



## Clinical and demographic characteristics of patients with cicatricial oesophageal strictures

**Bakyt Toktogaziev\***

PhD in Medical Sciences

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
720020, 92 Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic  
<https://orcid.org/0000-0001-6964-1269>

**Rakhat Omorov**

Doctor of Medical Sciences, Professor

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
720020, 92 Akhunbaev Str., Bishkek, Kyrgyz Republic  
<https://orcid.org/0000-0002-7092-0027>

**Akyilbek Amanbekov**

PhD in Medical Sciences

International University of Kyrgyzstan  
720007, 17a/1 Lev Tolstoy Str., Bishkek, Kyrgyz Republic  
<https://orcid.org/0000-0002-6803-2952>

**Abstract.** The purpose of the study was to investigate the clinical and demographic characteristics of patients with cicatricial oesophageal strictures based on data from a retrospective analysis of patients undergoing inpatient treatment. A retrospective, single-centre descriptive study was conducted that included 153 patients with clinically and instrumentally confirmed cicatricial oesophageal strictures. The diagnosis was made based on the clinical presentation and confirmed by oesophagogastroduodenoscopy and a contrast X-ray examination of the oesophagus. The study analysed demographic indicators (gender, age), and clinical characteristics, including the degree of dysphagia, localisation of strictures, aetiological factors, and indicators of nutritional status. Statistical data processing was carried out using descriptive statistics methods with the representation of absolute values and percentages. It was found that women prevailed among the examined patients – 64.1% (n = 98), while men accounted for 35.9% (n = 55), the ratio of women to men was 1.8:1. The age of the patients ranged from 45 to 87 years, with the majority being elderly and senile. In all cases, complete dysphagia was observed, corresponding to grade 4, which indicates a severe obstruction of the oesophagus and late hospitalisation of patients. Localisation analysis showed that in 80.0% of cases strictures were located in the upper section of the oesophagus, whereas in 20.0% of cases – in the middle section. Chemical burns were a prevailing cause of strictures: in 38.0% of cases, the disease was associated with exposure to acetic acid, and in 62.0% – with exposure to alkaline substances. Assessment of nutritional status showed that all patients had malnutrition; body mass index ranged from 16 to 21 kg/m<sup>2</sup>, which corresponds to hypotrophy of varying severity. Patients with cicatricial oesophageal strictures are characterised by a severe clinical course due to complete dysphagia, pronounced nutritional deficiencies, and predominant lesions of the upper oesophagus. The dominance of chemical burns, especially of an alkaline nature, in the structure of the causes of the disease determines the features of the clinical course and requires an individualised approach to treatment. The data obtained are of practical importance for improving preoperative preparation, nutritional support, and optimising patient management tactics

**Keywords:** post-burn lesions; dysphagia syndrome; chemical damage; nutritional deficiency; body mass index; oesophagoscopy; contrast radiography

Toktogaziev B, Omorov R, Amanbekov A. Clinical and demographic characteristics of patients with cicatricial oesophageal strictures. Eurasian Health J. 2026;18(2):158-70. DOI: 10.54890/1694-8882-2026-2-158

\*Corresponding author [Toktogaziev\_bakyt@mail.ru]



Copyright © The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

## Introduction

Cicatricial oesophageal strictures are one of the most complex forms of benign pathology of the oesophagus, accompanied by persistent disruption of the passage of food, progressive dysphagia, and a marked decrease in the quality of life of patients. The disease is characterised by a chronic course and often leads to the development of severe nutritional deficiencies requiring specialised treatment. This pathology is of particular clinical importance due to the high frequency of hospitalisations, the need for multiple endoscopic interventions, and significant expenditure of health system resources.

In contemporary research, considerable attention was paid to the investigation of the causes of the development of cicatricial oesophageal strictures and the features of their clinical progression. Thus, P.O. Katz *et al.* [1] showed in their study that gastroesophageal reflux disease is one of the leading causes of the development of benign oesophageal strictures, especially in patients of older age groups, which is associated with prolonged exposure to acidic contents on the mucous membrane. M.C.W. Spaander *et al.* [2], in the guidelines of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy, emphasised the important role of endoscopic treatments, including stenting, in the management of patients with benign strictures, and also noted the need for an individualised approach considering the patient's clinical characteristics. P.G.A. Van Boeckel & P.D. Siersema [3] noted that a significant proportion of patients with cicatricial strictures belong to the category of refractory cases requiring repeated endoscopic interventions, which indicates the chronic and recurrent nature of the disease.

U. Boregowda [4] concluded in their study that the effectiveness of treatment of benign oesophageal strictures is largely determined by the timeliness of diagnosis and an integrated approach, including both endoscopic and surgical methods. D.G. Adler [5] showed that chemical burns of the upper gastrointestinal tract, especially those caused by alkaline substances, lead to deep tissue damage and the development of extensive cicatricial strictures characterised by a severe clinical course. K. Ren *et al.* [6] noted that patients with post-burn strictures of the oesophagus have more pronounced clinical manifestations, including severe dysphagia and nutritional deficiency, compared with patients with other forms of the disease. A.K. Singh *et al.* [7] pointed out the significant influence of age and concomitant diseases on the course of the disease and treatment outcomes, emphasising the need for a comprehensive assessment of patients' condition when planning treatment tactics.

A number of studies also emphasised the importance of clinical and demographic analysis of patients with this pathology. It was noted that the structure of the causes of the disease and the features of the clinical course can vary significantly depending on the region,

the availability of medical care, and social factors, but the data remain limited and fragmentary. Despite a significant number of studies on cicatricial oesophageal strictures, a number of aspects remain insufficiently studied. In particular, there is insufficient data in the available literature on the comprehensive clinical and demographic characteristics of patients, including simultaneous analysis of aetiological factors, lesion localisation, degree of dysphagia, and nutritional status, especially in real clinical practice. In the Kyrgyz Republic, such studies are sporadic, which limits the possibility of an objective assessment of the disease structure and the development of effective treatment approaches. The purpose of the study was to investigate the clinical and demographic characteristics of patients with cicatricial oesophageal strictures based on data from a retrospective analysis.

## Materials and Methods

The present study was performed in the form of a retrospective single-centre descriptive analysis aimed at investigating the clinical and demographic characteristics of patients with cicatricial oesophageal strictures. The study included 153 patients who underwent inpatient treatment at a specialised surgical centre in the period from 2019 to 2024. The diagnosis of cicatricial stricture of the oesophagus was established based on the clinical picture and confirmed by instrumental research methods. The main clinical manifestations were progressive dysphagia, difficulty passing food, and weight loss. The Buttre-Ferguson scale was used to assess the severity of oesophageal patency disorders.

Instrumental diagnostics included esophagogastroduodenoscopy and X-ray examination of the oesophagus with contrast. In the framework of this study, the anatomical localisation of the stricture was considered according to instrumental examination data: the upper, middle, or lower oesophagus. The quantitative parameters of the stricture length and the diameter of the oesophageal lumen were not evaluated in this analysis due to the lack of unified data in medical documentation. The study analysed the following indicators: gender, age of patients, severity of dysphagia, localisation of stricture, aetiological factor of stricture development, and body mass index. Gender distribution was assessed descriptively, presenting both absolute figures and percentages. The age of the patients was analysed as a quantitative indicator and presented as an average, standard deviation, median, and range of values. Additionally, the patients were divided into age groups: 45-59 years old, 60-74 years old, and 75 years and older. Aetiological factors were determined on the basis of anamnestic data and medical documentation. Chemical burns of the oesophagus associated with exposure to acidic and alkaline substances were taken into consideration. Nutritional status was assessed using a body

mass index calculated using a standard equation. The obtained BMI values were presented as minimum and maximum values, average, standard deviation, and median. The clinical signs of nutritional deficiency were assessed descriptively based on medical records and included weight loss, exhaustion, and an inability to maintain an adequate diet due to dysphagia.

The analysis of concomitant pathology was carried out based on medical documentation data. Comorbidity was assessed descriptively, without multivariate statistical analysis. Chronic conditions affecting the cardiovascular, respiratory, endocrine and metabolic systems were factored in. The inclusion criteria were: the presence of a cicatricial oesophageal stricture confirmed by endoscopic examination; inpatient treatment during the specified period; and the availability of data on gender, age, severity of dysphagia, location of the lesion, aetiological factor, and body mass index. The exclusion criteria were the lack of reliable instrumental confirmation of the diagnosis, incomplete medical data, or the inability to assess the main analysed

indicators. Statistical data processing was performed using descriptive statistics methods. Categorical indicators were presented in the form of absolute values and percentages. Quantitative data was presented as an average  $\pm$  standard deviation, median, and range of values. Statistical comparison of groups and multifactorial analysis were not performed in the framework of this study. The study was conducted in compliance with ethical principles of working with medical information. All patient data was anonymised, and personal information was not analysed or published [8].

## Results

The analysis helped to characterise the clinical, demographic and clinical features of patients with cicatricial oesophageal strictures undergoing inpatient treatment. Among the examined patients, women accounted for 64.1% ( $n = 98$ ), men – 35.9% ( $n = 55$ ). The ratio of women to men was 1.8:1, reflecting the predominance of the female contingent among hospitalised patients (Table 1).

**Table 1.** Distribution of patients by gender

| Gender       | Abs. number | %          |
|--------------|-------------|------------|
| Women        | 98          | 64.1       |
| Men          | 55          | 35.9       |
| <b>Total</b> | <b>153</b>  | <b>100</b> |

**Source:** compiled by the authors

The data obtained may be related to the specifics of the structure of the causes of the disease and the need for medical help, which is noted in a number of studies [6,9]. The age of the patients ranged from 45 to 87 years. The average age was  $63.8 \pm 9.4$  years, the median was 65 years. The age distribution revealed that 53 patients (34.6%) were aged 45-59 years, 71 patients (46.4%) were aged 60-74 years, and 29 patients (19.0%) were aged 75 years and older. Thus, more

than two thirds of the patients belonged to the elderly and senile age categories (Table 2). The data obtained confirm that the development of cicatricial strictures is long-term and progressive, manifesting clinically significant symptoms mainly at an older age [3,10-11]. All patients had marked dysphagia. In all cases, grade 4 on the Battre-Ferguson scale was observed, which corresponded to an inability to consume either solid or liquid food (Table 3).

**Table 2.** Distribution of patients by age groups

| Age group           | Abs. number | %          |
|---------------------|-------------|------------|
| 45-59 years old     | 53          | 34.6       |
| 60-74 years old     | 71          | 46.4       |
| $\geq 75$ years old | 29          | 19.0       |
| <b>Total</b>        | <b>153</b>  | <b>100</b> |

**Source:** compiled by the authors

**Table 3.** Distribution of patients by degree of dysphagia

| Degree of dysphagia | Abs. number | %          |
|---------------------|-------------|------------|
| Degree 1            | 0           | 0          |
| Degree 2            | 0           | 0          |
| Degree 3            | 0           | 0          |
| Degree 4            | 153         | 100        |
| <b>Total</b>        | <b>153</b>  | <b>100</b> |

**Source:** compiled by the authors

This fact indicates that mostly patients with severe forms of the disease were admitted to the hospital, which may be conditioned by late access to medical care [6-7]. In most cases, the lesion was localised in

the upper section of the oesophagus – 80.0% (n = 122), while in the middle section – 20.0% (n = 31). Strictures of the lower section were not registered in the study group (Table 4).

**Table 4.** Localisation of cicatricial oesophageal strictures

| Localisation   | Abs. number | %          |
|----------------|-------------|------------|
| Upper section  | 122         | 80.0       |
| Middle section | 31          | 20.0       |
| Lower section  | 0           | 0          |
| <b>Total</b>   | <b>153</b>  | <b>100</b> |

**Source:** compiled by the authors

The predominance of proximal localisation may be related to the mechanism of action of damaging factors, especially in chemical burns [5]. The aetiological structure of the disease is mainly represented by chemical burns. It was found that in 38.0% of cases, the cause

of the development of cicatricial strictures was exposure to acetic acid (n = 58), whereas in 62.0% of cases, exposure to alkaline substances (n = 95). Thus, alkaline burns are the leading aetiological factor in the study group (Table 5).

**Table 5.** Structure of the causes of cicatricial oesophageal strictures

| Causes              | Abs. number | %          |
|---------------------|-------------|------------|
| Acetic acid         | 58          | 38.0       |
| Alkaline substances | 95          | 62.0       |
| <b>Total</b>        | <b>153</b>  | <b>100</b> |

**Source:** compiled by the authors

The data obtained correspond to the literature data, according to which alkaline lesions lead to deeper tissue damage and severe clinical course [5,12]. Assessment of nutritional status showed that all patients showed signs of malnutrition. The body mass

index ranged from 16 to 21 kg/m<sup>2</sup>. The average BMI was 18.3 ± 1.4 kg/m<sup>2</sup>, the median was 18.0 kg/m<sup>2</sup>. Low BMI values reflected a pronounced chronic nutritional deficiency caused by prolonged dysphagia [4,6] (Table 6).

**Table 6.** Distribution of patients by body mass index

| Indicator   | Meaning                      |
|-------------|------------------------------|
| Minimum BMI | 16 kg/m <sup>2</sup>         |
| Maximum BMI | 21 kg/m <sup>2</sup>         |
| Average BMI | 18.3 ± 1.4 kg/m <sup>2</sup> |
| Median      | 18.0 kg/m <sup>2</sup>       |

**Source:** compiled by the authors

The analysis of concomitant pathology was descriptive. The majority of patients had chronic diseases, mainly of a cardiovascular and metabolic nature, which corresponds to the age structure of the study group [7]. A comparison of the data obtained with the results of international studies showed that the identified clinical and demographic features are largely determined by the aetiological structure of the disease. In particular, the predominance of chemical burns in the study group explains the high incidence of severe forms of dysphagia, the predominant localisation of the lesion in the upper oesophagus, and pronounced nutritional deficiencies. In contrast to countries with a predominance of gastroesophageal reflux disease as a cause of strictures, a more severe clinical profile of patients is observed in the study population, which requires adaptation of treatment tactics and increased nutritional

support. A comprehensive analysis established a typical clinical and demographic profile of the patient: an elderly woman; presence of complete dysphagia; involvement of the upper oesophagus; chemical aetiology of the disease; severe nutritional deficiency. Thus, the data obtained demonstrate that cicatricial oesophageal strictures in the study group are characterised by a severe clinical course and late treatment of patients for medical help.

## Discussion

In contemporary literature, benign oesophageal strictures are considered as a heterogeneous group of pathological conditions resulting from inflammatory, chemical, iatrogenic and functional damage to the mucous membrane, leading to progressive narrowing of the oesophageal lumen and the development of dysphagia

of varying severity. Diagnostic approaches, including radiological methods, were presented by P. Luedtke *et al.* [12], who emphasises the importance of the morphological pattern of the lesion for the presumed verification of the aetiology of stricture. D.D. Ferguson [13] emphasised the need for a comprehensive clinical and endoscopic assessment of patients to determine the severity and stage of the disease. Caustic lesions of the oesophagus occupy a separate place in the structure of the causes. M. De Lusong *et al.* [14] found that alkaline agents lead to deeper and more extensive tissue damage compared to acidic ones, which causes the development of severe scar strictures. The revealed predominant localisation of strictures in the upper oesophagus corresponds to the pathogenetic mechanisms described by K. Ramasamy & V. Gumaste [15] and M. Chirica *et al.* [16], according to which the primary contact of the aggressive agent with the mucosa of the proximal sections determines the anatomical distribution of the lesion. These studies also noted a characteristic clinical feature in the form of severe dysphagia and late treatment of patients for medical help. In relation to complex forms of oesophageal lesion, A. Aiolfi *et al.* [17] and T. Xiao *et al.* [18] described the terminal stages of motor disorders and achalasia, which can mimic or complicate the course of organic strictures and require extended surgical or combined treatment. Contemporary endoscopic approaches to the treatment of benign strictures were presented by T.H. Baron [19] and S. Everett [20]. In these studies, balloon dilation was considered as the basic method of therapy, whereas in refractory and recurrent forms of the disease, additional interventions were required, including stenting, injection techniques, and surgical procedures. The results obtained generally correspond to the data of contemporary literature. The leading role of chemical damage in the development of cicatricial oesophageal strictures was confirmed, which is consistent with M. De Lusong *et al.* [14] and M. Chirica *et al.* [16], who reported the predominance of severe forms of damage in alkaline burns. The presence of severe dysphagia and nutritional deficiency in all patients was consistent with the data by D.D. Ferguson [13] and T.H. Baron [19], who emphasised the high incidence of severe functional disorders and protein-energy deficiency in long-term strictures. The severity of nutritional deficiency in the study sample may exceed the average values described in the literature, reflecting the later stages of treatment of patients. The data obtained also correlates with the current recommendations of S. Everett [20] and S. Spechler & R. Souza [21], which emphasised the need for an individualised approach and the use of advanced treatment methods for refractory forms of the disease. Thus, the results of the study generally confirmed the literature data and were characterised by a more severe clinical profile of patients, which may be conditioned by routing features and late diagnosis.

## Conclusions

The conducted study determined the key clinical and demographic characteristics of patients with cicatricial oesophageal strictures. It was found that the study group was characterised by a pronounced predominance of women, and a significant proportion of elderly and senile patients, reflecting the long-term and progressive nature of the disease. The clinical course of the disease in all examined patients differed in severity of symptoms. In all cases, complete dysphagia was observed, indicating a severe obstruction of the oesophagus and a delay in seeking specialist medical care. The revealed uniformity of the clinical picture indicates that inpatient treatment is more often required for patients with already developed severe forms of the disease. Localisation analysis showed that cicatricial strictures mainly affect the upper section of the oesophagus, whereas damage to the middle section is much less common. This feature may be related to the mechanism of action of damaging factors and the features of the pathogenesis of the disease.

Chemical burns play a leading role in the development of cicatricial oesophageal strictures, among which lesions caused by alkaline substances predominate. This determines the severity of the clinical course, the severity of dysphagia, and the nature of morphological changes in the oesophagus. The established aetiological framework helps to explain the demographic and clinical characteristics identified in the patients. All patients showed signs of nutritional deficiency, which was manifested by a decrease in body mass index and indicates a chronic malnutrition. Nutritional deficiency should be considered as an important factor influencing the course of the disease and requiring mandatory consideration when planning treatment tactics. Thus, patients with cicatricial oesophageal strictures represent a clinically complex category of patients with severe disease caused by a combination of severe dysphagia, chemical aetiology of the lesion, and nutritional deficiencies. The results obtained emphasise the need for early diagnosis, timely initiation of treatment, and an integrated approach to patient management. The prospects for further research are related to an in-depth study of the influence of aetiological factors on the clinical course of the disease, an analysis of the effectiveness of various treatment methods, and an assessment of the role of nutritional support in improving outcomes in this category of patients.

## Acknowledgements

None.

## Funding

None.

## Conflict of Interest

None.



## References

- [1] Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(1):27–56. DOI: [10.14309/ajg.0000000000001538](https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538)
- [2] Spaander MCW, van der Bogt RD, Baron TH, Albers D, Blero D, de Ceglie A, et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: ESGE guideline – update 2021. *Endoscopy*. 2021;53(7):751–62. DOI: [10.1055/a-1475-0063](https://doi.org/10.1055/a-1475-0063)
- [3] van Boeckel PGA, Siersema PD. Refractory esophageal strictures: What to do when dilation fails. *Curr Gastroenterol Rep*. 2015;13:47–58. DOI: [10.1007/s11938-014-0043-6](https://doi.org/10.1007/s11938-014-0043-6)
- [4] Boregowda U. Endoscopic management of benign recalcitrant esophageal strictures. *Ann Gastroenterol*. 2021;34(3):1–3. DOI: [10.20524/aog.2021.0585](https://doi.org/10.20524/aog.2021.0585)
- [5] Adler DG. [Endoscopic therapy for refractory benign esophageal strictures](#). *Pract Gastroenterol*. 2024;48(6):22–30.
- [6] Ren K, Zhang Y, Ren J. Clinical outcomes of drug-coated balloon dilation for benign esophageal strictures. *BMC Gastroenterol*. 2024;24:340. DOI: [10.1186/s12876-024-03441-2](https://doi.org/10.1186/s12876-024-03441-2)
- [7] Singh AK, Singh A, Kochhar R, Manrai M. Esophageal strictures: Management beyond dilation. *World J Gastrointest Endosc*. 2025;17(11):110024. DOI: [10.4253/wjge.v17.i11.110024](https://doi.org/10.4253/wjge.v17.i11.110024)
- [8] World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191–4. DOI: [10.1001/jama.2013.281053](https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053)
- [9] Norton BC, Papaefthymiou A, Aslam N, Telese A, Murray C, Murino A, et al. The endoscopic management of oesophageal strictures. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2024;69:101899. DOI: [10.1016/j.bpg.2024.101899](https://doi.org/10.1016/j.bpg.2024.101899)
- [10] Pih GY, Kim DH, Na HK, Ahn JY, Lee JH, Jung KW, et al. Comparison of the efficacy and safety of endoscopic incisional therapy and balloon dilatation for esophageal anastomotic stricture. *J Gastrointest Surg*. 2021;25(7):1690–5. DOI: [10.1007/s11605-020-04811-3](https://doi.org/10.1007/s11605-020-04811-3)
- [11] Kochman ML, McClave SA, Boyce HW. [The refractory and the recurrent esophageal stricture: A definition](#). *Gastrointest Endosc*. 2005;62(3):474–5.
- [12] Luedtke P, Levine MS, Rubesin SE, Weinstein DS, Laufer I. Radiologic diagnosis of benign esophageal strictures: A pattern approach. *Radiographics*. 2003;23(4):897–909. DOI: [10.1148/rg.234025717](https://doi.org/10.1148/rg.234025717)
- [13] Ferguson DD. Evaluation and management of benign esophageal strictures. *Dis Esophagus*. 2005;18(6):359–64. DOI: [10.1111/j.1442-2050.2005.00516.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2005.00516.x)
- [14] De Lusong MAA, Timbol ABG, Tuazon DJS. Management of esophageal caustic injury. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2017;8(2):90–8. DOI: [10.4292/wjgpt.v8.i2.90](https://doi.org/10.4292/wjgpt.v8.i2.90)
- [15] Ramasamy K, Gumaste VV. Corrosive ingestion in adults. *J Clin Gastroenterol*. 2003;37(2):119–24. DOI: [10.1097/MCG.0000000000001395](https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001395)
- [16] Chirica M, Bonavina L, Kelly MD, Sarfati E, Cattani P. [Caustic ingestion](#). *Lancet*. 2017;389(10083):2041–52.
- [17] Aiolfi A, Asti E, Bonitta G, Siboni S, Bonavina L. Esophageal resection for end-stage achalasia. *Am Surg*. 2018;84(4):506–11. DOI: [10.1177/000313481808400422](https://doi.org/10.1177/000313481808400422)
- [18] Xiao T, Zhang Y, Bao Y, Qiu H, Sun S, Guo J. Advances in the diagnosis and treatment of achalasia of the cardia: A review. *J Transl Intern Med*. 2021;9(1):24–31. DOI: [10.2478/jtim-2021-0009](https://doi.org/10.2478/jtim-2021-0009)
- [19] Baron TH. [Management of benign esophageal strictures](#). *Gastroenterol Hepatol*. 2011;7(1):46–9.
- [20] Everett SM. Endoscopic management of refractory benign oesophageal strictures. *Ther Adv Gastrointest Endosc*. 2019;12:2631774519862134. DOI: [10.1177/2631774519862134](https://doi.org/10.1177/2631774519862134)
- [21] Spechler SJ, Souza RF. Barrett's esophagus. *N Engl J Med*. 2014;371(9):836–45. DOI: [10.1056/NEJMra1314704](https://doi.org/10.1056/NEJMra1314704)

## Клинико-демографическая характеристика пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода

**Бакыт Токтогазиев**

Кандидат медицинских наук

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева  
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика  
<https://orcid.org/0000-0001-6964-1269>

**Рахат Омор**

Доктор медицинских наук, профессор

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева  
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика  
<https://orcid.org/0000-0002-7092-0027>

**Акылбек Аманбеков**

Кандидат медицинских наук

Международный университет Кыргызстана  
720007, ул. Льва Толстого, 17а/1, г. Бишкек, Кыргызская Республика  
<https://orcid.org/0000-0002-6803-2952>

**Аннотация.** Цель исследования заключалась в том, чтобы изучить клинико-демографическую характеристику пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода на основе данных ретроспективного анализа пациентов, проходивших стационарное лечение. Проведено ретроспективное одноцентровое описательное исследование, включившее 153 пациентов с клинически и инструментально подтверждёнными рубцовыми стриктурами пищевода. Диагноз устанавливался на основании клинической картины и подтверждался с использованием эзофагогастродуоденоскопии и рентгенологического исследования пищевода с контрастированием. В рамках исследования анализировались демографические показатели (пол, возраст), а также клинические характеристики, включая степень дисфагии, локализацию стриктур, этиологические факторы и показатели нутритивного статуса. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики с представлением абсолютных значений и процентных соотношений. Установлено, что среди обследованных пациентов преобладали женщины – 64,1% (n = 98), тогда как мужчины составили 35,9% (n = 55), соотношение женщин и мужчин составило 1,8:1. Возраст пациентов варьировал от 45 до 87 лет, при этом основную долю составили лица пожилого и старческого возраста. Во всех случаях наблюдалась полная дисфагия, соответствующая IV степени, что свидетельствует о тяжёлом нарушении проходимости пищевода и поздней госпитализации пациентов. Анализ локализации показал, что в 80,0% случаев стриктуры располагались в верхнем отделе пищевода, тогда как в 20,0% случаев – в среднем отделе. В структуре причин формирования рубцовых стриктур преобладали химические ожоги: в 38,0% случаев заболевание было связано с воздействием уксусной кислоты, а в 62,0% – с воздействием щелочных веществ. Оценка нутритивного статуса показала, что у всех пациентов отмечалась недостаточность питания; индекс массы тела находился в диапазоне от 16 до 21 кг/м<sup>2</sup>, что соответствует гипотрофии различной степени выраженности. Пациенты с рубцовыми стриктурами пищевода характеризуются тяжёлым клиническим течением, обусловленным полной дисфагией, выраженными нутритивными нарушениями и преимущественным поражением верхнего отдела пищевода. Доминирование химических ожогов, особенно щелочной природы, в структуре причин заболевания определяет особенности клинического течения и требует индивидуализированного подхода к лечению. Полученные данные имеют практическое значение для совершенствования предоперационной подготовки, нутритивной поддержки и оптимизации тактики ведения пациентов

**Ключевые слова:** постожоговые поражения; дисфагический синдром; химические повреждения; нутритивная недостаточность; индекс массы тела; эзофагоскопия; контрастная рентгенография

### Введение

Рубцовые стриктуры пищевода представляют собой одну из наиболее сложных форм доброкачественной патологии пищевода, сопровождающуюся стойким нарушением прохождения пищи, прогрессирующей дисфагией и выраженным снижением качества жизни пациентов. Заболевание характеризуется хроническим течением и нередко

приводит к развитию тяжёлых нутритивных нарушений, требующих специализированного лечения. Особую клиническую значимость данная патология приобретает в связи с высокой частотой госпитализаций, необходимостью многократных эндоскопических вмешательств и значительными затратами ресурсов системы здравоохранения.

В современных исследованиях значительное внимание уделяется изучению причин формирования рубцовых стриктур пищевода и особенностей их клинического течения. Так, P.O. Katz *et al.* [1] в своём исследовании показали, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является одной из ведущих причин развития доброкачественных стриктур пищевода, особенно у пациентов старших возрастных групп, что связано с длительным воздействием кислого содержимого на слизистую оболочку. M.C.W. Spaander *et al.* [2] в рекомендациях Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии подчеркнули важную роль эндоскопических методов лечения, включая стентирование, при ведении пациентов с доброкачественными стриктурами, а также отметили необходимость индивидуального подхода с учётом клинических характеристик пациента. P.G.A. Van Boeckel & P.D. Siersema [3] отметили, что значительная часть пациентов с рубцовыми стриктурами относится к категории рефрактерных случаев, требующих повторных эндоскопических вмешательств, что свидетельствует о хроническом и рецидивирующем характере заболевания.

U. Boregowda [4] в своей работе пришли к выводу, что эффективность лечения доброкачественных стриктур пищевода во многом определяется своевременностью диагностики и комплексным подходом, включающим как эндоскопические, так и хирургические методы. D.G. Adler [5] показал, что химические ожоги верхних отделов желудочно-кишечного тракта, особенно вызванные щелочными веществами, приводят к глубокому повреждению тканей и формированию протяжённых рубцовых стриктур, характеризующихся тяжёлым клиническим течением. K. Ren *et al.* [6] отметили, что пациенты с постожоговыми стриктурами пищевода имеют более выраженные клинические проявления, включая тяжёлую дисфагию и нутритивную недостаточность, по сравнению с пациентами с другими формами заболевания. A.K. Singh *et al.* [7] в своём исследовании указал на значительное влияние возраста и сопутствующих заболеваний на течение болезни и исходы лечения, подчёркивая необходимость комплексной оценки состояния пациентов при планировании лечебной тактики.

В ряде исследований также подчёркивается значимость клинико-демографического анализа пациентов с данной патологией. Отмечается, что структура причин заболевания и особенности клинического течения могут существенно варьировать в зависимости от региона, доступности медицинской помощи и социальных факторов, однако данные остаются ограниченными и фрагментарными. Несмотря на значительное количество исследований, посвящённых рубцовым стриктурам пищевода, ряд аспектов остаётся недостаточно

изученным. В частности, в доступной литературе недостаточно данных о комплексной клинико-демографической характеристике пациентов, включающей одновременный анализ этиологических факторов, локализации поражения, степени дисфагии и нутритивного статуса, особенно в условиях реальной клинической практики. В Кыргызской Республике подобные исследования носят единичный характер, что ограничивает возможности объективной оценки структуры заболевания и разработки эффективных подходов к лечению. Целью исследования являлось изучение клинико-демографических особенностей пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода на основании данных ретроспективного анализа.

### Материалы и методы

Настоящее исследование выполнено в виде ретроспективного одноцентрового описательного анализа, направленного на изучение клинико-демографических и клинических характеристик пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода. В исследование включены 153 пациента, проходившие стационарное лечение в специализированном хирургическом центре в период с 2019 по 2024 годы. Диагноз рубцовой стриктуры пищевода устанавливался на основании клинической картины и подтверждался инструментальными методами исследования. Основными клиническими проявлениями являлись прогрессирующая дисфагия, затруднение прохождения пищи и снижение массы тела. Для оценки выраженности нарушения проходимости пищевода использовалась шкала Баттра-Фергюсона.

Инструментальная диагностика включала эзофагогастродуоденоскопию и рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием. В рамках настоящего исследования по данным инструментального обследования учитывалась анатомическая локализация стриктуры: верхний, средний или нижний отдел пищевода. Количественные параметры протяжённости стриктуры и диаметра просвета пищевода в настоящем анализе не оценивались в связи с отсутствием унифицированных данных в медицинской документации. В исследовании анализировались следующие показатели: пол, возраст пациентов, степень дисфагии, локализация стриктуры, этиологический фактор формирования рубцового поражения и индекс массы тела. Половая структура оценивалась описательно с представлением абсолютных значений и процентных соотношений. Возраст пациентов анализировался как количественный показатель и представлен в виде среднего значения, стандартного отклонения, медианы и диапазона значений. Дополнительно пациенты были распределены по возрастным группам: 45-59 лет, 60-74 года и 75 лет



и старше. Этиологические факторы определялись на основании анамнестических данных и медицинской документации. Учитывались химические ожоги пищевода, связанные с воздействием кислотных и щелочных веществ. Оценка нутритивного статуса проводилась с использованием индекса массы тела, рассчитываемого по стандартной формуле. Полученные значения ИМТ представлены в виде минимального и максимального значения, среднего значения, стандартного отклонения и медианы. Клинические признаки нутритивного дефицита оценивались описательно на основании данных медицинской документации и включали снижение массы тела, истощение и невозможность полноценного перорального питания вследствие дисфагии.

Анализ сопутствующей патологии проводился на основании данных медицинской документации. Коморбидность оценивалась описательно, без проведения многофакторного статистического анализа. Учитывались хронические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной и метаболической природы. Критериями включения являлись: наличие рубцовой стриктуры пищевода, подтверждённой инструментальными методами; стационарное лечение в указанный период; наличие данных о поле, возрасте, степени дисфагии, локализации поражения, этиологическом факторе и индексе массы тела. Критериями исключения

являлись отсутствие достоверного инструментального подтверждения диагноза, неполные медицинские данные или невозможность оценки основных анализируемых показателей. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием методов описательной статистики. Категориальные показатели представлены в виде абсолютных значений и процентных соотношений. Количественные данные представлены в виде среднего значения  $\pm$  стандартное отклонение, медианы и диапазона значений. Статистическое сравнение групп и многофакторный анализ в рамках настоящего исследования не проводились. Исследование выполнено с соблюдением этических принципов работы с медицинской информацией. Все данные пациентов были обезличены, персональные сведения не анализировались и не публиковались [8].

## Результаты

Проведённый анализ позволил охарактеризовать клинико-демографические и клинические особенности пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода, проходивших стационарное лечение. Среди обследованных пациентов женщины составили 64,1% ( $n = 98$ ), мужчины – 35,9% ( $n = 55$ ). Соотношение женщин и мужчин составило 1,8:1, что отражает преобладание женского контингента среди госпитализированных пациентов (Таблица 1).

**Таблица 1.** Распределение пациентов по полу

| Пол          | Абс. число | %          |
|--------------|------------|------------|
| Женщины      | 98         | 64,1       |
| Мужчины      | 55         | 35,9       |
| <b>Всего</b> | <b>153</b> | <b>100</b> |

Источник: составлено авторами

Полученные данные могут быть связаны с особенностями структуры причин заболевания и обращаемости за медицинской помощью, что отмечается и в ряде исследований [6,9]. Возраст пациентов варьировал от 45 до 87 лет. Средний возраст составил  $63,8 \pm 9,4$  года, медиана – 65 лет. При распределении

по возрастным группам установлено, что в возрасте 45-59 лет находилось 53 пациента (34,6%), в возрасте 60-74 лет – 71 пациент (46,4%), а в возрасте 75 лет и старше – 29 пациентов (19,0%). Таким образом, более двух третей пациентов относились к пожилой и старческой возрастным категориям (Таблица 2).

**Таблица 2.** Распределение пациентов по возрастным группам

| Возрастная группа | Абс. число | %          |
|-------------------|------------|------------|
| 45-59 лет         | 53         | 34,6       |
| 60-74 лет         | 71         | 46,4       |
| $\geq 75$ лет     | 29         | 19,0       |
| <b>Всего</b>      | <b>153</b> | <b>100</b> |

Источник: составлено авторами

Полученные данные подтверждают, что формирование рубцовых стриктур носит длительный и прогрессирующий характер, проявляясь клинически значимой симптоматикой преимущественно в более старшем возрасте [3,10-11]. У

всех пациентов отмечалась выраженная дисфагия. Во всех случаях наблюдалась IV степень по шкале Баттра-Фергюсона, что соответствовало невозможности приёма как твёрдой, так и жидкой пищи (Таблица 3).

**Таблица 3.** Распределение пациентов по степени дисфагии

| Степень дисфагии | Абс. число | %          |
|------------------|------------|------------|
| I степень        | 0          | 0          |
| II степень       | 0          | 0          |
| III степень      | 0          | 0          |
| IV степень       | 153        | 100        |
| <b>Всего</b>     | <b>153</b> | <b>100</b> |

**Источник:** составлено авторами

Данный факт свидетельствует о том, что в стационар поступают преимущественно пациенты с тяжёлыми формами заболевания, что может быть связано с поздним обращением за медицинской помощью [6-7]. В большинстве случаев поражение локализовалось в верхнем отделе пищевода – 80,0% (n = 122), тогда как в среднем отделе – 20,0% (n = 31). Стриктуры нижнего отдела в исследуемой группе не зарегистрированы (Таблица 4). Преобладание проксимальной локализации может быть связано

с механизмом воздействия повреждающих факторов, особенно при химических ожогах [5]. Этиологическая структура заболевания представлена преимущественно химическими ожогами. Установлено, что в 38,0% случаев причиной формирования рубцовых стриктур являлось воздействие уксусной кислоты (n = 58), тогда как в 62,0% случаев – воздействие щелочных веществ (n = 95). Таким образом, щелочные ожоги являются ведущим этиологическим фактором в исследуемой группе (Таблица 5).

**Таблица 4.** Локализация рубцовых стриктур пищевода

| Локализация   | Абс. число | %          |
|---------------|------------|------------|
| Верхний отдел | 122        | 80,0       |
| Средний отдел | 31         | 20,0       |
| Нижний отдел  | 0          | 0          |
| <b>Всего</b>  | <b>153</b> | <b>100</b> |

**Источник:** составлено авторами

**Таблица 5.** Структура причин рубцовых стриктур пищевода

| Причина           | Абс. число | %          |
|-------------------|------------|------------|
| Уксусная кислота  | 58         | 38,0       |
| Щелочные вещества | 95         | 62,0       |
| <b>Всего</b>      | <b>153</b> | <b>100</b> |

**Источник:** составлено авторами

Полученные данные соответствуют литературным данным, согласно которым щелочные поражения приводят к более глубокому повреждению тканей и тяжёлому клиническому течению [5,12]. Оценка нутритивного статуса показала, что у всех пациентов наблюдались признаки

недостаточности питания. Индекс массы тела варьировал от 16 до 21 кг/м<sup>2</sup>. Среднее значение ИМТ составило 18,3 ± 1,4 кг/м<sup>2</sup>, медиана – 18,0 кг/м<sup>2</sup>. Низкие значения ИМТ отражают выраженный хронический дефицит питания, обусловленный длительной дисфагией [4,6] (Таблица 6).

**Таблица 6.** Распределение пациентов по индексу массы тела

| Показатель       | Значение                     |
|------------------|------------------------------|
| Минимальный ИМТ  | 16 кг/м <sup>2</sup>         |
| Максимальный ИМТ | 21 кг/м <sup>2</sup>         |
| Средний ИМТ      | 18,3 ± 1,4 кг/м <sup>2</sup> |
| Медиана          | 18,0 кг/м <sup>2</sup>       |

**Источник:** составлено авторами

Анализ сопутствующей патологии носил описательный характер. У большинства пациентов отмечались хронические заболевания, преимущественно сердечно-сосудистой и метаболической природы, что соответствует возрастной структуре исследуемой группы [7]. Сопоставление полученных данных с результатами международных

исследований показывает, что выявленные клинико-демографические особенности во многом определяются этиологической структурой заболевания. В частности, преобладание химических ожогов в исследуемой группе объясняет высокую частоту тяжёлых форм дисфагии, преимущественную локализацию поражения в верхнем отделе

пищевода и выраженные нутритивные нарушения. В отличие от стран с преобладанием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни как причины стриктур, в исследуемой популяции наблюдается более тяжёлый клинический профиль пациентов, что требует адаптации лечебной тактики и усиления нутритивной поддержки. Комплексный анализ позволил сформировать типичный клинко-демографический профиль пациента: женщина пожилого возраста; наличие полной дисфагии; поражение верхнего отдела пищевода; химическая этиология заболевания; выраженная нутритивная недостаточность. Таким образом, полученные данные демонстрируют, что рубцовые стриктуры пищевода в исследуемой группе характеризуются тяжёлым клиническим течением и поздним обращением пациентов за медицинской помощью.

### Обсуждение

В современной литературе доброкачественные стриктуры пищевода рассматриваются как гетерогенная группа патологических состояний, возникающих вследствие воспалительных, химических, ятрогенных и функциональных повреждений слизистой оболочки, приводящих к прогрессирующему сужению просвета пищевода и развитию дисфагии различной степени выраженности. Диагностические подходы, включая радиологические методы, представлены в работе P. Luedtke *et al.* [12], где подчеркивается значимость морфологического паттерна поражения для предположительной верификации этиологии стриктуры. D.D. Ferguson [13] акцентирует необходимость комплексной клинко-эндоскопической оценки пациентов с целью определения тяжести и стадии заболевания. Отдельное место в структуре причин занимают каустические поражения пищевода. В исследованиях M. De Lusong *et al.* [14] установлено, что щелочные агенты приводят к более глубокому и протяженному повреждению тканей по сравнению с кислотными, что обуславливает формирование тяжелых рубцовых стриктур. Выявленная преимущественная локализация стриктур в верхних отделах пищевода соответствует патогенетическим механизмам, описанным K. Ramasamy & V. Gumaste [15] и M. Chirica *et al.* [16], согласно которым первичный контакт агрессивного агента со слизистой проксимальных отделов определяет анатомическое распределение поражения. В данных работах также отмечается характерная клиническая особенность в виде выраженной дисфагии и позднего обращения пациентов за медицинской помощью. В отношении сложных форм поражения пищевода A. Aiolfi *et al.* [17] и T. Xiao *et al.* [18] описывают терминальные стадии моторных нарушений и ахалазии, которые могут имитировать или осложнять течение органических стриктур и требуют расширенного

хирургического или комбинированного лечения. Современные эндоскопические подходы к лечению доброкачественных стриктур представлены в работах T.H. Baron [19] и S. Everett [20]. В указанных исследованиях баллонная дилатация рассматривается как базовый метод терапии, тогда как при рефрактерных и рецидивирующих формах заболевания требуется применение дополнительных вмешательств, включая стентирование, инъекционные методики и хирургические технологии. Полученные результаты в целом соответствуют данным современной литературы. Подтверждается ведущая роль химических повреждений в формировании рубцовых стриктур пищевода, что согласуется с данными M. De Lusong *et al.* [14] и M. Chirica *et al.* [16], в которых отмечается преобладание тяжелых форм поражения при щелочных ожогах. Наличие выраженной дисфагии и нутритивной недостаточности у всех пациентов согласуется с данными D.D. Ferguson [13] и T.H. Baron [19], в которых подчеркивается высокая частота тяжелых функциональных нарушений и белково-энергетической недостаточности при длительно существующих стриктурах. При этом выраженность нутритивного дефицита в исследуемой выборке может превышать средние значения, описанные в литературе, что отражает более поздние стадии обращения пациентов. Полученные данные также соотносятся с современными рекомендациями S. Everett [20] и S. Spechler & R. Souza [21], где подчеркивается необходимость индивидуализированного подхода и применения расширенных методов лечения при рефрактерных формах заболевания. Таким образом, результаты исследования в целом подтверждают данные литературы и характеризуются более тяжелым клиническим профилем пациентов, что может быть связано с особенностями маршрутизации и поздней диагностикой.

### Выводы

Проведённое исследование позволило определить ключевые клинко-демографические характеристики пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода. Установлено, что исследуемая группа характеризуется выраженным преобладанием женщин, а также значительной долей пациентов пожилого и старческого возраста, что отражает длительный и прогрессирующий характер заболевания. Клиническое течение заболевания у всех обследованных пациентов отличалось тяжестью и выраженностью симптомов. Во всех случаях наблюдалась полная дисфагия, свидетельствующая о значительном нарушении проходимости пищевода и позднем обращении за специализированной медицинской помощью. Выявленная однородность клинической картины указывает на то, что стационарное лечение чаще требуется пациентам с уже

сформированными тяжёлыми формами заболевания. Анализ локализации показал, что рубцовые стриктуры преимущественно поражают верхний отдел пищевода, тогда как поражение среднего отдела встречается значительно реже. Данная особенность может быть связана с механизмом воздействия повреждающих факторов и особенностями патогенеза заболевания.

Ведущую роль в формировании рубцовых стриктур пищевода играют химические ожоги, среди которых преобладают поражения, вызванные щелочными веществами. Это определяет тяжесть клинического течения, выраженность дисфагии и характер морфологических изменений пищевода. Установленная структура причин заболевания позволяет объяснить выявленные демографические и клинические особенности пациентов. У всех пациентов выявлены признаки нутритивной недостаточности, что проявляется снижением индекса массы тела и свидетельствует

о хроническом нарушении питания. Нутритивный дефицит следует рассматривать как важный фактор, влияющий на течение заболевания и требующий обязательного учёта при планировании лечебной тактики. Таким образом, пациенты с рубцовыми стриктурами пищевода представляют собой клинически сложную категорию больных с тяжёлым течением заболевания, обусловленным сочетанием выраженной дисфагии, химической этиологии поражения и нарушений нутритивного статуса. Полученные результаты подчёркивают необходимость ранней диагностики, своевременного начала лечения и комплексного подхода к ведению пациентов. Перспективы дальнейших исследований связаны с углублённым изучением влияния этиологических факторов на клиническое течение заболевания, анализом эффективности различных методов лечения, а также оценкой роли нутритивной поддержки в улучшении исходов у данной категории пациентов.

## Кызыл өңгөчтөгү тырыктык тарылуусу бар бейтаптардын клиникалык-демографиялык мүнөздөрү

**Бакыт Токтогазиев**

Медициналык илимдердин кандидаты

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
720020, Ахунбаев көч., 92, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы  
<https://orcid.org/0000-0001-6964-1269>

**Рахат Оморов**

Медициналык илимдердин доктору, профессор

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
720020, Ахунбаев көч., 92, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы  
<https://orcid.org/0000-0002-7092-0027>

**Акылбек Аманбеков**

Медициналык илимдердин кандидаты

Кыргызстандын Эл аралык университети  
720007, Лев Толстой көч., 17а/1, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы  
<https://orcid.org/0000-0002-6803-2952>

**Корутунду.** Изилдөөнүн максаты – кызыл өңгөчтүн тырыктык тарылышы бар бейтаптардын клиникалык-демографиялык өзгөчөлүктөрүн стационардык дарылоодон өткөн бейтаптардын маалыматтарынын негизинде баалоо. Ретроспективдүү бир борборлуу сүрөттөмө изилдөө жүргүзүлүп, ага клиникалык жана инструменталдык ыкмалар менен тастыкталган кызыл өңгөчтүн тырыктык тарылышы бар 153 бейтап киргизилди. Диагноз клиникалык белгилердин негизинде коюлуп, эзофагогастродуоденоскопия жана контрасттык рентгенография аркылуу тастыкталды. Изилдөөдө жынысы жана жаш курагы сыяктуу демографиялык көрсөткүчтөр, ошондой эле дисфагиянын даражасы, тарылыштын локализациясы, этиологиялык факторлор жана нутритивдик абал анализделди. Статистикалык иштетүү сүрөттөмө статистика ыкмалары менен жүргүзүлдү. Изилдөөгө киргизилген бейтаптардын арасында аялдар басымдуулук кылып, алардын үлүшү 64,1% ( $n = 98$ ), эркектер – 35,9% ( $n = 55$ ) түздү. Жаш курак 45 тен 87 жашка чейин өзгөрүп, негизинен улгайган жана карылык курактагы бейтаптар басымдуулук кылды. Бардык бейтаптарда толук дисфагия (IV даража) байкалган, бул кызыл өңгөч аркылуу тамактын өтүшүнүн олуттуу бузулушун көрсөтөт. Локализация боюнча, 80,0% учурда тарылыш кызыл өңгөчтүн жогорку бөлүгүндө, ал эми 20,0% учурда орто бөлүгүндө жайгашкан. Этиологиялык түзүмдө химиялык күйүктөр негизги себеп болуп саналган: 38,0% учурда уксус кислотасы, ал эми 62,0% учурда щелочтук заттар себеп болгон. Нутритивдик абалды баалоодо бардык бейтаптарда жетишсиз тамактануу белгилери аныкталып, дене салмагынын индекси 16-21 кг/м<sup>2</sup> чегинде болгон. Кызыл өңгөчтүн тырыктык тарылышы бар бейтаптар оор клиникалык жүрүшү, толук дисфагия, жогорку бөлүктөгү жабыркоо жана айкын нутритивдик жетишсиздик менен мүнөздөлөт. Оорунун негизги себеби катары химиялык күйүктөрдүн, айрыкча щелочтук заттардын ролу чоң. Алынган жыйынтыктар бейтаптарды дарылоонун тактикасын жакшыртууда жана операцияга чейинки даярдоону оптималдаштырууда маанилүү.

**Негизги сөздөр:** күйүктөн кийинки жабыркоолор; дисфагиялык синдром; химиялык жабыркоо; нутритивдик жетишсиздик; дене салмагынын индекси; эзофагоскопия; контрасттык рентгенография