ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОПЛАСТИКОЙ

НИЗАМХОДЖАЕВ ЗАЙНИДДИН МАХАМАТОВИЧ, докт. мед. наук, профессор, руководитель отделения хирургии пищевода и желудка АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова», Узбекистан, 100115, Ташкент, ул. Фархадская, 10, тел. +998-90-348-64-57, e-mail: docligay73@rambler.ru

ЛИГАЙ РУСЛАН ЕФИМОВИЧ, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова», Узбекистан, 100115, Ташкент, ул. Фархадская, 10, тел. +998-90-348-64-57, e-mail: docligay73@rambler.ru

ШАГАЗАТОВ ДОНИЯР БАХТИЯРОВИЧ, канд. мед. наук, врач-ординатор АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова», Узбекистан, 100115, Ташкент, ул. Фархадская, 10, тел. +998-71-277-26-80

ЦОЙ АЛЕКСЕЙ ОЛЕГОВИЧ, младший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова», Узбекистан, 100115, Ташкент, ул. Фархадская, 10, тел. +998-90-348-64-57, e-mail: alexey_tsoy@mail.ru

ХАДЖИБАЕВ ЖАМШИД АБДУАЗИМОВИЧ, младший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова», Узбекистан, 100115, Ташкент, ул. Фархадская, 10, тел. +998-90-348-64-57

НИГМАТУЛЛИН ЭЛЬНАР ИЛЬДАРОВИЧ, резидент магистратуры Ташкентской медицинской академии, Узбекистан, Ташкент, тел. +998-90-372-24-77, e-mail: etoyaek@mail.ru

Реферат. Цель исследования — изучить характер, частоту и причины развития специфических осложнений после экстирпации пищевода. **Материал и методы.** Отделение хирургии пищевода и желудка АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова» располагает опытом лечения 234 больных с различными заболеваниями пищевода, которым выполнена экстирпация пищевода в период с 1991 по 2015 г. Всем пациентам произведена субтотальная экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой с формированием внеполостного анастомоза на шее. В зависимости от использования усовершенствованных технических аспектов формирования трансплантата из желудка больные были распределены на 2 группы. Контрольная группа (КГ) — 79 пациентов, находившихся в отделении с 1991 по 2000 г., у них использован традиционный метод формирования гастротрансплантата. Основную группу (ОГ) составили 155 пациентов, оперированные с 2001 по 2015 г., у них использован запатентованный усовершенствованный метод формирования трансплантата из желудка. **Результаты и их обсуждение.** Изучены основные группы послеоперационных осложнений после экстирпации пищевода. В сравнительном аспекте изучена частота специфических осложнений в контрольной и основной группах после внедрения усовершенствованной методики формирования гастротрансплантата. **Заключение.** Все послеоперационные осложнения после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе целесообразно объединить в несколько групп: специфические, бронхолегочные, гнойно-воспалительные, сердечно-сосудистые, тромбоэмболические, кровотечения и пр. Благодаря внедрению усовершенствованной методики формирования трансплантата удалось снизить частоту специфических осложнений.

Ключевые слова: пищевод, экстирпация пищевода, послеоперационные осложнения, специфические осложнения, некроз трансплантата, недостаточность пищеводного анастомоза.

Для ссылки: Особенности специфических послеоперационных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой / З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, Д.Б. Шагазатов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 4. — С.39—44.

THE FEATURES OF SPECIFIC POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER THE EXTIRPATION OF ESOPHAGUS WITH ONE-STAGE GASTROPLASTY

NIZAMKHODZHAEV ZAYNIDDIN M., D. Med. Sci., professor, Head of the Department of esophagus and stomach surgery of acad. V. Vahidov RSCS, Uzbekistan, Tashkent, tel. +998-90-348-64-57, e-mail: docligay73@rambler.ru

LIGAY RUSLAN E., C. Med. Sci., senior research worker of the Department of esophagus and stomach surgery, of acad. V. Vahidov RSCS, Uzbekistan, Tashkent, tel. +998-90-348-64-57, e-mail: docligay73@rambler.ru

SHAGAZATOV DANIYAR B., C. Med. Sci., resident physician of acad. V. Vahidov RSCS, Uzbekistan, Tashkent, tel. +998-71-277-26-80

TSOY ALEKSEY O., junior research worker of the Department of esophagus and stomach surgery of acad. V. Vahidov RSCS, Uzbekistan, Tashkent, tel. +998-90-348-64-57, e-mail: alexey_tsoy@mail.ru

KHADZHIBAEV ZHAMSHID A., junior research worker of the Department of esophagus and stomach surgery of acad. V. Vahidov RSCS, Uzbekistan, Tashkent, tel. +998-90-348-64-57

NIGMATULLIN ELNAR I., magistracy of Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent, tel. +998-90-372-24-77, e-mail: etoyaek@mail.ru

Abstract. The aim was to study character, frequency and causes of specific complications after esophagus extirpation. **Material and methods.** Department of esophagus and stomach surgery of acad. V. Vahidov RSCS has an experience in treatment of 234 patients who underwent extirpation of the esophagus between 1991 and 2015. All patients had undergone subtotal extirpation of the esophagus with one-stage esophagogastroplasty with formation of out-cavity

neck anastomosis. Depending on the use of improved technical aspects of formation of the graft from the stomach, patients were divided into 2 groups. Control group (CG) consisted of 79 patients who underwent traditional method of stomach transplant forming in years 1991—2000. The main group (MG) consisted of 155 patients who had surgery in years 2001—2015 using patented improved method of stomach transplant forming. **Results and discussion.** We studied postoperative complications after esophageal extirpation in the MG. Comparative analysis of the frequency of specific complications in CG and MG was performed. **Conclusion.** All postoperative complications were combined into several groups: specific, bronchopulmonary, purulent-inflammatory, cardiovascular, thromboembolic, bleeding and others. Introduction of improved method of transplant forming reduced the incidence of specific complications.

Key words: esophagus, extirpation of esophagus, postoperative complications, specific complications, graft necrosis, insufficient esophageal anastomosis.

For reference: Nizamkhodjaev ZM, Ligay RE, Shagazatov DB, Tsoy AO, Khadjibaev JA, Nigmatullin EI. The features of specific postoperative complications after the extirpation of esophagus with one-stage gastrophasty. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (4): 39—44.

Актуальность проблемы. Реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода продолжает оставаться одним из наиболее сложных направлений в гастроэнтерологии, причем наиболее значимые успехи были достигнуты в последние два десятилетия, что обусловлено внедрением новых технологий, совершенствованием методов диагностики, а также несомненными успехами анестезиологии и реаниматологии, позволившие выполнять сложнейшие вмешательства на пищеводе.

Наиболее распространенным вмешательством в хирургии рака пищевода и его доброкачественных сужений является субтотальная экстирпация пищевода (ЭП) с гастрозофагопластикой, так как благодаря своим пластичным качествам и особенностям кровоснабжения желудок считается оптимальным органом для формирования трансплантата.

Увеличение количества выполняемых вмешательств на пищеводе привело к неизбежному росту различных послеоперационных осложнений, достигающих 55%, среди которых самыми частыми остаются бронхолегочные. Однако наиболее грозными являются так называемые специфические осложнения, к которым относятся некроз трансплантата и недостаточность пищеводной артерии (ПА), от частоты развития которых напрямую зависит уровень летальности, которая колеблется от 5 до 25%.

Цель исследования — изучить характер, частоту и причины развития специфических осложнений после экстирпации пищевода.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова» располагает опытом лечения 234 больных с различными заболеваниями пищевода, которым выполнена экстирпация пищевода в период с 1991 по 2015 г. Всем пациентам произведена субтотальная экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой с формированием внеполостного

анастомоза на шее. В зависимости от использования усовершенствованных технических аспектов формирования трансплантата из желудка больные были распределены на 2 группы.

Контрольная группа (КГ) — 79 пациентов, находившихся в отделении с 1991 по 2000 г., у них использован традиционный метод формирования гастротрансплантата. Основную группу (ОГ) составили 155 пациентов, оперированные с 2001 по 2015 г., у них использован запатентованный усовершенствованный метод формирования трансплантата из желудка. Распределение больных по характеру патологии пищевода и группам представлено в табл. 1, при этом группы сравнения по полу, возрасту, а также по характеру патологии являются репрезентативными ($p > 0,05$).

Суть предлагаемой методики формирования трансплантата (рисунок) заключается в сохранении двух питающих сосудов: правой желудочно-сальниковой и правой желудочной артерии для улучшения кровоснабжения, при этом также сохраняется антральный отдел желудка, служащий резервуаром, который обеспечивает порционно-ритмичный тип эвакуации.

Предлагаемый способ выполняется следующим образом: производится мобилизация желудка по обеим кривизмам с сохранением питающих правой желудочной и правой желудочно-сальниковой артерий, желудок рассекается со стороны малой кривизмы на расстоянии 7 см от привратника, при этом сохраняется анатомическая целостность антрального отдела. Поэтапно создается гастротрансплантат в виде изоперистальтической трубки из большой кривизмы с использованием прецизионной техники при ушивании малой кривизмы: раздельное аппаратное сшивание слизисто-подслизистого слоя и ручные узловые перитонизирующие швы на серозно-мышечном слое желудка,

Таблица 1

Распределение по характеру патологии пищевода и группам

Характер патологии пищевода	Контрольная группа		Основная группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Опухоли пищевода	75	97,4	129	82,2	204	87,2
Ахалазия кардии III—IV стадий	3	1,3	15	10,8	18	7,7
Постожоговые рубцовые стриктуры	—	—	6	3,8	6	2,6
Стенозирующий рефлюкс-эзофагит	1	1,3	5	3,2	6	2,6
Всего	79		155		234	100

Схема формирования гастротрансплантата

благодаря чему удастся удлинить трансплантат на 7—10 см, так как не происходит его деформация. Сохранный антрум обеспечивает не только резервуарную функцию, но и порционно-ритмичный тип эвакуации из трансплантата, что подтверждено рентгенологическим и радиоизотопным исследованиями. Проксимальная часть трансплантата формируется шире (не менее 4 см) для создания более благоприятных условий внутриорганный кровообращения именно той части трубки, где будет формироваться соустье.

Таким образом, благодаря предложенному способу формирования трансплантата создается желудочная трубка необходимой длины для формирования внеполостных пищеводных анастомозов на шее, а его дистальная часть (сохранный антрум) выполняет роль резервуара.

На данную операцию получен патент № IAP 03872 от 12.02.2009 «Новый способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике»

на изобретение от Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Вопросы послеоперационных осложнений являются одними из ключевых в успехе любого хирургического вмешательства, в том числе и при операциях на пищеводе, которые имеют свои особенности, обусловленные самой патологией и сложностью анатомо-топографического расположения пищевода, а также чрезвычайной травматичностью и длительностью пластики пищевода. В связи с этим считаем необходимым выделить основные факторы:

1. Исходное тяжелое состояние.
2. Высокая частота клинически значимой сопутствующей патологии.
3. Длительность хирургического вмешательства.
4. Травматичность хирургического вмешательства.
5. Выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде.

6. Возможность развития различных послеоперационных осложнений.

Все послеоперационные осложнения нами объединены в несколько основных групп:

1. Специфические осложнения.
2. Бронхолегочные осложнения.

3. Гнойно-воспалительные осложнения в большинстве случаев являются следствием специфических осложнений. К ним относятся нагноение раны, а также гнойный медиастинит и эмпиема плевры.

4. Сердечно-сосудистые осложнения нередко являются причиной неудовлетворительных результатов реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе.

5. Тромбоэмболические осложнения в хирургии пищевода также являются частой причиной неудовлетворительных результатов и летальных исходов. Возникновению данных осложнений способствуют наличие онкологической патологии, высокая травматичность и ограничение подвижности пациентов в послеоперационном периоде.

6. Кровотечение возможно при любой операции, однако в хирургии пищевода оно имеет свои отличия. Кровотечение может развиваться в первые сутки после операции за счет соскальзывания лигатур, а также в более поздние сроки и чаще всего связано с гнойным медиастинитом на фоне аррозии сосудов в средостении или околопищеводной клетчатке на шее. В данном случае кровотечение является прямым следствием специфических и гнойно-воспалительных осложнений.

7. Прочие осложнения. В данную условную группу объединены другие осложнения органов и систем, которые встречаются значительно реже, однако некоторые из них также являются как причинами неудовлетворительных результатов, так и летальных исходов.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе (ОГ) пациентов без послеоперационных осложнений было достоверно ($p < 0,0000001$) больше (85; 54,8%), чем в контрольной группе (КГ) (10; 12,6%). Соответственно количества пациентов с послеоперационными осложнениями достоверно снизилось с 87,4% в КГ до 45,2% в ОГ (табл. 2).

Бронхолегочные осложнения развились у 109 (46,6%) пациентов, специфические — у 60 (25,6%), гнойно-воспалительные — у 43 (18,4%), сердечно-сосудистые — у 24 (10,3%), тромбоэмболические — у 13 (5,6%), кровотечение — у 7 (2,9%) и у 14 (5,9%) пациентов отмечены прочие осложнения. В табл. 3 представлен сравнительный анализ их развития в контрольной и основной группах, показывающий достоверное ($p = 0,1488$) снижение частоты всех осложнений в ОГ.

В данном исследовании мы остановимся на специфических осложнениях, непосредственно связанных с техникой экстирпации пищевода. К ним относятся тотальный или концевой некроз гастротрансплантата, недостаточность пищеводных анастомозов, а также недостаточность швов желудочного трансплантата. Отличительной особенностью данных осложнений является, в подавляющем числе случаев, что они возникают в первые 7 дней после операции, т.е. в раннем послеоперационном периоде и нередко являются причинами неудовлетворительных результатов операции. Нами проведен структурный анализ специфических осложнений после 234 эзофагопластик в сравниваемых группах в зависимости от патологии (табл. 4).

Анализ частоты специфических осложнений показал их достоверное снижение ($\chi^2 = 0,5513$; $df = 3$; $p = 0,9075$) в основной группе до 11,6% по сравнению с контрольной группой — 43%. Наибольшее число специфических осложнений закономерно было в

Таблица 2

Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений

Развитие послеоперационных осложнений	Контрольная группа		Основная группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Без осложнений	10	12,6	85	54,8	95	40,6
С осложнениями	69	87,4	70	45,2	139	59,4
Всего	79		155		234	100
$\chi^2 = 38,61$; $p < 0,0000001$						

Таблица 3

Сравнительный анализ характера послеоперационных осложнений

Характер послеоперационных осложнений	КГ (n=79)		ОГ (n=155)		Всего (n=234)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Специфические осложнения	38	48	22	14,2	60	25,6
Бронхолегочные осложнения	54	68,3	55	35,5	109	46,6
Гнойно-воспалительные осложнения	31	39,2	12	7,7	43	18,4
Тромбоэмболические осложнения	6	7,6	7	4,5	13	5,6
Сердечно-сосудистые осложнения	14	17,7	10	6,5	24	10,3
Кровотечение	5	6,3	2	1,3	7	2,9
Прочие осложнения	7	8,9	7	4,5	14	5,9
$\chi^2 = 9,471$; $df = 6$; $p = 0,1488$						

Структурный анализ специфических послеоперационных осложнений

Характер специфических осложнений	Опухоли пищевода (n=204)		Ахалазия (n=18)		ПРСП (n=6)		СРЭ (n=6)		Всего (n=234)	
	КГ, n=75	ОГ, n=129	КГ, n=3	ОГ, n=15	КГ, n=0	ОГ, n=6	КГ, n=1	ОГ, n=5	КГ, n=79	ОГ, n=155
Недостаточность ЭГА	27 (36%)	14 (10,8%)	1 (33,3%)	1 (6,7%)	0	0	1 (100%)	1 (20%)	29 (36,7%)	16 (10,3%)
Тотальный некроз трансплантата	1 (1,3%)	—	—	—	—	—	—	—	1 (1,3%)	—
Концевой некроз трансплантата	2 (2,6%)	1 (0,8%)	—	—	—	—	—	—	2 (2,5%)	1 (0,6%)
Недостаточность швов трансплантата	2 (2,6%)	1 (0,8%)	—	—	—	—	—	—	2 (2,5%)	1 (0,6%)
Всего	32 (42,7%)	16 (12,4%)	1 (33,3%)	1 (6,7%)	—	—	1 (100%)	1 (20%)	34 (43%)	18 (11,6%)
	$\chi^2=0,5122$; df=3; $p=0,9162$								$\chi^2=0,5513$; df=3; $p=0,9075$	

группе больных с опухолями пищевода (n=204), в связи с чем проведен сравнительный анализ у данных пациентов. При этом установлено, что в основной группе число специфических осложнений достоверно ($\chi^2=0,5122$; df=3; $p=0,9162$) уменьшилось с 42,7 до 12,4%.

Также проведен подробный сравнительный анализ структуры специфических осложнений в КГ и ОГ. Благодаря внедрению в клиническую практику усовершенствованной методики формирования трансплантата удалось снизить число несостоятельности пищеводного анастомоза с 36,7 до 10,3%, тотального некроза гастротрансплантата — с 1,3% до 0, концевой некроза гастротрансплантата — с 2,5 до 0,6%, недостаточности швов гастротрансплантата — с 2,5 до 0,6%.

После перенесенных 234 экстирпаций пищевода летальный исход наступил у 26 (11,1%) больных, все пациенты были с опухолями пищевода. Сравнительный анализ частоты летальных исходов (табл. 5) в КГ и ОГ показал достоверное ($\chi^2=5,277$; $p=0,02161$) снижение фатальных результатов с 17,7 до 7,7%. Структурный анализ причин летальности показал, что в КГ основной причиной явились гнойно-септические осложнения на фоне специфических у 7 (50%) пациентов. В основной группе благодаря усовершенствованию техники операции летальный исход, обусловленный данными причинами, достоверно ($\chi^2=4,607$; $p=0,03184$) снизился до 33,3% (n=4).

Выводы:

1. Экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой является наиболее сложным и травматичным вмешательством среди остальных реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе.

2. Все послеоперационные осложнения после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе целесообразно объединять в несколько групп: специфические, бронхолегочные, гнойно-воспалительные, сердечно-сосудистые, тромбоэмболические, кровотечения и пр.

3. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями являются бронхолегочные.

4. Гнойно-воспалительные осложнения, которые являются следствием специфических осложнений, наиболее опасны в плане развития летальных исходов.

5. Благодаря внедрению усовершенствованной методики формирования трансплантата удалось снизить частоту специфических осложнений с 43 до 11,6%, а также частоту летальности — с 17,7 до 7,7%.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в

Таблица 5

Сравнительный анализ причин летальных исходов и групп осложнений

Причины летальных исходов	КГ (n=79)		ОГ (n=155)		Достоверность
	абс.	%	абс.	%	
Повреждение трахеи и бронха	1	7,1	—	—	—
Острая печеночная недостаточность	—	—	1	8,3	—
Гнойно-септические осложнения на фоне специфических осложнений	7	50	4	33,3	$\chi^2=4,607$; $p=0,03184$
Сердечно-сосудистые и тромбоэмболические осложнения	3	21,4	6	50	$\chi^2=0,0008$; $p=0,98$
Бронхолегочные осложнения	3	21,4	1	8,3	$\chi^2=3,095$; $p=0,07855$
Всего	14	17,7	12	7,7	$\chi^2=5,277$; $p=0,02161$

разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещако, Р.И. Поздние осложнения субтотальной и тотальной эзофагопластики и методы их устранения / Р.И. Верещако // Клинические исследования. — 2010. — № 4. — С.121—125.
2. Давыдов, М.И. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода / М.И. Давыдов // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2010. — № 3. — С.75—79.
3. Давыдов, М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. — М.: Практическая медицина, 2007. — 392 с.
4. Кротов, Н.Ф. Выбор метода оперативного вмешательства при раке пищевода / Н.Ф. Кротов, А.Э. Расулов // Конгресс онкологов Узбекистана. Ташкент. — 2015. — № 3. — С.7—8.
5. Мирошников, Б.И. Эзофагопластика при «ущербном» желудке или его отсутствии / Б.И. Мирошников, Н.В. Анянцев // Вестник хирургии. — 2004. — № 2. — С.24—28.
6. Черноусов, Ф.А. Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода / Ф.А. Черноусов, Э.А. Годжелло, М.В. Хрусталева // Endo Хирургия: сб. тез. XI съезда хирургов России. — М., 2010. — С.15—18.
7. Kimura, Y. Minimally invasive total pharyngo-laryngo-esophagectomy and reconstruction with gastric tube: report of three cases / Y. Kimura, M. Morita, H. Saeki // Fukuoka Igaku Zasshi. — 2013. — № 104 (11). — P.442—448.
8. Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis after Esophagectomy: Respiratory Complications and Role of Nerve Reconstruction / K. Koyanagi, H. Igaki, J. Iwabu [et al.] // Tohoku J. Exp. Med. — 2015. — Vol. 237 (1). — P.1—8.
9. Li, B. Factors Affecting Hospital Mortality in Patients with Esophagogastric Anastomotic Leak: A Retrospective Study / B. Li, J. Xiang // World J. Surg. — 2015. — № 4. — P.176—182.

REFERENCES

1. Vereshhako RI. Pozdnie oslozhneniya subtotal'noj i total'noj jezofagoplastiki i metody ih ustraneniya [Late complications of subtotal and total esophagoplasty and troubleshooting]. Klinicheskie issledovaniya [Clinical researches]. 2010; 4: 21—125.
2. Davydov MI. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh rakom grudnogo otdela pishhevoda [Surgical treatment of patients with thoracic esophageal cancer]. Vestnik RONC imeni NN Blohina RAMN [Bulletin of the RCRC by NN Blokhin]. 2010; 3: 75—79.
3. Davydov MI, Stilidi IS. Rak pishhevoda [Cancer of the esophagus]. Moskva: Izdatel'stvo «Prakticheskaja Medicina» [Moscow: Publishing House "Practical Medicine"]. 2007: 392 p.
4. Krotov NF. Vybora metoda operativnogo vmeshatel'stva pri rake pishhevoda [The choice of method of surgery for esophagus cancer]. Kongress onkologov Uzbekistana [Congress of Oncologists of Uzbekistan]. Tashkent. 2015; 3: 7—8.
5. Miroshnikov BI. Jezofagoplastika pri «ushherbnom» zheludke ili ego otsutstvii [Esophagoplasty with «flawed» stomach or lack]. Vestnik hirurgii [Bulletin of surgery]. 2004; 2: 24—28.
6. Chernousov FA. Oslozhneniya stentirovaniya u bol'nyh s dobrokachestvennymi i zlokachestvennymi zabolevanijami pishhevoda [Complications of stenting in patients with benign and malignant diseases of the esophagus]. Endo Hirurgija: XI sezd hirurogov Rossii [Endo Surgery: XI Congress of Russian surgeons]. Sbornik tezisov [Abstracts]. 2010; 15—18.
7. Kimura Y, Morita M, Saeki H. Minimally invasive total pharyngo-laryngo-esophagectomy and reconstruction with gastric tube: report of three cases. Fukuoka Igaku Zasshi. 2013; 104 (11): 442—448.
8. Koyanagi K, Igaki H, Iwabu J, Ochiai H, Tachimori Y. Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis after Esophagectomy: Respiratory Complications and Role of Nerve Reconstruction. Tohoku J Exp Med. 2015; 237 (1): 1—8.
9. Li B, Xiang J. Factors Affecting Hospital Mortality in Patients with Esophagogastric Anastomotic Leak: A Retrospective Study. World J Surg. 2015; 4: 176—182.

© Л.Б. Постникова, А.Л. Гудим, М.В. Болдина, Л.А. Коротаева, А.М. Абанин, 2016

УДК 616.24-002.282(470.341-25)

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(4).44-51

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ НИЖНЕГО НОВГОРОДА

ПОСТНИКОВА ЛАРИСА БОРИСОВНА, докт. мед. наук, доцент, главный внештатный специалист-пульмонолог Министерства здравоохранения Нижегородской области, руководитель Городского пульмонологического консультативного центра ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: plbreath@mail.ru

ГУДИМ АНДРЕЙ ЛЕОНИДОВИЧ, врач-терапевт ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: Andr6665@mail.ru

БОЛДИНА МАРИНА ВИКТОРОВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней Нижегородской государственной медицинской академии, врач-пульмонолог Городского пульмонологического консультативного центра ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: mari.boldina@mail.ru

КОРОТАЕВА ЛЮДМИЛА АЛЕКСАНДРОВНА, врач-пульмонолог Городского пульмонологического консультативного центра ГБУЗ НО «Городская больница № 28», Россия, 603035, Нижний Новгород, ул. Чаадаева, 7, e-mail: lyudmilakorotaeva@yandex.ru

АБАНИН АЛЕКСЕЙ МИХАЙЛОВИЧ, канд. мед. наук, доцент, докторант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Нижегородской государственной медицинской академии, Россия, 603035, Нижний Новгород, пл. Минина, 10/1, e-mail: abanin.am1@gmail.com

Реферат. Цель исследования — изучить особенности клинического течения саркоидоза органов дыхания, оценить диагностический и терапевтический потенциал в условиях Городского пульмонологического консультативного центра (ГПКЦ) г. Нижнего Новгорода. **Материал и методы.** Ретроспективно проанализированы амбулаторные карты 121 пациента с саркоидозом органов дыхания, наблюдавшихся в ГПКЦ с 2007 по 2015 г.