

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С РАВНОЗНАЧНО ВЫРАЖЕННОЙ КЛИНИКОЙ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА



Низамходжаев Зайниддин Махаматович<sup>1</sup>, Лигай Руслан Ефимович<sup>1</sup>,  
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич<sup>2</sup>, Цой Алексей Олегович<sup>1</sup>, Абдуллаев Давранбек Сабинович<sup>1</sup>,  
Файзуллаев Охунжон Абдусатторович<sup>1</sup>, Абдукаримов Абдурашид Дилшод угли<sup>1</sup>

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОННИНГ БИР ХИЛ ДАРАЖАДАГИ АНИҚ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИГА ЭГА БЎЛГАН ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОННИНГ ҚЎШМА КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ТАКТИКА

Низамходжаев Зайниддин Махаматович<sup>1</sup>, Лигай Руслан Ефимович<sup>1</sup>,  
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич<sup>2</sup>, Цой Алексей Олегович<sup>1</sup>, Абдуллаев Давранбек Сабинович<sup>1</sup>,  
Файзуллаев Охунжон Абдусатторович<sup>1</sup>, Абдукаримов Абдурашид Дилшод ўгли<sup>1</sup>

1 – ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH COMBINED POST-BURN ESOPHAGEAL AND STOMACH STRICTURES WITH EQUALLY STRONG CLINICAL STENOSIS OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH

Nizamkhodjaev Zainiddin Mahamatovich<sup>1</sup>, Ligai Ruslan Efimovich<sup>1</sup>, Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich<sup>2</sup>,  
Tsoi Alexey Olegovich<sup>1</sup>, Abdullaev Davranbek Sabirovich<sup>1</sup>, Faizullaev Okhunjon Abdusattorovich<sup>1</sup>,  
Abdulkarimov Abdurashid Dilshod ugli<sup>1</sup>

1 - State Institution " Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ушбу мақолада қўшма қизилўнғач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган, қизилўнғач обструкцияси ва ошқозон чиқиши қисми стенозининг бир хил даражада аниқ клиник белгилари бўлган 103 беморни даволаш тажрибаси келтирилган. Беморларга комплекс текширувдан сўнг қизилўнғач ва ошқозонда ҳам кам инвазив, ҳам реконструктив операциялар ўтказилди. Мақолада кам инвазив операциялар ва амалга оширилган операция амалиётлар натижалари келтирилган.

**Калит сўзлар:** қўшма қизилўнғач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши, хирургик тактика самардорлиги.

**Abstract.** This article presents the experience of treating 103 patients with combined post-burn strictures of the esophagus and stomach, with equally pronounced clinical signs of esophageal obstruction and gastric output stenosis. After a comprehensive examination, the patients underwent both minimally invasive and reconstructive surgeries on the esophagus and stomach. The article presents the results of minimally invasive interventions and operations performed.

**Key words:** combined post-burn strictures of the esophagus and stomach, effectiveness of surgical tactics.

**Актуальность.** Пациенты с химическими ожогами пищевода и желудка составляют треть всех госпитализируемых токсикологические от-

деления, при этом преобладание клиники повреждения пищевода составляет свыше 70%, а желудка – до 32%, причем сочетанные повреждения

пищевода и желудка с превалированием какого-либо органа фиксируются в половине случаев [1,3].

Следует понимать, что тяжесть повреждения и распространенность ожоговой болезни и связанной с ней последующих стриктурных изменений пищевода и желудка зависит от нескольких факторов: «от количества и концентрации агрессивной жидкости, ее вязкости, экспозиции и ее резорбтивного действия» [5].

После проглатывания неорганических кислот последние, вызывают денатурацию белков слизистой оболочки и подслизистого слоя, что приводит к формированию достаточно плотного некротического вала коагуляционного гонеза, что способствует ограничению проникновения кислоты вглубь тканей, однако именно это обуславливает формированию болевого шока и увеличению интоксикации организма, что приводит к формированию осложнений [5].

До сих пор, ведутся дискуссии относительно выбора метода хирургической коррекции сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка (ПРСПиЖ): фунгостомия, гастрэктомия, резекция, обходные анастомозы, дренирующие операции, пилоропластика, выполнение которых зависит от времени с момента ожога, от степени сужения и локализации стриктуры желудка. Сохраняются нерешенными вопросы оптимальных сроков реконструктивных вмешательств на пищеводе, после восстановления проходимости желудка, а также не изучены результаты одномоментных вмешательств на пищеводе и желудке [4].

До сих пор отсутствует единая тактика хирургического лечения больных с сочетанными поражениями пищевода и желудка. Так большинство авторов считают, что первоначально необходимы хирургические вмешательства на желудке, а восстановление проходимости пищевода оставляют на второй этап.

Остается открытым вопрос о последовательности оказания медицинской помощи в зависимости от времени химического ожога, от локализации, протяженности стриктуры и степени нарушения эвакуации из пищевода и желудка.

**Материал и методы.** В основу настоящей научно-исследовательской работы лег опыт отделения хирургии пищевода и желудка РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова, в котором за период с 1990 по 2022 год находилось на стационарном обследовании и лечении 247 больных с ПРСПиЖ.

Мужчин было 112 (45,3%), а женщин – 135 (54,7%). Возраст колебался от 18 до 73 лет, в среднем – 34,62±3,43 года. Преобладали пациенты трудоспособного возраста (19-59 лет) – 235

(95,1%), что подчеркивает высокую социальную значимость настоящей проблемы.

Констатировано преобладание у больных с сочетанными ПРСПиЖ химического ожога кислотами – у 209 (84,6%), по сравнению с щелочами 16 (6,4%) и неизвестными жидкостями 22 (9%). У женщин в подавляющем большинстве случаев причиной ожога была уксусная эссенция – 116 (85,9%), при этом технические жидкости (неорганические кислоты, щелочи) были причиной ожога только у 19 (14%) больных. У мужчин уксусная эссенция была причиной ожога только у 44 (39,3%) больных, прием различных технических жидкостей отмечен у 68 (60,7%), что более чем в 4 раза выше относительно женщин.

У пациентов в возрасте до 19 лет основным реагентом была уксусная эссенция (95,5%), то с увеличением возраста отмечается уменьшение количества больных с ожогом уксусной эссенцией: от 19 до 44 лет – у 64,5%, от 45 до 59 лет – у 61,8% и от 60 до 74 лет – только у 25% больных. Напротив, с возрастом больных увеличивается количество ожогов различными техническими жидкостями (неорганические кислоты, щелочи), а также ожоги неизвестными реагентами.

Пациентам проводили анамнестические, клинические, лабораторные и социальные методы исследования, рентгеноконтрастное исследование пищевода и ЭГДФС.

**Результаты и обсуждение.** Характер сочетанного поражения желудка был следующим: привратник у 24 (9,7%), антральный отдел у 51 (20,6%), выходной отдел желудка (привратник+анtrum) у 143 (57,9%), тело желудка у 7 (2,8%), анtrum+тело желудка у 11 (4,5%), субтотальное у 4 (1,6%) и тотальное у 7 (2,8%).

Анализ локализации сочетанного поражения желудка от характера ожога показал, что в большинстве случаев поражается антральный или выходной (привратник+анtrum) отделы желудка в независимости от того какой химический реагент употребил пациент. Этот факт, по всей видимости, обусловлен анатомическими особенностями желудка, т.к. большее количество реагента концентрируется в выходном отделе желудка.

У 231(93,5%) пациентов после рентгенологического исследования желудка выявлены различные нарушения эвакуаторной функции. Из их числа у 5(2,2%) больных нарушения эвакуации не выявлено, у 65(28,1%) больных – I степень (компенсированный стеноз), у 63(27,3%) больных – II степень (субкомпенсированный стеноз) и у 98(42,4%) больных – III степень (декомпенсированный стеноз).

У 5,7% больных масса тела была в норме, а у остальных пациентов наблюдался дефицит веса: до 5кг у 21(8,5%), от 5 до 10 кг у 39(15,8%), от 10 до 15 кг у 58(23,4%), от 15 до 20 кг у 64(26%) и

более 20 кг у 51(20,6%). У пациентов с компенсированным стенозом снижение веса более чем на 15 кг отмечено у 34%, то при субкомпенсированном стенозе данный показатель составил 53,9%, а при декомпенсированном – 60,2%. Это свидетельствует о глубоких алиментарных нарушениях у больных с сочетанными сужениями пищевода и желудка в связи с наличием двух уровней непроходимости пищеварительного тракта.

Только у 13 пациентов, что составило 5,3% при опросе не выявлено признаков нарушения проходимости любой пищи по пищеводу. У остальных 234 (94,7%) выявлены различные степени нарушения проходимости пищи: I степень – 26(10,5%), II степень – 96(38,8%), III степень – 80(32,4%) и IV степень – 32(13%) больных. При II степени дисфагии в 37,5% случаев диагностирован компенсированный стеноз, у 30,2% - субкомпенсированный и у 27% - декомпенсированный стеноз. При III степени дисфагии у 2,5% не диагностирован стеноз, при этом компенсированный стеноз – у 30%, субкомпенсированный стеноз – у 32,5% и декомпенсированный стеноз – у 27,5% больных. У 32(13%) больных констатирована IV степень дисфагии при которой отмечается полная непроходимость любой пищи.

Мы посчитали целесообразным разделить пациентов на три группы в зависимости от степени преобладания клиники непроходимости пищевода или нарушения эвакуации из желудка, а также в зависимости от времени с момента ожога

В I группу включены 43 больных, что составило 17,4%. Из 43 больных, 21 (48,8%) больной обратился в раннем постожоговом периоде, а 22 (51,2%) больных в позднем. В клинической картине и по данным инструментальных методов обследования у пациентов превалировала клиника нарушения эвакуации из желудка. При этом при наличии рубцовой деформации пищевода нарушения его проходимости не установлено или бы-

ли выражены минимально, что не потребовало инструментальных и хирургических вмешательств.

Во II группу включены 101 больной, что составило 40,9%. В раннем постожоговом периоде поступило 60 (59,4%) больных, а в позднем 41 (40,6%) больных. У данных пациентов превалирующим в клинической картине было нарушение проходимости пищевода, в связи с чем, необходимости в проведении реконструктивных вмешательств на желудке у данной группы не было.

В III группу вошли 103 больных, что составило 41,7%. Все больные обратились в позднем постожоговом периоде у которых невозможно было определить превалирование клиники непроходимости пищевода или нарушения эвакуации из желудка, которые были выражены равноценно и требовали одномоментной или поэтапной инструментальной или хирургической коррекции.

На наш взгляд, наибольшую сложность представляют больные именно III группы. Локализация постожоговой рубцовой деформации пищевода и степень выраженности дисфагии у данных больных представлены в таблице 1, из данных которой следует, что наибольшая часть пациентов была с сужением грудного отдела пищевода. При этом нижняя треть в 17,5%, средняя и нижняя треть у 37,9%, отмечается достаточно высокая частота поражения всех отделов пищевода у 13,6% пациентов.

Данные статистического анализа показали, что степень дисфагии не зависит от локализации ПРСП у больных с сочетанными поражениями.

Анализ характера дисфагии у данной группы больных показал, что только у 9,7% больных отмечалась клинически значимая дисфагия на твердую пищу, дисфагия II степени была у 37,8%, III степени у 35% и у 17,5% - отмечена полная непроходимость пищевода.

**Таблица 1.** Локализация ПРСП и характер дисфагии при сочетанных сужениях асту

Локализация ПРСП	Степень дисфагии				Итого
	I	II	III	IV	
Устье	1	2	1	-	4(3,9%)
Устье+шейный отдел	-	-	2	4	6(5,8%)
Устье+грудной отдел	-	2	1	-	3(2,9%)
Верхняя треть	1	2	1	-	4(3,9%)
Верхняя и средняя треть	1	3	2	-	6(5,8%)
Верхняя и нижняя треть	-	2	1	-	3(2,9%)
Верхняя, средняя и нижняя треть	-	5	5	4	14(13,6%)
Средняя треть	-	4	2	-	6(5,8%)
Средняя и нижняя треть	1	14	17	7	39(37,9%)
Нижняя треть	6	5	4	3	18(17,5%)
Всего	10(9,7%)	39(37,8%)	36(35%)	18(17,5%)	103(100%)
Достоверность	$\chi^2=35.3, df=27, p=0.13 (p<0.05)$				

**Таблица 2.** Локализация и характер нарушения эвакуации из желудка при сочетанных ПРСПиЖ

Локализация сужения желудка	Характер нарушения эвакуации из желудка		Итого
	II степень	III степень	
Привратник	5	5	10(9,7%)
Анtrum	10	12	22(21,4%)
Привратник+анtrum	26	35	61(59,2%)
Тело	-	2	2(2%)
Тело+привр+анtrum	2	3	5(4,8%)
Субтотальное	-	1	1(1%)
Тотальное	-	2	2(2%)
Всего	43(41,7%)	60(58,3%)	103(100%)
Достоверность	$\chi^2=4.43, df=6, p=0.62 (p<0.05)$		

В связи с этим всем пациентам третьей группы были абсолютно показаны инструментальные или хирургические вмешательства.

В данной группе больных также проведен подробный анализ локализации поражения желудка, а также ее влияние на нарушение эвакуаторной функции, что представлено в таблице 2.

Статистические исследования показали, что степень нарушения эвакуации из желудка достоверно не связана с локализацией сужения желудка.

При этом сочетанное сужение привратника установлено у 10(9,7%), антрального отдела у 22(21,4%), выходного отдела желудка у 61(59,2%), тела желудка у 2(2%), тела, привратника + анtrum и привратника с анtrumом у 5(4,8%), субтотальное сужение у 1(1%) и тотальное у 2(2%) больных.

Из данных таблицы 2. следует, что у всех пациентов отмечены выраженные нарушения эвакуаторной функции желудка, при этом субкомпенсированный стеноз установлен у 41,7% и декомпенсированный стеноз у 58,3%. Следовательно, во всех случаях была показана хирургическая коррекция нарушения эвакуации.

Больные III группы, были разделены нами на две подгруппы:

III А подгруппу составили 51 (49,5%) больной, состояние которых не позволяло выполнить радикальную одномоментную операцию и им были выполнены бужирование пищевода и/или паллиативные вмешательства, так как бужирование решало вопрос только со стриктурой пищевода, но не во всех случаях, а рубцовый процесс в желудке требовал коррекции. Однако при этом, объем вмешательства был минимальным и ограничивался либо обходным анастомозом, либо местной пластикой. Характер выполненных вмешательств представлен в таблице 2.

III В подгруппу, составили 52 (50,5%) больных, состояние которых было удовлетворитель-

ным и позволяло выполнить радикальную коррекцию как стеноза пищевода, так и желудка.

Тактика лечения больных с сочетанными ПРСПиЖ зависела от возможности инструментальных методов реканализации пищевода, в связи с чем далее результаты будут оцениваться по двум подгруппам: с эффективным или неэффективным бужированием и стентированием.

Из 51 больного, 18 пациентам, что составило 35,3% провести бужирование не удалось, либо результат был неудовлетворительный: у 2(4%) пациентов бужирование пищевода было оценено, как невозможное вследствие полной облитерации просвета пищевода, у 13(25,5%) больного попытки проведения струны или бужа были неэффективными, у 3(5,9%) больных удалось провести буж диаметром менее №22, что соответствует неудовлетворительному результату. Эффективное бужирование, при котором получены хорошие и удовлетворительные результаты получены у 33 больных, что составило 64,7%.

После проведенных инструментальных методов лечения ни в одном случае не отмечено явлений перфорации пищевода, кровотечение из рубцовой стриктуры развилось у 2(6%), которое остановлено консервативными мероприятиями, обострение эзофагита отмечено у 3(9%), явления которого также купированы консервативными мероприятиями.

После выполнения инструментальных методов лечения больным выполнялись различные хирургические вмешательства на желудке, характер которых представлен в таблице 3.

Характер хирургических вмешательств после успешного курса бужирования зависел от локализации сочетанного поражения желудка, от распространенности сужения, степени нарушения эвакуации из желудка, времени с момента поступления, а также от тяжести состояния больного. У 18 больных с неудовлетворительными результатами бужирования, была наложена гастростома.

**Таблица 3.** Характер инструментальных и хирургических вмешательств на пищеводе и желудке

Характер операций на желудке	Характер вмешательств для восстановления непроходимости пищевода				Итого
	БП	ЭБ	ЭБ+ЭС	Гастростома	
ГЭА	9	9	1	8	27(53%)
Пилоропластика	4	5	-	5	14(27,4%)
ГДА	2	-	-	3	5(9,8%)
Местная пластика	-	3	-	2	5(9,8%)
Всего	15(29,4%)	17(33,3%)	1(2%)	18(3,5%)	51(100%)

**Таблица 4.** Характер хирургических вмешательств на пищеводе и желудке

Характер операций на желудке	Характер вмешательств для восстановления непроходимости пищевода			Итого
	ШКП	Резекция н/3	ЭП	
ГЭА	14	-	-	14(23%)
Пилоропластика	12	-	1	13(25%)
ГДА	2	-	-	2(3,8%)
Местная пластика	5	-	-	5(9,6%)
Резекция 1/2 желудка	12	-	-	12(23%)
Резекция 2/3 желудка	4	-	-	4(7,7%)
Гастрэктомия	-	1	-	1(2%)
С/т резекция желудка	1	-	-	1(2%)
Всего	50(96,2%)	1(2%)	1(2%)	52(100%)

Оперативные вмешательства, выполненные у этих больных, были разделены на **3 группы**:

- **Обходные вмешательства у 32(62,7%) больных**: обходной ГЭА с ЭЭА по Брауну у 27 и обходной ГДА по Джабулею у 5 пациентов;

- **Местно-пластические вмешательства у 19(37,3%) больных**: пилоропластика по Микуличу – у 14 и местная пластика желудка у 5 больных. Местная пластика желудка заключается в продольном рассечении пораженной стенки желудка со вскрытием его просвета, затем выполняется иссечение рубцовых тканей с последующим сшиванием двухрядными узловыми швами в поперечном направлении.

- **Сочетанные операции у 18(3,5%) больных**, когда из-за невозможности или неэффективности бужирования, накладывалась гастростома и выполнялось наложение обходного гастроэнтероанастомоза.

Из 52 больных, во случаях состояние больного позволяло произвести коррекцию стеноза как пищевода, так и желудка.

В эту группу входили больные с протяженными стриктурами и с извитым ходом стриктуры, бужирование которых, менее эффективное в сравнении с короткими, а также сопряжены с высоким риском ятрогенного повреждения стенки пищевода. В этой связи, к применению инструментальных методов расширения стриктуры не прибегали. Этим больным выполнялись одномоментные вмешательства на пищеводе и желудке, которые представлены в таблице 4.

Как видно из данных таблицы 4, в данной подгруппе выполнялись разнообразные одномоментные вмешательства, что лишним раз подчеркивает необходимость индивидуального подбора оптимальной тактики, которая у данной категории пациентов зависит от многих факторов: тяжесть состояния больного, время с момента ожога, особенности рубцовых поражений пищевода и желудка.

У всех 52 больных выполнены сложные реконструктивные операции на пищеводе (шунтирующая колопластика у 50, резекция нижней трети пищевода у 1 и экстирпация пищевода у 1). Из 50 шунтирующих колоэзофагопластик в качестве симультанной операции выполнена пилоропластика у 12, обходной ГЭА у 14, местная пластика желудка у 5 и резекция желудка у 16 пациентов.

Наиболее сложной, травматичной, но в то же время радикальной операцией является выполнение шунтирующей колопластики в сочетании с резекцией желудка, при этом экономная резекция желудка выполнена у 12, резекция 2/3 желудка у 4 и субтотальная резекция желудка у 1 пациента.

В раннем послеоперационном периоде у 4(7,7%) больных развилось нагноение раны. В двух случаях развились грозные осложнения, которые привели к летальному исходу, что составило 3,8%.

В первом случае у больного с тотальным постожоговым рубцовым сужением пищевода и сочетанным сужением выходного отдела желудка выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот I, а

также шунтирующая колоэзофагопластика. В послеоперационном периоде развилось арозивное кровотечение из щитовидных артерий, дважды проводилась реколитомия с остановкой кровотечения. Затем развилась клиника недостаточности коло-колоанастомоза с развитием перитонита, произведена релапаротомия с выведением одноствольной колостомы. На фоне продолжающегося перитонита наступил летальный исход.

Во втором случае у больной с субтотальным сужением пищевода и сочетанным сужением тела и выходного отдела желудка, выполнена резекция 2/3 желудка и шунтирующая колоэзофагопластика. Однако в послеоперационном периоде развился тотальный некроз колотрансплантата, в связи с чем выполнена релапаротомия, удаление трансплантата с выведением эзофагостомы и наложением гастростомы.

**Выводы.** Подводя итоги, на наш взгляд, следует еще раз подчеркнуть сложность при выборе хирургической тактики у данной категории больных. Сложность выбора обусловлена временем, прошедшим с момента ожога, степенью выраженности клинических проявлений стеноза пищевода или желудка, а также выраженностью алиментарных нарушений. Каждый конкретный случай сочетанного рубцового сужения требует индивидуального подхода при выборе хирургической тактики. Так хирургическая тактика при поздних ожогах не применима при ранних ожогах вследствие не завершенного рубцового процесса и требует выполнения лишь симптоматических инструментальных и оперативных методов лечения. При поздних же ожогах, выполнение радикальных операций возможно лишь при сохраненном алиментарном статусе, в противном же случае это также требует выполнения симптоматических вмешательств.

#### Литература:

1. Блоцкий А.А., Антипенко В.В., Блоцкий Р.А. Диагностика и тактика лечения больных с химическими ожогами пищевода // Актуальные вопро-

сы оториноларингологии Благовещенск, 2020 г., с.147-153

2. Годжелло Э.А., Хрусталева М.В., Галлингер Ю.И. Эндоскопическое протезирование стенозов пищевода и кардии саморасширяющимися металлическими стентами: методические рекомендации для врачей -ФГБНУ «РНЦХ им. академика Б. В. Петровского», 2016. - 67 с.

3. Стрюковский А.Е., Тараканов В.А., Старченко В.М., Пилипенко Н.В. Лечение детей с химическими ожогами пищевода различной этиологии. Инновационная медицина Кубани. 2019;14(2): 45-50

4. Шайхиев Е.У. Лечение сочетанных рубцовых сужений пищевода // Вестник хирургии Казахстана. 2010. №1 (21). С.3-8

5. Шамсиев А.М. и др. Лечение ожогов пищевода и их осложнений у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2011. - № 1. - С. 60-64

#### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С РАВНОЗНАЧНО ВЫРАЖЕННОЙ КЛИНИКОЙ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

*Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Бабажанов А.С., Цой А.О., Абдуллаев Д.С., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д.*

**Резюме.** В данной статье представлен опыт лечения 103 больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка, с равнозначно выраженной клиникой непроходимости пищевода и стеноза выходного отдела желудка. После проведения комплексного обследования, больным выполнялись как миниинвазивные, так и реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе и желудке. В статье представлены результаты проведенных миниинвазивных вмешательств и произведенных операций.

**Ключевые слова:** сочетанные постожоговые рубцовые сужения пищевода и желудка, эффективность хирургической тактики.