

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА.

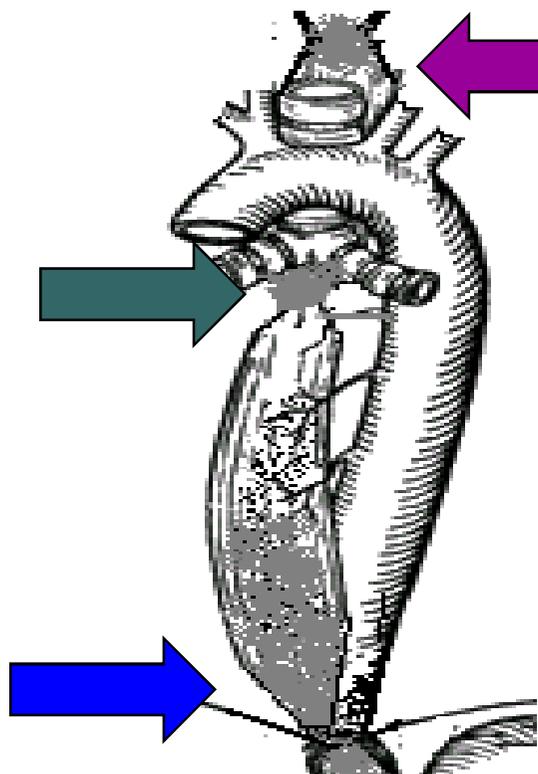
**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА**



Кафедра детской хирургии
БелМАПО



ПРИЧИНЫ ХИМИЧЕСКИХ ТРАВМ ПИЩЕВОДА



В большинстве случаев химическая травма пищевода возникает при:

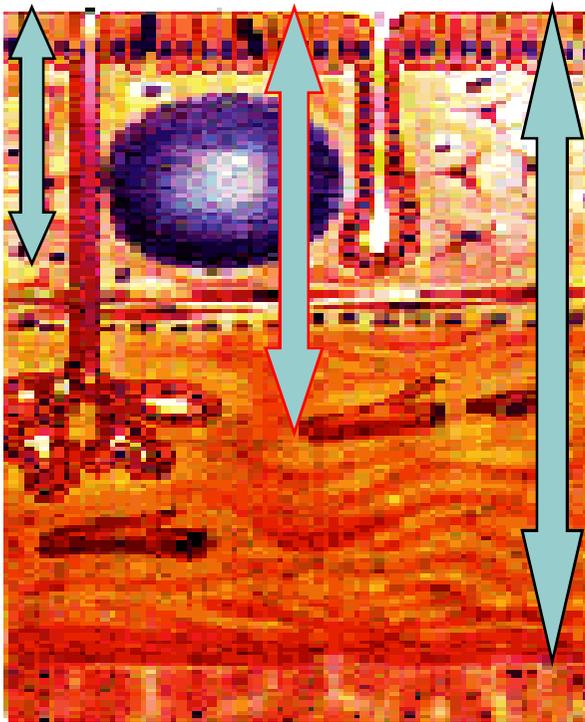
- ☀️ ошибочном приеме реагента (в большинстве случаев у детей) - 65%
- ☀️ отсутствии самоконтроля - в состоянии алкогольного опьянения - 5%
- ☀️ попытке самоубийства - 30%

ХАРАКТЕРИСТИКА ХИМИЧЕСКИХ РЕАГЕНТОВ. (КИСЛОТА)



Тяжелое повреждение стенки пищевода развивается в результате приема **кислот, щелочей и других контактно действующих агрессивных жидкостей**. Известно, что первичное воздействие на слизистую оболочку различно и связано с их химическими свойствами. Глубина поражения при ожогах **кислотами** меньше, чем при ожогах щелочами. Кислоты коагулируют белки клеток, нейтрализуя щелочи тканей. В результате этих процессов образуется сухой струп (коагуляционный некроз) на поверхности стенки пищевода, который препятствует дальнейшему проникновению кислоты вглубь. Более слабое действие **кислот** объясняется также быстрым понижением их концентрации из-за разведения в воде отнятой у тканей. Вместе с ожогом пищевода концентрированные **кислоты** чаще дают ожоги желудка. Последние являются более тяжелыми и нередко доминируют в развитии клинической картины заболевания.

ПРИНЦИП ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО АГЕНТА НА ТКАНИ



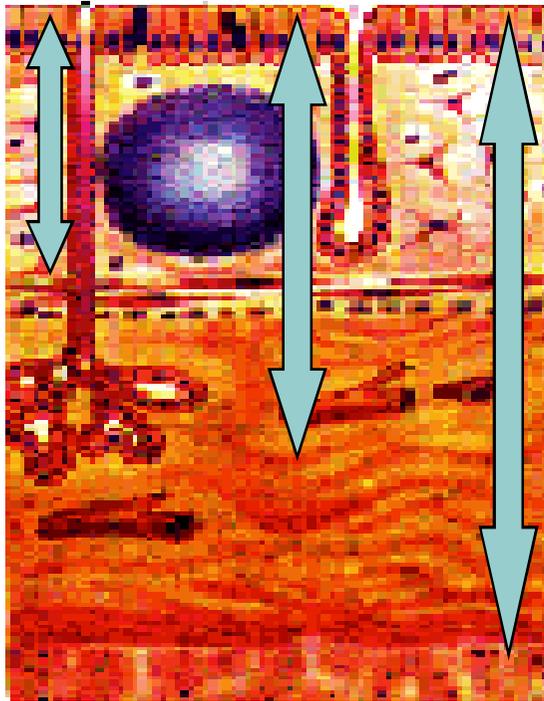
Кислота ⇒
диссоциация: H^+ ⇒
протеолиз ⇒
образование кислых
альбуминатов ⇒ сухой
коагуляционный
некроз с образованием
струпa, препятствующего
проникновению кислоты
вглубь стенки.

ХАРАКТЕРИСТИКА ХИМИЧЕСКИХ РЕАГЕНТОВ. (ЩЕЛОЧИ)



При повреждении **щелочами** развивается (колликвационный некроз) мягкое омертвление тканей пищеварительного тракта вследствие омыления жиров и разрушения белков. Подвергшиеся контакту со щелочью ткани, теряют свою структуру, разжижаются, представляют собой студенистую массу, почти не препятствующую дальнейшему проникновению в глубину стенок пищевода агрессивного вещества. Этим объясняется, что колликвационный некроз тканей обширен, глубок даже при приеме относительно небольших количеств концентрированной щелочи.

ПРИНЦИП ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО АГЕНТА НА ТКАНИ



Щелочь ⇒ диссоциация:
ОН⁻ ⇒ протеолиз ⇒
образование щелочных
альбуминатов ⇒
колликвационный некроз
(без образования струпа)

В эксперименте: 5 мл 30% р-ра Na OH • 3 сек. ⇒ перфорация пищевода

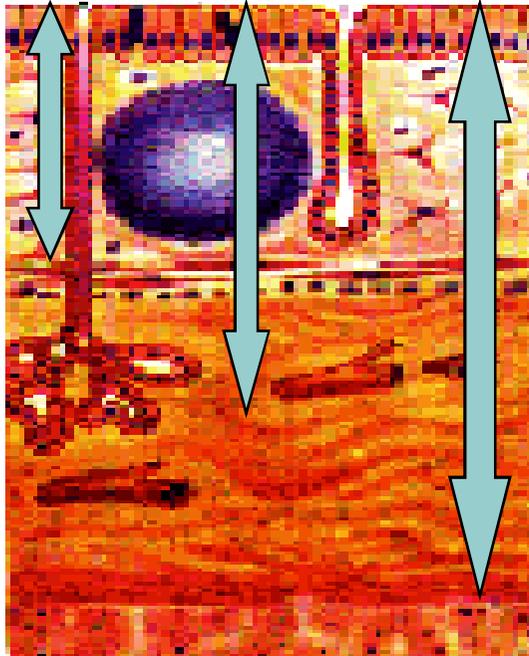
ХАРАКТЕРИСТИКА ХИМИЧЕСКИХ РЕАГЕНТОВ. (ОКИСЛИТЕЛИ)



Серьезные повреждения верхних отделов пищеварительного тракта могут быть вызваны и приемом других веществ, например **пергидроля, перманганата калия**, которые являются **сильными окислителями**. Относительно слабое обжигающее действие оказывают: **медный купорос, скипидар, марганцовокислый калий, настойка йода, силикатный клей, нашатырный спирт, формалин, ацетон, перекись водорода, др.**

В последнее время все чаще встречаются электрохимические ожоги пищевода

ПРИНЦИП ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО АГЕНТА НА ТКАНИ

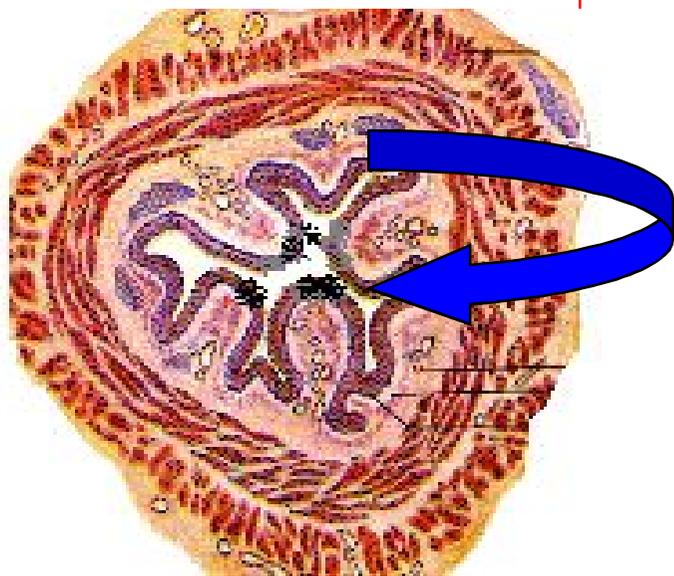


Сильные окислители:
 $\text{KMnO}_4 \Rightarrow \text{O} + \text{KOH} + \text{MnO}_2 \Rightarrow$
некроз

Общее воздействие на организм:
отравление

- резорбция электр-та и продуктов некролиза \Rightarrow **интоксикация**
- нарушение КЩС \Rightarrow метаболический ацидоз или алкалоз
- полиорганная недостаточность \Rightarrow с/с, почечная, печеночная

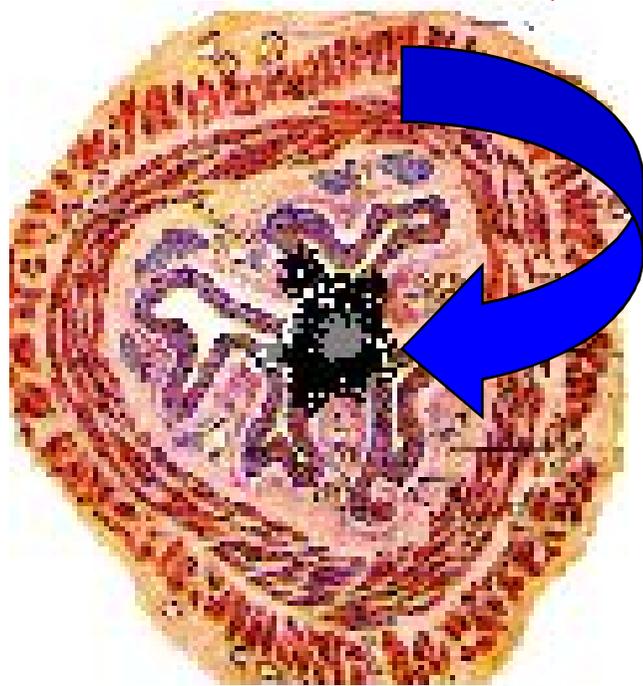
Глубина поражения тканей при ожоге пищевода (по С.Д.Терновский, Э.Н. Ванцян)



I степень - ЛЕГКАЯ –

десквамативный эзофагит (повреждение поверхностных слоев эпителия) гиперемия, отек, повышенная ранимость слизистой оболочки. Воспалительные явления сохраняются не более 24 дней.

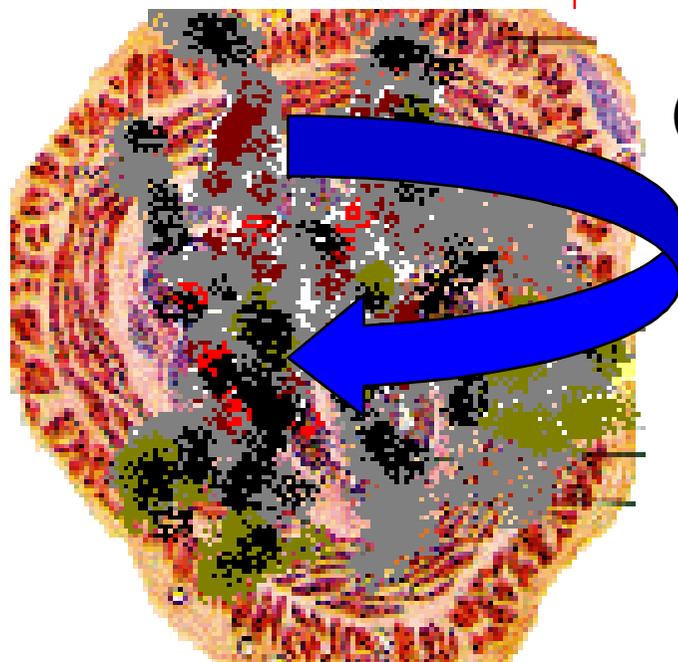
Глубина поражения тканей при ожоге пищевода (по С.Д.Терновский, Э.Н. Ванцян)



II степень - СРЕДНЯЯ –

фибринозный, эрозивный эзофагит (повреждения слизистой, часто подслизистого слоя) выраженный отек, фибриновые наложения, покрывающие изъязвления, просвет может не дифференцироваться. Поверхностные язвы эпителизируются к концу 23 недели.

Глубина поражения тканей при ожоге пищевода (по С.Д.Терновский, Э.Н. Ванцян)



III степень - ТЯЖЕЛАЯ –

язвенно-некротический эзофагит (некроз захватывает стенку органа на всю глубину вплоть до околопищеводной клетчатки). Продолжительность течения процесса отторжения и рубцевания, в случае благополучного исхода интенсивной первичной терапии, до 2 и более лет.

Стадии патоморфологического процесса в пищеводe и желудке (по Э.Н. Ванцян, Р.А. Тоцаков, 1971)



1 стадия - повреждение тканей;

2 стадия - острое воспаление (от первых часов до 3-10 суток), характеризуется отеком, фибринозным налетом на гиперемированной слизистой;

3 стадия - отторжение некротических масс и образование язв (от 8 до 18 дней), период опасен развитием кровотечений;

СТАДИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ОЖОГОВ II-III СТЕПЕНИ

4 стадия - развитие грануляций - (начиная с 2-4 недель и продолжается несколько месяцев); ее клинические проявления определяются скоростью развития грануляционных тканей;

5 стадия - рубцевание (длительность от 1 месяца до 3 лет и более).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ

- ♠ ожоговые потеки на губах
- ♠ гиперемия, отек, изъязвление слизистых с налетами фибрина
- ♠ осиплость голоса, удушье
- ♠ одинофагия, дисфагия, рвота
- ♠ гиперсаливация, жажда

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

- ♣ экзотоксический шок
- ♣ коллапс
- ♣ интоксикация
- ♣ нарушения ВЭБ и КОС
- ♣ гипертермия
- ♣ ПОН (поч.-печ. недостаточность)



КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ



♦ **острый период** (до 2 нед)

- легкая, средняя, тяжелая ст. тяжести в зависимости от выраженности общих и местных с-мов

♦ **подострый период** (от 2 нед до 1-2 мес)

- средняя и тяжелая ст. тяжести
- развитие и созревание грануляций
- появление дисфагии

♦ **хронический период** (более 1-2 мес)

формирование рубцовых стриктур:

- дисфагия прогрессирует
- появляется пищеводная рвота
- нарастает кахексия

Симптоматика в остром и подостром периодах



- ◆ **Легкая ст.** • одинофагия ± • гиперсаливация • T° 37-37,5 $^{\circ}$ C • рефлекторная рвота
 - **I ст.** ⇒ *выздоровление в течение 7-10 дней*
- ◆ **Средняя ст.** • шок I ст. • T° ↑ до 38-39 $^{\circ}$ C • многократная рвота • выраженная одинофагия • жажда • олигурия
 - *при неосложненном течении II ст.* ⇒ *выздоровление через 3 - 4 нед.*
 - **осл. течение II ст. и ожоги III ст.** ⇒ **дисфагия**
- ◆ **Тяжелая ст. ожоги II-III ст:** выраженные **местные и общие с-мы** • шок II – III ст. • **выраж. болевой с-м** • асфиксия
 - возбуждение, страх → адинамия, нарушение сознания, рвота с примесью крови • интоксикация • ПОН
 - **ранние и поздние осложнения**
 - **длительность лечения: 2-3 месяца - годы**

ОСЛОЖНЕНИЯ



РАННИЕ

в острый период

- **ОЖОГОВЫЙ ШОК**
- **отек гортани, асфиксия**
- **острая почечно-печеночная недостаточность**

в подострый период

- **пневмония, абсцессы легких**
 - **перф-ция пищ-да, жел-ка**
 - **медиастинит, перитонит, перикардит, эмпиема плевры**
 - **пищ.-жел-ное кров-ние**
- **аррозивные кровотечения из сосудов средостения**
 - **сепсис**

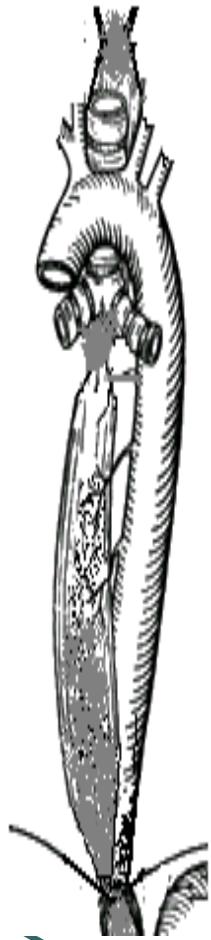
ОСЛОЖНЕНИЯ

ПОЗДНИЕ в хронический период



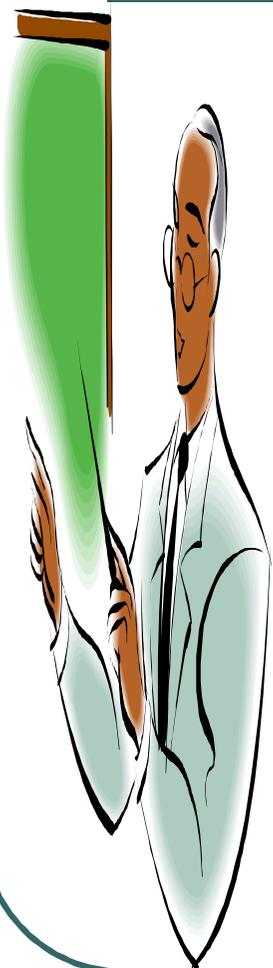
- рубцовые стриктуры пищевода
- пилородуоденальный стеноз
- пищеводно-респираторные свищи
- дивертикулы
- дегенеративные изменения в сердце, легких, печени, почках
- **рак пищевода (1-7%)**
- осложнения, связанные с бужированием пищевода.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА



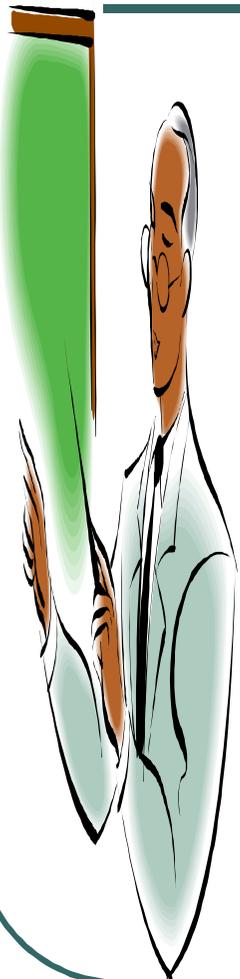
Наиболее доступными методами диагностики протяженности и степени выраженности химического ожога слизистых пищевода, желудка, а в ряде случаев тонкой кишки, являются **ФЭГДС** и **рентгенологические методы** исследования. Весьма перспективным, у данной категории пациентов, является метод **ультрасонографии**, позволяющий установить глубину поражения стенки пищевода при химическом ожоге и, тем самым, определить дальнейшую лечебную тактику в каждом конкретном случае.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА



Лечение экзогенных отравлений прижигающими жидкостями в остром периоде проводят врачи токсикологи. Только при возникновении угрожающих жизни осложнений, таких как перфорация или профузное кровотечение, больных в экстренном порядке переводят в хирургическое отделение. Как правило, к хирургам для консервативного и оперативного лечения сужения пищевода пациенты попадают только в позднем периоде. Между тем, именно в острой стадии заболевания начинают проявляться наиболее серьезные последствия химической травмы.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА



Поэтому, чем раньше и точнее будет определена степень тяжести местных поражений в пищеводе и желудке, а также установлен характер функциональных расстройств этих органов, тем успешнее удастся осуществить профилактику возможных осложнений в ближайшем (остром - 8 - 10 дней после ожога), раннем послеожоговом (40 - 45 дней после ожога) и отдаленном периодах.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- многократное обильное (1-5 л.) промывание желудка через назогастральный зонд холодной водопроводной водой в положении лежа
- нейтрализация электролита в пищеводе: параллельно с промыванием желудка питье воды и 0,5% р-ра новокаина
- обработка полости рта *при ожоге $KMnO_4$ 1% р-ром аскорб-вой к-ты*
- обезболивание: промедол, морфин, анальгин
- купирование спазма и гиперсаливации: атропин 0,5-0,6 мл
- купирование возбуждения: реланиум 2,0 мл
- угроза асфиксии: интубация трахеи
- в/в инфузионная противошоковая терапия: кристаллоиды, декстраны, 4% р-р бикарбоната натрия 400 мл (отр. к-ой), преднизолон
- **обязательная госпитализация в специализированное отд.**



Вопрос оказания **первой помощи** по месту обращения приобретает важное значение. Опыт различных клиник в лечении больных с химическим ожогом пищевода и наш собственный, позволяет рекомендовать следующую тактику:

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА



Промывание желудка через зонд холодной водой в количестве 10 - 15л (кровь с содержимым не является противопоказанием к промыванию желудка). Устранение и нейтрализация проглоченных едких веществ выполняется слабым раствором соды при отравлении кислотами или слабым раствором кислоты (лимонной, соляной) при отравлении щелочами. Перед промыванием вводится в/в 1 - 2 мл 1 - 2% раствор промедола и 0,5 - 0,7 мл 0,1% раствор атропина.

ИНФУЗИОННАЯ ПРОТИВОШОКОВАЯ ТЕРАПИЯ



Инфузионная, дезинтоксикационная терапия направленная на восстановление ОЦК, профилактика шока или борьба с уже развившимся шоком - те меры, которые должны проводиться в условиях **отделения интенсивной терапии и реанимации** опытными реаниматологами - токсикологами. Назначение обволакивающих средства, например: 10% водную эмульсию подсолнечного масла с 2 г анестезина (2% лидокаина 4мл) и 1г антибиотика - по столовой ложке через каждый час.

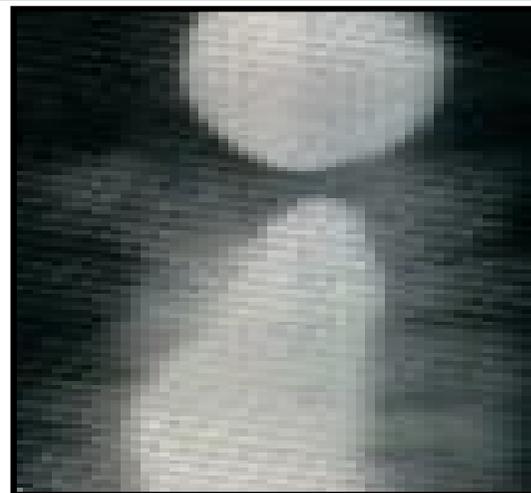
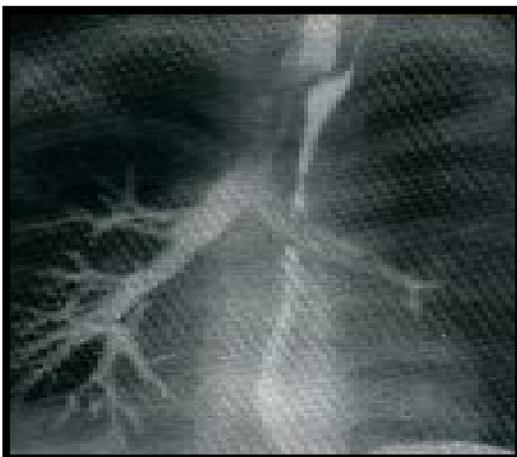
ФИБРОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА



® Выполняется эндоскопами
уменьшенного диаметра:
педиатрическим эндоскопом,
холедохо, бронхоскопом

® Оценивается степень
выраженности и границы
распространения ожоговых
изменений выполненная в первые 12
суток при отсутствии тяжелых
проявлений ожогового поражения
(перфорации, сепсиса, шока,
дыхательных и сердечнососудистых
расстройств и т.д.).

КОНТРАСТНАЯ РЕНТГЕНОСКОПИЯ ПИЩЕВОДА



- ◆ *сужения* *просвета:*
локализация, протяженность,
КОЛ-ВО
- ◆ затек контраста за контуры
пищевода ⇒ перфорация,
свищ

Комплексная патогенетическая терапия.



- **адекватное обезболивание:** промедол, вагосимпатическая блокада
- **промывание желудка** в течение 4-5 дней
- **противошоковая терапия:** переливание препаратов крови, кровозаменителей, сердечных гликозидов, *глюкокортикоидов*
- **дезинтоксикационная терапия:** форсированный диурез, ГБО гемосорбция, плазмоферез, лимфосорбция, гемодиализ
- **коррекция нарушений водно-электролитного обмена и КЩС:** полиионные растворы, 5-10% раствор глюкозы, 4% раствор соды
- **антибиотики широкого спектра действия**
- **антигистаминные преп-ты, спазмолитики, анаболики, витамины**
- **парентеральное и (или) зондовое питание** в течение 4-5 суток, а затем холодные жидкие блюда, *раст. масло* по 1 ч/л 10-12 раз/сут.
- **эндоскопическая лазеротерапия** ожоговой поверхности
- **раннее профилактическое бужирование пищевода (Salzer,1920):** С 7-10 суток после ожога в течение 1 – 1,5 мес.

ФИБРОЭНДОСКОЛИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

НА 5 – 11 ДЕНЬ ПОСЛЕ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

Ю.Ф.Исаковым (1996) на основании многолетнего опыта лечения детей (2339 пациентов) разработаны эндоскопические критерии, позволяющие прогнозировать течение эзофагита по типу ожога II степени в ранние сроки (через 6 - 8 дней после ожоговой травмы). Так как ожоги пищевода II степени не приводят к формированию **рубцового сужения пищевода**, то данные критерии необходимы для избавления пациентов от напрасных страданий, а медиков от рискованных манипуляций при выполнении профилактического раннего бужирования.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

(противопоказания к бужированию)

- отсутствие циркулярных фибринозных наложений, т.е. "пятнистый" эзофагит;
- отсутствие ригидности при инсуффляции воздухом;
- отсутствие грубых фибринозных налетов на ожоговой поверхности, которые контактно кровоточат.

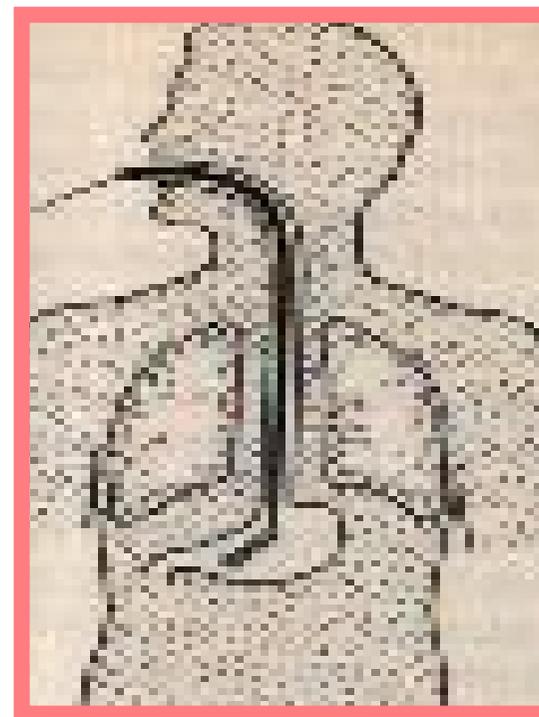
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ БУЖИРОВАНИЕ

(профилактика рубцовых стриктур)

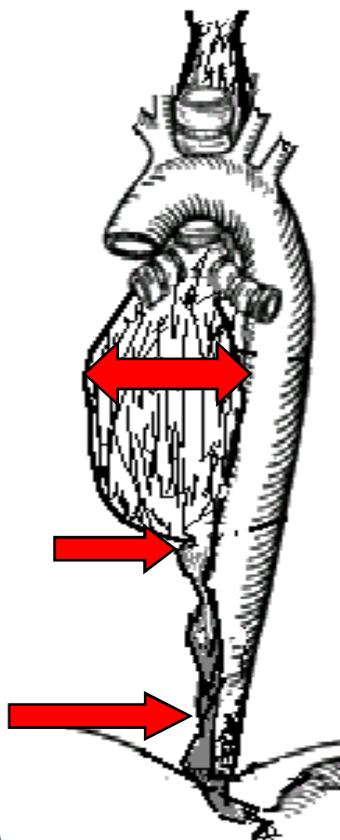
Больным с **грубыми циркулярными поражениями и ригидностью стенок пищевода** необходимо проводить профилактическое бужирование, начиная с 1 - 2 недели после ожоговой травмы. Касаясь вопросов терапии ожога пищевода в остром периоде, необходимо признать, что специфического местного лечения, направленного на быстрое заживление ожоговых поверхностей до настоящего времени не существует. В случаях развития дисфагии связанной с болевым синдромом и отеком слизистой оболочки гортани целесообразно назначение ингаляции аэрозолей с добавлением симпатомиметиков в сочетании с внутривенными инъекциями антигистаминных средств. Питание больных осуществляется через зонд, который рациональнее устанавливать при помощи эндоскопа. Методика установки зонда аналогична бужированию, но вместо бужа по струне - направителю в желудок проводится зонд

МЕТОДЫ БУЖИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

- бужирование по струне - направителю
 - бужирование через рот «вслепую»
 - бужирование за нитку через рот или ретроградно через гастростому («без конца») по Гаккеру (1894)
 - бужирование по нитке
 - бужирование через эзофагоскоп под контролем зрения
- ◆ В ЦДХ методом выбора в профилактике РСП является баллонная дилатация под контролем ФГДС.



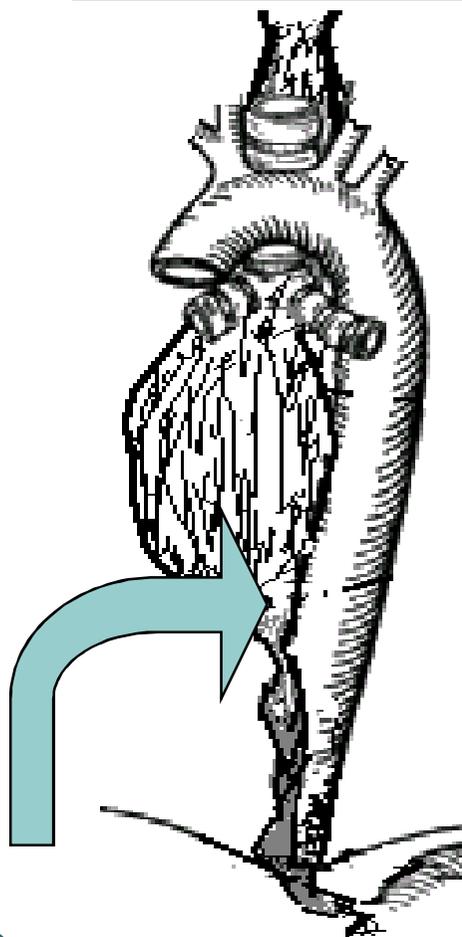
РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА



Рубцовая стриктура – это заболевание пищевода, в основе которого лежит избыточное образование соединительной ткани в области его повреждения и (или) хр. воспаления с развитием рубцового сужения просвета и непроходимости

Статистика: у 10-30% ожогов
пищевода

РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА



Причины развития

- ◆ *химические и термические ожоги*
- ◆ **ГЭРБ: эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит**
- ◆ **ахалазия кардии ст.ІV**
- ◆ **сифилис, туберкулез, актиномикоз**
- ◆ **инородные тела, разрывы, перфорации**
- ◆ **пищеводно-дигестивные анастомозиты**

КЛАССИФИКАЦИЯ

Международный терминологический комитет Всемирного общества эндоскопии органов пищеварения - OMED (Organisation Mondiale d'Endoscopie Digestive, 1996г.) разделил доброкачественные органические сужения пищевода на **перемычки, кольца, стриктуры** - сужения сегмента пищевода длиной до 1-3см; и **стенозы** - сужения протяженностью более 4см.

По числу пораженных органов:

- изолированные;
- сочетанные - сужения пищевода и желудка или двенадцатиперстной кишки.

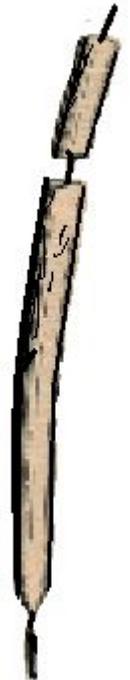
(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров, А.Ф.Черноусов,
М.А.Алиев, М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка,
Е.Д.Федоров)



По протяженности:

- мембранозные (мембранозные) - до 1 см;
- короткие (стриктуры) - до 5 см;
- протяженные (стенозы) - более 5 см.

(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров, А.Ф.Черноусов,
М.А.Алиев, М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка,
Е.Д.Федоров)



По числу сужений в пиццеводе:

- единичные;
- множественные.

(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров, А.Ф.Черноусов,
М.А.Алиев, М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка,
Е.Д.Федоров)



По степени рубцовых изменений стенки пищевода:

- несформированные;
- сформированные, (с супрастенотическим расширением).

(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров, А.Ф.Черноусов,
М.А.Алиев, М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка,
Е.Д.Федоров)



По наличию деструктивных изменений:

- ульцерированные (изъязвленные);
- простые (не ульцерированные).

(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров, А.Ф.Черноусов,
М.А.Алиев, М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка,
Е.Д.Федоров)



По срокам формирования:

- ранние - до 6 месяцев;
- поздние от 6 месяцев и более.

(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тошаков, В.М.Прохоров, А.Ф.Черноусов, М.А.Алиев,
М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка, Е.Д.Федоров)



По степени облитерации просвета пищевода:

- полные;
- частичные.

(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров,
А.Ф.Черноусов, М.А.Алиев,
М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка, Е.Д.Федоров)



По виду расположения устья сужения:

- с прямым расположением входа;
- с эксцентрично расположенным ВХОДОМ.

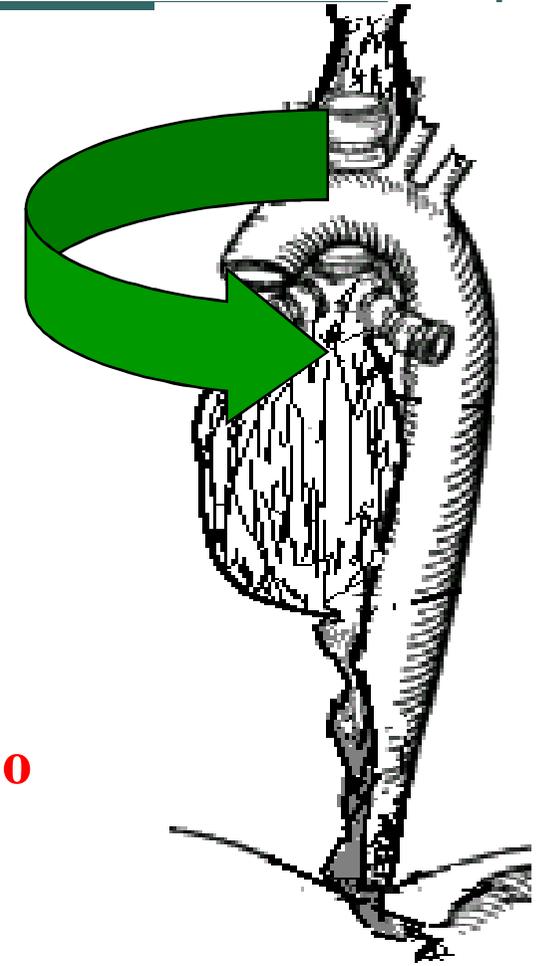
(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров,
А.Ф.Черноусов, М.А.Алиев,
М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка,
Е.Д.Федоров)



КЛАССИФИКАЦИЯ

- ◆ **Высокие:** выше уровня бифуркации трахеи
- ◆ **Низкие:** ниже уровня бифуркации трахеи
- ◆ **Короткие:** до 1,5 –2 см
- ◆ **Продленные:** более 10-12 см
- ◆ **Одиночные и множественные**

Облитерация просвета- крайняя степень стриктуры на протяжении с развитием резкого супрастенотического расширения



ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- ◆ **длительный спазм пищевода (острый коррозивный эзофагит, пептическая язва)**
- ◆ **воспалительная инфильтрация**
- ◆ **снижение интрамурального кровотока**
- ◆ **заживление ожога стенки пищевода по типу вторичного натяжения → развитие и созревание грануляционной ткани → коллагенообразование**
- ◆ **образование рубцовой ткани → стриктура → непроходимость пищевода**
- ◆ **супрастенотическое расширение пищевода**
- ◆ **хронический коррозивный эзофагит → рак**
- ◆ **кахексия, дистрофия внутренних органов**

Пациенты, перенесшие тяжелую химическую травму слизистой оболочки пищевода в прошлом (от 2 - 3 месяцев до 10 - 40 лет и более), поступают в лечебные учреждения с клиникой стойкой дисфагии 34 степени. После выполнения полного объема обследования (неотъемлемой частью которого является рентгенологическая диагностика и эндоскопическое исследование, а нередко - их сочетание), проводится бужирование, начиная с бужей наименьшего диаметра. У данной группы больных бужирование более сложное, опасное, требующее осторожности, достаточного опыта, индивидуальной тактики. Постепенное расширение РСП требует много времени, терпения и от пациента, и от врача. Из-за перечисленных сложностей, в ряде клиник, тяжелым, ослабленным пациентам накладывается гастростома для быстрого восполнения дефицита веса и затем решается вопрос о пути восстановления проходимости пищевода.

Причиной повторного обращения за медицинской помощью пациентов, перенесших химический ожог, нередко являются жалобы на наличие инородного тела в пищеводе. Часть больных поступает с диагнозом инородного тела пищевода неоднократно. Особо трудные случаи - при наличии инородного тела, фиксированного между двумя сужениями пищевода. Без достаточной релаксации, а, иногда, дилатации верхней стриктуры, извлечение инородного тела трудновыполнимо.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ◆ прогрессирующая дисфагия (с 3-4 нед. п/ожога)
- ◆ одинофагия ← эзофагит, спазм
- ◆ слюнотечение ← эзофагит
- ◆ отрыжка, *срыгивание*
- ◆ пищеводная рвота ← низкие стриктуры
- ◆ анемия
- ◆ сухость и снижение тургора кожи
- ◆ жажда
- ◆ прогрессирующая кахексия

ДИАГНОСТИКА



Оценка анамнеза:

- ожог кислотой или щелочью, его давность

- ранее проводившееся лечение и его эффективность

Клиническая картина: дисфагия

→ пищеводная рвота →
кахексия

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

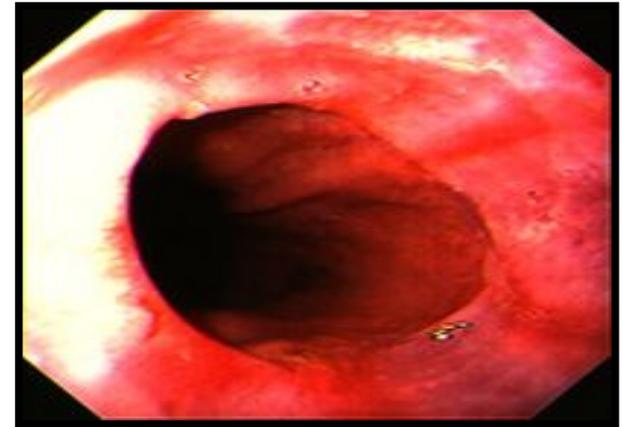
Эндоскопическое исследование

Антеградное:

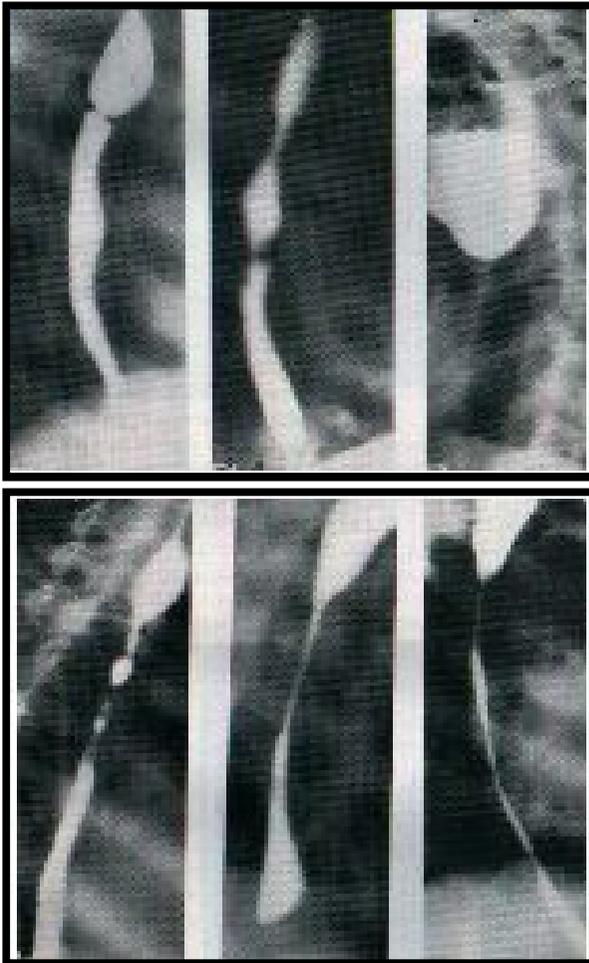
- состояние супрастенотического отдела
- зобагит • рубцовые изменения • карманы • биопсия

Ретроградное
гастростому)

(через



РЕНТГЕНИССЛЕДОВАНИЕ



Рентгеноконтрастное исследование

- локализация • кол-во • протяженность
- супрастенотическое расширение
- свищи • вход в стриктуру

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

**Лечение обострения хронического
эзофагита**

- Диета (иногда-голод на 2-3 дня)
- per os - 0,5% р-р новокаина, раст. масло, рыбий жир
- атропин п/к 1 мл • Н2-блокаторы • обволакивающие

**Лечебное бужирование пищевода —
основной метод лечения стриктур пищевода.**

Эффективность - 90 -95 %

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ БУЖИРОВАНИЯ РСП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИБКОГО ПРОВОДНИКА

Протяженные РСП,
осложненные:

- сложным ходом канала;
- множественностью сужений;
- максимальной степенью сужения (менее 2 мм);
- эксцентричным расположением просвета и наличием псевдодивертикулов



Бужирование следует начинать с проведения бужа, диаметром не превышающим диаметр наиболее суженного участка, установленного по рентгенограммам или с наименьшего бужа, в случае недостаточной информативности рентгенологического исследования. Затем, по фиксированной струне направителю, буж проводят в желудок, после чего заменяют на следующий, большего диаметра. Если выбранный первый буж проведен в желудок свободно, то, в зависимости от опыта врача, последующий буж можно применить на 2 - 3 номера больше, что сократит травматизацию и длительность болезненных ощущений для пациента. За один сеанс применяется от 2 до 3 бужей, не более. Время экспозиции - 1 - 2 мин, буж максимального диаметра рекомендуется оставить в просвете пищевода до 5 - 10 минут.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ БУЖИРОВАНИЯ РСП

К абсолютным противопоказаниям для бужирования РСП следует отнести:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;
- перфорация пищевода;
- тяжелое септическое состояние;
- кровотечение.

Ошибочным следует считать (относительные противопоказания) бужирование в период нарастания клинических проявлений и развития эзофагита, медиастинита.

Осложнения бужирования

- ◆ перфорация пищевода или желудка (2-6%)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РСП

Оправдано и эффективно применение, одновременно с бужированием других методов лечения:

- магнитотерапии;
- электрофореза на грудную клетку в проекции сужения с аминокaproновой кислотой (5% раствор е-аминокaproновой кислоты, вводимый с анода, в качестве растворителя применяется изотонический раствор хлорида натрия, продолжительность процедуры 3 минуты - 8-10 сеансов
- УФО-крови
- сеансов гипербарической оксигенации
- лазерного внутрипищеводного облучения

ПРИНЦИПЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО БУЖИРОВАНИЯ РСП

После курса стационарного лечения и проведения бужей №№ 36 - 40 больные переводятся на амбулаторное поддерживающее бужирование, которое выполняется с возрастающим интервалом между сеансами от 1 раза в 8 - 10 дней до 1 раза в 2 - 3 месяца на протяжении 1,5 - 3 лет. За это время, как правило, формируется рубец в области химического ожога дилатированный "на буже" до диаметра, достаточного для адекватного питания. Однако, признаки хронического эзофагита с периодическими обострениями в зоне бывшего глубокого ожога пищевода обнаруживаются в течение всей жизни. Воспалительный процесс то усиливаясь, то стихая исключительно редко ликвидируется совсем.

ПРИНЦИПЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО БУЖИРОВАНИЯ РСП

Одномоментно с бужированием пациенты проходят амбулаторно курсы физиотерапевтического и общеукрепляющего лечения с интервалом 1 раз в 6 - 9 месяцев. Соблюдение принципов поддерживающего бужирования является профилактикой рестенозирования, позволяет в течение полутора-трех лет достичь дилатации просвета пищевода в области РСП или значительно увеличить промежутки между рецидивами. Успешное применение указанного метода отмечено у 96% больных, что позволило считать его эффективным и, при соблюдении методики, безопасным.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БУЖИРОВАНИИ ПИЩЕВОДА

▣ обострение эзофагита

■ назначается 1% раствор новокаина по 2 столовых ложки 4 раза, спазмолитики, обезболивающие, антибиотики, щадящая диета.

▣ кровотечения из пищевода или желудка

■ назначается гемостатическая и белковозаместительная терапия, исключается питание через рот на 1-2 дня

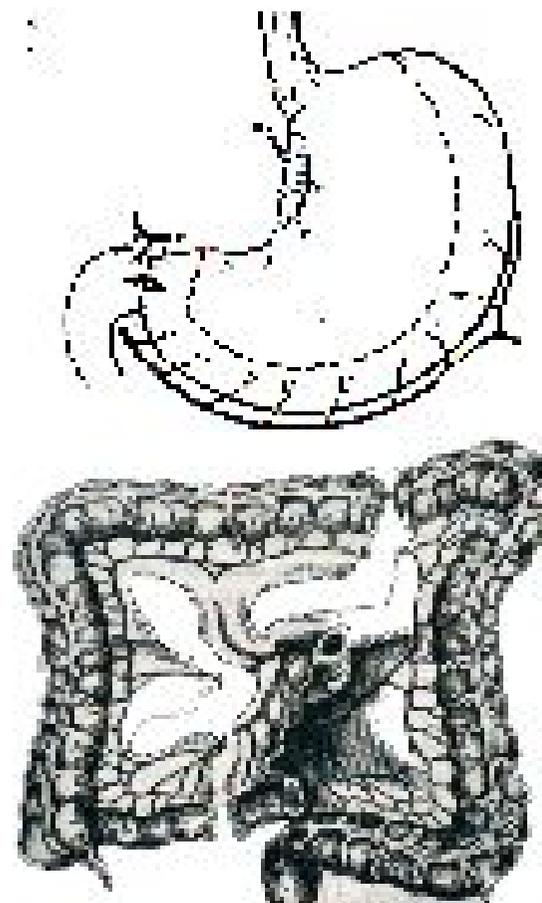
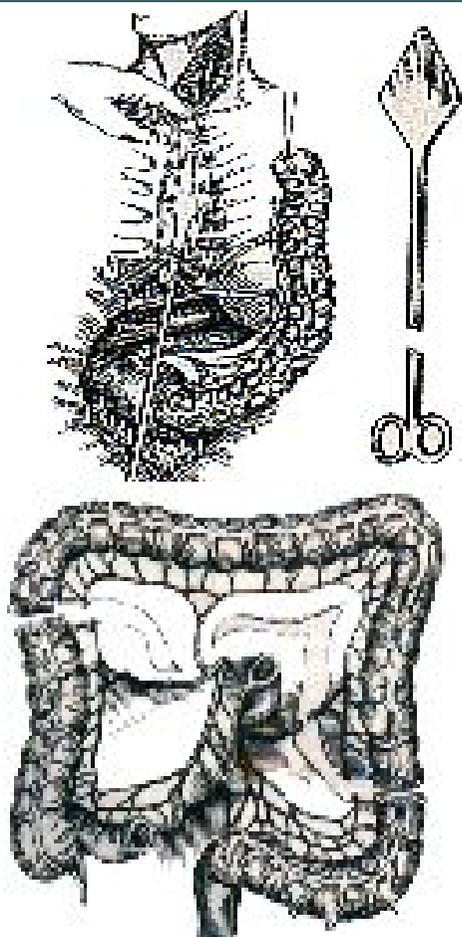
▣ частота перфораций при бужировании колеблется от 1 до 13%

■ Лечение, в зависимости от условий и течения осложнений, может быть консервативным или оперативным, но только своевременная диагностика и правильная тактика, в большинстве случаев, позволяют добиться благоприятного исхода.

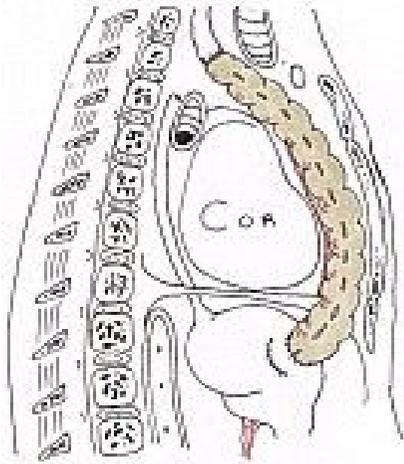
ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РСР

1. Полная рубцовая непроходимость пищевода не поддающаяся бужированию.
2. Ограничения возможности проведения бужа выше N 24-26 (по шкале Шарьера) и частые рецидивы сужения на протяжении 2-3 лет.
3. Развитие вторичного укорочения пищевода и тяжелого рефлюкс-эзофагита, приводящего к рецидиву РСР.
4. Развитие выраженного супрастенотического расширения над сужением с проявлениями тяжелого хронического эзофагита на фоне стойкой атонии и истончения стенок
5. Свищи пищевода, при которых бужирование противопоказано.
6. Рак пищевода, развившийся на фоне РСР.

ВИДЫ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА



МЕТОДЫ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА



Внутригрудная пластика

◆ Ретростернальная

1. Тощей кишкой
2. Толстой кишкой (правой или левой 1/2)

◆ Чрезплевральная

Тотальная и сегментарная, право- и левосторонняя

1. Желудком
2. Тощей кишкой
3. Толстой кишкой (правой или левой 1/2)

Антеторакальная пластика

Почти не используется

