

[Перейти в содержание Вестника РНЦРР МЗ РФ №9.](#)

Текущий раздел: **Лучевая диагностика**

Значение рентгенологического исследования в оценке течения гнойного медиастинита.

Квардакова О.В., НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы

Адрес документа для ссылки: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v9/papers/kvardakova_v9.htm

Резюме

Работа посвящена вопросам диагностики осложнений, развивающихся при гнойном медиастините разной этиологии. Подчеркнуто недостаточное отражение вопросов, касающихся рентгенологической диагностики гнойного медиастинита и его осложнений, в частности пищеводно-респираторных свищей, отсутствие единого мнения о методике рентгенологического исследования.

Ключевые слова: гнойный медиастинит, рентгенологическая диагностика

The value of X-ray examination for assessment of the course of purulent mediastinitis

Kvardakova O.V.

Scientific-Research Institute of Emergency Rescue named after N.V. Sklifosovskiy, Health Care Department, Moscow

The literature survey deals with diagnostics of the purulent mediastinitis' complications. That problem should be investigated further, especially diagnostics of esophageal-respiratory fistula. There is no consensus on optimal method of X-ray examination of purulent mediastinitis among the investigators.

Key words: purulent mediastinitis, X-ray diagnostics

Оглавление:

Введение

Цель представленной работы

Задачи

Объект исследования

Диагностика гнойного медиастинита и его осложнений

Список литературы

Введение

Проблема диагностики гнойного медиастинита и его осложнений до настоящего времени сохраняет свою актуальность. По данным литературы летальность при медиастините и его осложнениях сохраняется до 30-76% [174]. Одной из причин высокой летальности является поздняя диагностика и запоздалое лечение [45, 5, 57, 167 и др.].

Осложнения, развивающиеся при гнойном медиастините (эмпиема плевры, абсцесс легкого, свищи полых органов, перикардит), значительно отягощают течение заболевания и в

ряде случаев являются причиной повторных оперативных вмешательств. Это удлиняет сроки лечения больных и нередко приводит к летальному исходу [126, 41, 151].

В литературе вопросы диагностики осложнений, развивающихся при гнойном медиастините, освещены недостаточно, преимущественно в работах хирургов [9, 88, 32, 150]. Наибольшие трудности вызывает диагностика медиастинита на ранних стадиях, связанная с несоответствием между распространенностью процесса в средостении и данными рентгенологического исследования. Работы отечественных и зарубежных авторов [131, 154, 177, 165, 22] свидетельствуют о важной роли таких лучевых методов исследования как РКТ и УЗИ. Однако рентгенологический метод диагностики медиастинита и его осложнений до настоящего времени не потерял своей значимости. В литературе недостаточно отражены вопросы, касающиеся рентгенологической диагностики гнойного медиастинита и его осложнений, нет единого мнения о методике рентгенологического исследования.

В связи с этим необходимо дальнейшее изучение рентгенологической диагностики и совершенствование методик рентгенологического исследования больных с осложнениями гнойного медиастинита, результаты которого в ряде случаев являются определяющими для коррекции проводимого лечения.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

Цель представленной работы

Усовершенствовать рентгенологическую диагностику осложнений у больных, оперированных по поводу гнойного медиастинита.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

Задачи

1. Определить возможности и значение рентгенологического метода при диагностике осложнений, развивающихся при гнойном медиастините в послеоперационном периоде.
2. Определить необходимый комплекс рентгенологических методик для выявления осложнений гнойного медиастинита в послеоперационном периоде.
3. Провести сравнительный анализ результатов использования жидкой взвеси сульфата бария и водорастворимых контрастных веществ при диагностике свищей пищевода.
4. Уточнить рентгеносемиотику осложнений, развивающихся при гнойном медиастините в послеоперационном периоде.
5. Провести сопоставление полученных результатов рентгенологического исследования результатов с данными УЗИ, РКТ.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

Объект исследования

185 больных с гнойным медиастинитом и его осложнениями.

Основной метод исследования - рентгенологический, включающий использование различных методик: обзорное полипозиционное исследование мягких тканей шеи, органов грудной клетки и брюшной полости, контрастное исследование пищевода, желудка и гнойных полостей, томографию мягких тканей шеи и средостения. Дополнительные: клинический, УЗИ, РКТ, эндоскопический и статистический.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

Диагностика гнойного медиастинита и его осложнений

Медиастинит в настоящее время является одним из наиболее тяжелых гнойных процессов, при котором летальность достигает 30-76 % [85, 58, 51, 119, 174, 151].

Гнойный медиастинит является осложнением травматического повреждения пищевода и различных заболеваний.

По данным мировой литературы и по наблюдениям сотрудников НИИ СП им. Н.В.Склифосовского развитие медиастинита чаще всего было обусловлено повреждением пищевода инородным телом или эндоскопическими манипуляциями. При этом в 98% развивается задний травматический медиастинит [5, 56, 88, 133, 134].

Повреждения пищевода инородными телами составляют 37,8 % [156]. Реже возникают повреждения пищевода при ножевых и огнестрельных ранениях, закрытой травме шеи и грудной клетки. Развитие эндоскопической техники и более широкое использование этого метода в клинической практике привело к возрастанию инструментальных повреждений пищевода. Отмечено, что при удалении инородных тел, в 11,4% могут возникать разрывы диаметрально противоположных стенок [5, 164]. Повреждения пищевода происходят при фиброгастроскопии, бужировании рубцово-суженного пищевода, заведении зонда, струны-направителя или трахеостомической трубки, интубации трахеи, при биопсии, чреспищеводной эхокардиографии. По данным Абакумова М.М. и соавт. (1992) инструментальные повреждения пищевода составляют 53,6%.

Широкое применение эндотрахеального наркоза и длительной ИВЛ вызвало рост количества больных с ятрогенным повреждением глотки, пищевода и трахеи, которые осложняются развитием гнойного медиастинита и пищеводно-респираторными свищами [39].

При повреждении стенки пищевода инструмент выходит за пределы его просвета и образует ложный ход в клетчатке средостения. Ложный ход заполняется геморрагической жидкостью, содержащей кровь, лимфу, обрывки тканей, размятую жировую клетчатку, слюну, пищу, микроорганизмы и воздух. Уже через 6-8 часов от момента травмы в средостении развивается гнойно-воспалительный процесс, который чаще всего протекает в виде диффузного пропитывания клетчатки (флегмоны). Из средостения воспалительный процесс может переходить на окружающие органы и ткани, распространяться в плевральную полость, позвоночник, грудину и в забрюшинное пространство.

При лимфогенном распространении инфекции с поврежденной стенки пищевода на клетчатку средостения развивается отграниченный гнойник (абсцесс). При перфорации рубцовоизмененного пищевода с выраженной постожоговой стриктурой воспалительный процесс в средостении развивается медленнее. [93, 58]

При инструментальных перфорациях пищевода и повреждении его инородным телом чаще повреждаются шейный и верхне-грудной отделы пищевода. В нижне-грудном отделе наиболее часто происходят спонтанные разрывы, частота которых достигает 15% [110, 112, 137]. Спонтанные разрывы пищевода характеризуются большой протяженностью перфорационного отверстия (до 6см), могут распространяться на абдоминальный отдел пищевода и на кардиальный отдел желудка и часто сопровождаются одновременным разрывом медиастинальной плевры. Локализуются они преимущественно на задне-левой стенке.

Рост производственного и бытового травматизма привел к увеличению количества больных с закрытой травмой шеи и грудной клетки, осложнившейся развитием гнойного медиастинита [5]. Возросло количество больных с медиастинитом одонтогенной и тонзиллогенной этиологии [83, 184]. Реже медиастинит развивается вследствие прорыва гноя в клетчатку средостения при наличии эмпиемы плевры, абсцессов легких, гнойного перикардита, остеомиелита позвоночника, грудины, ребер [177].

Развитие гнойного медиастинита наблюдалось также при несостоятельности швов пищеводно-кишечного или пищеводно-желудочного соустья, расположенных в средостении, повреждении или вовлечение в шов стенки пищевода во время операций [179].

Сообщение клетчаточных пространств шеи со средостением, а также анатомические особенности расположения органов в средостении определяют особенности течения гнойного процесса [38].

Средостение представляет собой комплекс органов и нервно-сосудистых образований, окруженных клетчаткой, ограниченных с боков средостенной плеврой, спереди грудиной и реберными хрящами, сзади - позвоночником.

Пищевод расположен в заднем средостении, прилегая к позвоночнику задней стенкой почти на всем протяжении, и отделенный от него рыхлой клетчаткой. Кпереди от него, до уровня Th₅, расположена трахея, а ниже - левый главный бронх и перикард. Левее и кзади от пищевода, с уровня Th₅ до диафрагмы, проходит аорта. Справа пищевод соприкасается с медиастинальной плеврой, которая ниже корня легкого в большинстве случаев покрывает не только боковую, но и заднюю его стенки. Слева плевра соприкасается с пищеводом до Th₇₋₈. Плевра на отдельных участках плотно фиксирована к стенке пищевода посредством фасциальных листков и тяжей. Анатомические особенности средостения объясняют возможность повреждения медиастинальной плевры при инструментальных и спонтанных разрывах пищевода с развитием первичной эмпиемы плевры. Это объясняет также частое развитие плевральных и легочных осложнений (плеврита, эмпиемы плевры, пневмонии) и перикардита при гнойном медиастините (рисунок 1). Клетчаточные пространства средостения сообщаются с клетчаткой забрюшинного пространства.

Рисунок 1 (из атласа Елизаровского С.И.) иллюстрирует выше изложенное.

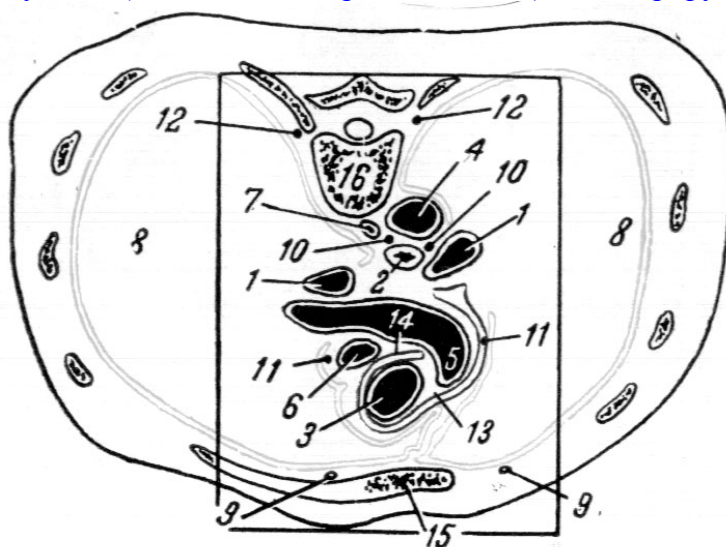


Рис.1. Схема расположения разных органов в средостении (поперечный срез на уровне Th₆ позвонка).

1 - трахея; 2 - пищевод; 3 - восходящая аорта; 4 - нисходящая аорта; 5 - легочная артерия; 6 - верхняя полая вена; 7 - непарная вена; 8 - легкое; 9 - внутренняя артерия молочной железы; 10 - блуждающий нерв; 11 - грудобрюшный нерв; 12 - симпатический нерв; 13 - передневерхний карман сердечной сорочки; 14 - задневерхний карман сердечной сорочки; 15 - грудина; 16 - позвонок.

Ряд авторов [101, 134, 3, 33, 38, 114] подчеркивали прямую зависимость распространения гнойного процесса и его локализации от характера анатомических образований, расположенных в средостении.

Согласно Парижской анатомической номенклатуре (PNA) в средостении различают 4 отдела: *cavum mediastinale superius* (от верхней границы грудной полости до уровня бифуркации трахеи), *cavum mediastinale anterius* (между грудиной и перикардом), *cavum mediastinale medium* (в нем находится перикард), *cavum mediastinale posterius* (между перикардом и позвоночником).

В НИИ СП им. Н.В.Склифосовского используется классификация медиастинитов Иванова А.Я. (1954) г. Он подразделяет медиастиниты на первичный и вторичный:

1- первичный (травматический) медиастинит развивается вследствие:

а) ранения средостения без повреждения его органов (при ранениях груди, цервикоторакальных ранениях); б) инфицирования клетчатки средостения при повреждении полых органов (при перфорации пищевода в грудном отделе, при перфорации шейного отдела пищевода с наличием ложного хода в средостение, разрывах трахеи в грудном отделе.

2- вторичный медиастинит развивается вследствие: а) контактного распространения инфекции с соседних органов и тканей (мягких тканей шеи, легких, перикарда, из забрюшинного пространства и брюшной полости); б) метастатического распространения инфекции с известного или неизвестного источника.

По распространенности гнойного процесса в средостении различают:

1- ограниченный: абсцессы единичные и множественные

2- распространенный - флегмона

По локализации медиастинит подразделяют на:

а) верхний, б) нижний, в) передний, г) задний, д) тотальный.

Эта классификация не утрачивает своего значения и в настоящее время.

К осложнениям гнойного медиастинита относятся гидроторакс, эмпиема плевры, пневмония, перикардит, респираторные свищи и свищи, связанные с пищеводом.

Частота гнойных осложнений медиастинита по данным различных авторов колеблется в пределах 18-75% [105, 73, 85, 181, 141].

Как сообщают указанные авторы, в процессе развития медиастинита воспалительный процесс распространяется на окружающие органы и ткани, при этом могут возникать абсцессы легкого, гнойный перикардит. Одним из наиболее частых и трудно поддающихся лечению осложнений перфорации пищевода и медиастинита остаются острые пищеводно-медиастинальные и медиастинально-респираторные свищи, перфорация диафрагмы с возникновением абсцессов в брюшной полости, обусловленных литическим действием гноя.

В последние годы участились случаи образования свищей пищевода, возникающих при инструментальных исследованиях пищевода – эзофагоскопии, бужировании [126,127, 10,11,12,].

И.М. Светозаров (1959), Т.И. Шраер (1966) считают, что возникновение пищеводно-респираторных свищей при абсцессе легкого - результат его прорыва в медиастинальное пространство с вовлечением в процесс стенки пищевода с последующим образованием дивертикула и перфорацией в трахеобронхиальное дерево. Патогенетическую зависимость образования свищей пищевода с дыхательными путями или плевральной полостью при травме пищевода, в том числе инородными телами, отмечали многие авторы [78, 82, 58, 115, 122, 126]. Свищи могут возникать при операциях на легких [124, 78, 58, 54], при острых и хронических воспалениях легких, плевры и органов средостения [20, 131, 23, 49, 126, 124, 12, 13, 9], а также при пролежнях, возникших при использовании интубационных, трахеостомических трубок или зондов пищевода. Возможно повреждение стенки пищевода во время операции, или захватывание ее в шов, а так же нарушение ее кровоснабжения в результате выделения пищевода из медиастинальных спаек [124], что приводит к медиастиниту и возникновению свищей пищевода. Пищеводно-бронхиальные свищи часто возникают при острых гнойно-деструктивных процессах в легких (57%), в органах средостения и дивертикулах, осложненных дивертикулитом - 20,5% [10].

Свищи могут образоваться также при одновременном повреждении пищевода, трахеи и бронхов [20, 12].

Несостоятельность швов после операций на пищеводе также может способствовать появлению пищеводных свищей.

Несмотря на детально изученные пути распространения гнойного процесса в грудной клетке и брюшной полости и разработанные принципы клинической диагностики остаются

трудности диагностики осложнений гнойного медиастинита, определения их характера и точной локализации.

Вопросы диагностики осложнений, развивающихся при гнойном медиастините, в отечественной и мировой литературе освещены недостаточно. Немногие авторы указывают на наличие ранних рентгенологических признаков формирования абсцесса (инфильтрата) средостения и т.п. Разрозненные сведения содержатся преимущественно в хирургических статьях, в которых основное внимание уделяется клинике перфорации пищевода и её лечению. Описание рентгенологической картины сводилось, как правило, к констатации диагноза: гидроторакс, гидроперикард и т.п. Основное место среди них занимают работы, в которых обобщается опыт НИИ СП им. Склифосовского Н.В. [101, 56]. Ряд работ посвящены гнойному медиастиниту - самому раннему и наиболее грозному осложнению перфорации пищевода [46, 88, 151].

Диагностика перфораций пищевода долгое время представляла собой трудно разрешимую проблему. С открытием рентгеновых лучей и применением их для диагностических целей возникла возможность более ранней и, вместе с тем более точной диагностики не только перфораций пищевода, но и их осложнений.

Рентгенодиагностика перфораций пищевода начала развиваться с 1923г. В этом году Minigerode N. применил рентгеновы лучи для определения эмфиземы шеи, как одного из основных симптомов перфорации пищевода. С помощью рентгеновых лучей появилась возможность выявлять расширение и затенение средостения, как признак медиастинита – одного из грозных осложнений перфорации пищевода, причем, в его начальных стадиях.

Цейтлин А.А. в 1924г, Kinder N. в 1928г и Иванова-Подобед С.В. в 1932г стали применять жидкую взвесь сульфата бария для диагностики инородных тел и перфораций пищевода. В своих сообщениях они описывали не только признаки травмы пищевода, но и ее осложнений.

Рентгенологическая диагностика и семиотика перфорации пищевода, как наиболее частой причины гнойного медиастинита, и описание методики исследования больных наиболее полно отражены в работах Ивановой-Подобед С.В. (1932), Щербатенко М.К. (1958).

Jacson C. в 1934г. в монографии о бронхоскопии, эзофагоскопии и гастроскопии большое внимание уделил вопросам рентгенодиагностики инородных тел пищевода и вызванных ими осложнений.

В годы Великой Отечественной войны при огнестрельных ранениях пищевода и дыхательных путей широко применялся рентгенологический метод исследования. Колесников И.С. в 1949 указывал, что при слепых ранениях шеи и средостения только рентгенологическое исследование позволяло точно локализовать инородные тела, что помогало диагностировать повреждения и осложнения, которые они вызывали.

В работе, посвященной хирургической тактике - шейной медиастинотомии, использующейся при «осложненных» инородных телах пищевода, Альпин Я.И. в 1927 отмечал, что рентгенография важна не только для определения инородных тел пищевода и ранней диагностики перфораций, но также и для контроля за развитием воспалительных изменений в паразофагеальном пространстве. Это имеет важное значение для своевременного оперативного вмешательства. В аналогичных работах сотрудников НИИ СП им. Н.В. Склифосовского [101, 97, 134, 58] отмечено, что для выбора хирургического доступа важнейшим является выявление локализации дефекта стенки пищевода и протяженность ложного хода. Указанные авторы считают, что рентгенологическое исследование является решающим диагностическим методом, так как позволяет выявить изменения в пищеводе, в отличие от эзофагоскопии, при которой удастся изучить только внутреннюю стенку пищевода. Рентгенологический метод позволял определить признаки гнойного процесса в клетчатке средостения: расширение и затенение, просветления и уровни

жидкости. Одновременно выявляли наличие жидкости в плевральной полости и воспалительные изменения в легких.

Ранняя рентгенологическая диагностика гнойного медиастинита в нижних отделах средостения затруднена из-за его анатомического расположения (за тенью сердца), а так же из-за развившихся осложнений (пневмонии, гидроторакса), перекрывающих тень средостения.

С развитием новых методов диагностики в клинической практике активно используются такие методы лучевой диагностики, как ультразвуковой, радиоизотопный, а также рентгеновская компьютерная томография.

Об эффективности лучевых методов, используемых для выявления гнойных осложнений медиастинита, имеется ряд сообщений в специальной литературе. О значении сцинтиграфии с использованием ^{99m}Tc в комбинации с рентген-компьютерной томографией при диагностике медиастинита указывали [19, 99]. По данным ряда авторов, в том числе [142, 172] чувствительность метода составила 85,5 %.

В своей диссертации Бармина Т.Г. (2003) доказала эффективность РКТ в диагностике и оценке степени распространенности гнойного процесса в средостении. Кроме того, появились сообщения о последовательном комплексном применении рентгенологического метода и рентгеновской компьютерной томографии [142] в сочетании с эзофагоскопией.

Одним из осложнений перфорации пищевода и гнойного процесса в средостении являются респираторные и пищеводные свищи. Abbot в 1945, А.И. Фельдман в 1949, Coleman в 1957, Г.И. Шраер 1966, Перельман М.И. в 1973, Чиссов В.И. в 1976, J. Richardson в 1985 и другие разработали несколько классификаций пищеводно-респираторных свищей, учитывая их локализацию, этиологию, вид, протяженность свищевого хода и его диаметр и т.п.

Ранняя диагностика некоторых видов свищей стала возможна благодаря использованию рентгенологического и эндоскопического методов исследования [10, 20, 30, 82, 83, 98, 115, 122, 126]. Эндоскопический метод исследования позволил уточнить локализацию свища и его размеры, оценить состояние пищевода и трахеобронхиального дерева [41].

Ряд авторов [41, 54], указывают, что у больных с гнойными процессами в легких для своевременного выявления пищеводно-респираторных свищей целесообразно применять боковую рентгенографию грудной клетки, повторную эзофагографию с водорастворимым контрастным веществом, а также эзофагоскопию для определения устья свища. Это особенно важно, когда диагноз уточнен, но проводимое противовоспалительное лечение неэффективно. Ряд авторов утверждают, что эзофагография с водорастворимым контрастным веществом является наиболее точным методом диагностики пищеводных свищей [23].

Несмотря на применение новых методов исследования, рентгенологический метод до сих пор сохраняет свою актуальность. О значении рентгенологического метода для диагностики отдельных осложнений гнойного медиастинита хирурги сообщают чаще, чем рентгенологи. Однако, в многочисленных упоминаниях об эффективности рентгенологического метода исследования нет единого мнения о последовательности использования разных рентгенологических методик, сроков проведения повторных исследований, а также нет единого алгоритма использования разных методов исследований.

Отсутствуют четкие показания и научно обоснованная последовательность применения контрастных рентгенологических методик для выявления осложнений медиастинита. Лишь единичные авторы сообщают об эффективности различных рентгенологических методик для выявления осложнений разного характера и локализации гнойно-воспалительного процесса [134, 58]. В литературе отсутствуют сравнительные результаты использования разных методик рентгенологического исследования и методов лучевой диагностики.

Проведенный анализ литературных данных выявил необходимость уточнения рентгеносемиотики осложнений гнойного медиастинита, возникающих до операции и в послеоперационном периоде, создания алгоритма рентгенологического исследования больных, определения обоснованной, наиболее эффективной, последовательности использования разных методик.

[Перейти в оглавление статьи >>>>](#)

Список литературы

1. Абакумов М.М. Медиастинит // Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии / Под общ. ред. А.С. Ермолова, М.М. Абакумова.- М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2001.- Ч.III. Клинические аспекты искусственного питания.- Гл. 15.-С.276-284.
2. Абакумов, М.М. Аррозивные кровотечения как осложнение гнойного медиастинита / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, С.Н. Кудрявцев // Хирургия.-1985.-№5.-С.118-121.
3. Абакумов, М.М. Лечение повреждений шейного отдела пищевода / М.М. Абакумов, Т.Н. Дербенева // Экстренная помощь и интенсивная терапия в оториноларингологии: Труды института .- 1980 .- Т.151 .- серия ЛОР.- Вып. 4.- С.86-91.
4. Абакумов, М.М. Механические повреждения глотки и шейного отдела пищевода / М.М. Абакумов // ВОРЛ.-1981.-№ 1.-С.36-41.
5. Абакумов, М.М. Механические повреждения пищевода [Рукопись]: Дис....докт.мед.наук: 14.00.27 – Хирургия / НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.- М., 1979.-434 с.
6. Абакумов, М.М. Неотложная хирургия пищевода / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина // Хирургия.-1992.-№4.-С.3-7.
7. Абакумов, М.М. Особенности клинического течения и хирургической тактики при одонтогенном медиастините / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, И.Г. Чубабрия // Сов. Медицина.-1991.-№10.-С.30-33.
8. Абакумов, М.М. Спонтанный разрыв пищевода / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, А.Ф. Хасилева // Хирургия.-1984.-№5.-С.150.
9. Авилова, О.М. Диагностика и лечение спонтанных разрывов пищевода / О.М. Авилова, В.Г. Гетьман // Вестник хирургии.-1986.-№3.-С.56-60.
10. Авилова, О.М. Диагностика и хирургическое лечение приобретенных эзофаго-респираторных свищей / О.М. Авилова, П.П. Сокур // Клиническая хирургия.-1983.-№6.-С.68.
11. Авилова, О.М. Повторные операции при рецидивирующих пищеводно-плевральных свищах / О.М. Авилова, П.П. Сокур // Вестник хирургии.-1983.-№4.-С.18-21.
12. Авилова, О.М. Реконструктивно-восстановительная хирургия приобретенных пищеводно-респираторных свищей неопухолевой этиологии / О.М. Авилова, П.П. Сокур // Хирургия.-1986.-№3.-С.86-87.
13. Авилова, О.М. Хирургическая тактика при повреждениях пищевода и их последствиях / О.М. Авилова, М.М. Багиров, П.П. Сокур // Клиническая хирургия.-1978.-№9.-С.18-22.
14. Акинчев, Л.Н. Случай изолированного разрыва стенки пищевода струей кислорода / Л.Н. Акинчев // Вестник хирургии.-1957.-№6.-С.114-116.
15. Алиев, М.А. Лечение проникающих повреждений пищевода / М.А. Алиев, К.А. Кашкин, Ш.Ш. Жураев // Хирургия.-1986.-№5.-С.35-40.
16. Аскерханов, Р.П. Разрывы пищевода / Р.П. Аскерханов, А.М. Мурачуев // Хирургия.-1966.-№1.-С.144-145.

17. Асланов, В.М. К вопросу о лечении перфораций пищевода и их осложнений / В.М. Асланов, В.М. Кузьмин, В.В. Горшков // Военно-медицинский журнал.-1982.-№10.-С.46-47.
18. Баиров, Г.А. Лечение острого гнойного медиастинита при перфорации пищевода у детей / Г.А. Баиров // Вестник хирургии.-1962.-№3.-С.19-25.
19. Бармина, Т.Г. Роль рентгеновской компьютерной томографии в диагностике и лечении острого медиастинита [Рукопись]: Дис....канд. мед. наук:14.00.19-Лучевая диагностика и лучевая терапия / НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.- М., 2003.-147 с.
20. Бортников, О.Г. К вопросу о бронхо-пищеводных свищах / О.Г. Бортников // Грудная хирургия.-1962.-№1.-С.112-114.
21. Валиев, Ф.Г. Лечение перфораций и разрывов пищевода / Ф.Г. Валиев // Вестник хирургии.-1973.-№1.-С.40-42.
22. Ванцян, Э.Н. Повреждения пищевода при бужировании / Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов, В.И. Чиссов // Хирургия.-1976.-№4.-С.83-88.
23. Вицын, Б.А. Случай бронхо-пищеводного свища / Б.А. Вицын, Н.И. Карелина, Н.И. Николаев // Грудная хирургия.-1968.-№5.- С.113-114.
24. Гнойный медиастинит вследствие перфорации пищевода эзофагоскопом / А.А. Мамистов, П.Н. Ромашев, В.И. Сидаш, Ю.И. Явкин // Хирургия.-1983.-№12.-С.94.
25. Гончарук, В.Н. Хирургическое лечение перфорации рубцово-суженного пищевода при бужировании / В.Н. Гончарук // Клиническая хирургия.-1988.-№10.-С.44.
26. Гошелин, С.А. Спонтанные разрывы и прободения пищевода / С.А. Гошелин, С.Н. Карликов // Клиническая хирургия.-1975.-№11.-С.75-77.
27. Груздев Н. Л. Острая одонтогенная инфекция / Н.Л. Груздев.- М.: Медицина, 1978.- 184 с.
28. Даниелян, Ш.Н. Лечение флегмон грудной стенки // Виноградовские чтения: Материалы конф., г.Москва, 29 февр. 2000 г.- М.: Изд-во РУДН,2000.-С.10-12.
29. Двадцатилетний опыт диагностики и лечения различных форм гнойного медиастинита: анализ 477 наблюдений / М.М.Абакумов, А.Н. Погодина, Т.Г. Бармина, М.В. Снигирев // Вестник хирургии. -2001 -№1. -С. 80-85.
30. Джафаров, Г.М. Травматический трахео-пищеводный свищ / Г.М. Джафаров, И.Г. Гурбаналиев, Э.Д. Джафарова // Грудная хирургия.-1983.-№4.-С.79.
31. Диагностика и лечение гнойного медиастинита / Б.Д. Комаров, Н.Н. Каншин, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина // Хирургия.-1982.-№4.-С.33-37.
32. Диагностика и лечение гнойного медиастинита / В.Н. Науменко, П.С. Демченко, О.Ю. Моряк и др. // Клиническая хирургия.-1991.-№10.-С.25-26.
33. Диагностика и лечение гнойного медиастинита / В.Т. Егиязарян, А.И. Яковенко, А.А. Еремин и др. // Вестник хирургии.-1986.-№10.-С.10-13.
34. Диагностические ошибки при спонтанном разрыве пищевода / Ю.А. Муромский, Л.Ф. Зубкова, И.Д. Соловьева и др. // Хирургия.-1984.-С.109-112.
35. Дозорцев, В.Ф. Случай спонтанного разрыва пищевода / В.Ф. Дозорцев, А.И. Громов // Вестник рентгенологии и радиологии.-1989.-№2.-С.78-79.
36. Долгоруков, М.И. Случай резекции рубцово измененного пищевода при травматической его перфорации / М.И. Долгоруков // Грудная хирургия.-1964.-№4.-С.102.
37. Дыскин, В.П. Трансстернальная продольная медиастинотомия для закрытия бронхиального свища / В.П. Дыскин // Грудная хирургия.-1965.-№4.-С.107-110.
38. Елизаровский, С.И. Хирургическая анатомия средостения: атлас / С.И. Елизаровский, Г.И. Кондратьев.- М.: Медгиз, 1961.-108 с.
39. Жураев, Ш.Ш. Диагностика и лечение перфораций пищевода, вызванных эндотрахеальной наркозной трубкой / Ш.Ш. Жураев, Н.К. Кульеартов // Грудная хирургия.-1985.-№ 5.-С.82-83.

40. Жураев, Ш.Ш. Интубационный способ лечения перфораций пищевода в эксперименте / Ш.Ш. Жураев, Г.В. Семенов, Г.В. Федотовский // Грудная хирургия.-1981.-№3.-С.71-75.
41. Загородская, М.М. Рентгенологическое распознавание редких свищей пищевода / М.М. Загородская, Р.А. Антонова // Клиническая хирургия.-1979.-№10.-С.60-62.
42. Захаров, Ю.С. Диагностика контактных медиастинитов при некротических флегмонах шеи / Ю.С. Захаров // Сов. Медицина.-1991.-№3.-С.69-71.
43. Захаров, Ю.С. Причины поздней диагностики контактных медиастинитов при некротических флегмонах шеи / Ю.С. Захаров // Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии.-Иркутск, 1991.-С.123-124.
44. Зберовская, Н.В. Флегмоны шеи и гнойные медиастиниты / Н.В. Зберовская, М.А. Шустер, В.М. Ширшов // Сов. Медицина.-1977.-№3.-С.8-12.
45. Иванов, А.Я. Абсцессы и флегмоны средостения / А.Я. Иванов.- Л.: Медгиз, 1959.- 147 с.
46. Иванов, А.Я. О нагноительных процессах в средостении / А.Я. Иванов // Вестник хирургии.-1956.-№11.-С.88-95.
47. Иванов, В.И. Спонтанный разрыв пищевода / В.И. Иванов // Вестник хирургии.-1975.-№10.-С.129-131.
48. Иванько, А.И. Инструментальные повреждения грудного отдела пищевода во время операции ларингэктомии / А.И. Иванько, А.А. Молошок // Архив патологии.-1980.-№2.-С.73-74.
49. Ищенко, Б.И. Длительно существующий пищеводно-плевральный свищ / Б.И. Ищенко, В.В. Митин // Вестник хирургии.-1980.-№1.-С.90.
50. Ищенко, Б.И. Лучевая диагностика для торакальных хирургов / Б.И. Ищенко, Л.Н. Бисенков, И.Е. Тюрин.- СПб: Деан, 2001.- 346 с.
51. Каншин, Н.Н. Демонстрация больного через 4 года после осколочного огнестрельного ранения грудного отдела пищевода / Н.Н. Каншин, Н.Л. Коваленко // Хирургия.-1985.-№6.-С.154-155.
52. Каншин, Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение) / Н.Н. Каншин.- М.: Профиль, 2007.-С.3-28,72-74.
53. Каншин, Н.Н. Чреспищеводное эндоскопическое дренирование средостения при перфорационном медиастините / Н.Н. Каншин, А.Н. Погодина // Вестник хирургии.-1983.-№2.-С.24-27.
54. Клиника, диагностика и лечение посттравматических свищей пищевода: Метод. рекомендации / НИИ СП им. Н.В. Склифосовского; Сост.: А.Н. Погодина.-М.,1994.-12 с.
55. Колыванов, В.Я. Разрыв брюшного отдела пищевода / В.Я. Колыванов // Клиническая хирургия.-1976.-№3.-С.76.
56. Комаров, Б.Д. Диагностика и лечение инструментальных повреждений пищевода / Б.Д. Комаров, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина и др.// Хирургия.-1984.-№5.-С.151.
57. Комаров, Б.Д. Острый гнойный медиастинит (клиника, диагностика, лечение) / Б.Д. Комаров, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина // Хирургия.-1985.-№10.-С.151-152.
58. Комаров, Б.Д. Повреждения пищевода / Б.Д. Комаров, Н.Н. Каншин, М.М. Абакумов.- М.: Медицина, 1981.- 175 с.
59. Крайчев, С.Д. К диагностике спонтанного разрыва и перфорации пищевода / С.Д. Крайчев // Грудная хирургия.-1973.-№2.-С.79-83.
60. Крофтон, Дж. Заболевания органов дыхания / Дж. Крофтон, А. Дуглас.- М.: Медицина, 1974.- 728 с.
61. Кузин М.И. Лечение гнойного переднего медиастинита после операций в условиях искусственного кровообращения у больных ревматическими пороками сердца / М.И. Кузин, А.Н. Кайдаш, О.А. Крастин // Хирургия.-1984.-№ 4.-С.3-11.

62. Кутушев, Ф.Х. К лечению бронхиального свища после удаления легкого / Ф.Х. Кутушев // Вестник хирургии.-1956.-№3.-С.84-87.
63. Лабазанов, М.М. Сочетанное ранение пищевода и трахеи, осложненное медиастинитом и массивным аррозивным кровотечением / М.М. Лабазанов // Вестник хирургии.-1996.-№1.-С.90.
64. Лайт, Р.У. Болезни плевры / Р.У. Лайт.- М.: Медицина, 1986.-376 с.
65. Левашов, Ю.Н. Использование большого сальника для лечения гнойного медиастинита / Ю.Н. Левашов, Г.Р. Николадзе // Вестник хирургии.-1991.-№5-6.-С.120.
66. Лечение больных с гнойным медиастинитом / М.А. Алиев, Ш.Ш. Жураев, Б.Б. Баймаханов, Ж.Н. Кыпсыров // Актуальные вопросы хирургической инфекции.- Семипалатинск, 1991.-С.13-14.
67. Лечение и профилактика повреждений пищевода: Метод. рекомендации / Сост. Н.Н. Каншин, М.М. Абакумов, М.А. Сапожникова, А.Н. Погодина, С.И. Яковлев.- М., 1978.- 21с.
68. Лечение поздно диагностированных перфораций и разрывов пищевода / Н.А. Золотухин, И.М. Усачев, Г.И. Рогинский и др. // Хирургия.-1970.-№12.-С.48-50.
69. Лечение проникающих повреждений пищевода с применением длительной интубации силиконовой трубкой / М.А. Алиев, К.А. Кашкин, Ш.Ш. Жураев, Е.С. Кулубеков // Грудная хирургия.-1981.-№6.-С.69-71.
70. Лещенко, И.Г. Гнойная хирургическая инфекция / И.Г. Лещенко, Р.А. Галкин.- Самара, 2003.-С.201-224, 326.
71. Лимонов, В.И. Случай повреждения пищевода при сквозном ранении шеи / В.И. Лимонов // Хирургия.-1968.-№10.-С.95.
72. Мареев, В.М. Ургентная терапия осложнений инородных тел пищевода / В.М. Мареев, И.Г. Ходаков // Экстренная помощь и интенсивная терапия в оториноларингологии : Труды института .- М .- 1980 .- Т.CLI(151) .- серия ЛОР, вып. 4 .- С.76-80.
73. Медиастиниты военного времени и пути их лечения / Б.Э. Линберг и др. // Вопросы грудной хирургии.-1949.-№2.-С.115-127.
74. Молчанова, К.А. О клинике и лечении одонтогенных медиастинитов / К.А. Молчанова, Т.В. Степанова // Хирургия.-1971.-№1.-С.79-83.
75. Монин, М.И. Тактика хирурга при остром гнойном медиастините / М.И. Монин, С.С. Пудовиков, К.П. Топалов // Клиническая хирургия.-1988.-№10.-С.9.
76. Мотус, О.Я. Перфорация пищевода / О.Я. Мотус, Б.П. Филенко // Клиническая хирургия.-1976.-№3.-С.10-14.
77. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / под ред. Э.Н. Ванцяна.- М.:Медицина, 1982.-С.13-58. (264с.)
78. Некоторые вопросы этиологии и хирургического лечения бронхо-пищеводных свищей / Н.И. Махов, Ю.А. Муромский, Л.Ф. Зубкова и др. // Грудная хирургия.-1969.-№3.- С.42-48.
79. Неотложная лучевая диагностика механических повреждений: Рук. для врачей / под ред. В.М. Черемисин, Б.И. Ищенко.- СПб.: Гиппократ, 2003.-448с.
80. Неотложная хирургия груди и живота / под ред. Л.Н. Бисенкова, П.Н.Зубарева.- СПб.: Гиппократ, 2006.-С.162-193, 269-279.
81. Новиков, Ф.Г. Хирургическая тактика при повреждениях пищевода, осложненных гнойным медиастинитом и эмпиемой плевры / Ф.Г. Новиков, А.Я. Сирченко, В.А Харитонов // Хирургия.-1983.-№5.-С.103-105.
82. О свищах пищевода / Г.И. Розенфельд, Л.Г. Розенфельд, З.А. Василевская, М.М. Багиров // Врачебное дело.-1971.-№9.-С.36-40.
83. Одонтогенный медиастинит / Е.А. Вагнер, В.М. Субботин, Л.М. Ишимова, А.А. Росновский // Вестник хирургии.-1986.-№9.-С.14-18.

84. Паратонзиллярный абсцесс, осложнившийся медиастинитом / А.М. Хакимов, М.Б. Убайдуллаев, И.Г. Гафуров, Р.С. Смаилов // Журнал ушных, носовых и горловых болезней.-1992.-№1.-С.75-76.
85. Петров, Б.А. Хирургия пищевода / Б.А. Петров // Хирургия.-1967.-№10.-С.9-15.
86. Петров, В.Ю. Операция Торека при перфорации рубцово измененного пищевода / В.Ю. Петров, А.А. Аширов, В.А. Михайлов // Вестник хирургии.-1979.-№2.-С.119.
87. Повреждения пищевода / А.Ф. Греджев, А.П. Паниотов, В.М. Кравец и др. // Клиническая хирургия.-1983.-№10.-С.21-24.
88. Погодина, А.Н. Клиника, диагностика и лечение повреждений пищевода и их последствий: автореф. дисс. ...д-ра мед. наук.- М., 1989.-35с.
89. Погодина, А.Н. Метод герметичного дренирования средостения с аспирацией и промыванием в комплексном лечении гнойного медиастинита: автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- М., 1978.-15с.
90. Погодина, А.Н. Механические проникающие повреждения пищевода / А.Н. Погодина, М.М. Абакумов // Хирургия.-1998.-№ 10.-С.20-24.
91. Подгорбунский, М.А. Проникающие повреждения и перфорации грудного отдела пищевода / М.А. Подгорбунский, Т.И. Шраер.-Кемерово, 1970.-290 с.
92. Попов, Е.Н. Операция Добромыслова-Торека при перфорации рубцово-измененного пищевода / Е.Н. Попов, Г.К. Ширина, М.А. Сапожникова // Хирургия.-1973.-№9.-С.135-138.
93. Попов, Е.Н. Тактика хирурга при травмах пищевода / Е.Н. Попов // Хирургия.-1965.-№9.-С.152-153.
94. Расстригин, Н.Н. Осложнения при поднаркозной эзофагоскопии, их диагностика и лечение / Н.Н. Расстригин, Л.Г. Харитонов, А.В. Богданов // Хирургия.-1964.-№9.-С.78-84.
95. Рей, С.И. Роль экстракорпоральной гемокоррекции в комплексном лечении острого гнойного медиастинита: автореф. дисс....канд. мед. наук.- М., 2008.-30с.
96. Рентгенодиагностика инородных тел пищевода и вызванных ими травматических повреждений: Метод. письмо / Сост. Г.М. Земцов.- М, 1962.-
97. Рентгенодиагностика «невидимых» инородных тел пищевода /С.В. Иванова-Подобед // Советская хирургия. -1932. -1-2. -С.42-43.
98. Рентгенодиагностика пищеводно-респираторных свищей / И.Х. Рабкин, В.М. Араблинский, Ф.В. Фельдман, Д.К. Багиров // Вестник рентгенологии и радиологии.-1968.-№4.-С.7-12.
99. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике медиастинита / М.М. Абакумов, Т.Г. Бармина, А.И. Ишмухаметов // Хирургия-2001-№7-С.9-12
100. Рентгенологическое исследование при перфорациях пищевода / М.К. Щербатенко, А.Ф. Хасилева, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина // Вестник рентгенологии и радиологии.-1983.-№2.-С.5-12.
101. Розанов, Б.С. Тяжелые осложнения при инородных телах и травмах пищевода / Б.С. Розанов // Хирургия.-1940.-№6.-С.67-80.
102. Розенштраух, Л.С. Рентгенодиагностика плевритов / Л.С. Розенштраух, М.Г. Винер.- М.: Медицина, 1968.- 304 с.
103. Роль рентгенологической диагностики в профилактике одонтогенных медиастинитов / М.А. Слепченко, А.В. Лукьяненко, Т.Д. Гордеева, Г.А. Гребнев // Вестник хирургии.-1989.-№10.-С.128-130.
104. Руденко, В.И. К диагностике острого медиастинита / В.И. Руденко // Клиническая хирургия.-1972.-№2.-С.67-68.
105. Русанов, А.А. К вопросу об осложнениях при инородных телах пищевода / А.А. Русанов // Хирургия.-1937.-№11.-С.128-133.
106. Русанов, А.А. Перфорация пищевода при бужировании / А.А. Русанов, Н.И. Русанова // Хирургия.-1976.-№7.-С.42-47.

107. Сапожникова, М.А. Спонтанные разрывы пищевода / М.А. Сапожникова, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина // Архив патологии.-1986.-№2.-С.51-57.
108. Сапожникова, М.А. Спонтанные разрывы пищевода / М.А. Сапожникова, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина // Архив патологии.-1986.-№2.-С.51-57.
109. Сапожникова, М.А. Ятрогенные инструментальные повреждения желудочно-кишечного тракта / М.А. Сапожникова, А.Н. Погодина // Архив патологии.-1988.-№5.-С.24-30.
110. Сардак, В.Г. Спонтанные разрывы пищевода / В.Г. Сардак // Вестник хирургии.-1983.-№11.-С.75-76.
111. Сардак, В.Г. Спонтанный разрыв пищевода / В.Г. Сардак // Вестник хирургии.-1983.-№11.-С.75-76.
112. Сеферовский, Л.Е. Спонтанный разрыв пищевода / Л.Е. Сеферовский, И.Б. Воронежский // Хирургия.-1975.-№6.-С.131-133.
113. Синев, Ю.В. Удаление инородных тел из пищевода желудочно-кишечного тракта при эндофиброскопии / Ю.В. Синев, С.В. Волков // Хирургия.-1985.-№9.-С.61-65.
114. Слесаренко, С.С. Медиастинит / С.С. Слесаренко, В.В. Агапов, В.А. Прелатов.- М.: Медпрактика, 2005.-200 с.
115. Сокур, П.П. Нагноительные заболевания легких при респираторно-пищеводных свищах / П.П. Сокур // Врачебное дело.-1977.-№5.-С.53-56.
116. Спонтанные разрывы и перфорации пищевода / Н.П. Чернобровый, Ф.Ф. Мищенко, Л.М. Решетов и др. // Грудная хирургия.-1981.-№3.-С.76-77.
117. Спонтанный разрыв пищевода у больного раком желудка / Б. Тот, Л. Кишш, И. Ирто, З. Бардоши // Вестник хирургии.-1974.-№7.-С.126-127.
118. Суворова, Т.А. Хирургическое лечение проникающих повреждений грудного отдела пищевода / Т.А. Суворова. // Вестник хирургии.-1956.-№11.-С.119-128.
119. Тошаков, Р.А. Медиастинит и результаты его хирургического лечения / Р.А. Тошаков, И.Н. Нечипоренко, С.В. Путенихин // Здравсохранение Туркменистана.-1992.-№4.-С.41-43.
120. Травматический гнойный медиастинит (клиника, диагностика, лечение): метод. рекомендации / НИИ СП им. Н.В. Склифосовского; сост. М.М. Абакумов, А.Н. Погодина.- М., 1978.-25 с.
121. Травматический гнойный медиастинит (клиника, диагностика, лечение): метод. рекомендации / НИИ СП им. Н.В. Склифосовского; сост. М.М. Абакумов, А.Н. Погодина.- М., 1978.-25 с.
122. Уткин, В.В. Диагностика и лечение приобретенных пищеводно-бронхиальных свищей / В.В. Уткин, Г.А. Амбалов // Хирургия.-1986.-№1.-С.39-42.
123. Хирургическое лечение перфораций пищевода / О.Я. Мотус, К.Н. Сазонов, В.В. Митрофанов, Б.П. Филенко // Ранняя диагностика и новые методы лечения хирургических заболеваний ЖКТ : межвуз. сбор. науч. трудов.- Чебоксары, 1987.-С.14-17.
124. Хирургическое лечение пищеводно-бронхиальных свищей / М.И. Перельман, Э.Н. Ванцян, В.И. Чиссов, Н.С. Королева // Хирургия.-1976.-№4.-С.69-75.
125. Хирургическое пособие при раке пищевода с формированием свищей / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди, Ж.А. Арзыкулов и др. // Анналы хирургии.-1997.-№1.-С.46-53.
126. Чиссов В.И. Свищи пищевода, как причина хронических воспалительных заболеваний легких, плевры / В.И. Чиссов // Сов. Медицина.-1976.-№9.-С.108-112.
127. Чудинов, В.С. Об образовании пищеводно-бронхиального свища при тупой травме грудной клетки / В.С. Чудинов // Грудная хирургия.-1964.-№4.-С.103-104.
128. Швец, Л.И. Новые концепции в лечении медиастинитов у больных после аортокоронарного шунтирования / Л.И. Швец, А.В. Степаненко, Ю.В. Белов // Первый конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова: тезисы докладов, г.Ташкент, 16-18 октября 1996 г.- Ташкент: Шарк, 1996.-С.55.

129. Шипулин, П.П. Изолированный разрыв пищевода при закрытой травме груди / П.П. Шипулин, В.И. Байдан // Хирургия.-1992.-№2.-С.142-143.
130. Шраер, Т.И. К вопросу о причинах перфораций грудного отдела пищевода / Т.И. Шраер // Грудная хирургия.-1965.-№6.-С.86-90.
131. Шраер, Т.И. Тактика хирурга при перфорации грудного отдела пищевода / Т.И. Шраер // Грудная хирургия.-1966.-№5.-С.82-88.
132. Шраер, Т.И. Хирургия перфораций грудного отдела пищевода / Т.И. Шраер // Хирургия.-1965.-№9.-С.152-153.
133. Щербатенко, М.К. Рентгенодиагностика инородных тел пищевода и их осложнений / М.К. Щербатенко, Э.С. Сиваш, Е.Н. Попов // Науч сессия., посвящ. неотложной рентгенодиагностике острых заболеваний и повреждений органов грудной клетки и брюшной полости, г. Москва, 19-20 окт. 1967 г. : тез. и реф. докл.- М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского,1967.-(Труды ин-та, Т.XVI).-С.25-27.
134. Щербатенко, М.К. Рентгенодиагностика перфораций пищевода, вызванных инородными телами или инструментами, и их осложнениях: автореф. дисс. ...мед. наук.- М., 1958.-11с.
135. Щербатенко, М.К. Рентгенологическое исследование больных с гнойным медиастинитом / М.К. Щербатенко, А.Ф. Хасилева, А.Н. Погодина // Гнойное воспаление органов грудной клетки и живота: тезисы докладов научной конференции хирургов, г. Ростов-на-Дону, сентябрь 1988 г.- Ростов-на-Дону: РОДНМИ,1988.-С.80-81.
136. Эфендиев, В.М. Повреждения пищевода / В.М. Эфендиев // Клиническая хирургия.-1982.-№10.-С.61-63.
137. Янгиев, А.Х. Диагностика и лечение спонтанных разрывов пищевода / А.Х. Янгиев // Хирургия.-1986.-№5.-С.38-40.
138. Ярошенко, В.И. Спонтанный разрыв пищевода / В.И. Ярошенко // Вестник хирургии.-1979.-№2.-С.60.
139. A simple management of mediastinitis / I. Pasaoglu, S. Arsan, A. Yorgancioglu et al. // Int. Surg.-1995.-Vol.80.-№3.-P.239-241.
140. Andrade-Alegre R. T-tube intubation in the management of late traumatic esophageal perforation: case report / R. Andrade-Alegre // J. Trauma.-1994.-Vol.37.-№1.-P.131-132.
141. Complications of foreign bodies in the esophagus / K.S. Loh, L.K. Tan, J.D. Smith et al. // Otolaryngol Head Neck Surg.-2000.-Vol.123.-№5.-P.613-616.
142. Computed tomography diagnosis of esophageal bone impaction: a prospective study / R. Eliashar, I. Dano, E. Dangoor et al. // Ann Otol Rhinol Laryngol.-1999.-№108.-P.708-710.
143. Conservative management of penetrating hypopharyngeal wounds / P. Yuguerox; J.M. Sarmiento; A.F. Garcia et al. //J. Trauma.-1996.-Vol.40.-№2.-P.267-269.
144. Current concepts in the management of penetrating neck trauma / C.H. Aheely, K.L. Mattax; G.J. Reul et al. // J. Trauma.-1975.-Vol.15.-№10.-P.895-900.
145. Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience / L. Sancho, H. Minamoto, A.Fernandez et al. //Eur. J. Cardiothorac Surg.-1999.-Vol.16.-№2.-P.200-205.
146. Diagnosis of penetrating cervical esophageal injuries / J. A. Weigelt, E. R. Thal; W.H. Snyder et al. // Am. J. Surg.-1987.-Vol.154.-№12.-P.619-622.
147. Endoscopic removal of sharp foreign bodies impacted in the esophagus / Y.T. Jeen, H.J. Chun, C.W. Song et al. // Endoscopy.-2001.-Vol.33.-№ 6.-P.518-522.
148. Esophageal injuries / C. Ertekin, H.T. Yanar, R. Guloglu et al. //J. Gastrointest Surg.-2000.-Vol.4.-№4.-P.411-415.
149. Esophageal Perforation / E. Arthur, M.D. Flynn, D. Edward et.al. // Arch. Surg.-1989.-Vol.124.-P.1211-1215.
150. Esophageal perforation and postoperative fistulae of the upper digestive tract treated endoscopically with the application of Tissucol / L.R. Rabago, J.L. Castro, D Joya et al. // Gastroenterol Hepatol.-2000.-Vol.23.-№2.-P.82-86.

151. Esophageal perforation. Etiology, diagnosis, therapy / P. Strohm, C. Muller, J. Jonas, R. Bahr // *Chirurg.*-2002.-Vol.73.-№3.-P.217-222.
152. Esophageal perforations. Presentation of 23 cases / A. Rios Zambudio, L.F. Martinez de Haro, M.A. Ortiz Escandell et al. // *Gastroenterol Hepatol.*-2000.-Vol.23.-№8.-P.379-383.
153. Esophageal perforations: a 15 year experience / A. Leon, MD. Goldstein, R. William, MD. Thompson // *American Journal of Surgery.*-1982.-Vol.143.-P.495-503.
154. Evaluation of penetrating injuries of the neck: prospective study of 223 patients / D. Demetriades, D. Theodorou, E. Cornwell et al. // *World J. Surg.*-1997.-Vol.21.-№1.-P.41-47
155. Flexible endoscopy for the diagnosis of esophageal trauma / J.L. Flowers, S.M. Graham, M.A. Ugarte et al. // *J. Trauma.*-1996.-Vol.40.-№2.-P.261-266.
156. Foreign bodies in the esophagus of adults / J. Castellon Ortega., A. Hernandez Diaz, R. Pila Perez et al. // *Acta Otorrinolaringol Esp.*-2000.-Vol.51.-№6.-P.511-514.
157. Foreign bodies of the gastrointestinal / R.R. Bloom, P.H. Nakano, S.W. Gray, J.E. Skandalakis // *Amer. Surg.*-1986.-Vol.52.-№11.-P.766-770.
158. High-pressure air-blast injury of the esophagus / A. Papp, L. Cseke, M.F. Tamas et al. // *Magy Seb.*-2002.-Vol.55.-№2.-P.97-99.
159. Hueting, W.E. Surgical treatment of distal esophageal perforation not due to a malignancy: results in 11 patients, University Medical Center Utrecht, 1994-1998 / W.E. Hueting, C.J. van Laarhoven, H.G. Gooszen // *Ned Tijdschr Geneesk.*-2000.-№24.-P.1276-1279.
160. Iatrogenic oesophageal perforations: A clinical review / D.R. Laurence, R.E. Moxon, S.W. Fountain et al. // *Ann Roy Coll. Surg. Engl.*-1998.-Vol.80.-№2.-P.115-118.
161. Iatrogenic Perforations of the Esophagus / Y. Wolloch, M. Zer, M. Dintsman, P. Tiqva // *Arch. Surg.*-1974.-Vol.108.-P.357-360.
162. Krabatsch, T. Contrast media radiography in patients with retrosternal irrigation drainage for severe sternal wound infection / T. Krabatsch, R. Hetzer // *Ann Thorac. Cardiovasc Surg.*-1999.-Vol.5.-№3.-P.164-167.
163. Law-Koune, J.D. A new case of perforation of the esophagus during intraoperative transesophageal echocardiography / J.D. Law-Koune, M. Fischler // *Ann. Fr. Anesth Reanim.*-2002.-Vol.21.-№4.-P.310-314.
164. Lecharny, J.B. Oesophagotracheal perforation after intraoperative transoesophageal echocardiography in cardiac surgery / J.B. Lecharny, I. Philip, J.P. Depoix // *Br. J. Anaesth.*-2002.-Vol.88.-№4.-P.592-594.
165. Management of esophageal perforation after pneumatic dilation for achalasia / D.R. Hunt, V.L. Wills, B. Weis et al. // *Ulus Travma Derg.*-2001.-Vol.7.-№1.-P.22-7.
166. Mediastinitis: diagnostic, facteurs de risque et traitement / V. Maniatis, M. Medot, J. Fissette, R. Limet // *Ann. Chir.*-1993.-Vol.47.-№8.-P.752-765.
167. Mediastinitis and long-term survival after coronary artery bypass graft surgery / J.H. Braxton, C.A. Marrin, P.D. McGrath et al. // *Ann. Thorac. Surg.*-2000.-Vol.70.-№6.-P.2004-7.
168. Nakashabendi, I.M. Chest pain: overlooked manifestation of unsuspected esophageal foreign body / I.M. Nakashabendi, M.E. Maldonado, P.G. Brady // *South Med. J.*-2001.-Vol.94.-№3.-P.333-335.
169. New approach to surgical management of early esophageal thoracic perforation: primary suture repair reinforced with absorbable mesh and fibrin glue / E. Bardaxoglou, D. Manganas, B. Meunier et al. // *World J. Surg.*-1997.-Vol.21.-№6.-P.618-621.
170. Penetrating esophageal injuries time interval of safety for preoperative evaluation – how long is safe? / J.A. Asensio, J. Berne, D. Demetriades et al. // *J. Trauma.*-1997.-Vol.43.-№2.-P.319-324.
171. Penetrating esophageal injuries: multicenter study of the American Association for the Surgery of Trauma / J.A. Asensio, S. Chahwan, W. Forno et al. // *J Trauma.*-2001.-Vol.50.-№2.-P.289-296

172. Perforation of the alimentary tract: evaluation with computed tomography / V. Maniatis, H. Chryssikopoulos, A. Roussakis et al. // Abdom. Imaging.-2000.-Vol.25.-№4.-P.373-379.
173. Pharyngoesophageal foreign bodies / M.T. Lahoz Zamarro, J. Martinez Subias, M. Laguia Perez et al. // Acta Otorrinolaringol Esp.-2000.-Vol.51.-№4.-P.335-339.
174. Randjelovic, T. Mediastinitis—diagnosis and therapy / T. Randjelovic, D. Stamenkovic // Acta Chir. Iugosl.-2001.-Vol.48.-№3.-P.55-59.
175. Reeder, L.B. Current results of therapy for esophageal perforation / L.B. Reeder, V.J. De Filippi, M.K. Ferguson // Amer. J. Surg.-1995.-Vol.169.-№6.-P.615-617.
176. Richardson, J.D. Management of esophageal perforations: the value of aggressive surgical treatment // Amer J. Surg.-2005.-Vol.190.-№2.-P.161-165.
177. Robicsek, F. Postoperative sterno-mediastinitis / F. Robicsek // Am Surg.-2000.-Vol.66.-№2.-P.184-192.
178. Salo, J.A. Special considerations of oesophageal surgery strategies of treatment for oesophageal perforations / J.A. Salo, A.T. Nemlander, O.J. Ramo // Annales Chirurgiae et Gynaecologiae.-1995.-Vol.84.-№3.-P.222-224.
179. Sokolov, V.V. Reconstructive surgery for combined tracheo-esophageal injuries and their sequelae / V.V. Sokolov, M.M. Bagirov // Eur. J. Cardiothorac Surg.-2001.-Vol.20.-№5.-P.1025-1029.
180. Successful nonoperative management of delayed spontaneous esophageal perforation in patients with human immunodeficiency virus / D.L. Serna, T.T. Vovan, J.H. Roum, M. Brenner // Crit. Care Med.-2000.-Vol.28.-№7.-P.2634-2637.
181. Successful treatment of mediastinal gas gangrene due to esophageal perforation / J.A. Salo, J.K. Savola, V.J. Toikkanen et al. // Ann. Thorac. Surg.-2000.-Vol.70.-№6.-P.2143-5.
182. Tension pneumothorax during removal of a foreign body from the esophagus / M. Mato Ponce, M. Munoz Alcantara, A. Perez Perez et al. // Rev. Esp. Anesthesiol Reanim.-2001.-Vol.48.-№3.-P.151-4.
183. Tersip, T. Complications of endoscopic extraction of foreign bodies and their treatment / T. Tersip, J. Simonek, P. Pafko // Rozhl Chir.-2002.-Vol.81.-№5.-P.262-264.
184. Tracheoesophageal fistula after blunt chest trauma: successful diagnosis by computed tomography / Y. Sakamoto, Y. Seki, N. Tanaka et al. // Thorac Cardiovasc Surg.-2000.-Vol.48.-№2.-P.102-103.
185. Traumatic esophageal perforation clinical-therapeutical consideration about 6 cases / M. Arciadiaco, U. Pandolfi, L. Livraghi et al. // Eur. J. Emerg. Surg. Intensive Care.-1997.-Vol.20.-№3.-P.148-152.
186. Traumatic rupture of the esophagus caused by foreign body. Surgical treatment and results / A. Carditello, B. Mondello, V. Mule et al. // J. Chir.-2001.-Vol.22.-№8-9.-P.291-294.
187. Treatment of endoscopic esophageal perforation / F. Fernandez, A. Richter, S. Freudenberg et al. // Surg Endosc.-1999.-Vol.13.-№10.-P.962-966.
188. Verkkala, K. Mediastinal infection following open-heart surgery. Treatment with retrosternal irrigation / K. Verkkala, A. Jarvinen // J. Thorac. Cardiovasc. surg.-1986.-Vol.20.-№3.-P.203-208.
189. White, Ch.S. Esophageal perforation: CT findings / Ch.S. White, P.A. Templeton, S. Attar // Amer. J. Roentgenol.-1993.-Vol.160.-№4.-P.767-770.

[Перейти в оглавление статьи >>>](#)

