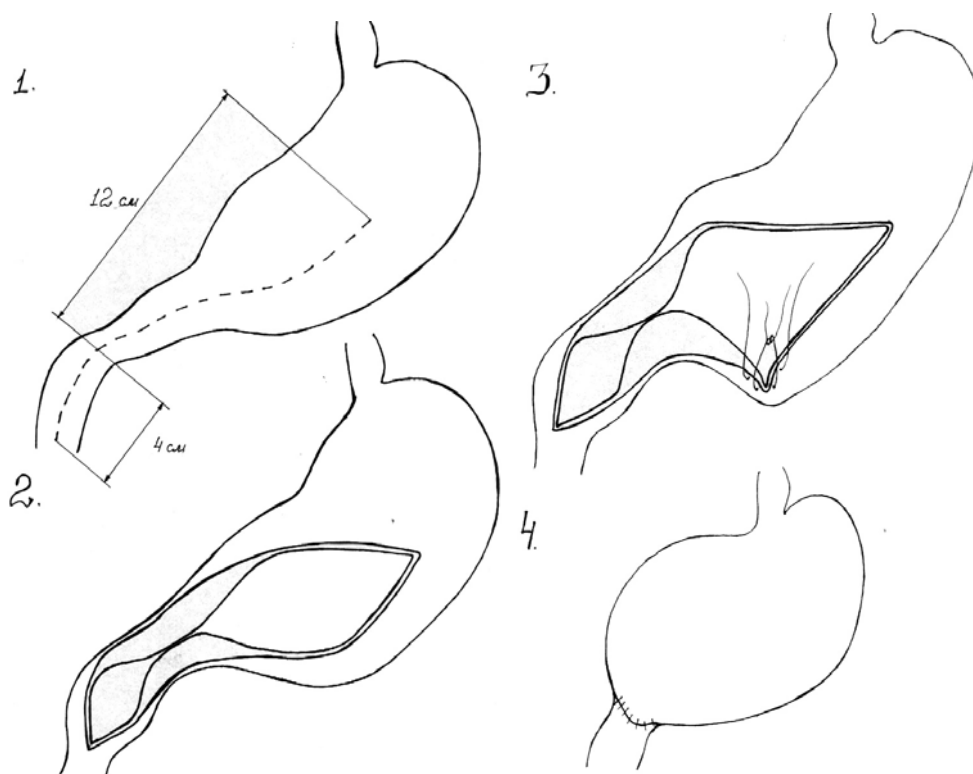


Рис. 13. Схема гастро-дуодено анастомоза при ожоговом стенозе привратника.

Оценивая полученные данные можно отметить значительное уменьшение осложнений и летальности за счет применения с 1998 года алгоритма ведения больных с ожогом пищевода и желудка прижигающими ядами (рис. 14).

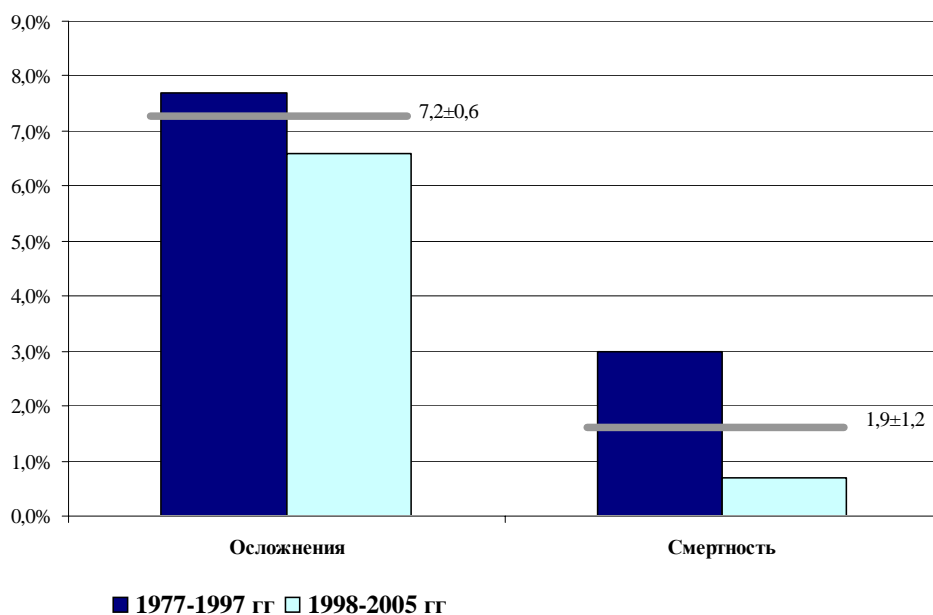


Рис. 14. Сравнительная характеристика объема осложнений и летальности в зависимости от изменения тактики лечения. Серой линией обозначено среднее значение и его ошибка.

Экономическую целесообразность применения метода превентивного самобуживания эластичным зондом с озонированным оливковым маслом в комплексе лечения острых химических ожогов пищевода можно оценить, сравнив длительность лечения больных пролеченных по традиционной методике и предлагаемой.

По данным медицинской статистики в 2002 году по России было госпитализировано 4027 пациентов, проведенных в общей сложности 286319 койко-дней в стационаре. Если бы этих пациентов лечили по предложенной нами методике, то количество койко-дней составило всего 48324. Стоимость одного дня лечения, проведенного в торакальном отделении, по данным Воронежского отдела ОМС составляет 484 рубля (по данным на 26 февраля 2006 года). Следовательно, количество денег, которые можно было бы сэкономить только за счет уменьшения пребывания на больничной койке пациентов с ожогом пищевода при применении превентивного самобуживания эластичным зондом с озонированным оливковым маслом, можно рассчитать следующим образом: $(286319 - 48324) \times 484 = 115189580$ руб., то есть экономия финансовых средств при сокращении продолжительности лечения за счет применения нашего метода должно было составить более 115 миллионов рублей ежегодно. Кроме этого, значительная экономия наблюдается после выписки больных на амбулаторное лечение. Пациенты, пролеченные по предложенному нами методу, сразу после выписки из стационара могут приступить к работе и лечиться без отрыва от производства, а большинство пациентов, лечившихся по традиционным методикам, становятся инвалидами второй группы на срок до 2-3 лет, то есть на время продолжения лечения.

Таким образом, проведение превентивного самобуживания эластичным зондом с озонированным оливковым маслом показано в комплексе мероприятий по лечению изолированного химического ожога тяжелой степени, а также средней степени тяжести, протекающего в неблагоприятных для заживления условиях, например, обширные повреждения, выраженная интоксикация. Тяжелое сочетанное ожоговое поражение пищевода и желудка с развитием рубцового сужения выходного отдела желудка не является противопоказанием к проведению превентивного самобуживания эластичным зондом с озонированным оливковым маслом. При сочетании ожога пищевода с ожогом привратника, сохранение пищевода методом превентивного буживания позволяет выполнить более щадящий вариант оперативного лечения.

Применение самобуживания с озонированным маслом в сроки от 10 дней до 1 года (с момента ожога) не эффективно и оно не должно применяться.

При невозможности избежать формирования рубцового сужения пищевода буживание следует проводить с учетом следующих показаний: методы ретроградного буживания за нить и буживания по струне под контролем ФГС наиболее безопасны и позволяют достичь стойкого положительного результата в большинстве случаев; применение метода слепого антеградного буживания противопоказано при наличии выраженного престенотического расширения пищевода и просвете пищевода в зоне стриктуры меньше 0,6 см.; с целью улучшения качества жизни больного рекомендуется индивидуальное сочетание методов буживания на различных этапах лечения стриктур пищевода.

Микрохирургическая аутотрансплантация фрагмента кишки в сочетании с наложением отсроченных компрессионных магнитных анастомозов позволяет достаточно быстро и надежно реабилитировать пациентов с незавершенной эзофагопластикой.

Инородные тела пищевода, диагностика и лечение

Дисфагия, вызванная инородными телами пищевода (ИТ), является проблемой больше эндоскопической, так как инородные тела в большинстве случаев удается удалить при ФГС и только при возникновении осложнений требуется хирургическое вмешательство. В отделении торакальной хирургии с 1990 по 2005 годы пролечено 136 больных с инородными телами пищевода, поступивших в различные сроки после начала заболевания. Корреляционный анализ зависимости сроков обращения за помощью, развитием осложнений в виде перфораций и летальностью представлен в таблице 5.

Исходя из приведенных данных видно, что количество осложнений в виде перфораций, а также летальность не имеют статистически достоверной связи

с длительностью стояния инородного тела в пищеводе. Не всегда зависит вероятность перфорации от формы инородного тела.

Таблица 5.

Корреляционная матрица между сроками поступления, развитием перфораций и летальностью у пациентов с инородными телами пищевода.

Осложнения	Сутки поступления						
	1	2	3	4	5	6	7
Перфорация пищевода	0,034	0,210	0,070	0,238	0,251	-0,037	-0,335
Летальный исход	0,154	0,274	0,217	0,238	0,329	-0,165	-0,089

Самым грозным осложнением перфорации пищевода является медиастинит. Клиническая картина медиастинита развивается очень быстро и результаты лечения этого заболевания далеки от хороших (рис. 16).

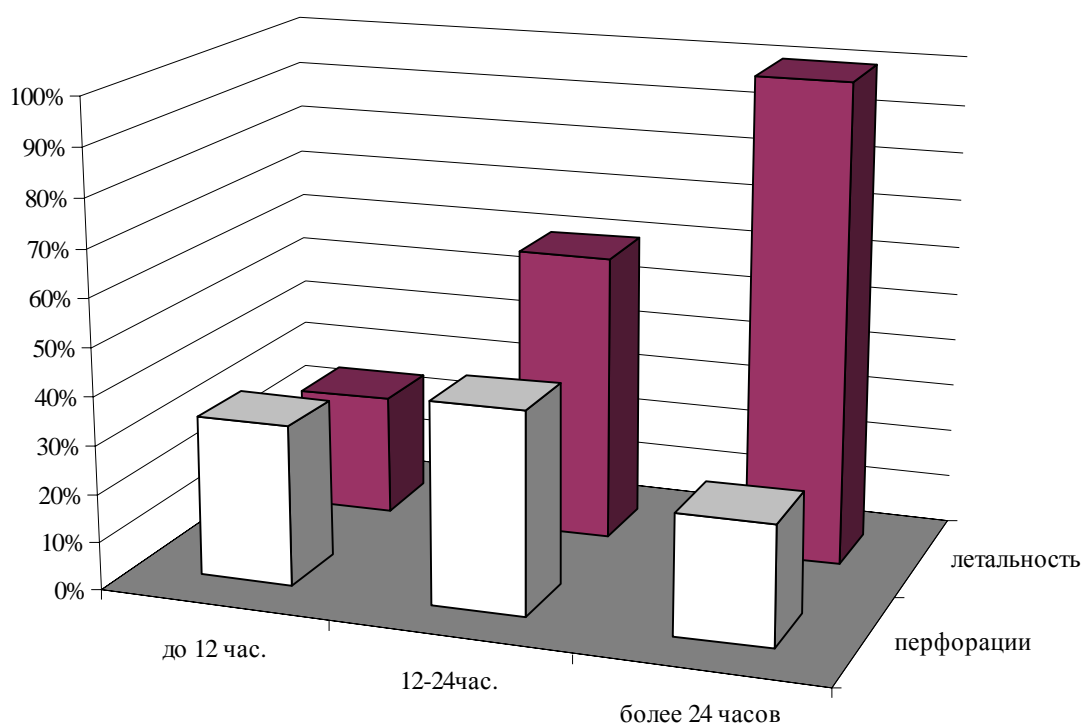


Рис.16. Зависимость исходов заболевания от периода, прошедшего с момента перфорации пищевода до оказания оперативной помощи.

Выявлено, что количество летальных исходов при инородных телах пищевода не зависит от времени стояния инородного тела в пищеводе, а в большей мере зависит от периода прошедшего с момента перфорации до оперативного лечения.

Использование водорастворимых контрастов при перфорациях пищевода позволяет избежать образования в средостении бариового депо. Однако, несмотря на то, что все водорастворимые контрасты имеют в своём составе йод, не обладают бактерицидными свойствами, что подтверждается проведенными нами экспериментами.

С целью выявления возможности придания антисептических свойств контрастам произведено добавление известных антибактериальных препаратов к контрастам и проверена чувствительность к ним наиболее часто встречающихся микроорганизмов (табл. 6).

Таблица 6.

Антибактериальное действие контраста с антисептиком.

Микроорганизм	Урографин, ультравист в сочетании с антисептиком:			
	Цефотоксим	Диоксидин 1%	Хлоргексидин* 0,05%	Фурацилин 0,02%
<i>Staphylococcus aureus</i>	Рост отсутствует	Рост колоний единичных	Рост отсутствует	Рост колоний единичных
<i>Escherichia coli</i>	Массивный рост колоний	Массивный рост колоний	Рост отсутствует	Массивный рост колоний
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Массивный рост колоний	Массивный рост колоний	Массивный рост колоний	Массивный рост колоний

*Хлоргексидин с урографинном дает нерастворимую смесь

Исходя из полученных данных возможно применение смеси антисептика и водорастворимых контрастов, что обеспечивает санацию очага инфекции после перфорации пищевода при проведении рентгеноконтрастного исследования. Рентгеноконтрастные свойства полученных растворов не отличались от исходных, используемых ранее (водорастворимый контраст + вода).

При диагностике перфораций пищевода необходимо применять стерильные водорастворимые контрасты, применение взвеси сульфата бария способствует ухудшению результатов лечения.

Водорастворимые контрастные вещества (урографин, ультравист) не обладают бактерицидными свойствами, при перфорации пищевода их необходимо применять в смеси с антисептиками, что позволяет начать санацию очага инфекции средостения непосредственно при исследовании.

Редкие варианты заболеваний, вызывающих синдром дисфагии

В хирургии пищевода встречаются редкие нестандартные варианты заболеваний, являющиеся причиной синдрома дисфагии, диагностика и лечение которых вызывают трудности.

Предложенный универсальный метод закрытия больших прободных язв кардии на вершине неоперабельных опухолей может применяться широко в хирургических стационарах при лечении прободения полых органов живота на фоне рака (рис. 17).

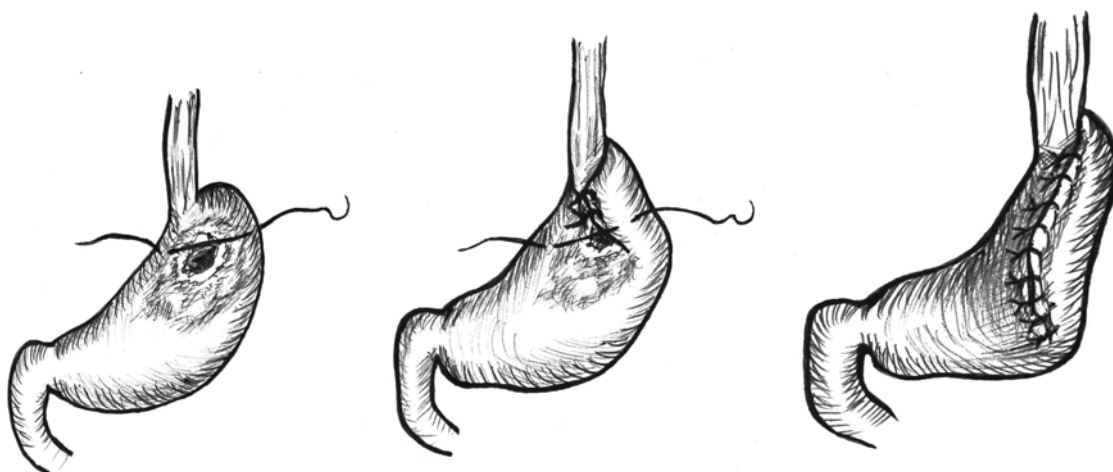


Рис.17. Схема ушивания прободения опухоли кардии.

В случае обширных дефектов пищевода у пациентов, перенесших пульмонэктомию слева возможно восстановление целостности пищевода разработанным нами методом (пат. № 2283040 RU от 10.09.2006), с закрытием дефекта перемещенным лоскутом широчайшей мышцы спины.

При появлении плеврита и дополнительных рентгенологических теней в нижних отделах грудной клетки у пациентов, перенесших травму грудной клетки, необходимо исключить разрыв диафрагмы.

Сдавление пищевода извне даже в средней трети, возникшее за счет образований исходящих из брюшной полости, может быть ликвидировано из абдоминального доступа. При раке задней стенки гортани возможно восстановление голосовой функции и функции питания через рот методом применения реваскуляризованного трансплантата (илеоцекального сегмента кишки). Применение других предложенных способов лечения, редко встречающейся патологии пищевода, должно проводиться в условиях специализированного торакального отделения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При диагностике рака кардии, нижней и средней трети пищевода необходимо проведение диагностической лапароскопии, при заболевании верхней трети пищевода её диагностическая ценность снижается, так как вероятность метастатического поражения органов брюшной полости значительно меньше. При диагностике рака кардии, верхней и средней трети пищевода необходимо проведение диагностической ФБС, ввиду большой вероятности распространения заболевания на трахею и главные бронхи.

Лечение ахалазии кардии и кардиоспазма II-III ст. необходимо проводить в условиях специализированного торакального отделения. Кардиодилатация аппа-

ратом Штарка более эффективна позволяет достигнуть хорошего результата более чем в 91% случаев, баллонная в 81,6%. Продолжение дилатаций после второго курса малоэффективно при использовании любых дилататоров.

Лечение рубцового стеноза пищевода на фоне эзофагита должно включать в себя несколько этапов (алгоритм): эндоскопическая дилатация пищевода, поддерживающее бужирование на фоне медикаментозной коррекции ГЭРБ, после чего при необходимости хирургическая коррекция ГЭРБ. Лечение необходимо проводить в условиях специализированного торакального отделения.

Предложенные способы лечения и профилактики формирования рубцовых стриктур после ожога пищевода позволяют сократить длительность лечения и значительно улучшают его результаты у больных с этой патологией; считаем обоснованным и целесообразным рекомендовать широкое внедрение разработанной нами методики в отделениях торакальной хирургии.

В хирургии пищевода необходимо применять только современный рассасывающийся шовный материал, что позволяет значительно уменьшить количество осложнений в зоне анастомоза. При раке желудка с переходом на кардию использование торакоабдоминального доступа позволяет уменьшить число ранних рецидивов заболевания.

ВЫВОДЫ

1. При выборе тактики диагностики и лечения пациентов с синдромом дисфагии на фоне рака пищевода и кардии необходимо учитывать не только симптомы, но и выполнять в обязательном порядке лапароскопические исследования, что позволяет уменьшить количество эксплоративных и паллиативных вмешательств при опухолях кардии, нижней или средней трети пищевода. Дополнительно при злокачественных опухолях верхней и средней трети пищевода необходимо в обязательном порядке проводить фибробронхоскопию для исключения прорастания опухоли в трахеобронхиальное дерево, что позволит сократить количество эксплоративных операций. При операбельных формах рака кардии и нижней трети пищевода использование видеоторакоскопической лимфодиссекции улучшает качество оперативных вмешательств.

2. При операциях по поводу рака кардии и нижней трети пищевода торакоабдоминальным доступом количество рецидивов рака, образования рубцовых стриктур анастомозов после проксимальной резекции желудка и гастрэктомии меньше, чем при абдоминальном доступе, особенно в течение первого года после операции. Количество рецидивов больше при операции Льюиса на 11,8 %,

чем при трансхиатальной пластике пищевода желудочной трубкой, а применение современных шовных материалов значительно снижают количество рубцовых стриктур при операциях на пищеводе. В лечении пациентов с рубцовой патологией оперированного пищевода и кардии целесообразно рекомендовать эндоскопическую дилатацию стеноза пищеводного анастомоза с последующим самобуживанием, а использование предлагаемого способа пластики пищевода позволяет производить пластику пищевода толстой кишкой при рецидиве рака пищеводно-желудочного перехода трансхиатально.

3. В комплексной диагностике ахалазии и кардиоспазма необходимо применять ФГС и рентгеноконтрастные исследования, особенно на ранних стадиях развития заболевания, а наиболее эффективным методом лечения ахалазии и кардиоспазма является кардиодилатация механическим аппаратом Штарка. Эффективность применения этого метода при 3-4 стадиях заболевания снижается, но применение её возможно, особенно у впервые обратившихся пациентов. Выбор метода лечения при этой патологии должен быть строго индивидуальным, учитывающим необходимость своевременного перехода от медикаментозной терапии к кардиодилатации и оперативному лечению или сочетанию этих методов.

4. Оптимизация результатов лечения пациентов с рубцовой стриктурой пищевода на фоне эзофагита достигается применением алгоритма диагностики и лечения, включающего самобуживание с озонированным растительным маслом. Медикаментозная терапия хеликобактерной инфекции, язвенной болезни, гастрита, дуоденита, желчнокаменной болезни, эзофагита, должна проводиться параллельно с основными методами коррекции патологии желудочно-пищеводного перехода. Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, обусловленную заболеваниями, не корригируемыми лекарственными препаратами, необходимо лечить оперативным путем. Эзофагит при ахалазии и кардиоспазме необходимо лечить коррекцией основного заболевания. Применение озонированного масла эффективно при пептических эзофагитах вне зависимости от кислотности пищеводного содержимого. Эндоскопический метод диагностики с метиленовой синью должен быть применен в качестве скринингового при диагностике гастро-эзофагиальной рефлюксной болезни и ее осложнений. Дифференцированная хирургическая коррекция причин, вызвавших эзофагит с использованием предложенного алгоритма лечения, позволяет сократить госпитализацию в среднем на 8,3 дня и увеличить количество хороших результатов на 18%.

5. Профилактика формирования рубцового сужения пищевода после химического ожога достигается ранним превентивным самобуживанием эла-

стичным зондом с озонированным оливковым маслом, позволяющим сохранить пищевод более чем в 95% случаев. При сочетании ожога пищевода с ожогом привратника превентивное самобуживание позволяет выполнить более щадящий вариант оперативного лечения желудка. Позднее применение самобуживания с озонированным маслом в сроки от 10 дней до 1 года неэффективно и не должно проводиться. Лечение, образовавшихся рубцовых стриктур пищевода, эффективно при использовании методов ретроградного буживания за нить, а также по струне под фиброгастроскопическим контролем, как наиболее безопасных и позволяющих достичь стойкого положительного результата.

6. При обосновании выбора тактики диагностики и лечения пациентов с инородными телами пищевода необходимо учитывать следующие закономерности: исход лечения больных с инородными телами пищевода мало зависит от времени стояния инородного тела в пищеводе и определяется периодом от момента перфорации до момента оперативного лечения. При диагностике перфораций пищевода необходимо применять стерильные водорастворимые контрасты, так как применение взвеси сульфата бария способствует ухудшению результатов лечения.

7. Эффективность лечения пациентов с редкими вариантами заболеваний и повреждений пищевода, вызывающих синдром дисфагии, обеспечивается дифференцированным подходом к их комплексному лечению. Предлагаемые нами для внедрения в клиническую практику способы лечения дисфагии - закрытие перфорационных отверстий желудка при огромных перфорациях неоперабельных опухолей кардии, закрытие больших дефектов пищевода перемещенным лоскутом широчайшей мышцы спины, пластика желудка и диафрагмы при разрывах диафрагмы, устранение сдавления пищевода образованиями, исходящими из брюшной полости, пластика изолированным илиоцекальным сегментом кишечника гортаноглотки при раке задней стенки гортани – достоверно эффективны, способствуют значительному улучшению результатов комплексного лечения больных со сложной хирургической патологией пищевода и желудка.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Булынин В.В. СНЧ, квазистационарные и статические магнитные поля и процессы регенерации / В.В.Булынин // Прием и анализ сверхнизкочастотных колебаний естественного происхождения : тез. 2 Всесоюз. конф. - Воронеж, 1987. - С. 34.
2. Компрессионные магнитные анастомозы в восстановительной хирургии пищевода / В.И.Булынин, В.И. Стешкин, В.В.Булынин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 1993. - № 3. – С. 53-56.

3. Булынин В.В. Выполнение восстановительного этапа с помощью магнитных компрессионных элементов после резекции сигмовидной кишки / В.В.Булынин, Л.А.Филлипова, А.А.Глотов // Реконструктивная и восстановительная хирургия : сб. науч. тр. – Воронеж, 1992. – С. 121-123.
4. Солод Н.В. Восстановление проходимости пищевода при рубцовых сужениях после химических ожогов / Н.В.Солод, В.И.Стешкин, В.В.Булынин // Воронежская областная клиническая больница : сб. науч. тр. – Воронеж, 1996. – С. 313-315.
5. Булынин В.И. Магнитные компрессионные анастомозы в хирургии пищевода / В.И.Булынин, Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин // Актуальные вопросы хирургии : сб. науч. тр. - Челябинск, 1999. – С. 219-221.
6. Пархисенко Ю.А. Рентгено-эндоскопические методики наложения компрессионных магнитных анастомозов в хирургии пищевода / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, В.В.Евтеев // Диагностика и лечение осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки : сб. науч. тр. – Воронеж, 2000. – С.108-109.
7. Булынин В.В. Неинфицированные отсроченные магнитные компрессионные пищеводно-желудочные анастомозы в паллиативной хирургии рака кардиального отдела желудка / В.В.Булынин, А.В.Дрожжина, А.В.Лозинский // Актуальные проблемы восстановительной хирургии : тез. международ. конф. – Запорожье, 2001. – С. 75.
8. Ходорковский М.А. Новые технологии в лечении пациентов с незавершенной пластикой пищевода / М.А.Ходорковский, В.В. Булынин // Актуальные проблемы восстановительной хирургии : тез. международ. конф. – Запорожье, 2001. – С. 126.
9. Ходорковский М.А. Способ хирургического лечения пациентов с незавершенной пластикой пищевода / М.А.Ходорковский, В.В.Булынин, А.В.Лозинский // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2001. - № 3. – С. 60–65.
10. Нестандартные варианты разрешения пищеводной непроходимости различной этиологии / Ю.А.Пархисенко, Н.В.Солод, Е.И.Боровских, В.В.Булынин // Современные подходы науки и практики в хирургии : сб. науч. тр. – Воронеж, 2002. – С. 236-239.
11. Пархисенко Ю.А. Вариант эзофагопластики толстой кишкой при оперированном желудке / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин // Актуальные вопросы хирургии пищевода : сб. науч. тр. – СПб., 2002. – С. 89.
12. Пархисенко Ю.А. Профилактика развития рубцовых стенозов пищевода. Сравнительная оценка методик / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2003. - № 11.
13. Пархисенко Ю.А. 1-й опыт профилактики послеожогового рубцового стеноза пищевода путем местной озонотерапии в сочетании с механической дилатацией органа / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья (Спецвыпуск по материалам юбил. науч.-практ. конф. «Профилактика и лечение заболеваний в современных эколого-гигиенических условиях», посвящ. 85-летию ВГМА им. Н.Н.Бурденко, 29-30 окт.). - 2003. – С. 131-132.
14. Пархисенко Ю.А. Опыт местного применения озонированных растительных масел в сочетании с механической дистилляцией органа при химических ожогах пищевода / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Тез. докл. 2-ого съезда токсикологов России. - М. : Рос. регистр потенциально опасных химических и биологических веществ Минздрава России. - 2003. – С. 397-398.
15. Пархисенко Ю.А. Экспериментальное обоснование способа профилактики рубцового сужения пищевода после химического ожога / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Б.Е.Лейбович // Журнал теоретической и практической медицины. – 2003. – Т.2, № 2. – С. 133-137.

16. Пархисенко Ю.А. Малоинвазивные технологии в торакальной хирургии / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.В.Лозинский // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2004. – Т. 5, № 1. – С. 156-157.
17. Пархисенко Ю.А. Профилактика и лечение рубцовых стенозов пищевода / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2004. – Т. 5, № 1. – С. 356-366.
18. Пархисенко Ю.А. Магнитные анастомозы в хирургии пищевода / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, В.В. Евтеев // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2004. – Т. 5, № 1. – С. 367-368.
19. Пархисенко Ю.А. Совершенствование методов профилактики послеожогового рубцового стеноза / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Новые технологии в биологии и медицине : материалы межрегион. науч.-практ. конф. молодых ученых. – Воронеж, 2004. – С. 121.
20. Трофимов Д.П. Выбор оптимального метода профилактики послеожоговых рубцовых сужений пищевода / Д.П.Трофимов, Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин // Новое в реконструктивной хирургии : сб. науч. тр. - М., 2004. – С. 134-135.
21. Пархисенко Ю.А. Новые подходы в лечении острой абдоминальной патологии при раке кардии и ожогах желудка, пищевода прижигающими ядами / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П. Трофимов // Экспериментальная и клиническая медицина. - 2004. - № 3. – С. 309-311.
22. Пархисенко Ю.А. Новые технологии в лечении синдрома дисфагии / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Физиология и патология заболеваний пищевода: материалы учредит. съезда Рос. общ-ва хирургов-гастроэнтерологов. – Сочи, 2004. – С. 148-149.
23. Пархисенко Ю.А. Пути совершенствования методов профилактики послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода / Ю.А.Пархисенко, Д.П.Трофимов, В.В.Булынин // Физиология и патология заболеваний пищевода : материалы учредит. съезда Рос. общ-ва хирургов-гастроэнтерологов. – Сочи, 2004. – С. 149-151.
24. Пархисенко Ю.А. Улучшение качества жизни больных с неоперабельным раком кардии / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.В.Яценко // Торакальная онкология : материалы второй ежегодн. Рос. науч.-практ. конф. - Краснодар, 2004. – С. 46.
25. Пархисенко Ю.А. Диагностика и лечение пептического эзофагита / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Журнал теоретической и практической медицины. - 2005. - Т. 3, № 3. - С. 308-310.
26. Булынин В.В. Неотложная хирургия рака кардиального отдела желудка и нижней трети пищевода / В.В.Булынин, Д.П.Трофимов, Е.И.Боровских // Материалы 21 съезда хирургов Украины. – Запорожье, 2005. - Т. 1. - С. 318-320.
27. Пархисенко Ю.А. Ожог пищевода прижигающим ядом, профилактика и лечение рубцовых стриктур пищевода / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Материалы 21 съезда хирургов Украины. – Запорожье, 2005. - Т. 2. - С. 47-49.
28. Пархисенко Ю.А. Различные методы хирургического лечения синдрома дисфагии / Ю.А.Пархисенко, М.А. Ходорковский, В.В.Булынин // Актуальные вопросы организации и совершенствования хирургической службы : материалы 12 съезда хирургов Липецкой области. - 2005. - С. 35-39.
29. Озонопрофилактика послеожоговых рубцовых стриктур пищевода / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Актуальные вопросы организации и совершенствования хирургической службы : материалы 12 съезда хирургов Липецкой области. - 2005. - С. 39-41.

30. Пархисенко Ю.А. Хирургические аспекты диагностики и лечения пептического эзофагита / Ю.А.Пархисенко // Актуальные вопросы организации и совершенствования хирургической службы : материалы 12 съезда хирургов Липецкой области. - 2005. - С.41-44.
31. Пархисенко Ю.А. Синдром дисфагии, альтернативные методы его лечения / Ю.А.Пархисенко // Актуальные вопросы современной хирургии : материалы Межрегион. науч.-практ. конф. - Курск, 2005. - С. 92-93.
32. Пархисенко Ю.А. Тактика диагностики и лечения эзофагита / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Актуальные вопросы современной хирургии : материалы Межрегион. науч.-практ. конф. – Курск, 2005. – С. 94-96.
33. Пархисенко Ю.А. Профилактика и лечение рубцовых стриктур пищевода / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Актуальные вопросы современной хирургии : материалы Межрегион. науч.-практ. конф. - Курск, 2005. – С. 98-99.
34. А.с. 1438738 SU, А1А61В 17/11. Устройство для наложения анастомоза / В.В.Булынин, В.Б.Кейзман, В.Я.Колесников; Воронежский политехнический институт. – 3847866/28-14; заявл. 29.01.85; опубл. 23.11.88 // Бюл. – № 43.
35. Пат. 2234864 RU, МПК 7А61В 17/00. Способ наложения гастростомы / Булынин В.В.; заявитель и патентообладатель Воронежская мед. акад. - № 2002118549; заявл. 09.08.02; опубл. 27.08.04// Бюл.– № 24 (2ч.). – 3 с.
36. Пат. 2226362 RU, МПК 7А61В 17/25. Способ закрытия культи бронха / Булынин В.В.; заявитель и патентообладатель Воронежская мед. акад. - №2002125158; заявл. 19.09.02; опубл. 10.04.04// Бюл. –№ 10. – 3 с.
37. Пат. 2243726 RU, МПК А61В 17/00. Способ пластики пищевода / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В.; заявитель и патентообладатель Воронежская мед. акад. - №2002125157; заявл.10.01.05; опубл. // Бюл. –№ 1. – 3 с.
38. Пат. 2246908 RU, МПК 7А61В 17/25. Способ закрытия перфоративных отверстий желудка / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Боровских Е.И.; заявитель Воронежская мед. акад. - №2003105741; заявл.27.02.03; опубл. 10.04.2004 // Бюл.- № 10. – 3 с.
39. Пархисенко Ю.А. Диагностика и лечение эзофагита / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Новые технологии в хирургии : сб. науч. тр. междуна-род. хирургического конгресса. – Ростов, 2005. - С. 170-171.
40. Пархисенко Ю.А. К вопросу о достижении гемостаза при пищеводно-сосудистых фистулах у больных острыми перфорационными медиастинитами / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.В.Лозинский // Вестник новых медицинских технологий. - 2005. - Т. 12. - Вып. № 3-4. - С. 151-152.
41. Пархисенко Ю.А. Озонотерапия в торакальной хирургии / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Д.П.Трофимов // Нижегородский медицинский журнал (приложение). - 2005. - С. 137.
42. Пархисенко Ю.А. Лечение и профилактика рубцовых стенозов при химических ожогах пищевода / Ю.А.Пархисенко, Д.П.Трофимов, В.В.Булынин // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы : сб. науч.-практ. работ. – Воронеж, 2006. - С. 192.
43. Пархисенко Ю.А. Неотложные вмешательства при раке кардиального отдела желудка / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Е.И.Боровских // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы : сб. науч.-практ. работ. – Воронеж, 2006. - С. 195.
44. Пархисенко Ю.А. Лечение и профилактика рубцовых стриктур при пептическом эзофагите / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы : сб. науч.-практ. работ. – Воронеж, 2006. - С. 197.

45. Пархисенко Ю.А. Хирургическое лечение язвенной болезни и рефлюкс-эзофагита / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2006. - № 1. - С. 85.
46. Пат. 2283127 RU, МПК А61К 36/63, А61К 33/00, А61Р 1/04. Способ лечения сформировавшихся рубцовых сужений пищевода / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Трофимов Д.П.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2004102162; заявл.26.01.04; опубл. 10.09. 06 // Бюл.- № 25. - 1с.
47. Пат. 2283039 RU, МПК А61В 17/00. Способ лечения рубцовых стенозов привратника после химических ожогов пищевода и желудка / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Трофимов Д.П.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2004103645; заявл. 09.02.04; опубл. 10.09.06 //Бюл.- № 25.-1с.
48. Пат. 2246908 RU, МПК 7А61В 17/00. Способ закрытия перфоративных отверстий желудка / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Боровских Е.И.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2003105741; заявл. 27.02.03; опубл. 27.02.05. // Бюл.- №.- с.
49. Пат. 2285453 RU, МПК А61В 17/00. Способ лимфоаденэктомии при злокачественных опухолях пищевода / Булынин В.В.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2004104795; заявл. 18.02.04; опубл. 20.10.06. // Бюл.- № 29.- 1с.
50. Пат. 2283040 RU, МПК А61В 17/00. Способ лечения перфорации пищевода после пульмонэктомии слева / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Плетнев А.А., Черных А.В., Юргелас И.В.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2005107965; заявл. 21.03.05; опубл. 10.09.06. // Бюл.- № 25.- 1с.
51. Пат. 2295303 RU, МПК А61В 17/00. Способ пластики перикарда после обширной резекции / Пархисенко Ю.А., Булынин В.В., Черных А.В.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2006104074; заявл. 10.02.06; опубл. 20.03.07. // Бюл.- № 8.- 3с.
52. Пат. 2295908 RU, МПК А61В 1/273. Способ определения желудочно-пищеводного рефлюкса у больных рефлюкс- эзофагитом / Булынин В.В., Брежнев А.С., Дрожжина Н.П.; заявитель Воронежская мед. акад. - № 2005107962; заявл. 21.03.05; опубл. 27.03.07. // Бюл.- № 9.- 3с.
53. Пархисенко Ю.А. Пептический эзофагит как терапевтическая и хирургическая проблема / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Актуальные вопросы торакальной хирургии: материалы конф., посвящ. 20-летию отделения торакальной хирургии Курской обл. клинич. больницы. -2007. - С. 72.
54. Булынин В.В. Диагностика и лечение ахалазии кардии и кардиоспазма / В.В.Булынин // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2007. - Т. 6, № 2. – С. 418-422.
55. Булынин В.В. Редкие варианты патологии пищевода и их лечение / В.В.Булынин, В.В.Смолянов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2007. - Т. 6, № 2.– С. 351-355.
56. Пархисенко Ю.А. Лечение рубцовых стриктур пищевода на фоне эзофагита / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2007. - Т. 6, № 2. – С. 193-199.
57. Булынин В.В. Компрессионные магнитные анастомозы в хирургии пищевода / В.В.Булынин // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2007. - Т. 6, № 3. – С.671-674.
58. Лечение и профилактика рубцовых стриктур пищевода после химического ожога / Ю.А.Пархисенко, Д.П.Трофимов, В.В.Булынин, О.А.Тимошенко // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2007. - Т. 6, № 3. – С. 556-561.

59. Диагностика и лечение пациентов с инородными телами пищевода / В.В.Смолянов, Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, Л.М.Дементьева // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2007. - Т. 6, № 3. – С.606-608.
60. Пархисенко Ю.А. Оптимизация диагностики и лечения рефлюкс-эзофагита / Ю.А.Пархисенко, В.В.Булынин, А.С.Брежнев // Альманах клинической медицины. - 2008. - Т. XVII. – С. 159-161.
61. Булынин В.В. Тактика лечения больных с инородными телами груди/ В.В.Булынин, В.В.Смолянов // Альманах клинической медицины. - 2008. - Т. XVII. – С. 66-67.
62. Булынин В.В. Профилактика и лечение рубцовых стенозов пищевода и желудка после химических ожогов / В.В.Булынин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. - № 1. – С.52-54.
63. Булынин В.В. Болезни оперированного пищевода / В.В.Булынин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. - № 3. – С.27-31.
64. Булынин В.В. Редкая патология пищевода и кардии, оптимальные варианты хирургического лечения этой патологии / В.В.Булынин, Ю.А.Пархисенко, Н.П.Дрожжина // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. - № 4. – С.40.
65. Булынин В.В. Первый опыт использования рентгеноконтрастной антисептической композиции в диагностике и лечении больных с перфорациями пищевода / В.В.Булынин, В.В.Смолянов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. - № 4. – С.40-41.

© ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», 2009 г.

Формат 60x84¹/₁₆ Бумага офсетная

Подписано в печать «02» февраля 2009 г.

Объем 1,0 усл.печ.листов – Тираж 100 экз, Заказ № 144

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии ИПЦ ВГУ
394000, г. Воронеж, ул. Пушкинская, 3

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/