Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Реферат на тему:**

**Бужирование рубцовых стенозов пищевода в эндоскопии.**  
  
  
 Выполнил: Аргаткин И.С  
 Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова О.В.

Красноярск, 2022

**Содержание**

1. Введение.
2. Этиология.
3. Клиническая классификация.
4. Показания для проведения эндоскопического бужирования.
5. Процедура бужирования пищевода
6. Заключение.
7. Список использованной литературы.
8. **Введение**

Эндоскопическое бужирование – методика расширения просвета полого органа или анастомоза с целью восстановления его проходимости. Эта манипуляция относится к категории лечебных эндоскопических процедур и осуществляется с помощью специальных инструментов – бужей.

Проблема выбора тактики и способа лечения рубцовых стриктур пищевода (РСП) до сих пор продолжают быть одной из актуальных задач хирургии. Это обусловлено относительно частой распространенностью рубцовых стриктур пищевода, их полиэтиологичностью, трудностью определения оптимального срока и выбора способа лечения, высоким уровнем осложнений и летальности. Среди причин развития стриктур пищевода наиболее часто встречается химический ожог пищевода кислотой или щелочью (образуются у 70-80 % больных), пептический эрозивно-язвенный эзофагит, обусловленный гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, рубцовые стриктуры пищеводных соустий наблюдаются в послеоперационном периоде, как правило, после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка [1].

Ожоговая травма пищевода, как причина дисфагии, занимает второе место после рака пищевода и, как правило, встречается у пациентов наиболее активного в трудовом отношении, возраста (22 года – 56 лет), что обусловливает социальную значимость медицинской реабилитации данной категории больных [2].

1. **Причины возникновения доброкачественных стриктур пищевода.**

Наиболее часто стриктуры пищевода развиваются в результате случайного или умышленного приема "агрессивных" прижигающих растворов. Другая весьма распространенная причина формирования доброкачественных сужений пищевода - длительно текущий пептический эзофагит, возникающий при постоянном рефлюксе в пищевод желудочного сока, иногда желчи и тонкокишечного содержимого, как правило, у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Реже стенозы развиваются в результате лучевой терапии, склерозирования варикозно расширенных вен пищевода, перенесенных инфекционных болезней (дифтерия, туберкулез, сифилис и др.), микозов пищевода либо являются одним из проявлений коллагенозов, в частности системной склеродермии, системной красной волчанки, дерматомиозита, иногда опережая появление периферического симптомокомплекса на несколько лет [7].

1. **Эндоскопическая классификация сужений пищевода:**

* I степень — сужение просвета пищевода до 9–11 мм;
* II степень — сужение просвета до 6–8 мм;
* III степень — сужение просвета 3–5 мм;
* IV степень — просвет пищевода сужен до 1–2 мм или полностью заблокирован [5].

1. **Показания для проведения эндоскопического бужирования**.

Рубцовое сужение пищевода II-IV степени как следствие случайного или умышленного приема агрессивных химических веществ, пептического эзофагита, микотического поражения пищевода, проведенной ранее лучевой терапии, склерозирования варикозно расширенных вен пищевода (при этом диаметр просвета пищевода составляет менее 11 мм Стриктуры пищеводных анастомозов (эзофагогастро-, эзофагоэнтероанастомозов). Пациентам выполняется бужирование на любых сроках формирования стриктуры, но не ранее чем 10 дней после оперативного вмешательства [6].

1. **Процедура бужирования пищевода**

Основой любого бужирования является механическое растяжение зоны стеноза за счет передачи давления с проксимального конца на дистальный. При этом превалирует продольное направление силы, растягивающей пищевод в длину, и скарификация слизистой оболочки. Кроме того, бывает сложно рассчитать величину давления на буж, так как при плотных стриктурах ткани часто не растягиваются, а при рыхлых — возникают глубокие разрывы слизистой и подслизистой оболочек пищевода. В связи с этим, процессы регенерации ткани в месте разрыва слизистой значительно снижены. Главным недостатком их являются частые рецидивы стеноза. Кроме того, бужирование приводит к надрывам слизистого и подслизистого слоев в области стенозированного участка пищевода, а процесс заживления тканей в этой области достаточно длительный и сопровождается образованием рубца

В настоящее время наиболее безопасным считается две методики расширения стриктур пищевода: бужирование полым бужом по направляющей струне и эндоскопическая баллонная дилатация [3,4].

В клинике ККБ используется методика бужирования стриктур по направляющей струне с использования рентгенологической установки.

Она заключается в установке гибкой или более ригидной металлической струны по биопсийному каналу эндоскопа за область сужения с последующим проведением по проводнику, как по направителю, пластиковых бужей разного диаметра, начиная от наименьшего. Для процедуры бужирования мы применяем бужи типа Savary с конусообразным дистальным концом и внутренним каналом на всем протяжении бужа.

Важной задачей для специалиста является проведение эндоскопа через сужение, т.к. это позволит не только установить протяженность стриктуры, но и оценить её ход, направление, убедиться в отсутствии двойных или множественных сужений, свищевых ходов, дивертикулов, что позволит избежать осложнений. Если эндоскоп провести за сужение не удается, то делается попытка проведения струны вслепую, что также является безопасным для пациента, т.к. проведение струны осуществляется её мягким концом и под R-контролем. В редких случаях струну не удается провести через сужение, что наблюдается, например, при полном рубцовом сращении, либо при выраженном изгибе и извитости участка сужения, всё это рассматривается как противопоказание для выполнения бужирования и пациенту назначается рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом для установления причины возникших трудностей.  
  
Бужирование начинается с проведения бужа малого диаметра, не превышающего диаметр наиболее суженного участка. Затем буж заменяют на следующий, большего диаметра. За один сеанс применяется от 2 до 3 бужей. При бужировании специалист определяет степень ригидности стриктуры по мануальным ощущениям, что позволяет ему контролировать прилагаемое усилие, ограничивая насильственное преодоление чрезмерного сопротивления рубцовых тканей, и таким образом повышает безопасность вмешательства.

Во время исследования пациент находится под общим наркозом, т.к в момент прохождения рубцовых стриктур, их разрыв - это весьма болезненно для пациента. После проводится контрольный осмотр для исключения перфораций, оценки проведенного вмешательства и в завершение через рабочий канал подается рентгенконтраст (тразограф) для исключения затеков. Все наши шаги мы фиксируем и все фотографии прикрепляем в системе QMS.

1. **Заключение**

Наиболее эффективным и щадящим и безопасным методом бужирования следует считать бужирование по струне-направителю с применением гибкого проводника, позволяющее за короткое время восстановить проходимость пищевода, сократить продолжительность пребывания больных в стационаре за весь период лечения до 12–17 дней; уменьшить число осложнений отказаться от необходимости превентивной гастростомии.

В нашей клинике на базе отделения эндоскопии, такой метод лечения применяется довольно часто, в среднем 3-5 пациента в месяц, проводим от 3 до 5 этапов с интервалом между процедурой 6-7 дней. Положительным результатом мы считаем если достигли просвета пищевода 14-15 мм.

7. **Литература**

## [Вестник хирургии Казахстана](https://cyberleninka.ru/journal/n/vestnik-hirurgii-kazahstana) 2013 г./ [Стриктуры пищевода: эндоскопические методы лечения](https://cyberleninka.ru/article/n/striktury-pischevoda-endoskopicheskie-metody-lecheniya)/Аманжолов Б.Р.

## Королев М.П. Диагностика и лечение ожоговых сужений пищевода и желудка // – Москва. – 2009. – 243 с

## [ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА](https://cyberleninka.ru/article/n/lechebno-diagnosticheskiy-algoritm-pri-dobrokachestvennyh-rubtsovyh-strikturah-pischevoda)/Чернеховская Н.Е., Поваляев А.В/2016 / [Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология](https://cyberleninka.ru/journal/n/eksperimentalnaya-i-klinicheskaya-gastroenterologiya)

## Разумовский А. Ю., Романов А. В., Садчикова Р. В. и др. Бужирование при химических ожогах пищевода у детей // Хирургия. 2001. № 11. С. 47–50.

## Андреев А.Л. Эндоскопическая баллонная гидродилатация и эндопротезирование при рубцовых сужениях пищеводаи пищеводных анастомозов: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.27 /АМН СССР. Всесоюз. науч. центр хирургии. - М., 2001. - 23 с

## <https://www.niioncologii.ru/highlights>

## Современное состояние проблемы ожоговых рубцовых сужений пищевода и возможности эндоскопических методик восстановленияего проходимости (обзор)/ Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова/ 2015г.