

В.Л. Белевич, Д.В. Овчинников

## Доброкачественные стенозы пищевода и его анастомозов: состояние проблемы

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Стриктуры пищевода и стенозы его анастомозов не составляют большого удельного веса в структуре хирургической патологии, но имеют большое клиническое и социальное значение в связи с быстрой инвалидизацией трудоспособного населения. На основании литературных данных рассмотрены подходы к дифференцированному лечению доброкачественной дисфагии в зависимости от этиологического фактора. Оценены возможные осложнения и получаемые результаты. Установлено, что при стенозах пищеводных анастомозов, характеризующихся ранним развитием, рекомендовано электрорассечение, при позднем развитии за счет формирования гипертрофического рубца – баллонная дилатация. В зависимости от протяженности доброкачественных стриктур целесообразна либо баллонная дилатация при коротких стриктурах, либо бужирование по нити или струне при протяженных суб- и тотальных стриктурах. В последующем, при устранении дисфагии проводится поддерживающее бужирование для профилактики рестенозирования и достижения длительного периода ремиссии. Показана возможность продолжения дилатационной терапии при развитии осложнений. Сформулированы показания для отказа от консервативной тактики и выполнения оперативного пособия. Все положения и рекомендации даны с учетом критического анализа данных литературы.

**Ключевые слова:** пищевод, доброкачественная стриктура пищевода, анастомоз, стеноз анастомоза, бужирование, баллонная дилатация, стентирование стриктуры пищевода.

**Ведение.** В общей структуре заболеваемости патология пищевода имеет небольшой удельный вес, но в силу своей социальной значимости её актуальность остаётся высокой [24]. Из-за своего анатомического положения и выполняемой функции, любые процессы, приводящие к нарушению пассажа пищи, проявляются клинически очень быстро, снижая качество жизни [2].

Значимую долю этой патологии занимают доброкачественные стенозы пищевода и его анастомозов [21]. Пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст, что делает актуальным не просто лечение, но возможность возвращения пациентов к труду и привычному ритму жизни [26].

До настоящего времени проблема лечения таких пациентов не нашла своего окончательного разрешения. Существующие методики предполагают длительное лечение и повторные курсы. Задача состоит в таком подборе компонентов консервативного ведения больных, чтобы максимально удлинить периоды ремиссии и сократить сроки и кратность госпитализаций.

**Распространённость.** По статистике исследователей и Минздрава РФ до 50% всех поступивших в токсикологические отделения имеют ожоговые поражения пищевода, из них у 4–35% формируются стриктуры [4, 12, 14]. После формирования пищеводно-желудочных соустьев стеноз развивается у 2–9%, после эзофагопластики – у 9–32%. У 7–23% больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и 85% больных грыжами пищеводного отвер-

стия диафрагмы развивается пептическая стриктура пищевода [16, 18, 26, 37].

**Этиология.** По данным отечественных авторов, среди причин дисфагии чаще встречаются ожоги пищевода – до 69% (рефлюкс-эзофагит до 22%), тогда как по данным зарубежных исследователей, до 20% составляют химические ожоги и до 80% рефлюкс-эзофагит [5, 26, 35].

Рубцовые стенозы формируются в оперированном пищеводе после операций наложения анастомозов (23,2%), эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода (5,9%), дивертикулэктомии (11,8%) [17, 26, 32].

**Морфологические изменения в рубцовоизменённом пищеводе.** Течение патологического процесса в пищеводе предложено делить на 4 периода. Первый период связан с развитием острого коррозивного эзофагита. Второй период характеризуется образованием грануляционной ткани и начинается от момента её микроскопического обнаружения со 2–3 недели. Третий период – период созревания рубцовой ткани и формирования стриктуры. Четвертый период связан с поздними осложнениями ожога пищевода. Самое частое и клинически значимое – облитерация просвета органа [3, 13, 15].

Исходя из этого, начало бужирования ранее 11–14 суток считают нецелесообразным [3]. Авторы, поддерживающие раннее бужирование, считают важной возможность ранней дифференцировки II и III степеней ожога. Появление фибриновых наложений и поверхностных изъязвлений свидетельствует о

наличии у пациента ожога II степени. При III степени ожога обнаруживают также участки некроза слизистой оболочки и более глубоких слоёв. Исход в этих случаях – всегда формирование рубцовой стриктуры. Схожая эндоскопическая картина II и III степеней ожога пищевода в первую неделю и различный исход определяют необходимость выделения четких критериев для их разграничения. Отсутствие циркулярных фибринозных наложений, т.е. поражения в виде полос и пятен – «пятнистый» эзофагит; отсутствие ригидности стенок пищевода при инсуффляции воздуха; отсутствие грубых фибринозных налетов на ожоговой поверхности (трудно снимающихся с долго кровоточащей поверхностью) – говорят в пользу ожога II степени [6, 14].

Формирование стенозов пищеводных анастомозов идет двумя принципиальными способами. Раннее развитие характерно для анастомозов, в которых развивалась несостоятельность. При позднем развитии стеноза происходит формирование гипертрофического рубца [7, 18]. При эндоскопическом исследовании стенозов анастомозов в случае их раннего развития определяется неровность контуров сужения, наличие карманов и следы грубого рубцевания, в некоторых случаях внутренние свищевые отверстия. При позднем развитии выявляется, как правило, гладкое эластичное кольцо фиброзной ткани, равномерно суживающее просвет органа.

Определение локализации стриктуры базируется преимущественно на данных, получаемых при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях. Послеожоговые стриктуры локализуются в верхней трети пищевода в 33,3–64,3%, в средней трети в 24,1–35,7%, в нижней трети до 42,5%. У 9% пациентов обнаруживается двойная, а у 3% – тройная стриктура [8, 22]. Четкая зависимость между уровнем поражения и обстоятельствами получения травмы прослеживается только для тотальных и протяженных поражений пищевода: во всех случаях едкое вещество было принято в качестве суррогата алкоголя в состоянии сильного опьянения.

Предложено выделять четыре степени сужения пищевода, основанные на эндоскопических данных. I степень – диаметр просвета пищевода в зоне стриктуры 9–11 мм, удается провести через зону сужения гастроинтестинальный эндоскоп среднего калибра. II степень – диаметр просвета 6–8 мм, удается провести через стриктуру бронхофиброскоп. III степень – диаметр просвета в зоне сужения 3–5 мм, удается провести через область стеноза ультратонкий эндоскоп. IV степень – диаметр просвета пищевода в зоне стриктуры 0–2 мм, не удается провести через стеноз даже ультратонкий фиброскоп. В клинической практике принято различать три степени протяженности поражения: короткие стриктуры (менее 3–5 см); протяженные трубчатые стриктуры (более 5 см); субтотальные и тотальные. От протяженности рубцового стеноза пищевода зависит успешность неоперативного расширения стриктуры, определение показаний и выбор

метода хирургического вмешательства. Диаметр просвета в зоне стриктуры прогностическим характером не обладает [5].

**Диагностические возможности.** Ведущая роль в диагностике стенозов пищевода принадлежит двум методам исследования – рентгенологическому и эндоскопическому.

Рентгенологическое исследование позволяет определить верхний уровень рубцового стеноза, степень сужения пищевода и протяженность стриктуры, состояние желудка и двенадцатиперстной кишки, выявить пищеводно-респираторные свищи и дивертикулы [5].

Эндоскопическое исследование позволяет определить верхний уровень сужения, в ряде случаев его протяженность, состояние супрастенотического отдела пищевода, при необходимости взять материал для гистологического исследования. Эндоскопический метод более чувствителен, чем рентгенологический в идентификации тонких поражений слизистой оболочки [18]. Одновременно два метода применяют для установки проводника при стриктурах III–IV степени и для контроля процедуры баллонной гидродилатации (при заполнении баллона рентгенконтрастным веществом). Предложено также выполнять манометрию и рН-метрию пищевода, эндоскопическую ультрасонографию [19, 33, 40].

**Методы лечения и исходы.** При лечении таких пациентов применяются различные методы реканализации стриктур исходя из конкретной ситуации.

**Бужирование по нити.** У пациентов с наложенной на предыдущих этапах гастростомой применяется бужирование по нити. С этой целью предварительно проводят через пищевод нить. Если степень сужения пищевода значительная, то нить проводят при помощи привязанной дробинки, которую пациент проглатывает. Если степень сужения позволяет, то нить проводят при помощи бронхоскопа или гастроскопа. Процедура установки нити достаточно длительная и трудоёмкая, в связи с этим проводится однократно, после этого фиксируются проксимальный и дистальный концы нити и пользуются ей постоянно. За один сеанс проводят не более двух новых номеров бужей, в зависимости от ощущений пациента. Сеанс начинается с номера, предшествующего последнему, проведенному в предыдущий раз.

**Бужирование по струне-направителю.** Применяется в тех случаях, когда просвет пищевода достаточен для прохождения по нему эндоскопа, вне зависимости от наличия гастростомы. После предварительного эндоскопического исследования через инструментальный канал эндоскопа устанавливается струна-направитель. Контроль установки осуществляется эндоскопически и рентгенологически. Для бужирования используется Savary-бужи. Схема проведения сеанса не отличается от бужирования за нить.

**Баллонная дилатация.** Используется для пациентов с короткими стриктурами пищевода, стенозами пищеводных, пищеводно-желудочных и пищеводно-

кишечных анастомозов. При определении возможности баллонной дилатации исходят из того, что длина баллона должна превышать общую длину стриктуры не менее, чем на 4–5 см. Предварительно проводят эндоскопическое исследование для определения локализации проксимального края стриктуры. После этого через инструментальный канал эндоскопа вводят струну-направитель, по которой устанавливают баллонный катетер. Контроль установки баллона осуществляется при помощи эндоскопа. Процедуру проводят под рентгеноскопическим контролем. На каждый сеанс используется только один баллон.

**Электрорассечение.** Для восстановления проходимости пищевода при коротких («мембранных») и ассиметричных стенозах анастомозов применяется электрорассечение зоны стенозов. После предварительного эндоскопического исследования через инструментальный канал эндоскопа вводится электротом и под визуальным контролем проводят электрорассечение и осуществляют гемостаз.

По данным литературы для адекватного расширения рубцовых стенозов и восстановления практически нормального перорального приема пищи требуется 4–5 сеансов бужирования, для стенозов анастомозов и химических ожогов – 5–6 сеансов. Предупреждение рестеноза достигается временным введением в зону стеноза эндопротеза или проведением «поддерживающего» бужирования [5, 31].

«Поддерживающее» бужирование и баллонную дилатацию проводят сначала с интервалом 10–14 дней на протяжении 2–4 месяцев, а затем через 1–2 месяца в течение 2 лет. Длительность периода «поддерживающего» бужирования обусловлена длительностью течения ожоговой болезни пищевода. К временному эндопротезированию многие авторы относятся негативно в связи с увеличением протяженности стриктуры и развитием осложнений [9, 28].

Отечественные авторы предлагают трёхступенную классификацию непосредственных результатов дилатаций. Хорошим результатом считают при расширении пищевода до бужа № 32–40 и при этом больные не ограничивают себя в приёме пищи. К удовлетворительным относят результаты, когда пищевод расширен до бужа № 26–30 и больные способны принимать только тщательно измельчённую пищу. Неудовлетворительным считается результат, когда расширение не удалось более 9 мм либо возникли осложнения (перфорация, кровотечение) [5, 13]. В зарубежной литературе предлагаются преимущественно четырёхступенные классификации [31].

В целом результаты дилатации пищевода выглядят следующим образом: хорошие – 44,5–94,4%, удовлетворительные – 8,1–46% и неудовлетворительные – 3,5–14,3%. Лучшие результаты получают при лечении стенозов анастомозов – в 82,7% непосредственных отличных результатов, худшие, 66,1%, – химических ожогов. Консервативное лечение стенозов терпит неудачу в 9,3% химических ожогов, и только 4,3% стеноза анастомоза [18, 26, 31, 37].

Как операцию выбора при протяженных доброкачественных стриктурах и ахалазии кардии IV степени рекомендуют выполнять экстирпацию пищевода с одномоментной эзофагопластикой как обычным, так и торакоскопическим доступом [17]. Основное преимущество такой операции – удаление органа, в стриктуре которого может развиваться рак (в 100–1000 раз чаще, чем в популяции) [1].

Технически выполняют различные виды пластики: желудком, тонкой и толстой кишкой в ряде случаев без экстирпации пищевода. Предшествующие операции (часто наложение гастростомы на этапе подготовки к операции) на желудке в большинстве случаев исключают возможность его использования, но предложены способы его использования [34, 11, 23].

Особое место в оперативном лечении доброкачественных стриктур пищевода занимает местная пластика, отличающаяся значительно меньшей травматичностью по сравнению с методами эзофагопластики. Хорошие и удовлетворительные непосредственные результаты составляют до 98%. Однако в отдаленном периоде в 40% наступает рецидив стриктуры. До половины подобных рецидивов связаны с лечением чрезмерно протяженных для такого вида операций стриктур (свыше 4 см) [17, 23].

В раннем послеоперационном периоде дисфагия возобновляется у 6,7–57,1%. При применении ручных пищеводно-желудочных анастомозов частота стриктур меньше и составляет 17,9% [18, 24, 38].

**Осложнения.** Осложнения при бужировании и эндоскопических методах лечения доброкачественных стриктур пищевода встречаются достаточно редко. Наиболее часто встречающиеся осложнения – это перфорации пищевода и кровотечения. Частота перфораций у некоторых авторов достигает 1,2% и даже 5,3% пациентов, кровотечений – у 0,3–0,4% [10, 13; 26, 29, 41]. По статистике американского общества желудочно-кишечной эндоскопии (ASGE), частота перфораций пищевода и кровотечений составляет 0,1 и 0,3% соответственно [30]. В случае перфорации пищевода летальность наблюдается с частотой до 0,7% от всех пациентов [27].

Среди других осложнений называют бактериемию, причиной которой служит изменение микроценоза пищевода при нарушении естественного пассажа пищи [20, 36]. Специфическими являются осложнения, развивающиеся на фоне установленных пищеводных стентов: прогрессирующее сужение над стентом, формирование свищей и миграция стента в желудок [25, 39]. При хирургическом лечении доброкачественных стриктур наиболее распространена и неблагоприятно влияет на результаты лечения несостоятельность анастомозов [10].

**Рекомендации по лечению стенозов пищевода.** Электрорассечение применяется для расширения стенозов анастомозов. Рубцовый стеноз пищевода, даже протяженный, хорошо поддается лечению бужированием по струне и за нить с хорошими ближайшими и отдалёнными результатами и низкой частотой

осложнений. Эффективно проводить лечение нижних пищеводных стриктур возможно как путем бужирования, так и путём пневматической дилатации с одинаково хорошим результатом. Популярны за рубежом стенты вызывают большое количество осложнений, дают слабо выраженный положительный эффект и не могут быть рекомендованы для лечения доброкачественных процессов в пищеводе.

Эндоскопическая баллонная дилатация показана при стриктурах до 5 см. Её можно рассматривать как метод выбора в лечении стриктур пищевода, техническая простота и невысокая стоимость делают этот метод доступным. Наибольшая эффективность метода достигается при проведении расширений в первые полгода после формирования стриктуры. Применение баллонной дилатации даёт хорошие ближайшие и отдалённые результаты.

Объективными показателями глубины и степени поражения пищевода являются неэффективность 1–2 курсов или 5 сеансов, толщина стриктуры более 0,5 см, длина более 3 см, эзофагит над стриктурой II–III степени, каллезная стриктура, диаметр верхнего края менее 2 мм, ригидность стенки над стриктурой при проведении бужей, которые заставляют отказаться от бужирования в пользу операции. Однако все эти показания являются относительными и требуют индивидуального подхода к каждому пациенту.

Короткие ожоговые и пептические стриктуры являются показанием к применению местной эзофагопластики, протяженные и тотальные – экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудка, тонкой и толстой кишкой (при невозможности использования желудка). Рестенозирование предупреждается проведением сеансов поддерживающего бужирования или временного эндопротезирования.

**Заключение.** Проблема лечения доброкачественных стенозов пищевода и его анастомозов сложна, многогранна и не всегда однозначна в своей трактовке. Имеющиеся методики лечения, в том числе и их технически усовершенствованные варианты, новые способы и устройства не имеют четкого и однозначного опыта использования. Это требует от врача во всех случаях индивидуального подхода к лечению пациента с учетом общих рекомендаций.

### Литература

- Аллахвердян, А.С. Некоторые клинические и морфологические особенности развития плоскоклеточного рака на фоне послеожоговых и пептических стриктур пищевода / А.С. Аллахвердян [и др.] // Вестн. РОНЦ. – 2004. – Т. 15. – № 3. – С. 20–24.
- Булегенов, Т.А. Оценка качества жизни у больных с рубцовой стриктурой пищевода и желудка / Т.А. Булегенов // Сибирск. мед. журн. – 2009. – Т. 24. – № 1. – С. 74–76.
- Вейман, П.А. Профилактическое бужирование при химических ожогах пищевода: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / П.А. Вейман. – Алма-Ата, 1991. – 21 с.
- Волков, С.В. Химические ожоги пищевода: эндоскопическая диагностика и лечение / С.В. Волков // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – Т. 12. – № 1. – С. 58–61.
- Галлингер, Ю.И. Стриктуры пищевода: лечебная стратегия. Эндоскопические методы лечения / Ю.И. Галлингер, Э.А. Годжелло // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – Т. 11. – № 5. – С. 73–78.
- Исаков, Ю.Ф. Лечение химических ожогов пищевода у детей / Ю.Ф. Исаков [и др.] // Хирургия. – 1996. – № 4. – С. 4–8.
- Кривченя, Д.Ю. Профилактика и лечение рубцового стеноза пищевода после коррекции его атрезии / Д.Ю. Кривченя [и др.] // Клінічна хірургія. – 1993. – № 2. – С. 36–39.
- Логинова, Т.А. Эндоскопическая диагностика и лечение рубцовых сужений пищевода: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Т.А. Логинова – М., 1993. – 22 с.
- Майстренко, Н.А. Эндоскопическая хирургия рубцовых сужений пищевода и пищеводных анастомозов / Н.А. Майстренко, А.Л. Андреев // Terra medica. – 1999. – № 2. – С. 42–46.
- Матвеева, Л.В. Ятрогенная перфорация пищевода при баллонной эзофагопластике / Л.В. Матвеева [и др.] // Эндоскоп. хир. – 2006. – Т. 12. – № 5. – С. 21–24.
- Мирошников, Б.И. Особенности формирования пищеводного аутоотрансплантата при скомпрометированном и резецированном желудке / Б.И. Мирошников // Вестн. хир. – 2011. – Т. 170. – № 3. – С. 44–49.
- Низамходжаев, З.М. Сочетанные постожоговые рубцовые стриктуры пищевода и желудка: диагностика и тактика лечения / З.М. Низамходжаев // Вестн. экстрен. мед. – 2010. – № 4. – С. 81–84.
- Ратнер, Г.Л. Двадцатилетний опыт форсированного бужирования рубцовых стриктур пищевода / Г.Л. Ратнер [и др.] // Хирургия. – 1998. – № 8. – С. 4–6.
- Садчикова, Р.В. Химические ожоги пищевода у детей / Р.В. Садчикова, А.Ю. Разумовский // Анн. хир. – 2001. – № 3. – С. 20–24.
- Сапожникова, М.А. К морфологии рубцовых изменений пищевода после давних ожогов едкими веществами / М.А. Сапожникова // Арх. патол. – 1971. – № 10. – С. 14–21.
- Сигал, Е.И. Доброкачественные заболевания пищевода / Е.И. Сигал, М.В. Бурмистров // Тихоокеанск. мед. журн. – 2009. – № 2. – С. 40–47.
- Скворцов, М.Б. Пластика пищевода при рубцовых сужениях. Анатомо-хирургическое и функциональное обоснование / М.Б. Скворцов [и др.] // Сибирск. мед. журн. – 2009. – № 8. – С. 55–65.
- Сотников, В.Н. Вибрационные и эндохирургические способы лечения стенозов пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов / В.Н. Сотников, А.В. Сотников // Эндоскопич. хир. – 2000. – № 4. – С. 10–16.
- Титов, А.Н. Показатель DeMeester у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Диагностические преимущества и недостатки / А.Н. Титов [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2009. – № 2. – С. 208–211.
- Трухманов, А.С. Тактика комплексного лечения ахалазии кардии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.С. Трухманов – М., 1995. – 23 с.
- Чепик, Д.А. Современные направления пластики пищевода у больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода / Д.А. Чепик // Новости хир. – 2009. – Т. 17. – № 3. – С. 154–167.
- Черноусов, А.Ф. Местная эзофагопластика у больных с ожоговыми стриктурами пищевода / А.Ф. Черноусов [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 6. – С. 4–8.
- Черноусов, А.Ф. Опыт повторной пластики пищевода / А.Ф. Черноусов [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 14–19.
- Чикинев, Ю.В. Лечение рубцовых послеожоговых сужений пищевода / Ю.В. Чикинев [и др.] // Сибирск. мед. журн. – 2009. – Т. 24. – № 4–1. – С. 94–100.
- Ackroyd, R. Expandable metallic stents should not be used in the treatment of benign esophageal strictures / R. Ackroyd [et al.] // J. gastroenterol. hepatol. – 2001. – Vol. 16. – № 4. – P. 484–487.

26. Andreollo, N.A. Tratamento conservador das estenoses benignas do esôfago através de dilatações. Análise de 500 casos / N.A. Andreollo [et al.] // Rev. assoc. med. bras. – 2001. – Vol. 47. – № 3. – P. 236–243.
27. Bogliolo, G. Il trattamento endoscopico dell' stenosi esofagea benigna / G. Bogliolo [et al.] // G. Chir. – 1997. – Vol. 18. – № 10. – P. 481–484.
28. Brandimarte, G. Endoscopic treatment of benign anastomotic esophageal stenosis with electrocautery // G. Brandimarte, A. Tursi // Endoscopy. – 2002. – Vol. 34. – № 5. – P. 399–401.
29. Drabek, J. The endoscopic treatment of benign esophageal strictures by balloon dilatation / J. Drabek, R. Keil, I. Namesny // Dis. esophagus. – 1999. – Vol. 12. – № 1. – P. 28–29.
30. Fasulakis, S. Balloon dilatation in children for oesophageal strictures other than those due to primary repair of oesophageal atresia, interposition or restrictive fundoplication / S. Fasulakis, S. Andronikou // Pediatr. Radiol. – 2003. – Vol. 33 – № 10. – P. 682–687.
31. Ikeya, T. Endoscopic balloon dilation for benign esophageal anastomotic stricture: factors influencing its effectiveness / T. Ikeya [et al.] // Hepatogastroenterology. – 1999. – Vol. 46. – № 26. – P. 959–966.
32. Katada, C. Esophageal stenosis after endoscopic mucosal resection of superficial esophageal lesions / C. Katada [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2003 – Vol. 57. – № 2. – P. 165–169.
33. Kouchi, K. Endosonographic evaluation in two children with esophageal stenosis / K. Kouchi [et al.] // J. pediatr. surg. – 2002 – Vol. 37. – № 6. – P. 934–936.
34. Latteri, S. Current trends in the surgical treatment of lesions caused by caustic ingestion / S. Latteri [et al.] // Chir. Ital. – 1999. – Vol. 51. – № 2. – P. 99–108.
35. Muminhodzic, K. Balloon dilatation in esophageal stenosis / K. Muminhodzic [et al.] // Med. Arh. – 2003. – Vol. 57. – № 1. – Suppl. 1 – P. 45–47.
36. Nelson, D.B. Bacteremia with esophageal dilation / D.B. Nelson, S.J. Sanderson, M.M. Azar // Gastrointest. endosc. – 1998. – Vol. 48. – № 6. – P. 563–567.
37. Piotet, E. Esophageal and pharyngeal strictures: report on 1,862 endoscopic dilations using the Savary-Gilliard technique / E. Piotet, A. Escher, P. Monnier // Eur. arch. otorhinolaryngol. – 2008. – Vol. 265. – № 3. – P. 357–364.
38. Qureshi, S. Benign esophageal strictures: behaviour, pattern and response to dilatation / S. Qureshi [et al.] // J. pak. med. assoc. – 2010. – Vol. 60. – № 8. – P. 656–660.
39. Repici, A. Systematic review: the role of self-expanding plastic stents for benign oesophageal strictures / A. Repici [et al.] // Aliment. pharmacol. Ther. – 2010. – Vol. 31. – № 12. – P. 1268–1275.
40. Rohl, L. Esophageal rings and strictures. Manometric characteristics in patients with food impaction / L. Rohl [et al.] // Acta. radiol. – 2000. – Vol. 41. – № 3. – P. 275–279.
41. Said, M. Balloon dilatation of anastomotic strictures secondary to surgical repair of oesophageal atresia / M. Said [et al.] // Br. j. radiol. – 2003. – Vol. 76. – № 901. – P. 26–31.

V.L. Belevich, D.V. Ovchinnikov

### Benign stenosis of the esophagus and its anastomosis: state of the problem

**Abstract.** Stricture of the esophagus and its anastomotic stenosis does not constitute a large share in the structure of surgical pathology, but are of great clinical and social significance due to the rapid disability workforce. Depending on the etiological factors of dysphagia benign approaches to the differential treatment of these patients on the basis of literature data. Evaluated the possible complications and the results obtained. When esophageal anastomotic stenosis, characterized by early development of the authors recommended elektroincision, with later development due to the formation of hypertrophic scar shows balloon dilatation. Depending on the length of benign strictures or balloon dilation is suitable for short strictures, bougienage or the wire or string with the longest, sub- and total strictures. Subsequently, the elimination of dysphagia, a supportive bougienage for the prevention of restenosis and the achievement of a long period of remission. The possibility of further dilatation therapy for the development of complications. The indications for abandoning conservative tactics and execution of operational benefits. All the provisions and recommendations are given critical analysis of literature but.

**Key words:** esophagus, benign stricture of the esophagus, anastomosis, stenosis of the anastomosis, bougienage, balloon dilation, stenting of the stricture of the esophagus.

Контактный телефон: +7-911-299-87-64; e-mail: dv.ovchinnikov-vma@yandex.ru