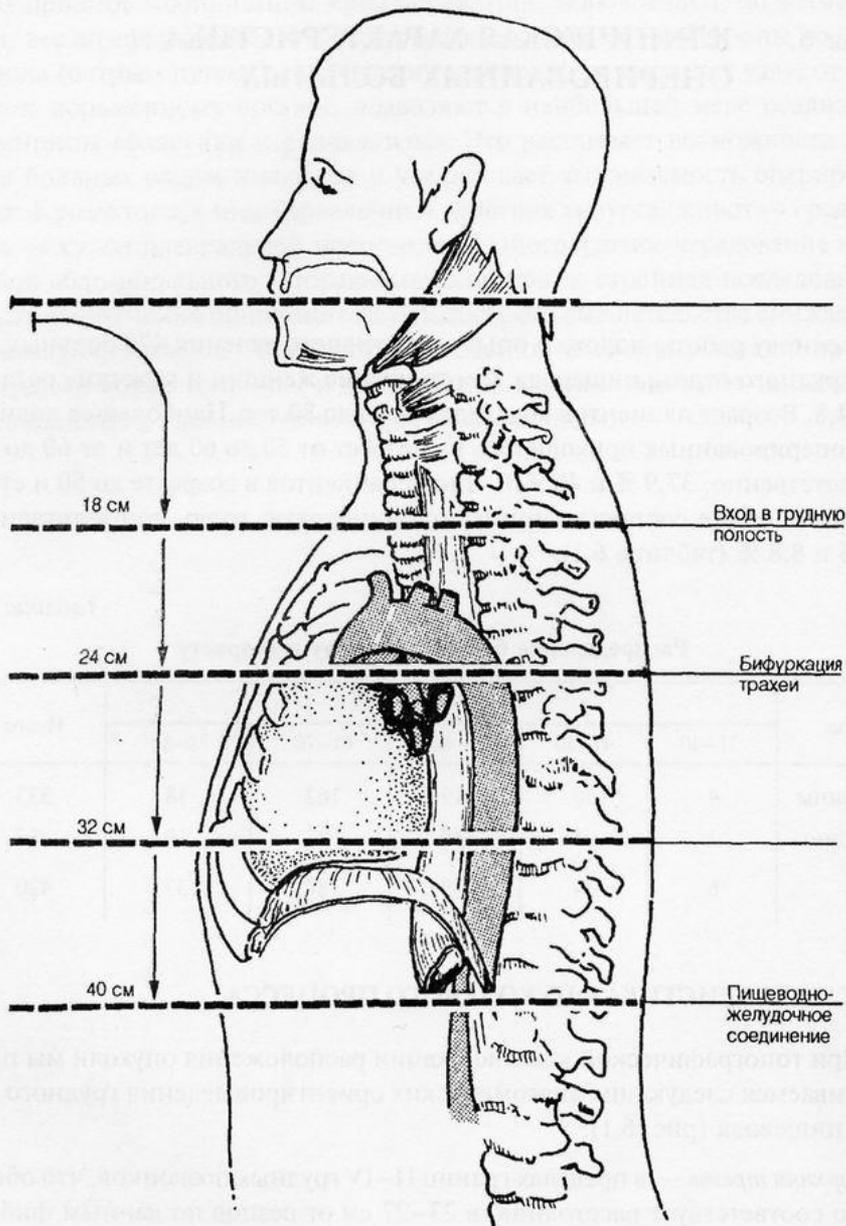


**Хирургические
заболевания пищевода**

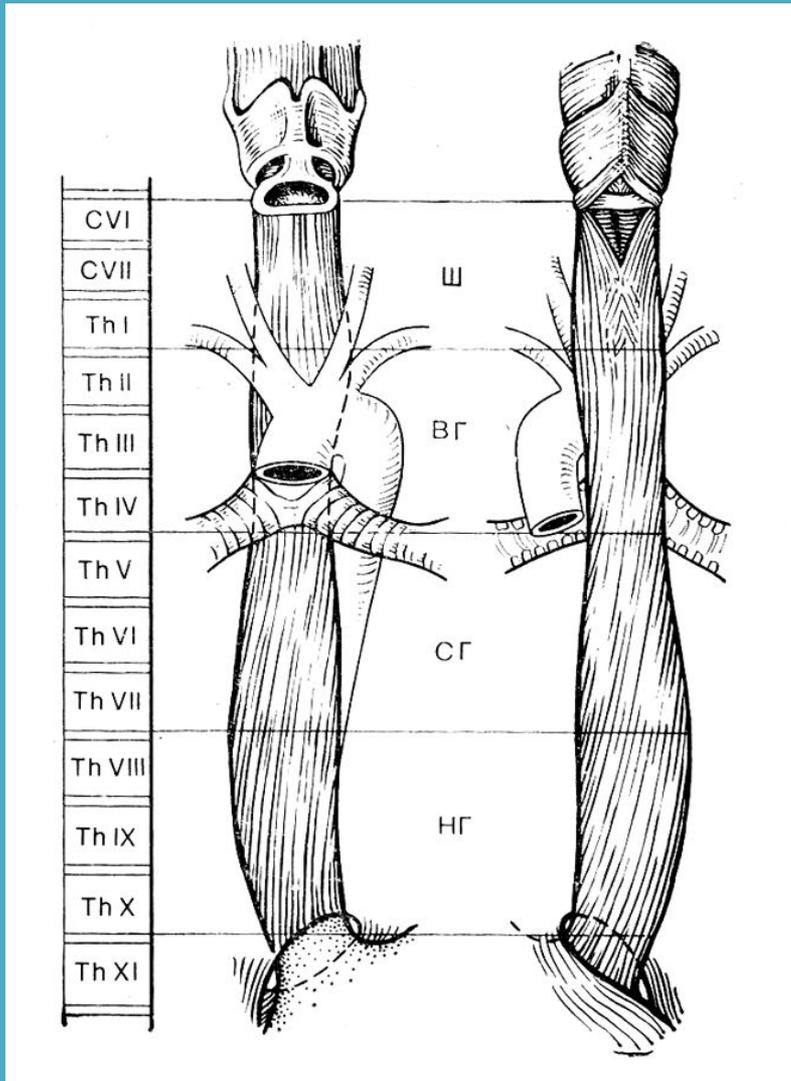
Хирургическая анатомия

пищевода

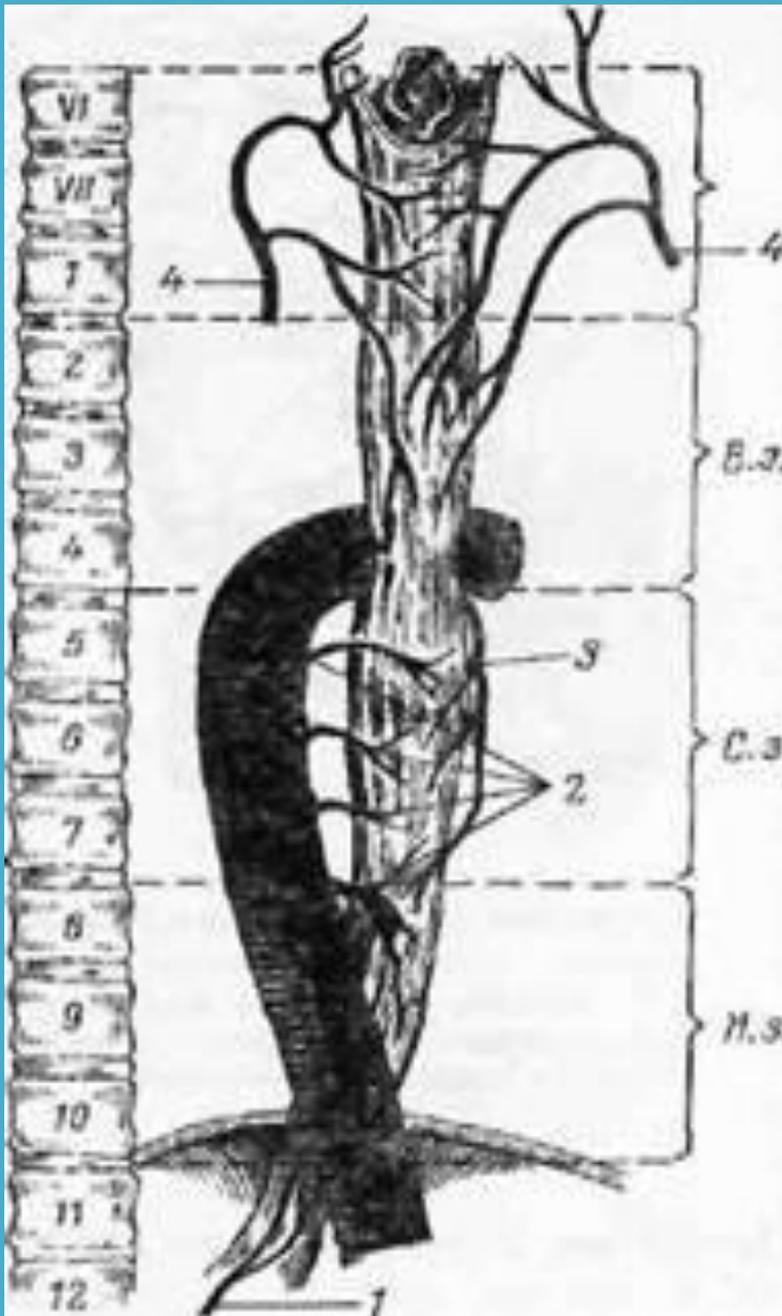


- Длина пищевода в среднем – 25 см.
- Шейная часть – 4-5 см;
- Внутригрудная – 16 см;
- Абдоминальная – 3-4 см.

Скелетотопия пищевода

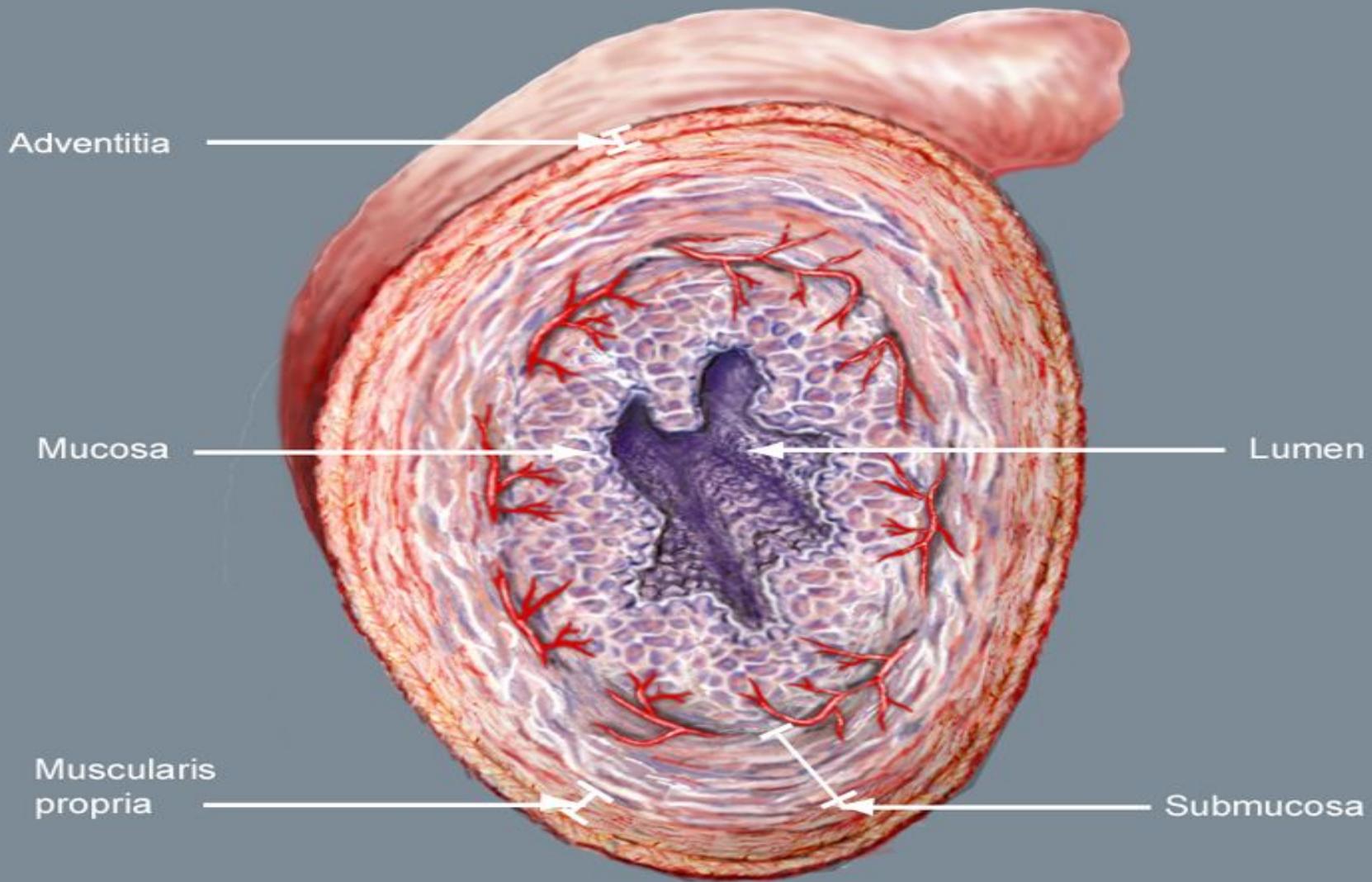


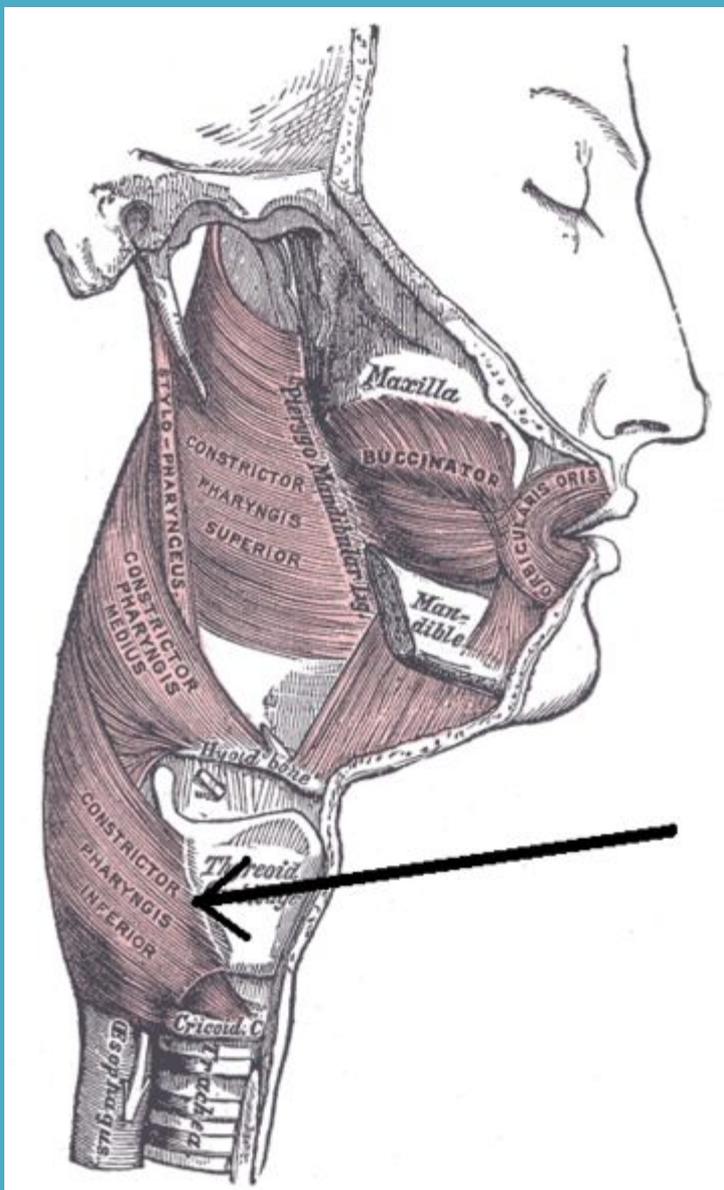
- Шейный отдел – Сvi-Thi
- Верхнегрудной отдел – ThII-ThIV
- Среднегрудной отдел – ThV-ThVII
- Нижнегрудной отдел – ThVIII-ThX
- Абдоминальный отдел - ThXI



КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА

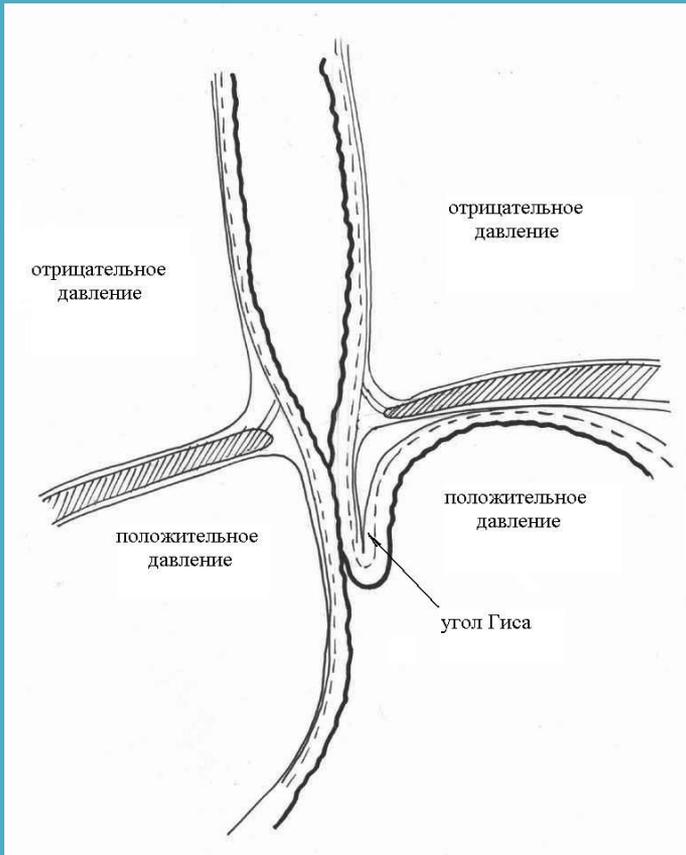
- **Шейный отдел пищевода**
 - нижние щитовидные артерии
- **Грудной отдел**
 - пищеводные артерии (до 8 шт) отходят от аорты
 - на уровне бифуркации трахеи - бронхиальные артерии,
 - ниже – ветви межреберных артерий
- **Абдоминальный отдел пищевода**
 - восходящая ветвь левой желудочной артерии
 - ветви нижней диафрагмальной артерии.





Верхний пищеводный сфинктер (ВПС) расположен на границе между глоткой и пищеводом

Нижний пищеводный сфинктер



Эзофагокардиальный переход

- Пластина Лаймера - фиброзно-эластическая пластинка, соединяющая нижнюю часть пищевода с медиальными ножками диафрагмы.
- Складка Губарева - складка слизистой оболочки у места соединения пищевода с желудком.
- Угол Гиса - углубление образованное между левым краем пищевода и дном желудка (кардиальная вырезка)

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

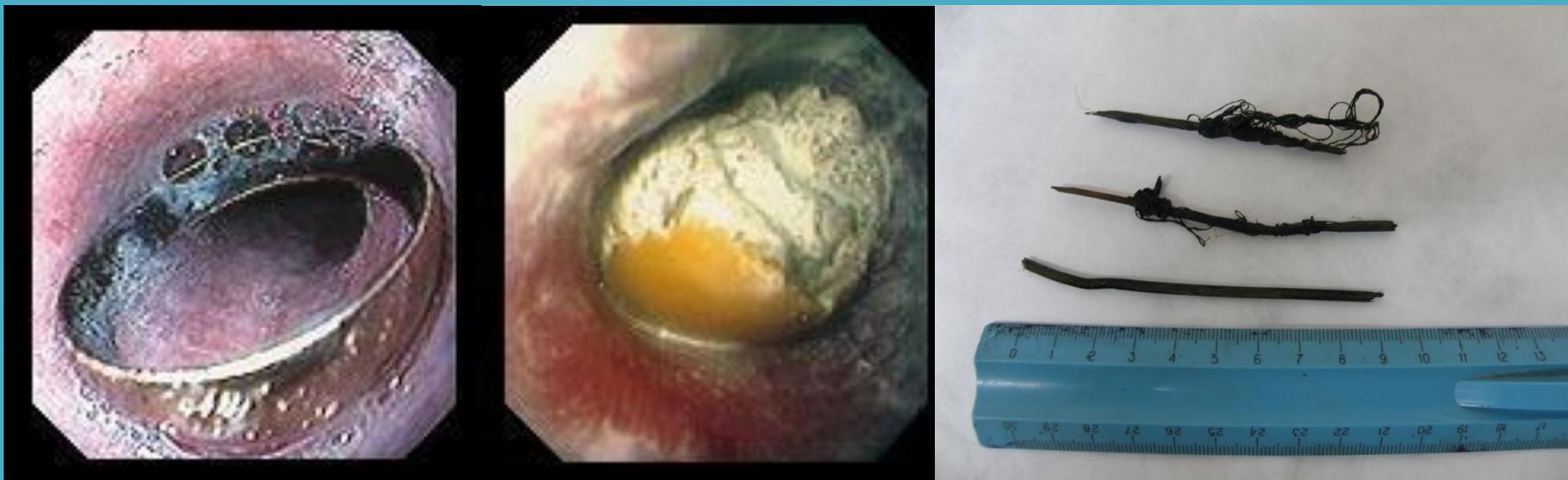
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

- Атрезия пищевода
- Врожденное сужение
- Врожденное идиопатическое расширение
- Кардиальная недостаточность
- Удвоение пищевода
- Неопущение желудка.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- ПОВРЕЖДЕНИЯ:
ХИМИЧЕСКИЕ,
ЛУЧЕВЫЕ

МЕХАНИЧЕСКИЕ,



КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- ПОВРЕЖДЕНИЯ:
ХИМИЧЕСКИЕ,
ЛУЧЕВЫЕ

МЕХАНИЧЕСКИЕ,



КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- Органические - дивертикулы пищевода, доброкачественные опухоли и кисты пищевода.
- Функциональные - ахалазия пищевода, кардиоспазм, дискинезия пищевода – эзофагоспазм.
- Воспалительные



Методы исследования:

- Рентгеноскопия
- Рентгенография
- Эзофагоскопия
- Пневмомедиастенография
- Медиастеноскопия
- СКТ органов груди
- Эзофагоманометрия
- РН-метрия

Дивертикулы пищевода

Слово «дивертикул», предложенное впервые **Ruysch (1698)** и в переводе означает «небольшое отклонение от нормального пути».

Дивертикул (от лат. **Diverticulum — дорога в сторону**) - выпячивания стенок желудочно-кишечного тракта в виде слепого мешка различной величины и формы (А.Г. Земляной, 1970).

Классификация дивертикулов пищевода

По происхождению

- Врожденные
- Приобретенные



Приобретенные по локализации

- Глоточно-пищеводные
- Бифуркационные
- Эпифренальные
- Множественные



По морфологии

- Дивертикулы стенки которых представлена всеми слоями пищевода (истинные)
- Дивертикулы состоящие только из слизистой оболочки и подслизистого слоя (ложные)



По механизму возникновения

- Пульсионные
- Тракционные
- Смешанные



Классификация дивертикулов пищевода

Фарингоэзофагеальный дивертикул

(располагается в области шеи; синонимы: глоточно-пищеводный, гипофарингеальный, дивертикул Ценкера)

Парабронхиальный дивертикул (располагается в области бифуркации трахеи; синонимы: бифуркационный, эпибронхиальный, среднепищеводный дивертикул)

Эпифренальный дивертикул (располагается над диафрагмой; синоним наддиафрагмальный дивертикул).

Диффузный интрамуральный дивертикулез

Классификация дивертикулов пищевода

Функциональные (релаксационные) и спаечные. Первые описал Varsoni (1926).

Они регистрируются как ограниченные выбухания стенки пищевода при сокращении его стенки и исчезают при расслаблении.

Функциональные дивертикулы могут быть множественными и не иметь постоянных размеров. Спаечные дивертикулы имеют тракционное происхождение из-за различных воспалительных процессов в средостении.

Они, как и функциональные, обычно выявляются во время перистальтической деятельности пищевода и исчезают в покое.

Глоточно-пищеводные дивертикулы

Глоточно-пищеводные дивертикулы фактически являются дивертикулами дистального отдела задней стенки глотки, однако их образование связано с нарушением функции пищевода

В большинстве случаев дивертикулы пищевода имеют округлую или слегка удлинённую (в виде мешка) форму, иногда отмечается небольшое сужение в области перешейка.

Слизистая оболочка обычно бледная, с выраженным сосудистым рисунком, иногда настолько интенсивным, что приобретает различные оттенки цвета – от ярко-голубого до насыщенно-синего.

Клиника и диагностика

**реургитация застоявшейся пищи
постоянное наличие в глотке слизи,
бурлящий шум при надавливании на глотку**

**По мере
увеличения
дивертикула:**

**небольшая боль
легкая дисфагия
кашель
тошнота
неприятный запах
изо рта**

**В стадии полностью сформировавшегося
дивертикула:**

**булькающие звуки, слышимые на
расстоянии
нарушен акт глотания
реургитация
дисфагия
легочные осложнения**

**симптом Купера -
выпячивание на боковой
поверхности шеи слева с
шумом плеска**

**симптом Поттенджера —
напряжение и
болезненность
жевательной мышцы**



**Ценкеровский дивертикул
прямая проекция**



Боковая проекция

Лечение глоточно-пищеводных дивертикулов

консервативное

оперативное

Лечение глоточно-пищеводных дивертикулов

Консервативное лечение заключается в строгой диете, приеме пищи в определенном положении, промывании дивертикула, приеме растительного масла

Оперативное лечение глоточно-пищеводных дивертикулов

Резекция дивертикула
с рассечением
m.cricopharyngeus

Рассечение
m.cricopharyngeus

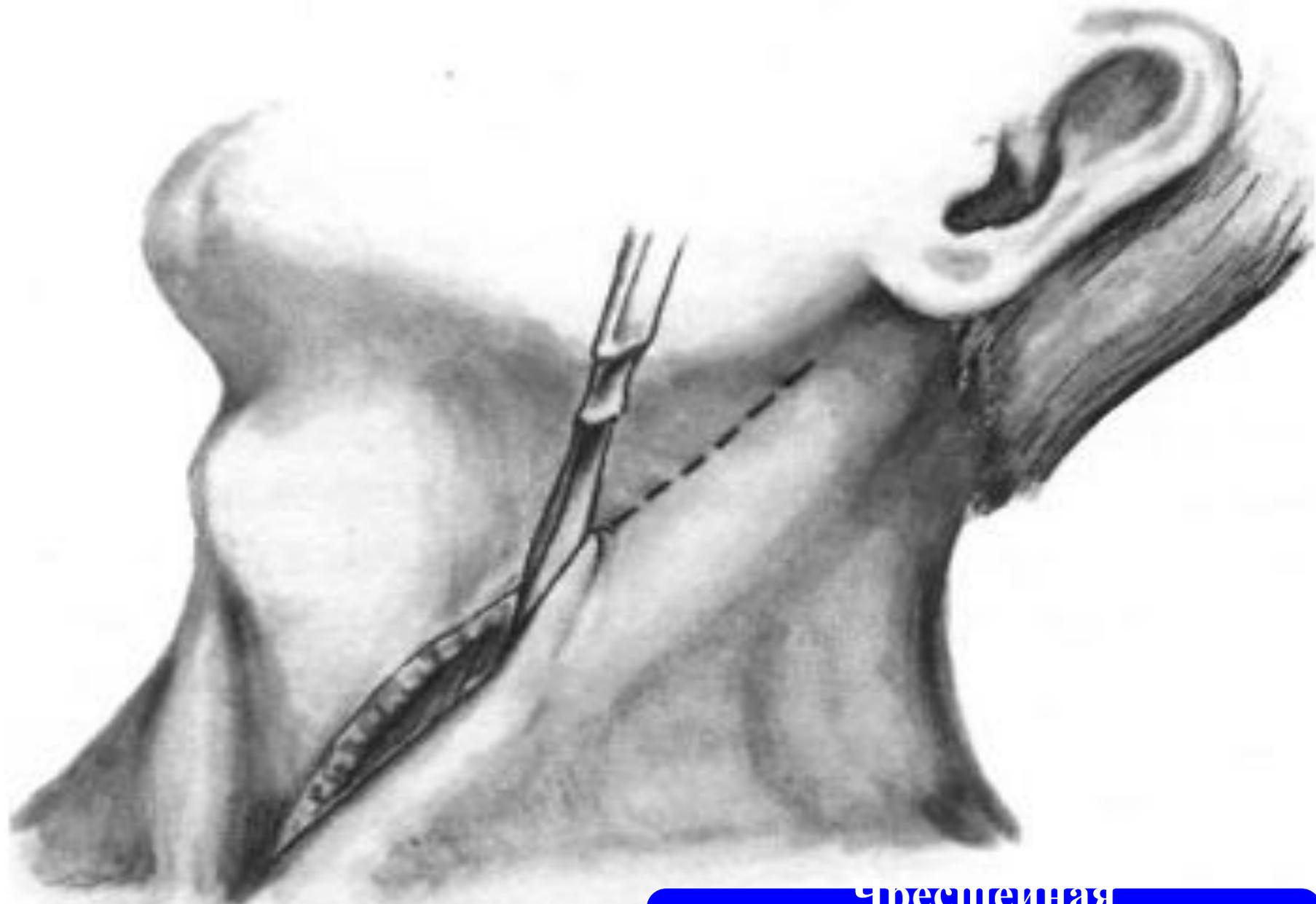
Дивертикулопексия
(подтягивание и
фиксация дивертикула
в краниальном
направлении)

Эндоскопическое
лечение



Дивертикул Ценкера





**Чресшейная
медиастенотомия
по Разумовскому-Розанову**

по В.Н. Шевкуненко

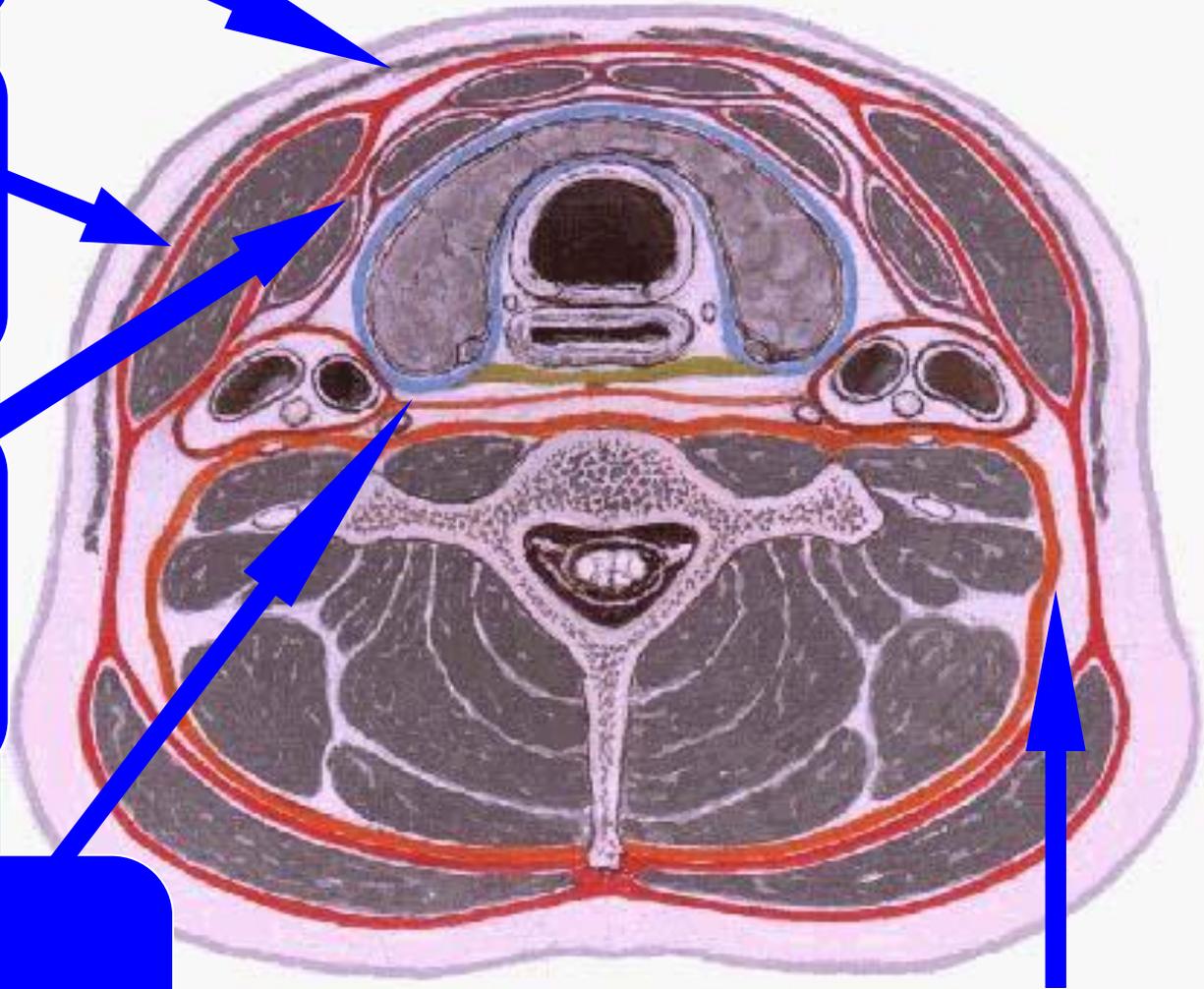
1 фасция шеи –
поверхностная -
облегает платизму

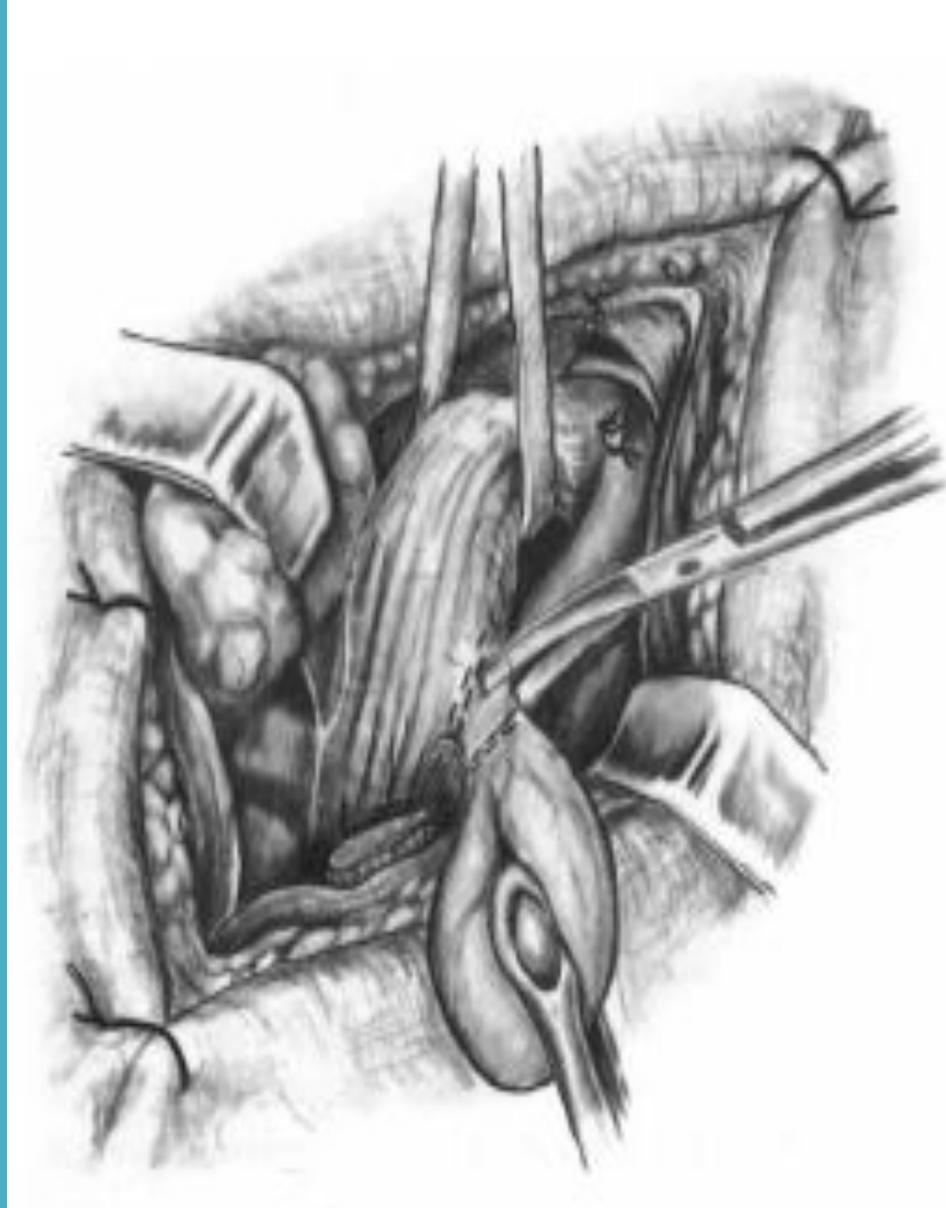
2 фасция шеи (поверхностный листок
собственной фасции шеи) –
наиболее прочная.
Фиксирована сзади со связками
остистых отростков шеи.
Формирует влагалища для
трапециевидной и грудино-
ключично-сосцевидной мышцы

3 фасция шеи (глубокий листок
собственной фасции шеи) –
Формирует влагалище для
претрахеальных мышц
(грудино-подъязычных,
грудино-щитовидных и
щито-подъязычных)

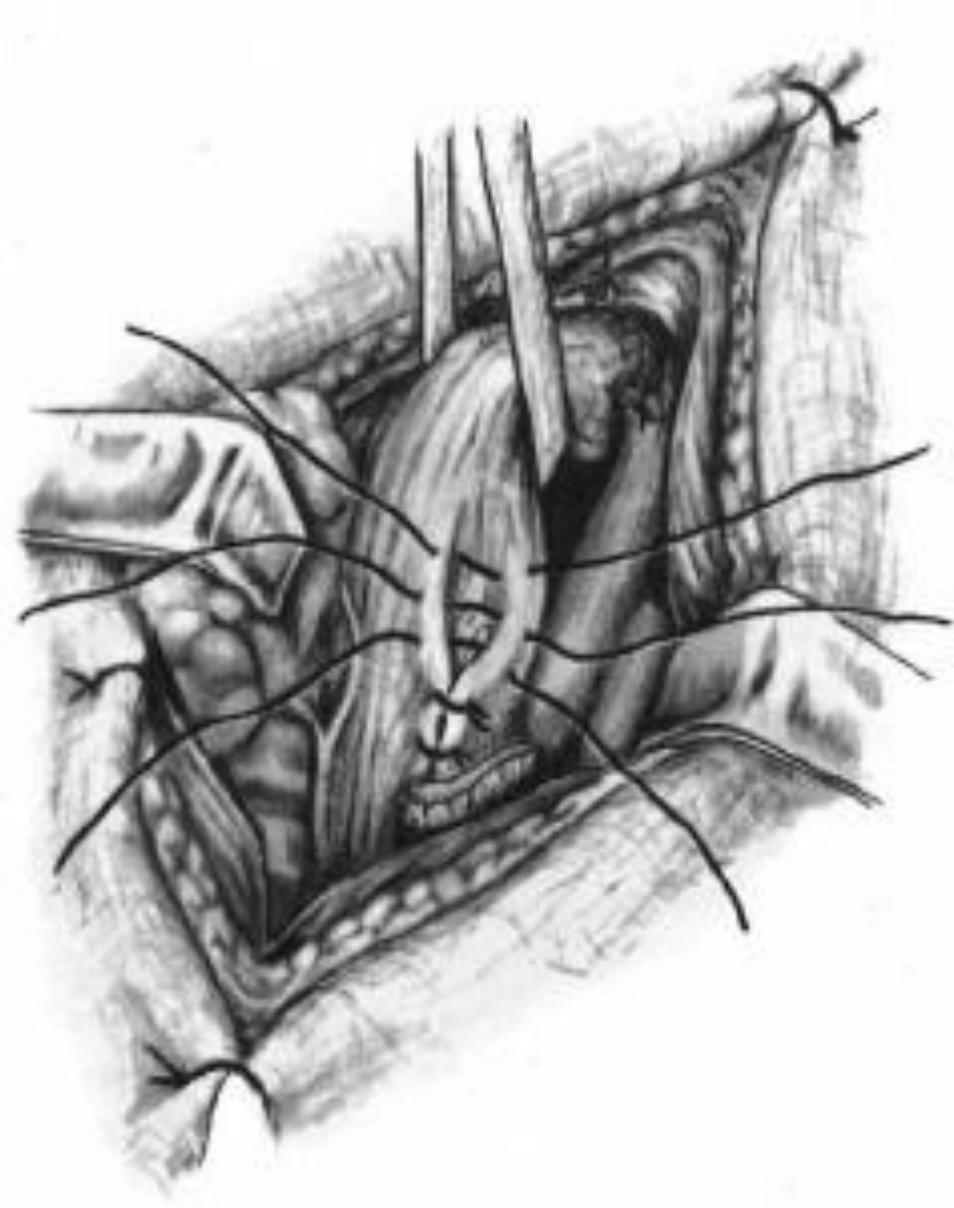
4 фасция шеи (внутренностная) –
окружает все органы и основной
сосудисто-нервный пучок шеи.
Вверху фиксирована к основанию черепа,
Снизу продолжается в средостение

5 фасция шеи (предпозвоночная) –
покрывает переднюю поверхность позвоночника

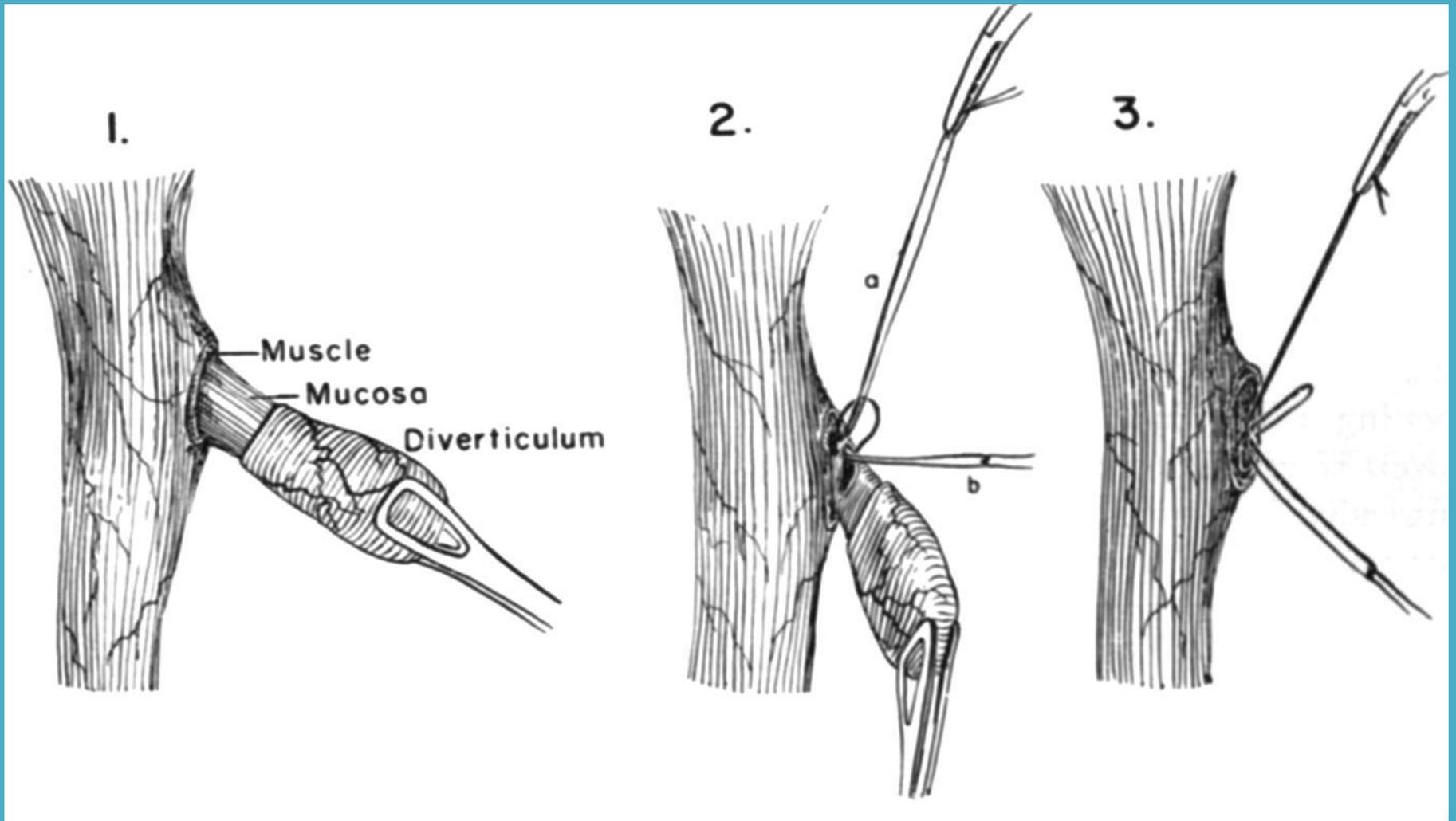




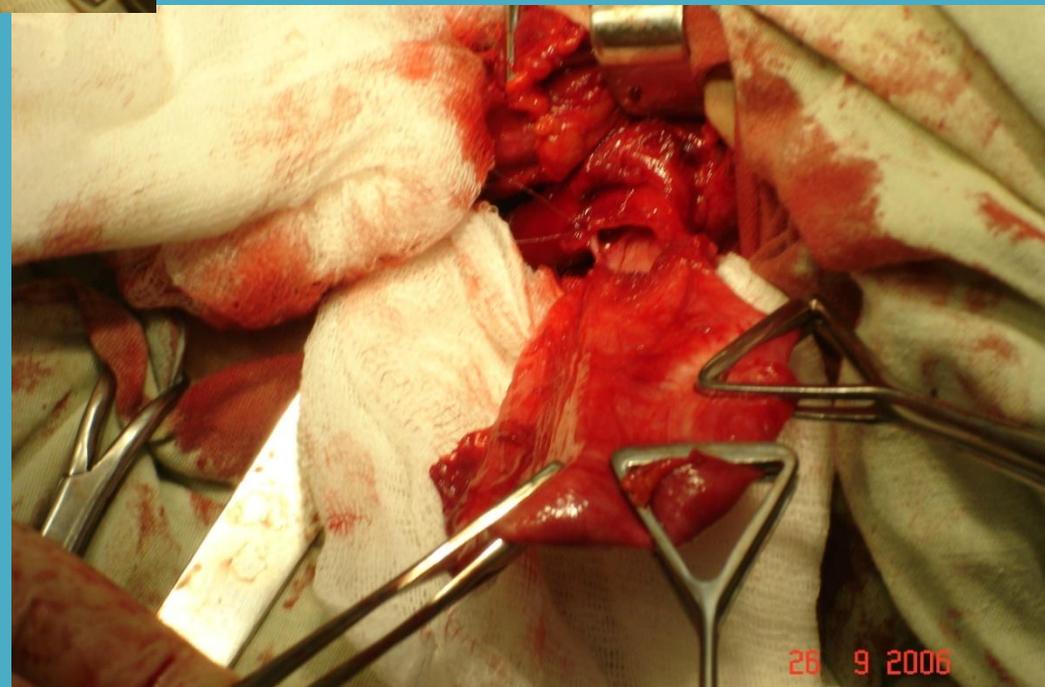
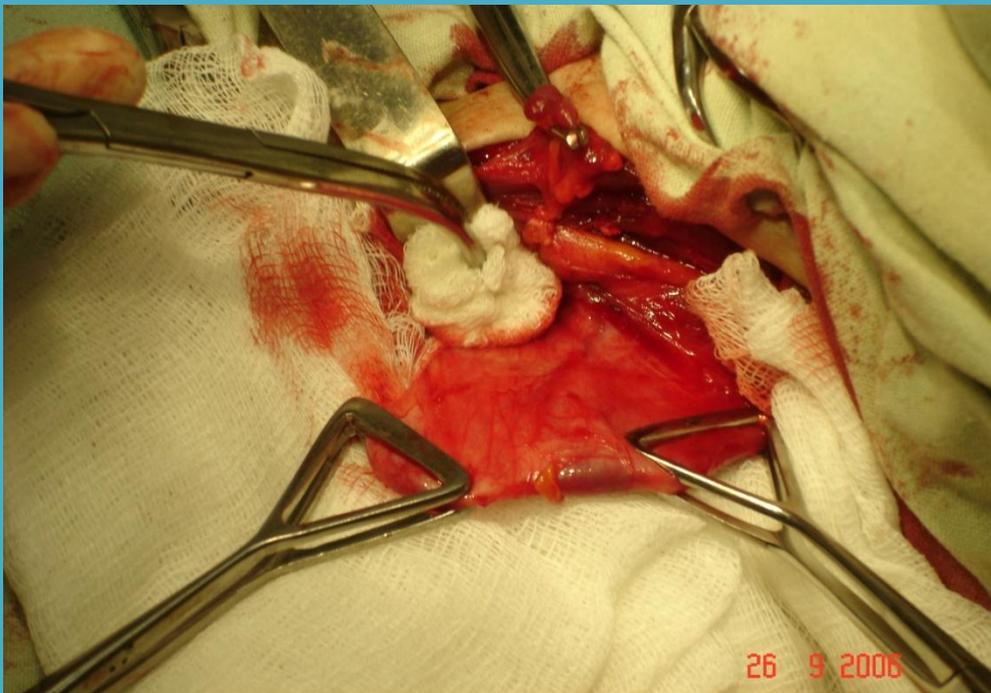
**Резекция шейного дивертикула
пищевода при помощи УКЛ**

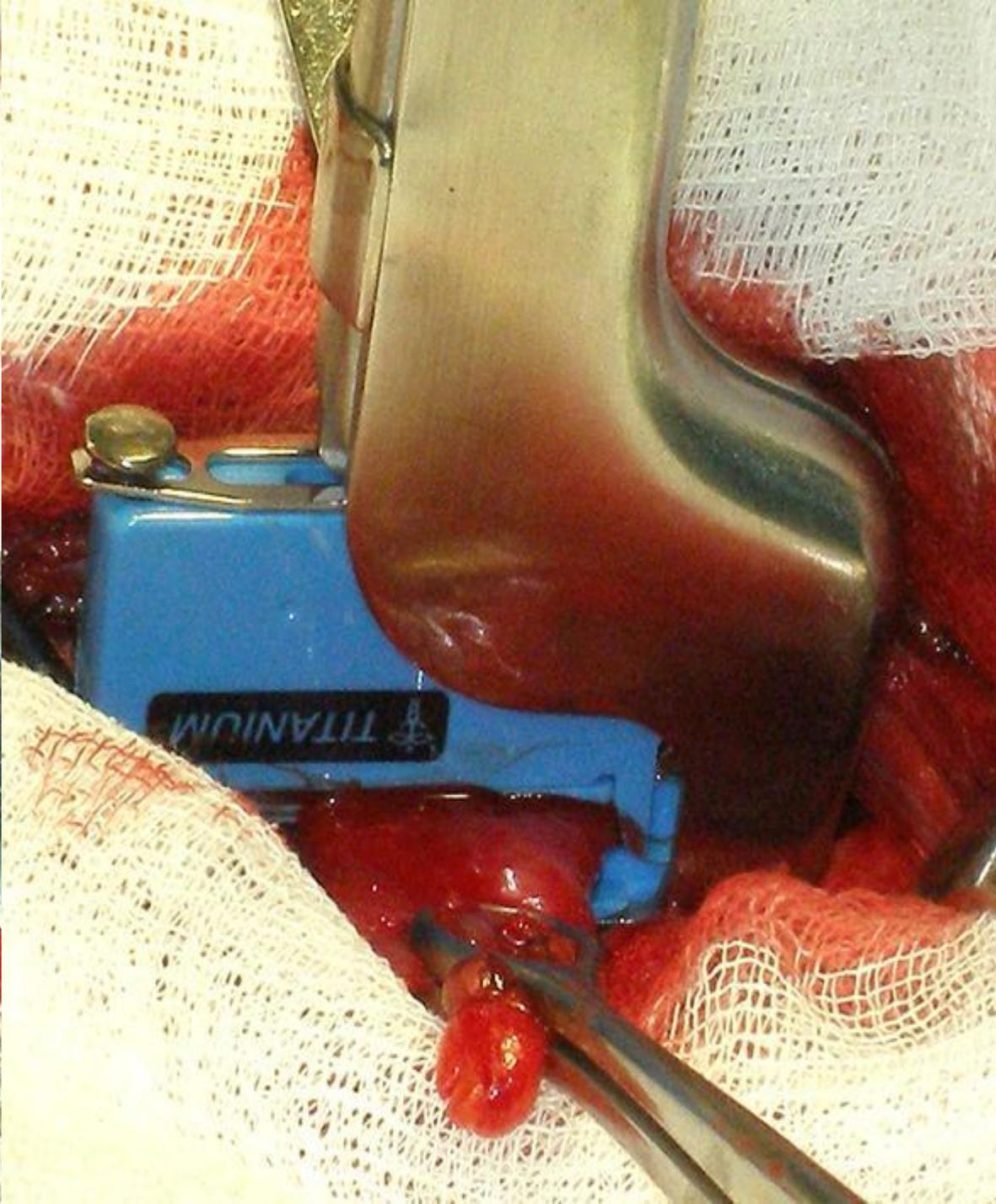
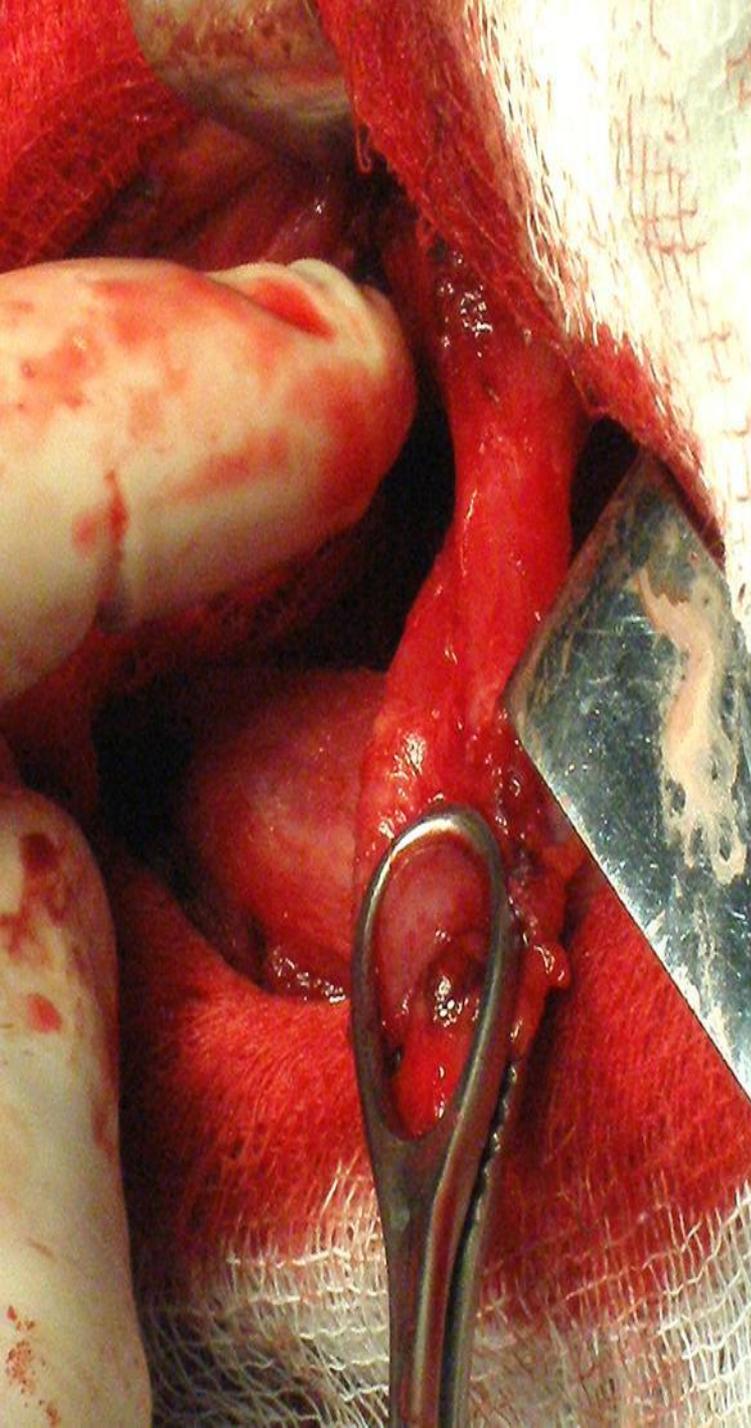


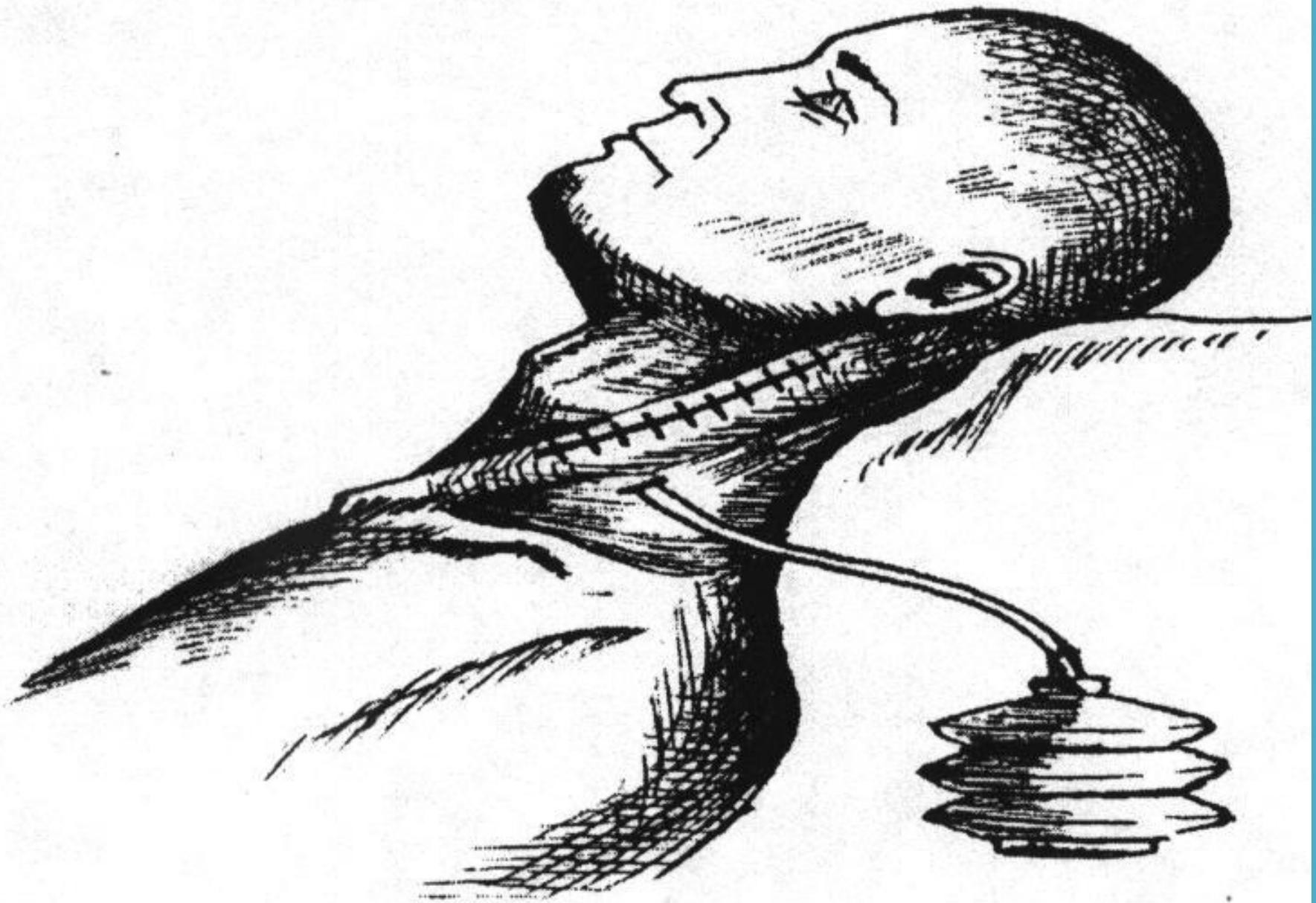
**Резекция шейного дивертикула
пищевода при помощи УКЛ,
укрепление линии швов**



Этапы хирургического лечения







- **Осложнения после эндоскопического лечения ЦД развиваются реже, чем при открытых вмешательствах (6% против 10-15%)**
- **Хирургическое лечение - симптомы заболевания исчезают более чем у 90% пациентов**
- **Эндоскопический подход не позволяет достичь таких успешных результатов, но может при необходимости быть повторен**

Бифуркационные дивертикулы

БИФУРКАЦИОННЫЕ И ЦЕНКЕРОВСКИЕ

Бифуркационные дивертикулы располагаются преимущественно на передней или передне-правой стенке пищевода и по механизму возникновения являются, как правило, тракционными (воспалительные процессы в лимфатических узлах и других образованиях средостения приводят к развитию спаечного процесса, рубцеванию и вытягиванию стенки пищевода)

Бифуркационные дивертикулы по размерам меньше ценкеровских

Клиника и диагностика

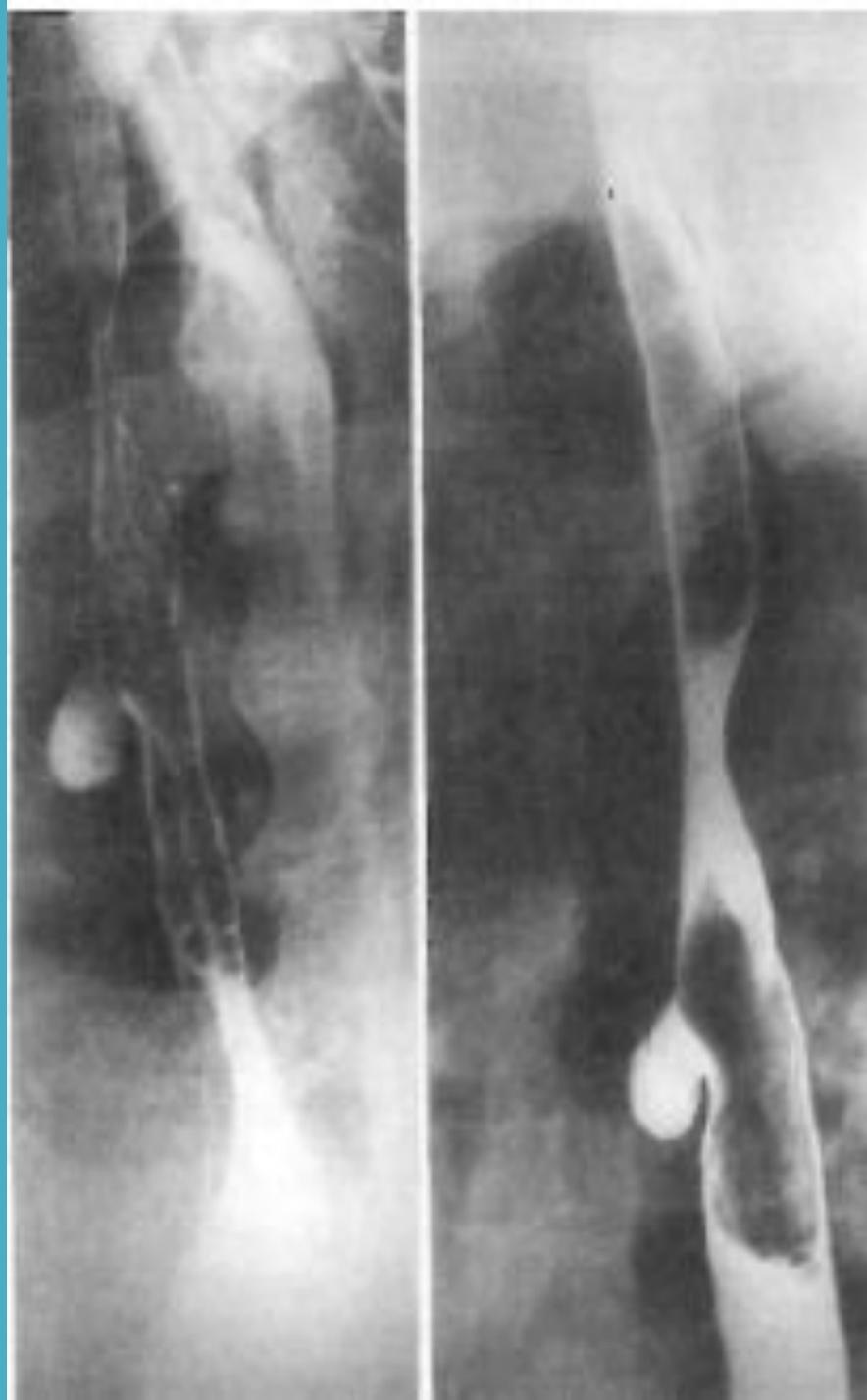
Бифуркационные дивертикулы небольших размеров, обычно бессимптомные, выявляются при рентгеноконтрастном исследовании как случайная находка

Крупные дивертикулы (длинная и узкая шейка) - загрудинная боль

Сочетание с ГПОД

При перфорации дивертикула - медиастинит, пищеводно-респираторные свищи

Перфорация дивертикула может произойти в верхнюю полую вену или аорту



**Бифуркационный
дивертикул
(прямая проекция)**

Лечение

Консервативное лечение показано при небольших, легко опорожняющихся дивертикулах без явлений дивертикулита, скудной клинической картине, а также при наличии противопоказаний к операции

- **щадящая диета — оптимальная температура пищи, хорошо механически обработанная, не вызывающую раздражения слизистой оболочки пищевода (исключаются острая пища и спиртные напитки)**
- **для механического очищения дивертикула рекомендуют принимать перед едой растительное масло**

Лечение

Хирургическое лечение показано при осложнениях дивертикула пищевода (дивертикулит, изъязвление, свищи, кровотечение, рак)

- ❖ **Доступ - правосторонняя торакотомия. Уточняют область локализации дивертикула и рассекают медиастинальную плевру**
- ❖ **Дивертикул выделяют из окружающих тканей до шейки и иссекают**
- ❖ **Отверстие в пищеводе ушивают, накладывают отдельные швы на медиастинальную плевру.**
- ❖ **Если мышечная оболочка пищевода выражена слабо, то требуется пластическое укрытие швов (лоскутом диафрагмы)**
- ❖ **Инвагинация дивертикула чаще дает рецидивы и поэтому применяется лишь при небольших дивертикулах**

Эпифренальные дивертикулы

Этиология и Локализация

Эпифренальные дивертикулы, являются пульсионными и часто бывают значительных размеров, располагаясь обычно на передней или передне-правой стенке нижней трети пищевода. Считается, что основную роль в их возникновении играет врожденная слабость стенки пищевода в этой области.

Пульсионный механизм возникновения эпифренальных дивертикулов подтверждается тем, что они нередко сочетаются с кардиоспазмом и грыжами ПОД

Клиника и диагностика

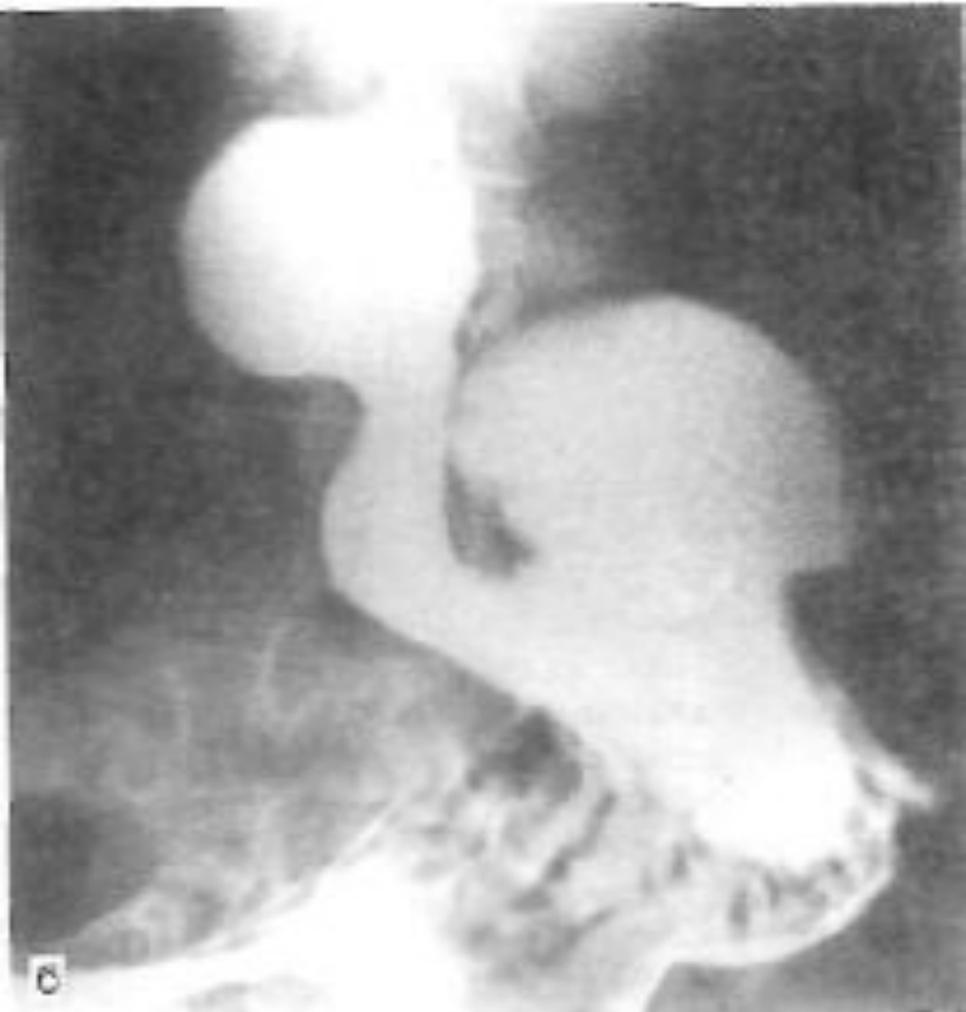
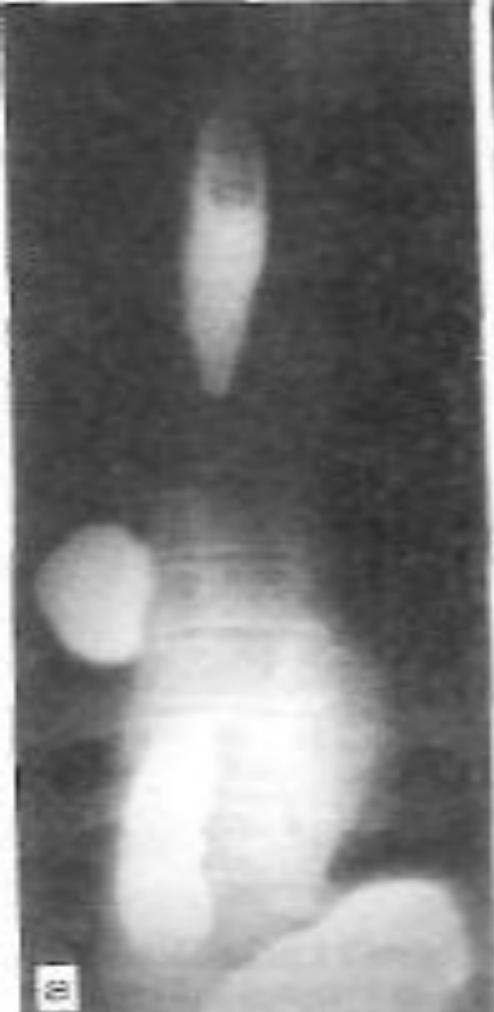
при небольших размерах и широкой шейке могут не проявляться клинически

Характерная за грудиной боль (иногда как при стенокардии), реже — отрыжка, срыгивание, дисфагия, пищеводное кровотечение

При перфорации часто развиваются пищеводнореспираторные и пищеводно-медиастинальные свищи (20 %)

Частое сочетание с кардиоспазмом, рефлюкс-эзофагитом

Малигнизация!!!



**Эпифренальные дивертикулы
среднего размера,
плохо опорожняющийся и
сравнительно высоко
расположенный.**

**Эпифренальные дивертикулы
большого размера**



Лечение

Консервативное лечение показано при небольших, легко опорожняющихся дивертикулах без явлений дивертикулита, скудной клинической картине, а также при наличии противопоказаний к операции

- **щадящая диета — оптимальная температура пищи, хорошо механически обработанная, не вызывающую раздражения слизистой оболочки пищевода (исключаются острая пища и спиртные напитки)**
- **для механического очищения дивертикула рекомендуют принимать перед едой растительное масло**

Лечение

- Доступ - правосторонняя торакотомия. Уточняют область локализации дивертикула и рассекают медиастинальную плевру
- Дивертикул выделяют из окружающих тканей до шейки и иссекают
- Отверстие в пищеводе ушивают, накладывают отдельные швы на медиастинальную плевру.
- Если мышечная оболочка пищевода выражена слабо, то требуется пластическое укрытие швов (лоскутом диафрагмы)
- Инвагинация дивертикула чаще дает рецидивы и поэтому применяется лишь при небольших дивертикулах



**Удаление
эпибронхиального
дивертикула
пищевода**



**Укрепление линии
швов**



**Укрепление линии швов
медиастинальной
плеврой**

По мнению ряда зарубежных хирургов, ведущим моментом в возникновении шейных дивертикулов являются ахалазия *m. sphincter pharyngeus* (Lahey, 1946; Sutherland, 1962; Belsey, 1966, и др.).

В связи с этим Jackson (1926) предложил дилатацию для устранения спазма этой мышцы, а Negus (1957) предложил в дополнение к удалению дивертикула рассекать перстневидно-глоточную мышцу.

Belsey (1966) производит миотомию и дивертикулэктомию только при больших дивертикулах с узкой шейкой, при небольших дивертикулах с широкой шейкой миотомию сочетает с дивертикулэксией.

Отдаленные результаты

Отдаленные результаты операций при дивертикулах пищевода, как правило, хорошие.

Следует иметь в виду лишь возможность рецидива дивертикула после операции инвагинации по Жирару, если область инвагинации не была укрыта дополнительно местными тканями

Лечение.

3 - 5 сутки - запрещается прием пищи и воды через рот

с 4 – 6 сутки - больной начинает ПИТЬ

с 7 дня — принимать жидкую пищу

АХАЛАЗИЯ И КАРДИОСПАЗМ

нервно-мышечное заболевание всей гладкой мускулатуры пищевода, проявляющееся спазмом и стойким нарушением рефлексорного открытия НПС при глотании, расстройством перистальтики пищевода и задержкой в нем проглоченной пищи и жидкости

**Ахалазию кардии и кардиоспазм
относят к группе нервно-мышечных
заболеваний пищевода.**

**Это не синонимические названия одной
и той же патологии, а две различные
нозологические единицы!!!!!!!!!!!!!!**

Ахалазия

- в патологический процесс вовлекаются **постганглионарные нейроны**, в результате этого выпадает рефлекс раскрытия кардиального жома на осуществляемый человеком глоток.
- пища поступает в желудок, но происходит это только при дополнительном наполнении пищевода жидкостью, то есть тогда, когда вес её столба оказывает выраженное механическое воздействие на кардиальный жом (**гидростатическое давление**), чем и пользуются сами больные во время еды.

- Ахалазия представляет собой (в подавляющем большинстве случаев) первичное заболевание неустановленной этиологии и характеризуется нарушением работы НПС, а именно: стойким изменением нормального рефлекса раскрытия кардии во время глотания, и дискинезией грудного отдела пищеводной трубки.
- При ахалазии отмечается **неэффективность сократительной способности всего пищевода** и отсутствие координированного расслабления эзофагеального сфинктера в ответ на акт глотания.
- Частота данной патологии в странах Европы составляет 0,5-0,8 на 100 тысяч человек, в структуре всех заболеваний пищевода на её долю приходится от 3 до 20%.

Кардиоспазмом же принято называть стойкое сужение дистального отдела пищевода, сопровождающееся дисфагией, а в далеко зашедших случаях органическими изменениями в вышележащих отделах – сначала гипертрофией, а потом атонией мускулатуры с выраженным расширением просвета органа!

На клеточном уровне обнаруживаются дегенеративно-дистрофические изменения преганглионарных нейронов дорсальных ядер вагуса. Поэтому вследствие нарушения центральной иннервации гладкомышечные волокна НПС становятся более чувствительными к своему естественному регулятору – гастрину, чем в норме. Таким образом, возникает истинный спазм кардии.

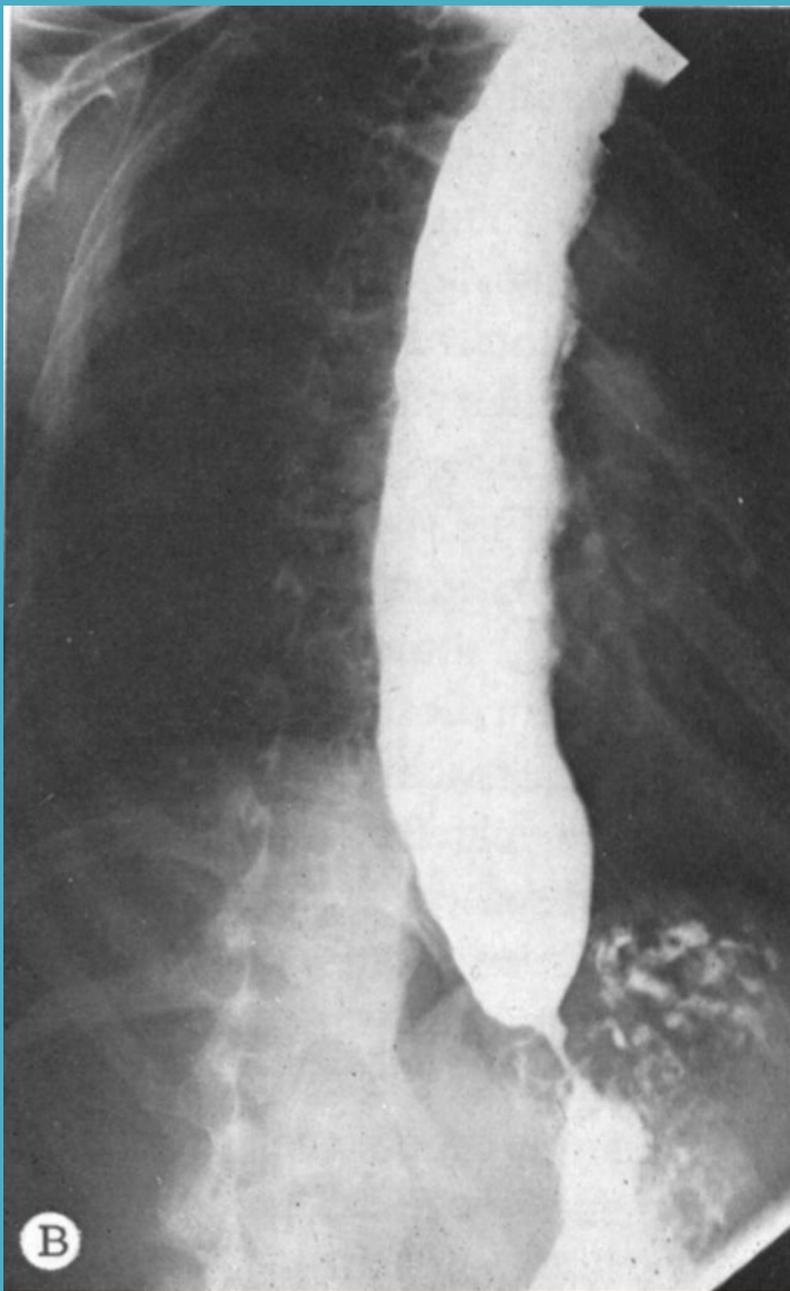
СТАДИИ КАРДИОСПАЗМА

(Б.В. Петровский, 1962)

- I непостоянный функциональный спазм без расширения пищевода*
- II постоянный спазм с незначительным расширением пищевода*
- III рубцовые изменения и органический стеноз с выраженным расширением пищевода*
- IV резкий стеноз, удлинение и S-образная деформация пищевода*



*I ст. - непостоянный
функциональный спазм
без расширения пищевода*



*II ст. - постоянный спазм с
незначительным расширением
пищевода*

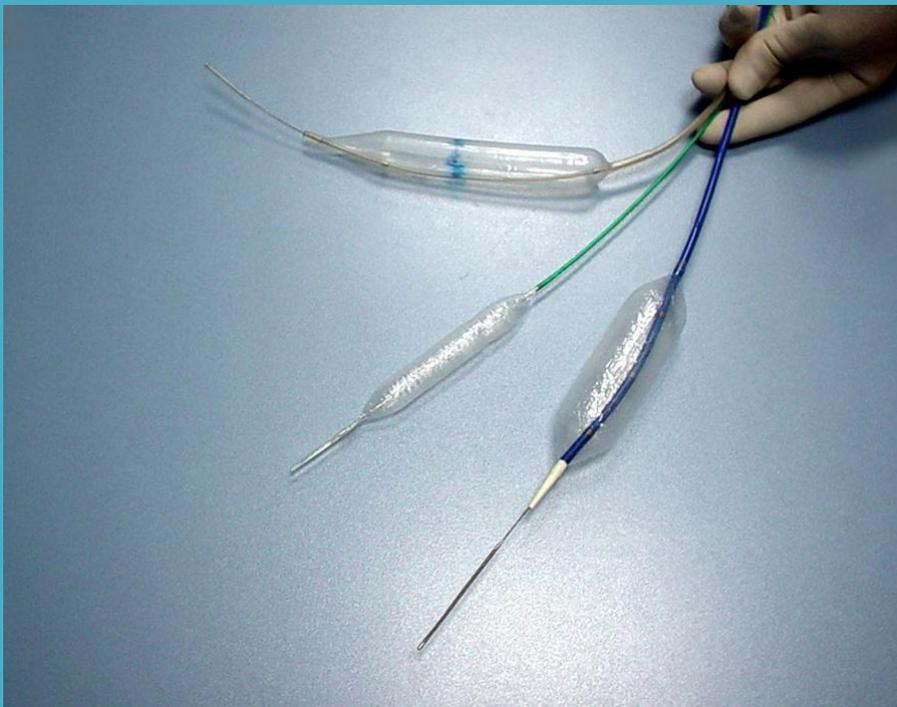


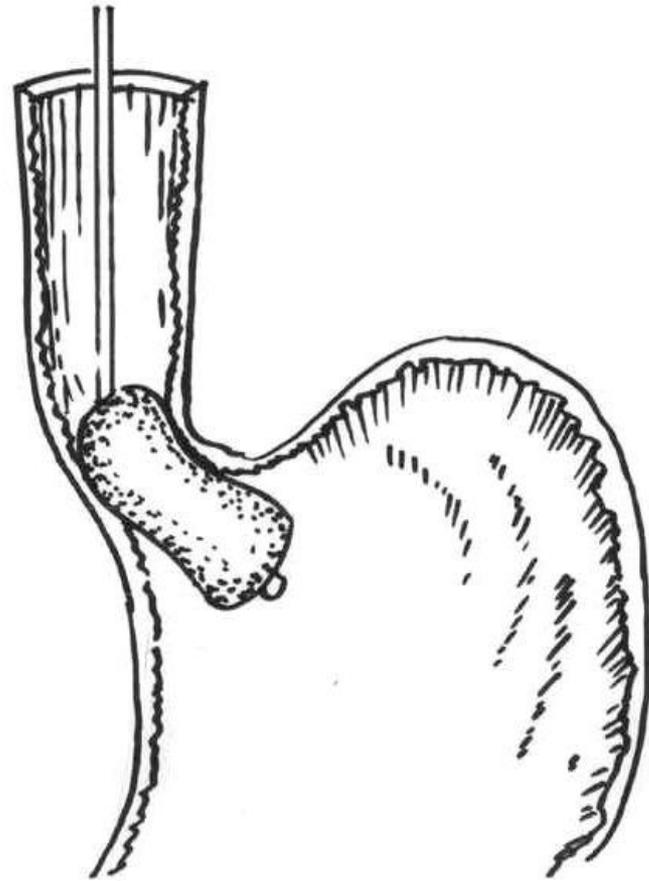
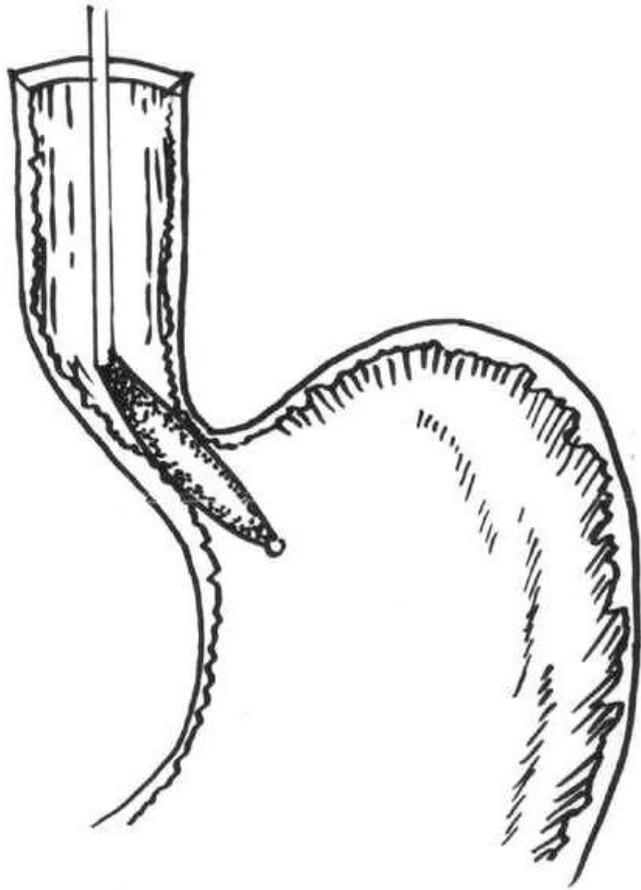
III ст. - рубцовые изменения и органический стеноз с выраженным расширением пищевода

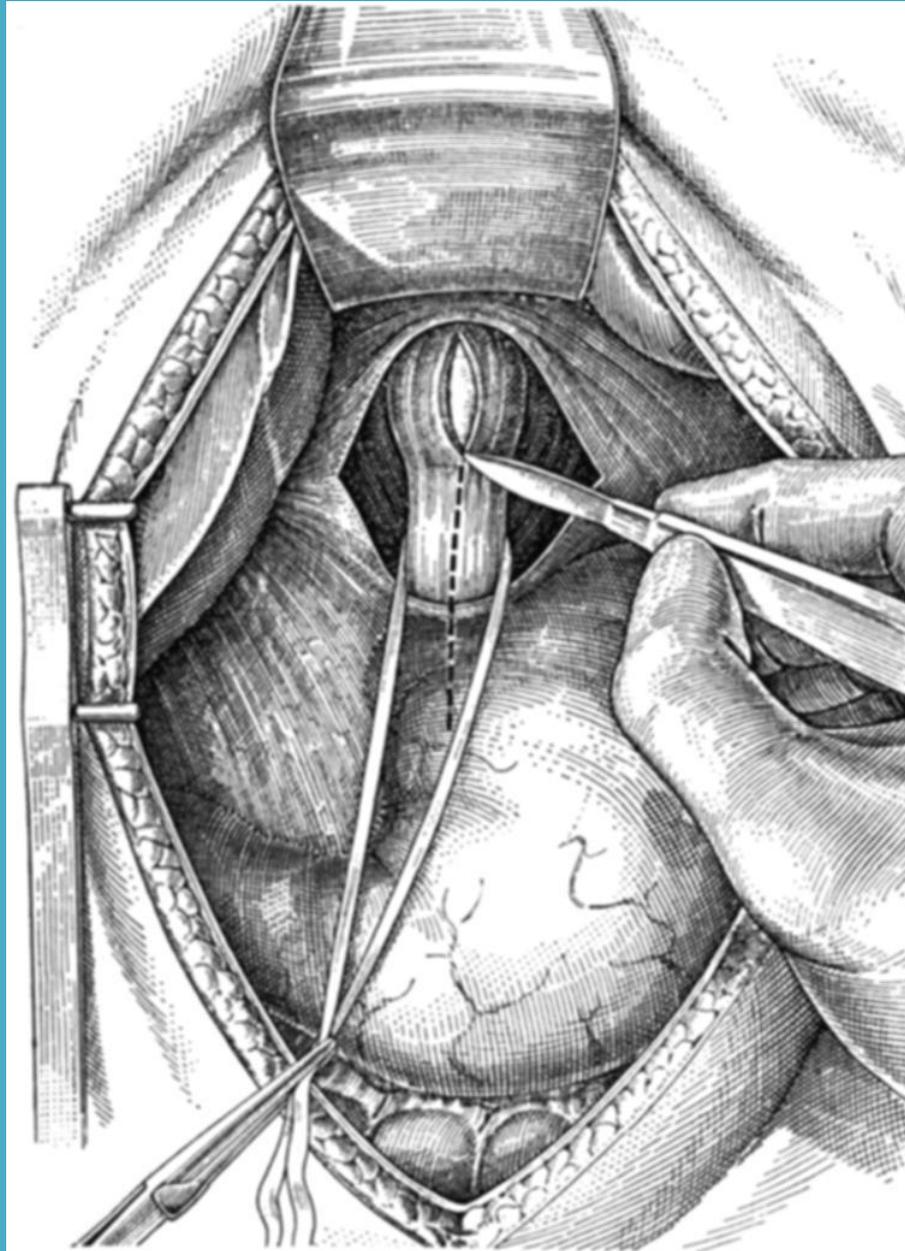


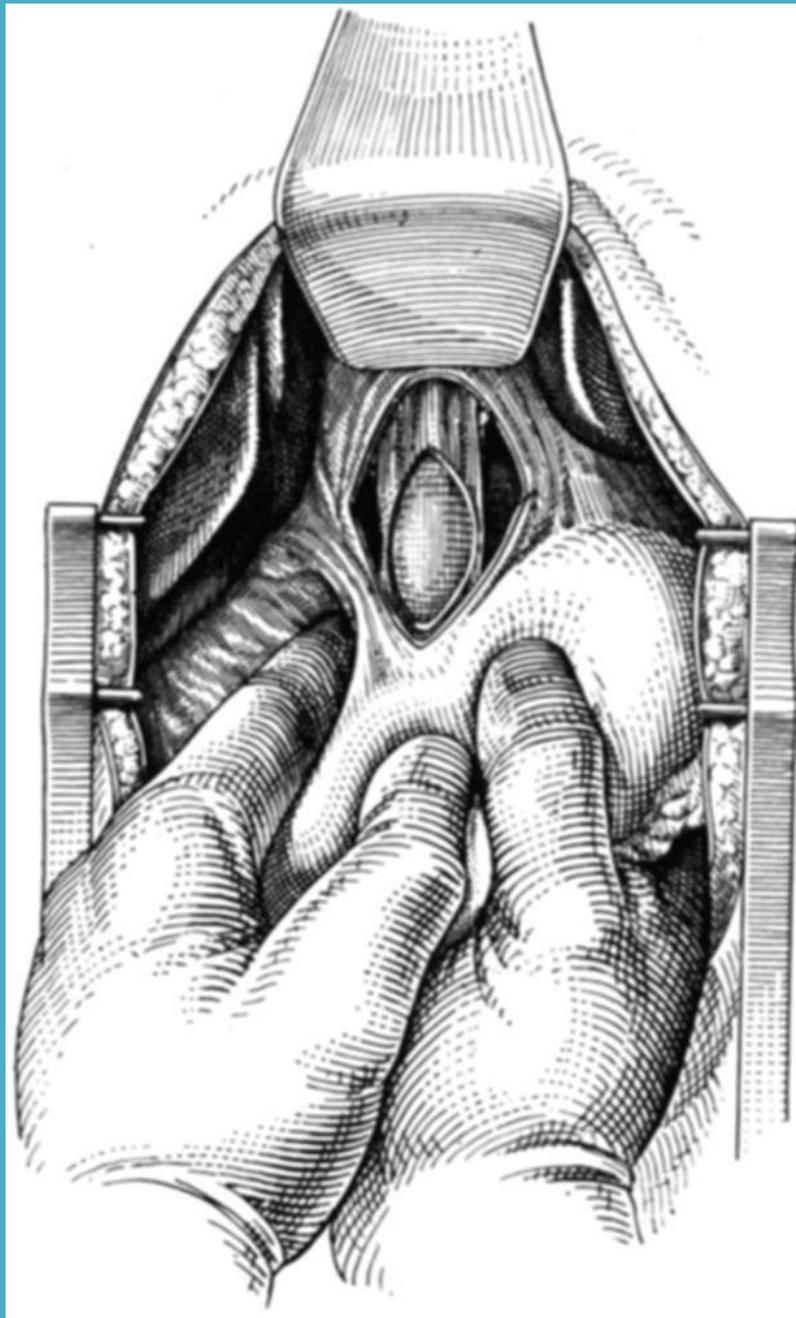
IV ст. - резкий стеноз, удлинение и S-образная деформация пищевода

Кардиодилатация

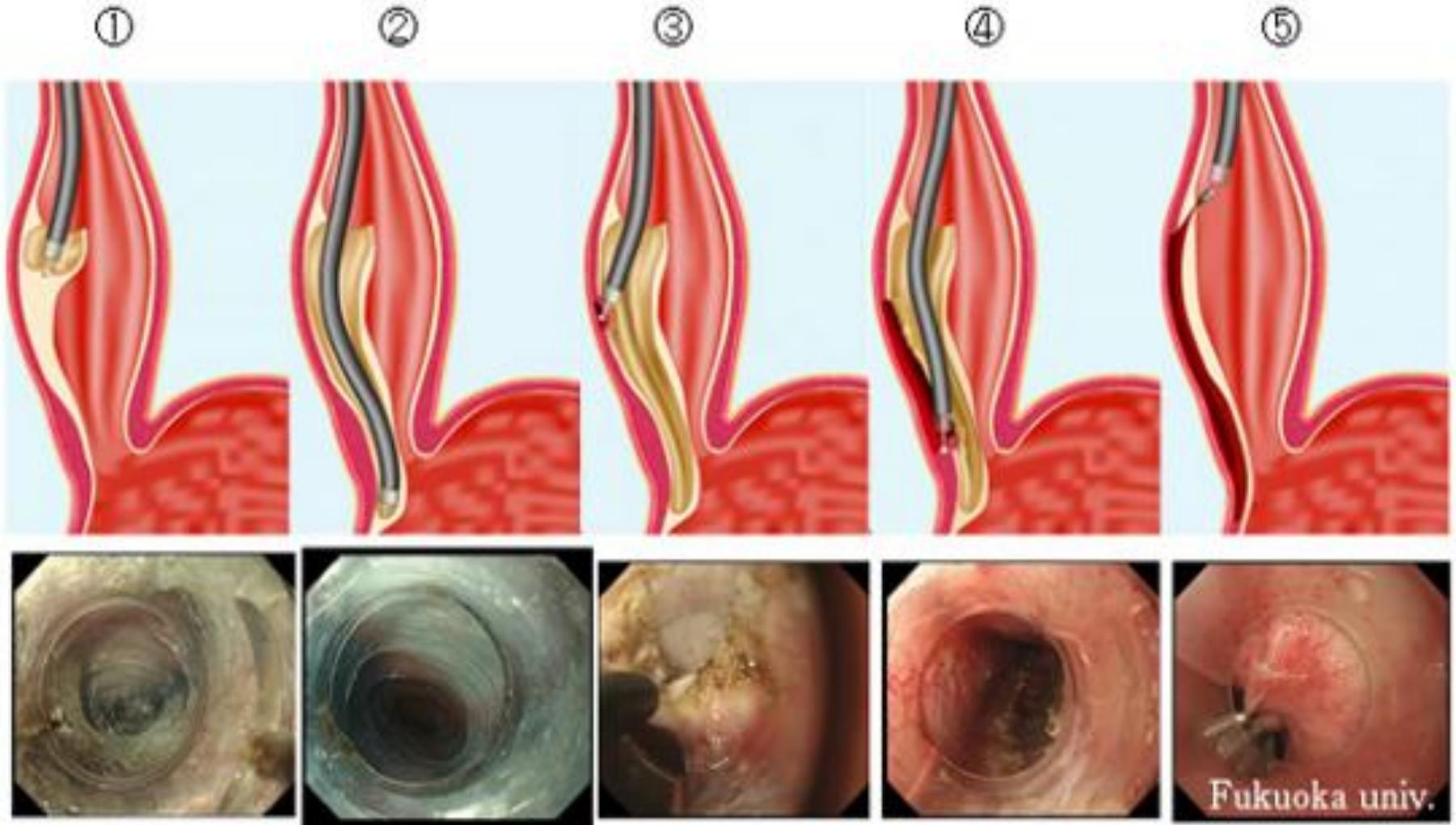


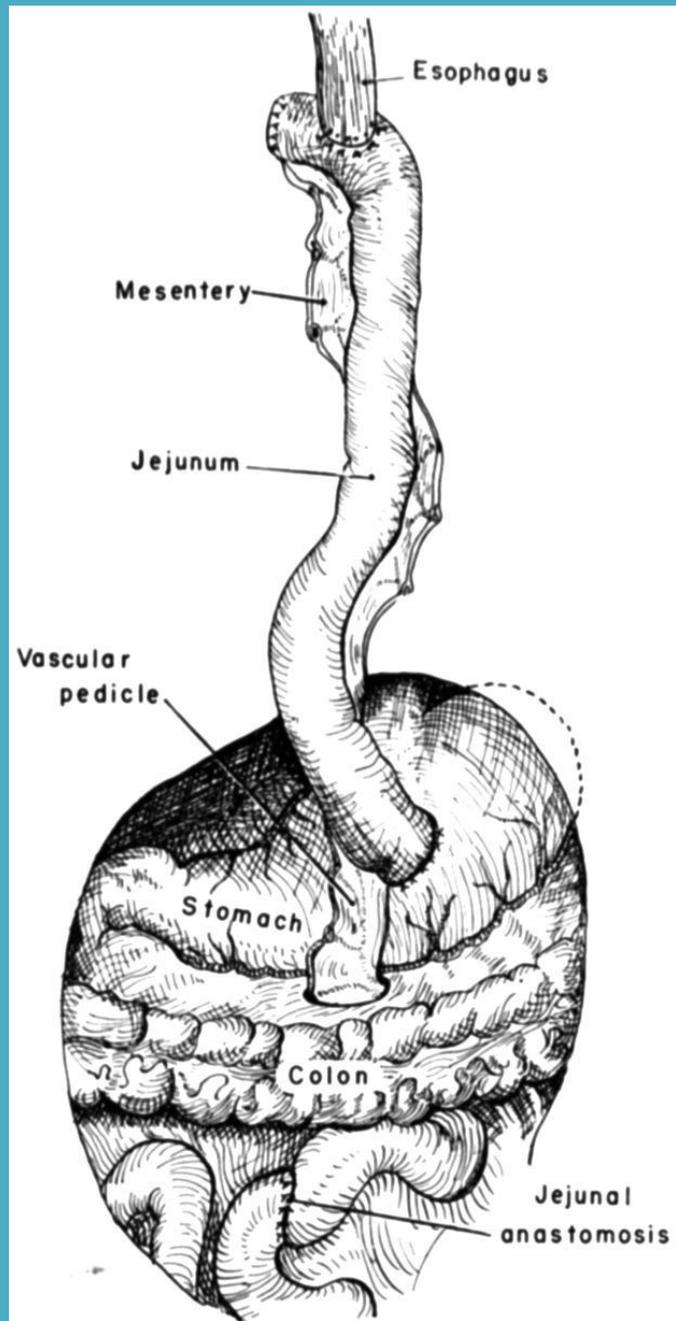


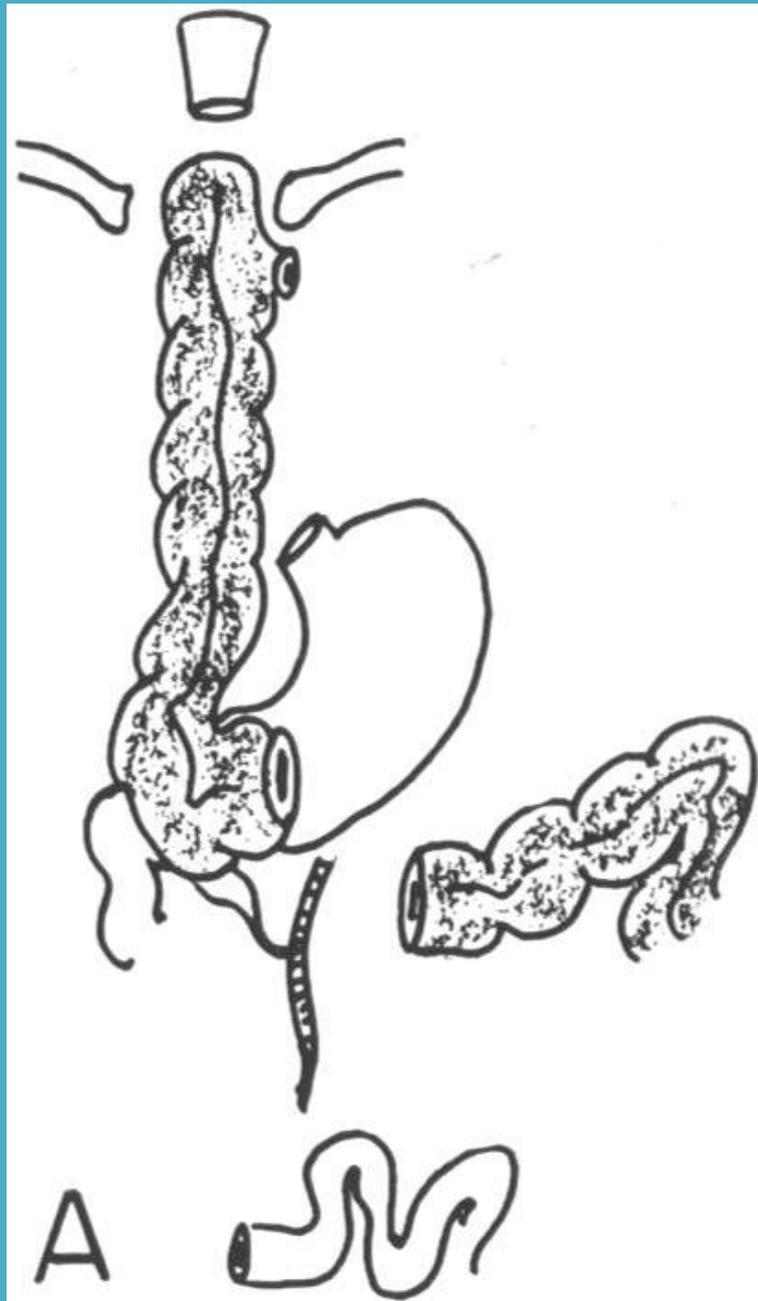


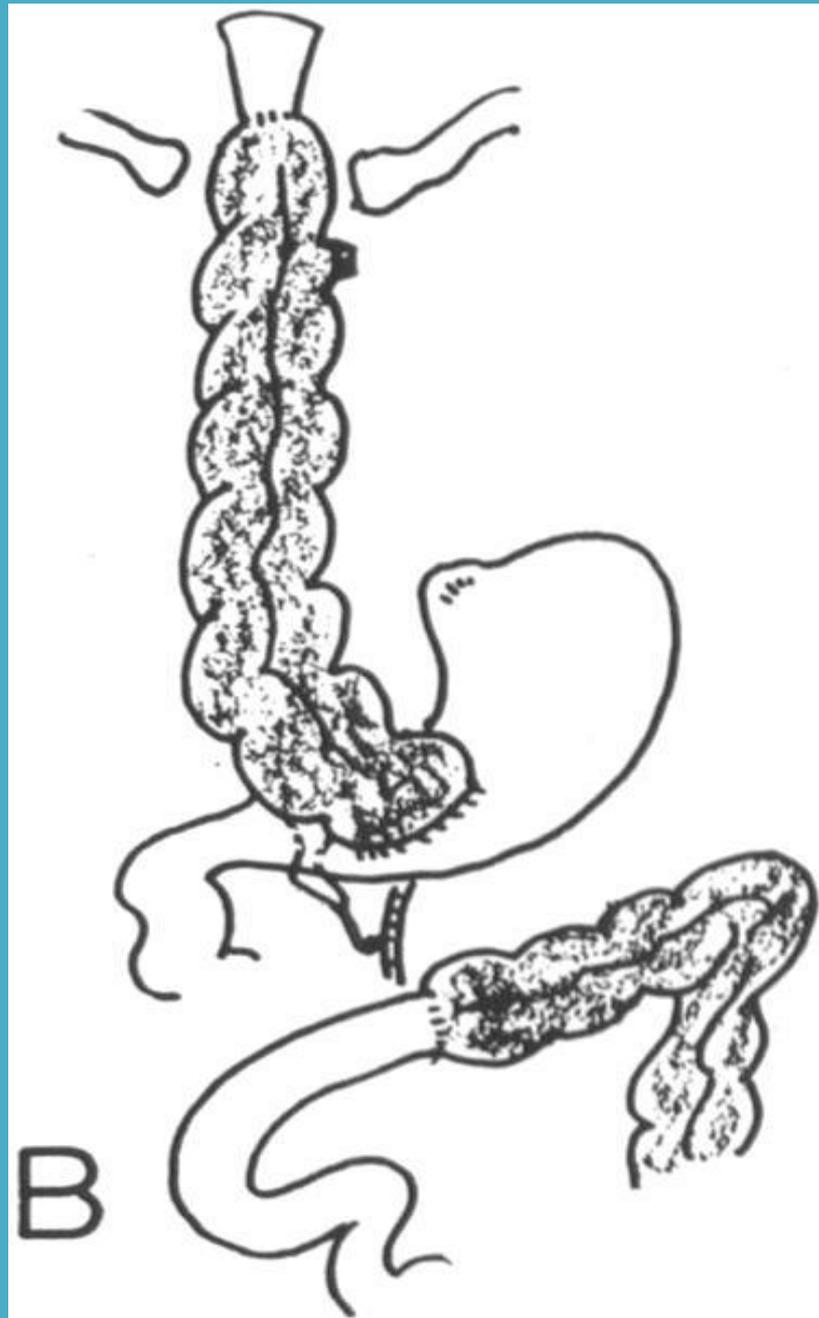


Пероральная эндоскопическая миотомия (РОЕМ)









Пищевод Барретта

Пищевод Барретта:

- Не является до конца очерченным понятием и отражает лишь изменения слизистой пищевода.
- Рассматривается как предрак.

Пищевод Барретта

- Первое описание было сделано в 1950 году английским хирургом Н.Р.Барреттом.
- Согласно описанию заболевание включало в себя :

ГПОД с транслокацией проксимального отдела желудка в средостение в виде трубки («тубулированный желудок»), укорочение и изъязвление дистальной трети пищевода.



Пищевод Барретта

- Состояние, сопровождающееся замещением многослойного плоского эпителия пищевода на цилиндрический эпителий.



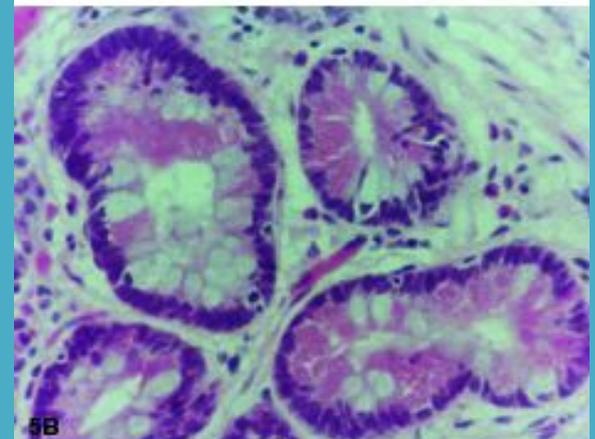
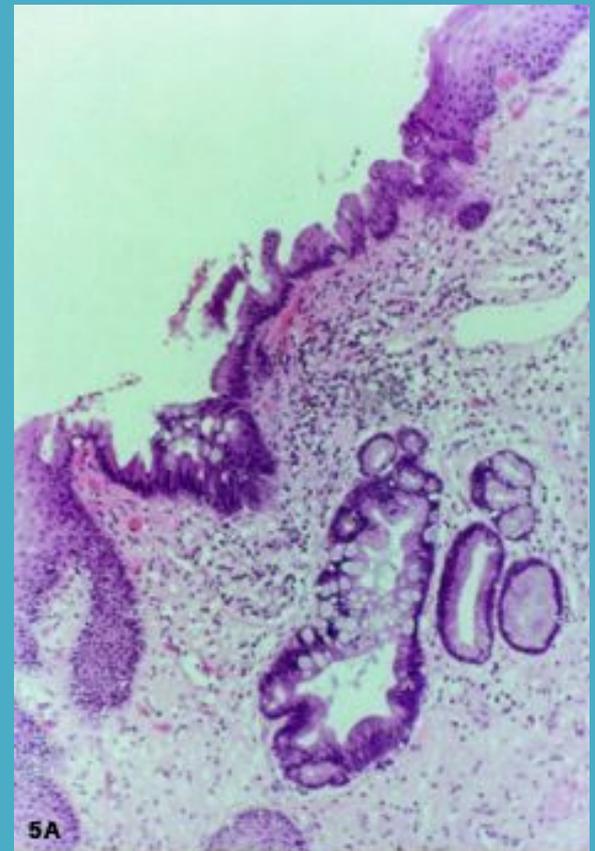
Возрастной состав

Среди взрослого населения
средний возраст пациентов с ПБ
по данным разных авторов
колеблется
от 40 до 55 лет.

Классификация ПБ

Гистологическая

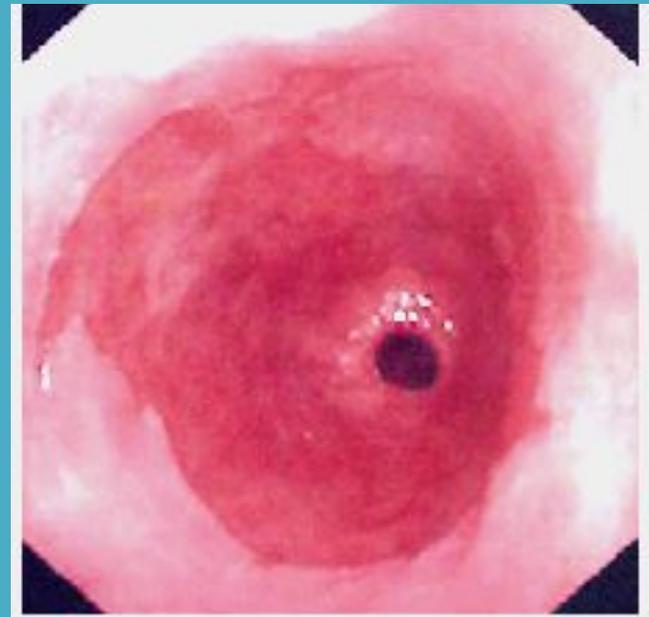
- Кардиальный тип
- Фундальный тип
- Кишечный тип



Классификация

По длине сегмента ПБ:

- Короткий сегмент (до 3 см) ;
- Длинный сегмент (свыше 3 см)



Этиология ПБ

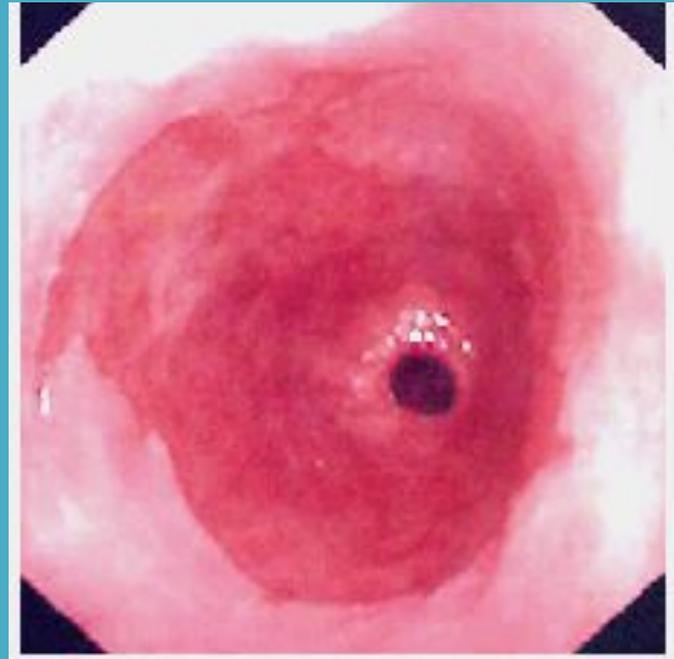
- ПБ –это врожденная патология.
- Причина формирования ПБ - врожденный короткий пищевод.
- ПБ –это приобретенная патология , являющаяся проявлением длительно текущего рефлюкс–эзофагита.

Клинические проявления ПБ

- Характерные (патогномоничные) симптомы ПБ отсутствуют.
- Симптомы при ПБ могут напоминать симптомы ГЭРБ – рефлюкс с развитием изжоги, дискомфортом за грудиной и возможной дисфагией.
- У большинства изжога носит невыраженный характер или вообще отсутствует.

Диагностика

1) Эндоскопическое исследование ПБ характеризуется выявлением зон гиперемии, похожих на языки пламени, на фоне бледно-розовой нормальной слизистой пищевода.



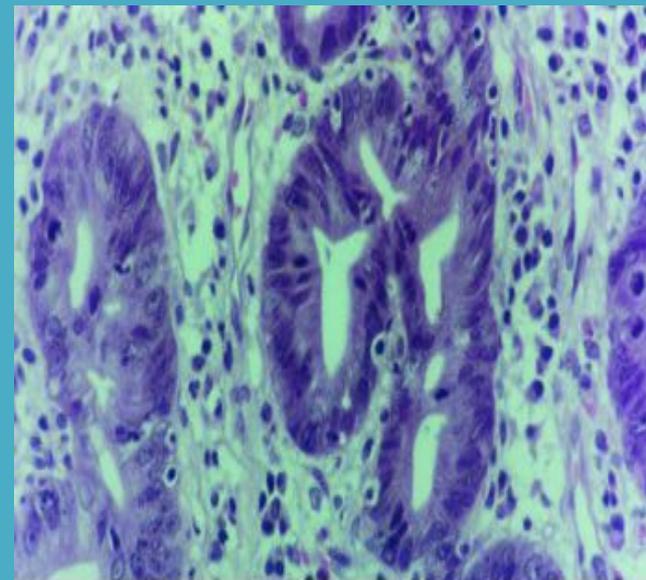
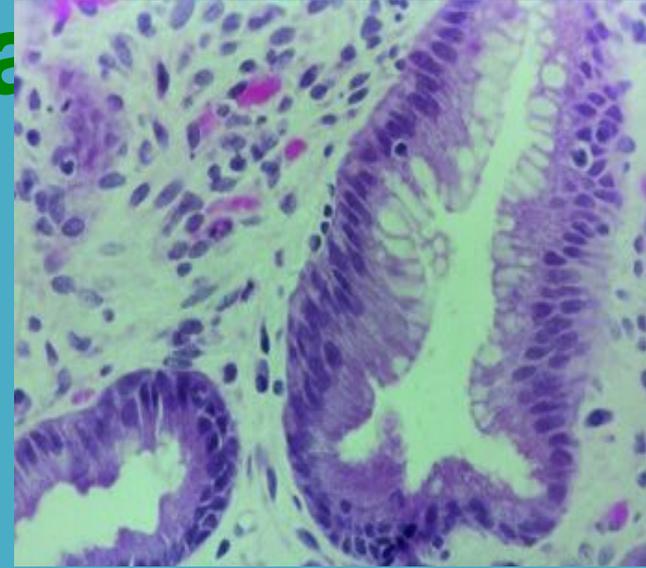


*Пражские критерии эндоскопической диагностики
пищевода Барретта (2004)*

Диагностика

2) Морфологическое исследование.

В биопсийном материале может быть метаплазированный эпителий без признаков дисплазии или с признаками дисплазии. При появлении дисплазии необходимо отметить ее выраженность, так как это важный параметр, используемый для отдаленного наблюдения за пациентами.



Диагностика

- Для улучшения диагностики может быть использован краситель (алциановый синий), окрашивающий бокаловидные клетки.
- Может быть применена хромоэзофагоскопия (красители: метиленовый синий, р-р. Люголя, индиго кармин).

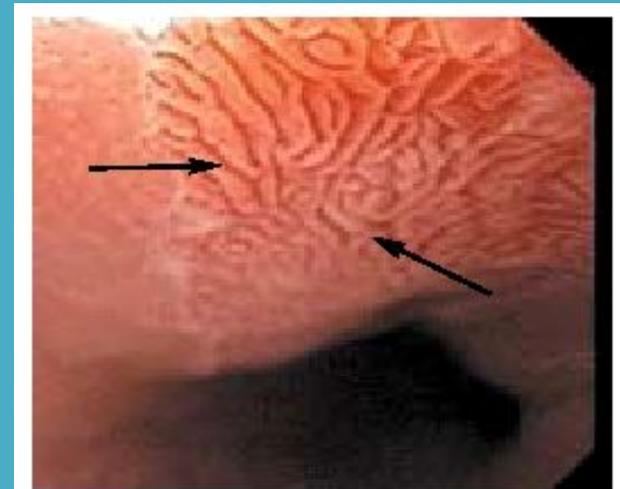
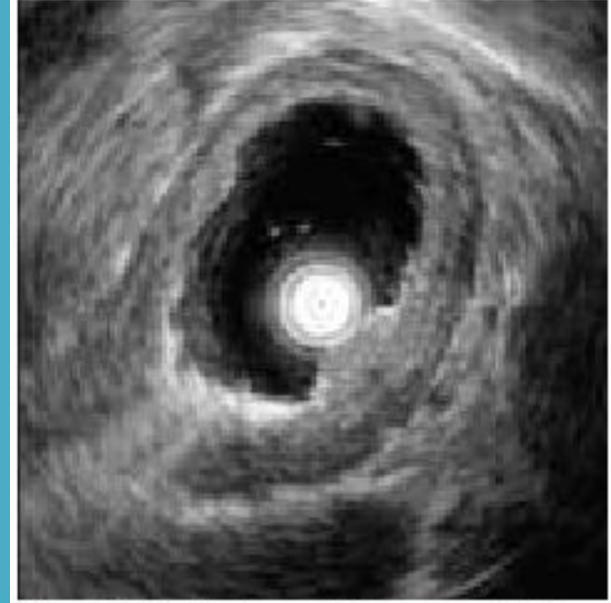
Barrett's esophagus: Pathologic appearance



FIGURE 7. — High-resolution, high-magnification endoscopy and chromoendoscopy of Barrett's esophagus. Notice the villous mucosal features suggestive of specialized intestinal metaplasia.

Диагностика

- Эндосонография
- Магнифицирующая (увеличивающая) эндоскопия.



Zoom endoscopy of a "tongue of Barrett's mucosa showing cerebriform villous architecture.

Диагностика

3) Рентгенологическое исследование.

Основным признаком ПБ является картина выраженного пищеводного рефлюкса в сочетании с грыжей ПОД (у 80 -90% пациентов с ПБ), высокими и протяженными стриктурами пищевода (у 44 -75 %), а также наличием его изъязвления.



Лечение ПБ

1. Лечение фонового для ПБ заболевания –ГЭРБ.
2. Раннее выявление и лечение дисплазии пищевода. При этом все пациенты с ПБ разделяются на две подгруппы: без признаков дисплазии и с признаками дисплазии.

Для ПБ без признаков дисплазии может быть предложена как консервативная терапия, так и хирургическое вмешательство.

- Медикаментозное лечение: ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол) в некоторых случаях в сочетании с H₂-блокаторами (ранитидин, фамотидин) и прокинетическими препаратами.**

Медикаментозная терапия

Такая терапия имеет существенные недостатки:

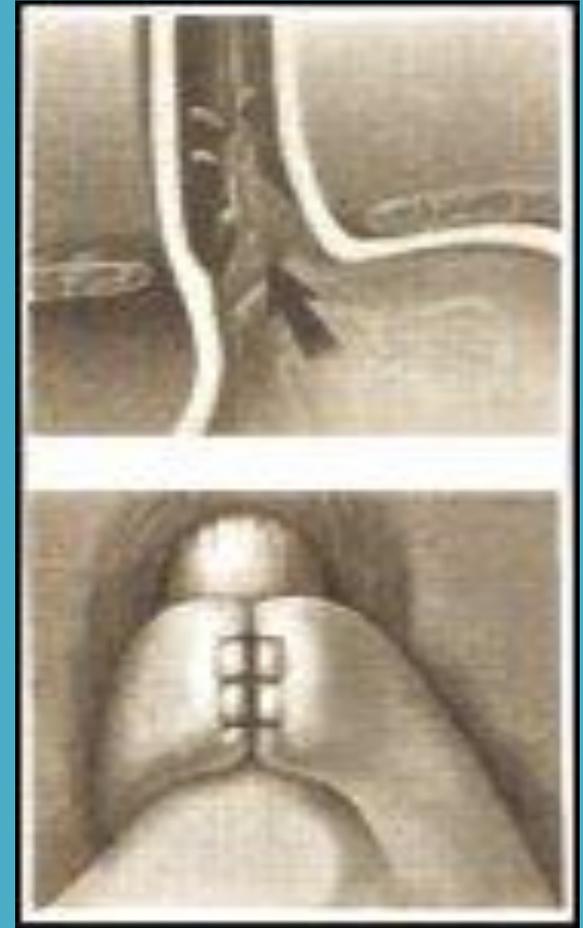
- Сочетание ИПП и H₂ –блокаторов часто приводит к ахлоргидрии ;
- Дуоденальный или смешанный характер рефлюкса, имеющего щелочную реакцию, определяет неэффективность консервативной терапии с применением препаратов, снижающих кислотность желудочного секрета.

Медикаментозная терапия

- В настоящее время нет убедительных данных относительно регрессии метаплазированного эпителия на фоне консервативной терапии.
- Стандартное медикаментозное лечение ПБ не является патогенетическим и адекватным, поскольку оно лишь уменьшает явления рефлюкс –эзофагита , а при появлении осложнений, эффективность его вообще сомнительна.

Хирургическое лечение

Неэффективность медикаментозной терапии, внепищеводные проявления рефлюксной болезни со стороны дыхательных путей или сердечно –сосудистой системы являются показаниями к хирургическому лечению, направленному на восстановление замыкательной функции кардии. Наиболее часто используется фундопликация по Ниссену.



Хирургическое лечение

Некоторыми авторами выделяются следующие абсолютные и относительные показания к резекции пищевода при ПБ.

Абсолютные показания:

- 1) глубокая пенетрация язв;
- 2) множественные предшествующие антирефлюксные процедуры.

Относительные показания:

- 1) стриктуры , не поддающиеся бужированию;
- 2) молодые пациенты, отказывающиеся от длительного динамического наблюдения.

Лечение ПБ с признаками дисплазии (предракового состояния). Применяется либо оперативное лечение, либо эндоскопическое вмешательство.

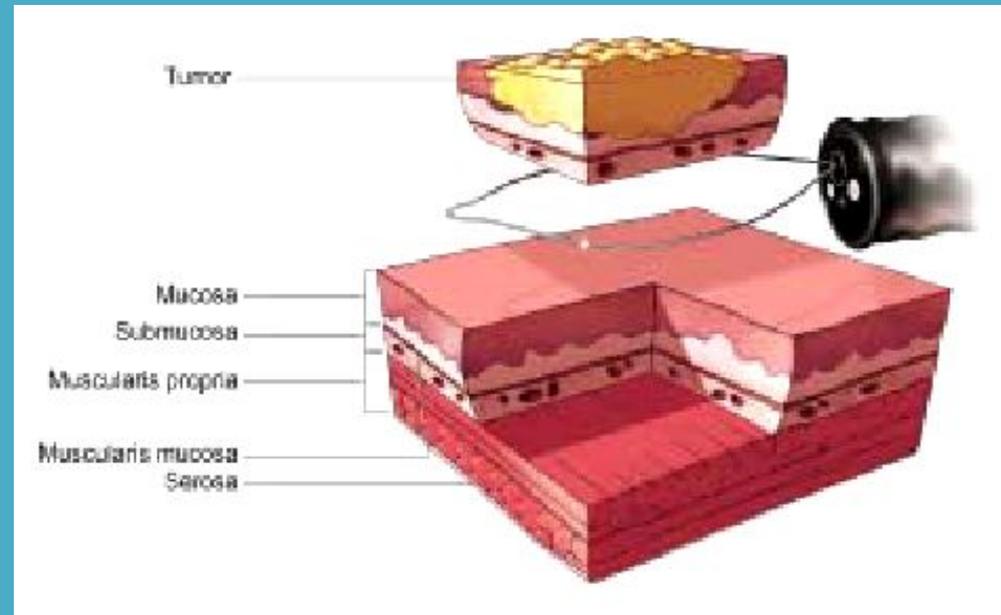
1) Тяжелая дисплазия рассматривается как показание для хирургического лечения в объеме субтотальной эзофагэктомии.

Однако, выполнение радикального хирургического вмешательства может быть ограничено непереносимостью хирургической процедуры.

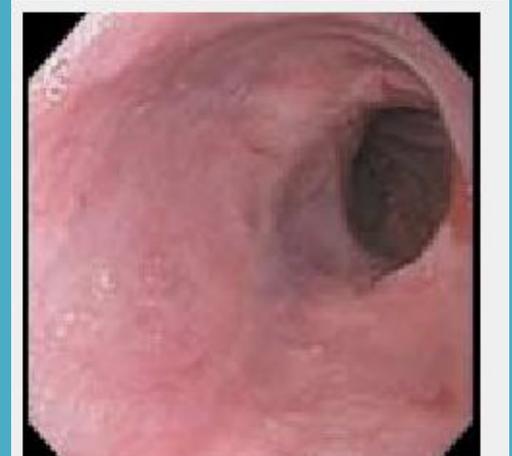
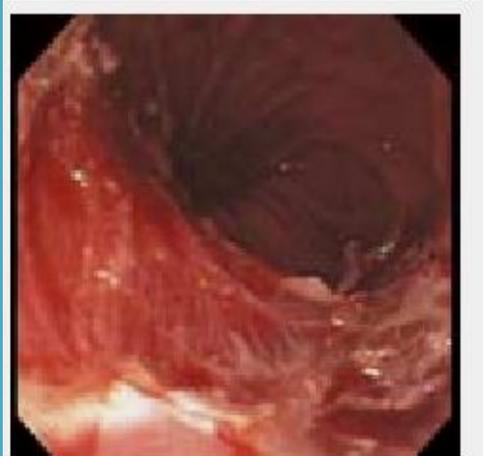
2) Для этой группы пациентов применяются альтернативные методы лечения, основанные на абляции мета- и дисплазирванного эпителия, с последующим замещением на нормальный плоский эпителий.

Альтернативные эндоскопические методики :

- Термическая абляция (электрокоагуляция или аргоновоплазменная коагуляция).
- Фотодинамическая терапия.
- Эндоскопическая резекция слизистой.



Эндоскопическая резекция слизистой



- Рис 1. Дисплазия тяжелой степени.
- Рис 2. Мукозэктомия полуокружности слизистой Барретта. Видна мышечная пластинка.
- Рис 3. Слизистая Барретта заместила плоским эпителием после мукозэктомии.

Альтернативные эндоскопические методики

- Приведенные эндоскопические методики применяются при небольшой длине замещенного сегмента слизистой оболочки.
- Они не являются радикальными методами лечения и требуют в последующем постоянного подавления желудочной секреции.
- Более патогенетически обоснованным кажется комбинированное лечение в виде применения фундопликации и эндоскопической мукозэктомии.

Хирургическое лечение:

- Резекция шейного отдела пищевода **Czerny (1877)**.
- Экстирпация грудного отдела пищевода **Thorek (1913)**.
- **Garlok (1943)** – формирование эзофаго-гастроанастомоза в левой плевральной полости.
- **Lewis (1946)** – формирование эзофаго-гастроанастомоза в правой плевральной полости.

***Вклад в развитие хирургии пищевода
внесли:***

И.И.Насилов (внеплевральный доступ),
В.Д. Добромыслов, С.С. Юдин, П.А. Герцен,
А.Г. Савиных, А.И. Савицкий, Е.Л.
Березов, А.А. Русанов,
А.Ф. Черноусов, М.И. Давыдов, И.С.
Стилиди.

Замещение пищевода:

- Желудок
- Тонкая кишка
- Толстая кишка

Спасибо за внимание!