

# **ОЖОГИ ПИЩЕВОДА.**

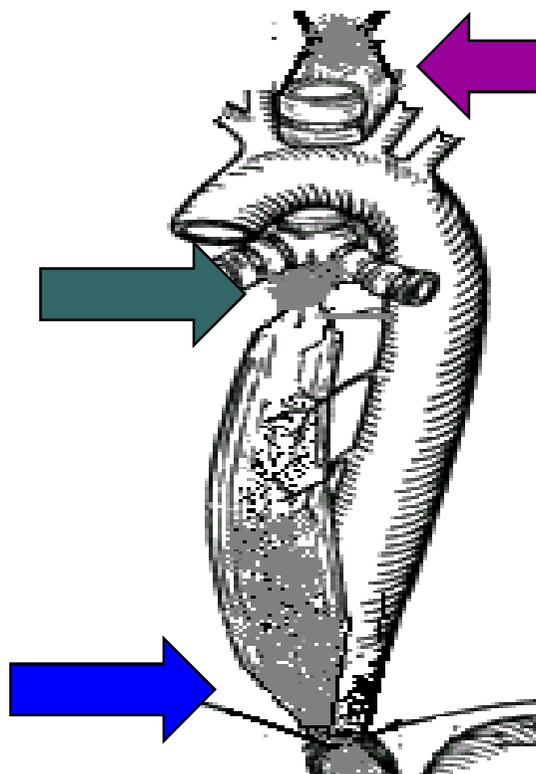
**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И  
ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА**



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)

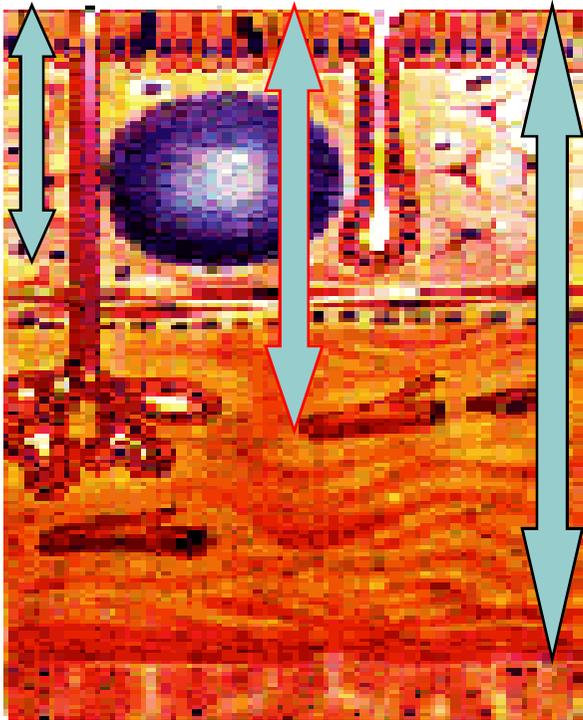
---



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.

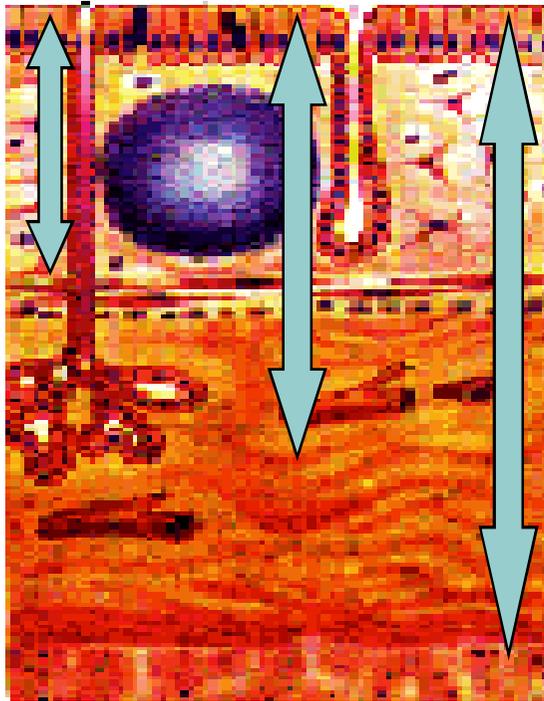
# ХАРАКТЕРИСТИКА ХИМИЧЕСКИХ РЕАГЕНТОВ. (ЩЕЛОЧИ)

---



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**  $\Rightarrow$  диссоциация:  
**ОН<sup>-</sup>**  $\Rightarrow$  протеолиз  $\Rightarrow$   
образование щелочных  
альбуминатов  $\Rightarrow$   
**колликвационный некроз**  
(без образования струпа)

**В эксперименте: 5 мл 30% р-ра Na OH • 3 сек.  $\Rightarrow$  перфорация пищевода**

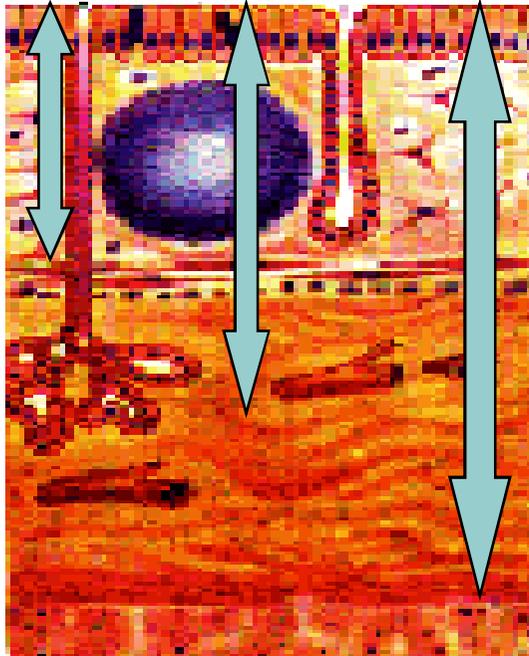
# ХАРАКТЕРИСТИКА ХИМИЧЕСКИХ РЕАГЕНТОВ. (ОКИСЛИТЕЛИ)



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

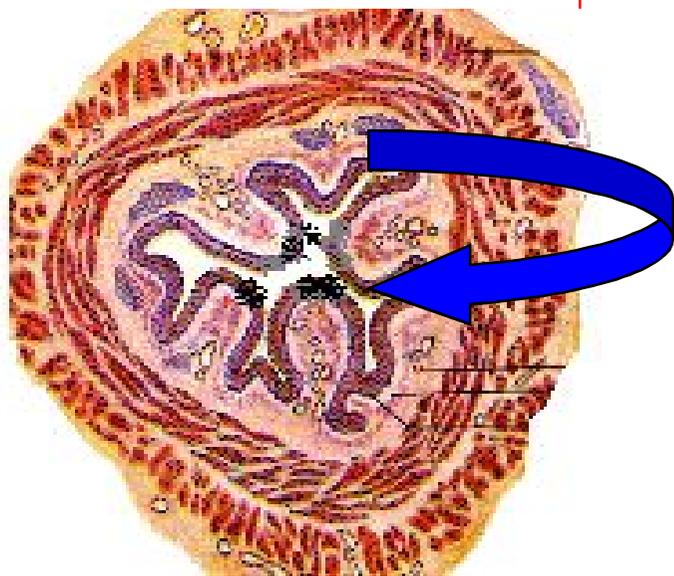


**Сильные окислители:**  
 $\text{KMnO}_4 \Rightarrow \text{O} + \text{KOH} + \text{MnO}_2 \Rightarrow$   
**некроз**

**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

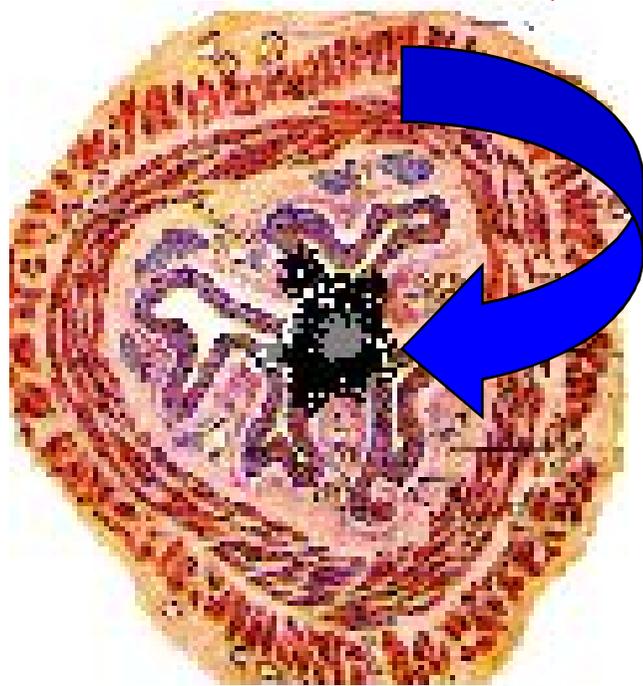
## Глубина поражения тканей при ожоге пищевода (по С.Д.Терновский, Э.Н. Ванцян)



### **I степень - ЛЕГКАЯ –**

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

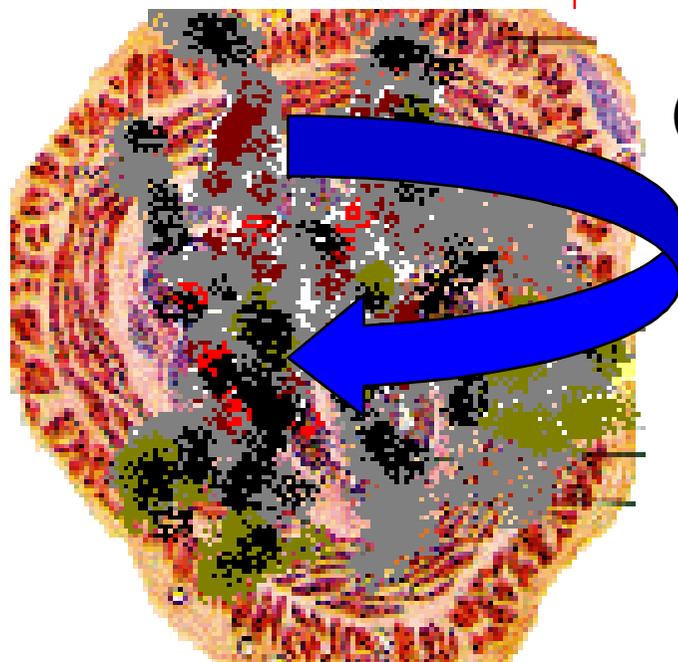
## Глубина поражения тканей при ожоге пищевода (по С.Д.Терновский, Э.Н. Ванцян)



### 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 •  $T^{\circ}$  37-37,5 $^{\circ}$ C • рефлекторная рвота
  - **I ст.** ⇒ *выздоровление в течение 7-10 дней*
- ♦ **Средняя ст.** • шок I ст. •  $T^{\circ}$  ↑ 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*



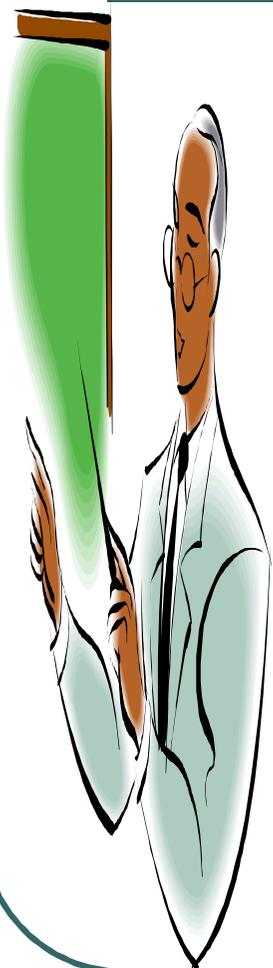
- рубцовые стриктуры пищевода
- пилородуоденальный стеноз
- пищеводно-респираторные свищи
- дивертикулы
- дегенеративные изменения в сердце, легких, печени, почках
- **рак пищевода (1-7%)**
- осложнения, связанные с бужированием пищевода.

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА



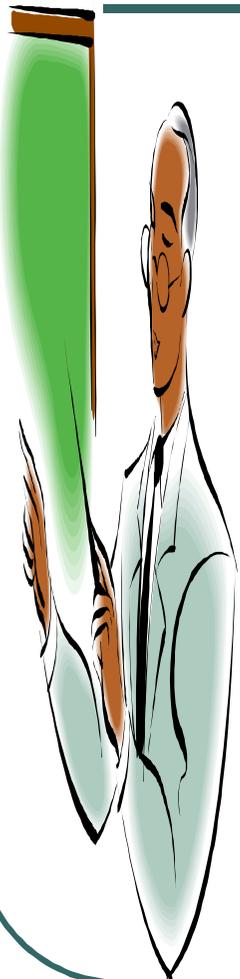
Наиболее доступными методами диагностики протяженности и степени выраженности химического ожога слизистых пищевода, желудка, а в ряде случаев тонкой кишки, являются **ФЭГДС** и **рентгенологические методы** исследования. Весьма перспективным, у данной категории пациентов, является метод **ультрасонографии**, 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 содержащимся в ней ядом 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

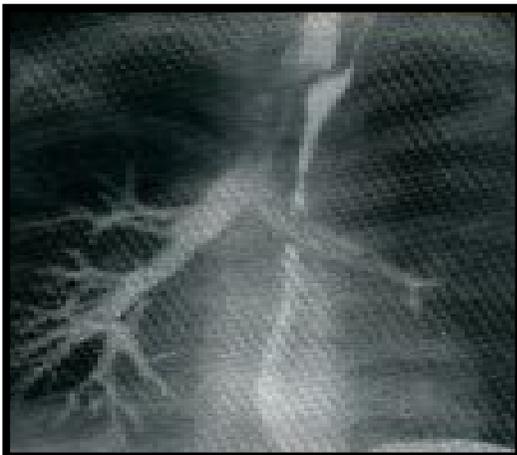
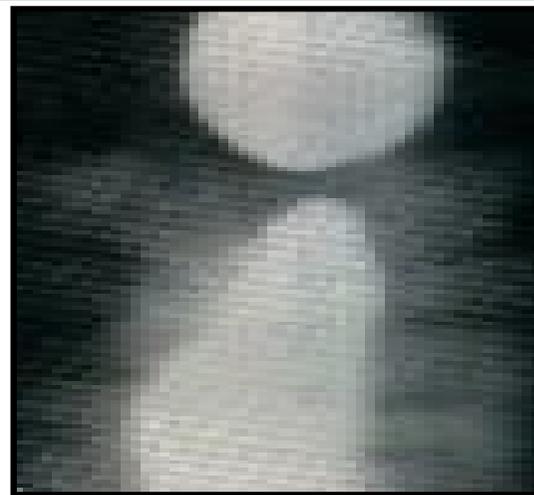
---



® 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.

# ФИБРОЭНДСКОЛИЧЕСКИЙ 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.

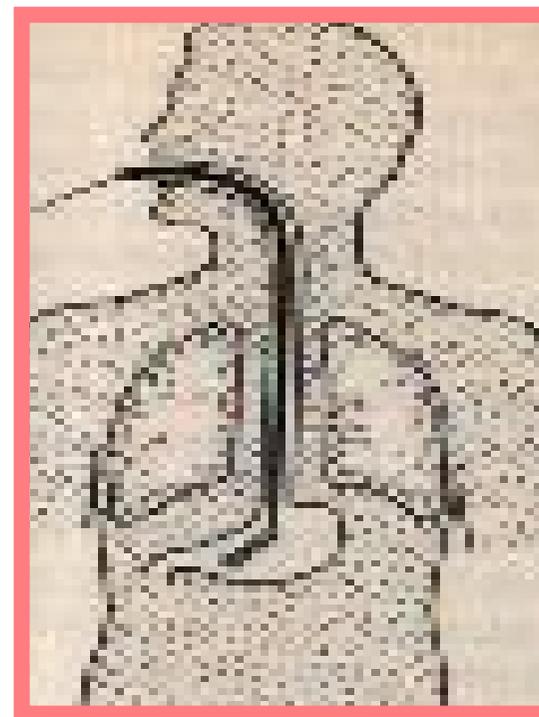
# ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ БУЖИРОВАНИЕ

## (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

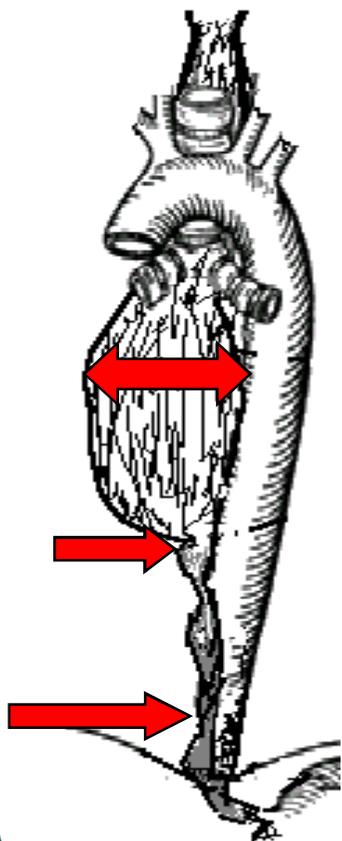
# МЕТОДЫ БУЖИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

- 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

---

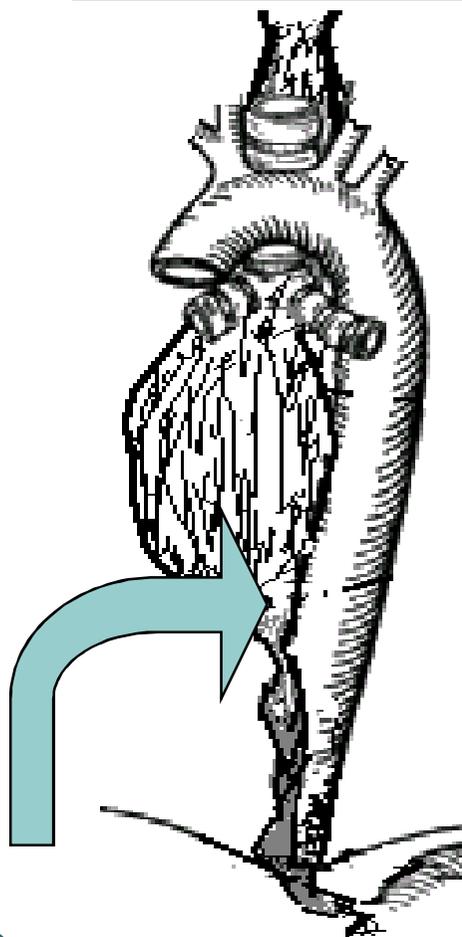


**Рубцовая стриктура** – это заболевание пищевода, в основе которого лежит избыточное образование соединительной ткани в области его повреждения и (или) хр. воспаления с развитием рубцового сужения просвета и непроходимости

**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.

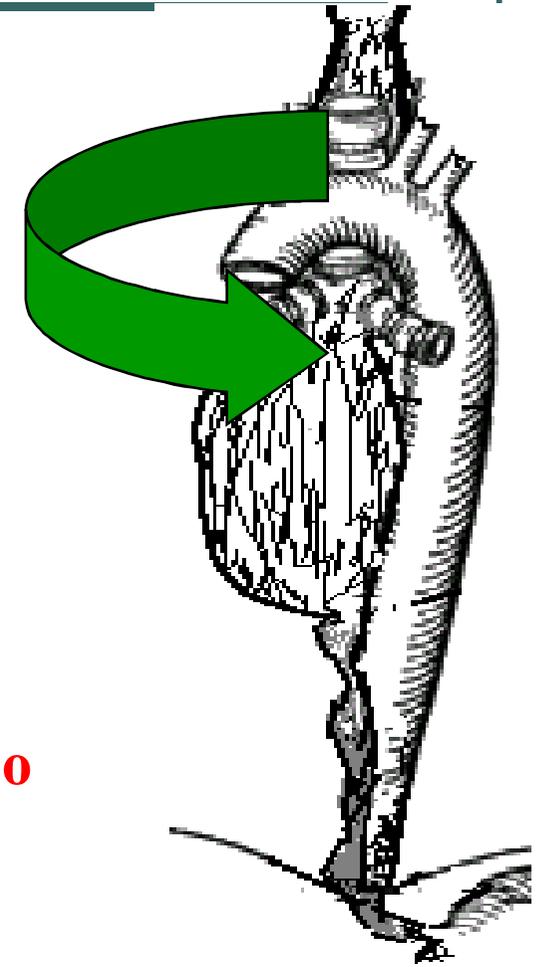
(Э.Н.Ванцян, Р.А.Тоцаков, В.М.Прохоров,  
А.Ф.Черноусов, М.А.Алиев,  
М.П.Королев, Л.Е.Федотов, З.Маржатка,  
Е.Д.Федоров)



# 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

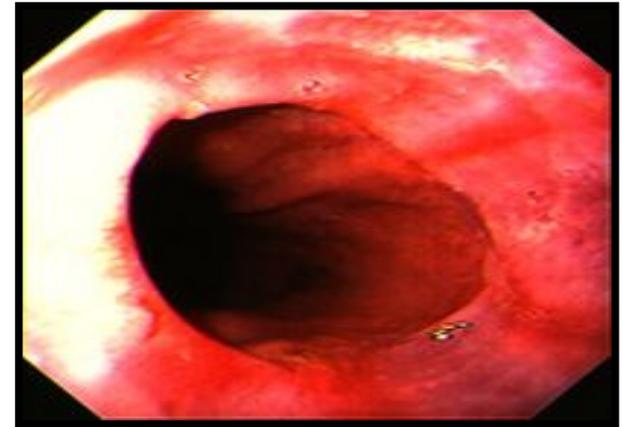
**Эндоскопическое исследование**

***Антеградное:***

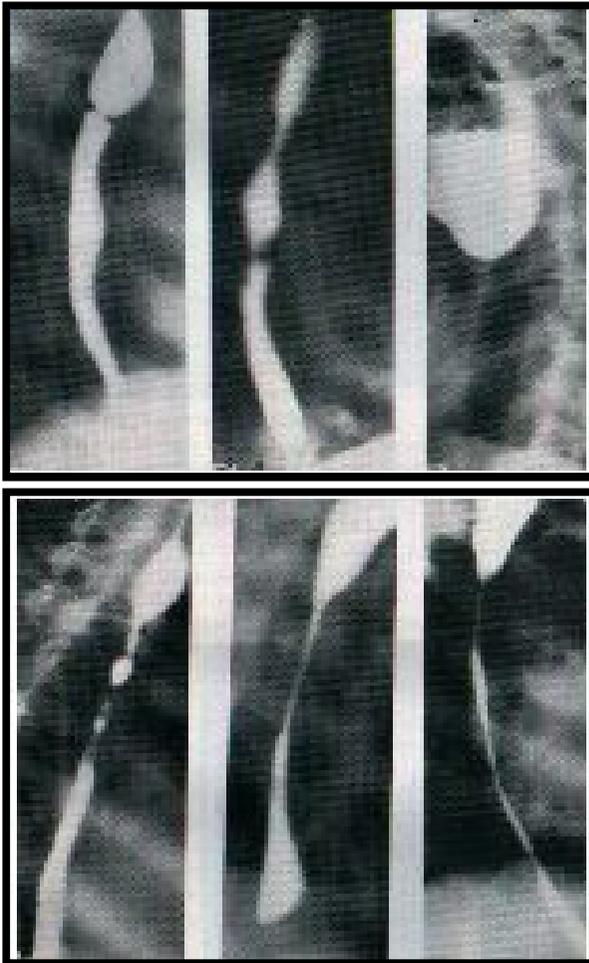
- состояние супрастенотического отдела
- зобагит • рубцовые изменения • карманы • биопсия

***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.

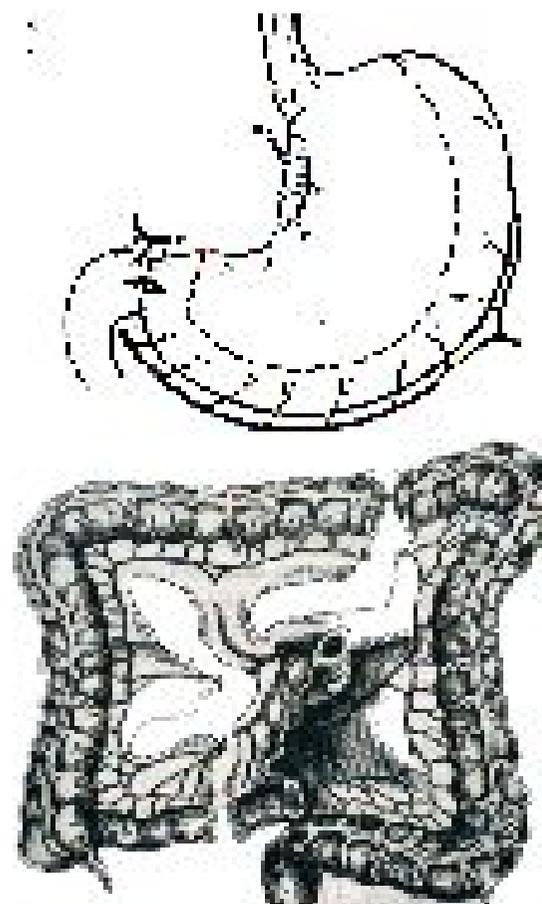
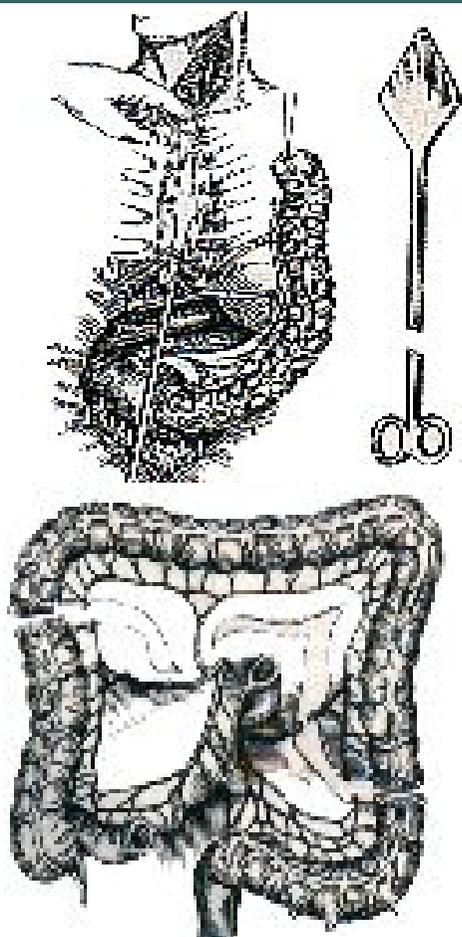
# ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РСП

---

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 РСП.
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 РСП.

# ВИДЫ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА

---



# МЕТОДЫ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА



## *Внутригрудная пластика*

### ◆ Ретростерральная

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**

