

Одобрено  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «29» июня 2017 года  
Протокол №24

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

##### 1.1 Код(ы) МКБ-10

МКБ-10	
Код	Название
T 18.1	Инородное тело пищевода у детей

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2017 год.

##### 1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
АСТ	–	аспаратаминотрансфераза
ВПС	–	врожденный порок сердца
ГДБ	–	Городская детская больница
ХО	–	Хирургическое отделение
ИТ	–	Инородное тело
ИТП	–	Инородное тело пищевода
ИИТ	–	Инертное инородное тело
ИТКВ	–	Инородное тело с комбинированным воздействием
МАИТ	–	Механически активное инородное тело
КТ	–	Компьютерная томография
ОАК	–	Общий анализ крови
УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
ФАИТ	–	Физически активное инородное тело

ФБС	–	фибробронхоскопия
ФЭГДС	–	фиброэзофагогастродуоденоскопия
ХАИТ	–	Химически активное инородное тело
ЭП	–	Энтеральное питание
ЭКГ	–	электрокардиограмма

**1.4 Пользователи протокола:** детские хирурги, детские гастроэнтерологи, педиатры, врачи общей практики, врачи-реаниматологи, анестезиологи, эндоскописты, рентгенологи, врачи скорой помощи, фельдшеры, детские оториноларингологи.

**1.5 Категория пациентов:** дети.

**1.6 Шкала уровня доказательности:**

<b>A</b>	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>B</b>	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>C</b>	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
<b>D</b>	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
<b>GPP</b>	Наилучшая клиническая практика

**1.7 Определение [1]: Инородные тела пищевода** – это задержавшиеся в нем тела, куски пищи или предметы, не используемые в пищу, попадающие в пищевод при проглатывании ребенком.

**1.8 Классификация [1]:**

**Тип:**

ИИТ - инертные инородные тела (монеты, игрушки, шарики):

- ХАИТ - химически активные инородные тела (батарейки);
- ФАИТ - физически активные инородные тела (магниты);
- МАИТ - механически активные инородные тела (иголки);
- ИТКВ - инородные тела с комбинированным воздействием (безоары).

**По локализации:**

- пищевод;

**По R-контрастности:**

- рентгеноконтрастные;
- нерентгеноконтрастные.

**По количеству:**

- единичные;
- множественные.

**По динамике продвижения:**

- мигрирующие;
- свободнолежащие;
- фиксированные.

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1,2]:**

**Диагностические критерии:**

**Жалобы:**

- на затрудненное глотание или невозможность глотания, поперхивание;
- «колющая» острая боль, в области шеи и груди при глотании;
- обильное слюнотечение;
- распирающие за грудиной;
- кашель
- осиплость;
- жажда
- снижение веса;
- рвота
- тошнота
- срыгивание; срыгивание кровянистой слизью
- отрыжка;
- отказ от еды
- нарушение дыхания
- повышение температуры

**Болевой синдром:**

- наиболее выраженный болевой синдром возникает при вклинении инородных тел в верхние отделы пищевода;

- боль может носить постоянный или переменный характер.

**Постоянная боль** – внедрении инородных тел в стенку пищевода с ее повреждением или даже прободением.

**Переменная боль** – при вклинении инородных тел в просвет пищевода и усиливается лишь при движениях в шейном отделе позвоночника и грудном отделе позвоночника.

Болевые ощущения могут быть:

- локализованными (в области шеи, за грудиной или в межлопаточном пространстве);

- разлитыми;

- иррадиирующими.

**Болевые ощущения могут отсутствовать** при гладкостенных округлых инородных телах.

**При внедрении инородных тел в области бифуркации трахеи боль** локализуется ретростернально, в глубине грудной полости или превертебрально на уровне II - IV грудных позвонков.

**Внедрение инородных тел в нижние отделы пищевода** вызывает ощущение давления в глубине груди и болевые ощущения в области сердца и в надчревной области. Иногда **боли иррадиируют** в спину, поясницу и крестцовую область. Жалобы на боли различной локализации обусловлены лишь следовыми явлениями, оставленными инородными телами на стенке пищевода (чаще всего это ссадины или даже более глубокие повреждения), в то время как само инородное тело проскользнуло в желудок

**Анамнез жизни:**

- определить время с момента проглатывания;

- в случае, когда попадание инородного тела в пищевод произошло незаметно для взрослых, то следует обратиться к врачу при наличии следующих симптомов: кашель, аспирационная пневмония, температура, симптомы перфорации пищевода;

- типичным указанием на проглатывание инородного тела является заявление больного, что на момент глотка жидкой (чаще) пищи или пищевого комка возникло ощущение «колющей» боли и распирания.

**Физикальное обследование:**

**При пальпации:**

- симптом Зарицкого (полуоткрытый рот);

- симптом Декмайера (смещение гортани кпереди при ущемлении ИТ в устье пищевода, когда нижняя часть глотки выглядит более широкой);

- синдром Шлиттера (боль при надавливании на гортань).

**При осмотре** отмечается:

- цианоз;
- органические подвижности в шее
- средняя или тяжелая степень общего состояния
- вынужденное положение головы, тела (наклон вперед и несколько в сторону; вынужденное положение наклона туловища вперед);
- бледность кожных покровов и слизистых;
- кашель.
- **При аускультации:**
- тахикардия;
- шумное (шипящее, свистящее, стридорозное) дыхание;
- одышка;
- беспокойство;
- нарушение дыхания;
- нарушение ритма сердца.

**Ранние симптомы - триада признаков Киллиана** распространение воспалительного процесса на окружающую пищевод клетчатку.

- резкое усиление болевых ощущений и распространение их ниже того уровня, на котором они были отмечены в момент вклинения инородных тел;
- инфильтрат в мягких тканях шеи и в области перстневидного хряща;
- резкое повышение температуры тела с ознобом.

**Триада Киллиана - вторичные симптомы** дисфагия может быть минимальной и проявляться лишь при приеме плотной пищи или вовсе отсутствовать. При перфорации пищевода признаки воспаления возникают одновременно с ранними симптомами.

**Лабораторные исследования:**

- **ОАК** с определением ретикулоцитов, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза);

**Инструментальные исследования:**

**Основные:**

- экстренное эндоскопическое исследование пищевода;
- **обзорная рентгенограмма грудной клетки и живота** для выявления эмфиземы, газа в средостении и брюшной полости;
- экстренное рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка;
- **обзорная рентгенография грудной клетки с захватом в области шеи в двух стандартных проекциях** выявляет ИТП – «батарею» - рентгенологические

признаки: на фронтальном снимке двойной контур рентгеноконтрастного округлого ИТ, на боковом снимке видны скошенные края или края в виде ступеньки ;

- **обзорная рентгенография грудной клетки с захватом в области шеи в двух стандартных проекциях** исследования выявляет осложнения: перфорацию пищевода, пневмоторакс, воспалительные инфильтративные изменения.
- **основной методом диагностики при ИТП- эзофагоскопия.** Обнаруживаются металлические инородные тела; менее контрастные инородные тела выявляют при исследовании пищевода с водорастворимым контрастным веществом и эзофагоскопии.

#### **Дополнительные:**

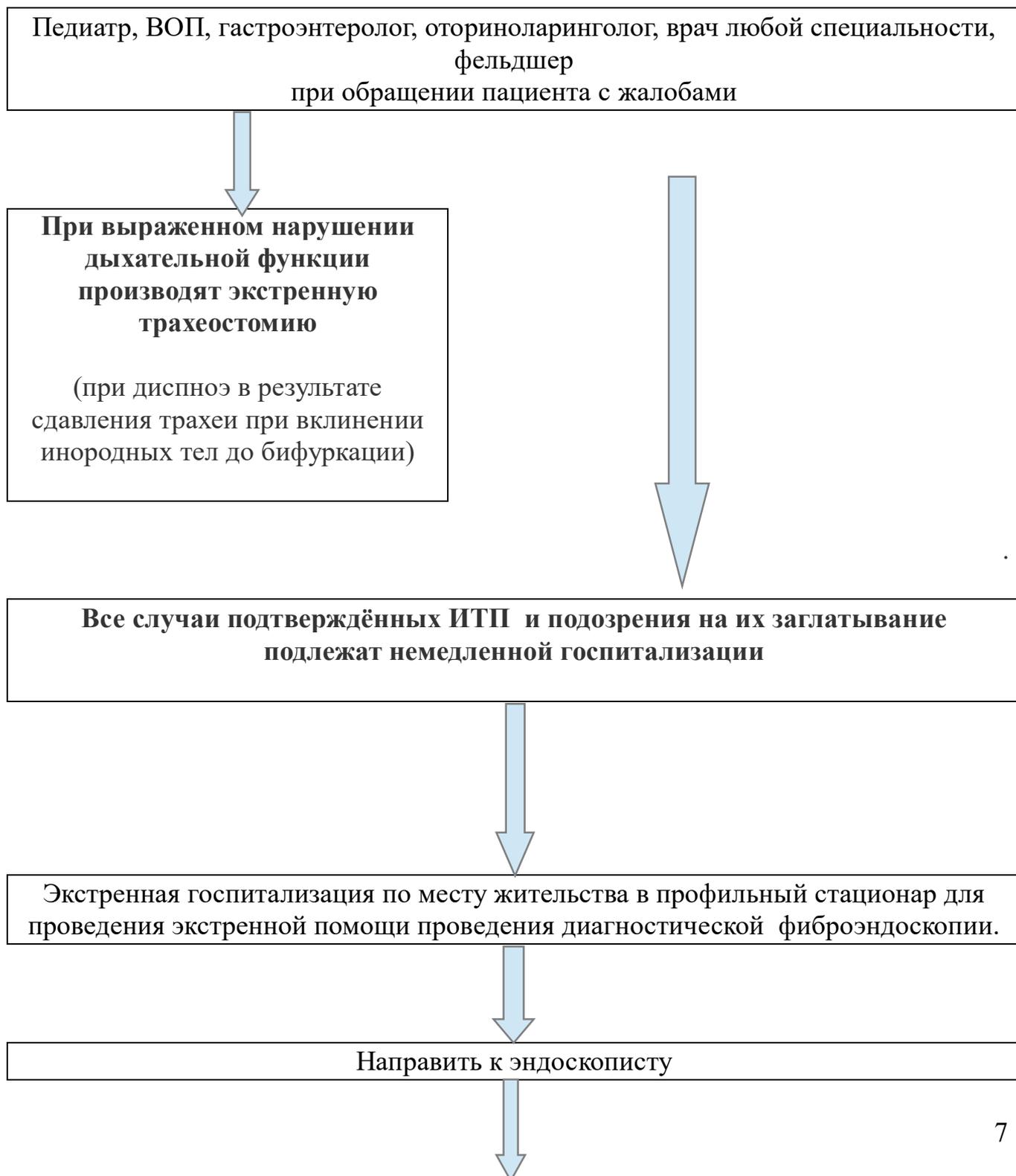
- **УЗИ** визуализирует инфильтративные изменения стенок пищевода и прилежащих мягких тканей, наличие воздуха в околопищеводном пространстве;
- **бронхоскопия** для диагностики ИТ бронхов;
- **компьютерная томография (КТ)** для диагностики сложных ИТ и выявления осложнений . КТ с двумя источниками излучения, т.к. метод позволяет выполнять исследование с двойной скоростью и более высоким разрешением
- прямая ларингоскопия.

#### **Показания для консультации специалистов:**

- консультация детского хирурга – для установления диагноза и направления в специализированный центр;
- консультация торакального хирурга – при развитии периэзофагальных осложнений, в случаях затрудненного удаления инородных тел при ригидной эндоскопии или фиброэндоскопии, при необходимости удаления инородного тела методом эзофаготомии;
- консультация детского гастроэнтеролога – для исключения эзофагоспазма, острого эзофагита, пептической язвы пищевода, лечения осложнений: эзофагита;
- консультация детского оториноларинголога – для исключения инородного тела глотки, воспаления глотки;
- консультация детского анестезиолога – определение и исключение возможных противопоказаний к операциям;
- консультация детского диетолога, гастроэнтеролога – для назначения диеты после удаления ИТП, подбора питательных энтеральных смесей после удаления ИТП;
- консультация детского реаниматолога – в случаях тяжёлых осложнений с целью определения характера и объёма детоксикационной терапии;
- консультация детского пульмонолога – для исключения заболеваний легких;
- консультация детского кардиолога – при нестабильной кардиодинамике, ВПС;
- консультация детского инфекциониста – для исключения дифтерии;

- консультация детского гематолога – при развитии гематологических осложнений – анемии;
- консультация детского онколога – для исключения онкологического процесса в пищеводе;
- консультация морфолога – для проведения гистологического исследования слизистой оболочки пищевода.

## 2.1 Диагностический алгоритм:





## 2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

<i>Диагноз</i>	<i>Обоснование для дифференциальной диагностики</i>	<i>Обследования</i>	<i>Критерии исключения диагноза</i>
Инородное тело пищевода у детей	Кашель, рвота, отказ от еды гиперсаливация, нарушение дыхания	ФЭГДС	При ФЭГДС выявление инородного тела пищевода
Инородное тело бронхов у детей	Кашель, нарушение дыхания	Бронхоскопия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При бронхоскопии выявление инородного тела бронхов;</li> <li>• При рентгенографии грудной клетки выявление инородного тела бронхов</li> </ul>
Эзофагит у детей	рвота, отказ от еды гиперсаливация кашель	ФЭГДС	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При эзофагоскопии выявление воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода</li> </ul>
Эзофагоспазм у детей	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в грудной клетке и в межлопаточной области, иррадиируют в спину, шею, уши</li> <li>• Боль может проходить самостоятельно</li> <li>• Дисфагия при приеме жидкой и твердой пищи</li> <li>• Ощущение комка за грудиной</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФЭГДС</li> <li>• Рентгеноскопическое исследование пищевода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При эзофагоскопии не визуализируются воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода</li> <li>• При рентгенологическом исследовании пищевода выявляется деформация пищевода в виде «чётков», «штопора»</li> </ul>
Пептическая язва пищевода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• боль за грудиной или в эпигастрии, во время или сразу после еды, при проглатывании пищи</li> <li>• дисфагия</li> <li>• изжога</li> <li>• отрыжка</li> <li>• срыгивание кислым желудочным содержимым</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФЭГДС</li> <li>• Рентгеноскопическое исследование пищевода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При эзофагоскопии визуализируется язва на слизистой оболочке пищевода</li> <li>• Рентгенологическом исследовании пептическая язва обнаруживается в виде ниши на контуре или рельефе слизистой оболочки</li> </ul>

Дифтерия у детей	<ul style="list-style-type: none"> <li>• поперхивание пищей</li> <li>• кашель</li> <li>• Осиплость голоса</li> <li>• Рвота отсутствие аппетита</li> <li>• боль в горле</li> <li>• фиброзная пленка на миндалинах</li> <li>• повышение температуры до 39-40С</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• осмотр зева</li> <li>• ларингоскопия</li> </ul>	наличие плотной фиброзной, трудно снимаемой пленки на миндалинах
Пневмония у детей	Кашель, нарушение дыхания, отказ от еды	Рентген легких	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При рентгенографии грудной клетки выявление пневмонии</li> </ul>

**3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [7]:** все случаи подтверждённых инородных тел пищевода и подозрения на их заглатывание подлежат немедленной госпитализации.

### **3.1 Индикаторы эффективности лечения:**

- отсутствие дисфагии;
- нормализация физикальных показателей организма;
- нормализация показателей крови;
- отсутствие болевого синдрома;
- нормализация пассажа пищи

## **4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**

**4.1 Показания для плановой госпитализации:** нет.

**4.2 Показания для экстренной госпитализации:** все случаи подтверждённых инородных тел пищевода и подозрения на их заглатывание подлежат немедленной госпитализации. Экстренная госпитализация по месту жительства в профильный стационар для проведения экстренной помощи проведения диагностической фиброэндоскопии. Эндоскопии с дальнейшим переводом в специализированное учреждение при необходимости

## **5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [6,7]:**

**5.1 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы)**

### **5.2 Немедикаментозное лечение:**

- режим палатный; постельный в раннем операционном периоде.
- диета № 1 дети младшего возраста – грудное молоко или смеси;

- **энтеральное питание (ЭП) – энтеральные смеси в послеоперационный период.** Рекомендованное суточное количество витаминов и микроэлементов для детей 1–3 лет содержится в 1000 мл (1 ккал/мл) готовой смеси Клинутрен Юниор, для детей 4–10 лет – в 1500 мл (1 ккал/мл) готовой смеси.
- на начальных этапах использования ЭП рекомендовано назначение полуэлементных смесей, которые получены методом гидролиза пищевых белков до олигопептидов и небольшого количества свободных аминокислот, что улучшает их пристеночное пищеварение и всасывание в кишке. Смеси содержат среднецепочечные триглицериды, всасывание которых не требует дополнительных ферментативных усилий, что обеспечивает функциональный относительный покой печени и поджелудочной железе.

### 5.3 Медикаментозное лечение:

#### Перечень основных лекарственных средств:

<i>Лекарственные средства</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
<b>Антибактериальные средства: б-лактамы антибиотики и другие антибактериальные средства</b>		
цефуроксим	детям от 1мес до 18лет внутривенно за 30 минут до процедуры 50 mg/kg (max. 1.5 g), в последующем в/м либо в/в по 30 mg/kg (max. 750 mg) каждые 8часов для процедур высокого риска инфекции - 7-10 дней	B[18]
цефтазидим	Дети до двух месяцев – 30 мг на кг веса в/в, разделенные на два раза; от двух месяцев до 12 лет – 3050 мг на кг веса в/в, разделенные на три раза.- 7 – 10 дней	B[18]
амикацин	каждые 8 часов по 5 мг/кг или каждые 12 часов по 7,5 мг/кг. При неосложненных бактериальных инфекциях, поразивших мочевые пути, показано применение амикацина каждые 12 часов по 250 мг. Новорожденным недоношенным детям в дозировке 10 мг/кг, с переходом на дозу 7,5 мг/кг, каждые 18-24 часа. При в/м введении терапия длится 7-10 дней, при в/в – 3-7 дней.	B[18]
гентамицин	В/м, в/в,. Доза устанавливается индивидуально. При парентеральном введении обычная суточная доза при заболеваниях средней тяжести для взрослых с нормальной функцией почек одинакова при в/в и в/м введении — 3 мг/кг/сут, кратность введения — 2–3 раза в сутки; при тяжелых инфекциях — до 5 мг/кг (максимальная суточная доза).	B[18]
<b>Противогрибковые лекарственные средства</b>		

метронидазол	Неонатальный период 5–10 мг/кг в 2приёма. Дети от 1мес до 1года 5–10 мг/кг в 2 приёма. Дети от 1 года до 18лет 10 мг/кг (max. 600 mg) в 2 приёма.	B[18]
флюконазол	При в/в введении детям при кандидозном поражении кожи и слизистой из расчета 1 – 3 мг/кг. При инвазивных микозах доза повышается до 6 – 12 мг/кг.	B[18]
<b>Симптоматическая терапия</b>		
альбумин 10%	В/в капельно при операционном шоке, гипоальбуминемии, гипопроteinемии. У детей альбумин назначается из расчета не более 3 мл/кг массы тела в сутки (по показаниям).	C[18]
альбумин 20%	Средняя суточная доза для в/в или в/м введения до 15 лет - 0,5-1,5 мг/кг.	C[18]
<b>Диуретики</b>		
фуросемид	Средняя суточная доза для в/в или в/м введения до 15 лет - 0,5-1,5 мг/кг.	B[18]

**Перечень дополнительный лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

<i>Лекарственные средства</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
<b>Антисекреторные средства</b>		
Пантопрозол	Внутри по ½ табл 10 мг – 1табл 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды	B[18]
Рабепразол	Внутри по ½ табл 10 мг – 1табл 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды	B[18]
Эзомепразол магния	Внутри по 1, 2 кап 10 мг, по 1 капс 20 мг с 12 лет 2 раза в день за 30 минут до еды	B[18]
<b>Прокинетики</b>		
Метоклопрамид	внутри, в/м по 5-10 мг, в/в	B[18]
Домперидон (Табл по 10 мг для рассасывания и по 20 мг)	Детям от 5 до 12 лет : по 1 табл 10 мг 3 раза в день аз 30 минут до еды- 7-14 дней ; Старше 12 лет по 2 табл 20 мг внутри 3 раза в день за 30 минут до еды – 7-14 дней	B[18]
<b>Антациды</b>		
алюминия фосфата гель 20%	Детям старше 6 лет : По 1 пакетик 3 раза в день за 10 минут до еды – 7-14 дней	B[18]
<b>Спазмолитики</b>		

гиосцина бутилбромид 10 мг	Детям старше 6 лет: По 1 табл 3 раза в день запить 100 мл воды – 3 7 дней	C[18]
-------------------------------	--	-------

#### 5.4 Хирургическое вмешательство [6]:

- 1) Шейная эзофаготомия.
- 2) Шейную медиастинотомию.

##### **Показания:**

##### **Абсолютные показания:**

- невозможность удаления эзофагоскопическим методом глубоко внедрившегося инородного тела без нанесения грубого повреждения пищевода;
- перфорация пищевода с очевидными признаками вторичной инфекции; наличие периезофагеальной эмфиземы, угрожающего кровотечения, пищеводно-трахеального свища.

##### **Относительные показания:**

- обширные повреждения слизистой оболочки;
- несвоевременное проведение эзофагоскопии (более 24 часов).

При повреждении пищевода в результате длительного нахождения в нем инородного тела проводят пластику пищевода путем перемещения желудка в грудную клетку.

#### 5.5 Дальнейшее ведение:

- Диета №1 (ЭП);
- На начальных этапах использования ЭП рекомендовано назначение полуэлементных смесей, которые получены методом гидролиза пищевых белков до олигопептидов и небольшого количества свободных аминокислот, что улучшает их пристеночное пищеварение и всасывание в кишке. Смесей содержат среднецепочечные триглицериды, всасывание которых не требует дополнительных ферментативных усилий, что обеспечивает функциональный относительный покой печени и поджелудочной железе.
- Рентгенологический контроль пассажа бария.

#### 6. Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие дисфагии;
- нормализация физикальных показателей организма;
- нормализация показателей крови;
- отсутствие болевого синдрома;
- нормализация пассажа пищи.

## **7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:**

### **7.1. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Хаиров Константин Эдуардович – кандидат медицинских наук, и.о. директора РГП на ПХВ «Научный центр педиатрии и детской хирургии» г. Алматы.
- 2) Турлибекова Закия Ермековна – кандидат медицинских наук, детский гастроэнтеролог филиала КФ «УМС» Республиканский диагностический центр г.Астана.
- 3) Рустемов Дастан Зейноллаевич – детский хирург, филиала КФ «УМС» «Научный Национальный Центр Материнства и Детства».
- 4) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и интернатуры, клинический фармаколог.

### **7.2. Указание на отсутствие конфликтов интересов: нет.**

### **7.3. Список рецензентов:**

- 1) Калиаскарова Кульпаш Сагандыковна – доктор медицинских наук, профессор, гепатолог, руководитель Республиканского координационного центра гепатологии и гастроэнтерологии КФ «« Universal medical center», г. Астана.

### **7.4. Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие и/или при наличии новых методов с высоким уровнем доказательности.

### **7.5. Список использованной литературы:**

- 1) Хесем А-Кадер, Х. (2010). Заболевание инородных тел: детям нравится ставить предметы во рту. *Всемирный журнал педиатрии*, 6 (4), 301-310. DOI: 10.1007 / s12519-010-0231-у
- 2) Абакумов М.М., Пинчук Т.П. Эндоскопическая тактика при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта // *Эндоскопическая хирургия.*-210.- №1- с.52-55
- 3) Быстрыгин А.В., Махотин А.А. Гандуров С.Г., Ефременко А.Д., Жила Н.Г. Лечебная тактика при инородных телах – батарейках верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей, особенности эндоскопической диагностики и лечения // *Дальневосточный медицинский журнал.*-2008.-№4- С.99-101
- 4) Богданов В.В., Юнусов Р.Ф.- Инородное тело в пищеводе, осложненное перфорацией его шейного отдела, эмфиземой клетчаточных пространств шеи, шейно-грудным медиастенитом // *журнал вушних, носових і горлових хвороб.* - 2010.-№2-С.71-76

- 5) Возгомент О.В. О проблеме лечения детей с повреждением пищевода, вызванного инородными телами // Трудный пациент.-2013.-Т11.№6-С.6-8
- 6) Долецкий С.Я. Лечебная тактика при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей // Детская хирургия.-2008.-№5.-С34-36 .
- 7) К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер Источник: <http://medbe.ru/materials/inorodnye-tela-ukusy-ozhogi/inorodnye-tela-u-detey-inorodnye-tela-pishchevoda/>
- 8) Национальное руководство Детская хирургия / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1068 с. 2.
- 9) Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Обыденнова Р.Р. Лечение химических ожогов пищевода у детей // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2012. — № 1. — С.43-48
- 10) Cowan S.A., Jacobsen P. Ingestion of button batteries. Epidemiology, clinical sings and therapeutic recommendations. // Ugeskz Laeger. — 2002. — Vol. 164 (9). — P. 61204-1207.
- 11) Ziegler M.M., Azizkhan R.G., Weber J.R. Operative pediatric surgery. — McGraw-Hill, 2003. — P. 341-345. REFE
- 12) Гришин О.О., Притула В.П., Коломоець І.В., Жежера Р.В. и др. Магніти — агресивні сторонні тіла шлунковокишкового тракту у дітей // Актуальні питання лікування дітей з хірургічною патологією. Матеріали науковопрактичної конференції з міжнародною участю. — К., 2012. — С. 5254.
- 13) Birk Michael et al. Удаление инородных тел в верхнем желудочно-кишечном тракте у взрослых: (ESGE) Клинические рекомендации ... Эндоскопия 2016; 48: 1-8
- 14) Атлас детской оперативной хирургии/ под ред. П.Пури. М.Гольварта: пер с англ. Под общей ре. Проф Т.К.Немиловой.-М.:МЕДпресс-информ.2009.-с.8-9.
- 15) Детская гастроэнтерология: руководство для врачей/под ред.проф. Шабалова Н.П., 2011- С.281-283
- 16) Обыденнова Р.В., Веровский В.А., Полюдов С.А. Гуз В.И., Мызин А.В., Михопулос А.М.. Осложнения инородных тел пищевода у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2011. №1.- С. 65-70.
- 17) Ерпулёва Ю.В. Раннее энтеральное питание детей с хирургической патологией // РМЖ. 2009. №25. С.1636
- 18) Большой справочник лекарственных средств. Под редакцией Зиганшиной Л.Е.