

**Н.Х. МУСАБАЕВ, Е.М. ИМАНТАЕВ, М.М. АЛТАЙ, А.Е. ЭДІЛОВА,  
Т.К. КУРМАНБЕКОВ, А.Б. МУСЛИМОВА, Ғ.А. НАУРЫЗБАЙ, А.Қ. НУСПАҚЫНОВ**  
Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,  
кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии

### СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

*Рубцовые стриктуры пищевода образуются у 70-80% больных, перенесших его химический ожог (Ванцян Э. Н., Тошаков Р. А., 1971; Черноусов А.Ф., 1999). Среди методов лечения рубцовых стриктур пищевода наиболее распространенными являются различные способы дилатации и бужирования (Бакиров А.А., 2001; Мирошников Б.М., Федотов Л.Е., Павелец К.В., 1995; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Stiff G. et al., 1996). Эффективность бужирования, по сведениям этих авторов (Katzka D.A., 2001; Годжелло Э.А., 1998; Jackson C, Jackson C.W., 1943) составляет 70-96%. Другие авторы приводят данные о 26-57% эффективного бужирования (Авилова О.М., Багиров М.М., 1983; Кролевец П.П. с соавт., 1983; Петровский Б.В. с соавт., 1985; Черноусов А.Ф. с соавт., 1986). При неэффективности бужирования рубцовой стриктуры пищевода показана пластика пищевода. Объем эзофагопластики определяется протяженностью рубцового поражения пищевода. Так, у лиц с распространенными стриктурами выполняется тотальная пластика пищевода. При необходимости накладывается гастростома. При сужении нижнего отдела пищевода и кардии (сегментарная стриктура) производится частичная пластика пищевода – резекция пораженного участка с замещением его трансплантатом. Допустимо формирование обходного пищеводно-желудочного анастомоза. Целью исследования является рассмотрение наиболее эффективных методов консервативного и оперативного лечения рубцовых стриктур пищевода.*

**Ключевые слова:** бужирование, гастростома, пластика пищевода.

**Актуальность.** Дальнейшее совершенствование диагностики, тактики консервативного и оперативного лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода является важной и актуальной проблемой современной хирургии. Этой проблеме посвящено огромное количество научных трудов и исследований отечественных и зарубежных авторов. Наиболее частой патологией пищевода являются рубцовые стриктуры (Stiff G. et al., 1996; Blesa E et al., 2001). Рубцовые стриктуры пищевода образуются у 70-80% больных, перенесших его химический ожог (Ванцян Э. Н., Тошаков Р. А., 1971; Черноусов А.Ф., 1999). Наиболее часто они локализуются в местах физиологических сужений пищевода. Среди методов лечения рубцовых стриктур пищевода наиболее распространенными являются различные способы дилатации и бужирования (Бакиров А.А., 2001; Мирошников Б.М., Федотов Л.Е., Павелец К.В., 1995; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Stiff G. et al., 1996). Однако до настоящего времени нет четких прогностических критериев выбора метода бужирования рубцовых стриктур в качестве основного вида лечения. Так же противоречивы мнения исследователей и в выборе оптимальных сроков начала бужирования послеожоговых стриктур. Некоторые авторы (Katzka D.A., 2001; Годжелло Э.А., 1998; Jackson C, Jackson C.W., 1943) считают, что блокирование можно выполнять при стриктурах пищевода практически любой выраженности и протяженности. Эффективность бужирования, по сведениям этих авторов составляет 70-96% (Алиев М.А. с соавт., 1983; А. Х. Янгиев, 1985; Гришин И.Н. с соавт., 1987; Сотников В.Н. с соавт., 1997; Годжелло Э.А., 1998; Мяукина Л.М., Филин А.В., 2003; Postlethwait R.W., 1979; Stoddard C.J., Simms J.M., 1984). Другие авторы приводят данные о 26-57% эффективного бужирования (Авилова О.М., Багиров М.М., 1983; Кролевец П.П. с соавт., 1983; Петровский Б.В. с соавт., 1985; Черноусов А.Ф. с соавт., 1986). Блокирование пищевода как метод выбора также широко используют при лечении пептических стриктур (Калинин А.В., 1998; Saeed Z.A., Graham D.Y., 1994; Barkun A.N., Mayrand S., 1997; Jaspersen D. et al., 1998) с последующим (при сохранении объективных признаков гастроэзофагеального рефлюкса) выполнением антирефлюксных операций. Подобный подход позволяет в большинстве случаев избежать высокотравматичной операции резекции пищевода. Именно резекция, а не экстирпация пищевода признается большинством зарубежных авторов обоснованной при локальных пептических стриктурах в случае неэффективности методов дилатации или при подозрении на малигнизацию или развитие пищевода Барретта (Kogonkov M. et al., 2002). Методики пластики пищевода достаточно хорошо разработаны и среди исследователей дискутируются главным образом вопросы выбора трансплантата для эзофагопластики и хирургического доступа. Многие авторы предпочитают внеплевральную эзофагопластику (Павлюк А.Д. с соавт., 1994; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Бакиров А.А., 2001). Это обусловлено стремлением избежать развития гнойных процессов в средостении и плевральной полости при возникновении несостоятельности пищеводного анастомоза. Обширные исследования последних лет показали преимущества трансплевральных доступов (Давыдов М.И., 1996, 1998; Стилиди И.С., 2002; Мирошников Б. И. с соавт., 1995; Benchimol D., Karimjee-Soilhi B., 2002; Young M.M. et al., 2000). Частота осложнений, вызванных несостоятельностью шейных анастомозов, по различным данным колеблется от 6% (Svanes K., 1995) до 40% (Khan A.R., 1998), и в среднем составляет 15-20% (Postlethwait R.W., 1984; Isolauri J., 1987; Orringer M.V. et al., 1993; Черноусов А.Ф. с соавт., 1999). Это осложнение считается менее опасным при внеплевральном расположении анастомоза. Однако, по данным Giulì R. с соавторами (1984) формирование анастомоза на шее не снижает вероятность инфицирования средостения или плевральной полости при его несостоятельности. Современные данные о частоте несостоятельности внутриплевральных анастомозов - 2-3% (Давыдов М.И., 1998; Стилиди И.С., 2002; Young M.M. et al., 2000) диктуют целесообразность отказа от формирования пищеводных анастомозов на шее. При выборе органа для эзофагопластики большинство хирургов предпочитает желудок (Давыдов М.И., 1988, 1999; Джафаров Ч.М. с соавт., 1991; Зубарев П.Н. с соавт., 1991; Корякин А.А. с соавт., 1995; Котляров Е.Б. с соавт., 1996; Мирошников Б.И. с соавт., 1995; Бакиров А.А., 2001). Следует также отметить, что многие хирурги, ранее старавшиеся использовать для эзофагопластики толстую кишку, признают большую целесообразность эзофагогастропластики (Мумладзе Р.Б., Бакиров А.А., 2000).

Сочетанное рубцовое поражение пищевода и желудка, возникшее в результате химического ожога, представляет немалые сложности для специалистов, занимающихся этой проблемой. Причем, частота развития подобного поражения пищеварительного тракта достигает 42% в общей массе больных с ожогами пищевода (Мумладзе Р.Б., 1989; Алексеев В.С. с соавт., 1990; Алиев М.А. с соавт., 1992; Павлюк А.Д. с соавт., 1994; Жерлов Г.К., 1995; Мирошников Б.М. с соавт., 1995; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Бакиров А.А., 2001; Шипулин П.П. с соавт., 2001; Vroog S.L. et al., 1989; Stiff G. et al., 1996). Сложность тактики лечения этих больных в немалой степени обусловлена трудностью выбора трансплантата. Повреждение желудка является весомым аргументом в пользу выбора кишечного трансплантата. Однако многие хирурги в подобных ситуациях успешно применяют эзофагогастропластику (Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Бакиров А.А., 2001). Изучение целесообразности эзофагогастропластики при сочетанном рубцовом поражении пищевода и антрального отдела желудка представляется чрезвычайно актуальным. Некоторые авторы (Мяукина Л.М., 1999; Пинчук Т.Н. с соавт., 2003) отмечают негативную роль вторичного гастроэзофагеального рефлюкса в развитии хронического эзофагита и рецидивов дисфагии у больных с послеожоговыми стриктурами пищевода. Однако вопрос объективной диагностики гастроэзофагеального рефлюкса у этих больных с целью обоснования метода антисекреторной терапии до сих пор не стал объектом серьезных исследований. Нами обнаружено всего одно сообщение Blesa E. с соавторами (2001) о результатах суточного рН-мониторирования 10 больных с послеожоговыми стриктурами (в 50% выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс).

Поздние рецидивы дисфагии и малигнизация рубцовых стриктур, как одна из наиболее частых ее причин, изучаются давно. Первый случай развития рака на фоне рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода описан Teleky L. в 1904. В последующие годы исследователи уделяли пристальное внимание этому важному вопросу (Автандилов Г.Г. с соавт., 1985; Колычева Н.И., 1970; Оскретков В.И., Трот В.Ф., 1986; Рогачева В.С. с соавт., 1971; Сапожникова М.А., 1974; Столяров В.И. с соавт., 1976; Сытник А.П., 1988; Черноусов А.Ф. с соавт., 1998; Bigelow N.H., 1953; Davids P.H. с соавт., 2001; Kim Y.T. et al., 2001; Kiviranta U.K., 1953; Nakayama R. et al., 1976; Pera A.M. et al., 1993). Однако механизмы малигнизации при рубцовых стриктурах пищевода до конца не изучены.

Таким образом, дальнейшее совершенствование диагностики, тактики консервативного и оперативного лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода является важной и актуальной проблемой. Вопросом, требующим своего решения, остается лечение сочетанных послеожоговых стриктур пищевода. Кроме этого большой интерес и важность представляет изучения причин рецидива дисфагии и механизмов малигнизации стриктур пищевода.

Рубцовые стриктуры пищевода образуются у 70-80% больных, перенесших его химический ожог. Наиболее часто они локализируются в местах физиологических сужений пищевода.

**Целью исследования** является рассмотрение наиболее эффективных методов консервативного и оперативного лечения рубцовых стриктур пищевода.

**Классификация.** Рубцовые стриктуры пищевода могут быть одиночными и множественными, полными (проходимость пищевода отсутствует) и неполными (сохраняется некоторый просвет пищевода), высокими (глоточные, 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.

**Клиника.** Ведущим симптомом рубцовой стриктуры является дисфагия, которая появляется на 3-4 неделе после химического ожога. Вначале она слабо выражена, но с течением времени становится мучительной. Иногда дисфагия сопровождается чувством тяжести, болью за грудиной. При выраженной длительно протекающей рубцовой стриктуре пища застаивается в пищеводе, приводя к его супрастенотическому расширению, и подвергается там разложению. Это усугубляет течение эзофагита, способствует развитию периззофагита, приводит к появлению изжоги, отрыжки, гиперсаливации. Периодически возникает регургитация. Из-за ограничения приема пищи больные значительно теряют в массе.

Течение рубцовой стриктуры нередко осложняется внезапной обтурацией пищевода пищевым комком, частыми хроническими заболеваниями легких и плевры, укорочением пищевода с формированием скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулов пищевода, пищеводно-респираторных пищеводно-свищей, перфорацией пищевода во время еды или эзофагоскопии, малигнизацией.

**Диагностика.** Наличие рубцовой стриктуры подтверждается во время рентгеноконтрастного исследования пищевода и эзофагоскопии. К рентгенологическим признакам сужения пищевода относятся:

- 1) сужение просвета пищевода тубулярной формы с отсутствием в этой области рельефа слизистой оболочки и перистальтики (симптом карандаша).
- 2) нахождение выше рубцовой стриктуры супрастенотического расширения конической или мешотчатой формы без изъеденности, зазубренности краев.

Эзофагоскопия позволяет уточнить состояние зева, глотки, расположение входа в рубцовую стриктуру, степень супрастенотического расширения, характер воспаления, протяженность рубцовой стриктуры.

Во время рентгенологического и эндоскопического исследований обязательно оценивается состояние желудка.

#### **Консервативное лечение рубцовых стриктур пищевода.**

Больным с послеожоговой стриктурой пищевода проводится бужирование рубцовой стриктуры или пластика пищевода.

**Бужирование.** Бужирование является основным методом лечения при рубцовой стриктуре. Оно выполняется с 7-й недели заболевания. Для бужирования используется набор специальных бужей различного диаметра: конической формы, с оливой на конце, полых рентгеноконтрастных. Чаще применяются бужи конической формы № 1-40, диаметр которых в сантиметрах равен частному от деления номера бужа на коэффициент 1/3. Известно несколько методов бужирования: 1) вслепую через рот (слепое бужирование), 2) под контролем эзофагоскопа, 3) полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику, 4) по принципу «бужирования без конца», 5) ретроградное.

При бужировании пищевода вслепую через рот за 20-30 мин. До начала процедуры назначается премидикация: подкожно вводятся 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата и 1 мл раствора димедрола. Больной усаживается на стул со спинкой, а врач располагается впереди него. Для расширения пищевода используются бужи, предварительно помещенные в горячую воду, что придает им эластичность. Затем, исходя из данных эзофагоскопии, а также рентгеноконтрастного исследования пищевода о диаметре сужения, берется буж соответствующего номера. Он смазывается вазелином и на высоте глотательных движений плавно без особого усилия вводится в пищевод в области рубцовой стриктуры. Длительность нахождения бужа в пищеводе составляет 15-30 мин. Во время одного сеанса проводят не более двух номеров бужа. Последующее бужирование начинают с бужа, которым закончилось предыдущее, или на один номер меньше. Недостатком данного способа бужирования является достаточно частое развитие перфорации пищевода.

Бужирование под контролем эзофагоскопа показано при эксцентрично расположенной стриктуре, резком супрастенотическом расширении пищевода, его деформации, наличии карманов, т. е. в случаях, когда врач испытывает трудности во время проведения бужа. Однако при данном методе бужирования не всегда просто найти вход в суженный участок пищевода. Кроме того, тубус эзофагоскопа закрывается бужом, что препятствует контролю за моментом его введения в стриктуру. Отсюда возникает опасность перфорации стенки пищевода при неосторожном п

Бужирование полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику осуществляется с помощью специального набора рентгеноконтрастных полых бужей. В случае легкого прохождения бужа в пищевод проводится буж следующего номера.

Бужирование пищевода по принципу «без конца» предполагает предварительное наложение гастростомы. Через 5-7 дней с момента операции больной заглатывает длинную капроновую (лавсановую) нить с металлической бусинкой на конце и выпивает 0,5-1 л жидкости. После снятия зажима с трубки, ранее проведенной через гастростому в желудок, бусинка с нитью выходит наружу. Таким образом, один конец нити находится на уровне ротовой полости, второй - выведен через гастростому. Посредством привязывания к концам нити бужа и его тракции производится бужирование рубцовой стриктуры: ретроградно или антеградно.

В настоящее время наиболее распространенным способом гастростомии относятся гастростомия по Штамму-Сенну и Кодеру, а также лапароскопическая гастростомия.

При формировании гастростомии по Штамму-Сенну через трансректальный доступ в левом подреберье выводят в рану переднюю стенку желудка в виде конуса, в основании которого накладывают кисет. После вскрытия просвета желудка в него проводят трубку (чаще катетер Пещера) и затягивают кисет. Затем накладывают второй кисетный шов. Концами нити последнего прошивают все слои передней стенки живота, дополнительно желудок фиксируется к париетальной брюшине отдельными швами.

По способу Кодера трубку, проведенную в желудок, погружают не кисетными швами, а двухрядными продольными серозно-мышечными швами. Нитями швов второго ряда фиксируют стенку желудка к брюшине с захватом листка влагалища прямых мышц.

Бужирование пищевода помимо перфорации может осложниться пищеводным кровотечением, острым эзофагитом. Поэтому одновременно с бужированием больной получает комплексное общее и местное лечение, направленное на профилактику эзофагита, кровотечений, образование нежного эластического рубца в зоне стриктуры. В этих целях проводят лазерное облучение пищевода, введение в его слизистую в зоне сужения лидазы.

Помимо традиционных методов бужирования при рубцовой стриктуре пищевода находят вибрационный способ бужирования, а также эндоскопические вмешательства: баллонная пневмо(гидро)дилатация стриктуры, электрорассечение стриктуры, временное эндопротезирование пищевода.

Вибрационный способ бужирования заключается в проведении в зону сужения по струне под контролем фиброгастроскопа только концевой части бужа. Проксимальный конец бужа соединяется с поперечным вибратором. Растяжение рубцовой стриктуры достигается за счет вибрации с частотой колебаний 50 Гц. Длительность сеанса составляет 8-10 мин. В отличие от традиционного метода бужирования создаваемая в зоне сужения вибрация помимо механического растяжения усиливает лимфо и кровообращение, повышает регенеративные процессы в тканях, предупреждая развитие рубцовых сращений.

Баллонная пневмо (гидро) дилатация выполняется специальными дилататорами-баллонами длиной 4-10 см, диаметром 0,6-3 см (катетеры типа Edex-Puestow) или термопластическими дилататорами типа Savary-Gilliard, которые проводятся через стриктуры по струне-направителю или под контролем рентгеновского экрана. Продолжительность сеанса дилатации составляет 3-5 мин., а интервал выполнения - 2-3 дня. Следует иметь в виду, что по достижении проходимости пищевода выполняется профилактическая дилатация 1 раз в 10-14 дней в течение нескольких месяцев.

Электрорассечение используется в лечении больных с ригидными рубцовыми стриктурами. Данный метод предполагает надсечение рубцового кольца в 3-4 радиальных направлениях с помощью игольчатого электрода или папиллотомы.

Временное эндопротезирование пищевода является способом закрепления эффекта баллонной дилатации и электрорассечения рубцового сужения. Сущность способа заключается во введении в просвет пищевода под контролем фиброгастроскопа различных стенов-эндопротезов (трубки из импрегнированные силиконовым маслом, металлические саморасширяющиеся стенов). Продолжительность эндопротезирования составляет недели и годы.

#### **Хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода – пластика пищевода.**

##### **Показания.**

- 1) невозможность выполнения бужирования ввиду полной облитерации просвета пищевода,
- 2) неудачные попытки проведения бужа через рубцовую стриктуру,
- 3) протяженная одиночная и короткие множественные рубцовые стриктуры, 4) множественный дивертикулез (псевдодивертикулез) пищевода,
- 5) быстрый рецидив рубцовой стриктуры,

- 6) повторная перфорация пищевода при бужировании,
- 7) наличие пищеводно-бронхиальных свищей,
- 8) малигнизация ожоговой стриктуры.

**Противопоказание к операции** наиболее частое – истощение больного.

**Пластика пищевода.** В качестве предоперационной подготовки при полной рубцовой стриктуре накладывается гастростома для энтерального питания больных. Цель операции заключается в одноэтапной, а у ослабленных больных многоэтапной пластике пищевода. Хирургическое вмешательство выполняется не ранее чем через два года после ожога. В роли пластических материалов выступают желудок, тонкий или толстый кишечник, кожа. Известно множество методов выполнения пластики пищевода. Трансплантаты проводятся впередигрудинно или внутригрудинно (ретростернально, внутривлевро, заднемедиастинально). Тонкокишечная пластика пищевода по Ру (1906) заключалась в том, что из начального отдела тонкой кишки формировался трансплантат, который проводился через подкожный туннель до яремной вырезки. При этом отводящий конец кишки анастомозировался с желудком. Питание больного осуществлялось через зонд, проведенный в верхний конец трансплантата, в последующем выделялся шейный отдел пищевода, он пересекался и накладывался эзофагоэнтероанастомоз.

П. А. Герцен (1907) усовершенствовал методику Ру, стал выполнять эту операцию в три этапа. На первом этапе мобилизованную тонкую кишку проводили не впередиободочно, а через брыжейку поперечной ободочной кишки и желудочно-ободочную связку, что позволяло помещать трансплантат подкожном туннеле до середины шеи. На втором этапе пересекали в диастальном сегменте мобилизованную кишку и накладывали гастроэнтероанастомоз. Третий этап заключался в выделении шейного отдела пищевода, пересечении его и наложении эзофагоэнтероанастомоза.

При выполнении тонкокишечной пластики пищевода по С.С. Юдину (1941) больному накладывается гастростома и производится мобилизация тощей кишки (отступив 8-10 см от связки Трейтца) с пересечением ее и наложением энтероанастомоза «конец в бок». Мобилизованная кишка проводится впереди поперечной ободочной и располагается антеторакально в подкожном туннеле. Через 6-15 дней накладывается анастомоз кишки с пищеводом конец в бок. При недостаточной длине трансплантата формируется эзофагогастростома и еюностома, которые в последующем соединяются посредством кожной трубки.

Толстокишечная пластика пищевода применяется, если требуется создать трансплантат большой длины. При этом может быть использована правая или левая ее половина, располагать которую можно изо- и антиперистальтически. В последние десятилетия наибольшее распространение получил способ пластики пищевода изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка (А.Ф. Черноусов с соавт., 1980). Операция характеризуется сравнительно малой травматичностью, меньшим числом опасных осложнений, быстрым восстановлением приема пищи через рот, низкой летальностью. Вместе с тем желудок нельзя использовать для эзофагопластики при его ожоге, а также при наличии язвы двенадцатиперстной кишки.

Объем эзофагопластики определяется протяженностью рубцового поражения пищевода. Так, у лиц с распространенными стриктурами выполняется тотальная пластика пищевода. При сужении нижнего отдела пищевода и кардии (сегментарная стриктура) производится частичная пластика пищевода-резекция пораженного участка с замещением его трансплантатом. Допустимо формирование обходного пищеводно-желудочного анастомоза. В случае поражения глотки, шейного или шейно-грудного отдела пищевода может применяться проксимальная сегментарная пластика пищевода трансплантатом тонкой или толстой кишки.

#### **Выводы:**

- 1). Наиболее эффективными методами консервативного лечения рубцовых стриктур пищевода является бужирование пищевода.
- 2). При неэффективности консервативного лечения наиболее эффективными методами хирургического лечения становится – пластика пищевода трансплантатом из тонкой, толстой кишки или из желудка.
- 3). У лиц с распространенными стриктурами выполняется тотальная пластика пищевода с замещением его трансплантатом из тонкой, толстой кишки или из желудка.
- 4). При сужении нижнего отдела пищевода и кардии (сегментарная стриктура) производится частичная пластика пищевода-резекция пораженного участка с замещением его трансплантатом.
- 5). При необходимости допустимо формирование обходного пищеводно-желудочного анастомоза.
- 6). В случае поражения глотки, шейного или шейно-грудного отдела пищевода может применяться проксимальная сегментарная пластика пищевода трансплантатом тонкой или толстой кишки.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Бакиров А.А. Тотальная пластика пищевода при его стриктурах. //Вестник хирургии.-2001.-т. 160-№1.-С.53-57.
- 2 Ванцян Э.Н., Тошаков Р. А. Лечение ожоговых и рубцовых сужений пищевода. - М.: Медицина.- 1971.-260 с.
- 3 Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Чиссов В.И. Повреждения пищевода при бужировании // Хирургия. 1976. - № 4. - С.83-85.
- 4 Волобуев Н.Н., Белоконь А. и др. Опыт хирургического лечения больных с послеожоговыми стриктурами пищевода.// Клиническая хирургия.- 2002.- № 1.- с. 20-22
- 5 Глотов В.А. Лечение больных с химическими ожогами пищевода // Хирургия. 1982. - № 4. - С. 17-21.
- 6 Джанелидзе Ю.Ю. Ожоги пищевода. //Собр. соч. М.: Медгиз, 1954.-Т.4.-С.161-169.
- 7 Черноусов А.Ф., Шестаков А.И. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой при пептической стриктуре пищевода. //Анналы хирургии.- 1998.- №4.- с. 37-41
- 8 Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Воронов М.Е., Титов В.В. Эзофагофарингопластика толстой кишкой при сочетанных стриктурах пищевода и глотки.// Анналы хирургии.-1998-№ 1-С.51-55

- 9 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Бужирование пищевода при Рубцовых ожоговых стриктурах.// Хирургия-1998.- № 10- С.25-29.
- 10 Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернявский А.А., Домрачев С.А. Пластика пищевода.// Анналы РНЦХ РАМН.- 1995- с. 7- 43.
- 11 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Муканбеткалиев А.Г. Результаты консервативного лечения коротких ожоговых стриктур пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1991. - № 10. - С.49-52.
- 12 Barkun A.N., Mayrand S. The treatment of peptic esophageal strictures.// Can J gastroenterol- 1997 -Sep;11 Suppl B-p.948-978
- 13 Bischoff G. et al. Surgery versus conservative bougienage in the treatment of peptic esophageal strictures: long term results of 200 patients.// Gastroenterology -1992-102-A42.
- 14 Kiviranta U.K: Liquor adulterated with lye as a cause of dysphagia and stricture of the esophagus.//N. Engl. J. Med.-1950-243-p.220
- 15 Larrain A., Csendes A., Pope C.E. Surgical correction of reflux: an effective therapy for esophageal strictures.//Gastroenterology-1975-69-p.578.

**Н.Х. МУСАБАЕВ, Е.М. ИМАНТАЕВ, М.М. АЛТАЙ, А.Е. ӘДІЛОВА,  
Т.К. КУРМАНБЕКОВ, А.Б. МУСЛИМОВА, Ғ.А НАУРЫЗБАЙ, А.Қ НҮСПАҚЫНОВ  
ӨҢЕШТІҢ ТЫРТЫҚТЫҚ ТАРЫЛУЛАРЫН ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ**

**Түйін:** Өңештің тыртықтық тарылуы химиялық күйікті басынан өткізген науқастардың 70-80 % пайда болады (Ванцян Э. Н., Тошчаков Р. А., 1971; Черноусов А.Ф., 1999) . Өңештің тыртықтық тарылуын емдеуде жиі тараған әдістерге дилатацияның түрлері мен буждау жатады(Бакиров А.А., 2001; Мирошников Б.М., Федотов Л.Е., Павелец К.В., 1995; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Stiff G. et al., 1996) . Буждаудың тиімділігі мына авторлар бойынша (Katzka D.A., 2001; Годжелло Э.А., 1998; Jackson C, Jackson C.W., 1943)70-96 құрайды. Басқа авторлар (Авилова О.М., Багиров М.М., 1983; Кролевец П.П. с соавт., 1983; Петровский Б.В. с соавт., 1985; Черноусов А.Ф. ссоавт., 1986) буждаудың тиімділігін 26-57 деп көрсетті . Өңештің тыртықтық тарылуы кезінде буждау тиімсіз болса, бұл жағдайда өңеш пластикасы көрсетілген. Эзофагопластиканың көлемі өңештің тыртықтық тарылуының таралу деңгейіне байланысты. Таралған тарылуы бар науқастарға өңештің бірыңғай пластикасы жасалады. Қажет жағдайда гастростома орнатылады. Өңештің төменгі бөлігі мен кардияның тарылуында, бөліктік пластика жасалады, яғни зақымданған аймақты кесіп алып тастап, оны трансплантатпен ауыстырады. Өңеш – асқазан анастомозын орнатуға болады. Зерттеу мақсаты: өңештің тыртықтық тарылуын емдеуде қолданылатын ең тиімді консервативті және оперативті әдістерді қарастыру.

**Түйінді сөздер:** буждау, гастростома, өңеш пластикасы

**N.KH. MUSABAEV, E.M. IMANTAEV, M.M. ALTAI, A.E. ADILOVA, T.K. KURMANBEKOV,  
A.B. MUSLIMOVA, G.A. NAURYZBAI, A.K. NUSIPAKYNOV  
MODERN TECHNOLOGIES OF TREATMENT OF SCAR STRICTURE OF THE ESOPHAGUS**

**Resume:** Cicatricial stricture of the esophagus produced in 70-80% of patients after its chemical burn (Vantsyan E.N, Toshchakov R.A 1971; Chernousov A.F, 1999). Among the treatments for scar strictures of the esophagus are the most common variety of ways dilatation and bougienage (Bakirov, A.A 2001; B.M Miroshnikov, Fedotov L.E, Pawelec K.V 1995; Chernousov A.F et al, 1996; Stiff G. et al., 1996). Efficiency bougienage, according to these authors (Katsko D.A. 2001; Godzhello E.A, 1998; Jackson C, Jackson C.W., 1943) is 70-96%. Other authors cite data about 26-57% effective bougienage (Avilova O.M, M.M Bagirov, 1983; Krolevets P.P et al, 1983;.. Petrovsky B.V et al, 1985; Chernousov A .F. et al., 1986). When neeftivnosti bougienage scar stricture of the esophagus is a plastic esophagus. The amount is determined by the length of esophagoplasty cicatricial lesions of the esophagus. Thus, in patients with advanced esophageal strictures is performed total plastic. If necessary, superimposed gastrostomy. When narrowing of the lower esophagus and cardia (segmental stricture) is made partly of plastic gullet- resection of the lesion and it's replacement with a graft. Acceptable formation bypass esophagogastric anastomosis. The aim of the study is to examine the most effective methods of conservative and surgical treatment of cicatricial esophageal strictures.

**Keywords:** probing the esophagus, gastrostomy, esophageal plastic.