

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода.

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

T28.6 –Химический ожог пищевода

K22.2 –Непроходимость пищевода

4. Сокращения, используемые в протоколе:

Аббревиатура	Расшифровка
АД	– артериальное давление
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспаратаминотрансфераза
АЧТВ	– активированное частичное тромбопластиновое время
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ЖЕЛ	– жизненная емкость легких
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ИВЛ	– искусственная вентиляция легких
ИФА	– иммуноферментный анализ
КТ	– компьютерная томография
МНО	– международное нормализованное отношение
ОАК	– общий анализ крови
ОАМ	– общий анализ мочи
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФБС	– фибробронхоскопия
ФЭГДС	– фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	– электрокардиограмма
КЩС	– кислотно-щелочное состояние
ММВ	– максимальная минутная вентиляция

МОД	–	минутный объем дыхания
ОГК	–	органы грудной клетки
СКФ	–	скорость клубочковой фильтрации

5. Дата разработки протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протокола: хирурги, терапевты, токсикологи, врачи общей практики, врачи скорой медицинской помощи, эндоскописты

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:

Послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода– это сужения просвета пищевода различной протяженности и на разных его уровнях за счет разрастания и созревания рубцовой ткани в стенке пищевода вследствие воздействия экзогенных факторов, сопровождающиеся его деформацией.

9. Клиническая классификация

По причине отравления:

- случайные;
- преднамеренные (суицидальные).

По степени тяжести:

- лёгкой степени;
- средней степени;
- тяжёлой степени.

По характеру местного химического поражения:

- ожоги с коагуляционным некрозом (кислоты);
- ожоги с колликвационным некрозом (щелочи).

Рубцовые стриктуры пищевода могут быть:

- одиночными и множественными;
- полными (проходимость пищевода отсутствует) и неполными (сохраняется некоторый просвет пищевода),
- высокими (глочные, шейные, бифуркационные) и низкими (эпифренальные и абдоминальной части пищевода), расположенными по оси пищевода или эксцентрично.

По протяженности различают:

- пленчатые стриктуры, представляющие собой тонкие мембраны шириной до 0,5 см;
- кольцевидные протяженностью 2-3 см и трубчатые длиной более 3 см.

10. Показания для госпитализации. При послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода показана плановая госпитализация.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- биохимический анализ крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза);
- контрастная рентгенография (рентгеноскопия) пищевода и желудка с барием (в положении стоя) (УД-В);
- эндоскопическая эзофагогастроскопия (ФЭГДС);
- рентгенография органов грудной клетки;
- УЗИ брюшной полости (УД-В);
- ФБС.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне, при наличии показаний:

- УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки);
- ЭКГ для исключения сердечной патологии;
- обзорная рентгенография органов грудной клетки;
- компьютерная томография органов грудной клетки и органов брюшной полости (УД – В);
- спирография.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- ОАК;
- ОАМ (исключение патологии со стороны мочевыделительной системы);
- биохимический анализ крови: глюкоза, альбумин, электролиты;
- коагулология (ПТИ, фибриноген, время свертываемости, МНО);
- определение группы крови по системе АВ0;
- определение резус фактора крови;
- анализ крови на ВИЧ;
- анализ крови на сифилис;
- определение HBsAg в сыворотке крови методом ИФА;
- определение суммарных антител к вирусу гепатита С (HCV) в сыворотке крови методом ИФА;
- УЗИ органов брюшной полости (УД-В);
- рентгенография органов грудной клетки;
- контрастная рентгенография пищевода и желудка (УД-В).

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- ЭКГ для исключения сердечной патологии.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез.

Жалобы: тошнота, рвота (при кровотечениях - с кровью); мучительные боли в горле, по ходу пищевода, эпигастрии; общая слабость, головокружение; затрудненное дыхание.

Анамнез: ожог пищевода.

12.2 Физикальное обследование: при физикальном обследовании:

- отек и набухание слизистой ротовой полости, зева, гортани; рыхлая слизистая;
- пораженная поверхность - студневидная, со стекловидным оттенком;
- резкой границы с неповрежденными тканями нет;
- кровавые рвотные массы;
- болезненность в эпигастрии при пальпации;
- аускультативно в легких, возможно, ослабленное дыхание;
- сухие и влажные хрипы;
- тахикардия;
- болевой шок.

12.3 Лабораторные исследования:

- при выраженном воспалительном процессе и присоединении бактериальной инфекции: лейкоцитоз, повышенное СОЭ;
- метаболический ацидоз;
- снижение функциональных резервов дыхания оценивается по величине жизненной емкости легких (ЖЕЛ), минутного объема дыхания (МОД) и максимальной минутной вентиляции (ММВ).

12.4 Инструментальные исследования:

При фиброэзофагоскопии уточняют уровень и расположение устья сужения пищевода; определяют диаметр сужения; состояние слизистой оболочки в супрастенотическом расширении и степень вовлечения ее в воспалительный процесс.

При рентгенологическом исследовании с использованием контрастных препаратов выявляется локализация и протяженность сужения просвета, оценка состояния стенки пораженного пищевода и определение патологии со стороны желудка.

При подозрении на перфорацию органа и при изучении состояния внутри - и внеполостного пищеводного анастомоза в раннем послеоперационном периоде контрастирование пищевода проводится с помощью водорастворимых веществ.

При рентгеноскопии пищевода с использованием контрастной массы удается установить степень нарушения акта глотания, уровень сужений пищевода, их количество и протяженность, расположение устья стеноза (центральное или эксцентрическое), состояние супрастенотического отдела, наличие «слепых

карманов» в пищеводе и «ложных» каналов, формирующихся во время бужирования рубцовой стриктуры, форму и протяженность суженного участка.

При ожоговых стриктурах пищевода контуры сужения просвета обычно ровные.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация кардиолога: для коррекции стойкой АГ, хронической сердечной недостаточности, нарушения ритма сердечной деятельности.
- консультация анестезиолога: при необходимости подготовки к операции.
- консультация торакального хирурга: при развитии периэзофагальных осложнений.
- консультация реаниматолога: в случаях тяжёлых осложнений для определения характера и объёма детоксикационной терапии.
- консультация психиатра: для коррекции острых психических расстройств.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Отравления кислотами

Нозологическая единица	Дифференциально-диагностические признаки
Гемолитические яды	Отсутствие ожоговой поверхности
Щелочи	Отсутствие гемолиза эритроцитов

Отравления щелочами

Нозологическая единица	Дифференциально-диагностические признаки
Желудочно-кишечные кровотечения при язвенной болезни, расширенных венах пищевода, и др.	Наличие анамнеза, отсутствие объективных данных, кровотечения, характерных для химического поражения ЖКТ, ФГДС-картина
Кислоты	Наличие гемолиза эритроцитов

Отравления калия перманганатом

Нозологическая единица	Дифференциально-диагностические признаки
Желудочно-кишечные кровотечения, при язвенной болезни расширенных венах пищевода, и др.	Наличие анамнеза, отсутствие объективных данных характерных для химического поражения ЖКТ, ФГДС-картина
Кислоты	Наличие гемолиза эритроцитов
Абсцессы, флегмоны	Наличие анамнеза, отсутствие объективных данных, характерных для химического поражения ЖКТ, ФГДС-картина

13. Цели лечения:

- купирование симптомов интоксикации;
- восстановление или улучшение проходимости пищевода.

14. Тактика лечения:

14.1 Хирургическое вмешательство в условиях стационара:

Бужирование пищевода.

Показания:

- короткие неполные стриктуры пищевода
- сочетанный ожог пищевода и желудка I степени
- сочетанный ожог глотки и пищевода I степени
- предоперационная подготовка к пластике пищевода.

Хирургическое лечение.

Перед эзофагопластикой необходимо определить функциональные изменения в системе внешнего дыхания по данным спирографического исследования.

Показания:

- облитерация пищевода;
- протяженные стриктуры;
- частые рецидивы стеноза после бужирования;
- выраженный болевой синдром;
- язвенный эзофагит;
- малигнизация.

Виды хирургического лечения:

- эзофагопластика целым желудком;
- эзофагопластика желудочной трубкой;
- эзофагопластика толстой кишкой.

14.2 Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия. При воспалении послеоперационной раны и для профилактики послеоперационных воспалительных процессов применяются антибактериальные препараты. С этой целью применяются цефазолин или гентамицин при аллергии на β -лактамы или ванкомицин при выявлении/высоком риске наличия метициллин - резистентного золотистого стафилококка. Согласно рекомендациям Scottish Intercollegiate Guidelines и др. антибиотикопрофилактика при данном виде операций настоятельно рекомендована. При возникновении гнойно-воспалительных осложнений предпочтение следует отдавать комбинации (2-3) антибиотиков различных групп. Изменение перечня антибиотиков для периоперационной профилактики должно проводиться с учетом микробиологического мониторинга в стационаре.

Анальгетическая терапия. Ненаркотические и наркотические анальгетики (трамадол или кетопрофен или кеторолак; парацетамол). НПВС в целях обезболивания назначается перорально. НПВС в целях послеоперационного обезболивания следует начинать за 30-60 мин до предполагаемого окончания операции внутривенно. Не показано внутримышечное введение НПВС для послеоперационного обезболивания из-за изменчивости концентраций препаратов в сыворотке крови и боли, вызванной инъекцией, исключением является кеторолак (возможно внутримышечное введение). НПВС противопоказаны пациентам с язвенными поражениями и кровотечениями из желудочно-кишечного тракта в анамнезе. В данной ситуации препаратом выбора будет парацетамол, не оказывающий влияния на слизистую желудочно-кишечного тракта. Не следует

комбинировать НПВС между собой. Комбинация трамадола и парацетамола является эффективной.

№ п/п	Название МНН	Доза	Кратность	Способ введения	Продолжительность лечения	Примечание	УД
Анальгетики							
1	Тримеперидин или	2% - 1 мл	через каждые 4-6 часов	в/м	1-2 дня	наркотический анальгетик – для обезболивания в послеоперационном периоде	А
2	Трамадол или	100 мг – 2 мл	2-3 раза	внутримышечно	в течение 2-3 дней	анальгетик смешанного типа действия - в послеоперационном периоде	А
3	метомизол натрия или	1-2 ml 50% или 2,0-5,0 мл-25%	2-3 раза	в/в, в/м внутри,	по мере купирования боли	ненаркотический анальгетик – для обезболивания	С
4	кетопрофен	150 мг, 100 мг; 100–200 мг	2-3 раза	В/м, в/в, внутри	в течение 2-3 дней	ненаркотический анальгетик – для обезболивания	А
Антибиотики и антибактериальные средства							
5	Цефтазидим или	0,5–2,0	2-3 раза в сутки	в\м, в/в	7-14 дней	цефалоспорины 3-го поколения	А
6	Цефтриаксон или	0,5–1,0 каждые 12 ч.	1-2 раза	в\м, в/в	7-14 (зависит от течения заболевания)	цефалоспорины 3-го поколения	А
7	цефепим	0,5–1,0	2-3 раза	в\м, в/в	7–10 дней и более	цефалоспорины 4-го поколения	А
8	имипенем	0,5-1,0	3-4 раза в сутки	в\м, в\в	7-10 дней	антибиотики - карбапенемы	А
9	азитромицин	500 мг	1 раз в сутки	внутри	3 дня	антибиотики - макролиды	А
Глюкокортикостероиды							
10	преднизолон	5-10мг	3-6 раза в сутки	в/в , в/м	длительность и кратность устанавливается индивидуально	глюкокортикостероидный препарат поддерживающая доза	А

					НО		
Растворы для инфузий							
11	декстроза	5%, 10% - 400- 500 мл; 40% -5-10 мл	1 раз	в/в капель но	в зависимости от показания	раствор для инфузий, при гипогликемии, гиповолемии, интоксикации, дегидратации	А
Гипогликемические средства							
12	инсулин	4-8 ЕД	по показания м	п\к	в зависимости от введения декстрозы	гормоны поджелудочной железы	А
Плазмозамещающие средства							
13	декстран	400-1200 мл	1 раз	в/в капельно	по показаниям	заменители плазмы	В
Адреномиметики							
14	эпинефрин	200 мкг-1 мг	при неотложн ых состояния х	п/к, реже в/в, в/м	однократно	адреномиметик	А
средства для коррекции КЩС							
15	гидрокарбона т натрия	0,5–1 г	1-2 раза	в/в	по показаниям в зависимости от КОС крови	средства для коррекции КЩС	В
Мочегонные средства							
16	фуросемид	20- 80 мг	1-2 раза в сутки	в/в, внутри	по показаниям	диуретик	А
Антисекреторные средства							
17	Фамотидин или	20-40 мг	2 раз в сутки или на ночь	Внутри	4–8 нед	антисекреторный препарат – блокатор гистаминовых рецепторов	А
18	Ранитидин или	По 0,15	2 раза в день	внутри	в течение 7- 30 дней	антисекреторный препарат – блокатор гистаминовых рецепторов	А
19	омепразол	20мг	1 раз в день	внутри	в течение 7- 30 дней	антисекреторный препарат - ингибитор протонной помпы	А

Гемостатики							
20	этамзилат	2–4 мл - 12,5%	1-4 раза в сутки	в/в в/м	по показаниям	коагулянты, гемостатики	В
Витаминные препараты							
21	тиамина хлорид	1мл- 5% раствора	1 раз в день	в/м	10-30 инъекций	водорастворимые витамины	С
22	токоферола ацетат	50-100 мг	1 раз в день	внутри и в/в	в течение 1 месяца	водорастворимые витамины	С
23	аскорбиновая кислота	1,0- 10 %	3-5 раза в день	в/в в/м	2-3 нед.	водорастворимые витамины	С
24	пиридоксин	50-150 мг	1-2 раза в день	в/в в/м	1-2 мес.	водорастворимые витамины	С
25	цианкобаламин	100-300мкг	2-3 раза в нед.	П/к, в/в и в/м	10-20 инъекций	водорастворимые витамины	С
Гепатопротекторы							
26	адemetионин	400-800 мг	1 раз в день	в/м в/в, внутри	2-4 нед.	гепатопротектор	С
Антигипоксанты, антиоксиданты							
27	солкосерил	1-2 амп.	1 раз	в/в и в/м	4-8 нед.	антигипоксанты, антиоксиданты	С
Антидоты							
28	тетрацинкальций	20,0-10%—	1-2 раза	в/в	3-4 дня	дезинтоксикационные, комплексообразующие средства	В
Средства для парентерального питания							
29	альбумин	10%-200 мл, 20%-100,0 мл.	Доза и концентрация зависит от уровня альбумина в крови.	в/в капельно	по показаниям	Средства для парентерального питания - для коррекции гипопроteinемии	В
Препараты компонентов крови							
30	эритроцитная взвесь лейкофильтр	По показаниям	1-2 раза	в/в капельно	по показаниям	Препараты компонентов крови - для коррекции анемии	А

	ованная, 350 мл						
31	свежезаморо- женная плазма	220 мл	1-2 раза	в/в капе- льно	по показаниям	Препараты компонентов крови- для коррекции коагулопатии	А

14.3 Немедикаментозное лечение:

Режим.

- Режим 2 – при средней степени тяжести состояния.
- Режим 1 – при тяжелом состоянии.

Постельный режим в токсикогенной фазе и при развитии осложнений в соматогенной фазе.

Диета[1,16].- щадящая диета.

- Диетотерапия - при легком ожоге: 1-я неделя – стол №1а по Певзнеру, последующие 2 недели – стол №1.
- При ожоге желудка средней тяжести в первые 2 недели – стол №1а, 3-я неделя – стол №1б, после выписки на 15-20-й день - стол №1 в течение 2-3-х недель.
- При тяжелом ожоге: в первые дни – парентеральное питание или энтеральное зондовое, после восстановления глотания на 5-7-й день - молоко, сливки, яйца всмятку, кисель, желе, мороженое, затем на 2,3 недели – стол №1а, в дальнейшем стол №1б (1-2 недели).
- Промывание желудка только через зонд, даже в более поздние сроки (6-9 часов), обильно смазанный вазелином, холодной водой; при отравлении щелочами можно промывать некипяченым молоком, разведенным водой; при отравлении перманганатом калия – 0,5-1% р-ром аскорбиновой кислоты с последующим введением активированного угля.
- Внутрь при отравлении кислотами, щелочами - белковая вода (4 белка куриного яйца на 1 литр воды); при отравлении перманганатом калия - 50-100 мл аскорбиновой кислоты по одной столовой ложке, в течение получаса .
- Внутрь - облепиховое масло.
- Ингаляции ротовой полости, зева с глюкокортикоидами, антибиотиками.
- Гипербарическая оксигенация.
- При тяжелом химическом ожоге верхних дыхательных путей – трахеостомия.

14.4 Другие виды лечения:

- лечебная гимнастика,
- дыхательная гимнастика.

14.5 Профилактические мероприятия:

- профилактика нефропатии - своевременная коррекция гемодинамических расстройств, купирование гемолиза и выведение гемоглобиновых шлаков, устранение ацидоза, лечение токсической коагулопатии.

- профилактика ранних и поздних кровотечений - строгое соблюдение режима и диеты в токсикогенной фазе, а также в соматогенной фазе при наличии угрозы кровотечения – лечение коагулопатии, гепатопатии.
- профилактика стриктур пищевода - глюкокортикоиды (3-5 недель), сульфат цинка, бужирование (при ожогах 2-3 степени).

14.6 Дальнейшее ведение

- Длительная диетотерапия (стол №1, 1а, 1б.) дополняется полноценными белками (яйца всмятку, творог, отварное мясо), длительность диетотерапии зависит от течения хронического гастрита.
- Диспансерное наблюдение при легком ожоге – 6 месяцев, при среднетяжелом – до 1 года, при тяжелом – не менее 5 лет, основой диспансерного наблюдения является эндоскопический контроль.
- Хирургическое лечение рубцовых сужений пищевода и желудка (не ранее 6-7 мес. с момента отравления).

15. Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление проходимости пищевода;
- восстановление показателей крови;
- отсутствие послеожоговых осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков:

- 1) Жураев Шакир Шукирович – доктор медицинских наук, профессор, АО «Национальный научный хирургический центр имени А.Н. Сызганова».
- 2) Ижанов Ерген Бахчанович – доктор медицинских наук, АО «Национальный научный хирургический центр имени А.Н. Сызганова» главный научный сотрудник.
- 3) Ешмуратов Темур Шерханович – кандидат медицинских наук, АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», заместитель Председателя правления.
- 4) Сатбаева Эльмира Маратовна – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой клинической фармакологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова.

17. Конфликт интересов: отсутствует.

18. Рецензенты: Бигалиев Мади Ходжаевич – доктор медицинских наук, профессор, ГККП «Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи» Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области, главный врач.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с момента его вступления в действие и/или при наличии новых методов с высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

Андрианов В.А., Воронов М.Е., Титов В.В. Тотальная колоэзофагопластика при рубцовых стриктурах пищевода // *Анналы хирургии.*- 1997, №5.- С.37-40.

1. Домрачев С.А. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой при доброкачественных стриктурах: автореф. ... д-ра.мед. наук.- Москва, 1995.
2. Кровелец И.П., Демин Д.И. Заднемедиастинальная эзофагогастропластика в хирургии пищевода // *Хирургия.*- 1996, №6.- С.9-12.
3. Опыт 1100 пластик пищевода / Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А., Богопольский П.М. // *Хирургия.*- 1998, №6.- С. 21-25.
4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода.- Москва, 2000.- 42 с.
5. Выбор метода эзофагопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода / Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А., Богопольский П.М., Воронов М.Е. // *Анналы хирургии.*- 1998, №1.- С.48-51.
6. Мамонтов А. С., Верещагин В. Г., Решетов И. В. Пластика пищевода трубчатым стеблем из большой кривизны желудка // *Рос.онкол. журн.*- 1998, №3.- С. 30-33.
7. Баймаханов Б.Б. Эзофагопластика при послеожоговом рубцовом сужении пищевода: автореф. ... д-ра.мед. наук.- Алматы, 2000.
8. Белоконев В.И., Замятин В.В., Измайлов Е.П. Диагностика и лечение повреждений пищевода.- Самара, 1999.- 160 с.
9. Мумладзе Р.Б. Хирургическое лечение рубцовых сужений глотки, пищевода и желудка после химических ожогов: автореф. ... д-ра.мед. наук.- Москва, 1990.- 24 с.
10. Therapy and follow-up of gastroesophageal chemical burns / Eggstein S., Langkau S., Ruckauer K., Salm R., Farthmann EH // *Zentralbl-Chir.*- 1995.- Vol. 120, №2.- P. 103-109.
11. Янгиев А.Х. Восстановительные операции при ожоговых поражениях пищевода и желудка и пути улучшения результатов лечения: автореф. ... д-ра.мед. наук.- Москва, 1989.
12. Intestinal bypass of the esophagus / Raffensperger JG , Luck SR., Reynolds M , Schwartz D//*J-Pediatr-Surg.*- 1996.- Vol. 31, №1.- P. 38 – 46.
13. Laohapensang K., Sittitrai P., Sawangtham T. Esophageal conduit in nearly hopeless corrosive esophageal stricture patient // *J-Med-Assoc-Thai.*- 1997.-Vol 80, №8.- P. 534 – 539.
14. Mutaf O., Ozok G., Avanoglu A. Oesophagoplasty in the treatment of caustic oesophageal strictures in children // *Br-J-Surg.*- 1995.- Vol. 82, №5.- P. 644 – 646.
15. Parti MG., Gantert W., Way LW. Surgery of the esophagus. Anatomy and physiology // *Surg-Clin-North-Am.*- 1997.- Vol. 77, №5.- P. 959 – 970.
16. Reconstructive plastic surgery of the esophagus in children / Ivanov AP., Kupatadze DD., Tsvetkov EA., Iakunm SI., Popov AV., Kopiaikov AL // *Vestn-Khir-Im-I-I-Grek.*- 1997.- Vol. 156, №2.- P. 83 – 85.
17. Treatment of caustic stenoses of the upper digestive tract / Berthet B., Bernardini D., Lonjon T., Assadourian R., Gauthier A // *J-Chir-Paris.*- 1995.- Vol. 132, №11.- P. 447-450.
18. Experimental oesophagogastric anastomosis: preliminary report of a new compression device that also fragments / Rebuffat C., Rosati R., Fumagalli U., Varoli F., Roviario G , Peracchia A // *Br-J-Surg.*- 1996.- Vol.83, №2.- P. 1616-1619.

19. Iannettoni MD., Whyte RL, Orringer MB Catastrophic complications of the cervical esophagogastric anastomosis // J-Thorac-Cardiovasc-Surg.- 1995.- Vol.110, №5.- P. 1493-1500.
20. Kawano T., Yoshino K., Endo M Cervical esophagogastric anastomosis by the cuff technique using a stapler // J-Am-Coll-Surg.- 1996.- Vol.183, №2.- P. 157 -159.
21. Manual versus mechanical esophagogastric anastomosis after resection for carcinoma: a controlled trial. French Associations for Surgical Research / Valverde A., Hay JM., Fingerhut A., Elhadad A // Surgery.- 1996.- Vol.120, №3.- P. 476 -483.
22. Pagliero KM. A novel method for the treatment of localised intrathoracic anastomotic leakage [letter; comment] // Ann-R-Coll-Surg-Engl.- 1996.- Vol. 78, №6.- P. 560-561.
23. Single stage total gastrectomy and esophago-jejunal anastomosis for caustic necrosis (letter) // Sano D., Wandaogo A., Cisse R., Traore SS., Bandre E., Dakoure R., Sanou A. // Med-Trop-Mars.- 1996.- Vol.56, №1.- P. 102 – 103.
24. Video-assisted endoscopic esophagectomy with stapled intrathoracic esophagogastric anastomosis / Liu HP., Chang CH., Lin PJ., Chang JP. // World-J-Surg.- 1995.- Vol.19, №5.- P. 745-747.
25. Yao X., Wang B. Application of oesophagogastric double anastomosis in the treatment of esophageal caustic stricture // Chung-Hua-Wai-Ko-Tsa-Chih.- 1995.- Vol.33, №2.- P. 76-77.