



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

1 (87) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (87)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026 январь

УДК 616.329-001.17-053.2-089.819

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАНЕЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДКА

Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д.

ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.академика В.Вахидова». Узбекистан, 100115, Ташкент, Чиланзарский р-н, ул. Кичик халка йули, 10. Тел: +998971 2772605 Email: surgery@rscs.uz

✓ **Резюме**

По нашим данным при изолированных постожоговых рубцовых стриктурах пищевода, в раннем постожоговом периоде не рекомендуется прибегать к резекционным вмешательствам при рубцовых стенозах желудка для коррекции эвакуации. Это обусловлено тем, что в раннем периоде рубцовая стриктура еще полностью не сформировалась, а также еще сохраняется отек слизистых оболочек который сам по себе может быть причиной непроходимости выходного отдела желудка. Выполнение резекционных вмешательств в раннем постожоговом периоде чревато формированием рубцовой стриктуры анастомоза, в следствие незавершенного рубцового процесса. В этой связи, у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами с преобладанием клиники непроходимости желудка, в раннем постожоговом периоде рекомендуем ограничиться дренирующими желудок операциями.

Ключевые слова: тактика хирургического лечения в раннем постожоговом периоде, больные с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки пищевода и желудка, клиники непроходимости желудка.

SURGICAL TREATMENT TACTICS IN THE EARLY POST-BURN PERIOD IN PATIENTS WITH COMBINED CICITAL STRICTURES OF THE PHARYNX, ESOPHAGUS, AND STOMACH WITH PREAVAILABLE GASTRIC OBSTRUCTION

Nizamkhodjaev Z.M., Ligay R.E., Khadzhibaev Zh.A., Omonov R.R., Tsoi A.O., Abdukarimov A.D., Avalbaev Zh.M., Madрахimov Sh.N., Iskandarov S.D.

State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V.Vakhidov". Uzbekistan, 100115, Tashkent, Chilanzar district, st. Kichik Khalka Yuli, 10. Tel: +998971 2772605 Email: surgery@rscs.uz

✓ **Resume**

According to our data, in the early post-burn period, resections for cicatricial stenosis of the stomach to correct evacuation are not recommended for isolated post-burn esophageal strictures. This is because the cicatricial stricture has not yet fully formed, and mucosal edema persists, which can itself cause gastric outlet obstruction. Performing resections in the early post-burn period risks the formation of a cicatricial stricture of the anastomosis due to incomplete cicatricial healing. Therefore, in patients with combined cicatricial strictures with predominantly gastric obstruction symptoms, we recommend limiting the procedure to gastric drainage procedures in the early post-burn period.

Key words: tactics of surgical treatment in the early post-burn period, patients with combined cicatricial strictures of the pharynx, esophagus and stomach, clinical manifestations of gastric obstruction.

KUYGANDAN KEYINGI ERTA DAVRDA TOMOQ, QIZILO'NGACH VA OSHQINNING YALPI STRIKTURALARI BILAN BOG'LIQ OSHQOZON CHANDIQ STENOZI BO'LGAN BEMORLARDA JARROHLIK DAVOLASH TAKTIKALARI

Nizamxo'jaev Z.M., Ligay R.E., Xadjibaev J.A., Omonov R.R., Tsoi A.O., Abdukarimov A.D.,
Avalbaev J.M., Madraximov Sh.N., Iskandarov S.D.

"Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan jarrohlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" davlat muassasasi. O'zbekiston, 100115, Toshkent, Chilonzor tumani, ko'cha. Kichik Xalqa Yo'li, 10. Tel: +998971 2772605 Elektron pochta: surgery@rscs.uz

✓ Rezyume

Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, kuyishdan keyingi dastlabki davrda, kuyishdan keyingi qizilo'ngachning alohida strikturalari uchun oshqozonning chandiq stenozi uchun rezektsiya qilish tavsiya etilmaydi. Buning sababi, chandiq strikturasi hali to'liq shakllanmagan va shilliq qavat shishi saqlanib qoladi, bu esa oshqozon chiqishining obstruksiyasiga olib kelishi mumkin. Kuyishdan keyingi dastlabki davrda rezektsiya qilish, chandiqning to'liq bitmasligi tufayli anastomozning chandiq strikturasi paydo bo'lishi xavfini tug'diradi. Shuning uchun, asosan oshqozon obstruksiyasi belgilari bo'lgan qo'shma chandiq strikturalari bo'lgan bemorlarda, kuyishdan keyingi dastlabki davrda protsedurani oshqozon drenajlash protseduralari bilan cheklashni tavsiya qilamiz.

Kalit so'zlar: kuyishdan keyingi dastlabki davrda jarrohlik davolash taktikasi, farenks, qizilo'ngach va oshqozonning qo'shma chandiq strikturalari bo'lgan bemorlar, oshqozon obstruksiyasining klinik ko'rinishlari.

Актуальность

Поражения глотки мене выражены, чем пищевода и желудка, так как в глотке агрессивное вещество долго не задерживается, при этом наиболее часто при ожоге поражаются небные дужки, язычок, мягкое небо, язычная поверхность надгортанника, а также элементы наружного кольца гортани и область перехода глотки в пищевод, максимальное поражение приходится на пищевод и желудок, хирургическое восстановление которых и в настоящее время занимает умы исследователей [1,2,3].

До сих пор отсутствует единая тактика хирургического лечения больных с сочетанными поражениями и выбора метода хирургической коррекции желудка: еюностомия, гастрэктомия, резекция, обходные анастомозы, дренирующие операции, пилоропластика, выполнение которых зависит от времени с момента ожога, от степени сужения и локализации стриктуры желудка [3,5]. Сохраняются нерешенными вопросы оптимальных сроков реконструктивных вмешательств на глотке и пищеводе, после восстановления проходимости желудка, а также не изучены результаты одномоментных вмешательств на глотке, пищеводе и желудке.

Повышение эффективности лечения больных с СПРСПиЖ с является одним из актуальных направлений хирургии ввиду высокой медико-социальной значимости данной патологии.

Цель исследования: улучшить результаты лечения в раннем постожоговом периоде у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости желудка.

Материал и методы

Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСПиЖ, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1 – мужчин было 155(38,9%), женщин – 243(62,1%), средний возраст составил – 34,4±0,66 год.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (лет)

Пол	до 19	19-44	45-59	60-74	75 и >	Всего
Мужчины	12	101	31	11	-	155(38,9%)
Женщины	28	142	47	23	3	243(61,1%)
Всего	40(10,1%)	243(61,1%)	78(19,6%)	34(8,5%)	3(0,7%)	398(100%)

Возраст пациентов колебался от 4 до 85 лет, при этом большинство составили больные молодого – 243(61,1%) и зрелого возраста – 78(19,6%). Таким образом, 321(80,6%) больных составили люди наиболее трудоспособного возраста от 19 до 59 лет, что подчеркивает высокую социальную значимость изучаемой патологии пищевода. Необходимо отметить относительно малое количество пациентов детского возраста до 14 лет, составивших 3,2% (22 больных), которые получают ожог случайно, а также вследствие неосторожности родителей, из них 5 больных поступили в возрасте до 5 лет.

Как показал анализ анамнестических данных 398 пациентов с сочетанными ПРСП, характер принятых внутрь был следующим: наибольшее число, составили больные принявшие внутрь уксусную эссенцию – 265(66,6%) больных, на втором месте, причиной ожога являлся прием различных щелочей – 72(18,1%) больных, 34 больных, что составило 8,6%, не смогли точно указать характер принятого химического реагента, прием серной кислоты являлась причиной ожога у 22(5,5%) больных и 5(1,2%) больных приняли внутрь соляную кислоту.

После обследования 398 больных, нами было установлено, что рубцовая стриктура пищевода сочеталась со стриктурой глотки у 16,3% больных, желудка у 62%, а также глотки и желудка у 21,6% больных. В таблице 2 представлено распределение больных по локализации рубцового процесса и его сочетанному поражению глотки и желудка.

Таблица 2

Локализация рубцовых стриктур пищевода

Сочетанная рубцовая стриктура	Пищевод
Глотка	65(16,3%)
Желудок	247(62%)
Глотка+желудок	86(21,6%)
Всего	398(100%)

Как следует из таблицы 2, наиболее часто встречалось сочетанное рубцовая стриктура пищевода и желудка и диагностирована у 247(62%) пациентов. На втором месте по частоте встречаемости, наблюдалась сочетанная рубцовая стриктура глотки и желудка и диагностирована у 86(21,6%) больных, сочетанная стриктура глотки и пищевода наблюдалось у 65(16,3%) больных.

Как известно, формирование рубцовой стриктуры наступает в сроки до 6 месяцев с момента ожога. Срок обращения пациента за медицинской помощью с момента ожога имеет важное значение. Хирургическая тактика в раннем постожоговом периоде, т.е. в сроки до 6 месяцев и в позднем постожоговом периоде после 6 месяцев кардинально отличается. В связи с этим, пациенты были разделены в зависимости от сроков поступления. Распределение больных по времени поступления в стационар с момента ожога, было следующим: в раннем постожоговом периоде до 6 месяцев обратились 171 больных, что составило 43%. В позднем постожоговом периоде, в сроки от 6 месяцев и более, обратились 227(57%) больных.

Клиническая картина при сочетанных рубцовых стриктурах глотки и желудка, имеет существенные различия по сравнению с изолированным рубцовым поражением пищевода, так как имеется несколько уровней рубцового стеноза и зависит от степени выраженности рубцового процесса. В некоторых случаях, рубцовая стриктура может быть эвакуаторно не значимой, т.е. могут быть рубцовые изменения, но не препятствующие прохождению пищевого комка. В связи с этим, при сочетанной рубцовой стриктуре глотки, пищевода и желудка, мы выделяем четыре группы:

1. Сочетанная стриктура пищевода с преобладанием клиники непроходимости глотки;
2. Сочетанная стриктура пищевода с преобладанием клиники непроходимости пищевода;
3. Сочетанная стриктура пищевода с преобладанием клиники непроходимости желудка;
4. Сочетанная стриктура с равнозначной клиникой непроходимости пищевода и желудка.

В нашем исследовании, из 398 больных с сочетанными стриктурами, группу больных с преобладанием клиники непроходимости желудка составили 79(19,8%) пациентов. В нее вошли 43 больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка и 36 больных с сочетанными стриктурами глотки, пищевода и желудка. Как показал анализ жалоб и данные обследований, рубцовые изменения со стороны глотки и пищевода не были клинически выражены у 24(30,4%) больных или отмечалась дисфагия только I степени у 55(69,6%) больных.

В раннем постожоговом периоде обратилось 42(53,2%) пациента, а в позднем 37(46,8%) больных. У больных с I степенью дисфагии, обратившихся в раннем постожоговом периоде, локализация рубцовых стриктур преобладала в верхней трети грудного отдела пищевода – 9 больных, в глотке и шейном отделе у 7 больных и в средней и нижней трети грудного отдела пищевода у 5 больных, другие локализации встречались меньше.

Распределение больных в раннем постожоговом периоде в зависимости от локализацией рубцовых стриктур в глотке и пищеводе и степенью непроходимости пищевода, представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Локализация ПРСП и характер дисфагии при сочетанных сужениях

Локализация сужения пищевода	Ранний ожог	
	нет дисфагии	I степень
Глотка + шейный отдел	-	7
Глотка + грудной отдел	-	-
Верхняя треть	5	9
Средняя треть	3	4
Средняя и нижняя треть	2	5
Нижняя треть	4	3
Всего	14(33,3%)	28(66,7%)
	42(100%)	

Из 42 больных, поступивших в раннем постожоговом периоде, жалобы на дисфагию предъявляли 28(66,7%) больных, но при этом больные отмечали эпизодическое затруднение прохождения только твердой пищи. У 14(33,3%) больных при инструментально подтвержденной стриктуре глотки или пищевода, при опросе, жалоб на дисфагию не было.

Локализация рубцового процесса в желудке представлена в таблице 4.

Таблица 4.

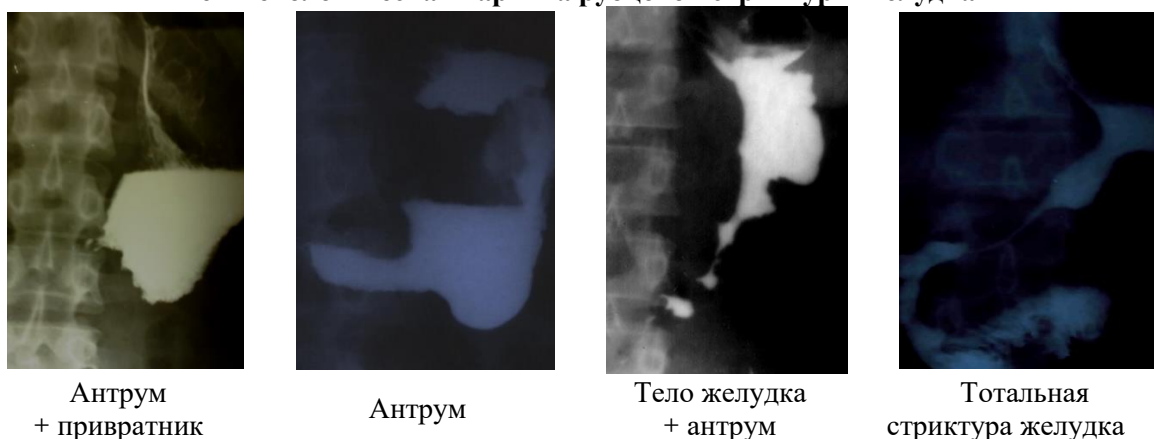
Локализация и характер ожога желудка при сочетанных ПРСПиЖ

Локализация сужения желудка	Характер ожога желудка
Привратник+анtrum	16
Анtrum	14
Тело+анtrum	10
Тотальное	2
Всего	42

В раннем постожоговом периоде рубцовая стриктура в привратнике и антруме наблюдалась у 16 больных, в антруме у 14 больных, в теле и антруме у 10 больных и тотальная стриктура желудка была диагностирована у 2 больных (рис.1).

Рисунок 1.

Рентгенологическая картина рубцовой стриктуры желудка



В раннем постожоговом периоде, клиника стеноза желудка обусловлена выраженным отеком слизистой в области выходного отдела желудка, которая может нивелироваться по ходу снижения воспалительной реакции и уменьшения отека. Компенсированный стеноз (С-I) наблюдался у 5 больных, субкомпенсированный (С-II) у 11 больных и декомпенсированный стеноз (С-III) наблюдался у 26 больных.

Результат и обсуждение

Как и в случае с пищеводом, в раннем постожоговом периоде, от резекционных вмешательств нами решено воздержаться. Характер выполненных операций в раннем постожоговом периоде представлено в таблице 5.

Таблица 5.

Результаты бужирования пищевода

Вид операции	Количество
ГДА по Джабулею	11(26,2%)
Обходной ГЭА с ЭЭА по Брауну	31(73,8%)
Итого:	42(100%)

Для восстановления нормальной эвакуации из желудка, у 26,2% был наложен гастродуоденоанастомоз по Джабулею и у 73,8% наложен обходной гастроэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом по Брауну (рис. 1).

Рисунок 1

Схема наложения обходных анастомозов.

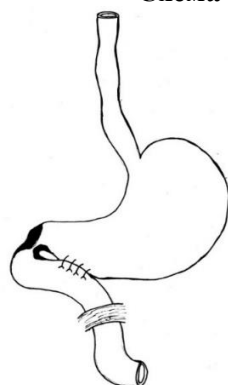


Схема ГДА по Джабулею

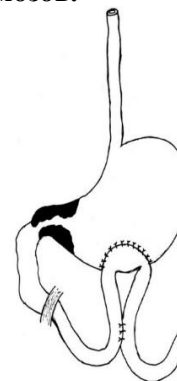


Схема обходного ГЭА с ЭЭА

После выполненных операций, ни в одном случае осложнений не наблюдалось.

Заключение

Как и при изолированных постожоговых рубцовых стриктурах пищевода, в раннем постожоговом периоде не рекомендуется прибегать к резекционным вмешательствам при рубцовых стенозах желудка для коррекции эвакуации. Это обусловлено тем, что в раннем периоде рубцовая стриктура еще полностью не сформировалась, а также еще сохраняется отек слизистых оболочек, который сам по себе может быть причиной непроходимости выходного отдела желудка. Выполнение резекционных вмешательств в раннем постожоговом периоде чревато формированием рубцовой стриктуры анастомоза, в следствие незавершенного рубцового процесса. В этой связи, у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами с преобладанием клиники непроходимости желудка, в раннем постожоговом периоде рекомендуем ограничиться дренирующими желудок операциями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Батаев Х.М., Разумовский А.Ю., Харламов С.Ю. Лечение химических ожогов и рубцовых стенозов глотки у детей // *Анналы хирургии*. 1997;3:20-25.
2. Зубарев П.Н., Трофимов В.М. Хирургические болезни пищевода и кардии. Руководство для врачей. СПб: СпецЛит; 2018; 303 стр.
3. Кожевников М.А., Скворцов М.Б., Белобородов В.А. Оценка качества жизни больных после реконструктивных операций при рубцовых сужениях пищевода. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2020;4:18-23,
4. Лохматов М.М., Алхасов А.Б., Ратников С.А., Олдаковский В.И. и др. Диагностика и лечение доброкачественных стенозов пищевода у детей - Учебное пособие. - Москва: Деловая полиграфия, 2023; 64 стр.
5. Луняка А.Н., Тараканов В.А., Старченко В.М., Надгериев В.М. Комплексное лечение химических ожогов пищевода у детей // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017;7:54-57.
6. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. М.: Медицина; 2020; 352 стр.
7. Янгиев А.Х. Восстановительные операции при ожоговых поражениях пищевода и желудка, пути улучшения результатов лечения: автореф. ... докт.мед. наук.- Москва, 1989; 27 стр.
8. AbouZeid AA, Zaki AM, Radwan AB, Allam AM. Colonic replacement of the esophagus: towards standardization of the technique. // *J Pediatr Surg*. 2020;55(6):1145-1151.
9. Bisquera OC Jr, Perez AR, Espiritu NT, Guillermo MKB, Perez MEC. Long term outcome of a subcutaneous colonic interposition after pharyngo-laryngectomy for strictures of the larynx and hypopharynx resulting from caustic ingestion: A case report. // *Int J Surg Case Rep*. 2022;95:1721-1725.
10. Chirica, M., Bonavina L., Kelly M.D., Sarfati E., Cattani P. Caustic ingestion // *The Lancet*. 2017;389(10083):2041-2052.
11. Danardono E. Case Report: Post esophagectomy esophageal reconstruction in esophageal injury due to caustic materials. // *Folia Medica Indonesiana* 2017;53(4):287-292.
12. Dall'Oglio L. et al. Endoscopic management of esophageal stenosis: New and traditional treatments // *World journal of gastrointestinal endoscopy*. 2016;8(4):212-219.
13. Frazzoni L, La Marca M, Montale A, Fuccio L. Management of benign esophageal strictures: a literature review // *Recenti Prog Med*. 2018;109(1):46-49.
14. Kim HJ., Jung S.O. Comparative evaluations of single-item pain-intensity measures in cancer patients: Numeric rating scale vs. verbal rating scale // *J. Clin. Nurs*. 2020;29(15-16):2945-2952.
15. Sasaki K, Tsuruda Y, Shimonosono M, Noda M. et al. Comparison of the subtotal and narrow gastric conduit for cervical esophagogastrostomy after esophagectomy in esophageal cancer patients: a propensity score-matched analysis. // *Esophagus*. 2024;21(1):41-50.

Поступила 20.12.2025